

Religious Commitment and Positive Family Relationship Factors Related to Emotional Crisis Coping of the Clients of Menopause Clinics in the Bangkok Metropolitan Area¹

Romtawan kalapat²

Ungsinun Intrarakamhang³

Jarun Ounthitawat⁴

Received: December 15, 2016

Accepted: December 23, 2016

Abstract

The purposes of this comparative correlational research were to find the interaction effect between psychological and social factors related to emotional crisis coping. The sample of three hundred and ninety three clients of menopause clinics chosen by proportional stratified random sampling. This research consisted of eight rating-scale questionnaires which had reliability with alpha coefficients between .787 to .922 and The data was analyzed by descriptive statistics and two-way analysis of variance. The results revealed that the interaction between religious commitment and positive family relationship affected emotional crisis coping in overall and as an aspect of the realistic perception of the event.

Keywords: emotional crisis coping, the clients of menopause clinics, religious commitment, positive family relationship

¹ This paper is the part of Master degree (Applied Behavioral Science Research)

² Graduate Student, Master of Science degree (Applied Behavioral Science Research), Srinakharinwirot University
E-mail: doctorfantas@gmail.com

³ Associate Professor, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University, Bangkok

⁴ Lecturer in Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University, Bangkok

การศึกษาตัวแปรความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร¹

ร่มตะวัน กาลพัฒน์²
อังคินันท์ อินทรกำแหง³
จรัล อุ่ณัฐิวัฒน์⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยสหสัมพันธ์เชิงเปรียบเทียบนี้มีจุดมุ่งหมาย 1) เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 2 ตัว (ความผูกพันทางศาสนา และมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว) ที่มีต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมของผู้รับบริการคลินิกวัยทองในเขตกรุงเทพมหานครทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน จำนวน 393 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน ใช้การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามเป็นมาตรฐานค่าจำนวน 8 ชุด ที่มีค่าความเชื่อสัมประสิทธิ์แอลฟาอยู่ระหว่าง .787 ถึง .922 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง ผลการวิจัยพบว่า ปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างความผูกพันทางศาสนา และสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวที่มีต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ได้แก่ การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง

คำสำคัญ: การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ความผูกพันทางศาสนา สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว

¹ บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของปริญญาานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

² นิสิตระดับมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

E-mail: doctorfantas@gmail.com

³ รองศาสตราจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

⁴ อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทนำ

จากสถิติสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งหมด 65,124,716 คน และสถานการณ์แนวโน้มการพัฒนาสุขภาพได้ศึกษารายงานแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้กล่าวว่ายาคาดเฉลี่ยของคนไทยมีอายุยืนขึ้นผู้ชายจะมีอายุคาดเฉลี่ย 69.1 ในปีพ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นเป็น 71.1 ปีใน พ.ศ. 2563 และผู้หญิงจะมีอายุคาดเฉลี่ย 75.7 ปีเพิ่มขึ้นเป็น 77 ปีตามลำดับ รายงานประชากรของไทยสำหรับอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพ (HALE) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พ.ศ. 2545 ผู้ชายมีอายุเท่ากับ 57.7 ปีเพิ่มขึ้นเป็น 59 ปี ในปี พ.ศ. 2552 และผู้หญิงเท่ากับ 62.4 ปีเพิ่มขึ้นเป็น 68 ปีตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) จากข้อมูลสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2545 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งหมด 62.5 ล้านคน จำนวนทั้งหมด ประชากรหญิงช่วงอายุ 40-59 ปีมีจำนวน 7,278,602 คนคิดเป็นร้อยละ 12 ของจำนวนประชากรซึ่งในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 63.7 ล้านคน มีจำนวนประชากรหญิงช่วงอายุ 40 - 59 ปีเพิ่มขึ้นเป็น 9,318,462 คนคิดเป็นร้อยละ 14.6 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) และเนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ในปัจจุบันเกี่ยวกับการป้องกันและรักษาโรคต่าง ๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้คนมีอายุยืนยาวมากขึ้นเรื่อย ๆ จากข้อมูลของวางแผนทรัพยากรมนุษย์สำนักคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติรายงานถึงอายุขัยเฉลี่ยของประชากรผู้หญิงและผู้ชาย คาดว่าอายุขัยเฉลี่ยของผู้หญิงระหว่างปี พ.ศ. 2548 - 2553 เท่ากับ 73 ปี อายุขัยเฉลี่ยของผู้ชายอายุเท่ากับ 68.83 ปี และในระหว่างปี พ.ศ. 2553 -2558 อายุขัยเฉลี่ยของผู้หญิงมีจำนวน 73.58 ปี โดยเฉลี่ยอายุขัยของผู้ชายเท่ากับ 69.50 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

วัยทองเป็นวัยที่มีการทำงานของต่อมไร้ท่อของระบบสืบพันธุ์ผลิตฮอร์โมนลดลง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย เกิดอาการที่ทำให้รบกวนความรู้สึกและจิตใจ ส่งผลให้สร้างความทุกข์ให้กับผู้หญิงและผู้ชายวัยนี้เป็นอย่างมาก และจะมีผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ผลกระทบทางด้านจิตใจเกิดกลุ่มอาการเรียกว่า Menopausal Syndrome และ Andropausal Syndrome ซึ่งได้แก่ อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ และระบบโครงกระดูก เป็นต้น (Domire, 2003) ผู้หญิงวัยทองจะมีอาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมาก ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเล็ดได้ง่าย แสบหรือปวดเวลาถ่ายปัสสาวะ เกิดการอักเสบติดเชื้อได้ง่าย (Vamer & Younger, 1995) ส่วนผู้ชายวัยทองก็จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย คือ อัณฑะ (Testis) จะเริ่มเสื่อมหน้าที่อย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉพาะการเสื่อมทางด้านร่างกาย คือ มีการเจ็บป่วยง่ายแต่หายหรือฟื้นตัวช้า น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ง่าย ผมหงอกและเริ่มบางลงเรื่อย ๆ นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย มีมวลกล้ามเนื้อลดลง มีไขมันเพิ่มขึ้น ร้อนวูบวาบตามร่างกาย ความจำเสื่อม ไม่มีสมาธิ หลงลืมง่าย (Maddox, 1992; Quinn, 1991)

การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และการจัดการทางอารมณ์ เจ้าของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่พบตัวแปรสาเหตุเหล่านี้ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม (อังคินันท์ อินทรกำแหง, อรพินทร์ ชูชม และอัจฉรา สุขารมณ์, 2550: 14) จากการศึกษาพบว่าวัยทองมีอาการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพทางกาย ได้แก่ อาการไม่สบายทางกายต่าง ๆ เช่น ปวดหัว ปวดเมื่อยตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ความผิดปกติของหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ อาการท้องผูกท้องเสียบ่อย ๆ นอนไม่หลับ หอบหืด เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ฯลฯ และส่งผลต่อสุขภาพจิตใจ นำไปสู่ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า กลัวอย่างไร้เหตุผล อารมณ์ไม่มั่นคง เปลี่ยนแปลงง่าย หรือโรคประสาทบางอย่างมีปัจจัยหลายประการที่ทำให้คนวัยทองหรือผู้ที่มีอายุเริ่มเข้าวัยทอง เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ได้ง่าย และมีการจัดการทางอารมณ์ลง เช่น ปัญหาการทำงาน ปัญหาครอบครัว อาการป่วย บาดเจ็บ พิกการ อายุที่มากขึ้น ความเสื่อมสภาพของร่างกาย เป็นต้น

นอกจากนี้ สิ่งแวดล้อมยังกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ต่าง ๆ รวมทั้งความเครียดด้วย ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมี กระตุ้นให้หลังสารอะดรีนาลีนออกมามากขึ้น ทำให้ร่างกายตื่นตัวและเกิดอาการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ดังนั้นถ้าบุคคลขาดการจัดการทางอารมณ์หรือการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ที่จะทำให้ไม่สามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ก่อให้เกิดความตึงเครียด แก้ปัญหาไม่ได้หรือแก้ปัญหาไม่ถูกต้อง จะส่งผลให้มีความเครียดสูงขึ้นเรื่อย ๆ มีความรุนแรงต่ออารมณ์และความรู้สึก ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ (Emotional Crisis) ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่หรือภารกิจประจำวันได้ Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่า การที่บุคคลจะเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับ 3 องค์ประกอบที่สำคัญ (Aguilera, 1994) คือ การรับรู้เหตุการณ์ (Perception of Events) มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Situational Support) และวิธีการเผชิญปัญหา (Coping Mechanism) เมื่อบุคคลเสียสมดุลใน 3 องค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง จะก่อให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพและความเจ็บป่วยทางจิตเวชตามมา และความเจ็บป่วยทางจิต จึงมีความจำเป็นต้องมีการจัดการกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์ เพื่อให้เข้าสู่สภาวะปกติและสามารถใช้ชีวิตดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองในเขตกรุงเทพมหานคร โดยเน้นไปที่การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองโดยการศึกษาแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงและด้านการจัดการทางอารมณ์ที่จะนำไปสู่การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง และปัจจัยหลัก 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ 1) ลักษณะทางจิต โดยจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ได้แก่ ปริชาเชิงอารมณ์ ความฉลาดทางสุขภาพ ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติและความผูกพันทางศาสนา เป็นต้น และ 2) ลักษณะทางสังคม โดยจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว เป็นต้น

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์และใกล้เคียงกับพฤติกรรมที่จะศึกษา ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อมาเป็นแนวทางในการพัฒนา ลักษณะต่าง ๆ เพื่อให้ผู้รับบริการคลินิกวัยทองสามารถรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงและสามารถจัดการทางอารมณ์ได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะนำมาจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ และจะได้ทราบถึงตัวแปรเชิงเหตุผลใดบ้าง มีบทบาทสำคัญในการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิกฤตทางอารมณ์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการงานวิจัยและศึกษาตัวแปรที่มีผลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 2 ตัว (ความผูกพันทางศาสนา และมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว) ที่มีต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน

การทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

วัยทองเป็นช่วงของการเปลี่ยนผ่านจากวัยผู้ใหญ่สู่ผู้สูงอายุซึ่งวัยทองในที่นี้หมายถึงบุคคลที่มีอายุอยู่ระหว่าง 40-59 ปี ซึ่งถือว่ามีผลสำคัญอย่างมากต่อสังคมไทยเนื่องจากวัยทองเป็นกลุ่มประชากรขนาดใหญ่

ในประเทศไทยและมีอายุที่ยาวนานมากขึ้นตามสถิติของข้อมูลกองวางแผนทรัพยากรมนุษย์สำนักคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ได้รายงานถึงอายุขัยเฉลี่ยของประชากรผู้หญิงและผู้ชายที่เปรียบเทียบอายุขัยเฉลี่ยระหว่างปี พ.ศ. 2548-2553 ที่พบว่าผู้หญิงมีอายุขัยเฉลี่ยเท่ากับ 73 ปี และอายุขัยเฉลี่ยของผู้ชายเท่ากับ 68.83 ปี เปรียบเทียบกับอายุขัยเฉลี่ยระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2558 ที่พบว่าผู้หญิงมีอายุขัยเฉลี่ยเท่ากับ 73.58 ปี และผู้ชายมีอายุขัยเฉลี่ยเท่ากับ 69.50 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจุบันโครงสร้างประชากรไทยเข้าสู่ยุคผู้สูงอายุและผู้สูงอายุเหล่านี้มีอายุยืนยาวมากขึ้น

ภาวะวิกฤตทางอารมณ์นี้เกิดจากอาการของวัยทองที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้บุคคลเข้าสู่วิกฤตทางอารมณ์มีอารมณ์หงุดหงิดง่ายทำให้บุคคลลดความสามารถในการเข้าใจรับรู้ตามความเป็นจริงดังนั้นการจัดการวิกฤตทางอารมณ์จึงมีความจำเป็นอย่างมากต่อกลุ่มประชากรวัยทองเพราะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้เข้าใจในความรู้สึกนึกคิดสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้บุคคลเอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพของตนเองตระหนักถึงการปฏิบัติเพื่อสร้างสุขภาพที่ดี (Pender, 1996: 68) ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนถึงภาวะวิกฤตทางอารมณ์พบว่า เป็นภาวะที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่นำไปสู่ความทุกข์ทรมาน มีการเผชิญปัญหาที่ล้มเหลวส่งผลให้การทำงานตามความรับผิดชอบหรือดำเนินชีวิตในสังคมลดลง (Kanel, 2003) นอกจากนี้บุคคลที่ประสบภาวะวิกฤตทางอารมณ์จะทำให้บุคคลไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ชีวิตเสียสมดุลบุคคลต้องการการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์หรือต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้ชีวิตกลับคืนสมดุลอีกครั้ง (Aguilera, 1994)

อังคินันท์ อินทรกำแหง, อรพินทร์ ชูชม และอัจฉรา สุขารมณ์ (2550: 14) ได้ให้ความหมายของภาวะวิกฤตว่าเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ทั้งในระบบใหญ่และระบบย่อยของสังคมไม่ว่าจะเกิดขึ้นในระดับประเทศในภาคเศรษฐกิจ การเมือง องค์กร ชุมชน รวมถึงระดับของครอบครัวและบุคคล ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มุ่งศึกษากับประชากรวัยทองและต้องประสบต่อวิกฤตในระดับของบุคคล

ภาวะวิกฤตทางอารมณ์เป็นอารมณ์ที่แปรปรวนไปจากเดิมจึงเป็นภาวะหนึ่งที่บุคคลรับรู้ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงแล้วก่อให้เกิดเป็นวิกฤตขึ้น ซึ่งความรุนแรงของวิกฤตนี้จะแตกต่างกันไปตามการรับรู้ของแต่ละบุคคลโดยการรับรู้ที่แตกต่างกันนี้เกิดเงื่อนไขอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นด้านสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นรอบข้างทำให้บุคคลจะรับรู้ไปในทางบวกหรือทางลบนอกจากนี้ยังมีความเกี่ยวข้องกับความสามารถของแต่ละบุคคลในการเผชิญต่อปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งกลไกที่ใช้ในการจัดการนั้นมีความสำคัญต่อการปรับตัวให้สภาพจิตใจนั้นกลับสู่สมดุลได้ปกติ ภาวะวิกฤตทางอารมณ์นี้เป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลที่ประสบไม่มีความสงบ ไม่สามารถมีความสุขในสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ได้ ซึ่งอาจเผชิญนานเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์และสะสมเรื่อยมาจนทำให้บุคคลเต็มไปด้วยความเครียดหรือรู้สึกว่าคุณค่าตนเองถูกคุกคามต้องใช้วิธีการปรับตัวเพื่อรับมือกับภาวะคุกคามเพื่อลดความวิตกกังวลความเครียดต่อสถานการณ์สอดคล้องกับ Aquilera และ Missick (1986) ที่ได้กล่าวว่า ภาวะวิกฤตทางอารมณ์เป็นภาวะเสียสมดุลภายในซึ่งเป็นผลมาจากความเครียดและบุคคลรับรู้ภาวะนั้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตคุกคามความมั่นคงของตนเองเป็นภาวะทางอารมณ์ที่ส่งผลให้เกิดความเสียสมดุลด้านจิตใจ

โดย Lazarus และ Folkman (1984) ได้กล่าวถึงสาเหตุการเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ว่าเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมบุคคลจะมีการประเมินด้วยกระบวนการทางปัญญาว่าปฏิสัมพันธ์เหล่านั้นเป็นสิ่งที่คุกคามหรือเป็นสิ่งที่อันตรายต่อตนเองหรือไม่ซึ่งการประเมินนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล เช่น ความคิดความจำประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเองเป็นต้นหากประเมินว่าจะเกิดภาวะเครียดเกินกว่าศักยภาพและแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่ก็จะประเมินต่อสถานการณ์นั้นว่าเป็นสิ่งที่อันตรายต่อชีวิต

Aguilera และ Messick (1986) กล่าวว่า การจะช่วยให้บุคคลอยู่ในภาวะสมดุล ไม่เกิดวิกฤตกาล องค์กรประกอบดังกล่าว ได้แก่ 1) การรับรู้เหตุการณ์ตามความเป็นจริง 2) การได้รับความช่วยเหลือจากระบบ

เกือบหนึ่งร้อย 3) การใช้กลไกแก้ปัญหาที่เหมาะสม เมื่อบุคคลประสบเหตุการณ์บางอย่าง หากมีองค์ประกอบดังกล่าวครบสมบูรณ์จะช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ ในที่สุดบุคคลจะกลับคืนสู่ภาวะสมดุลเป็นปกติเช่นเดิม แต่หากบุคคลไม่ได้รับการแก้ไขแล้ว ภาวะความไม่สมดุลจะดำเนินไปจนกระทั่งเข้าสู่ภาวะวิกฤตในที่สุด

Salovey และ Mayer (1997) ได้ให้ความหมายการจัดการทางอารมณ์เป็นความสามารถในการบริหารจัดการอารมณ์ของตนเองให้ได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ เพื่อไม่ให้เกิดความเครียด มีเทคนิคในการคลายเครียด สกัดความวิตกกังวลรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว ไม่ฉุนเฉียว กล่าวคือ สามารถทำให้อารมณ์ขุนมิวายไปโดยเร็ว

ดังนั้น สามารถสรุปได้ว่าภาวะวิกฤตทางอารมณ์ หมายถึง ภาวะที่เสียสมดุลทางจิตใจ เป็นความล้มเหลวของบุคคลที่จะกลับคืนสู่ภาวะสมดุลตามปกติซึ่งภาวะที่จิตใจเสียสมดุลนี้เป็นภาวะแห่งความตึงเครียดไม่สามารถปรับตัวหรือจัดการต่ออารมณ์ของตนเองได้ ส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยในการดำรงชีวิตและทางด้านร่างกาย แม้จะเป็นภาวะที่เกิดขึ้นชั่วคราวกับบุคคล แต่เป็นภาวะที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นโดยเร็วเพื่อให้ชีวิตกลับคืนสู่สมดุลได้ดังเดิมและเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้อาการลุกลามไปสู่ปัญหาด้านภาวะวิกฤตทางอารมณ์อีกครั้งหากบุคคลมีการจัดการปัญหาได้อย่างถูกวิธีได้รับการช่วยเหลือ บุคคลนั้นย่อมเกิดทักษะในการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้นหรืออาจจะเท่ากับช่วงก่อนเกิดวิกฤต ส่งผลให้เกิดการจัดการกับปัญหาได้ดี แต่หากบุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวได้จิตใจไม่เข้มแข็งไม่สามารถทนต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดวิกฤตได้ บุคคลนั้นจะรู้สึกสูญเสียและมีทักษะการเผชิญปัญหาได้น้อยลง มีพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ และเกิดการเสียสมดุลในการดำเนินชีวิตต่อไป ดังนั้นวิธีการแก้ปัญหาที่เกิดจากภาวะวิกฤตด้านอารมณ์ ในการศึกษาครั้งนี้ที่มุ่งศึกษาต่อกลุ่มประชากรวัยทองจึงเห็นว่าประชากรวัยทองที่ต้องเผชิญต่อภาวะวิกฤตทางอารมณ์จำเป็นต้องอาศัยการจัดการทางอารมณ์ ยอมรับและรับรู้ในภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น มุ่งจัดการที่อารมณ์โดยการปรับอารมณ์เพื่อสร้างให้เกิดความสมดุลและดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

จากการทบทวนความหมายของการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์มีความเกี่ยวข้องกับประชากรวัยทอง เนื่องจากกลุ่มประชากรวัยทองต้องเผชิญกับอารมณ์ที่แปรปรวนยากจะควบคุมได้ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านสุขภาพ จิตใจ และสังคม ดังนั้นประชากรวัยทองจำเป็นต้องมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ว่าหมายถึง ผู้ที่มารับบริการคลินิกวัยทองที่แสดงออกถึงการจัดการทางอารมณ์ด้วยการควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ มีความรู้สึกและการแสดงออกของตนอยู่ในรูปแบบที่เหมาะสม มีสภาวะปกติ มีจิตใจหนักแน่นไม่หวั่นไหวต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ สามารถปรับอารมณ์ให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดีสามารถเห็นได้จากการควบคุมตนเอง มีความไว้วางใจ มีความรู้สึกผิดชอบ สามารถปรับตัวและสร้างสรรค์สิ่งใหม่ได้

จากการศึกษาการวิจัยความผูกพันทางพุทธศาสนามีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่าง ๆ เช่น ในงานวิจัยของอังคินันท์ อินทรกำแหง, อรพินทร์ ชูชม และอัจฉรา สุขารมณ (2550) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะวิกฤตชีวิตสตรีไทยสมรสวัยกลางคนที่ทำงานนอกบ้าน พบว่า สตรีที่มีบุคลิกภาพแบบหวั่นไหวมาก ครอบครัวมีความผูกพันทางศาสนาน้อยและงานมีความคลุมเครือมาก จะส่งผลให้มีภาวะวิกฤตชีวิตสูงกว่าสตรีที่มีลักษณะตรงข้าม

อ้อมเดือน สดมณี (2536: 6) ได้กล่าวว่า ศาสนามีบทบาทที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลหนึ่ง ๆ เพราะศาสนาเข้ามามีส่วนช่วยให้เกิดการพัฒนาในบุคคลตั้งแต่วัยเด็ก ผ่านการอบรมเลี้ยงดูและปฏิสัมพันธ์จากบุคคลในครอบครัวและชุมชน ศาสนาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องในชีวิตประจำวันทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นการที่บุคคลได้มีโอกาสใกล้ชิดผูกพันหรือได้รับการถ่ายทอดศาสนารูปแบบต่าง ๆ ที่จัดขึ้นโดยสถาบันทางศาสนา ครอบครัว และโรงเรียน อาจทำให้บุคคลได้เข้าใจหลักธรรมและมีการปฏิบัติตามหลักทางศาสนามากขึ้น ซึ่งนอกจากการช่วยกล่อมเกล่าจิตใจแล้วยังส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมที่น่าปรารถนาของสังคม

อีกด้วย และนอกจากนี้ศาสนายังมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ เพราะสามารถนำหลักทางพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้และการปฏิบัติตามทางสายกลาง

ดุงเดือน พันธุนาวิณ และดวงเดือน พันธุนาวิณ (2550: 32) ได้กล่าวว่า สำหรับคนไทยสถาบันศาสนาถือเป็นศูนย์รวมจิตใจของคนในชาติ และความผูกพันทางพุทธศาสนาของคนไทยอาจแสดงให้เห็นได้จากการไปวัดเพื่อประกอบพิธีกรรมทางศาสนา การฟังธรรมและการนำหลักธรรมคำสอนทางศาสนาไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิต และพุทธศาสนาเป็นศาสนาที่มีความซับซ้อนที่แสดงความสัมพันธ์ตั้งแต่จักรวาลโลก สิ่งมีชีวิตต่าง ๆ รวมทั้งมนุษย์ที่เกิดขึ้นทั้งในอดีตปัจจุบันและอนาคตในรูปแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นทางกายวาจาและใจ การวัดลักษณะทางศาสนาพุทธจึงต้องกระทำด้วยความรอบคอบและระมัดระวัง จากการประมวลเอกสารเกี่ยวกับการเป็นพุทธมามกะที่ดีของพุทธศาสนิกชนที่เป็นฆราวาส สรุปได้ว่า จะต้องเป็นผู้ที่มีความเชื่อและการปฏิบัติทางศาสนาไปพร้อมกัน โดยสามารถแบ่งเป็นตัวแปรที่วัดลักษณะทางพุทธได้ 3 ตัวแปรได้แก่ 1) ความเชื่อทางพุทธศาสนา (Religious Belief) เป็นความเชื่อตามหลักธรรมคำสั่งสอนของศาสนาพุทธเกี่ยวกับไตรสรณคมน์ คือ พระพุทธพระธรรมและพระสงฆ์ ซึ่งเป็นลักษณะพื้นฐานของผู้ที่เป็นพุทธมามกะ 2) การปฏิบัติทางศาสนา (Religious Practice) เป็นสิ่งสำคัญของการเป็นพุทธมามกะที่ดีโดยมีแนวทางในการปฏิบัติเบื้องต้นใน 3 ด้านคือ ทานศีลและภาวนาเพื่อให้เกิดความสงบสุข 3) วิถีชีวิตแบบพุทธ (Religious Lifestyle) เป็นการเลือกที่จะกระทำกิจกรรมหรือดำรงชีวิตที่อยู่ในแนวของการอบรมสั่งสอนของศาสนาโดย Adler เป็นผู้ริเริ่มต้นคิดคำว่าวิถีชีวิต (Lifestyle) ซึ่งเป็นพฤติกรรมและนิสัยของบุคคลในชีวิตประจำวันในการเลือกกระทำสิ่งต่าง ๆ เช่น การบริโภค การพักผ่อน การไปเที่ยว การทำงานอดิเรก เป็นต้น

ในงานวิจัยนี้ได้ศึกษาศาสนาอย่างกว้าง ๆ จึงได้ให้ความหมายความผูกพันทางศาสนา หมายถึง การที่ผู้รับบริการมีความเชื่อตามหลักคำสอนของศาสนา และนำหลักคำสอนทางศาสนาไปปฏิบัติในการดำรงชีวิต โดยแบ่งเป็น 1) ความเชื่อทางศาสนา เช่น ความเชื่อเรื่องอเนกชาติ ผลของกรรม การทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว เป็นต้น 2) การปฏิบัติทางศาสนาเช่นการแสดงออกเสียสละเอื้อเฟื้อแบ่งปันและการกระทำอันเป็นการไม่เบียดเบียนผู้อื่น และ 3) วิถีทางศาสนาเป็นการเลือกที่จะกระทำหรือดำรงชีวิตที่อยู่ในแนวของการอบรมสั่งสอนตามหลักของศาสนา

จากการประมวลเอกสารจึงคาดว่า ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาสูงจะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาต่ำ

พรดารา แซ่ฉั่ว (2547) กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว หมายถึง ความผูกพัน ความเกี่ยวข้องซึ่งสัมพันธ์กันเป็นรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลโดยจะเกิดขึ้นที่ละน้อยอย่างต่อเนื่องและรวมเข้าด้วยกันประกอบของกระบวนการคุ้นเคยซึ่งกันและกัน โดยลักษณะของสัมพันธภาพในครอบครัวประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์และสิ่งแวดล้อมในครอบครัว การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน ครอบครัวมีความรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน และมีความกลมเกลียวสามัคคีกัน มีการปรองดองระหว่างสมาชิกในครอบครัวด้วย (อัสรอาวรณ์, 2540; อ้างอิงจาก Morrow & Wilson, 1961)

จิรนนท์ ชุนเกศา (2557) กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ครอบครัวมีอิทธิพลต่อพัฒนาการมนุษย์ เพราะเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมประการแรกมีมนุษย์จะต้องมีความสัมพันธ์ด้วยตั้งแต่แรกเกิด เช่นเดียวกับกับสำนักงานสำมะโนประชากรของสหรัฐอเมริกา ได้ให้คำจำกัดความของสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวว่า หมายถึง คนสองคนหรือมากกว่านั้นซึ่งมีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด การแต่งงาน หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรมมาใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในบ้านเดียวกัน ซึ่งในทางสังคมวิทยาแล้ว ครอบครัวไม่ได้ประกอบด้วยบุคคลเท่านั้น แต่ต้องมีความสัมพันธ์เป็นส่วนประกอบด้วย ทั้งความสัมพันธ์แบบสามีภรรยา พ่อแม่ลูก พี่น้อง และอื่น ๆ ซึ่งความสัมพันธ์

ดังกล่าว มีนัยถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความผูกพัน ความใกล้ชิดกันและกัน และภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบหรือที่มีต่อกัน (Newman & Graurholz, 2002: 7)

ไฉไล ไชยเสวี (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปความหมายของสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว หมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวเดียวกัน เช่น สามีกับภรรยา แม่กับลูก พี่กับน้อง โดยมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันมีความรัก ความเข้าใจกันช่วยเหลือกันในเรื่องต่าง ๆ ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ภารกิจที่สมาชิกรับผิดชอบตามบทบาทและหน้าที่การสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว การแสดงออกถึงความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว การให้ความช่วยเหลือเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน การแก้ปัญหาและการขัดแย้ง การใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกัน และการปฏิบัติตามกฎระเบียบของครอบครัว เป็นต้น

จากการประมวลเอกสารจึงคาดว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัวสูง จะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวต่ำ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่น ๆ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมที่แตกต่างกัน

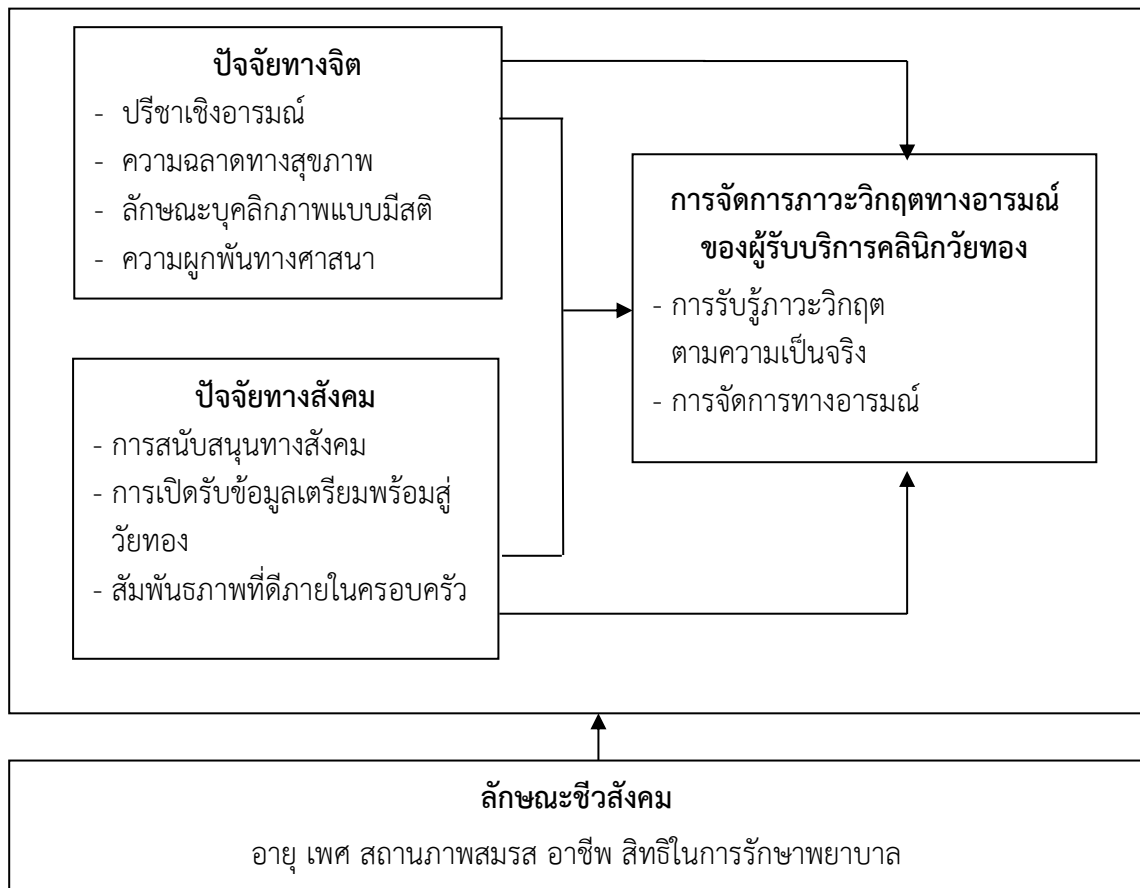
กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ผู้รับบริการคลินิกวัยทองในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ หมายถึง การรับรู้เหตุการณ์ตามความจริง การจัดการทางอารมณ์ เช่น การควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกของการแสดงออกของตนให้อยู่ในสภาพปกติ มุ่งปรับอารมณ์ การควบคุมตนเอง มีความสามารถในการปรับตัวการศึกษา ในงานวิจัยนี้ใช้แนวการวิเคราะห์สาเหตุ พฤติกรรมและการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร ครั้งนี้ ผู้วิจัยอธิบายสาเหตุของการพฤติกรรม ตามทฤษฎีทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1986) มากำหนดเป็นกรอบในการประมวลเอกสารและกำหนดตัวแปรเชิงสาเหตุที่จะอธิบายการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง

เนื่องจากทฤษฎีทางปัญญาสังคมได้อธิบายสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมของบุคคล จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง โดยเน้นการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองโดยสามารถแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงและด้านการจัดการทางอารมณ์ที่จะนำไปสู่การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง และปัจจัยที่สำคัญ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ 1) ปัจจัยทางจิต โดยจากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ได้แก่ ปรีชาเชิงอารมณ์ ความฉลาดทางสุขภาพ ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ และความผูกพันทางศาสนา เป็นต้น และ 2) ปัจจัยทางสังคม โดยจากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง และสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว เป็นต้น

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีชีวิตสังคมต่างกัน เพื่อจะได้ทราบถึงตัวแปรเชิงเหตุผลใดบ้างมีบทบาทสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการวัยทอง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการทำงานวิจัยและศึกษาตัวแปรที่มีผลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร

เนื่องจากบทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของปริญญาานิพนธ์ ปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองในเขตกรุงเทพมหานคร และจากสมมติฐานดังกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เลือกนำเสนอเพียง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 1) ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความผูกพันทางศาสนา และ 2) ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ที่มีต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่แตกต่างกันในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม เนื่องจากมีคะแนนในการทำนายที่สูงกว่ากลุ่มอื่น สรุปได้ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นผู้มารับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นผู้มารับบริการคลินิกวัยทองในโรงพยาบาล 9 แห่ง ในสังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลตากสิน จำนวน 280 คน โรงพยาบาลกลาง จำนวน 275 คน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ จำนวน 270 คน โรงพยาบาล

สิรินธรจำนวน 226 คน โรงพยาบาลหลวงพ่อดำวัดศรัทธาโรหิต จำนวน 170 คน โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ จำนวน 174 คน โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี จำนวน 156 คน และโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน จำนวน 164 คน โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร จำนวน 130 คน จำนวนประชากรทั้งสิ้น 1,845 คน ในเขต กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณโดยใช้สูตรกำหนดกลุ่มตัวอย่างจาก Yamane (1967) ผู้วิจัยเทียบสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรโดยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550: 16-21) กำหนดให้โรงพยาบาลเป็นตัวแบ่งชั้นภูมิ และทำการสุ่มจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ในอัตราส่วนระหว่างประชากรต่อกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 4.6 : 1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 393 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบวัดของ ดวงเดือน พันธุนาวิน และคณะ (2540) และแบบวัดของ ทรรศนันท์ ชินศิริพันธุ์ (2555) เป็นแบบวัดที่ใช้ความเชื่อตามคำสอนทางพุทธศาสนา และการนำหลักธรรมคำสอนทางพุทธศาสนาไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง เป็นมาตรฐานประมาณค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” จำนวนข้อคำถามที่สร้างขึ้น 17 ข้อ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียง จำนวน 60 คน จึงได้แบบสอบถามที่ใช้ได้จริง 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .80 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .21 ถึง .67 และสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ผู้วิจัยได้ปรับแบบสอบถามให้สอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการ โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของเพ็ญภา กุลนภาตล (2547) ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านภารกิจที่สมาชิกรับผิดชอบตามบทบาทและหน้าที่ 2) ด้านการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว 3) ด้านการแสดงออกถึงความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว 4) ด้านการให้ความช่วยเหลือเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน 5) ด้านการแก้ปัญหาและการขัดแย้ง 6) ด้านการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกัน 7) ด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบของครอบครัว แบบสอบถามเป็นมาตรฐานประมาณค่า 6 ระดับ คือ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” จำนวนข้อคำถามที่สร้างขึ้น 14 ข้อ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงจำนวน 60 คน จึงได้แบบสอบถามที่ใช้ได้จริง 14 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .92 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .24 ถึง .80

การวิเคราะห์หาค่าความแปรปรวนสองทาง (Two-way Analysis of Variance) ของตัวแปรอิสระ 2 ตัว ได้แก่ ความผูกพันทางศาสนา และมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ไปตามตัวแปรตาม คือ การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมและรายด้าน 2 ด้าน (การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และการจัดการทางอารมณ์) ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนา และมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวแตกต่างกัน ในกลุ่มรวม และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของ Scheffe' เพื่อทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิจัย

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางของการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมและรายด้านของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนา (ก) และมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว (ข) แตกต่างกัน ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม

กลุ่มตัวสังเกต	N	การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์											
		ด้านรวม				ด้านการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง				ด้านการจัดการทางอารมณ์			
		ก	ข	กxข	% ทำนาย	ก	ข	กxข	% ทำนาย	ก	ข	กxข	% ทำนาย
กลุ่มรวม	393	53.318**	21.171**	13.140**	21.0	57.819**	<1	16.422**	18.0	1.656	37.188**	<1	10.5
เพศชาย	136	6.981**	5.758*	2.680	12.6	3.936*	<1	4.163*	7.5	1.054	5.264*	<1	6.9
เพศหญิง	257	45.174**	15.302**	10.799**	24.7	56.537**	<1	14.892**	23.8	1.143	31.764**	<1	12.7
อายุ 40-46 ปี	115	15.193**	2.331	1.375	25.2	19.286**	<1	3.046	24.8	1.140	4.484*	<1	9.2
อายุ 47-53 ปี	138	11.417**	7.008**	5.984*	16.9	15.669**	<1	7.136**	16.5	<1	11.724**	<1	8.3
อายุ 54-60 ปี	140	18.273**	3.557	<1	13.2	9.873**	3.581	<1	12.1	<1	13.578**	<1	12.9
สถานภาพโสด	78	16.934**	1.345	2.536	26.1	9.523**	<1	2.083	14.0	4.776*	2.849	<1	13.4
สถานภาพสมรส	222	34.279**	18.025**	12.741**	28.4	38.537**	<1	16.655**	25.2	<1	23.013**	<1	11.7
สถานภาพหม้าย /หย่าร้าง	93	<1	<1	1.066	1.4	2.097	5.417*	<1	9.6	2.612	3.986*	<1	11.6
อาชีพรับจ้าง	135	9.925**	1.827	<1	10.7	14.313**	2.019	<1	11.7	<1	7.732**	<1	5.8
อาชีพอื่นๆ	258	45.958**	22.727**	14.367**	27.4	46.288**	<1	21.224**	23.0	2.983	34.483**	<1	15.1
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	137	35.067**	7.188**	9.338**	33.6	28.858**	<1	7.829**	26.3	2.383	8.991**	<1	10.4
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	120	13.088**	14.416**	4.035*	27.7	18.703**	<1	4.530*	19.4	<1	36.675**	<1	26.9
ประกันสังคม	136	4.468*	<1	<1	3.7	9.119**	<1	1.647	8.0	<1	1.977	2.223	4.7

* P ≤ .05; ** P ≤ .01

จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านที่มีความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวแตกต่างกันทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม พบว่า คะแนนของการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกลุ่มย่อย 7 กลุ่ม คือ กลุ่มรวม กลุ่มเพศหญิงกลุ่มอายุ 47-53 ปี กลุ่มสถานภาพสมรส กลุ่มอาชีพอื่น ๆ กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ($P \leq .05$) และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของ Scheffe' พบว่า 1) กลุ่มรวม 1.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่น ๆ และ 1.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย 2) กลุ่มเพศหญิง 2.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่น ๆ และ 2.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย 3) กลุ่มอายุ 47-53 ปี) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่น ๆ และ 4) กลุ่มสถานภาพสมรส 4.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่น ๆ และ 4.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย 5) กลุ่มอาชีพ

อื่น ๆ 5.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่น ๆ และ 5.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนา น้อย และมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย 6) กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 6.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่น ๆ และ 6.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนา มากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนา น้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว น้อยและ 7) กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนา มากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่น ๆ

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระที่ละตัวแปรพบว่า คะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมแปรปรวนไปตามความผูกพันทางศาสนา ได้แก่ สถานภาพหม้าย/หย่าร้าง โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาสูงจะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาต่ำ

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระที่ละตัวแปร พบว่า คะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมแปรปรวนไปตามสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ได้แก่ อายุ 40 - 46 ปี อายุ 54 - 60 ปี สถานภาพโสด สถานภาพหม้าย/หย่าร้าง อาชีพรับจ้าง และประกันสังคม โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวสูง จะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวต่ำ

เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์รายด้าน 2 รายด้าน พบว่า มีเพียงการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ที่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ส่วนการจัดการทางอารมณ์ไม่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว

อภิปรายผล

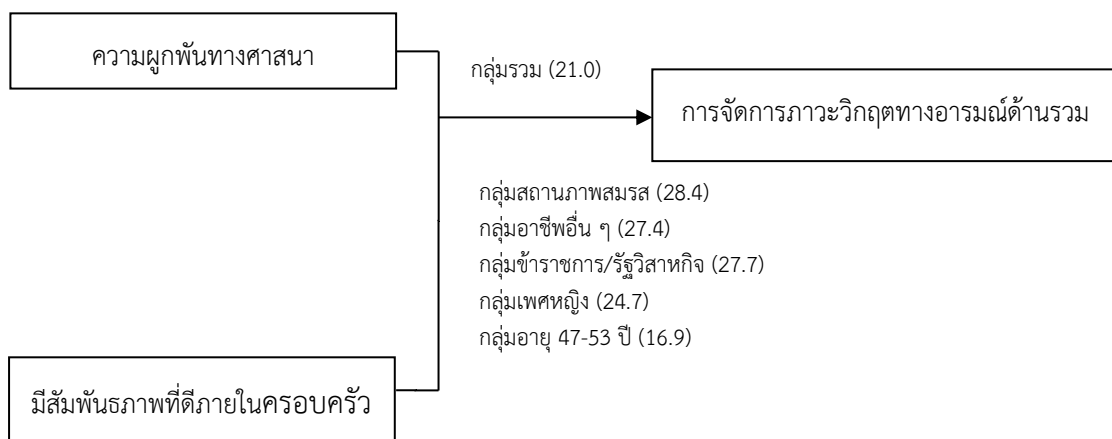
จากสมมติฐาน ระบุว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนา มากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่น ๆ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมที่แตกต่างกัน

การสรุปสมมติฐานข้อนี้มาจากการวิเคราะห์หาค่าความแปรปรวนสองทาง (Two-way Analysis of Variance) ของตัวแปรอิสระ 2 ตัว ได้แก่ ความผูกพันทางศาสนา และมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวไปตามตัวแปรตาม คือ การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมและรายด้าน 2 ด้าน (การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และการจัดการทางอารมณ์) ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนา และมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวแตกต่างกัน ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของ Scheffé เพื่อทดสอบสมมติฐาน

จากการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับทฤษฎีของอคิลเลอร่า และแมสซิค กล่าวไว้ว่า การจะช่วยให้บุคคลอยู่ในภาวะสมดุล ไม่เกิดวิกฤตการณ์ องค์ประกอบดังกล่าวได้แก่ 1) การรับรู้เหตุการณ์ตามความเป็นจริง 2) การได้รับความช่วยเหลือจากระบบเกื้อหนุนค้ำจุน 3) การใช้กลไกแก้ปัญหาที่เหมาะสม เมื่อบุคคลประสบเหตุการณ์บางอย่าง หากมีองค์ประกอบดังกล่าวครบสมบูรณ์จะช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่าง ๆ ได้ ในที่สุดบุคคลจะกลับคืนสู่ภาวะสมดุลเป็นปกติ (Aguilera & Messick, 1986) เช่นเดียวกับสโลเวย์ และเมเยอร์ ได้ให้ความหมายการจัดการทางอารมณ์เป็นความสามารถในการบริหารจัดการอารมณ์ของตนเองให้ได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ เพื่อไม่ให้เกิดความเครียด มีเทคนิคในการคลายเครียด สลัดความวิตกกังวลรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว ไม่ฉุนเฉียว กล่าวคือ สามารถทำให้อารมณ์ขุนม้าหายไปโดยเร็วเต็ม แต่หากบุคคลไม่ได้รับการแก้ไขแล้ว ภาวะความไม่สมดุลจะดำเนินไปจนกระทั่งเข้าสู่ภาวะวิกฤตในที่สุด (Salovey & Mayer, 1997)

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ พบว่า พบปฏิสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรอิสระ 2 ตัว (ความผูกพันทางศาสนา และมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว) ที่มีต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกลุ่มย่อย 7 กลุ่ม คือ กลุ่มรวม กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุ 47-53 ปี กลุ่มสถานภาพสมรส กลุ่มอาชีพอื่น ๆ กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จึงสรุปได้ว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้การสนับสนุนสมมติฐานบางส่วน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ทราบว่า ผู้รับบริการคลินิกวัยทองกลุ่มรวม กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุ กลุ่มสถานภาพสมรสกลุ่มอาชีพอื่น ๆ กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ และผู้รับบริการกลุ่มรวม กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุ 47 - 53 ปี กลุ่มสถานภาพสมรส กลุ่มอาชีพอื่น ๆ กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมาก อาจคาดได้ว่า กลุ่มเพศชายและกลุ่มเพศหญิงที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์และการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง เนื่องจากมีความผูกพันทางศาสนา มีอิทธิพลในการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทำให้รับรู้ความเป็นจริง ส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีสุขภาพจิตที่ดีและควบคุมอารมณ์ได้ สามารถอดทนต่อภาวะวิกฤตทางอารมณ์และสามารถปรับตัวได้ ส่งผลให้มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว สอดคล้องกับงานวิจัยของ ไฉไล ไชยเสวี (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ



ภาพประกอบ 2 ผลปฏิสัมพันธ์แบบสองทางที่สนับสนุนสมมติฐาน

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระที่ละตัว คือ ความผูกพันทางศาสนา ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวด้านรวม พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุ 47 - 53 ปี กลุ่มสถานภาพสมรส อาชีพอื่น ๆ และกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์เพราะมีความผูกพันทางศาสนาและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ด้านการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 7 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุ 47 - 53 ปี กลุ่มสถานภาพสมรส กลุ่มอาชีพอื่น ๆ กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

เมื่อพิจารณาตัวแปรที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ผู้รับบริการที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมากมีการจัดการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุ 47 - 53 ปี กลุ่มสถานภาพสมรส กลุ่มอาชีพอื่น ๆ กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีการจัดการทางภาวะวิกฤตทางอารมณ์ เนื่องจากเป็นช่วงเข้าสู่วัยเปลี่ยนผ่าน สามารถปรับตัว เข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อปัญหาเกิดบุคคลสามารถรับรู้ได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับความรู้สึกตั้งเครียดของตนเอง การแก้ปัญหาที่จะทำได้ตรงจุด สามารถยอมรับและปรับอารมณ์ได้ สามารถรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

ผลจากการศึกษาเมื่อพิจารณาตัวแปรการมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว พบว่า ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมากมีการจัดการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จากผลดังกล่าว สามารถนำไปใช้ประโยชน์สำหรับคลินิกหรือโรงพยาบาลในการกำหนดแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมหรือจัดกิจกรรมที่ส่งผลให้ผู้รับบริการคลินิกวัยทองมีกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพที่ดีร่วมกันภายในครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ได้เก็บข้อมูลกับผู้รับบริการคลินิกวัยทองในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่าในบริบทกรุงเทพมหานครมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมเมืองอย่างรวดเร็ว ส่งผลทั้งแง่ดี ได้แก่ การมีระบบสื่อสารที่มั่นคงทำให้ผู้รับบริการมีความสะดวกสบายต่อการค้นหาข้อมูลข่าวสารเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยทอง ในขณะที่แง่ลบ ได้แก่ การเป็นสังคมเมืองที่มีการแข่งขันกันสูงทำให้ลูกหลานมีเวลาให้กับผู้รับบริการคลินิกวัยทองน้อย ดังนั้น ในการศึกษาร้อยต่อไปผู้วิจัยเสนอแนะให้เก็บข้อมูลกับผู้รับบริการคลินิกวัยทองในต่างจังหวัด หรือตามชนบทเพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ในบริบทที่แตกต่างได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จากรองศาสตราจารย์ ดร. อังศิรินทร์ อินทรกำแหง และอาจารย์ ดร. จรัส อุณัฐวิวัฒน์ ที่ท่านให้เกียรติเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ คอยให้คำปรึกษา แนะนำอันเป็นประโยชน์ยิ่งในทุกชั้น ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่ได้รับ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณครูบาอาจารย์ทุกท่านที่อบรมสั่งสอนผู้วิจัย จนถึงคณาจารย์สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา และทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาในการทำวิจัย ขอขอบคุณเพื่อนพี่น้องปริญญาโท (นอกเวลาราชการ) รุ่น 10 ไปจนถึงรุ่นที่ปริญญาโท ปริญญาโทควบเอก และปริญญาเอก ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชาคุณ บิดา มารดา ครูบาอาจารย์ ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยตลอดมา

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *คู่มือวิทยาการหลักสูตรการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *ข้อมูลทรัพยากรและมาตรฐานรหัสสุขภาพ กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- จิรนนท์ ชุนเกษา. (2553). *ลักษณะทางจิตสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และลักษณะทางพุทธที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับความสูงอายุก่อนวัยของผู้ใหญ่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ไฉไล ไชยเสวี. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคมความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ดวงเดือน พันธมนาวิน. (2550). *รูปแบบทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยม (Interactionism model) และแนวทางการตั้งสมมติฐานในการวิจัยสาขาพฤติกรรมศาสตร์ในประเทศไทย*. *วารสารพัฒนาสังคม*, 9(1), 85 -117.
- ดวงเดือน พันธมนาวิน. (2550). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับคุณธรรมจริยธรรมในประเทศไทยและต่างประเทศ*. *รายงานการวิจัย*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาพลังแผ่นดินเชิงคุณธรรมสำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้.
- ทรศนันท์ ชินศิริพันธุ์. (2555). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการปฏิบัติตนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้านความพอประมาณของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 ในโรงเรียนสถานศึกษาพอเพียงแบบอย่าง*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ดวงเดือน พันธมนาวิน และคณะ. (2536). *ลักษณะทางจิตและพฤติกรรมของนักเรียนวัยรุ่นที่อยู่ในสถานะเสี่ยง ๆ ในครอบครัวและทางป้อนกัน*. *รายงานการวิจัย*, กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์.
- พรตารา แซ่ฉั่ว. (2547). *การเปรียบเทียบวิธีเผชิญความเครียดของพยาบาลที่มีบุคลิกภาพและสัมพันธภาพในครอบครัวแตกต่างกัน*. (สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เพ็ญญา กุลนภาดล. (2547). *การศึกษาและพัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *สำมะโนประชากรและเคหะ*. สืบค้นเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2558 จาก <http://www.nso.go.th>.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ*. สืบค้นเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2558 จาก <http://www.nso.go.th>.
- อ้อมเดือน สดมณี. (2536). *ผลของการฝึกอบรมทางพุทธปฏิบัติกรรมศาสตร์ต่อจิตลักษณะและประสิทธิผลของครู*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง, อรพินทร์ ชูชม และอัจฉรา สุขารมณ. (2550). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤตชีวิตของสตรีไทยสมรสวัยกลางคนที่ทำงานในภาครัฐรัฐวิสาหกิจและเอกชน. *วารสารพุทธธรรมศาสตร์*, 13(1), 15-29.
- อัสรา อารรณ์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุใน ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อรนุช อุดมสมถิติ. (2550). *สัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์*. (สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Aguilera, D. C., & Mesick, J. M. (1986). *Crisis Intervention: Theory and Methodology* (5th ed.). St. Louis, Mo: Mosby.
- Aguilera, D. C. (1994). *Crisis Intervention: Theory and Methodology*. (7th ed.). St. Louis, Mo: Mosby.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Dormire, S. L. (2003). What We Know about Managing Menopausal Hot Flashes: Navigating Without a Compass. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, (32), 455-465.
- Kanel, K. (2003). *A Guide to Crisis Intervention*. (2nd ed.). Fullerton, CA: California State University.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Maddox, M. A. (1992). Woman at Midlife: Hormone Replacement Therapy. *Nursing Clinic of North America Journal of Nurse – Midwifery*, (27), 959-967.
- Morrow, W. R., & Wilson, R. C. (1961). Family Relation of Bright High Achieving and Under Achieving High School Boy. *Child Development*, (32), 501-510.
- Pender. N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*, (3rd ed.). Stamford:
- Newman, D. M., & Graurholz, L. (2002). *Sociology of Families*, (2nd ed.). London: Pine Forge Press.
- Vamer, R. E., & Younger, J. B. (1995). Menopause. In *Women's Primary Health Care:*

Office Practice and Procedures. Edited by V. L. Seltzer; & W. H. Pearse.

New York: McGraw-Hill.

Yamane, T. (1967). *Statistics: An Introduction Analysis*, (2nd ed.). New York: Harper & Row.

Translated Thai References (ส่วนที่แปลรายการอ้างอิงภาษาไทย)

Arvorn, A. (1997). *The Relationship Among Family Relation Social Support and Biosocial Factors to The Self – Care Ability of Elderly Individual in Senior Citizen Club in Hospitals Under the Bureau of Medical Service, Bangkok Metropolis*. (Master's Thesis). Bangkok: Graduate School. Srinakarinwirot University.

Bhanthumnavin, D. (2007). Interactionism model and Guidelines for Hypothesized in Psycho - Behavioral Science Approach in Thailand. *Journal of Social Development*, 9(1), 85-117.

Bhanthumnavin, D. (2010). Principles and Methods of Literature Review for Research Excellence in Psycho-Behavioral Science. *Research report*. Bangkok: National institute of development administration, Graduate school of social development.

Chaiyasavee, C. (1996). *The Relationship of Family Relation, Social Engagement, Life Satisfaction, Anxiety of Personal Aging Social Support to Mental Health of the Age in Senior Citizen Clubs at Police General Hospital*. (Master's Thesis). Bangkok, Graduate School. Srinakarinwirot University.

Chunkesa, J. (2010). *Biosocial Factors, Family Relationship and Buddhism in Relationship with Geriatric Acceptance in the Adult*. (Master's Thesis). Bangkok: Graduate School. Srinakarinwirot University.

Intarakamhang, U., Choochom, O., & Sucaromana, A. (2010). Casual Relation Analysis and Indices of Midlife Crisis of Married Thai Women Working outside Houses in Bangkok and Periphery. *Journal of Behavioral Science*, 13(1), 15-29.

Koolnaphadol, P. (2004). *A Study and Development of Family Member Functioning in the Families of Depressed Patients*. (Doctoral dissertation) Graduate School. Srinakarinwirot University.

Ministry of Public Health. (2012). *Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team: MCATT*. Nonthaburi: Department of Mental Health.

Ministry of Public Health. (2013). *Thai Health Standard Coding Center*. Nonthaburi: Bureau of Policy and Strategy Ministry of Public Health.

National Statistical Office. (2010). *The Population and Housing Census*. Retrieved November 5, 2008, from <http://www.nso.go.th>.

National Statistical Office. (2014). *The National Economic and Social Development*. Retrieved November 5, 2008, from <http://www.nso.go.th>.

Udomsornudee, O. (2007). *Family Relation and Life Satisfaction of The Elderly in*

- Nakhonsawan City Municipality, Nakhonsawan Province. (Master's Project). Bangkok: Graduate School. Srinakarinwirot University.*
- Soadmanee, O. (1993). *The Effect of Buddhist –Behavioral Sciences Trainings on the Psychological Characteristics and Effectiveness of Teachers. (Doctoral dissertation) Graduate School. Srinakarinwirot University.*
- Saechua, P. (2004). *A comparison of Coping Strategies of Nurses in Relation to Different Personality and Family Relationship. (Master's Thesis). Bangkok, Graduate School. Srinakarinwirot University.*
- Chinsiriphan, T. (2012). *Psychosocial Factors Related to Mathayom Suksa 3 Students' Moderation Practices as Sufficiency Economy in School with Sufficiency Model. (Master's Thesis). Bangkok, Graduate School. Srinakarinwirot University.*