

ความสุขและความซึมเศร้าของคนพิการใน โครงการ RICD Wheelchair Project Happiness and Depression among Disabled People in RICD Wheelchair Project

สมัย ศิริทองถาวร
สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ (samais2001@yahoo.com)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุขและความซึมเศร้าของคนพิการ กลุ่มตัวอย่างเป็นคนพิการที่เข้ารับอุปกรณ์ช่วยความพิการจากโครงการ RICD Wheelchair Project ของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จำนวน 1,040 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามจำแนกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ส่วนที่ 3 แบบประเมินความซึมเศร้า ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน Kolmogorov-Smirnov และ Chi-square test ผลการวิจัยพบว่า คนพิการมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 52.0 รองลงมามีความสุขเท่ากับคนทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 25.7 และมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 22.3 คนพิการส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 85.1 และน่าจะมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 14.9

คำสำคัญ : ความสุข, ความซึมเศร้า, คนพิการ

ABSTRACT

The purpose of this research was to study the happiness and depression among disabled people in RICD Wheelchair Project. The subjects consisted of 1,045 disabled people in RICD Wheelchair Project. The research instrument

was a set of questionnaires divided into three parts. The first part was the demographic data; the second part was Thai Happiness Indicator (THI) and the third part was the Screening Test for Depression. The data was analyzed by percentage, mean, standard deviation, Kolmogorov-Smirnov and Chi-square test. The results of this study were as follows : The 52.0 percentage of disabled people was more happy than normal people, 25.7 percentage of disabled people was happy equal normal people and 22.3 percentage of disabled people was less happy than normal people. The 85.1 percentage of disabled people was normal and 14.9 percentage of disabled people probably had major depression.

Keywords : Happiness, Depression, Disabled People

บทนำ

มนุษย์ทุกคนที่เกิดมาในโลกย่อมรักตนเอง ไม่มีใครต้องการเกิดมาพิการหรือไม่อยากให้ความพิการเกิดขึ้นทั้งกับตนเองและบุคคลใกล้ชิดเพราะความพิการเมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลใดย่อมหมายถึงความบกพร่องหรือการสูญเสียทางร่างกาย ความรู้สึก หรือจิตใจ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันถูกจำกัด รวมถึงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ดังนั้นเมื่อความพิการเกิดขึ้นจึงควรได้รับการดูแลแก้ไข ปรับสภาพ

ความพิการและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นดังที่มาตรา 80 ได้บัญญัติไว้ว่ารัฐต้องสงเคราะห์คนพิการหรือทุพพลภาพให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ ทั้งนี้เพื่อให้คนพิการสามารถเลี้ยงตนเองและครอบครัวหรืออย่างน้อยที่สุดให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการได้มีจุดเน้นในการช่วยเหลือสนับสนุนคนพิการทั้งในด้านการแพทย์ การศึกษา การอาชีพและการจ้างงาน และด้านสังคม โดยเบื้องต้นของการฟื้นฟูสมรรถภาพต้องทำการสำรวจและค้นหาคนพิการเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน

จากการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2534, 2539 และ 2544 พบคนพิการในอัตราร้อยละ 1.8, 1.7 และ 1.8 ของประชากรทั้งประเทศตามลำดับ พ.ศ. 2550 พบว่า มีคนพิการจำนวน 1.9 ล้านคน หรือร้อยละ 2.9 ของประชากรทั้งประเทศ จากสถิติที่เกิดขึ้นนี้รัฐจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเพื่อไม่ให้ความพิการเป็นความเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรในประเทศ โดยการดูแล แก้ไข ฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่แรกเริ่มเพื่อให้ทรัพยากรส่วนที่คิดว่าเป็นส่วนที่ขาดตกหัก หรือสูญสิ้นไปแล้ว สามารถกลับมาเป็นคนที่มีความค่าต่อตนเอง ครอบครัว และเป็นกำลังการผลิตที่จะมีส่วนช่วยในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมได้ (ชนิษฐา เทวินทรภักดี, 2540) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลทางด้านจิตใจ ทั้งนี้เนื่องจากผลกระทบที่เกิดจากความพิการย่อมทำให้จิตใจระส่ำระสาย ทำอะไรไม่ถูก คิดอะไรไม่ออก การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกกลดลง ไม่ยอมรับว่าเรื่องราวที่ประสบเป็นเรื่องจริงหรือเกิดขึ้นจริง ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจนบางครั้งก็ไม่อาจยอมรับได้ในทันที นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกโกรธเกิดร่วมด้วยเสมอ โดยอาจโกรธทั้ง

ตนเอง บุคคลที่เกี่ยวข้อง ผู้รักษา หรือโชคชะตา ซึ่งบางครั้งความโกรธอาจจะถูกระบายไปยังบุคคลข้างเคียงที่ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องด้วย กลายเป็นผลเสียต่อบุคลิกภาพโดยแสดงอารมณ์หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว และหากทราบถึงสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและทราบถึงผลที่จะติดตามมาในอนาคต เช่น เดินไม่ได้ มองไม่เห็น ก็มักมีปฏิกิริยาในทางซึมเศร้าร่วมด้วยเสมอ รวมถึงความพิการยังก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และอาชีพ ซึ่งความสูญเสียต่างๆ เหล่านี้ย่อมทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้มากด้วยเช่นกัน (เกษม ต้นติผลชีวะ, 2534) ดังนั้นคนพิการบางส่วนสามารถยอมรับและปรับตัวได้ แต่ก็มีบางส่วนที่ยังไม่สามารถยอมรับและปรับตัวได้ Goffman, Erving (1963) กล่าวว่า ไม่ว่าคนทั่วไปหรือคนพิการเมื่ออยู่ในสังคมต้องปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคมเพื่อที่จะได้รับการยอมรับจากสังคมและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข แต่สำหรับคนพิการอาจเกิดความล้มเหลวในการปรับตัวและการยอมรับจากคนทั่วไปเนื่องจากสภาพความพิการทำให้เกิดปมด้อยภายในใจตลอดเวลา ซึ่งปมด้อยนี้เป็นความรู้สึกหรือความขมขื่นใจที่ถือตนว่าเป็นผู้ต่ำต้อยกว่าผู้อื่น โดยคนพิการจะมีความคิดเกี่ยวกับปมด้อยนี้ฝังอยู่ในจิตไร้สำนึกและจะนำไปสู่เหตุที่ก่อให้เกิดอารมณ์ขึ้นในจิตสำนึก ซึ่ง Freud เชื่อว่าพลังจิตสำนึกและจิตไร้สำนึกกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ ที่อาจเป็นความผิดปกติได้ และพลังจิตไร้สำนึกจะมีอิทธิพลเหนือจิตสำนึก ผลกระทบของความพิการจึงเป็นปฏิกิริยาเรื้อรังหากไม่สามารถปรับตัวและยอมรับสภาพได้ อีกทั้งยังก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ เบื่อหน่าย อับอาย เครียด ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มองโลกและผู้อื่นในแง่ร้าย เศร้าใจ วิตกกังวล ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็น

อุปสรรคทำให้หมดพลังใจและไม่สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า คนพิการอเมริกันเพียงร้อยละ 34 ที่มีความพึงพอใจในชีวิต และส่วนใหญ่มักวิตกกังวลถึงสุขภาพในอนาคตและความผาสุกของตน (<http://www.nod.org/content.cfm?id=1537>) สำหรับประเทศไทย คนพิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่ยังคงมีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 74.8 โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดความสุข 3 อันดับแรก ได้แก่ การมีเงินเพียงพอใช้จ่าย การมีอุปกรณ์ช่วยความพิการและการมีงานทำ (สมัย ศิริทองถาวร อุบล หมดธรรม และ พิงพิศ ศรีสืบ, 2545) อีกทั้งยังมีการศึกษาที่พบว่า คนพิการในจังหวัดเชียงใหม่ร้อยละ 65.5 มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (สมัย ศิริทองถาวร อุบล หมดธรรม และเสาวลักษณ์ ลังการพันธ์, 2547)

จากผลที่เกิดขึ้นนี้รัฐควรให้การดูแล แต่ถึงอย่างไรก็ตามความต้องการของคนพิการย่อมไม่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป แต่ความต้องการของคนพิการจะสำเร็จสมหวังเพียงไร ย่อมขึ้นอยู่กับคนรอบตัวที่จะให้การยอมรับและเปิดโอกาสให้ได้แสดงความสามารถที่จะไปให้ถึงความต้องการแต่ละขั้นนั้นเพียงไรด้วยเช่นกัน ทั้งนี้มีคนพิการบางส่วนมีความปรารถนาที่จะลดปมด้อยโดยการสร้างปมเด่น (Striving for Superiority) Alfred Adler กล่าวว่า คนทุกคนพยายามหาทางชดเชยปมด้อยด้วยการสร้างปมเด่นขึ้นมาซึ่งไม่ใช่เป็นสิ่งที่ผิดปกติ แต่ก็อาจมิใช่ความสุขสบายเสมอไป (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2546) Becker, Howard S. (1967) ได้ศึกษาและพบว่า คนพิการจะรับรู้ได้ไวต่อปฏิกิริยาที่บุคคลทั่วไปมีต่อตนแล้วยึดมั่นการรับรู้ที่นั้นไว้ และไม่ชอบให้สังคมแสดงความสนใจ ห่วงใยตนมากกว่าคนทั่วไปเพราะยังจะทำให้ความรู้สึกของตนเกี่ยวกับความพิการมีมากขึ้น

ดังนั้นในบางครั้งจะเห็นว่าคนพิการพยายามปฏิบัติตนเช่นคนทั่วไปทั้งที่ความรู้สึกภายในใจเกี่ยวกับความพิการที่รู้สึกเวทนา หวาดกลัว เกลียดชังตนเอง ยังคงมีอยู่เสมอเสมือนเงาติดตามตัวก็ตาม และคนพิการก็พยายามที่จะหลีกเลี่ยงจากสภาพที่เกิดขึ้นนี้ ชีวิตของคนพิการจึงไร้ความสุข ซึ่ง Freud เชื่อว่าเมื่อมีอารมณ์ไร้สุข จิตไร้สำนึกจะมีพลังขับเคลื่อนให้แสดงพฤติกรรมต่างๆ ได้มาก และหากจิตไร้สำนึกไม่มีโอกาสได้แสดงพฤติกรรมออกมา ก็มักแปรรูปเป็นพฤติกรรมผิดปกติ เช่น ซึมเศร้าตลอดเวลา ซึ่งความซึมเศร้านี้ก็เป็นผลกระทบมาจากความพิการด้วยเช่นกัน Benjamin Dross (2001) ทำการศึกษาพบว่า ในปี 1990 หนึ่งในสี่ของคนงานพิการอเมริกันถูกแยกออกจากสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ โดยคนพิการมักมีปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ความซึมเศร้าและความอับอาย คนพิการบางส่วนสามารถปรับตัว ยอมรับสภาพและดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข แต่ก็ยังมีคนพิการอีกส่วนหนึ่งที่ยังไม่สามารถยอมรับและปรับตัวได้ ทั้งนี้มีการศึกษาที่พบว่าคนพิการในจังหวัดเชียงใหม่ น่าจะมีภาวะซึมเศร้าที่ควรได้รับการตรวจและรักษาตั้งแต่ป่วยระยะแรก ร้อยละ 30.8 และน่าจะมีอารมณ์ซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 2.3 (สมัย ศิริทองถาวร อุบล หมดธรรม และเสาวลักษณ์ ลังการพันธ์, 2547) Anni-Sofia Wigren & Marjaana Lehtonen (2000) กล่าวว่า ผู้ที่มีความพิการในระยะแรกส่วนใหญ่มักมีความซึมเศร้าเกิดขึ้น คนพิการจึงต้องใช้ความคิดทางด้านบวกมากกว่าคนทั่วไปเพื่อการดำรงชีวิตในเวลาต่อมา ซึ่ง Freud เชื่อว่ามนุษย์ไม่สามารถหลบหลีกความกระทบกระเทือนทางจิตใจได้ การใช้กลไกทางจิตจะเป็นการปฏิเสธหรือปิดบังอำพรางความเป็นจริง ซึ่งเป็นเรื่องปกติแต่หากใช้มากย่อมมีความ

ผิดปกติเกิดขึ้น นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้ามีลักษณะ ความคิดอัตโนมัติทางลบ ตีเดียตนเอง มีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ มีกิจกรรมทางกายลดน้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ (Beck, 1979) ความซึมเศร้าจึงทำให้บุคคลนั้นไม่มีความสุข และยิ่งหากบุคคลนั้นเป็นคนพิการความรู้สึกสูญเสียย่อมส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของตน เกิดความรู้สึกเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน เศร้าโศกได้มากกว่าคนทั่วไป ซึ่งอาจเป็นระยะเวลาหนึ่งหรืออาจยาวนานจนเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (Hoft, 1984) ทั้งนี้หากไม่มีการป้องกันหรือให้การช่วยเหลือแก้ไข อาจเกิดปัญหาที่รุนแรงตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคิดฆ่าตัวตายโดยไม่มีสาเหตุที่ชัดเจน (Speck, 1978) ผลกระทบของความพิการจึงเป็นปฏิกิริยาเรื้อรังหากไม่สามารถปรับตัว และยอมรับสภาพได้ย่อมก่อให้เกิดปัญหาที่รุนแรงตามมา ซึ่งหมายความว่า คนพิการดำรงชีวิตอย่างไม่มีความสุข จะทำอะไรให้คนพิการมีความสุข Abraham Maslow กล่าวว่า มนุษย์มีแรงจูงใจเป็นลำดับขั้นตอน โดยแรงจูงใจระดับต้นต้องได้รับการตอบสนองก่อน แรงจูงใจระดับสูงจึงพัฒนาตามมาตามลำดับ หากความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองอาจทำให้เกิดความคับข้องใจ ผิดหวัง ทุกข์ใจ รู้สึกแปลกแยก ปวดร้าว หดอาลัย ตายอยาก และมองโลกในแง่ร้าย และหากความไม่สมหวังนั้นรุนแรงและเรื้อรังจะทำให้เจ็บป่วยทางจิตใจได้ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2546) ทั้งนี้ในการดำรงชีวิตประจำวันนั้นการตอบสนองความต้องการย่อมมีข้อจำกัดไม่มากนักน้อย ดังนั้นในการแก้ไข ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจึงมักเริ่มต้นที่ใจก่อนเสมอหากมองความพิการว่าเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ ก่อให้เกิดปมด้อย ขาดความมั่นคงทางจิตใจ ทำให้

ปรับตัวไม่ได้ปรับตัวไม่เป็นยอมทำให้สุขภาพจิตเสียได้ (ลักขณา สรวิวัฒน์, 2545)

จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจในประเด็นของความสุขและความซึมเศร้าของคนพิการ แม้ว่าจะมีการศึกษามาแล้วในจังหวัดเชียงใหม่ แต่ก็ยังไม่สามารถตอบคำถามในระดับประเทศได้ อีกทั้งสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ได้จัดทำโครงการ RICD WHEELCHAIR PROJECT เพื่อจัดหาและแจกจ่ายอุปกรณ์ช่วยความพิการไปทั่วประเทศ ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงสะดวกต่อการเก็บข้อมูล แม้จะยังไม่สามารถตอบในภาพรวมของประเทศได้ แต่ทำให้ทราบผลในวงกว้างขึ้นอันจะนำไปสู่การป้องกัน แก้ไข และวางแผนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต่อไป ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตของคนพิการอีกมิติหนึ่งด้วย

วัตถุประสงค์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสุขและความซึมเศร้าของคนพิการ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาระดับความสุขและความซึมเศร้าของคนพิการ

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นคนพิการที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับอุปกรณ์ช่วยความพิการจากโครงการ RICD WHEELCHAIR PROJECT ของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 – พ.ศ. 2550 จำนวน 1,964 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้ทำการคัดเลือกเฉพาะผู้ที่ตอบข้อมูลครบถ้วนในแบบสอบถาม จำนวนรวมทั้งสิ้น 1,040 คน ซึ่งหากพิจารณาตามการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตาม Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99 จะมีจำนวน 826 คน

พื้นที่การศึกษา

ภาคเหนือ ได้แก่ น่าน พะเยา พิจิตร ลำปาง ลำพูน อุตรดิตถ์ เชียงราย เชียงใหม่แพร่ แม่ฮ่องสอน

ภาคกลาง ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นครปฐม นนทบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี สุพรรณบุรี อุทัยธานีอ่างทอง

ภาคตะวันออก ได้แก่ ชลบุรี

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ นครพนม นครราชสีมา ร้อยเอ็ด อุบลราชธานี

ภาคใต้ ได้แก่ ปัตตานี ยะลา สตูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส ภูมิฐานะ ประเภทความพิการ ระยะเวลาที่พิการ สิ่งที่ต้องการเพื่อให้มีความสุข และสิ่งที่ต้องการให้รัฐสนับสนุน สิ่งที่ทำให้ไม่สบายใจ การจัดการกับความไม่สบายใจ ความรู้สึกที่คนรอบข้างมีต่อตน

2. ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ของอภิชัย มงคล และคณะ (2544) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ

3. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิตโดยทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ การให้คะแนนจำแนกเป็นมี และไม่มี โดยกรณีตอบว่ามีจะได้ 1 คะแนน หากได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 หมายถึง น่าจะมีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการปรึกษาหรือพบแพทย์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้กับคนพิการ จำนวน 50 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น ทั้งนี้ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 และแบบประเมินความซึมเศร้าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,045 คน พบว่า ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปยังคนพิการ โดยทีมงานจากโครงการ RICD WHEELCHAIR PROJECT ของสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ ส่งแบบสอบถามให้ผู้รับผิดชอบของจังหวัดต่างๆ และแต่ละจังหวัดจะนำแบบสอบถามให้คนพิการตอบข้อมูลเอง หรือกรณีที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้เจ้าหน้าที่จะทำการสอบถามจากคนพิการและบันทึกข้อมูลให้

2. แบบสอบถามได้ถูกรวบรวมตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2548 – 31 ธันวาคม 2550 โดยมี

คนพิการที่ได้รับอุปกรณ์ช่วยความพิการและตอบแบบสอบถามจำนวน 1,964 คน ซึ่งมีแบบสอบถามที่นำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 1,040 ชุด คิดเป็นร้อยละ 52.9 ของผู้ได้รับอุปกรณ์ช่วยความพิการจากโครงการ RICD WHEELCHAIR PROJECT

3. บันทึกข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปพบว่าคนพิการเพศชายและเพศหญิงมีจำนวนใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 50.10 และ 49.90 ตามลำดับ ด้านความสุพบว่าเป็นคนพิการที่มีระดับความสุ่น้อยกว่าคนทั่วไปเป็นเพศหญิงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 14.5 และคนพิการที่มีระดับความสุมากกว่าคนทั่วไปเป็นเพศชายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 36.6 ส่วนภาวะซึมเศร้าพบว่าคนพิการที่สงสัยว่ามีภาวะซึมเศร้าเป็นเพศหญิงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 7.9 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสุและความเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

คนพิการมีอายุมากกว่า 60 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.8 ด้านความสุพบว่าเป็นคนพิการที่มีระดับความสุ่น้อยกว่าคนทั่วไปและมีความสุมากกว่าคนทั่วไปมีอายุมากกว่า 60 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 12.1 และ 21.6 ตามลำดับ เมื่อดูความสัมพันธ์พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ส่วนภาวะซึมเศร้าพบว่าคนพิการที่สงสัยว่ามีภาวะซึมเศร้ามีอายุ 21- 40 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 8.4 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

คนพิการมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา

มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.5 ด้านความสุพบว่าคนพิการที่มีระดับความสุ่น้อยกว่าคนทั่วไปและมีความสุมากกว่าคนทั่วไปมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 15.7 และ 55.5 ตามลำดับ ส่วนภาวะซึมเศร้าพบว่าคนพิการที่สงสัยว่ามีภาวะซึมเศร้ามีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.9 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสุและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

คนพิการไม่มีงานทำมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 56.9 ด้านความสุพบว่าคนพิการที่มีระดับความสุ่น้อยกว่าคนทั่วไปและมีความสุมากกว่าคนทั่วไปไม่มีงานทำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.2 และ 27.7 ตามลำดับ เมื่อดูความสัมพันธ์พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับความสุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ส่วนภาวะซึมเศร้าพบว่าคนพิการที่สงสัยว่ามีภาวะซึมเศร้าไม่มีงานทำมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.7 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

คนพิการมีรายได้ไม่พอใช้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.7 ด้านความสุพบว่าคนพิการที่มีระดับความสุ่น้อยกว่าคนทั่วไปมีรายได้ไม่พอใช้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 14.9 และคนพิการที่มีระดับความสุมากกว่าคนทั่วไปมีรายได้พอมีกินมีใช้มากที่สุดร้อยละ 26.2 ส่วนภาวะซึมเศร้าพบว่าคนพิการที่มีรายได้ไม่พอใช้ต้องพึ่งพาผู้อื่นสงสัยว่ามีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.4 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่าความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับความสุและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

คนพิการมีสถานภาพสมรสเป็นคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.8 ด้านความสุขพบว่าคนพิการที่มีระดับความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปมีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.1 และคนพิการที่มีระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไปมีสถานภาพหม้ายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 15.8 เมื่อดูความสัมพันธ์พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ส่วนภาวะซึมเศร้าพบว่าคนพิการที่มีสถานภาพโสดสงสัยว่ามีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.1 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

คนพิการมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคเหนือมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.1 ด้านความสุขพบว่าคนพิการที่มีระดับความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปและมีระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไปมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.2 และ 25.4 ตามลำดับ ส่วนภาวะซึมเศร้าพบว่าคนพิการที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคเหนือมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.1 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่าภูมิลำเนาไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขและภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

ข้อมูลเกี่ยวกับความพิการ คนพิการส่วนใหญ่มีความพิการทางกายหรือการเคลื่อนไหวคิดเป็นร้อยละ 90.1 ด้านความสุขพบว่าคนพิการที่มีระดับความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปและมีความสุขมากกว่าคนทั่วไปไม่มีความพิการด้านการเคลื่อนไหวมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 21.2 และ 45.9 ตามลำดับ ส่วนภาวะซึมเศร้าพบว่าคนพิการที่สงสัยว่ามีภาวะซึมเศร้ามีความพิการด้านการเคลื่อนไหวมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 14.8 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่าประเภทความ

พิการไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขและความเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

คนพิการมีความพิการมาแต่กำเนิดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.9 ด้านความสุขพบว่าคนพิการที่มีระดับความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปไม่มีความพิการมาเป็นระยะเวลามากกว่า 10 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 7.8 และคนพิการที่มีระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไปไม่มีความพิการมาตั้งแต่กำเนิด คิดเป็นร้อยละ 34.4 เมื่อดูความสัมพันธ์พบว่าระยะเวลาที่พิการมีความสัมพันธ์กับความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ส่วนภาวะซึมเศร้าพบว่าคนพิการที่สงสัยว่ามีภาวะซึมเศร้ามีความพิการมาเป็นระยะเวลามากกว่า 10 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 7.3 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่าระยะเวลาที่พิการไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขและความเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

ข้อมูลเกี่ยวกับความสุข

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของระดับความสุข

ระดับความสุข	จำนวน	ร้อยละ	X	SD
มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (คะแนน ≤ 26)	232	22.3	20.1	6.4
มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (คะแนน 27-32)	267	25.7	28.3	3.3
มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (คะแนน ≥ 33)	541	52.0	34.1	5.1
รวม	1,040	100.0	30.5	5.3
Min = 18, Max = 36				

จากตารางที่ 1 พบว่าคนพิการมีความสุขมากกว่าคนทั่วไปมีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 52.0 รองลงมามีความสุขเท่ากับคนทั่วไป และมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 25.7 และ 22.3 ตามลำดับ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของ

คนพิการเท่ากับ 30.5 มีค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 18 และมีค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 36 คนพิการ 870 คน สิ่งที่คนพิการต้องการเพื่อให้ตนมีความสุขและต้องการให้รัฐสนับสนุนมากที่สุดเป็นความต้องการทางสรีรวิทยา และความต้องการความมั่นคงปลอดภัย โดยคนพิการต้องการเบี้ยยังชีพซึ่งคิดว่าจะทำให้ตนมีความสุขและต้องการให้รัฐสนับสนุน คิดเป็นร้อยละ 15.7 และ 39.6 ตามลำดับ รองลงมาเป็นอุปกรณ์ช่วยความพิการ คิดเป็นร้อยละ 13.7 และ 30.2 ตามลำดับ และรัฐสวัสดิการ คิดเป็นร้อยละ 12.9 และ 9.1 ตามลำดับ

สิ่งที่ทำให้คนพิการไม่สบายใจมากที่สุดคือ เรื่องของการดำรงชีวิตประจำวัน และการช่วยเหลือตนเอง รองลงมาเป็นภาวะโรคความเจ็บป่วยและความพิการ และปัญหาครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 33.7, 30.1 และ 15.1 ตามลำดับ

คนพิการจัดการกับความไม่สบายใจในทางบวกมากที่สุดโดยการทำกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลาย รองลงมาเป็นการปรึกษาคนในครอบครัว เพื่อน และการทำให้ใจให้สงบ สวดมนต์ ไหว้พระ ตั้งสติ คิดเป็นร้อยละ 31.8, 27.4 และ 16.8 ตามลำดับ

ความรู้สึกรู้สึกของคนพิการที่มีต่อคนรอบข้าง คือ คนรอบข้างมองคนพิการเป็นปกติเหมือนบุคคลทั่วไปมากที่สุด รองลงมาเป็นการล้อเลียน รังเกียจ ดูถูก ไร้คุณค่า และสงสารเห็นใจ คิดเป็นร้อยละ 31.0, 28.1 และ 21.7 ตามลำดับ

การมีส่วนร่วมในงานสังคมหรือชุมชน คนพิการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 53.2 และ ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนคิดเป็นร้อยละ 46.8

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของระดับความซึมเศร้า จำแนกตามเพศ

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ	X	SD
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน 0 – 5)	885	85.1	3	1.4
น่าจะมีภาวะซึมเศร้า (คะแนน ≥ 6)	155	14.9	7	1.3
รวม	1,040	100.0	3	1.3

Min = 18, Max = 36

จากตารางที่ 2 พบว่าคนพิการส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 85.1 และน่าจะมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 14.9 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของคนพิการเท่ากับ 3 มีค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 และมีค่าคะแนนสูงสุดเท่ากับ 8

คนพิการจำนวน 1,040 คน ตอบข้อคำถามเกี่ยวกับการมีความคิดอยากตาย และเคยพยายามฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 5.7 และ 3.5 ตามลำดับ

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาความสุขและความซึมเศร้าของคนพิการมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ระดับความสุขของคนพิการ คนพิการมีความสุขมากกว่าคนทั่วไปมีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 52.0 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สมัย ศิริทองถาวร อุบล หมดธรรม และ เสาวลักษณ์ ลังการพันธ์ (2547) ที่พบว่าคนพิการในจังหวัดเชียงใหม่มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไปมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 65.5 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สมัย ศิริทองถาวร อุบล หมดธรรม และ พิงพิศ ศรีสืบ (2545) ที่พบว่า คนพิการทางการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่มิมีปัญหาสุขภาพจิตร้อยละ 74.8 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าคนพิการ

มีการจัดการกับความไม่สบายใจในทางบวกมากที่สุด โดยการทำกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลาย รองลงมา เป็นการปรึกษาคนในครอบครัว เพื่อน และการทำให้สงบ สวตมนต์ ไหว้พระ ตั้งสติ คิดเป็นร้อยละ 31.8, 27.4 และ 16.8 ตามลำดับ รวมถึงครอบครัวก็มีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้คนพิการมีความสุขได้ จะเห็นได้จากการตอบข้อคำถามเกี่ยวกับความสุขโดยคนพิการตอบมากที่สุดในเรื่องรู้สึกมั่นคงปลอดภัย เมื่ออยู่ในครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกันในลำดับที่ 3 และ 4 ตามลำดับ ทั้งนี้ครอบครัวจะเป็นสถาบันแห่งแรกและมีความสำคัญที่สุดที่จะนำไปสู่การช่วยเหลือคนพิการที่ถูกทาง และเป็นส่วนสำคัญที่สุดที่จะช่วยเสริมสร้างพลังความสามารถในการวางแผนชีวิตที่จะนำไปสู่ความสุข (ชนิษฐา เทวินทรภักดี, 2546) อีกทั้งยังพบว่าความรู้สึกของคนพิการที่มีต่อครอบครัวคิดว่าตนเป็นปกติเหมือนบุคคลทั่วไปมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 31.0 ซึ่ง Alfred Adler เชื่อว่าความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจที่ได้รับจากสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคมเป็นสิ่งกำหนดสุขทุกข์ด้วย (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2546) โดยคนพิการได้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 53.2 จึงทำให้การศึกษาครั้งนี้คนพิการมีความสุขมากกว่าคนทั่วไปมีจำนวนมากที่สุด อย่างไรก็ตามแม้ว่าผลการศึกษาในครั้งนี้ และการศึกษาความสุขและความเข้มแข็งของคนพิการในจังหวัดเชียงใหม่ (2547) จะมีความแตกต่างกันในเรื่องของระดับความสุขเนื่องด้วยการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในระดับที่กว้างกว่า แต่ก็ยังมีคนพิการถึงร้อยละ 22.3 ที่มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป Goffman, Erving (1963) กล่าวว่า คนพิการอาจเกิดความล้มเหลวในการปรับตัวและการยอมรับจากคนทั่วไป ทำให้เกิดปมด้อยภายในใจตลอดเวลา อีกทั้งความพิการยังก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ เบื่อหน่าย

อับอาย เครียด ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มองโลก และผู้อื่นในแง่ร้าย เศร้าใจ วิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นอุปสรรคทำให้หมดพลังใจ และไม่สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขได้ จากการ ศึกษาของ โกมินทร์ ชาวนาใต้ (2531) พบว่ามีคนพิการเพียงร้อยละ 56.25 ที่มีการปรับตัวด้านจิตใจ โดย ศรีสมร สุริยาศศิณ (2545) กล่าวถึงความสุขของคนพิการไว้ว่า เกิดจากการยอมรับสภาวะความพิการที่เกิดขึ้นอย่างกล้าหาญ ซึ่งจากการศึกษานี้คนพิการยังคงต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพทางจิตใจด้วย ทั้งนี้การศึกษายังพบข้อมูลในลักษณะเดียวกันที่ว่าคนพิการไม่มีงานทำและมีรายได้ไม่พอใช้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจความพิการและภาวะทุพพลภาพ พ.ศ. 2545 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่พบว่าคนพิการส่วนใหญ่ไม่มีงาน อย่างไรก็ตามแม้การทำงานและรายได้จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความสุข แต่ก็ยังไม่ใช่อะไรที่จะทำให้คนพิการมีความสุขและต้องการให้รัฐสนับสนุนมากที่สุดซึ่งยังคงเป็นความต้องการทางสรีรวิทยา และความต้องการความมั่นคงปลอดภัยโดยเฉพาะ เบี้ยยังชีพ อุปกรณ์ช่วยความพิการ และรัฐสวัสดิการ ซึ่ง Sigmund Freud เชื่อว่า ความต้องการทางร่างกายเป็นความต้องการตามธรรมชาติของมนุษย์ ความต้องการนี้เป็นพลังชีวิตทำให้มีการแสวงหาความสุขความพอใจจากส่วนต่างๆ ของร่างกายที่แตกต่างกันไปตามวัย (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2546) และทั้งสองการศึกษาก็ไม่ได้มีการกล่าวถึงความ ต้องการในความเป็นมนุษย์โดยสมบูรณ์ (Self actualized needs) ที่ทำให้บุคคลเกิดความสงบสุขในระดับสูงสุดและเป็นแรงจูงใจที่ออกงาม ที่ต้องการพัฒนาตนให้ประสบความสำเร็จตามศักยภาพ (แสงสุรีย์ สำอางค์กุล, 2534) ทั้งนี้

เนื่องจากการจะพัฒนาไปสู่ความสุขความสำเร็จได้ ต้องได้รับการสนองตอบความต้องการตามขีดลำดับขั้นความต้องการ โดยแรงจูงใจลำดับต้นต้องได้รับการตอบสนองก่อนแรงจูงใจลำดับสูงจึงพัฒนาตามลำดับ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2546)

2. ระดับความเศร้าของคนพิการ คนพิการส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 85.1 และน่าจะมีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 14.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมัย ศิริทองถาวร อุบล ทุมธรธรรม และเสาวลักษณ์ ลังการพันธ์ (2547) ที่พบว่าคนพิการมีความซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 66.9 และน่าจะมีภาวะซึมเศร้าระยะเริ่มต้น และระดับรุนแรงร้อยละ 30.8 และ 2.3 ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจพร ปัญญา (2545) วิไล คุปต์นิรติศัยกุล (2540) อรุณรัตน์ ปกมนตรี (2537) และ Benjamin Dross (2001) โดย Anni-Sofia Wigren & Marjaana Lehtonen (2000) อธิบายว่าผู้ที่มีความพิการในระยะแรกส่วนใหญ่มักมีความซึมเศร้าเกิดขึ้น คนพิการจึงต้องใช้ความคิดทางด้านบวกมากกว่าคนทั่วไปเพื่อการดำรงชีวิตในเวลาต่อมา และความซึมเศร้าก็เป็นการตอบสนองของจิตใจต่อความพิการ ทั้งนี้เป็นผลมาจากความรู้สึกหมดหวังร่วมกับความสูญเสียที่เกิดขึ้น ซึ่งหากปรับตัวไม่ได้จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความพิการรุนแรงหรือยาวนานกว่าปกติ และมีการแสดงออกโดยมีการเปลี่ยนแปลงความคิด เช่น อาจมีการใช้กลไกปฏิเสธความจริง นานเกินสมควร คิดโทษตนเอง คิดว่าตนไม่มีค่า คิดวนเวียนเกี่ยวกับความตาย คิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอาการของความซึมเศร้า อีกทั้งคนพิการที่ปรับตัวไม่ได้ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ โดยอารมณ์โกรธและ

อารมณ์ซึมเศร้าในระยะแรกจะเปลี่ยนเป็นความรุนแรงถึงขั้นอาฆาตแค้น ทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2534) และการฆ่าตัวตายเป็นอาการแทรกซ้อนที่สำคัญที่สุดของอารมณ์เศร้า จะเห็นได้จากคนพิการมีการตอบข้อคำถามว่าคิดอยากตายและพยายามฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 5.7 และ 3.5 ตามลำดับ ซึ่งต้องมีการให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจต่อไป

จากผลการศึกษาที่มีข้อเสนอแนะในการนำผลไปใช้ ดังนี้

1. ผลจากการศึกษาวิจัยควรได้รับการตอบสนองโดยมีการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจในการพัฒนาความสุข โดยเฉพาะในคนพิการที่มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป คนพิการที่น่าจะมีภาวะซึมเศร้า รวมถึงคนพิการที่มีความคิดอยากตาย และพยายามฆ่าตัวตาย

2. ผลจากการศึกษาวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความสุขของคนพิการโดยใช้ความต้องการเป็นพื้นฐาน

3. ผลจากการศึกษาวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของคนพิการอย่างแท้จริง

นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อจัดทำโปรแกรมสำหรับพัฒนาความสุขสำหรับคนพิการ

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพร่วมด้วยโดยอาจทำ focus group ภาคละ 1 กลุ่ม

3. ควรใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. U.S.Embassy in Thailand. (มปป.). กฎหมายว่าด้วยชาวอเมริกันผู้พิการ. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.usa.or.th/services/docs/work5-t.htm>. (28 มิถุนายน 2547).
2. กชกร ศรีสัมพันธ์. (2542). บทบาทของสมาชิกครอบครัวที่มีต่อพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาของคนพิการ. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา. <http://www.dmh.moph.go.th/Abstract/details.asp?id=2810>. (8 เมษายน 2547).
3. กิ่งแก้ว ปาจริย (บรรณาธิการ). (2542). การฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ. ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
4. เกสร พันธ. (2543). ปัจจัยที่มีผลต่อการพึ่งตนเองของคนพิการ. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
5. ขนิษฐา เทวินทรภักดี. (2540). แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ : การพัฒนาที่ยั่งยืนของคนพิการ. กรมประชาสงเคราะห์.
6. คณะกรรมการส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศของคนพิการ. (2546). แนวทางการส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารตลอดจน เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ.
7. คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนและสังคมแห่งเอเชียและแปซิฟิก (2546). กรอบการปฏิบัติงานแห่งสหประชาชาติทะเลสาบปิวสู่สังคมบูรณาการปลอดจากอุปสรรคและตั้งอยู่บนฐานของสิทธิสำหรับคนพิการในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก. สหประชาชาติ (เอสแคป).
8. เครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต. (2537). สรุปรายงานการวิเคราะห์ นิยามความหมายสุขภาพจิตและองค์ประกอบของสุขภาพจิต. สถาบันสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
9. จริญญา จันทร์เจตศักดิ์ (แปลและเรียบเรียง). (2547). บันได 10 ขั้น เพื่อชีวิตที่มีสุข. บริษัท เอ.อาร์.บี.อินส เพรส จำกัด.
10. จำลอง ดิษยวณิชและคณะ. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
11. เจริญเกียรติ ณะสุขถาวร (รวบรวมและเรียบเรียง). (2545). ความสุขอยู่ที่นี้ขณะนี้. สำนักพิมพ์สายธาร.
12. เฉก ณะสิริ. 2538. ทำอย่างไรชีวิตจะยืนยาวและมีความสุข. บริษัท แพลน พับลิชชิ่ง จำกัด.
13. ไชย ณ พล. (2543). ความสุข. สถาบันวิจัยธรรมสภา.
14. ณรงค์ สุภัทรพันธ์. (2543). โรคอารมณ์ซึมเศร้า : คำถามที่คุณมีคำตอบที่คุณต้องการ/Sandra salman. กรุงเทพฯ : หน้าต่างสู่โลกกว้าง.
15. นพมาศ ธีรเวคิน. (2540). ทฤษฎีบุคลิกภาพและการปรับตัว. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
16. นิรมล อุทัยรัตน์. (2543). อัตมโนทัศน์และการปรับตัวของคนพิการชาวไทยมุสลิมศึกษา อำเภอนะนัง จังหวัดนราธิวาส. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://db.rs.mahidol.ac.th/research/search6.asp>. (28 มิถุนายน 2547).
17. เนตรนภา ขุมทอง. (2546). การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้พิการ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

18. เบญจพร ปัญญา. (2545). **ภาวะซึมเศร้าในเด็กพิการทางการมองเห็น**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.dmh.moph.go.th/Abstract/details.asp?id=309>. (28 มิถุนายน 2547).
19. ทวี ตั้งเสรี และคณะ. (2546). **การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า**. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
20. พนมศรี เสาร์สาร (บรรณาธิการ). (2545). **แบบคัดกรองทางสุขภาพจิตเล่มดัชนี**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
21. พิเชฐ อุดมรัตน์ (บรรณาธิการ). (มปป.). **ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย**. หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
21. พรรณทิวา รุจิพร. (มปป.). **ความสุข**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://ednet.kku.ac.th/~ed123/06/nice.shtml>. (1 กันยายน 2547).
22. พระพรสุริย์ชัย ชูช่วย. (มปป.). **คุณค่าของชีวิตและการแสวงหาความสุข**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.duangden.com/GoodLife-Religious.html>. (28 มิถุนายน 2547).
23. วรวรรณ จุฑา (บรรณาธิการ). (2545). **แบบประเมินทางสุขภาพจิต**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
24. วราภรณ์ สืบสหาการ (แปลและเรียบเรียง). (2546). **ทัศนคติ เจตคติ เต็ม 100**. บริษัทเอ็กซ์เพอร์เน็ท จำกัด.
25. วิจารณ์ วิชัยยะ. (2533). **Management of Depression (1990)**. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่ยา
26. วิไล คุปต์นริศชัยกุล. (2540). **ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพิการไทย**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.dmh.moph.go.th/Abstract/details.asp?id=569>. (28 มิถุนายน 2547).
27. วีระ ชูรุจิพร. (2542). **วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.dmh.moph.go.th/Abstract/details.asp?id=1958>. (2 พฤษภาคม 2547).
28. เว็บบอร์ดธรรมจักร. (มปป.). **วิธีดับทุกข์เพราะพิการ**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.dhammadownload.com/dhamma01/d07.htm>. (28 กรกฎาคม 2547).
29. วัชณี หัตถพนม (บรรณาธิการ). (2545). **แบบคัดกรองโรคทางจิตเวช**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
30. มรยาท เจริญสุขโสภณ และ นงลักษณ์ เชษฐภักดีจิต. (2537). **ศึกษากระบวนการสร้างสัมพันธภาพระดับความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะ โรงพยาบาลชลบุรี**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.dmh.moph.go.th/Abstract/details.asp?id=2807>. (2 พฤษภาคม 2547).
31. สาขาคหกรรมศาสตร์. (2546). **การดูแลบุคคลพิการ หน่วยที่ 1-15**. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
32. ลักษณา สิริวัฒน์. (2545). **สุขวิทยาจิตและการปรับตัว**. สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
33. สมภพ เรืองตระกูล. (2543). **โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย**. สำนักพิมพ์เรือนแก้ว.
34. สมศรี เชื้อหิรัญ. (2525). **คู่มือปฏิบัติการเบื้องต้นการพยาบาลจิตเวช**. (มปป).
35. สมชาย จักรพันธ์. (2543). **การสำรวจสุขภาพจิตของคนไทย**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา http://www.dmh.moph.go.th/abstract/abstract/abstract_detail.asp?code=000030. (1 กันยายน 2546).
36. สมชาย พลอยเลื่อนแสง. (2540). **ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของคนไทยในเขตสาธารณสุข 10**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.dmh.moph.go.th/Abstract/details.asp?id=1988>. (2 พฤษภาคม 2547).

37. สมัย ศิริทองถาวร อุบล ทุมธรรม และพิงพิศ ศรีสืบ. (2545). **ภาวะสุขภาพจิตของคนพิการในจังหวัดเชียงใหม่**. สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
38. สมัย ศิริทองถาวร อุบล ทุมธรรม และเสาวลักษณ์ ลังการพันธ์. (2547). **ความสุขและความเข้มแข็งของคนพิการในจังหวัดเชียงใหม่**. สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
39. สำนักงานคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ. (มปป.). **พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534**. กรมประชาสงเคราะห์.
40. สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ. (2546). **พลังคนพิการไทย ก้าวใหม่สู่การมีงานทำ**. สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
41. สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์คนพิการ. (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์). **เอกสารประกอบการสัมมนาเชิงวิชาการเรื่องสิทธิคนพิการกับการมีส่วนร่วมในสังคม**. โรงแรมเชียงใหม่ฮิลล์ (18 - 19 พฤษภาคม 2547).
42. สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2550). **พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550**.
43. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2542). **สถานภาพผู้พิการไทย**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://db.rs.mahidol.ac.th/research/search6.asp>. (2 พฤษภาคม 2547).
44. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). **การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2550**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_2-5-4.html. (3 ธันวาคม 2551).
45. สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล, ปิรพร ศิลปกิจ, วนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2543). **คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ปี พ.ศ. 2541**. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.dmh.moph.go.th/Abstract/details.asp?id=191>. (2 เมษายน 2547).
46. แสง จงสุริธรรม (แปล). (2537). **การประกอบอาชีพส่วนตัวของคนพิการ**. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
47. สุขแท้สุขเทียม. (มปป.). [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.thaicities.net/yahoo/bot.html>. (2 พฤษภาคม 2547).
48. ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2546). **ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ**. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
49. ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). **จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย (เล่ม 2)**. ภาควิชาจิตวิทยา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
50. ศรีสมร สุริยาศิน. (2545). **บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเบื้องต้น**. ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
51. ศิริพร จิรวัดนกุล. (2546). **ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช**. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
52. ศูนย์การศึกษาพิเศษเขต 11.(มปป.).[ระบบออนไลน์].แหล่งที่มา <http://www.kruthai.org/soon11/index8.htm>. (1 สิงหาคม 2547).

53. อภิชัย มงคลและคณะ. (2544). การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล). โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
54. อภิชัย มงคลและคณะ. (2544). ความสุขและสุขภาพจิตในบริบทของสังคมไทย. ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ปีที่ 46 ฉบับที่ 3.
55. อริยา คูหา. (2546). แรงจูงใจและอารมณ์. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
56. อัมพร โอตระกูล. (2540). สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด.
57. อัมพร โอตระกูลและคณะ. (2540). การพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
58. อุมพร ตรังคสมบัติ. (2545). จิตวิทยาชีวิตคู่ และการบำบัดคู่สมรส. ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัวจำกัด.
59. American Psychological Association. (2001). **We don't know our own strength.** [Online]. Available <http://www.apa.org/monitor/oct01/strength.html>. (2004, July 11).
60. Anni-Sofia Wigren and Marjaana Lehtonen. (2000). **Mental wellbeing of a physically handicapped person.** [Online]. Available <http://www.storey.k12.nv.us/vchs/projects/disabilities-2000/dis-pl-mental.html>. (2004, July 11).
61. Beck, A.T. (1979). **Cognitive therapy of depression.** New York: The Guilford Press.
62. Burden of Disease in 2020. [Online]. Available <http://www.who.int/msa/ems/dalys/intro.htm#in2020>. (2004, July 11).
63. Becker, Howard S. (1967). **The other side.** New York : Gollier-Hacmillian.
64. Benjamin Dross. (2001). **In-abled - discrimination against handicapped people - Brief Article.** [Online]. Available http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m1175/is_2_34/ai_71189885 (2004, July 11).
65. Corey L. M. Keyes and Jonathan Haidt. (No date). **Flourishing : Positive Psychology and he Life Well-Lived.** [Online]. Available <http://www.apa.org/books/431686A.html>. (2004, July 28).
66. National Institute of Mental Health. (2000). **Depression.** [Online]. Available <http://www.nimh.nih.gov/publicat/depression.cfm>. (2004, July 11).
67. Disability and Rehabilitation. (2003). **Disability And Rehabilitation Team (DAR).** [Online]. Available <http://www.who.int/ncd/disability/> (2003, Dec 23).
68. Disability and Rehabilitation. (2003). **Future Trends and Challenges in Rehabilitation.** [Online]. Available <http://www.who.int/ncd/disability/trends.htm>. (2003, Dec 23).
69. Dobson, K.S. (Ed.). (1988). **Handbook of cognitive-behavioral therapies.** London : Huchison.
70. Family Practice Notebook. (2000). **Depression Chapter.** [Online]. Available <http://www.fpnotebook.com/PSYCh5.htm>. (2003, Dec 03).
71. Family Practice Notebook. (2000) **Depression Screening with SIG E CAPS.** [Online]. Available <http://www.fpnotebook.com/PSY92.htm>. (2003, Dec 03).
72. Family Practice Notebook. (2000). **Hamilton Depression Scale.** [Online]. Available <http://www.fpnotebook.com/PSY89.htm>. (2003, Dec 03).
73. Goffman, Erving. (1963). **Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity.** Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.

74. Hoff, A.L. (1984). **People in crisis : Understanding and helping**. California : Addison – Wesley Publishing Company. (2004, July 11).
75. Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1989). **Comprehensive textbook of psychiatry IV volume 2**.
76. Karen Kersting. (2003). **Turning happiness into economic power**. [Online]. Available <http://www.apa.org/monitor/dec03/power.html>. (2004, July 28).
77. Kraus, L., Stoddard, S., & Gilmartin, D. (1996). **Chartbook on Disability in the United States**. [Online]. Available <http://www.infouse.com/disabilitydata/>. (2004, August 13).
78. Linda Stinton. (2004). **Beck Depression Inventory (BDI)**. [Online]. Available <http://www.swin.edu.au/victims/resources/assessment/affect/bdi.html>. (2004, July 11).
79. M. Dittmann. (2003). **Acting extraverted spurs positive feelings, study finds**. [Online]. Available <http://www.apa.org/monitor/apr03/acting.html>. (2004, July 28).
80. Marcela Kogan. (2001). **Where happiness lies**. [Online]. Available <http://www.apa.org/monitor/jan01/positivepsych.html>. (2004, July 28).
81. Mission To America. (No date). **How can you find happiness**. [Online]. Available <http://www.missiontoamerica.com/happiness.html>. (2004, July 28).
82. National Organization on Disability. (2004). **Landmark Disability Survey Finds Pervasive Disadvantages**. [Online]. Available <http://www.nod.org/content.cfm?id=1537> (2004, June 30).
83. Psychology Matters. (No date). **If I Were A Rich Man**. [Online]. Available <http://www.psychologymatters.org/happiness.html>. (2004, July 28).
84. Richard E. Lucas, Andrew E. Clark, and Ed Diener. (2003). **Reexamining Adaptation and the Set Point Model of Happiness: Reactions to Changes in Marital Status**. [Online]. Available http://www.apa.org/releases/married_happy.html. (2003, March 26).
85. Robert A. Weisgerber. (1991). **Quality of Life for Persons with Disabilities**. American Institute for Research.
86. Ruut Veenhoven. (2003). **Happiness in hardship**. [Online]. Available <http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub2000s/2004a-abe.htm>. (2004, July 11).
87. Sanderson K, Andrews G. (2002) **Prevalence and severity of mental health-related disability and relationship to diagnosis**. [Online]. Available http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=retrieve&db=pubmed&list_uids=11773654&dopt=abstract. (2004, Jan 25)
88. Scheera P, Thienchai N, Kanakral S. (1999). **The norm profile for the Thai Mental Health Questionnaire**. J Psychiatry Assoc Thailand. (2004, July 11).
89. Speck, P. (1978). **Loss and grief in medicine**. London : Bailliere Tindall.
90. W. Richard Walker, John J. Skowronski and Charles P. Thompson. (2003). **Life Is Pleasant and Memory Helps to Keep It That Way**. [Online]. Available http://www.apa.org/releases/happy_memory.html. (2003, June 28).
91. Family Practice Notebook. (No date). **Zung Self-Rating Depression Scale**. [Online]. Available <http://www.fpnotebook.com/PSY88.htm>. (2004, July 08).