

การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมกับสุขภาวะทางจิตของแพทย์
ในเขตกรุงเทพมหานคร

สารนิพนธ์
ของ
เสาวภา ชูรัตน์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
ตุลาคม 2550

การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมกับสุขภาวะทางจิตของแพทย์
ในเขตกรุงเทพมหานคร

สารนิพนธ์
ของ
เสาวภา ชูรัตน์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ
ตุลาคม 2550
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมกับสุขภาวะทางจิตของแพทย์
ในเขตกรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ
ของ
เสาวภา ชูรัตน์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
ตุลาคม 2550

เสาวภา ชูรัตน์. (2550). การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมกับสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขต

กรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : อาจารย์ ดร.นิยะดา จิตต์จรัส.

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขต กรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมแตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ปี2549 ที่จบการศึกษา แพทยศาสตร์บัณฑิตและทำงานในโรงพยาบาลศิริราช 17 คนและบำรุงราษฎร์จำนวน 15 คน รวม จำนวนทั้งสิ้น 32 คน โดยการสุ่มแบบสะดวก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และแบบสอบถามสุขภาวะทางจิต ข้อมูลที่ได้ วิเคราะห์โดยการทดสอบทีและการทดสอบเอฟ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ.05

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปโดยภาพรวมได้ดังนี้

1.แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครมีสุขภาวะทางจิต ระดับค่อนข้างดี

2.แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีปัจจัยทางชีวสังคมได้แก่ อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส และสังกัด แตกต่างกันมีระดับสุขภาวะทางจิตไม่แตกต่างกัน

3.แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมแตกต่างกันจะมีสุขภาวะ จิตแตกต่างกัน กล่าวคือ แพทย์ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ว่ามีข้อบ่งชี้การเปลี่ยนแปลง มาก ด้านความต้องการการเปลี่ยนแปลงน้อย มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านความยุ่งยากน้อย และมีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านทำนายได้มากมีสุขภาวะทางจิตดีกว่าแพทย์ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลง ทางสังคมว่ามี ข้อบ่งชี้การเปลี่ยนแปลงน้อย มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านความต้องการการ เปลี่ยนแปลงมาก มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านความยุ่งยากมาก และมีการรับรู้การเปลี่ยนแปลง ด้านทำนายได้น้อย

A STUDY OF SOCIAL CHANGE PERCEPTION AND BIOLOGICAL FACTOR IN RELATION
TO PHYCHOLOGICAL WELLBEING OF DOCTORS IN BANGKOK METROPOLITAN AREA

AN ABSTRACT
BY
SAOWAPA CHURAT

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master of Education Degree in Developmental Psychology
at Srinakarinwirot University

October 2007

Saowapa Churat.(2007). *A study of Social Change Perception and Biosocial Factors in Relation to Psychological wellbeing of Doctors in Bangkok Metropolitan Area.*
Master's Project, M.Ed. (Developmental Psychology).Bangkok : Graduate School,
Srinakarinwirot University. Project Advisor : Dr. Niyada Chittcharat.

The purpose of this study was to compare psychological wellbeing of doctors in Bangkok with different perception of social changes.

The respondents were doctors working in Bangkok in year 2006. Total doctors of 32 persons, drawn by convenience sampling, were from two big hospitals; 17 persons from Siriraj hospital and 15 persons from Bumrungrad hospital. The instruments for data collection were a questionnaire of perception of social changes and a questionnaire of psychological wellbeing. The data were analyzed using t-test and F-test with the level of statistical significance at .05.

The results of this study were concluded as follows:

- 1.Psychological wellbeing of doctors was at a rather good level.
- 2.Doctors with different biosocial factors of age, gender, income, marital status and working place did not differ in psychological wellbeing.
- 3.Doctors with different perception of social changes had different psychological wellbeing of which; doctors with perception of more extent of change, less desirability of change, less difficulty of change or with more predictability of change had higher psychological wellbeing than doctors who perceived less extent of change, more desirability of change, more difficulty of change or less predictability of change.

ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของอาจารย์ ดร.นิยะดา จิตต์จรัส อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประณต คำนิม ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร รองศาสตราจารย์ วัฒนา ศรีสัตย์วาจาและรองศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน ศาสตร์ภัทร กรรมการ ที่ปรึกษาปริญญาบัตร ที่ได้ให้คำปรึกษา แนะนำ แก้ไขข้อบกพร่อง ตลอดจนให้โอกาสและเวลาส่วนตัวที่มีค่ากับผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณแพทย์ผู้เกี่ยวข้องและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณ คุณภัทรวรรณ สุธรรมพิทักษ์ ที่คอยเป็นผู้นำ ให้กำลังใจและให้คำแนะนำดีเสมอมา ขอขอบคุณเพื่อนๆ ที่คอยให้การช่วยเหลือในหลายๆ ด้าน สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบคุณ พ่อ แม่ พี่ ที่คอยสนับสนุนให้โอกาสทางการศึกษาด้วยดีตลอดมา

เสาวภา ชูรัตน์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย.....	3
ความสำคัญของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	4
ตัวแปรที่ศึกษา.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
นิยามศัพท์ปฏิบัติการ.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
สมมติฐานในการวิจัย.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
สุขภาวะทางจิต (Psychological well being).....	13
ความหมายและองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิต.....	13
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิต.....	14
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตและปัจจัยทางชีวสังคมของแพทย์.....	16
การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Change).....	20
ความหมายของการรับรู้.....	20
ความหมายของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม.....	21
การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในด้านต่างๆที่มีผลต่อระดับสุขภาวะทางจิตของคนไทย.....	23
3 วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	53
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	54
การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	56
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	57
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	58

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	78
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	81
อภิปรายผล.....	82
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	88
ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้.....	89
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	89
บรรณานุกรม.....	90
ภาคผนวก ก.....	96
ภาคผนวก ข.....	106
ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์.....	109

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนข้อมูลทั่วไปของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส และหน่วยงานที่สังกัด.....	60
2 ผลการวิเคราะห์แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขภาวะทางจิตโดยรวม และรายด้าน 5 ด้านของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร.....	61
3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขภาวะทางจิตแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรอายุ.....	62
4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรอายุ.....	63
5 ผลการเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร เพศ.....	64
6 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร รายได้.....	65
7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร รายได้.....	66
8 ผลการเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตตามตัวแปรสถานภาพสมรส.....	67
9 ผลการเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตตามตัวแปรหน่วยงานที่สังกัด.....	69
10 ผลการเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มแพทย์ในเขต กรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านขอบข่าย.....	70
11 ผลการเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มแพทย์ในเขต กรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านอัตราการเปลี่ยนแปลง.....	72
12 ผลการเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มแพทย์ในเขต กรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านความต้องการ การเปลี่ยนแปลง.....	73
13 ผลการเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มแพทย์ในเขต กรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านความยุ่งยากของ การเปลี่ยนแปลง.....	74
14 ผลการเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มแพทย์ในเขต กรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านการทำนายได้.....	76

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยพบกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคมและวัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของประชากรกลุ่มต่างๆ ที่ขนาดและสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อวิถีชีวิตของประชาชนทำให้เกิดการแข่งขันต่อสู้ดิ้นรนเพื่อความอยู่รอดของตนเองในการหารายได้ให้เพียงพอกับรายจ่ายในเศรษฐกิจปัจจุบัน สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจมีผลโดยตรงกับสุขภาพกายและสุขภาพจิตรวมทั้งส่งผลกระทบต่อสังคมโดยรวม (กรมสุขภาพจิต. 2541: 24)

แพทย์จัดเป็นวิชาชีพหนึ่งที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นวิชาชีพที่มีความเสียสละสูง โดยแพทย์นั้นเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับความยุ่งยาก ความเครียดและปัญหาต่างๆ ตั้งแต่เริ่มเรียน โดยได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของนักศึกษาแพทย์ที่แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของผู้ที่มีประกอบวิชาชีพแพทย์จะมีโอกาสประสบปัญหา ด้านสุขภาพจิตได้มากอีกด้วยดังเช่นที่ โคลล์ (Cloes: 1994) กล่าวถึงวิชาชีพแพทย์กับความเครียดว่า วิชาชีพแพทย์เป็นวิชาชีพที่เครียดสูงและการศึกษาเพื่อเตรียมนักเรียนไปสู่วิชาชีพแพทย์นั้นก็เป็นสิ่งทำให้เกิดความเครียดเช่นกันโดยกล่าวถึงปัจจัยหลายประการ เช่น เนื้อหาวิชาชีพที่ต้องท่องจำอย่างมาก อาจารย์แพทย์จำนวนมากที่ไม่เคยเรียนรู้วิธีการสอนที่เหมาะสม สภาพการเรียนแพทย์ที่ขาดการสนับสนุนให้กำลังใจและการทำงานเป็นกลุ่มที่ไม่ราบรื่นทำให้การเรียนวิชาแพทย์ประสบความสำเร็จเฉพาะการให้ความรู้ และทักษะทางการแพทย์ แต่มักจะล้มเหลวในการสร้างนักเรียนที่มีการปรับตัวที่ดี มีทักษะในการสื่อสารกับบุคคลอื่นสอดคล้องกับ โฮฮอลและปรัซ (L.C. Hohaus and E.F. Berah: 1985) กล่าวถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตของแพทย์ว่าเป็นสาเหตุหนึ่งเป็นผลมาจากความเครียดและพยาธิสภาพทางจิต ที่เกิดขึ้นระหว่างการเรียนแพทย์อย่างยากลำบาก โดยอ้างถึงงานวิจัยของดวิสและคณะ (Davis ; et al :1968) ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างอาการทางประสาท (ซึ่งเพิ่มมากขึ้นระหว่างเรียนปริญญาตรี) กับผลการเรียนในนักเรียนแพทย์ที่ออสเตรเลีย เหล่านี้เป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าวิชาชีพแพทย์มีโอกาสที่จะต้องเผชิญกับการมีสุขภาพจิตที่ย่ำแย่ กว่ากรเรียนวิชาชีพอื่นๆ

จากการที่ พรรคไทยรักไทยเคย ได้รับชัยชนะในการเลือกตั้งจึงก่อให้เกิดนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. 2544: 33-40) อันเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของประเทศไทยโดยเฉพาะแพทย์ซึ่งนโยบายทางการแพทย์แบบนี้ย่อมมีผลกระทบโดยตรงนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรคเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้แพทย์ที่จบการศึกษาและทำงานกับหน่วยงาน

ภาครัฐแล้วต้องลาออกจากระบบราชการเพื่อไปสู่ภาคเอกชนเนื่องจากปริมาณงานและชั่วโมงการทำงานมากเกินไป (workload and workhour) ต้องมีความรับผิดชอบสูง เมื่อเปรียบเทียบกับข้าราชการสายอื่น ที่ต้องอยู่เวรติดต่อกันโดยไม่มีเวลาพักผ่อน ต้องดูแลคนไข้นอกเวลาทำการ และวันหยุดนักขัตฤกษ์

เงินเดือนของแพทย์ที่ต้องรับภาระกับการดูแลรับผิดชอบรักษาชีวิตของผู้ป่วยนั้นถือว่าน้อยไม่เหมาะสม เนื่องจากเงินบำรุงไม่เพียงพออันเนื่องมาจากโครงการ 30 บาท ทำให้แพทย์บางส่วนลาออกเพื่อเข้าสู่หน่วยงานเอกชน จากการสุ่มตัวอย่างแพทย์ที่ลาออกในปี 2545-2546 จำนวน 100 คน พบว่า 57 คน ไปอยู่ภาคเอกชน (แพทย์สภา. 2546:ออนไลน์ www.tmc.or.th) สอดคล้องกับผลการศึกษาของประพัตรา จันณะสมบัติ (2545) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและข้อมูลทั่วไปของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลรามาริบัติ ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด คือ ด้านการเงิน มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหารายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายเป็นสาเหตุหนึ่งต่อการก่อให้เกิดสุขภาวะทางจิตที่ย่ำแย่ และวิภาวรรณ ชุ่ม (อ้างถึงในลาซาลัส) ได้แสดงแนวคิดไว้ว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของบุคคลเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยในการเผชิญกับความเครียดช่วยให้บุคคลมีทางเลือกในการแก้ปัญหามากขึ้นและเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดสุขภาวะทางจิตที่แตกต่างกัน

ในเรื่องของสถานภาพและความจำเป็นของครอบครัวในสังคม (Family life) ปัจจุบันนี้พบว่าแพทย์คือคนธรรมดาทั่วไปที่มีครอบครัวและมีความปรารถนาที่จะให้ครอบครัวมีความสุข บุตรหลานมีความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการ และได้ตอบแทนบุญการ ซึ่งแพทย์นั้นมีอายุเฉลี่ยเพียง 56 ปี ซึ่งต่ำกว่าอายุเฉลี่ยประชากรไทยมาก จึงได้มีการเรียกร้องให้แพทย์ได้โยกย้ายงานได้ตามโอกาสที่เหมาะสม และไม่ต้องอยู่เวรเมื่อมีอายุมากกว่า 50 ปี จากการศึกษาของอัมพร เบญจพลพิทักษ์.(2539) ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลรามาริบัติ มีความเครียดจนเป็นปัญหาต่อสุขภาวะทางจิตทั้งแพทย์ที่มีภาวะเครียดและไม่เครียดต่างก็มีปัญหาที่มีนัยสำคัญทางสถิติดังนี้ คือปัญหาครอบครัว (พิณทอง ลิมพงศธร. 2543; อ้างอิงจาก วันเพ็ญ ฐฤกิตต์วัฒนการ. 2540) ได้สำรวจสุขภาพจิตของนิสิตแพทย์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พบว่ามีความเครียดจนเป็นปัญหาสุขภาพจิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับบิดามารดา (ประพัตรา จันณะสมบัติ. 2545; อ้างอิงจาก Hsu ;& Marshall. 1987) ได้ทำการสำรวจความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าและความกดดันทางอารมณ์ในกลุ่มของแพทย์ ประจำบ้าน แพทย์อินเทอร์น และนิสิตแพทย์ใน Ontario Canada พบว่าสัดส่วนของ depression score ในแพทย์ที่ยังไม่แต่งงานมีระดับสูงกว่าแพทย์ที่แต่งงานแล้ว ดังนั้น ในเรื่องของสถานภาพและความจำเป็นของครอบครัวในสังคม จึงมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตของแพทย์

กรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่เป็นที่ตั้งของทั้งโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ โดยมีโรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงพยาบาลรัฐบาลสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ที่ใหญ่ที่สุดและมีคนไข้เข้ามาับการรักษามากที่สุด มีความหลากหลายของโรคภัยไข้เจ็บ มีการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์ และมีความยุ่งยากในการรักษาค่อนข้างสูง แต่อย่างไรก็ดี โดยส่วนใหญ่คนไข้ที่เข้ามาับการรักษา นั้นมีทั้งคนไข้ที่มีรายได้มากเป็นข้าราชการที่เบิกจ่ายได้และเป็นคนไข้ ระดับล่างที่มีรายได้น้อย ความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับแพทย์จึงเป็นไปในแนวทางพึ่งพิงกัน การฟ้องร้องจึงมีน้อยกว่าในโรงพยาบาลเอกชน สำหรับโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลเอกชน ที่มีชื่อเสียงและมีขนาดใหญ่ เน้นการให้บริการผู้ป่วยอย่างเต็มที่เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมากคนไข้และญาติมักเป็นผู้มีการศึกษาระดับสูง แพทย์จึงต้องให้การรักษอย่างระมัดระวังหลีกเลี่ยงการถูกฟ้องร้อง การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกตัวแทนประชากรจากโรงพยาบาลดังกล่าวที่จะทำให้อำนาจในการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม กับสุขภาวะจิตของแพทย์ในปัจจุบันว่าปัจจัยใดบ้างที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในด้านปัจจัยทางชีวสังคมและปัญหาต่างๆในชีวิตประจำวันตลอดจนผลกระทบที่มีต่อสภาพการทำงานของแพทย์ซึ่งเป็นประโยชน์ในการวางแผนรับมือกับปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นหรือวางแผนทางป้องกันปัญหาระบบสาธารณสุขไทย อันเนื่องมาจากสภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัย

ผู้ทำการวิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีปัจจัยทางชีวสังคมต่างกัน
3. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมต่างกัน

ความสำคัญของการวิจัย

ผลการวิจัยนี้จะชี้ให้เห็นถึงระดับสุขภาวะทางจิตสุขภาพจิตในกลุ่มแพทย์ที่มีความแตกต่างกันทางด้านปัจจัยทางชีวสังคม นอกจากนี้แล้วผลการวิจัยยังทำให้ได้รู้ถึงองค์ความรู้เกี่ยวกับระดับระดับภาวะสุขภาพจิตกับการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมของแพทย์มีความเกี่ยวข้องกันอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการคัดเลือกและพัฒนาหลักสูตรในการเรียนการสอนของแพทย์

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัย

กลุ่มประชากร คือแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลศิริราชปี 2549 จำนวน 205 คน และเป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์จำนวน 106 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ปี 2549 ที่จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต เลือกรับจากโรงพยาบาลศิริราช และบำรุงราษฎร์จำนวนทั้งสิ้น 32 คนโดยทำงานอยู่ในโรงพยาบาลศิริราช 17 คน และโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ 15 คน ทั้งเพศชายและหญิง โดยมีอายุตั้งแต่ 30-60 ปี โดยการสุ่มแบบสะดวก (Convenience sampling)

ตัวแปรที่ใช้ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

1.1 การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Perception of Social Changes)

1.1.1 ด้านขอบข่ายการเปลี่ยนแปลง (Extent of Change) แบ่งเป็น

- รับรู้มาก
- รับรู้น้อย

1.1.2 ด้านอัตราการเปลี่ยนแปลง (Rate of Change) แบ่งเป็น

- รับรู้ในอัตราเร็ว
- รับรู้ในอัตราช้า

1.1.3 ด้านความต้องการการเปลี่ยนแปลง (Desirability of Change) แบ่งเป็น

- ต้องการการเปลี่ยนแปลงมาก
- ต้องการการเปลี่ยนแปลงน้อย

1.1.4 ด้านความยุ่งยากจากการเปลี่ยนแปลง (Difficulty of Change) แบ่งเป็น

- ยุ่งยากมาก
- ยุ่งยากน้อย

1.1.5 ด้านการทำนายการเปลี่ยนแปลงได้ (Predictability of Change) แบ่งเป็น

- ทำนายได้มาก
- ทำนายได้น้อย

1.2 ปัจจัยทางชีวสังคม (Biosocial Factors)

1.2.1 อายุ

1.2.2 เพศ

1.2.3 รายได้

1.2.4 สถานภาพสมรส

1.2.5 หน่วยงานที่สังกัด

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ สุขภาวะทางจิต (Psychological Wellbeing)

2.1 ความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต (Satisfaction with Overall Life)

2.2 ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต (Satisfaction with Life Domains)

2.3 อาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย (Psychosomatic Symptoms)

2.4 อารมณ์ทางด้านบวก (Positive Emotion)

2.5 อารมณ์ทางด้านลบ (Negative Emotion)

นิยามศัพท์เฉพาะ

แพทย์ หมายถึง แพทย์ที่จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต มีใบประกอบโรคศิลป์

นิยามปฏิบัติการ

1.สุขภาวะทางจิต (Psychological Wellbeing) หมายถึง การอยู่ดีมีสุขของบุคคลและสิ่งแวดล้อมในส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิต จะแสดงออกมาในรูปของความต้องการ ซึ่งเมื่อได้รับการตอบสนองแล้วก็จะทำให้บุคคลเหล่านั้นมีความสุข หรือพอใจ ประกอบด้วย 4 ความหมายคือ

1.1 ความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต (Satisfaction with Overall Life) หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจเกี่ยวกับตัวเองในชีวิตปัจจุบันทั่วไปต่อสภาพที่เป็นอยู่ และการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตนั้นมีความหมาย

ความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิตวัดโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของจุงซิก คิม(Jungsik Kim.2000:68) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ในแต่ละข้อประกอบด้วยมาตราประเมินค่า 6 อันดับ จาก “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “ไม่เห็นด้วย” “ไม่ค่อยจะเห็นด้วย” “ค่อนข้างเห็นด้วย” “เห็นด้วย” ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” การให้คะแนน ผู้ที่เลือกตอบ“ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ได้คะแนน 1 คะแนน และคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 6 คะแนน เมื่อผู้ตอบเลือก “เห็นด้วยอย่างยิ่ง”

1.2 ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต (Satisfaction with Life Domains) หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับตัวเองในชีวิตปัจจุบันทั่วไปต่อสภาพที่เป็นอยู่ โดย ครอบคลุมเรื่องความพึงพอใจในสุขภาพ การแต่งงาน ครอบครัว เศรษฐกิจ อาชีพ เพื่อน

ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิตวัดได้โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของจุงซิก คิม(Jungsik Kim.2000:68)ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อในแต่ละข้อประกอบด้วยมาตราประเมินค่า 6 อันดับ จาก “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “ไม่เห็นด้วย” “ไม่ค่อยจะเห็นด้วย” “ค่อนข้างเห็นด้วย” “เห็นด้วย” ถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” การให้คะแนน ผู้ที่เลือกตอบ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ได้คะแนน 1 คะแนน และคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 6 คะแนน เมื่อผู้ตอบเลือก “เห็นด้วยอย่างยิ่ง”

1.3 อาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย (Psychosomatic Symptoms) หมายถึง อาการที่สะท้อนให้เห็นถึง ความพึงพอใจหรือความกังวลที่มีต่อสุขภาพ และ แสดงออกทางร่างกายซึ่งสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิต (wellbeing) เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง นอนไม่หลับ หัวใจเต้นผิดปกติ หงุดหงิด มีอาการแสบท้องจากการหลังกรดมากเกินไป

อาการทางจิตที่แสดงออกทางกายวัดได้โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของจุงซิก คิม(Jungsik Kim.2000:68)ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยมาตราประเมินค่า 6 อันดับ จาก “ไม่เกิดขึ้นเลย” “เกิดขึ้นน้อยมาก” “เกิดขึ้นน้อย” “เกิดขึ้นพอควร” “เกิดขึ้นบ่อย” ถึง “เกิดขึ้นตลอดเวลา” การให้คะแนน ผู้ที่เลือกตอบ “ไม่เกิดขึ้นเลย” ได้คะแนน 1 คะแนนและคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 6 คะแนน เมื่อผู้ตอบเลือก “เกิดขึ้นตลอดเวลา”

1.4 อารมณ์ทางด้านบวก (Positive Emotion) หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นสุข ที่สะท้อนให้เห็นการมองชีวิตโดยรวม ว่าราบรื่นและ สนุกสนานเป็นอารมณ์ทางด้านบวก ที่เป็นมุมมองโดยทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจง ในบางเรื่อง เช่น เรื่องงาน เรื่องครอบครัว

อารมณ์ทางด้านบวกวัดได้โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของจุงซิก คิม (Jungsik Kim.2000:68) สามารถวัดสภาวะอารมณ์ทางด้านบวกประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยมาตราประเมินค่า 6 อันดับ จาก “ไม่เกิดขึ้นเลย” “เกิดขึ้นน้อยมาก” “เกิดขึ้นน้อย” “เกิดขึ้นพอควร” “เกิดขึ้นบ่อย” ถึง “เกิดขึ้นตลอดเวลา” การให้คะแนน ผู้ที่เลือกตอบ “ไม่เคยเกิดขึ้น” ได้คะแนน 1 คะแนน และ คะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 6 คะแนน เมื่อผู้ตอบเลือก “เกิดขึ้นตลอดเวลา”

1.5 อารมณ์ทางด้านลบ (Negative Emotion) หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นทุกข์ ที่สะท้อนให้เห็นการมองชีวิตโดยรวม ในลักษณะที่หดหู่ น่าเศร้า อารมณ์ไม่ดี เช่น โกรธ กลัว วิดกกังวล ขึ้นอยู่กับมุมมองทั้งหมด ไม่เฉพาะเจาะจงว่าเป็นความกังวลเรื่องหนึ่งเรื่องใดเฉพาะ

อารมณ์ทางด้านลบ วัดได้โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของจุงซิก คิม (Jungsik Kim.2000:68) สามารถวัดสภาวะอารมณ์ทางด้านลบประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยมาตราประเมินค่า 6 อันดับ จาก “ไม่เกิดขึ้นเลย” “เกิดขึ้นน้อยมาก”

“เกิดขึ้นน้อย” “เกิดขึ้นพอควร” “เกิดขึ้นบ่อย” ถึง “เกิดขึ้นตลอดเวลา” การให้คะแนน ผู้ที่เลือกตอบ “ไม่เคยเกิดขึ้น” ได้คะแนน 6 คะแนนและคะแนนลดลงเป็น 1 คะแนน เมื่อผู้ตอบเลือก “เกิดขึ้นตลอดเวลา”

ในการรายงานคะแนนสภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้าน ผู้วิจัยใช้คะแนนเฉลี่ยรายข้อ ซึ่งมีพิสัยอยู่ระหว่าง 1 ถึง 6 เป็นเกณฑ์การให้คะแนน โดยแยกออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 3 ด้าน และ 2 ด้าน ตามลำดับดังนี้คือ ความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต และอารมณ์ทางด้านบวก เป็นกลุ่มที่หนึ่ง อาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย และอารมณ์ทางด้านลบ เป็นกลุ่มที่สอง

สำหรับคะแนนของสภาวะทางจิตในกลุ่มที่หนึ่งซึ่งประกอบด้วย 3 ด้านคือ ความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต และอารมณ์ทางด้านบวก ได้แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ยไม่เกิน	2.0	เป็นผู้ที่มีสภาวะทางจิตไม่ดี
คะแนนเฉลี่ยมากกว่า	2.0 แต่ไม่เกิน 3.0	เป็นผู้ที่มีสภาวะทางจิตไม่ค่อยดี
คะแนนเฉลี่ยมากกว่า	3.0 แต่ไม่เกิน 4.0	เป็นผู้ที่มีสภาวะทางจิตปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยมากกว่า	4.0 แต่ไม่เกิน 5.0	เป็นผู้ที่มีสภาวะทางจิตค่อนข้างดี
คะแนนเฉลี่ยมากกว่า	5.0 ขึ้นไป	เป็นผู้ที่มีสภาวะทางจิตดี

สำหรับคะแนนของสภาวะทางจิตในกลุ่มที่สองซึ่งประกอบด้วย 2 ด้านคือ อาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย และอารมณ์ทางด้านลบ ได้แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ยไม่เกิน	2.0	เป็นผู้ที่มีสภาวะทางจิตดี
คะแนนเฉลี่ยมากกว่า	2.0 แต่ไม่เกิน 3.0	เป็นผู้ที่มีสภาวะทางจิตค่อนข้างดี
คะแนนเฉลี่ยมากกว่า	3.0 แต่ไม่เกิน 4.0	เป็นผู้ที่มีสภาวะทางจิตปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยมากกว่า	4.0 แต่ไม่เกิน 5.0	เป็นผู้ที่มีสภาวะทางจิตไม่ค่อยดี
คะแนนเฉลี่ยมากกว่า	5.0 ขึ้นไป	เป็นผู้ที่มีสภาวะทางจิตไม่ดี

2. การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Perception of Social Changes)

การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม หมายถึง การตีความหรือแปลความหมายของสิ่งต่างๆ หรือปรากฏการณ์ต่างๆ หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมตามความเชื่อของตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และอธิบายสิ่งต่างๆ เหล่านั้น ซึ่งในที่นี้หมายถึง การรับรู้สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นที่จังหวัดปัตตานีในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ประกอบด้วย 9 ด้านต่างๆ ดังนี้คือ 1.ด้านค่านิยม วัฒนธรรม และศาสนา 2.ด้านเศรษฐกิจ 3.ด้านชีวิตครอบครัว 4.ด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและอุตสาหกรรม 5.ด้านสาธารณสุขและอนามัย 6.ด้านอาชญากรรม 7.ด้านการศึกษาและสถาบันการศึกษา 8.ด้านการเมืองการปกครอง และ 9.ด้านสิ่งแวดล้อม โดยผู้วิจัยพิจารณาการรับรู้เป็น 5 มิติ ดังนี้ คือ

2.1 ขอบข่ายการเปลี่ยนแปลง (Extent of Change) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมใน 9 ด้านที่ระบุข้างต้น เกิดขึ้นในปริมาณมากน้อยเพียงใด

การรับรู้ขอบข่ายการเปลี่ยนแปลงทางสังคมสามารถวัดได้โดยใช้แบบวัดการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านการรับรู้ขอบข่ายการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก จุงซิก คิม (Jungsik kim.2000:66) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ในแต่ละข้อประกอบด้วยมาตราประเมินค่า 6 อันดับ จาก “ไม่เปลี่ยนแปลง” “เปลี่ยนน้อยที่สุด” “เปลี่ยนน้อย” “เปลี่ยนพอควร” “เปลี่ยนมาก” ถึง “เปลี่ยนมากที่สุด” ส่วนการให้คะแนน ผู้ที่เลือกตอบ “ไม่เปลี่ยนแปลง” ได้คะแนน 1 คะแนน และ คะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 6 คะแนน เมื่อผู้ตอบเลือก “เปลี่ยนมากที่สุด” พิสัยของคะแนน อยู่ระหว่าง 9 ถึง 54 คะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากถือว่าเป็นผู้ที่มีขอบข่ายการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมมากกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนน้อย คะแนนระดับการเปลี่ยนแปลงถูกแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ กลุ่มมากกับกลุ่มน้อย โดยใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเป็นจุดแบ่ง

2.2 อัตราการเปลี่ยนแปลง (Rate of Change) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมใน 9 ด้านที่ระบุข้างต้น ว่าเกิดขึ้นเร็วหรือช้าเพียงใด

การรับรู้อัตราการเปลี่ยนแปลงสามารถวัดได้โดยใช้แบบวัดการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านการรับรู้อัตราการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก จุงซิก คิม (Jungsik kim, 2000:66) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ในแต่ละข้อประกอบด้วยมาตราประเมินค่า 6 อันดับ จาก “ช้ามาก” “ช้า” “ช้าพอควร” “เร็วพอควร” “เร็ว” ถึง “เร็วมาก” ส่วนการให้คะแนน ผู้ที่เลือกตอบ “ช้ามาก” ได้คะแนน 1 คะแนน และ คะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 6 คะแนน เมื่อผู้ตอบเลือก “เร็วมาก” พิสัยของคะแนน อยู่ระหว่าง 9 ถึง 54 คะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากถือว่าเป็นผู้ที่มีอัตราของการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเร็วกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนน้อยกว่า คะแนนอัตราการเปลี่ยนแปลงจะถูกแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ กลุ่มเร็วกับกลุ่มช้า โดยใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเป็นจุดแบ่ง

2.3 ความต้องการการเปลี่ยนแปลง (Desirability of change) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าตนรู้สึกต้องการการเปลี่ยนแปลงทางสังคมใน 9 ด้าน ที่ระบุข้างต้น ว่ามีมาก น้อยเพียงใด

การรับรู้ความต้องการการเปลี่ยนแปลงทางสังคมสามารถวัดได้โดยใช้แบบวัดการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านการรับรู้ความต้องการการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก จุงซิก คิม (Jungsik kim.2000:67) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ในแต่ละข้อประกอบด้วยมาตราประเมินค่า 6 อันดับ จาก “อยากให้เปลี่ยนมากที่สุด” “อยากให้เปลี่ยน” “ค่อนข้างอยากให้เปลี่ยน” “ไม่ค่อยอยากให้เปลี่ยน” “ไม่อยากจะเปลี่ยน” ถึง “ไม่อยากจะเปลี่ยนมากที่สุด” ส่วนการให้คะแนน ผู้ที่เลือกตอบ “อยากให้เปลี่ยนมากที่สุด” ได้คะแนน 6 คะแนน และคะแนนลดลง

เป็น 1 คะแนน เมื่อผู้ตอบเลือก “ไม่ยอมให้เปลี่ยนมากที่สุด” พิสัยของคะแนนจึงอยู่ระหว่าง 9 ถึง 54 คะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากถือว่าเป็นผู้ที่มีความต้องการการเปลี่ยนแปลงทางสังคมมากกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนน้อย คะแนนความต้องการการเปลี่ยนแปลงทางสังคมถูกแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ กลุ่มมากกับกลุ่มน้อย โดยใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเป็นจุดแบ่ง

2.4 ความยุ่งยากของการเปลี่ยนแปลง (Difficulty of change) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมใน 9 ที่ระบุข้างต้นว่าก่อให้เกิดความรู้สึกยุ่งยากมากหรือน้อยต่อสภาวะการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเพียงใด

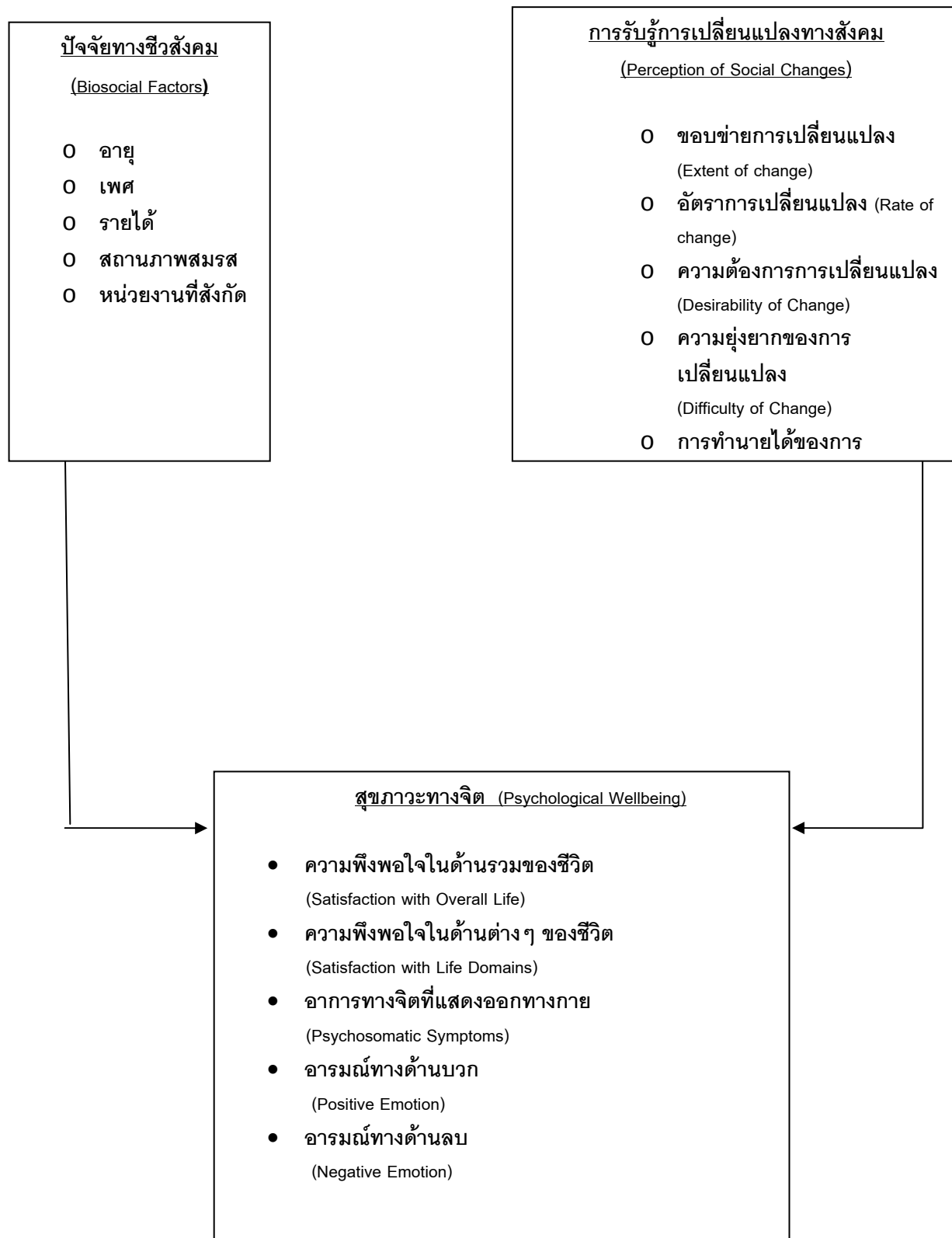
การรับรู้ความยุ่งยากของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมสามารถวัดได้โดยใช้แบบวัดการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านการรับรู้ความยุ่งยากของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก จุงซิก คิม(Jungsik kim.2000:67) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ในแต่ละข้อประกอบด้วยมาตรประเมินค่า 6 อันดับ จาก “ยุ่งยากมาก” “ยุ่งยาก” “ยุ่งยากพอควร” “ง่ายพอควร” “ง่าย” และ “ง่ายมาก” ส่วนการให้คะแนน ผู้ที่เลือกตอบ “ง่ายมาก” ได้คะแนน 1 คะแนน และ คะแนนเพิ่มขึ้นเป็น เป็น 6 คะแนน เมื่อผู้ตอบเลือก “ยุ่งยากมาก” พิสัยของคะแนนจึงอยู่ระหว่าง 9 ถึง 54 คะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากถือว่าเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความยุ่งยากที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมมากกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนน้อย คะแนนการรับรู้ความยุ่งยากที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงถูกแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ กลุ่มมากกับกลุ่มน้อย โดยใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเป็นจุดแบ่ง

2.5 การทำนายได้ของการเปลี่ยนแปลง (Predictability of change) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมใน 9 ที่ระบุข้างต้น ว่าสามารถทำนายได้มากหรือน้อยเพียงใด

การรับรู้การทำนายได้ของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมสามารถวัดได้โดยใช้แบบวัดการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านการรับรู้การทำนายได้ของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของจุงซิก คิม(Jungsik kim.2000:67) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ในแต่ละข้อประกอบด้วยมาตรประเมินค่า 6 อันดับ จาก “ทำนายไม่ได้เลย” “ทำนายได้น้อยมาก” “ทำนายได้น้อย” “ทำนายได้ปานกลาง” “ทำนายได้มาก” ถึง “ทำนายได้มากที่สุด” ส่วนการให้คะแนน ผู้ที่เลือกตอบ “ทำนายไม่ได้เลย” ได้คะแนน 1 คะแนน และคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 6 คะแนน เมื่อผู้ตอบเลือก “ทำนายได้มากที่สุด” พิสัยของคะแนนจึงอยู่ระหว่าง 9 ถึง 54 คะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนมากถือว่าเป็นผู้ที่มีการทำนายได้ของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมมากกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนน้อย คะแนนการทำนายได้ของการเปลี่ยนแปลงถูกแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ กลุ่มมากกับกลุ่มน้อย โดยใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเป็นจุดแบ่ง

กรอบแนวความคิด

(Conceptual Frame Work)



สมมติฐานของการวิจัย

1. แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอายุมากกว่ามีสุขภาวะทางจิตดีกว่าแพทย์ที่มีอายุน้อยกว่า
2. แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่เป็นเพศหญิงมีสุขภาวะทางจิตดีกว่าเพศชาย
3. แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีรายได้สูงกว่ามีสุขภาวะทางจิตดีกว่าแพทย์ที่มีรายได้ต่ำกว่า
4. แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีสถานภาพโสดมีสุขภาวะทางจิตดีกว่าแพทย์ที่มีสถานภาพสมรส
5. แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีหน่วยงานที่สังกัดแตกต่างกันมีสุขภาวะทางจิตแตกต่างกัน
6. แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านขอบข่ายการเปลี่ยนแปลงมาก มีสุขภาวะทางจิตดีกว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านขอบข่ายการเปลี่ยนแปลงน้อย
7. แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านอัตราการเปลี่ยนแปลงช้า มีสุขภาวะทางจิตดีกว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านอัตราการเปลี่ยนแปลงเร็ว
8. แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านความต้องการการเปลี่ยนแปลงน้อย มีสุขภาวะทางจิตดีกว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านความต้องการการเปลี่ยนแปลงมาก
9. แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านความยุ่งยาก ของการเปลี่ยนแปลงน้อย มีสุขภาวะทางจิตดีกว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านความยุ่งยากของการเปลี่ยนแปลงมาก
10. แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านการทำนายได้ของการเปลี่ยนแปลงมาก มีสุขภาวะทางจิตดีกว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านการทำนายได้ของการเปลี่ยนแปลงน้อย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เพื่อให้การศึกษาสุขภาพทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครกับตัวแปรทางชีวสังคมและการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมาย ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และขอนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. สุขภาวะทางจิต

ความหมายของสุขภาวะทางจิต

2. สุขภาวะทางจิตและปัจจัยทางชีวสังคมของแพทย์

2.1 อายุ

2.2 เพศ

2.3 รายได้

2.4 สถานภาพสมรส

2.5 หน่วยงานที่สังกัด

3. การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

3.1 ความหมายของการรับรู้

3.2 ความหมายของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

3.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในด้านต่างๆ ที่มีผลต่อระดับสุขภาวะทางจิตของคนไทย

3.3.1 การเปลี่ยนแปลงด้านวัฒนธรรม ค่านิยม และศาสนา

3.3.2 การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ

3.3.3 การเปลี่ยนแปลงด้านชีวิตครอบครัว

3.3.4 การเปลี่ยนแปลงด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

3.3.5 การเปลี่ยนแปลงด้านสาธารณสุข

3.3.6 การเปลี่ยนแปลงด้านอาชญากรรม

3.3.7 การเปลี่ยนแปลงด้านการศึกษาและสถาบันการศึกษา

3.3.8 การเปลี่ยนแปลงด้านการเมืองการปกครอง

3.3.9 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อม

1. สุขภาวะทางจิต

ความหมายของสุขภาวะทางจิต

การศึกษาเรื่องสุขภาวะ (Wellbeing) มีอย่างแพร่หลาย ปัจจุบันมีการนำแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการศึกษามากขึ้น โดยเฉพาะในงานวิจัยทางสังคม ปัญหาหนึ่งที่พบในงานวิจัยด้านสุขภาวะคือ ข้อตกลงในการให้คำจำกัดความ นักวิจัยใช้หลายแนวคิดในการศึกษา เช่น สุขภาวะเชิงอัตวิสัย (Psychological Wellbeing) สุขภาวะทางจิต (Subjective Wellbeing) ความพึงพอใจในชีวิต (Satisfaction with Life) ความสุข (Happiness) ซึ่งแนวคิดเหล่านี้ ได้ให้คำจำกัดความและการประเมินที่ใกล้เคียงกัน อาจถือว่าเป็นแนวคิดเดียวกัน และสามารถนำมาใช้แทนกันได้ (Jungsik Kim. 2000: 17; citing Diener. 1984; Andrew and Robinson. 1988) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเรื่องสุขภาวะ โดยเฉพาะเจาะจงไปในเรื่องสุขภาวะทางจิต ซึ่งได้มีนักวิชาการหลายท่าน ได้ให้คำจำกัดความและองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิต ดังนี้

แอนดรูว์ และวิทนี (Andrew ;& Withney. 1975) มีแนวคิดว่าสุขภาวะทางจิตมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ ความรู้สึกด้านบวก ความรู้สึกด้านลบ และความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกด้านบวกและความรู้สึกด้านลบ เกิดจากอารมณ์ ความรู้สึกของบุคคลที่เผชิญกับสถานการณ์ในขณะนั้นๆ ส่วนความพึงพอใจในชีวิตเป็นการรับรู้และการตัดสินของแต่ละบุคคล

แซมเบอร์แลน (Lawton.1983 ;citing chamberlain. 1988: 583) ได้ศึกษาถึงโครงสร้างของสุขภาวะทางจิตพบว่าสุขภาวะทางจิตมีลักษณะการวัดที่เป็นหลายมิติ และสามารถที่จะแบ่งโครงสร้างออกเป็นหัวข้อหลัก 4 หัวข้อ คือ

1.การจำแนกโครงสร้างทางด้านอารมณ์กับโครงสร้างทางด้านปัญญา (The Affective – Cognitive Distinction) โครงสร้างของสุขภาวะทางจิตในด้านนี้สามารถแบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก คือ

- องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective)
- องค์ประกอบด้านปัญญา (Cognitive)

การจำแนกความแตกต่างระหว่างองค์ประกอบด้านอารมณ์ และองค์ประกอบด้านปัญญาได้เน้นที่การประเมิน (Evaluation) เมื่อการศึกษามุ่งเน้นที่เรื่องความพึงพอใจในชีวิต การประเมินต้องพิจารณาถึงการคิดโดยใช้องค์ประกอบทางปัญญา ในขณะที่ถ้าเน้นในเรื่องประสบการณ์ชีวิตในแต่ละวันการพิจารณาจะใช้องค์ประกอบทางอารมณ์มากกว่าซึ่งโครงสร้างด้านนี้สอดคล้องกับแนวคิดของแอนดรูว์ และวิทนี ที่กล่าวว่าความรู้สึก ด้านบวกและความรู้สึกด้านลบ เกิดจากอารมณ์ ความพึงพอใจในชีวิตเป็นการรับรู้และการตัดสินของแต่ละบุคคล (คิดโดยใช้องค์ประกอบทางปัญญา)

2.การจำแนกโครงสร้างทางด้านอารมณ์ออกเป็นองค์ประกอบในด้านบวก และด้านลบ (The Positive – Negative Distinction) การจำแนกโครงสร้างภายในและภายนอก (The Inner – Outer

Distinction) ลอว์ตัน (chamberland. 1988: 583 ;citing Lawton.1983) กล่าวถึงความแตกต่างระหว่างสุขภาวะทางจิตในมิติภายใน - ภายนอก โดยที่ลอว์ตันได้ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่า

- อารมณ์ทางลบ เช่น ความวิตกกังวลทางสังคม (Social anxiety) เป็นตัวแปรที่มาจากโครงสร้างภายใน
- อารมณ์ทางบวก และตัวแปรอื่น เช่น ความพึงพอใจในเพื่อน (Satisfaction with friend) เป็นตัวแปรที่มาจากโครงสร้างภายนอก

3.การจำแนกโครงสร้างออกเป็นองค์ประกอบด้านความถี่และความเข้ม (The Frequency-Intensity Distinction) องค์ประกอบด้านความถี่และความเข้ม ในที่นี้เกี่ยวข้องกับเรื่องอารมณ์ ลาร์เซน ดีนเนอร์ และเอมมอน (สาร์นี วิเศษศร. 2540: 25 อ้างอิงจาก Larsen, Diener ;& Emmons. 1985) ได้อธิบายความแตกต่างด้านความถี่และความเข้มทางอารมณ์ว่า ความถี่ของอารมณ์ทางบวกและอารมณ์ทางลบมีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้าม ในขณะที่ความเข้มทางอารมณ์บวกและอารมณ์ลบนั้นกลับมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง บุคคลที่มีความเข้มทางอารมณ์มากจะประเมินคะแนนอารมณ์ที่มีในเหตุการณ์ชีวิตประจำวันอย่างเข้มข้น

แต่กระนั้นก็ตาม ความเข้มทางอารมณ์กลับมีความสัมพันธ์น้อยมากกับความสุข ความพึงพอใจในชีวิต และอารมณ์โดยทั่วไป และไม่สัมพันธ์กับความรู้สึกที่ดีโดยทั่วไป ตรงกันข้ามกลับมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับความวิตกกังวล และความเจ็บป่วยทางกาย ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่าความเข้มทางอารมณ์เป็นรูปแบบหนึ่งของตัวแปรทางอารมณ์ มากกว่าที่จะเป็นอีกมิติของสุขภาวะทางจิต ความเข้มทางอารมณ์จึงเหมาะที่จะเป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับเรื่องอารมณ์มากกว่า

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิต

ลอว์ตัน (Lawton. 1983: 65) ได้กล่าวว่าสุขภาวะทางจิตว่าเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขในใจ และมองสภาพแวดล้อมในแง่ดี องค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตของลอว์ตัน แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. ความรู้สึกทางลบ (Neuroticism or Negative Affect) เช่น ความวิตกกังวล ความเก็บ กต ความรุ่มร้อน ไม่สบายใจ เป็นต้น
2. ความรู้สึกทางบวก (Positive Affect) เป็นความรู้สึกยินดี สบายใจ ที่เกิดขึ้นในขณะนั้นๆ
3. ความสอดคล้องระหว่างความปรารถนากับการได้รับการตอบสนองของความปรารถนา (Congruence between desire and attained goal) ซึ่งเป็นขั้นเบื้องต้นของความพึงพอใจในชีวิต
- 4.ความสุข (Happiness) เป็นอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของ “ความเบิกบานและความยินดี” ซึ่งสะท้อนให้เห็นความรู้สึกที่คนเรารู้สึกต่อสภาพของเรื่องต่าง ๆ

คอปตัน (สาริน วิเศษศร. 2540: 23 ; อ้างอิงจาก Comptom. 1996) ได้กล่าวถึงสุขภาวะทางจิตว่า เป็นส่วนหนึ่งของคำจำกัดความของ สุขภาพจิต ประกอบด้วยภาวะสันนิษฐาน 2 ประการ ได้แก่ อารมณ์ในทางบวก เช่นความสุข และการตัดสินใจด้วยปัญญา (Cognitive judgment) ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่น่าพอใจของบุคคล เช่น ความพึงพอใจในชีวิต

ดินเนอร์ (Jungsik Kim. 2000: 17 ; citing Diener. 2000: 34-43) ได้ให้คำจำกัดความสุขภาวะ (wellbeing) ว่าเป็นการประเมินความรู้สึกส่วนตัวของแต่ละคนซึ่งมีทั้งในส่วนของอารมณ์และความคิด บุคคลจะรู้สึกว่ามีสุขภาวะ (wellbeing) เมื่อเขาได้ทำในสิ่งที่เขาสนใจ แล้วทำให้เขามีความรู้สึกพึงพอใจมากและมีอารมณ์ไม่น่าพึงพอใจน้อย หรือเมื่อเขามีความพอใจมากและความเจ็บปวดเล็กน้อย และเมื่อเขาพอใจชีวิตความเป็นอยู่ของเขาเอง ดินเนอร์ ได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตอย่างละเอียด และได้แบ่งองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตไว้ 3 ประการ ได้แก่

1. ความสุข (Happiness) ดินเนอร์ ได้อ้างถึงทัศนะของ แบรดบุม (Bradbum) ไว้ว่า ความสุขประกอบด้วยองค์ประกอบสองประการที่ต้องนำมาเปรียบเทียบกัน คือ ความรู้สึกทางลบและความรู้สึกทางบวก ความสุขนั้นมีคำจำกัดความมากมาย วินโฮเวน (Veenhoven.1991) ได้ให้คำจำกัดความของความสุขไว้ว่า ความสุข เป็นการคิดถึงระดับที่บุคคลตัดสินใจคุณภาพชีวิตที่ผ่านมาทั้งหมดของตนเป็นการตัดสินใจในแง่บวกที่ตนพอใจ อีกนัยหนึ่งคือบุคคลมีความชอบพอในชีวิตของตนได้อย่างดีเพียงไร ดังนั้นความสุขอาจจะเรียกได้ว่าเป็นความพึงพอใจในชีวิตก็ได้ อาจจะเรียกได้อีกอย่างหนึ่งว่า ความสุขเป็นเหมือนเจตคติที่บุคคลมีต่อชีวิตของตน

มีหลักฐานที่แสดงว่า การประเมินลักษณะทั้งหมดของชีวิต จากข้อมูลมากกว่า 2 แหล่ง คือคนเรารู้สึกโดยทั่วๆ ไป ดีเพียงไรและชื่นชอบกับชีวิตตนอย่างไรเมื่อเทียบกับมาตรฐานความสำเร็จ องค์ประกอบในการประเมิน คือ

- องค์ประกอบทางด้านอารมณ์ เป็นระดับของอารมณ์ต่างๆ ที่เป็นประสบการณ์อันพึงพอใจ เรียกว่าระดับขั้นของความสุข
- องค์ประกอบด้านปัญญา เป็นระดับที่บุคคลรับรู้ที่ได้รับในสิ่งที่ตนปรารถนา และจะเรียกว่า ความพอใจ

คำจำกัดความของความสุขมีที่มาหลายที่ แต่โดยส่วนมากแล้วมักมาจากการประเมินและการเปรียบเทียบ เป็นกระบวนการรับรู้ทางจิตมากกว่าความเป็นจริงในชีวิตคน และความสุขจะแตกต่างกันไปตามการกำหนดเองของแต่ละคน จึงทำให้ความสุขนั้นมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องทั้งด้านอารมณ์ และปัญญาอันได้แก่ อารมณ์ด้านบวก และอารมณ์ด้านลบ กับ ความพึงพอใจในชีวิต

2. ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ดินเนอร์ได้ระบุว่าความพึงพอใจในชีวิต ต้องอาศัยกระบวนการในการพิจารณาตัดสินใจ ดังนั้นความพอใจในชีวิต หมายถึง การประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลตามมาตรฐานที่ตนเองเป็นผู้กำหนด และดูเหมือนจะเป็นการเปรียบเทียบการรับรู้สิ่งแวดล้อมโดยทั่วไปในชีวิตของบุคคลกับการกำหนดมาตรฐานโดยตนเอง และถ้าระดับที่ได้รับเป็นไปตามมาตรฐานที่ตั้งไว้ บุคคลนั้นจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง ดังนั้นความพึงพอใจในชีวิตจึงเป็นการรับรู้ถึงการพิจารณาตัดสินด้วยองค์ประกอบทางปัญญาในเรื่องที่เกี่ยวกับชีวิตของแต่ละบุคคล อันเป็นไปตามมาตรฐานที่ตนตั้งไว้ ความพึงพอใจของคนแต่ละคนต่างกัน เพราะแต่ละคนมีมาตรฐานของการมีชีวิตที่ดีต่างกันไป ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องประเมินถึงการตัดสินในแง่มุมต่างๆ ของชีวิตบุคคลโดยรวมมากกว่าจะตัดสินโดยแง่มุมเฉพาะแง่มุมใด แ่มุมหนึ่ง

3. ความรู้สึกทางบวก (Positive affect) เป็นความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ทางบวกและทางลบซึ่งอารมณ์ทั้ง 2 นี้ เป็นองค์ประกอบทางอารมณ์ที่มีความเป็นอิสระจากกัน การขาดความรู้สึกทางลบไม่เหมือนกับการมีความรู้สึกทางบวก

แคมเบล (Campbell. 1976: 119 –122) กล่าวว่า สุขภาวะทางจิตของบุคคล หมายถึง ประสบการณ์เรียนรู้ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เปรียบเทียบกับเหตุการณ์ที่บุคคลต้องการหรือปรารถนาอยากให้เป็น ซึ่งเป็นความขัดแย้งกันระหว่างการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่บุคคลต้องการ หรือปรารถนาอยากให้เป็น อาจมองในแง่ความพึงพอใจ และไม่พึงพอใจก็ได้ หากบุคคลเกิดความพึงพอใจมาก ก็อาจเป็นเครื่องบ่งชี้ได้ว่า มีสุขภาวะทางจิตดีเช่นกัน องค์ประกอบสำคัญของสุขภาวะทางจิต ซึ่งแคมเบลเสนอไว้ ได้แก่ ความพึงพอใจในการทำงาน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และการมีชีวิตสมรสที่มีความรักความอบอุ่น

2. สุขภาวะทางจิตและปัจจัยทางชีวิสังคมของแพทย์

2.1 เพศ

ในอดีตนั้นแพทย์โดยส่วนใหญ่มักจะเป็นเพศชาย แต่ในปัจจุบันเพศหญิงก็มีจำนวนมากขึ้น เช่นกันนั้นแสดงให้เห็นว่าผู้หญิงมีความสามารถเท่าเทียมกับเพศชายมีความอดทน และเพียรพยายามไม่แพ้เพศชาย แต่อย่างไรก็ดีเพศหญิงมักจะได้เปรียบในเรื่องของความเข้าใจผู้อื่น มีความอ่อนโยน สุภาพ มากกว่าเพศชาย จึงน่าที่จะมีความสามารถในการเจรจาต่อรองดีกว่าเพศชาย แต่เพศหญิงโดยส่วนใหญ่ก็มักจะตัดสินใจช้า และเก็บอารมณ์หรือ ความรู้สึกคับข้องใจได้ไม่ดีเท่ากับเพศชาย ดังนั้นผู้วิจัยเห็นว่าเพศเป็นตัวแปรหนึ่งที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิต ดังการศึกษาของ

สุชาติ พหลภาคย์ และ สมพงษ์ รังสิพรหมณ์กุล (2528) ได้ศึกษาการป่วยทางจิตเวชในนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นเป็นเวลา 4 ปี พบว่านักศึกษาแพทย์มีอัตราป่วยทางจิตเวชเป็นชายต่อหญิงในอัตราส่วน 2 : 1 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเพศชายมีปัญหาทางจิตมากกว่าเพศหญิง

สุนันทา ฉันทจุฑิกพงศ์, รติยา ลอยแสงอรุณ และ ชลิดา รัตนประภาพันธุ์ (2533) ได้รวบรวมสถิติของนักศึกษาแพทย์ที่มารับบริการให้คำปรึกษาของหน่วยบริการให้คำปรึกษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลปีการศึกษา 2533 พบว่านักศึกษาแพทย์มารับบริการ คิดเป็นอัตราส่วนชายต่อหญิง 4 : 1 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเพศชายมีปัญหาทางจิตมากกว่าเพศหญิง

แต่งงานวิจัยในประเทศไทยของ อัมพร เบญจพลพิทักษ์ (2539 : 93) ศึกษาเรื่องปัญหาสุขภาพจิตของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลรามารับดี การศึกษานี้ได้พิจารณาถึงความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐาน กับการเกิดภาวะเครียด พบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มของอัตราภาวะเครียดที่สูงกว่าเพศชายเล็กน้อย โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าทั้งเพศหญิงมีแนวโน้มและโอกาสเกิดปัญหาทางจิตมากกว่าเพศชาย

ส่วนงานวิจัยในต่างประเทศของ ยัง(Young .1987) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของปัญหาทางอารมณ์ และพฤติกรรมการแก้ปัญหาระหว่างแพทย์ประจำบ้านเพศหญิงและเพศชายในแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชปฏิบัติครอบครัวที่ไปรับการฝึกที่ Missoun, Kansas, Oklahoma, Arkansas, Louisiana และ Texas จากการศึกษาพบว่า แพทย์หญิงมีปัญหาทางอารมณ์มากกว่าเพศชายและสัมพันธ์กับเปอร์เซ็นต์การเพิ่มขึ้นของการใช้สุราและปัญหาความอ้วนและการควบคุมอาหาร ซึ่งชี้ให้เห็นว่าทั้งเพศหญิงมีแนวโน้มและโอกาสเกิดปัญหาทางจิตมากกว่าเพศชาย

จากงานวิจัยข้างต้นที่ศึกษาในแพทย์ที่เพศต่างกัน พบว่ามีงานวิจัยซึ่งชี้ให้เห็นว่าเพศชายมีปัญหาทางจิตมากกว่าเพศหญิง และงานวิจัยซึ่งชี้ให้เห็นว่าทั้งเพศหญิงมีแนวโน้มและโอกาสเกิดปัญหาทางจิตมากกว่าเพศชาย ผู้วิจัยจึงได้จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมเรื่องเพศกับศึกษาระดับสุขภาวะทางจิตของแพทย์ ดังนั้นแพทย์ที่มีเพศต่างกันน่าจะมีระดับสุขภาวะทางจิตต่างกัน

2.2 รายได้

รายได้ เป็นตัวหนึ่งที่มีความสำคัญโดยตรงกับความคุ้มค่าในหน้าที่การงานและความรับผิดชอบของแพทย์ดังจะเห็นได้จาก (แพทยสภา.2546:ออนไลน์) เมื่อเปรียบเทียบเงินเดือนของแพทย์ที่ต้องรับภาระกับการดูแลรับผิดชอบรักษาชีวิตและป้องกันความพิการของผู้ป่วยนั้นถือว่าไม่เหมาะสม คือ เงินเดือนแพทย์เริ่มต้นที่ 8,190 บาท ทำงาน 10 ปีจะมีเงินเดือนประมาณ 15,000 บาท หลายโรงพยาบาลได้หักเงินค่าตอบแทนที่แพทย์ควรได้รับลง 20-25 % เนื่องจากเงินบำรุงไม่เพียงพอ อันเนื่องมาจากโครงการ 30 บาท ทำให้แพทย์บางส่วนลาออกเพื่อเข้าสู่หน่วยงานเอกชนจากการสู้มตัวอย่างแพทย์ที่ลาออกในปี2545-2546 จำนวน 100 คน พบว่า 57 คน ไปอยู่ภาคเอกชน ส่วน

นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้แพทย์ที่จบการศึกษาและทำงานกับหน่วยงานภาครัฐแล้วต้องลาออกจากระบบราชการเพื่อไปสู่งานเอกชนในวงการแพทย์ช่วงเวลา 2-3 ปีที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขมุ่งให้ทุนเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นหลักเพื่อสนองตอบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ลดทุนต้นสังกัดแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆทำให้แพทย์ที่ประสงค์ศึกษาต่อแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆตัดสินใจลาออกเพื่อศึกษาต่อในสาขาที่ตนต้องการด้วยทุนส่วนตัว(Free Training)แม้แต่ในวงการแพทย์เองก็ตามมีการขยายตัวของระบบสุขภาพเชิงธุรกิจ และอิทธิพลของการประชาสัมพันธ์

ประพัตรา จันธนะสมบัติ (2545) ศึกษาเรื่องความชุกของความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและข้อมูลทั่วไปของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลรามาริบัติ ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด คือ ด้านการเงิน มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.1$ แสดงให้เห็นว่า รายได้เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับสุขภาวะทางจิต

ทักษพล ธรรมรังสี (2546: 104) มีรายงานการศึกษาเบื้องต้นของการลาออกของแพทย์ พบว่าส่วนต่างของงานได้ เป็นสาเหตุของการลาออกของแพทย์ โดยข้อสรุปการสัมภาษณ์เรื่องการแก้ไขปัญหาแพทย์ลาออกจากระบบข้าราชการโดยแพทย์สถานนั้น พบว่าเงินเดือนที่แพทย์ได้รับไม่เหมาะสมกับภาระและความรับผิดชอบที่แพทย์ต้องดูแลรักษาชีวิต และป้องกันความพิการของผู้ป่วยรวมถึงค่าตอบแทนการทำงานนอกเวลาราชการที่น้อย และถูกหักค่าตอบแทนลงอีก 20-30% เนื่องจากเงินบำรุงไม่เพียงพอจากโครงการ 30 บาทแสดงให้เห็นว่า รายได้ของแพทย์น้อยลงและเป็นปัจจัยที่ส่งผลกับระดับสุขภาวะทางจิตซึ่งก็สอดคล้องกับ ฟินิจ กุลละวณิช (2547) รายงานพิเศษ เรื่องหมอภาครัฐไปโรงพยาบาลเอกชน : การไหลวนของสมองและเงินตราพบว่า เมื่อเปรียบเทียบงานได้ระหว่างภาครัฐและเอกชนนั้นพบว่าเงินที่ได้จากโรงพยาบาลรัฐบาลเพียงประมาณ 10,000 บาท ส่วน รพ.เอกชนจะได้เงินเดือนอย่างน้อยประมาณ 100,000 บาท จึงเป็นสาเหตุให้แพทย์ในโรงพยาบาลรัฐบาลจะต้องหางานพิเศษทำหรือลาออกเพื่อไปอยู่ รพ.เอกชน

และตรงกับอัมพร เบญจพลพิทักษ์ (2539: 92) พบว่าภาวะเครียดของของแพทย์ประจำบ้านมีความสัมพันธ์กับปัญหาการเงิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากรายงานข้างต้น ค่อนข้างมั่นใจได้ว่ารายได้ที่สูงหรือต่ำเป็นปัจจัยที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับระดับสุขภาวะทางจิตของแพทย์

2.3 สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเป็นอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี คนที่มีสถานะภาพโสดนั้นมักจะมีภาระหน้าที่ความรับผิดชอบน้อยกว่าผู้ที่แต่งงานมีครอบครัวเพราะไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการมีชีวิตร่วมกับคนที่มีความเครียดนั้นก็อาจจะมีความเหงาเข้ามาเกี่ยวข้องเนื่องจากขาดคู่ชีวิตที่จะคอยให้คำปรึกษา ดังนั้นสถานภาพสมรสที่แตกต่างพบว่าจากการศึกษาของ

อัมพร เบญจพลพิทักษ์ (2539) ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่าปัญหาสุขภาพจิตของแพทย์ในกลุ่มของแพทย์ที่สมรสแล้ว พบว่า การมีภาวะเครียดสัมพันธ์กับคู่สมรสที่มีอาชีพแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาพรชัย สิทธิศรัณย์กุล(2005) ศึกษา การสำรวจแพทย์ไทยอายุยืน พบว่าแพทย์ที่มีสถานภาพสมรสคู่ส่วนใหญ่จะมีอายุยืนด้วย แสดงให้เห็นว่าสถานภาพสมรสคู่มีส่วนสัมพันธ์กันอย่างยิ่งกับระดับสุขภาวะทางจิต เพราะสถานภาพสมรสคู่ทำให้แพทย์เกิดความเครียดที่มากและน้อยแตกต่างกัน

2.4 หน่วยงานที่สังกัด

คณะกรรมการแพทย์สภา (2546) ภาพลักษณ์หน่วยงานที่สังกัดนั้นมีส่วนอย่างมากในการตัดสินใจเลือกทำงานของแพทย์ แพทย์บางท่านต้องลาออกจากราชการเนื่องจากทนบีบคั้นจากความไม่เป็นธรรมจากผู้บริหารในระดับต่างๆ ไม่ได้และไม่มีโอกาสที่จะร้องเรียนเพื่อขอความเป็นธรรม บางคนถูกกลั่นแกล้งให้โดนโยกย้าย ทำให้เกิดการชะลอความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

โดยทั่วไปหน่วยงานที่แพทย์สังกัดแบ่งออกได้เป็น 4 ประเภทดังนี้

1. สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ นั่นคือการเป็นโรงเรียนแพทย์ เช่น โรงพยาบาลศิริราช รามาธิบดีวชิระกรุงเทพ เป็นต้น โรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงพยาบาลของรัฐที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในประเทศ

โรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกในประเทศไทย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแห่งแรกที่มีการผลิตบุคลากรทางการแพทย์โดยมีอาจารย์ทำหน้าที่เป็นครูนอกเหนือจากการตรวจคนไข้ซึ่งเป็นหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ เปิดให้มีการสอนในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานที่ให้บริการทางการแพทย์และสุขภาพอนามัยที่ได้มาตรฐาน จากข้อมูลของเวชระเบียนสถิติโรงพยาบาลศิริราช พ.ศ.2542 พบว่าเป็นโรงพยาบาลขนาด 2,632 เตียง ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน 1,344,051 ราย (เฉลี่ย 5,169 ราย ต่อวัน) และรับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 59,201 ราย (ร้อยละ 4.22 ของผู้ป่วยที่เข้ามารับการตรวจรักษา) ทำให้มีภาระงานที่หนักและจำนวนแพทย์ไม่สมดุลกับผู้ป่วย เนื่องจากแพทย์ที่เป็นลูกศิษย์ในโรงพยาบาลต่างจังหวัดมักจะส่งต่อคนไข้จากต่างจังหวัดเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ในกรณีที่ไม่มีความพร้อมของเครื่องมือและยารักษาโรค ประกอบกับมีอาจารย์แพทย์ที่มีชื่อเสียงระดับแนวหน้า ทำให้จำนวนคนไข้ต่อจำนวนแพทย์ หนึ่งท่านมีสัดส่วนที่เพิ่มสูงขึ้น

สำหรับแพทย์ที่เลือกทำงานเป็นอาจารย์แพทย์ในโรงพยาบาลศิริราชนั้นส่วนใหญ่มักจะชื่นชอบในความก้าวหน้าทางวิชาการ เพราะสามารถที่จะทำผลงานทางวิชาการการรักษาโรค และมี ยศ ตำแหน่งงานที่ดีได้ อาทิ เช่น ศาสตราจารย์นายแพทย์ รองศาสตราจารย์ หรือผู้ช่วยศาสตราจารย์ และหน่วยงานที่แพทย์สังกัดนั้นที่เป็นแหล่งอ้างอิง ของความน่าเชื่อถือ ความไว้วางใจในความสามารถของแพทย์แต่ละท่านได้อีกด้วย นอกจากนั้นแล้วหน่วยงานที่แพทย์สังกัดก็ยังคงเป็นผลทำให้หน้าที่ความรับผิดชอบมีความต่างกันอีกด้วย ดังเช่น สำหรับค่าตอบแทน ที่ให้กับแพทย์ใน

โรงพยาบาลศิริราชนั้นจะมีเงินเดือนขั้นแรกเท่ากับระบบของข้าราชการแต่จะมีค่าวิชาชีพแพทย์ให้ด้วยจำนวนหนึ่ง แต่เนื่องจากภาระหน้าที่ความรับผิดชอบที่หนักทำให้แพทย์รู้สึกที่ไม่คุ้มค่ากับรายได้ จนทำให้แพทย์บางส่วนลาออกเข้าสู่ระบบเอกชนหน่วยงานที่แพทย์เลือกที่จะสังกัดน่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิต

2. สังกัดโรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลเอกชน เป็นโรงพยาบาลที่ดำเนินธุรกิจเพื่อผลกำไร และให้บริการแก่บุคคลชั้นกลางไปจนกระทั่งคนชั้นสูง มีการเก็บค่าใช้จ่ายของการให้บริการทางการแพทย์สูงกว่าโรงพยาบาลรัฐทั่วไป เน้นการบริการที่รวดเร็วและสร้างความประทับใจให้กับผู้ป่วยและญาติที่เข้ามาใช้บริการ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์เองก็เป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ใหญ่และมีชื่อเสียงมากที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้มีฐานะและการศึกษาที่ดี แพทย์จึงต้องให้การดูแลอย่างดีเพื่อลดอัตราความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องจากความผิดพลาดในการรักษา เหล่านี้เองที่ทำให้แพทย์มีระดับสุขภาวะทางจิตต่ำ สำหรับความเป็นมาของโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ นั้นเปิดให้บริการด้านรักษาพยาบาลอย่างครบวงจรเมื่อปี 2523 เป็น โรงพยาบาลเอกชนแห่งแรกย่านใจกลางกรุงเทพมหานคร และมีการเจริญอย่างรวดเร็ว โรงพยาบาลได้พยายามสร้างและดำรงไว้ซึ่งชื่อเสียงและคุณภาพของการให้บริการให้คงไว้ด้วยมาตรฐานระดับโลกพร้อมทั้งได้มีการปรับปรุงอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ตลอดจนนักศึกษาแนวทางใหม่ในการรักษาพยาบาลให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา ด้วยความน่าเชื่อถือด้านบริหารการเงินและการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง แพทย์โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ถือเป็นโรงพยาบาล เปิด สำหรับแพทย์ โดยอนุญาตให้แพทย์ทุกท่านมีคุณสมบัติครบถ้วนของการเป็นแพทย์ได้มาใช้บริการของโรงพยาบาลฯ โดยมีได้จำกัดจำนวนแพทย์ และได้จำกัดว่าจะต้องเป็นแพทย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง ในปี 2545 มีแพทย์ให้บริการรักษาผู้ป่วยกว่า 600 ท่าน โดยแบ่งออกเป็น

1. แพทย์ประจำโรงพยาบาล	จำนวน 106 ท่าน
2. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางซึ่งเป็นแพทย์ที่ปรึกษา	จำนวน 362 ท่าน
3. แพทย์เวร	จำนวน 174 ท่าน
4. ทันตแพทย์	จำนวน 45 ท่าน

3. การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Perception of Social Changes)

3.1 ความหมายของการรับรู้

ความหมายของการรับรู้ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ ดังนี้

ลอเรนซ์ ฮอล และทอมสัน (รัตนาคุลยประพันธ์. 2547: 13 อ้างอิงมาจาก lindzcy, Hall and Thomson. 1975: 90-135) การรับรู้ถือว่าเป็นกระบวนการจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคล เพราะถ้า

ปราศจากการรับรู้แล้วบุคคลจะไม่สามารถมี “ความจำ ความคิด หรือการเรียนรู้” การรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ เป็นขั้นตอนดังนี้ บุคคลรับพลังงานจากสิ่งเร้าซึ่งจะเร้าประสาทสัมผัส ประสาทสัมผัสจะเข้ารหัสพลังงานนั้นผ่านมาทางเส้นประสาท และเส้นประสาทจะส่งข้อมูลต่อไปยังสมองซึ่งขั้นสุดท้ายของกระบวนการจะเป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งเร้านั้นๆ

วารินทร์ สายโอบเอื้อ และสุนีย์ ธีรดากร (2522:37) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการทางสมองในการแปลความหมายของข้อมูลที่ได้รับจากการสัมผัส ทำให้ทราบว่าสิ่งที่เรสัมผัสนั้นเป็นอะไร มีลักษณะอย่างไร โดยอาศัยประสบการณ์เดิมช่วยในการแปลความหมายออกมา

เวอร์ไฮเมอร์ (กมลรัตน์ หล้าสูงรังษ. 2528: 200-201; citing Wertheimer. n.d.) กล่าวว่า การเรียนรู้ คือการรับรู้ (Perception) โดยอาศัยประสบการณ์เดิม หรือแปลความหมายจากการสัมผัสโดยอาศัยประสบการณ์เดิม การรับรู้เกิดจากการสร้างสถานการณ์ของสิ่งเร้าทั้งหมดและการใช้ประสบการณ์เดิมมาสร้างสถานการณ์ทำให้เกิดภาพลวงได้ ดังนั้นแต่ละคน อาจจะรับรู้ในสิ่งเร้าเดียวกันแตกต่างกันได้แล้วประสบการณ์เดิม โดยไม่มีการตัดสินใจว่าผู้ใดมีการรับรู้ผิดหรือการรับรู้ถูก

โรบินส์ (Robbins.1998: 356) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่าหมายถึง กระบวนการซึ่งบุคคลจัดระเบียบและตีความรู้สึกประทับใจของตนเองเพื่อให้ความหมายเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม

ออสบอร์น และคณะ (Osborn and Others 1998:78) ให้ความหมายการรับรู้คือ กระบวนการที่บุคคลเข้าจัดระเบียบ ตีความ แก้ไข และตอบสนองต่อสารสนเทศจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว

จากการให้ความหมายของการรับรู้ พอจะสรุปได้ว่าการรับรู้ หมายถึง การแปลความหมายหรือให้ความหมายกับสิ่งที่ได้รับผ่านประสาทสัมผัสโดยอาศัยประสบการณ์เดิมแต่ละคนอาจจะรับรู้ได้สิ่งเร้าเดียวกันแตกต่างกันได้ แล้วแต่ประสบการณ์เดิม และการรับรู้นี้มีอิทธิพลนำไปสู่การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว

3.2 ความหมายของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2532) ได้ให้ความหมายดังนี้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม หมายถึง การที่ระบบสังคมกระบวนการแบบอย่างหรือรูปแบบทางสังคม เช่นขนบธรรมเนียมประเพณี ระบบครอบครัวระบบการปกครองได้เปลี่ยนแปลงไปไม่ว่าจะเป็นด้านใดก็ตามการเปลี่ยนแปลงนี้อาจจะเป็นไปในทางก้าวหน้าหรือถดถอยเป็นไปอย่างถาวรหรือชั่วคราวโดยวางแผนให้เป็นไปหรือเป็นไปเองและที่เป็นประโยชน์หรือให้โทษได้ทั้งสิ้น

สนิท สมักรการ (2538:4) อธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคมหมายถึงการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่มีผลทำให้ความสัมพันธ์ทางสังคมเกิดความแตกต่างกันขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งการ

เปลี่ยนแปลงนั้นไม่ว่าจะเล็กน้อยหรือใหญ่โตเพียงไร ก็ตามย่อมถือได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมได้ทั้งสิ้น

อุทัย หิรัญโต (2522:115) ให้ความหมายว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคม หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในระบบความสัมพันธ์ของมนุษย์ที่อยู่ร่วมกันในสังคมเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มองเห็นได้ด้วยสายตาในลักษณะต่างๆ ของวิถีการดำรงชีวิต หรือที่เรียกอีกอย่างหนึ่งว่าการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่มีผลไม่ว่าจะโดยการวางแผนหรือเป็นไปเองก้าวหน้าหรือถดถอยถาวรหรือชั่วคราว จึงอาจสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมหมายถึงการเปลี่ยนแปลงในระบบความสัมพันธ์ทางสังคมสังคมเกิดความแตกต่างกันขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

วาโก (สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. 2536; citing Vago. 1980) กล่าวว่า แนวทางในการวิเคราะห์ในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ได้หลายแบบ หรือหลายประเด็น ขึ้นอยู่กับว่าสนใจต้องการศึกษาอะไรบ้าง แนวทางการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงมีดังนี้

1. เอกลักษณะการเปลี่ยนแปลง (Identity of change) หมายถึงปรากฏการณ์เกี่ยวกับสังคมที่มีลักษณะเฉพาะภายใต้การเปลี่ยนแปลงต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติที่เด่นชัด พฤติกรรม ทศนคติ การมีปฏิสัมพันธ์กัน โครงสร้างของอำนาจ อัตราเฉลี่ยของผลผลิต รูปแบบการใช้สิทธิหรือความเสี่ยง ความมีเกียรติ การจัดลำดับขั้นทางสังคม

2. ระดับการเปลี่ยนแปลง (Level of Change) ได้กล่าวถึงสถานที่ในระบบสังคม ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นระดับการเปลี่ยนแปลงอาจจะถูกกำหนดเป็นบุคคล กลุ่ม องค์กร สถาบัน และสังคม

3. ช่วงเวลาการเปลี่ยนแปลง (Duration of Change) หมายถึง ระยะเวลาที่ครอบคลุมรูปแบบการเปลี่ยนแปลง ช่วงเวลาการเปลี่ยนแปลงอาจหมายถึงปรากฏการณ์ของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระยะยาวหรือระยะสั้น

4. ทิศทางการเปลี่ยนแปลง (Direction of Change) อาจแสดงถึงการพัฒนาหรือการเสื่อมสลาย ความก้าวหน้าหรือถดถอย หมุนเวียนไปตามวิวัฒนาการที่เกิดขึ้นเป็นวัฏจักรหรือขั้นตอนหรือเป็นปฏิกิริยาตอบรับกับรูปแบบอื่นๆ ทิศทางการเปลี่ยนแปลงอาจมีการขึ้นลงหรือผันแปรได้

5.ขนาดหรือปริมาณในการเปลี่ยนแปลง (Magnitude of Change) อาจมีพื้นฐานมาจากโครงสร้าง 3 ส่วน จากการเพิ่มหรือการเปลี่ยนแปลงในส่วนสุดท้าย การเปลี่ยนแปลงแบบเบ็ดเสร็จและการปฏิวัติการเปลี่ยนแปลง

6.อัตราการเปลี่ยนแปลง (Rate of Change) อาจมีพื้นฐานมาจากมาตรวัดเช่น เร็วหรือช้า ต่อเนื่องหรือติดขัด การลำดับขั้นอย่างเป็นระเบียบ หรือการเอาแน่ไม่ได้

3.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในด้านต่างๆที่มีผลต่อระดับสุขภาวะทางจิตของคนไทย

จากการศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของประเทศเกาหลี โดย จุงซิก คิม พบการเปลี่ยนแปลงทางในปี2000พบการเปลี่ยนแปลงทั้งหมด 8 ด้านดังนี้

- 1.การเปลี่ยนแปลงด้านการเมืองการปกครอง
- 2.การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ
- 3.การเปลี่ยนแปลงด้านการศึกษา
- 4.การเปลี่ยนแปลงด้านวัฒนธรรม
- 5.การเปลี่ยนแปลงด้านชีวิตครอบครัว
- 6.การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอนามัย
- 7.การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี
- 8.การเปลี่ยนแปลงด้านอาชญากรรม

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สร้างแบบสอบถามปลายเปิดขึ้นเพื่อหาข้อมูลการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นในประเทศไทย จำนวน 150 คน เมื่อ เดือน มีนาคม 2548 โดยให้อธิบายถึงลักษณะการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นในสังคมไทยผลปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างได้ให้ความเห็นทั้งหมดจำนวน 253 ความเห็น ซึ่งนำมาจัดกลุ่มได้ 9 ด้านมีสัดส่วน และคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

1. วัฒนธรรมการเปลี่ยนแปลงด้านค่านิยม และศาสนา จำนวนความเห็นคิดเป็น 46.5 %โดยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องของเด็กไทยเป็นโรคติดเช็กซ์ค่า นิยมตะวันตก-สืบลามกวิยรุ่นหญิงไม่รักนวลสงวนตัว ความไม่ซื่อสัตย์ ไม่สุจริตโปร่งใส การทุจริตและประพฤติมิชอบ นักศึกษานุ่งกระโปรงสั้น ดาราที่ชอบถ่ายรูปรูปหวิวลงปกนิตยสาร ปัญหาการมี กิ๊ก การใช้กำลัง การยิงกัน ชกต่อยกัน หรือแม้กระทั่งฆ่าตัวตาย วัตถุนิยม เกี่ยวกับเสื้อผ้า กล้องถ่ายรูป โทรศัพท์ มือถือราคาแพงเกมออนไลน์ ซึ่งนอกจากจะทำให้เด็กสับสนวุ่นวาย ตื่นเต้นเร้าใจ และหลงใหลจนเสียการเรียนแล้ว ยังครอบงำเด็กๆให้มีพฤติกรรม และค่านิยมไม่ต่างไปจากตัวละครในเกม

2.การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ จำนวนความเห็นคิดเป็น 10 .4%โดยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องธุรกิจ sme กองทุนกู้ยืมในหมู่บ้าน การลงทุนในโครงการ Mega Projects ในส่วนของระบบขนส่งมวลชน ที่อยู่อาศัย และด้านคมนาคม ราคาน้ำมันที่ไม่แน่นอน เนื่องจากความต้องการน้ำมันและความไม่แน่นอนทางการเมืองในอิรัก, เศรษฐกิจไทยถูกแทรกแซง จากฝ่ายการเมือง

3.การเปลี่ยนแปลงด้านอาชญากรรม จำนวนความเห็นคิดเป็น 9 %โดยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องคดีฆ่าข่มขืน ฆ่าตัดตอน พ่อข่มขืนลูก คดียาเสพติดยาบ้า

4.การเปลี่ยนแปลงด้านชีวิตครอบครัว จำนวนความคิดเห็นคิดเป็น 8.6 %โดยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องการหย่าร้าง การท้องก่อนแต่ง การที่ผู้หญิงเป็นผู้นำครอบครัว การมีภรรยาบ่อย

5.การเปลี่ยนแปลงด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและอุตสาหกรรม จำนวนความคิดเห็นคิดเป็น 8.5%โดยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องเทคโนโลยีการสื่อสารแบบไร้สาย ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ การคมนาคมขนส่ง

6.การเปลี่ยนแปลงด้านการสาธารณสุขและอนามัย จำนวนความคิดเห็นคิดเป็น 5.9%โดยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค เด็กติดขมมน้ำอัดลมมากขึ้น และอุบัติเหตุในวัยรุ่น ไข้หวัดนก โรคซาร์

7.การเปลี่ยนแปลงด้านการศึกษาและสถาบันการศึกษา จำนวนความคิดเห็นคิดเป็น 5%ค่านิยมในการเลือกสถานศึกษาโดยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องกองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษา การศึกษาทางไกลผ่านดาวเทียมไทยคม

8.การเปลี่ยนแปลงด้านด้านการเมืองการปกครอง จำนวนความคิดเห็นคิดเป็น 4.6%โดยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องความขัดแย้งและความวุ่นวายสับสนทางการเมือง ล้วนเกิดขึ้นจากความขัดแย้งทางผลประโยชน์ ของกลุ่มผลประโยชน์ที่อยู่ในขั้วทางการเมืองที่ต่างกันปัญหา

9.การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม จำนวนความคิดเห็นคิดเป็น 1.5%โดยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องน้ำเสีย อากาศเป็นพิษ โลกร้อน ต้นไม้โดนตัด น้ำท่วม

นอกเหนือจากการเปลี่ยนแปลงข้างต้นทั้ง 9 ด้านของไทยผู้วิจัยได้ไปศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเรื่องการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมไทยโดยมีรายละเอียดสรุปได้ดังนี้

3.3.1 การเปลี่ยนแปลงด้านวัฒนธรรม ค่านิยม และศาสนา

วัฒนธรรมจะดำรงอยู่ได้ก็ด้วยมีประเพณีสืบทอดกันมาคนรุ่นหลังจะต้องศึกษาให้เข้าใจถึงคุณค่า ความหมายและวิถีปฏิบัติของประเพณีนั้นๆพร้อมทั้งต้องรู้จักพัฒนาปรับปรุงให้ประเพณีงดงามเหมาะสมตามกาลสมัยมีการสืบทอดและเผยแผ่จนสามารถซึมซับวิถีชีวิตไทยได้ตั้งแต่ความเป็นมาในอดีตการดำรงอยู่ในปัจจุบันและแนวโน้มความเป็นไปในอนาคต

วัฒนธรรม คือ วิถีหรือระบบชีวิตที่เหตุปัจจัยในอดีตหล่อหลอมขึ้นมา และถ่ายทอดสืบทอดกันมาในกลุ่มคน เผ่าพันธุ์ หรือประเทศ ลักษณะที่แสดงถึงความเจริญงอกงามความเป็นระเบียบเรียบร้อยความกลมเกลียวก้าวหน้าของชาติ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมของมนุษย์ นักวิชาการได้จำแนกวัฒนธรรมออกเป็น 2 ประเภทคือวัฒนธรรมที่เป็นวัตถุ กับวัฒนธรรมที่เป็นความคิดหรือวัฒนธรรมที่ไม่ใช่วัตถุ ซึ่งประกอบด้วยระบบสัญลักษณ์ บรรทัดฐานทางสังคม คุณค่าหรือค่านิยม ภูมิปัญญาหรือความรู้ วัฒนธรรมที่ไม่ใช่วัตถุเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ แต่อัตราการเปลี่ยนแปลงในแต่ละองค์ประกอบอาจมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่

กับเงื่อนไขและบริบทที่แตกต่างกันรวมถึงก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคมโดยรวมแตกต่างกันด้วย วัฒนธรรมอย่างหนึ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดสำหรับสังคมไทยก็คือ วัฒนธรรมประเพณี สงกรานต์ในสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงความงดงามของประเพณีสงกรานต์อันประกอบด้วยคุณค่าทางวัฒนธรรมดังกล่าวเปรียบเสมือนสายใยความผูกพันแห่งอดีตกับปัจจุบันเป็นสิ่งที่แสดงถึงความ เป็นไทยอย่างแท้จริงแต่กำลังจะถูกกลืนไปในสภาพปัจจุบันกิจกรรมหลายอย่างได้ถูกยกเลิกไป สุนทรีภาพอันเกิดจากภาษาและดนตรีได้เงียบหายไป เพลงร้องอันไพเราะที่เกิดจากภูมิปัญญาของ ตน ถูกแทนที่ด้วยบทเพลงสมัยใหม่ความเอื้ออาทรความห่วงใยและความปรารถนาดีที่จะให้ผู้อื่นมี ความสุขโดยการประพรมน้ำถูกแทนที่ด้วยการขว้างปฏิกิริยาก้าวร้าวรุนแรงไม่สนใจในความเจ็บปวด และอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นพิธีกรรมอันเคยสง่างามถูกบีบรัดด้วยความรีบร้อนให้เสร็จสิ้นโดยเร็วคงจะ เป็นไปไม่ได้ที่เราจะเรียกร้องให้ทุกสิ่งทุกอย่างในอดีตกลับคืนมาสู่ยุคปัจจุบันหากเพียงแต่เราจะ เริ่มต้นด้วยการแบ่งปันความเอื้ออาทรให้กัน และกันพิจารณาหาคำงามของประเพณีสงกรานต์ที่ แท้จริงและเลือกสรรนำมาปฏิบัติให้เหมาะกับยุคสมัยเท่ากับว่าเราเป็นผู้หนึ่งที่จริงใจประเพณี สงกรานต์ด้วยความหมายที่แท้จริงให้อยู่คู่กับสังคมไทยสืบต่อไป

ค่านิยม คือ ความรู้สึก ความเชื่อ และการถือปฏิบัติในด้านครอบครัว สังคม การเมืองเศรษฐกิจ การศึกษาและจริยธรรม ค่านิยมเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์มีลักษณะที่ ถ่ายทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปยังคนอีกรุ่นหนึ่งได้ ค่านิยมแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) ค่านิยมที่เป็นเป้าหมายของชีวิต คือ ค่านิยมที่เป็นอุดมคติที่ต้องการให้ยึดเป็น หลักตามลำดับความสำคัญ เช่น การช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน การได้รับการยกย่องจาก สังคม การมีมิตรที่ดี การมีชีวิตที่สุขสบายพอสมควร การมีคนรักการมีหลักธรรมทางศาสนาเป็นที่พึ่ง การมีมนุษยสัมพันธ์ความภาคภูมิใจในเกียรติและศักดิ์ศรีความสงบสุขทางใจ ความสุขในชีวิต ครอบครัวการมีความสำเร็จในชีวิต ฯลฯ

2) ค่านิยมที่เป็นวิถีปฏิบัติได้แก่ การรักษาหัวใจเพื่อนเน้นความสัมพันธ์กับบุคคล เฉพาะบางกลุ่ม เน้นความซื่อสัตย์กตัญญูรู้คุณและเพื่อความอยู่รอดของตนเองโดยไม่คำนึงถึง ส่วนรวม ค่านิยมแยกเป็น 3 ประการ คือ ค่านิยมทางวัตถุได้แก่การแต่งกายที่อยู่อาศัยเป็นต้นค่านิยม ทางจิตใจ ได้แก่ ความเชื่อทางศาสนา กิริยามารยาท และค่านิยมทางความประพฤติ

ค่านิยมของไทยที่พึงวิเคราะห้และควรแก้ไขเช่นการยอมรับบุญรับกรรมโดยไม่ ได้แยแ้งความเชื่อถือโชคลและการเลียงโชคความนิยมเครื่องประดับเพื่อแสดงฐานะในสังคมความใจบุญ เอื้อเพื่อเกื้อกูลโดยไม่หวังผลตอบแทนความยำเกรงต่อผู้มีเงินและอำนาจความรักสันโดษพอใจในสิ่งที่ พึ่งได้พึงมีความไม่กระตือรือร้นที่จะยกฐานะการงานการแบ่งปันเพื่อความก้าวหน้าโดยไม่พิจารณา

ผลงานความฟุ่มเฟือยในพิธีกรรมต่างๆ การทำบุญจนเกินกำลังเพื่อหวังผลชาติหน้าความรักเพื่อนรักพี่น้องทำให้เกิดการถือพรกถือพวกรวมถึงมีรสนิยมสูงแต่ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ

ความหลากหลายของค่านิยมไทยมีอยู่มากมายแต่ที่เด่นชัดที่สุดในปัจจุบันคือ ความมีรสนิยมสูง แต่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำค่านิยมใหม่จากตะวันตกเช่นคนไทยยกย่องผู้มีความรู้ นิยมนับญาติชอบรับประทานพราห์เพื่อรักสนุกนิยมความเป็นตะวันตกและรักอิสระซึ่งฝังแน่นอยู่ในจิตสำนึกของเยาวชนไทยจากการรับวัฒนธรรมตะวันตกจากสื่อต่างๆ จากเอกลักษณ์ของคนไทยที่ชอบเลียนแบบ แต่การเลียนแบบในทางที่ถูกต้องจะช่วยเสริมวัฒนธรรมไทยให้เจริญงอกงาม ในทางตรงกันข้ามวัฒนธรรมไทยกำลังถูกลบเลือนจากเยาวชนไทยเอง สถาบันครอบครัวเป็นต้นแบบแห่งแรกที่จะเป็นตัวอย่างในการอนุรักษ์วัฒนธรรมไทย สิ่งแวดล้อม สังคม สื่อแขนงต่างๆ เป็นตัวเสริมสร้างค่านิยมของเยาวชนไทย (จากหนังสือพิมพ์มติชนรายวันฉบับประจำวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ.2547)

การเปลี่ยนแปลงทางค่านิยมของสังคมไทยมีดังนี้

1. วัฒนธรรมการบริโภค ในปัจจุบันคนไทยตกเป็นทาสของการบริโภคแบบตะวันตก นับตั้งแต่สินค้าบริโภค และอุปโภค วัฒนธรรมการบริโภคแบบตะวันตก ทำให้คนไทยนิยมสินค้าต่างประเทศ รักความสะดวกสบายมากขึ้น หลงใหลฟุ้งเฟ้อในวัตถุนิยม แสดงความโก้หรูในเครื่องแต่งกาย เครื่องประดับ การบริโภคอย่างฟุ่มเฟือย
2. รักความสนุกสนาน เน้นความสนุกสนานที่ใช้แสงสี ประกอบการบันเทิง แต่งกายเลียนแบบนักร้อง สถานเริงรมย์ทั้งหลายกลายเป็นศูนย์รวมของความสนุกสนาน ในแสงสีซึ่งส่งผลกระทบต่อวัฒนธรรมไทย
3. เสรีภาพ ค่านิยม ของคนไทยในยุคโลกาภิวัตน์ โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนเริ่มแสดงตนในการเรียกร้องเสรีภาพจากพ่อแม่ การปฏิบัติตามวัฒนธรรมดั้งเดิมถือเป็นเรื่องล้าสมัย ผู้หญิงยุคใหม่ไม่นิยมแต่งงานอย่างเปิดเผย ไม่รักนวลสงวนตัว
4. ค่านิยมใหม่ในอาชีพ ซึ่งได้รับการตอบสนองทางด้านการเงินสูง เช่น นักธุรกิจ นักการธนาคาร และวิศวกร ในขณะเดียวกัน อาชีพครู ขาวนา ชาวไร่ เป็นอาชีพที่คนในสังคมไม่นิยมเพราะเงินเดือนน้อย
5. ค่านิยมในวัตถุนิยม ต้องปฏิบัติตนให้เกิดความคล่องแคล่วว่องไว สื่อสารกันได้อย่างรวดเร็ว และจัดซื้ออุปกรณ์ที่ทันสมัยไว้ใกล้ตัว เช่น การใช้บัตรเครดิต การติดตั้งอุปกรณ์สื่อสารในรถยนต์

6. นิยมภาษาต่างประเทศ จนละเลยภาษาไทย ปัจจุบันภาษาอังกฤษ ภาษาจีน ภาษาญี่ปุ่นมีความสำคัญในวงการธุรกิจและวิทยาการทุกสาขา คนไทยปัจจุบันนิยมใช้ภาษาอังกฤษปนกับภาษาไทย ซึ่งเป็นที่มาของภาษาวิบัติในภาษาพูด และไม่นิยมใช้ภาษาไทยในการเขียน ซึ่งเป็นจุดอ่อนในการใช้ภาษาไทยเพื่อการสื่อสารในงานราชการและธุรกิจ

7. ค่านิยมในการถือฐานะคน ให้มีความเสมอกัน คนไทยยุคใหม่ มิได้ให้ความสำคัญในระบบอาวุโส การใช้ชีวิตในครอบครัวเดี่ยว ขาดความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ต่างคนต่างอยู่ มีการแก่งแย่งชิงดีชิงเด่นในทุกวงการอาชีพอย่างเปิดเผย และไม่เปิดเผยจนขาดคุณธรรมในการอยู่ร่วมกัน

8. ค่านิยมในการทดแทนพระคุณ ในปัจจุบันการทดแทนบุญคุณ ในทางที่ผิดได้เกิดขึ้น คือ ปัญหาการขายลูกสาว เป็นโสเภณี เพื่อนำเงินไปให้พ่อแม่ นับเป็นการปฏิบัติค่านิยมที่ไม่ถูกต้อง

9. ค่านิยมเกมออนไลน์ นับว่าเป็นยอดแห่งความปรารถนาของเด็กสมัยนี้ ซึ่งนอกจากจะทำให้เด็กสนุกสนาน ตื่นเต้นเร้าใจ และหลงใหลจนเสียการเรียนแล้ว ยังครอบงำเด็กๆ ให้มีพฤติกรรม และค่านิยมไม่ต่างไปจากตัวละครในเกม โดยทุกครั้งที่เด็กๆ เล่นเกมและตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของเกมสิ่งที่เด็กเล่นและจดจ่อคือต้องเป็นผู้ชนะเท่านั้น ซึ่งในเงื่อนไขของผู้ชนะเกมก็คือการทำลายหรือสังหารคู่ต่อสู้นั่นเอง เมื่อเด็กเล่นเกมบ่อยมากขึ้นก็จะเกิดการซึมซับพฤติกรรมการทำลายล้างผู้อื่นขึ้นมาโดยลำดับ ปัญหาเด็กติดเกมจึงเป็นสัญญาณอันตรายต่ออนาคตของชาติเหล่านี้ โดยอาจทำลาย ความสำเร็จ ความมีน้ำใจไมตรี ความเมตตา ซึ่งเป็นบุคลิกที่เด็กไทยควรได้รับการอบรมขัดเกลา มา กลายมาเป็นพฤติกรรม ก้าวร้าว รุ่มร้อน รุนแรง ซึ่งมีให้เห็นในสังคมปัจจุบันแล้ว

10. ค่านิยมห้องแอร์ หรือห้องสนทนา ภัยอีกประเภทหนึ่งในอินเทอร์เน็ตที่เด็กๆ โปรดปรานกันมากโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ที่ขาดความรัก ความอบอุ่นจากพ่อแม่ผู้ปกครองต้องตกอยู่ในสภาพเหงาและว้าเหว่ จะหาทางออกโดยเข้าไปที่ห้องสนทนาซึ่งมีเพื่อนให้เลือกมากมายตามความต้องการและปรารถนาที่จะพูดคุยด้วย สุดแล้วแต่ว่าจะเลือกประเภทไหน อะไร อย่างไร ทั้งคู่สนทนาในประเทศและต่างประเทศที่เลือกได้ตามอัธยาศัย โดยที่ต่างฝ่ายต่างก็ไม่รู้จักกัน บางคนอ่อนแอขาดประสบการณ์และขาดภูมิคุ้มกัน กลุ่มหลงเพื่อนคู่สนทนาจนถูกหลอกไปข่มขืนขายตัวและในบางครั้งก็ถูกหลอกหลวงเอาทรัพย์สินจนเกิดความเสียหายกับตนเองก็มีเป็นข่าวไปแล้ว

11. ค่านิยมโซเชียลมีเดีย ค่านิยมที่เบี่ยงเบนและขัดต่อวัฒนธรรมไทยมิให้เห็นมากมายในอินเทอร์เน็ตทั้งเว็บไทยเว็บเทศมิให้เลือกเสพตามความต้องการ โดยผู้ที่ชอบโซเชียลมีเดียบางรายก็ไม่ต้องการอะไรนอกจากต้องการอวดรูปโฉมและสัดส่วนตนเองให้ชาวบ้านดูเล่นสนุกๆ เท่านั้น (พวกโรคจิต) แต่ก็มีนักโซเชียลมีเดียบางรายที่โซเชียลเพื่อต้องการหารายได้ซึ่งไม่ต่างอะไรกับโสเภณีหรือผู้ขายเรือนร่างเป็นอาชีพ สำหรับค่านิยมโซเชียลมีเดียในอินเทอร์เน็ตนับวันก็ยิ่งจะมีให้เห็นอย่างแพร่หลายเพิ่มขึ้นจนก่อให้เกิดปัญหาและคดีข่มขืนขึ้นในสังคมทุกวันนี้ โซเชียลมีเดีย ภัยอีกประเภทที่บ่อนทำลายความสุข

และความมั่นคงของสังคมที่กำลังแพร่ระบาดทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งนับวันการโซเชียลมีเดียมีการเพิ่มปริมาณ ความพิสดารและวितถารมากขึ้นจนเป็นที่น่าตกใจ ส่งผลให้ผู้เข้าชมทั้งวัยโจ๋และวัยเด็กจำนวนมากเสพโซลเหล่านี้จนติด ถูกครอบงำซึ่มซับในสิ่งที่ไม่ดีจนเกิดการปรับเปลี่ยนค่านิยมและพฤติกรรมที่เห็นผิดเป็นชอบ กล้าที่จะกระทำในเรื่องที่เกินตัวไม่เหมาะสมและขัดต่อจารีตประเพณี อาทิ ปฏิบัติการโซเชียลเช็กช่อนไลน์เผยแพร่ มีค่านิยมเสพเช็กซ์และแลกเปลี่ยนคู่นอนก่อนวัยอันควร รวมถึงการหลอกลวงทรัพย์สินผู้อื่น เป็นต้น

12. ค่านิยมในวันวาเลนไทน์หรือวันแห่งความรัก ซึ่งตรงกับวันที่ 14 กุมภาพันธ์ของทุก ๆ ปีถือเป็นเทศกาลแห่งความรัก ที่ทั่วโลกต่างให้ความสำคัญในการมอบความรักและความปรารถนาดีต่อกัน ในปัจจุบันคนไทยโดยเฉพาะวัยรุ่นค่อนข้างให้ความสำคัญกับวันนี้น่ามาก และกำลังมีค่านิยมผิด ๆ ในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในวันวาเลนไทน์ โดยคิดว่าเป็นการมอบความรักให้กับคนที่รักซึ่งไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมกับวัฒนธรรมอันดีงามของไทยทั้งยังอาจเป็นเหตุของปัญหาด้านสุขภาพและสังคมที่สำคัญคือการตั้งครรภ์ที่ยังไม่พร้อมทำให้เกิดการทำแท้งในวัยรุ่นรวมทั้งการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ตามมาอีกด้วยว่าจากการสำรวจค่านิยมทางเพศและพฤติกรรมเสี่ยงในวันวาเลนไทน์(4กุมภาพันธ์2548)ของเยาวชนอายุ15-24ปีในเขตกรุงเทพมหานครโดยกลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการสำนักโรคเอดส์รื้อโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งข้อมูลจากการศึกษาวิจัยยืนยันได้ว่าอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นสูงขึ้นอย่างน่าเป็นห่วงซึ่งชี้ให้เห็นพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยในหมู่วัยรุ่นการมีเพศสัมพันธ์โดยขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการป้องกันตนเองก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและสังคมทั้งต่อวัยรุ่นเองและบุคคลแวดล้อมซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเร่งสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับวัยรุ่นเพื่อให้สามารถจัดการและหาทางออกที่ปลอดภัยให้กับตนเอง

การเปลี่ยนแปลงของระบบความเชื่อและศาสนา

ความเชื่อดั้งเดิมของสังคมไทยระบบความเชื่อของคนในสังคมไทย จะเริ่มต้นจากการมีความเชื่อในคดิธรรมดา แล้วเปลี่ยนเป็นความเชื่อทางศาสนา หรือความเชื่อที่อิงกับหลักศาสนา และต่อมาก็เริ่มเชื่อตามหลักเหตุผลหรือความเชื่อแบบวิทยาศาสตร์ ความเชื่อในสังคมไทยจะมีลักษณะเป็นความเชื่อทางศาสนา โดยเฉพาะความเชื่อที่เรียกว่า พุทธศาสนาแบบชาวบ้าน (Popular Buddhism) ซึ่งแตกต่างจากพุทธศาสนาตามคัมภีร์ (Doctrinal Buddhism) หรือพุทธศาสนาตามคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า คือจะมีการผสมผสานความเชื่อและพิธีกรรมอื่น ๆ ในสังคมสอดแทรกเข้าไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ภูตผี วิญญาณ และไสยศาสตร์ และพิธีกรรม ศาสนาพราหมณ์ หรือพุดง่าย ๆ คือมีความเชื่อทางพุทธศาสนา ศาสนาพราหมณ์ และความเชื่อในคติถือผีสาางเทวดา

ในแง่ความเชื่อทางพุทธศาสนาเนื่องจากคนไทยส่วนใหญ่เป็นพุทธศาสนิกชนโดยกำเนิด หรือพุทธศาสนาตามพ่อแม่ครูบาอาจารย์ไม่ใช่การนับถือเพราะความศรัทธาในคำสอนของพระพุทธเจ้าคนไทยไม่ได้ศึกษาพุทธศาสนาเชิงลึก แต่จะมีความรู้อย่างผิวเผิน เช่น ความรู้เกี่ยวกับประวัติของพระพุทธเจ้าความรู้เกี่ยวกับศีลธรรมในชีวิตประจำวัน เพราะฉะนั้นความเชื่อทางพุทธศาสนาของคนจึงแสดงออกมาในรูปของการมุ่งแก้ไขบำบัดปัญหาต่าง ๆ ที่เผชิญในชีวิต รวมถึงความเชื่อในภพหน้า หวังจะเกิดมาดีกว่าชาตินี้ สิ่งที่ปรากฏให้เห็นเป็นรูปธรรมก็คือการประกอบพิธีกรรมในการทำที่เกี่ยวข้องกับการสร้างวัด สร้างโบสถ์

โดยสรุปแม้สังคมไทยจะเปลี่ยนผ่านจากสังคมยุคดั้งเดิมมาสู่สังคมสมัยใหม่หรือสังคมที่มุ่งสู่ อุตสาหกรรมมาเกือบ 150 ปี แต่ระบบความเชื่อของคนในสังคมยังไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปมากนัก ความเชื่อดั้งเดิมของสังคมไม่ได้สูญหายไปจากสังคม ส่วนความเชื่อใหม่ ๆ ก็จะถูกปรับเข้ามาเพิ่มเติมมาผสมผสานหล่อหลอมมาประกอบกับความเชื่อเก่า ๆ ได้ ความเชื่อในเรื่องโลกนี้โลกหน้า ความเชื่อเรื่องโชคกลางและความลี้ลับยังไม่หมดไป คนไทยส่วนใหญ่ยังเข้าใจว่าโลกนี้ไม่ได้มีอยู่เฉพาะสิ่งที่มองเห็นได้หรือสิ่งที่จับต้องได้พิสูจน์ได้เท่านั้น เพราะฉะนั้นพิธีกรรมต่าง ๆ ที่เคยมีมาแต่โบราณก็ยังคงได้รับการถ่ายทอดมาถึงปัจจุบัน ความเชื่อ ทางโหราศาสตร์ การบวงสรวง สิ่งศักดิ์สิทธิ์ยังคงมีแพร่หลายในสังคมเป็นที่ยอมรับของคนเกือบทุกหมู่เหล่าหรือแม้แต่ความเชื่อทางวิญญาณ ผีสง เทวดา หรือไสยศาสตร์ก็ยังคงมีอยู่

แต่ปัจจุบันพบว่าการเปลี่ยนแปลงของสถาบันทางศาสนาเกิดขึ้นมาในสังคมยุคปัจจุบัน อาทิ เช่น เกิดความเสื่อมศรัทธาของพุทธศาสนิกชนมากขึ้น อันเนื่องมาจากผู้ที่เข้ามาบวชเรียนเป็นพระไม่ได้ประพฤติตัวให้อยู่ในศีล หรือกฎ ข้อห้ามของพระสงฆ์ที่พึงปฏิบัติ ดังจะเห็นได้จากการที่มีข่าวของพระสงฆ์กับสื่อที่มีความสัมพันธ์กันลึกซึ้ง หรือแอบหนีไปเที่ยวสถานเริงรมณ์, การที่พระสงฆ์ค้าขายบ้าง ซึ่งทั้งหมดทำให้พุทธศาสนิกชนเสื่อมศรัทธา แต่ในขณะเดียวกัน ก็พบว่าประชาชนไทยบางส่วนที่ที่ความรู้และการศึกษาที่ดีก็หันมาให้ความสำคัญกับพุทธศาสนาในเรื่องของการกำหนดจิต หรือที่เรียกว่าการทำวิปัสสนากรรมฐานกันมากขึ้นซึ่งอาจสืบเนื่องมาจากความต้องการเข้าถึงความสงบทางใจมากขึ้น

นอกจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับศาสนาพุทธแล้วนั้น ศาสนาอิสลามเองก็มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเหมือนกัน ดังจะเห็นได้จาก มีการนำเอาศาสนาอิสลามเข้าไปเกี่ยวข้องกับการแบ่งแยกดินแดนที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย โดยผู้ที่ต้องการสร้างความไม่สงบให้เกิดขึ้น โดยเหตุการณ์ดังกล่าวได้สร้างความเข้าใจที่ผิด และทัศนคติในแง่ลบให้กับศาสนาอิสลามกับคนไทยบางส่วน

ส่วนทางด้านศาสนาคริสต์ในประเทศไทยนั้นมีการเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง จากในอดีตที่เห็นภาพบุรุษนำสารเป็นชาวตะวันตกซึ่งจักรยานแจกจ่ายหนังสือคำสอนให้กับบุคคลทั่วไป โดยมีความเชื่อว่า ถ้าสามารถนำสารนี้ส่งไปถึงบุคคลอื่นๆ ได้มากเท่าไรก็จะทำให้พวกเขาเหล่านั้นยิ่งเข้าใจพระเจ้าได้มากขึ้นเท่านั้น แต่ในปัจจุบัน มีการนำสารเข้าสู่บุคคลอื่นได้กว้างขวางขึ้นด้วยการใช้การทำโฆษณาทางโทรทัศน์โดยมี ฟรีเซ็นเตอร์เป็นบุคคลที่มีชื่อเสียงและประสบความสำเร็จจากหลากหลายวงการ

เห็นได้ว่าในทุกศาสนามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างมากมายทั้งที่ทำให้เกิดความเจริญ และความเสื่อม แต่ทั้งนี้คนไทยส่วนใหญ่มักยังคงใช้หลักศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจและเป็นหลักปฏิบัติในการดำเนินชีวิต ดังนั้นหากมีการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้เกิดความเสื่อมย่อมมีผลต่อสุขภาพทางจิตของคนในสังคมคือจะขาดหลักยึดเหนี่ยวที่ดีและไม่พบทางพ้นทุกข์ และนำไปสู่สุขภาพทางจิตที่ย่ำแย่

3.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ

วิถีชีวิตของคนในสังคมหนึ่งๆ มักเป็นไปตามสภาวะเศรษฐกิจของสังคมนั้นๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะเมื่อเศรษฐกิจดีย่อมมีผลทำให้สมาชิกของสังคมมีความกินดีอยู่ดี มีการศึกษาที่ดี มีชีวิตที่สะดวกสบายซึ่งย่อมทำให้มีจิตใจที่สบาย ผ่อนคลาย ประเทศที่มีเศรษฐกิจดีรัฐย่อมมีความสามารถในการลงทุนทางสังคมในด้านมาตรฐานการเป็นอยู่ที่มีมาตรฐานค่อนข้างสูง มีการลงทุนในเรื่องความปลอดภัยและสวัสดิการอย่างเพียงพอ มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ทำให้ผู้คนในชาติรู้สึกมั่นคงปลอดภัย อบอุ่นใจ ไม่อยู่ด้วยความวิตกกังวลต่อภัยอันตราย รายได้ประชาชาติโดยเฉลี่ยต่อประชากรมีอัตราที่สูง ประชาชนมีความสามารถในการจับจ่ายใช้สอย หรืออาจจะกล่าวได้ว่าสภาวะเศรษฐกิจมีผลต่อความสามารถในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานขั้นต่างๆ ของมนุษย์ (ปัจจัยสี่) และความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ได้รับความสำเร็จ มีสถานะภาพทางสังคมได้เป็นที่ยอมรับซึ่งเป็นมุมมองในเชิงมหภาค แต่หากมองในระดับจุลภาค ครอบครัวที่มีเศรษฐกิจดีจะมีความสามารถในการส่งเสริมการศึกษาที่ดีแก่ลูกหลาน หรือสมาชิกในครอบครัวได้ ซึ่งการศึกษาที่ดีจะช่วยสร้างโอกาสที่ดีในอนาคตแก่เขาเหล่านั้น เพราะการศึกษาจะเป็นเครื่องมือในการแสวงหาแนวทางชีวิตที่ดีขึ้นที่เป็นไปตามความต้องการได้ง่ายกว่าคนที่ขาดโอกาสทางการศึกษา เพราะต้องมุ่งต่อสู้กับเศรษฐกิจที่ฝืดเคือง ในยุครัฐบาลปัจจุบันนำโดยพ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร ได้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจเกิดขึ้นอย่างมากมาย โดย อนุช อภาภิรมย์ (อ้างอิง) ได้สรุปไว้ดังนี้

1) การก้าวสู่ระดับภูมิภาคและระดับโลก ซึ่งเป็นการสืบทอดความพยายามเดิมของหลายรัฐบาลในการขยายตลาดการส่งออก ส่งเสริมความสามารถในการแข่งขัน พัฒนาทรัพยากร

บุคคล การวิจัยและพัฒนา การเป็นศูนย์กลางในภูมิภาค เช่น ศูนย์กลางการเงิน หรือเป็นประตูอินโดจีน แต่ในระบอบทักษิณมีความเอาจริงเอาจังและตั้งความคาดหวังไว้สูงกว่า เช่น การสร้างแบรนด์สินค้าระดับโลก การเป็นครัวโลก การเป็นศูนย์กลางแฟชั่นโลก เป็นฮับ (HUB) หรือศูนย์กลางของการบินและการท่องเที่ยว และคาดหวังว่าประเทศไทยจะก้าวพ้นจากประเทศกำลังพัฒนาเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว

2) ขยายการลงทุนทั้งด้าน การแปลงทรัพย์สินเป็นทุน ทำให้เงินเกิดการไหลเวียน ส่งเสริมการลงทุนทั้งจากต่างประเทศ การลงทุนภาคเอกชน และการลงทุนของรัฐ และการบริโภค

3) นำการผลิตระบบตลาดและจิตใจผู้ประกอบการ กระจายไปทั่วประเทศ รวมทั้งในชนบท เช่น ผ่านโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ (OTOP) โดยโครงการนี้ได้สร้างความนิยมต่อสินค้าชุมชนที่เกิดจากภูมิปัญญาไทย และเปิดโอกาสส่งเสริมผลิตภัณฑ์ชุมชนสู่ระบบสากลทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งตลอดระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา(พ.ศ. 2544-2545) สามารถทำรายได้มีมูลค่า 19,027 ล้านบาท และในปี 2546 สูงเป็น 33,000 ล้านบาท และประสบความสำเร็จในการขึ้นทะเบียนและจัดทำข้อมูลสุดยอด หนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์มาสนับสนุนแหล่งเงินทุนให้กับผู้ผลิต ,ขยายตลาดไปต่างประเทศและต่างประเทศ,ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการมีหนี้สินลดลง ร้อยละ 24.4 ,มีเงินออมเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.6 และรายได้ครัวเรือนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 11.9(วารสารเศรษฐกิจและสังคม 2547:25)

4) การเร่งทำสัญญาเขตการค้าเสรี กับหลายประเทศ (FTA: Free Trade Agreement)

5) การปฏิรูประบบสถาบันการเงิน โดยพยายามให้มีการควบรวมให้มีขนาดใหญ่ และมีบทบาทในการส่งเสริมการลงทุน นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดขึ้นอีก 2 โครงการที่ทางรัฐบาลได้มีนโยบายเร่งด่วนเพื่อช่วยให้ประชาชนระดับรากหญ้าได้มีที่อยู่อาศัยซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญลำดับต้นๆที่คนไทยต้องการ นั่นคือเรื่องที่อยู่อาศัย ส่วนโครงการที่ 2 คือ ความต้องการแก้ไขปัญหาหนี้สิน ดอกเบี้ยเงินกู้ ซึ่งประชาชนไทยส่วนใหญ่มีภาระหนี้สินมาก ซึ่งสรุปโดย ทนงค์ดี สุเทพากรรม,9,2547,วารสารเศรษฐกิจและสังคม ดังนี้

1) โครงการบ้านเอื้ออาทร เป็นอีกหนึ่งโครงการที่รัฐบาลร่วมลงทุนกับการเคหะแห่งชาติโดยมีวัตถุประสงค์หลัก 3 ประการได้แก่ การเสริมสร้างความมั่นคงในการอยู่อาศัยให้กับประชาชนกลุ่มเปราะบาง,การเสริมสร้างชุมชนให้มีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนและสร้างองค์ประกอบชุมชนที่ส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมทางเศรษฐกิจ หลังการดำเนินการพบว่า

รายได้ของผู้ที่เข้ามาอยู่ในโครงการโดยเฉลี่ยลดลงร้อยละ 3.2 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอุปสรรคในการประกอบอาชีพนั้นก็คือ การเดินทางไม่สะดวก แต่หากมีความมั่นคงทางด้านที่อยู่อาศัยสรุปได้ว่า โครงการบ้านเอื้ออาทรช่วยบรรเทาปัญหาการขาดแคลนที่อยู่อาศัยให้กับผู้ที่มีรายได้น้อยนั้นหมายถึงทำให้คนเหล่านี้มีความเป็นอยู่ที่ดีก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอีกด้วย

2) กองทุนหมู่บ้าน, ธนาคารประชาชนและพักชำระหนี้เกษตรกร กองทุนหมู่บ้านมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นกองทุนหมุนเวียนให้ประชาชนรากหญ้า ได้กู้ยืมเพื่อใช้ในกิจกรรมทางเศรษฐกิจ จากข้อมูลสำรวจของมหาวิทยาลัยหอการค้าพบว่าปี 2544 - 2545 พบว่าส่งผลกระทบต่อขยายตัวทางเศรษฐกิจผ่านการบริโภคและการลงทุนขั้นสุดท้ายโดนใช้เป็นแหล่งเงินทุนหมุนเวียนทดแทนแหล่งสินเชื่ออื่น ส่วนธนาคารประชาชน มีจุดประสงค์ 5หลักในการให้บริการสินเชื่อให้กับประชาชนทั่วไปที่ประสบปัญหาในการเข้าถึงแหล่งเงินทุนในระบบสถาบันการเงินปกติสิ้นเดือนธันวาคม 2546 มีจำนวนเงินที่ธนาคารออมสินอนุมัติให้ทั้งหมด 15,150.52 ล้านบาท โดยเงินกู้ดังกล่าวจะกระตุ้นเศรษฐกิจขยายตัวสูงขึ้นส่งผลให้มีการบริโภคให้สูงขึ้นด้วย และสุดท้ายโครงการพักชำระหนี้เกษตรกรให้แก่เกษตรกรรายย่อยโดยให้ลูกค้าของ ธ.ก.ส. ได้รับการพักชำระหนี้เป็นระยะเวลา 3 ปี เริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน 2544 ถึง 31 มีนาคม 2547 โดยรัฐบาลได้ชำระ ดอกเบี้ย แทนเกษตรกรโดยหวังให้เกษตรกรเพิ่มกำลังซื้อในระบบเศรษฐกิจหลักการดังกล่าวทำให้เกษตรกรกลับมีภาระหนี้สินเพิ่มมากขึ้น เป็นการทำให้ประชาชนใช้จ่ายเกินตัว เกินความสามารถในการหาเงินมาชำระหนี้ได้เพราะรัฐบาลเน้นเฉพาะให้โอกาสในการกู้ที่ง่ายตายแต่ชี้แนะแนวทางที่เหมาะสมในการทำธุรกิจน้อย (มีแต่เงินแต่ไม่รู้จะนำไปลงทุนอะไร) สวนทางกับแนวทางใหม่ที่ให้ยึดทางสายกลาง โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจที่สามารถเผชิญกับวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจและสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมั่นคงและยั่งยืนภายใต้กระแสยุคโลกาภิวัตน์ หรือที่เรียกว่า “เศรษฐกิจพอเพียง” ซึ่งเป็นการพัฒนาที่เน้นความพอประมาณ ความมีเหตุผล รวมถึงการสร้างภูมิคุ้มกันทางเศรษฐกิจที่ดีให้กับระบบเศรษฐกิจ เพื่อต่อสู้กับผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภายในและภายนอกประเทศ และการสร้างพื้นฐานจิตใจของคนในประเทศให้มีคุณธรรม ความซื่อสัตย์และความรอบรู้ที่เหมาะสม และมีความพร้อมที่จะรองรับต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกทางด้านอื่น ๆ นอกเหนือจากด้านเศรษฐกิจ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2544) ดังนั้น จากการที่เศรษฐกิจของประเทศไทยไปผูกพันกับระบบเศรษฐกิจโลกอย่างมากนั้น มีผลทั้งด้านบวกและด้านลบต่อการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจดังที่เกิดขึ้นในอดีตที่ผ่านมา ตลอดจนในช่วงของการเกิดวิกฤตเศรษฐกิจอย่างรุนแรงในปี 2540 และมีผลต่อเนื่องตามมา แนวทางเศรษฐกิจพอเพียงจึงเป็นทางเลือกในการพัฒนาทั้งในระดับชาติดังกล่าวมาด้วยเหตุผลดังกล่าว ส่วนระดับชุมชนหรือท้องถิ่นนั้น ในปัจจุบันจะเห็นว่ามีกระแสของการพัฒนาท้องถิ่นที่เน้นความพึ่งพาตนเองของชุมชนมี ชุมชนที่เข้มแข็งและมีส่วนสำคัญ

ในการบริหารและจัดการทรัพยากรในท้องถิ่น ดังที่ปรากฏในแนวทางในการพัฒนาในแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 9 ซึ่งจะมีประกาศใช้ในปีงบประมาณ 2545-2549 ทั้งนี้เพื่อให้สภาพชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในลักษณะที่สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจต่าง ๆ ที่มาจากภายนอกและได้รับผลกระทบด้านลบให้น้อยที่สุด

ปัจจุบันประเทศไทยมีฐานทางเศรษฐกิจ ซึ่งรัฐบาลแถลงต่อประชาชนว่าอยู่ในระดับที่น่าพอใจคือ การเงินหมุนเวียนได้ดี ฐานะของประชากร และรายได้ต่อหัวสูงขึ้น แต่สังคมของไทยเปลี่ยนไปจากสังคมแบบเกษตรกรรมมาเป็นสังคมแบบกึ่งอุตสาหกรรม จึงทำให้สภาวะเศรษฐกิจของเกษตรกรซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศอยู่ในสภาพที่ต่ำลงรายได้ไม่พอกับรายจ่าย ทำให้มีหนี้สินมากมายบ้างก็จนไม่มีที่ทำมาหากิน คนที่ยังพอมีที่ดินเหลืออยู่ก็ขายให้นายทุนต่าง ๆ เพื่อนำเงินมาเลี้ยงชีพ จึงทำให้พื้นดินส่วนใหญ่ตกอยู่กับตระกูลที่มีเงินเพียงพอไม่กี่ยุค ทำให้เกิดช่องว่างใหญ่ระหว่างคนจนและคนมีเงิน เป็นปัญหาของประชากรส่วนใหญ่ของประเทศที่จะต้องกระเสือกกระสนหาเงินเลี้ยงปากเลี้ยงท้องด้วยอาชีพที่สุจริตบ้างทุจริตบ้างการดำเนินชีวิตก็มีสุขบ้างทุกข์บ้างตามแต่ว่าจะมีเงินมาจับจ่ายใช้สอยได้มากน้อยเพียงไรตลอดเวลา เป็นที่ทราบกันดีว่ารายได้ส่วนใหญ่ของข้าราชการคือเงินเดือนแต่เป็นที่ทราบกันดีว่าเศรษฐกิจในปัจจุบันทำให้รายได้ไม่เพียงพอกับการดำรงชีพเพราะค่าครองชีพสูงขึ้นเรื่อยๆ ประกอบกับเงินเดือนและรายได้ของข้าราชการไม่ได้สัดส่วนกันจนในบางครั้งทำให้เกิดการคอร์รัปชันอีกด้วย ประเทศไทยนั้นยังคงประสบปัญหาการออมและการลงทุนที่อยู่ในระดับต่ำทำให้รายได้รวมหรือรายได้สหประชาชาติของประเทศที่เพิ่มขึ้นซ้ำทำให้การพัฒนาเป็นไปอย่างล่าช้า

เห็นได้ว่าสภาพเศรษฐกิจเป็นปัจจัยพื้นฐานหลักของชีวิตของคนในสังคม ซึ่งมีผลกระทบทั้งเชิงบวกและเชิงลบต่อความเป็นอยู่ของคนในสังคม ซึ่งความเป็นอยู่ที่ดีคือมีมาตรฐานสูงหรือความเป็นอยู่ที่ไม่ดีหรือไม่ได้มาตรฐาน จะมีผลต่อจิตใจของคนในสังคมที่สามารถให้เกิดความสุข ความทุกข์ มีความหวัง จิตใจเบิกบาน หรือเกิดความรู้สึกหดหู่ หวาดกลัวได้

3.3.3 การเปลี่ยนแปลงด้านชีวิตครอบครัว

การเปลี่ยนแปลงของสถาบันทางสังคมไทยในระหว่างช่วงเปลี่ยนผ่านยุคสมัยจากสังคมเกษตรกลับมาสู่ยุคสังคมสมัยใหม่ หรือสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมอุตสาหกรรมสามารถมองเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงในคุณลักษณะต่างๆ ของครอบครัวได้แก่ แบบและขนาดของครอบครัว บทบาทหน้าที่ของครอบครัว การเลือกคู่ครอง การสมรส การหย่าร้าง สถานภาพ และบทบาทของสตรี ซึ่งจะได้อธิบายให้เห็นถึงลักษณะดั้งเดิมและการเปลี่ยนแปลงไปพร้อมๆ กัน

แบบและขนาดของครอบครัวจากการศึกษาของนักวิชาการพบว่าแบบของครอบครัวไทยในช่วงก่อนที่สังคมเปลี่ยนแปลงมารับอารยธรรมของสังคมตะวันตกส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัว

เดี่ยวแต่จาก ครอบครัวเดี่ยวของไทยนอกจากจะประกอบด้วยสมาชิก ที่เป็นพื้นฐานของครอบครัว คือ พ่อ แม่ ลูกแล้วยังอาจมีสมาชิกอื่นมาอยู่ร่วมด้วย เช่น พี่น้องของสามีหรือภรรยาหรืออาจเป็นพ่อหรือแม่ของฝ่ายสามีหรือภรรยา(จิตรา วีรบุรินทร์. 2534 : 204) นอกจากครอบครัวเดี่ยวแล้ว ก็จะมีครอบครัวอีกแบบหนึ่งคือครอบครัวซ้อน (Compound family) คือครอบครัวที่มีภรรยาหรือสามีมากกว่าหนึ่งคนในขณะเดียวกัน สังคมไทยแต่เดิมมีค่านิยมยกย่องเพศชายเป็นใหญ่ และยอมรับให้ผู้ชายที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี สามารถมีภรรยาได้มากกว่าหนึ่งคน ภายหลังจากสังคมไทยผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความทันสมัยตามแบบอย่างสังคมตะวันตก ซึ่งกำหนดให้ชายหญิงมีคู่สมรสที่ถูกต้องตามกฎหมายได้เพียงคนเดียวนักวิชาการได้การศึกษาทุกรูปแบบของครอบครัวไทยในระดับพฤติกรรมพบว่าแบบของครอบครัวประมาณร้อยละ 70 ขึ้นไป เป็นครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวเนื้อแท้ นอกจากครอบครัวเนื้อแท้แล้วยังมีครอบครัวขยายอยู่บ้าง แต่เป็นครอบครัวขยายที่มีลักษณะชั่วคราวมากกว่าถาวร กล่าวคือ ตามวัฒนธรรมทางเครือญาติของไทย ลูกคนใดคนหนึ่งจะต้องอยู่กับพ่อแม่ เมื่อแต่งงานก็มักจะนำคู่สมรสอยู่บ้านบิดามารดา ทำให้เกิดครอบครัวขยายชั่วคราวที่มีสมาชิกประกอบด้วยคนสามชั่วอายุที่เป็นญาติสนิทกัน ได้แก่ ปู่ย่าหรือตายาย พ่อแม่และลูก เมื่อปู่ย่าตายายถึงแก่กรรม ก็จะกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวอย่างเต็มที่ (สนธิ สมักรการ. 2533 : 15)

ในด้านของครอบครัว ในสังคมยุคก่อน ครอบครัวต้องใช้แรงงานคนและแรงงานสัตว์ในการประกอบเกษตรกรรม ทำให้คนในสังคมนิยมที่จะมีลูกจำนวนมาก ซึ่งถือว่าทำให้เป็นครอบครัวที่สมบูรณ์ การเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมการมีลูกของคนไทยเกิดขึ้นหลังจากไทยได้นำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมมาใช้ และเริ่มมีการวางแผนครอบครัวเพื่อลดอัตราเพิ่มของประชากรให้น้อยลง ทำให้ขนาดของครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลงเรื่อยๆ ผลจากการสำรวจสำมะโนประชากรและเคหะ คนไทยจะมีจำนวนบุตรน้อยลงเรื่อยๆ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ทำให้ขนาดครัวเรือนมีขนาดเล็กลงเหลือเท่ากับ 3.7 คน ในปี พ.ศ. 2541 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2543: 10)

บทบาทหน้าที่ของครอบครัวไทย ในสมัยสังคมเกษตรกรรมสถาบันครอบครัวไทยถือว่าเป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญที่สุด เป็นสถาบันที่มีบทบาทหน้าที่หลากหลายเกือบทุกด้าน เนื่องจากสังคมไม่มีสถาบันทางสังคมอื่นๆ ในแง่เศรษฐกิจ สถาบันครอบครัวเป็นทั้งหน่วยผลิตและหน่วยบริโภค ในแง่สังคม สถาบันครอบครัวจะทำหน้าที่ในการเลี้ยงดูและอบรม ทั้งนี้เพราะไม่มีสถาบันการศึกษาใดๆ อบรมสั่งสอนให้ลูกมีนิสัยมีพฤติกรรมที่ดี ดำรงชีวิตตามแบบแผนทางวัฒนธรรมและสังคม กล่าวโดยสรุป ครอบครัวไทยในอดีตมีบทบาทหน้าที่หลายอย่างเพื่อดำรงสถาบันครอบครัวให้อยู่รอด

เมื่อสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงไปสู่ความทันสมัย เกิดสถาบันทางสังคม กลุ่มสังคม หรือองค์การใหม่ๆ ขึ้นในสังคมตามแนวความคิดการแบ่งงานกันทำตามความชำนาญเฉพาะด้าน ทำให้บทบาทหน้าที่ของสถาบันครอบครัวเริ่มลดน้อยลงไปจากเดิม คงเหลือเฉพาะหน้าที่ที่สำคัญซึ่งไม่มีสถาบันทางสังคมใดมาทดแทนได้ เช่น การผลิตสมาชิกใหม่ให้แก่สังคม ส่วนด้านอื่นๆ ก็จะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมในทางเศรษฐกิจครอบครัวไม่จำเป็นต้องผลิตทุกอย่างขึ้นมาเพื่อบริโภคเอง ครอบครัวมีหน้าที่ผลิตสินค้าหรือบริการที่ตนมีความชำนาญโดยเฉพาะ เพื่อวัตถุประสงค์ในการแสวงหาทรัพย์สินเงินทอง มาสนองความต้องการบริโภคของสมาชิกในครอบครัวในทางสังคม สถาบันครอบครัวในปัจจุบันมีหน้าที่เฉพาะการอบรมเลี้ยงดูสมาชิกใหม่ในช่วงที่ไม่มีสถาบันทางสังคมใดรองรับ ส่วนหน้าที่ในการอบรมให้ความรู้ทางวิชาการวิชาชีพ จะเป็นหน้าที่ของสถาบันการศึกษา หรือสถาบันทางสังคมอื่นๆ สถาบันครอบครัวมีหน้าที่เพียงให้การสนับสนุนด้านต่างๆ เพื่อให้สมาชิกของครอบครัวได้มีโอกาสเข้ารับการศึกษิตตามสมควรแก่ฐานะ

การเลือกคู่ครอง การสมรส และการหย่าร้าง ในสมัยก่อนหญิงไทยไม่มีโอกาสทางสังคมเท่าเทียมกับผู้ชาย สังคมถือว่าโลกภายนอกครอบครัวเป็นโลกของผู้ชายโดยเฉพาะ โอกาสที่ชายหนุ่มจะพบปะหญิงสาวตามลำพังเป็นเรื่องค่อนข้างยาก การจะเลือกคู่ครองต้องอาศัยการแนะนำของพ่อแม่สื่อ หรืออาจเป็นแบบคลุมถุงชนซึ่งหมายถึง พ่อแม่เป็นฝ่ายจัดการให้ตามที่เห็นเหมาะสม

ในสังคมไทยปัจจุบัน แนวคิดเรื่องการเลือกคู่ครองของหญิงชายในสังคมได้เปลี่ยนแปลงไป คนในสังคมไทยยอมรับแนวคิดแบบชาวตะวันตกมากขึ้น ชายและหญิงมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันมากขึ้น และไม่ต้องอยู่ในสายตาของผู้ใหญ่อย่างเคร่งครัดเหมือนสมัยก่อน หญิงชายมีโอกาสเลือกคบหาสมาคมกับเพศตรงข้ามเพื่อเลือกเฟ้นหาคนที่ถูกใจได้ แต่อย่างไรก็ตาม สังคมส่วนใหญ่ก็ยังไมยอมรับแนวคิดแบบตะวันตกบางอย่าง เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรส หรือการทดลองอยู่ร่วมกันก่อนสมรส

ส่วนเรื่องการหย่าร้างของคู่สมรส สังคมไทยยอมรับเรื่องการหย่าร้างมากขึ้นตามลำดับ จนในปัจจุบันคู่สมรสจำนวนมากถือว่าการหย่าร้างเป็นทางออกที่ดีทางหนึ่งของชีวิตสมรสที่ล้มเหลว ทั้งนี้สังคมก็ยอมรับสถานภาพของหญิงหม้ายมากขึ้น ค่านิยมถือความบริสุทธิ์ของผู้หญิงมีความสำคัญน้อยลง ประกอบกับในปัจจุบันสามีและภรรยาก็จะทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัวเสมอเหมือนกัน สิ่งเหล่านี้ทำให้อัตราการหย่าร้างของคู่สมรสสูงมากขึ้น

สถานภาพและบทบาทของสตรี สถานภาพของสตรีในชนบทกับสตรีในเมืองมีความแตกต่างกัน ในสังคมชนบทความแตกต่าง ระหว่างบุรุษกับสตรีมีน้อยกว่าสังคมเมืองหลวง ทั้งนี้

เพราะความแตกต่างในด้านอาชีพ โอกาสทางการศึกษาเล่าเรียน และโอกาสด้านอื่นๆของสตรีและชายในชนบทมีน้อย สถานภาพและบทบาทของสตรีมีการเปลี่ยนแปลงการปกครองจาก เนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยกำหนดให้สิทธิและ เสรีภาพแก่ชาวไทยทั้งหญิงและชายเท่ากันหมด ทำให้หญิงชายมีสิทธิและโอกาสเท่าเทียมกันในการศึกษาเล่าเรียน เมื่อสตรีมีสถานภาพและการศึกษาเท่าเทียมกับชาย ทำให้สตรีเริ่มมีบทบาทในการประกอบอาชีพนอกบ้าน จนปัจจุบันสตรีไทยเข้าไปมีบทบาทในการประกอบอาชีพเกือบทุกประเภท

สรุปได้ว่าปัจจุบัน บทบาทของสถาบันครอบครัวได้เปลี่ยนไป ครอบครัวไม่จำเป็นต้องประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก อยู่ด้วยกันเสมอไป แต่ จะเปลี่ยนเป็นการอยู่ร่วมกันของกลุ่มคนที่เป็นผู้มีทัศนคติตรงกัน หรือมีแนวคิดคล้ายคลึงกัน เพศชายสามารถเปลี่ยนแปลงไปแสดงบทบาทของผู้หญิงได้ หรือแม้แต่ผู้หญิงเองก็เปลี่ยนแปลงบทบาทไปเป็นผู้นำครอบครัวได้ ทำให้เพศหญิงได้รับการยอมรับมากขึ้น มีโอกาสแสดงออกทางความสามารถ มีความสุขทางใจมากขึ้น ส่วนเพศชายเองก็เช่นกัน ที่มีความสุขมากขึ้น ที่ไม่ต้องรับภาระการเลี้ยงครอบครัวแต่เพียงผู้เดียว แต่ยังมีคู่รักของตนเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดี ทั้งทางด้านการเงิน และ การดำเนินบทบาทในครอบครัว

3.3.4 การเปลี่ยนแปลงทางด้านวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี

เทคโนโลยี คือความรู้เกี่ยวกับวิธีการนำทรัพยากรหรือวัตถุดิบต่าง ๆ มาใช้ประโยชน์ หรือสร้างสรรค์ผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เทคโนโลยีเป็นความรู้ที่มนุษย์คิดค้นขึ้นนับตั้งแต่ความรู้ในการก่อไฟ ทำขวานหิน การจับปลา การเพาะปลูก จนกระทั่งการสร้างจรวดและคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีที่สำคัญประกอบด้วย เทคโนโลยีการผลิตอาหารและเครื่องใช้ เทคโนโลยีการสื่อสารและการขนส่ง เทคโนโลยีการใช้พลังงาน เทคโนโลยีการป้องกันภัย และการทำสงคราม การคิดค้นเทคโนโลยีต่าง ๆ ขึ้นใช้เป็นวิธีการปรับตัวอันสำคัญของมนุษย์ ทำให้มนุษย์สามารถนำสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรต่าง ๆ มาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต และพัฒนาสังคมมนุษย์ให้ก้าวหน้าขึ้น ระดับของเทคโนโลยีในสังคมโดยเฉพาะเทคโนโลยีการผลิตอาหารและ เครื่องใช้ต่างๆเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้แต่ละสังคมแตกต่างกัน

สังคมเมืองรับเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เร็วกว่าสังคมชนบท เนื่องจากมีพื้นฐานความรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องนี้มากกว่าตลอดจนมีการเข้าถึงเทคโนโลยีได้ง่ายกว่ามนุษย์ได้รับประโยชน์อย่างมากมายมหาศาลจากการประดิษฐ์สิ่งใหม่ขึ้นโดยนักประดิษฐ์ของเครื่องใช้ต่างๆ เป็นผลผลิตจากความรู้ที่เรียกว่าเทคโนโลยีการคิดค้นเทคโนโลยีใหม่และนำมาใช้แพร่หลายออกไปก่อให้เกิดผลกระทบเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ได้มากมายในสังคมหนึ่งและแม้กระทั่งสังคมโลก ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ที่เราใช้นั้น นำไปสู่การที่ต้องใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างฟุ่มเฟือยเพื่อมาสนับสนุนการพัฒนาและขยายฐานการผลิตความเจริญก้าวหน้าทางวิทยา

ศาสตร์ไม่ได้ทำให้มนุษย์มีความสุขเสียทีเดียวเพราะบ่อยครั้งที่เราพบว่ามีการนำการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอันเป็นจักรกล มาใช้ในเรื่องของสงครามและความรุนแรงภาพรวมของสังคมไทย การมีเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมใหม่ โดยการประดิษฐ์ขึ้นเองในสังคมหรือโดยการรับสิ่งใหม่จากสังคมอื่นเข้ามาใช้ก็ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมได้ การคิดค้นเทคโนโลยีต่าง ๆ ขึ้นใช้เป็นวิธีการปรับตัวอันสำคัญของมนุษย์ทำให้มนุษย์สามารถนำสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรต่าง ๆ มาเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต และพัฒนาสังคมมนุษย์ให้ก้าวหน้าซับซ้อนขึ้นระดับของเทคโนโลยีในสังคมโดยเฉพาะเทคโนโลยีการผลิตอาหารและ เครื่องใช้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้แต่ละสังคมแตกต่างกัน และเทคโนโลยีทางการผลิต เช่น การใช้เครื่องจักรกลในการเกษตรแทนการใช้แรงงานคนและสัตว์ทำให้เกิดการทำไร่นาขนาดใหญ่และลดการใช้แรงงานคนและสัตว์ เกิดการย้ายแรงงานจากชนบทเข้าสู่เมืองอย่างมากมาจากการมีรถยนต์ใช้ทำให้การขนส่งและการค้าขายตัว อย่างกว้างขวางเมืองกับชนบทมีการติดต่อสัมพันธ์กันมากขึ้น ปัจจุบันกรรมวิธีการผลิตแบบใหม่แพร่เข้าไปในชนบทชาวนาในประเทศไทยใช้เครื่องทุ่นแรงมากขึ้น เช่น การใช้เครื่องเกี่ยวข้าวทำให้ประเพณีขอแรงหรือการลงแขกเกี่ยวข้าวค่อยๆลดลงรวมทั้งเทคโนโลยีการสื่อสารและเทคโนโลยีการคมนาคมขนส่งก็เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งประการหนึ่งการสื่อสารทางไกลด้วยเครื่องสื่อสารสมัยใหม่ทำให้ข้อมูลข่าวสารแพร่ไปถึงกันทั่วโลก ก่อให้เกิดการแพร่กระจายวัฒนธรรมและและการแผ่อิทธิพลถึงกันระหว่างสังคมต่าง ๆ อย่างไร้พรมแดนหรือที่เรียกว่า “โลกาภิวัตน์”

สำหรับวิชาชีพแพทยนั้นส่วนหนึ่งได้สร้างค่านิยมให้เกิดการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆให้แพทย์ในการตรวจสอบวินิจฉัยโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกส่วนตัวที่มีการแข่งขันเชิงธุรกิจกันค่อนข้างสูงเพื่อเรียกลูกค้าขณะเดียวกันผู้ประกอบการวิชาชีพแพทยก็ถูกจูงใจให้มีการใช้เทคโนโลยีเหล่านั้นเกินความจำเป็นทำให้บางครั้งขาดการให้ข้อมูลถูกต้องครบถ้วนแก่ผู้ป่วย

3.3.5 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสาธารณสุข

ในช่วงระยะเวลา 4-5 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยต้องเผชิญกับสถานการณ์โรคติดต่อ ไม่ติดต่อและโรคระบาดที่รุนแรง ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เข้ามาแก้ไข ป้องกันปัญหาไม่ให้รุนแรงเพื่อลดความหวาดกลัวพร้อมเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสถานการณ์ของโรคทั้ง 3 สถานการณ์ ดังนี้

สถานการณ์ไข้เลือดออกในประเทศไทย ระหว่างปีพ.ศ.2544 มีรายงานผู้ป่วยทั่วประเทศ 91.2 ต่อประชากรแสนคน ภาคกลางมีอัตราป่วยสูงสุด 127.3 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือภาคใต้ 113.9ต่อประชากรแสนคน จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 10 อันดับแรก คือ ชลบุรี สระแก้ว นครสวรรค์ ยะลา ระยอง ปัตตานี อุทัยธานี นครปฐม สงขลา และพิษณุโลก ตามลำดับ แต่แสดงแนวโน้มลดลงยกเว้นจังหวัดนครปฐม และพิษณุโลก และ ในปี พ.ศ.2548 กลับพบผู้ป่วยเด็ก ที่

เสียชีวิตด้วยไข้เลือดออกสูง ถึง 3 ราย ทำให้กระทรวงสาธารณสุขเร่งกำจัดการแพร่พันธุ์ยุงลาย และระดมให้ความรู้ความเข้าใจกับประชาชนทั่วประเทศในการระวังป้องกัน และวิธีการสังเกต อาการของไข้เลือดออกในระยะเริ่มแรก ซึ่งก็ช่วยให้ประชาชนป้องกันและเฝ้าระวัง บุตรหลาน ของตนจากโรค ไข้เลือดออกได้เป็นอย่างดี และสามารถนำผู้ป่วยที่ต้องส่งส่งโรงพยาบาลได้ทันเวลาที่(เพ็ญศรี จิตร นาททรัพย์,กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

สถานการณ์โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง โรคทางเดินหายใจเฉียบพลัน รุนแรง (Severe Acute Respiratory Syndrome- SARS) หรือโรคปอดบวมมรณะ ปรากฏขึ้นครั้งแรกที่ทางตอนใต้ของเทศจีน เดือนพฤศจิกายน 2545 ก่อนข้ามไปเกาะฮ่องกง และแพร่ไปยัง เวียดนาม สิงคโปร์ เยอรมันแคนาดา สหรัฐอเมริกา สาเหตุสำคัญที่ทำให้โรคนี้แพร่กระจายไปอย่าง กว้างขวาง เป็นผลมาจากรัฐบาลจีนพยายามปกปิดเรื่องนี้ การศึกษาหาสาเหตุเพื่อป้องกันและ ควบคุม การแพร่ระบาดของโรคซาร์ส ยังไม่มียาและวัคซีนรักษาหรือป้องกันโรคนี้ได้โดยตรง สถานการณ์นี้สร้างความตื่นตระหนกให้กับประชาชนคนไทยค่อนข้างสูง กระทรวงสาธารณสุข ได้มี การระวังป้องกันและให้ความรู้แก่ประชาชน เริ่มตั้งแต่ การแนะนำหน้ากากอนามัยชนิดมีผ้าครอบจมูก ออกแบบ เพื่อใช้ในวงการแพทย์ชั้นนำที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพในการป้องกันฝุ่นละออง,สารพิษ และเชื้อโรคไม่ให้เล็ดลอดเข้าสู่ระบบการหายใจ (เตือนใจ จ้อยเอม,สฎีป,บางกอกทูเดย์ ,วันที่ 4 เมย. 2546;18)

นอกจากนั้นยังมีแถลงการณ์จากกองควบคุมโรค เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อของผู้ต้อง สงสัย โดยให้บุคคลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ต้องสงสัยว่าป่วยเช่น แพทย์ พยาบาล รวมถึงญาติต้อง สวมอุปกรณ์ป้องกันทางเดินหายใจ n95 ส่วนบุคคลที่ปฏิบัติการใกล้กับบุคคลต้องสงสัย ให้ใช้ หน้ากากชนิด pl ส่วนบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล ให้ใช้ชนิดที่ทำมาจากผ้า

ส่วนมาตรการป้องกันโรคซาร์สของกระทรวงสาธารณสุข อาทิ ออกประกาศให้ประชาชน หลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังประเทศที่มีความเสี่ยง,นักท่องเที่ยวต้องผ่านด่านการตรวจของแพทย์ที่ด่าน ควบคุมโรคท่าอากาศยาน โดยเฉพาะ เครื่องบินที่มาจาก จีน ฮ่องกง ไต้หวัน เวียดนาม และสิงคโปร์,ขอ ความร่วมมือกับทางกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาชะลอการส่งเสริมการท่องเที่ยวในพื้นที่ที่เป็นเขต ระบาด และยังได้ตั้งศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะกิจประชุมติดตามประเมินสถานการณ์ โดยมีนายแพทย์ ธีรวัช สุนทราจารย์ รองปลัด กระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน คอยรวบรวมข้อมูลและเปิดเผยให้ ประชาชนที่ต้องการข้อมูลสอบถามได้ ทำให้ประเทศไทยได้รับการยกย่องว่าเป็นประเทศตัวอย่างในการ ป้องกันและควบคุมโรคซาร์ส จากองค์การอนามัยโลก (อภิรดี เจริญรอด,กลุ่มสารนิเทศ สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2546)

สถานการณ์ของผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย สถิติผู้ป่วยเอดส์ในปี 2547 ที่ผ่านมามีค่าประมาณมีผู้รับเชื้อแล้วถึง 1.3 ล้านราย แต่เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการทั้งหมด 61,705 ราย เสียชีวิตแล้วกว่า 6,417 ราย โดยพฤติกรรมความเสี่ยงของผู้ป่วยเอดส์ส่วนมากยังเกิดจากการที่เพศสัมพันธ์ถึงร้อยละ 83.1

เมื่อพิจารณา จากแนวโน้มของการเจ็บป่วย นับตั้งแต่เริ่มพบผู้ป่วยในประเทศไทยปี 2527 อัตราความชุกของโรคสูงขึ้นในปี 2540 และเริ่มลดลงเรื่อยๆ ในปีต่อมา ทั้งนี้คิดเป็นผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2:1 คิดเป็นอัตราส่วนของผู้ป่วยต่อประชากรในประเทศ 1:60 เหล่านี้แสดงให้เห็นว่า การป้องกันและควบคุมโรค เป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง แต่ควรให้การดูแลป้องกันผู้ติดเชื้อรายใหม่ๆ ซึ่งเป็นเยาวชนที่มีอายุ ตั้งแต่ 18 ปี เป็นต้นไป เนื่องจากในขณะนี้กลุ่มดังกล่าวมี พฤติกรรมเสี่ยงค่อนข้างสูง เช่น ไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์, เปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ เป็นต้น (money magazine; 103) โดยทั่วไป ลักษณะทางด้านสุขภาพอนามัยของคนไทยในปัจจุบันนับว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมีอายุยืนเฉลี่ยสูงขึ้น (ชาย 68 ปี หญิง 72 ปี) การเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคระบาดร้ายแรงในอดีตมีอยู่น้อยมาก อย่างไรก็ตาม เราก็คพบว่าในปัจจุบัน คนไทยได้ป่วยเป็นโรค "ทันสมัย" ที่เป็นกันมากในประเทศที่พัฒนาแล้วเพิ่มมากขึ้นด้วย เช่นโรคหัวใจ อย่างไรก็ตาม ในช่วงระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ได้มีปรากฏการณ์ทางสาธารณสุขเกิดขึ้นมาใหม่ประการหนึ่ง และก็มีแพร่หลายอยู่ทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทยเราด้วย นั่นคือ การเป็นโรคมะเร็งมีคืบกันบ่งบพร่อง การสาธารณสุขของไทยในอนาคตมีแนวโน้มว่าจะดีขึ้นกว่าภาวะที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน แม้ว่าจะต้องเผชิญกับโรคชนิดใหม่รวมทั้งการระบาดของโรคเอดส์ตาม ด้วยเหตุผลสำคัญคือประชาชนมีการศึกษาสูงขึ้น มีความรู้ที่จะปกป้องและรักษาตนเองมากขึ้น ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการรักษาพยาบาลสมัยใหม่จะช่วยควบคุมโรคต่างๆ ได้ดีขึ้นด้วย

สถานการณ์โรคทั้ง 3 ดังกล่าวต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการรักษาและป้องกันโรค ซึ่งส่งผลทำให้โครงการหลักประกันถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นที่รู้จักและเป็นที่ยอมรับของประชาชน เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่จะไม่กังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยรัฐบาลได้จัดโครงการซึ่งเป็นนโยบายหลัก มีชื่อว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค ย้อนเวลาไป 3 ปี โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เกิดขึ้นในรัฐบาล ยุคของ พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร เป็นนายกรัฐมนตรี ได้เกิดกระแสวิพากษ์วิจารณ์ต่างๆ ตามมา ทั้งแง่บวกและแง่ลบ หลายคนยังมีข้อสงสัยโดยเฉพาะประเด็นของคุณภาพการให้บริการ งบประมาณและการจัดการโครงการ

กระทรวงสาธารณสุขต้องการทำหลักประกันสุขภาพเพื่อคนรากหญ้าหรือกลุ่มคนจน และคนด้อยโอกาสทางสังคมเพื่อที่จะมีโอกาสได้รับบริการสาธารณสุขได้เท่าเทียมกับบุคคลกลุ่มอื่นๆ

โดยได้ผลักดันนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นโดยได้ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2544 เป็นต้นมา หลังจากนั้นไม่นานก็ได้ออก พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545: ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ ไม่ประสบความสำเร็จมากนัก รัฐบาลจึงได้ชี้แจงและจัดวางเป้าหมายดังนี้

โดยเป้าหมายแรกของโครงการ คือ ให้การบริการหลักที่จำเป็นแก่ชีวิตรวมถึงความทุกข์สภาพต่างๆด้วยและประชาชนสามารถเข้าถึงบริการหลักได้และเกิดความเท่าเทียมกัน ส่วนเป้าหมายที่ สอง คือ ต้องการให้ระบบสุขภาพทั้งระบบมีประสิทธิภาพ ซึ่งพบว่างบประมาณในแต่ละปีรวมทั้งประเทศมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และงบประมาณที่ใช้เพิ่มในแต่ละปี ก็ไม่ช่วยให้ประชาชนได้รับบริการทั้งถึง ความซับซ้อนของการให้บริการ และประสิทธิภาพ ยังคงต้องเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขต่อไป เพราะคนส่วนใหญ่เริ่มไปค้างคั้งอยู่ที่โดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในขณะที่โรงพยาบาลขนาดเล็ก ไม่สามารถ ดึงดูดคนไข้ไปรักษาได้ ส่วนเป้าหมายที่สาม คือ คนรู้สึกว่าการบริการสุขภาพมีคุณภาพดีขึ้น เนื่องจากที่ผ่านมาการได้รับเงินอุดหนุนจากภาครัฐต่ำ (น้อยกว่า 200 บาทต่อหัว) ทำให้ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ในการให้บริการดังกล่าว เป้าหมาย สุดท้าย คือ ต้องการให้เป็นระบบสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้จริง และสามารถตรวจสอบได้

จากการทำโพลล์เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ตลอด 3 ปี ที่ผ่านมาพบว่า ในปีแรกความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยรวมดีกว่าร้อยละ 80 แต่ในเรื่องคุณภาพยังไม่ค่อยมั่นใจ พอขึ้นปีที่ 2 ทั้งความพึงพอใจในเรื่องคุณภาพและโครงการโดยรวมต่างก็ดีขึ้น ส่วนปีที่ 3 ความพึงพอใจของคนไข้ในภาพรวมเท่าเดิม ขณะที่ความพึงพอใจในด้านคุณภาพดีขึ้น โดยคำว่าคุณภาพ สามารถแบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ คุณภาพทางด้านสังคม เป็นเรื่องที่ประชาชนรู้สึกเอง เช่น การรอคิว เป็นต้น ส่วนคุณภาพด้านการแพทย์ พิจารณาได้จากผลการศึกษาบางเรื่อง เช่น ยาที่ใช้ต่อไปสั่งยาแพทย์ใกล้เคียงของเดิม กล่าวได้ว่า เรื่องของการบริการทางการแพทย์ได้แตกต่าง แต่ในเรื่องของความพึงพอใจนั้น มีความพึงพอใจมากขึ้น

แต่สำหรับปัจจุบันได้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยดังที่ เม็ด ลอร์ (Med law. 1994) ได้กล่าวว่า การบริการของแพทย์กลายเป็นธุรกิจ ความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยกับแพทย์มีความเสื่อมโทรมลง มีความสัมพันธ์เชิงสัญญาผู้ป่วยและผู้ป่วยมีความคาดหวังจากผลของการให้บริการทางการแพทย์เท่ากับอัตราค่าบริการที่เขาต้องจ่ายในราคาสูง รวมทั้งที่ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2540) กล่าวว่า วิจารณ์การตัดสินใจของแพทย์แทนผู้ป่วยเป็นความสัมพันธ์เชิงสัญญา (Contractual relationship) ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเปลี่ยนมาเป็นผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ หากผู้ป่วยไม่ได้รับความพึงพอใจก็จะเกิดการเรียกร้องในเชิงกฎหมายนั้นเมื่อผลของการให้บริการไม่เป็นไปตามที่ผู้ป่วยคาดหวังผู้ป่วยย่อมจะมีการฟ้องร้องมากขึ้น การ

ฟ้องร้องแพทย์ที่มากขึ้นทำให้แพทย์มีความวิตกกังวลจนในบางครั้งแพทย์บางคนต้องทำประกันการถูกฟ้องร้อง

แต่เมื่อดูทางด้านความพึงพอใจของผู้ให้บริการพบว่า มีปัญหาอยู่สรุปว่า วิชาชีพแพทย์จะเป็นบุคลากรที่ไม่สบายในโครงการมากที่สุด เพราะเนื่องจากต้องรับภาระงานมากขึ้นและมีปัญหาในเรื่องงบประมาณที่ไม่เพียงพอ ส่วนอัตราการฟ้องร้องแพทย์ต่อประชากรเปรียบเทียบก่อนและหลังโครงการซึ่งมีอัตราส่วนน้อยลง (นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์,วารสารเศรษฐกิจและสังคม ก.ค.-ส.ค. 47) โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรค เป็นเพียงโครงการหนึ่งที่ช่วยสร้างความมั่นคงทางสุขภาพให้แก่คนไทยโดยเฉพาะคนที่ด้อยโอกาส หากทุกคนต้องการมีสุขภาพที่แข็งแรง ต้องเริ่มจากการดูแลสุขภาพของตนเองให้ได้อย่างสม่ำเสมอ และถ้าหากมีการเจ็บป่วยใช้ก็จะยังได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพจากโครงการ

นอกเหนือจากความขัดแย้งที่มีในระดับผู้ปฏิบัติการ ก็ยังพบปัญหาและอุปสรรครวมถึงความขัดแย้งของผู้บริหารทางการเมืองในแวดวงสาธารณสุขอีกด้วย การเมืองในวงการสาธารณสุข กรณีเกิดความขัดแย้งในสถาบันสาธารณสุข กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ระหว่างฝ่ายการเมืองที่คุมนโยบายและฝ่ายเจ้าพนักงานผู้ปฏิบัติงาน จนต้องย้ายคู่อริออกจากกัน กรณีขัดแย้งดังกล่าวสะท้อนให้เห็นการแย่งชิงอิทธิพลและผลงาน รวมทั้งการมีปรัชญาที่ต่างกัน กล่าวอย่างสั้นๆ ก็คือการเมืองในวงการสาธารณสุข เป็นประเด็นที่น่าสนใจ คาดหมายว่าความขัดแย้งทำนองนี้ก็ยังคงมีอยู่ต่อไป นอกจากนั้น รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขคนเดิมคือคุณหญิงสุตารัตน์ เกยุราพันธุ์ก็กลายเป็น นายแพทย์ สุชัย เจริญวัฒน์กุล ที่เข้ามาดูแลกระทรวงสาธารณสุขแทน และมีกระแสวิพากษ์วิจารณ์กันอย่างกว้างขวางเรื่องโครงการ 30 บาทว่าประสบความสำเร็จล้มเหลวจนจนย้ายตนเองไปทำหน้าที่ที่กระทรวงอื่นแทน แต่โครงการดังกล่าวก็ทำให้ประชาชนไทยได้ตระหนักถึงความสำคัญในวิธีการป้องกันและดูแลสุขภาพมากขึ้น ทำให้เกิดกระแสนิยมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่ากระแสตื่นสุขภาพ สถานการณ์ทั่วไป ได้เกิดกระแสตื่นสุขภาพ โดยเฉพาะในหมู่ชนชั้นกลาง เกิดขึ้นจากหลายเหตุปัจจัย ที่สำคัญมาจากการโฆษณาของอุตสาหกรรมอาหารเสริมหรือเสริมอาหารและความงาม เช่น วิตามินและสารสกัดต่างๆ ครีมหน้าแดง การสวนล้างพิษ เครื่องดื่มน้ำดำเป็นที่นิยมลดลง พวกชาสมุนไพรได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น กระแสชาเขียว ทำให้หนังสือชื่อชีวิตนี้ไม่มีทางตันของ นายตัน ภาสกรนที ขายดีติดอันดับ ต้องพิมพ์ถึง 6 ครั้งภายใน 1 ปี กล่าวกันว่าธุรกิจอาหารเสริมของไทยในปี 2547 มีมูลค่าถึง 8 พันล้านบาทและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ข้อสังเกต กระแสตื่นสุขภาพนี้ ในด้านหนึ่งดูขัดกับกระแสการดื่มน้ำเมาและการสูบบุหรี่ไปจนถึงการเที่ยวกลางคืน การใช้ยาเสพติดซึ่งล้วนบั่นทอนสุขภาพ แต่ก็มีด้านที่เหมือนกัน นั่นคือ เป็น

กระแสของการบริโภค แต่ว่าบริโภคต่างกัน จึงควรสร้างกระแสรักษาสุขภาพโดยไม่ต้องบริโภคให้เพิ่มมากขึ้น (สกว. มติชนรายสัปดาห์ วันที่ 03 มิถุนายน พ.ศ. 2548 ปีที่ 25 ฉบับที่ 1294) สำหรับสถานพยาบาลสมัยใหม่ทั้งของรัฐและเอกชน ซึ่งรวมทั้งโรงพยาบาลขนาดต่างๆไปจนถึงคลินิกและสถานอนามัยด้วยนั้น พบว่า แม้จะมีเพิ่มขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก ก็นับยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน และมักจะกระจุกหรือรวมตัวกันอยู่เฉพาะในเขตเมืองเป็นส่วนใหญ่มากกว่าในชนบทท้องที่ห่างไกลยังขาดสถานพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งรวมทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่เทคนิคสาธารณสุขอีกเป็นจำนวนมาก ดังเราจะพบว่าอัตราประชากรต่อแพทย์ของไทยเรายังไม่ดีนักเมื่อเปรียบเทียบกับของประเทศที่พัฒนาแล้ว นอกจากนั้นยังมีความแตกต่างกันมากระหว่างเมืองกับชนบทอีกด้วย

3.3.6 การเปลี่ยนแปลงด้านอาชญากรรม

ปัญหาอาชญากรรมซึ่งหมายถึงการกระทำบางอย่างที่สังคมถือว่าเป็นการกระทำ ความผิดต่อสังคมส่วนรวม ผู้ที่กระทำจะต้องได้รับโทษตามกฎหมาย เช่น ฆ่าคนตาย ลักทรัพย์ หรืออย่างอื่นที่การกำหนดโทษไว้ชัดเจนในกฎหมาย(สมุลทิพย์.2547.ออนไลน์) การกระทำที่ละเมิดต่อกฎหมายที่มีโทษทางอาญา ประเภทของอาชญากรรมซึ่งแบ่งตามสถิติจากกรมตำรวจสามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ประเภทด้วยกันคือ

1. คดีอุกฉกรรจ์และสะเทือนขวัญ ซึ่งประกอบด้วย การฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา การปล้นชิงทรัพย์ ชิงทรัพย์ ลักพาเรียกค่าไถ่ วางเพลิง เมื่อเปรียบเทียบกับจากปี 2546 กับ 2547 มีอัตราลดลงร้อยละ 18.63
2. คดีชีวิตร่างกายและเพศ ซึ่งประกอบด้วย การฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา การฆ่าผู้อื่นโดยไม่เจตนา การทำให้ตายโดยประมาท การพยายามฆ่า การทำร้ายร่างกาย การข่มขืนกระทำชำเรา เมื่อเปรียบเทียบกับจากปี 2546 กับ 2547 มีอัตราลดลงร้อยละ 5.64
3. คดีประทุษร้ายต่อทรัพย์ ซึ่งประกอบด้วย การลักทรัพย์ การฉ้อโกงทรัพย์ การฉ้อโกงทรัพย์ การฉ้อโกงทรัพย์ การชิงทรัพย์ การปล้นทรัพย์ การรับของโจร การทำให้เสียทรัพย์ เมื่อเปรียบเทียบกับจากปี 2546 กับ 2547 มีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.28
4. คดีที่น่าสนใจ ซึ่งประกอบด้วย การโจรกรรมรถจักรยานยนต์ การโจรกรรมรถยนต์ การโจรกรรมโค-กระบือ การโจรกรรมเครื่องมือเกษตร การปล้น-ชิงรถยนต์โดยสาร การปล้น-ชิงรถยนต์แท็กซี่ การข่มขืนและฆ่า การลักพาเรียกค่าไถ่ การฉ้อโกง การยักยอก เมื่อเปรียบเทียบกับจากปี 2546 กับ 2547 มีอัตราลดลงร้อยละ 8.46
5. คดีที่รัฐเป็นผู้เสียหาย ประกอบด้วย คดีอาวุธปืน(ปืนธรรมดาและปืนสงคราม) การพนัน(การพนันทั่วไปและการพนันสลากกินรวบ) คดียาเสพติด การค้าประเวณี การมีและเผยแพร่วัตถุ

ลามก เมื่อเปรียบเทียบกับจากปี 2546 กับ 2547 มีอัตราลดลงร้อยละ 20.8 (กรมตำรวจ.2548. ออนไลน์)

ได้มีงานวิจัยเรื่องความหวาดกลัวภัยอาชญากรรมของประชาชน จัดทำโดย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ฝ่ายกองวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ที่จะทราบถึงความหวาดกลัวภัยของประชาชน ต่อ ปัญหา อาชญากรรม ตลอดจน ผลกระทบของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีต่อความหวาดกลัวภัยของประชาชนเพื่อที่จะเสนอแนะ แนวทางการปรับปรุงการปฏิบัติ หน้าที่ของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ใน การที่จะลดความหวาดกลัวภัยอาชญากรรมของประชาชนลง

ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนยังคงมีความหวาดกลัวภัยอาชญากรรมอยู่สูง โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในเวลา กลางคืนและมีความหวาดกลัวสูงมาก เมื่อออกไปนอกบ้านในแถบละแวก บ้านในเวลากลางคืน แต่ความหวาดกลัวภัยอาชญากรรมของประชาชนดังกล่าวยังแปรผันตามตัวแปร ต่างๆคือ

1. อายุ ประชาชนที่มีอายุต่ำกว่า 25 ปี มีอัตราความหวาดกลัวภัยอาชญากรรมสูง
2. เพศ ประชาชนที่เป็นเพศหญิง มีอัตราความหวาดกลัวภัยอาชญากรรมสูงกว่าเพศชาย
3. ที่พักอาศัย โดยเฉพาะผู้ที่อยู่อาศัยในอาคารพาณิชย์ (ตึกแถว) มีความหวาดกลัวภัยอาชญากรรมสูงกว่า ผู้ที่อยู่อาศัยในสถานที่พักประเภทอื่น ที่พักอาศัยที่ประชาชนมีความหวาดกลัวน้อยที่สุดคือ บ้านพักทางราชการ
4. ระยะเวลาที่พักอาศัย ประชาชนที่พักอาศัยในที่อยู่ปัจจุบันเป็นระยะเวลานานจะมี ความหวาดกลัวภัยอาชญากรรมสูงกว่าที่พักอาศัยมาเป็นเวลานาน
5. การมาตรวจของตำรวจสายตรวจมีผลต่ออัตราความหวาดกลัวอาชญากรรมของประชาชน กล่าวคือถ้ามีตำรวจสายตรวจมาตรวจอยู่ เป็นประจำ ทำให้อัตราความหวาดกลัวภัยอาชญากรรมของ ประชาชนลดลง
6. ยามหรืออาสาสมัครรักษาความปลอดภัย มีผลต่ออัตราความหวาดกลัวภัยอาชญากรรมของ ประชาชนสูง ซึ่งถ้าในหมู่บ้านมียามหรืออาสาสมัครรักษาความปลอดภัยจะทำให้ประชาชนมีความรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น
- 7.การตกเป็นเหยื่ออาชญากรรมถ้าประชาชนหรือบุคคลในครอบครัวเคยตกเป็นเหยื่ออาชญากรรมจะทำให้มีความหวาดกลัวภัยอาชญากรรมสูงกว่าบุคคลที่ไม่เคยตกเป็นเหยื่ออาชญากรรม

ในการป้องกันภัยอาชญากรรมของประชาชนนั้นพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่จะใช้ อุปกรณ์ป้องกันอาชญากรรมในบ้านพักและการป้องกัน การโจรกรรมรถยนต์ และรถจักรยานยนต์ แต่เมื่อใช้อุปกรณ์ป้องกันแล้วประชาชนก็ยังคงมีความหวาดกลัวภัยอาชญากรรมอยู่เช่นเดิม การรับทราบ

ข่าวอาชญากรรมนั้นประชาชนส่วนใหญ่ได้รับทราบข่าวอาชญากรรมจากโทรทัศน์และวิทยุ ซึ่งจากการรับทราบข่าว อาชญากรรมทำให้ประชาชนเกิดความระมัดระวังและป้องกันตัวเองมากขึ้น

จากผลการวิจัย ในการลดอัตราความหวาดกลัวภัยอาชญากรรมของประชาชนลง จึงควรที่จะให้ความรู้ความเข้าใจ ในการป้องกัน อาชญากรรมแก่ประชาชน และให้เจ้าหน้าที่ตำรวจสายตรวจออกตรวจตรารักษาความปลอดภัยให้กับประชาชนอย่างทั่วถึงและต่อเนื่องและให้ ความสนใจต่อเทศหญิง และบุคคลที่เคยตกเป็นเหยื่ออาชญากรรมเป็นพิเศษ ตลอดจนแสวงหาความร่วมมือจากประชาชน ในท้องถิ่นในการป้องกันอาชญากรรมโดยการอบรมให้มีอาสาสมัครรักษาความปลอดภัยประจำหมู่บ้านหรือในท้องถิ่นนั้น (กองวิจัยและพัฒนา.2543.ออนไลน์)

3.3.7 การเปลี่ยนแปลงทางด้านการศึกษา

ในรอบปี2547เกิดการปฏิรูปมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านนโยบายและโครงสร้างทางการศึกษาอย่างมาก ซึ่งทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคจำนวนมากในการปฏิรูปครั้งนี้ ทำให้ดูเหมือนว่าจะเกิดความล่าช้าและหยุดนิ่งทุกอย่างอยู่ในภาวะชะงักงันปัญหาและอุปสรรคดังกล่าวมีเหตุปัจจัยที่ซับซ้อนในประเด็นดังกล่าวผู้วิจัยได้ค้นคว้าและขอหยิบยกเอาประเด็นที่น่าสนใจมานำเสนอดังนี้ (บทความพิเศษ นายอนุช อภาภิรมย์ โครงการข่าวสารทิศทางประเทศไทย (TTMP) โดยการสนับสนุนของ สกว. (มติชนรายสัปดาห์ หน้า 45 วันที่10 มิถุนายน พ.ศ. 2548 ปีที่ 25 ฉบับที่1295) ภาพรวมการศึกษาไทย

1. ภาพรวมการศึกษาไทยตามรายงานทางการตามรายงานของสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินผลการศึกษา มีดังนี้

- 1) หลักสูตรมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย
- 2) การสร้างหลักสูตรของสถานศึกษาเพื่อให้ทันสังกัดพอใจ และหลายแห่งไม่มีความเข้าใจในการเขียนหลักสูตร
- 3) เนื้อหาหลักสูตรมีมากเกินไป ครูสอนไม่ทัน หรือบางรายวิชาเนื้อหาหายากเกินไป
- 4) การประเมินผล ส่วนใหญ่ไม่ให้เกิดตกต่ำขึ้น มีการสอบซ่อมเสริมที่ทำไม่จริงจัง
- 5) ควรมีสถาบันทดสอบแห่งชาติ
- 6) ด้านหนังสือเรียน โรงเรียนมีอิสระสั่งซื้อหนังสือเรียนจากเอกชนที่มีราคาแพง แบบเรียนที่รัฐจัดสรรส่งให้ล่าช้า
- 7) ใบบางของครูส่วนใหญ่คัดลอกจากหนังสือที่ขายในท้องตลาด ไม่ได้มาตรฐาน ขาดการริเริ่มของครู ครูไม่สามารถสรุปได้ว่า จุดประสงค์ของการเรียนเรื่องนี้คืออะไร
- 8) ครูขาดความมั่นใจในสถานภาพและความมั่นคง โดยเฉพาะการโอนโรงเรียนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

9) รัฐบาลควรกระจายอำนาจแท้จริงแก่โรงเรียนมากขึ้น โดยการสนับสนุนบุคลากร สวัสดิการและค่าตอบแทน แรงจูงใจพัฒนาครูและผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง (ไทยรัฐ 04/01/48)

2. ปัญหาเป้าหมายทิศทางการศึกษาที่ชัดเจน

พบว่า ภาพรวมทางการศึกษาไทยที่สำคัญกว่าที่กล่าวมา ได้แก่ ปัญหาเป้าหมายทิศทางการศึกษา เพราะหากส่วนนี้ขาดความชัดเจนแล้ว ก็จะทำให้ภาพรวมส่วนอื่นไม่ชัดเจนไปด้วยว่า จัดการศึกษาไปทำไม เพื่ออะไร ในด้านเป้าหมายทิศทางการศึกษานั้น มีประเด็นควรพิจารณา 2 ด้าน ด้านหนึ่ง พิจารณาการศึกษาในฐานะที่เป็นเครื่องมือ และอีกด้านหนึ่ง ในฐานะเป็นจุดหมายปลายทางในตัวเอง กล่าวคือ

1) พิจารณาการศึกษาในฐานะเป็นเครื่องมือ ซึ่งมุ่งใน 2 ส่วนคือ ส่วนที่หนึ่งที่ปัจจุบันดูมีความแจ่มชัดขึ้นว่า มุ่งหวังให้เป็นเครื่องมือในการสร้างสังคมความรู้ ซึ่งต้องการคนงานความรู้ (Knowledge Worker) จำนวนหนึ่ง แต่ในความชัดเจนนี้ดูยังไม่พร้อมเพรียงอยู่อีกมาก เช่น ในด้านบุคลากรทางการศึกษา การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ และอื่นๆ การศึกษาในฐานะเครื่องมือ อีกส่วนหนึ่งน่าจะได้แก่การแก้ปัญหาความยากจน ซึ่งเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลการแก้ปัญหาความยากจนนั้น เห็นพ้องกันว่าจำเป็นต้องอาศัยการศึกษาเป็นเครื่องมือหนึ่ง ในด้านนี้ก็พบว่าขาดความพร้อมเพรียงอีกเช่นกัน เป็นต้นว่าถ้าต้องการใช้การศึกษาเพื่อแก้ปัญหาความยากจน ก็จำเป็นต้องมีเนื้อหาการเรียนการสอนว่าด้วยความยากจนว่าเกิดขึ้นจากเหตุใด มีความเป็นมาเป็นไปอย่างไร การขจัดความยากจนเป็นอย่างไร และวิธีปฏิบัติจะอย่างไร

2) พิจารณาการศึกษาในฐานะเป็นจุดหมายปลายทางในตัวเอง เป็นสิ่งที่กล่าวกันมานาน แต่ปฏิบัติให้บังเกิดผลจริงค่อนข้างยาก นักการศึกษาจำนวนไม่น้อยเห็นว่า การศึกษามีจุดหมายในตัวเองในด้านการเข้าใจตนเอง การสามารถพัฒนาศักยภาพตนเองได้ถึงที่สุด การรู้สึกพึงพอใจในการพัฒนาของตนเองตามความเป็นจริง ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับด้านจริยธรรม ปัจจุบันบางที่เรียกว่าความฉลาดทางอารมณ์หรือEQ

3) ภารกิจเฉพาะหน้ากล่าวในแง่เป้าหมายและทิศทางการศึกษาของไทย ในเฉพาะประเด็นข้างต้นแล้วก็มีภารกิจเฉพาะหน้าว่าจะประสานภารกิจทางการศึกษาดังกล่าวทั้งหมดเข้าด้วยกันได้อย่างไร เนื่องจากเกิดปัญหาดังกล่าวทำให้ภาครัฐมีการเคลื่อนไหวที่น่าสนใจดังนี้

1.การจัดตั้งองค์กรเพื่อเร่งพัฒนาการเรียนรู้ของเยาวชนและปฏิรูปการศึกษาได้แก่ สำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้ (สปร.) ประกอบด้วยแขนง 8 หน่วย ได้แก่ สถาบันวิทยาการการเรียนรู้ (สวร.) ศูนย์ส่งเสริมความสามารถพิเศษแห่งชาติ (สมพช.) ศูนย์ความเป็นเลิศด้านวิทยาศาสตร์ของประเทศไทย (สทพช.) ศูนย์กลางการเรียนรู้ไอซีทีแห่งชาติ สำนักงานสร้างสรรค์งานออกแบบ (สศบ.) สำนักงานอุทยานการเรียนรู้ (สอว.) สถาบันพิพิธภัณฑ์การเรียนรู้แห่งชาติ (สพร.)

ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาพลังแผ่นดินเชิงคุณธรรม (ศูนย์คุณธรรม) เป็นการริเริ่มเพื่อปฏิรูปทางการศึกษาที่โดดเด่นคาดว่าจะเป็พลังขับเคลื่อนการปฏิรูปการศึกษาของรัฐบาลที่สำคัญ

2. การขยายโอกาสทางการศึกษามีที่เด่น ได้แก่ การแจกทุนการศึกษา ทั้งศึกษาในประเทศและไปต่างประเทศจำนวนนับแสนทุน โครงการนักเรียนแลกเปลี่ยนภายในประเทศรุ่นที่ 1 ปี 2547 มีนักเรียน "หัวกะทิ" จากต่างจังหวัด เข้ามาศึกษาในโรงเรียนมีชื่อเสียงในกรุงเทพฯ เด็กดังกล่าวได้ให้สัมภาษณ์ มีบางตอนที่น่าสนใจ เช่น "เด็กกรุงเทพฯ จะขยันทำแบบฝึกหัดในจำนวนที่มาก และค่อนข้างยากทุกวัน ผิดกับที่โรงเรียนเดิมที่จะให้ทำแค่ 2-3 ข้อง่ายๆ รวมทั้งเวลาที่ว่างก็มักหมดไปกับการอ่านหนังสือ เรียกได้ว่าทุกวินาทีมีค่ามาก และเป็นสิ่งที่ทำให้เด็กกรุงเทพฯ เรียนเก่งและยังเป็นแรงกระตุ้นให้ขยันตามด้วย" บ้างว่า "ผมได้เห็นชีวิตคนกรุงที่ทุกวันนี้มีแต่ความเร่งรีบ ต้องอยู่กันแออัด แม้แต่ในรั้วโรงเรียนเทพศิรินทร์ก็คับแคบ แถมการจราจรก็ติดขัด ซึ่งที่ต่างจังหวัดมีพื้นที่กว้างขวาง สะดวกสบาย ธรรมชาติก็ดีแต่ถึงอย่างไรก็เป็นประสบการณ์แปลกใหม่ ได้รู้จักการใช้ชีวิตของคนกรุงเทพฯ" บางกลุ่มเล่าว่า นักเรียนที่นั่นนอกจากจะมีอุปกรณ์การเรียนที่ทันสมัยและครบครันแล้ว การรายงานหน้าชั้น (ก็น่าสนใจ) เป็นการแสดงละคร ทำให้รายงานเรื่องนี้เข้าใจง่ายขึ้น (สยามรัฐ 04/01/48)

3. การตั้งโรงเรียนพิเศษต่างๆ เพิ่มความหลากหลายและโอกาสทางการศึกษา ได้แก่ โรงเรียนในโครงการหนึ่งอำเภอหนึ่งโรงเรียน หรือโรงเรียนในฝัน 921 โรงเรียน นอกจากนี้ มีโรงเรียนต้นแบบการศึกษา 2,500 โรงเรียนวิถึพุทธ 80 โรงเรียนในกำกับรัฐ 19 โรงเรียน (และจะเพิ่มขึ้นอีก) โรงเรียนสองภาษา 53 โรงเรียนนำร่องและสรรหาผู้มีความสามารถพิเศษ 75 โรงเรียน (ข้อมูลน่ารู้ของประเทศไทย 2548 ของ สศช.) โรงเรียนพิเศษต่างๆ เหล่านี้ ส่วนหนึ่งเกิดขึ้นจากความต้องการส่วนหนึ่งเกิดจากนโยบายส่วนหนึ่งเกิดจากการเปิดกว้างขึ้นของหลักสูตรและการศึกษาของไทย คาดหมายว่า จะมีโรงเรียนพิเศษขึ้นใหม่ตามความซับซ้อนของสังคม เป็นสิ่งที่น่าจับตาเรื่องหนึ่งด้วยว่า ใครจะฉวยคว้าหรือได้ประโยชน์เป็นสำคัญ

จะเห็นได้ว่านโยบายทางการศึกษาแนวใหม่นี้ก่อให้เกิดวัฒนธรรมใหม่แก่ทั้งคณาจารย์ ครูผู้สอน และนักเรียน นักศึกษา ทำให้เกิดการตื่นตัวอย่างสูงเพื่อปรับตัวในการตอบรับกับสิ่งใหม่ๆ ซึ่งมีผลต่อสภาวะการรับรู้และสภาวะทางจิตของผู้คนในสังคมที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงคือผู้สอนผู้เรียน และผู้ที่เกี่ยวข้องโดยอ้อมคือผู้ปกครองพ่อแม่ในการตั้งรับและปฏิบัติตามให้ทันกับแนวปฏิรูปใหม่นี้

3.3.8 การเปลี่ยนแปลงการเมืองการปกครองประเทศไทย มีการปกครองระบอบประชาธิปไตยโดยมีพระมหากษัตริย์เป็นองค์พระประมุข และมีคณะรัฐบาลภายใต้การนำของนายกรัฐมนตรีเป็นผู้มีอำนาจในการบริหารประเทศซึ่งมาจากการเลือกตั้งของประชาชน ทุกรัฐบาลมีนโยบายที่คล้ายคลึงกันในการพัฒนาและตอบสนองต่อความเจริญก้าวหน้าของทั้งประชากรและของประเทศ สำหรับปลายปี 2549 รัฐบาลของ พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร โดนทำการปฏิวัติรัฐประหาร แบบใหม่ไม่เสียเลือดเนื้อและได้รับการยอมรับจากประชาชนส่วนใหญ่ภายใต้การนำของ พล.อ.สนธิ บุญยรัตกลิน โดยมีนายกรัฐมนตรี คือ พล.อ.สุรยุทธ์ จุลานนท์ ประธานองคมนตรี เข้ามาดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีแทน พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร ที่โดนกล่าวหาว่าทำให้คนในประเทศเกิดความขัดแย้งและแตกแยก รวมไปถึงการฉ้อราษฎร์บังหลวง การเอื้อประโยชน์ให้พวกพ้องในการทำธุรกิจส่วนตัว จนไม่สามารถกลับเข้ามาในประเทศไทยเพื่อต่อสู้ทางการเมืองเนื่องจากการถูกตัดสิทธิทางการเมือง รวมถึงคดีที่พรรคไทยรักไทยโดนยุบ ทำให้กรรมการบริหารพรรคทั้งหมดโดนตัดสิทธิมิให้มีกิจกรรมทางการเมืองนานถึง 5 ปี แต่แกนนำกลุ่มไทยรักไทยก็ยังคงทำกิจกรรมจัดชุมนุมกดดันให้ พล.อ.เปรม ติณสูลานนท์ ลาออกจากมาเป็นประธานองคมนตรีและรัฐบุรุษ โดยโดนกล่าวหาว่าอยู่เบื้องหลังการรัฐประหารครั้งนี้

สถานการณ์และปัญหาการเมืองที่สำคัญในปัจจุบันมีดังนี้

1. กรณีคนร้ายก่อเหตุความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

1) เกิดเหตุก่อการร้ายอย่างต่อเนื่อง กรณีสามจังหวัดภาคใต้ ได้เกิดเหตุการณ์ใหญ่น้อยต่อเนื่องตลอดตั้งแต่ปี 2547 เช่น กรณีกรือเซะ กรณีตากใบ การสังหารรายวันของกลุ่มก่อเหตุร้ายที่ไม่มีกลุ่มใดประกาศความรับผิดชอบ แต่มีหลักฐานพอบ่งชี้ได้ว่า เป็นกลุ่มแบ่งแยกดินแดนที่อาศัยความคิดชาตินิยมผสมความเชื่อทางศาสนา

2) ผลกระทบสำคัญจากกรณีสามจังหวัดภาคใต้ กรณีสามจังหวัดภาคใต้ เป็นการท้าทายต่ออำนาจรัฐและกลุ่มผู้ปกครองไทยสำคัญอีกครั้งหนึ่งกรณีกรือเซะและตากใบทำให้ทางรัฐบาลตกเป็นฝ่ายรับทางการเมือง และน่าจะมีผลกระทบสำคัญในการปรับเปลี่ยนแนวคิดเกี่ยวกับรัฐและบทบาทรัฐใหม่ จากการที่รัฐเป็นผู้ผูกขาดความรุนแรง และเป็นผู้ใช้อำนาจเพื่อการสร้าง ความมั่นคงภายในประเทศ เปลี่ยนเป็นว่า รัฐจะต้องแบ่งอำนาจให้แก่กลุ่มต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกประเทศ และรัฐมีบทบาทในการเป็นผู้ประสานความร่วมมือในการสร้างความมั่นคงของชาติ

3) ประเด็นน่าศึกษา การก่อการร้ายและการต่อต้านได้เป็นประเด็นศึกษากันทั่วโลก เช่น มีการศึกษาบางชิ้นระบุว่า การก่อการร้ายไม่ได้ขึ้นกับความยากจน แต่เกี่ยวกับเสรีภาพทางการเมือง โดยสังคมที่มีเสรีภาพทางการเมืองสูง หรือรวบอำนาจสูง การก่อการร้ายจะน้อย ส่วนที่อยู่

ครั้งๆ กลางๆ จะมีการก่อการร้ายมากกว่า ผลการศึกษานี้คงมีข้อโต้แย้งได้ ประเด็นก็คือการเก็บบทเรียนเรื่องการก่อการร้ายตั้งแต่ในอดีต และในพื้นที่ต่างๆ น่าจะช่วยให้สามารถเข้าใจเหตุร้ายในสามจังหวัดภาคใต้ได้ดีขึ้น ท่ามกลางปัญหาและความยากลำบาก สำหรับวงการแพทย์นั้นมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านการเมืองการปกครองดังนี้วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร.(2544) กล่าวว่าจากผลการเลือกตั้งครั้งล่าสุดพรรคไทยรักไทยได้รับชัยชนะการเลือกตั้งปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้พรรคไทยรักไทยประสบความสำเร็จในการเลือกตั้งคือ นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของประเทศไทย

3.3.9 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมในประเทศไทยที่มีผลกระทบกับการดำรงชีวิตของคนเรา ในปัจจุบันพบว่าเรามักจะเจอปัญหาจากสิ่งแวดล้อม เช่น ปัญหามลภาวะทางน้ำที่มีความเน่าเสีย มีพิษ มีเชื้อโรคและกัมมันตภาพรังสีที่นำมาซึ่งการขาดแคลนน้ำสะอาดสำหรับการอุปโภค บริโภค แม้แต่อาหารที่เป็นพิษล้วนเกิดจากการกระทำของคนทั้งสิ้นทำให้เกิดความเสียหายต่อการใช้ประโยชน์ รวมไปถึงวันพิษที่เกิดจากการสูบบุหรี่หรือเครื่องยนต์ การเผาไหม้ของเชื้อเพลิงจากโรงงานบ้านเรือนหรือแม้แต่กระทั่ง ภัยธรรมชาติ เช่น อุทกภัยจากน้ำท่วม และล่าสุดการเกิดคลื่นยักษ์TSUNAMI โดยไม่มีการเตือนภัยล่วงหน้า ทำให้มีผู้เสียชีวิตสูงกว่าห้าพันคน ส่วนมลภาวะทางเสียงและอากาศจากการจราจรและการพัฒนาอุตสาหกรรม ทำให้เกิดความเสื่อมทางสุขภาพร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครที่มีประชากรหนาแน่น การจราจรคับคั่ง มีผลทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง อาจเกิดความผิดปกติทางใจจนแสดงออกถึงอาการทางร่างกายเช่น ปวดศีรษะ หรือ คลุ้มคลั่ง จากการศึกษาของกรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อมได้รวบรวมปัญหาที่เกี่ยวกับความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อมกับสังคมเมืองไว้ดังนี้

ความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อมเมืองและชุมชน (กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. 2548.ออนไลน์)

1. ปัญหาความหนาแน่นของประชากรและการขยายตัวของชุมชน

ปัญหาความหนาแน่นของประชากรและการขยายตัวของชุมชน เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนเมือง โดยเฉพาะความหนาแน่นและการขยายตัวของชุมชนที่ไม่ได้มีการวางแผนรองรับ ปัญหานี้เกิดจากอัตราการเพิ่มของประชากรอย่างรวดเร็ว เนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของแหล่งงาน ได้แก่ บริเวณพื้นที่อุตสาหกรรมจะมีการอพยพย้ายถิ่นของประชากรจำนวนมากเข้ามายังพื้นที่ดังกล่าวอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดความหนาแน่นของประชากร ทำให้ระบบสาธารณูปโภค-สาธารณูปการไม่พอเพียงต่อความต้องการ และเกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมในด้านต่าง ๆ ขึ้น ซึ่งจำเป็น

จะต้องอาศัยการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม นอกจากนี้การขยายตัวของชุมชนที่ไม่เป็นระเบียบ ทำให้เกิดการใช้พื้นที่ที่ไม่เหมาะสมต่อการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ อันนำมาซึ่งปัญหาสิ่งแวดล้อม

2. ปัญหาทางด้านน้ำ

2.1 ปัญหามลภาวะทางน้ำ

ปัญหามลภาวะทางน้ำเป็นปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับการขยายตัวของชุมชน โดยเป็นผลต่อเนื่องกันจากการขยายตัวของประชากร คือ ปริมาณน้ำทิ้งและความสกปรกจะเพิ่มขึ้นอย่างเป็นสัดส่วน ซึ่งอาจทำให้เกิดความเสื่อมโทรมและทำให้ความสามารถในการรองรับน้ำเสีย-ความสกปรก และอัตราการฟื้นฟูตามสภาพธรรมชาติของแหล่งน้ำลดลง มีผลเสียต่อการใช้ประโยชน์แหล่งน้ำในการอุปโภคบริโภคภายในชุมชน ทำให้มีน้ำใช้ไม่เพียงพอต่อความต้องการในชุมชน นอกจากนี้ยังมีผลเสียต่อทัศนียภาพของเมือง และระบบนิเวศวิทยาในน้ำอีกด้วย โดยแหล่งกำเนิดน้ำเสียในชุมชนจะเกิดจากโรงงานอุตสาหกรรมในชุมชนและน้ำเสียจากการบริโภคในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่จะถูกปล่อยออกมารวมกันและระบายสู่แหล่งน้ำสาธารณะหรือแหล่งน้ำธรรมชาติ

2.2 ปัญหาน้ำท่วม

ปัญหาน้ำท่วมในชุมชนเกิดจากสภาพข้อจำกัดทางกายภาพของพื้นที่และจากการก่อสร้างโครงการต่าง ๆ โดยขาดการศึกษาผลกระทบและวางแผนรองรับ เช่น โครงข่ายถนน และระบบบำบัดน้ำเสีย นอกจากนี้พื้นที่บางแห่งไม่มีผังเมือง เพื่อขึ้นำการพัฒนาให้เป็นระบบ ทำให้เกิดการพัฒนาเมืองอย่างไร้ทิศทาง มีการขยายตัวกระจายไปโดยรอบ (Urban Sprawl) แม้แต่ในบริเวณที่ต่ำหรือมีปัญหาการระบายน้ำเมื่อฝนตก หรือการพัฒนาสิ่งก่อสร้าง เช่น ถนน หรือ อาคารที่ขวางทางระบายน้ำทำให้เกิดปัญหาน้ำท่วมอย่างรุนแรงที่ทำให้เกิดความเสียหายทั้งทรัพย์สินและชีวิต จึงเป็นปัญหาใหญ่อีกประการหนึ่งที่เป็นกรณีขี้ถึงการเจริญเติบโตของเมืองที่เกินพอดีหรือการขาดการวางแผนที่ดี

2.3 ปัญหาการขาดน้ำบริโภค

ปัญหาการขาดน้ำบริโภคมีสาเหตุมาจากชุมชนมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจ-สังคมเพิ่มมากขึ้น ความต้องการใช้น้ำเพื่อการบริโภคจะมีมากขึ้น ซึ่งทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนน้ำบริโภคเนื่องจากมีกำลังการผลิตไม่พอเพียงต่อจำนวนประชากร และมีแหล่งน้ำดิบเพื่อการผลิตน้ำสะอาดที่ใช้ในการบริโภคไม่พอเพียง โดยเฉพาะชุมชนเมืองที่มีบทบาทพิเศษ เช่น การเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่ได้รับความนิยม หรือเป็นบริเวณที่มีเกษตรกรรมประเภทที่ใช้น้ำมาก หรือเป็นแหล่งอุตสาหกรรมที่ต้องการใช้น้ำจำนวนมากในกระบวนการผลิต การขาดน้ำที่เป็นปัจจัยสำคัญทำให้ต้องมีการขนส่งหรือลำเลียงน้ำมาจากที่ไกล มีค่าใช้จ่ายสูงในการขนส่งและการเก็บสำรอง ทำให้เกิด

ปัญหาการบริโภคหรือการใช้งานในการดำเนินกิจกรรมหรือในชีวิตประจำวันทำให้เกิดสภาพที่ไม่ยั่งยืนกับการพัฒนาชุมชนในระยะยาว

3. ปัญหาการจราจรติดขัด

การจราจรติดขัดเป็นปัญหาที่ตามมาเมื่อเมืองพัฒนาจนมีประชากรจำนวนมากและมีกิจกรรมทางเศรษฐกิจมาก หรืออาจพูดได้ว่าเป็นปัญหาของเมืองใหญ่ที่ขาดการวางแผนรองรับปริมาณการจราจรที่เพิ่มขึ้น สาเหตุอาจมีหลายประการ เช่น การขาดการวางผังที่ดีทำให้มีสัดส่วนของพื้นที่ผิวจราจรของเมืองน้อย ระบบโครงสร้างถนนหนทางไม่ดี สับสน หรือไม่มีประสิทธิภาพ หรือขาดระบบการขนส่งมวลชนที่ดี หรือมีการพัฒนาเมืองเข้มข้นหนาแน่นเกินไปในบริเวณใจกลางเมืองหรือในบางกรณีเป็นเพราะมีเส้นทางสัญจรระหว่างเมืองที่ผ่าเข้าไปในใจกลางเมือง หรือเมืองขยายเข้ามาล้อมรอบทางหลวงระหว่างเมืองการจราจรติดขัดทำให้เกิดปัญหาติดตามามากมาย นับตั้งแต่การเสียเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวัน การประกอบกิจกรรมทางเศรษฐกิจไม่มีประสิทธิภาพ และยังเป็นสาเหตุสำคัญของมลภาวะทางอากาศและเสียง และยังทำให้เกิดความตึงเครียด ซึ่งเหล่านี้มีผลต่อสุขภาพทางกายและทางใจโดยตรงของประชากรเมือง

4. ปัญหามลภาวะทางอากาศ

มลภาวะทางอากาศส่งผลต่อชุมชนในแง่ของสุขภาพกาย-สุขภาพจิตของคนในชุมชนและความสงบสุขของชุมชน มลภาวะทางอากาศที่มีผลต่อชุมชนสามารถแบ่งออกได้เป็นมลภาวะที่เกิดจากฝุ่นละอองและมลภาวะประเภทควัน กลิ่น สารพิษในอากาศ โดยแหล่งกำเนิดมลพิษดังกล่าวได้แก่ โรงงานที่ปล่อยของเสีย จากกระบวนการผลิต อุตสาหกรรมออกมา การก่อสร้างของพื้นที่ต่างๆ ในชุมชนที่ก่อให้เกิดฝุ่นละอองมาก และมลพิษอันเกิดจากการจราจรซึ่งมักจะเกิดในเขตที่มีประชากรหนาแน่น หรือย่านพาณิชยกรรมของชุมชน ซึ่งจะมีปริมาณการจราจร หนาแน่นทำให้เกิดควันและสารพิษจากไอเสียรถยนต์ และฝุ่นละอองจากการขนส่ง ซึ่งปัญหามลภาวะดังกล่าวส่งผลเสียต่อสุขภาพของคนในชุมชน

5. ปัญหามูลฝอย

ปัญหามูลฝอยมีสาเหตุมาจากจำนวนประชากรที่มีจำนวนมากแต่มีกระบวนการในการจัดเก็บและจัดการมูลฝอยที่ไม่เพียงพอต่อปริมาณมูลฝอยที่เกิดขึ้น รวมถึงการจัดเก็บที่ไม่ถูกสุขลักษณะ โดยเฉพาะมูลฝอยจากอุตสาหกรรม มูลฝอยจากโรงพยาบาล และมูลฝอยพิษ ซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อชุมชน การจัดเก็บ ที่ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่เพียงพอต่อมูลฝอยที่เกิดขึ้นในชุมชน ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขอนามัยของชุมชน และส่งผลให้เกิดปัญหาด้านอื่น ๆ ของชุมชน อาทิ มูลฝอยที่ถูกทิ้งตามแหล่งน้ำ ส่งผลให้เกิดปัญหาน้ำเสีย และปัญหาขาดแหล่งน้ำอุปโภค-บริโภค รวมถึงเกิดการดูด

ต้นของท่อระบาย น้ำอันเป็นสาเหตุหนึ่งของ ปัญหาน้ำท่วม เป็นต้น

6. ปัญหาความเสี่ยงต่อการเกิดวินาศภัย

ปัญหาความเสี่ยงต่อการเกิดวินาศภัยมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน ประเภทของวินาศภัยที่เป็นปัญหาส่วนใหญ่ ได้แก่ ไฟไหม้ในชุมชน ควันพิษหรืออันตรายจากสารเคมีหากเกิดไฟไหม้ใกล้ชุมชน การปนเปื้อนของสารพิษหรือมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมใกล้ชุมชน เป็นต้น โดยชุมชนที่มีความเสี่ยงของการเกิดวินาศภัยนั้นมีแนวโน้มว่าจะเป็นชุมชนที่มีบทบาทด้านอุตสาหกรรมในเขตพื้นที่ใกล้ชุมชน

7. ปัญหาความสวยงามของเมือง

ปัญหาความสวยงามของเมืองเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบทางสายตาและความรู้สึกที่มีต่อทัศนียภาพของเมืองอันส่งผลต่อภาพลักษณ์ของชุมชนนั้น ๆ โดยเฉพาะชุมชนที่มีบทบาทเป็นแหล่งท่องเที่ยว หากมีปัญหาด้านความงามของเมืองย่อมส่งผลกระทบต่อจำนวนนักท่องเที่ยวที่ลดลง อันส่งผลต่อระบบเศรษฐกิจในระดับชุมชนและระดับภาค ปัญหาความสวยงามของเมืองมีสาเหตุมาจากปัญหาในด้านอื่นๆ ที่สะท้อนหรือแสดงออกมาทางกายภาพ อาทิ ปัญหาด้านความหนาแน่นของประชากร แสดงออกมาให้เห็นในทางกายภาพในลักษณะของอาคารที่หนาแน่น ชุมชนแออัด การบุกรุกพื้นที่สาธารณะ เช่น การก่อสร้างอาคารอย่างเร่งรีบ ทำให้ขาดระเบียบและมีผลต่อ ความสวยงามของชุมชน การยื่นล้ำของร้านค้าและป้ายต่างๆ การพัฒนาที่คุกคามโบราณสถาน หรือสถานที่สำคัญ ของเมือง หรืออาคารที่สร้างใหม่ขาดลักษณะที่สะท้อนถึงคุณลักษณะทางภูมิทัศน์ของท้องถิ่น ทำให้ชุมชนสูญเสีย ความสวยงามที่เป็นเอกลักษณ์หรือบรรยากาศที่ดีของชุมชน การบุกรุกครอบครองพื้นที่ชายทะเล ลักษณะทาง กายภาพที่ไม่มีการจัดระเบียบและขาดการวางแผนรองรับจำนวนประชากรที่เพิ่ม การมีมลภาวะทางน้ำหรือ แหล่งน้ำเสียก็สามารถทำให้เกิดทัศนียภาพที่ไม่ดีในชุมชนได้เช่นกัน การแสดงออกทางกายภาพของปัญหาการ จราจรแออัดและมลพิษทางอากาศ ส่งผลให้เกิดภาวะไม่น่าสบาย ทัศนียภาพไม่สวยงาม การแสดงออกทาง กายภาพของปัญหามลพิษที่ตกค้างไม่มีการจัดเก็บที่ถูกสุขลักษณะ พื้นที่กองมูลฝอยตามถนนในชุมชนความ สกปรกในชุมชน เป็นต้น

สิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งในการดำรงชีวิตของมนุษย์ เพราะส่งผลกระทบโดยตรงต่อมาตรฐานความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิตที่ดี สิ่งแวดล้อมจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สามารถใช้วัดสภาวะจิตของคนในสังคมนั้นๆ ได้ ลักษณะที่ชัดเจนของการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงด้านอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมมีดังนี้

ประเทศไทยมีการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างมีระบบ จนถือได้ว่าเป็นประเทศบรืวารของกลุ่มประเทศในโลกทุนนิยมตกอยู่ในภาวะต้องพึ่งพาประเทศใหญ่ เป็นแนวคิด

เศรษฐศาสตร์กระแสหลักที่เน้นการผลิตสินค้าให้มากที่สุด โดยไม่สนใจเศรษฐศาสตร์กระแสรองที่เน้น การเชิดชูธรรมชาติ เทคโนโลยีที่สะอาด และการพอกินพอใช้

นอกจากนั้น เมื่อวิเคราะห์แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ผ่านๆ มา ได้ให้ความสำคัญกับทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันออกไป (เกษม จันทรักษ์ และคณะ 2542; 202-203) แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) แผนพัฒนาฉบับที่เน้นการอนุรักษ์ พื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติให้มีความสมบูรณ์ เกิดความสมดุลต่อระบบนิเวศวิทยา รวมทั้งการดูแล รักษาสภาวะแวดล้อมเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน และเป็นรากฐานในการพัฒนา ประเทศในระยะยาวให้มีการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้เกิดประโยชน์และ ควบคุมดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ มีการจัดสรรอย่างเป็นธรรม เป็นประโยชน์แก่ชุมชนอย่างแท้จริง รวมทั้งการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและบรรเทาภัยธรรมชาติ นอกจากนี้รัฐธรรมนูญแห่ง ราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้ให้ความสำคัญกับการปกป้องทรัพยากรธรรมชาติและคุณภาพ สิ่งแวดล้อมเป็นอย่างมาก จนกล่าวได้ว่าเป็นรัฐธรรมนูญฉบับสีเขียว (Green Constitution) เพราะมี บทบัญญัติทางด้านสิ่งแวดล้อมถึง 8 มาตราที่สำคัญ (ปราโมทย์ ประจนปัจจนึก 2544: 2-8)

ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบกับการดำรงชีวิตของคนเราในปัจจุบันนั้นพบว่า เรามักจะเจอปัญหาจากสิ่งแวดล้อมดัง เช่น ปัญหามลภาวะทางน้ำที่มีความเน่าเสีย มีพิษมีเชื้อโรค และกัมมันตภาพรังสีที่นำมาซึ่งการขาดแคลนน้ำสะอาดสำหรับการอุปโภค, บริโภค แม้แต่อาหารที่เป็น พิษล้วนเกิดจากการกระทำของคนทั้งสิ้นทำให้เกิดความเสียหายต่อการใช้ประโยชน์ รวมไปถึงควันทิษ ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ หรือเครื่องยนต์ การเผาไหม้ของเชื้อเพลิงจากโรงงานบ้านเรือนหรือแม้แต่กระทั่ง ภัยธรรมชาติ เช่น การระเบิดของภูเขาไฟ ส่วนทางด้านเสียงรบกวนโดยจะพบมากในประเทศที่มีการ พัฒนาทางอุตสาหกรรม เสียงรบกวนทำให้เกิดความเสื่อมทางสุขภาพร่างกายและจิตใจโดยเฉพาะ กรุงเทพมหานครที่มีประชากรหนาแน่น การจราจรคับคั่ง มีผลทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง อาจเกิดความผิดปกติทางใจจนแสดงออกถึงอาการทางร่างกายเช่นปวดศีรษะ หรือ คลุ้มคลั่ง

สิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งในการดำรงชีวิตของมนุษย์การกระทำของมนุษย์ยังเป็นตัวการการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมด้วย ปัจจุบันมนุษย์ได้เพิ่มความต้องการในการใช้ ทรัพยากรทางธรรมชาติเพิ่มมากขึ้นรวมถึงความต้องการในปัจจุบันพื้นฐาน คือ อาหาร อากาศ น้ำ ทำให้จำนวนทรัพยากรทางธรรมชาติลดลงซึ่งทำให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อม และรุนแรงยิ่งขึ้น แต่รัฐบาล กลับให้ความสำคัญกับปัญหาในด้านนี้น้อยมากและมุ่งประเด็นไปในเรื่องทางเศรษฐกิจของประเทศ เป็นใหญ่

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีจุดประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ปัจจัยทางชีวสังคม กับสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยเสนอวิธีการดำเนินงานวิจัยตามหัวข้อต่อไปนี้

1. กำหนดกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. การหาคุณภาพเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

กลุ่มประชากร คือแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลศิริราชปี2549 จำนวน 205 คนและเป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์จำนวน106 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ปี 2549 ที่จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จำนวนทั้งสิ้น 32คน ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลศิริราช 17 คน และโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ 15 คน ทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 30-60 ปี โดยการสุ่มแบบตามสะดวก (Convenience sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือแบบสอบถาม มีทั้งหมด 3 ตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคม

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อวัดการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Perception of Social Changes)

โดยรวบรวมจาก แบบสอบถามของ จอง ซิก คิม (JungSik Kim, 2000)

ประกอบไปด้วย 5 ปัจจัยการรับรู้ คือ

1. ขอบข่ายการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Extent of Change)
2. อัตราการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Rate of Change)
3. ความต้องการการเปลี่ยนแปลง (Desirability of change)
4. ความยุ่งยากของการเปลี่ยนแปลง (Difficulty of Change)
5. การทำนายได้ของการเปลี่ยนแปลง (Predictability of Change)

ลักษณะคำถามถูกออกแบบให้สอดคล้องกับปัจจัยการรับรู้ทั้ง 5 ดังกล่าวข้างต้น เช่นในด้านของขอบข่ายการเปลี่ยนแปลงคำถามจะถามถึงความรู้สึกในเชิงปริมาณ ว่าท่านมีความเห็นว่ามี การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด มีทั้งหมด 5 คำถาม ซึ่งในแต่ละคำถามแยกย่อยเป็นด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอีก 9 ด้าน โดยเป็น แบบสอบถามการรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคม จำนวน 45 ข้อ

ตัวอย่างเช่น

โปรดพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมของคุณ และตอบคำถามแต่ละข้อต่อไปนี้ โดยเลือกเติมตัวเลขที่ตรงกับคำตอบที่จัดให้

1. คุณรู้สึกว่าสังคมในปัจจุบันของคุณมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด ?

1	2	3	4	5	6
ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนน้อยมาก	เปลี่ยนน้อย	เปลี่ยนพอควร	เปลี่ยนมาก	เปลี่ยนมากที่สุด

1.1_____ ด้านค่านิยม วัฒนธรรมและศาสนา

1.2_____ ด้านเศรษฐกิจ

1.3_____ ด้านชีวิตครอบครัว

1.4_____ ด้านวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและอุตสาหกรรม

1.5_____ ด้านสาธารณสุขและอนามัย

- 1.6_____ ด้านอาชญากรรม
 1.7_____ ด้านการศึกษาและสถาบันการศึกษา
 1.8_____ ด้านการเมือง การปกครอง
 1.9_____ ด้านสิ่งแวดล้อม

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อวัดลักษณะสุขภาวะทางจิตโดย แบบสอบถามความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับชีวิตของท่าน จำนวน 29 ข้อ

โดยรวบรวมและดัดแปลงมาจากแบบ สอบถามของ จุงซิก คิม (JungSik Kim, 2000) ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถาม 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 เพื่อใช้วัดความพึงพอใจของชีวิตโดยรวม (Satisfaction with overall life) และ ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต (Satisfaction with Life Domains)

ลักษณะคำถามถูกออกแบบเพื่อที่จะวัดความพอใจโดยรวม และความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต ประกอบด้วย 13 คำถาม ซึ่งเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมและในด้านต่างๆ ของชีวิต เช่น ในเรื่องของสุขภาพ ชีวิตสมรส มิตรภาพ การพักผ่อน ตัวอย่างคำถาม เช่น ฉันมีฐานะความเป็นอยู่ที่ดี ฉันมีความพอใจในชีวิต ฉันได้ในสิ่งที่ปรารถนา ฉันไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงอะไรในชีวิตที่ผ่านมา ฉันรู้สึกพอใจกับชีวิตคู่ของฉัน และฉันรู้สึกพอใจกับเวลาว่างและการพักผ่อนที่มี

ตัวอย่างเช่น

ก.โปรดพิจารณาข้อความ (ข้อ1-13) แต่ละข้อว่าปัจจุบัน ท่านมีความรู้สึกใกล้เคียงกับตัวเลือกใดมากที่สุด (ตัวเลือก1-6)

1	2	3	4	5	6
ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย
อย่างมาก		พอควร	พอควร		อย่างมาก

1. _____ ฉันได้ใช้ชีวิตเป็นไปในแบบที่ฉันต้องการ

2. _____ ฉันรู้สึกพอใจกับสุขภาพกายที่เป็นอยู่

ชุดที่ 2 เพื่อใช้วัดอาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย (Psychosomatic Symptoms)

ลักษณะคำถามถูกออกแบบเพื่อที่จะวัดอาการที่แสดงออกทางกายโดยมีผลมาจากความกดดันในจิตใจ คำถามประกอบไปด้วยอาการที่แสดงออกทางร่างกายอย่างเห็นได้ชัด 8 อย่าง คือ อาการปวดหัว กรดในกระเพาะอาหาร อาหารไม่ย่อย นอนไม่หลับ ใจเต้นแรง เบื่ออาหาร ร้อนรุ่มใจ

รู้สึกเหนื่อยหน่าย โดยให้กลุ่มตัวอย่างการวิจัยสังเกตจากความถี่ของอาการเหล่านี้ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

ตัวอย่างเช่น

ข. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการต่อไปนี้ เกิดขึ้นบ่อยครั้งเพียงใด

1	2	3	4	5	6
ไม่เคยเกิดขึ้น	เกิดขึ้นน้อยมาก	เกิดขึ้นน้อย	เกิดขึ้นพอควร	เกิดขึ้นบ่อย	เกิดขึ้นตลอดเวลา

1. _____ ปวดหัว
2. _____ นอนไม่หลับ

ชุดที่ 3 เพื่อใช้วัดอารมณ์ทางด้านบวกและลบ (Positive/Negative Emotion)

ลักษณะคำถามถูกออกแบบเพื่อวัดความถี่ที่เกิดอารมณ์ด้านบวกและลบต่างๆ เช่น การมองโลกแง่ดี การมีความสุข ความรู้สึกมั่นคง ความรู้สึกสงบ โกรธ กลัว เศร้า อาย และตื่นเต้น โดยให้กลุ่มตัวอย่างการวิจัยสังเกตจากความถี่ของอาการเหล่านี้ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา

ตัวอย่างเช่น

ค. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกต่อไปนี้ บ่อยครั้งเพียงใด

1	2	3	4	5	6
ไม่เคยเกิดขึ้น	เกิดขึ้นน้อยมาก	เกิดขึ้นน้อย	เกิดขึ้นพอควร	เกิดขึ้นบ่อย	เกิดขึ้นตลอดเวลา

1. ____ การมองโลกในแง่ดี
2. ____ การมีความสุข
3. ____ ความรู้สึกมั่นคง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้งหมดให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาว่าเนื้อหาภาษาที่ใช้ ตรงตามวัตถุประสงค์และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย อีกทั้งครอบคลุมตามนิยามปฏิบัติการแล้วหรือยัง แล้วนำมาปรับปรุงให้ถูกต้องตามข้อชี้แนะนั้น หลังจากนั้นนำไปใช้ทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ

ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์รายข้อ (Item Analysis) โดยหาค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด (Item-Total Correlation) ผลปรากฏว่าข้อวัดทุกข้อผ่านเกณฑ์ มีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อยที่ระดับ .001 ทุกข้อแล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรแอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach) ผลปรากฏค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เป็นดังนี้

แบบสอบถามการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ประกอบด้วย 5 มิติ ดังนี้

- | | |
|---|-------------------|
| 1. ขอบข่ายการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (9 ข้อ) | มีค่าเท่ากับ .742 |
| 2. อัตราการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (9 ข้อ) | มีค่าเท่ากับ .765 |
| 3. ความต้องการการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (9 ข้อ) | มีค่าเท่ากับ .783 |
| 4. ความยุ่งยากของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (9 ข้อ) | มีค่าเท่ากับ .728 |
| 5. การทำนายได้ของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (9 ข้อ) | มีค่าเท่ากับ .821 |

แบบสอบถามสุขภาพจิต ประกอบด้วยโดยรวมและรายด้าน 5 ด้าน ดังนี้

- | | |
|---|-------------------|
| 1. สุขภาวะทางจิตรวม (29 ข้อ) | มีค่าเท่ากับ .739 |
| 2. ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม (5 ข้อ) | มีค่าเท่ากับ .785 |
| 3. ความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ของชีวิต (8 ข้อ) | มีค่าเท่ากับ .722 |
| 4. อาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย (7 ข้อ) | มีค่าเท่ากับ .843 |
| 5. อารมณ์ทางด้านบวก (4 ข้อ) | มีค่าเท่ากับ .766 |
| 6. อารมณ์ทางด้านลบ (5 ข้อ) | มีค่าเท่ากับ .807 |

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอจดหมายแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ไปติดต่อกับโรงพยาบาลที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยขอความร่วมมือจากแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาเป็น 2 กรณีคือ สัมภาษณ์ และวางแบบสอบถามพร้อมทั้งแจ้งให้ทราบวันมารับคืนแบบสอบถาม

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมุติฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยดำเนินการดังนี้

1. หาค่าสถิติพื้นฐาน โดยนำปัจจัยทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง อันได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส มาคิดเป็นค่าร้อยละ และหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของตัวแปรตาม คือ สุขภาวะทางจิต

2. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยใช้ t-test เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 2, 4, 5-10

3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มขึ้นไป โดยใช้ F-test เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1, 3 ถ้า F-test มีนัยสำคัญทางสถิติทดสอบรายคู่ต่อไปโดยใช้วิธีของตุ๊กกี (Tukey HSD)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวน
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา t-Distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา F-Distribution
SS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of square)
df	แทน	ค่าของขั้นแห่งความอิสระ
p	แทน	ค่าของความน่าจะเป็น (Probability)
*	แทน	มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลความหมาย ผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาระดับสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้าน 5 ด้าน ดังนี้ความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต อาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย อารมณ์ทางด้านบวกและอารมณ์ทางด้านลบของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครตามตัวแปรอายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส และหน่วยงานที่สังกัด

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของสุขภาวะทางจิตตามตัวแปรการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยทดสอบค่าที (t-test independent)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยแจกแจงความถี่เป็นร้อยละ

ตาราง 1 จำนวนข้อมูลทั่วไปของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ตามตัวแปร อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส และหน่วยงานที่สังกัด

ตัวแปร	อายุ 30 – 39 ปี		อายุ 40 – 49 ปี		อายุ 50 – 60 ปี		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ								
ชาย	5	45.5	5	45.5	5	50.0	15	46.9
หญิง	6	54.5	6	54.5	5	50.0	17	53.1
รายได้								
ต่ำกว่า 30,000 บาท	2	18.2	2	18.2	5	50.0	9	28.1
30,000–50,000 บาท	7	63.6	3	27.3	1	10.0	11	34.4
มากกว่า 50,000 บาท	2	18.2	6	54.5	4	40.0	12	37.5
ขึ้นไป								
สถานภาพสมรส								
สมรสแล้ว	8	72.7	6	54.5	7	70.0	21	65.6
ยังไม่สมรสแล้ว	3	27.3	5	45.5	3	30.0	11	34.4
หน่วยงานที่สังกัด								
โรงพยาบาลรัฐบาล	5	45.5	3	27.3	9	90.0	17	53.1
โรงพยาบาลเอกชน	6	54.5	8	72.7	1	10.0	15	46.9
รวม	11	34.4	11	34.4	10	31.3	32	100.0

จากตาราง 1 พบว่าแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คือมีจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 53.1 มีรายได้ มากกว่า 50,000 บาทขึ้นไป คือ มีจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 มีสถานภาพสมรสแล้ว คือมีจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 65.6 ส่วนใหญ่มีอายุ 30-49 ปี คือมีจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 78.8 และสังกัดหน่วยงานโรงพยาบาลรัฐบาล คือมีจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 53.1

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาระดับสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้าน 5 ด้าน ดังนี้ คือ ความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต อาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย อารมณ์ทางด้านบวก และอารมณ์ทางด้านลบของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้าน 5 ด้านของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S.D	ระดับ สุขภาวะทางจิต
สุขภาพทางจิตโดยรวม	32	4.62	0.54	ค่อนข้างดี
ความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต	32	4.79	0.55	ค่อนข้างดี
ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต	32	4.44	0.41	ค่อนข้างดี
อาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย	32	1.87	0.68	ดี
อารมณ์ทางด้านบวก	32	3.83	0.78	ปานกลาง
อารมณ์ทางด้านลบ	32	2.06	0.57	ค่อนข้างดี

จากตาราง 2 แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาวะทางจิตโดยรวมระดับค่อนข้างดีและเมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต มีสุขภาวะทางจิตระดับค่อนข้างดี ด้านความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต มีสุขภาวะทางจิตระดับค่อนข้างดี ด้านอาการทางจิตที่แสดงออกทางกายมีสุขภาวะทางจิตระดับดี และด้านอารมณ์ทางด้านบวกมีสุขภาวะทางจิตระดับปานกลาง และด้านอารมณ์ทางด้านลบมีสุขภาวะทางจิตระดับค่อนข้างดี

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครตามตัวแปรอายุ เพศ รายได้ สถานภาพพรสวรรค์ และหน่วยงานที่สังกัด ผลแสดงดังตารางที่ 3-9

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขภาวะทางจิตแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครตามตัวแปรอายุ

ตัวแปรตาม	อายุ	n	$\bar{X}$	S.D
สุขภาวะทางจิตโดยรวม				
	30 – 39 ปี	11	4.77	0.39
	40 – 49 ปี	11	4.54	0.60
	50 - 60 ปี	10	4.55	0.63
ความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต				
	30 – 39 ปี	11	4.85	0.46
	40 – 49 ปี	11	4.78	0.61
	50 - 60 ปี	10	4.74	0.63
ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต				
	30 – 39 ปี	11	4.55	0.35
	40 – 49 ปี	11	4.36	0.45
	50 - 60 ปี	10	4.40	0.45
อาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย				
	30 – 39 ปี	11	1.67	0.44
	40 – 49 ปี	11	1.97	0.77
	50 - 60 ปี	10	1.97	0.81
อารมณ์ทางด้านบวก				
	30 – 39 ปี	11	3.95	0.70
	40 – 49 ปี	11	3.75	0.84
	50 - 60 ปี	10	3.80	0.78
อารมณ์ทางด้านลบ				
	30 – 39 ปี	11	1.81	0.44
	40 – 49 ปี	11	2.18	0.62

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปรตาม	อายุ	n	$\bar{X}$	S.D
	50 - 60 ปี	10	2.20	0.59

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครตามตัวแปรอายุ

ตัวแปรตาม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
สุขภาวะทางจิตโดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	2	0.63	0.18	0.59	0.56
	ภายในกลุ่ม	29	8.91	0.31		
	รวม	31	9.27			
ความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต	ระหว่างกลุ่ม	2	0.07	0.04	0.11	0.90
	ภายในกลุ่ม	29	9.57	0.33		
	รวม	31	9.64			
ความพึงพอใจในด้านต่างๆของชีวิต	ระหว่างกลุ่ม	2	0.23	0.12	0.65	0.53
	ภายในกลุ่ม	29	5.18	0.18		
	รวม	31	5.41			
อาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย	ระหว่างกลุ่ม	2	0.64	0.32	0.66	0.52
	ภายในกลุ่ม	29	14.03	0.48		
	รวม	31	14.67			
อารมณ์ทางด้านบวก	ระหว่างกลุ่ม	2	0.25	0.12	0.19	0.83
	ภายในกลุ่ม	29	18.95	0.65		
	รวม	31	19.20			
อารมณ์ทางด้านลบ	ระหว่างกลุ่ม	2	1.00	0.50	1.60	0.22
	ภายในกลุ่ม	29	9.11	0.31		
	รวม	31	10.12			

จากตาราง 4 พบว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่อายุแตกต่างกัน มีสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้าน ดังนี้ คือ ด้านความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต ความพึงพอใจในด้านต่างๆ

ของชีวิต ด้านอาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย ด้านอารมณ์ทางด้านบวก และด้านอารมณ์ทางด้านลบ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรเพศ

ตัวแปรตาม	เพศ	n	$\bar{X}$	S.D	t	p
สุขภาวะทางจิตโดยรวม	ชาย	15	4.55	0.51	-0.73	0.47
	หญิง	17	4.69	0.58		
ความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต	ชาย	15	4.73	0.55	-0.57	0.57
	หญิง	17	4.84	0.56		
ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต	ชาย	15	4.36	0.39	-0.95	0.35
	หญิง	17	4.50	0.43		
อาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย	ชาย	15	1.95	0.65	0.63	0.54
	หญิง	17	1.79	0.72		
อารมณ์ทางด้านบวก	ชาย	15	3.71	0.72	-0.80	0.43
	หญิง	17	3.94	0.84		

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปรตาม	เพศ	n	$\bar{X}$	S.D	t	p
อารมณ์ทางด้านลบ						
	ชาย	15	2.10	0.52		
					0.41	0.69
	หญิง	17	2.02	0.62		

จากตาราง 5 พบว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร เพศชายและเพศหญิง มีสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้าน 5 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต ด้านความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต ด้านอาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย ด้านอารมณ์ทางด้านบวกและด้านอารมณ์ทางด้านลบ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรรายได้

ตัวแปรตาม	รายได้ต่อเดือน	n	$\bar{X}$	S.D
สุขภาวะทางจิตโดยรวม	ต่ำกว่า 30,000 บาท	9	4.63	0.61
	30,00 – 50,000 บาท	11	4.56	0.61
	มากกว่า 50,000 บาทขึ้นไป	12	4.67	0.46
ความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต	ต่ำกว่า 30,000 บาท	9	4.82	0.61
	30,00 – 50,000 บาท	11	4.70	0.60
	มากกว่า 50,000 บาทขึ้นไป	12	4.85	0.50
ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต	ต่ำกว่า 30,000 บาท	9	4.44	0.46
	30,00 – 50,000 บาท	11	4.40	0.43
	มากกว่า 50,000 บาทขึ้นไป	12	4.46	0.39

ตาราง 6(ต่อ)

ตัวแปรตาม	รายได้ต่อเดือน	n	$\bar{X}$	S.D
อาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย				
	ต่ำกว่า 30,000 บาท	9	1.85	0.77
	30,00 – 50,000 บาท	11	1.96	0.77
	มากกว่า 50,000 บาทขึ้นไป	12	1.79	0.57
อารมณ์ทางด้านบวก				
	ต่ำกว่า 30,000 บาท	9	3.88	0.87
	30,00 – 50,000 บาท	11	3.79	0.82
	มากกว่า 50,000 บาทขึ้นไป	12	3.83	0.78
อารมณ์ทางด้านลบ				
	ต่ำกว่า 30,000 บาท	9	2.11	0.55
	30,00 – 50,000 บาท	11	2.10	0.67
	มากกว่า 50,000 บาทขึ้นไป	12	1.98	0.51

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ตามตัวแปรรายได้

ตัวแปรตาม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
สุขภาวะทางจิตโดยรวม	ระหว่างกลุ่ม	2	0.07	0.03	0.10	0.90
	ภายในกลุ่ม	29	9.21	0.32		
	รวม	31	9.27			
ความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต	ระหว่างกลุ่ม	2	0.12	0.06	0.19	0.83
	ภายในกลุ่ม	29	9.52	0.33		
	รวม	31	9.64			
ความพึงพอใจในด้านต่างๆของชีวิต	ระหว่างกลุ่ม	2	0.02	0.01	0.06	0.95
	ภายในกลุ่ม	29	5.39	0.19		
	รวม	31	5.41			

ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวแปรตาม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
อาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย	ระหว่างกลุ่ม	2	0.16	0.08	0.16	0.86
	ภายในกลุ่ม	29	14.51	0.50		
	รวม	31	14.67			
อารมณ์ทางด้านบวก	ระหว่างกลุ่ม	2	0.04	0.02	0.03	0.97
	ภายในกลุ่ม	29	19.16	0.66		
	รวม	31	19.20			
อารมณ์ทางด้านลบ	ระหว่างกลุ่ม	2	0.12	0.06	0.18	0.84
	ภายในกลุ่ม	29	9.99	0.35		
	รวม	31	10.12			

จากตาราง 7 พบว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ต่อเดือนแตกต่างกัน มีสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้าน ทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต ด้านความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต ด้านอาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย และด้านอารมณ์ทางด้านบวก และด้านอารมณ์ทางด้านลบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตาราง 8 ผลการเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตตามตัวแปรสถานภาพสมรส

ตัวแปรตาม	เพศ	n	$\bar{X}$	S.D	t	p
สุขภาวะทางจิตโดยรวม	สมรสแล้ว	21	4.61	0.50	-0.17	0.87
	ยังไม่สมรส	11	4.65	0.64		
ความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต	สมรสแล้ว	21	4.86	0.52	1.02	0.32
	ยังไม่สมรส	11	4.65	0.61		

ตาราง 8 (ต่อ)

ตัวแปรตาม	เพศ	n	$\bar{X}$	S.D	t	p
ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต	สมรสแล้ว	21	4.38	0.41	-1.02	0.32
	ยังไม่สมรส	11	4.54	0.41		
อาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย	สมรสแล้ว	21	1.87	0.62	0.08	0.93
	ยังไม่สมรส	11	1.85	0.82		
อารมณ์ทางด้านบวก	สมรสแล้ว	21	3.75	0.75	-0.85	0.40
	ยังไม่สมรส	11	4.00	0.85		
อารมณ์ทางด้านลบ	สมรสแล้ว	21	2.04	0.54	-0.20	0.84
	ยังไม่สมรส	11	2.09	0.65		

จากตาราง 8 พบว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพสมรสหรือโสด มีสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้าน ทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต ด้านความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต ด้านอาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย ด้านระดับอารมณ์ทางด้านบวก และด้านอารมณ์ทางด้านลบ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตาราง 9 ผลการเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตตามตัวแปรหน่วยงานที่สังกัด

ตัวแปรตาม	หน่วยงานที่สังกัด	n	$\overline{X}$	S.D	t	p
สุขภาวะทางจิตโดยรวม	โรงพยาบาลรัฐบาล	17	4.60	0.58		
					-0.23	0.82
	โรงพยาบาลเอกชน	15	4.65	0.51		
ความพึงพอใจในด้านรวม ของชีวิต	โรงพยาบาลรัฐบาล	17	4.78	0.59		
					-0.06	0.95
	โรงพยาบาลเอกชน	15	4.80	0.53		
ความพึงพอใจในด้าน ต่างๆ ของชีวิต	โรงพยาบาลรัฐบาล	17	4.41	0.44		
					-0.42	0.68
	โรงพยาบาลเอกชน	15	4.47	0.40		
อาการทางจิต ที่แสดงออกทางกาย	โรงพยาบาลรัฐบาล	17	1.90	0.74		
					0.32	0.75
	โรงพยาบาลเอกชน	15	1.82	0.63		
อารมณ์ทางด้านบวก	โรงพยาบาลรัฐบาล	17	3.82	0.82		
					-0.09	0.93
	โรงพยาบาลเอกชน	15	3.85	0.76		
อารมณ์ทางด้านลบ	โรงพยาบาลรัฐบาล	17	2.08	0.59		
					0.21	0.84
	โรงพยาบาลเอกชน	15	2.04	0.56		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 พบว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่สังกัดในโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชน มีสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้าน ทั้ง 5 ด้าน คือ ความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต อาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย ระดับอารมณ์ทางด้านบวก และอารมณ์ทางด้านลบ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตอนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของสุขภาวะทางจิตตามตัวแปรการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยทดสอบค่าที (t-test) เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงทางสังคมของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยได้แบ่งตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ตามตัวแปรการเปลี่ยนแปลงทางสังคม รายด้าน 5 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย ด้านขอบข่ายการเปลี่ยนแปลง ด้านอัตราการเปลี่ยนแปลง ด้านความต้องการการเปลี่ยนแปลง ด้านความยุ่งยากของการเปลี่ยนแปลง และด้านการทำนายได้ของการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้โดยใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นตัวแบ่งคะแนน จากนั้นจึงเปรียบเทียบคะแนนสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มที่แตกต่างตามการเปลี่ยนแปลงโดยใช้ t-test ผลการวิเคราะห์แสดงดังตาราง 10-14

ตาราง 10 ผลการเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านขอบข่าย

ตัวแปรตาม	ขอบข่ายการเปลี่ยนแปลง	n	$\bar{X}$	S.D	t	p
สุขภาวะทางจิตโดยรวม	น้อย	13	4.15	0.34	-6.12*	.00
	มาก	19	4.95	0.39		
ความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต	น้อย	13	4.64	0.62	-1.20	0.24
	มาก	19	4.89	0.50		

ตาราง 10 (ต่อ)

ตัวแปรตาม	ขอบข่ายการเปลี่ยนแปลง	n	$\bar{X}$	S.D	t	p
ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต	น้อย	13	4.00	0.00	-12.88*	0.00
	มาก	19	4.74	0.25		
อาการทางจิต ที่แสดงออกทางกาย	น้อย	13	2.46	0.51	5.58*	0.00
	มาก	19	1.46	0.45		
อารมณ์ทางด้านบวก	น้อย	13	3.13	0.12	-7.42*	0.00
	มาก	19	4.31	0.67		
อารมณ์ทางด้านลบ	น้อย	13	2.58	0.43	6.21*	0.00
	มาก	19	1.70	0.32		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 พบว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านขอบข่ายการเปลี่ยนแปลงมาก มีสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้าน 4 ด้านคือความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต และอารมณ์ทางด้านบวก ด้านอาการทางจิตที่แสดงออกทางกายและอารมณ์ทางด้านลบ ดีกว่าแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านขอบข่ายการเปลี่ยนแปลงน้อย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นด้านความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05

ตาราง 11 ผลการเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มแพทย์ในเขต
กรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านอัตราการเปลี่ยนแปลง

ตัวแปรตาม	อัตราการเปลี่ยนแปลง	n	$\overline{X}$	S.D	t	p
สุขภาวะทางจิตโดยรวม						
	ช้า	16	4.54	0.09	-0.82	0.42
	เร็ว	16	4.70	0.77		
ความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต						
	ช้า	16	4.75	0.40	-0.44	0.67
	เร็ว	16	4.83	0.68		
ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต						
	ช้า	16	4.28	0.25	-2.32*	0.03
	เร็ว	16	4.60	0.48		
อาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย						
	ช้า	16	1.91	0.07	0.40	0.70
	เร็ว	16	1.82	0.98		
อารมณ์ทางด้านบวก						
	ช้า	16	3.53	0.25	-2.34*	0.03
	เร็ว	16	4.14	1.00		
อารมณ์ทางด้านลบ						
	ช้า	16	1.90	0.33	-1.65	0.11
	เร็ว	16	2.22	0.71		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตาราง 11 พบว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ด้านอัตราการเปลี่ยนแปลงเร็ว มีสุขภาวะทางจิตรายด้าน 2 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต และด้านอารมณ์ทางด้านบวกดีกว่าแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ด้านอัตราการเปลี่ยนแปลงช้า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้าน 3 ด้าน คือความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต ด้านอาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย และด้านอารมณ์ทางด้านลบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตาราง 12 ผลการเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มแพทย์ในเขต กรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านความต้องการการเปลี่ยนแปลง

ตัวแปรตาม	ความต้องการ การ เปลี่ยนแปลง	n	$\bar{X}$	S.D	t	p
สุขภาวะทางจิตโดยรวม						
	น้อย	14	4.99	0.37	6.60*	0.00
	มาก	18	4.16	0.33		
ความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต						
	น้อย	14	4.80	0.54	0.06	0.96
	มาก	18	4.78	0.57		
ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต						
	น้อย	14	4.67	0.31	3.24*	0.00
	มาก	18	4.25	0.39		
อาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย						
	น้อย	14	1.57	0.59	-2.32*	0.03
	มาก	18	2.10	0.68		

ตาราง 12 (ต่อ)

ตัวแปรตาม	ความต้องการ การ เปลี่ยนแปลง	n	$\overline{X}$	S.D	t	p
อารมณ์ทางด้านบวก						
	น้อย	14	4.23	0.71	2.77*	0.01
	มาก	18	3.52	0.71		
อารมณ์ทางด้านลบ						
	น้อย	14	1.74	0.40	-3.17*	0.00
	มาก	18	2.31	0.56		

จากตาราง 12 พบว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ด้านความต้องการการเปลี่ยนแปลงน้อย มีสุขภาวะทางจิตโดยรวม และรายด้าน 3 ด้าน คือ ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต ด้านอารมณ์ทางด้านบวก อาการทางจิตที่แสดงออกทางกายและอารมณ์ทางด้านลบ ดีกว่าแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านความต้องการการเปลี่ยนแปลงมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นด้านความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตาราง 13 ผลการเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านความยุ่งยากของการเปลี่ยนแปลง

ตัวแปรตาม	ความยุ่งยากของ การเปลี่ยนแปลง	n	$\bar{X}$	S.D	t	p
สุขภาวะทางจิตโดยรวม						
	น้อย	10	3.60	0.00	22.69*	0.00
	มาก	22	3.32	0.05		

ตาราง 13 (ต่อ)

ตัวแปรตาม	ความยุ่งยากของ การเปลี่ยนแปลง	n	$\bar{X}$	S.D	t	p
ความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต						
	น้อย	10	5.34	0.18	6.63*	0.00
	มาก	22	4.54	0.48		
ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต						
	น้อย	10	4.96	0.11	11.58*	0.00
	มาก	22	4.20	0.25		
อาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย						
	น้อย	10	1.11	0.36	-7.06*	0.00
	มาก	22	2.21	0.49		
อารมณ์ทางด้านบวก						
	น้อย	10	4.82	0.55	9.27*	0.00
	มาก	22	3.38	0.32		
อารมณ์ทางด้านลบ						
	น้อย	10	1.74	0.37	-2.30*	0.03
	มาก	22	2.20	0.59		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 พบว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ด้านความยุ่งยากของการเปลี่ยนแปลงน้อย มีสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต ด้านความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต ด้านอารมณ์ทางด้านบวก ด้านอาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย และด้านอารมณ์ทางด้านลบดีกว่าแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านความยุ่งยากของการเปลี่ยนแปลงมาก

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดีกว่ากว่าแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านความยุ่งยากของการเปลี่ยนแปลงน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตาราง 14 ผลการเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้านระหว่างกลุ่มแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านการทำนายได้

ตัวแปรตาม	การทำนายได้	n	$\bar{X}$	S.D	t	p
สุขภาวะทางจิตโดยรวม	น้อย	16	4.29	0.40	-4.29*	0.01
	มาก	16	4.95	0.46		
ความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต	น้อย	16	4.27	0.24	-15.86*	0.01
	มาก	16	5.31	0.10		
ความพึงพอใจในด้านต่างๆของชีวิต	น้อย	16	4.32	0.25	-1.69	0.11
	มาก	16	4.56	0.51		
อาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย	น้อย	16	2.30	0.56	4.56*	0.00
	มาก	16	1.43	0.51		
อารมณ์ทางด้านบวก	น้อย	16	3.43	0.37	-3.29*	0.00
	มาก	16	4.23	0.89		

ตาราง 14(ต่อ)

ตัวแปรตาม	การทำนายได้	n	$\bar{X}$	S.D	t	p
อารมณ์ทางด้านลบ						
	น้อย	16	2.25	0.71		
					1.94	0.07
	มาก	16	1.87	0.30		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 พบว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ด้านการทำนายได้ของการเปลี่ยนแปลงมาก มีสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้าน 3 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต อารมณ์ทางด้านบวก และอาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นด้านความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิตและด้านอารมณ์ทางด้านลบ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาวะทางจิตของแพทย์ของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีปัจจัยทางชีวสังคมแตกต่างกัน
3. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมแตกต่างกัน

สมมติฐานของการวิจัย

1. แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอายุมากกว่ามีสุขภาวะทางจิตดีกว่าแพทย์ที่มีอายุน้อยกว่า
2. แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่เป็นเพศหญิงมีสุขภาวะทางจิตดีกว่าเพศชาย
3. แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีรายได้สูงกว่ามีสุขภาวะทางจิตดีกว่าแพทย์ที่มีรายได้ต่ำกว่า
4. แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีสถานภาพโสดมีสุขภาวะทางจิตดีกว่าแพทย์ที่มีสถานภาพสมรส
5. แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีหน่วยงานที่สังกัดแตกต่างกันมีสุขภาวะทางจิตแตกต่างกัน
6. แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านขอบข่ายการเปลี่ยนแปลงมาก มีสุขภาวะทางจิตดีกว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านขอบข่ายการเปลี่ยนแปลงน้อย
7. แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านอัตราการเปลี่ยนแปลงช้า มีสุขภาวะทางจิตดีกว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านอัตราการเปลี่ยนแปลงเร็ว
8. แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านความต้องการการเปลี่ยนแปลงน้อย มีสุขภาวะทางจิตดีกว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านความต้องการการเปลี่ยนแปลงมาก

9.แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านความยุ่งยาก ของการเปลี่ยนแปลงน้อย มีสุขภาวะทางจิตดีกว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านความยุ่งยากของการเปลี่ยนแปลงมาก

10.แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านการทำนายได้ของการเปลี่ยนแปลงน้อย มีสุขภาวะทางจิตดีกว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านการทำนายได้ของการเปลี่ยนแปลงน้อย

วิธีการศึกษาค้นคว้า

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มประชากร คือแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลศิริราชปี2549 จำนวน 205 คนและเป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์จำนวน106 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ปี 2549 ที่จบการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จำนวนทั้งสิ้น 32 คน ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลศิริราช 17 คน และโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ 15 คน ทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 30-60 ปี โดยการสุ่มแบบสะดวก (Convenience sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส และหน่วยงานที่สังกัด

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อวัดการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Perception of Social Changes) โดยรวบรวมจาก แบบสอบถามของ จุงซิก คิม (JungSik Kim, 2000) ประกอบไปด้วย 5 ปัจจัยการรับรู้ มีข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ และค่าความเชื่อมั่น (reliability) ดังนี้

- | | |
|---|---------------------|
| 1. ขอบข่ายการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (9 ข้อ) | มีค่าเท่ากับ 0.8028 |
| 2. อัตราการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (9 ข้อ) | มีค่าเท่ากับ 0.8806 |
| 3. ความต้องการการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (9 ข้อ) | มีค่าเท่ากับ 0.8125 |
| 4. ความยุ่งยากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (9 ข้อ) | มีค่าเท่ากับ 0.8713 |
| 5. การทำนายได้ของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (9 ข้อ) | มีค่าเท่ากับ 0.8202 |

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อวัดลักษณะสุขภาวะทางจิต โดยรวบรวมและดัดแปลงมาจากแบบ สอบถามของ จุงซิก คิม (JungSik Kim, 2000) ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 29 ข้อ และค่าความเชื่อมั่น (reliability) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ใช้วัดความพึงพอใจของชีวิตโดยรวม (Satisfaction with overall life) มีจำนวน 5 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.8319 และความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต (Satisfaction with Life Domains) จำนวน 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.7817

ส่วนที่ 2 ใช้วัดอาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย (Psychosomatic Symptoms) มีจำนวน 7 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.7428

ส่วนที่ 3 ใช้วัดอารมณ์ทางด้านบวก (Positive Emotion) มีจำนวน 4 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.8769 และเพื่อใช้วัดอารมณ์ทางด้านลบ (Negative Emotion) มีจำนวน 4 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.8029

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอจดหมายแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ไปติดต่อกับโรงพยาบาลที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยขอความร่วมมือจากแพทย์ผู้เกี่ยวข้อง
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาเป็น 2 กรณีคือ สัมภาษณ์ และวางแบบสอบถามพร้อมทั้งแจ้งให้ทราบวันมารับคืนแบบสอบถาม
3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมุติฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยดำเนินการดังนี้

1. หาค่าสถิติพื้นฐาน โดยนำปัจจัยทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง อันได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส มาคิดเป็นค่าร้อยละ และหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของตัวแปรตาม คือ สุขภาวะทางจิต
2. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยใช้ t-test เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 2, 4, 5-10
3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มขึ้นไป โดยใช้ F-test เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1, 3 ถ้า F-test มีนัยสำคัญทางสถิติทดสอบรายคู่ต่อไปโดยใช้วิธีของตุ๊กกี (Tukey HSD)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากผลการวิเคราะห์เกี่ยวกับตัวแปรปัจจัยทางชีวิตสังคม ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส สังกัด และการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม กับสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร สรุปผลการศึกษาค้นคว้ามีดังนี้

1. การศึกษาระดับสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาวะทางจิตโดยรวม ระดับค่อนข้างดี และเมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต มีสุขภาวะทางจิตระดับค่อนข้างดี ด้านความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต มีสุขภาวะทางจิต ระดับค่อนข้างดี ด้านอาการทางจิตที่แสดงออกทางกายมีสุขภาวะทางจิตระดับดี และด้านอารมณ์ทางด้านบวกมีสุขภาวะทางจิตระดับปานกลาง และด้านอารมณ์ทางด้านลบมีสุขภาวะทางจิตระดับค่อนข้างดี

2. การศึกษาเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีปัจจัยทางชีวิตสังคมแตกต่างกัน พบว่า

แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีปัจจัยทางชีวิตสังคมอันได้แก่ อายุ, เพศ, รายได้ สถานภาพสมรสและสังกัด แตกต่างกันมีสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต ด้านอาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย และด้านอารมณ์ทางด้านบวก และด้านอารมณ์ทางด้านลบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

3. การศึกษาเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ.05 มีดังนี้

3.1 แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านขอบข่ายการเปลี่ยนแปลงมาก มีสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้าน 4 ด้านคือความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต และอารมณ์ทางด้านบวก ด้านอาการทางจิตที่แสดงออกทางกายและอารมณ์ทางด้านลบ ดีกว่าแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านขอบข่ายการเปลี่ยนแปลงน้อย ยกเว้นด้านความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต ซึ่งไม่พบความแตกต่างกัน

3.2 แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ด้านอัตราการเปลี่ยนแปลงเร็ว มีสุขภาวะทางจิตรายด้าน 2 ด้าน ดังนี้คือ ด้านความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต และด้านอารมณ์ทางด้านบวกดีกว่าแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ด้านอัตราการเปลี่ยนแปลงช้า แตกต่างกัน ยกเว้นสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้าน 3 ด้าน คือความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต ด้านอาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย และด้านอารมณ์ทางด้านลบซึ่งไม่พบความแตกต่างกัน

3.3 แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ด้านความต้องการการเปลี่ยนแปลงน้อย มีสุขภาวะทางจิตโดยรวม และรายด้าน 3 ด้าน คือ ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต ด้านอารมณ์ทางด้านบวก อาการทางจิตที่แสดงออกทางกายและอารมณ์ทางด้านลบ ดีกว่าแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านความต้องการการเปลี่ยนแปลงมาก ยกเว้นด้านความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต ซึ่งไม่พบความแตกต่างกัน

3.4 แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านความยุ่งยากของการเปลี่ยนแปลงน้อย มีสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต ด้านความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต ด้านอารมณ์ทางด้านบวก ด้านอาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย และด้านอารมณ์ทางด้านลบ ดีกว่าแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านความยุ่งยากของการเปลี่ยนแปลงมากแตกต่างกัน

3.5 แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านการทำนายได้ของการเปลี่ยนแปลงมาก มีสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้าน 3 ด้าน ดังนี้คือ ด้านความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต อารมณ์ทางด้านบวก และอาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย ดีกว่าแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านการทำนายได้ของการเปลี่ยนแปลงน้อยแตกต่างกัน ยกเว้นด้านความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิตและด้านอารมณ์ทางด้านลบ ไม่พบความแตกต่างกัน

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยแยกอภิปรายผลตามความมุ่งหมายของการวิจัย ดังนี้คือ

ความมุ่งหมายของการวิจัยข้อที่ 1 เพื่อศึกษาระดับสุขภาวะทางจิตของแพทย์ของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาวะทางจิต โดยรวมระดับค่อนข้างดีและเมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต มีสุขภาวะทางจิตระดับค่อนข้างดี ด้านความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต มีสุขภาวะทางจิต ระดับค่อนข้างดี ด้านอาการทางจิตที่แสดงออกทางกายมีสุขภาวะทางจิตระดับดี และด้านอารมณ์ทางด้านบวกมีสุขภาวะทางจิตระดับปานกลาง และด้านอารมณ์ทางด้านลบมีสุขภาวะทางจิตระดับค่อนข้างดี สามารถอธิบายได้ดังนี้

การที่แพทย์มีสุขภาวะทางจิตระดับค่อนข้างดีนั้นน่าจะเป็นเพราะแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์เป็นโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงแพทย์ทุก

ท่านเป็นแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ระดับแนวหน้าโดยมีผลการปฏิบัติงานที่ยอดเยี่ยมและมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดี มีชื่อเสียงด้านวิชาการมีความสามารถในการแก้ปัญหาต่างได้ค่อนข้างดี สอดคล้องกับการศึกษาของเจียรชัย งามทิพย์วัฒนา(2543) ศึกษาเรื่องความเครียดและรูปแบบการแก้ปัญหาของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบว่า สำหรับภาวะความเครียดและวิธีการแก้ปัญหาพบมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ พบว่านักศึกษาแพทย์กลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตดีมากและดีรับรู้และตระหนักว่าตนมีความสามารถในการแก้ปัญหาดีกว่ากลุ่มนักศึกษาแพทย์ที่มีภาวะความเครียดเล็กน้อยและเครียดมาก แพทย์โดยส่วนใหญ่มีความภูมิใจในอาชีพ เป็นอาชีพที่ได้รับการยอมรับจากสังคมซึ่งถือว่าเป็นอาชีพของคนที่มีการเรียนดีมาก และเป็นอาชีพที่ใครๆก็ใฝ่ฝันและยังมีรายได้และค่าตอบแทนสูงมากสอดคล้องกับข้อมูลงานวิจัยของหรรษา รักษาคม(2545)ว่า แพทย์ที่ทำงานโรงพยาบาลรัฐบาลมีรายได้รวมจากการทำเวชปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยที่ 50,940 บาท ส่วนแพทย์ที่ทำงานโรงพยาบาลเอกชนมีรายได้รวมจากการทำเวชปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยที่ 122,038 บาท ซึ่งเพียงพอกับการใช้จ่าย และสามารถที่จะซื้อหาสิ่งของที่จำเป็นหรือเลือกที่อยู่อาศัยชั้นดีและมีสิ่งแวดล้อมที่ดีได้อย่างสะดวกสบายไร้กังวล นอกจากนั้นแล้วในเรื่องของคู่ครองและเพื่อนฝูงของแพทย์ส่วนใหญ่มักจะเป็นแพทย์หรือมีคู่ครองที่เป็นแพทย์และเป็นผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงเช่นกันดังรายงานของหรรษา รักษาคม(2545)ว่าอาชีพคู่สมของแพทย์ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ร้อยละ 33.3 นอกจากนั้นแพทย์โดยส่วนใหญ่มักจะมาจากครอบครัวที่มีฐานะทางสังคมระดับสูง มีความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับพ่อแม่และญาติพี่น้องสอดคล้องกับการศึกษาของเจียรชัย งามทิพย์วัฒนา(2543) ศึกษาเรื่องความเครียดและรูปแบบการแก้ปัญหานักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบว่า สำหรับภาวะความเครียดและวิธีการแก้ปัญหาพบมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ พบว่านักศึกษาแพทย์กลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตดีมากและดีรับรู้และตระหนักว่าตนมีความสามารถในการแก้ปัญหาดีกว่ากลุ่มนักศึกษาแพทย์ที่มีภาวะความเครียดเล็กน้อยและเครียดมาก นอกจากนั้นแล้วทั้งโรงพยาบาลศิริราชและบำรุงราษฎร์จะมีสภาวะแวดล้อมในโรงพยาบาล วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ต่างๆ ที่ทันสมัย และเพียงพอต่อปริมาณผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ทำให้แพทย์สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมั่นใจ มีประสิทธิภาพ

นอกจากนั้นแล้วในเรื่องของอาการทางจิตที่แสดงออกทางกายนั้นพบว่าอยู่ในระดับดีอาจจะมาจากการที่แพทย์เป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกายดีมาก โอกาสที่จะเกิดโรคร้ายแรงจากการละเลยการดูแลสุขภาพตนเองจึงมีน้อยมากดังนั้นแพทย์เองจึงมีวิธีการป้องกันดูแลรักษาสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ หรรษา รักษาคม(2545) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การสำรวจสภาวะแพทย์ไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พบว่าสุขภาพร่างกายกายเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย

ของแพทย์จะทำการรักษาตนเอง ร้อยละ 79.9 เป็นแพทย์ที่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.8 มีการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 69.5% ส่วนด้านอารมณ์ทางด้านลบมีสุขภาวะทางจิตระดับค่อนข้างดี อธิบายได้ว่า โดยปกติแล้วแพทย์โดยส่วนใหญ่ถูกฝึกมาให้เป็นคนที่มีสติสัมปชัญญะในการทำงาน และควบคุมอารมณ์รวมถึงการแสดงออกตลอดเวลา เพราะนั่นหมายถึงถึงภาพพจน์ของแพทย์อีกด้วย นอกจากนั้นแพทย์ยังถูกฝึกให้สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่ตึงเครียดได้เป็นอย่างดี ทำให้แพทย์มีความมั่นใจในตนเอง ไม่รู้สึกกลัว โกรธ เศร้า กังวลใจหรืออับอายบ่อยนักสอดคล้องกับงานวิจัยของ หรรษา รักษาคม(2545) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การสำรวจสุขภาวะแพทย์ไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พบว่าแพทย์มีรูปแบบในการดำรงชีวิตที่สามารถความเครียดหรือความกังวลใจได้ดังนี้เช่นการออกกำลังกาย วิ่ง ว่ายน้ำ แอโรบิค มึ่งานอดิเรก ร้อยละ 35.2 ส่วนใหญ่ เล่นคอมพิวเตอร์ เล่นเกมส์ ร้องเพลง เล่นดนตรี ทำงานบ้าน ซ่อมบ้าน เคยการเดินทางท่องเที่ยว 75.4% ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา 78.9% ทำบุญตักบาตร 64.4 %วิถีคลายเครียดที่เลือกใช้บ่อย คือ ดูทีวี ทีวีดีโอ ฟังเพลง

ความมุ่งหมายของการวิจัยข้อที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีปัจจัยทางชีวสังคมแตกต่างกัน พบว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีปัจจัยทางชีวสังคมอันได้แก่อายุ,เพศ,รายได้,สถานภาพสมรสและสังกัด แตกต่างกันมีสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในด้านต่างๆ ของชีวิต ด้านอาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย และด้านอารมณ์ทางด้านบวก และด้านอารมณ์ทางด้านลบ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งนั่นไม่สอดคล้องกับกับสมมุติฐานในข้อ1-5 ที่ว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอายุมากกว่าจะมีสุขภาวะทางจิตดีกว่าแพทย์ที่มีอายุน้อยกว่า , แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่เป็นเพศหญิงมีสุขภาวะทางจิตดีกว่าเพศชาย,แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีรายได้สูงกว่าจะมีสุขภาวะทางจิตดีกว่าแพทย์ที่มีรายได้ต่ำกว่า,แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีสถานภาพโสดมีสุขภาวะทางจิตดีกว่าแพทย์ที่มี สถานภาพสมรส,แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีหน่วยงานที่สังกัดแตกต่างกันมีสุขภาวะทางจิตแตกต่างกัน

จากผลการวิจัยข้างต้นน่าจะเป็นเพราะ อายุ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส และสังกัดของแพทย์นั้นแตกต่างกันจริง แต่ในเรื่องของหน้าที่ความรับผิดชอบในการทำงานรักษาคนไข้ 1 คนต่อการตรวจหนึ่งครั้งนั้นไม่ได้มีความแตกต่างกันมากนัก กล่าวคือแพทย์ที่มีอายุ เพศและสถานภาพสมรสแตกต่างกันก็ใช้เวลาอยู่กับการตรวจรักษาคนไข้ นานใกล้เคียงกันพบเจอคนไข้หลากหลายรูปแบบเหมือนๆแพทย์ทุกคนต้องรักษาคนไข้ในความดูแลของตนจนหายเป็นปกติตามหลักวิชาการเดียวกันที่ได้ร่ำเรียนมาอาชีพที่ได้รับการยอมรับจากสังคมซึ่งถือว่าเป็นอาชีพของคนที่มีการเรียนดีมาก และเป็นอาชีพที่ใครๆก็ใฝ่ฝัน และยังมีรายได้และค่าตอบแทนสูงมากสอดคล้องกับข้อมูลงานวิจัยของหรรษา

รักษาคม(2545)ว่าแพทย์ที่ทำงานโรงพยาบาลรัฐบาลมีรายได้รวมจากการทำเวชปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยที่ 50,940 บาท ส่วนแพทย์ที่ทำงานโรงพยาบาลเอกชนมีรายได้รวมจากการทำเวชปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยที่ 122,038 บาท ซึ่งเพียงพอกับการใช้จ่าย และสามารถที่จะซื้อหาสิ่งของที่จำเป็นหรือเลือกที่อยู่อาศัยชั้นดีและมีสิ่งแวดล้อมที่ดีได้อย่างสะดวกสบายไร้กังวล รายได้ของแพทย์นั้นเป็นรายได้ที่ค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับข้าราชการอื่นเพราะนอกเหนือจากเงินเดือนแล้วจะมีค่าวิชาชีพ ค่าผ่าตัด ค่าล่วงเวลา และเงินบำรุงอื่นอีกจำนวนหนึ่งซึ่งก็ถือว่ารายได้รวมไม่กระทบกับการใช้จ่าย โดยเฉพาะแพทย์โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ ในบางเดือนอาจมีรายได้มาเป็น 2-3 เท่าของแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐบาลอื่นๆ นอกจากนั้นแล้วในเรื่องของคู่ครองและเพื่อนฝูงของแพทย์ส่วนใหญ่มักจะเป็นแพทย์หรือมีคู่ครองที่เป็นแพทย์และเป็นผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงเช่นกันดังรายงานของहरषा รักษาคม(2545)ว่าอาชีพคู่สมรสของแพทย์ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ร้อยละ 33.3 นอกจากนั้นแพทย์โดยส่วนใหญ่มักจะมีครอบครัวที่มีฐานะทางสังคมระดับสูง มีความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับพ่อแม่และญาติพี่น้อง แพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์เป็นโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียง แพทย์ทุกท่านเป็นแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ ระดับแนวหน้าโดยมีผลการปฏิบัติงานที่ยอดเยี่ยมและมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดี ไม่ว่าจะเป็นสังกัดโรงพยาบาลศิริราชหรือบำรุงราษฎร์ก็มีสุขภาวะทางจิตเหมือนกัน

ความมุ่งหมายของการวิจัยข้อที่ 3 เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมแตกต่างกันพบว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านขอบข่ายการเปลี่ยนแปลงมาก มีสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้าน 4 ด้านยกเว้นด้านความพึงพอใจในด้านรวมของชีวิต ดีกว่ากว่าแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านขอบข่ายการเปลี่ยนแปลงน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับกับสมมุติฐานของผู้วิจัยในข้อ 6 ที่ว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านขอบข่ายการเปลี่ยนแปลงมาก มีสุขภาวะทางจิตดีกว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านขอบข่ายการเปลี่ยนแปลงน้อย สามารถ อธิบายได้ดังนี้คือ การที่แพทย์มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านขอบข่ายการเปลี่ยนแปลงมากก็คือนั่นเป็นผู้ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับข่าวสารที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันที่มีปริมาณมาก หลากหลาย และครอบคลุม ซึ่งจะส่งผลดีกับแพทย์ ดังที่ เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์.ภาพอนาคตและคุณลักษณะของคนไทยที่พึงประสงค์, สำนักงานเรียนรู้และมาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, (2546) กล่าวว่า การแพร่กระจายและการเข้าถึงข้อมูล ข่าว และสารสนเทศ: เมื่อเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากนวัตกรรมต่าง ๆ ได้พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ผลที่ตามมาคือความสามารถของระบบการสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่ได้ถูกพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ทำให้

การสื่อสารในรูปแบบต่างเป็นไปอย่างง่าย สะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ ข้อมูลข่าวสาร และสารสนเทศ ถูกส่งผ่านกระจายไปยังผู้รับสารได้อย่างทั่วถึงและตลอดเวลา ทำให้มนุษย์มีการตัดสินใจที่ดีขึ้น ความสำเร็จและอำนาจของบุคคลจะอยู่ที่ความสามารถในการเข้าถึงการบริหารจัดการ และ ประยุกต์ใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่มีอยู่ปริมาณมากเหล่านี้ได้ ทั้งนี้เพราะ สารสนเทศมีผลกระทบและมี อิทธิพลต่อสภาพสังคมไทยในอนาคต ถ้าเราสามารถทราบได้ว่าอะไรคือปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาพ สังคมไทยในอนาคตแล้ว เราจะสามารถที่จะกำหนดแนวทาง ยุทธศาสตร์ และนโยบาย ให้มีความ ใกล้เคียงกับสิ่งที่เป็นไปได้ กล่าวคือโดยทั่วไปแพทย์เป็นผู้ที่ต้องศึกษาหาความรู้ใหม่ๆอยู่เสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับด้านการรักษาพยาบาล การที่แพทย์มีข้อมูลในมือที่มากขึ้น ถือเป็น ประโยชน์อย่างยิ่ง สำหรับการวินิจฉัยโรคและที่สำคัญข่าวสารข้อมูลใหม่ๆเหล่านี้จะเป็นตัวช่วยให้มี การคาดเดาหรือทำนายได้ของอุบัติการณ์การเกิดโรคได้อย่างแม่นยำ และนั่นส่งผลให้ผู้ที่มีการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านขอบข่ายการเปลี่ยนแปลงมากจึงเป็นผู้ที่มีสุขภาวะทางจิตดีกว่า

ส่วนแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ด้านความต้องการ การเปลี่ยนแปลงน้อย มีสุขภาวะทางจิตโดยรวม และรายด้าน4ด้านยกเว้นด้านความพึงพอใจในด้าน รวมของชีวิต ดีกว่าแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านความ ต้องการการเปลี่ยนแปลงมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับกับสมมุติฐาน ของผู้วิจัยในข้อ 8 ที่ว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านความ ต้องการ การเปลี่ยนแปลงน้อย มีสุขภาวะทางจิตดีกว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้ การ เปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านความต้องการการเปลี่ยนแปลงมาก อธิบายได้ดังนี้คือ แพทย์ที่ไม่ต้องการ ให้สังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบันหมายถึงการที่แพทย์มีความสุขดีแล้ว พึงพอใจกับสิ่งที่เป็นอย่างทุกวันนี้ สามารถปรับตัวได้ กับสถานการณ์ต่างๆ ในปัจจุบันจึงไม่มีความต้องการ ที่จะให้สังคมเปลี่ยนแปลงไปมากกว่านี้ ไม่อยากเจอปัญหาอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทาง สังคม สอดคล้องกับ จันทนา สุขวัจน์ (สุขภาพจิตกับสังคมปัจจุบันและอาชญากรรมในวัยรุ่นวารสาร จิตวิทยาคลินิก. ปีที่ 8, ฉบับที่ 1, เมษายน 2520, หน้า 1-11.)กล่าวว่าสุขภาพจิตดี หมายถึงความ สมบูรณ์ถูกต้องในการรับรู้ มีเหตุผลดี มีความรู้สึกที่ไม่สับสนวุ่นวาย และสามารถปรับตัวเองให้เข้ากับ การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม สังคม ใช้ชีวิตที่ไม่สับสนวุ่นวาย และสามารถปรับตนเองให้เข้ากับ การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม สังคม ใช้ชีวิตเข้ากับผู้อื่นได้โดยไม่ก่อความทุกข์แก่ตนเองและผู้อื่น และยังประโยชน์สุขแก่สังคมได้ด้วย ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี หรือต้องการให้ตนและผู้อื่นมีสุขภาพจิตดีนั้น ไม่จำเป็นต้องหาสิ่งที่ทรมานให้ การมีความสุขในครอบครัวอย่างง่ายก็ดีแล้วดังนั้น แพทย์ที่มีการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ด้านความต้องการการเปลี่ยนแปลงน้อย จึงสุขภาวะทางจิตดีกว่า

ส่วนแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านความยุ่งยากของการเปลี่ยนแปลงน้อย มีสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้านทั้ง 5 ด้าน ดีกว่าแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านความยุ่งยากของการเปลี่ยนแปลงมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับกับสมมุติฐานของผู้วิจัยในข้อ 9 ที่ว่าแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านความยุ่งยากของการเปลี่ยนแปลงน้อย มีสุขภาวะทางจิตดีกว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการ รับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านความยุ่งยากของการเปลี่ยนแปลงมาก สามารถ อธิบายได้ดังนี้คือ การที่แพทย์มีความเชื่ออำนาจในตนเองว่าสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง และปัญหานั้นไม่ใช่เรื่องที่ยาก เพราะตนเองเป็นผู้ที่มีความสามารถสูงในทุกๆด้าน ปัญหา คือความท้าทายของคนที่มีระดับสติปัญญาดี ดังที่ Belief in locus of control L.R. Murphy (1986) กล่าวว่า คนที่มีความเชื่อว่าตัวของตนเองนั้นสามารถควบคุมทุกสิ่งทุกอย่างได้ จะมองเห็นสิ่งต่าง ๆ เป็นความเครียดน้อยลง ผู้ที่คิดว่าชีวิตของตนอยู่ภายใต้การบงการและควบคุมจากผู้อื่น หรือปัจจัยภายนอกอื่น ๆ พวกหลังนี้เมื่อพบความคับข้องใจจะมีอาการในลักษณะยอมให้ถูกกระทำ ยอมแพ้ จึงก่อให้เกิดความเครียดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นแพทย์ที่มีการมองปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมเป็นเรื่องที่ง่าย แก้ไขและควบคุมได้จึงเป็นผู้ที่มีสุขภาวะทางจิตที่ดีกว่า

ส่วนแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านการทำนายได้ของการเปลี่ยนแปลงมากมีสุขภาวะทางจิตโดยรวมและรายด้าน3ด้านยกเว้นด้านความพึงพอใจในด้านต่างๆของชีวิตและอารมณ์ทางด้านลบดีกว่าแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านการทำนายได้ของการเปลี่ยนแปลงน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับกับสมมุติฐานของผู้วิจัยในข้อ10 ที่ว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านการทำนายได้ ของการเปลี่ยนแปลงมาก มีสุขภาวะทางจิตดีกว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านการทำนายได้ของการเปลี่ยนแปลงน้อย สามารถอธิบายได้ดังนี้คือ อาชีพแพทย์เป็นอาชีพของผู้ที่เรียนรู้เร็ว มีสติปัญญาสูง และใช้ทักษะในด้าน การวิเคราะห์ข้อมูล ต่างๆได้ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานที่นาน แพทย์ผู้นั้นก็จะเป็นผู้ที่สามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องแม่นยำอีกด้วย ดังที่ โคห์เลอร์ (Kohler, 1925) ผู้นำกลุ่มเกสตัลท์ (Gestalt) กล่าวว่า การเรียนรู้จะเกิดขึ้นจากประสบการณ์และการเรียนรู้เกิดขึ้นจาก 2 ลักษณะคือ 1. การรับรู้ (Perception) เป็นการแปลความหมายจากการสัมผัส ด้วยอวัยวะสัมผัสทั้งห้า 2. การหยั่งเห็น (Insight) หมายถึง การเกิดความคิดแวบขึ้นมาทันทีทันใด ในขณะที่ประสบปัญหาโดยมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาตั้งแต่เริ่มแรกเป็นขั้นตอนจนสามารถแก้ปัญหาได้ เป็นการมองเห็นสถานการณ์ในแนวทางใหม่ ๆ ขึ้น โดยเกิดจากความเข้าใจและความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์ว่าได้ค้นพบแล้ว ผู้นั้นจะมองเห็นช่องทางการแก้ปัญหาขึ้นได้

ในทันทีทันใด จึงทำให้เกิดการคาดการณ์ล่วงหน้าได้ดีส่งผลให้เกิดการทำนายได้มากนำมาซึ่งสุขภาวะทางจิตที่ดีกว่า

และสุดท้ายแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านอัตราการเปลี่ยนแปลงเร็วมีสุขภาวะทางจิตรายด้าน 2 ด้าน คือความพึงพอใจในด้านต่างๆของชีวิตและอารมณ์ด้านบวก ดีกว่าแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านอัตราการเปลี่ยนแปลงช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานของผู้วิจัยในข้อ ที่ 7 ว่า แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านอัตราการเปลี่ยนแปลงด้านอัตราการเปลี่ยนแปลงช้ามีสุขภาวะทางจิตดีกว่าแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านอัตราการเปลี่ยนแปลงเร็ว สามารถอธิบายได้ดังนี้ อาชีพแพทย์เป็นอาชีพที่มีความพิเศษอยู่ในตัว เนื่องจากก่อนที่จะมาเป็นแพทย์ นั้น จะได้รับการฝึกฝนให้มีความทักษะในการ สืบค้น และค้นคว้าหาข้อมูล ทั้งความรู้เก่าและใหม่อยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่ทันสมัยในทุกด้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการรักษาพยาบาล การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สมัยใหม่ จะทำให้แพทย์ได้รับการยอมรับจากเพื่อนแพทย์ด้วยกัน ตลอดไปจนถึงคนไข้ นำมาซึ่งชื่อเสียงทางด้านวิชาการอีกด้วย และที่กล่าวมานี้สอดคล้องกับทฤษฎีภาวะทันสมัย (Modernization) โดย Daneil Lerner (1986) ให้ความหมายของภาวะทันสมัยว่า เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงสังคมซึ่งประเทศหรือสังคมที่มีความเจริญด้อยกว่าพยายามพัฒนาให้สังคมของตนเองมีลักษณะ (Characteristics) เหมือนกับสังคมที่พัฒนาแล้วกระบวนการพัฒนาไปสู่ภาวะทันสมัย จะเน้นในเรื่องเทคโนโลยี และระบบเศรษฐกิจเป็นสำคัญ เป็นกระบวนการของวิวัฒนาการ (The process of revolution) จากสังคมดั้งเดิม ไปสู่สังคมที่ทันสมัยภาวะทันสมัย จึงเป็นการที่บุคคล และสถาบัน เข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่มีความซับซ้อน มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี มากขึ้นมีการก่อตัวของความเชี่ยวชาญที่มีทักษะเฉพาะด้านมากยิ่งขึ้น จะให้ความสำคัญกับความสำเร็จมากยิ่งขึ้น มีโลกทัศน์ที่เปิดกว้าง พร้อมที่จะรับประสบการณ์ใหม่ๆ การเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากในอดีต และความต้องการของผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงไป แนวทางการให้บริการสุขภาพจึงต้องปรับเปลี่ยนไปด้วยดังนั้นแพทย์ที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านอัตราการเปลี่ยนแปลงเร็วกว่าย่อมมีสุขภาวะทางจิตดีกว่า

ข้อจำกัดงานวิจัย

เนื่องจากงานวิจัยในครั้งนี้เป็นงานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงงานที่ค่อนข้างยุ่งมากๆ การได้มาของแบบสอบถามเป็นไปค่อนข้างลำบากเนื่องจากมีทั้งแพทย์ที่ให้

ความร่วมมือและไม่ให้ความร่วมมือ ทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้มาไม่มากเท่าที่วางแผนไว้ ดังนั้น การนำผลวิจัยไปใช้สรุปครอบคลุมกับกลุ่มแพทย์อื่นจึงควรกระทำด้วยความระมัดระวัง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จะเห็นได้ค่อนข้างชัดเจนว่าผลวิจัยแสดงให้เห็นว่าแพทย์ที่ทำงานอยู่ในกรุงเทพมหานครนั้น มีสุขภาวะทางจิตที่อยู่ในระดับค่อนข้างดี หากพบว่าอารมณ์ทางด้านลบกลับมีระดับสุขภาวะทางจิตอยู่ที่ระดับปานกลางเพียงเท่านั้น ผู้วิจัยเห็นสมควรให้มีการศึกษาเพิ่มเติม ค้นหาว่าปัจจัยใดเป็นสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งดังกล่าว และหาวิธีการ การอบรมเพื่อเพิ่มพูนอารมณ์ทางบวกของแพทย์ให้มีระดับค่าที่สูงขึ้นไปอีกเพื่อความสมบูรณ์แบบของสุขภาวะทางจิต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มแพทย์ในโรงพยาบาลขนาดเล็ก ว่าได้ผลคล้ายคลึงหรือแตกต่างกันกับงานวิจัยนี้หรือไม่อย่างไร รวมทั้งควรศึกษาในกลุ่มอาชีพอื่นๆ ในสังคม

2. อาจมีการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่นด้วยเพื่อให้เห็นความแตกต่างและเพิ่มน้ำหนักในการแปลผลของการศึกษาเชิงวิเคราะห์ และทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มที่สนใจเช่นในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางบางสาขาหรือในบางกลุ่มโรคถึงความเสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแล้วเปรียบเทียบกันในแต่ละสาขาวิชาชีพ จะทำให้เห็นความแตกต่างในเรื่องของปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ชัดเจนขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. (2544). *การประชุมวิชาการสุขภาพจิต ความสุขที่พอเพียง* : หน้า 24-30. กรุงเทพฯ : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.
- กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม. (2548,กรกฎาคม). *กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม*. (<http://www.environment.in.th>).
- กมลรัตน์ หล้าสูงรัง. (2528). *จิตวิทยาการศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดศรีเดชา.
- กองวิจัยและพัฒนา. *กรมตำรวจ*, (2543). (<http://www.pdcccpolice.com/news.php?code=1168>).
- กองวิจัยและพัฒนา.แพทยสภา (2543). *ข้อสรุปการสัมมนาเรื่อง แนวทางการแก้ไขปัญหาการลาออก แพทย์จากระบบราชการ*. www.tmc.or.th
- จำนง อภิวัฒน์สิทธิ์. (2540). สังคมศาสตร์กับสังคมไทย. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*. 24 (1) : 48.
- จันทนา สุขวัจน์. (2520,เมษายน). สุขภาพจิตกับสังคมปัจจุบันและอาชญากรรมในวัยรุ่น. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*. 8(1) : 1-11.
- เชอริ ทองเพ็ญ. (2537). *ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวสภาพการสูงอายุ ความเข้มแข็งในการมองโลก การระลึกถึงความหลัง การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับการผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร*. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร
- ดารณี ถวิลพิพัฒนกุล. (2539). *กระบวนการเป็นเมืองกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในประเทศกำลังพัฒนา : URBANIZATION AND SOCIAL CHANGE IN DEVELOPING COUNTRIES*. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เตือนใจ จ้อยเอม. (2546, เมษายน). สถานการณ์โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง. *บางกอกทูเดย์*: 18
- ทองศักดิ์ สุเทพากร. (2547, กรกฎาคม-สิงหาคม). โครงการพักชำระหนี้ ให้แก่เกษตรกรรายย่อย. *วารสารเศรษฐกิจและสังคม*. 47(4) : 9-15.
- นิเทศ ดินณะกุล. (2544). *การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม*. ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประพัตรา จันธนะสมบัติ. (2545). *ความชุกของความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์* วิทยานิพนธ์ วท.ม.(สุขภาพจิต)กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

ประสาท หลักศิลา. (2514). **สังคมวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ 4. หน้า 342. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ก้าวหน้า.

ปาริชาติ สถาปิตานนท์. (2546). **ระเบียบวิธีวิจัยการสื่อสาร**. พิมพ์ครั้งที่ 2. หน้า 131.

กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ผจญจิตต์ อธิคมนันท์. (2521). **เอกสารคำสอนวิชาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยาเบื้องต้น**. ภาควิชา

สังคมวิทยา-มานุษยวิทยา. หน้า 145. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ผ่องพันธ์ มณีรัตน์. (2521). **การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม**. โครงการส่งเสริมการสร้าง

ตำรา. หน้า 3-20. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ฝน แสงสิงแก้ว. (2518). **เรื่องของสุขภาพจิต**. กรุงเทพฯ : อักษรไทย.

พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา อังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2524). หน้า 337.

กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.

พรชัย สิทธิศรีธนย์กุล, ھرรรษา รัชชาคม. (2003). **การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของแพทย์ไทย**. คณะ

แพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร:กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
นนทบุรี.ถ่ายเอกสาร

พรรณี วรานุกุลศักดิ์. (2546). **ความคาดหวัง การรับรู้และความพึงพอใจของผู้ได้บริการ**

ประกันสังคมต่อคุณภาพการบริการของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์
บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต (วิทยาการจัดการ) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทร
วิโรฒ.ถ่ายเอกสาร

พิชญ์ลดดา ศรีสุริยสวัสดิ์. (2546). **ความพึงพอใจของแพทย์ต่อรูปแบบการสื่อสารการตลาดของ**

ผลิตภัณฑ์พลาวิค. วิทยานิพนธ์ บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต (วิทยาการจัดการ) กรุงเทพฯ :บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร

พิณทอง ลิมพงศธร. (2543). **ความรู้เจตคติและทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหา**

สุขภาพจิตในนิสิตแพทย์คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขภาพจิต) กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.ถ่ายเอกสาร

พิทยา สายหนู. (2544). **กลไกของสังคม**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ไพฑูรย์ ดำรงกิตติคุณ. (2547) **ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจ และพฤติกรรมของผู้ใช้บริการ**

ทางแพทย์ รพ.บำรุงราษฎร์. วิทยานิพนธ์ บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต (วิทยาการจัดการ) .
กรุงเทพฯ :บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร

ไพฑูรย์ สีนลาวัฒน์. (2542). **“ปฏิรูปการศึกษา”** แนวคิดและหลักการ ตามพระราชบัญญัติการศึกษา

แห่งชาติ.

มติชนรายสัปดาห์. (2548, 3 มิถุนายน) **กระแสตื่นสุขภาพ**. (25) 1294 : 13.

- ยุทธ ศักดิ์เดชยนต์. (2522). **มนุษย์กับสังคม: ความรู้เบื้องต้นตามแนวสังคมวิทยามหภาค**. แผนก
อิสระสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (แปลและเรียบเรียง
จาก Gerhard Lenski. Human Societies: A Macrolevel Introduction to Sociology: New
York; McGraw-Hill, 1970)
- เย็นใจ เลหาณิช. (2525). **การศึกษาตัวการพัฒนาคูณภาพชีวิต**. รวมบทความการศึกษานอก
โรงเรียน. กรุงเทพฯ : เพชรสยามการพิมพ์.
- ภิญโญ สาร. (2526). **หลักการบริหารการศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 3. หน้า365. กรุงเทพฯ : วัฒนาพานิช.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และคณะ. (2544). **งานวิจัยคดีแพทยบุคคลกรแพทยถูกฟ้อง**. กรุงเทพฯ:
สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2547, กรกฎาคม-สิงหาคม). **วารสารเศรษฐกิจและสังคม**.
- สนิท สมัครการ.(2529). **การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมกับการพัฒนาการทางสังคม**. กรุงเทพฯ: โอ
เดียนสโตร.
- _____ (2534). **วิธีการศึกษาสังคมมนุษย์กับตัวแบบสำหรับศึกษาสังคมไทย**. โครงการ
ส่งเสริมเอกสารวิชาการ. กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- _____ (2538). **วัฒนธรรมกับการพัฒนาการของสังคม=Cultural, change and societal
development..** กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- _____ (2538). **สังคมไทยภาวะปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต พ.ศ.2535-2550**. สำนักงาน
คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.
- สนิท สมัครการและสุพรรณิ ไชยอำพร. (2547). **สังคมไทย ภาวะปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต
(พ.ศ.2535-2550)**. [Online] Available URL; <http://www.childthai.org/cic/ca411.htm>.
- สมพงษ์ จินดาร์ตน์. (2546). **ปัจจัยทางจิตวิทยาและปัจจัยทางชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเห็น
คุณค่าในตนเองของเด็กวัยรุ่น**. สารนิพนธ์. กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ) กรุงเทพฯ : บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2528). **สังคมไทย**. พิมพ์ครั้งที่2. หน้า15-21. กรุงเทพฯ.โรงพิมพ์แพร่พิทยา.
- _____ (2536.) **การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม: แนวทางศึกษาวิเคราะห์
และวางแผน (Social and Culture Change: Approacher, Analysis and Planning)**. ภาควิชา
สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุจินต์ เกียวกิ่งแก้ว. **รายงานการวิจัยเรื่องเครื่องชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทย**. เชียงใหม่ :
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุพจน์ พันธุ์นิยม. (2542). **อิทธิพลของความขัดแย้งในงานและครอบครัวที่มีต่อความพึงพอใจในชีวิตของครู สังกัดสำนักงานการประถมศึกษากรุงเทพมหานคร**. ปรินซ์นิพนธ์ วท.ด.

(การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย

ศรีนครินทร์วิโรฒ.ถ่ายเอกสาร.

สุพัตรา สุภาพ. (2525). **สังคมวิทยา**. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

_____ (2538). **สังคมและวัฒนธรรม**. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธ ชูตินิยมการ. (2546). **ทัศนคติและความพึงพอใจของผู้มารับบริการในโครงการ 30**

บาท รักษาทุกโรคต่อการบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเอกชน

กรณีศึกษา โรงพยาบาลสินแพทย์. วิทยานิพนธ์ บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต (การ

จัดการ).กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ.ถ่ายเอกสาร.

สำนักงานคณะกรรมการการพัฒนาศรษฐกิจสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา. (2550, พฤษภาคม).

รายงานการประชุมเรื่องการพัฒนาดัชนีชี้วัดความสุขสำหรับคนไทย. **มติชนออนไลน์**.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2543). **ระบบคลังข้อมูลสถิติ**.

http://service.nso.go.th/agrc/warehouse/th/warehouse_t.htm

ศิริยุพ นนสนน . (2543). **คุณภาพของชีวิตผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต กลุ่ม**

ดั้งเดิมและกลุ่มใหม่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขภาพจิต). กรุงเทพฯ :บัณฑิตวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.ถ่ายเอกสาร

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2530). **จิตวิทยาพัฒนาการ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ประกายพรึก.

อานนท์ อาภาภิรม. (2515). **มนุษย์กับสังคม : สังคมและวัฒนธรรมไทย**. กรุงเทพฯ : ภาควิชา

สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อำพล สุอำพัน. (2534). **จิตวิทยากับการดำรงชีวิตประจำวัน**. เอกสารการสอนชุดจิตวิทยาทั่วไป

หน่วยที่ 8-15. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

อนุช อาภาภิรม. (2547). **ภูมิทัศน์การเมืองโลกที่เปลี่ยนไป**. ออนไลน์.

อนุช อาภาภิรม. (2548, มีนาคม). การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจในยุครัฐบาลทักษิณ. **มติชน**

รายสัปดาห์. 25 (1284) : 26.

_____ (2548, พฤษภาคม). สถานการณ์สำคัญทางการเมืองในยุครัฐบาลทักษิณ. **มติชน**

รายสัปดาห์. 25(1290) : 6.

_____ (2548,มิถุนายน). การเปลี่ยนแปลงทางด้านนโยบายและโครงสร้างทางการศึกษา.

มติชนรายสัปดาห์. 25(1295) : 10.

- อภิรดี เจริญรอด. (2547). **มาตรการป้องกันโรคศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข**. กลุ่มสารนิเทศ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- อานนท์ อาภาภิรมย์ ผศ. (2515). **มนุษย์กับสังคม : สังคมและวัฒนธรรมไทย**. ภาควิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อุทัย หิรัญโต. (2522). **การปกครองท้องถิ่นแบบเปรียบเทียบ**. กรุงเทพฯ : เจริญวิทย์การพิมพ์.
- อุไรวรรณ เหล่าเรือง. (2547). **ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบกับความพึงพอใจในชีวิตของตำรวจในกองบังคับการตำรวจในเขตกองบังคับการตำรวจนครบาล 7**. ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อัญชลี ตริตระการ. (2540). **คุณภาพชีวิตของหญิงขายบริการทางเพศในกรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัมพร เบญจพลพิทักษ์. (2539). ปัญหาสุขภาพจิตของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลรามาธิบดี. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 41:87-98.
- อัสรา อารวณ. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์**. ปริญญานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขภาพศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- Antonovsky, A. (1982). *Health Stress and Coping*. 4th ed. San Francisco : Jossey – bass Publishers,
- Antonovsky, A. (1987). *Untraveling the Mystery of Health : How people manage stress and stay Well*. Pp 116-119. San Francisco: Jossey – bass. Publishers.
- Campbell, A. (1976). Subjective Measures of Well-being. *American Psychologist* :117-124.
- Carmel, S. and J. Bernstein. ~(1989.) Trait-Anxiety and Sense of Coherence a Longitudinal Study. *Psychological Reports*. 65: 221-222.
- Diener.E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*. 95: 542-575.
- Diener.E. (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologists*. 55: 34-43.
- Diener Ed and Robert Biswas-Diener. (2000). *New Directions in Subjective Well-Being Research*. The Cutting Edge. University of Illinois. February.
- Good, Carter V. (1973). *Dictionary of Education*. New York : McGraw-Hill.
- Hanvighurst RJ. (1968). *“Personality and patterns of aging”*. The Gerontology .8: 20-23

- Hilgard R.E. (1962). *Introduction to Psychology*. 3rd ed. New York. Harcourt Brace and World Inc.
- Jungsik Kim. (2000). *Socail Change and Psychological Well being*. A Structural Equation Model.The university of Hawai.
- Kenneth E. (1963). *Book. Evolution Function and Change*. American Sociological Review. 28: 229-237.
- Kalimo, R.K. and J. Vuori. (1990). *Work and Sense of Coherence Resources for Competence and Life Satisfaction*.Behavioral Medicine. 76-89.
- Klemmack, D.L. and L.L. Roff. (1984). Fear of Personal Aging and Subjective Well-Being in Later Life. *Journal of Gerontology*. 34(6): 756-758.
- Lawton, M.P. (1983). The Varieties of Well-being. *Experimental Aging Research*. 9(2): 65-72.
- Ryff , Carol D. (1989). Happiness is Everything, or Is It ?. Explorations on the Meaning of psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 57(6): 1069-1081.
- Scott, H.Berk. (1982). Adjustment to and Satisfaction with Retirement. *Journal of Gerontology*. 37(11): 616-624.
- Spreitzer, Elmer and Eldon E. Synder. (1974). Correlates of Life Satisfaction Among the Aged. *Journal of Gerontology*. 29(4): 454-458.
- Strack, F., N. Schwarz and E. Gschneidinger. (1985). Happiness and reminiscing: The role of time perspective, mood and mode of thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*. 49(6): 1460-1469.
- Stull, Donald E. (1963). *Conceptualization and Measurement of Well-Being Implications for Policy Evaluation*. In *Critical Issues in Aging Policy*. Sage Publications, Inc., C.A..
- Wilbert E. Moore. (1963). *Social change*. New Jersey. Englewood Cliffs Prentice–Hall.Inc: 2.

ภาคผนวก

แบบสอบถามปลายเปิดที่สร้างขึ้น

จากการสร้างแบบสอบถามปลายเปิดให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน เมื่อ เดือน มีนาคม 2548 โดยให้อธิบายถึงลักษณะการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมไทยผลปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างได้ให้ความเห็นทั้งหมดจำนวน ความเห็น ซึ่งนำมาจัดกลุ่มได้ 9 ด้านและมีสัดส่วนดังต่อไปนี้

- 1.การเปลี่ยนแปลงด้านค่านิยม วัฒนธรรมและศาสนา จำนวนความเห็นคิดเป็น 46.5 %
- 2.การเปลี่ยนแปลงด้านด้านเศรษฐกิจ จำนวนความเห็นคิดเป็น 10 .4%
- 3.การเปลี่ยนแปลงด้านด้านอาชญากรรม จำนวนความเห็นคิดเป็น 9 %
- 4.การเปลี่ยนแปลงด้านด้านชีวิตครอบครัว จำนวนความเห็นคิดเป็น 8.6 %
- 5.การเปลี่ยนแปลงด้านด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและอุตสาหกรรม
จำนวนความเห็นคิดเป็น 8.5%
- 6.การเปลี่ยนแปลงด้านด้านสาธารณสุขและอนามัย จำนวนความเห็นคิดเป็น 5.9%
- 7.การเปลี่ยนแปลงด้านการศึกษาและสถาบันการศึกษา จำนวนความเห็นคิดเป็น 5%
- 8.การเปลี่ยนแปลงด้านด้านการเมืองการปกครอง จำนวนความเห็นคิดเป็น 4.6%
- 9.การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อม จำนวนความเห็นคิดเป็น 1.5%

แบบสำรวจความคิดเห็น

เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในสังคมไทย

เพศ _____

อายุ _____

อาชีพ _____

ทุกสังคมย่อมมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่างๆ อยู่เสมอ เช่น อาชญากรรมที่เพิ่มขึ้น ปัญหาการหย่าร้างที่ลดลง หรือการที่คนเสื่อมศรัทธาในศาสนา เป็นต้น สำหรับสังคมไทยในปัจจุบันท่านเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงในเรื่องใดบ้าง กรุณาแสดงความคิดเห็นของท่านเป็นข้อๆ และอธิบายอย่างคร่าวๆ ให้มากที่สุด

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

ขอขอบพระคุณทุกๆ ท่านที่ให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นครั้งนี้ค่ะ...

นิสิตปริญญาโท จิตวิทยาพัฒนาการ

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ที่ ศธ 0519.12/7623

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิ

โรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

24 พฤศจิกายน 2548

เรื่อง ขออนุญาตเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม และแบบทดสอบ

เนื่องด้วย นางสาวเสาวภา ชูรัตน์ นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำสารนิพนธ์ เรื่อง “การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ปัจจัยชีวสังคม กับสุขภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร” โดยมี อาจารย์นิยะดา จิตต์จรัส เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัยโดยขอให้แพทย์ เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามปัจจัยทางชีวสังคม และแบบทดสอบการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และสุขภาวะทางจิต ในระหว่างเดือนธันวาคม 2548

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตให้โปรดพิจารณาให้ นางสาวเสาวภา ชูรัตน์ ได้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ: ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ มือถือ 081-336-78xx

แบบสอบถาม

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ปัจจัย
ชีวสังคม กับสภาวะทางจิตของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร โปรดตอบให้ครบทุกข้อ

แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยทางชีวสังคม จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคม จำนวน 45 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับชีวิตของท่าน จำนวน 29 ข้อ

ตอนที่1 แบบสอบถามวัดลักษณะทางชีวสังคม

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย ลงใน ☐ ตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

- 1.อายุ ☐ 30-39 ปี
☐ 40-49 ปี
☐ 50-60 ปี
- 2.เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย
- 3.รายได้ ☐ ต่ำกว่า 30,000 บาท
☐ ระหว่าง 30,000 – 50,000 บาท/เดือน
☐ มากกว่า 50,000 บาท ขึ้นไป
- 4.สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรสแล้ว
- 5.หน่วยงานที่สังกัด ☐ โรงพยาบาลรัฐบาล
☐ โรงพยาบาลเอกชน

ตอนที่2 แบบสอบถามการรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคม

ตอนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคม

โปรดพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมของคุณในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และตอบคำถามต่อไปนี้โดยเลือกจากคำตอบที่จัดให้ในแต่ละข้อคำถาม

1. คุณเห็นว่าสังคมของคุณโดยภาพรวมมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด?

1	2	3	4	5	6
ไม่เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนน้อยที่สุด	เปลี่ยนน้อย	เปลี่ยนพอควร	เปลี่ยนมาก	เปลี่ยนมากที่สุด

- 1.1_____ ด้านค่านิยม วัฒนธรรมและศาสนา
- 1.2_____ ด้านเศรษฐกิจ
- 1.3_____ ด้านชีวิตครอบครัว
- 1.4_____ ด้านวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและอุตสาหกรรม
- 1.5_____ ด้านสาธารณสุขและสุขอนามัย
- 1.6_____ ด้านอาชญากรรม
- 1.7_____ ด้านการศึกษา
- 1.8_____ ด้านการเมืองและการปกครอง
- 1.9_____ ด้านสิ่งแวดล้อม

2. ในสังคมของคุณโดยภาพรวมคุณเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงในด้านต่อไปนี้ เกิดขึ้นช้า หรือเร็วเพียงใด ?

1	2	3	4	5	6
ช้ามาก	ช้า	ช้าพอควร	เร็วพอควร	เร็ว	เร็วมาก

- 2.1_____ ด้านค่านิยม วัฒนธรรมและศาสนา
- 2.2_____ ด้านเศรษฐกิจ
- 2.3_____ ด้านชีวิตครอบครัว
- 2.4_____ ด้านวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและอุตสาหกรรม
- 2.5_____ ด้านสาธารณสุขและสุขอนามัย

- 2.6_____ด้านอาชญากรรม
- 2.7_____ด้านการศึกษา
- 2.8_____ด้านการเมืองและการปกครอง
- 2.9_____ด้านสิ่งแวดล้อม

3. ในสังคมของคุณโดยภาพรวมคุณมีความต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด ?

1	2	3	4	5	6
อยากให้เปลี่ยนมากที่สุด	อยากให้เปลี่ยน	ค่อนข้างอยากให้เปลี่ยนแปลง	ไม่ค่อยอยากให้เปลี่ยน	ไม่อยากจะให้เปลี่ยน	ไม่อยากจะให้เปลี่ยนมากที่สุด

- 3.1_____ด้านค่านิยม วัฒนธรรมและศาสนา
- 3.2_____ด้านเศรษฐกิจ
- 3.3_____ด้านชีวิตครอบครัว
- 3.4_____ด้านวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและอุตสาหกรรม
- 3.5_____ด้านสาธารณสุขและสุขอนามัย
- 3.6_____ด้านอาชญากรรม
- 3.7_____ด้านการศึกษา
- 3.8_____ด้านการเมืองและการปกครอง
- 3.9_____ด้านสิ่งแวดล้อม

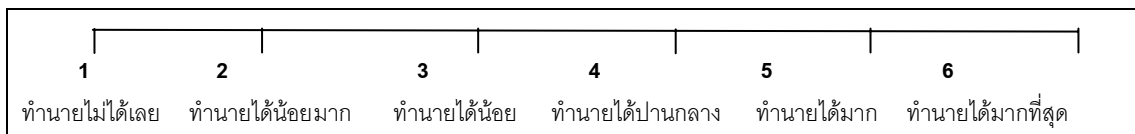
4. ในสังคมของคุณโดยภาพรวมคุณรู้สึกยากลำบาก หรือง่ายในการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพียงใด ?

1	2	3	4	5	6
ง่ายมาก	ง่าย	ง่ายพอควร		ยุ่งยากพอควร	ยุ่งยากมาก

- 4.1_____ด้านค่านิยม วัฒนธรรมและศาสนา
- 4.2_____ด้านเศรษฐกิจ
- 4.3_____ด้านชีวิตครอบครัว
- 4.4_____ด้านวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและอุตสาหกรรม

- 4.5_____ด้านสาธารณสุขและสุขอนามัย
 4.6_____ด้านอาชญากรรม
 4.7_____ด้านการศึกษา
 4.8_____ด้านการเมืองและการปกครอง
 4.9_____ด้านสิ่งแวดล้อม

5. ในสังคมของคุณโดยภาพรวมคุณเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในด้านต่อไปนี้ เป็นสิ่งที่
 คุณสามารถทำนายได้มากน้อย เพียงใด ?



- 5.1_____ด้านค่านิยม วัฒนธรรมและศาสนา
 5.2_____ด้านเศรษฐกิจ
 5.3_____ด้านชีวิตครอบครัว
 5.4_____ด้านวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและอุตสาหกรรม
 5.5_____ด้านสาธารณสุขและสุขอนามัย
 5.6_____ด้านอาชญากรรม
 5.7_____ด้านการศึกษา
 5.8_____ด้านการเมืองและการปกครอง
 5.9_____ด้านสิ่งแวดล้อม

ตอนที่ 2

แบบสอบถามความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับชีวิตของท่าน

ก.ขอให้ท่านเลือกคำตอบจากตัวเลือกที่จัดไว้ให้ โดยพิจารณาจากความรู้สึกของท่านที่เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย ในแต่ละข้อที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

1	2	3	4	5	6
ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่ค่อยจะ เห็นด้วย	ค่อนข้าง เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง

- 1._____ ฉันได้ใช้ชีวิตเป็นไปในแบบที่ฉันต้องการ
- 2._____ ฉันมีฐานะความเป็นอยู่ที่ดี
- 3._____ ฉันมีความพอใจในชีวิต
- 4._____ ฉันได้ในสิ่งที่ปรารถนา
- 5._____ ถึงแม้จะเลือกได้ ฉันก็ไม่ต้องการต้องการเปลี่ยนแปลงอะไรในชีวิตที่ผ่านมา
- 6._____ ฉันรู้สึกพอใจกับสุขภาพกายที่เป็นอยู่
- 7._____ ฉันรู้สึกพอใจกับชีวิตคู่ของฉัน (ถ้ายังไม่มีคู่ก็ให้คิดถึงแฟนหรือเพื่อนสนิทแทน)
- 8._____ ฉันรู้สึกพอใจกับความสัมพันธ์ในครอบครัว (พ่อแม่ พี่น้อง)
- 9._____ ฉันรู้สึกพอใจกับสถานภาพทางการเงิน
- 10._____ ฉันรู้สึกพอใจกับสภาพที่อยู่อาศัย
- 11._____ ฉันรู้สึกพอใจกับงานที่ทำอยู่
- 12._____ ฉันรู้สึกพอใจกับความสัมพันธ์ของฉันกับเพื่อน
- 13._____ ฉันรู้สึกพอใจกับเวลาว่างและการพักผ่อนที่มี

ข.ท่านมีอาการต่อไปนี้ เกิดขึ้นบ่อย มากหรือน้อยเพียงใด ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

1	2	3	4	5	6
ไม่เคยเกิดขึ้น	เกิดขึ้นน้อยมาก	เกิดขึ้นน้อย	เกิดขึ้นพอควร	เกิดขึ้นบ่อย	เกิดขึ้นตลอดเวลา

1. _____ ปวดศีรษะ
2. _____ ปวดท้อง
3. _____ นอนไม่หลับ
4. _____ หัวใจเต้นผิดปกติ
5. _____ อาการสับสนจากการหลงผิดมากเกินไป
6. _____ อาการเจ็บหน้าอก
7. _____ รู้สึกปวดเมื่อยตามร่างกาย

ค.ท่านมีความรู้สึกต่อไปนี้ มากหรือน้อยเพียงใด ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

1	2	3	4	5	6
ไม่เกิดขึ้นเลย	เกิดขึ้นน้อยมาก	เกิดขึ้นน้อย	เกิดขึ้นพอควร	เกิดขึ้นบ่อย	เกิดขึ้นตลอดเวลา

1. _____ รู้สึกมองโลกในแง่ดี
2. _____ รู้สึกมีความสุข
3. _____ รู้สึกมั่นใจในตัวเอง
4. _____ รู้สึกสงบสุข
5. _____ รู้สึกโกรธ
6. _____ รู้สึกกลัว
7. _____ รู้สึกเศร้า
8. _____ รู้สึกอับอาย
9. _____ รู้สึกกังวลใจ

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวแปร	สุขภาวะทางจิตโดยรวม	ความพึงใจในด้านรวมของชีวิต	ความพึงใจในด้านต่างๆของชีวิต	อาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย	อารมณ์ด้านบวก	อารมณ์ด้านลบ
อายุ 30-39 ปี 40-49 ปี 50-60 ปี						
เพศ หญิง ชาย						
รายได้ / เดือน <30,000 บ. 30,000-50,000 บ. >50,000 บ.						
สถานภาพสมรส โสด สมรส						
หน่วยงานที่สังกัด รัฐบาล เอกชน						

สรุป: แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีปัจจัยทางชีวสังคมแตกต่างกัน มีสุขภาวะทางจิตไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวแปร	สุขภาพทางจิตโดยรวม	ความพึงใจในด้านรวมของชีวิต	ความพึงใจในด้านต่างๆของชีวิต	อาการทางจิตที่แสดงออกทางกาย	อารมณ์ด้านบวก	อารมณ์ด้านลบ
การรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้าน ชอบช่าย -มาก -น้อย	ชอบช่าย มาก > ชอบช่าย น้อย	-	ชอบช่าย มาก > ชอบช่าย น้อย	ชอบช่าย มาก <ชอบช่าย น้อย	ชอบช่าย มาก > ชอบช่าย น้อย	ชอบช่าย มาก <ชอบช่าย น้อย
การรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้าน อัตรา -เร็ว -ช้า	-	-	อัตรา เร็ว > อัตรา ช้า	-	อัตรา เร็ว >อัตรา ช้า	-
การรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้าน ความต้องการ -มาก -น้อย	ความต้องการ น้อย >ความต้องการ มาก	-	ความต้องการ น้อย >ความต้องการ มาก	ความต้องการ น้อย <ความต้องการ มาก	ความต้องการ น้อย >ความต้องการ มาก	ความต้องการ น้อย <ความต้องการ มาก
การรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้าน ความยุ่งยาก -มาก -น้อย	ยุ่งยาก น้อย >ยุ่งยาก มาก	ยุ่งยาก น้อย >ยุ่งยาก มาก	ยุ่งยาก น้อย >ยุ่งยาก มาก	ยุ่งยาก น้อย <ยุ่งยาก มาก	ยุ่งยาก น้อย >ยุ่งยาก มาก	ยุ่งยาก น้อย <ยุ่งยาก มาก
การรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้าน การทำงานได้ -มาก -น้อย	ทำงานได้ มาก >ทำงานได้ น้อย	ทำงานได้ มาก >ทำงานได้ น้อย	-	ทำงานได้ มาก <ทำงานได้ น้อย	ทำงานได้ มาก >ทำงานได้ น้อย	-

สรุป: แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านขอข่ายการเปลี่ยนแปลงมาก ความต้องการการเปลี่ยนแปลงน้อย ความยุ่งยากน้อย และการทำนายได้มาก มีสุขภาวะทางจิตดีกว่าแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้านขอข่ายการเปลี่ยนแปลงน้อย ความต้องการการเปลี่ยนแปลงมาก ความยุ่งยากมาก และการทำนายได้น้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางแสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม
รายด้าน 5 ด้านของแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร**

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	S. D
การรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม			
ขอข่ายการเปลี่ยนแปลง	3	4.	0.
อัตราการเปลี่ยนแปลง	2	65	59
ความต้องการการเปลี่ยนแปลง	3	4.	0.
ความยุ่งยากของการเปลี่ยนแปลง	2	26	61
	3	3.	0.
	2	04	62
	3	3.	0.
	2	52	45
การทำนายได้ของการเปลี่ยนแปลง	3	3.	0.
	2	90	62

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวเสาวภา ชูรัตน์
วันเดือนปีเกิด	23 มีนาคม 2522
สถานที่เกิด	จังหวัดสุราษฎร์ธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	62/140 ถนนบางกรวย-ไทรน้อย ตำบลวัดชะลอ อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	ผู้แทนยา
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	บริษัท ซาโนไฟ - อเวนตีส์ จำกัด
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2537	มัธยมศึกษาตอนต้นจากโรงเรียนเมืองสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
พ.ศ. 2540	มัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี
พ.ศ. 2544	พยาบาลศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2550	การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ