ปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร

ปริญญานิพนธ์
ของ
ร่มตะวัน กาลพัฒน์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ธันวาคม 2559

ปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร

ปริญญานิพนธ์

ของ

ร่มตะวัน กาลพัฒน์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

ธันวาคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ของ

ร่มตะวัน กาลพัฒน์

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ธันวาคม 2559

ร่มตะวัน กาลพัฒน์. (2559). *ปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร.* ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์: อาจารย์ ดร. จรัล อุ่นฐิติวัฒน์, รองศาสตราจารย์ ดร. อังศินันท์ อินทรกำแหง.

การวิจัยสหสัมพันธ์เชิงเปรียบเทียบนี้มีจุดมุ่งหมาย 1)เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมที่มีต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านของผู้รับบริการคลินิกวัยทองในเขตกรุงเทพมหานครทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน 2) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างตัวแปรปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมที่มีต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านของผู้รับบริการคลินิกวัยทองในเขตกรุงเทพมหานครทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน จำนวน 370 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน ใช้การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามเป็นมาตรประเมินค่าจำนวน 8 ชุด ที่มีค่าความเชื่อสัมประสิทธิ์แอลฟ่าอยู่ระหว่าง .735 ถึง .922 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น

ผลการวิจัยพบว่า 1) พบปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างปรีชาเชิงอารมณ์ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ในด้านการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง 2) พบปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ และการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยทองที่มีต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้าน 3) พบปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างความผูกพันทางศาสนา และสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวที่มีต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้าน การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และ 4) ปัจจัยทางจิต (ปรีชาเชิงอารมณ์ ความฉลาดทางสุขภาพ ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ และความผูกพันทางศาสนา) และปัจจัยทางสังคม (การสนับสนุนทางสังคม การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง และสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว) สามารถร่วมกันทำนายการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้าน ด้านการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ และด้านการจัดการทางอารมณ์ ในกลุ่มรวมได้ร้อยละ 41.8, 32.6 และ 39.8 ตามลำดับ

PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL FACTORS RELATED TO EMOTIONAL CRISIS COPING OF MENOPAUSE CLINICS' CLIENTS IN BANGKOK METROPOLITAN AREA

AN ABSTRACT

BY

ROMTAWAN KALAPAT

Presented in Partial Fulfillment of the Requirement for the
Master of Science Degree in Applied Behavioral Science Research
at Srinakharinwirot University
December 2016

Romtawan Kalapat. (2016). *Psychological and Social Factors Related to Emotional Crisis Coping of The Clients of Menopause Clinics in The Bangkok Metropolitan Area*. Master Thesis, M.Sc. (Applied Behavioral Science Research). Bangkok:Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Dr. Jarun Ounthitiwat, Assoc. Prof.Dr. Ungsinun Intarakamhang

The purposes of this comparative correlational research were to find the interaction effect between psychological and social factors related to emotional crisis coping, and to investigate the power of the prediction of psychological and social factors on emotional crisis coping. The sample of three hundred and seventy 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 .735 to .922. The data was analyzed by descriptive statistics, two-way analysis of variance and hierarchical multiple regression.

The results revealed that: 1) the interaction between emotional intelligence and social support affected emotional crisis coping in the aspect of a realistic perception of an event; 2) the interaction between the health quotient and information receptivity preparing for menopause affected emotional crisis coping in overall, and in two aspects; 3) 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 and 4) psychological an emotional intelligence, health quotient, conscientiousness, religious commitment and social factors, such as social support, information receptivity and preparing for menopause could predict that the clients of menopause clinics and emotional crisis coping overall and in two aspects such as realistic perception of the event and emotional coping from 41.8%, 32.6% and 39.8%, respectively

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์
ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร

ของ

ร่มตะวัน กาลพัฒน์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

วันที่.....เดือน ธันวาคม พ.ศ 2559

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์	คณะกรรมการสอบปากเปล่า
.....ที่ปรึกษาหลัก	.....ประธาน
(อาจารย์ ดร. จรัล อุ่นฐิติวัฒน์)	(ว่าที่ร้อยตรี ดร. มนัส บุญประกอบ)
.....ที่ปรึกษาร่วม	.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อังศินันท์ อินทรกำแหง)	(รองศาสตราจารย์ ดร. อังศินันท์ อินทรกำแหง)
	.....กรรมการ
	(อาจารย์ ดร. จรัล อุ่นฐิติวัฒน์)
	.....กรรมการ
	(อาจารย์ ดร. ฐาศุกร์ จันประเสริฐ)
	.....กรรมการ

(อาจารย์ ดร. พิชญาณี ภู่ตระกูล)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จากรองศาสตราจารย์ ดร. อังศินันท์ อินทรกำแหง และอาจารย์ ดร. จรัล อุ่นฐิติวัฒน์ ที่ท่านให้เกียรติเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ คอยให้คำปรึกษา แนะนำอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในทุกขั้นตั้งแต่เริ่มพัฒนาโครงร่างวิจัย จนกระทั่งงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่ได้รับ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ว่าที่ร้อยตรี ดร.มนัส บุญประกอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริสรา พึ่งโพธิ์สภ อาจารย์ทัศนา ทองภักดี และอาจารย์ ดร. พิชญาณี ภู่ตระกูล ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยให้มีคุณภาพ และผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ว่าที่ร้อยตรี ดร. มนัส บุญประกอบ และอาจารย์ ดร. ฐาศุกร์ จันประเสริฐ ที่ให้เกียรติเป็นประธานและกรรมการสอบปากเปล่า ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไข ให้งานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จึงขอกราบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณครูบาอาจารย์ทุกท่านที่อบรมสั่งสอนผู้วิจัย จนถึงคณาจารย์สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา และทุกท่านที่คอยเป็นกำลังใจตลอดระยะในการทำวิจัย ขอบคุณเพื่อนพี่น้อง ปริญญาโท (นอกเวลาราชการ) รุ่น 10 ไปจนถึงรุ่นพี่ปริญญาโท ปริญญาโทควบเอก และปริญญาเอก ที่คอยไต่ถาม ให้คำแนะนำ และคอยเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยเสมอมา ประโยชน์อันพึงได้รับจากปริญญานิพนธ์นี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นเครื่องบูชาคุณ บิดา มารดา ครูบาอาจารย์ ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยตลอดมา

ร่มตะวัน กาลพัฒน์

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	**บทนำ.....**	1
	ภูมิหลัง.....	1
	ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	4
	ความสำคัญของการวิจัย.....	5
	ขอบเขตการวิจัย.....	5
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
2	**เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....**	8
	สถานการณ์และความรู้เกี่ยวกับวัยทอง.....	8
	การจัดการกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง.....	12
	แนวทางการวิเคราะห์สาเหตุการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง.....	20
	ปัจจัยทางจิตกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์.....	26
	ปัจจัยทางสังคมกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์.....	40
	ลักษณะชีวสังคมกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์.....	49
	สรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่จะศึกษา: กรอบแนวคิด นิยามปฏิบัติการ สมมติฐานการวิจัย.....	53
	นิยามปฏิบัติการ.....	53
	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	57
	สมมติฐานการวิจัย.....	59
3	**วิธีดำเนินกาวิจัย.....**	61
	การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	61
	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	63
	การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	69
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	70
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	70

สารบัญ

บทที่		หน้า
4	**ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....**	72
	ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรโดยใช้สถิติพื้นฐาน	73
	ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	73
	สถิติข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย.....	75
	ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน.....	76
	ผลการวิเคราะห์หาค่าความแปรปรวนสองทางของการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมและรายด้าน 2 ด้าน (การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และการจัดการทางอารมณ์) ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ่....	77
	ผลการวิเคราะห์หาค่าความแปรปรวนสองทางของการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมและรายด้าน 2 ด้าน (การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และการจัดการทางอารมณ์) ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพ และมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองแตกต่างกันในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ่.....	79
	ผลการวิเคราะห์หาค่าความแปรปรวนสองทางของการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมและรายด้าน 2 ด้าน (การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และการจัดการทางอารมณ์) ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนา และมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวแตกต่างกันในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ่.....	84
	การวิเคราะห์ค่าอำนาจการทำนายโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น โดยใช้ตัวทำนายในกลุ่มปัจจัยทางจิต (ปรีชาเชิงอารมณ์ ความฉลาดทางสุขภาพ ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ และความผูกพันทางศาสนา) และกลุ่มปัจจัยทางสังคม (การสนับสนุนทางสังคม การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง และสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว) เป็นตัวทำนาย	91

สารบัญ

บทที่		หน้า
5	**สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....**	107
	สรุปผลการวิจัย……	108
	สรุปและอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานข้อที่ 1……	109
	สรุปและอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานข้อที่ 2……..	113
	สรุปและอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานข้อที่ 3……..	119
	สรุปและอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานข้อที่ 4……..	127
	ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้……	131
	ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป……...	132
บรรณานุกรม……		134
ภาคผนวก……		148
	ภาคผนวก ก……	149
	ภาคผนวก ข……	162
	ภาคผนวก ค……	164
ประวัติย่อผู้วิจัย……		177

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง……	63
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง……..	73
3	ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย……	75
4	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางของการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมและรายด้าน ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์ (ก) และได้รับการสนับสนุนทางสังคม (ข) แตกต่างกัน ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม……	77
5	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางของการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมและรายด้าน ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพ (ก) และมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง (ข) แตกต่างกัน ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม……..	80
6	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางของการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมและรายด้าน ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนา (ก) และมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว (ข) แตกต่างกัน ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม……	85
7	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้นของปัจจัยทางจิตและสังคมเพื่อทำนายการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม……..	92
8	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้นของปัจจัยทางจิตและสังคมเพื่อทำนายการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม……..	97
9	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้นของปัจจัยทางจิตและสังคมเพื่อทำนายการจัดการทางอารมณ์ ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม……	102
10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามปรีชาเชิงอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคมของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มอายุ 40-46 ปี……..	150

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
11	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามปรีชาเชิงอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคมของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง.....	150
12	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามปรีชาเชิงอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคมของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	150
13	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ตามความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มรวม.....	151
14	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ตามความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มเพศหญิง.....	151
15	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ตามความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มอาชีพอื่นๆ.....	152
16	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มรวม.....	152
17	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มเพศหญิง.....	153
18	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มอายุ 47-53 ปี.....	153
19	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มอายุ 54-60 ปี.....	153

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
20	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มสถานภาพสมรส.....	154
21	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มอาชีพอื่นๆ.....	154
22	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มประกันสังคม.....	154
23	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มรวม.....	155
24	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มเพศหญิง.....	155
25	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มอายุ 47-53 ปี.....	155
26	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มสถานภาพสมรส.....	156
27	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มอาชีพอื่นๆ.....	156
28	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	157

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
29	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ.....	157
30	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มรวม.....	158
31	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มเพศชาย.....	158
32	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มเพศหญิง.....	158
33	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มอายุ 47-53 ปี.....	159
34	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มสถานภาพสมรส.....	159
35	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มอาชีพอื่นๆ.....	160
36	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	160
37	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ.....	160
38	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร.....	161
39	แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์.....	165

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
40	แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดปรีชาเชิงอารมณ์...	165
41	แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ.....	166
42	แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ.....	166
43	แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความผูกพันทางศาสนา.....	167
44	แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม	167
45	แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง.....	168
46	แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว.....	168

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ		หน้า
1	โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม ปัจจัยส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อม.....	21
2	องค์ประกอบการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของบุคคล.....	24
3	ภาพจำลองการเกิดภาวะวิกฤตตามทฤษฎีขอฮิลล์.....	25
4	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	59
5	ผลปฏิสัมพันธ์แบบสองทางที่สนับสนุนสมมติฐานข้อ 1.....	111
6	ผลปฏิสัมพันธ์แบบสองทางที่สนับสนุนสมมติฐานข้อ 2	117
7	ผลปฏิสัมพันธ์แบบสองทางที่สนับสนุนสมมติฐานข้อ 3.....	124

บทที่ 1
บทนำ

ภูมิหลัง

จากสถิติสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งหมด 65,124,716 คน และสถานการณ์แนวโน้มการพัฒนาสาขาสุขภาพได้ศึกษารายงานแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้กล่าวว่า อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยมีอายุยืนขึ้น ผู้ชายจะมีอายุคาดเฉลี่ย 69.1 ในปี พ.ศ. 2553 เพิ่มเป็น 71.1 ปี ใน พ.ศ. 2563 และผู้หญิงจะมีอายุคาดเคลื่อนเฉลี่ย 75.7 ปี เพิ่มเป็น 77 ปี ตามลำดับ รายงานประชากรของไทยสำหรับอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาวะ (HALE) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พ.ศ.2545 ผู้ชายมีอายุเท่ากับ 57.7 ปี เพิ่มเป็น 59 ปี ในปี พ.ศ. 2552 และผู้หญิงเท่ากับ 62.4 ปี เพิ่มเป็น 68 ปี ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2557) จากข้อมูลสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2545 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งหมด 62.5 ล้านคน จำนวนทั้งหมด (อยู่เย็น นาคฉุย. 2556) ประชากรหญิงช่วงอายุ 40-59 ปี มีจำนวน 7,278,602 คน คิดเป็นร้อยละ 12 ของจำนวนประชากร ซึ่งในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 63.7 ล้านคน มีจำนวนประชากรหญิงช่วงอายุ 40-59 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 9,318,462 คน คิดเป็นร้อยละ 14.6 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2553) และเนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ในปัจจุบันเกี่ยวกับการป้องกันและรักษาโรคต่างๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลกให้คนมีอายุยืนยาวมากขึ้นเรื่อยๆ จากข้อมูลกองวางแผนทรัพยากรมนุษย์สำนักคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติรายงานถึงอายุขัยเฉลี่ยของประชากรผู้หญิงและผู้ชาย คาดว่าอายุขัยเฉลี่ยของผู้หญิงระหว่างปี พ.ศ. 2548 – 2553 เท่ากับ 73.00 ปี อายุขัยเฉลี่ยของผู้ชายอายุเท่ากับ 68.83 ปี และในระหว่างปี พ.ศ. 2553 – 2558 อายุขัยเฉลี่ยของผู้หญิงมีจำนวน 73.58 ปี โดยเฉลี่ยอายุขัยของผู้ชายเท่ากับ 69.50 ปี (กระทรวงสาธารณสุข. 2556)

วัยทอง เป็นวัยที่มีการทำงานของต่อมไร้ท่อของระบบสืบพันธ์ผลิตฮอร์โมนลดลง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย เกิดอาการที่ทำให้รบกวนความรู้สึกและจิตใจ ส่งผลให้สร้างความทุกข์ให้กับผู้หญิงและผู้ชายวัยนี้เป็นอย่างมาก และจะมีผลกระทบต่อระบบต่างๆของร่างกาย ผลกระทบทางด้านจิตใจ เกิดกลุ่มอาการเรียกว่า Menopausal Syndrome และ Andropausal Syndrome (สิริพิชญ์ เตรียมชัยศรี. 2542) ซึ่งได้แก่อาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ และระบบโครงกระดูก เป็นต้น (ชื่น เตชามหาชัย; และบุญสม ธีรพิบูลย์. 2539; Domire. 2003) ผู้หญิงวัยทองจะมีอาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมาก ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเล็ดได้ง่าย แสบหรือปวดเวลาถ่ายปัสสาวะ เกิดการอักเสบติดเชื้อได้ง่าย (Vamer; & Younger. 1995) ช่องคลอดจะแห้ง ทำให้มีอาการปวดขณะที่มีเพศสัมพันธ์ เกิดการติดเชื้อในช่องคลอดได้ง่าย (Maddox. 1992; Quinn. 1991) นอกจากนี้อาจเกิดอาการทางประสาท เช่น กลัวการอยู่คนเดียว มีภาวะซึมเศร้า นอนไม่หลับ

ส่วนผู้ชายวัยทองก็จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย คือ อัณฑะ (Testis) จะเริ่มเสื่อมหน้าที่อย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉพาะการเสื่อมทางด้านร่างกาย คือ มีการเจ็บป่วยง่ายแต่หายหรือฟื้นตัวช้า น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ง่าย ผมเส้นเล็กและเริ่มบางลงเรื่อยๆ นอนไม่ค่อยหลับ กระสับกระส่าย มีมวลกล้ามเนื้อลดลง มีไขมันเพิ่มขึ้น การตอบสนองทางเพศช้าลง ร้อนวูบวาบตามร่างกาย ความจำเสื่อม ไม่มีสมาธิ หลงลืมง่าย นอนไม่หลับ ส่วนอาการทางด้านอารมณ์และจิตใจ คือ อาการหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย มีอาการกระวนกระวาย ความอดทนน้อยลง ไม่เด็ดขาด โลเล วิตกกังวลง่าย ซึมเศร้า ขาดความมั่นใจ (สิริพิชญ์ เตรียมชัยศรี. 2542)

นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจที่มีผลกระทบต่อประชากรวัยทองยังมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพในระยะยาว ซึ่งอาจจะเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ได้ง่าย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน รวมถึงโรคกล้ามเนื้อและกระดูกเช่น อาการข้อเสื่อม (อำนวย ลอยกุลนันท์. 2542; Hawker. 1996) ปัญหาสุขภาพที่พบในประชากรวัยทองเหล่านี้ล้วนแต่จะส่งผลต่อเนื่องไปจนถึงวัยสูงอายุ และจะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นหากมิได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในหลายๆ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender. 1992) การรับรู้ความสามารถของตนเองจึงเป็นความเชื่อมั่นของบุคคลที่เกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้บรรลุเป้าหมาย เพื่อให้ภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ

ดังนั้นหากประชากรวัยทองรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูง ในทางตรงข้ามกันหากประชากรวัยทองรับรู้ว่าตอนเองมีความสามารถต่ำก็จะเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมต่ำ และจากการศึกษาประชากรที่มีอายุ 40 - 59 ปี หมายถึง ผู้หญิงและผู้ชายที่มีอายุ ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเป็นช่วงต่อระหว่างวัยเจริญพันธ์และผู้สูงอายุ เป็นวัยที่การทำงานของต่อมไร้ท่อของระบบสืบพันธ์เริ่มเสื่อมหน้าที่ ซึ่งจะผลิตฮอร์โมนเพศลดลง ทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงระบบต่างๆของร่างกายและอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (ภักดี โพธิศิริ. 2544) พบว่าประชากรวัยทำงานหรือวัยผู้ใหญ่ เป็นผู้ที่มีช่วงอายุระหว่าง 40 - 59 ปี ผู้ที่อยู่ในช่วงวัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะร่างกายมากมาย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการลดลงของฮอร์โมนเพศ ช่วงวัยนี้เป็นช่วงวัยสำคัญ จึงเรียกว่า "วัยทอง" ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีศักยภาพ เป็นกำลังของชาติทั้งในด้านการพัฒนาประเทศ สังคมเศรษฐกิจและครอบครัว ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 2555-2559 (กระทรวงสาธารณสุข. 2555)

การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ประกอบด้วยการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และการจัดการทางอารมณ์ เจ้าของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่พบตัวแปรสาเหตุเหล่านี้ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม (อังศินันท์ อินทรกำแหง; อรพินทร์ ชูชม; และอัจฉรา สุขารมณ์. 2550:14; นันทนา วงษ์อินทร์. 2543; กาญจนาพุทธ ทิพกนก. 2545; นิติยา จรัสแสง. 2549; และวิลาวรรณ คริสต์ธรรมรักษา. 2557) จากการศึกษาพบว่าวัยทองมีอาการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพทางกาย

ได้แก่ อาการไม่สบายทางกายต่างๆ เช่น ปวดหัว ปวดเมื่อยตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ความผิดปกติของหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ อาการท้องผูกท้องเสียบ่อยๆ นอนไม่หลับ หอบหืด เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ฯลฯและส่งผลต่อสุขภาพจิตใจ นำไปสู่ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า กลัวอย่างไร้เหตุผล อารมณ์ไม่มั่นคง เปลี่ยนแปลงง่าย หรือโรคประสาทบางอย่างมีปัจจัยหลายประการที่ทำให้คนวัยทองหรือผู้ที่มีอายุเริ่มเข้าวัยทอง เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ได้ง่าย และมีการจัดการทางอารมณ์ลง เช่น ปัญหาการงาน ปัญหาครอบครัว อาการป่วย บาดเจ็บ พิการ อายุที่มากขึ้น ความเสื่อมสภาพของร่างกาย เป็นต้น

นอกจากนี้ สิ่งแวดล้อมยังกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ต่างๆ รวมทั้งความเครียดด้วย ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมี กระตุ้นให้หลั่งสารอะดรีนาลินออกมามากขึ้น ทำให้ร่างกายตื่นตัวและเกิดอาการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ (กระทรวงสาธารณสุข. 2555) เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์และความตึงเครียด เมื่อบุคคลมีความตึงเครียดมีความจำเป็นต้องมีกลไกการปรับตัวที่เหมาะสมจึงจะสามารถปรับตัวให้กลับสู่ปกติได้ การปรับตัวของบุคคลจะสำเร็จได้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งระดับความรุนแรงของสิ่งที่มากระทบชีวิต ประสบการณ์การเรียนรู้ในวิธีการเผชิญปัญหาต่อภาวะเครียดในชีวิต การรับรู้ต่อเหตุการณ์ และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเวลาคับขัน นอกจากส่งผลกระทบสุขภาพกายและจิตใจแล้ว ยังส่งผลของภาวะวิกฤตทางอารมณ์ส่งผลให้สูญเสียความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง การที่บุคคลไม่สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้ ส่งผลให้เกิดความเครียด กระทบต่อการทำงานและความสามารถในการทำงาน รวมถึงการใช้ชีวิตประจำวัน ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้เกิดการทำงานถดถอยและประสิทธิผลของงานลดต่ำลง อันเนื่องมาจากความเบื่อหน่ายและความอ่อนล้าของร่างกายและจิตใจ (อังศินันท์ อินทรกำแหง. 2555)

ดังนั้นถ้าบุคคลขาดการจัดการทางอารมณ์หรือการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ที่จะทำให้ไม่สามารถเผชิญต่อเหตุการณ์ก่อให้เกิดความตึงเครียด แก้ปัญหาไม่ได้หรือแก้ปัญหาไม่ถูกต้องจะส่งผลให้มีความเครียดสูงขึ้นเรื่อยๆ มีความรุนแรงต่ออารมณ์และความรู้สึก ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ (Emotional crisis) ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่หรือภารกิจประจำวันได้ ทัศนา บุญทอง (2544) กล่าวว่าวิธีการจัดการอารมณ์เป็นกระบวนการที่มีความเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่อง โดยเริ่มตั้งแต่การมีเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ มากระทบบุคคลจะใช้การประเมินด้วยกระบวนการทางปัญญาอย่างเป็นขั้นตอนในการพิจารณาว่า สถานเหตุการณ์เหล่านั้นก่อให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์แก่ตนหรือไม่ มีระดับความรุนแรงเพียงใด บุคคลจะมีวิธีจัดการกับการจัดการทางอารมณ์อย่างไร เพื่อเป็นการลดความรุนแรงของสถานการณ์ที่มาคุกคาม และเพื่อปรับสมดุลของอารมณ์ (Lazarus; & Folkman. 1984) ซึ่งการที่บุคคลจะเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับ 3 องค์ประกอบที่สำคัญ (Aguilera. 1994) คือ การรับรู้เหตุการณ์ (Perception of events) มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Situational support) และวิธีการเผชิญปัญหา (Coping mechanism) เมื่อบุคคลเสียสมดุลใน 3 องค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งจะก่อให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพและความเจ็บป่วยทางจิตเวชตามมา และ

ความเจ็บป่วยทางจิตที่ จึงมีความจำเป็นต้องมีการจัดการกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์ เพื่อให้เข้าสู่สภาวะปกติและสามารถใช้ชีวิตดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมาหานคร โดยเน้นไปที่การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง โดยแยกการศึกษา แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ด้านการจัดการทางอารมณ์ ที่จะนำไปสู่การจัดการทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง โดยการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ แบนดูรา (Bandura. 1986) มาเป็นกรอบในการกำหนดแนวคิดกลุ่มตัวแปร เนื่องจากทฤษฎีทางปัญญาสังคมได้อธิบายสาเหตุของการ เกิดพฤติกรรมของบุคคลว่าเกิดจากปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย คือ 1) ลักษณะทางจิต ได้แก่ ปรีชาเชิงอารมณ์ ความฉลาดทางสุขภาพ ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ และความผูกพันทางศาสนา และ 2) ลักษณะทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง และ สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์และใกล้เคียงกับพฤติกรรมที่จะศึกษา ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อมาเป็นแนวทางในการพัฒนาลักษณะต่างๆ เพื่อให้ผู้รับบริการคลินิกวัยทองสามารถรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และสามารถการจัดการทางอารมณ์ได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะนำมาจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ และจะได้ทราบถึงตัวแปรเชิงเหตุผลใดบ้างมีบทบาทสำคัญในการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิกฤตทางอารมณ์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการงานวิจัยและศึกษาตัวแปรที่มีผลต่อการจัดการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมที่มีต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านของผู้รับบริการคลินิกวัยทองในเขตกรุงเทพมหานครทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน

2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างตัวแปรปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมที่มีต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านของผู้รับบริการคลินิกวัยทองในเขตกรุงเทพมหานครทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน

ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้องค์ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อ การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่นำไปสู่การศึกษาวิจัยต่อยอดสำหรับนักวิจัยที่สนใจ รวมถึงทั้งเป็นการเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการด้านพฤติกรรมศาสตร์

2. ผลการวิจัยนี้จะเป็นแนวทางในการเสนอแนะการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้มารับบริการคลินิกวัยทอง ในการกำหนดทิศทางหรือแนวทางในการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผลการศึกษาสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและจัดการกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์ในผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ซึ่งจะเป็นข้อมูลในการพัฒนาลักษณะและพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดำรงชีวิตประจำวัน

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมารับบริการคลินิกวัยทองในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักด์ ชุตินุธโร อุทิศ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมิ์ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพ และโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน จำนวน 1,845 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีคำนวณตามสูตรของยามาเน่ (Yamane. 1967) ได้จำนวน 400 คน โดยวิธีการสุ่มแบ่งชั้นภูมิแบบมีสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งได้ดังนี้
    1.1 ปัจจัยทางจิต ประกอบไปด้วย
        1.1.1 ปรีชาเชิงอารมณ์
        1.1.2 ความฉลาดทางสุขภาพ
        1.1.3 ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ
        1.1.4 ความผูกพันทางศาสนา
    1.2 ปัจจัยทางสังคม ประกอบไปด้วย
        1.2.1 การสนับสนุนทางสังคม
        1.2.2 การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง
        1.2.3 สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว

2.ตัวแปรแบ่งกลุ่ม ลักษณะชีวสังคม ประกอบไปด้วย

2.1 อายุ

2.2 เพศ

2.3 สถานภาพสมรส

2.4 อาชีพ

2.5 สิทธิในการรักษาพยาบาล

3. ตัวแปรตาม คือ การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ซึ่งแบ่งออกเป็นเป็น 2 ด้าน ได้แก่

3.1 ด้านการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง

3.2 ด้านการจัดการทางอารมณ์

นิยามศัพท์เฉพาะ

คลินิกวัยทอง หมายถึง คละนิกวัยทองในโรงพยาบาลที่อยู่ในหน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานครที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการตรวจรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การจัดการศึกษา ฝึกอบรมและพัฒนาทางวิชาการแพทย์และการพยาบาล โดยมีโรงพยาบาลในสังกัดทั้งสิ้น 9 แห่ง ทั้งนอกเวลาและในเวลา ประกอบด้วย โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโรอุทิศ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมิ์ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โรงพยาบาลสิรินธร และโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน ให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วย การส่งเสริมสุขภาพอนามัยและป้องกันโรค ตลอดจนการส่งเสริมสนับสนุน ค้นคว้าและวิจัยทางการแพทย์

ผู้มารับบริการคลินิกวัยทอง หมายถึง ผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40-59 ปี ทั้งหญิงและชาย และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่มีภาวะวัยทอง จากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านวัยทอง ซึ่งมารับบริการตรวจรักษาพยาบาล การรับคำปรึกษาด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสุขภาพ ในคลินิกวัยทองทั้งในและนอกเวลาราชการ ในโรงพยาบาลที่อยู่ในหน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้งสิ้น 9 แห่ง ตามปีงบประมาณ 2559 ได้แก่ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโรอุทิศ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมิ์ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โรงพยาบาลสิรินธร และ โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน

อายุ หมายถึง ผู้มารับบริการคลินิกวัยทองทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่ามีภาวะวัยทอง ซึ่งเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40-59 ปี

อาชีพ หมายถึง การทำงานซึ่งมีผลตอบแทนออกมาในรูปของรายได้เพื่อผู้รับบริการคลินิกนำไปดำรงชีพทั้งของตนและครอบครัว งานที่ทำนั้นต้องเป็นงานที่สุจริต ก่อให้เกิดประโยชน์

แก่สังคมโดยส่วนรวม โดยไม่ทำให้ตนเอง และผู้อื่นเดือดร้อน และเป็นงานที่ผู้รับบริการคลินิกใช้เวลาทำอยู่เป็นหลักในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ อาชีพรับจ้าง และอาชีพอื่นๆ

สถานภาพ หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้รับบริการแบ่งออกเป็น 3 สถานภาพ คือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองสถานภาพที่มีสถานภาพโสด สถานภาพสมรส สถานภาพหย่าร้าง/หม้าย

สิทธิในการรักษาพยาบาล หมายถึง ผู้มีสิทธิเบิกจ่ายเงินการรักษาพยาบาลตามตาม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้แบ่งออก 3 ประการ ได้แก่ 1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 3) ประกันสังคม (กระทรวงสาธารณสุข. 2545)

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการคลินิกวัยทองในเขตกรุงเทพมหานคร ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบไปด้วยเนื้อหา 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 สถานการณ์และความรู้เกี่ยวกับวัยทอง

ตอนที่ 2 การจัดการกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง: ความหมายและการวัด

ตอนที่ 3 แนวทางการวิเคราะห์สาเหตุการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง

3.1 ปัจจัยทางจิตกับการจัดภาวะวิกฤตทางอารมณ์

3.2 ปัจจัยทางสังคมกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

3.3 ลักษณะชีวสังคมกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

ตอนที่ 4 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่จะศึกษา: กรอบแนวคิด สมมติฐานการวิจัย

ตอนที่ 1 สถานการณ์และความรู้เกี่ยวกับวัยทอง

วัยทองเป็นช่วงของการเปลี่ยนผ่านจากวัยผู้ใหญ่สู่ผู้สูงอายุ ซึ่งวัยทองในที่นี้หมายถึงบุคคลที่มีอายุอยู่ระหว่าง 40-59 ปี ซึ่งถือว่ามีความสำคัญอย่างมากต่อสังคมไทย เนื่องจากวัยทองเป็นกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ในประเทศไทย และมีอายุที่ยาวนานมากขึ้นตามสถิติของข้อมูลกองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ได้รายงานถึงอายุขัยเฉลี่ยของประชากรผู้หญิงและผู้ชายที่ เปรียบเทียบอายุขัยเฉลี่ยระหว่างปี พ.ศ. 2548-2553 ที่พบว่าผู้หญิงมีอายุขัยเฉลี่ยเท่ากับ 73.00 ปี และอายุขัยเฉลี่ยของผู้ชายเท่ากับ 68.83 ปี เปรียบเทียบกับอายุขัยเฉลี่ยระหว่างปี พ.ศ. 2553-2558 ที่พบว่าผู้หญิงมีอายุขัยเฉลี่ยเท่ากับ 73.58 ปี และผู้ชายมีอายุขัยเฉลี่ยเท่ากับ 69.50 ปี (กระทรวงสาธารณสุข. 2556) ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจุบันโครงสร้างประชากรไทยเข้าสู่ยุคผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุเหล่านี้มีอายุยืนยาวมากขึ้น

จากสถิติจะเห็นได้ว่าประชากรวัยทองเป็นกลุ่มที่ขยายขนาดมากขึ้น โดยกลุ่มเหล่านี้ยังคงเป็นทรัพยากรที่สำคัญของประเทศชาติเนื่องจากว่าเป็นกลุ่มวัยที่มีการสะสมประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตไว้อย่างมาก ทำให้เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนของประเทศและมีบทบาทอย่างมากต่อการพัฒนาคนรุ่นใหม่ เป็นที่พึ่งพิงที่สำคัญของครอบครัว แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มวัยทองยังคงเป็นกลุ่มที่มีความเจ็บป่วยจากโรคต่างๆ ที่เพิ่มขึ้นตามการเสื่อมถอยของร่างกาย ประกอบกับปัญหาด้านสุขภาพที่สั่งสม และปัจจัยสิ่งแวดล้อมจากความเครียดในการทำงาน จากมลภาวะด้านต่างๆ ทำให้กลุ่มวัย

ทองเหล่านี้มีปัญหาด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นกว่าในวัยหนุ่มสาว เช่น โรคเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด โรคซึมเศร้า โรคหลอดเลือดสมองตีบ-ตัน-แตก โรคปอด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง เป็นต้น หากกลุ่มประชากรที่เข้าสู่วัยทองไม่ดูแลตัวเองหรือสร้างเสริมสุขภาพของตนเองแล้วย่อมทำให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง สุขภาพเสื่อมโทรมจนกระทั่งไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้อีกต่อไป (ศิริพร สันติกุล. 2547: 2)

ผลกระทบของการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่วัยทองมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทั้งในกลุ่มผู้หญิงและกลุ่มผู้ชาย โดยอาการชายวัยทองนั้นเกิดขึ้นจากการลดลงของฮอร์โมนเพศชาย (Testosterone) แต่อาจจะไม่ได้เห็นอาการได้ชัดเจนเท่ากับหญิงวัยทอง จึงใช้คำว่า Partial Androgen Deficiency in Aging Male โดยมีตัวย่อว่า “PADAM” ซึ่งแทนคำว่า Andropause ซึ่งเกิดจากการลดระดับ Testosterone ในผู้ชายวัยทอง ได้แก่ ผลกระทบเกี่ยวกับระบบประสาทอัตโนมัติ ด้านจิตใจ สติปัญญา ด้านเพศ และด้านร่างกาย (วีรชัย ภานะมาตรรัศมี; และวันเพ็ญ แก้วปาน. 2545) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนดังกล่าวทำให้ผู้ชายวัยทองเจ็บป่วยทางกายและจิตใจ จึงจำเป็นอย่างมากที่ต้องเพิ่มความเข้าใจ ใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง รักษาตนเองให้หายจากการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่โดยไม่ปล่อยให้เกิดภาวะเรื้อรัง ป้องกันควบคุมโรคของตนเองที่อาจจะเกิดขึ้น รับรู้ภาวะสุขภาพตามความเป็นจริงจึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในด้านพฤติกรรมการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

ภาวะวิกฤตทางอารมณ์นี้เกิดจากอาการของวัยทองที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้บุคคลเข้าสู่วิกฤตทางอารมณ์ มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ทำให้บุคคลลดความสามารถในการเข้าใจ รับรู้ ตามความเป็นจริง ดังนั้นการจัดการวิกฤตทางอารมณ์จึงมีความจำเป็นอย่างมากต่อกลุ่มประชากรวัยทอง เพราะเป็นการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ เข้าใจในความรู้สึกนิดคิด สร้างแรงจูงใจ และกระตุ้นให้บุคคลเอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ตระหนักถึงการปฏิบัติเพื่อสร้างสุขภาพที่ดี (Pender. 1996: 68) ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนถึงภาวะวิกฤตทางอารมณ์ พบว่าเป็นภาวะที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่นำไปสู่ความทุกข์ทรมาน มีการเผชิญปัญหาที่ล้มเหลว ส่งผลให้การทำงานตามความรับผิดชอบ หรือดำเนินชีวิตในสังคมลดลง (Kanel. 2003) นอกจากนี้บุคคลที่ประสบภาวะวิกฤตทางอารมณ์จะทำให้บุคคลไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ชีวิตเสียสมดุล บุคคลต้องการการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์หรือต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้ชีวิตกลับคืนสมดุลอีกครั้ง (Aguilera. 1994)

จากการศึกษาทบทวนถึงสถานการณ์และความรู้เกี่ยวกับวัยทองสามารถสรุปได้ว่าปัจจุบันโครงสร้างประชากรไทยกำลังเข้าสู่ยุคผู้สูงอายุ ทำให้มีสถิติบุคคลเข้าสู่กลุ่มวัยทองที่มากขึ้น โดยพบว่ากลุ่มอายุ 40-59 ปี เป็นกลุ่มวัยทองที่เริ่มมีปัญหาด้านสุขภาพและอารมณ์อันเนื่องมาจากสาเหตุของฮอร์โมนที่ลดลง การดูแลสุขภาพของกลุ่มเหล่านี้จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศชาติ เนื่องจากหากขาดการดูแลสุขภาพ ปล่อยให้เกิดโรคเรื้อรังจากการสะสมในวัยหนุ่มสาวย่อมทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมากขึ้น การส่งเสริมให้

วัยทองมองเห็นความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ เข้าใจต่อสถานการณ์ สามารถจัดการทางอารมณ์ของตนเองได้ ย่อมทำให้บุคคลมีความสามารถในการปรับตัว ปรับอารมณ์ให้เกิดภาวะสมดุลและไม่กระทบต่อการดำเนินชีวิต ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามของประชากรวัยทอง หมายถึง ผู้หญิงและผู้ชายที่มีอายุตั้งแต่ 40-59 ปี ซึ่งอยู่ในวัยที่เป็นช่วงต่อระหว่างวัยเจริญพันธุ์และวัยผู้สูงอายุ โดยวัยทองจะเป็นวัยที่ต่อมไร้ท่อของระบบสืบพันธุ์ เสื่อมถอย ทำหน้าที่อย่างค่อยเป็นค่อยไปและมีการผลิตฮอร์โมนเพศลดลง จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบผิวหนัง ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์ เป็นต้น มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพได้ง่าย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคหัวใจ โรคไต ภาวะกระดูกพรุน โรคมะเร็งต่างๆ เป็นต้น รวมทั้งปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ

ความหมายของประชากรวัยทอง

เนื่องจากวัยทองเป็นช่วงรอยต่อระหว่างวัยเจริญพันธุ์กับวัยผู้สูงอายุจึงได้มีการกำหนดช่วงอายุไว้อยู่ระหว่าง 40-59 ปี โดยกลุ่มคนเหล่านี้พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางด้านฮอร์โมนเพศลดต่ำลง ส่งผลให้รบกวนระบบการทำงานของร่างกายในส่วนอื่นๆ จึงเป็นสาเหตุให้เกิดโรคอื่นๆ ตามมา และมีผลต่ออารมณ์และความรู้สึก จึงเป็นกลุ่มคนที่ต้องได้รับการดูแลด้านสุขภาพและมีการจัดการตนเองที่ดี ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษากับกลุ่มคนที่อยู่ในวัยทองและเข้ารับบริการในคลินิกวัยทอง จึงได้กำหนดว่าเป็น “ประชากรวัยทอง” จากการทบทวนพบว่ามีการอธิบายถึงความหมายของประชากรวัยทองไว้ว่าเป็นประชากรทั้งชายและหญิงที่มีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปีที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเพื่อนำไปสู่วัยผู้สูงอายุ ซึ่ง ภักดี โพธิศิริ (2544) ได้ให้ความหมายของคำว่าวัยทองไว้ว่า เป็นประชากรวัยทองหรือวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 40-59 ปี ซึ่งถือได้ว่าเป็นวัยที่กำลังก้าวสู่วัยผู้สูงอายุ เป็นช่วงรอยต่อระหว่างวัยเจริญพันธุ์กับวัยสูงอายุ ระบบการทำงานของต่อมไร้ท่อของระบบสืบพันธุ์เริ่มเสื่อมหน้าที่ลง ส่งผลให้ฮอร์โมนทางเพศลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการให้ความหมายในด้านของการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ โดย สิริพิชญ์ เตรียมชัยศรี (2542) ได้กล่าวว่า วัยทองเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบต่างๆ ของร่างกายและเปลี่ยนแปลงของจิตใจ อันเนื่องมาจากการทำงานของต่อมไร้ท่อของระบบสืบพันธุ์ที่ผลิตฮอร์โมนลดลง จึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย โดยอาการที่พบในวัยทองคือมีอาการต่างๆ ที่กระทบต่อการทำงานในระบบต่างๆ ของร่างกาย ที่ทำให้รบกวนการใช้ชีวิตประจำวันความรู้สึกและจิตใจ สร้างความทุกข์ให้เกิดขึ้นกับกลุ่มคนเหล่านี้ทั้งผู้หญิงและผู้ชายเป็นอันมาก ซึ่งเรียกกลุ่มอาการเหล่านี้ว่า Menopausal syndrome และ Andropausal syndrome

สรุปได้ว่า ความหมายของประชากรวัยทอง หมายถึง ผู้หญิงและผู้ชายที่มีอายุอยู่ระหว่าง 40-59 ปี ซึ่งอยู่ในวัยที่เป็นช่วงต่อระหว่างวัยเจริญพันธุ์และวัยสูงอายุ เป็นวัยที่ต่อมไร้ท่อของระบบสืบพันธุ์เสื่อมหน้าที่อย่างค่อยเป็นค่อยไป และผลิตฮอร์โมนลดลง ทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบผิวหนัง ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์ จึงมีโอกาสเกิดปัญหาด้านสุขภาพต่างๆ ได้ง่าย เช่น

โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคหัวใจ โรคไต ภาวะกระดูกพรุน โรคมะเร็ง เป็นต้น รวมทั้งปัญหาด้านจิตใจและเรื่องการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง

ความหมายของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง

ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นว่าประชากรวัยทองเป็นช่วงวัยเปลี่ยนผ่านด้านพัฒนาการของชีวิตด้วยการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอันเนื่องมาจากฮอร์โมนเพศลดลงมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ ได้ง่าย และการเปลี่ยนแปลงของภาวะทางอารมณ์ทำให้ผู้ที่เข้าสู่วัยทองมีอารมณ์ฉุนเฉียวง่าย เปลี่ยนแปลงบ่อยไม่คงที่ คนรอบข้างอาจไม่เข้าใจ อาจนำไปสู่ความขัดแย้งหรือสัมพันธภาพที่ไม่ดีก่อให้เกิดความทุกข์ใจและส่งผลกระทบต่อชีวิตได้ ดังนั้นวัยทองควรมีความเข้าใจต่อความเปลี่ยนแปลงในร่างกายของตน การขอรับบริการการให้คำปรึกษาจึงมีความสำคัญเพื่อช่วยเกื้อหนุนทำให้กลุ่มประชากรวัยทองสามารถปรับอารมณ์ให้กลับคืนสู่สมดุลได้ดังเดิม อย่างไรก็ตามปัจจุบันรัฐบาลได้เล็งเห็นความสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จึงได้จัดให้มีคลินิกวัยทองขึ้นตามโรงพยาบาลต่างๆ โดยพบว่าคลินิกวัยทองที่อยู่ในโรงพยาบาลหน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานคร ในปีงบประมาณ 2559 นี้มีอยู่จำนวนทั้งสิ้น 9 แห่ง โดยให้บริการตรวจรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสุขภาพ ทั้งในและนอกเวลาราชการ ได้แก่

1. โรงพยาบาลกลาง
2. โรงพยาบาลตากสิน
3. โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
4. โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโรอุทิศ
5. โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมิ์
6. โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
7. โรงพยาบาล ราชพิพัฒน์
8. โรงพยาบาลสิรินธร
9. โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การศึกษากับผู้มารับบริการคลินิกวัยทอง ทั้ง 9 แห่ง ซึ่งความหมายของผู้มารับบริการคลินิกวัยทอง หมายถึง กิจกรรมหรือกระบวนการอย่างใดอย่างหนึ่งของบุคคลหรือองค์กร เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลนั้นให้ได้รับความสุข และความสะดวกสบาย ทำให้เกิดความพึงพอใจจากผลของกิจกรรมหรือกระบวนการนั้นๆ โดยบริการดังกล่าวอาจเป็นสิ่งที่สามารถจับต้องได้หรือไม่สามารถจับต้องได้ ซึ่งบริการไม่สามารถครอบครองในรูปธรรมไม่จำเป็นต้องรวมอยู่กับสินค้าหรือผลิตภัณฑ์อื่นๆ การบริการมักมีหลายรูปแบบซึ่งมักเกิดจากความเอื้ออาทร มีน้ำใจต่อกัน มีไมตรี เต็มเปี่ยมไปด้วยความปรารถนาดี ช่วยเหลือเกื้อกูลเพื่อให้เกิดความสะดวก รวดเร็ว การบริการจำเป็นต้องมีความยุติธรรมและความเสมอภาค ซึ่งสอดคล้องกับการให้ความหมายตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค (2522) ที่ให้ความหมายของผู้รับบริการว่าเป็นผู้

ซื้อ หรือผู้ได้รับบริการจากผู้ประกอบธุรกิจ ผู้รับบริการจึงเป็นผู้ได้รับการเสนอหรือการชักชวนจากผู้ประกอบธุรกิจเพื่อให้ซื้อสะนค้าหรือรับบริการ รวมถึงการใช้สินค้าจากผู้ประกอบธุรกิจโดยชอบ

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า ผู้รับบริการคลินิกวัยทอง หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40-59 ปี และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่มีภาวะวัยทอง จากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านวัยทอง ซึ่งมารับบริการตรวจรักษาพยาบาล การรับคำปรึกษาด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสุขภาพ ในคลินิกวัยทองทั้งในและนอเวลาราชการ ในโรงพยาบาลที่อยู่ในหน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้งสิ้น 9 แห่ง ตามปีงบประมาณ 2559 ได้แก่ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินฺธโรอุทิศ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมิ์ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โรงพยาบาลสิรินธร และ โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน

ตอนที่ 2 การจัดการกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง

2.1 ความหมายภาวะวิกฤตทางอารมณ์

ด้วยการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในช่วงวัยทองส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพตามมา รวมถึงฮอร์โมนเพศที่ลดต่ำลง ทำให้ประชากรวัยทองมีภาวะอารมณ์ที่แปรปรวน ไม่คงที่ ซึ่งจะเกิดในระยะใดระยะหนึ่ง แต่กลับส่งผลกระทบกับการดำเนินชีวิตเนื่องจากเป็นช่วงที่สร้างความตึงเครียดและยากต่อการรับมือ ส่งผลให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างไร้สมดุล ซึ่งภาวะดังกล่าวถูกเรียกว่า “ภาวะวิกฤตทางอารมณ์” ซึ่งภาวะวิกฤตทางอารมณ์ย่อมมีความแตกต่างจากความแปรปรวนของอารมณ์อื่นๆ ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต แต่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงจากภายในของร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ที่ซับซ้อนมากขึ้น จนทำให้ร่างกายเสียสมดุลไป จึงถือได้ว่าเป็นวิกฤตชนิดหนึ่ง

โดยในที่นี้ผู้มีผู้ให้ความหมายถึงภาวะวิกฤตไว้ ดังเช่น อังศินันท์ อินทรกำแหง; อรพินทร์ ชูชม; และอัจฉรา สุขารมณ์ (2550: 14) ได้ให้ความหมายของภาวะวิกฤต ว่าเป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ทั้งในระบบใหญ่และระบบย่อยของสังคม ไม่ว่าจะเกิดขึ้นในระดับประเทศ ในภาคเศรษฐกิจ การเมือง องค์กร ชุมชน รวมถึงระดับของครอบครัวและบุคคล ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษากับประชากรวัยทอง และต้องประสบต่อวิกฤตในระดับของบุคคล ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความหมายภาวะวิกฤตที่เกี่ยวข้องกับระดับบุคคล โดย วิลาวรรณ คริสต์รักษา (2557) ได้เห็นว่าภาวะวิกฤตเป็นภาวะที่เกิดขึ้นช่วงระยะใดระยะหนึ่ง แต่เมื่อบุคคลได้เผชิญกับวิกฤตดังกล่าวแล้วทำให้เกิดความตึงเครียด มีการเผชิญปัญหาที่ล้มเหลว ไม่สามารถแห้ไขปัญหาได้ด้วยวิธีการต่างๆ ที่เคยใช้แล้วได้ผล ทำให้เกิดพฤติกรรมหรือมีความคิดที่เปลี่ยนไปจากเดิม อันนำไปสู่การเกิด “ภาวะวิกฤตทางอารมณ์”

ภาวะวิกฤตทางอารมณ์ เป็นอารมณ์ที่แปรปรวนไปจากเดิมจึงเป็นภาวะหนึ่งที่บุคคลรับรู้ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงแล้วก่อให้เกิดเป็นวิกฤตขึ้น ซึ่งความรุนแรงของวิกฤตนี้จะแตกต่างกันไปตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล โดยการรับรู้ที่แตกต่างกันกันนี้เกิดเงื่อนไขอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นด้านสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นรอบข้าง ทำให้บุคคลจะรับรู้ไปในทางบวกหรือทางลบ

นอกจากนี้ยังมีความเกี่ยวข้องกับความสามารถของแต่ละบุคคลในการเผชิญต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งกลไกที่ใช้ในการจัดการนั้นมีความสำคัญต่อการปรับตัวให้สภาวะจิตใจนั้นกลับสู่สมดุลได้ปกติ ภาวะวิกฤตทางอารมณ์นี้เป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลที่ประสบไม่มีความสงบ ไม่สามารถมีความสุขในสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ได้ซึ่งอาจเผชิญนานเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์และสะสมเรื่อยมาจนทำให้บุคคลเต็มไปด้วยความเครียดหรือรู้สึกว่าตนเองถูกคุกคาม ต้องใช้วิธีการปรับตัวเพื่อรับมือกับภาวะคุกคามเพื่อลดความวิตกกังวล ความเครียดต่อสถานการณ์ สอดคล้องกับอไดเลราและมิคซิค (Aquilera; & Missick. 1986) ที่ได้กล่าวว่าภาวะวิกฤตทางอารมณ์ เป็นภาวะเสียสมดุลภายใน ซึ่งเป็นผลมาจากความเครียด และบุคคลรับรู้ภาวะนั้นว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต คุกคามความมั่นคงของตนเอง เป็นภาวะทางอารมณ์ที่ส่งผลให้เกิดความเสียสมดุลด้านจิตใจ

โดย ลาซารัสและโฟล์กแมน (Lazarus; & Folkman. 1984) ได้กล่าวถึงสาเหตุการเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ว่าเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม บุคคลจะมีการประเมินด้วยกระบวนการทางปัญญาว่าปฏิสัมพันธ์เหล่านั้นเป็นสิ่งที่คุกคามหรือเป็นสิ่งที่อันตรายต่อตนเองหรือไม่ ซึ่งการประเมินนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล เช่น ความคิดความจำประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเอง เป็นต้น หากประเมินว่าจะเกิดภาวะเครียดเกินกว่าศักยภาพและแหล่งประโยชน์ที่ตนมีอยู่ ก็จะประเมินต่อสถานการณ์นั้นว่าเป็นสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิต

นอกจากนี้ อไดเลราและมิคซิค (Aquilera; & Missick. 1986) ได้เห็นว่าภาวะวิกฤตทางอารมณ์มีสาเหตุที่เกิดขึ้นจากภายในและภายนอก โดยสาเหตุจากภายในที่มีความเกี่ยวข้องการเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ เช่น การเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการของร่างกาย โดยให้ความหมายถึงภาวะวิกฤตทางอารมณ์ว่า เป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากสาเหตุภายในของบุคคล (Internal crisis หรือ Developmental crisis หรือ Maturational crisis) ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดขึ้นตามพัฒนาการในช่วงชีวิตต่างๆ ส่วนสาเหตุจากภายนอกตัวบุคคล (External crisis หรือ Situation crisis) เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับสิ่งแวดล้อมภายนอกของบุคคล และส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของบุคคลนั้น ให้เกิดความกดดัน ความเครียด ความว้าวุ่น วุ่นวายใจ หรือกังวลใจ แต่เมื่อมีการจัดการอารมณ์ที่ดีจะทำให้ความรู้สึกเหล่านี้คลี่คลายลงจนกระทั่งหมดไปได้ แต่หากไม่สามารถขจัดปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้หมดสิ้นไปได้แล้ว ความกังวลจะคงดำเนินต่อไป และอาจส่งผลกระทบให้เกิดความสูญเสียทางสมดุลในตนเอง ส่งผลให้บุคคลนั้นไม่มีความสุขต่อการดำเนินชีวิต

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า ภาวะวิกฤตทางอารมณ์ หมายถึง ภาวะที่เสียสมดุลทางจิตใจ เป็นความล้มเหลวของบุคคลที่จะกลับคืนสู่ภาวะสมดุลตามปกติ ซึ่งภาวะที่จิตใจเสียสมดุลนี้เป็นภาวะแห่งความตึงเครียด ไม่สามารถปรับตัวหรือจัดการต่ออารมณ์ของตนเองได้ ส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยในการดำรงชีวิตและทางด้านร่างกาย แม้จะเป็นภาวะที่เกิดขึ้นชั่วคราวกับบุคคล แต่เป็นภาวะที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นโดยเร็วเพื่อให้ชีวิตกลับคืนสู่สมดุลได้ดังเดิมและเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ก้าวไปสู่ปัญหาด้านภาวะวิกฤตทางอารมณ์อีกครั้ง หากบุคคลมีการจัดการปัญหาได้อย่างถูกวิธี ได้กับการช่วยเหลือ บุคคลนั้นย่อมเกิดทักษะในการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้นหรืออาจจะ

เท่ากับช่วงก่อนเกิดวิกฤต ส่งผลให้เกิดการจัดการกับปัญหาได้ดี แต่หากบุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวได้ จิตใจไม่เข้มแข็ง ไม่สามารถทนต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดวิกฤตได้ บุคคลนั้นจะรู้สึกสูญเสียและมีทักษะการเผชิญปัญหาได้น้อยลง มีพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับและเกิดการเสียสมดุลในการดำเนินชีวิตต่อไป ดังนั้นวิธีการแก้ปัญหาที่เกิดจากภาวะวิกฤตด้านอารมณ์ในการศึกษาครั้งนี้ที่มุ่งศึกษาต่อกลุ่มประชากรวัยทอง จึงเห็นว่าประชากรวัยทองที่ต้องเผชิญต่อภาวะวิกฤตทางอารมณ์ จำเป็นต้องอาศัยการจัดการทางอารมณ์ ยอมรับและรับรู้ในภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น มุ่งจัดการที่อารมณ์โดยการปรับอารมณ์ เพื่อสร้างให้เกิดความสมดุลและดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขได้

2.2 ความหมายของการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการศึกษากับประชากรวัยทองที่มารับบริการคลินิกวัยทอง ซึ่งเป็นบุคคลที่ต้องเผชิญต่อภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียด และเสียสมดุลไป จึงต้องอาศัยการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์เพื่อฟื้นให้จิตใจกลับคืนสู่สมดุลอีกครั้ง โดย ลาซารัสและโฟล์กแมน (Lazarus; & Folkman. 1984: 181) ให้ความหมายของการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ไว้ว่าเป็นการปรับตัวและเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคลในการประเมินว่าเป็นความเครียด จึงต้องอาศัยความพยายามในการจัดการความคิดและพฤติกรรมต่างๆ เพื่อใช้ในการเผชิญต่อปัญหาตามทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ในตัวบุคคลและสังคม

โดยพฤติกรรมต่างๆที่แสดงออกเพื่อใช้ในการเผชิญปัญหาเป็นไปเพื่อการปรับตัวให้เกิดสมดุล ซึ่งการปรับตัวแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การทำหน้าที่ทางสังคม 2) ขวัญหรือความพึงพอใจในชีวิต และ 3) ด้านสุขภาพของร่างกาย ซึ่งการจัดการจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลเห็นว่าสิ่งนั้นเป็นประโยชน์ มีคุณค่าสมควรแก่การจัดการ ซึ่งการจัดระบบการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ แบ่งออกได้เป็น 2 แบบ ดังนี้

1. วิธีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์แบบมุ่งแก้ที่ปัญหา (Problem-focused coping method) หมายถึงพฤติกรรมการปรับตัวที่เกิดจากการใช้กระบวนการทางปัญญาในการประเมินสถานการณ์และจัดการกับสถานการณ์ที่มาคุกคาม โดยการปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม แล้วทำให้การประเมินสถานการณ์ดีมากขึ้น ซึ่งการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาจะเลือกกระทำกับปัญหาโดยตรง โดยการกำหนดขอบเขตของปัญหา หาวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างหลากหลาย มีความสามารถในการตัดสินใจเลือกวิธีการที่เหมาะสมที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนที่ปัญหาหรือสภาพแวดล้อม สามารถหาแหล่งทรัพยากรทางสังคมมาสนับสนุนการแก้ปัญหาได้ เช่น การพูดคุยกับบุคคลที่เคยผ่านประสบการณ์ดังกล่าวขอให้บุคคลอื่นช่วยแก้ปัญหา

2. วิธีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์แบบแก้หรือมุ่งปรับที่อารมณ์ (Emotional-focused coping method) เป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมการปรับตัวที่เกิดจากการใช้กระบวนการทางปัญญาในการประเมินต่อสถานการณ์ที่มาคุกคามว่าเป็นสิ่งที่ต้องจัดการ จึงนำไปสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนทางอารมณ์และแก้ปัญหาทางอ้อม ซึ่งแตกต่างกับแบบแรกที่มุ่งแก้ที่ตัว

ปัญหาโดยตรง ซึ่งการปรับเปลี่ยนและควบคุมอารมณ์นั้น เป็นเพียงการลดความรู้สึกทางลบของอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล ความโกรธ การหลีกหนี เป็นต้น การปรับเปลี่ยนอารมณ์จะทำให้เห็นปัญหาเป็นสิ่งที่เล็กน้อย เห็นคุณค่าของการควบคุมอารมณ์ และมองหาวิธีการต่างๆ เพื่อใช้ในการเบี่ยงเบนความสนใจหรือเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมเพื่อลดภาวะอารมณ์ทางลบ เช่น การออกกำลังกาย การนั่งทำสมาธิ เป็นต้น

จากการศึกษาของอไคเลล่าและมิคซิค (Aquilera; & Missick. 1982: 64) กล่าวว่าบุคคลเมื่อประสบกับเหตุการณ์บางอย่างในชีวิตแล้ว เหตุการณ์นั้นไม่ได้เป็นสาเหตุให้บุคคลเข้าสู่ภาวะวิกฤตในทันที แต่เกิดจากการประเมินของบุคคลร่วมการมีความช่วยเหลือและกลไกการแก้ปัญหาหากมีความเพียงพอ บุคคลจะไม่เข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่ง อไคเลล่าและมิคซิค ได้นำเสนอองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้บุคคลไม่เกิดวิกฤต ได้แก่ 1) การรับรู้เหตุการณ์ตามความเป็นจริง 2) การได้รับความช่วยเหลือและมีระบบการเกื้อหนุนค้ำจุน 3) การใช้กลไกการแก้ปัญหาที่เหมาะสม เมื่อบุคคลประสบเหตุการณ์บางอย่าง ทั้งนี้หากบุคคลมีครบทั้ง 3 องค์ประกอบแล้วย่อมทำให้การแก้ไขปัญหาเป็นไปด้วยดี บุคคลสามารถกลับสู่สมดุลได้เป็นปกติเช่นเดิม แต่หากไม่ได้รับการแก้ไขแล้วภาวะความไม่สมดุลย่อมดำเนินต่อไปและนำพาบุคคลเข้าสู่ภาวะวิกฤตในที่สุด

จากการทบทวนความหมายของการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์มีความเกี่ยวข้องกับประชากรวัยทอง เนื่องจากกลุ่มประชากรวัยทองต้องเผชิญต่อกับอารมณ์ที่แปรปรวน ยากจะควบคุมได้ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ทั้งด้านสุขภาพ จิตใจ และสังคม ดังนั้น ประชากรวัยทองจำเป็นต้องมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ว่าหมายถึงผู้ที่มารับบริการคลินิกวัยทองที่แสดงออกถึงการจัดการทางอารมณ์ ด้วยการควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ มีความรู้สึกและการแสดงออกของตนอยู่ในรูปแบบที่เหมาะสม มีสภาวะปกติ มีจิตใจหนักแน่นไม่หวั่นไหวต่อเหตุการณ์ต่างๆ สามารถปรับอารมณ์ให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้เป็นอย่างดี สามารถเห็นได้จากการควบคุมตนเองได้ มีความไว้วางใจ มีความรู้สึกผิดชอบ สามารถปรับตัวและสร้างสรรค์สิ่งใหม่ได้

2.3 องค์ประกอบของการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของวัยทอง เป็นภาวะที่มีความเฉพาะเนื่องจากเป็นช่วงของการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เป็นภาวะที่เกิดจากภายในร่างกายและนำไปสู่ความแปรปรวนทางอารมณ์หากขาดการจัดการที่ดีย่อมทำให้ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง รวมถึงเป็นปัญหาที่สะสมให้เกิดความตึงเครียด วิตกกังวลมากขึ้น ซึ่งองค์ประกอบตามที่ อไคเลล่าและมิคซิค ได้เสนอคือ การรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง การมีทรัพยากรสนับสนุนในการแก้ปัญหา และการมีกลไกในการจัดการ ซึ่งการให้ความช่วยเหลือในที่นี้ ได้เข้ารับการปรึกษาจากคลินิกวัยทอง ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงได้ศึกษากับองค์ประกอบการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ที่เกี่ยวข้องกับ 2

องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความจริง และ 2) การแสดงพฤติกรรมการจัดการอารมณ์ สามารถทบทวนสามารถนำเสนอได้ดังนี้

1. การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง

จากการศึกษาของ นิติยา จรัสแสง (2549) ได้กล่าวว่า การรับรู้ภาวะวิกฤตและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง (Realistic perception of the event) คือการเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นหากบุคคลรับรู้ได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ หรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับความรู้สึกตรึงเครียดของตนเอง การแก้ปัญหาก็จะทำได้ตรงจุด หากรับรู้เหตุการณ์ผิดๆ เข้าใจปัญหาผิดๆ ไม่ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์และความรู้สึกตึงเครียด ความสามารถและความ ตั้งใจในการแก้ปัญหาก็จะขาดประสิทธิภาพ การแก้ปัญหาย่อมไม่สำเร็จ ความเครียดจะยังคงอยู่ต่อไป โดยได้กล่าวว่าการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงประกอบไปด้วย

1.1 การมีระบบสนับสนุนในสถานการณ์อย่างเพียงพอ (Adequate situational support) เมื่อบุคคลต้องเผชิญสถานการณ์ที่เป็นปัญหาบุคคลได้รับการช่วยเหลือจาก บุคคลอื่นที่มีความเข้าใจอาจช่วยให้บุคคลเข้าใจปัญหาและแก้ปัญหาได้เหมาะสม ในทางตรงข้าม หากบุคคลไม่ได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลอาจรู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกสิ้นหวังไร้ที่พึ่งพิง ความตึงเครียดก็จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้

1.2 การมีกลไกในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (Coping mechanism) กลไกการปรับตัวจากประสบการณ์ของชีวิตหากบุคคลมีการพัฒนาการใช้กลไกในการปรับตัว ในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เมื่อเกิดปัญหาขึ้น บุคคลจะสามารถแก้ปัญหาได้โดยใช้กลไกการปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งวิธีขจัดความเครียดนั้นมี 2 วิธีใหญ่ๆ คือ 1) การมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) เป็นความพยายามเปลี่ยนเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดให้ดีขึ้นหรือพยายามจัดการกับความเครียดนั้น และ 2) การมุ่งปรับอารมณ์ (Emotion focused coping) เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึกเครียด

อากีเลล่า และ แมสซิค (Aguilera; & Messick. 1986) กล่าวไว้ว่า การจะช่วยให้บุคคลอยู่ในภาวะสมดุล ไม่เกิดวิกฤตกาล องค์ประกอบดังกล่าวได้แก่ 1) การรับรู้เหตุการณ์ตามความเป็นจริง 2) การได้รับความช่วยเหลือจากระบบเกื้อหนุนค้ำจุน 3) การใช้กลไกแก้ปัญหาที่เหมาะสม เมื่อบุคคลประสบเหตุการณ์บางอย่าง หากมีองค์ประกอบดังกล่าวครบสมบูรณ์จะช่วยแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ในที่สุดบุคคลจะกลับคืนสู่ภาวะสมดุลเป็นปกติเช่นเดิม แต่หากบุคคลไม่ได้รับการแก้ไขแล้ว ภาวะความไม่สมดุลจะดำเนินไปจนกระทั่งเข้าสู่ภาวะวิกฤตในที่สุด

จากการทบวนนิยามและความหมายข้างต้น ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ได้ให้ความหมายว่า การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง มีการเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น บุคคลสามารถรับรู้ภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของตนเองได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง

2. การจัดการทางอารมณ์

นันทนา วงษ์อินทร์ (2543) ได้ให้ความหมายว่า การจัดการทางอารมณ์ของตนเองเป็นความสามารถในการควบคุมอารมณ์ และแสดงออกได้อย่างเหมาะสมกับบุคคล สถานที่ เวลา และเหตุการณ์ ที่อารมณ์ดีและไม่ดีให้เกิดสมดุล การควบคุมอารมณ์ และความรู้สึกของตนเองให้อยู่ในสภาพปกติ แสดงออกได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิต (2541: 71) กล่าวว่า ความมั่นคงและรู้จักควบคุมตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลตระหนักถึงสภาวะอารมณ์ของตนเอง ไม่อ่อนไหวไปตามสิ่งที่มากระทบ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่พึงประสงค์ โดยกำหนดเป้าหมายและเลือกวิธีการจะนำไปสู่เป้าหมายนั้นของตน และสโลเวย์ และเมเยอร์ (Salovey; & Mayer. 1997) ได้ให้ความหมายการจัดการทางอารมณ์เป็นความสามารถในการบริหารจัดการอารมณ์ของตนเองให้ได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ เพื่อไม่ให้เกิดความเครียด มีเทคนิคในการคลายเครียด สลัดความวิตกจริตรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว ไม่ฉุนเฉียว กล่าวคือ สามารถทำให้อารมณ์ขุ่นมัวหายไปโดยเร็วและจากการศึกษางานวิจัยของ อรัญญา วันกิ่ง (2546) กล่าวว่า การจัดการทางอารมณ์ ประกอบไปด้วย

1. การควบคุมตนเอง (Self -Control) คือ การที่บุคคลสามารถควบคุมอารมณ์และความรู้สึกของตนเองได้ ได้แก่ การควบคุมการอารมณ์โกรธ ควบคุมอารมณ์หวาดกลัว ควบคุมอารมณ์ความสุข และควบคุมอารมณ์ความเศร้า ความเสียใจเป็นต้น

2. ความไว้วางใจ (Trustworthiness) คือ ความสามารถในการแสดงตนให้เป็นที่ไว้วางใจของผู้อื่น ได้แก่ การยอมรับผิดต่อผลการกระทำของตน

3. ความรู้สึกผิดชอบ (Conscientiousness) คือ ความรู้สึกรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเอง ได้แก่การตรงเวลา การปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมาย และมีความรับผิดชอบต่อตนเอง

4. ความสามารถในการปรับตัว (Adaptability) คือ ความสามารถในการปรับความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมของตนให้เหมาะสมกับสถานการณ์และสภาพแวดล้อม ได้แก่ สามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรค สามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะกับสถานการณ์ และสามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้เหมาะเมื่อต้องเผชิญกับความข้องใจ มีการจัดการอารมณ์ที่ดี

5. การสร้างสรรค์สิ่งใหม่ (Innovation) คือ สามารถสร้างสิ่งใหม่ๆ และเปิดใจกว้างกับแนวความคิดและข้อมูลใหม่ๆ ได้แก่ มีความคิดริเริ่ม สามารถแก้ปัญหาได้หลายทาง ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น เป็นต้น

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ การจัดการทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถของผู้รับบริการคลินิกวัยทองในการควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก การแสดงออกของตนให้อยู่ในสภาพปกติ มีจิตใจหนักแน่นมั่นคงไม่หวั่นไหวต่อเหตุการณ์ต่างๆ สามารถจัดการอารมณ์และปรับอารมณ์ให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้เป็นอย่างดี มีการควบคุมตนเอง ความไว้วางใจ ความรู้สึกผิดชอบ ความสามารถในการปรับตัว และการสร้างสิ่งใหม่ๆ เป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่เกิดจากใช้กระบวนการทางปัญญาในการประเมินสถานการณ์ และการจัดการกับสถานการณ์ที่มาคุกคาม

2.4 ลักษณะของภาวะวิกฤตทางอารมณ์

อากีเลล่า (Aguilera. 1984) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเผชิญปัญหาแล้วไม่สามารถแก้ไขได้ บุคคลจะเกิดความยุ่งยากใจ และมีความเครียดเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากปกติ จะเห็นได้ว่าการที่บุคคลจะเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์นั้น จะต้องผ่านภาวะต่างๆ เป็นระยะโดยสรุปเป็นขั้นตอนที่เกิดขึ้น ได้ 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนวิกฤตทางอารมณ์ เมื่อมีสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเกิดขึ้น บุคคลจะรับรู้ต่อปัญหาและความรู้สึกมีความเครียด ดังนั้นบุคคลจึงต้องหาแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อปรับปรุงให้คืนสู่ภาวะปกติ โดยใช้ประสบการณ์เดิมมาเป็นแนวในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว หากบุคคลไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ก็จะเข้าสู่ระยะที่ 2 ต่อไป

2. ระยะรับรู้เหตุการณ์ เมื่อบุคคลไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ความเครียดและความวิตกกังวลจะสูงขึ้นเรื่อยๆ การรับรู้สิ่งต่างๆ น้อยลง มีความคิดหมกมุ่น รู้สึกขาดความเป็นตัวเองของตัวเอง อารมณ์เปลี่ยนแปลง ดังนั้นบุคคลจึงพยายามขจัดความรู้สึกต่างๆเหล่านี้ได้หมดไป โดยการมองหาที่พึ่งต่างๆ เพื่อขอความช่วยเหลือและคำปรึกษาแนะแนว ถ้าบุคคลสามารถแก้ไขปัญหาตนเองได้ ก็จะรู้สึกสบายขึ้น แต่หากระยะนี้บุคคลไม่สามารถพึ่งใคร แก้ปัญหาไม่ได้ก็เข้าสู่ระยะที่ 3

3. ระยะวิกฤตทางอารมณ์ บุคคลมีความวิตกกังวลสูงขึ้นมาก ไม่สามารถควบคุมความเครียดได้ แก้ไขปัญหาไม่ได้ กลไกทางจิตที่นำมาใช้ไม่สามารถทำให้ความเครียดและความวิตกกังวลลดลง บุคคลจะเริ่มเสียขวัญและเกิดความคับข้องใจ บุคคลจะพยายามระดมพลังทุกด้านเพื่อแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่อีกครั้ง โดยหาวิธีอื่นๆ อีก พยายามทำความเข้าใจของตนเอง ทั้งนี้เพื่อความคงไว้ซึ่งความสมดุลของอารมณ์ หากบุคคลไม่สามารถแก้ปัญหาได้ บุคคลเริ่มมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ ภาวะวิกฤตทางอารมณ์ดำเนินไปสู่ระยะที่ 4

4. ระยะหลังวิกฤตทางอารมณ์ ซึ่งเป็นผลจากการปรับตัวในระยะที่ 3 บุคคลไม่สามารถควบคุมความเครียดได้ ทำให้พฤติกรรมที่ผิดปกติเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะวิกฤตทางอารมณ์ จะมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนจากปกติ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอาจเกิดขึ้นทันทีทันใด หรืออาจเปลี่ยนแปลงไปทีละน้อย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมดังกล่าวอาจมีผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่นและสภาพแวดล้อม นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมแล้วบุคคลอาจมีพยาธิสภาพร่างกายอีกด้วย โดยปกติขั้นตอนต่างๆ ของการเกิดภาวะวิกฤตใช้เวลา 4-6 สัปดาห์ ถ้าภาวะวิกฤตทางอารมณ์ได้รับการช่วยเหลือคลี่คลายในทางบวก บุคคลแก้ปัญหาได้ถูกต้องปรับตัวได้ บุคคลจะได้รับการเรียนรู้จากภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทำให้เกิดความงอกงาม บุคคลได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาใหม่ จิตใจเข้มแข็งขึ้น ทำให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุขมากขึ้น ในทางตรงข้ามหากภาวะวิกฤตคลี่คลายไปทางลบ บุคคลยังอยู่ในภาวะวิกฤตกังวลระดับสูงไม่สามารถปรับตัวได้ จึงหาทางออกในวิธีต่างๆ กลายเป็นผู้ที่มีปัญหาทางจิต ป่วยเป็นโรคจิตหรือโรคประสาทได้

สรุปขั้นตอนการเกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ คือ เมื่อบุคคลมีปัญหาเกิดขึ้นจะไม่ใช้วิธีการแก้ปัญหาที่เขาถนัด แต่วิธีการแก้ปัญหาที่เขาเคยใช้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาในครั้งได้ ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียดมากขึ้น บุคคลจะพยายามหาวิธีแก้ปัญหาแบบลองผิดลองถูก แต่ยังไม่สามารถแก้ปัญหาแบบลองผิดลองถูก แต่ยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้บุคคลรู้สึกผิดหวังและไร้ประสิทธิภาพ เมื่อมีสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดซึ่งมักเป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมากระตุ้น ร่วมกับภาวะอ่อนแอที่มีอยู่แล้วของบุคคลทำให้ความตึงเครียดมีเพิ่มมากขึ้นจนบุคคลรับไม่ไหว สับสน แปรปรวน สูญเสียความสามารถในการกำหนดตัวปัญหา ไม่สามารถประเมินและแยกแยะปัญหาบนพื้นฐานความเป็นจริง จึงสูญเสียความสามารถในการแก้ปัญหา และเกิดวิกฤตทางอารมณ์ขึ้น

2.5 การวัดการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร

ในการศึกษาของ อังศินันท์ อินทรกำแหง (2555) ได้ศึกษาแนวทางการเผชิญและป้องกันภาวะวิกฤตชีวิตของบุคคลวัยทำงาน โดยได้สร้างแบบสอบถามจากการวิจัย และแบบประเมินที่สามารถใช้วิเคราะห์ภาวะวิกฤตชีวิตสำหรับครอบครัวที่ไม่สามารถสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงของตนเองได้ชัดเจน โดยมีการวัดแบบวัดมีข้อคำถามที่เกี่ยวกับการจัดการรับรู้ถึงภาวะวิกฤตของตน รวม 40 ข้อ แบ่งเป็นการวัดจาก 1) ความเครียดมี 16 ข้อ 2) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์มี 10 ข้อ และ 3) การปรับตัว 14 ข้อ เป็นการสอบถามถึงระดับการรับรู้ความรู้สึก และอาการแสดงออกทางพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งปรากฏขึ้นตรงกับความเป็นจริงในชีวิต และในงานวิจัยของวิลาวรรณ คริสต์รักษา (2557) เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิฤตทางจิตใจจากอุทกภัยต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยมีองค์ประกอบดังนี้ เป็นแบบสอบถามวัดความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ซึ่งแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองทางด้านจิตใจเมื่อเกิดอุทุกภัยมีจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบถูกและผิด และ 3) แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยที่ได้พัฒนาจากเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองมีจำนวน 26 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณ 6 อันดับ กำหนดให้เลือกเพียงคำตอบเดียว เป็นต้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวัดการจัดการทางภาวะวิกฤตทางอารมณ์ โดยใช้แบบวัดที่สร้างขึ้นจากนิยามปฏิบัติการของการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองในเขตกรุงเทพมหานครและได้ปรับปรุงจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีองค์ประกอบ 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และ 2) การจัดการทางอารมณ์ โดยได้สร้างแบบวัดการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ดังนี้

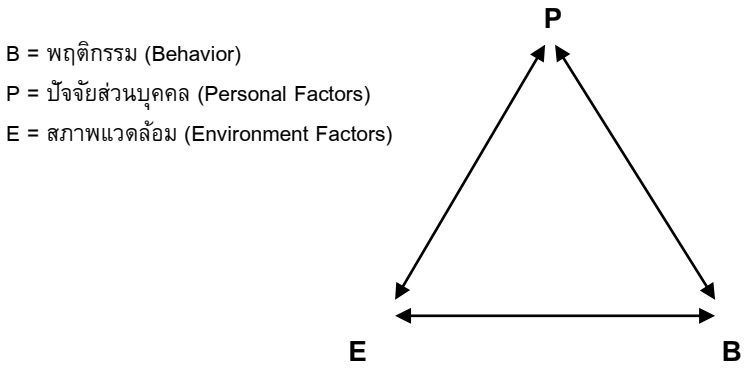
ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดขึ้นเองและปรับปรุงจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องตามนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยแบ่งเป็นรายด้าน 2 ด้าน ดังนี้ 1) การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และ 2) การจัดการทางอารมณ์ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จาก “บ่อยครั้งที่สุด” ถึง “ไม่เคยทำเลย” การให้คะแนน สำหรับข้อความทางบวกผู้ที่ตอบบ่อยครั้งที่สุดจะได้ 6 คะแนน จนถึงไม่เคยทำเลย 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามทางลบจะได้คะแนนในทางตรงข้ามกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการจัดภาวะวิกฤตทางอารมณ์สูงกว่า ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนต่ำ

จากการประมวลเอกสารจึงคาดว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงและการจัดการทางอารมณ์สูง จะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงและการจัดการทางอารมณ์ต่ำ

ตอนที่ 3 แนวทางการวิเคราะห์สาเหตุการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง

จากการศึกษาปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร หมายถึง การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ โดยการรับรู้เหตุการณ์ตามความจริง การจัดการทางอารมณ์ เช่น การควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกของการแสดงออกของตนให้อยู่ในสภาพปกติ มุ่งปรับอารมณ์ การควบคุมตนเอง มีความสามารถในการปรับตัว การศึกษา ในการวิจัยนี้ใช้แนวการวิเคราะห์สาเหตุพฤติกรรมการการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร

การวิจัยในการวิจัยนี้ใช้แนวการวิเคราะห์สาเหตุพฤติกรรมการการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร ครั้งนี้ ผู้วิจัยอธิบายสาเหตุของการพฤติกรรม ตามทฤษฎีทางปัญญาสังคมสังคม (Social cognitive theory) ของแบนดูรา (Bandura. 1986) มากำหนดเป็นกรอบในการประมวลเอกสารและกำหนดตัวแปรเชิงสาเหตุที่จะอธิบาย การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง เนื่องจากแนวคิดพื้นฐานของแบนดูร่าเชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยหลัก 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล และ 2) ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม และการร่วมกันของปัจจัยส่วนนั้นจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน ซึ่งสามารถเขียนเป็นภาพอธิบายได้ดังนี้



ภาพประกอบ 1 โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม ปัจจัยส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อม

ที่มา: แบนดูรา (Bandura. 1986)

จากภาพประกอบ 1 แสดงให้เห็นได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ทำหน้าที่กำหนดที่มีอิทธิพลเชิงสาเหตุ-ผลกัน ปัจจัยที่กำหนดซึ่งกันและกันทีละคู่ คือ คู่แรกระหว่าง P กับ B เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ซึ่งเป็นปัจจัยดังกล่าวกำหนดลักษณะและทิศทางของพฤติกรรม ส่วนการกำหนดซึ่งกันและกันของ E กับ P เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างของลักษณะของบุคคลกับสภาพแวดล้อม และการกำหนดซึ่งกันและกันของ B กับ E เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันของคนเรา (Bandura. 1989: 1-60)

เนื่องจากทฤษฎีทางปัญญาสังคมได้อธิบายสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมของบุคคล จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองในเขตกรุงเทพมหานคร โดยเน้นไปที่การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง โดยการศึกษาแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และด้านการจัดการทางอารมณ์ที่จะนำไปสู่การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง และปัจจัยหลัก 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ 1) ลักษณะทางจิต โดยจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ได้แก่ ปรีชาเชิงอารมณ์ ความฉลาดทางสุขภาพ ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ และความผูกพันทางศาสนา เป็นต้น และ 2) ลักษณะทางสังคม โดยจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว เป็นต้น

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้ทฤษฎีของ ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus; & Folkman. 1984: 150-152) กล่าวถึงวิธีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ (Coping strategies) ว่าเป็นความพยายาม

ของบุคคลในการจัดการกับปัญหา สถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายนอกและภายในตัวบุคคล มี 2 ลักษณะคือ

1. การมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion-focused coping) คือการที่บุคคลใช้วิธีการ ตอบนองต่อปัญหาสถานการณ□หรือการเปลี่ยนแปลงที่เผชิญ โดยใช้กระบวนการทางความคิด ด้วยการปรับสภาวะอารมณ์หรือความรู□สึกหรือการใช้กลไกทางจิต (Defensive reappraisal) เช่น การหลีกเลี่ยง การหลีกเลี่ยงปฏิเสธ การลดความสำคัญของปัญหา การเบี่ยงเบนความคิดความสนใจการ คิดในแง□ดี และการแสวงหาแหล่งสนับสนุนจากผู้อื่นเป็นต้น ซึ่งเป็นวิธีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ แบบนี้เป็นการช่วยลดบรรเทาความรู้สึกแต่ปัญหายังคงอยู่ เนื่องจากไม่ได้รับการแก้ไข

2. การมุ่งจัดการปัญหา (Problem-focused coping) คือ การที่บุคคลใช้วิธีการตอบสนองต่อปัญหา สถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อการจัดการทางอารมณ์ โดยกลวิธีในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยเทคนิคเหล่านี้ คือการทำความเข้าใจว่าปัญหานั้นคืออะไร และรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง เพื่อหาทางแก้ไขและเลือกวิธีแก้ไข โดยคำนึงถึงประโยชน์และความคุ้มค่า วิธีการจัดการทางอารมณ์นี้มุ่งที่สิ่งแวดล้อมและตนเอง โดยการเปลี่ยนแปลงความกดดันจากสิ่งแวดล้อม อุปสรรค ทรัพยากร และวิธีดำเนินการที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ทักษะ วิธีการและพัฒนามาตรฐานพฤติกรรมของตนเอง ในการจัดการทางอารมณ์นั้น บุคคลจะใช้ทั้งการมุ่งจัดการกับปัญหาและมุ่งจัดการกับอารมณ์ควบคู่กันไป แต่จะใช้วิธีการใดมากกว่านั้นขึ้นอยู่กับความยากง่ายของปัญหาที่ต้องเผชิญ นั่นคือ บุคคลจะใช้วิธีการมุ่งจัดการปัญหามากกว่าในสถานการณ์ที่รับรู้ว่าตนสามารถแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ และในทางตรงข้ามกันจะเลือกใช้วิธีมุ่งจัดการกับอารมณ์มากกว่าในการจัดการทางอารมณ์ขั้นตอนทั้งหมดสามารถย้อนไปย้อนมาได้ หากพบข้อมูลใหม่หรือกระบวนการนั้นยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย คือ การปรับภาวะสมดุลให้กับตนได้อย่างแท้จริง กระบวนการจัดการทางอารมณ์นั้นจะเกิดขึ้นอีกครั้ง

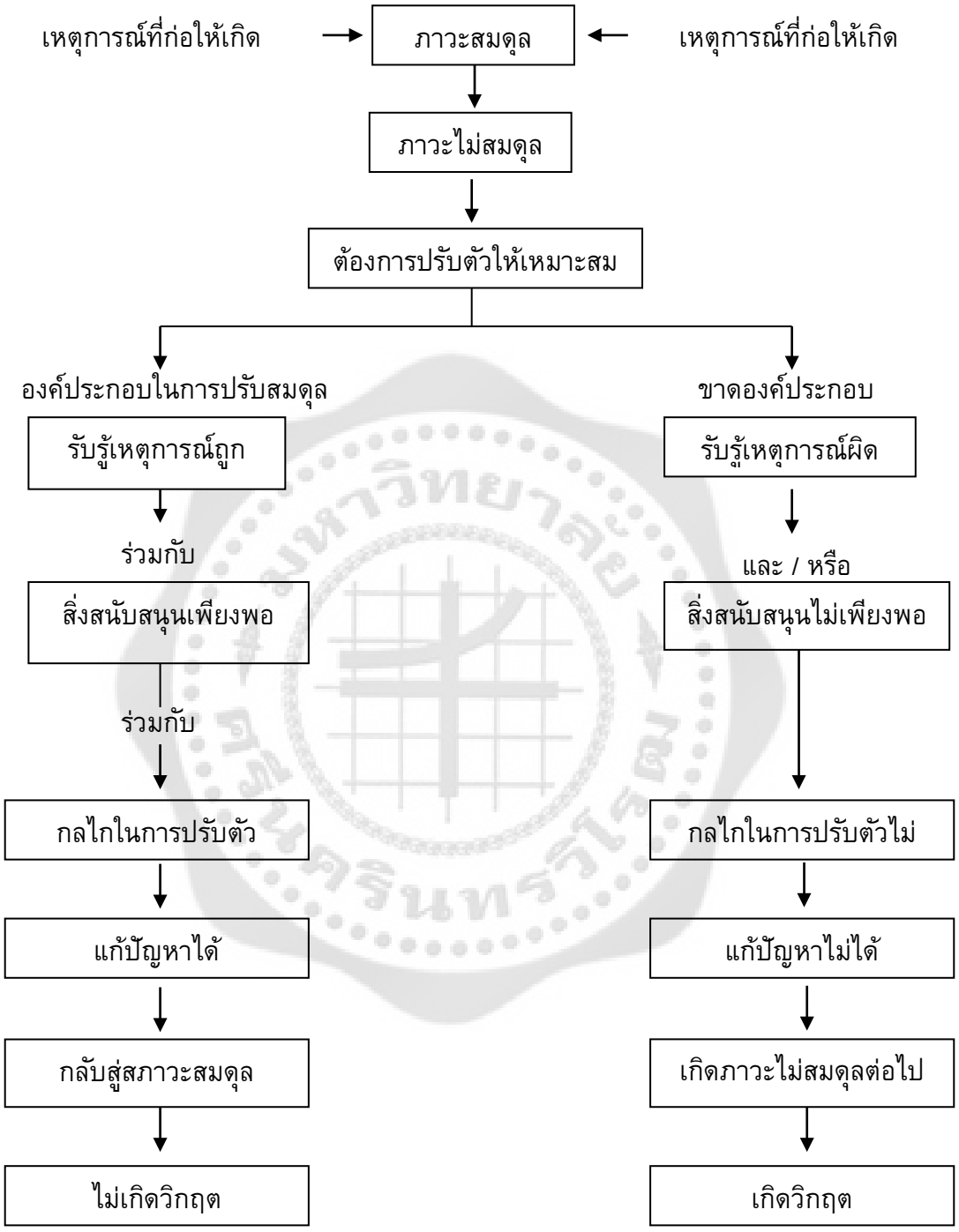
กล่าวโดยสรุปคือ บุคคลที่ต้องเผชิญหรือพบเจอกับสิ่งเร้า (สิ่งที่มากระตุ้น) ทั้งสิ่งเร้าภายนอกหรือสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว และสิ่งเร้าภายในบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ๆ เช่น ขาดการดูแลสุขภาพ ขาดการเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยทอง ขาดการรับรู้ข่าวสาร ภาวะวิกฤตทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการนั้นนั้นเกิดได้ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก เช่น สิ่งแวดล้อม จากปัญหาในครอบครัว ปัญหากับเพื่อนร่วมงาน ขาดการจัดการทางอารมณ์และความฉลาดทางสุขภาพ รวมถึงขาดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สิ่งเหล่านี้มีผลให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์ จึงต้องมีการจัดการทางอารมณ์ เพื่อปรับสมดุลให้เข้าสู่สภาวะปกติและทฤษฎีของอากีเลอร่าและแมสซิค (Aguilera; & Messick. 1986) กล่าวไว้ว่า บุคคลเมื่อประสบกับเหตุการณ์บางอย่างในชีวิตเหตุการณ์นั้นไม่ได้เป็นสาเหตุเข้าสู่ภาวะวิกฤตในทันที ก็จะช่วยให้บุคคลอยู่ในภาวะสมดุล ไม่เกิดวิกฤต ซึ่งมีองค์ประกอบการปรับตัวเข้าสู่สมดุลดังนี้

1. การรับรู้เหตุการณ์นี้เกิดขึ้นตามเป็นจริง (Realistic perception of the event) คือ การเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อมีปัญหาเกดขึ้นหากบุคคลรับรู้ได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง

ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับความรู้สึกตึงเครียดของตนเอง การแก้ปัญหาก็จะทำได้ตรงจุด หากรับรู้เหตุการณ์ผิดๆ เข้าใจปัญหาผิดๆ ไม่ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์และความรู้สึกตึงเครียด ความสามารถและความตั้งใจในการแก้ปัญหาก็จะขาดประสิทธิภาพ การแก้ปัญหาย่อมไม่สำเร็จ ความเครียดยังอยู่ต่อไป

2. การมีระบบสนับสนุนในสถานการณ์อย่างเพียงพอ (Adequate situational support) เมื่อบุคคลต้องเผชิญสถานการณ์ที่เป็นปัญหา หากบุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่มีความเข้าใจ อาจจะช่วยให้บุคคลเข้าใจปัญหาและแก้ปัญญาได้เหมาะสม ในทางตรงข้ามหากบุคคลไม่ได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลอาจรู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกสิ้นหวัง ไร้ที่พึ่งพิง ความตึงเครียดก็จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่สภาวะสมดุลได้

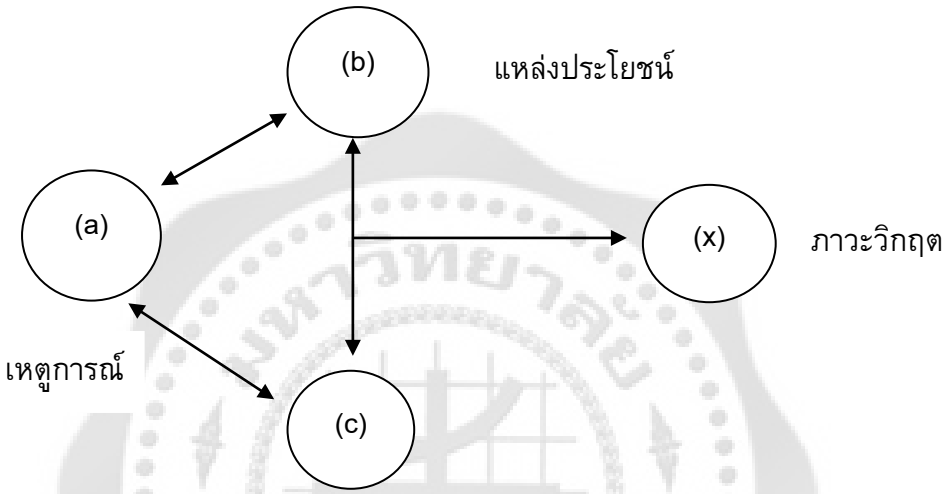
3. การมีกลไกในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (Coping mechanism) กลไกการปรับตัวจากประสบการณ์ของชีวิต หากบุคคลมีการพัฒนาการใช้กลไกในการปรับตัวในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างถูกเหมาะสม เมื่อเกิดปัญหาขึ้นบุคคลจะสามารถแก้ปัญหาได้โดยใช้กลไกการปรับตัวที่เหมาะสม เมื่อเกิดปัญหาขึ้นบุคคลจะสามารถแก้ปัญหาได้โดยใช้กลไกการปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งวิธีขจัดความเครียดนั้นมี 2 วิธีใหญ่ๆ คือ การมุ่งแก้ปัญหา(Problem-focused copping) เป็นความพยายามเปลี่ยนเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดให้ดีขึ้นหรือพยายามจัดการกับความเครียดนั้น และการมุ่งปรับอารมณ์ (Emotional-focused coping) เป็นการปรับอารมณ์ หรือความรู้สึกเครียด เพื่อไม่ให้ทำลายขวัญและลดประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาของตนดังภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 องค์ประกอบการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของบุคคล

ที่มา: อากีเลอร่าและแมสซิค (Aguilera; & Messiek. 1986

ฮิลล์ (Hill. 1949) กล่าวว่า ภาวะวิกฤตเป็นกลไกการเกิดในครอบครัวที่มาเป็นปัจจัยส่งผลต่อภาวะวิกฤต a b c ได้แก่ ปัจจัย a เหตุการณ์ (Stressor) มีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัย b ได้แก่แหล่งประโยชน์ที่ช่วยผ่อนคลายภาวะวิกฤต (Existing resource) และ มีปฏิสัมพันธ์กับ c คือ การรับรู้และการให้ความหมายกับเหตุการณ์ (Perception of stress) ทำให้เกิด x คือ ภาวะวิกฤต (Crisis) โดยอังศินันท์ อินทรกำแหง และทัศนา ทองภักดี (2553: 18) สามารถสรุปได้ดังนี้



ภาพประกอบ 3 ภาพจำลองการเกิดภาวะวิกฤตตามทฤษฎีของฮิลล์

ที่มา: กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม และคณะ (2547)

1. ปัจจัย A คือ เหตุการณ์ (Stressor) สถานการณ์ภาวะวิกฤตที่ผู้ประสบเหตุการณ์ไม่คาดฝัน ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุจากภายในและภายนอก เช่น ภาวะวิกฤตทางอารมณ์จากเพื่อนร่วมงาน และสมาชิกภายในครอบครัว เป็นต้น

2. ปัจจัย B คือ แหล่งประโยชน์ที่ช่วยผ่อนคลายภาวะวิกฤต (Existing resource) เป็นแหล่งประโยชน์ช่วยเหลือทรัพยากรที่ควรนำมาใช้ลดความรุนแรงผลกระทบจากเหตุการณ์ A เช่น การได้รับคำปรึกษาแนะนำ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว

3. ปัจจัย C คือ การรับรู้และการให้ความหมายกับเหตุการณ์ (Perception of stress) เป็นปัจจัยการรับรู้บุคคลกับเหตุการณ์ A ที่เกิดขึ้น เป็นการให้ความหมายต่อสถานการณ์ ทำให้เหตุการณ์คล้ายเหตุการณ์คล้ายคลึงกันอาจมีผลกระทบที่เผชิญต่อเหตุการณ์ที่แตกต่างกัน ขึ้นกับการรับรู้ของบุคคลต่อปัญหาที่เกิดขึ้นและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์วิกฤตที่คล้ายคลึงกันที่เคยได้รับมาแล้วในอดีตและนำมาสู่ ภาวะวิกฤตของบุคคล (ปัจจัย X)

4. ปัจจัย x คือ ภาวะวิกฤต (Crisis) เป็นปัจจัยภาวะวิกฤตของบุคคล โดยบุคคลจะมีการปรับตัวต่อเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น (สถานการณ์ A) เป็นความพยายามที่จะปรับตัวต่อภาวะเครียดเพื่อไม่ให้เกิดภาวะวิกฤต

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีชีวสังคมต่างกัน เพื่อจะได้ทราบถึงตัวแปรเชิงเหตุผลใดบ้างมีบทบาทสำคัญในการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิกฤตทางอารมณ์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการงานวิจัยและศึกษาตัวแปรที่มีผลต่อการจัดการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร

3.1 ปัจจัยทางจิตกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

ปัจจัยทางจิต เป็นลักษณะที่เกิดจาการสะสมตั้งแต่เด็กและติดตัวบุคคลมาในสถานการณ์หนึ่งๆ ซึ่งมักเป็นจิตลักษณะที่มีพื้นฐานมาจากการถ่ายทอดทางสังคมจากสถาบันทางสังคมที่สำคัญ เช่น ครอบครัว โรงเรียน ศาสนา เป็นต้น (ดุจเดือน พันธุมนาวิน. 2550: 91) ในการวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาปัจจัยทางจิตที่คาดว่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ได้แก่ ปรีชาเชิงอารมณ์ ความฉลาดทางสุขภาพ ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ และความผูกพันทางศาสนา โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1.1 ปรีชาเชิงอารมณ์กับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

ปรีชาเชิงอารมณ์ (Emotional Quotient) หรือ EQ ในภาษาไทยนิยมใช้คำว่า ปรีชาเชิงอารมณ์ หรือความฉลาดทางอารมณ์ สำหรับความหมาย ได้มีนักวิชาการต่างประเทศให้ความหมายไว้หลายทฤษฎี เช่น ซาโลเวย์และเมเยอร์ (Salovey; & Mayer: ออนไลน์) ให้ความความหมายว่า

ปรีชาเชิงอารมณ์ เป็นความสามารถของบุคคลที่ตระหนักรู้ในความคิด ความรู้และภาวะอารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนและผู้อื่น มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนทำให้สามารถชี้นำความคิดและการกระทำของตนได้อย่างสมเหตุสมผล สอดคล้องกับการทำงานและการดำเนินชีวิตโดยมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ และบาร์ออน และปาร์คเกอร์ (Bar-on; & Parker. 2000) ให้ความหมายว่า ความฉลาดทางอารมณ์เป็นองค์ประกอบส่วนบุคคลที่จะปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ที่มีผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดีและการประสบความสำเร็จในชีวิต โดยคอปเปอร์และสวาฟ (Cooper; & Swaf: Online) ให้ความหมายว่า ปรีชาทางอารมณ์เป็นความสามารถของบุคคลในการรับรู้ เข้าใจและรู้จักใช้พลังทางอารมณ์ของตนเองเป็นรากฐานในการสร้างสัมพันธภาพ และโน้มน้าวจิตใจผู้อื่น และโกลแมน (Goleman. 1998: 317) ได้ให้ความหมายว่า ความฉลาดหรือปรีชาเชิงอารมณ์เป็นความสามารถในการตระหนักถึงความรู้สึกของตนเองและความรู้สึกของผู้อื่น จนสามารถบริหารหรือจัดการตนเพื่อเป็นแรงจูงใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้อย่างประสบความสำเร็จ สำหรับภาษาไทย นอกจากปรีชาทางอารมณ์แล้วยังมีนักวิชาการได้แปลไว้หลากหลายเช่น ความฉลาดทางอารมณ์ สติอารมณ์ ปัญญาอารมณ์ เชาว์อารมณ์ ความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์ ฯลฯ หลายคำแปลมุ่งเน้นที่จะสอดคล้องกับคำว่าเชาวน์ปัญญา ถึงแม้คำแปลภาษาไทยจะหลากหลายแต่ความหมายของคำมีลักษณะใกล้เคียงกัน เป็นการอธิบายถึงคุณลักษณะของมนุษย์ว่าเป็นความสามารถของบุคคลที่ตระหนักรู้ในความคิด ความรู้สึกและสภาวะอารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่นได้ รวมถึงมีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตน มีจิตใจที่มั่นคง แน่วแน่ มีเหตุผล มีสติ สามารถที่จะควบคุมตนเองได้ มีความสามารถในการรับรู้ถึงความต้องการของคนอื่นและรู้จักมารยาททางสังคม คนที่มีความฉลาดทางอารมณ์ระดับสูงเป็นคนที่สามารถแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมตามวัยของตนและสามารถอยู่กับคนอื่นๆ ในสังคมได้อย่างมีความสุข (วีระวัฒน์ ปันนิตามัย. 2545: 23)

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของปรีชาเชิงอารมณ์ หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ของตนเองในการระบุประเมินและการควบคุมอารมณ์ของตนเองของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง มีความสามารถด้านการควบคุมอารมณ์ซึ่งนำไปสู่การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ที่แบ่งได้ 2 ด้าน คือ 1) ความสามารถส่วนบุคคล ได้แก่ การตระหนักรู้ตนเอง การจัดการตนเอง การจูงใจ เป็นต้น และ 2) ความสามารถทางสังคม ได้แก่ ความเข้าอกเข้าใจ ทักษะทางสังคม เป็นต้น

องค์ประกอบปรีชาเชิงอารมณ์กับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

ซาโลเวย์ และเมเยอร์ (Salovey; & Mayer. 1997) ได้กล่าวถึงปรีชาเชิงอารมณ์หรือความฉลาดทางอารมณ์ว่าเป็นคุณสมบัติทางจิตอารมณ์ของบุคคล ประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบ (ลักขณา สิติวัฒน์. 2545: 175) คือ 1) ความตระหนักรู้อารมณ์ตนเอง ได้แก่ การรับรู้อารมณ์ตนเองตามความเป็นจริง 2) การบริหารจัดการอารมณ์ตนเองได้อย่างเหมาะสม 3) การสร้างแรงจูงใจให้ตนเอง โดยให้กาลังใจและกระตุ้นตนเอง มีความคิดสร้างสรรค์ 4) การตระหนักรู้อารมณ์ผู้อื่น รู้ถึงความต้องการผู้อื่น เห็นอกเห็นใจผู้อื่น 5) การสร้างและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่น ได้แก่ การมี

ทักษะในการจัดการอารมณ์ผู้อื่นมีทักษะทางสังคมและการแก้ไขข้อขัดแย้ง โดยยังให้ความเห็นว่ากระบวนของความฉลาดทางอารมณ์ ควรพัฒนาจากขั้นแรกๆ ซึ่งไม่ง่ายไม่ซับซ้อนไปสู่กระบวนการของจิตใจที่บูรณการกันอย่างดีมากขึ้นในขั้นต่อๆ ไป และในปี 1998 โกลแมน (Goleman. 1998: 46-48) ได้เสนอกรอบแนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์ไว้ 2 หมวด จำนวน 5 องค์ประกอบ โดยได้แบ่งโครงสร้างของความฉลาดทางอารมณ์ ดังนี้

องค์ประกอบด้านความสามารถของบุคคล

1. การตระหนักรู้ในตนเอง (Personal competence) คือการตระหนักรู้ในอารมณ์ความรู้สึดของตนเองตามความเป็นจริง รวมทั้งรู้ผลของอารมณ์ที่เกิดขึ้น สามารถประเมินตนได้ตามความเป็นจริง รู้จุดเด่นจุดด้อยของตนเอง มีความมั่นใจในตนเอง เชื่อมั่นในความสามารถและคุณค่าของตนเอง

2. ความสามารถในการควบคุมตนเอง (Self-Regulation) คือ ความสามารถในการจัดการกับอารมณ์และแรงกระตุ้นภายในได้อย่างเหมาะสม เป็นคนซื่อสัตย์ น่าไว้วางใจ มีคุณธรรมและความรับผิดชอบ มีความสามารถในการปรับตัวยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ชอบสร้างสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ มีความคิดเปิดกว้างกับข้อมูลใหม่

3. มีแรงจูงใจ (Motivation) สามารถสร้างแรงจูงใจและจูงใจตนเองได้ โดยใช้แนวโน้มจากอารมณ์ นำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ มีความยึดมั่นผูกพันกับเป้าหมายของกลุ่ม มีความคิดริเริ่มและพร้อมที่จะปฏิบัติเมื่อมีโอกาส มองโลกในแง่ดี เป็นต้น

องค์ประกอบด้านความสามารถทางสังคม

4. ความสามารถในการเข้าอกเข้าใจผู้อื่น (Empathy) หมายถึง มีความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกและมุมมองของผู้อื่น สนใจและห่วงใยผู้อื่น รับรู้ในความต้องการของผู้อื่นที่มาติดต่อสัมพันธ์กับเราได้ดี เข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ให้โอกาสผู้อื่นและตระหนักรู้ถึงความคิดเห็นของกลุ่มและคาดคะเนถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในกลุ่มได้

5. ทักษะทางสังคม (Social skill) เป็นความคล่องในการติดต่อกับผู้อื่นเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและแสวงหาความร่วมมือจากผู้อื่นได้ดี โดยสามารถโน้มน้าวบุคคลอื่นได้อย่างนุ่มนวลแนบเนียนและได้ผล มีทักษะในการสื่อสาร และการบริหารจัดการกับความขัดแย้ง มีภาวะผู้นำ มีการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง สร้างพันธะความผูกพัน เสริมสร้างความร่วมมือร่วมใจกันปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย สร้างสมรรถนะของทีมงานเพื่อให้เกิดพลังความร่วมมือ

โกลแมน (Goleman.1998) มีความเชื่อว่าความฉลาดทางอารมณ์ของบุคคล สามารถจัดได้เป็น หมวดหมู่ตามลักษณะร่วมกัน และเชื่อว่าไม่มีผู้ใดที่จะมีครบทุกด้านแต่ละคนมีจุดเด่นจุดด้อยที่ แตกต่างกันไปแต่คนที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงจะมีบางสมรรถนะที่โดดเด่นปกติแล้วจะมี 5-6 ด้านที่ครอบคลุมองค์ประกอบของความฉลาดทางอารมณ์ หนทางพัฒนาสู่ความเป็นเลิศด้านความฉลาดทางอารมณ์สามารถทาได้หลายทางเชื่อว่าความฉลาดทางอารมณ์แต่ละด้าน โดยได้แบ่งคุณลักษณะสำคัญได้ 5 ประการ คือ 1) เป็นเอกเทศแต่ละด้านต่างก็มีผลต่อการปฏิบัติงาน

2) เกื้อกูลกัน มีอิทธิพลต่อกัน เช่น หากขาดทักษะทางสังคมก็จะส่งผลให้นาทีมได้ไม่ดี 3) เป็นลาดับขั้นหากไม่รู้จักตนก็จะควบคุมตนและเข้าใจผู้อื่นได้ยาก 4) การมีความฉลาดทางอารมณ์ในด้านต่างๆ ยังไม่เพียงพอ บรรยากาศและวัฒนธรรมองค์กรต้องเกื้อหนุนการแสดงออกด้วย และ 5) เป็นแบบฉบับที่ใช้ได้ทุกมิติ สามารถประยุกต์ใช้ได้กับงานแต่ละประเภทแตกต่างกันไป

สรุปได้ว่า ปรีชาเชิงอารมณ์ (Emotional Intelligence) ประกอบไปด้วย 1) ความสามารถส่วนบุคคล ได้แก่ การตระหนักรู้ในตนเอง ความสามารถในการควบคุมตนเอง และมีแรงจูงใจ เป็นต้น และ 2) ความสามารถทางสังคม ได้แก่ ความสามารถในการเข้าอกเข้าใจผู้อื่น และทักษะทางสังคม เป็นต้น

การวัดปรีชาเชิงอารมณ์กับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดปรีชาเชิงอารมณ์ ปรับปรุงแบบวัดของอังศินันท์ อินทรกำแหง และภัทราวุธ อินทรกำแหง (2550) ซึ่งดัดแปลงจากโฮเกอร์และโฮเกอร์ (Hoeger; & Hoeger. 2005) มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จำนวน 10 ข้อคำถาม จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” การให้คะแนน สำหรับข้อความทางบวกผู้ที่ตอบจริงที่สุดจะได้ 6 คะแนน จนถึงไม่จริงเลย 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามทางลบจะได้คะแนนในทางตรงข้ามกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกที่ได้คะแนนต่ำ

งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปรีชาเชิงอารมณ์กับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

ในงานวิจัยของเกรฟ (Graves. 1999) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปรีชาทางอารมณ์กับความสามารถในการรับรู้และประสิทธิภาพในการทำงาน พบว่าปรีชาทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการรับรู้สามารถทำนายพฤติกรรมที่จะนำการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งสอดคล้องกับดังที่ กาญจนา พุทธทิพกนก (2545) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปรีชาทางอารมณ์กับความสำเร็จในการทำงานของผู้บริหาร พบว่าความปรีชาทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสำเร็จในการทำงาน และในงานวิจัยของ ลาร์น (Lam. 1999) ได้พบว่าปรีชาทางอารมณ์มีผลให้การปฏิบัติงานดีขึ้นกล่าวคือยิ่งมีความปรีชาทางอารมณ์สูงขึ้นคะแนนในการปฏิบัติงานก็จะสูงตามลำดับความฉลาดทางอารมณ์จึงเป็นตัวบ่งชี้ถึงความสามารถในการปฏิบัติงาน และการเอาใจใส่ความรู้สึกของผู้อื่นและการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้

เลสไชด์ (Leschied. 1985: 467-477) ได้ศึกษาผลของการตอบสนองต่อโปรแกรมการฝึกอบรมของเด็กในสถานกักกันที่ระดับสติปัญญาต่างกัน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่มีระดับสติปัญญาสูง จำนวน 30 คน และกลุ่มระดับสติปัญญาต่ำจำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ระดับสติปัญญาสูงแสดงการตอบสนองต่อโปรแกรมที่มีความยืดหยุ่นไม่เคร่งครัด แสดงให้เห็นว่า เด็กที่มีความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์สามารถควบคุมตนเองได้ดี

วีระวัฒน์ ปันตินามัย (2542: 34-37) กล่าวว่า ปรีชาเชิงอารมณ์นั้นถือเป็นการเรียนรู้รู้จักอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ตลอดจนความสามารถในการบริหารจัดการกับอารมณ์ของตนเอง

การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น เอาใจเขามาใส่ใจเรา ผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์จะเป็นผู้ที่สามารถใช้ ความคิดอ่านเกี่ยวกับอารมณ์ตนเอง และของผู้อื่นให้เกิดประโยชน์ในทางสร้างสรรค์ได้อย่างดี การสามารถใช้ความปรีชาทางอารมณ์เข้าสู่ชีวิตประจำวันและงานในหน้าที่ และในทำนองเดียวกัน กันธิดารัตน์ วงศ์พันธ์ (2551. 49) ได้กล่าวว่า ปรีชาทางอารมณ์หรือความฉลาดทางอารมณ์ มีส่วนสำคัญในความสำเร็จหน้าที่การงาน

จากการศึกษาของวีระวัฒน์ ปันนิตามัย (2542: 112-119) ได้ศึกษาความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์ ได้สร้างเครื่องมือวัดความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์ร่วมกับอุสา สิทธิสาคร โดยใช้กรอบแนวคิดของเมเยอร์และสโลเวย์ (Salovey; & Mayer. 1997) และโกลแมน (Goleman. 1998) เพื่อศึกษาองค์ประกอบด้านชีวประวัติของนักศึกษากับความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งแบบทดสอบประกอบด้วยลักษณะความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์ 7 ด้าน ได้แก่ การรู้จักอารมณ์ของตนเอง การตระหนักรู้อารมณ์ของผู้อื่น การควบคุมอารมณ์ของตนเอง วุฒิภาวะทางอารมณ์ ความเอื้ออาทร การมีแรงจูงใจที่ดีและทักษะทางสังคม โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 ของมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย จำนวน 464 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีความสามารถด้านความเอื้ออาทร วุฒิภาวะทางอารมณ์และการควบคุมด้านอารมณ์ของตนเองสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวมีผลต่อความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์ด้านความเอื้ออาทร การตระหนักรู้ถึงภาวะอารมณ์ของผู้อื่น การรู้จักอารมณ์ตนเองและการมีแรงจูงใจที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การปรึกษาหารือกับพี่น้องและครูอาจารย์เมื่อมีปัญหามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความเอื้ออาทร การมีแรงจูงใจที่ดี การควบคุมอารมณ์ของตน และทักษะทางสังคมของนักศึกษา การประเมินตนเองว่าเป็นคนมุ่งความสำเร็จใฝ่สัมพันธ์และมุ่งสู่อำนาจมีผลต่อความสามารถด้านความเอื้ออาทรและการมีแรงจูงใจที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมจากการวัดความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรพินทร์ ชูชม, อัจฉรา สุขารมณ์ และวิลาสลักษณ์ ชัววัลลี (2542: 1-4) ได้ทดลองใช้และตรวจสอบคุณภาพมาตราวัดความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งมีลักษณะการวัดแบบให้ผู้ตอบรายงานตนเอง ประกอบด้วยข้อความต่างๆ ที่บรรยายความสามรถทางความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์จำนวน 33 ข้อ โดยมาตราวัดความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์นี้มี 3 องค์ประกอบ คือ การประเมินค่าและการแสดงออกทางอารมณ์ การควบคุมอารมณ์ และการใช้ประโยชน์อารมณ์ แต่ละข้อประกอบด้วยมาตราประเมินค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตปริญญาตรีจากสถาบันราชภัฏพระนคร จำนวน 51 ข้อ และนิสิตปริญญาโทมหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 11 คน ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษาในปีการศึกษา 2542 ผลการศึกษาพลว่า มาตรวัดความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์ เมื่อนำมาทดลองใช้กับนิสิตปริญญาตรีและโทของไทย โดยทำการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นชนิดสอดคล้องภายใน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของบรอนบา เท่ากับ .80 และตรวจสอบความเที่ยวตรงพบว่า ความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

ความคิดสร้างสรรค์ (r= -.37) มีความสัมพันธ์ทางลบความวิตกกังวล (r= -.42) และความเศร้าหดหู่ (r= -.42) ไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการสังคม (r= .11) และมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์ทางบวกอายุ (r= -.22) และนิรดา อดุลยพิเชฏฐ์ (2542: 47) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาเชาว์อารมณ์ที่มีต่อระดับเชาว์อารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ พบว่านักศึกษาที่มีระดับเชาว์อารมณ์ปานกลางและต่ำ มีระดับเชาว์อารมณ์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิษฎา ดวงจันทร์ (2544: 46) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้สถานการณ์จำลองและการเสริมแรงบวกที่มีต่อความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนวัดเศวตฉัตร เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร พบว่า นักเรียนที่ได้รับการใช้สถานการณ์จำลองและการชี้แนะ นักเรียนที่รับการใช้สถานการณ์จำลองและการใช้หลักพรีแมค และนักเรียนที่หลังจากไม่ได้รับใช้สถานการณ์จำลองและการชี้แนะ และนักเรียนที่ไม่ได้รับการใช้สถานการณ์จำลองการใช้หลักพรีแมคความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์ไม่แตกต่างกัน

จากการประมวลเอกสารจึงคาดว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์สูง จะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์ต่ำ

3.1.2 ความฉลาดทางสุขภาพกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

อังศินันท์ อินทรกำแหง และภัทราวุธ อินทรกำแหง (2550) ได้กล่าวถึงเชาว์สุขภาพ (Health Quotient) ในการอบรมเชิงปฏิบัติการ 6Qs หนทางสู่ความสำเร็จ ว่าเป็นเชาว์ทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะ ผู้ที่มีสุขภาพกายที่แข็งแรงย่อมทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีได้ ซึ่งสามารถที่จะทำให้ชีวิตประสบความสำเร็จและมีการศึกษาตัวแปรที่ใกล้เคียงกันกับความฉลาดทางสุขภาพได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literay) โดยดอน นัทบีม (Nutbeam. 2000; 2008) ให้ความหมายความความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าคือความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึงทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง และสมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมินใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต รวมถึงทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพและมาดอน นัทบีม (Nutbeam. 2000; 2008) ได้ศึกษาและได้นิยามความหมายว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพ ประกอบไปด้วย3 ระดับ ดังนี้ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ (Functional health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยคิกบุซช์ (Kickbusch. 2001: 292) อธิบายเพิ่มเติมว่า เป็นความสามารถในการประยุกต์ทักษะด้านการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลขอาทิ การอ่าน

ใบยินยอม ฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำ แนะนำได้แก่ การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย และ2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพุทธิปัญญา รวมทั้งทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรมรู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3) ความรอบรู้ด้านทางสุขภาพขั้นวิจารณญาณ ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคม การเมืองไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมประโยชน์ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป

อังศินันท์ อินทรกำแหง และภัทราวุธ อินทรกำแหง (2550) ซึ่งแปลจาก ทซิ (Tze. 2000) ได้ให้ความหมายว่า ความฉลาดทางสุขภาพ คือ HQ ซึ่งย่อมาจากคำว่า Health Quotient หรือความฉลาดทางสุขภาพ อันหมายถึงบุคคลที่มีความฉลาดทางสุขภาพและความสามารถในเชิงสุขภาพ ซึ่งคล้ายๆ กับความฉลาดทางปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) HQเป็นลักษณะนิสัยที่เป็นเอกลักษณ์ของบุคคลนั้นๆ แต่ความแตกต่างคือ HQ ไม่ได้เป็นคุณสมบัติที่ติดตัวมาแต่กำเนิด ในทางตรงข้ามมันเป็นสิ่งที่ได้รับโดยการรวบรวมความรู้และมีมากขึ้นโดยความตั้งใจและอารมณ์ที่เข้มข้นขึ้น HQ จะผูกร่วมกับลักษณะนิสัยและคุณลักษณะที่แสดงออกใน IQ และ EQ ในการเผชิญชีวิตและความท้าทายเกี่ยวกับสุขภาพ คนที่มี HQ สูงจะมีความสามารถในการเลือกได้ชาญฉลาดกว่า จากนั้น ได้อธิบายเพิ่มเติมในเรื่อเกี่ยวกับการบำบัดโรคด้วยยาของ HQ และความเชื่อของ HQ ซึ่งอธิบายถึงความสัมพันธ์ของ HQ ที่มีต่อสุขภาพส่วนบุคคลและคุณภาพของสุขภาพ จากนั้นได้กล่าวไว้คือ กุญแจที่สำคัญที่สุดของ HQ คือการที่มีสุขภาพกายและใจที่ดีรวมถึงการดูแลตัวเอง มันไม่ใช่แค่เพียงเรื่องเล็กน้อยโดยเฉพาะการรักษาโรคหรือการอาศัยตัวผู้เชี่ยวชาญหรืออาศัยหลักการ HQ หมายถึงอะไรที่คุณมีความเข้าใจในตัวคุณเอง และรู้ว่าทำอย่างไรจึงจะใช้ข้อมูลได้อย่างถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์และจากคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนั้นยังต้องรับผิดชอบต่อการพัฒนาระดับสุขภาพและการดูแลตัวคุณเองอีกด้วย

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ให้ว่าความฉลาดทางสุขภาพ หมายถึง ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มี HQ หรือ ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นความรู้ความสามารถ และความตระหนักในการเลือกสิ่งที่ดีให้กับสุขภาพ และหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีความแตกฉานด้านสุขภาพ มีการรู้เท่าทันสุขภาพ รวมทั้งความฉลาดทางสุขภาวะ นั่นคือความเป็นสุขอย่างฉลาด สามารถดำเนินชีวิตได้โดยการเรียนรู้ การปฏิบัติจริง การเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมผู้อื่น การเรียนรู้เพื่อชีวิตหรือการมีสติปัญญาไหวพริบในการเข้าใจสิ่งรอบตัว รวมทั้งเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพได้ ดังนั้นผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพสูงจะมีความสามารถในการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ได้อย่างชาญฉลาด

การวัดความฉลาดทางสุขภาพ

เป็นแบบวัดที่ให้ผู้มารับบริการคลินิกวัยทองรายงานเกี่ยวกับพฤติกรรมการดำรงชีวิตอย่างปลอดภัย ปราศจากความเสี่ยงสุขภาพ ในด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารถูกหลังโภชนาการ การป้องกันตนจากสิ่งเสพติด การเตรียมความพร้อมสู่วัยทอง การมีสุขอนามัยส่วนบุคคล การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกที่เป็นสุข ความปลอดภัยของร่างกาย การป้องกันโรค และการมีอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ที่ดีมีความเป็นอยู่ที่ดีอย่างปกติสุข โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงจากอังศินันท์ อินทรกำแหง และภัทราวุธ อินทรกำแหง (2550) ซึ่งดัดแปลงจากโฮเกอร์และโฮเกอร์ (Hoeger; & Hoeger. 2550) มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” จำนวน 10 ข้อ การให้คะแนน สำหรับข้อความทางบวกผู้ที่ตอบจริงที่สุดจะได้ 6 คะแนน จนถึงไม่จริงเลย 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามทางลบจะได้คะแนนในทางตรงข้ามกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูงแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกที่ได้คะแนนต่ำ

งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

จากการศึกษาของสุมน อมรวิวัฒน์ (2550) กล่าวว่า “ความฉลาดทางสุขภาวะ คือ ความเป็นสุขอย่างฉลาด” เกิดขึ้นได้โดยวิธีเรียนรู้ที่จะดำเนินไปตลอดชีวิต ได้แก่ 1) การเรียนเพื่อรู้ (learning to learn) หรือการฝึกฝนให้รู้วิธีที่จะเข้าใจ 2) การเรียนรู้เพื่อปฏิบัติได้จริง (learning to do) หรือการสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ที่แวดล้อม 3) การเรียนรู้เพื่อที่จะอยู่ร่วมกัน (learning to live together) หรือการมีส่วนร่วมและร่วมมือกับผู้อื่นในกิจการทั้งปวงของมวลมนุษย์ และ 4) การเรียนรู้เพื่อชีวิต (learning to be) หรือการมีสติปัญญาไหวพริบในการเข้าใจโลกรอบตัว มีความรู้สึกนึกคิดและจินตนาการที่จำเป็นประพฤติตนด้วยความรับผิดชอบและอย่างเป็นธรรม ซึ่งองค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) ได้ให้ความสำคัญกับวิธีเรียนรู้ 4 แบบนี้ว่า “เสาหลักของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้”

กัญญา แช่โก (2552) ได้ศึกษาความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตา จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดตาร้อยละ 65.5 มีความแตกฉานด้านสุขภาพในระดับดับเพียงพอ และมีความเพียงร้อยละ 6.0 เท่านั้นที่อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ข้อมูลเดี่ยวกับบริการผ่าตัดตาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจ ได้แก่ กรณีไม่จำเป็นต้องเช็ดตาทำความสะอาดตา ร้อยละ 61 ให้คำแนะนำการปฏิบัติก่อนและขณะผ่าตัด ร้อยละ 89.1 และการครอบตาและการป้องกันอันตรายแก่ตา ร้อยละ56 พฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยผ่าตัดตาส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 83.5 และไม่พบว่ามีผู้ที่มีการปฏิบัติตัวในระดับที่ต้องปรับปรุง สำหรับพฤติกรรที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องคือการหยอดตา ร้อยละ 56.5 เป็นต้น

นฤมล ตรีเพรชศรีอุไร และเดช เกตุฉ่ำ (2554) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 ระยะที่ 1 ผลการศึกษาพบว่า โมเดลการวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนในกลุ่มนักเรียนศึกษาปีที่ 3 มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีมาก โดย 4 องค์ประกอบจาก 6 องค์ประกอบสำคัญที่มีความเหมาะสมคือ 1) ทักษะการจัดการตนเอง 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงสุขภาพ และ 4) การรู้เท่าทันสื่อ มีค่าความเที่ยงตรงทั้งฉบับในระดับสูงมาก (r= 0.86) และมีอำนาจจำแนกดีมาก สามารถใช้จำแนกระดับความฉลาดสุขภาพได้เป็นอย่างดีแต่พบว่าทั้ง 2 องค์ประกอบที่เหลือยังมีความต้องการการพัฒนาเพิ่มขึ้นคือ องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคอ้วน และองค์ประกอบด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน สามารถเป็นตัวชี้วัดระดับประเทศ ที่สะท้อนถึงสุขภาพดีของประชาชนและบอกเป้าหมายของการดำเนินงานสาธารณสุขได้จะนำไปสู่การลดค่าใช่จ่ายการดูแลสุขภาพในโรคที่ป้องกันได้ยังเป็นความจำเป็นและต้องการการพัฒนา รวมทั้งได้รับการสนับสนุนและผลักดันจากผู้บริหารหรือกำหนดนโยบาย

จากการศึกษาบทบาทการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชนซึ่งมีการให้ภาษาอังกฤษและภาษาสเปนโดยใช้แบบวัด TOFJLA ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ที่มีทักษะความฉลาดทางสุขภาพไม่เหมาะสมแตกต่างตามตัวแปรสำคัญ ได้แก่ เชื้อชาติ ภาษาหลักที่ใช้และสถานภาพทางเศรษฐกิจ โดยคุณลักษณะที่สัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพระดับต่ำ ได้แก่ คนผิวดำ สูงอายุหรือมีอายุมากกว่า 85 ปี และมีระดับการศึกษาต่ำ กามาเรียนและคณะ (Gazamaraian; et al. 1999) และได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับสุขภาพจิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความฉลาดทางสุขภาพต่ำมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับผลการทดสอบสุขภาพทางจิตเบื้องต้น ซึ่งเป็นแบบวัดด้านพุทธปัญญา เบเกอร์และคณะ (Baker; et al. 2000)

จากนั้นได้ศึกษาความสัมพันธ์ระว่างการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมออกกำลังกายของนักศึกษาปริญญาตรีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 187 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกายของนักศึกษาปริญญาตรี ซึ่งการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกำลังกายของนักศึกษามากที่สุดคือการที่มีรูปร่างที่ดี กรูปและคาเทอร์ (Grubb; & Carter. 2002: 75-88)

จากการประมวลเอกสารจึงคาดว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพสูง จะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ

3.1.3 ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

จากการศึกษาของปัญญฎา ประดิษฐบาทุกา (2556) กล่าวว่า ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ เป็นลักษณะของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความต้องการในการกระทำตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ แอมบริน (Ambrin. 2009:9) ซึ่งบุคคลที่มีระดับคะแนนสูง จะมีลักษณะเป็นบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือ มีความตั้งใจแน่วแน่ มีระเบียบวินัย มีความรอบคอบ มีความพิถีพิถันและมีประสิทธิภาพโดยเกี่ยวข้องกับการศึกษาและความสำเร็จในหน้าที่การงาน ข้อเสียของบุคคลที่มีคะแนนสูงมากๆ คือ เป็นคนที่มีระเบียบมากเกินพอดี และอาจก่อให้เกิดความเครียดได้หากงานที่ทำอยู่ไม่ดีพอหรือไม่สำเร็จตามเป้าหมาย ส่วนบุคคลที่คะแนนต่ำ มักทำงานให้บรรลุเป้าหมายได้ยากหรือทำสิ่งใดไม่ค่อยสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ชูชัย สมิทธิไกร. 2547: 121) ทั้งนี้ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติตามแนวคิดของคอสต้าและแมคเคร (Costa; & McCrae. 1995) ประกอบไปด้วย 1) ความมีสมรรถนะ (Competence) คือ ผู้ที่มีความสามารถ มีเหตุผล มีประสิทธิภาพในการทำสิ่งต่างๆ และมีความสามารถในการจัดการกับชีวิตของตนเองได้อย่างสมเหตุผล 2) ความมีระบบระเบียบ (Order) คือ ผู้ที่จัดการสิ่งต่างๆ ได้อย่างเป็นระเบียบเรียบร้อย 3) การยึดมั่นในหน้าที่และความรับผิดชอบ (Dutifulness) คือ ผู้ที่ยึดมั่นในหลักศีลธรรม จริยธรรม และปฏิบัติตามคำมั่นที่ให้ไว้ 4) การมุ่งความสำเร็จ (Achievement) คือ ผู้ที่ทำงานอย่างจริงจังเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ 5) การมีวินัยในตนเอง (Self-discipline) คือ ผู้ที่สามารถปฏิบัติงานจนสำเร็จตามเป้าหมาย แม้ว่าต้องเผชิญอุปสรรคที่มารบกวน และ 6) ความสุขุมรอบคอบ (Deliberation) คือ ผู้ที่ปฏิบัติงานด้วย ความระมัดระวังเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ส่วน ชลธิชา บุญเลี้ยง (2546) ได้กล่าวว่า บุคลิกภาพ” เป็นลักษณะส่วนรวมของแต่ละบุคคลซึ่งประกอบด้วยระบบร่างกายและจิตใจที่กำหนดให้บุคคลนั้นมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างจากบุคคลอื่น พฤติกรรมที่แสดงออกทั้งลักษณะภายนอกที่มองเห็นและลักษณะภายในที่เป็นสติปัญญา อารมณ์และจิตใจ ส่วนศรีธรรม ธนะภูมิ (2535 : 14) ได้ศึกษาคำว่า “บุคลิกภาพ” เป็นลักษณะนิสัยหรือพฤติกรรมของบุคคลหนึ่งที่แสดงออกซ้ำๆ เพื่อตอบสนองและปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมบุคลิกภาพสังเกตได้จากการแสดงออกหลายด้านของบุคคลนั้น เช่น ความสามารถ ความสนใจลักษณะเด่น ค่านิยม ทัศนคติ ภาพพจน์เกี่ยวกับตน และความประพฤติเป็นต้นสรุปได้ว่าบุคลิกภาพหมายถึง ลักษณะเฉพาะของบุคคลซึ่งประกอบด้วยระบบของร่างกายและจิตใจ ที่กำหนดให้บุคคลแต่ละคนมีการปรับตัวและสนองตอบต่อสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกับออกไป และเมอรีสและคณะ (Muris; Meesters; & Diederen. 2005: 1757-1763) ได้ศึกษาบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบและได้ให้นิยามบุคลิกภาพ 5 องค์ประกอบ ดังนี้ คือ 1) บุคลิกภาพแบบแสดงตัว 2) บุคลิกภาพแบบอ่อนโยน 3) บุคลิกภาพแบบมีสติ 4) บุคลิกภาพแบบมีอารมณ์ไม่มั่นคง 5) บุคลิกภาพแบบเปิดกว้าง โดยได้ให้ความหมายบุคลิกภาพแบบมีสติ หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่มีความตั้งใจในการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นผู้ที่มีระเบียบ มีความแม่นยำ มีความรับผิดชอบ สามารถทำตามคำสั่งให้สำเร็จไปได้ด้วยดี สามารถเผชิญปัญหาและเหตุการณ์ที่อยู่ในภาวะกดดันได้

ในงานวิจัยนี้ได้ให้ความหมายลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ หมายถึง ลักษณะของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ได้แก่ ความมีสมรรถนะ ความสุขุมรอบคอบ การมีวินัยในตนเอง การมุ่งความสำเร็จ และการยึดมั่นในหน้าที่รับผิดชอบ เป็นต้น

การวัดบุคลิกภาพแบบมีสติ

ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติโดยปรับปรุงแบบวัดของกมลพรรณ จันทร์พยอม (2550) วัลภา สบายยิ่ง (2542) และปัญญฎา ประดิษฐบาทุกา (2556) โดยได้ดัดแปลงมาจาก โดยแบบสอบถามได้ปรับปรุง มาใช้ให้สอดคล้องกับนิยาม ซึ่งแปลมาจากแบบวัด Neo Five-Factor Inventory (NEO-FFI) ของคอสต้าและเมคเคร จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงที่สุด” การให้คะแนน สำหรับข้อความทางบวกผู้ที่ตอบจริงที่สุดจะได้ 6 คะแนน จนถึงไม่จริงเลย 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามทางลบจะได้คะแนนในทางตรงข้ามกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบมีสติมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนต่ำ

งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพแบบมีสติกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนั้นที่ผ่านมามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความมีสติรู้คิดกับสมรรถนะ หรือความสามารถในการปฏิบัติงานไว้มากมาก (Nahyu. 2011; Gerhard; et al. 2007; Nicole; et al. 2006) การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลของทฤษฎีพุทธิปัญญาทางอาชีพ ความมีสติรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติงาน พบว่า ความมีสติรู้คิดมีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อความสามารถในการปฏิบัติงาน โดยผ่านการรับรู้ความสามารถแห่งตน ส่วน ชาอัน (Shauan. 1998: 112) ที่ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางบุคลิกภาพ เพศและสมรรถนะทางเทคโนโลยี พบว่า ความมีสติรู้คิดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสมรรถนะทางเทคโนโลยีทั้งในกลุ่มนักศึกษาที่เป็นเพศชายและเพศหญิง

จากงานวิจัยของนภาภรณ์ โล่วัฒนา (2545:50) ศึกษาเรื่อง “การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบที่สำคัญกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาคณิตศาสตร์”พบว่า ผู้ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง เป็นผู้ที่รู้จักปฏิบัติตนตามกฎเกณฑ์ของสังคมและรู้จักกระทำสิ่งต่างๆ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ อีกทั้งมีผลการเรียนสูง จะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมในลักษณะที่มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเอง สามารถเป็นที่พึ่งของบุคคลอื่นได้ รู้จักกระทำสิ่งต่างๆ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ตรงไปตรงมา กล้าแสดงออก ไม่เก็บตัวและสามารถเข้ากับบุคคลอื่นได้ดี สอดคล้องกับริงเนสส์ (Ringness. 1968 : 140) ที่ได้ศึกษาพบว่า บุคคลที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงจะปรับตัวทางอารมณ์ให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดีกว่าบุคคลที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ

วรพจน์ สถิตเสถียร (2548 : 86) ได้ศึกษาพบว่า บุคคลที่มีบุคลิกภาพมีสติสูงเป็นผู้ที่สามารถจัดการกับชีวิตตนเองได้ มีความเป็นเหตุเป็นผล มีความรับผิดชอบ มีความต้องการประสบความสำเร็จในงานตามเป้าหมาย และใช้วิธีเผชิญกับความเครียดโดยตรง จึงใช้วิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชลธิชา บุญเลี้ยง (2546 :71) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบที่สำคัญกับรูปแบบการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดระยอง” ผลการวิจัยพบว่า บุคลิกภาพด้านความซื่อตรงต่อหน้าที่สูงจะมีการเผชิญปัญหารูปแบบการประนีประนอมสูงและมีการเผชิญปัญหารูปแบบการเข้าต่อสู้ต่ำ จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบด้านการมนุษย์สัมพันธ์ และการเผชิญปัญหารูปแบบประนีประนอมนั้นจัดเป็นพื้นฐานของการปรับตัว ทั้งนี้เพราะการมีมนุษย์สัมพันธ์จะทำให้ปรับตัวเข้ากับสังคมและสภาพแวดล้อมรอบข้างได้ อีกทั้งเมื่อเกิดปัญหาและใช้ทักษะการเผชิญปัญหาแบบประนีประนอมนั้นจะทำให้การต่อสู้ที่แข็งกระด้างต่อสังคมนั้นลดลง การปรับตัวอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้นบุคลิกภาพจึงเป็นพื้นฐานในการการปรับตัวทั้งต่อตัวเองและต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบๆ

จากการประมวลเอกสารจึงคาดว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีบุคลิกภาพแบบมีสติสูงจะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีบุคลิกภาพแบบมีสติต่ำ

3.1.4 ความผูกพันทางศาสนากับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

อ้อมเดือน สดมณี (2536: 6) ได้กล่าวว่า ศาสนามีบทบาทที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลหนึ่งๆ เพราะศาสนาเข้ามามีส่วนช่วยให้เกิดการพัฒนาในบุคคลตั้งแต่วัยเด็ก ผ่านการอบรมเลี้ยงดูและปฏิสัมพันธ์จากบุคคลในครอครัวและชุมชน ศาสนาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องในชีวิตประจำวันทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนั้นการที่บุคคลได้มีโอกาสใกล้ชิดผูกพันหรือได้รับการถ่ายทอดศาสนารูปแบบต่างๆ ที่จัดขึ้นโดยสถาบันทางศาสนา ครอบครัว และโรงเรียน อาจทำให้บุคคลได้เข้าใจหลักธรรมและมีการปฏิบัติตามหลักทางศาสนามากขึ้น ซึ่งนอกจากการช่วยกล่อมเกลาจิตใจแล้วยังส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมที่น่าปรารถนาของสังคมอีกด้วย และนอกจากนี้ศาสนายังมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ เพราะสามารถหลักทางพุทธศาสนานำมาประยุกต์ใช้และการปฏิบัติตามทางสายกลาง

ดุจเดือน พันธุนาวิน และดวงเดือน พันธุมนาวิน (2550 : 32) ได้กล่าวว่าสำหรับคนไทยสถาบันศาสนาถือเป็นศูนย์รวมจิตใจของคนในชาติ และความผูกพันทางพุทธศาสนาของคนไทยอาจแสดงให้เห็นได้จากการไปวัดเพื่อประกอบพิธีกรรมทางศาสนา การฟังธรรมและการนำหลักธรรมคำสอนทางศาสนามาปฏิบัติในการดำเนินชีวิต และพุทธศาสนา เป็นศาสนาที่มีความซับซ้อนที่แสดงความสัมพันธ์ตั้งแต่จักรวาลโลก สิ่งมีชีวิตต่างๆ รวมทั้งมนุษย์ ที่เกิดขึ้นทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ในรูปแบบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นทางกาย วาจา และใจ การวัดลักษณะทางศาสนาพุทธจึงต้องกระทำด้วยความรอบคอบและระมัดระวัง จากการประมวลเอกสารเกี่ยวกับการเป็นพุทธมามกะที่ดี

ของพุทธศาสนิกชนที่เป็นฆราวาส สรุปได้ว่าจะต้องเป็นผู้ที่มีความเชื่อและการปฏิบัติทางศาสนาไปพร้อมกัน โดยสามารถแบ่งเป็นตัวแปรที่วัดลักษณะทางพุทธได้ 3 ตัวแปร ได้แก่

1. ความเชื่อทางพุทธศาสนา (Religious belief) เป็นความเชื่อตามหลักธรรมคำสั่งสอนของศาสนาพุทธ เกี่ยวกับไตรสรณาคมณ์ คือ พระพุทธ พระธรรม และพระสงฆ์ ซึ่งเป็นลักษณะพื้นฐานของผู้ที่เป็นพุทธมามกะที่ดี นอกจากนี้การเชื่อเรื่องของการทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว โดยเชื่อว่าตนกระทำสิ่งใดไว้ ย่อมได้ผลตอบแทนตามที่ตนกระทำ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งดี หรือไม่ดี ผลตอบแทนนั้นอาจได้รับทันทีหรืออาจต้องรอไปอีกในภพหน้า ตลอดจนเชื่อว่าสิ่งที่ตนกำลังประสบอยู่ในปัจจุบันนี้อาจเป็นผลตอบแทนที่ตนกระทำมาในอดีตทั้งในชาตินี้หรือภพที่แล้วมา (พระราชวรมุนี ประยุทธ์ปยุตโต. 2529) ดังนั้นการเชื่อเรื่องของการทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว จึงมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อเรื่องของอเนกชาติ หรือเชื่อเรื่องของชาติที่แล้ว ชาติปัจจุบัน และชาติหน้า ซึ่งผลของการกระทำได้ไปสนองนอกจากนี้ผู้ที่เชื่อเรื่องของการทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว ย่อมมีความเชื่อว่า สวรรค์และนรก มีจริง ภพภูมิต่างๆ มีจริง เมื่อทำดีย่อมได้รับการตอบแทนที่ดีด้วยการขึ้นสวรรค์ และทำชั่วย่อมได้รับผลตอบแทนคือ ตกนรก รวมทั้งการเชื่อเรื่องของนิพพาน ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ และควรเชื่อว่า บุคคลที่ปฏิบัติตามคำสั่งสอนในพุทธศาสนาจะสามารถเข้าสู่พระนิพพานได้โดยไม่จำกัดเพศ ชาติตระกูล อายุ หรือฐานะ (พระราชวรมุนี ประยุทธ์ ปยุตโต. 2529) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าความเชื่อทางพุทธศาสนา มี 3 ขั้นต่อเนื่องกัน ได้แก่ 1) ความเชื่อเรื่องไตรสรณาคมณ์ 2) ความเชื่อเรื่องกฎแห่งกรรม มีนรก สวรรค์ และมีการเวียนว่ายตายเกิด ในภพต่างๆ และ 3) ความเชื่อเรื่องนิพพาน ลักษณะของเครื่องมือนี้จึงจำแนกคนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำสุด คือ ผู้ที่มีความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับไตรสรณาคมณ์ ส่วนผู้ที่มีความเชื่อระดับกลาง คือ เชื่อเรื่องไตรสรณาคมณ์ และกฎแห่งกรรม และผู้ที่มีความเชื่อระดับสูง คือ การมีความเชื่อเรื่องนิพพาน รวมความเชื่อ 2 ขั้นต้นด้วย

2. การปฏิบัติทางศาสนา (Religious practice) เป็นสิ่งที่สำคัญของการเป็นพุทธมามกะที่ดีโดยมีแนวทางในการปฏิบัติเบื้องต้น ใน 3 ด้าน คือ ทาน ศีล และภาวนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขในชีวิตทั้งชาตินี้และชาติต่อไป ศาสนาพุทธสอนให้เป็นคนไม่ประมาท โดยการปฏิบัติธรรมอยู่เนืองๆ การปฏิบัติทางศาสนาขั้นต้น คือ การให้ทาน แสดงถึงความเสียสละ การเอื้อเฟื้อแบ่งปัน การให้การอนุเคราะห์ในหลายรูปแบบ ตั้งแต่วัตถุ เช่น เงิน อาหาร เครื่องใช้ต่างๆ เป็นต้น จนถึงการกระทำทางกายที่เป็นการช่วยเหลือ เช่น การใช้แรงงานช่วยเหลือผู้คน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นทานทางกาย ส่วนทานทางวาจา เช่น การให้ธรรมเป็นทานด้วยการอบรมสั่งสอนคนอื่นเกี่ยวกับหลักธรรม เป็นต้น และทานทางใจที่สำคัญคือ การให้อภัย เป็นการไม่คิดติดใจเอาโทษ ไม่พยาบาท ไม่ต้องการแก้แค้นผู้ที่ทำร้ายหรือล่วงละเมิดตน

3. วิถีชีวิตแบบพุทธ (Religious lifestyle) เป็นการเลือกที่จะกระทำกิจกรรมหรือดำรงชีวิตที่อยู่ในแนวของการอบรมสั่งสอนของศาสนา โดย Adler เป็นผู้ที่เริ่มต้นคิดคำว่า วิถีชีวิต (Lifestyle) ซึ่งเป็นพฤติกรรมและนิสัยของบุคคลในชีวิตประจำวัน ในการเลือกกระทำสิ่งต่างๆ เช่น การบริโภค การพักผ่อน การไปเที่ยว การทำงานอดิเรก เป็นต้น โดยการกระทำเหล่านี้มีแบบแผนที่

คงที่ ดังนั้นวิถีชีวิตทางศาสนา จึงเป็นพฤติกรรมของบุคคลในชีวิตประจำวันที่บุคคลเห็นว่าเป็นสิ่งที่ควรทำหรือไม่สมควรทำตามหลักของศาสนา และได้เลือกที่จะปฏิบัติตามหลักของศาสนาเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต

ในงานวิจัยนี้ได้ศึกษาศาสนาอย่างกว้างๆ จึงได้ให้ความหมายความผูกพันทางศาสนาหมายถึง การที่ผู้รับบริการมีความเชื่อตามหลักคำสอนของศาสนา และนำหลักคำสอนทางศาสนาไปปฏิบัติในการดำรงชีวิต โดยแบ่งเป็น 1) ความเชื่อทางศาสนา เช่น ความเชื่อเรื่องอเนกชาติ ผลของกรรม การทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว เป็นต้น 2) การปฏิบัติทางศาสนา เช่น การแสดงความเสียสละ เอื้อเฟื้อแบ่งปัน และการกระทำอันเป็นการไม่เบียดเบียนผู้อื่น และ 3) วิถีทางศาสนา คือ การเลือกที่จะกระทำหรือดำรงชีวิตที่อยู่ในแนวของการอบรมสั่งสอนตามหลักของศาสนา

การวัดความผูกพันทางศาสนา

จากการศึกษางานวิจัยของดวงเดือน พันธุมนาวิน และคนอื่นๆ (2540) ได้พัฒนาแบบวัดลักษณะทางพุทธศาสนาของบุคคล ซึ่งวัดลักษณะทางพุทธศาสนา 3 ด้าน ได้แก่ ความเชื่อทางพุทธ การปฏิบัติทางพุทธ และวิถีชีวิตแบบพุทธ แบบวัดนี้มีลักษณะเป็นข้อความทางบวกหรือทางลบ เป็นแบบวัดความเชื่อทางพุทธศาสนา การปฏิบัติทางพุทธศาสนา และการดำเนินชีวิตแบบพุทธของตนเอง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวัดความผูกพันทางพุทธศาสนา โดยใช้แบบวัดที่นำมาจากแบบวัดความเชื่อและการปฏิบัติทางพุทธศาสนา ของดวงเดือน พันธุมนาวิน และคนอื่นๆ (2540) และแบบวัดของทรรศนันท์ ชินศิริพันธุ์ (2555) มาปรับปรุงเนื่องจากเป็นแบบวัดที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา โดยแบบวัดการปฏิบัติและความเชื่อทางพุทธศาสนาของผู้มารับบริการคลินิกวัยทอง มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” จำนวน 10 ข้อ การให้คะแนน สำหรับข้อความทางบวกผู้ที่ตอบจริงที่สุดจะได้ 6 คะแนน จนถึงไม่จริงเลย 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามทางลบจะได้คะแนนในทางตรงข้ามกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูงแสดงว่าเป็นผู้ที่มีความผูกพันทางศาสนาสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนต่ำ

งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันทางศาสนากับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

จากการศึกษาการวิจัยความผูกพันทางพุทธศาสนามีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่างๆ เช่น ในงานวิจัยของอังศินันท์ อินทรกำแหง, อรพินทร์ ชูชม และอัจฉรา สุขารมณ์ (2550) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะวิกฤตชีวิตสตรีไทยสมรสวัยกลางคนที่ทำงานนอกบ้าน พบว่าสตรีที่มีบุคลิกภาพแบบหวั่นไหวมาก ครอบครัวมีความผูกพันทางศาสนาน้อย และงานมีความคลุมเครือมากจะส่งผลให้มีภาวะวิกฤตชีวิตสูงกว่าสตรีที่มีลักษณะตรงข้าม และในงานวิจัยของ วรรณี วรรณชาติ (2541) ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการคบเพื่อนแบบเสี่ยงเอดส์ของนักศึกษาชายชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยรังสิต พบว่า การปฏิบัติทางพุทธร่วมกับลักษณะมุ่งอนาคตควบคุมตนและการรับอิทธิพลจากเพื่อน เป็นตัวทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมการคบเพื่อนแบบเสี่ยงเอดส์ของนักศึกษาชาย ซึ่งสามารถทำนายได้ 44.1% ในกลุ่มรวม ส่วนงานวิจัยของเกษม จันทศร์ (2541) ที่

ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการต้านทานการเสพยาบ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า นักเรียนที่มีการปฏิบัติทางพุทธมากจะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการเสพสารเบื้องต้นน้อย และจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงเพื่อนที่เกี่ยวข้องกับยาบ้ามากกว่านักเรียนที่มีการปฏิบัติทางพุทธน้อย ยังพบว่าความผูกพันทางพุทธศาสนามีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความพอเพียงพอประมาณอีกด้วย เช่น ในงานวิจัยของมัทนี วิเศษสุข (2550) ศึกษาพฤติกรรมบริโภคตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพุทธศาสนิกในเขตกรุงเทพมหานครพบว่าพุทธศาสนิกชนมีพฤติกรรมการบริโภคที่พอเพียง ใช้จ่ายให้เกิดประโยชน์สูง ประหยัดสุด จัดสรรรายได้จาครอบครัวหรือการทำงาน ตามหลักเหตุผล มีการเปรียบเทียบราคาสินค้ากับแหล่งที่ใช้จ่าย มีภูมิคุ้มกันจากการแบ่งออม มีการวางแผนการใช้จ่ายในอนาคต ใช้แต่สิ่งที่จำเป็น และมีความรอบคอบระมัดระวังในการดำเนินชีวิต เป็นวิถีชีวิตที่มีเหตุผลบนความพอเพียงตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง นอกจากนี้งานวิจัยของมนูญ ภูขลิบเงิน (2547) ศึกษาสาเหตุของพฤติกรรมการประหยัดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ผลการวิจัยพบว่า การนับถือศาสนา เป็นตัวทำนายที่สำคัญลำดับที่2 ในกลุ่มสถานการณ์เมื่อร่วมกับสถานการณ์อีก 1 ตัว สามารถทำนาย พฤติกรรมประหยัดค่าใช้จ่ายได้ 11.1% ในกลุ่มรวม สอดคล้องกับงานวิจัยของจิตติพร ไวโรจน์วิทยาการ (2551) ศึกษาปัจจัยเชิงเหตุและผลของพฤติกรรมตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนที่ประยุกต์หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง พบว่าเมื่อรวมกับตัวทำนายด้านจิตลักษณะเดิม และสถานการณ์อื่นอีก 8 ตัว การนับถือศาสนาเป็นตัวทำนายสำคัญลำดับที่ 2 ของพฤติกรรมการออม โดยทำนายได้ 40.0% ในกลุ่มนักเรียนที่ไม่ใช่ลูกคนแรก และเป็นตัวทำนายสำคัญลำดับ 2 ของพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม ทำนายได้ 32.4% ในกลุ่มนักเรียนที่มีสมาชิกในครอบครัวมาก

จากการประมวลเอกสารจึงคาดว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาสูง จะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาต่ำ

3.2 ปัจจัยทางสังคมกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

3.2.1 การสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

เพนเดอร์ (Pender. 1987) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับ การยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็น ที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบของสังคม เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตอารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม และได้แบ่งแหล่งแรงสนับสนุน ซึ่งประกอบไปด้วยการสนับสนุนตามธรรมชาติ การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน การสนับสนุนด้านศาสนา หรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ และการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ

จาคอบสัน (Jacobson. 1986) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นแหล่งประโยชน์หรือสัมพันธภาพทางสังคมที่สนองความต้องการของบุคคล และได้กล่าวถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจและเชื่อว่ามีบุคคลเคารพนับถือยกย่อง และให้ความรัก รวมทั้งพฤติกรรมอื่นๆ ที่แสดงถึงการดูแลเอาใจใส่และให้ความมั่นคงปลอดภัย 2) การสนับสนุนด้านสติปัญญา (Cognitive support) เป็นข้อมูลข่าวสาร ความรู้หรือคำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองและช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ 3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Materials support) หมายถึง สิ่งของและบริการต่างๆที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้ และสเคเฟอร์และคนอื่นๆ (Schaefer; et al. 1981: 406) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การสนับสนุนความคุ้ยเคยหรือการยืนยันความมั่นใจกัน

2. การสนับสนุนทางด้านวัตถุ (Tangible support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล และข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้รับการสนับสนุน

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้านการสนับสนุนด้านข้อมูล และข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้รับบริการสนับสนุน

การสนับสนุนทางด้านสังคม (Social support) เป็นปรากฏการณ์ทางจิตวิทยาสังคมของบุคคลที่เกิดขึ้นจากากรมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่บุคคลรับรู้ หรือประเมินว่าได้รับความช่วยเหลือและได้รับการตอนสนองความต้องการของตนทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์และด้านสังคม เช่น การได้รับความรัก การเห็นคุณค่า ความภูมิใจ การยกย่อง และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ซึ่งมีผลบวกและผลลบต่อความเป็นอยู่ และการตัดสินใจ การปรับตัวกับความเครียดของบุคคลนั้น เมื่อใดที่ต้องตกอยู่ในภาวะวิกฤตหรือความรุนแรง ซึ่งแต่ละคนมีการโต้ตอบต่อสาเหตุความเครียดต่างกัน และมีวิธีการแก้ปัญหาต่างกัน ดังนั้นแหล่งความช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการของบุคคลมีทั้งการสนับด้านอารมณ์ ความผูกพัน และอื่นๆ เป็นต้น

เพนเดอร์ (กฤตยา อาชวนิจกุล; และคณะ. 2542; อ้างอิงจาก Pender. 1987) ได้แบ่งประเภทกลุ่มสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มสนับสนุนตามธรรมชาติ เช่น ครอบครัวที่เป็นกลุ่มปฐมภูมิในการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมซึ่งกันและกัน มีความไวและเห็นความสำคัญของความสำคัญต้องการของสมาชิกแต่ละคน และมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งครอบครัวที่มีความสามารถเผชิญภาวะวิกฤตอย่างมีประสิทธิภาพจะมีลักษณะสำคัญ 2 ประการ คือ ประการแรกต้องเป็นครอบครัวที่มีทรัพยากรสูง หมายถึง ครอบครัวที่มีความแข็งแกร่ง มีความมั่นคงชัดเจนในโครงสร้างและบทบาทของครอบครัวมีความไว้วางใจ ยกย่องนับถือ ช่วยเหลือสนับสนุนกันอย่างมีความยืดหยุ่น และมีความสามารถในการเผชิญอุปสรรคปัญหา มีความผูกพันและเป้าหมายร่วมกันในครอบครัว ประการที่สอง คือเป็นครอบครัวที่มีพฤติกรรมหรือมีกลยุทธ์ในการปรับตัว

เรียนรู้พฤติกรรมการปรับตัวใหม่เมื่อวิธีครั้งแรกใช้ไม่ได้ผล 2) กลุ่มเพื่อนซึ่งทำหน้าที่อย่างไม่เป็นทางการในการตอบสนองความต้องการทั่วไปและความต้องการเฉพาะเจาะจงแก่สมาชิก 3) องค์กรทางศาสนาซึ่งเป็นสถาบันสนับสนุนที่เก่าแก่ในสังคม 4) กลุ่มวิชาชีพที่มีทักษะและความชำนาญในการดูแลและการให้บริการ และ 5) องค์กรให้ความช่วยเหลือที่ไม่เป็นวิชาชีพ เช่น อาสาสมัครซึ่งให้ความช่วยเหลือแก่บุคคล บางกลุ่มในการเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ผู้รับบริการคลินิกวัยทองได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวทั้งด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และด้านวัตถุ ในลักษณะเป็นการสื่อสารทางบวก การให้กำลังใจ การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นเจ้าหน้าที่คลินิกหรือผู้ให้บริการคลินิก ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือทางด้านการบริการคลินิกวัยทอง ด้านวัตถุสิ่งของหรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ เช่น การให้กำลังใจ การพูดชมเชย คำแนะนำคำปรึกษาที่ดีในการเข้ารับบริการ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันอย่างเป็นกัลยาณมิตร และด้านวัสดุอุปกรณ์ เช่น มีบริการต่างๆ เพื่อความสะดวกสบายในการรับบริการคลินิกวัยทอง และรวมไปถึงการที่ผู้รับบริการรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

การวัดการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามมาจากแบบวัดของดุจเดือน พันธุมนาวิน (2545) เป็นการวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งวัด 3 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านอุปกรณ์ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวจาก “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” การให้คะแนนสำหรับข้อความทางบวกผู้ที่ตอบจริงที่สุดจะได้ 6 คะแนน จนถึงไม่จริงเลย 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามทางลบจะได้คะแนนในทางตรงข้ามกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนต่ำ

งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

การสนับสนุนทางจากครอบครัวเกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ดังการศึกษาของแมสแลช (หัทยา มัทยาท. 2541: 104; อ้างอิงจาก Mashach. 1986: 106 - 101) ได้ศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีบทบาทสำคัญทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกประสบความสำเร็จในการทำงานซึ่งช่วยลดความเครียดและความเหนื่อยล้าต่อการเรียนและการทำงานได้ และซาเวจ (ณัฏฐนิชย์ สวัสดีมงคล. 2547: 61; อ้างอิงจาก Savege. 1987: 49) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนที่สำคัญในช่วงบุคคล ประสบปัญหาอันนำไปสู่ความเครียด หากได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ โดยการให้กำลังใจ จะทำให้บุคคลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับแรงกดดันต่างๆ ทำให้ความเครียดลดน้อยลง

จากการศึกษาของกิตติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์ (2535) ได้กล่าว การสนับสนุนทางสังคม หรือแรงสนับสนุนทางสังคม หรือการเกื้อกูลทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลในสังคมได□รับความรักเอาใจใส□ เห็นคุณค่า การได้รับการยกย่อง มีความผูกพันซึ่งกันและกัน มีความรู□สึกเป็นส่วนรวมในสังคม เดียวกัน มีการให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การให้คำแนะนำ การให้สิ่งของ การให้เวลาและข้อมูลข่าวสาร ให้ความคิดเห็น มีผลต่อ สภาวะจิตใจและอารมณ์ มีขอบเขตครอบคลุมทั้งการให้และการรับจากบุคคลในครอบครัวอาทิบิดามารดาญาติพี่น้องเพื่อนฝูงเพื่อนผู้ร่วมงานและคนในครอบครัว เป็นต้น

ภัทรพงศ์ ประกอบผล (2534) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคล ได□รับแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคม ทั้งการสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ การบริการข้อมูล การยอมรับ การยกย่อง และการเห็นคุณค่า รวมทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์ ซึ่งแรงสนับสนุน สนับสนุนเหล่านี้มีผลทำให้บุคคลสามารถช่วยให้ตนเองบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ และเป็นพลังที่จะช่วยเหลือให้บุคคลตอบสนองต่อความต้องการของตอนสถานการณ□หนึ่งๆอย่างเหมาะสม

จากการประมวลเอกสารจึงคาดว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีการจัดการกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

3.2.2 การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

อุบล เลี้ยววาริณ (2543) กล่าวว่า ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ในยุคข่าวสารได้พรมแดนการที่จะก้าวให้ทันความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น บุคคลจำเป็นต้องติดตามข่าวสารใหม่ๆ เสมอ เปิดตัวเองให้รับประสบการณ์ใหม่ๆมีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของวิทยาศาสตร์และการแพทย์โดยความเชื่อโชคลางต่างๆ เพื่อเผชิญกับอุปสรรค การรับข่าวสารที่มีประโยชน์ยังช่วยเพิ่มพูนความรู้ ช่วยเปลี่ยนแปลงเจตคติที่บุคคลมีอยู่ได้ (อุบล เลี้ยววาริณ. 2534: 73; อ้างอิงจาก Rogers; & Shoemaker. 1971: 145)

เจอร์บเนอร์ (สินีนุช ม่วงกล่ำ. 2544: 43; อ้างอิงจาก Gerbner. 1966: 102) ให้ความหมายการสื่อสาร คือ การแสดงกิริยาสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction) โดยใช้สัญลักษณ์ และระบบสาร(Message Systems)

เอ กรี ออลท์ และอิเมรี่ (สินีนุช ม่วงกล่ำ. 2544 : 43; อ้างอิงจาก A gree, Ault; & Emery. 1976: 4)กล่าวว่า การสื่อสารเป็นการถ่ายทอดข่าวสาร (Information) แนวความคิด ทัศนคติ จากบุคคลหนึ่งหรือหลายคนไปยังอีกบุคคลหนึ่งหรือหลายคนนั้น เอง

โรเจอร์(Roger. 1983) กล่าวว่า การสื่อสาร หมายถึงกระบวนการที่ความคิด ข่าวสาร ถูกส่งจากแหล่งสารไปยังผู้รับสาร ด้วยเจตนาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางประการของผู้รับสาร โดย

ที่ผลของการสื่อสารทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 3 ประการ นั่นคือ การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ เจตคติ และพฤติกรรม (พีระนันท์ บูรณะโสภณ. 2558: 30; อ้างอิงจาก Roger. 1983)

การเปิดรับข้อมูลข่าวสารมีความหมายอยู่ 4 องค์ประกอบ ซึ่งประกอบไปด้วย 1) บุคคลหรือกลุ่มที่เป็นผู้ให้ข่าวสารเป็นต้นตอของข่าวสาร ผู้ส่งสารในด้านสื่อสารมวลชน คือผู้จำทำหนังสือพิมพ์ ผู้จัดรายการวิทยุ โทรทัศน์ 2) ตัวข่าวสาร หรือข้อมูล ได้แก่ ข้อเท็จจริง แนวคิด สัญลักษณ์ ความรู้สึก อารมณ์ ฯลฯ ทั้งที่เป็นถ้อยคำภาษาและที่ไม่ใช่ถ้อยคำภาษา 3) ช่องทางหรือสื่อ หมายถึง ช่องทางหรือสิ่งจะช่วยให้การถ่ายทอดข่าวสารเป็นไปได้โดยสะดวกและถูกต้องชัดเจนตามความประสงค์ของผู้ส่งสารได้แก่ เครื่องมือที่จะช่วยให้ผู้รับสารมองเห็นได้ยิน และสัมผัสกับข่าวสารมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นการพูดอธิบาย เขียนจดหมาย โทรศัพท์ ภาพยนตร์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น 4) ผู้รับสาร คือบุคคลได้ข่าวสารที่ผู้ส่งข่าวสารส่งมาให้ ผู้รับข่าวสารจากสื่อมวลชน คือผู้ชมโทรทัศน์ ผู้ฟังวิทยุ และผู้อ่านหนังสือพิมพ์ ตามปกติเมื่อผู้รับข่าวสารได้รับข่าวสารแล้วจะมีปฏิกิริยาเป็นข้อมูลย้อนกลับ กระบวนการสื่อความหมายได้ผลมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับผู้รับข่าวสารด้วย ถ้าผู้รับข่าวสารไม่สนใจ ไม่ตั้งใจที่จะดู ฟัง และรับข่าวสาร การสื่อความหมายก็จะได้ผลมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับผู้รับข่าวสารด้วย ถ้าผู้รับข่าวสารไม่สนใจ ไม่ตั้งใจที่จะดู ฟัง และรับข่าวสาร การสื่อความหมายก็จะไม่ได้ผล หรือปรากฏผลในทางที่ผิดไป (สงวนศรี วิรัชชัย. 2527: 51)

การได้รับข่าวสารยังเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม คอบบ์ (Cobb.1976: 300-314) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ค่อนข้างกว้างเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และเพนเดอร์ (Pender. 1996: 257) ได้แบ่งแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดการเข้าใจว่าอย่างไรควรทำ จึงจะมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสรุปว่า การรับรู้ข่าวสารเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยทอง หมายถึง ผู้รับบริการคลินิกวัยทอง มีการรับรู้และความสนใจข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อประเภทต่างๆ เช่น หนังสือ ตำรา นิตยสาร วารสาร บทความวิชาการ อินเตอร์เน็ต ตัวบุคคล รวมทั้งได้รับทั้งได้รับการอบรมหรือฟังประชุมวิชาการด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น

การวัดการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง

ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบวัดข่าวสารสุขภาพของดวงกมล พรหมลักขโณ (2549: 43) ซึ่งวัดจากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ ตำรา นิตยสาร วารสาร บทความวิชาการ อินเตอร์เน็ต ตัวบุคคล รวมทั้งได้รับการอบรมหรือฟังประชุมวิชาการด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความรู้ จิตลักษณะและพฤติกรรมของผู้รับสาร มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” จำนวน 10 ข้อ

การให้คะแนน สำหรับข้อความทางบวกผู้ที่ตอบจริงที่สุดจะได้ 6 คะแนน จนถึงไม่จริงเลย 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามทางลบจะได้คะแนนในทางตรงข้ามกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนต่ำ

งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

การได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้วย เช่น งานวิจัยของเตือนใจ เทียนทอง (2546) ศึกษาปัจจัยทางจิตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตการศึกษา 1 ในกลุ่มพบตัวทำนาย 5 ตัว ร่วมสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นได้ 33% โดยตัวทำนายที่สำคัญ คือ การรับรู้ข่าวด้านสุขภาพจากสื่อมวลชน และรุจิเรศ พิชิตานนท์ (2546) ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฉลาดเลือกกิน ของวัยรุ่นตอนปลาย โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 650 พบว่า นักเรียนที่รับรู้ด้านข่าวสารสุขภาพมากเป็นผู้ที่พฤติกรรมฉลาดเลือกกิน ของวัยรุ่นตอนปลาย โดยมีกลุ่มที่มีพฤติกรรมฉลาดเลือกกินมากกว่านักเรียนที่รับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพน้อย และการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพร่วมกับจิตลักษณะเดิมสถานการณ์ 3 ตัว สามารถทำนาย พฤติกรรมฉลาดเลือกกินได้ 28.5% ในกลุ่มรวม โดยเป็นตัวทำนายลำดับที่ 4 ในทำนองเดียวกันนี้ยังพบในงานวิจัยของกุหลาบ ไทรภู่ (2546) ศึกษาพฤติกรรมการรักษาความสะอาดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นและอุบล เลี้ยววาริณ (2543) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพฯ ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์

นอกจากนี้ งานของวนิดา มกรกิจวิบูลย์ (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหัวเฉียว พับว่า ปัจจัยเสริม ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ อรไท แดงชาติ (2548) ที่พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์พับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลตำรวจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับดวงพร สุตสุนทร (2546) พบว่าปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์พับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า คือ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจากสื่อและบุคคลต่างๆ และวาทินา ทาตายุ (2545: 90) ยังพบว่า ปัจจัยเสริมการได้รับความรู้จากการประชุมวิชาการของบุคคลากรโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการประมวลเอกสารจึงคาดว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองสูง จะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองต่ำ

3.2.3 สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

แนวคิดของสกินเนอร์ สไตนฮาวน์ และซานตา-บาบารา (Skinner; Steinhauer; & Santa-Barbara. 1995: 1) ได้กล่าวว่าการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวเป็นรูปแบบที่สมาชิกในครอบครัว ปฏิบัติต่อกันเป็นประจำหรืออาจเรียกได้ว่าเป็นกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวตามโครงสร้างหลักของครอบครัว และได้ทำการสร้างรูปแบบของการประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว โดยใช้แบบประเมินของครอบครัว (Family Assessment Measure) ประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว ใน 7 องค์ประกอบดังนี้ 1) ด้านภารกิจที่สมาชิกรับผิดชอบตามบทบาทและหน้าที่ 2) ด้านการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว 3) ด้านการแสดงออกถึงความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว 4) ด้านการให้ความช่วยเหลือเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน 5) ด้านการแก้ปัญหาและการขัดแย้ง 6) ด้านการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกัน 7) ด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบของครอบครัว และหลักของครอบครัวตามวัตถุประสงค์ 3 ด้านใหญ่ ๆ คือ ภารกิจขั้นพื้นฐาน ภารกิจด้านพัฒนาการ และภารกิจในยามวิกฤต เป็นต้น นอกจากนี้พรดารา แซ่ฉั่ว (2547) กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว หมายถึง ความผูกพัน ความเกี่ยวข้อง (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. 2546) ซึ่งสัมพันธภาพเป็นรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลโดยจะเกิดขึ้นทีละน้อยอย่างต่อเนื่องและรวมเข้าด้วยองค์ประกอบของกระบวนการคุ้นเคยซึ่งกันและกัน โดยลักษณะของสัมพันธภาพในครอบครัวประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์และสิ่งแวดล้อมในครอบครัว การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน ครอบครัวมีความรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกัน มีความเห็นอกเห็นใจกันและมีความกลมเกลียวสามัคคีกัน มีการปรองดองระหว่างสมาชิกในครอบครัวด้วย (อัสรา อาวรณ์. 2545; อ้างอิงจาก Morrow; & Wilson. 1961) ในขณะที่โสภาพรรณ เวียงเพิ่ม (2541: 9) ได้ให้ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัวว่าหมายถึงลักษณะทางพฤติกรรมภายในครอบครัวโดยการแสดงออกด้านความสัมพันธ์ของบิดามารดา ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับบุตร และการมีส่วนร่วมในครอบครัว ซึ่งทัดดาว ลิมพะสุต (2543: 5) ได้ให้ความหมายไว้ว่าสัมพันธภาพในครอบครัวหมายถึงความสัมพันธ์ของบิดามารดาและบุตร อันประกอบด้วย การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันของครอบครัว การที่สมาชิกมีเวลาอยู่ร่วมกันในครอบครัว การติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว ความคล้ายคลึง กันในด้านความคิดเห็นการรับรู้ปัญหาและการแก้ไขปัญหาร่วมกันและใช้เหตุผลร่วมกันในครอบครัวการมี ศรัทธาต่อศาสนา และความขัดแย้งในครอบครัว เช่นเดียวกับอมราวดี ณ อุบล (2544: 6) ได้ให้ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัวว่า หมายถึง ลักษณะทางพฤติกรรมภายในครอบครัวที่ประกอบด้วยพ่อและแม่และลูกๆ ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน กันมีความรักความห่วงใยมีการดูแลเอาใจใส่ต่อกัน สามารถแบ่งออกได้ 2 ลักษณะคือ 1) ครอบครัวที่สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี หมายถึง เด็กที่ได้รับความรักความอบอุ่นจาก จากพ่อแม่หรือผู้ปกครอง และสมาชิกมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลในครอบครัวอยู่ด้วยกันย่างอบอุ่น 2) ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไมดี หมายถึง เด็กที่ได้อยู่ในครอบครัวที่ประกอบ

ไปด้วยพ่อและแม่ที่มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อกัน ผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ไม่ดีต่อกัน สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อกัน และบุคคลในครอบครัวมีการทะเลาะวิวาทกัน มีความขัดแย้งกันเป็นประจำอยู่ตลอดเวลา สอดคล้องกับอัญมณี สมตัว (2544: 5) ได้ให้ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัวไว้ว่า หมายถึง ความสัมพันธ์ที่ราบรื่นระหว่างบุคคลในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นระหว่างพ่อแม่ลูกหรือผู้ปกครองก็ตาม ซึ่งอาจจะเป็น พ่อแม่ ญาติผู้ใหญ่คนอื่นๆ ได้แก่ ปู่ย่า ตายาย ลุงป้า น้าอา ทั้งผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็น ผู้สมรส หรืออาจจะเป็นโสดก็ได้ โดยความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวนั้นจะต้องเป็นสัมพันธ์ที่ดีมีความและไว้วางใจกันรักใคร่กัน และจากการงานวิจัยของ จิรนันท์ ชุนเกศา (2557) กล่าวว่า สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ครอบครัวมีอิทธิพลต่อพัฒนาการมนุษย์ เพราะเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมประการแรกมีมนุษย์จะต้องมีความสัมพันธ์ด้วยตั้งแต่แรกเกิด เช่นเดียวกันนั้นกับสำนักงานสำมโนประชากรของสหรัฐอเมริกา ได้ให้คำจำของความหมายสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวว่า หมายถึง คนสองคนหรือมากกว่านั้นซึ่งมีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด การแต่งงาน หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม มาใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในบ้านเดียวกัน ซึ่งในทางสังคมวิยาแล้ว ครอบครัวไม่ได้ประกอบด้วยบุคคลเหล่านั้น แต่ต้องมีความสัมพันธ์เป็นส่วนประกอบด้วย ทั้งความสัมพันธ์แบบสามีภรรยา พ่อแม่ลูก พี่น้อง และอื่นๆ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าว มีนัยถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความผูกพัน ความใกล้ชิดกันและกัน และภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบหรือที่มีต่อกัน (Newman; & Graurholz. 2002: 7)

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปความหมายของสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวเดียวกัน เช่น สามีกับภรรยา แม่กับลูก พี่กับน้อง โดยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรักความเข้าใจกัน ช่วยเหลือกันในเรื่องต่างๆ ประกษบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ภารกิจที่สมาชิกรับผิดชอบตามบทบาทและหน้าที่ การสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว การแสดงออกถึงความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว การให้ความช่วยเหลือเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน การแก้ปัญหาและการขัดแย้ง การใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกัน และการปฏิบัติตามกฎระเบียบของครอบครัว เป็นต้น

การวัดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ปรับแบบสอบถามให้สอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการ โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของเพ็ญนภา กุลนภาดล (2547:73) ประกอบไปด้วย 7 ด้าน จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านภารกิจที่สมาชิกรับผิดชอบตามบทบาทและหน้าที่ 2) ด้านการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว 3) ด้านการแสดงออกถึงความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว 4) ด้านการให้ความช่วยเหลือเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน 5) ด้านการแก้ปัญหาและการขัดแย้ง 6) ด้านการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกัน 7) ด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบของครอบครัว โดยแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประเมินค่า 6 ระดับ คือ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” การให้คะแนน สำหรับข้อความทางบวกผู้ที่ตอบจริงที่สุดจะได้ 6 คะแนน จนถึงไม่จริงเลย 1 คะแนน

สำหรับข้อคำถามทางลบจะได้คะแนนในทางตรงข้ามกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูงแสดงว่าเป็นผู้ที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนต่ำ

งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

ไฉไล ไชยเสวี (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ รัตน สินเสรี (2541) ได้ศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพในครอบครัว โดยผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับสูงจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลางและระดับต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของอรนุช อุดมสมฤดี (2550) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับสูงจะมีความพึงพอในในชีวิตสูงกว่าสัมพันธภาพในครอบระดับปานกลางและระดับต่ำ และงานวิจัยของอรนุช อุดมสมฤดี (2550) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต

สิริพรรณ มิ่งวานิช (พิมพ์ใจ ไมตรีเปรม.2543:30; อ้างอิงจาก สิริพรรณ มิ่งวานิช. 2537:52) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวจะดีมากน้อยเพียงใดนั้นควรคำนึงถึงบทบาทหน้าที่และการปรับตัวเข้าหากันของสมาชิกของในครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญยิ่ง จากความหมายองค์ประกอบของครอบครัวและปัจจัยที่ดีของความสัมพันธ์ในครอบครัวดังกล่าวสรุปได้ว่าสัมพันธภาพที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครัวเรือนเดียวกันโดยมีองค์ประกอบดังนี้คือ 1) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวร่วมกัน 2) มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน 3) มีการยอมรับซึ่งกันและกัน 4) ไม่มีความขัดแย้งบาดหมางกัน 5) มีการช่วยเหลือดูแลเอาใจใจซึ่งและกัน 6) มีความสัมพันธ์รักใคร่ทางความรู้สึกและมีอารมณ์ที่ดีต่อกัน

นวรัตน์ ศรีรัญเพชร (2539:63-67) ได้ศึกษาถึงสัมพันธภาพของพ่อแม่ลูกกับรูปแบบการ แก้ไขปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลของวัยรุ่นจำนวน 611คนได้พบว่าสัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่ ลูกที่มีความสัมพันธ์กันในทางลบกับรูปแบบการแก้ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลโดยใช้การแสดง ออกแบบหลีกหนีและแบบใช้อำนาจบังคับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอยู่ในระดับที่ 0.01 และนอกจากนี้ สัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่ลูก ยังเป็นความสัมพันธ์กันทางบวกกับรูปแบบการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง ระหว่างบุคคลโดยใช้การแสดงออกแบบใช้ความอ่อนโยนแบบประนีประนอม และแบบหันหน้าเข้าหา กันอย่างนัยสำคัญทางสถิติอยู่ในระดับที่ .01 จากงานวิจัยของยิ่งยง ยุทธศักดิ์ (2539) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมทางสังคมของเด็กที่มีลักษณะครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัวมีผลที่ต่างกัน จากผลการศึกษาพบว่าเด็กอยู่ในครอบครัวที่ สัมพันธภาพดีมีพฤติกรรมทางสังคมที่พึงประสงค์มากกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดี อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติในระดับ .01 และเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพดี ก็จะมีพฤติกรรม สังคมที่ไม่พึงประสงค์น้อยกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ค่อยดีอย่างมนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01

จากการประมวลเอกสารจึงคาดว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวสูง จะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวต่ำ

3.3 ลักษณะชีวสังคมกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

จากการประมวลเอกสารงานวิจัย พบว่าลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคลด้านชีวสังคมและภูมิหลังมีความสำคัญในฐานะที่เป็นตัวแปรที่ใช้จำแนกลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและมีส่วนร่วมในการอธิบายพฤติกรรมเนื่องจากลักษณะชีวสังคมและภูมิหลังของบุคคลอาจเป็นสาเหตุ หนึ่งที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆแตกต่างกันในการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกลักษณะชีวสังคม บางส่วนที่คาดว่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิในการรักษาพยาบาล ป็นต้น ดังผลวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

3.3.1 อายุกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญาและสังคมของแต่ละบุคคลดังที่ อรพรรณ ลือบุญธวัชชวัย (2543) กล่าวว่าบุคคคลที่มีพัฒนาการตามวัยที่เหมาะสม จะมีความสามารถในการปรับตัว มีความคิดริเริ่ม มีเหตุผล สุขุมรอบคอบ มีความรับผิดชอบ ต่อบททาบหน้าที่เป็นอย่างดี เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางที่ระดับ 0.01 (r = 0.271) ส่วนพัชรี ไชยลังกา (2543: 70) ศึกษาเปรียบเทียบแนวความคิดเกี่ยวกับความตายของผู้สูงวัยที่มีสุขภาพดีและผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอายุมากว่า 60 ปี จะแตกต่างกับกลุ่มที่มีอายุ 21-40 ปี และกลุ่มที่มีอายุ 41-60 ปี โดยทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอายุมากกว่า มีแนวคิดที่ค่อนข้างยอมรับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นได้มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

วัยทอง หมายถึง กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 40–59 ปี□ โดยเป็นวัยเชื่อมต่อผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยสูงอายุ และมีการลดลงของฮอร์โมนเพศชายร้อยละ 1□ ต่อปี (พจมาน มุสิกะสาร. 2547) และทิพย์สุดา จันทร์แจ่มหล้า (2544: 52) กล่าวว่า อายุเป็นปัจจัยด้านหนึ่งที่ทาให้บุคคลมีความคิดและพฤติกรรมที่แตกต่างกันเนื่องจากบุคคลในช่วงวัยต่างๆ จะมีประสบการณ์ในชีวิตที่แตกต่างกันโดยอายุของบุคคลนั้นสามารถนำไปใช้อธิบายหรือใช้ร่วมทำนายกับตัวแปรอื่นๆ ในการเกิดพฤติกรรมการทำงานของบุคคลได้

จากการประมวลเอกสารจึงคาดว่าอายุจะมีความเกี่ยวข้องและสอดคล้องเช่นเดียวกับงานวิจัยดังกล่าวจึงได้นำตัวแปรอายุมาศึกษาเป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม

3.3.2 เพศกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

เพศเป็นหนึ่งในปัจจัยที่กำหนดให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ด้วยมีพื้นฐานที่แตกต่างกันโดยมีพันธุกรรมเป็นตัวกำหนดลักษณะทางสรีระที่แตกต่างกันทั้งชีวภาพและกายภาพ ฮอร์โมน อวัยวะต่าง และการรับรู้ทางอารมณ์ ความรู้สึก ตลอดจนการได้รับการถ่ายทอดทางสังคมที่แตกต่างกัน ด้วยบทบาทที่สังคมต้องการ ให้เป็น ทำให้การอบรมเลี้ยงดูจากครอบครัว การอบรมสั่งสอนจากสถาบันการศึกษา ไปจนถึงตัวแทนต่างๆ ที่กำหนดว่าเพศหญิงและชายนั้นมีความแตกต่างกัน เป็นความคาดหวังทางสังคมทำให้เพศพญิงมักถูกอบรมสั่งสอนให้เป็นคนเรียบร้อย สงบเสงี่ยม อ่อนน้อม ประพฤติอยู่ในกฎระเบียบตามประเพณีของไทย สังคมจึงมีความเข้มงวดกับความประพฤติของเพศหญิงมมากกว่าเพศชาย(สายสุนีย์ อุดมนา. 2541) จากการงานวิจัยของธนาวิทย์ ทางการ (2549) ศึกษาการมีส่วนร่วมของสมาชิกสภาองค์การบริหาร ส่วนตำบลนาฝายในการพัฒนาท้องถิ่นในเขตตาบลนาฝายอาเภอเมืองจังหวัดชัยภูมิ พบว่า เพศของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นปัจจัยที่มีระดับการมีส่วนร่วมมากในการพัฒนาท้องถิ่น กล่าวคือเพศของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลเกี่ยวข้องต่อการมีส่วนร่วมในท้องถิ่นโดยภาพรวมและรายด้านผลการศึกษารายด้าน คือการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญญาพัฒนาท้องถิ่นด้านการร่วมวางแผนดาเนินกิจกรรมด้านการร่วมลงทุนปฏิบัติด้านการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลพบว่าเพศเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการมีส่วนร่วมมากและเพศชายเป็นเพศที่มีส่วนร่วมมากกว่าเพศหญิงในการมีส่วนร่วมพัฒนาท้องถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนงานวิจัยของ ณัฐยา ลือชากิตติกุล (2546) พบว่า พฤติกรรมการทางานด้านบริการแปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพศชายอย่างมีนัยสาคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ มยุรฉัตร สุขดารงค์ (2547) พบว่าเจ้าหน้าที่สินเชื่อที่เป็นเพศชายร่วมกันทานายพฤติกรรมการทางานสินเชื่ออย่างมีความรับผิดชอบได้ร้อยละ 62.7 ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender; et al. 2006) ที่ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ มีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยต่อการจัดการภาวะวิฤตทางอารมณ์และ การมีสติรู้คิดคิดรู้ การรับรู้ข่าวสารเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยทอง โดยมีพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

จากการประมวลเอกสารจึงคาดว่าเพศจะมีความเกี่ยวข้องและสอดคล้องเช่นเดียวกับงานวิจัยดังกล่าวจึงได้นำตัวแปรเพศมาศึกษาเป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม

3.3.3 สถานภาพสมรสกับจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

โศภาพรรณ วิมลรัตน์ (2543: 264) ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีภาวะสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ดีกว่าสถานภาพโสด หม้าย/หย่าร้าง นอกจากนี้ กิตติชัย บ่อสัมบัติ (2540: 14) ศึกษาการเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุของข้าราชการกรุงเทพมหานคร พบว่าข้าราชการของกรุงเทพมหานครมีสถานภาพสมรส โสด หม้ายหย่าและแยกกันอยู่ มีการเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุมากกว่า

ข้าราชการที่สถานภาพสมรสคู่ และฐินีรัตน์ ถาวร (2550) ศึกษาการยอมรับความสูงอายุของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสเคยมีคู่ มีการยอมรับความสูงอายุดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่และโสด และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า ผู้ที่เป็นเป้าหมาย หรือเคยมีคู่ จะมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยทอง และการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงของบุคคลในวัยทองได้มากกว่าสถานภาพสมรสและโสด

จากการประมวลเอกสารจึงคาดว่าสถานภาพจะมีความเกี่ยวข้องและสอดคล้องเช่นเดียวกับงานวิจัยดังกล่าวจึงได้นำตัวแปรสถานภาพมาศึกษาเป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม

3.3.4 อาชีพกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

จากการศึกษาของวชิร โอภิธากร (2533) กล่าวว่า ลักษณะผู้ประกอบอาชีพที่ดีต้องมีองค์ประกอบสำคัญ 2 ประการ คือ 1) องค์ประกอบทางสังคมและครอบครัว มีตัวแปรที่สำคัญคืออาชีพของบิดามารดา การศึกษาวิชาชีพและการฝึกอบรม 2) องค์ประกอบทางด้านจิตลักษณะของบงบุคคล ตัวแปรที่สำคัญ คือ ทัศนคติต่ออาชีพความกล้าเสี่ยงในการลงทุน แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ การเชื่ออำนาจของตนเอง ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การยอมรับเทคโนโลยีและความรู้เพิ่มเติม ความขยันอดทนและความพยายาม ดังนั้นอาชีพจึงมีความสัมพันธ์ต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ กล่าวว่าอาชีพทำให้บุคคลสามรถพัฒนาความรู้ สามารถใช้สติปัญญาอย่างมีเหตุผล มีวุฒิภาวะความมั่นคงในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตัวเอง ตามแนวคิดส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender; et al. 2006) ที่ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การศึกษา และอาชีพ มีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยต่อการจัดการภาวะวิฤตทางอารมณ์และ การมีสติรู้คิดคิดรู้ การรับรู้ข่าวสาร เตรียมพร้อมเข้าสู่วัยทอง โดยมีพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ตามแนวคิดของกลุ่มสาระการเรียนรู้และเทคโนโลยี (2558) ได้กล่าวถึง อาชีพหมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลที่มีข้อกำหนด ข้อตกลงหรือขอบเขตของภารกิจและความรับผิดชอบไว้อย่างชัดเจนสามารถสะท้อนคุณค่าของตัวบุคคลและผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นภารกิจที่ต่อเนื่องมีการพัฒนาในตัวอาชีพเองและเป็นสิ่งที่บุคคลมีความคาดหวังที่จะพึ่งพากิจวัตรนี้ในระยะเวลายาวนาน โดยได้รับค่าตอบแทนเป็นรายได้เพื่อใช้ในการดำรงชีวิตงานอาชีพแบ่งออกเป็น 2 ประเภท อาชีพรับจ้าง อาชีพอิสระ อาชีพรับจ้าง หมายถึง อาชีพที่มีเจ้าของกิจการและมีผู้รับจ้างทำงานให้และได้ตกลงรับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้าง หรือเงินเดือน อาชีพรับจ้างมีบุคคล 2 ฝ่าย ซึ่งได้ตกลงว่าจ้างกัน คือ นายจ้างหรือผู้ว่าจ้าง และลูกจ้างหรือผู้รับจ้าง อาชีพรับจ้างแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ดังต่อไปนี้

1. อาชีพรับจ้าง ประกอบไปด้วย

1.1กลุ่มอาชีพรับจ้างที่มีฝีมือหรืออาชีพที่มีทักษะ คือ กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพที่มีความรู้ในวิชาชีพ มีความสามารถเฉพาะด้าน มีทักษะและประสบการณ์ หรือลูกจ้างที่ใช้กำลังความคิดในการสร้างสรรค์งาน การจัดการ และการบริหารงาน ตัวอย่างได้แก่ อาชีพรับราชการ เช่น แพทย์ ครู ตำรวจ ทหาร พยาบาล พนักงานรัฐวิสาหกิจ เช่น พนักงานรัฐวิสาหกิจของการท่องเที่ยว

แห่งประเทศไทย การสื่อสารแห่ประเทศไทย การไฟฟ้าแห่งประเทศไทย องค์การโทรศัพท์ พนักงานบริษัท เช่น พนักงานบริษัทต่างๆ เป็นต้น

1.2 กลุ่มอาชีพรับจ้างที่ไร้ฝีมือหรืออาชีพที่ไม่ใช้ทักษะ คือ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่ไม่มีความรู้ในวิชาชีพ หรือขาดทักษะในงานอาชีพนั้นๆ ส่วนใหญ่มักทำงานโดยใช้กำลังแรงกายเป็นหลัก โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ อาชีพที่เป็นกลุ่ม เช่น กรรมกรก่อสร้าง พนักงานบริการอาหาร อาชีพที่ทำงานคนเดียว เช่น พนักงานทำความสะอาด พนักงานรักษาความปลอดภัย ลูกจ้างร้านขายสินค้าทั่วไป

2. อาชีพอิสระ หมายถึง อาชีพทุกประเภทที่ผู้ประกอบการดำเนินการด้วยตนเองแต่เพียงผู้เดียว หรือลงทุนร่วมกับผู้อื่น ไม่มีเงินเดือนหรือรายได้ที่แน่นอน มีรายได้ในรูปของกำไรจากการดำเนินกิจการ อาชีพอิสระที่เป็นกิจการขนาดย่อมไม่จำเป็นต้องใช้คนจำนวนมาก เจ้าของกิจการเป็นผู้ลงทุนและจำหน่ายสินค้าเอง มีการคิดและตัดสินใจด้วยตนเองทุกเรื่อง ซึ่งช่วยใช้การพัฒนางานอาชีพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ประกอบอาชีพอิสระ สามารถกำหนดรูปแบบและวิธีการดำเนินงานได้อย่างอิสระตามที่เห็นว่าเหมาะสมอาชีพอิสระแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) อิสระที่ทำได้ตามลำพัง เช่น การทำงานประดิษฐ์ การวาดภาพ การรับจัดดอกไม้ การเปิดร้านซ่อมเครื่องไฟฟ้า การเปิดร้านซัก-อบ-รีด การเลี้ยงสัตว์ เป็นต้น และ 2) อาชีพอิสระที่ต้องมีผู้ช่วยหรือลูกมือ เช่น การเปิดร้านขายอาหาร การเปิดร้านอินเทอร์เน็ต การเปิดร้านขายหนังสือ เป็นต้น (การเรียนรู้และเทคโนโลยี. 2558)

จากการศึกษาเอกสารและแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งอาชีพเป็น 3 กลุ่ม คือ แบ่งเป็นอาชีพรับจ้าง อาชีพอิสระ และอาชีพอื่นๆโดยสร้างแบบสอบถามเป็นคำถามปลายเปิด จากการประมวลเอกสารจึงคาดว่าอาชีพจะมีความเกี่ยวข้องและสอดคล้องเช่นเดียวกับงานวิจัยดังกล่าวจึงได้นำตัวแปรอาชีพมาศึกษาเป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม

3.3.5 สิทธิในการรักษาพยาบาลกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

แนวความคิดเกี่ยวกับเรื่องระบบบริการสาธารณสุขและการจัดบริการสาธารณสุขในสังคมของแต่ละประเทศนั้น ส่วนใหญ่มักจะขึ้นอยู่กับค่านิยม (Value) และปรัชญาแนวความคิดที่สังคมหรือประเทศนั้นๆ ได้ยึดถือโดยค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการสาธารณสุขและการจัดบริการสารธารสุขในสังคมตามหลักสากลนั้น มีอยู่ด้วยกัน 4 ประการ คือ 1) หลักความเสมอภาค (Equality) หมายถึง ในการจัดบริการสาธารณสุขของรัฐให้แก่ประชาชนนั้นจะต้องยึดหลักความเสมอภาคและความเท่าเทียมกัน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาค 2) หลักความเป็นธรรม (Equity) หมายถึง การจัดบริการสาธารณะสุขของรัฐจะต้องมีความสัมพันธ์กับความจำเป็นด้านสารธารณสุขของประชาชน 3) หลักเสรีภาพ (Freedom) หมายถึงบุคคลย่อมมีเสรีภาพในการเลือกบริโภคสาธารณสุขได้ตามความสมัครใจ ขึ้นอยู่กับความสามารถในกรจ่ายของแต่ละบุคคลซึ่งเสรีภาพนี้เกี่ยวข้องกับรายได้และอำนาจซื้อของแต่ละบุคคลด้วย 4) หลักประโยชน์สูงสุด

(Optimality) หรือหลักสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขของสังคมจะต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรของสังคมให้เกิดประโยชน์สูงสุดด้วยหลักประสิทธิภาพนี้จะเกี่ยวข้องกับการจัดบริการที่ดีที่สุดโดยใช้ต้นทุนหรือทรัพยากรน้อยที่สุด การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีราคาแพง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. 2554)

แนวความคิดเกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุขและการจัดบริการสาธารณสุขในสังคมเป็นแบบตลาดแข่งเสรี (Entrepreneurial Health System) หรือเป็นแบบทุนนิยมที่มุ่งเน้นค่าธรรมเนียมสำหรับการบริการเป็นหลัก โดยที่ประชาชนสามารถเลือกบริการสุขภาพได้อย่างเสรี (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. 2548) แต่ภายหลังนับแต่นี้นั้นเป็นต้นมาโดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าศึกษาถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นมากขึ้น โดยการจัดให้มี ‘‘ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า’’ (UC) ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพหลักเพียง 2 ระบบเท่านั้น คือ “ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ” (CSMS) และ “ระบบประกันสังคม” (SSS) ในขณะที่การบริการสาธารสุขของประเทศไทย ก็มีการแข่งขันกันในเชิงธุรกิจมากยิ่งขึ้นเช่นเดียวกัน ดังจะพิจารณาเห็นได้จากกรณีที่มีโรงพยาบาลเอกชนได้มีการกระจายหุ้นและมีการลุงทุนตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น และวีระศักดิ์ พุทธาศรี, สมหญิง สายธนู และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2546) กล่าวว่า สิทธิในการรักษาพยาบาล หมายถึง ผู้มีสิทธิเบิกจ่ายเงินการรักษาพยาบาลตามตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545 ได้แก่ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้าราชการ ข้าราชการส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สำนักงานประกันสังคม ประกันสุขภาพภาคเอกชน สิทธิผู้ประสบภัยจากรถ หน่วยงานองค์การอิสระตามรัฐธรรมนูญ สิทธิการรักษาพยาบาลเฉพาะกลุ่ม (โรงพยาบาลให้การอนุเคราะห์, บุคคลต่างด้าว) การชำระเงินเอง (กระทรวงสาธารณสุข. 2545)

ในงานวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งสิทธิในการรักษาพยาบาลออกเป็น 6 กลุ่ม เพื่อให้สอดคล้องกับกับนิยามปฏิบัติการและงานวิจัยเกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า2) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 3) ประกันสังคม 4) ประกันสุขภาพภาคเอกชน 5) สิทธิการรักษาพยาบาลเฉพาะกลุ่ม (โรงพยาบาลให้การอนุเคราะห์, บุคคลต่างด้าว) และ 6) การชำระเงินเอง (กระทรวงสาธารณสุข. 2545) จากการประมวลเอกสารจึงคาดว่าสิทธิในการรักษาพยาบาลจะมีความเกี่ยวข้องและสอดคล้องเช่นเดียวกับงานวิจัยดังกล่าวจึงได้นำตัวแปรสิทธิการรักษาพยาบาลมาศึกษาเป็นตัวแปรแบ่งกลุ่ม

ตอนที่ 4 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่จะศึกษา: กรอบแนวคิด นิยามปฏิบัติการ สมมติฐานการวิจัย

นิยามปฏิบัติการ

1. ภาวะวิกฤตทางอารมณ์ (Emotional crisis) หมายถึง ภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหานั้นไม่ได้ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกตึงเครียด กดดัน ยุ่งยากใจ สิ้นหวังและไม่สามารถปฏิบัติภารกิจต่างๆ เช่นเคยได้ โดยเป็นการจัดการทางความคิดให้เข้าใจในปัญหาและ

ทางเลือกที่เหมาะสม มีการจัดการด้านความรู้สึกให้สามารถแสดงออกและจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม พัฒนาทักษะและความสามารถในการแก้ปัญหาเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าหรือสามารถปรับตัวให้เข้าสู่ภาวะสมดุลทางอารมณ์ได้โดยเร็ว โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1.1 การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง หมายถึง การรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง มีการเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น บุคคลสามารถรับรู้ภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของตนเองได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง

1.2 การจัดการทางอารมณ์ หมายถึง ความสามารถของผู้รับบริการคลินิกวัยทองในการควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก การแสดงออกของตนให้อยู่ในสภาพปกติ มีจิตใจหนักแน่นมั่นคงไม่หวั่นไหวต่อเหตุการณ์ต่างๆ สามารถจัดการอารมณ์และปรับอารมณ์ให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้เป็นอย่างดี มีการควบคุมตนเอง ความไว้วางใจ ความรู้สึกผิดชอบ ความสามารถในการปรับตัว และการสร้างสิ่งใหม่ๆ เป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่เกิดจากใช้กระบวนการทางปัญญาในการประเมินสถานการณ์ และการจัดการกับสถานการณ์ที่มาคุกคาม

ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดขึ้นเองและปรับปรุงจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องตามนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยแบ่งรายเป็นด้าน 2 ด้าน ดังนี้ 1) การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และ 2) การจัดการทางอารมณ์ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จาก “บ่อยครั้งที่สุด” ถึง “ไม่เคยทำเลย” การให้คะแนน สำหรับข้อความทางบวกผู้ที่ตอบบ่อยครั้งที่สุดจะได้ 6 คะแนน จนถึงไม่เคยทำเลย 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามทางลบจะได้คะแนนในทางตรงข้ามกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการจัดภาวะวิกฤตทางอารมณ์สูงกว่า ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนต่ำ

2. ปรีชาเชิงอารมณ์ หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ของตนเองในการระบุประเมินและการควบคุมอารมณ์ของตนเองของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง มีความสามารถด้านการควบคุมอารมณ์ซึ่งนำไปสู่การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ที่ แบ่งได้ 2 ด้าน คือ 1) ความสามารถส่วนบุคคล ได้แก่ การตระหนักรู้ตนเอง การจัดการตนเอง การจูงใจ เป็นต้น และ 2) ความสามารถทางสังคม ได้แก่ ความเข้าอกเข้าใจ ทักษะทางสังคม เป็นต้น

ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดปรีชาเชิงอารมณ์ โดยปรับปรุงแบบวัดของอังศินันท์ อินทรกำแหง และภัทราวุธ อินทรกำแหง (2550) ซึ่งดัดแปลงจากโกลแมน (Goleman. 1998: 317) มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จำนวน 10 ข้อคำถาม จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” การให้คะแนน สำหรับข้อความทางบวกผู้ที่ตอบจริงที่สุดจะได้ 6 คะแนน จนถึงไม่จริงเลย 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามทางลบจะได้คะแนนในทางตรงข้ามกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีปรีชาเชิงอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกที่ได้คะแนนต่ำ

3. ความฉลาดทางสุขภาพ หมายถึง ความรู้ความสามารถ และความตระหนักในการเลือกสิ่งที่ดีให้กับสุขภาพ และหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีความแตกฉานด้านสุขภาพ มีการรู้เท่าทันสุขภาพ รวมทั้งความฉลาดทางสุขภาวะ นั่นคือความเป็นสุขอย่างฉลาด สามารถดำเนินชีวิตได้โดยการเรียนรู้ การปฏิบัติจริง การเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมผู้อื่น การเรียนรู้เพื่อชีวิตหรือการมีสติปัญญาไหวพริบในการเข้าใจสิ่งรอบตัว รวมทั้งเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพได้

การวัดความฉลาดทางสุขภาพ เป็นแบบวัดที่ให้ผู้มารับบริการคลินิกวัยทองรายงานเกี่ยวกับพฤติกรรมการดำรงชีวิตอย่างปลอดภัย ปราศจากความเสี่ยงสุขภาพ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ที่ดีมีความเป็นอยู่ที่ดีอย่างปกติสุข โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงจาก อังศินันท์ อินทรกำแหง; และภัทราวุธ อินทรกำแหง (2550) ซึ่งดัดแปลงจากโฮเกอร์และโฮเกอร์ (Hoeger; & Hoeger. 2550) เป็นแบบวัดมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” จำนวน 10 ข้อ การให้คะแนน สำหรับข้อความทางบวกผู้ที่ตอบจริงที่สุดจะได้ 6 คะแนน จนถึงไม่จริงเลย 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามทางลบจะได้คะแนนในทางตรงข้ามกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนต่ำกว่า

4. ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ หมายถึง ลักษณะต่างๆ ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ได้แก่ ความมีสมรรถนะ ความสุขมรอบคอบ การมีวินัยในตนเอง การมุ่งความสำเร็จ และการยึดมั่นในหน้าที่รับผิดชอบ เป็นต้น

ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ โดยปรับปรุงแบบวัดของกมลพรรณ จันทร์พยอม (2550) วัลภา สบายยิ่ง (2542) และปัญญฎา ประดิษฐบาทุกา (2556) ประกอบด้วย ความมีสมรรถนะ ความเป็นระเบียบ การยึดมั่นในหน้าที่และความรับผิดชอบ โดยได้ดัดแปลงมาจากโดยแบบสอบถามได้ปรับปรุง มาใช้ให้สอดคล้องกับนิยาม ซึ่งแปลมาจากแบบวัด Neo Five-Factor Inventory (NEO-FFI) ของคอสต้าและเมคเครา มีจำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” การให้คะแนน สำหรับข้อความทางบวกผู้ที่ตอบจริงที่สุดจะได้ 6 คะแนน จนถึงไม่จริงเลย 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามทางลบจะได้คะแนนในทางตรงข้ามกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนต่ำ

5. ความผูกพันทางศาสนา หมายถึง การที่ผู้รับบริการมีความเชื่อฑามหลักคำสอนทางศาสนาเป็นศาสนา และนำหลักคำสอนทางศาสนาไปปฏิบัติในการดำรงชีวิต โดยสามารถแบ่งเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ 1) ความเชื่อทางศาสนา เช่น ความเชื่อเรื่องอเนกชาติ ผลของกรรม การทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว 2) การปฏิบัติทางศาสนา เช่น การแสดงความเสียสละ เอื้อเฟื้อแบ่งปัน และการไม่เบียดเบียนผู้อื่น และ 3) วิถีทางศาสนาเป็นการเลือกที่จะกระทำหรือดำรงชีวิตในแนวการอบรมสั่งสอนตามหลักของศาสนา

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบวัดของ ดวงเดือน พันธุนาวิน; และคนอื่นๆ (2540) และแบบวัดของทรรศนันท์ ชินศิริพันธุ์ (2555) เป็นแบบวัดที่ใช้ความเชื่อตามคำสอนทางพุทธศาสนา และการนำหลักธรรมคำสอนทางพุทธศาสนาไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง มีจำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” การให้คะแนน สำหรับข้อความทางบวกผู้ที่ตอบจริงที่สุดจะได้ 6 คะแนน จนถึงไม่จริงเลย 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามทางลบจะได้คะแนนในทางตรงข้ามกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความผูกพันทางศาสนาสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนต่ำ

6. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ผู้รับบริการคลินิกวัยทองได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวทั้งด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และด้านวัตถุ ในลักษณะเป็นการสื่อสารทางบวก การให้กำลังใจ การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง รวมทั้งได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นเจ้าหน้าที่คลินิกหรือผู้ให้บริการคลินิก ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือทางด้านการบริการคลินิกวัยทอง ด้านวัตถุสิ่งของหรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ เช่น การให้กำลังใจ การพูดชมเชย คำแนะนำคำปรึกษาที่ดีในการเข้ารับบริการ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันอย่างเป็นกัลยาณมิตร และด้านวัสดุอุปกรณ์ เช่น มีบริการต่างๆ เพื่อความสะดวกสบายในการรับบริการคลินิกวัยทอง และรวมไปถึงการที่ผู้รับบริการรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยปรับปรุงจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของดุจเดือน พันธุมนาวิน (2545) เป็นการวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งวัด 3 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านอุปกรณ์ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวจาก “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” การให้คะแนน สำหรับข้อความทางบวกผู้ที่ตอบจริงที่สุดจะได้ 6 คะแนน จนถึงไม่จริงเลย 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามทางลบจะได้คะแนนในทางตรงข้ามกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนต่ำ

7. การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง หมายถึง ผู้รับบริการคลินิกวัยทอง มีการรับรู้และความสนใจข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อประเภทต่างๆ เช่น หนังสือ ตำรา นิตยสาร วารสาร บทความวิชาการ อินเตอร์เน็ต ตัวบุคคล รวมทั้งได้รับทั้งได้รับการอบรมหรือฟังประชุมวิชาการด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น

ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง โดยปรับปรุงจากแบบวัดข่าวสารสุขภาพของดวงกมล พรหมลักขโณ (2549) ซึ่งวัดจากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ ตำรา นิตยสาร วารสาร บทความวิชาการ อินเตอร์เน็ต ตัวบุคคล รวมทั้งได้รับการอบรมหรือฟังประชุมวิชาการด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความรู้ จิตลักษณะและพฤติกรรมของผู้รับสาร แบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” จำนวน 10 ข้อ การให้คะแนน สำหรับข้อความทางบวกผู้ที่ตอบจริงที่สุดจะได้ 6 คะแนน จนถึงไม่จริงเลย 1 คะแนน สำหรับข้อ

คำถามทางลบจะได้คะแนนในทางตรงข้ามกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมความพร้อมสู่วัยทองสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนต่ำ

8. สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวเดียวกัน เช่น สามีกับภรรยา แม่กับลูก พี่กับน้อง โดยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรักความเข้าใจกัน ช่วยเหลือกันในเรื่องต่างๆ ได้แก่ ภารกิจที่สมาชิกรับผิดชอบตามบทบาทและหน้าที่ การสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว การแสดงออกถึงความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว การให้ความช่วยเหลือเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน การแก้ปัญหาและการขัดแย้ง การใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกัน และการปฏิบัติตามกฎระเบียบของครอบครัว เป็นต้น

ผู้วิจัยได้ปรับแบบสอบถามให้สอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการ โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของเพ็ญนภา กุลนภาดล (2547) ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านภารกิจที่สมาชิกรับผิดชอบตามบทบาทและหน้าที่ 2) ด้านการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว 3) ด้านการแสดงออกถึงความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว 4) ด้านการให้ความช่วยเหลือเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน 5) ด้านการแก้ปัญหาและการขัดแย้ง 6) ด้านการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกัน 7) ด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบของครอบครัว แบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ คือ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” การให้คะแนน สำหรับข้อความทางบวกผู้ที่ตอบจริงที่สุดจะได้ 6 คะแนน จนถึงไม่จริงเลย 1 คะแนน สำหรับข้อคำถามทางลบจะได้คะแนนในทางตรงข้ามกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนต่ำกว่า

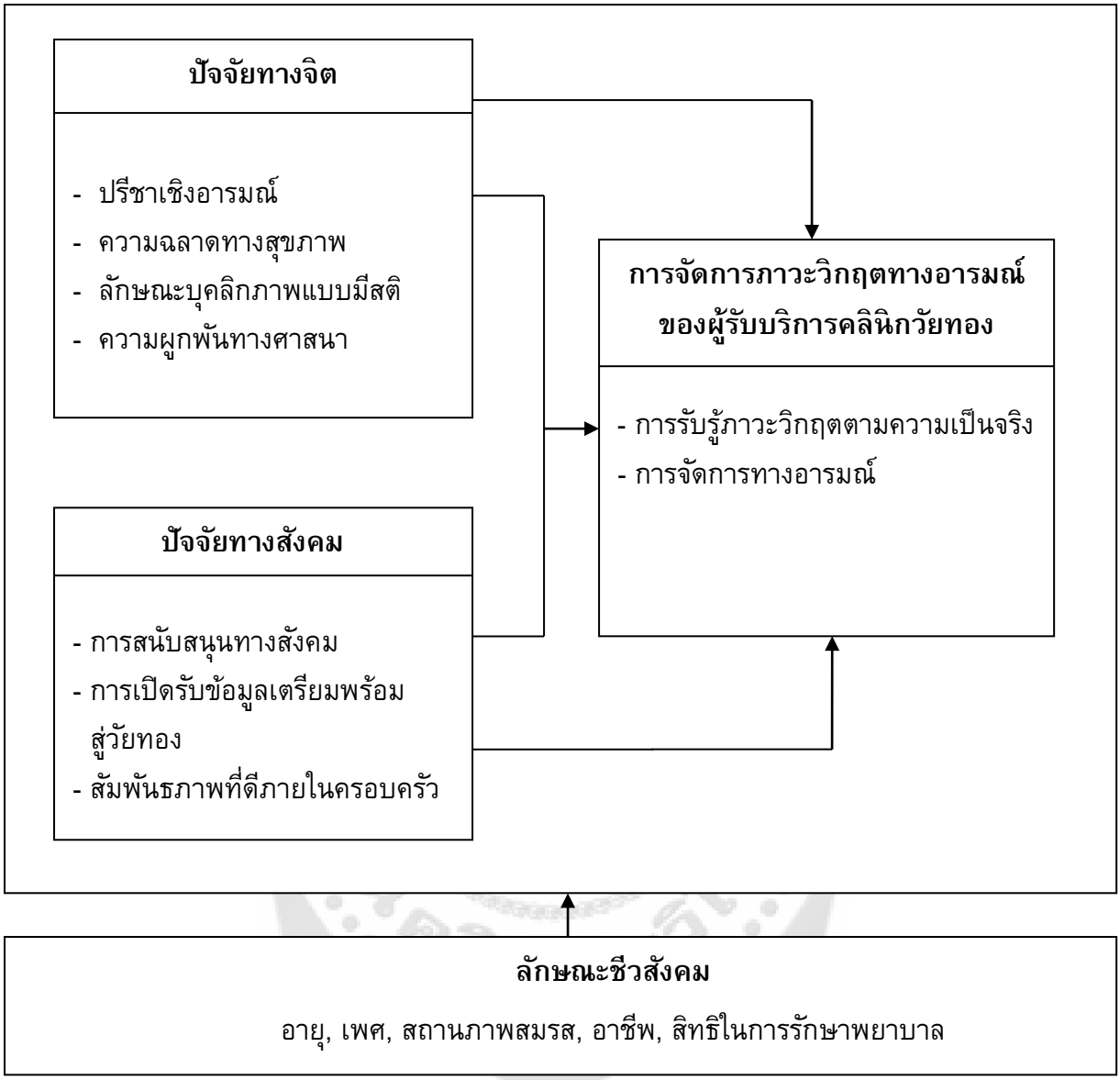
กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร หมายถึง การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ โดยการรับรู้เหตุการณ์ตามความจริง การจัดการทางอารมณ์ เช่น การควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกของการแสดงออกของตนให้อยู่ในสภาพปกติ มุ่งปรับอารมณ์ การควบคุมตนเอง มีความสามารถในการปรับตัว การศึกษา ในการวิจัยนี้ใช้แนวการวิเคราะห์สาเหตุพฤติกรรมการการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร ครั้งนี้ ผู้วิจัยอธิบายสาเหตุของการพฤติกรรม ตามทฤษฎีทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดูรา (Bandura. 1986) มากำหนดเป็นกรอบในการประมวลเอกสารและกำหนดตัวแปรเชิงสาเหตุที่จะอธิบาย การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง

เนื่องจากทฤษฎีทางปัญญาสังคมได้อธิบายสาเสตุของการ เกิดพฤติกรรมของบุคคล จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง โดยเน้นการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง โดยสามารถแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และ

ด้านการจัดการทางอารมณ์ ที่จะนำไปสู่การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง และปัจจัยที่สำคัญ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ 1) ปัจจัยทางจิต โดยจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ได้แก่ ปรีชาเชิงอารมณ์ ความฉลาดทางสุขภาพ ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ และความผูกพันทางศาสนา เป็นต้น และ 2) ปัจจัยทางสังคม โดยจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง และสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว เป็นต้น

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีชีวสังคมต่างกัน เพื่อจะได้ทราบถึงตัวแปรเชิงเหตุผลใดบ้างมีบทบาทสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการวัยทอง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการงานวิจัยและศึกษาตัวแปรที่มีผลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร สามารถสรุปได้ดังภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์มากและการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมที่แตกต่างกัน

2. ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านมากกว่า

ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมที่แตกต่างกัน

3. ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมที่แตกต่างกัน

4. ตัวแปรในกลุ่มปัจจัยทางจิต (ปรีชาเชิงอารมณ์ ความฉลาดทางสุขภาพ ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ และความผูกพันทางศาสนา) และตัวแปรในกลุ่มปัจจัยทางสังคม (การสนับสนุนทางสังคม การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง และสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว) ในการทำนายการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านของผู้รับบริการคลินิกวัยทองทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมที่แตกต่างกัน

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทางจิตและสังคมที่มีผลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานครโดยมีวัตถุประสงค์ให้ทราบถึงปัจจัยทางจิตลักษณะ ปัจจัยทางสังคม และลักษณะชีวสังคม ที่ส่งผลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ซึ่งผลการศึกษาสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและจัดการกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์ในผู้รับบริการคลินิกวัยทอง และผู้ที่เกี่ยวข้องได้ ซึ่งจะเป็นข้อมูลในการพัฒนาลักษณะและพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดำรงชีวิตประจำวัน รวมถึงทั้งเป็นการเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการด้าน และพัฒนาการของการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์และค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะวิกฤตทางอารมณ์ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล
6. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นผู้มารับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นผู้มารับบริการคลินิกวัยทองในโรงพยาบาล 9 แห่ง ในสังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลตากสิน จำนวน 280คน โรงพยาบาลกลาง จำนวน 275 คน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์จำนวน 270 คน โรงพยาบาลสิรินธรจำนวน 226 คน โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ชุตินฺธโรอุทิศ จำนวน 170 คน โรงพยาบาลราชพิพัฒน์จำนวน 174 คนโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมิ์ จำนวน 156 คน และโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน จำนวน 164 คน โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร จำนวน 130 คน จำนวนประชากรทั้งสิ้น 1,845 คน ในเขตกรุงเทพมหานคร (สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. 2555)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน โดยมีขั้นตอนการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างและเลือกกลุ่มดังตัวอย่างนี้

1. การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณโดยใช้สูตรกำหนดกลุ่มตัวอย่างจาก ยามาเน่ (Yamane. 1967) โดยมีสูตรการคำนวณดังนี้

สูตรการคำนวณ

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

โดยที่ e = คลาดคลาดเคลื่อนการสุ่มตัวอย่าง (e = .05)

N = ขนาดประชากร

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

แทนค่า

$$n = \frac{1845}{1+1,845\ (0.05)^2}$$

N = 399.78 หรือ 400 ราย

2. ผู้วิจัยเทียบสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรโดยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) (กัลยา วานิชย์บัญชา. 2550: 16-21) กำหนดให้โรงพยาบาลเป็นตัวแบ่งชั้นภูมิ และทำการสุ่มจากโรงพยาบาลต่างๆ ในอัตราส่วนระหว่างประชากรต่อกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 4.6 :1 ดังตารางนี้

ตาราง 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลตากสิน	280	61
โรงพยาบาลกลาง	275	60
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์	270	58
โรงพยาบาลสิรินธร	226	49
โรงพยาบาลราชพิพัฒน์	174	38
โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินุธโร อุทิศ	170	37
โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน	164	35
โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมิ์	156	34
โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร	130	28
รวมทั้งสิ้น	1,845	400

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นเครื่องมือวัดประเภทมาตรประมาณค่า โดยแบ่งออกเป็น 9 ตอน จำนวน 89 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบวัดสอบถามลักษณะทางชีวสังคม
ตอนที่ 2 แบบวัดการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์
ตอนที่ 3 แบบวัดปรีชาเชิงอารมณ์
ตอนที่ 4 แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ
ตอนที่ 5 แบบวัดลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ
ตอนที่ 6 แบบวัดความผูกพันทางศาสนา
ตอนที่ 7 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม
ตอนที่ 8 แบบวัดการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง
ตอนที่ 9 แบบวัดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 แบบวัดการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง แบบวัดที่ใช้ประกอบด้วยแบบวัดการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง 2 รายด้าน คือ 1) ด้านการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง 2) ด้านการจัดการทางอารมณ์ ดังนี้

ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดขึ้นเองและปรับปรุงจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องตามนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยแบ่งเป็นรายด้าน 2 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และ 2) ด้านการจัดการทางอารมณ์ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จาก “บ่อยครั้งที่สุด” ถึง “ไม่เคยทำเลย” จำนวนข้อคำถามที่สร้างขึ้น 34 ข้อ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงจำนวน 60 คน จึงได้แบบสอบถามที่ใช้ได้จริง 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟ่าเท่ากับ .79 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .24 ถึง .56

<u>ตัวอย่าง</u> แบบวัดการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

(0) ฉันรับรู้ได้ว่าฉันไม่สามารถแก้ปัญหาใดๆ ได้ด้วยตนเอง

....

บ่อยครั้งที่สุด บ่อยครั้ง ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่เคย ไม่เคย ไม่เคยเลย

(00) ฉันพยายามหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา โดยไม่คิดเอาเองตามใจชอบ

....

บ่อยครั้งที่สุด บ่อยครั้ง ค่อนข้างบ่อย ค่อนข้างไม่เคย ไม่เคย ไม่เคยเลย

เกณฑ์การให้คะแนน เมื่อเป็นข้อความทางบวกจะให้คะแนน ตามลำดับจาก “บ่อยครั้งที่สุด” ถึง “ไม่เคยทำเลย” แต่ถ้าเป็นข้อความทางลบจะให้คะแนนในทิศทางกลับกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนต่ำ

ตอนที่ 2 แบบวัดปรีชาเชิงอารมณ์

ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดปรีชาเชิงอารมณ์ โดยปรับปรุงแบบวัดของอังศินันท์ อินทรกำแหง และภัทราวุธ อินทรกำแหง (2550) ซึ่งดัดแปลงจากโกลแมน (Goleman. 1998: 317) มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” จำนวนข้อคำถามที่สร้างขึ้น 15 ข้อ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงจำนวน 60 คน จึงได้แบบสอบถามที่ใช้ได้จริง 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟ่าเท่ากับ .80 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .32 ถึง .58

ตัวอย่าง แบบวัดปรีชาเชิงอารมณ์

(0) ฉันวิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้ฉันไม่สบายใจได้

....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

(00) ฉันรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้อื่นได้ขณะสนทนากัน

....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน เมื่อเป็นข้อความทางบวกจะให้คะแนน ตามลำดับจาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” แต่ถ้าเป็นข้อความทางลบจะให้คะแนนในทิศทางกลับกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีปรชาเชิงอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนต่ำ

ตอนที่ 3 แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ

เป็นแบบวัดที่ให้ผู้มารับบริการคลินิกวัยทองรายงานเกี่ยวกับพฤติกรรมการดำรงชีวิตอย่างปลอดภัย ปราศจากความเสี่ยงสุขภาพ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ที่ดีมีความเป็นอยู่ที่ดีอย่างปกติสุข โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงจากอังศินันท์ อินทรกำแหง; และภัทราวุธ อินทรกำแหง (2550) ซึ่งดัดแปลงจากโฮเกอร์และโฮเกอร์ (Hoeger; & Hoeger. 2550) เป็นแบบวัดมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย‘’ จำนวนข้อคำถามที่สร้างขึ้น 12 ข้อ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงจำนวน 60 คน จึงได้แบบสอบถามที่ใช้ได้จริง 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟ่าเท่ากับ .79 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .40 ถึง .61

ตัวอย่าง แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ

(0) บุคคลควรอบอุ่นร่างกายก่อนและยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกายเสมอ

....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

(00) ฉันเลือกวิธีที่เหมาะสมในการดูแลตนเองอยู่เสมอ เช่น ออกกำลังกาย กินอาหารเพื่อสุขภาพ

....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน เมื่อเป็นข้อความทางบวกจะให้คะแนน ตามลำดับจาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” แต่ถ้าเป็นข้อความทางลบจะให้คะแนนในทิศทางกลับกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนต่ำ

ตอนที่ 4 แบบวัดลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ

ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติโดยปรับปรุงแบบวัดของกมลพรรณ จันทร์พยอม (2550) วัลภา สบายยิ่ง (2542) และปัญญฎา ประดิษฐบาทุกา (2556) ประกอบไปด้วย ความมีสมรรถนะ ความเป็นระเบียบ การยึดมั่นในหน้าที่และความรับผิดชอบ โดยได้ดัดแปลงมาจาก โดยแบบสอบถามได้ปรับปรุง มาใช้ให้สอดคล้องกับนิยาม ซึ่งแปลมาจากแบบวัด Neo Five-Factor Inventory (NEO-FFI) ของคอสต้าและเมคเคร เป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” จำนวนข้อคำถามที่สร้างขึ้น 12 ข้อ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงจำนวน 60 คน จึงได้แบบสอบถามที่ใช้ได้จริง 7 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟ่าเท่ากับ .92 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .60 ถึง .82

<u>ตัวอย่าง</u> แบบวัดบุคลิกภาพแบบมีสติ

(0) ฉันสามารถทำงานให้เสร็จตามเวลาได้เป็นอย่างดี

....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

(00) ฉันคิดอย่างรอบคอบก่อนที่จะทำสิ่งใดๆ ลงไป

....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน เมื่อเป็นข้อความทางบวกจะให้คะแนน ตามลำดับจาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” แต่ถ้าเป็นข้อความทางลบจะให้คะแนนในทิศทางกลับกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนต่ำ

ตอนที่ 5 แบบวัดความผูกพันทางศาสนา

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบวัดของ ดวงเดือน พันธุนาวิน; และคนอื่นๆ (2540) และแบบวัดของ ทรรศนันท์ ชินศิริพันธุ์ (2555) เป็นแบบวัดที่ใช้ความเชื่อตามคำสอนทางพุทธศาสนา และการนำหลักธรรมคำสอนทางพุทธศาสนาไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง เป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จาก “จริงที่สุด’’ ถึง “ไม่จริงเลย’’ จำนวนข้อคำถามที่สร้างขึ้น 17 ข้อ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงจำนวน 60 คน จึงได้แบบสอบถามที่ใช้ได้จริง 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟ่าเท่ากับ .80 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .21 ถึง .67

ตัวอย่าง แบบวัดความผูกพันทางศาสนา

(0) ฉันคำนึงถึงเรื่องบาปบุญก่อนตัดสินใจกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดเสมอ

....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

(00) ฉันพร้อมที่จะพูดปด ถ้าคำพูดนั้นจะช่วยให้ฉันรอดปลอดภัย

....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน เมื่อเป็นข้อความทางบวกจะให้คะแนน ตามลำดับจาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” แต่ถ้าเป็นข้อความทางลบจะให้คะแนนในทิศทางกลับกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความผูกพันทางศาสนาสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนต่ำ

ตอนที่ 6 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามมาจากแบบวัดของดุจเดือน พันธุมนาวิน (2545) เป็นการวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งวัด 3 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านอุปกรณ์ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวจาก “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” จำนวนข้อคำถามที่สร้างขึ้น 15 ข้อ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงจำนวน 60 คน จึงได้แบบสอบถามที่ใช้ได้จริง 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟ่าเท่ากับ .91 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .36 ถึง .78

ตัวอย่าง แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

(0) ผู้ให้บริการคลินิกพูดให้กำลังใจกับฉันในการเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วย

....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

(00) ผู้ให้บริการคลินิกเปิดโอกาสให้ฉันได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในปัญหาสุขภาพ

....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

(000) เมื่อฉันไม่สบาย สมาชิกในครอบครัวช่วยออกค่ารักษาพยาบาลให้แก่ฉัน

....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน เมื่อเป็นข้อความทางบวกจะให้คะแนน ตามลำดับจาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” แต่ถ้าเป็นข้อความทางลบจะให้คะแนนในทิศทางกลับกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนต่ำ

ตอนที่ 7 แบบวัดการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง

ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง โดยผู้วิจัยได้ปรับปรุงจากแบบวัดข่าวสารสุขภาพของดวงกมล พรหมลักขโณ (2549: 43) ซึ่งวัดจากสื่อต่างๆ เช่น หนังสือ ตำรา นิตยสาร วารสาร บทความวิชาการ อินเตอร์เน็ต ตัวบุคคล รวมทั้งได้รับการอบรมหรือฟังประชุมวิชาการด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความรู้ จิตลักษณะและพฤติกรรมของผู้รับสาร แบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” จำนวน 10 ข้อ จำนวนข้อคำถามที่สร้างขึ้น 10 ข้อ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงจำนวน 60 คน จึงได้แบบสอบถามที่ใช้ได้จริง 9 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟ่าเท่ากับ .74 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .22 ถึง .64

ตัวอย่าง แบบวัดการเปิดรับข้อมูลเตรียมความพร้อมสู่วัยทอง

(0) ฉันติดตามข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพต่างๆ ทางสื่อมวลชน เป็นระยะๆ

....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

(00) ฉันไม่เคยทนดูรายการโทรทัศน์ที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจนจบรายการสักครั้ง

....

จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน เมื่อเป็นข้อความทางบวกจะให้คะแนน ตามลำดับจาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงที่สุด” แต่ถ้าเป็นข้อความทางลบจะให้คะแนนในทิศทางกลับกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนต่ำ

ตอนที่ 8 แบบวัดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว

ผู้วิจัยได้ปรับแบบสอบถามให้สอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการ โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของเพ็ญนภา กุลนภาดล (2547) ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านภารกิจที่สมาชิกรับผิดชอบตามบทบาทและหน้าที่ 2) ด้านการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว 3) ด้านการแสดงออกถึงความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว 4) ด้านการให้ความช่วยเหลือเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน 5) ด้านการแก้ปัญหาและการขัดแย้ง 6) ด้านการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกัน 7) ด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบของครอบครัว แบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่า 6 ระดับ คือ “จริงที่สุด” จนถึง “ไม่จริงเลย” จำนวนข้อคำถามที่สร้างขึ้น 14 ข้อ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงจำนวน 60 คน จึงได้แบบสอบถามที่ใช้ได้จริง 14 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟ่าเท่ากับ .92 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .24 ถึง .80

ตัวอย่าง แบบวัดแบบวัดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว

(0) ครอบครัวของฉันตกลงกันว่าใครควรมีหน้าที่รับผิดชอบงานใดในบ้าน

.....	.....	.....	.....	.....	.....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

(00) ทุกคนในครอบครัวของฉันยอมรับและทำตามกฎเกณฑ์ที่ตกลงกันไว้

.....	.....	.....	.....	.....	.....
จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน เมื่อเป็นข้อความทางบวกจะให้คะแนน ตามลำดับจาก “จริงที่สุด” ถึง “ไม่จริงเลย” แต่ถ้าเป็นข้อความทางลบจะให้คะแนนในทิศทางกลับกัน ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่ได้คะแนนต่ำ

ตอนที่ 9 แบบวัดสอบถามลักษณะชีวสังคม เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ สิทธิในการรักษาพยาบาล โดยมีลักษณะเป็นแบบมีตัวเลือกให้เลือกตอบและแบบเติมคำตอบ

ตัวอย่าง แบบวัดลักษณะทางชีวสังคม

1. เพศ

[ ] ชาย [ ] หญิง

2. อายุ

[ ] 40-46 ปี [ ] 47-53 ปี [ ] 54-60 ปี

3. สถานภาพสมรส

[ ] โสด [ ] สมรส [ ] หม้าย/หย่าร้าง

4. อาชีพ

[ ] อาชีพรับจ้าง [ ] อาชีพอื่นๆ (ระบุ).....

5. สิทธิในการรักษาพยาบาล

[ ] หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า [ ] ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

[ ] ประกันสังคม

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัด (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ที่มีความรู้ความเข้าใจในด้านที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาที่ต้องการวัด เป็นผู้เชี่ยวชาญที่ทำการตรวจสอบว่าแบบวัดแต่ละฉบับสามารถ

วัดได้ถูกต้องตรงตามจุดประสงค์ของเนื้อหาที่จะวัด หรือมีเนื้อหาครอบคลุมตามนิยามปฏิบัติการหรือไม่ ภาษาและสำนวนถ้อยคำของข้อความมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างหรือไม่ พิจารณาความคิดเห็นตรงกันของผู้เชี่ยวชาญ 3 ใน 4 คน เป็นเกณฑ์ จากนั้นนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้

2. การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) การหาค่าอำนาจจำแนกแบบวัดโดยผู้วิจัยจะนำแบบวัดแต่ละฉบับที่ ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item - total correlation) แล้วเลือกเฉพาะข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 ขึ้นไปไว้ใช้ในแบบวัด (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531:138)

3. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดที่ใช้จะหาภายหลังจากวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อแล้ว จากนั้นเลือกเฉพาะข้อที่มีนัยสำคัญทางสถิติและได้รับการปรับปรุงจนเนื้อหาครอบคลุมสิ่งที่ต้องการจะวัด นำมาหาค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531: 138)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ติดต่อหน่วยงานที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการแจกแบบสอบถามและเก็บรวบรวมแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการหรือหัวหน้าหน่วยงาน ที่ใช้เป็นสถาบันที่เก็บข้อมูลเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. จัดเตรียมแบบสอบถามให้เพียงพอกับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

3. นำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตัวเอง พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดของการเก็บข้อมูลให้ทราบ และนัดหมายระยะเวลาให้ส่งคืน

4. ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง ในวันและเวลาที่นัดหมายไว้ ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์อีกครั้ง

5. นำข้อมูลจัดเก็บในเครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อหาค่าสถิติสำหรับใช้ดำเนินการขั้นต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคล และตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. วิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัยได้แก่

2.1 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (Two-way ANOVA) เมื่อพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 2 ตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ ด้วยวิธีการของเชฟเฟ่ (Scheff') เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1-3

2.2 การวิเคราะห์ค่าอำนาจการทำนายโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเรื่องนี้ ปัจจัยทางจิตและสังคมที่มีผลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือ 1) เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมที่มีต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านของผู้รับบริการคลินิกวัยทองในเขตกรุงเทพมหานครทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน 2) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างตัวแปรปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมที่มีต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านของผู้รับบริการคลินิกวัยทองในเขตกรุงเทพมหานครทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน โดยมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองทั้งหมด 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยทางจิต (ปรีชาเชิงอารมณ์ ความฉลาดทางสุขภาพ ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ และความผูกพันทางศาสนา) 2) ปัจจัยทางสังคม (การสนับสนุนทางสังคม การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง และสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว) และ 3) ลักษณะชีวสังคม (เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และสิทธิในการรักษาพยาบาล)

มีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของตัวแปรที่ศึกษา

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ได้แก่

1. ผลการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิต คือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์สูง และปัจจัยทางสังคม คือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง ที่มีต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทาง (Two-way Analysis of Variance) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และเมื่อพบการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) จะทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ่ (Scheffe) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1

2. ผลการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิต คือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพสูง และปัจจัยทางสังคม คือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองสูง ที่มีต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทาง (Two-way Analysis of

Variance) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และเมื่อพบการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) จะทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ่ (Scheffe) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2

3. ผลการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิต คือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาสูง และปัจจัยทางสังคม คือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวสูง ที่มีต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทาง (Two-way Analysis of Variance) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และเมื่อพบการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) จะทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ่ (Scheffe) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3

4. ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจการทำนายการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้าน โดยใช้ตัวทำนายกลุ่มปัจจัยทางจิต 4 ตัวแปร (ปรีชาเชิงอารมณ์ ความฉลาดทางสุขภาพ ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ และความผูกพันทางศาสนา) เข้าทำนายเป็นลำดับที่ 1 และกลุ่มปัจจัยทางสังคม 3 ตัวแปร (การสนับสนุนทางสังคม การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง และสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว) เข้าทำนายเป็นลำดับที่ 2 ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ของตัวแปรที่ศึกษา ดังแสดงในตาราง 2-3

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลในครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 393 คน ผู้วิจัยนำเสนอจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภูมิหลัง โดยมีรายละเอียดในตาราง 2ดังนี้

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
เพศ (n = 393)	136	
ชาย	257	34.6
หญิง	257	65.4

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
อายุ (n = 393)		
อายุ 40-46 ปี	115	29.3
อายุ 47-53 ปี	138	35.1
อายุ 54-60 ปี	140	35.6
สถานภาพ (n = 393)		
โสด	78	19.8
สมรส	222	56.5
หม้าย/หย่าร้าง	93	23.7
อาชีพ (n = 393)		
อาชีพรับจ้าง	135	34.4
อาชีพอื่นๆ	258	65.6
สิทธิในการรักษาพยาบาล (n = 393)		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	137	34.9
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	120	30.5
ประกันสังคม	136	34.6

ผลการวิเคราะห์จากตาราง 2 พบว่า ผู้รับบริการคลินิกวัยทองทั้งหมด จำนวน 393 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 257 คน คิดเป็นร้อยละ 65.4 มีอายุอยู่ระหว่าง 54-60 ปี จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 35.6 รองลงมาคือมีอายุอยู่ระหว่าง 47-53 ปี จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 35.1 สถานภาพสมรส จำนวน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 56.5 รองลงมาคือหม้าย/หย่าร้าง จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 23.7 ประกอบอาชีพอื่นๆ จำนวน 258 คิดเป็นร้อยละ 65.6 และสิทธิในการรักษาพยาบาล ใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 34.9 รองลงมาคือ ประกันสังคม จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 34.6

สถิติข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

สถิติข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย คือ การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ (การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และการจัดการทางอารมณ์) ปรีชาเชิงอารมณ์ ความฉลาดทางสุขภาพ ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ ความผูกพันทางศาสนา การสนับสนุนทางสังคม การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง และสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว

ตาราง 3 ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่ศึกษา	พิสัย	Min	Max	$\overline{X}$	SD
การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์	40	29	69	47.38	5.97
การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง	24	5	29	14.60	4.84
การจัดการทางอารมณ์	26	16	42	32.78	4.44
ปรีชาเชิงอารมณ์	32	26	58	41.93	4.68
ความฉลาดทางสุขภาพ	31	17	48	38.63	5.89
ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ	29	13	42	32.77	4.80
ความผูกพันทางศาสนา	50	22	72	46.84	7.48
การสนับสนุนทางสังคม	52	20	72	54.13	8.46
การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง	32	22	54	36.41	5.06
สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว	55	29	84	64.18	9.56

จากตาราง 3 พบว่า การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 47.38 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.97 เมื่อพิจารณาการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ออกเป็นรายด้าน พบว่า การจัดการทางอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 32.78 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.44 และการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 14.60 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.84 ส่วนตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ได้แก่ ปรีชาเชิงอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 41.93 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.68 ความฉลาดทางสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 38.63 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.89 ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 32.77 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.80 ความผูกพันทางศาสนา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 46.84 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.48 การสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 54.13 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.46 การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.41 ค่าเบี่ยงเบน

มาตรฐานเท่ากับ 5.06 และสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.18 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.56

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิเคราะห์ในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน เพื่อค้นหาปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์หาค่าความแปรปรวนสองทาง (Two-way Analysis of Variance) ของการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมและรายด้าน 2 ด้าน (การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และการจัดการทางอารมณ์) ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์และได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ่ (Scheffé) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางของการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมและรายด้าน ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์ (ก) และได้รับการสนับสนุนทางสังคม (ข) แตกต่างกัน ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม

กลุ่มชีวสังคม	n	การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์											
		ด้านรวม				ด้านการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง				ด้านการจัดการทางอารมณ์			
		ก	ข	กxข	% ทำนาย	ก	ข	กxข	% ทำนาย	ก	ข	กxข	% ทำนาย
กลุ่มรวม	393	47.237**	<1	<1	11.3	4.790*	22.459**	3.826	7.9	51.125**	24.957**	2.426	20.0
เพศชาย	136	12.596**	<1	<1	8.7	<1	3.953*	1.110	3.6	21.266**	3.684	1.120	17.5
เพศหญิง	257	36.265**	<1	<1	13.2	9.426**	23.731**	1.193	10.7	27.224**	22.815**	<1	21.6
อายุ 40-46 ปี	115	18.578**	<1	2.436	18.3	3.757	<1	5.052*	7.4	20.066**	2.817	<1	20.0
อายุ 47-53 ปี	138	22.234**	2.105	1.466	15.2	3.537	17.664**	<1	12.5	23.208**	8.095**	3.354	22.7
อายุ 54-60 ปี	140	1.871	1.076	2.862	5.2	<1	9.690**	1.941	11.6	5.386*	18.866**	<1	20.0
สถานภาพโสด	78	12.046**	<1	<1	15.7	1.709	2.779	1.866	7.8	13.755**	5.733*	1.354	24.9
สถานภาพสมรส	222	30.332**	<1	<1	12.3	3.552	14.189**	<1	6.6	31.314**	13.653**	1.019	21.1
สถานภาพหม้าย /หย่าร้าง	93	3.038	<1	1.590	5.6	<1	5.149*	4.836*	12.9	5.116*	4.918*	<1	12.9
อาชีพรับจ้าง	135	6.330*	<1	<1	5.5	<1	14.202**	2.277	14.3	11.257**	16.493**	3.485	26.0
อาชีพอื่นๆ	258	40.942**	<1	1.494	14.5	7.602**	8.811**	2.338	6.0	38.934**	12.718**	<1	19.4
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	137	13.998**	3.722	1.283	15.3	1.580	3.788	4.448*	8.0	13.437**	23.212**	<1	26.2
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	120	16.218**	<1	<1	13.0	4.026*	6.894*	1.242	6.7	14.589**	5.738*	<1	20.9
ประกันสังคม	136	5.653*	<1	<1	4.9	<1	4.406*	1.412	6.7	14.741**	2.216	1.345	15.3

* $P \leq .05$; ** $P \leq .01$

จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านที่มีปรีชาเชิงอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม (ตาราง 4) พบว่า คะแนนของการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ไม่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างปรีชาเชิงอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคม

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม แปรปรวนไปตามปรีชาเชิงอารมณ์ทุกกลุ่ม ยกเว้นกลุ่มอายุ 54-60 ปี และสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง ได้แก่ กลุ่มรวม เพศชาย เพศหญิง อายุ 40-46 ปี อายุ 47-53 ปี สถานภาพโสด สถานภาพสมรส อาชีพรับจ้าง อาชีพอื่นๆ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และประกันสังคม โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์ต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์สูงจะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์ต่ำ

เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์รายด้าน 2 รายด้าน พบว่า มีเพียงการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงที่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างปรีชาเชิงอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนการจัดการทางอารมณ์ไม่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างปรีชาเชิงอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคม มีรายละเอียดดังนี้

1. คะแนนของการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างปรีชาเชิงอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม (ตาราง 4) คือ กลุ่มอายุ 40-46 ปี กลุ่มสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง และกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ่ (Scheffe') พบว่า **1) กลุ่มอายุ 40-46 ปี** (ตาราง 10 ภาคผนวก ก) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์มากและได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์น้อยและได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก **2) กลุ่มสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง** (ตาราง 11 ภาคผนวก ก) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์น้อยและได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์น้อยและได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก และ **3) กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** (ตาราง 12 ภาคผนวก ก) 2.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์น้อยและได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์น้อยและได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก และ 2.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์มากและได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์น้อยและได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง แปรปรวนไปตามปรีชาเชิงอารมณ์ ได้แก่ กลุ่มรวม เพศหญิง อายุ 40-46 ปี อาชีพอื่นๆ และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์ต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์สูงจะมีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์ต่ำ

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง แปรปรวนไปตามการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ กลุ่มรวม เพศชาย เพศหญิง อายุ 47-53 ปี อายุ 54-60 ปี สถานภาพสมรส สถานภาพหม้าย/หย่าร้าง อาชีพรับจ้าง อาชีพอื่นๆ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และประกันสังคม โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

2. คะแนนของการจัดการทางอารมณ์ ไม่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างปรีชาเชิงอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคม (ตาราง 4)

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการจัดการทางอารมณ์แปรปรวนไปตามปรีชาเชิงอารมณ์ทุกกลุ่ม โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์ต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์สูงจะมีการจัดการทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์ต่ำ

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการจัดการทางอารมณ์แปรปรวนไปตามการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ กลุ่มรวม เพศหญิง อายุ 47-53 ปี อายุ 54-60 ปี สถานภาพโสด สถานภาพสมรส สถานภาพหม้าย/หย่าร้าง อาชีพรับจ้าง อาชีพอื่นๆ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีการจัดการทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

2. ผลการวิเคราะห์หาค่าความแปรปรวนสองทาง (Two-way Analysis of Variance) ของการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมและรายด้าน 2 ด้าน (การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และการจัดการทางอารมณ์) ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพ และมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองแตกต่างกัน ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ่ (Scheffé) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางของการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมและรายด้าน ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพ (ก) และมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง (ข) แตกต่างกัน ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม

กลุ่มชีวสังคม	n	การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์											
		ด้านรวม				ด้านการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง				ด้านการจัดการทางอารมณ์			
		ก	ข	กxข	% ทำนาย	ก	ข	กxข	% ทำนาย	ก	ข	กxข	% ทำนาย
กลุ่มรวม	393	16.183**	60.528**	3.942*	21.2	<1	11.090**	10.563**	6.2	28.171**	41.471**	1.407	19.9
เพศชาย	136	2.501	26.002**	<1	19.8	3.734	7.428**	<1	6.9	18.053**	9.928**	<1	20.7
เพศหญิง	257	13.387**	34.510**	5.263*	22.4	1.733	3.967*	14.869**	8.4	11.994**	32.501**	1.722	20.4
อายุ 40-46 ปี	115	3.445	31.630**	<1	29.8	<1	27.943**	<1	23.4	4.082*	5.460*	<1	11.3
อายุ 47-53 ปี	138	9.455**	18.579**	3.473	22.0	<1	5.837*	8.443**	10.3	14.783**	10.313**	<1	19.7
อายุ 54-60 ปี	140	2.629	6.402*	<1	8.7	<1	5.672*	4.092*	9.7	8.012**	29.132**	1.761	28.9
สถานภาพโสด	78	6.369*	27.368**	<1	35.1	<1	8.927**	3.749	16.4	8.125**	13.247**	1.408	26.1
สถานภาพสมรส	222	8.432**	27.422**	1.601	18.8	<1	8.393**	5.776*	7.5	12.741**	12.319**	1.461	14.3
สถานภาพหม้าย /หย่าร้าง	93	3.265	4.840*	2.667	13.2	<1	1.319	<1	5.0	10.400**	16.904**	<1	31.3
อาชีพรับจ้าง	135	1.195	23.014**	1.247	17.3	2.646	3.245	<1	3.8	8.319**	10.542**	1.258	15.6
อาชีพอื่นๆ	258	15.790**	37.171**	7.719**	25.1	1.272	6.515*	15.822**	10.1	18.945**	31.943**	<1	23.0
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	137	7.945**	19.387**	<1	21.9	<1	4.042*	<1	3.5	17.847**	11.397**	1.151	24.1
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	120	3.881	23.705**	1.086	29.6	<1	5.239*	1.850	9.0	4.689*	17.361**	<1	24.9
ประกันสังคม	136	1.292	12.547**	1.836	10.8	<1	<1	7.027**	7.0	3.585	9.708**	2.396	12.1

* $P \leq .05$; ** $P \leq .01$

80

จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านที่มีความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองแตกต่างกันทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม (ตาราง 5) พบว่า คะแนนของการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ในกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มรวม ($P \leq .05$) กลุ่มเพศหญิง ($P \leq .05$) และกลุ่มอาชีพอิสระ ($P \leq .01$) และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ่ (Scheffe') พบว่า ทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ **1) กลุ่มรวม** (ตาราง 13 ภาคผนวก ก) **2) กลุ่มเพศหญิง** (ตาราง 14 ภาคผนวก ก) และ **3) กลุ่มอาชีพอื่น ๆ** (ตาราง 15 ภาคผนวก ก) มีผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ที่เหมือนกัน คือ (1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ และ (2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อย

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมแปรปรวนไปตามความฉลาดทางสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มรวม เพศหญิง อายุ 47-53 ปี สถานภาพโสด สถานภาพสมรส อาชีพอื่นๆ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพสูงจะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมแปรปรวนไปตามการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองทุกกลุ่ม โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองสูงจะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองต่ำ

เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์รายด้าน 2 รายด้าน พบว่า มีเพียงการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงที่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง ส่วนการจัดการทางอารมณ์ไม่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง มีรายละเอียดดังนี้

1. คะแนนของการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ในกลุ่มย่อย 7 กลุ่ม คือ กลุ่มรวม ($P \leq .01$) กลุ่มเพศหญิง ($P \leq .01$) กลุ่มอายุ 47-53 ปี ($P \leq .01$) กลุ่มอายุ 47-53 ปี ($P \leq .05$) กลุ่มสถานภาพสมรส ($P \leq .05$) กลุ่มอาชีพอื่นๆ ($P \leq .01$) และกลุ่มประกันสังคม ($P \leq .01$) และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ่ (Scheffe') พบว่า **1) กลุ่มรวม** (ตาราง 16 ภาคผนวก ก) 1.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ 1.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อย และ 1.3) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อย **2) กลุ่มเพศหญิง** (ตาราง 17 ภาคผนวก ก) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ **3) กลุ่มอายุ 47-53 ปี** (ตาราง 18 ภาคผนวก ก) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ **4) กลุ่มอายุ 54-60 ปี** (ตาราง 19 ภาคผนวก ก) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ **5) กลุ่มสถานภาพสมรส** (ตาราง 20 ภาคผนวก ก) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อยและผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อย **6) กลุ่มอาชีพอื่นๆ** (ตาราง 21 ภาคผนวก ก) 6.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่น และ 6.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและการเปิดรับข้อมูล

เตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อย และ **7) กลุ่มประกันสังคม** (ตาราง 22 ภาคผนวก ก) 7.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อย และ 7.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อย

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงแปรปรวนไปตามการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง ได้แก่ กลุ่มรวม เพศชาย เพศหญิง อายุ 40-46 ปี อายุ 47-53 ปี อายุ 54-60 ปี สถานภาพโสด สถานภาพสมรส อาชีพอื่นๆ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองสูงจะมีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองต่ำ

2. คะแนนของการจัดการทางอารมณ์ ไม่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการจัดการทางอารมณ์แปรปรวนไปตามความฉลาดทางสุขภาพทุกกลุ่ม ยกเว้นกลุ่มประกันสังคม ได้แก่ กลุ่มรวม เพศชาย เพศหญิง อายุ 40-46 ปี อายุ 47-53 ปี อายุ 54-60 ปี สถานภาพโสด สถานภาพสมรส สถานภาพหม้าย/หย่าร้าง อาชีพรับจ้าง อาชีพอื่นๆ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพสูงจะมีการจัดการทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการจัดการทางอารมณ์แปรปรวนไปตามการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองทุกกลุ่ม โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองสูงจะมีการจัดการทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองต่ำ

3. ผลการวิเคราะห์หาค่าความแปรปรวนสองทาง (Two-way Analysis of Variance) ของการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมและรายด้าน 2 ด้าน (การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และการจัดการทางอารมณ์) ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนา และมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวแตกต่างกัน ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ่ (Scheffé) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางของการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมและรายด้าน ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนา (ก) และมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว (ข) แตกต่างกัน ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม

กลุ่มชีวสังคม	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

* $P \leq .05$; ** $P \leq .01$

85

จากผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านที่มีความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวแตกต่างกันทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม (ตาราง 6) พบว่า คะแนนของการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ในกลุ่มย่อย 7 กลุ่ม คือ กลุ่มรวม ($P \leq .01$) กลุ่มเพศหญิง ($P \leq .01$) กลุ่มอายุ 47-53 ปี ($P \leq .05$) กลุ่มสถานภาพสมรส ($P \leq .01$) กลุ่มอาชีพอื่นๆ ($P \leq .01$) กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ($P \leq .01$) และกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ($P \leq .05$) และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ่ (Scheffe') พบว่า **1) กลุ่มรวม** (ตาราง 23 ภาคผนวก ก) 1.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ และ 1.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย **2) กลุ่มเพศหญิง** (ตาราง 24 ภาคผนวก ก) 2.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ และ 2.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย **3) กลุ่มอายุ 47-53 ปี** (ตาราง 25 ภาคผนวก ก) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ **4) กลุ่มสถานภาพสมรส** (ตาราง 26 ภาคผนวก ก) 4.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ และ 4.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย **5) กลุ่มอาชีพอื่น ๆ** (ตาราง 27 ภาคผนวก ก) 5.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ และ 5.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤต

ทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย **6) กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** (ตาราง 28 ภาคผนวก ก) 6.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกรัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ และ 6.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย และ **7) กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ** (ตาราง 29 ภาคผนวก ก) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมแปรปรวนไปตามความผูกพันทางศาสนา ได้แก่ สถานภาพหม้าย/หย่าร้าง โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาสูงจะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาต่ำ

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมแปรปรวนไปตามสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ได้แก่ อายุ 40-46 ปี อายุ 54-60 ปี สถานภาพโสด สถานภาพหม้าย/หย่าร้าง อาชีพรับจ้าง และประกันสังคม โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวสูงจะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวต่ำ

เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์รายด้าน 2 รายด้าน พบว่า มีเพียงการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ที่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ส่วนการจัดการทางอารมณ์ไม่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมีรายละเอียดดังนี้

1. คะแนนของการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ในกลุ่มย่อย 8 กลุ่ม คือ กลุ่มรวม ($P \leq .01$) กลุ่มเพศชาย ($P \leq .05$) กลุ่มเพศหญิง ($P \leq .01$) กลุ่มอายุ 47-53 ปี ($P \leq .01$) กลุ่มสถานภาพสมรส ($P \leq .01$) กลุ่มอาชีพอื่น ($P \leq .01$) กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ($P \leq .01$) และกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ($P \leq .05$) และเมื่อทำการเปรียบเทียบ

ค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ่ (Scheffe') พบว่า **1) กลุ่มรวม** (ตาราง 30 ภาคผนวก ก) 1.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อยและผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก 1.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อยและผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก และ 1.3) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก **2) กลุ่มเพศชาย** (ตาราง 31 ภาคผนวก ก) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก **3) กลุ่มเพศหญิง** (ตาราง 32 ภาคผนวก ก) 3.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อยและผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก 3.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อยและผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก และ 3.3) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก **4) กลุ่มอายุ 47-53 ปี** (ตาราง 33 ภาคผนวก ก) 4.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อยและผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก และ 4.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายใน

ครอบครัวมาก **5) กลุ่มสถานภาพสมรส** (ตาราง 34 ภาคผนวก ก) 5.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ 5.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก และ 5.3) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก **6) กลุ่มอาชีพอื่นๆ** (ตาราง 35 ภาคผนวก ก) 6.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ 6.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก และ 6.3) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก **7) กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** (ตาราง 36 ภาคผนวก ก) 7.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ และ 7.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก และ **8) กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ** (ตาราง 37 ภาคผนวก ก) 8.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อยและผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก 8.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก และ 8.3) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง แปรปรวนไปตามความผูกพันทางศาสนาทุกกลุ่ม ยกเว้นสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง ได้แก่ กลุ่มรวม เพศชาย เพศหญิง อายุ 40-46 ปี อายุ 47-53 ปี อายุ 54-60 ปี สถานภาพโสด สถานภาพสมรส อาชีพรับจ้าง อาชีพอื่นๆ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และประกันสังคม โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาสูงจะมีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาต่ำ

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง แปรปรวนไปตามสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวทุกกลุ่ม ได้แก่ สถานภาพหม้าย/หย่าร้าง โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวสูงจะมีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวต่ำ

2. คะแนนของการจัดการทางอารมณ์ ไม่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการจัดการทางอารมณ์แปรปรวนไปตามความผูกพันทางศาสนา ได้แก่ สถานภาพโสด โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาสูงจะมีการจัดการทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาต่ำ

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการจัดการทางอารมณ์แปรปรวนไปตามสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวทุกกลุ่ม ยกเว้นกลุ่มสถานภาพโสด และประกันสังคม ได้แก่ กลุ่มรวม เพศชาย เพศหญิง อายุ 40-46 ปี อายุ 47-53 ปี อายุ 54-60 ปี สถานภาพสมรส สถานภาพหม้าย/หย่าร้าง อาชีพรับจ้าง อาชีพอื่นๆ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวสูงจะมีการจัดการทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวต่ำ

4. การวิเคราะห์ค่าอำนาจการทำนายโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis) โดยใช้ตัวทำนายในกลุ่มปัจจัยทางจิต (ปรีชาเชิงอารมณ์ ความฉลาดทางสุขภาพ ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ และความผูกพันทางศาสนา) และกลุ่มปัจจัยทางสังคม (การสนับสนุนทางสังคม การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง และสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว) เป็นตัวทำนาย เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4

ก่อนทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยมุ่งตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่า มีค่าสหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง -.270 ถึง .679 และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร หากตัวแปรมีค่าความสัมพันธ์กันสูงมากกว่า .85 จะทำให้เกิดภาวะร่วมเส้นตรง (Multicollinearity) (Kline. 2005) พบว่า ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่เกิน .85 (ตาราง 38 ภาคผนวก ก) จึงสามารถทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้นได้ ดังแสดงในตาราง 7-9

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้นของปัจจัยทางจิตและสังคมเพื่อทำนายการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม

ตัวแปร	การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม													
	1		2		3		4		5		6		7	
	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t
แบบจำลอง 1														
ปรีชาเชิงอารมณ์	.454	8.060**	.511	5.520**	.423	5.885**	.523	4.535**	.575	6.402**	.146	1.482	.381	2.475*
ความฉลาดทางสุขภาพ	.021	.369	.031	.284	.031	.479	.151	1.467	-.046	-.544	-.020	-.171	.118	.989
ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ	-.097	-1.719	-.089	-.817	-.101	-1.506	-.180	-1.749	-.116	-1.288	.022	.183	-.049	-.367
ความผูกพันทางศาสนา	.261	5.097**	.110	1.246	.323	5.066**	.153	1.443	.253	3.047**	.270	3.039**	.316	2.342*
แบบจำลอง 2														
การสนับสนุนทางสังคม	-.147	-2.791**	-.349	-3.471**	-.109	-1.727	-.001	-.010	-.233	-3.140**	-.024	-.192	-.151	-1.406
การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง	.287	4.899**	.348	3.816**	.270	3.472**	.298	2.385*	.245	2.982**	.276	2.372*	.340	2.772**
สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว	.082	1.418	.146	1.507	.067	.920	-.202	-1.543	.192	2.353**	.093	.791	.132	1.046
แบบจำลอง 1 (กลุ่มปัจจัยทางจิต)	R^2 = .357		R^2 = .303		R^2 = .393		R^2 = .404		R^2 = .433		R^2 = .116		R^2 = .469	
	R^2_{adjust} = .349		R^2_{adjust} = .279		R^2_{adjust} = .382		R^2_{adjust} = .378		R^2_{adjust} = .414		R^2_{adjust} = .087		R^2_{adjust} = .436	
	R^2_{change} = .357		R^2_{change} = .303		R^2_{change} = .393		R^2_{change} = .404		R^2_{change} = .433		R^2_{change} = .116		R^2_{change} = .469	
	F = 47.545		F = 12.696		F = 35.740		F = 15.592		F = 22.887		F = 3.988		F = 14.140	
แบบจำลอง 2 (กลุ่มปัจจัยทางจิตและสังคม)	R^2 = .418		R^2 = .420		R^2 = .441		R^2 = .446		R^2 = .529		R^2 = .193		R^2 = .573	
	R^2_{adjust} = .406		R^2_{adjust} = .385		R^2_{adjust} =.423		R^2_{adjust} = .402		R^2_{adjust} = .501		R^2_{adjust} = .146		R^2_{adjust} = .524	
	R^2_{change} = .061		R^2_{change} = .118		R^2_{change} = .048		R^2_{change} = .042		R^2_{change} = .096		R^2_{change} = .077		R^2_{change} = .103	
	F = 34.861		F = 7.707		F = 6.220		F = 2.233		F = 7.955		F = 3.754		F = 4.920	

หมายเหตุ: 1. กลุ่มรวม, 2. กลุ่มเพศชาย, 3. กลุ่มเพศหญิง, 4. กลุ่มอายุ 40-46 ปี, 5. กลุ่มอายุ 47-53 ปี, 6. กลุ่มอายุ 54-60 ปี, 7. กลุ่มสถานภาพโสด

* $P \leq .05$; ** $P \leq .01$

92

ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวแปร	การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม													
	8		9		10		11		12		13		14	
	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t
แบบจำลอง 1														
ปรีชาเชิงอารมณ์	.481	6.884**	.237	1.941	.365	3.841**	.647	4.543**	.388	4.693**	.606	4.839**	.240	1.012
ความฉลาดทางสุขภาพ	.025	.345	-.078	-.532	.021	.205	.008	.070	.216	2.767**	-.120	-.959	-.144	-.680
ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ	-.186	-2.597*	.053	.371	-.083	-.814	.025	.223	-.162	-1.984	.102	.822	-.165	-.748
ความผูกพันทางศาสนา	.316	4.904**	-.090	-.819	.337	4.028**	.052	.393	.420	5.451**	.137	1.210	.051	.276
แบบจำลอง 2														
การสนับสนุนทางสังคม	-.153	-2.220*	-.117	-.702	.084	.758	-.056	-.469	-.005	-.054	-.018	-.166	.310	1.027
การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง	.276	3.678**	.316	1.921	.200	1.901	.229	1.575	.237	2.330*	.317	2.419*	.523	2.519*
สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว	.094	1.217	.025	.163	-.052	-.515	-.123	-.843	.083	.913	-.187	-1.292	-.461	-2.055*
แบบจำลอง 1 (กลุ่มปัจจัยทางจิต)	R^2 = .394		R^2 = .053		R^2 = .323		R^2 = .491		R^2 = .554		R^2 = .477		R^2 = .055	
	R^2_{adjust} = .381		R^2_{adjust} = .006		R^2_{adjust} = .300		R^2_{adjust} = .459		R^2_{adjust} = .538		R^2_{adjust} = .444		R^2_{adjust} = -.047	
	R^2_{change} = .394		R^2_{change} = .053		R^2_{change} = .323		R^2_{change} = .491		R^2_{change} = .554		R^2_{change} = .477		R^2_{change} = .055	
	F = 30.600		F = 1.132		F = 13.745		F = 14.974		F = 34.829		F = 14.368		F = .540	
แบบจำลอง 2 (กลุ่มปัจจัยทางจิตและสังคม)	R^2 = .456		R^2 = .098		R^2 = .352		R^2 = .517		R^2 = .597		R^2 = .530		R^2 = .250	
	R^2_{adjust} = .436		R^2_{adjust} = .017		R^2_{adjust} = .312		R^2_{adjust} = .460		R^2_{adjust} = .571		R^2_{adjust} = .475		R^2_{adjust} = .096	
	R^2_{change} = .062		R^2_{change} = .045		R^2_{change} = .029		R^2_{change} = .026		R^2_{change} = .043		R^2_{change} = .053		R^2_{change} = .195	
	F = 7.034		F = 1.292		F = 1.651		F = 1.043		F = 3.851		F = 2.233		F = 2.944	

หมายเหตุ: 8. กลุ่มสถานภาพสมรส, 9. กลุ่มสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง, 10. กลุ่มอาชีพรับจ้าง, 11. กลุ่มอาชีพอื่น ๆ, 12. กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 13. กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ, 14. กลุ่มประกันสังคม * $P \leq .05$; ** $P \leq .01$

93

เมื่อนำคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมาวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (ตาราง 7) ในกลุ่มรวม พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมได้ร้อยละ 35.7 และ 41.8 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .454) ความผูกพันทางศาสนา (β= .261) การสนับสนุนทางสังคม (β= -.147) และการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง (β= .287) มีอิทธิพลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มเพศชาย พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมได้ร้อยละ 30.3 และ 42.0 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .511) การสนับสนุนทางสังคม (β= -.349) และการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง (β= .348) มีอิทธิพลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มเพศหญิง พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมได้ร้อยละ 39.3 และ 44.1 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .423) ความผูกพันทางศาสนา (β= .323) และการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง (β= .270) มีอิทธิพลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มอายุ 40-46 ปี พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมได้ร้อยละ 40.4 และ 44.6 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .523) และการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง (β= .298) มีอิทธิพลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

กลุ่มอายุ 47-53 ปี พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมได้ร้อยละ 43.3 และ 52.9 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .575) ความผูกพันทางศาสนา (β= .253) การสนับสนุนทางสังคม (β= -.233) การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง (β= .245) และสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว (β= .192) มีอิทธิพลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มอายุ 54-60 ปี พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมได้ร้อยละ 11.6 และ 19.3 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ความผูกพันทางศาสนา (β= .270) และการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง (β= .276) มีอิทธิพลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

กลุ่มสถานภาพโสด พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมได้ร้อยละ 46.9 และ 57.3 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .381) ความผูกพันทางศาสนา (β= .316) และการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง (β= .340) มีอิทธิพลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01

กลุ่มสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมได้ร้อยละ 39.4 และ 45.6 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .481) ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ (β= -.186) ความผูกพันทางศาสนา (β= .316) การสนับสนุนทางสังคม (β= -.153) และการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง (β= .276) มีอิทธิพลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05

กลุ่มสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมได้ร้อยละ 5.3 และ 9.8 ตามลำดับ

กลุ่มอาชีพรับจ้าง พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมได้ร้อยละ 32.3 และ 35.3 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .365) และความผูกพันทางศาสนา (β= .337) มีอิทธิพลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มอาชีพอื่นๆ พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมได้ร้อยละ 49.1 และ 51.7 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .647) มีอิทธิพลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมได้ร้อยละ 55.4 และ 59.7 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .388) ความฉลาดทางสุขภาพ (β= .216) ความผูกพันทางศาสนา (β= .420) และการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง (β= .237) มีอิทธิพลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมได้ร้อยละ 47.7 และ 53.0 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .606) และการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง (β= .317) มีอิทธิพลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

กลุ่มประกันสังคม พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมได้ร้อยละ 5.5 และ 25.0 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง (β= .523) และปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .461) มีอิทธิพลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้นของปัจจัยทางจิตและสังคมเพื่อทำนายการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม

ตัวแปร	การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง													
	1		2		3		4		5		6		7	
	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t
แบบจำลอง 1														
ปรีชาเชิงอารมณ์	.181	2.961**	.223	2.210*	.143	1.861	.246	1.934	.257	2.519*	-.064	-.714	.122	.648
ความฉลาดทางสุขภาพ	-.148	-2.464*	-.116	-.979	-.133	-1.895	-.074	-.651	-.183	-1.898	-.132	-1.224	-.038	-.263
ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ	-.291	-4.763**	-.345	-2.931**	-.269	-3.743**	-.201	-1.766	-.315	-3.086**	-.377	-3.529**	-.315	-1.924
ความผูกพันทางศาสนา	.412	7.443**	.193	2.006*	.515	7.569**	.433	3.747**	.453	4.815**	.241	2.984**	.437	2.638*
แบบจำลอง 2														
การสนับสนุนทางสังคม	-.293	-5.173**	-.508	-4.718**	-.273	-4.101**	-.146	-1.293	-.395	-4.784**	-.202	-1.696	-.351	-2.597*
การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง	.277	4.458**	.348	3.598**	.241	2.981**	.334	2.444*	.269	2.940**	.054	.512	.320	2.103*
สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว	.048	.765	.235	2.270*	-.022	-.286	-.013	-.091	.114	1.261	.034	.306	.226	1.445
แบบจำลอง 1 (กลุ่มปัจจัยทางจิต)	R^2 = .244		R^2 = .170		R^2 = .301		R^2 = .285		R^2 = .270		R^2 = .268		R^2 = .191	
	R^2_{adjust} = .235		R^2_{adjust} = .142		R^2_{adjust} = .289		R^2_{adjust} = .255		R^2_{adjust} = .246		R^2_{adjust} = .244		R^2_{adjust} = .143	
	R^2_{change} = .244		R^2_{change} = .170		R^2_{change} = .301		R^2_{change} = .285		R^2_{change} = .270		R^2_{change} = .268		R^2_{change} = .193	
	F = 27.946		F = 6.049		F = 24.034		F = 9.372		F = 11.094		F = 11.166		F = 3.884	
แบบจำลอง 2 (กลุ่มปัจจัยทางจิตและสังคม)	R^2 = .326		R^2 = .343		R^2 = .373		R^2 = .339		R^2 = .416		R^2 = .286		R^2 = .341	
	R^2_{adjust} = .312		R^2_{adjust} = .303		R^2_{adjust} = .353		R^2_{adjust} = .289		R^2_{adjust} = .381		R^2_{adjust} = .244		R^2_{adjust} = .267	
	R^2_{change} = .082		R^2_{change} = .173		R^2_{change} = .072		R^2_{change} = .054		R^2_{change} = .146		R^2_{change} = .018		R^2_{change} = .148	
	F = 13.867		F = 10.112		F = 8.374		F = 2.494		F = 9.750		F = .993		F = 4.642	

หมายเหตุ: 1. กลุ่มรวม, 2. กลุ่มเพศชาย, 3. กลุ่มเพศหญิง, 4. กลุ่มอายุ 40-46 ปี, 5. กลุ่มอายุ 47-53 ปี, 6. กลุ่มอายุ 54-60 ปี, 7. กลุ่มสถานภาพโสด

* $P \leq .05$; ** $P \leq .01$

97

ตาราง 8 (ต่อ)

ตัวแปร	การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง													
	8		9		10		11		12		13		14	
	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t
แบบจำลอง 1														
ปรีชาเชิงอารมณ์	.213	2.836**	.078	.693	.019	.187	.408	2.582*	.155	1.541	.406	2.717**	-.272	-1.600
ความฉลาดทางสุขภาพ	-.147	-1.890	-.262	-1.921	-.131	-1.197	-.061	-.496	-.109	-1.149	-.336	-2.263*	-.059	-.390
ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ	-.318	-4.135**	-.222	-1.681	-.278	-2.568*	-.180	-1.444	-.341	-3.419**	-.192	-1.299	-.523	-3.311**
ความผูกพันทางศาสนา	.474	6.872**	.143	1.393	.403	4.593**	.323	2.215*	.530	5.702**	.298	2.203*	.169	1.272
แบบจำลอง 2														
การสนับสนุนทางสังคม	-.300	-4.179**	-.202	-1.309	-.334	-2.930**	-.135	-1.046	-.281	-2.630*	-.112	-.983	.147	.621
การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง	.341	4.432**	.002	.015	.209	1.933	.208	1.411	.170	1.438	.448	3.333**	.071	.437
สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว	.020	.249	-.110	-.775	-.010	-.097	-.219	-1.378	.208	1.858	-.613	-4.127**	-.247	-1.407
แบบจำลอง 1 (กลุ่มปัจจัยทางจิต)	R^2 = .302		R^2 = .184		R^2 = .250		R^2 = .350		R^2 = .336		R^2 = .258		R^2 = .514	
	R^2_{adjust} = .288		R^2_{adjust} = .144		R^2_{adjust} = .224		R^2_{adjust} = .309		R^2_{adjust} = .313		R^2_{adjust} = .211		R^2_{adjust} = .461	
	R^2_{change} = .302		R^2_{change} = .184		R^2_{change} = .250		R^2_{change} = .350		R^2_{change} = .336		R^2_{change} = .258		R^2_{change} = .514	
	F = 20.584		F = 4.570		F = 9.674		F = 8.493		F = 14.546		F = 5.473		F = 9.774	
แบบจำลอง 2 (กลุ่มปัจจัยทางจิตและสังคม)	R^2 = .407		R^2 = .221		R^2 = .317		R^2 = .414		R^2 = .387		R^2 = .505		R^2 = .542	
	R^2_{adjust} = .385		R^2_{adjust} = .152		R^2_{adjust} = .275		R^2_{adjust} = .346		R^2_{adjust} = .349		R^2_{adjust} = .447		R^2_{adjust} = .447	
	R^2_{change} = .105		R^2_{change} = .037		R^2_{change} = .067		R^2_{change} = .064		R^2_{change} = .051		R^2_{change} = .247		R^2_{change} = .028	
	F = 11.050		F = 1.245		F = 3.708		F = 2.191		F = 3.133		F = 9.961		F = .686	

หมายเหตุ: 8. กลุ่มสถานภาพสมรส, 9. กลุ่มสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง, 10. กลุ่มอาชีพรับจ้าง, 11. กลุ่มอาชีพอื่น ๆ, 12. กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 13. กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ, 14. กลุ่มประกันสังคม * $P \leq .05$; ** $P \leq .01$

98

เมื่อนำคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมาวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (ตาราง 8) ในกลุ่มรวม พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงได้ร้อยละ 24.4 และ 32.6 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .181) ความฉลาดทางสุขภาพ (β= -.148) ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ (β= -.291) ความผูกพันทางศาสนา (β= .412) การสนับสนุนทางสังคม (β= -.293) และการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง (β= .277) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

กลุ่มเพศชาย พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงได้ร้อยละ 17.0 และ 34.3 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .223) ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ (β= -.345) ความผูกพันทางศาสนา (β= .193) การสนับสนุนทางสังคม (β= -.508) และการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง (β= .348) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ

กลุ่มเพศหญิง พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงได้ร้อยละ 30.1 และ 37.3 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ (β= -.269) ความผูกพันทางศาสนา (β= .515) การสนับสนุนทางสังคม (β= -.273) และการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง (β= .241) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มอายุ 40-46 ปี พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงได้ร้อยละ 28.5 และ 33.9 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ความผูกพันทางศาสนา (β= .433) และการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง (β= .334) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ

กลุ่มอายุ 47-53 ปี พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงได้ร้อยละ 27.0 และ 41.6 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .257) ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ (β= -.315) ความผูกพันทางศาสนา (β= .453) การสนับสนุนทางสังคม (β= -.395) และการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง (β= .269) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ

กลุ่มอายุ 54-60 ปี พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงได้ร้อยละ 26.8 และ 28.6 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ (β= -.377) และความผูกพันทางศาสนา (β= .241) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มสถานภาพโสด พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงได้ร้อยละ 19.1 และ 34.1 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ความผูกพันทางศาสนา (β= .437) การสนับสนุนทางสังคม (β= -.351) และการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง (β= .320) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงได้ร้อยละ 30.2 และ 40.7 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .213) ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ (β= -.318) ความผูกพันทางศาสนา (β= .474) การสนับสนุนทางสังคม (β= -.300) และการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง (β= .341) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงได้ร้อยละ 18.4 และ 22.1 ตามลำดับ

กลุ่มอาชีพรับจ้าง พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงได้ร้อยละ 25.0 และ 31.7 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ (β= -.278) ความผูกพันทางศาสนา (β= .403) และการสนับสนุนทางสังคม (β= -.334) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ

กลุ่มอาชีพอื่นๆ พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงได้ร้อยละ 35.0 และ 41.4 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .408) และความผูกพันทางศาสนา (β= .323) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงได้ร้อยละ 33.6 และ 38.7 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ (β= -.341) ความผูกพันทางศาสนา (β= .530) และการสนับสนุนทางสังคม (β= -.281) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงได้ร้อยละ 25.8 และ 50.5 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .406) ความฉลาดทางสุขภาพ (β= -.336) ความผูกพันทางศาสนา (β= .298) การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง (β= .448) และสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว (β= -.613) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

กลุ่มประกันสังคม พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงได้ร้อยละ 51.4 และ 54.2 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ (β= -.523) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 9 ผมการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้นของปัจจัยทางจิตและสังคมเพื่อทำนายการจัดการทางอารมณ์ ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 14 กลุ่ม

ตัวแปร	การจัดการทางอารมณ์													
	1		2		3		4		5		6		7	
	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t
แบบจำลอง 1														
ปรีชาเชิงอารมณ์	.394	7.090**	.385	4.598**	.410	5.513**	.557	4.694**	.488	5.474**	.196	2.337*	.415	3.046**
ความฉลาดทางสุขภาพ	.184	3.342**	.147	1.491	.185	2.717**	.310	2.934**	.140	1.649	.109	1.086	.205	1.936
ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ	.198	3.546**	.310	3.185**	.150	2.152*	-.062	-.582	.214	2.378*	.401	4.033**	.258	2.182*
ความผูกพันทางศาสนา	-.088	-1.741	-.078	-.970	-.093	-1.405	-.233	-2.140*	-.142	-1.704	.033	.434	.011	.093
แบบจำลอง 2														
การสนับสนุนทางสังคม	.128	2.407*	.113	1.157	.145	2.222*	.158	1.491	.114	1.444	.209	1.985*	.139	1.364
การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง	.062	1.056	.059	.666	.078	.976	.080	.622	.059	.677	.128	1.332	.158	1.359
สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว	.072	1.232	-.068	-.720	.136	1.809	-.276	-2.040*	.130	1.495	.092	.955	-.029	-.240
แบบจำลอง 1 (กลุ่มปัจจัยทางจิต)	R^2 = .363		R^2 = .424		R^2 = .337		R^2 = .364		R^2 = .418		R^2 = .364		R^2 = .585	
	R^2_{adjust} = .356		R^2_{adjust} = .405		R^2_{adjust} = .326		R^2_{adjust} = .337		R^2_{adjust} = .399		R^2_{adjust} = .343		R^2_{adjust} = .559	
	R^2_{change} = .363		R^2_{change} = .424		R^2_{change} = .337		R^2_{change} = .364		R^2_{change} = .418		R^2_{change} = .364		R^2_{change} = .585	
	F = 49.451		F = 21.912		F = 28.397		F = 13.335		F = 21.895		F = 17.448		F = 22.557	
แบบจำลอง 2 (กลุ่มปัจจัยทางจิตและสังคม)	R^2 = .395		R^2 = .435		R^2 = .394		R^2 = .394		R^2 = .463		R^2 = .445		R^2 = .618	
	R^2_{adjust} = .383		R^2_{adjust} = .401		R^2_{adjust} = .375		R^2_{adjust} = .347		R^2_{adjust} = .432		R^2_{adjust} = .412		R^2_{adjust} = .574	
	R^2_{change} = .032		R^2_{change} = .011		R^2_{change} = .056		R^2_{change} = .030		R^2_{change} = .046		R^2_{change} = .081		R^2_{change} = .033	
	F = 6.090		F = .770		F = 6.816		F = 1.485		F = 3.364		F = 5.794		F = 1.762	

หมายเหตุ: 1. กลุ่มรวม, 2. กลุ่มเพศชาย, 3. กลุ่มเพศหญิง, 4. กลุ่มอายุ 40-46 ปี, 5. กลุ่มอายุ 47-53 ปี, 6. กลุ่มอายุ 54-60 ปี, 7. กลุ่มสถานภาพโสด

* $P \leq .05$; ** $P \leq .01$

ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปร	การจัดการทางอารมณ์													
	8		9		10		11		12		13		14	
	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t
แบบจำลอง 1														
ปรีชาเชิงอารมณ์	.393	5.365**	.165	1.538	.375	4.073**	.564	3.651**	.309	3.478**	.446	3.845**	.409	2.467*
ความฉลาดทางสุขภาพ	.203	2.660**	.171	1.321	.148	1.478	.090	.765	.372	4.380**	.159	1.377	-.078	-.515
ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ	.133	1.775	.266	2.119*	.210	2.149*	.272	2.253*	.141	1.599	.327	2.837**	.478	3.200**
ความผูกพันทางศาสนา	-.105	-1.539	-.228	-2.346*	-.030	-.367	-.271	-1.904	.031	.370	-.098	-.929	-.115	-.861
แบบจำลอง 2														
การสนับสนุนทางสังคม	.151	2.030*	.075	.531	.438	4.378**	.131	1.008	.289	3.112**	.083	.841	.214	1.045
การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง	-.049	-.613	.319	2.281*	.025	.266	-.037	-.237	.047	.426	.006	.049	.380	2.549*
สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว	.126	1.525	.130	1.006	-.057	-.624	.095	.599	-.046	-.468	.333	2.598*	-.236	-1.534
แบบจำลอง 1 (กลุ่มปัจจัยทางจิต)	R^2 = .316		R^2 = .263		R^2 = .353		R^2 = .402		R^2 = .470		R^2 = .551		R^2 = .500	
	R^2_{adjust} = .301		R^2_{adjust} = .227		R^2_{adjust} = .331		R^2_{adjust} = .363		R^2_{adjust} = .452		R^2_{adjust} = .522		R^2_{adjust} = .447	
	R^2_{change} = .316		R^2_{change} = .263		R^2_{change} = .353		R^2_{change} = .402		R^2_{change} = .470		R^2_{change} = .551		R^2_{change} = .500	
	F = 22.149		F = 7.236		F = 16.117		F = 10.406		F = 25.306		F = 19.326		F = 9.491	
แบบจำลอง 2 (กลุ่มปัจจัยทางจิตและสังคม)	R^2 = .356		R^2 = .349		R^2 = .455		R^2 = .430		R^2 = .529		R^2 = .631		R^2 = .603	
	R^2_{adjust} = .332		R^2_{adjust} = .291		R^2_{adjust} = .422		R^2_{adjust} = .362		R^2_{adjust} = .500		R^2_{adjust} = .588		R^2_{adjust} = .523	
	R^2_{change} = .040		R^2_{change} = .086		R^2_{change} = .102		R^2_{change} = .028		R^2_{change} = .059		R^2_{change} = .080		R^2_{change} = .103	
	F = 3.911		F = 3.428		F = 7.615		F = .975		F = 4.642		F = 4.342		F = 3.027	

หมายเหตุ: 8. กลุ่มสถานภาพสมรส, 9. กลุ่มสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง, 10. กลุ่มอาชีพรับจ้าง, 11. กลุ่มอาชีพอื่น ๆ, 12. กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 13. กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ, 14. กลุ่มประกันสังคม * $P \leq .05$; ** $P \leq .01$

เมื่อนำคะแนนการจัดการทางอารมณ์มาวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (ตาราง 9) ในกลุ่มรวม พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการทางอารมณ์ได้ร้อยละ 36.3 และ 39.5 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .394) ความฉลาดทางสุขภาพ (β= .184) ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ (β= .198) และการสนับสนุนทางสังคม (β= .128) มีอิทธิพลต่อการจัดการทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

กลุ่มเพศชาย พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการทางอารมณ์ได้ร้อยละ 42.4 และ 43.5 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .385) และลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ (β= .310) มีอิทธิพลต่อการจัดการทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มเพศหญิง พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการทางอารมณ์ได้ร้อยละ 33.7 และ 39.4 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .410) ความฉลาดทางสุขภาพ (β= .185) ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ (β= .150) และการสนับสนุนทางสังคม (β= .145) มีอิทธิพลต่อการจัดการทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

กลุ่มอายุ 40-46 ปี พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการทางอารมณ์ได้ร้อยละ 36.4 และ 39.4 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .557) ความฉลาดทางสุขภาพ (β= .310) ความผูกพันทางศาสนา (β= -.233) และสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว (β= -.276) มีอิทธิพลต่อการจัดการทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

กลุ่มอายุ 47-53 ปี พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการทางอารมณ์ได้ร้อยละ 41.8 และ 46.3 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .488) และลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ (β= .214) มีอิทธิพลต่อการจัดการทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มอายุ 54-60 ปี พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการทางอารมณ์ได้ร้อยละ 36.4 และ 44.5 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .196) ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ (β= .401) และการสนับสนุนทางสังคม (β= .209) มีอิทธิพลต่อการจัดการทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ

กลุ่มสถานภาพโสด พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการทางอารมณ์ได้ร้อยละ 58.5 และ 61.8 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .415) และลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ (β= .258) มีอิทธิพลต่อการจัดการทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

กลุ่มสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการทางอารมณ์ได้ร้อยละ 31.6 และ 35.6 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .393) ความฉลาดทางสุขภาพ (β= .203) และการสนับสนุนทางสังคม (β= .151) มีอิทธิพลต่อการจัดการทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

กลุ่มสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการทางอารมณ์ได้ร้อยละ 26.3 และ 34.9 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ (β= .266) ความผูกพันทางศาสนา (β= -.228) และการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง (β= .319) มีอิทธิพลต่อการจัดการทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มอาชีพรับจ้าง พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการทางอารมณ์ได้ร้อยละ 35.3 และ 45.5 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .375) ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ (β= .210) และการสนับสนุนทางสังคม (β= .438) มีอิทธิพลต่อการจัดการทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

กลุ่มอาชีพอื่นๆ พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการทางอารมณ์ได้ร้อยละ 40.2 และ 43.0 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .564) และลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ (β= .272) มีอิทธิพลต่อการจัดการทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการทางอารมณ์ได้ร้อยละ 47.0 และ 52.9 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .309) ความฉลาดทางสุขภาพ (β= .372) และการสนับสนุนทางสังคม (β= .289) มีอิทธิพลต่อการจัดการทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการทางอารมณ์ได้ร้อยละ 55.1 และ 63.1 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .446) ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ (β= .327) และสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว (β= .333) มีอิทธิพลต่อการจัดการทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

กลุ่มประกันสังคม พบว่า กลุ่มปัจจัยทางจิต และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม สามารถทำนายการจัดการทางอารมณ์ได้ร้อยละ 50.0 และ 60.3 ตามลำดับ และกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคม ปรีชาเชิงอารมณ์ (β= .409) ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ (β= .478) และการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง (β= .380) มีอิทธิพลต่อการจัดการทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ

บทที่ 5
สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง "ปัจจัยทางจิตและสังคมที่มีผลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร"เป็นการวิจัยประเภทสหสัมพันธ์เชิงเปรียบเทียบ (Correlational-Comparative Study) ที่ศึกษาในกลุ่มของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางจิตลักษณะ ปัจจัยทางสังคม และลักษณะชีวสังคม ที่ส่งผลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองในครั้งนี้มากน้อยเพียงใดและเพราะเหตุใด โดยบทนี้ประกอบด้วย จุดมุ่งหมายของการวิจัย สมมติฐานการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลตามสมมติฐาน และข้อเสนอแนะในการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

จุดมุ่งหมายการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมที่มีต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านของผู้รับบริการคลินิกวัยทองในเขตกรุงเทพมหานครทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน

2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างตัวแปรปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมที่มีต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านของผู้รับบริการคลินิกวัยทองในเขตกรุงเทพมหานครทั้งกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีลักษณะชีวสังคมต่างกัน

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์มากและการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมที่แตกต่างกัน

2. ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมที่แตกต่างกัน

3. ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมที่แตกต่างกัน

4. ตัวแปรในกลุ่มปัจจัยทางจิต (ปรีชาเชิงอารมณ์ ความฉลาดทางสุขภาพ ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ และความผูกพันทางศาสนา) และตัวแปรในกลุ่มปัจจัยทางสังคม (การสนับสนุนทางสังคม การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง และสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว) ในการทำนายการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านของผู้รับบริการคลินิกวัยทองทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมที่แตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งได้มาจากวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิอย่างมีสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) ได้จำนวน 393 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นเครื่องมือวัดประเภทมาตรประมาณค่า โดยแบ่งออกเป็น 9 ตอน จำนวน 89 ข้อ แบบวัดสอบถามลักษณะทางชีวสังคม แบบวัดการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ แบบวัดปรีชาเชิงอารมณ์ แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ แบบวัดลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ แบบวัดความผูกพันทางศาสนา แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง แบบวัดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าอยู่ระหว่าง .787 ถึง .922

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 1) สถิติพื้นฐานใช้พรรณนาข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เช่นร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) 2) การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (Two-way ANOVA) เมื่อพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 2 ตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ ด้วยวิธีการของเชฟเฟ่ (Scheff') เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1-3 และ 3) ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis)

สรุปผลการวิจัย

สรุปลักษณะเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรที่ศึกษา

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไป ผู้รับบริการคลินิกวัยทองทั้งหมด จำนวน 393 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 257 คน คิดเป็นร้อยละ 65.4 มีอายุอยู่ระหว่าง 54-60 ปี จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 35.6 รองลงมาคือมีอายุอยู่ระหว่าง 47-53 ปี จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 35.1 สถานภาพสมรส จำนวน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 56.5 รองลงมาคือหม้าย/หย่าร้าง จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 23.7 ประกอบอาชีพอื่นๆ จำนวน 258 คิดเป็นร้อยละ 65.6 และสิทธิในการรักษาพยาบาล

ใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 34.9 รองลงมาคือ ประกันสังคม จำนวน 136 คน คิดเป็นร้อยละ 34.6

ตัวแปรอิสระ 7 ตัว ได้แก่ สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 64.18 มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม ความผูกพันทางศาสนา ปรีชาเชิงอารมณ์ ความฉลาดทางสุขภาพ การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง และ ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 54.13, 46.84, 41.93, 38.63, 36.41 และ 32.77 ตามลำดับ

ตัวแปรตาม คือ การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 47.38 และเมื่อพิจารณาการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ออกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการจัดการทางอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 32.78 รองลงมาคือด้านการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 14.60 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผลการสมมติฐานข้อ 1

สมมติฐานข้อที่ 1 ระบุว่า ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์มากและการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมที่แตกต่างกันดังนี้

การสรุปสมมุติฐานข้อนี้มาจากการวิเคราะห์หาค่าความแปรปรวนสองทาง (Two-way Analysis of Variance) ของตัวแปรอิสระ 2 ตัว ได้แก่ ปรีชาเชิงอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคม ไปตามตัวแปรตาม คือการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมและรายด้าน 2 ด้าน (การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และการจัดการทางอารมณ์)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ **พบปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างตัวแปรอิสระ 2 ตัว (ปรีชาเชิงอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคม)** ที่มีต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม (ภาพประกอบ 5) คือกลุ่มสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกลุ่มอายุ 40-46 ปี ผลในส่วนนี้แสดงให้เห็นว่า 1) กลุ่มสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง และกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีปรีชาเชิงอารมณ์น้อยและการสนับสนุนทางอารมณ์น้อยจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่ากลุ่มอื่น และ 2) กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีปรีชาเชิงอารมณ์มากและได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่ากลุ่มอื่น 3) กลุ่มที่มีอายุ 40 -46 ปี ที่มีปรีชาเชิงอารมณ์มากและได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่ากลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์น้อยและได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์รายด้าน 2 รายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และด้านการจัดการทาง

อารมณ์ พบว่าตัวแปรตาม**แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 2 ตัว (ปรีชาเชิงอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคม)** สรุปได้ ดังภาพประกอบ 5 และมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างปรีชาเชิงอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม (ตาราง 4) คือ กลุ่มอายุ 40-46 ปี กลุ่มสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง และกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ่ (Scheffe') พบว่า 1) กลุ่มอายุ 40-46 ปี (ตาราง 10 ภาคผนวก ก) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์มากและได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์น้อยและได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก 2) กลุ่มสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง (ตาราง 11 ภาคผนวก ก) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์น้อยและได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์น้อยและได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก และ 3) กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ตาราง 12 ภาคผนวก ก) 2.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์น้อยและได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์น้อยและได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก และ 2.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์มากและได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์น้อยและได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงแปรปรวนไปตามปรีชาเชิงอารมณ์ ได้แก่ กลุ่มรวม เพศหญิง อายุ 40-46 ปี อาชีพอื่นๆ และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์ต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์สูงจะมีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์ต่ำ

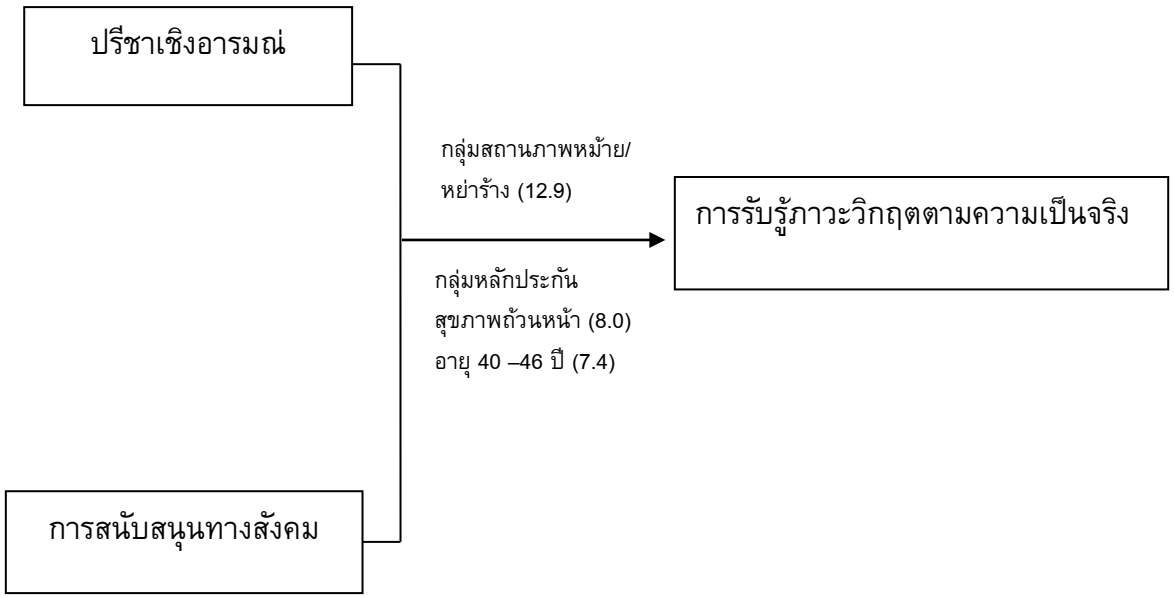
เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงแปรปรวนไปตามการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ กลุ่มรวม เพศชาย เพศหญิง อายุ 47-53 ปี อายุ 54-60 ปี สถานภาพสมรส สถานภาพหม้าย/หย่าร้าง อาชีพรับจ้าง อาชีพอื่นๆ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจและประกันสังคม โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

2. การจัดการทางอารมณ์ ไม่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างปรีชาเชิงอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคม

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการจัดการทางอารมณ์แปรปรวนไปตามปรีชาเชิงอารมณ์ทุกกลุ่ม โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์

ต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์สูงจะมีการจัดการทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์ต่ำ

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการจัดการทางอารมณ์แปรปรวนไปตามการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ กลุ่มรวม เพศหญิง อายุ 47-53 ปี อายุ 54-60 ปี สถานภาพโสด สถานภาพสมรส สถานภาพหม้าย/หย่าร้าง อาชีพรับจ้าง อาชีพอื่นๆ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีการจัดการทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ



ภาพประกอบ 5 ผลปฏิสัมพันธ์แบบสองทางที่สนับสนุนสมมติฐานข้อ 1

จึงสรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้การสนับสนุนสมมติฐานข้อ 1 บางส่วน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ทราบว่า 1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปรีชาเชิงอารมณ์น้อยและได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมาก

อภิปรายผลได้ว่า ภาวะวิกฤตเป็นภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นภาวะที่คุกคามต่อภาพพจน์ของตนเอง ทำให้บุคคลเสียสมดุลทางอารมณ์จนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งผู้ที่รับรู้ต่อภาวะวิกฤตตรงตามความเป็นจริงมาก จะเป็นบุคคลที่รับรู้ว่าตนเองกำลังเผชิญปัญหาที่มีความเฉพาะแตกต่างจากปัญหาอื่น ไม่สามารถใช้วิธีการเดิมในการแก้ปัญหาได้ ดังนั้นจึงต้องเร่งหาวิธีการใหม่เพื่อนำมาจัดการต่อวิกฤต แต่อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตมาก

จะมีปรีชาเชิงอารมณ์น้อยและได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย โดยพบในกลุ่มผู้รับบริการที่มีสถานภาพหย้าร้างหรือหม้าย เนื่องจากกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองเหล่านี้อยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านบุตรของผู้บริการคลินิกวัยทองกลุ่มนี้เริ่มแยกครอบครัวออกไป ประกอบกับกลุ่มผู้บริการคลินิกวัยทองหย่าร้างหรือหม้ายจะอยู่โดดเดี่ยว ไม่นิยมออกไปนอกบ้านเพราะห่วงบ้าน ไม่มีเพื่อน เริ่มมีปัญหาสุขภาพ ดังนั้นกลุ่มนี้จึงมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยกว่ากลุ่มที่มีคู่ครอง มีคนคอยรับฟังหรือปลอบใจ เบี่ยงเบนความสนใจให้ออกห่างจากปัญหาน้อย ดังนั้นการมีปรีชาเชิงอารมณ์น้อยและได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจึงเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมาก

ผลการวิจัยในส่วนนี้แสดงให้เห็นว่า 2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีปัจจัยทางจิตไม่ว่ามากหรือน้อย (ปรีชาเชิงอารมณ์) และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางสังคมมาก (การสนับสนุนทางสังคม) นั้น ก็จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้ที่ได้รับอิทธิพลจากมีปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมในลักษณะอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเกรฟ (Graves. 1999) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปรีชาทางอารมณ์กับความสามารถในการรับรู้และประสิทธิภาพในการทำงาน พบว่าปรีชาทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการรับรู้สามารถทำนายพฤติกรรมการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังที่ กาญจนา พุทธทิพกนก (2545) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปรีชาทางอารมณ์กับความสำเร็จในการทำงานของผู้บริหาร พบว่าความปรีชาทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสำเร็จในการทำงาน และในงานวิจัยของ ลาร์น (Lam. 1999) ได้พบว่าปรีชาทางอารมณ์มีผลให้การปฏิบัติงานดีขึ้นกล่าวคือยิ่งมีความปรีชาทางอารมณ์สูงขึ้นคะแนนในการปฏิบัติงานก็จะสูงตามลำดับความฉลาดทางอารมณ์จึงเป็นตัวบ่งชี้ถึงความสามารถในการปฏิบัติงาน และการเอาใจใส่ความรู้สึกของผู้อื่นและการแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ งานวิจัยของเลสไชด์ (Leschied. 1985: 467-477) ได้ศึกษาผลของการตอบสนองต่อโปรแกรมการฝึกอบรมของเด็กในสถานกักกันที่ระดับสติปัญญาต่างกัน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่มีระดับสติปัญญาสูง จำนวน 30 คน และกลุ่มระดับสติปัญญาต่ำจำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ระดับสติปัญญาสูงแสดงการตอบสนองต่อโปรแกรมที่มีความยืดหยุ่นไม่เคร่งครัด แสดงให้เห็นว่า เด็กที่มีความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์สามารถควบคุมตนเองได้ดี ผลงานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ แมสแลช (หัทยา มัทยาท. 2541: 104; อ้างอิงจาก Mashach. 1986: 106 - 101) ได้ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีบทบาทสำคัญทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกประสบความสำเร็จในการทำงานซึ่งช่วยลดความเครียดและความเหนื่อยล้าต่อการเรียนและการทำงานได้ และงานวิจัยของณัฏฐนิชย์สวัสดีมงคล (2547) ได้กล่าวว่าครอบครัวเป็นแหล่งที่มาของการสนับสนุนที่สำคัญในช่วงบุคคล ประสบปัญหาอันนำไปสู่ความเครียด หายได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ โดยการให้กำลังใจ จะทำให้บุคคลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับแรงกดดันต่างๆ ทำให้ความเครียดลดน้อยลง และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของภัทรพงศ์ ประกอบผล (2534) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคล ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคม ทั้งการสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ การบริการข้อมูล การยอมรับ การยกย่อง และการ

เห็นคุณค่า รวมทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์ ซึ่งแรงสนับสนุน สนับสนุนเหล่านี้มีผลทำให้บุคคลสามารถช่วยให้ตนเองบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ และเป็นพลังที่จะช่วยเหลือให้บุคคลตอบสนองต่อความต้องการของสถานการณ์หนึ่งๆอย่างเหมาะสม

จากการสรุปและการอภิปลายดังกล่าว ทำให้เห็นว่าปัจจัยทางจิต(ปรีชาเชิงอารมณ์) (Emotional Quotient) หรือ EQ ในภาษาไทยนิยมใช้คำว่า ปรีชาเชิงอารมณ์ หรือความฉลาดทางอารมณ์ สอดคล้องกับทฤษฎีของซาโลเวย์และเมเยอร์ (Salovey; & Mayer: ออนไลน์) ให้ความความหมายว่าปรีชาเชิงอารมณ์ เป็นความสามารถของบุคคลที่ตระหนักรู้ในความคิด ความรู้และภาวะอารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนและผู้อื่น มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนทำให้สามารถชี้นำ

ความคิดและการกระทำของตนได้อย่างสมเหตุสมผล สอดคล้องกับการทำงานและการดำเนินชีวิตโดยมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ และโกลแมน (Goleman. 1998: 317) กล่าวว่า ความฉลาดหรือปรีชาเชิงอารมณ์เป็นความสามารถในการตะหนักถึงความรู้สึกของตนเองและความรู้สึกของผู้อื่น จนสามารถบริหารหรือจัดการณ์ของตนเพื่อเป็นแรงจูงใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้อย่างประสบความสำเร็จสำหรับภาษาไทย นอกจากปรีชาทางอารมณ์แล้วยังมีนักวิชาการได้แปลไว้หลากหลายเช่น ความฉลาดทางอารมณ์ สติอารมณ์ ปัญญาอารมณ์ เชาว์อารมณ์ ความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์ ฯลฯ เป็นการอธิบายถึงคุณลักษณะของมนุษย์ว่าเป็น ความสามารถของบุคคลที่ตระหนักรู้ในความคิด ความรู้สึกและสภาวะอารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่นได้ รวมถึงมีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตน มีจิตใจที่มั่นคง แน่วแน่ มีเหตุผล มีสติ สามารถที่จะควบคุมตนเองได้ มีความสามารถในการรับรู้ถึงความต้องการของคนอื่นและรู้จักมารยาททางสังคม คนที่มีความฉลาดทางอารมณ์ระดับสูงเป็นคนที่สามารถแสดงออกทางพฤติกรรมต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมตามวัยของตนและสามารถอยู่กับคนอื่นๆ ในสังคมได้อย่างมีความสุข

สรุปและอภิปรายผลการสมมติฐานข้อ 2

สมมติฐานข้อที่ 2 ระบุว่า ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมที่แตกต่างกัน ดังนี้

การสรุปสมมติฐานข้อนี้มาจากการวิเคราะห์หาค่าความแปรปรวนสองทาง (Two-way Analysis of Variance) ของตัวแปรอิสระ 2 ตัว ได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง ไปตามตัวแปรตาม คือการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมและรายด้าน 2 ด้าน (ด้านการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และด้านการจัดการทางอารมณ์)

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ พบว่า **พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 2 ตัว (ความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง** ที่มีผลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ ในกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม (ภาพประกอบ 6) คือ กลุ่มรวม กลุ่มเพศหญิง และกลุ่มอาชีพอิสระ ผลในส่วนนี้แสดงให้เห็นว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ที่เหมือนกัน คือ 1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ และ 2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อย

เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์รายด้าน 2 รายด้าน ได้แก่ การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และการจัดการทางอารมณ์ พบว่าตัวแปรตาม**แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ 2 ตัว (ความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง)** สรุปได้ ดังภาพประกอบ 6 และมีสาระสำคัญ ดังนี้

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมแปรปรวนไปตามความฉลาดทางสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มรวม เพศหญิง อายุ 47-53 ปี สถานภาพโสด สถานภาพสมรส อาชีพอื่นๆ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพสูงจะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมแปรปรวนไปตามการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองทุกกลุ่ม โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองสูงจะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองต่ำ

เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์รายด้าน 2 รายด้าน พบว่า มีเพียงการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงที่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง ส่วนการจัดการทางอารมณ์ไม่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง มีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ในกลุ่มย่อย 7 กลุ่ม คือ กลุ่มรวม ($P \leq .01$) กลุ่มเพศหญิง ($P \leq .01$) กลุ่มอายุ 47-53 ปี ($P \leq$

.01) กลุ่มอายุ 47-53 ปี (P $\leq$ .05) กลุ่มสถานภาพสมรส (P $\leq$ .05) กลุ่มอาชีพอื่นๆ (P $\leq$ .01) และกลุ่มประกันสังคม (P $\leq$ .01) และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ่ (Scheffe') พบว่า 1) กลุ่มรวม (ตาราง 16 ภาคผนวก ก) 1.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ 1.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อย และ 1.3) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อย 2) กลุ่มเพศหญิง (ตาราง 17 ภาคผนวก ก) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ 3) กลุ่มอายุ 47-53 ปี (ตาราง 18 ภาคผนวก ก) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ 4) กลุ่มอายุ 54-60 ปี (ตาราง 19 ภาคผนวก ก) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ 5) กลุ่มสถานภาพสมรส (ตาราง 20 ภาคผนวก ก) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อยและผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อย 6) กลุ่มอาชีพอื่นๆ (ตาราง 21 ภาคผนวก ก) 6.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่น และ 6.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อย และ 7) กลุ่มประกันสังคม (ตาราง 22 ภาคผนวก ก) 7.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อย และ 7.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตาม

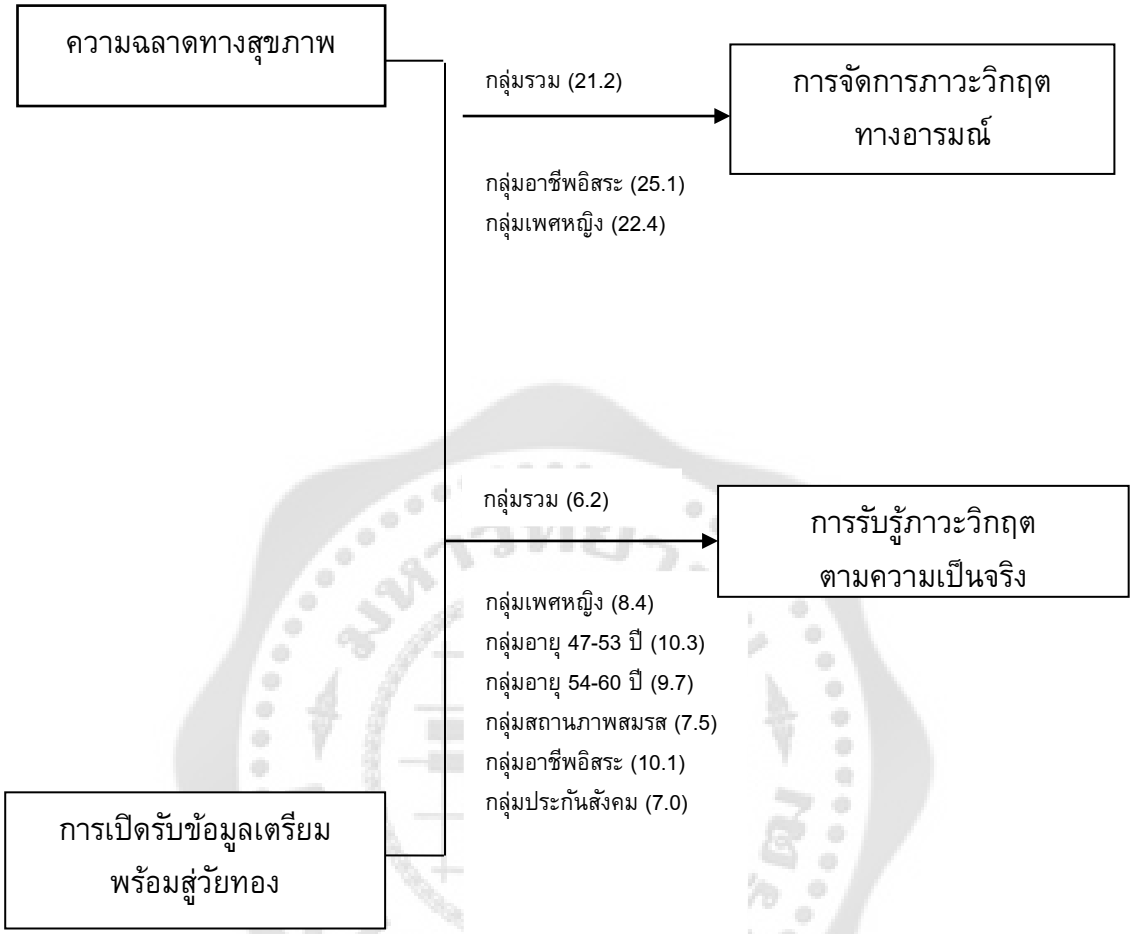
ความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและมีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อย

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงแปรปรวนไปตามการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง ได้แก่ กลุ่มรวม เพศชาย เพศหญิง อายุ 40-46 ปี อายุ 47-53 ปี อายุ 54-60 ปี สถานภาพโสด สถานภาพสมรส อาชีพอื่นๆ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองสูงจะมีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองต่ำ

2. การจัดการทางอารมณ์ ไม่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการจัดการทางอารมณ์แปรปรวนไปตามความฉลาดทางสุขภาพทุกกลุ่ม ยกเว้นกลุ่มประกันสังคม ได้แก่ กลุ่มรวม เพศชาย เพศหญิง อายุ 40-46 ปี อายุ 47-53 ปี อายุ 54-60 ปี สถานภาพโสด สถานภาพสมรส สถานภาพหม้าย/หย่าร้าง อาชีพรับจ้าง อาชีพอื่นๆ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพสูงจะมีการจัดการทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการจัดการทางอารมณ์แปรปรวนไปตามการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองทุกกลุ่ม โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองสูงจะมีการจัดการทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองต่ำ



ภาพประกอบ 6 ผลปฏิสัมพันธ์แบบสองทางที่สนับสนุนสมมติฐานข้อ 2

จึงสรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้การสนับสนุนสมมติฐานข้อ 2 บางส่วน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ทราบว่า 1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองกลุ่มรวม กลุ่มอาชีพอิสระ กลุ่มเพศหญิง ที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์มาก 2.1) พบว่ากลุ่มรวม กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุ 47-53 ปี กลุ่มอายุ 54-60 ปี กลุ่มสถานภาพสมรส กลุ่มอาชีพอิสระ กลุ่มประกันสังคม ที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมาก และ 2.2) พบว่ากลุ่มรวม ที่มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมาก 2.3) พบว่ากลุ่มรวม กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุ 47-53 ปี กลุ่มอายุ 54-60 ปี กลุ่มอาชีพอิสระ กลุ่มประกันสังคม ที่มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมา ผลการวิจัยในส่วนนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มรวม กลุ่มเพศหญิง กลุ่ม

อายุ 47-53 ปี กลุ่มอายุ 54-60 ปี กลุ่มสถานภาพสมรส กลุ่มอาชีพอิสระ กลุ่มประกันสังคม ที่มีปัจจัยทางจิต (ความฉลาดทางสุขภาพ) และปัจจัยทางสังคม (การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง) ไม่ว่ามากหรือน้อยนั้น ก็จะเป็นผู้ที่มีการจัดการทางอารมณ์มากกว่าผู้ที่ได้รับอิทธิพลจากมีปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมในลักษณะอื่นๆ

อภิปรายผลได้ว่า ความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้มูลเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยทอง คือความตระหนักในการเลือกสิ่งที่ดีให้กับสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีความแตกฉานด้านสุขภาพ มีการรู้เท่าทันสุขภาพ รวมทั้งความฉลาดทางสุขภาวะ นั่นคือความเป็นสุขอย่างฉลาด สามารถดำเนินชีวิตได้โดยการเรียนรู้ การปฏิบัติจริง การเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมผู้อื่น การเรียนรู้เพื่อชีวิตหรือการมีสติปัญญาไหวพริบในการเข้าใจสิ่งรอบตัว รวมทั้งเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพได้ ดังนั้นผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพมากจะมีความสามารถในการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ได้อย่างชาญฉลาด รวมถึงผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองเป็นการหาแหล่งข้อมูลสนับสนุนมาช่วยทำให้สามารถจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์และการรับรู้ตามความเป็นจริง ทำให้รู้เท่าทันอารมณ์ เข้าใจสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ของตนเองที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสภาพแวดล้อม นำไปสู่การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของตนเอง นั่นคือ การปรับตัวให้สภาวะทางอารมณ์กลับคืนสู่สมดุลได้อย่างรวดเร็วเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของนฤมล ตรีเพรชศรีอุไร และเดช เกตุฉ่ำ (2554) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรีย มัธยมศึกษาปีที่ 3 ระยะที่ 1 ผลการศึกษา พบว่าโมเดลการวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนในกลุ่มนักเรียนศึกษาปีที่ 3 มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีมาก โดย 4 องค์ประกอบจาก 6 องค์ประกอบสำคัญที่มีความเหมาะสมคือ 1) ทักษะการจัดการตนเอง 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงสุขภาพ และ 4) การรู้เท่าทันสื่อ มีค่าความเที่ยงตรงทั้งฉบับในระดับสูงมาก (r= 0.86) และมีอำนาจจำแนกดีมาก สามารถใช้จำแนกระดับความฉลาดสุขภาพได้เป็นอย่างดี แต่พบว่าทั้ง 2 องค์ประกอบที่เหลือยังมีความต้องการการพัฒนาเพิ่มขึ้นคือ องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรคอ้วน และองค์ประกอบด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน สามารถเป็นตัวชี้วัดระดับประเทศ ที่สะท้อนถึงสุขภาพดีของประชาชนและบอกเป้าหมายของการดำเนินงานสาธารณสุขได้จะนำไปสู่การลดค่าใช่จ่ายการดูแลสุขภาพในโรคที่ป้องกันได้ยังเป็นความจำเป็นและต้องการการพัฒนา รวมทั้งได้รับการสนับสนุนและผลักดันจากผู้บริหารหรือกำหนดนโยบาย

นอกจากนี้กลุ่มรวม กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุ 47-53 ปี กลุ่มอายุ 54-60 ปี กลุ่มสถานภาพสมรส กลุ่มอาชีพอิสระ กลุ่มประกันสังคม ที่ความฉลาดทางสุขภาพ และการเปิดรับข้อมูล

เตรียมพร้อมสู่วัยทอง ไม่ว่ามากหรือน้อยนั้น ก็จะเป็นผู้ที่มีการจัดการทางอารมณ์มากกว่ากลุ่มอื่นๆ เนื่องกลุ่มอายุ 47-53 ปี กลุ่มอายุ 54-60 ปี กลุ่มสถานภาพสมรส กลุ่มอาชีพอิสระ กลุ่มประกันสังคม ค่อนข้างให้ความสำคัญใส่ใจสุขภาพมากกว่ากลุ่มอื่นๆ เช่นการซื้อประกันสุขภาพ มีการวางแผนในการตรวจร่างกายประจำปี มีการติดตามข่าวสาร รวมถึงมีการเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยทอง ส่งผลให้มีการจัดการทางอารมณ์มากกว่ากลุ่มอื่นๆ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้วย พบว่าความสอดคล้องกับ งานวิจัยของเตือนใจ เทียนทอง (2546) ศึกษาปัจจัยทางจิตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตการศึกษา 1 ในกลุ่มพบตัวทำนาย 5 ตัว ร่วมสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นได้ 33% โดยตัวทำนายที่สำคัญ คือ การรับรู้ข่าวด้านสุขภาพจากสื่อมวลชน และรุจิเรศ พิชิตานนท์ (2546) ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฉลาดเลือกกิน ของวัยรุ่นตอนปลาย โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 650 พบว่า นักเรียนที่รับรู้ด้านข่าวสารสุขภาพมากเป็นผู้ที่พฤติกรรมฉลาดเลือกกิน ของวัยรุ่นตอนปลายโดยมีกลุ่มที่มีพฤติกรรมฉลาดเลือกกินมากกว่านักเรียนที่รับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพน้อย และการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพร่วมกับจิตลักษณะเดิมสถานการณ์ 3 ตัว สามารถทำนาย พฤติกรรมฉลาดเลือกกินได้ 28.5% ในกลุ่มรวม โดยเป็นตัวทำนายลำดับที่ 4

สรุปและอภิปรายผลการสมมติฐานข้อ 3

สมมติฐานข้อที่ 3 ระบุว่า ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมที่แตกต่างกัน

การสรุปสมมติฐานข้อนี้มาจากการวิเคราะห์หาค่าความแปรปรวนสองทาง (Two-way Analysis of Variance) ของตัวแปรอิสระ 2 ตัว ได้แก่ ความผูกพันทางศาสนา และมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ไปตามตัวแปรตาม คือการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมและรายด้าน 2 ด้าน (การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง และการจัดการทางอารมณ์) ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนา และมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวแตกต่างกัน ในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ่ (Scheffé) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ พบว่า **พบปฏิสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรอิสระ 2 ตัว (ความผูกพันทางศาสนา และมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว)** ที่มีต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทด้านรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ในกลุ่มย่อย 7 กลุ่ม คือ กลุ่มรวม กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุ 47-53 ปี กลุ่มสถานภาพสมรส กลุ่มอาชีพอื่นๆ กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการ

ของเชฟเฟ่ (Scheffe') พบว่า 1) กลุ่มรวม (ตาราง 23 ภาคผนวก ก) 1.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ และ 1.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความฉลาดทางสุขภาพน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย 2) กลุ่มเพศหญิง (ตาราง 24 ภาคผนวก ก) 2.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ และ 2.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย 3) กลุ่มอายุ 47-53 ปี (ตาราง 25 ภาคผนวก ก) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ 4) กลุ่มสถานภาพสมรส (ตาราง 26 ภาคผนวก ก) 4.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ และ 4.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย 5) กลุ่มอาชีพอื่นๆ (ตาราง 27 ภาคผนวก ก) 5.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ และ 5.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย 6) กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ตาราง 28 ภาคผนวก ก) 6.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ และ 6.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย และ 7) กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ตาราง 29 ภาคผนวก ก) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดี

ภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมแปรปรวนไปตามความผูกพันทางศาสนา ได้แก่ สถานภาพหม้าย/หย่าร้าง โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาสูงจะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาต่ำ

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมแปรปรวนไปตามสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ได้แก่ อายุ 40-46 ปี อายุ 54-60 ปี สถานภาพโสด สถานภาพหม้าย/หย่าร้าง อาชีพรับจ้าง และประกันสังคม โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวสูงจะมีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวต่ำ

เมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์รายด้าน 2 รายด้าน พบว่า มีเพียงการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ที่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ส่วนการจัดการทางอารมณ์ไม่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ในกลุ่มย่อย 8 กลุ่ม คือ กลุ่มรวม กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุ 47-53 ปี กลุ่มสถานภาพสมรส กลุ่มอาชีพอื่น กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และเมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ่ (Scheffe') พบว่า 1) กลุ่มรวม (ตาราง 30 ภาคผนวก ก) 1.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย และผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก 1.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อยและผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก และ 1.3) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพัน

ทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก 2) กลุ่มเพศชาย (ตาราง 31 ภาคผนวก ก) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก 3) กลุ่มเพศหญิง (ตาราง 32 ภาคผนวก ก) 3.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อยและผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก 3.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อยและผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก และ 3.3) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก 4) กลุ่มอายุ 47-53 ปี (ตาราง 33 ภาคผนวก ก) 4.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อยและผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก และ 4.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก 5) กลุ่มสถานภาพสมรส (ตาราง 34 ภาคผนวก ก) 5.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ 5.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก และ 5.3) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก 6) กลุ่มอาชีพอื่นๆ (ตาราง 35 ภาคผนวก ก) 6.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ 6.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย

จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก และ 6.3) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก 7) กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ตาราง 36 ภาคผนวก ก) 7.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีลักษณะอื่นๆ และ 7.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก และ 8) กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ตาราง 37 ภาคผนวก ก) 8.1) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อยและผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก 8.2) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนามากและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก และ 8.3) ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย จะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมากกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาน้อยและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมาก

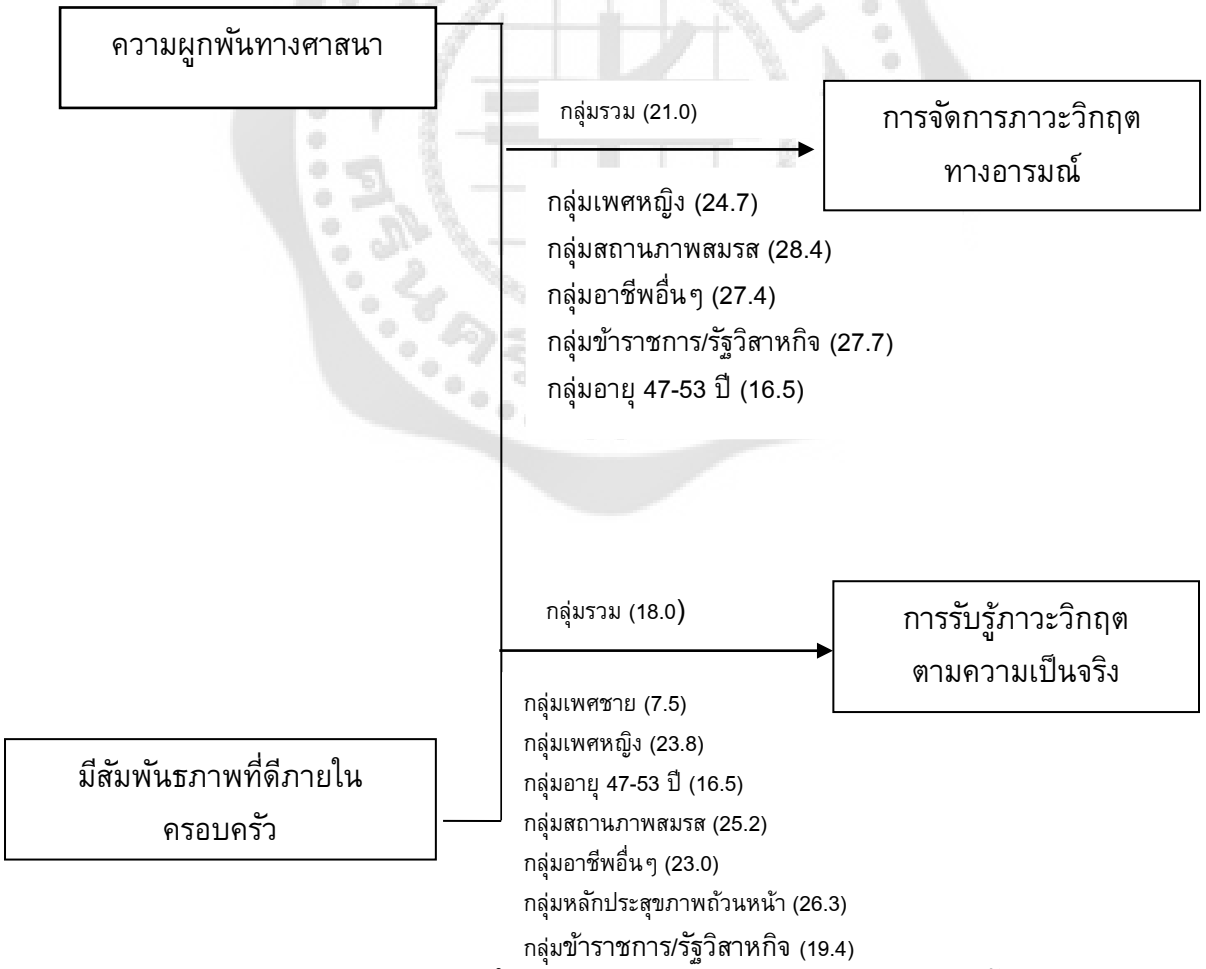
เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงแปรปรวนไปตามความผูกพันทางศาสนาทุกกลุ่ม ยกเว้นสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง ได้แก่ กลุ่มรวม เพศชาย เพศหญิง อายุ 40-46 ปี อายุ 47-53 ปี อายุ 54-60 ปี สถานภาพโสด สถานภาพสมรส อาชีพรับจ้าง อาชีพอื่นๆ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และประกันสังคม โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาสูงจะมีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาต่ำ

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงแปรปรวนไปตามสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวทุกกลุ่ม ได้แก่ สถานภาพหม้าย/หย่าร้าง โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวสูงจะมีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงสูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวต่ำ

2. การจัดการทางอารมณ์ ไม่แปรปรวนไปตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการจัดการทางอารมณ์แปรปรวนไปตามความผูกพันทางศาสนา ได้แก่ สถานภาพโสด โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาสูงจะมีการจัดการทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีความผูกพันทางศาสนาต่ำ

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวแปร พบว่า คะแนนการจัดการทางอารมณ์แปรปรวนไปตามสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวทุกกลุ่ม ยกเว้นกลุ่มสถานภาพโสด และประกันสังคม ได้แก่ กลุ่มรวม เพศชาย เพศหญิง อายุ 40-46 ปี อายุ 47-53 ปี อายุ 54-60 ปี สถานภาพสมรส สถานภาพหม้าย/หย่าร้าง อาชีพรับจ้าง อาชีพอื่นๆ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ โดยพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวต่างกัน นั่นคือ ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวสูงจะมีการจัดการทางอารมณ์สูงกว่าผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวต่ำ



ภาพประกอบ 7 ผลปฏิสัมพนธแบบสองทางทสนบสนุนสมมติฐานข้อ 3

จึงสรุปได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้การสนับสนุนสมมติฐานข้อ 3 บางส่วน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ทราบว่า ผู้รับบริการคลินิกวัยทองกลุ่มรวม กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุ กลุ่มสถานภาพสมรส กลุ่มอาชีพอื่นๆ กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่ากลุ่มอื่นๆ และผู้รับบริการกลุ่มรวม กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุ

47-53 ปี กลุ่มสถานภาพสมรส กลุ่มอาชีพอื่นๆ กลุ่มหลักประสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมาก อาจคาดได้ว่า กลุ่มเพศชายและกลุ่มเพศหญิงที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์และการการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงเนื่องจากมีความผูกพันทางศาสนามีอิทธิพลในการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทำให้รับรู้ความเป็นจริง ส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีสุขภาวะจิตที่ดีและควบคุมอารมณ์ได้ สามารถอดทนต่อภาวะวิกฤตทางอารมณ์และสามารถปรับตัวได้ ส่งผลให้มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว สอดคล้องกับงานวิจัยของไฉไล ไชยเสวี (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ รัตน สินเสรี (2541) ได้ศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพในครอบครัว โดยผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับสูงจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลางและระดับต่ำสอดคล้องกับงานวิจัยของอรนุช อุดมสมฤดี (2550) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับสูงจะมีความพึงพอในในชีวิตสูงกว่าสัมพันธภาพในครอบระดับปานกลางและระดับต่ำ และงานวิจัยของอรนุช อุดมสมฤดี (2550) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต งานวิจัยของสิริพรรณ มิ่งวานิช (พิมพ์ใจ ไมตรีเปรม.2543:30; อ้างอิงจาก สิริพรรณ มิ่งวานิช. 2537:52) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวจะดีมากน้อยเพียงใดนั้นควรคำนึงถึงบทบาทหน้าที่และการปรับตัวเข้าหากันของสมาชิกของในครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญยิ่ง จากความหมายองค์ประกอบของครอบครัวและปัจจัยที่ดีของความสัมพันธ์ในครอบครัวดังกล่าวสรุปได้ว่าสัมพันธภาพที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครัวเรือนเดียวกันโดยมีองค์ประกอบดังนี้คือ 1) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวร่วมกัน 2) มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน 3) มีการยอมรับซึ่งกันและกัน 4) ไม่มีความขัดแย้งบาดหมางกัน 5) มีการช่วยเหลือดูแลเอาใจใจซึ่งและกัน 6) มีความสัมพันธ์รักใคร่ทางความรู้สึกและมีอารมณ์ที่ดีต่อกัน งานวิจัยของนวรัตน์ ศรีรัญเพชร (2539:63-67) ได้ศึกษาถึงสัมพันธภาพของพ่อแม่ลูกกับรูปแบบการ แก้ไขปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลของวัยรุ่นจำนวน 611 คนได้พบว่าสัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่ ลูกที่มีความสัมพันธ์กันในทางลบกับรูปแบบการแก้ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลโดยใช้การแสดง ออกแบบหลีกหนีและแบบใช้อำนาจบังคับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอยู่ในระดับที่ .01 และนอกจากนี้ สัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่ลูก ยังเป็น

ความสัมพันธ์กันทางบวกกับรูปแบบการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง ระหว่างบุคคลโดยใช้การแสดงออกแบบใช้ความอ่อนโยนแบบประนีประนอมและแบบหันหน้าเข้าหา กันอย่างนัยสำคัญทางสถิติอยู่ในระดับที่ .01 จากงานวิจัยของยิ่งยง ยุทธศักดิ์ (2539) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมทางสังคมของเด็กที่มีลักษณะครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัวมีผลที่ต่างกัน จากผลการศึกษาพบว่าเด็กอยู่ในครอบครัวที่ สัมพันธภาพดีมีพฤติกรรมทางสังคมที่พึงประสงค์มากกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดี และเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพดี ก็จะมีพฤติกรรม สังคมที่ไม่พึงประสงค์น้อยกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ค่อยดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01

เมื่อพิจารณาตัวแปรอิสระทีละตัวคือ ความผูกพันทางศาสนา ผู้รับบริการคลินิกวัยทองที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวด้านรวม พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุ 47-53 ปี กลุ่มสถานภาพสมรส อาชีพอื่นๆ และกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์เพราะมีความผูกพันทางศาสนาและมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ด้านการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย 7 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุ 47-53 ปี กลุ่มสถานภาพสมรส กลุ่มอาชีพอื่นๆ กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ผลการวิจัยได้สอดคล้องกับงานวิจัยของเกษม จันทศร์ (2541) ที่ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการต้านทานการเสพยาบ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นพบว่า นักเรียนที่มีการปฏิบัติทางพุทธมากจะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการเสพสารเบื้องต้นน้อย และจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงเพื่อนที่เกี่ยวข้องกับยาบ้ามากกว่านักเรียนที่มีการปฏิบัติทางพุทธน้อย ยังพบว่าความผูกพันทางพุทธศาสนามีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความพอเพียงพอประมาณอีกด้วย เช่น ในงานวิจัยของมัทนี วิเศษสุข (2550) ศึกษาพฤติกรรมบริโภคตามปรัชญาเศรษฐกิพอเพียงของพุทธศาสนิกในเขตกรุงเทพมหานครพบว่าพุทธศาสนิกชนมีพฤติกรรมการบริโภคที่พอเพียง ใช้จ่ายให้เกิดประโยชน์สูง ประหยัดสุด จัดสรรรายได้จาครอบครัวหรือการทำงานตามหลักเหตุผล มีการเปรียบเทียบราคาสินค้ากับแหล่งที่ใช้จ่าย มีภูมิคุ้มกันจากการแบ่งออม มีการวางแผนการใช้จ่ายในอนาคต ใช้แต่สิ่งที่จำเป็น และมีความรอบคอบระมัดระวังในการดำเนินชีวิตเป็นวิถีชีวิตที่มีเหตุผลบนความพอเพียงตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

เมื่อพิจารณาตัวแปรมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว ผู้รับบริการที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวมากมีการจัดการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมมากกว่าผู้รับบริการที่มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวน้อย พบในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยได้แก่ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุ 47-53 ปี กลุ่มสถานภาพสมรส กลุ่มอาชีพอื่นๆ กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีการจัดการทางภาวะวิกฤตทางอารมณ์ เนื่องจากเป็นช่วงเข้าสู่วัยเปลี่ยนผ่าน สามารถปรับตัว เข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อมีปัญหาเกดขึ้นหากบุคคลรับรู้ได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริงตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับความรู้สึกตึงเครียดของตนเองสามารถการแก้ปัญหาก็จะทำได้ตรงจุด สามารถยอมรับและปรับอารมณ์ได้ สามารถรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง

จากการศึกษาของ นิติยา จรัสแสง (2549) ได้กล่าวว่า การรับรู้ภาวะวิกฤตและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง (Realistic perception of the event) คือการเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นหากบุคคลรับรู้ได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง การมีระบบสนับสนุนในสถานการณ์อย่างเพียงพอ (Adequate situational support) และมีกลไกในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (Coping mechanism) กลไกการปรับตัวจากประสบการณ์ของชีวิตหากบุคคลมีการพัฒนาการใช้กลไกในการปรับตัว ในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เมื่อเกิดปัญหาขึ้น บุคคลจะสามารถแก้ปัญหาได้โดยใช้กลไกการปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งวิธีขจัดความเครียดนั้นมี 2 วิธีใหญ่ๆ คือ 1) การมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) เป็นความพยายามเปลี่ยนเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดให้ดีขึ้นหรือพยายามจัดการกับความเครียดนั้น และ 2) การมุ่งปรับอารมณ์ (Emotion focused coping) เป็นการปรับอารมณ์ หรือความรู้สึกเครียด อากีเลล่า และ แมสซิค (Aguilera; & Messick. 1986) กล่าวไว้ว่า การจะช่วยให้บุคคลอยู่ในภาวะสมดุล ไม่เกิดวิกฤตกาล องค์ประกอบดังกล่าวได้แก่ 1) การรับรู้เหตุการณ์ตามความเป็นจริง 2) การได้รับความช่วยเหลือจากระบบเกื้อหนุนค้ำจุน 3) การใช้กลไกแก้ปัญหาที่เหมาะสม เมื่อบุคคลประสบเหตุการณ์บางอย่าง หากมีองค์ประกอบดังกล่าวครบสมบูรณ์จะช่วยแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ในที่สุดบุคคลจะกลับคืนสู่ภาวะสมดุลเป็นปกติเช่นเดิม แต่หากบุคคลไม่ได้รับการแก้ไขแล้ว ภาวะความไม่สมดุลจะดำเนินไปจนกระทั่งเข้าสู่ภาวะวิกฤตในที่สุด

สรุปและอภิปรายผลการสมมติฐานข้อ 4

สมมติฐานข้อที่ 4 ระบุว่า ตัวแปรในกลุ่มปัจจัยทางจิต (ปรีชาเชิงอารมณ์ ความฉลาดทางสุขภาพ ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ และความผูกพันทางศาสนา) และตัวแปรในกลุ่มปัจจัยทางสังคม (การสนับสนุนทางสังคม การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง และสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว) ในการทำนายการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านของผู้รับบริการคลินิกวัยทองทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อยที่มีลักษณะชีวสังคมที่แตกต่างกันเ

ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจการทำนายโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis) โดยใช้ตัวทำนายในกลุ่มปัจจัยทางจิต (ปรีชาเชิงอารมณ์ ความฉลาดทางสุขภาพ ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ และความผูกพันทางศาสนา) และกลุ่มปัจจัยทางสังคม (การสนับสนุนทางสังคม การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง และสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว) เป็นตัวทำนาย เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 ก่อนทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยมุ่งตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่า มีค่าสหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง -.270 ถึง .679 และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร หากตัวแปรมีค่าความสัมพันธ์กันสูงมากกว่า .85 จะทำให้เกิดภาวะร่วมเส้นตรง (Multicollinearity) (Kline. 2005) พบว่า ตัวแปรที่ใช้ใน

การศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไม่เกิน .85 จึงสามารถทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้นได้ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีภูมิหลังต่างกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มปัจจัยทางจิตและสังคมสามารถร่วมทำนายการจัดการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่ กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถทำนายการจัดการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ได้มากที่สุดร้อยละ 59.70 รองลงมาคือ กลุ่มสถานภาพโสด กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ กลุ่มอายุ 47-53 ปี กลุ่มอาชีพอื่นๆ กลุ่มสถานภาพสมรส กลุ่มอายุ 40-46 ปี กลุ่มเพศชาย กลุ่มรวม กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอาชีพรับจ้าง กลุ่มประกันสังคม กลุ่มอายุ 54-60 ปี กลุ่มสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง ซึ่งมีค่าอำนาจกำทำนายเท่ากับ 57.30, 53.00, 52.90, 51.70, 45.60, 44.60, 42.20,41.80,44.10, 35.20, 25.00, 19.30 และ 9.80 ตามลำดับ และพบว่าการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงมีอิทธิพลต่อการจัดการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมที่สุดในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

2. กลุ่มปัจจัยทางจิตและสังคมสามารถร่วมทำนายการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ โดยที่ กลุ่มประกันสังคม สามารถทำนายการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ได้มากที่สุดร้อยละ 54.20 รองลงมาคือ กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ กลุ่มอายุ 47-53 ปี กลุ่มอาชีพอื่นๆ กลุ่มสถานภาพสมรส กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มเพศหญิง กลุ่มเพศชาย กลุ่มสถานภาพโสด กลุ่มอายุ 40-46 ปี กลุ่มรวม กลุ่มอาชีพรับจ้าง กลุ่มอายุ 54-60 ปี กลุ่มสถานภาพหม้าย/หย่าร้างซึ่งมีค่าอำนาจกำทำนายเท่ากับ 54.20, 50.50, 41.60,41.40, 40.70, 38.70,37.30, 34.30, 34.10, 33.90, 32.60, 31.70, 28.60 และ 22.10ตามลำดับและพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริงที่สุดในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

3.กลุ่มปัจจัยทางจิตและสังคมสามารถร่วมทำนายการจัดการทางอารมณ์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ โดยที่กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ สามารถทำนาย การจัดการทางอารมณ์ ได้มากที่สุดร้อยละ 63.10 รองลงมาคือ กลุ่มสถานภาพโสด กลุ่มประกันสังคม กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มอายุ 47-53 ปี กลุ่มอาชีพรับจ้าง กลุ่มอายุ 54-60 ปี กลุ่มเพศชาย กลุ่มอาชีพอื่นๆ กลุ่มรวม กลุ่มเพศหญิง กลุ่มอายุ 40-46 ปี กลุ่มสถานภาพสมรส กลุ่มสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง ซึ่งมีค่าอำนาจกำทำนายเท่ากับ61.18, 60.30, 52.90, 46.30, 45.50, 44.50, 43.50, 43.00, 39.50, 39.40, 39.40, 35.60 และ 34.90 ตามลำดับและพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการจัดการทางอารมณ์ที่สุดในกลุ่มรวมและกลุ่มย่อย

จึงสรุปได้ว่าผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยสนับสนุนข้อที่ 4 ทั้งหมด

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้นเพื่อทำนายการจัดการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมและรายด้าน 2 ด้าน (การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง การจัดการทางอารมณ์) ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีลักษณะทางชีวะสังคมต่างกัน โดยใช้ตัวแปรใน

ปัจจัยทางจิต (ปรีชาเชิงอารมณ์ ความฉลาดทางสุขภาพ ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ ความผูกพันทางศาสนา) และตัวแปรในปัจจัยทางสังคม (การสนับสนุนทางสังคม การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว) เป็นตัวทำนายร่วมกัน พบว่า ตัวแปรในปัจจัยทั้ง 2 ปัจจัย สามารถร่วมกันทำนายการจัดการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวมและรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ ทั้งในกลุ่มรวมและกลุ่มที่มีลักษณะทางชีวสังคมต่างกัน โดยที่ **1) การสนับสนุนทางสังคม** พบว่า สอดคล้องกับ งานวิจัยของหัทยา มัทยาท (2541) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการทำงาน และปัจจัยทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพประจำการในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออก พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีบทบาทสำคัญทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกประสบความสำเร็จในการทำงานซึ่งช่วยลดความเครียดและความเหนื่อยล้าต่อการเรียนและการทำงานได้ และณัฏฐนิชย์ สวัสดีมงคล (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของผู้บริหารสถานศึกษาระดับก่อนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาของเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การสนับสนุนที่สำคัญในช่วงบุคคล ประสบปัญหาอันนำไปสู่ความเครียด หากได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ โดยการให้กำลังใจ จะทำให้บุคคลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับแรงกดดันต่างๆ ทำให้ความเครียดลดน้อยลง ภัทรพงศ์ ประกอบผล (2534) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หรือการที่บุคคล ได□รับแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคม ทั้งการสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ การบริการข้อมูล การยอมรับ การยกย่อง และการเห็นคุณค่า รวมทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์ ซึ่งแรงสนับสนุน สนับสนุนเหล่านี้มีผลทำให้บุคคลสามารถช่วยให้ตนเองบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ และ เป็นพลังที่จะช่วยเหลือให้บุคคลตอบสนองต่อความต้องการของตอนสถานการณ□หนึ่งๆอย่างเหมาะสม **2) การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง** พบว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของเตือนใจ เทียนทอง (2546) ศึกษาปัจจัยทางจิตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตการศึกษา 1 ในกลุ่มพบตัวทำนาย 5 ตัว ร่วมสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นได้ 33% โดยตัวทำนายที่สำคัญ คือ การรับรู้ข่าวด้านสุขภาพจากสื่อมวลชน งานวิจัยของรุจิเรศ พิชิตานนท์ (2546) ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฉลาดเลือกกิน ของวัยรุ่นตอนปลาย โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 650 พบว่า นักเรียนที่รับรู้ด้านข่าวสารสุขภาพมากเป็นผู้ที่พฤติกรรมฉลาดเลือกกิน ของวัยรุ่นตอนปลาย โดยมีกลุ่มที่มีพฤติกรรมฉลาดเลือกกินมากกว่านักเรียนที่รับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพน้อย และการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพร่วมกับจิตลักษณะเดิมสถานการณ์ 3 ตัว สามารถทำนาย พฤติกรรมฉลาดเลือกกินได้ 28.5% ในกลุ่มรวม โดยเป็นตัวทำนายลำดับที่ 4 งานวิจัยของวนิดา มกรกิจวิบูลย์ (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหัวเฉียว พับว่า ปัจจัยเสริม ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ อรไท แดงชาติ (2548) ที่พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์พับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ

บุคลากรในโรงพยาบาลตำรวจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับ งานวิจัยของดวงพร สุตสุนทร (2546) พบว่าปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์พับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า คือ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจากสื่อและบุคคลต่างๆ **3) สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว** พบว่าสอดคล้องกับงานวิจัยไฉไล ไชยเสวี (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ งานวิจัยของรัตน สินเสรี (2541) ได้ศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพในครอบครัว โดยผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับสูงจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลางและระดับต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของอรนุช อุดมสมฤดี (2550) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับสูงจะมีความพึงพอในในชีวิตสูงกว่าสัมพันธภาพในครอบระดับปานกลางและระดับต่ำ และงานวิจัยของอรนุช อุดมสมฤดี (2550) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต งานวิจัยของนวรัตน์ ศรีรัญเพชร (2539:63-67) ได้ศึกษาถึงสัมพันธภาพของพ่อแม่ลูกกับรูปแบบการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลของวัยรุ่นจำนวน 611คนได้พบว่าสัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่ ลูกที่มีความสัมพันธ์กันในทางลบกับรูปแบบการแก้ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลโดยใช้การแสดง ออกแบบหลีกหนีและแบบใช้อำนาจบังคับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอยู่ในระดับที่ 0.01 และนอกจากนี้ สัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่ลูก ยังเป็นความสัมพันธ์กันทางบวกกับรูปแบบการแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง ระหว่างบุคคลโดยใช้การแสดงออกแบบใช้ความอ่อนโยนแบบประนีประนอมและแบบหันหน้าเข้าหา กันอย่างนัยสำคัญทางสถิติอยู่ในระดับที่ .01 จากงานวิจัยของยิ่งยง ยุทธศักดิ์ (2539) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมทางสังคมของเด็กที่มีลักษณะครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัวมีผลที่ต่างกัน จากผลการศึกษาพบว่าเด็กอยู่ในครอบครัวที่ สัมพันธภาพดีมีพฤติกรรมทางสังคมที่พึงประสงค์มากกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับ .01 และเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพดี ก็จะมีพฤติกรรม สังคมที่ไม่พึงประสงค์น้อยกว่าเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ค่อยดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาค่าอำนาจการทำนายที่เปลี่ยนแปลงไปจากการเพิ่มกลุ่มปัจจัยทางสังคม พบว่า ทั้งกลุ่มปัจจัยทางจิตและปัจจัยทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้านมีค่าอำนาจการทำนายที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ในกลุ่มรวมและกลุ่มอื่นๆ

จากการสรุปและอภิปรายผลดังกล่าว ทำให้เห็นถึงความสำคัญของกลุ่มตัวแปรอิสระที่มาจากปัจจัยทางจิต และตัวแปรในปัจจัยทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา (Social cognitive learning theory) ของแบนดูรา (Bandura. 1986) ที่อธิบายพฤติกรรมของบุคคล

ว่า พฤติกรรมใดๆ ของบุคคล (Behavior) นั้นเป็นผลจาก ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal) และ ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Social Environmental) ที่ผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา และเป็นตามการศึกษาพฤติกรรมตามหลักพฤติกรรมศาสตร์ที่อธิบายถึงพฤติกรรมของมนุษย์ว่ามีสาเหตุมาจากปัจจัยทางจิตวิทยาและปัจจัยทางสังคมวิทยา เช่นกัน (จรรจา สุวรรณทัต. 2537) ซึ่งในงานวิจัยนี้ ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ปรีชาเชิงอารมณ์ ความฉลาดทางสุขภาพ ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ ความผูกพันทางศาสนา และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายและมีปฏิสัมพันธ์กันส่งผลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ทั้งด้านรวมและรายด้าน ได้แก่ การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง การจัดการทางอารมณ์ ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิในการรักษาพยาบาล แตกต่างกันออกไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้และพัฒนาการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่าตัวแปรทางจิตที่มีความเกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองมากที่สุด คือตัวแปรปรีชาเชิงอารมณ์ นั่นคือการที่ผู้รับบริการสามารถจัดการอารมณ์ของตนเองได้ดี เข้าอกเข้าใจผู้อื่น ดังนั้นผู้วิจัยขอเสนอแนะให้ผู้รับบริการมีการพัฒนาทางจิตโดยการตระหนักรู้ในตนเองเสมอ รับรู้ว่าเมื่อเกิดสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธ เหงา หรือซึมเศร้า ผู้รับบริการควรรู้เท่าทันและตระหนักว่าอารมณ์ของตนเองเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของช่วงวัย แต่สามารถผ่อนคลายได้ด้วยการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ เช่น การเบี่ยงเบนไปจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น พูดคุยและมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง เข้าอกเข้าใจผู้อื่นพร้อมทั้งทำจิตใจให้ผ่อนคลาย เพื่อลดการเผชิญกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของตนเอง

2. จากผลการศึกษาพบว่าตัวแปรทางสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองมากที่สุด คือ ตัวแปรการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง นั่นคือการที่ผู้รับบริการมีความรู้และข้อมูลเพียงพอต่อการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ ให้สามารถรับมือต่อภาวะการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้เป็นอย่างดี ดังนั้นผู้วิจัยเสนอแนะให้ผู้รับบริการมีการค้นหาความรู้ เปิดรับข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับวัยทองในด้านต่าง ๆ เช่น การพูดคุยสอบถามจากผู้รับบริการรายอื่น ขอคำปรึกษาจากแพทย์เมื่อมีอารมณ์แปรปรวนจนกระทบต่อความสัมพันธ์กับผู้อื่น สืบค้นข้อมูลตามหนังสือ เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ กับหน่วยงานหรือสังคม เป็นต้น ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถึงวิธีการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวันของตนเองได้อย่างเหมาะสม

3. จากผลการศึกษาพบว่าตัวแปรความฉลาดทางสุขภาพมีปฏิสัมพันธ์กับการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง มีอิทธิพลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง

ในหลายกลุ่ม ซึ่งมีความสอดคล้องต้องกันในด้านการเปิดรับข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมต่อการเข้าสู่วัยทอง ทำให้เกิดความเชี่ยวชาญและทักษะในด้านการจัดการต่อสุขภาพของตนเองได้เป็นอย่างดี ดังนั้นผู้วิจัยขอเสนอแนะให้ผู้รับบริการคลินิกวัยทองเปิดรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัยทองเพื่อมีข้อมูลทางเลือกในการจัดการต่อสุขภาพของตนเองอย่างมีความประสิทธิภาพ ผู้รับบริการควรนำทางเลือกที่ได้รับมาปรับเปลี่ยนแนวทางการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวันของตนเอง หมั่นสังเกตอาการหรือสอบถามการเปลี่ยนแปลงจากคนรอบข้าง เพื่อค้นหาสาเหตุและหาข้อมูลเพื่อจัดจัดการต่อปัญหาของตนเอง เพื่อนำไปสู่การคลี่คลายภาวะวิกฤตทางอารมณ์ต่อไปการต่อปัญหาของตนเอง เพื่อนำไปสู่การคลี่คลายภาวะวิกฤตทางอารมณ์ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปรีชาเชิงอารมณ์ ความฉลาดทางสุขภาพ ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ ความผูกพันทางศาสนา เป็นปัจจัยทางจิตที่สามารถพัฒนาได้ ตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์และส่งผลต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ดังนั้นควรทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมปรีชาเชิงอารมณ์ควบคู่ไปกับความฉลาดทางสุขภาพ ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ และความผูกพันทางศาสนา เพื่อจะได้นำไปสู่การพัฒนาการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทองต่อไป

2. ควรทำการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้วยการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล (Path Analysis) เพื่อทำให้ทราบว่าตัวแปรใดมีอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง

3. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ได้เก็บข้อมูลกับผู้รับบริการคลินิกวัยทองในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่าในบริบทกรุงเทพมหานครมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมเมืองอย่างรวดเร็ว ส่งผลทั้งแง่ดี ได้แก่ การมีระบบสื่อสารที่มั่นคงทำให้ผู้รับบริการมีความสะดวกสบายต่อการค้นหาข้อมูลข่าวสารเพื่อเตรียมความพร้อมสู่วัยทอง ในขณะที่แง่ลบ ได้แก่ การเป็นสังคมเมืองที่มีการแข่งขันกันสูงทำให้ลูกหลานมีเวลาให้กับผู้รับบริการคลินิกวัยทองน้อย ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปผู้วิจัยเสนอแนะให้เก็บข้อมูลกับผู้รับบริการคลินิกวัยทองในต่างจังหวัด หรือตามชนบทเพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ในบริบทที่แตกต่างได้มากขึ้น

4. ในการศึกษาครั้งต่อไปอาจใช้ตัวแปรการจัดการภาวะจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง อาจใช้วิธีการวิจัยแบบผสานวิธี โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพกับการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อให้ได้ผลการวิจัยในเชิงลึกที่ชัดยิ่งขึ้น

5. นำข้อค้นพบที่สำคัญโดยเฉพาะผลการวิเคราะห์ถดถอยพหูคูณแบบเชิงชั้นที่พบว่าตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการทำนายการจัดการภาวะจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง เป็นอันดับแรกสูงสุดมี 3 ตัวคล้ายคลึงกัน ได้แก่ กลุ่มหลักประกันสุขภาพ

ถ้วนหน้า กลุ่มประกันสังคม กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จากผลดังกล่าวจึงควรนำมาผลิตเป็นคู่มือแนวทางการจัดการภาวะจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง โดยจัดทำเป็นคู่มือสำหรับนักวิจัยที่เริ่มปฏิบัติงาน และจัดให้มีการวิพากษ์คู่มือดังกล่าวโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อนำข้อเสนอแนะที่ได้ปรับปรุงคู่มือและเผยแพร่ต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กมลพรรณ จันทร์พยอม. (2550). *สภาพแวดล้อมทางครอบครัว โรงเรียนและบุคลิกภาพที่เกี่ยวกับการปรับตัวของนักเรียนวัยรุ่น.* ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

กรมการแพทย์. (2533). *สุขภาพจิต.* กรุงเทพฯ: กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต. (2539). *ความเครียดและสุขภาพจิตของคนไทย.* นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.

----------. (2541). *คู่มือส่งเสริมสุขภาพจิต.* นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.

----------. (2544). *เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมและการพยาบาลจิตเวช.* นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

----------. (2546). *ความเครียดของคนไทย: การศึกษาระดับชาติ ปี 2546.* นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.

----------. (2551). *ประสบการณ์การดูแลเยียวยาจิตใจตนเองของครูที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์จังหวัดชายแดนใต้.* สงขลา: โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์.

กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *ข้อมูลทรัพยากรและมาตรฐานรหัสสุขภาพ กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารสุขภาพ.* นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

----------. (2555). *คู่มือวิทยากรหลักสูตรการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต.* นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.

----------. (2555). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559.* กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

----------. (2555). *สถิติสาธารณสุข.* สืบค้นเมื่อ 5 กันยายน พ.ศ. 2558 จาก http://bps2.moph.go.th

กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม; และคณะ. (2547). การปรับตัวของครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงตามทฤษฎีภาวะวิกฤตครอบครัวของฮิลล์. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ.* 27(1): 34-41.

กลุ่มสาระการเรียนรู้และเทคโนโลยี. (2558). *การเปิดโลกอาชีพ.* สืบค้นเมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2558 จาก http://techno.knw.ac.th/images/bussiness

กฤตยา อาชวนิจกุล; และคณะ. (2542). *รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ.* นครปฐม: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

กัญญา แซ่โก. (2552). *ความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยผ่าตัดตา*. ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

กาญจนาพุทธ ทิพกนก. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์กับความสำเร็จในการทำงานของผู้บริหารระดับต้นในโรงงานอุตสาหกรรม เขตนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ.* ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.

กิตติชัย บ่อสมบัติ. (2540). *การเตรียมตัวก่อนเกษียณของข้าราชการในสังกัดกรุงเทพมหานคร.* ปริญญานิพนธ์ สส.ม. (ประชากรศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

กิตติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์. (2535). การศึกษาความมั่นคงของครอบครัว : พรมแดนแห่งความรู้เพื่อความมั่นคงของมนุษย์. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.* 11(1): 124-161

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2550). *การวิเคราะห์สถิติ: สถิติสำหรับบริหารและวิจัย.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กุหลาบ ไทรโพธิ์ภู่. (2546). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรักษาความสะอาดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น.* สารนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

เกสรศรี อาทิตยา. (2549). *ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความเครียดของประชาชนอายุ 15-59 ปี อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย.* สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขทุ่งเสลี่ยม.

ขวัญใจ เพิ่มศรี. (2550). *การรับรู้ความสามารถในวิชาชีพของครูที่มีระดับความฉลาดทาง อารมณ์ต่างกันในโรงเรียนคาทอลิก สังกัดสังฆมณฑลจันทบุรี.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (การวัดผลการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ขวัญเมือง แก้วดำรงกิ่ง; และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ.* กรุงเทพฯ: นิวธรรมดาการพิมพ์.

คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. (2543). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.* กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์การพิมพ์จำกัด.

จรรจา สุวรรณทัต. (2537). *แนวคิดหลักการทางพฤติกรรมศาสตร์ : ทฤษฎี การวิจัย และการประยุกต์ใช้.* วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 1(1). 17-21.

จารุวรรณ ปราชชญากุล. (2543). *ปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับความตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

จันทร์จิรา มันตะพงษ์. (2546). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพทั้งห้าองค์ประกอบกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ*. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

จิตติพร ไวโรจน์วิทยาการ. (2551). *ปัจจัยเชิงเหตุและผลของพฤติกรรมตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนที่ประยุกต์หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง*. สารนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

จิรนันท์ ชุนเกษา. (2553*). ลักษณะทางชีวสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และลักษณะทางพุทธที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับความสูงอายุของบุคคลวัยผู้ใหญ่.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ไฉไล ไชยเสวี. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ*. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ชลธิชา บุญเลี้ยง. (2546). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบที่สำคัญกับรูปแบบการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จังหวัดระยอง*. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (การวัดผลการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ชื่น เตชามหาชัย; และบุญสม ธีรพิบูลย์. (2539). วัยหมดระดู. ใน *สตรีวัยหมดระดู*. ชื่น เตชามหาชัย; โสมพงษ์ สุวรรณเวช; และบุญสม ธีระบูลย์ (บรรณาธิการ). หน้า 8-12. กรุงเทพมหานคร: องค์กรทหารผ่านศึก.

ชูชัย สมิทธิไกร. (2547). ลักษณะบุคลิกภาพและความสำเร็จในการทำงานของบุคคลในหลายอาชีพ. *วารสารจิตพฤติกรรมศาสตร์: ระบบพฤติกรรมไทย*. 1(2): 115-135.

ฐินีรัตน์ ถาวร. (2550). *ความศรัทธาในพุทธศาสนากับการยอมรับความสูงอายุของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางเขน*. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ณัฏฐนิชย์ สวัสดีมงคล. (2547). *ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของผู้บริหารสถานศึกษาระดับก่อนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาของเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร*. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (บริหารการศึกษา). ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาลัยวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.

ณัฐยา ลือชากิตติกุล. (2546). *ลักษณะทางจิตสังคมและลักษณะทางพุทธที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการ ทำงานด้านบริการของพนักงานธนาคารไทยพานิชย์ จากัด (มหาชน) ในกรุงเทพมหานคร.* ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตรประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2540). ความเชื่อและการปฏิบัติทางพุทธศาสนาของคนไทย การปลูกฝังอบรมและคุณภาพชีวิต. *รายงานการวิจัย.* กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

----------. (2545). ลักษณะการวิจัยทางจิตพฤติกรรมศาสตร์ที่สามารถชี้นรายการพัฒนาบุคคลอย่างครบวงจร. *รายงานการวิจัย.* กรุงเทพฯ: สำนักงานส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

---------- . (2550). รูปแบบทฤษฎีปฏิสัมพันธ์นิยม (Interactionism model) และแนวทางการตั้งสมมติฐานในการวิจัยสาขาพฤติกรรมศาสตร์ในประเทศไทย. *วารสารพัฒนาสังคม.* 9(1): 85 -117.

---------- . (2550). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับคุณธรรมจริยธรรมในประเทศไทยและต่างประเทศ. *รายงานการวิจัย.* กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาพลังแผ่นดินเชิงคุณธรรม สำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้.

ดวงเดือน พันธุนาวิน; และคนอื่นๆ. (2536). ลักษณะทางจิตและพฤติกรรมของนักเรียนวัยรุ่นที่อยู่ในสภาวะเสี่ยงในครอบครัวและทางป้องกัน. *รายงานการวิจัย.* กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์.

ดวงพร สุตสุนทร. (2546). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหาร ของบุคคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.* ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

เตือนใจ เทียนทอง. (2546). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เขตการศึกษา 1.* ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ทรรศนันท์ ชินศิริพันธุ์. (2555). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการปฏิบัติตนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงด้านความพอประมาณของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 ในโรงเรียนสถานศึกษาพอเพียงแบบอย่าง.* ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ทัดดาว ลิมพะสุต. (2543). *แบบแผนการอบรมเลี้ยงดูบุตรและสัมพันธภาพในครอบครัว.* ปริญญานิพนธ์ ศษ.ม. (สังคมวิทยาประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

ทัศนา บุญทอง. (2544). *สมรรถนะหลักพยาบาลวิชาชีพและสมรรถนะหลักของผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งในการพัฒนาการจัดการศึกษา หลักสูตรพยาบาลสตร์บัณฑิตเพื่อตอบสนองการปฏิรูประบบสุขภาพไทย.* กรุงเทพฯ: ศักดิโสภาการพิมพ์.

ธนาวิทย์ กางการ. (2549). *การมีส่วนร่วมของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ในการพัฒนาท้องถิ่น.* รายงานการวิจัย. ชัยภูมิ: กองวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ.

นฤมล ตรีเพรชศรีอุไร; และเดช เกตุฉ่ำ. (2554). การพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ระยะที่ 1. *รายงานการวิจัย.* กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.

นวรัตน์ ศรีรัญเพชร. (2539). *สัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่ลูกกับรูปแบบการแก้ปัญหาความขัดแย้ง ระหว่างบุคคลของวัยรุ่น.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

นันทนา วงษ์อินทร์. (2543). การพัฒนาทางอารมณ์. ใน *บทความทางวิชาการ.* อัจฉรา สุขารมย์; วิลาศลักษณ์ ชัววัลลี; และอรพินทร์ ชูชม. หน้า 13-19. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.

นันทวรรณ นาวี. (2533). *คลายเครียด.* กรุงเทพฯ: แสงแดด.

นิติยา จรัสแสง. (2549). แนวทางการพยาบาลในการช่วยเหลือญาติผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง. *ศรีนครินทร์เวชสาร.* 21(1): 77 - 78.

นิรดา อดุลยพิเชฏฐ์. (2542). *ผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาเชาว์อารมณ์ที่มีต่อระดับเชาว์อารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ.* ปริญญานิพนธ์ ค.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. (2556). *การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงาน สร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน.* กรุงเทพฯ: กระทรวงการต่างประเทศ.

ปรีชา อินโท. (2540). *ความเครียดและวิธีคลายเครียด.* นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.

ปัญญฎา ประดิษฐบาทุกา. (2556). *ปัจจัยเชิงเหตุทางจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะและพฤติกรรมการจัดการเรียนรู้แบบวิจัยเป็นฐานของอาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล.* ปริญญานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

พรดารา แซ่ฉั่ว. (2547). *การเปรียบเทียบวิธีเผชิญความเครียดของพยาบาลที่มีบุคลิกภาพและสัมพันธภาพในครอบครัวแตกต่างกัน.* สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

พรพรรณ บัวทอง. (2557). *สถานการณ์ในการทำงาน และลักษณะทางจิตที่เกี่ยวข้องกับ*

พฤติกรรมทำงานอย่างสร้างสรรค์ของนักวิจัยในมหาวิทยาลัยราชภัฏกลุ่มรัตนโกสินทร์. ปริญญานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2531). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.* พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

พิชญา จันทร์บำรุง. (2554*). ประสบการณ์หลังเผชิญภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัย: การวิจัยเชิงคุณภาพแบบทีมผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน.* ปริญญานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาการปรึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

พิทักษ์พล บุญยมาลิก. (2553). *หลักสูตรการปฐมพยาบาลทางจิตใจตามหลักการ EASE: Psychological First Aid.* นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.

พีระนันท์ บูรณะโสภณ. (2558). *พฤติกรรมการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการใช้ผลิตภัณฑ์รักษ์สิ่งแวดล้อมของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร.* ปริญญานิพนธ์ นศ.ม. (ประชาสัมพันธ์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

พัชรี ไชยลังกา. (2543). ความต้องการผู้ป่วยเอดส์ขณะเผชิญภาวะใกล้*ตาย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 20(1): 33-34

ภัทรพงศ์ ประกอบผล. (2534) *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยเรื้อรัง.* ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (สังคมสงเคราะห์ศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

ภักดี โพธิศิริ. (2544). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพวัยทอง.* สืบค้นเมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน จาก http://www.kb.psu.ac.th.

ภาควิชาจิตเวช. (2553). *สร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว.* กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

มนตรี หลินภู. (2551). *การศึกษาความเครียดและการลดความเครียดที่มีต่อการใช้ชีวิตในเรือนจำของผู้ต้องขังโดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยยึดหลักอริยสัจ 4.* ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

มนูญ ภูขลิบเงิน. (2547). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการประหยัดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย.* สารนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

มยุรฉัตร สุขดารงค์. (2547). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทางานสินเชื่ออย่างมี ความรับผิดชอบ ของเจ้าหน้าที่สินเชื่อ บมจ. ธนาคารกรุงไทย.* ปริญญานิพนธ์ วท.ม.

(การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร

มัทนี วิเศษสุข. (2550). *การศึกษาพฤติกรรมบริโภคตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพุทธศาสนิกชนในเขตกรุงเทพมหานคร.* สารนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

ยิ่งยง ยุทธศักดิ์. (2539). *พฤติกรรมทางสังคมของเด็กที่มีลักษณะครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัวแตกต่างกัน.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

รัตน สินเสรี. (2541). *ตัวแปรที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมุทรปราการ.* สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

รุจิเรศ พิชิตานนท์. (2546). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฉลาดเลือกกินของนักเรียนวัยรุ่นตอนปลาย.* สารนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

ลักขณา สิริวัฒน์. (2545). *สุขวิทยาจิตและการปรับตัว.* กรุงเทพ: โอเดียนสโตร์.

วชิร โอภิธากร. (2533). *ความสัมพันธ□ระหว□างการอบรมสร□างเสริมในครอบครัวและสถานศึกษา*

กับ จิตลักษณะที่เอื้อต□อการเป□นผู□ประกอบการของนักศึกษาอาชีวศึกษาในภาคใต้. ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

วนิดา มกรกิจวิบูลย์. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลหัวเฉียว.* ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

วรรณี วรรณชาติ. (2541). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการคบเพื่อนแบบเสี่ยงเอดส์ของนักศึกษาชายในมหาวิทยาลัย.* สารนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

วันดี สุทธรังษี. (2556). ประเด็นจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤตทางจิตใจ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.* 33(2): 47-54.

วันทนา วัฒนธรรม. (2557). *ปัจจัยทางจิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพของพนักงานเครือเดอะมอลล์กรุ๊ป.* ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

วัลภา สบายยิ่ง. (2542). *ปัจจัยการตั้งเป้าหมายการรับรู้ความสามารถของตนเองและ*

บุคลิกภาพที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของผู้จำหน่ายตรง. ปริญญานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

วาทินา ทาตายุ. (2545). *ปัจจัยที่ส่งผลพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี.* ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

วิมลวรรณ ศิริวงศ์. (2548). *การสนับสนุนทางสังคมและการเสริมสร้างพลังอำนาจของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาโรงพยาบาล เมืองฉะเชิงเทรา.* ปริญญานิพนธ์ รป.ม. (นโยบายสาธารณะ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.

วิลาวรรณ คริสต์รักษา. (2557). *ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองอาสาสมัครสาธารสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา.* ปริญญานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต). สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ถ่ายเอกสาร.

วีระวัฒน์ ปันนิตามัย. (2542). *เชาว์อารมณ์ (EQ) ดัชนีวัดความสุข และความสำเร็จของชีวิต.* กรุงเทพฯ: เอ็กซเปอร์เน็ท.

วีระศักดิ์ พุทธาศรี; สมหญิง สายธนู; และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2546). บทบาทและการปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยต่อสภาวะก่อนและระหว่างวิกฤตเศรษฐกิจ (พ.ศ. 2539-2544). *รายงานการวิจัย.* กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

ศรีธรรม ธนะภูมิ. (2535). *พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ.* กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

โศภาพรรณ วิมลรัตน์. (2543). *ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

สมบัติ ตาปัญญา. (2526). *คู่มือคลายเครียด.* กรุงเทพฯ: เหรียญบุญการพิมพ์.

สายสุนีย์ อุดมนา. (2541). *ค่านิยมพฤติกรรมทางเพศนิสิตปริญญาตรีคณะพละศึกษา.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

สินีนุช ม่วงกล่ำ. (2544). *พฤติกรรมการประหยัดพลังงานไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้น สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดนนทบุรี.* ภาคนิพนธ์ ศศ.ม. (พัฒนาสังคม). กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

สิริพิชญ์ เตรียมชัยศรี. (2542). การดูแลสุขภาพของชายวัย (ใกล้) ทอง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*. 13(2): 11-12.

สุจริต สุวรรณชีพ. (2531). ความเครียด. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*. 9(2): 95 – 99.

สุนทรี ขะชาตย์. (2555). *การพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช*. สุพรรณบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี.

สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2544). *แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณ.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2548). *การสาธารณสุขไทย พ.ศ 2544-2547 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์

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

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. (2554). *ระบบบริการสาธารณสุขและการจัดบริการสาธารณสุขในสังคมไทย*. สืบค้นเมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2558 จาก http://www.kbo.moph.go.th

หัทยา มัทยาท. (2541). *ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการทำงาน และปัจจัยทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพประจำการในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออก*. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

อยู่เย็น นาคฉุย. (2556). *โครงการบริการวิชาการด้านสุขภาพเพื่อชุนนบพิตำ*. นครศรีธรรมราช: สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

อรไท แดงชาติ. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร ในโรงพยาบาลตำรวจ*. ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2543). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรนุช อุดมสมฤดี. (2550). *สัมพันธภาพในครอบครัวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์*. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

อ้อมเดือน สดมณี. (2536). *ผลของการฝึกอบรมทางพุทธพฤติกรรมศาสตร์ต่อจิตลักษณะและประสิทธิผลของครู*. ปริญญานิพนธ์ กศ.ด. (พัฒนศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

อนุกรรมการสถิติ. (2557). *แผนพัฒนาสถิติสาขาสุขภาพฉบับที่ 1 2555-2558*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

อภิญญา โพธิ์ศรีทอง. (2536). *ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.* ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

อภิษฎา ดวงจันทร์. (2544). *การเปรียบเทียบผลของการใช้สถานการณ์จำลองและการเสริมแรงทางบวกที่มีผลต่อความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนวัดเศถรตฉัตร เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

อรัญญา วันกิ่ง. (2546). *ผลของกิจกรรมกลุ่มเพื่อพัฒนาความเฉลียวฉลาดทางอารมณ์ด้านการจัดการอารมณ์ของตนเอง ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนบุรีรัมย์พิทยาคม จังหวัดบุรีรัมย์.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2550). การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและดัชนีวัดภาวะวิกฤตชีวิตสตรีไทยสมรสวัยกลางคนที่ทำงานนอกบ้านในกรุงเทพมหานคร. *รายงานการวิจัย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

----------. (2551). การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนไทย. *รายงานการวิจัย.* กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์.

----------. (2555). แนวทางการเผชิญและป้องกันภาวะวิกฤตชีวิตของบุคคล. *รายงานการวิจัย.* กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์.

อังศินันท์ อินทรกำแหง; และทัศนา ทองภักดี. (2553). ผลการใช้วิธีการจัดการภาวะวิกฤตชีวิตด้วยตนเองตามแนวตะวันออกที่มีต่อภาวะวิกฤตชีวิตและความสุขใจของสตรีไทยสมรสวัยกลางคนในกรุงเทพมหานคร. *รายงานการวิจัย.* กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์.

อังศินันท์ อินทรกำแหง; และภัทราวุธ อินทรกำแหง. (2550). *เอกสารประกอบการประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการ 6Qs หนทางสู่ความสุข ความสำเร็จ: HQ พัฒนาเชาวน์ทางสุขภาพ.* กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์.

อังศินันท์ อินทรกำแหง; อรพินทร์ ชูชม; และอัจฉรา สุขารมณ์. (2550). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤตชีวิตของสตรีไทยสมรสวัยกลางคนที่ทำงานในภาครัฐ รัฐวิสาหกิจและเอกชน. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*. 13(1): 15-29.

----------. (2552). การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและดัชนีวัดภาวะวิกฤตชีวิตสตรีไทยสมรสวัยกลางคนที่ทำงานบ้านนอกในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *รายงานการวิจัย.* กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์.

อัสรา อาวรณ์. (2545). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม*

และปัจจัยทางชีวสังคมกับความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

อุบล เลี้ยววาริณ. (2543). *การศึกษาความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติในเขตกรุงเทพมหานคร.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ด. (พัฒนศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

อำนวย ลอยกุลนันท์. (2542). การดูแลตนเองของสตรีหมดประจำเดือน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.* 19(1): 68-69.

Aguilera, D. C. (1994). *Crisis Intervention: Theory and Methodology*. 7th ed. St. Louis, Mo: Mosby.

Aguilera, D. C.; & Mesick, J. M. (1986). *Crisis Intervention: Theory and Methodology*. 5th ed. St. Louis, Mo: Mosby.

Ambrin, F. M. (2009). *Correlations between the Five Factor Model of Personality and Personality and Problem Behavior in Children*. Dissertation Ph.D. (Counseling). Alabama: Auburn University.

Bachmann, G. A. (1994). Vulvovaginal Complaints. In *Treatment of the Postmenopausal Woman: Basic and Clinical Aspect*. Edited by R. A. Lobo. pp. 137- 142. New York: Raven Press.

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bar-On, R.; & Parker, J. D. A. (2000). *The Handbook of Emotional Intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass.

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

Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine.* 38: 300-314.

Cooper, R.; & Swaf, A. (2005). *Definition of Emotional Intelligence.* Retrieved January, 14, 2014, from http://text.competencyandei.com/Definition-of-emotional-intelligence

Costa, P. T.; & McCrae, R. R. (1995). *NEO PI-P Professional Manual.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

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.

Frisch, N. C.; & Frisch, L. E. (2002*).* *Psychiatric Mental Health Nursing*. 2nd ed. New York: Delmar/Thompson Learning.

Gerhard B.; et al. (2007). Personality, Political Skill, and Job Performance. *Journal of Vocational Behavior.* 72: 377-387.

Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ.* New York: Bantom Books.

Goleman, D. (1988). *Working with Emotional Intelligence.* New York: Bantam Book.

Graves, J. G. (1999). Emotional Intelligence and Cognitive Ability: Predicting Performance in Job-Simulated Activities. *Dissertation Abstracts International*. 60(5B): 2398.

Hawker, G. A. (1996). The Epidemiology of Osteoporosis. *Journal of Rheumatology.* 45 (Supply 2): 2-5.

Hoeger, W. K. W.; & Hoeger, S. A. (2005). *Lifetime Physical Fitness and Wellness: A Personalized Program.* 8th ed. New York: Thomson Wadsworth.

Kanel, K. (2003). *A Guide to Crisis Intervention*. 2nd ed. Fullerton, CA: California State University.

Kline, R. B. (2005). *Principle and Practice Structural Equation Modeling.* 2nd ed. New York: Guilford.

Lazarus, R. S.; & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping.* New York: Springer.

Lam, L. T. (1999). Emotional Intelligence: Implications for Individual Performance. *Dissertation Abstracts International.*

Maddox, M. A. (1992). Woman at Midlife: Hormone Replacement Therapy. *Nursing Clinic of North America Journal of Nurse – Midewifery.* 27: 959-967.

Maslach, C.; & Jackson, S. E. (1984). Burnout in Organizational Settings. *Applied Social Psychology Annuals.* 5: 133-153.

Mayer. J. D.; & Salovey, P. (1997). What's Your Emotional Intelligence Quotioncet1?'' In *Emotional Development and Emotional Intelligence.* Edited by P. Salovey; & D. Sluyter. New York: Basic Book.

Morrow, W. R.; & Wilson, R. C. (1961). Family Relation of Bright High Achieving and Under Achieving High School Boy. *Child Development*. 32: 501-510.

Nahyu, K.; & Hana S. (2011). Personality Traits, Gender, and Information Competency among College Students. *Malaysian Journal of Library & Information Science*. 16(1): 87-107.

Newman, D. M.; & Graurholz, L. (2002). *Sociology of Families*. 2nd ed. London: Pine Forge Press.

Nicole, M. D.; et al. (2006). A Meta-Analytic Investigation of Conscientiousness in the Prediction of Job Performance: Examining the Intercorrelations and the Incremental Validity of Narrow Traits. *Journal of Applied Psychology*. 91(1): 40-57.

Nutbem, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy. *Journal of Social & Medicine*. 67: 2072-2078.

Pender. N. J. (1992). *Health Promotion in Nursing Practice.* 2nd ed. Stamford: Appleton.

----------. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice.* 3rd ed. Stamford: Appleton.

----------. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice.* 2nd ed. Connecticut: Appleton and Lange.

Quinn, A. A. (1991). *A Theoretical Model of the Permimenopausal Process.* 36 (1): 25-29.

Shauan, H.; & Frisbie, B. S. (1998). *The Five Factors of Personality and Interpersonal Competence: A Test of the Contextual Model.* Thesis Master of Science. Texas: Texas Teach University.

Thomas, C.M. (1998). *Master's Level Counselor's Self-Perceived Multicultural Competence: Relation to General Counseling Openness, Conscientiousness and Openness to Experience*. Dissertation Ph.D. (Counseling and Personnel Services). Maryland: University of Maryland.

Tze, W. J. (2000). *HQ (Health Quotient): An Intelligent Approach to Personal Health*. Retrieved August 1, 2014, from http://www.amazon.ca/Hq-Health-Quotient-Intelligent- Approach/dp/067931055X

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.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตารางแสดงค่าสถิติต่าง ๆ

ตาราง 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามปรีชาเชิงอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคมของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มอายุ 40-46 ปี

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	11	21	12
ปรีชาเชิงอารมณ์	การสนับสนุนทางสังคม					15.73	15.46	13.35
มาก	มาก	22	22	17.07	5.067	1.34	1.61	3.72**
น้อย	น้อย	11	28	15.73	3.877	-	0.27	2.38
มาก	น้อย	21	14	15.46	5.250		-	2.11
น้อย	มาก	12	26	13.35	3.660			-

** P $\leq$ .01; * P $\leq$ .05

ตาราง 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามปรีชาเชิงอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคมของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	21	22	12
ปรีชาเชิงอารมณ์	การสนับสนุนทางสังคม					13.93	13.91	12.19
น้อย	น้อย	11	28	16.00	4.538	2.07	2.09	3.81**
มาก	น้อย	21	14	13.93	5.498	-	0.02	1.74
มาก	มาก	22	22	13.91	3.637		-	1.72
น้อย	มาก	12	26	12.19	2.298			-

** P $\leq$ .01; * P $\leq$ .05

ตาราง 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามปรีชาเชิงอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคมของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	22	21	12
ปรีชาเชิงอารมณ์	การสนับสนุนทางสังคม					14.81	14.31	12.00
น้อย	น้อย	11	37	15.32	4.062	0.51	1.01	3.32**
มาก	มาก	22	38	14.81	5.746	-	0.50	2.81**
มาก	น้อย	21	19	14.31	3.727		-	2.31
น้อย	มาก	12	35	12.00	3.788			-

** P $\leq$ .01; * P $\leq$ .05

ตาราง 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ตามความฉลาดทางสุขภาพและการเปิฐรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มรวม

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	12	21	11
ความฉลาดทางสุขภาพ	การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง					48.04	45.91	44.75
มาก	มาก	22	111	51.44	6.743	3.40**	5.53**	6.69**
น้อย	มาก	12	54	48.04	5.376	-	2.13	3.29**
มาก	น้อย	21	98	45.91	4.765		-	1.16
น้อย	น้อย	11	130	44.75	4.187			-

** P $\leq$ .01; * P $\leq$ .05

ตาราง 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ตามความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มเพศหญิง

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	12	21	11
ความฉลาดทางสุขภาพ	การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง					47.74	45.87	44.89
มาก	มาก	22	77	52.15	6.934	4.41**	6.28**	7.26**
น้อย	มาก	12	35	47.74	5.425	-	1.87	2.85*
มาก	น้อย	21	53	45.87	4.992		-	0.98
น้อย	น้อย	11	35	44.89	4.566			-

** P $\leq$ .01; * P $\leq$ .05

ตาราง 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ตามความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มอาชีพอื่นๆ

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	12	21	11
ความฉลาดทางสุขภาพ	การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง					47.62	46.03	45.14
มาก	มาก	22	77	52.69	7.071	5.07**	6.66**	7.55**
น้อย	มาก	12	32	47.62	5.672	-	1.59	2.48*
มาก	น้อย	21	61	46.03	5.013		-	0.89
น้อย	น้อย	11	70	45.14	4.329			-

** P $\leq$ .01; * P $\leq$ .05

ตาราง 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มรวม

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	12	11	21
ความฉลาดทางสุขภาพ	การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง					14.49	14.39	12.82
มาก	มาก	22	109	16.22	5.620	1.73*	1.83*	3.40**
น้อย	มาก	12	53	14.49	5.082	-	0.10	1.67*
น้อย	น้อย	11	129	14.39	3.951		-	1.57*
มาก	น้อย	21	93	12.82	4.149			-

** P $\leq$ .01; * P $\leq$ .05

ตาราง 17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มเพศหญิง

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	11	12	21
ความฉลาดทางสุขภาพ	การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง					14.86	13.74	13.28
มาก	มาก	22	77	17.14	5.348	2.28*	3.40**	3.86**
น้อย	น้อย	11	87	14.86	3.945	-	1.12	1.58
น้อย	มาก	12	35	13.74	5.147		-	0.46
มาก	น้อย	21	54	13.28	4.482			-

** $P \leq .01$; * $P \leq .05$

ตาราง 18 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มอายุ 47-53 ปี

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	11	12	21
ความฉลาดทางสุขภาพ	การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง					14.11	13.79	11.90
มาก	มาก	22	38	16.71	6.142	2.60*	2.92*	4.81**
น้อย	น้อย	11	45	14.11	3.657	-	0.32	2.21
น้อย	มาก	12	24	13.79	5.786		-	1.89
มาก	น้อย	21	30	11.90	4.428			-

** $P \leq .01$; * $P \leq .05$

ตาราง 19 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มอายุ 54-60 ปี

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	21	22	12
ความฉลาดทางสุขภาพ	การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง					13.15	12.86	12.00
น้อย	น้อย	11	53	15.60	4.452	2.45**	2.74**	3.60**
มาก	น้อย	21	45	13.15	3.723	-	0.29	1.15
มาก	มาก	22	29	12.86	4.771		-	0.86
น้อย	มาก	12	13	12.00	3.028			-

** $P \leq .01$; * $P \leq .05$

ตาราง 20 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มสถานภาพสมรส

กลุ่ม						12	11	21
ความฉลาดทางสุขภาพ	การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง	รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	14.52	14.20	12.77
มาก	มาก	22	65	16.48	5.534	1.96	2.28*	3.71**
น้อย	มาก	12	29	14.52	5.748	-	0.32	1.75
น้อย	น้อย	11	69	14.20	3.720		-	1.43
มาก	น้อย	21	53	12.77	4.436			-

** $P \leq .01$; * $P \leq .05$

ตาราง 21 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มอาชีพอื่นๆ

กลุ่ม						11	12	21
ความฉลาดทางสุขภาพ	การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง	รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	14.54	13.62	12.70
มาก	มาก	22	77	16.92	5.703	2.38*	3.30**	4.22**
น้อย	น้อย	11	88	14.54	4.240	-	0.92	1.84*
น้อย	มาก	12	32	13.62	4.640		-	0.92
มาก	น้อย	21	61	12.70	4.440			-

** $P \leq .01$; * $P \leq .05$

ตาราง 22 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความฉลาดทางสุขภาพและการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทองของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มประกันสังคม

กลุ่ม						11	12	21
ความฉลาดทางสุขภาพ	การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง	รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	14.81	13.38	12.37
มาก	มาก	22	26	15.04	5.553	0.23	1.66	2.67*
น้อย	น้อย	11	43	14.81	3.410	-	1.43	2.44**
น้อย	มาก	12	21	13.38	5.064		-	1.01
มาก	น้อย	21	46	12.37	3.767			-

** $P \leq .01$; * $P \leq .05$

ตาราง 23 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มรวม

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	21	12	11
ความผูกพันทางศาสนา	สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว					46.75	45.70	44.79
มาก	มาก	22	114	51.30	6.633	4.55**	5.60**	6.51**
มาก	น้อย	21	88	46.75	5.712	-	1.05	1.96*
น้อย	มาก	12	63	45.70	4.268		-	0.91
น้อย	น้อย	11	104	44.79	4.326			-

** P ≤ .01; * P ≤ .05

ตาราง 24 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มเพศหญิง

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	21	12	11
ความผูกพันทางศาสนา	สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว					47.19	45.72	44.25
มาก	มาก	22	81	51.91	6.537	4.72**	6.19**	7.66**
มาก	น้อย	21	63	47.19	6.061	-	1.47	2.94**
น้อย	มาก	12	39	45.72	4.779		-	1.47
น้อย	น้อย	11	59	44.25	4.574			-

** P ≤ .01; * P ≤ .05

ตาราง 25 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มอายุ 47-53 ปี

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	21	11	12
ความผูกพันทางศาสนา	สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว					46.26	44.50	44.16
มาก	มาก	22	43	51.65	7.118	5.39**	7.15**	7.49**
มาก	น้อย	21	35	46.26	6.857	-	1.76	2.10
น้อย	น้อย	11	28	44.50	4.367		-	0.34
น้อย	มาก	12	25	44.16	4.607			-

** P ≤ .01; * P ≤ .05

ตาราง 26 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มสถานภาพสมรส

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	21	12	11
ความผูกพันทางศาสนา	สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว					46.80	45.92	44.40
มาก	มาก	22	69	51.48	6.418	4.68**	5.56**	7.08**
มาก	น้อย	21	45	46.80	5.159	-	0.88	2.40*
น้อย	มาก	12	37	45.92	4.284		-	1.52
น้อย	น้อย	11	52	44.40	3.711			-

** $P \leq .01$; * $P \leq .05$

ตาราง 27 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มอาชีพอื่นๆ

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	21	12	11
ความผูกพันทางศาสนา	สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว					47.57	46.11	45.41
มาก	มาก	22	62	53.74	6.918	6.17**	7.63**	8.33**
มาก	น้อย	21	37	47.57	6.418	-	1.46	2.16*
น้อย	มาก	12	69	46.11	4.867		-	0.70
น้อย	น้อย	11	90	45.41	4.342			-

** $P \leq .01$; * $P \leq .05$

ตาราง 28 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	21	12	11
ความผูกพันทางศาสนา	สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว					45.78	44.26	42.94
มาก	มาก	22	40	51.12	6.014	5.34**	6.86**	8.18**
มาก	น้อย	21	28	45.78	4.630	-	1.52	2.84*
น้อย	มาก	12	23	44.26	4.213		-	1.32
น้อย	น้อย	11	34	42.94	3.659			-

** P $\leq$ .01; * P $\leq$ .05

ตาราง 29 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ด้านรวม ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	12	21	11
ความผูกพันทางศาสนา	สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว					48.21	48.00	46.07
มาก	มาก	22	37	54.94	6.420	6.73**	6.94**	8.87**
น้อย	มาก	12	28	48.21	6.214	-	0.21	2.14
มาก	น้อย	21	15	48.00	8.443		-	1.93
น้อย	น้อย	11	40	46.07	4.463			-

** P $\leq$ .01; * P $\leq$ .05

ตาราง 30 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มรวม

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	21	11	12
ความผูกพันทางศาสนา	สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว					15.36	13.56	11.89
มาก	มาก	22	116	16.64	5.241	1.28	3.08**	4.75**
มาก	น้อย	21	88	15.36	4.876	-	1.80**	3.47**
น้อย	น้อย	11	106	13.56	4.281		-	1.67*
น้อย	มาก	12	63	11.89	3.153			-

** $P \leq .01$; * $P \leq .05$

ตาราง 31 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มเพศชาย

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	11	21	12
ความผูกพันทางศาสนา	สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว					13.51	13.46	12.23
มาก	มาก	22	28	15.68	5.982	2.17	2.22	3.45**
น้อย	น้อย	11	51	13.51	3.895	-	0.05	1.28
มาก	น้อย	21	13	13.46	3.777		-	1.23
น้อย	มาก	12	44	12.23	3.765			-

** $P \leq .01$; * $P \leq .05$

ตาราง 32 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มเพศหญิง

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	21	11	12
ความผูกพันทางศาสนา	สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว					16.11	13.77	11.67
มาก	มาก	22	82	17.38	4.893	1.27	3.61**	5.71**
มาก	น้อย	21	63	16.11	4.752	-	2.34**	4.44**
น้อย	น้อย	11	60	13.77	4.630		-	2.10*
น้อย	มาก	12	39	11.67	3.123			-

** $P \leq .01$; * $P \leq .05$

ตาราง 33 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มอายุ 47-53 ปี

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	21	11	12
ความผูกพันทางศาสนา	สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว					15.06	13.07	10.92
มาก	มาก	22	43	16.56	6.021	1.50	3.49**	5.64**
มาก	น้อย	21	35	15.06	4.923	-	1.99	4.14**
น้อย	น้อย	11	28	13.07	4.413		-	2.15
น้อย	มาก	12	25	10.92	2.923			-

** $P \leq .01$; * $P \leq .05$

ตาราง 34 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มสถานภาพสมรส

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	21	11	12
ความผูกพันทางศาสนา	สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว					15.36	14.03	11.74
มาก	มาก	22	60	18.18	4.817	2.82**	4.15**	6.44**
มาก	น้อย	21	25	15.36	4.508	-	1.33	3.62**
น้อย	น้อย	11	72	14.03	3.943		-	2.29**
น้อย	มาก	12	65	11.74	3.943			-

** $P \leq .01$; * $P \leq .05$

ตาราง 35 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มอาชีพอื่นๆ

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	21	11	12
ความผูกพันทางศาสนา	สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว					15.40	14.12	11.75
มาก	มาก	22	62	18.42	5.007	3.02**	4.30**	6.67**
มาก	น้อย	21	37	15.40	5.257	-	1.28	3.65**
น้อย	น้อย	11	90	14.12	4.234		-	2.37**
น้อย	มาก	12	69	11.75	3.684			-

** P $\leq$ .01; * P $\leq$ .05

ตาราง 36 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	21	11	12
ความผูกพันทางศาสนา	สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว					14.28	13.11	11.61
มาก	มาก	22	42	16.52	5.110	2.24*	3.41**	4.91**
มาก	น้อย	21	28	14.28	4.618	-	1.17	2.67*
น้อย	น้อย	11	36	13.11	3.941		-	1.50
น้อย	มาก	12	23	11.61	2.996			-

** P $\leq$ .01; * P $\leq$ .05

ตาราง 37 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง ตามความผูกพันทางศาสนาและสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวของผู้รับบริการคลินิกในกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

กลุ่ม		รหัส	จำนวนคน	$\bar{X}$	SD	21	11	12
ความผูกพันทางศาสนา	สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว					17.20	15.12	12.71
มาก	มาก	22	37	18.81	5.285	1.61	3.69*	6.10**
มาก	น้อย	21	15	17.20	4.988	-	2.08	4.49**
น้อย	น้อย	11	40	15.12	4.404		-	2.41*
น้อย	มาก	12	28	12.71	4.404			-

** P $\leq$ .01; * P $\leq$ .05

ตาราง 38 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1									
2	.679**	1								
3	.596**	-.184**	1							
4	.548**	.180**	.527**	1						
5	.248**	-.111**	.452**	.476**	1					
6	.200**	-.164**	.450**	.470**	.602**	1				
7	.475**	.382**	.221**	.510**	.278**	.329**	1			
8	.028	-.270**	.341**	.200**	.416**	.412**	.038	1		
9	.498**	.257**	.379**	.522**	.387**	.343**	.455**	.339**	1	
10	.336**	.048	.405**	.438**	.429**	.319**	.550**	.550**	.573**	1

* $P \leq .05$; ** $P \leq .01$

ตัวแปร:

1. การจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์
2. การรับรู้ภาวะวิกฤตตามความเป็นจริง
3. การจัดการทางอารมณ์
4. ปรีชาเชิงอารมณ์
5. ความฉลาดทางสุขภาพ
6. ลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ
7. ความผูกพันทางศาสนา
8. การสนับสนุนทางสังคม
9. การเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง
10. สัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว

ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

ชื่อ-สกุล	สถานที่ทำงาน
1. ว่าที่ร้อยตรี ดร.มนัส บุญประกอบ	สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริสรา พึ่งโพธิ์สภ	สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. อาจารย์ ทัศนา ทองภักดี	สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. อาจารย์ ดร.พิชญาณี ภู่ตระกูล	สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ภาคผนวก ค
คุณภาพเครื่องมือและเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัย

ตาราง 39 แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.338
2	.450
3	.544
4	.481
5	.559
6	.422
7	.512
8	.555
9	.452
10	.522
11	.237
12	.297

ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .787

ตาราง 40 แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดปรีชาเชิงอารมณ์

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.338
2	.518
3	.506
4	.529
5	.464
6	.541
7	.577
8	.559
9	.446
10	.486

ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .796

ตาราง 41 แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.525
2	.444
3	.505
4	.610
5	.443
6	.400
7	.536
8	.540

ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .786

ตาราง 42 แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.601
2	.744
3	.769
4	.815
5	.776
6	.781
7	.720

ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .916

ตาราง 43 แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความผูกพันทางศาสนา

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.345
2	.448
3	.669
4	.631
5	.409
6	.668
7	.579
8	.388
9	.213
10	.328
11	.333
12	.299

ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .796

ตาราง 44 แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.359
2	.634
3	.739
4	.457
5	.701
6	.714
7	.716
8	.759
9	.778
10	.760
11	.614
12	.584

ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .913

ตาราง 45 แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.528
2	.457
3	.423
4	.362
5	.644
6	.513
7	.284
8	.484
9	.219

ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .735

ตาราง 46 แสดงค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.403
2	.242
3	.797
4	.755
5	.802
6	.796
7	.759
8	.771
9	.603
10	.705
11	.698
12	.729
13	.740
14	.705

ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .922

แบบสอบถาม เรื่องปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ในเขตกรุงเทพมหานคร

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำปริญญานิพนธ์ของนางสาวร่มตะวัน กาลพัฒน์ นิสิตปริญญาโท สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ขอความร่วมมือจากผู้รับบริการคลินิกวัยทองทุกท่านในการตอบแบบสอบถามนี้ทุกข้อ ตามความคิดเห็นอย่างแท้จริงของผู้รับบริการคลินิกวัยทอง ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ จะนำไปวิเคราะห์เป็นภาพรวมเท่านั้น โดยจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ ☐ 40-46 ปี ☐ 47-53 ปี ☐ 54-60 ปี

3. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย/หย่าร้าง

4. อาชีพ ☐ รับจ้าง ☐ อื่นๆ (ระบุ) .....

5. สิทธิในการรักษาพยาบาล

☐ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

☐ ประกันสังคม

คำถาม	**บ่อยครั้งที่สุด**	**บ่อยครั้ง**	**ค่อนข้างบ่อย**	**ค่อนข้างไม่เคย**	**ไม่เคย**	**ไม่เคยทำเลย**
ตอนที่ 2 แบบวัดการจัดการภาวะวิกฤตทางอารมณ์ 1. ฉันไม่สามารถยอมรับความล้มเหลวของตนเองได้						
2. ฉันรับรู้ได้ว่าฉันไม่สามารถแก้ปัญหาใดๆ ได้ด้วยตนเอง						
3. ฉันรู้สึกปวดศีรษะขึ้นมาทันทีเมื่อเผชิญกับปัญหา						
4. เมื่อคิดถึงปัญหาชีวิตที่ต้องเผชิญ ฉันจะมีอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อท้ายทอย หลัง หรือไหล่						

คำถาม	บ่อยครั้งที่สุด	บ่อยครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	ค่อนข้างไม่เคย	ไม่เคย	ไม่เคยทำเลย
5. บ่อยครั้งที่ฉันนอนหลับไม่สนิท เมื่อมีสิ่งที่ต้องคิดอยู่เสมอ						
6. ฉันยินดีรับผลของการกระทำที่ฉันทำไม่ว่าผลจะออกมาดีหรือไม่ก็ตาม						
7. ฉันพยายามทำตามที่ฉันได้ให้คำสัญญากับผู้อื่นไว้เสมอ						
8. ฉันพยายามหาวิธีการเพื่อให้งานนั้นสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี						
9. ฉันสามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้						
10. เมื่อฉันพบเจอกับปัญหา ฉันสามารถหาวิธีแก้ปัญหานั้นได้อย่างมีสติ						
11. ฉันพยายามหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาโดยไม่คิดเอาเองตามใจชอบ						
12. ฉันยินดีทำตามข้อเสนอแนะของผู้อื่นหากเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มหรือส่วนรวม						
ตอนที่ 3 แบบวัดปรีชาเชิงอารมณ์ 1. ฉันวิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้ฉันไม่สบายใจได้						
2. ฉันคิดไม่ค่อยออกว่าฉันต้องการอะไรในชีวิต						
3. ฉันสามารถรู้ได้ว่าตนเองกำลังทำอะไรอยู่						
4. เวลาฉันเครียดฉันมักจะทำอะไรไม่ถูก						
5. ฉันรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้อื่นได้ขณะสนทนากัน						

คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
6. ฉันสามารถเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น						
7. ฉันมีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น						
8. ฉันใส่ใจกับความรู้สึกของผู้อื่นเสมอ						
9. ฉันรู้สึกลำบากใจที่จะปรับตัวให้เข้ากับคนอื่น						
10. ฉันหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวในสิ่งที่จะทำให้ผู้อื่นเสียใจ						
ตอนที่ 4 แบบวัดความฉลาดทางสุขภาพ 1. บุคคลที่อ้วน มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น						
2. บุคคลที่ชอบอาหารที่มีรสเค็มจัด จะเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง						
3. บุคคลควรอบอุ่นร่างกายก่อนและยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกายเสมอ						
4. บุคคลที่ชอบกินขนมหวาน จะเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวาน						
5. เมื่อมีคนมาสอบถามฉันเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ดีมีประโยชน์ เช่น การออกกำลังกาย ฉันสามารถตอบคำถามให้เขาเข้าใจได้						
6. ฉันเลือกวิธีที่เหมาะสมในการดูแลตนเองอยู่เสมอ เช่น การออกกำลังกาย การกินอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นต้น						
7. ฉันคำนึงถึงผลดีที่จะได้รับ มีมากกว่าผลเสีย ฉันจึงลงมือดูแลตนเองในการหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ของมึนเมา บุหรี่ ของมัน เป็นต้น						

คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
8. ฉันวิเคราะห์ถึงผลดีผลเสียในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำในการดูแลตนเองจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ก่อนที่จะลงมือทำ						
ตอนที่ 5 แบบวัดลักษณะบุคลิกภาพแบบมีสติ 1. ฉันเป็นคนที่สามารถทำงานได้อย่างคุณภาพ						
2. ฉันจดจ่อกับการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มกำลังและความสามารถ						
3. เมื่อฉันมีความตั้งใจที่จะทำสิ่งใดแล้ว ฉันจะยึดมั่นในการทำตามนั้นเสมอ						
4. ฉันมีเป้าหมายชัดเจนและมีการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมายอย่างเป็นขั้นตอน						
5. ฉันสามารถทำงานให้เสร็จตามเวลาได้เป็นอย่างดี						
6. ฉันควบคุมตนเองให้ทำงานจนสำเร็จได้ถึงแม้จะพบกับอุปสรรคใดๆ ก็ตาม						
7. ฉันคิดอย่างรอบคอบก่อนที่จะทำสิ่งใดๆ ลงไป						
ตอนที่ 6 แบบวัดความผูกพันทางศาสนา 1. ฉันเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำสั่งสอนของพระศาสดาจะทำให้ฉันมีความสุขอย่างแท้จริง						
2. ฉันเชื่อว่าบุญกุศลเป็นสิ่งเดียวที่ฉันสามารถนำติดตัวไปได้ทุกภพทุกชาติ						
3. ฉันเชื่อว่านรกสวรรค์และภพภูมิต่างๆ เป็นเรื่องงมงาย						
4. ฉันเป็นคนดีได้โดยไม่จำเป็นต้องสนใจในหลักคำสอนในหลักศาสนา						

คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
5. ฉันพร้อมที่จะพูดปด ถ้าคำพูดนั้นจะช่วยให้ฉันรอดปลอดภัย						
6. ฉันเห็นว่าการสวดมนต์เป็นการกระทำที่ไม่จำเป็น						
7. การแอบหยิบของผู้อื่นที่มีราคาเพียงเล็กน้อยไม่น่าจะเป็นความผิดหนักหนาใดๆ						
8. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่เป็นการผิดศีลอย่างร้ายแรง						
9. ฉันคำนึงถึงเรื่องบาปบุญก่อนตัดสินใจกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดเสมอ						
10. ฉันมักใช้เวลาว่างไปในการศึกษาธรรมะหรือปฏิบัติธรรม						
11. ฉันช่วยเหลือคนอื่นและสังคมอยู่เสมอเพื่อสร้างบุญกุศล						
12. ฉันชอบแนะนำให้คนอื่นอ่านหนังสือเกี่ยวกับหลักศาสนา						
ตอนที่ 7 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม 1. สมาชิกในครอบครัวคอยปลอบใจฉัน เมื่อฉันเกิดความท้อแท้จากปัญหาการเจ็บป่วยของฉัน						
2. ผู้ให้บริการคลินิกพูดให้กำลังใจกับฉันในการเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วย						
3. ผู้ให้บริการคลินิกกล่าวชมเชยฉันทุกครั้งที่ฉันมารับการตรวจสุขภาพประจำปี						
4. เมื่อฉันมีปัญหาไม่สบายใจ ฉันรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวจะช่วยเหลือฉันเสมอ						
5. สมาชิกในครอบครัวแนะนำให้ฉันไปรับการตรวจสุขภาพเป็นประจำตรงตามนัด						

คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
6. ผู้ให้บริการคลินิกเปิดโอกาสให้ฉันได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในปัญหาสุขภาพ						
7. เมื่อเจ็บป่วยฉันได้รับคำแนะนำจากผู้ให้บริการคลินิก เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น						
8. ผู้ให้บริการคลินิกได้ให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อฉัน						
9. เมื่อฉันไม่สบาย สมาชิกในครอบครัวช่วยออกค่ารักษาพยาบาลให้แก่ฉัน						
10. สมาชิกในครอบครัวช่วยจัดเตรียมหรือจัดหาอุปกรณ์เพื่อสุขภาพให้กับฉัน เช่น เครื่องออกกำลังกาย อาหารเพื่อสุขภาพ เป็นต้น						
11. ผู้รับบริการคลินิกได้เปิดโอกาสให้ฉันได้ถ่ายทอดประสบการณ์ความรู้ให้แก่ผู้อื่น						
12. ผู้รับบริการคลินิกได้จัดกิจกรรมสังสรรค์เพื่อให้ฉันได้ร่วมกิจกรรม เช่น การแข่งขันกีฬา การละเล่น หรือการร้องเพลง เป็นต้น						
ตอนที่ 8 แบบวัดการเปิดรับข้อมูลเตรียมพร้อมสู่วัยทอง 1. ฉันไม่สนใจดูหรือฟังโฆษณารณรงค์เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง เช่น โฆษณาเลิกบุหรี่ โฆษณาเลิกดื่มเหล้า เป็นต้น จากโทรทัศน์หรือวิทยุเลย						
2. ฉันไม่เคยอ่านหนังสือ เอกสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ความรู้เรื่องโทษของบุหรี่ เป็นต้น						

คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
3. ฉันได้รับเกร็ดความรู้เรื่องการดูแลตนเอง เช่น การออกกำลังกายแบบใหม่ จากการอ่านโปสเตอร์ตามสถานที่ต่างๆ						
4. ฉันรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองใหม่ๆ จากลูกหลานของฉัน เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่ได้รับการปรุงแต่ง การรับประทานผักและผลไม้ เป็นต้น						
5. ฉันติดตามข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพต่างๆ ทางสื่อมวลชน เป็นระยะๆ						
6. เมื่อมีใครพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ฉันจะเข้าร่วมเสวนาหรือร่วมฟังด้วยความสนใจใคร่รู้						
7. ฉันไต่ถามและหาความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งการรักษาแบบใหม่ที่ทันสมัย การตรวจสุขภาพแบบใหม่ๆ จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านอยู่เสมอ						
8. เมื่อมีโครงการเพื่อสุขภาพ เช่น การกินอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย เป็นต้น ฉันอยากเข้าร่วมโครงการนั้นด้วย						
9. ฉันไม่เคยทนดูรายการโทรทัศน์ที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจนจบรายการสักครั้ง						
ตอนที่ 9 แบบวัดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว 1. ครอบครัวของฉันแบ่งหน้าที่กันตามความถนัดของแต่ละคน						
2. ครอบครัวของฉันตกลงกันว่าใครควรมีหน้าที่รับผิดชอบงานใดในบ้าน						
3. สมาชิกในครอบครัวของฉันพูดคุยกันอย่างเปิดเผย ตรงไปตรงมา						

คำถาม	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
4. ฉันสามารถระบายความไม่สบายใจให้สมาชิกในครอบครัวฟังได้ตามความเป็นจริง						
5. เมื่อสมาชิกในครอบครัวของฉันต้องการพูดคุยปรึกษาหารือกับฉันๆ ก็ยินดี						
6. ฉันให้ความสนใจ เอาใจใส่กับทุกคนในครอบครัว						
7. เวลามีเรื่องอะไรเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว ฉันจะแสดงความรู้สึกห่วงใยเขา						
8. สมาชิกในครอบครัวของฉันต่างคนต่างเอาใจใส่ดูแลซึ่งกันและกัน						
9. ฉันและสมาชิกในครอบครัวมักหาเวลาทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันอยู่เสมอ						
10. เวลาฉันขอให้สมาชิกในครอบครัวทำอะไรให้ เขาก็ยินดีทำให้ด้วยความเต็มใจ						
11. ฉันสามารถพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวได้หากต้องการความช่วยเหลือ						
12. ไม่ว่าปัญหาในครอบครัวจะใหญ่หรือเล็กทุกคนในครอบครัวจะร่วมกันแก้ไขปัญหา						
13. เมื่อเกิดปัญหาขึ้นในครอบครัว ฉันและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันวางแผนก่อนลงมือแก้ปัญหา						
14. ทุกคนในครอบครัวของฉันยอมรับและทำตามกฎเกณฑ์ที่ตกลงกันไว้						

ขอขอบคุณที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวร่มตะวัน กาลพัฒน์
วันเดือนปีเกิด	6 มิถุนายน 2527
ภูมิลำเนา	กรุงเทพมหานคร
ที่อยู่ปัจจุบัน	506 แขวงบางบำหรุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2553	วิทยาศาตรบัณฑิต สาขาการแพทย์แผนตะวันออก จาก วิทยาลัยแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต
พ.ศ. 2559	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ จาก สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ