

เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน และแบบแผนพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วย
: กรณีศึกษาญาติผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมในครอบครัว



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ธันวาคม 2559

เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน และแบบแผนพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วย
: กรณีศึกษาญาติผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมในครอบครัว



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

ธันวาคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน และแบบแผนพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วย
: กรณีศึกษาญาติผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมในครอบครัว



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ธันวาคม 2559

พรพรรณ มีฤทธิ์. (2559). *เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยกลับบ้านและแบบแผนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย: กรณีศึกษาญาติผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมในครอบครัว*. ปริญญาโท วท.ม.(การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม:อาจารย์ดร.ฐาศุภร์ จันประเสริฐ.

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรรมในครอบครัวกลับบ้าน เพื่อศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยและผลหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว และเพื่อค้นหาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมในครอบครัวเมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง จากผู้ให้ข้อมูล 4 ครอบครัว รวมทั้งสิ้น 13 ราย โดยผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มีคดีจากสถาบันกัลยาณิราชนครินทร์

ผลการวิจัยพบว่า

เงื่อนไขที่ทำให้ญาติตัดสินใจรับผู้ป่วยกลับบ้าน แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1.ด้านภายในตัวบุคคลของญาติ โดยแยกออกเป็น 1.1 ญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยในประเด็น ผู้ป่วยมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชตั้งแต่ก่อนเกิดคดีความ มีความเข้าใจสาเหตุของคดีที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยทางจิตเวช รู้ถึงอาการทางจิตเวชของผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น รู้ได้ถึงภาระงานหนักของผู้ป่วย เห็นคุณค่าของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัวหรือชุมชน และรับรู้คุณลักษณะเดิมของผู้ป่วย 1.2 ญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองในการมีทักษะการจัดการกับปัญหา โดยญาติยอมรับผู้ป่วยกลับบ้านตั้งแต่ต้น ญาติพร้อมรับมือกับการปฏิเสธของชุมชน และญาติมองปัญหาอุปสรรคในด้านบวก 2. ด้านการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อม คือ การที่ญาติได้รับความยินยอม คำชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญที่ครอบครัว ชุมชนยินยอมหรือสนับสนุน และการได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ แบบรวดเร็ว

กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ซึ่งผู้วิจัยสามารถแบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงเตรียมตัว ช่วงเริ่มต้น และช่วงสนับสนุน ซึ่งในแต่ละช่วงญาติจะมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็น ช่วงเตรียมตัว ญาติจะมีการหาความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช และวิธีการในการดูแลผู้ป่วย การได้ทดลองดูแลและพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามที่นัดหมาย ช่วงเริ่มต้น เป็นช่วงที่ญาติจะให้ความสำคัญกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยด้านการเจ็บป่วยทางจิตเวช 4 ขั้นตอนดังนี้ 1. การสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย 2. การดูแลเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวช 3. การพาผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ตามนัดหมาย และ 4. การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และช่วงสนับสนุน เป็นช่วงที่ญาติดูแลผู้ป่วยจิตเวชจนมีสามารถรับผิดชอบในการดูแลตนเองได้ ซึ่งในช่วงนี้ญาติจะมีกระบวนการในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองทั้งสิ้น 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1. ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผิดปกติของตนเอง 2. ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวชด้วยตนเอง 3.ญาติไว้วางใจให้ผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ด้วยตนเอง และ 4.ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยหาวิธีการจัดการความเครียดด้วย

ตนเอง นอกจากนั้นตั้งแต่การเริ่มต้นของช่วงเตรียมตัว ช่วงเริ่มต้น และช่วงสนับสนุน ญาติยังให้การดูแลปกป้องผู้ป่วย จากผู้ที่ไม่ยอมรับ ผู้ที่ต่อต้านไม่ให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชน อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งในเรื่องของ ด้านการเงิน ด้านอาหารและด้านการเดินทาง ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัวจะเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีทั้ง 4 ครอบครัวมีพฤติกรรมที่เป็นปกติเหมือนคนทั่วไป สามารถพูดคุย ควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น สามารถรับผิดชอบในงานที่ทำได้ สามารถอยู่ร่วมกับคนในครอบครัวชุมชนกับเพื่อนร่วมงานได้ดี ที่สำคัญผู้ป่วยยังไม่ต้องกลับรักษาอาการจิตเวชแบบผู้ป่วยในและยังไม่มีอาการก่อคดีความที่รุนแรงซ้ำรอยอีกครั้ง

แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆ่าบุคคลในครอบครัวเมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง ผู้วิจัยสามารถแบ่งได้เป็น 2 แบบแผนดังนี้ 1. แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ญาติดูแลเป็นหลัก และ 2. แบบแผนการดูแลที่ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง



CONDITIONS RELATING TO ACCEPTING OF RELATIVES IN FORENSIC PSYCHIATRIC
PATIENTS BACK TO FAMILY : A DOMESTIC HOMICIDE CASE STUDY



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

Pornpan Meerit. (2016). *Conditions relating to accepting of relatives in forensic psychiatric patients back to family : A domestic homicide case study*. Master thesis, M.Sc.(Applied Behavioral Science Research). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee :Dr.Thasuk Junprasert.

The purpose of this research was to explore conditions that relate to accepting of relatives in forensic psychiatric patients associated with murdering family members back to family, investigate the process of patient care in family and the outcome after being cared by their own families, and also examine the pattern of patient care in case of murder family members when the patients return to their families again. The participants in this study were 13 people from 4 families, and the data was collected by depth interview as well as the information from forensic psychiatric patients' profile in Galya Rajanagarindra institute.

The research demonstrates there were two aspects of conditions affecting decisions of relatives to accept the patients back to family. 1. The first aspect was the internal aspect in relatives which was composed of: 1.1 Relatives understood the point that patients already had history of mental illness prior to the committing murder, the cause of murder resulted from mental disorder. Additionally they realized that psychiatric symptoms could be treated and recovered, perceived that they felt remorse, believed they were still valuable for family and community, and recognized their personal characteristic; 1.2 The relatives have problem-solving skill. They were ready to deal with community rejection and also had a positive attitude at the problem. 2. Support from the external environment aspect-which means the relatives got confirmed by the experts was the second aspect. The families and also community accepted and supported them. In addition, the mental health team could provide help immediately.

The process of patient care can be divided into 3 phases: the preparation phase, the beginning phase and the supportive phase. In each phase, relatives would have their own process to look after the patients: The early phase was the phase that the relatives had to adjust and prepare themselves for patients' returning. This was focused on psychiatric aspect and these 5 steps were as follows: 1. Relatives should have knowledge and comprehension in mental disorder which the patients had. 2. Relatives observed unusual changes in their behaviors. 3. Relative looked after them about taking medicine. 4. Relatives took them to follow the psychiatrist appointment. And 5. Relatives asked health officers for help if needed. The protective phase was the phase that relative tried to protect patients from rejecters. In this research, there were patients' relatives from 3 families doing

their duty to protect patients from people who rejected and resisted them to live in the community. The supportive phase was the phase that relatives looked after the patients until they recovered and be able to take care of themselves. These 4 steps were as follows: 1. Relatives encouraged them to notice their unusual behaviors. 2. Relative supported them about how to take the medicine by themselves. 3. Relatives trusted them to follow the psychiatrist appointment by themselves. And 4. Relatives supported them to find their own stress management. Moreover, Relatives needed to protected them from people who reject them: family members and community members. And relatives also look after them in their daily lives whether it be travelling, finance and food. Relative caregivers both protected and look after them in their daily lives: they will look after the patients from the preparation phase, the beginning phase that they returned to families to the supportive phase until they could take care of themselves. The outcome of this process was the forensic psychiatric patients from 4 families had behaviors as normal people, improved their communication skills, controlled their emotion better, had responsibility for their jobs, and lived with people in the community and their colleagues successfully. Most importantly, the patients did not need hospital readmission and there was still no repeating of violence crimes again.

In conclusion, the patient care in family for forensic psychiatric patients in case of murder family members could be divided into 2 patterns: 1. relatives mainly look after the patients ; 2. relatives encourage patients to take care of themselves.

ปริญญาานิพนธ์
เรื่อง
เงื่อนไขที่เกี่ยวกับการยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน และแบบแผนพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วย:
กรณีศึกษาญาติผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆ่าบุคคลในครอบครัว
ของ
พรพรรณ มีฤทธิ์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)
วันที่.....เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาานิพนธ์ คณะกรรมการสอบปากเปล่า
.....ที่ปรึกษา ประธาน
(อาจารย์ ดร.ฐาศุภร์ จันประเสริฐ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.กัญญ์ฐิตา ศรีภา)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร.นันทวัฒน์ สุกุลพงศ์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สม)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ฐาศุภร์ จันประเสริฐ)

ประกาศคุณูปการ

การทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ถือได้ว่าเป็นแบบฝึกหัดในการฝึกความอดทน ฝึกการก้าวผ่านอุปสรรค การแก้ปัญหา การจัดสรรเวลาและการเอาชนะความเหนื่อยล้าของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสามารถทำสิ่งที่กล่าวข้างต้นได้สำเร็จลุล่วงไปได้ เนื่องจากได้รับความกรุณาจาก อาจารย์ ดร.ฐาศุภกร จันประเสริฐ ได้สละเวลาเป็นอย่างมากในการเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาที่คอยให้คำแนะนำในทุกขั้นตอนของการทำปริญญานิพนธ์เรื่องนี้ ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.กัญญ์จิรา ศรีภา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สภ และอาจารย์ ดร. นันทดิสันท์ สกุลพงศ์ ที่สละเวลาอันมีค่าให้เกียรติร่วมเป็นกรรมการสอบปริญญานิพนธ์ และให้ข้อเสนอแนะต่างๆ

ขอกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิงดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ นางสาวสาธิตา โค้วบุญงาม ดร. อุทยา นาคเจริญ และนายแพทย์วีระพงษ์ แสพนมนตรี ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ให้ข้อเสนอแนะให้การช่วยเหลือ และให้การสนับสนุนในการทำวิจัยมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณ นางสาวพรณี แสงรักษา นางกฤษณา อำคา นางลัดดา จีระกุล นางยุวดี มณีสอดแสง และญาติของผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่ได้สละเวลาในการให้สัมภาษณ์

ขอขอบคุณพี่ๆ และน้องๆ นักจิตวิทยาคลินิก สถาบันกัลยาณ์ราชครินทร์ ที่คอยสนับสนุน และช่วยเหลือให้การทำปริญญานิพนธ์สำเร็จไปด้วยดี

ขอขอบคุณ น.ส.อรพรรณ พงศ์ประยูร น.ส.ปาลิดา เหมพฤทธิ น.ส.ปาริย์ ทรงเสรี และ น.ส.ศิวพร ละม้ายนิล นิสิตหลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาคพิเศษ รุ่น 10 สาขาการวิจัย พฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ ที่คอยให้กำลังใจ คอยให้คำปรึกษา และสละเวลาให้การช่วยเหลือในด้านต่างๆ

และขอกราบขอบพระคุณ คุณยาย คุณพ่อ คุณแม่ สามี และน้องชายที่คอยกระตุ้นพร้อมทั้งให้กำลังใจ คอยอยู่เคียงข้าง เป็นที่ปรึกษาเวลามีปัญหาและอุปสรรค จนทำให้ผู้วิจัยมีพลังกาย และกำลังใจในการทำปริญญานิพนธ์สำเร็จลุล่วง

นางสาวพรพรรณ มีฤทธิ์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ปัญหาการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
2 แนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช.....	10
ความหมายของผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชที่มีคดี.....	10
การเจ็บป่วยทางจิตเวชกับการกระทำผิด.....	11
การดำเนินคดีผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี.....	12
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช.....	12
ความหมายผู้ดูแล.....	12
พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชโดยครอบครัว.....	13
แนวคิดสังคมวิทยาและจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง.....	15
แนวคิดทางสังคมวิทยา.....	15
แนวคิดเกี่ยวกับปฏิสังสรรค์สัญลักษณ์.....	15
แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่.....	18
แนวคิดเกี่ยวกับความเบี่ยงเบนทางสังคมและการตีตรา.....	21
แนวคิดทางจิตวิทยา.....	24
แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม.....	25
แนวคิดเกี่ยวกับการกำกับตนเอง.....	27
แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง.....	28
แนวคิดการคิดเชิงบวก.....	30
แนวคิดเกี่ยวกับการเติบโตภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ.....	33

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	34
การศึกษาเฉพาะรายกรณี (กรณีศึกษา).....	36
ความหมายและลักษณะของการศึกษาเฉพาะกรณี.....	36
รูปแบบของการศึกษาเฉพาะกรณี.....	36
วิธีการดำเนินการวิจัยแบบการศึกษาเฉพาะกรณี.....	37
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	38
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	40
ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัย.....	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	42
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	45
ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	46
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล.....	48
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	48
4 ผลการศึกษา.....	50
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล.....	51
ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล.....	51
ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก.....	51
ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่1คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.....	51
ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่2คือผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี.....	54
ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมคดีและผลของคดี.....	55
ส่วนที่ 2 เจื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของญาติในการ ยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับบ้าน.....	58
ด้านภายในตัวบุคคลของญาติ.....	59

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 (ต่อ)	
ญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย.....	59
รับรู้ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชตั้งแต่ก่อนเกิดคดีความ.....	59
เข้าใจสาเหตุของคดีว่าเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยทางจิตเวช....	60
รับรู้ถึงอาการทางจิตเวชของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น..	61
รับรู้ได้ถึงการสำนึกผิดของผู้ป่วย.....	63
เห็นคุณค่าของผู้ป่วยมีต่อครอบครัวหรือชุมชน.....	64
การรับรู้คุณลักษณะเดิมของผู้ป่วย.....	66
ญาติมีการรับรู้ตนเองในการจัดการกับปัญหา.....	67
ญาติยอมรับผู้ป่วยกลับบ้านตั้งแต่ต้น.....	67
ญาติพร้อมรับมือกับการปฏิเสธของชุมชน.....	68
การมองปัญหาอุปสรรคในด้านบวก.....	69
การสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม.....	69
การได้รับคำยืนยัน คำชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญที่ญาติเชื่อถือ.....	69
ครอบครัวหรือชุมชนยินยอมและสนับสนุน.....	71
การได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ แบบรวดเร็ว.....	71
ส่วนที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีและผลที่เกิดขึ้นกับ ผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว.....	73
ครอบครัวที่ 1.....	74
ครอบครัวที่ 2.....	86
ครอบครัวที่ 3.....	94
ครอบครัวที่ 4.....	105
ภาพรวมของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดี และผลที่เกิด ขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว.....	113
ส่วนที่ 4 แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆ่าบุคคลใน ครอบครัวเมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง.....	120

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุปล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	127
บรรณานุกรม.....	144
ภาคผนวก.....	149
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	154



บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 ข้อมูลทั่วไปของญาติ.....	53
2 ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.....	54
3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี.....	55
4 ผลของคดีความของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี.....	57
5 แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีผ่านบุคคลในครอบครัว เมื่อกลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง.....	121



บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	39
2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ของญาติครอบครัวที่ 1 และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว.....	86
3 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ของญาติครอบครัวที่ 2 และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว.....	94
4 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ของญาติครอบครัวที่ 3 และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว.....	104
5 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ของญาติครอบครัวที่ 4 และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว.....	113
6 ภาพรวมของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ของญาติครอบครัว และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว.....	118
7 แผนภาพความคิดของการศึกษาเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการ ยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน และแบบแผนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย.....	124

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้กำหนดขอบเขตของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญ และเร่งด่วนไว้ 8 โรค/ภาวะ คือ โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม โรคลมชัก ความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์และสารเสพติด ความผิดปกติทางพัฒนาการ ปัญหาพฤติกรรมในเด็ก การทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตาย ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และเศรษฐกิจ สังคมอย่างมหาศาล

นพ.มล.สมชาย จักรพันธุ์ อธิบดีอธิบดีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต. 2550) กล่าวในการปาฐกถาพิเศษเรื่อง ถึงเวลาสร้างคนไทย ให้มีพลังใจดี สรุปได้ว่า ปัญหาสุขภาพจิตกำลังลุกลามมากในประเทศไทย โดยจากการสำรวจของกรมสุขภาพจิตพบว่า ผู้ป่วยด้านจิตเวชประมาณ 1 ใน 5 คนของคนไทยทั้งหมด หรือประมาณปีละ 1 ล้านคน ซึ่งสอดคล้องกับรายงานจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่เข้าถึงบริการของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตรวมทั้งสิ้น 17 โรงพยาบาลที่ให้บริการตามภูมิภาคต่างๆ ทั้งภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556-2558 จะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาทางจิตเวชแบบผู้ป่วยนอกนั้นมีจำนวนตามลำดับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 มีจำนวน 1,109,183 ราย จนถึง ปี พ.ศ. 2557 จำนวน 1,082,407 รายและ ปีพ.ศ. 2558 มีจำนวน 1,070,206 ราย (รายงานสจ.ร. 201-1 กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. 2556-2558) และมีการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลด้านจิตเวชประมาณปีละ 8 แสนคน ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานสถิติจำนวนข้อมูลผู้ป่วยในจิตเวชของหน่วยบริการ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556-2558 ตามลำดับดังนี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 มีจำนวน 87,730 ราย ปี พ.ศ. 2557 มีจำนวน 85,669 ราย และ ปี พ.ศ. 2558 มีจำนวน 88,327 ราย ประกอบกับ นพ.วชิระ เพ็งจันทร์ อธิบดีอธิบดีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ก็ได้กล่าวว่า สุขภาพจิตใจของประชาชนคนไทยปัจจุบันต้องเผชิญความเครียด ปัญหานานาชนิด ทำให้มีอัตราของผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น (บ้านเมือง. 2556. ออนไลน์)

อีกทั้งหน่วยงานที่ให้บริการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ในสังกัดกรมสุขภาพจิตทั้ง 17 โรงพยาบาลยังล้วนแล้วให้ความสำคัญกับประชาชนในทุกกลุ่มช่วงวัยต่างๆ ที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต โดยมีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบและความเชี่ยวชาญในการให้บริการทางการแพทย์ที่แตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล เช่น การให้บริการตรวจวินิจฉัยและให้บริการบำบัดรักษาเกี่ยวกับความบกพร่องในด้านพัฒนาการ และจิตเวชของกลุ่มเด็ก จิตเวชของกลุ่มวัยรุ่น อีกทั้งยังมีการให้บริการด้านจิตเวชในกลุ่มผู้สูงอายุ และนอกจากการให้บริการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่กล่าวไปแล้วข้างต้น โรงพยาบาลหลายๆ แห่งในสังกัดกรมสุขภาพจิตยังมีการ

ให้บริการทางการแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชที่ประกอบคดีร่วมด้วย

โรงพยาบาล/สถาบันจิตเวชหลายๆ แห่งของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข นอกจากจะเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย และบำบัดรักษาผู้ที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชทั่วไปแล้ว ยังมีหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยจิตเวชที่ประกอบคดี ทั้งการตรวจสภาพจิตของผู้ต้องหา ผู้ต้องขัง จำเลยที่ถูกส่งมาตามกระบวนการยุติธรรม (ราณี ฉายินทุ และ นงลักษณ์ สาดรา. 2543: 2) และรับผู้ป่วยจิตเวชที่อาจเป็นภัยต่อตนเอง ชุมชน และสังคม มารักษาไว้แผนกผู้ป่วยในอีกด้วย เมื่อคุณสิทธิของการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีที่มาใช้บริการที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ในช่วง 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึง ปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีจำนวน 341 ราย 206 ราย และ 225 รายตามลำดับ ซึ่งถ้าแยกตามประเภทของคดีที่เข้ามาบำบัดรักษาจะพบว่ามีความผิดต่อชีวิต พรบ. พันฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด ลักทรัพย์ พรบ.คนเข้าเมือง พรบ.ยาบ้า ทำร้ายร่างกาย บุกรุก และอื่นๆ เป็นต้น แต่ถ้าแยกตามประเภทคดีที่มีจำนวนมากที่สุด คือ คดีความผิดต่อชีวิต จำนวน 24 ราย รองลงมา คือ ความผิดเกี่ยวกับคดีลักทรัพย์ จำนวน 22 ราย และพรบ.คนเข้าเมือง 17 ราย (รายงานประจำปี สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. 2558: 26) โดยผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีดังกล่าวข้างต้นถูกเรียกว่า เป็นอาชญากรจิตผิดปกติ ซึ่งเป็นพวกที่มีปัญหาทางด้านจิตผิดปกติ โดยที่ความผิดปกติทางจิตเป็นเหตุให้ก่ออาชญากรรม สาลิกา โค้วบุญงาม. (2551: 1) และจากงานวิจัยของ กัลณิกา ศรีวงศ์วรรณ (2547: 4) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงสูงที่จะกระทำผิดมากกว่าโรคจิตชนิดอื่นๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะลักษณะอาการของโรคที่มักแสดงอาการรุนแรง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ทั้งด้านความคิด การรับรู้ และการกระทำ ซึ่งเราสามารถเห็นตัวอย่างได้จากตามข่าวจากหนังสือพิมพ์ “หญิงวิกลจริต คลั่งบุกเข้าไปในโรงเรียนเซนต์โยเซฟคอนเวนต์ ก่อนไล่แทงเด็กนักเรียนบาดเจ็บ 4 สาหัส” (ทีมข่าวอาชญากรรม. 2548. ออนไลน์)

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวจะเห็นว่าคนส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าผู้ป่วยโรคจิตนั้นอันตราย ก้าวร้าว ทั้งที่ความเป็นจริงแล้วมีผู้ป่วยจิตเวชเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง แต่จากสื่อต่างๆ ทั้งโทรทัศน์ที่มีการแสดงภาพยนตร์ที่แสดงถึงอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชมีถึงร้อยละ 77 หรือมีข่าวอาชญากรรมที่กระทำโดยผู้ป่วยจิตเวชต่างๆ ที่ความเป็นจริงมีเพียงจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับคดีอาชญากรรมที่เกิดจากการกระทำของบุคคลปกติทั่วไป (กรมสุขภาพจิต 2548) แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วมักจะสร้างความสะเทือนขวัญแก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง และประชาชนทั่วไป นอกจากนี้ยังมีกลุ่มคนอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมมาโดยตลอดเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย นั่นคือ บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยเองที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจ ทั้งเกิดภาวะความเครียดการถูกตอกย้ำความรู้สึกเกี่ยวกับการกระทำผิดของผู้ป่วย อีกทั้งยังมีการถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นครอบครัวที่ไม่ดีเพราะไม่ดูแลผู้ป่วย ปล่อยปละละเลยให้ผู้ป่วยมากระทำผิด ส่งผลกระทบต่อคนในชุมชนและสังคม บางครอบครัวย้ายที่อยู่ออกจากชุมชนเพราะชุมชนไม่ยอมรับ

(รุ่งฟ้า แสงพรหมชาติ. 2551: 139) และจากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่มีโอกาสได้ลงพื้นที่ที่มีผู้ป่วยจิตเวชกระทำผิดอาศัยอยู่นั้น ร่วมกับทีมแพทย์ พยาบาลชุมชน และนักสังคมสงเคราะห์จะพบว่าคนในชุมชนส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน หรือบ้านใกล้เคียงมักจะปฏิเสธการคบค้าสมาคมกับผู้ป่วยจิตเวช และคนในครอบครัวของผู้ป่วยเองก็อาจถูกปฏิเสธจากคนในชุมชนเช่นกัน และยิ่งไปกว่านั้นถ้าผู้ป่วยจิตเวชกระทำผิดโดยการก่อคดี “ฆ่า” คนในครอบครัวเดียวกันกับตนเองอะไรจะเกิดขึ้น ซึ่งจากงานวิจัยหลายเรื่องก็มีความเห็นคล้ายๆ กันในเรื่องของคนใกล้ชิดและคนในครอบครัวจะเป็นเหยื่อของผู้ป่วยจิตเวชที่ประกอบคดีฆ่า หรือทำร้ายร่างกาย โดยนงลักษณ์ สัตรา และราณี ฉายินทุ (2539: 3) กล่าวว่า จากการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า ผู้ที่ตกเป็นเหยื่อของการกระทำของผู้ป่วยจิตเวช เช่น ทำร้ายร่างกาย หรือฆ่า ส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส แม่ พ่อ ลูก จากงานวิจัยของ ตรีนันท์ สุขสภา (2542: 1) กล่าวว่า ผู้ที่ป่วยเป็นโรคทางจิต หรือผู้ป่วยจิตเวชนั้นจะไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ในที่สุดก็ต้องกระทำผิดกฎหมายโดยฆ่าหรือทำร้ายผู้ใกล้ชิด ซึ่งสอดคล้องกับ Annika Nordstrom (2006) กล่าวว่า ชาวตะวันตก จำนวนร้อยละ 10-15 เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรม และผู้ที่ตกเป็นเหยื่อส่วนใหญ่จะเป็นคนที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย คือ คนในครอบครัว และเพื่อน

นอกจากงานวิจัยแล้วยังมีการนำเสนอที่สามารถสะท้อนออกมาจากภาพข่าวในหนังสือพิมพ์ที่พาดหัวข่าวว่า “สะเทือนใจ!! ลูกชายโรคจิตฆ่าตัดคอพ่อบังเกิดเกล้า” (โคราชเดลินิวส์. 2554) “มือหั่นศพผ่า! อ้างเทพเข้าสิงต้องฆ่าทิ้งให้พ้นทุกข์” (ผู้จัดการออนไลน์. 2555) หรือ “สามีป่วยทางจิตฆ่าโหดภรรยา อ้างบูชาเทพเจ้า” (สำนักข่าวไทย. 2558) และไม่เพียงเท่านั้น ท้ายที่สุดของทั้งกระบวนการยุติธรรมหรือกระบวนการรักษาทางการแพทย์ที่ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีโดยทีมผู้รักษาจะเน้นการรักษาจนมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปลอดภัย ไม่เป็นอันตรายต่อสังคม ครอบครัวและตัวผู้ป่วยเอง เพื่อสุดท้ายแล้วจะได้ให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนและครอบครัว ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายที่ให้การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในระยะสั้น และส่งเสริมให้ ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนมากขึ้นเป็นการส่งเสริมการปรับตัว และการดูแลตนเองด้านสุขภาพโดยประชาชนและชุมชน (ภัทรภรณ์ ท่งปันคา;และคนอื่นๆ, 2548) แต่ครอบครัวไม่เพียงแต่ต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีแล้ว ยังได้รับผลกระทบทางจิตใจทั้งจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักที่ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้กระทำ ซึ่งในบางรายอาจได้รับผลกระทบจากชุมชนอีกด้วยทั้งการถูกปฏิเสธ การขับไล่ให้ออกจากชุมชน ซึ่งลักษณะที่กล่าวมาจะส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลในครอบครัว และชุมชน อาจทำให้เกิดการทอดทิ้ง ปฏิเสธ ไม่ยอมรับผู้ป่วยจนส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลในที่สุด (วัชรภรณ์ ลือไชยงค์. 2552: 1) และงานวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ของมยุรี กลับบงษ์ (2552:134) ยังพบอีกว่าผู้ดูแลที่มีความเหนื่อยหน่ายสูงจะส่งผลให้พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่ำลง โดยความเหนื่อยหน่ายมีอิทธิพลทางตรงในทางลบต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท บางรายผู้ป่วยขาดการเอาใจใส่ดูแล ขาด

ยา ถูกล่ำมโซ่ ถูกทิ้งปล่อยไว้ตามชุมชน อาจเป็นเพราะว่าญาติต้องทำงาน ไม่มีเวลาดูแล บางราย ถูกรังเกียจ กลัวถูกทำร้าย ผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับ แม้อาการดีขึ้นแล้ว ถูกแยกออกจากสังคม เกิดความอับอาย ไร้ค่า และในท้ายที่สุดญาติหลายรายอาจแสดงท่าทีที่ไม่เต็มใจหรือปฏิเสธการยอมรับ และการรับผู้ป่วยกลับไปดูแล ซึ่งพฤติกรรมการปฏิเสธดังกล่าวทำให้นักสังคมสงเคราะห์ตามโรงพยาบาลจิตเวชหลายแห่งต้องมีหน้าที่ในการส่งผู้ป่วยจิตเวชไปอยู่สถานสงเคราะห์

นอกจากนั้นผู้วิจัยซึ่งทำงานที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ได้มีโอกาสสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ (สุพรรณิ แสงรักษา. 2556: สัมภาษณ์) ที่มีหน้าที่โดยตรงเกี่ยวกับการส่งต่อข้อมูล ติดตาม ดูแลครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีหลังจากจำหน่ายจากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เพื่อเชื่อมระบบงานสาธารณสุขลงสู่ชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้สอบถามเกี่ยวกับสถานที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่เมื่อสิ้นสุดกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางนิติจิตเวชของทางสถาบันฯ หรือสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรมว่ามีสถานที่ไหนบ้าง ซึ่งคำตอบมีหลายแห่งดังนี้ คือ กลับไปอยู่เรือนจำ สถานสงเคราะห์ ชุมชนเดิมที่เป็นครอบครัวเดิมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ก่อนก่อคดี ชุมชนใหม่กับครอบครัวใหม่ และอาศัยอยู่ลำพังคนเดียวแต่อยู่ใกล้สถานพยาบาล นอกจากนี้ยังสัมภาษณ์เกี่ยวกับจำนวนของผู้ป่วยที่ได้กลับไปอยู่กับครอบครัวเดิมชุมชนเดิม ครอบครัวใหม่ชุมชนใหม่ ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ความว่า โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีเมื่อสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรมหรือกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางนิติจิตเวชของทางสถาบันฯ แล้วหลายรายไม่ได้กลับไปอยู่กับครอบครัวเดิมที่เป็นชุมชนเดิมของตนเอง แต่ก็มีบางส่วนหรือส่วนน้อยที่ครอบครัวสามารถยอมรับและให้กลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชนตามเดิม ในประเด็นนี้ก็ยังเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยมีความสนใจว่าครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีมีเงื่อนไขเกี่ยวกับการยอมรับผู้ป่วยกลับบ้านและมีแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีมาบุคคลในครอบครัวอย่างไร

จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยเกี่ยวกับการยอมรับผู้ที่กระทำผิดกฎหมาย ดังเช่นงานวิจัยในเรื่อง การยอมรับผู้ที่กระทำผิดคดีอาชญากรรมกลับคืนสู่สังคม : ศึกษากรณีจังหวัดนครปฐม ของกิตติคุณ บัวรุ่ง (2547: 145) จะพบว่าผลของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างให้ระดับของการยอมรับผู้กระทำผิดคดีอาชญากรรมคดีสามารถที่จะอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้ทุกระดับ สามารถมีพฤติกรรมที่แสดงออกคนในสังคมให้การยอมรับต่อผู้กระทำผิดอาชญากรรม ไม่ว่าจะเป็นการให้เกียรติ ให้ความช่วยเหลือ พูดคุยได้ ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นเป็นการศึกษาการยอมรับกับและการปฏิบัติตัวกับผู้ที่ไม่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชและกระทำผิด ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชร่วมด้วย คือ งานวิจัยที่เกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชจะพบว่าม้งานวิจัย การสำรวจเจตคติของชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชนนาร่อง ตำบลนครเจดีย์ อำเภอลำพูน จังหวัดลำพูน ของอังคณา สารคำ (2550: 42-56) ซึ่งผลการวิจัยที่พบจะแตกต่างจากการยอมรับผู้ที่กระทำผิดคดีอาชญากรรม คือกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างเห็นด้วยถ้าพบผู้ป่วยจิตเวชควรหลีกเลี่ยงให้ห่าง เพราะอาจถูกทำร้ายได้ ผู้ป่วยโรคจิตเป็นคนดื้อรั้น ควบคุมตนเองไม่ได้ และต้องระมัดระวังตัวเองมากเมื่ออยู่ต่อหน้าผู้ป่วยโรคจิต

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าในงานวิจัยต่าง ๆ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงการยอมรับการมีเจตคติของญาติต่อบุคคลปกติธรรมดาที่กระทำผิด หรือบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่ไม่ได้มีคตินิยม และยังมีการกล่าวถึงความเหนื่อยหน่ายของญาติ แต่ถ้าเป็นการกระทำผิดประเภทคดีฆ่าคนในครอบครัวโดยผู้กระทำเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวช ครอบครัวจะมีเงื่อนไขอย่างไรบ้างในการยอมรับและมีแบบแผนในการดูแลบุคคลเหล่านั้นอย่างไร ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่ายังพบว่ามีการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ค่อนข้างน้อย อีกทั้งงานวิจัยส่วนใหญ่ที่กล่าวมาข้างต้นจะเป็นใช้การวิจัยในเชิงปริมาณ แต่ลักษณะของงานวิจัยที่ผู้วิจัยให้ความสนใจนั้นผู้วิจัยเลือกใช้การวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งจะใช้ระเบียบวิธีการวิจัยศึกษารายกรณี (Case study approach) ซึ่งระเบียบวิธีการวิจัยนี้มีความเหมาะสมในการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เพื่อทำความเข้าใจเงื่อนไขของครอบครัวในการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีกลับบ้าน และแต่ละครอบครัวมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านอีกครั้งได้อย่างดีจนนำไปสู่การได้แบบแผนสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี นอกจากนั้นผู้วิจัยยังคาดว่าทั้งเงื่อนไขของครอบครัว และแบบแผนการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้นสามารถเป็นประโยชน์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความเกี่ยวข้องในการเตรียมความพร้อมครอบครัวที่มีแนวโน้มของการทอดทิ้ง ปฏิเสธให้รับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง และยังมีแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับบ้านร่วมด้วย

ปัญหาการวิจัย

1. ญาติมีเงื่อนไขอย่างไรในการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆ่าบุคคลในครอบครัวกลับบ้าน
2. ญาติมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆ่าบุคคลในครอบครัวอย่างไรเมื่อกลับบ้านและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว
3. ญาติมีแบบแผนอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆ่าบุคคลในครอบครัว เมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆ่าบุคคลในครอบครัวกลับบ้าน
2. เพื่อศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว
3. เพื่อค้นหาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆ่าบุคคลในครอบครัวเมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีความสนใจในการศึกษาเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรรมในครอบครัว กลับบ้าน ว่ามีสาเหตุ หรือเหตุผลอย่างไรที่นำไปสู่การยอมรับ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังต้องการจะศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับสู่ครอบครัว ผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร และนำไปสู่การค้นหาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมในครอบครัวเมื่อกลับคืนสู่ครอบครัว ในการนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้วิธีการศึกษาเฉพาะรายกรณี (Case Study) แบบ Instrumental Cases เป็นเครื่องมือในการทำควาเข้าใจ และตอบวัตถุประสงค์ทั้ง 3 ข้อของงานวิจัย โดยไม่ได้มุ่งเน้นให้รายละเอียดเชิงลึกของแต่ละ Case แต่เป็นเพียงการนำเสนอในภาพรวมหรืออาจเป็นการนำกรณีศึกษามาสืบค้นข้อค้นพบที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา โดยกรณีศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งการเลือกกรณีศึกษาเป็น 3 กลุ่มคือกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1 และผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 2

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ญาติที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมในครอบครัวที่เป็นผู้ตัดสินใจรับผู้ป่วยกลับบ้าน และมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับสู่ครอบครัว อีกทั้งในปัจจุบันยังมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในครอบครัวหนึ่งอาจจะมีญาติซึ่งเป็นผู้ที่ตัดสินใจรับและมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีมากกว่า 1 คน ซึ่งการเก็บข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลนี้สามารถเก็บข้อมูลทั้งในส่วนของเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดี กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดี ผลที่เกิดขึ้นจากการดูแล และนำไปสู่การค้นพบแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมในครอบครัวเมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง ใน การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการศึกษากับญาติที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมในครอบครัว ที่เป็นผู้ตัดสินใจรับผู้ป่วยกลับบ้านและมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมในครอบครัวเมื่อกลับสู่บ้าน ที่เป็นกรณีศึกษาประมาณ 4 รายที่มาจาก 4 ครอบครัว

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1 คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีหน้าที่ในการติดตาม และดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมในครอบครัว ทั้งจากหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนกลางและในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ผู้ป่วยและครอบครัวอาศัยอยู่ เพื่อเก็บข้อมูลที่เกี่ยวกับกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมในครอบครัวโดยนำข้อมูลที่ได้อมาเป็นทั้งข้อมูลสนับสนุนและตรวจสอบกับข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการศึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีหน้าที่ในการติดตามและดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมในครอบครัว ทั้งจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขในส่วนกลาง 3 ราย และเจ้าหน้าที่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 2 ราย รวมที่เป็นกรณีศึกษาทั้งสิ้น 5 ราย

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 2 คือ ตัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรรมในครอบครัวและเคยรับการตรวจวินิจฉัยเกี่ยวกับคดีความและบำบัดรักษาที่สถาบันจิตเวชแห่งหนึ่ง ปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัวมาอย่างน้อยเป็นระยะเวลา 1 เดือนขึ้นไป อีกทั้งมีอาการทางจิตสงบ และสามารถพูดคุย

โต้ตอบได้ตรงคำถามได้ เพื่อที่ผู้วิจัยสามารถที่จะเก็บข้อมูลมาสนับสนุนในส่วนของการกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีของครอบครัว และผลของการดูแลของครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยจะทำการศึกษาผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตบุคลิกในครอบครัวที่เป็นกรณีศึกษาทั้งสิ้น 4 ราย

นอกจากนั้นผู้วิจัยจะศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตบุคลิกในครอบครัวจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยของสถาบันจิตเวชแห่งหนึ่งร่วมด้วย เพื่อเป็นการสืบค้นครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีที่มีการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง พร้อมทั้งเป็นการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูล และอาจเป็นการสนับสนุนข้อมูลที่ผู้วิจัยสามารถค้นพบได้จากทั้งผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

จากการวิจัยในครั้งนี้จะทำให้มีความรู้ ความเข้าใจว่าหลังจากที่ผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตบุคลิกในครอบครัวแล้วนั้น ญาติที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันเงื่อนไขอย่างไรในการยอมรับผู้ป่วยมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างไรเมื่อกลับสู่ครอบครัว และมีแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตบุคลิกในครอบครัวอย่างไรเมื่อกลับบ้านอีกครั้ง นอกจากนี้เพื่อเป็นแนวทางให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีในการนำองค์ความรู้ที่ได้มาเตรียมความพร้อมของญาติกับครอบครัวอื่นๆ ที่มีกรณีคล้ายๆ กับกรณีศึกษาให้มีการยอมรับผู้ป่วยกลับบ้านในจำนวนที่มากขึ้น และมีแบบแผนให้ญาติผู้ป่วยจิตเวชครอบครัวอื่นๆ มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตบุคลิกในครอบครัวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี หมายถึง บุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร และพี่หรือน้องที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่คดีอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนใดๆ
2. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี หมายถึง ผู้ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตเวชและก่อคดีฆาตบุคลิกในครอบครัว โดยที่พนักงานสอบสวน หรือศาลส่งมาตามกระบวนการยุติธรรมเพื่อมาทำการตรวจวินิจฉัยทางนิติจิตเวช ณ สถาบันจิตเวชแห่งหนึ่ง และปัจจุบันได้เสร็จสิ้นกระบวนการยุติธรรมได้กลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง
3. เงื่อนไขในการยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน หมายถึง สาเหตุที่เป็นเรื่องขัดขวางหรือสนับสนุนให้ครอบครัวยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตบุคลิกในครอบครัวกลับไปอยู่บ้านอีกครั้งหลังเสร็จสิ้นกระบวนการรักษาและทางกระบวนการยุติธรรม

4. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีเมื่อกลับสู่ครอบครัว หมายถึง การกระทำที่เป็น การแสดงของญาติที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีความสุข

5. แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี หมายถึง รูปแบบการดูแลของญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี



บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและงานเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจเงื่อนไขที่เกี่ยวกับการยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว และเพื่อค้นหาแบบแผนพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีมาบุคคลในครอบครัว เมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง ว่ามีเงื่อนไขในการตัดสินใจรับผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีมาบุคคลในครอบครัวกลับบ้าน มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยจนนำไปสู่การมีแบบแผนการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชเมื่อกลับสู่ครอบครัว ซึ่งการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ศึกษา ทบทวนและรวบรวมเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้อย่างกว้างๆ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับนักวิจัยเชิงคุณภาพในการเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้น แต่จะไม่นำแนวคิดทฤษฎีที่รวบรวมได้นำมาเป็นกรอบที่ปิดกั้นปรากฏการณ์ที่กำลังจะศึกษา จนละเลยข้อค้นที่อาจเกิดขึ้นจากบริบทที่กำลังศึกษาซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี
 - 1.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเวชและจิตเวชที่มีคดี
 - 1.2 การเจ็บป่วยทางจิตเวชกับการกระทำผิด
 - 1.3 การดำเนินคดีผู้ป่วยนิติจิตเวช
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ก่อคดี
 - 2.1 ความหมายของผู้ดูแล
 - 2.2 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีของครอบครัว
3. แนวคิดเกี่ยวกับสังคมวิทยาและจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง
 - 3.1 แนวคิดทางสังคมวิทยา
 - แนวคิดเกี่ยวกับปฏิสังสรรค์สัญลักษณ์
 - แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่
 - แนวคิดเกี่ยวกับความเบี่ยงเบนทางสังคมและการตีตรา
 - 3.2 แนวคิดทางจิตวิทยา
 - แนวคิดการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม
 - การเรียนรู้โดยการสังเกต
 - การกำกับตนเอง
 - การรับรู้ความสามารถของตนเอง
 - แนวคิดเกี่ยวกับการคิดเชิงบวก
 - แนวคิดเกี่ยวกับการเติบโตภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5. การศึกษาเฉพาะกรณี (Case study)
 - 5.1 ความหมายและลักษณะของการศึกษาเฉพาะกรณี
 - 5.2 รูปแบบของการศึกษาเฉพาะกรณี
 - 5.3 วิธีการดำเนินการวิจัยแบบการศึกษาเฉพาะกรณี
6. กรอบแนวคิดของการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี

1.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี

คำว่า “คนบ้า” เป็นคำที่ไม่เป็นทางการที่เมื่อได้ยินแล้วทุกคนต่างรู้จักและเข้าใจอีกทั้งยังพบเห็นได้ทั่วไปในสังคม ได้แก่ คนที่แต่งกายสกปรก พุดคนเดียว นอนกลางถนน (สุรเดช ประยูรศักดิ์. 2553: 137) แต่ถ้าจะให้เข้าใจความหมายของคำนี้เป็นทางการ Word Health Organization (1997) ได้อธิบายว่า ผู้ป่วยโรคจิตหรือผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง ผู้ที่ตกอยู่ในสภาวะที่มีการสูญเสียการทำหน้าที่ของจิตใจที่สามารถทำให้เสียการหยั่งรู้ตัวตน การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นในการดำรงชีวิต หรือความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมต่างๆ ที่อยู่ในความเป็นจริง ซึ่งก็สอดคล้องกับ (รณชัย คงสกนธ์. 2553: 15) ที่กล่าวเอาไว้ว่า ผู้ป่วยจิตเวช คือ กลุ่มบุคคลที่มีอาการผิดปกติทางจิต โดยจะมีโรคซึ่งในทางการแพทย์เรียกว่า “โรคทางจิตเวช” ซึ่งหมายถึง โรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ ซึ่งจิตใจนั้น หมายถึง ส่วนที่เกี่ยวข้องกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึก บุคลิกภาพ ความจำ สถิติปัญญา การรับรู้ การรู้จักตนเอง และการตัดสินใจ โดยสามารถแบ่งเป็นกลุ่มย่อยได้อย่างน้อย 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มโรคจิตที่เกี่ยวกับภาวะทางร่างกาย กลุ่มนี้จะเกิดจากอาการสมองพิการเป็นโรคที่เกิดขึ้นกับสมอง เช่น ปัญญาอ่อน และอีกกลุ่ม คือกลุ่มโรคจิตที่ไม่เกี่ยวกับภาวะทางร่างกาย กลุ่มนี้จะเกิดจากความผิดปกติของจิตใจ เช่น โรคจิตเภท โรคหวาดระแวง และสอดคล้องกับ นริศรา ฉัพพรรณรังสี (2549) ได้ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรม โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตหรือเจ็บป่วยเป็นโรคจิตและรับรักษาไว้ในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาอาการทางจิตแล้วไปก่อคดีขึ้นทำให้ผู้อื่นได้รับความเสียหาย ไม่ว่าจะเป็นด้านชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ ชื่อเสียง ทรัพย์สิน

เมื่อเราทำความเข้าใจกับความหมายของคำว่าผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีที่กล่าวไปข้างต้นแล้ว อาจจะยังไม่สามารถเชื่อมโยงได้ว่าความเจ็บป่วยทางจิตเวชมีความเกี่ยวข้องกันกับการก่อคดีได้อย่างไร ซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยได้มีการศึกษาประเด็นนี้เพิ่มเติมในส่วนของหัวข้อต่อไปดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.2 การเจ็บป่วยทางจิตเวชกับการกระทำผิด

การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลกระทำผิดหรือก่ออาชญากรรมขึ้น ในที่นี้ขออธิบายถึงโรคทางจิตเวชที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสังคมและทำให้ผู้ป่วยกระทำผิดมากที่สุด คือ โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่ก่อคดีมากที่สุด โดยเฉพาะคดีรุนแรง เช่น ฆ่า ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน ซึ่งการก่อคดีดังกล่าวมีสาเหตุเนื่องจากอาการหลงผิด (Delusion) ผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิด หวาดระแวงว่าบุคคลอื่นมุ่งทำร้ายตน อาการหูแว่ว และมีภาพหลอน (Auditory; & Visual hallucination) ผู้ป่วยจะมีอาการหูแว่วได้ยินเสียงคนสั่งให้ทำนู่นทำนี่ มีความคิดผิดปกติ (Thought Disorder) มีความคิดแปลกๆ ไม่สมเหตุสมผล ทำให้กระทำผิดโดยขาดการยั้งคิดหรือยับยั้งชั่งใจได้ ขาดความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ซึ่งสถานการณ์ของการเจ็บป่วยทางจิตเวชย่อมมีอิทธิพลผลักดันให้ผู้ป่วยกระทำผิดในคดีอาชญากรรมต่างๆ ได้โดยที่ตนรู้เท่าไม่ถึงการณ์ หรือไม่สามารรถเล็งเห็นผลการกระทำนั้นๆ ได้ ผู้ป่วยทางจิตเวชอาจกระทำความผิดได้ง่ายด้วยเหตุผลหลายประการคือ 1. ตัวผู้ป่วยเป็นโรคจิตเอง ไม่สามารถที่จะรับรู้ความจริงเกี่ยวกับความรับผิดชอบชั่วดีได้ หรือสามารถที่จะเล็งเห็นผลข้างหน้า กล่าวคือ ไม่สามารถที่จะนึกคิดถึงผลต่อเนื่องจากการกระทำนั้นว่าอย่างไร คิดและทำเฉพาะหน้าเท่านั้น 2. ขาดการยับยั้งหรือหักห้ามใจเพราะมีความบกพร่องด้านระบบประสาทที่ไม่สามารถทำหน้าทีได้อย่างปกติ อาจจะทำให้เกิดความพิการของเนื้อสมองหรือจากความกดดันในสิ่งแวดล้อม และ 3. อาจถูกเกลี้ยกล่อมหรือชักจูงได้ง่าย จึงอาจเป็นเหยื่อของคนที่ไม่ฉลาดกว่า เช่น บุคคลปัญญาอ่อน และจากสถิติของการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยนิติจิตเวช ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ของปี พ.ศ. 2558 มีการแยกตามประเภทของคดีพบว่ามียุติความผิดต่อชีวิต พรบ. พันฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาและสารเสพติด ลักทรัพย์ พรบ.คนเข้าเมือง พรบ.ยาบ้า ทำร้ายร่างกาย บุกรุก และอื่นๆ เป็นต้น แต่ถ้ายกตามประเภทคดีที่มีจำนวนมากที่สุด คือ คดีความผิดต่อชีวิต จำนวน 24 ราย รองลงมา คือ คดีลักทรัพย์ จำนวน 22 ราย และคดี พรบ.คนเข้าเมืองจำนวน 17 รายตามลำดับ (รายงานประจำปี สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. 2558) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในเชิงป้องกันในผู้ป่วยคดีประทุษร้ายบุคคลในครอบครัว พบว่า ลักษณะของคดีที่ประทุษร้ายบุคคลในครอบครัว ส่วนใหญ่กระทำโดยการฆ่ามากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายบุคคล ภรรยาถูกประทุษร้ายมากที่สุด รองลงมาคือญาติผู้ใกล้ชิดและพ่อแม่ มีเพียงรายเดียวที่ฆ่าทั้งพ่อและแม่ ส่วนใหญ่ใช้อาวุธมีด พัน ธาง (นงลักษณ์ สาตรา; และราณี ฉายอินทุ. 2539:50)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมีส่วนในการก่อคดี โดยเฉพาะคดีฆ่าเป็นคดีที่เกิดมากที่สุด นอกจากนั้นบุคคลที่มีความเสี่ยงในการที่จะถูกผู้ป่วยทำร้ายจนถึงกับการฆ่า คือ บุคคลในครอบครัว แม้ว่าผู้ป่วยจิตเวชจะมีความบกพร่องด้านใดก็ตามแต่เมื่อผู้ป่วยจิตเวชก่อคดีขึ้นก็ไม่พ้นกระบวนการทางกฎหมายที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องเหมือนคนปกติทั่วไปที่กระทำผิด ทั้งการถูกดำเนินคดีไม่ว่าจะอยู่ในขั้นการสอบสวน ขั้นการพิจารณาของศาล หรือขั้นที่ศาลได้พิพากษาตัดสินแล้วก็ตาม นอกจากกฎหมายจะมาจัดการกับ

ผู้ป่วยประเภทนี้ทั้งในด้านคดีความแล้ว ยังมีการจัดการด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยโดยมีการรวมทั้งการเยียวยาจิตใจค่าเสียหายให้กับบุคคลภายนอกที่ได้รับความเสียหายนั้นด้วย ดังรายละเอียดในหัวข้อต่อไปดังนี้

1.3 การดำเนินคดีผู้ป่วยจิตเวชคดี

ในการดำเนินคดีผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ซึ่งโดยหลักแล้วเมื่อผู้ต้องหาหรือจำเลยได้ต่อสู้ว่าตนเองได้วิกลจริตขณะกระทำความผิด ซึ่งกฎหมายได้กำหนดไว้ว่าในระหว่างดำเนินคดีหรือมีเหตุอื่นอันควรเชื่อว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริต และไม่สามารถต่อสู้คดีได้ พนักงานสอบสวนหรือศาลก็จะสั่งให้แพทย์ตรวจผู้นั้น เสร็จแล้วก็จะเรียกแพทย์มาให้ถ้อยคำ ประกอบกับรายงานผลการตรวจวินิจฉัยทางนิติจิตเวชว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นคนวิกลจริตหรือไม่ หากปรากฏว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นคนวิกลจริตก็ให้งดการสอบสวนหรืองดการพิจารณาคดีไว้จนกว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยจะหายจากอาการวิกลจริต ซึ่งในการนี้พนักงานสอบสวนหรือศาลก็จะส่งตัวผู้ต้องหาหรือจำเลยไปยังโรงพยาบาลโรคจิต หรืออาจส่งตัวจำเลยไปให้กับญาติพี่น้องดูแลรักษาก็ได้ตามที่เห็นสมควร ทั้งนี้เป็นไปตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 กรณีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต จิตบกพร่อง จิตฟั่นเฟือน ขณะทำความผิดไม่รู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ และได้รับการยกเว้นโทษทางกฎหมายตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 แต่ถ้าหากปล่อยตัวแล้วจะไม่ปลอดภัยต่อสังคม ศาลจะส่งตัวมาคุมไว้ในสถานพยาบาลจนกว่าจะปลอดภัยต่อสังคมตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48 (รณชัย คงสกนธ์, 2553: 13) แต่ถ้าศาลเห็นควรให้ปล่อยตัวผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตก็สามารถกลับสู่ครอบครัวหรือชุมชนของตนเองได้ แต่ในความเป็นจริงมันไม่ง่ายอย่างนั้น เนื่องจากประสบการณ์ในการทำงานของผู้วิจัยโดยตรง และได้มีการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีพบว่า มีหลายครอบครัว และชุมชนที่ปฏิเสธการรับผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัว ชุมชน แต่ก็ยังมีบางครอบครัวที่ยินดีรับกลับ ซึ่งจากประเด็นความท้าทายดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการที่จะศึกษาค้นคว้าเอกสารเพิ่มเติมต่อไป ซึ่งน่าจะมีประเด็นของญาติว่ามีเงื่อนไขอย่างบ้างที่จะนำไปสู่การยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีกลับสู่ครอบครัวต่อไปได้

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช

2.1 ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ดูแลบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการหรือการเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นต้องได้รับการตอบสนอง หรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539: 86) ซึ่งจากการ

เทียบเคียงความหมายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้นก็มีความหมายที่ใกล้เคียงกับวัตถุประสงค์ของผู้วิจัยที่มีการศึกษาวิจัยครั้งนี้ที่ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคตินั้น หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่ตั้งแต่เริ่มวางแผนไขที่เกี่ยวกับการตัดสินใจในการยอมรับผู้ป่วยกลับมาฟื้นฟู ดูแลที่บ้าน และมีหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อกลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง ซึ่งได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่หรือน้องที่เคยอยู่ในครอบครัวเดียวกันก่อนที่ผู้ป่วยจะก่อคดี โดยต้องมีหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่เสมอ และเพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งได้แก่ การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การพักผ่อนนอนหลับ ทักษะทางด้านการใช้ชีวิตร่วมกับสังคม การประกอบอาชีพ เป็นต้น โดยผู้ดูแลในที่นี้ไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ

2.2 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคติของครอบครัว

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคติของครอบครัวนั้น บุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย คือ ญาติและบุคคลในครอบครัว ชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย (สมรัก ชูวานิชย์: 2553; 156) กล่าวว่า คนที่ป่วยทางจิตควรอาศัยร่วมกับครอบครัวมากกว่าอยู่คนเดียว สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (2547: 28-36) กล่าวว่า นอกจากนั้นในความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วยที่มีคติ ทั้งครอบครัว ชุมชน และกระบวนการยุติธรรมมีความคาดหวังว่า ไม่อยากให้คนกลุ่มนี้กระทำความผิดซ้ำ ตลอดจนให้เขาสามารถปรับตัวดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข ถูกต้องตามทำนองคลองธรรมและตามกฎหมายเมื่อกลับไปอยู่ในสังคมสุดท้ายเพื่อทำให้สังคมเกิดความสงบสุข โดยการป้องกันการก่อคดีซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเวชเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการดูแลสุขภาพจิตผู้ป่วยที่มีคติในชุมชนแล้ว และยังเพื่อให้เกิดความสงบสุขแก่สังคมร่วมด้วย อีกทั้งยังเป็นการป้องกันมิให้ครอบครัว ชุมชน และสังคมเกิดความหวาดกลัว ความรังเกียจผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นบุคคลที่ควรได้รับความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจและเมตตาอีกด้วย ซึ่งการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นการควบคุมอาการให้เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติ มิให้อาการกำเริบเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งวิธีการดูแลผู้ป่วยมีสามารถสรุปได้ดังนี้

สิ่งที่ญาติควรทำ คือ ควรดูแลในเรื่องของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ให้ผู้ป่วยงดการใช้สารเสพติดทุกชนิด ดูแลในเรื่องการนอนกลางวันนี้อาจมากเกินไป ให้ผู้ป่วยได้ทำงานในสิ่งที่เขาสามารถทำได้ และเฝ้าสังเกตความผิดปกติเริ่มแรกก่อนอาการรุนแรงจะกำเริบ

สิ่งที่ญาติควรหลีกเลี่ยง คือ พยายามหลีกเลี่ยงความขัดแย้งและความตึงเครียดที่มีต่อกันในครอบครัว หลีกเลี่ยงการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยในลักษณะก้าวท้าว บังคับผู้ป่วยมากเกินไป

ซึ่งผู้วิจัยได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคติเมื่อกลับสู่ชุมชนโดยเฉพาะเจาะจงนั้นยังมีน้อยมากดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลทั้งผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยจิตเภทโดยครอบครัวมาใช้ในการเทียบเคียงในการค้นหาคำตอบตามวัตถุประสงค์ของผู้วิจัยที่ต้องการจะศึกษากระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เคยก่อคดี โดยงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย

จิตเภทของ สมภพ เรื่องตระกูล (2542) ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการครอบคลุม 6 ด้านดังนี้ ด้านความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการรักษา และด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งจากด้านต่างๆ ข้างต้นมีรายละเอียดดังนี้ ด้านความเป็นอยู่ ผู้ดูแลต้องคอยให้ความช่วยเหลือ คอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ของตนเอง ดูแลการรับประทานอาหาร ด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเสื่อมของบุคลิกภาพ การคิดการตัดสินใจในการทำงานซึ่งอาจไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ผู้ดูแลจึงมีความจำเป็นในการรับภาระเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านการดำรงชีวิต และด้านการรักษาพยาบาล ด้านสังคม ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว สังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลควรชมเชย และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถช่วยแก้ปัญหา หรือไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ด้านการรักษา ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือนในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และมาพบแพทย์ตามนัด สุดท้ายด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและฝึกทักษะให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และงานวิจัยของ ภัทราภรณ์ ท่งปันคำ (Tungpunkom, 2000) ได้กล่าวเกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยสามารถแบ่งได้เป็นด้านๆ ดังนี้ คือ

1) ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ ซึ่งญาติต้องมีทักษะในด้านการเตือน โดยการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม หรือพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน เตือนในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง การทำงานอื่นๆ ในบ้าน และการเตือนในเรื่องรับประทานยา ซึ่งสิ่งที่ผู้ดูแลต้องตระหนักคือ คำพูด น้ำเสียง และสภาพจิตใจที่ดีที่เป็นการแสดงออกถึงความห่วงใย และความรัก โดยพยายามหลีกเลี่ยงการไม่ใช้อารมณ์ ทักษะการแนะนำ ก็เป็นลักษณะการชี้แนะ การอธิบายผู้ป่วยในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ทักษะการทำกิจกรรมแทน เป็นทักษะที่ผู้ดูแลทำกิจกรรมที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตประจำวันให้กับผู้ป่วย เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน ทักษะการสอนกำกับ เป็นทักษะที่ผู้ดูแลได้ฝึกกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วยอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมนั้นด้วยตนเอง ทักษะการตอรอง เป็นเทคนิคการสร้างเงื่อนไข เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์โดยใช้รางวัล ชื่นชม หรือการลงโทษ ทักษะการไต่ถามไถ่ เป็นทักษะในการเจรจา พูดอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจเมื่อผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิต และทรัพย์สินของผู้อื่น นอกจากนั้นผู้ดูแลก็ควรเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคจิตเวช เพื่อนำไปอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อม เป็นการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา และทักษะการถูกประทุษร้าย การถูกรังเกียจ ซึ่งทักษะนี้เป็นการที่ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับการที่มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัวได้

2) ด้านการดูแลอาการที่เกิดจากภาวะโรค ผู้ดูแลมีทักษะต่างๆ ดังนี้ ทักษะในการประเมินการสังเกตอาการที่เริ่มกลับมาเป็นซ้ำ รวมถึงสังเกตปัญหาและความต้องการในการ ทักษะการขอความช่วยเหลือ ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทักษะการบอกสิ่งที่จริง และเกี่ยวข้องกับสภาวะปัจจุบันเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในสิ่งที่เกิดขึ้นจริง

ทักษะการถอยห่าง ซึ่งเป็นทักษะในการที่ผู้ดูแลสามารถหลีกเลี่ยงออกจากสถานการณ์ เช่น การเดินหนีเพื่อสงบสติอารมณ์ ซึ่งทักษะนี้สามารถเชื่อมโยงกับทักษะการป้องกันตนเองจากการถูกทำร้ายจากผู้ป่วย

3) ด้านบริหารการดูแลด้านยา โดยทักษะมีดังนี้ ทักษะการจัดการเรื่องยา เป็นการดูแลจำนวนยาให้เพียงพอจนถึงวันนัดและการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาครบตามแผนการรักษา ตลอดจนการจัดเก็บยาให้ปลอดภัย และทักษะการประเมิน การสังเกตอาการ ผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น เพื่อจะได้ช่วยประคับประคอง และช่วยเหลือผู้ป่วยหากมีอาการรุนแรง

จากการทบทวนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี และผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปแล้วนั้นจะพบว่า มีพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี และผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปมีพฤติกรรมคล้ายๆ กัน คือ ผู้ดูแลมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมในการคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการไปพบแพทย์เมื่อถึงกำหนดวันนัด อีกทั้งผู้ดูแลต้องมีการกระตุ้น คอยคุมกำกับให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำงาน หรือรับผิดชอบกิจวัตรประจำวัน que ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเองได้ คอยสังเกต ประเมินอาการที่กำเริบขึ้นมา และผู้ดูแลต้องคอยให้กำลังใจ กล่าวคำชื่นชม เมื่อผู้ป่วยสามารถทำพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ตามที่ผู้ดูแลต้องการ นอกจากนั้นยังมีพฤติกรรมอื่นๆ เพิ่มเติมที่มีความหลากหลายในการดูแลผู้ป่วยจากงานวิจัยที่กล่าวไปข้างต้น ได้แก่ ผู้ดูแลควรต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยงดการใช้สารเสพติดทุกชนิด ลดการนอนกลางวันของผู้ป่วยที่นานจนเกินไป การหลีกเลี่ยงความขัดแย้งหรือความตึงเครียดในครอบครัว การที่ต้องรับเป็นภาระในส่วนของการดำรงชีวิตและค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย และการที่ผู้ดูแลสามารถที่จะเผชิญกับการถูกชุมชน สังคมรังเกียจในการมีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัว

3. แนวคิดเกี่ยวกับสังคมวิทยาและจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง

3.1 แนวคิดทางสังคมวิทยา

แนวคิดเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (Symbolic Interaction)

การกระทำระหว่างกันด้วยสัญลักษณ์ (Symbolic Interaction) หมายถึง ลักษณะการประพฤติปฏิบัติต่อกันของมนุษย์ในสังคมที่อาศัยการติดต่อสื่อสารสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ มนุษย์ตอบโต้การกระทำของกันและกันบนพื้นฐานของความหมายของอากัปกริยา แปลความหมายของอากัปกริยาของกันและกัน ลักษณะเช่นนี้ทำให้อากัปกริยาทั้งหลายกลายเป็นสัญลักษณ์ซึ่งแฝงไว้ด้วยความคิดของผู้เข้าร่วมปฏิสัมพันธ์ ซึ่งสัญลักษณ์เป็นสิ่งที่แทนการกระทำทั้งหมด พฤติกรรมส่วนใหญ่ของมนุษย์จึงเป็นเรื่องของการประพฤติปฏิบัติต่อกันอย่างมีความเข้าใจในสัญลักษณ์ที่ใช้เพื่อการติดต่อสื่อสารสัมพันธ์ระหว่างกัน ถ้าปัจเจกบุคคลที่เข้ามาประพฤติปฏิบัติต่อกันไม่แปลความหมายของอากัปกริยาในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน หรือไม่ยอมกระทำตอบโต้ อากัปกริยาของอีกฝ่ายหนึ่งให้เป็นไปตามความหมาย เจตนารมณ์ของอีกฝ่าย การกระทำที่ร่วมแรงร่วมใจช่วยเหลือจนเจือกันอันเป็นคุณลักษณะใหญ่ของชีวิตสังคมก็คงจะไม่เกิดขึ้น หรือกล่าวได้ว่า สังคมมนุษย์อยู่บน

พื้นฐานของการตกลงร่วมกัน คือการรับรู้ในความหมายของการกระทำระหว่างกัน อันก่อให้เกิดการเข้าใจร่วมกันและคาดหวังร่วมกัน

โดยผู้วิจัยมีมุมมองผ่านแนวเรื่องของการกระทำระหว่างกันด้วยสัญลักษณ์ (Symbolic Interaction) ในการที่จะอธิบายการสร้างเงื่อนไขในการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรรมในครอบครัวกลับบ้านของญาติที่ว่าลักษณะของการสื่อสารการกระทำร่วมกันด้วยสัญลักษณ์และต้องมีการแปลความหมายการกระทำร่วมกันนั้นผู้วิจัยมีความคิดที่สามารถแบ่งกลุ่มการที่มีการกระทำระหว่างกันด้วยสัญลักษณ์ได้ 3 กลุ่ม โดยกลุ่มแรก คือ ญาติกับญาติที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีที่ยอมรับผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวอีกครั้งที่ต้องมีการกระทำระหว่างกันด้วยสัญลักษณ์ โดยการประพฤติปฏิบัติต่อกันของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชต้องมีการติดต่อสื่อสารปรึกษาหารือกันในประเด็นของการจะตัดสินใจที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้านหรือไม่ ซึ่งรูปแบบของการสื่อสาร เช่น การพูดของบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือหลายบุคคลสามารถที่ให้การยอมรับผู้ป่วยให้กลับบ้านได้และอาจมีการแสดงท่าทางอากัปกริยาสนับสนุนคำพูดดังกล่าว ซึ่งลักษณะคำพูดท่าทางดังกล่าวก็จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องที่ต้องมีการแปลความหมาย และถ้าสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวสามารถที่จะแปลความหมายของคำพูด และท่าทางเข้าใจเจตนารมณ์ของสมาชิกคนดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและเข้าใจตรงกัน ก็จะส่งผลให้สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวก็จะมีการตอบโต้ความคิดยอมรับผู้ป่วยให้กลับบ้านซึ่งเป็นลักษณะของการกระทำที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่ถ้าสมาชิกส่วนใหญ่ไม่สามารถที่จะเข้าใจเจตนารมณ์ ไม่สามารถที่จะแปลความหมายของอากัปกริยาในลักษณะที่ตรงกันได้ การแสดงการโต้ตอบต่อความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ จะไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือในกรณีนี้สมาชิกในครอบครัวอาจจะไม่ร่วมมือในการรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง กลุ่มที่สอง คือ ญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกับคนในชุมชนที่จะต้องมีการสื่อสาร พูดคุยแสดงท่าทางและการแปลความหมายในการที่จะตัดสินใจรับผู้ป่วยกลับบ้านอีกครั้ง ซึ่งในประเด็นนี้ผู้วิจัยมีมุมมองคล้าย ๆ กับกลุ่มแรกแต่เป็นการเปลี่ยนการแปลความหมายท่าทาง คำพูด สัญลักษณ์เป็นระหว่างญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกับชุมชนในลักษณะที่ว่าญาติต้องมีการแปลความหมายสัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่คนในชุมชน หรือคนในละแวกบ้านที่มีการแสดงความคิดเห็น คำพูด หรือสัญลักษณ์ต่าง ๆ ในการที่จะเป็นไปในทางที่จะยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับสู่ชุมชนหรือไม่อย่างไร ซึ่งถ้าปฏิกิริยาของชุมชนเมื่อญาติมีการแปลความหมายเป็นไปในทิศทางที่ชุมชนยอมรับ ญาติก็อาจเข้ามาเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการที่จะตัดสินใจรับผู้ป่วยกลับบ้านอีกครั้ง และกลุ่มที่สาม คือ ระหว่างญาติของผู้ป่วยที่มีส่วนในการตัดสินใจรับผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวอีกครั้งกับตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งกลุ่มนี้ผู้วิจัยมีมุมมองในทิศทางคล้าย ๆ กลุ่มอื่น ๆ ข้างต้นที่ว่าญาติในครอบครัวก่อนที่จะตัดสินใจรับผู้ป่วยกลับบ้านอีกครั้งนั้นก็จะต้องมีการแปลความหมายที่เป็นทั้งความคิด คำพูด ท่าทางอากัปกริยาของผู้ป่วยในเรื่องของการเจ็บป่วยทางจิตเวช ซึ่งถ้าผู้ป่วยสามารถที่จะสื่อสารทั้งคำพูด ความคิด และพฤติกรรมที่สามารถสื่อไปถึงญาติในครอบครัวได้ว่าตนเองสามารถที่จะกลับไปอยู่กับคนในครอบครัวได้อีกครั้ง และญาติก็สามารถที่จะแปลความหมายดังกล่าวได้ตรงกันกับสิ่งที่ผู้ป่วยแสดง

ว่าสามารถที่จะอยู่ร่วมกับครอบครัวได้เช่นกัน ญาติก็อาจเอาประเด็นนี้เป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจที่จะรับผู้ป่วยจิตเวชกลับบ้านอีกครั้ง

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการกระทำด้วยสัญลักษณ์ เป็นทฤษฎีประเภทจุลภาค (Micro) ที่ให้ความสำคัญต่อมนุษย์แต่ละคนและช่วยให้ความรู้เกี่ยวกับสังคมมนุษย์ยิ่งขึ้น ซึ่ง จอร์จ เฮร์เบิร์ต มีด (George Herbert Mead) ได้กล่าวถึงเรื่องของจิต (Mind) ตัวตน (Self) และสังคม (Society) โดย มีด (Mead) มีความเห็นว่าลักษณะเด่นของจิตมนุษย์มี 3 ประการ คือ 1) จิตมีความสามารถใช้สัญลักษณ์กำหนดสิ่งต่างๆ ในสภาพแวดล้อม สามารถทำให้รู้จักสิ่งต่างๆ 2) จิตสามารถฝึกซ้อมแนวทางการกระทำต่อสิ่งต่างๆ ก่อนที่จะลงมือกระทำจริง 3) จิตสามารถหักห้ามแนวการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมไม่ควร แต่อย่างไรก็ตาม มีด (Mead) ยังมีความเชื่ออีกว่า จิตเป็นผลผลิตทางสังคม (Social Product) คือไม่มีมาตั้งแต่กำเนิด จิตเกิดจากการที่มนุษย์สัมพันธ์กัน โดยในขั้นแรกทารกที่เกิดมาจะมีความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด ทารกจะเลือกสรรท่าทาง (gesture) ต่างๆ ที่เขาแสดงออกไปอย่างเดาสุ่มกับบุคคลเหล่านั้นที่ทำให้บุคคลเหล่านั้นกระทำทางบวก การเลือกสรรเช่นนี้อาจเป็นได้ทั้งการสอนของคนและการเดาสุ่มเอาเอง ซึ่งการเลือกท่าทางเช่นนี้เมื่อดำเนินไปเรื่อยๆ จนกระทั่งพบ “ความหมายทั่วไป” (Common meanings) ของท่าทางเหล่านั้นที่เข้าใจตรงกัน มีด (Mead) ให้ความหมายทั่วไปนี้ว่า “ท่าทางตามประเพณี” (Conventional gesture) ซึ่งความสามารถในการตีความท่าทางตามประเพณี ที่มีความหมายทั่วไปของมนุษย์นี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญในกระบวนการพัฒนาจิต อัตตา และสังคม คือ เมื่อมนุษย์รับรู้และตีความท่าทางแล้วก็แสดงว่า มนุษย์มีความสามารถ “สวมบทบาทของผู้อื่น” เมื่อสามารถอ่านและตีความท่าทางตามประเพณีที่ไม่ได้แสดงออกมาอย่างเปิดเผยได้ บุคคลก็สามารถฝึกซ้อมแนวปฏิบัติตอบในใจ เพื่อเลือกแนวทางที่จะให้ความร่วมมือจากผู้อื่นก่อนที่จะแสดงออกมาจริงได้ เมื่อครอบครัวเริ่มมีการปรึกษาหารือกันในเรื่องของการที่จะรับหรือไม่รับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับมาอยู่ในครอบครัวนั้น และก่อนที่จะมีการตัดสินใจ ญาติมีการอ่านและตีความหมายพฤติกรรมท่าทางที่แสดงออกอย่างชัดเจนและไม่แสดงออก ทั้งคำพูดความคิด อารมณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งถ้าญาติสามารถเข้าใจความหมายของท่าทางดังกล่าวได้ โดยการสวมบทบาทว่าถ้าตนเองเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีที่อยู่ที่มีความต้องการที่จะกลับบ้าน ญาติก็สามารถที่จะมีการฝึกซ้อมในใจว่าถ้าผู้ป่วยกลับมาอยู่ในครอบครัวจะมีการฝึกซ้อมแนวทางในการที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีว่าจะต้องมีการดูแลวิธีการอย่างไร มีการคิดวิเคราะห์แนวทางที่เหมาะสม และไม่เหมาะสมในใจก่อนที่จะตัดสินใจให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้านและมีการลงมือปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีอย่างจริงจัง

อัตตาทางสังคม เป็นการที่มนุษย์สามารถให้ความหมายกับตนเอง ซึ่งการตีความหมายท่าทางต่างๆ ของบุคคลอื่นไม่เพียงแต่ช่วยให้เกิดการประสานงานระหว่างมนุษย์ด้วยกันเท่านั้น แต่จะสามารถนำมาประเมินผลตนเองได้ด้วย มีด (Mead) กล่าวว่า เมื่อบุคคลได้ “ภาพตนเอง” (self-image) จากสายตาของคนอื่นที่สัมพันธ์กับตนมาระยะหนึ่ง จากภาพของตนเองที่มีลักษณะชั่วคราวนี้จะค่อยๆ ผังลึกจนในที่สุดกลายเป็น “ความคิดเกี่ยวกับตนเอง” ซึ่ง มีด (Mead) มีขั้นตอนของการพัฒนาอัตตาที่เป็นการเปลี่ยนแปลงภาพตนเองที่มีลักษณะชั่วคราวไปจนผังลึกลงไปไว้ 3 ขั้นตอน

ขั้นที่ 1 ขั้นการเอาใจเขามาใส่ใจเรา (role-taking) ซึ่งการสวมบทบาทของผู้อื่น มีด (Mead) เรียกว่า ขั้นการเล่นบทบาท (play stage) ในขั้นนี้ญาติผู้ปวยจิตเวชอาจมีโอกาสดิเรียนรูการสวมบทบาทของบุคคลสำคัญ เช่น พ่อ แม่ พี่ หรือ น้องที่ อาจทำให้เกิดการความสำนึกเกี่ยวกับตนเอง แต่ความสำนึกเกี่ยวกับตนเองยังไม่เป็นไปในลักษณะของภาพที่ฝังแน่น ขั้นที่ 2 ขั้นเกมกีฬา (game stage) ขั้นนี้ญาติสามารถสวมบทบาทคนอื่น เอาอย่างคนอื่นได้มากขึ้น สามารถร่วมมือกับผู้อื่นได้มากขึ้น และขั้นสุดท้าย บุคคลสามารถสวมบทบาทของบุคคลทั่วไป (generalization other)

นอกจากนั้น มีด (Mead) ยังเชื่ออีกว่า สังคมเป็นปรากฏการณ์ที่สร้างสรรค์ขึ้นจากการปรับตัวระหว่างการกระทำระหว่างมนุษย์ โดยที่จิตและอัตตา ทำให้สามารถมองเห็นสังคมในสภาพที่ไหลเลื่อนไปมา และเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตามที่เห็นควร โดยอัตตา ประกอบด้วย I และ Me โดยที่ I คือ เป็นปัจเจกชน – เป็นตัวตน – หรืออัตตาที่ตอบสนองต่อทัศนคติของผู้อื่นโดยทันทีทันใดตามธรรมชาติ ส่วน Me คือ เป็นการรับรู้ทัศนคติของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง ซึ่งญาติของผู้ป่วยที่ยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่ดิดกลับสู่ครอบครัวนั้นก็ต้องมีการกระทำระหว่างกันกับทั้งผู้ป่วยเอง และคนในชุมชนที่ญาติและครอบครัวอาศัยอยู่ว่ามีมุมมอง มีทัศนคติเกี่ยวกับญาติ (Me) ในการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีดิดกลับบ้าน ซึ่งลักษณะดังกล่าวอาจจะมผลต่อการตีความ การให้ความหมายของตนเองในการที่จะแสดงการยอมรับ และการแสดงพฤติกรรมในการที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อสู่ครอบครัวอีกครั้ง (I)

นอกจากแนวคิดปฏิสังสรรค์สัญลักษณ์จะสามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมของญาติที่มีการอธิบายพฤติกรรมการมีปฏิสังสรรค์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ระหว่างครอบครัวผู้ป่วยกับชุมชน และระหว่างครอบครัวผู้ป่วยกับตัวผู้ป่วยเองนั้น ซึ่งจะมีการแปลความหมายของสัญลักษณ์ที่แต่ละกลุ่มมีการสื่อสารกันในการแสดงออกถึงคำพูด ท่าทาง แสดงเจตนาธรรมณ์ เพื่อนำไปแปลความในการแสดงพฤติกรรม ปฏิกริยาในการที่จะตัดสินใจรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีดิดกลับบ้านนั้นได้แล้วนั้น ผู้วิจัยยังมีความสนใจอีกว่ายังมีแนวคิดอื่น ๆ ที่สามารถนำมาอธิบายร่วมว่าญาติมีเงื่อนไขอย่างไรในการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีดิดกลับสู่ครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยสนใจแนวคิดเกี่ยวกับบทบาท (Role Theory) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ (Role Theory)

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2550: 169-177) กล่าวว่า ทฤษฎีการกระทำระหว่างกันด้วยสัญลักษณ์เป็นทฤษฎีที่ศึกษาเรื่องของปัจเจกชน ซึ่งการศึกษาปัจเจกชนที่สำคัญอย่างหนึ่งก็คือ เรื่องของบทบาท (role) ดังนั้น ความรู้เรื่องบทบาทจึงนับเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีการกระทำระหว่างกันด้วยสัญลักษณ์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยทฤษฎีบทบาทจะกล่าวถึงลักษณะของสังคมมนุษย์และลักษณะของปัจเจกชน แล้วชี้ให้เห็นว่า ตัวเชื่อมระหว่างสังคมและมนุษย์นั้นก็คือบทบาทนั่นเอง

นักทฤษฎีบทบาทอธิบายว่า มนุษย์แต่ละคนก็จะมีตำแหน่งต่าง ๆ ที่แน่ชัด มีบรรทัดฐานสังคมควบคุมพฤติกรรม มนุษย์ในสังคมต้องเชื่อฟังผู้มีอำนาจในสังคม ต้องปรับตัว ต้องสวมบทบาท

ของคนอื่นๆ และประการสุดท้าย มนุษย์ในสังคมต้องอาศัยภาพตัวตน ทักษะในการสวมบทบาทเข้าช่วยเป็นสไตร์ของตนเองในการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม

สำหรับนักทฤษฎีบทบาท สังคมมนุษย์เป็นโครงข่าย (network) ของตำแหน่งทางสังคม (positions) หรือสถานภาพ (statuses) โดยมีปัจเจกชนเป็นผู้แสดงบทบาท ทั้งนี้ไม่ว่า ตำแหน่งแต่ละตำแหน่งหรือกลุ่มสังคมอันประกอบด้วยตำแหน่งทางสังคมจำนวนหนึ่ง ล้วนแต่มีความคาดหวังจากสังคมเป็นกรอบให้ผู้ดำรงตำแหน่งต้องแสดง ดังนั้น สังคมมนุษย์จึงประกอบด้วยโครงข่ายสถานภาพและความคาดหวังจำนวนมากนั่นเอง โดยทั่วไปเมื่อพูดถึงสถานภาพ เรามักจะมองที่ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยสังคมหน่วยต่าง ๆ เช่น สถานภาพพ่อก็จะแสดงถึงความสัมพันธ์ต่อไปถึงสถานภาพแม่และสถานภาพลูกหลาน เป็นต้น เมื่อกล่าวถึงครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคตินั้นก็ถือได้ว่า ก็เปรียบเสมือนโครงข่ายเล็กๆ ที่มีสถานภาพต่าง ๆ เป็นส่วนประกอบหลายตำแหน่งเช่นกัน ซึ่งบุคคลในครอบครัวทุกคนต่างก็ต้องมีการสวมบทบาทในตำแหน่งที่ตนเองได้รับ ซึ่งอาจจะมีทั้งพ่อ ก็แสดงบทบาทความเป็นพ่อ และเชื่อมโยงไปสู่ แม่ ก็ต้องแสดงบทบาทความเป็นแม่ พี่ น้อง ลูก หลานคนอื่น ๆ และรวมทั้งตัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีคตินั้นก็ต้องมีตำแหน่ง ๆ หนึ่งในครอบครัวของตนเองเช่นกัน ซึ่งแต่ละตำแหน่งต่างก็ต้องมีความเกี่ยวโยง ความเชื่อมโยงกัน และที่สำคัญในแต่ละสถานภาพต่าง ๆ ก็ต้องมีการแสดงบทบาทที่แตกต่างกันไป ซึ่งการที่ทุกคนจะแสดงตามบทบาทได้นั้นจะมีสิ่งที่เรียกว่า ความคาดหวังของแต่ละสถานภาพเป็นกรอบในการปฏิบัติของผู้ดำรงสถานภาพอีกชั้นหนึ่ง โดยนักทฤษฎีบทบาทแบ่งความคาดหวังอันที่เป็นกรอบสำหรับสถานภาพออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. ความคาดหวังจาก “บท” (Expectation from the “script”) สำหรับโลกของความเป็นจริง “บท” (script) ก็คือ บรรทัดฐานทางสังคม (norms) นั่นเองซึ่งสังคมทุกสังคมจะกำหนดเอาไว้กว้าง ๆ ว่าผู้ดำรงตำแหน่งใดจะต้องแสดงหรือทำอะไร อย่างไร เช่น ในสังคมไทย พ่อแม่จะต้องดูแล อบรม ลูก นักเรียนจะต้องเรียนหนังสือและเชื่อฟังครู เป็นต้น เมื่อความคาดหวังประเภทนี้กำหนดไว้กว้าง ๆ บุคคลก็อาจประพฤติปฏิบัติแตกต่างกันไปบ้างตามเหตุการณ์ สถานที่ หรือความต้องการของบุคคลนั้น ๆ แต่อย่างไรเสียก็จะต้องอยู่ภายในขอบเขตของบรรทัดฐานของสังคม ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคตินั้นก็มีบุคคลที่แสดงบทบาทตามสถานภาพหลายในหลาย ๆ ตำแหน่งเช่นเดียวกัน โดยอาจมีทั้งสถานภาพความเป็นพ่อ แม่ ลูก พี่ น้อง หลาน ซึ่งแต่ละสถานภาพก็ต้องมีการแสดงบทบาทตามความคาดหวังของบรรทัดฐานทางสังคมเช่นกัน คือ พ่อ แม่ ก็ควรดูแลลูก ลูกก็ควรที่จะต้องดูแลพ่อแม่ ญาติพี่น้องก็ควรที่จะต้องดูแลให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งบุคคลในครอบครัวที่มีลักษณะของความเป็นโครงข่าย มีความเกี่ยวข้องกัน และที่สำคัญคนในครอบครัวต่างก็มีสถานภาพ มีบทบาทหน้าที่ ๆ ต้องดูแลกันและกันตามบรรทัดฐานข้างต้น ดังนั้นความคาดหวังตามบทนี้ก็อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนในการตัดสินใจของญาติในการที่จะรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคตินั้นและพาคนในครอบครัวกลับมาอยู่บ้านอีกครั้ง เพื่อให้บุคคลในครอบครัวต่างก็ได้แสดงบทบาทของตนเองในการดูแลซึ่งกันและกันตามความคาดหวังของบท

2. ความคาดหวังจาก “ผู้แสดง” อื่น (Expectation from other “players”) ในสังคมมนุษย์ ตามความคิดของนักทฤษฎีสำนักนี้ ที่มนุษย์คนอื่นในสังคมก็มีส่วนสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ด้วยกัน ความคิดเช่นนี้ก็เป็นทำนองเดียวกับความคิดเรื่อง significant others และ generalized others ของ Mead และเรื่อง Looking-glass self ของ Cooley นั่นเอง เพียงแต่ว่าความคิดของทั้งสองท่านนี้ใช้อธิบายการเกิดของตัวตน (self) แต่ของทฤษฎีบทบาทใช้ในความสัมพันธ์ทางสังคมทั่วไป นอกจากความคาดหวังตามบทบาทซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการกล่าวถึงบุคคลในครอบครัว ที่จะเป็นกรอบให้บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดๆ ตามบรรทัดฐานทางสังคมแล้ว คนเรายังต้องมีการแสดงบทบาทตามความคาดหวังของคนอื่นๆ ร่วมกันไปด้วย ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีจะเห็นว่า บุคคลบ้านใกล้เคียง คนในชุมชนเดียวกันกับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีนั้นอาจมีความคาดหวังในด้านความคิดบวก หรือความคิดลบกับทั้งตัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีเอง หรือกับญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ซึ่งถ้าบุคคลที่มีบ้านใกล้เคียง หรือบุคคลที่อยู่ในชุมชนเดียวกันมีความคาดหวังในทางความคิดบวก หรือเห็นดีด้วยในการที่ครอบครัวจะรับผู้ป่วยกลับมาดูแลก็อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ญาติยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับมาดูแลที่บ้านหรือครอบครัวเดิมอีกครั้ง

3. ความคาดหวังจาก “ผู้ชม” (Expectation from the “Audience”) ประเภทสุดท้ายของความคาดหวังตามความคิดของทฤษฎีบทบาทเอามาจากผู้ชมละคร กล่าวคือ ผู้แสดงจะต้องดูว่าผู้ชมชอบอย่างไร ไม่ชอบอย่างไร แล้วแสดงบทบาทตามความต้องการของผู้ชม ผู้ชมมีความสำคัญต่อผู้แสดงละครเพราะละครจะดำรงอยู่ได้หรือไม่ย่อมขึ้นอยู่กับผู้ชมเป็นผู้ตัดสิน ในสังคมมนุษย์ก็มีบุคคลหรือจริง ๆ แล้วเป็นกลุ่มบุคคลทำนองนี้เช่นเดียวกัน ตามความคิดของทฤษฎีบทบาท กลุ่มบุคคลเหล่านี้จะมีอยู่จริงหรือไม่ก็ตาม หากมีคนเชื่อว่ามียุ่จริงก็ย่อมจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของคนในทางที่เขาจะทำตาม ทำให้เหมือนกับ “ผู้ชม” ทำหรือต้องการ ความคิดนี้ตรงกับความคิดเรื่อง generalized others ของ Mead และความรู้สังคมวิทยาทั่วไปเรียกว่า กลุ่มอ้างอิง (reference group)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าแนวความคิดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่นั้นน่าจะเป็นส่วนหนึ่งในการที่จะเป็นเงื่อนไขของครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีจะรับผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวอีกครั้งในลักษณะที่ว่าในครอบครัวทุกคนต่างก็มีสถานภาพที่ได้รับมาทั้ง ความเป็นพ่อ ความเป็นแม่ เป็นพี่น้อง และอื่นๆ เป็นต้น ซึ่งเมื่อทุกคนมีสถานภาพแล้วสิ่งที่ติดตามมาด้วยคือหน้าที่ที่แต่ละคนต้องปฏิบัติ ซึ่งในแนวคิดนี้ก็ได้มีการอธิบายเกี่ยวกับการที่คนเราจะแสดงบทบาทได้นั้นจะอยู่ภายใต้ความคาดหวังจากบท ซึ่งในความเป็นจริงก็คือบรรทัดฐานของแต่ละสังคมนั้นๆ และเมื่อกกล่าวถึงในสังคมไทยบทบาทของความเป็นพ่อ แม่ พี่ น้อง ก็ต้องถูกคาดหวังจากตัวบท หรือ บรรทัดฐานในเรื่องของการที่ทุกๆ คนในครอบครัวต้องมีการดูแล เลี้ยงดูซึ่งกันและกันภายในสมาชิกของครอบครัว ไม่เพียงแต่ความคาดหวังจากตัวบทเท่านั้น ยังมีความคาดหวังจากตัวผู้แสดงอื่นๆ ซึ่งในที่นี้อาจจะหมายถึง บุคคลบ้านใกล้เคียง หรือคนในชุมชนเดียวกันกับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ซึ่งความคาดหวังของบุคคลเหล่านี้ย่อมมีผลกระทบต่อการยอมรับผู้ป่วยกลับบ้านอีกครั้ง ซึ่งเป็นใน

กรณีที่ว่าบุคคลในชุมชนอาจมีความคาดหวังในทางความคิดบวก หรือเห็นดีด้วยในการที่ครอบครัวจะรับผู้ป่วยกลับมาดูแลก็อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ญาติจะตัดสินใจรับผู้ป่วยจิตเวชฯ กลับมาดูแลอยู่ที่บ้านหรือครอบครัวเดิมอีกครั้ง

จะเห็นได้ว่าตั้งแต่แนวคิดการปฏิสังสรรค์สัญลักษณ์ และแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ได้มีการกล่าวถึงญาติ ครอบครัวผู้ป่วยจะต้องมีการแปลความจากคำพูด อากัปกริยาว่าคนในครอบครัว และชุมชนแสดงสัญลักษณ์ที่มีความหมายอย่างไร หรือแม้กระทั่งแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทก็มีการกล่าวถึง ญาติที่ต้องมีการแสดงบทบาทของตนเองตามความคาดหวังของตัวแสดงอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งทั้งการแสดงสัญลักษณ์ และความคาดหวังของคนในชุมชน หรือบ้านใกล้เคียงกับครอบครัวของผู้ป่วยนั้นมีอิทธิพลในการที่จะทำให้ญาติจะยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน ดังนั้นในการนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในแนวคิดความเบี่ยงเบนทางสังคม และแนวคิดการถูกตีตรา (Label Theory) ว่าน่าจะมีส่วนในการอธิบายร่วมกับแนวคิดที่กล่าวข้างต้นได้ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับความเบี่ยงเบนทางสังคมและการตีตรา

เทพินทร์ พัทธนากรักษ์ (2548: 90-95) ได้ให้ความหมาย ความเบี่ยงเบนไว้ว่า เป็นพฤติกรรมที่กลุ่มหรือสังคมเห็นว่าผิดไปจากบรรทัดฐานที่คนทั่วไปยึดถือปฏิบัติ และสังคมมีการลงโทษผู้ที่กระทำผิดนั้น ซึ่งพฤติกรรมที่จัดว่าเป็นการเบี่ยงเบนมีขอบเขตกว้างมาก เนื่องจากพฤติกรรมใดที่ผิดไปจากบรรทัดฐานทางสังคม จารีต ประเพณี ค่านิยมและธรรมเนียมปฏิบัติของสังคม รวมทั้งการกระทำที่ผิดกฎหมายก็จัดว่าเป็นพฤติกรรมเบี่ยงเบนทั้งสิ้น นอกจากนี้ Dinitz and et al. (วัชรภรณ์ ลือไชยงค์. 2552:14; อ้างอิงจาก Dinitz and et al. 1969. Deviance : Studies in the process of Stigmatization and Societal Reaction. 3) ยังได้กล่าวว่า ความเบี่ยงเบนเป็นสิ่งที่คุกคามสังคม จากเหตุผลที่ว่า ความเบี่ยงเบนเป็นสิ่งผิดปกติ วิดถาวร แปลกประหลาด ถูกรังเกียจเป็นอันตรายหรือรบกวนสังคมจนสังคมไม่สามารถจะอดทนได้ โดยในเบื้องต้น ความเบี่ยงเบนได้ถูกนำเสนอว่าเป็นพฤติกรรมที่มีรูปแบบที่แตกต่างที่น่ารังเกียจ ได้แก่ ความเบี่ยงเบนเป็นความแปลกประหลาด ความเบี่ยงเบนเป็นบาป หรือความชั่วร้าย ความเบี่ยงเบนเป็นอาชญากรรม ความเบี่ยงเบนเป็นความเจ็บป่วย และความเบี่ยงเบนเป็นความแปลกแยก

การตีตรา หรือตราหน้า หรือตราบาป (Labeling) ซึ่งให้เห็นถึงปฏิกิริยาตอบโต้ของสังคมที่มีต่อผู้กระทำผิด ผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน ซึ่งจะแสดงออกมาในด้านลบ ได้แก่การถูกรังเกียจเหยียดหยาม ไม่ยอมรับ ไม่ให้อภัย ไม่ให้ออกัสแก่ตัว ซึ่งพฤติกรรมต่างๆ ที่สังคมแสดงในทางลบต่อผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนนั้น เรียกได้ว่าเป็นการตีตรา ซึ่งการให้ความหมายดังกล่าวผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่ามีผลสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรารัตน์ ว่องอภิวินกุลและคณะ (2551: 4) ที่ได้กล่าวเกี่ยวกับแนวคิดการตีตรา (Label Theory) ไว้ว่าเป็นแนวคิดที่เน้นให้ความสำคัญของคนในสังคม หรือปฏิกิริยาของสังคมที่มีต่อผู้ที่กระทำผิดจากบรรทัดฐานที่สังคมยึดถือ หรือผิดแผกแตกต่างไปจากความคาดหวังของคนทั่วไป ซึ่งแนวคิดดังกล่าวสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้จาก ศุภิมา นฤมล

(2544: 36-37) ที่กล่าวไว้ว่าหากบุคคลได้มีการแสดงพฤติกรรมที่มีการเบี่ยงเบน บุคคลนั้นจะถูกมองว่าเป็นบุคคลที่ไม่น่าเชื่อถือ ปฏิบัติของกลุ่มหรือปฏิบัตินั้นระหว่างบุคคลจะโดดเดี่ยว และบุคคลกลุ่ม หรือสังคมจะปฏิบัติกับบุคคลเบี่ยงเบนเหล่านั้นในลักษณะแก้ไข หรือลงโทษที่กระทำพฤติกรรมต่างๆ ที่ละเมิดความคาดหวังของบรรทัดฐาน ละเมิดกฎหมาย นอกจากนั้นยังมีการประทับตราต่อพฤติกรรมที่บุคคลกระทำว่าเป็นความเบี่ยงเบน ซึ่งการประทับตรา การตีตราที่นักอาชญาวิทยาต่างมีความเห็นว่าการตีตราแก่ผู้ที่กระทำผิดหรือผู้ที่เคยกระทำผิด ไม่เป็นผลดีเลยมีแต่จะเกิดผลร้ายคือ เสมือนผลึกผู้ที่กระทำผิดให้ลงเหวทำให้เขาวิ่งถลาลำไปในทางที่ชั่วมากขึ้น แม้จะมีความพยายามในการกลับตัวเป็นคนดีแล้วสังคมก็ไม่ยอมรับพวกเขา

จากความหมายความเบี่ยงเบนทางสังคมและแนวคิดเกี่ยวกับการตีตรา จะเห็นได้ว่าการแบ่งประเภทพฤติกรรมการเบี่ยงเบนเอาไว้หลายประเด็นแต่ที่ผู้วิจัยมีความสนใจและคิดว่าน่าจะมี ความเกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ก็คือ พฤติกรรมเบี่ยงเบนที่เป็นอาชญากรรม และพฤติกรรมความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่กระทำความผิดที่สังคมรับรู้และลงโทษเอาผิดกับผู้ที่กระทำ พร้อมทั้งตีตราว่าเป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานของสังคมหรือถือว่าบุคคลนั้นเป็นบุคคลอันตรายต่อสังคม ซึ่งผู้วิจัยมีความคิดว่าพฤติกรรมเบี่ยงเบนที่กล่าวข้างต้นนี้มีความใกล้เคียงกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรรมในครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนในด้านความเจ็บป่วย อีกทั้งยังเป็นบุคคลที่ก่ออาชญากรรมซึ่งก็เป็นพฤติกรรมเบี่ยงเบนอีกประเภทหนึ่ง และการกระทำดังกล่าวของผู้ป่วยเป็นพฤติกรรมที่กระทำความผิดที่สังคมรับรู้ และอาจถูกตีตราว่าเป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานของสังคมและถือว่าบุคคลนั้นเป็นบุคคลอันตรายต่อสังคม และในมุมมองของญาติผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีอาจจะมีการคิดโดยไม่มีการตีตราว่าพฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมด้านอาชญากรรมว่าเป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน ซึ่งสิ่งที่ตามมาในกรณีนี้ญาติไม่มีการตีตราผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีก็น่าจะเป็นปฏิกริยา พฤติกรรมของญาติมีการให้อภัยในสิ่งที่ผ่านมา ให้ออกาสผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีในการแก้ตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เคยเบี่ยงเบนของตนเองทั้งในส่วนของการเจ็บป่วยให้อภัยกับพฤติกรรมที่ก่อคดี และมียอมรับให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้อีกครั้ง โดยไม่แสดงความรังเกียจเหยียดหยาม

จากวัตถุประสงค์ของผู้วิจัยที่ต้องการจะศึกษาเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรรมบุคคลในครอบครัวกลับบ้าน ศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว และนำไปสู่การค้นหามาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมบุคคลในครอบครัว เมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง ซึ่งจากวัตถุประสงค์ดังกล่าวผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าแนวคิดทางสังคมวิทยาเป็นแนวคิดในเชิงบริบทภายนอกตัวบุคคล เชิงโครงสร้าง และสิ่งแวดล้อมที่น่าจะสามารถนำมาอธิบายการเกิดพฤติกรรมของญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีได้ได้ โดยผู้วิจัยมีความสนใจเกี่ยวกับแนวคิดทางสังคมวิทยาเรื่องแนวคิดการกระทำระหว่างกันด้วยสัญลักษณ์ (Symbolic Interaction) แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ (Role Theory) แนวคิดเกี่ยวกับความเบี่ยงเบนทางสังคม (Social deviance) และแนวคิดการตีตรา (Label Theory) ซึ่งทั้ง 4 แนวคิดโดยผู้วิจัยมีมุมมองผ่านแนวเรื่องการกระทำระหว่างกันด้วย

สัญลักษณ์ (Symbolic Interaction) ในการที่จะอธิบายการสร้างเงื่อนไขในการตัดสินใจรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรรมในครอบครัวกลับบ้านของญาติว่ามีลักษณะของการสื่อสารการกระทำร่วมกันด้วยสัญลักษณ์และต้องมีการแปลความหมายการกระทำร่วมกันในกลุ่มต่างๆ ซึ่งกลุ่มแรก คือ ญาติและญาติที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีที่มีส่วนในการตัดสินใจรับผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัว กลุ่มที่สอง คือ ญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกับคนในชุมชน และกลุ่มที่สาม คือ ระหว่างญาติของผู้ป่วยที่มีส่วนในการตัดสินใจรับผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวอีกครั้งกับตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งในแต่ละกลุ่มที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้นนั้นจะต้องมีการติดต่อสื่อสารปรึกษาหารือกันในประเด็นของการจะตัดสินใจที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้านหรือไม่ ซึ่งรูปแบบของการสื่อสาร และอาจมีการแสดงท่าทาง อากัปกริยาสนับสนุนคำพูดนั้นๆ โดยอาจเป็นการสื่อสารของคนในชุมชนสื่อสารมาถึงญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี อีกทั้งญาติที่เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีสื่อสารถึงสมาชิกคนอื่นๆ หรือแม้กระทั่งการที่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีเองสื่อสารไปถึงญาติของผู้ป่วยเอง ซึ่งถ้าผู้รับการสื่อสารในกลุ่มต่างๆ สามารถท่าทางเข้าใจเจตนาารมณ์ของกลุ่มสมาชิกดังที่กล่าวไปได้อย่างถูกต้องและเข้าใจตรงกัน ก็จะส่งผลให้ญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีก็สามารถตอบโต้สัญลักษณ์ที่สื่อสารมาได้ด้วย การมีความคิดยอมรับผู้ป่วยให้กลับบ้านซึ่งเป็นลักษณะของการกระทำที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากแนวคิดปฏิสังสรรค์สัญลักษณ์จะสามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมของญาติระหว่างสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ระหว่างครอบครัวผู้ป่วยกับชุมชน และระหว่างครอบครัวผู้ป่วยกับตัวผู้ป่วยแล้วนั้น ผู้วิจัยยังมีความสนใจแนวคิดเกี่ยวกับบทบาท (Role Theory) ในการอธิบายครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีนั้นก็ถือได้ว่า ก็เปรียบเสมือนโครงข่ายเล็กๆ ที่มีสถานภาพต่างๆ เป็นส่วนประกอบหลายตำแหน่งเช่นกัน ซึ่งบุคคลในครอบครัวทุกคนต่างต้องมีการสวมบทบาทซึ่งอาจจะมีทั้งพ่อ ก็แสดงบทบาทความเป็นพ่อ และเชื่อมโยงไปสู่ แม่ ก็ต้องแสดงบทบาทความเป็นแม่ พี่ น้อง คนอื่นๆ และรวมทั้งตัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีเองก็ต้องมีตำแหน่งๆ หนึ่งในครอบครัวของตนเองเช่นกัน และที่สำคัญในแต่ละสถานภาพต่างๆ ก็ต้องมีการแสดงบทบาทที่แตกต่างกันไปตามความคาดหวังที่เป็นกรอบในการปฏิบัติของผู้ดำรงสถานภาพนั้น ซึ่งครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีนั้นก็จะมีบุคคลที่แสดงบทบาทตามสถานภาพหลายในหลายๆ ตำแหน่งเช่นเดียวกัน โดยอาจมีทั้งสถานภาพความเป็นพ่อ แม่ ลูก พี่ น้อง ซึ่งแต่ละสถานภาพก็ต้องมีการแสดงบทบาทตามความคาดหวังของบรรทัดฐานทางสังคมเช่นกัน คือ พ่อ แม่ ก็ควรดูแลลูก ลูกก็ควรที่จะต้องดูแลพ่อแม่ ญาติพี่น้องก็ควรที่จะต้องดูแลให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ต้องดูแลกันและกันตามบรรทัดฐานข้างต้น นอกจากนั้นจะเห็นอีกว่าครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีจะมีบุคคลบ้านที่อาศัยอยู่บ้านใกล้เคียง คนในชุมชนเดียวกันกับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีก็อาจมีความคาดหวังกับทั้งตัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี และกับญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี มีความเห็นดีด้วยในการที่ครอบครัวจะรับผู้ป่วยกลับมาดูแลก็อาจเป็นอีกครั้งซึ่งปัจจัยนี้ก็มีส่วนในการที่จะตัดสินใจของญาติในการรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับมาดูแลอยู่ที่บ้านหรือครอบครัวเดิมอีกครั้ง จะเห็นได้ว่าตั้งแต่แนวคิดการปฏิสังสรรค์สัญลักษณ์ และแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ได้มีการกล่าวถึงญาติ ครอบครัวผู้ป่วยจะต้องมีการแปลความจากคำพูด อากัปกริยาว่าคนในครอบครัวและชุมชนแสดงสัญลักษณ์ที่มีความหมาย

อย่างไร หรือแม้กระทั่งแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทก็มีการกล่าวถึง ญาติที่ต้องมีการแสดงบทบาทของ
 คนเองตามความคาดหวังของตัวแสดงอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งทั้งการแสดงสัญลักษณ์ และความคาดหวัง
 ของคนในชุมชน หรือบ้านใกล้เคียงกับครอบครัวของผู้ป่วยนั้นมีอิทธิพลในการที่จะทำให้ญาติ
 จะตัดสินใจรับผู้ป่วยกลับบ้าน จากแนวคิดเกี่ยวกับความเบี่ยงเบนทางสังคมและแนวคิดเกี่ยวกับ
 การตีตรา ซึ่งผู้วิจัยมีความคิดว่าพฤติกรรมเบี่ยงเบนที่กล่าวข้างต้นนี้มีความใกล้เคียงกับผู้ป่วยจิต
 เวชที่มีคดีฆ่าคนในครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนในด้านความเจ็บป่วย อีกทั้งยัง
 เป็นบุคคลที่ก่ออาชญากรรมซึ่งก็เป็นพฤติกรรมเบี่ยงเบนอีกประเภทหนึ่ง และการกระทำดังกล่าว
 ของผู้ป่วยเป็นพฤติกรรมที่กระทำความผิดที่สังคมรับรู้ และอาจถูกตีตราว่าเป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน
 ไปจากบรรทัดฐานของสังคมและถือว่าบุคคลนั้นเป็นบุคคลอันตรายต่อสังคม แต่ในมุมมองของญาติ
 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีอาจจะไม่มีการตีตราว่าพฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมด้านอาชญากรรม
 ว่าเป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน ซึ่งสิ่งที่ตามมาเป็นปฏิกิริยา พฤติกรรมของญาติมีการให้อภัย ให้
 โอกาสผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีในการแก้ตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เคยเบี่ยงเบนของตนเอง ให้
 อภัยกับพฤติกรรมที่ก่อคดี และมียอมรับให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้อีกครั้งได้

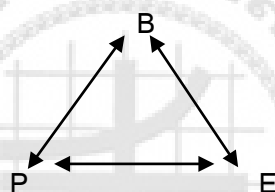
3.2 แนวคิดทางจิตวิทยา

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2551: 7) กล่าวว่า บุคลิกภาพ คือ ลักษณะเฉพาะตัวของบุคคลใน
 ด้านต่างๆ ทั้งส่วนภายนอกและส่วนภายใน ส่วนภายนอก คือ ส่วนที่มองเห็นชัดเจน เช่น รูปร่าง
 หน้าตา กิริยามารยาท การแต่งตัว วิธีพูดจา การนั่ง การยืน ฯลฯ และส่วนภายใน คือ ส่วนภายใน
 คือ ส่วนที่มองเห็นได้ยาก แต่อาจทราบได้โดยการอนุมาน เช่น สติปัญญา ความถนัด ลักษณะ
 อารมณ์ประจำตัว ความใฝ่ฝันปรารถนา ปรัชญาชีวิต ค่านิยม ความสนใจ ซึ่งลักษณะการอธิบาย
 ข้างต้นมีความสอดคล้องกับ จิราภา เต็งไธรัตน์ และคณะ (2550: 322) กล่าวว่า บุคลิกภาพ คือ
 การผสมผสานระบบต่างๆ ภายในตัวบุคคล ทั้งส่วนที่มองเห็นชัดเจน และระบบภายในที่มองเห็นได้
 ไม่ชัด อีกทั้งประสบการณ์ พันธุกรรม การเรียนรู้ประสบการณ์วัยเด็ก ลักษณะสังคมวัฒนธรรมหล่อ
 หลอมบุคคลให้มีบุคลิกภาพเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว ซึ่งลักษณะบุคลิกภาพที่มีความเฉพาะตัวนั้น
 จะส่งผลต่อการปรับตัวและวิถีชีวิตของบุคคล ที่จะแสดงออกมาในสถานการณ์ต่างๆ จากการ
 อธิบายความหมายของบุคลิกภาพข้างต้นนั้นเป็นเพียงการอธิบายเพียงส่วนน้อย ซึ่งในวงการ
 จิตวิทยาได้มีการศึกษาบุคลิกภาพกันมาอย่างยาวนาน เพราะความรู้เกี่ยวกับบุคลิกภาพมี
 ความสำคัญในการอธิบาย ทำนายวิถีชีวิตของบุคคลและสังคมในมุมมองอันหลากหลายมาก ซึ่งการ
 อธิบายบุคลิกภาพจะมีความสัมพันธ์กับแนวคิดของนักคิดในแต่ละยุคสมัย ซึ่งสามารถสรุปแนวคิด
 ต่างๆ ได้ดังนี้ แนวคิดทั้งจากแนวคิดจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis Theory) แนวคิดพฤติกรรมนิยม
 (Behavioral Theory) แนวคิดมนุษยนิยม (Humanistic Theory) แนวคิดลักษณะนิสัย (Trait Theory)
 และแนวคิดปัญญานิยม (Cognitive Theory) จากการอธิบายแนวคิดเกี่ยวกับบุคลิกภาพข้างต้น
 ผู้วิจัยมีความคิดว่าแนวคิดทางด้านจิตวิทยาในส่วนของแนวคิดเกี่ยวกับบุคลิกภาพน่าจะเป็น

แนวความคิดที่สามารถนำมาทำความเข้าใจ นำมาอธิบายภายในจิตใจของญาติผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีที่ฆ่าคนในครอบครัว ว่าญาติของผู้ป่วยมีบุคลิกภาพที่มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัวอย่างไรที่ส่งผลต่อการคิด การตัดสินใจรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง โดยผู้วิจัยมีความสนใจเกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้โดยการสังเกต แนวคิดเกี่ยวกับการกำกับตนเอง แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง แนวคิดเกี่ยวกับการคิดเชิงบวก และแนวคิดเกี่ยวกับการเติบโตภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญดังนี้

แนวคิดการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory)

แบนดูรา (Bandura) เชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้นเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัย 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ ความคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง ฯลฯ ร่วมกับปัจจัยสภาพแวดล้อม ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวนี้มีลักษณะที่มีอิทธิพลเชิงเหตุ-ผลซึ่งกันและกัน (Reciprocal Causation) ซึ่งสามารถเขียนเป็นภาพได้ดังนี้ (ประทีป จินฉี. 2540: 95; อ้างอิงจาก Bandura. 1986)



P (Personal Factor)

คือ ความคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง

B (Behavior)

คือ พฤติกรรม

E (Environmental Factor)

คือ สภาพแวดล้อม เช่น ครอบครัว เพื่อน ฯลฯ

ดังนั้นการที่คนเราจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยกระบวนการทางปัญญา ซึ่ง Bandura ได้เสนอกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางปัญญาไว้ 3 ประการ คือ

1. การเรียนรู้จากการสังเกต (Observation Learning)
2. การกำกับตนเอง (Self-Regulatory)
3. การรับรู้ความสามารถของตน (Self-Efficacy)

1. การเรียนรู้จากการสังเกต (Observation Learning)

แบนดูรา มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงความคิด หรือการเรียนรู้ของบุคคลส่วนใหญ่เกิดจากการสังเกตหรือการเลียนแบบการกระทำของผู้อื่น ซึ่งแบนดูรา (Bandura) ได้แบ่งตัวแบบออกเป็น 4 ประเภทหลัก คือ 1. ตัวแบบทางพฤติกรรม (Behavioral Modeling) หมายถึง ตัวแบบที่แสดงพฤติกรรมให้บุคคลเห็น เช่น พ่อแม่ทิ้งขยะลงถังให้ลูกเห็น ซึ่ง Bandura จะให้ความสำคัญกับการเป็นตัวแทนทางพฤติกรรมเพราะมีอิทธิพลอย่างมากในการเสริมสร้างพฤติกรรมใหม่ 2. ตัวแบบ

ทางวาจา (Verbal Modeling) หมายถึง การมีตัวแบบที่พูด บอกหรือเขียน บอกว่าจะทำอะไร อย่างไร เพราะมนุษย์สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้จากการฟัง การพูดบอกของผู้อื่น หรือจากการอ่านจากสิ่งที่ผู้อื่นเขียน เช่น การทำอาหารจากหนังสือหรือตำรา 3. ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Modeling) หมายถึง การมีตัวแบบภาพหรือเสียงที่ผ่านสื่อต่างๆ คือ วิทยู โทรทัศน์ คอมพิวเตอร์ และ 4. ตัวแบบสัมผัส (Kinesthetic Modeling) หมายถึง การมีตัวแบบโดยใช้การสัมผัส เช่น เด็กหุหนวก ตาบอดเวลาจะเรียนออกเสียงอาจจะต้องมีการสัมผัสปากของครูผู้สอน

กระบวนการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ

1. กระบวนการใส่ใจ (Attentional Process) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลใส่ใจและสนใจในการรับรู้พฤติกรรมของตัวแบบ ซึ่งการเรียนรู้จากการสังเกตจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลใส่ใจต่อพฤติกรรมของตัวแบบ

2. กระบวนการเก็บจำ (Retention Process) หมายถึง กระบวนการที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ ถ้าหากผู้สังเกตสามารถเก็บจำพฤติกรรมของตัวแบบไว้ได้ เพราะในขณะที่สังเกตมาสามารถทำพฤติกรรมตามตัวแบบได้

3. กระบวนการกระทำ (Production Process) หมายถึง กระบวนการที่ผู้สังเกตนำเอาการเก็บจำมาแปลงเป็นการกระทำ

4. กระบวนการจูงใจ (Motivational Process) หมายถึง กระบวนการที่มีความสำคัญในการที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบออกมา ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบก็คือ ตัวจูงใจ (Incentive)

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยมีความสนใจในประเด็นการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมที่ว่ามนุษย์เราจะสามารถสร้างพฤติกรรมใหม่ ได้จากการเลียนแบบ ซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยจึงได้มีการทำความเข้าใจว่า “คำว่า พฤติกรรมใหม่” อาจหมายถึง พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคติก็เป็นได้ ดังนั้นการที่ญาติจะยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคติกลับมาดูแลในครอบครัวอีกครั้งนั้น ญาติก็ต้องมีความเชื่อมั่นในตนเองได้ว่าตนเองสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งการที่ญาติจะมีความคิดดังกล่าวได้นั้น ญาติหรือคนในครอบครัวเองก็ต้องมีความรู้ที่นำไปสู่พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งแหล่งที่มาของความรู้หรือที่มาของการมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้น ผู้วิจัยคิดว่าญาติต้องได้ความรู้หรือการเห็นพฤติกรรมในการที่จะดูแลผู้ป่วยจากการเลียนแบบ ทั้งจากตัวแบบทางพฤติกรรมที่ญาติของผู้ป่วยอาจเคยสังเกตเห็นคนในครอบครัวเดียวกัน หรือบุคคลอื่นๆ ในสังคมมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคติในครอบครัวได้ เช่น ญาติของผู้ป่วยเคยเห็นพ่อหรือแม่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาก่อนที่ญาติคนอื่นๆ ในครอบครัวจะมาดูแลต่อจากพ่อแม่ นอกจากนั้นญาติอาจมีการเลียนแบบจากตัวแบบทางวาจา ซึ่งในที่นี้ตัวแบบทางวาจาอาจจะหมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มาคอยบอก คอยสอน คอยแนะนำหรือแม้กระทั่งจากการอ่านคู่มือ ดังนั้นทุกๆ คนในครอบครัวจึงสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านได้อีกครั้ง และสุดท้ายอาจจะมีการเลียนแบบจากตัวแบบสัญลักษณ์ ซึ่งในปัจจุบันสื่อต่างๆ ก็อาจมีการนำเสนอในประเด็นการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งญาติก็สามารถที่จะ

เลียนแบบจากสัญลักษณ์ดังกล่าวได้ ซึ่งเมื่อญาติและทุกคนในครอบครัวมีความเชื่อมั่นมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมที่สามารถจะดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีผ่านจากตัวแบบต่างๆ ได้แล้วนั้นก็จะนำไปสู่การพิจารณาในการที่จะยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับสู่ครอบครัวอีกครั้งเพื่อให้ญาติทุกๆ คนได้ดูแลกันและกัน ผู้วิจัยได้มีการกล่าวถึงประเด็นการรับรู้ความสามารถตนเองในการที่จะดูแลผู้ป่วยเอาไว้ข้างต้นร่วมด้วย ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่านอกจากการเลียนแบบพฤติกรรมจากตัวแบบของญาติที่จะอธิบายเงื่อนไขที่ญาติจะยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับบ้านอีกครั้งนั้น ยังมีอีกแนวความคิดที่ผู้วิจัยมีความคิดว่าสามารถอธิบายกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง นั่นคือ การกำกับตนเอง

2. การกำกับตนเอง (Self-Regulatory)

การกำกับตนเอง หมายถึง กระบวนการที่บุคคลวางแผน ควบคุม และกำกับพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งประกอบไปด้วย กระบวนการสังเกตตนเอง กระบวนการตัดสินใจ และกระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง เพื่อวัตถุประสงค์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

กระบวนการสังเกตตนเอง (Self-Observation) เป็นกระบวนการแรกๆ ที่กำกับตนเอง โดยบุคคลจะต้องทราบว่าเมื่อไรเกิดขึ้นกับตนเอง และคิดจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น และบุคคลจะใช้ข้อมูลที่ได้จากกระบวนการสังเกตตนเองมาเป็นข้อมูลในการตั้งเป้าหมาย ติดตาม ตรวจสอบและประเมินการกระทำพฤติกรรมของตนเอง

กระบวนการตัดสินใจ (Judgment Process) เป็นกระบวนการที่เมื่อบุคคลสังเกตตนเองและบันทึกผลของตนเองแล้ว บุคคลจะนำเอาข้อมูลที่ได้ไปเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้ ทั้งนี้เพื่อที่จะตัดสินใจว่าจะดำเนินการกับพฤติกรรมที่ตนเองอย่างไร

กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-Reaction) เป็นกระบวนการสุดท้ายของการกำกับตนเอง โดยกระบวนการนี้จะทำหน้าที่ 2 ประการ คือ

1. ทำหน้าที่ตอบสนองต่อผลการประเมินพฤติกรรมของตนเอง เช่น การให้รางวัลเมื่อทำพฤติกรรมได้ตามเป้าหมาย
2. ทำหน้าที่เป็นตัวจูงใจสำหรับการกระทำพฤติกรรมของตนเอง เช่น สิ่งจูงใจภายนอกได้แก่ วัตถุสิ่งของที่สามารถจับต้องได้ และสิ่งจูงใจภายใน ได้แก่ ความภาคภูมิใจ การชมเชย หรือการละอายใจ

จากแนวคิดการกำกับพฤติกรรมของตนเองที่ประกอบไปด้วยกระบวนการสังเกตตนเอง

กระบวนการตัดสินใจ และกระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองนั้น ผู้วิจัยสามารถนำการกำกับตนเองมาอธิบายเพื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมที่ญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี มีความพยายามในการกำกับควบคุมพฤติกรรมตนเองในการที่จะต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรม และญาติยอมรับที่จะให้ผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง โดยญาติของผู้ป่วย

จะต้องมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับสู่ครอบครัวอีกครั้งนั้น ญาติที่ทำหน้าที่ดูแลก็ต้องคอยสังเกตพฤติกรรมการดูแลของตนเองว่า สามารถดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามความรู้ที่เกิดจากการสังเกต หรือการเลียนแบบพฤติกรรมที่ได้เรียนรู้มาก่อนหน้านี้หรือไม่ ร่วมกับการที่ญาติจะต้องสังเกตพฤติกรรมและอาการความผิดปกติของผู้ป่วยว่ามีอาการเป็นปกติหรือมีอาการความผิดปกติที่มากขึ้นร่วมด้วยเพื่อที่ญาติจะนำข้อมูลผลของการดูแลผู้ป่วยไปตัดสินใจว่าพฤติกรรมการดูแลของตนเองว่า ยังต้องมีการพัฒนา หรือการเรียนรู้การดูแลเพิ่มเติมในด้านใดบ้าง แต่ถ้าผลสุดท้ายของการดูแลที่ ญาติสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีจนผู้ป่วยจิตเวชมีลักษณะพฤติกรรมคล้ายคนปกติที่ สามารถดูแล และอยู่ร่วมกับครอบครัวได้เป็นปกติ ญาติก็มีความสุข มีความสบายใจซึ่งความรู้สึกนี้ ก็จะยอมเป็นตัวอย่างใจให้ทำพฤติกรรมดูแลผู้ป่วย นอกจากนั้นยังมีอีกแนวความคิดที่ผู้วิจัยมี ความคิดว่าสามารถอธิบายเงื่อนไขของญาติที่จะนำไปสู่การตัดสินใจรับผู้ป่วย นั่นคือ และการรับรู้ ความสามารถของตน

3. การรับรู้ความสามารถของตน (Self-Efficacy)

การรับรู้ความสามารถของตน (Perceived Self-Efficacy) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในสถานการณ์ที่บางครั้งอาจจะมีความคลุมเครือ ไม่ชัดเจน มีความแปลกใหม่ ที่ไม่สามารถอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งสภาพการณ์เหล่านี้มักจะทำให้บุคคลเกิดความเครียดได้ การรับรู้ความสามารถของตัวนี้มีได้ขึ้นอยู่กับทักษะที่บุคคลมีอยู่ในขณะนั้นเท่านั้น หากแต่ยังขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของบุคคลว่าเขาสามารถทำอะไรได้ด้วยทักษะที่เขา มีอยู่ Bandura (ประทีป จินฉ. 2540:110;อ้างอิงจาก Bandura. 1986.)

การรับรู้ความสามารถของตน มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) ของอัลเบิร์ต แบนดูรา โดยเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตน มีความสำคัญและมีผลต่อการกระทำของบุคคล มีผลต่อการเลือกกิจกรรม การใช้ความพยายาม ความอดทนในการทำงาน การคิด และปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคล บุคคลสองคนอาจมีความสามารถไม่แตกต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ถ้าพบว่าคนสองคนนี้มีการรับรู้ความสามารถที่แตกต่างในคนคนเดียวกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกัน แบนดูราเห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตายตัว หากแต่ยืดหยุ่นตามสถานการณ์ ดังนั้น สิ่งที่จะกำหนดคุณภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนในสภาวะการณ์ นั้น ๆ นั่นคือ ถ้าเรามีความเชื่อว่าเรามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุทิศหา ไม่ท้อถอยง่าย และประสบความสำเร็จในที่สุด Evans (ประทีป จินฉ. 2540: 110 ; อ้างอิงจาก Evans. 1989)

การรับรู้ความสามารถของตน มีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำของบุคคล 4 ประการ ดังนี้แบนดูรา Bandura (นุชนาถ สะกะมะณี. 2541: 61-63; อ้างอิงจาก Bandura. 1986: 393-395) กล่าวไว้คือ 1. การเลือกกระทำพฤติกรรม การที่บุคคลตัดสินใจเลือกกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ส่วนหนึ่งมาจากการคิดว่าตนเองมีความสามารถพอที่จะทำได้ จึงตัดสินใจเลือกที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ 2. ความอดทน และความพยายาม การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อบุคคลเมื่อเผชิญอุปสรรค หรือทำสิ่งที่ตนเองไม่ชำนาญว่าเขาต้องใช้ความพยายามเท่าใด และอดทนนานเท่าไร บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะยังใช้ความเพียรพยายาม และความอดทนในการทำงานจนสำเร็จ 3. แบบแผนความคิด และปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ การตัดสินใจความสามารถของตนเองของบุคคลมีอิทธิพลต่อแบบแผนความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ ในระหว่างที่กระทำพฤติกรรมสามารถส่งเสริมหรือยับยั้งการกระทำที่จะเกิดขึ้นในภายหน้า บุคคลที่ประเมินความสามารถของตนเองสูง จะเอาใจใส่และใช้ความพยายามเพื่อต้องการความสำเร็จแม้จะเผชิญอุปสรรค ก็จะใช้ความพยายามมากขึ้นและ 4. กำหนดการกระทำพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้ทำนายพฤติกรรม บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะให้ความสนใจและมีความพยายามในการทำงานที่ท้าทายความสามารถ ถ้างานนั้นยังไม่บรรลุเป้าหมายก็จะยังใช้ความพยายามยิ่งขึ้น เข้าใจถึงสาเหตุของความล้มเหลว และนำมาเป็นตัวกระตุ้นทำให้งานนั้นประสบความสำเร็จ โดยไม่หลีกเลี่ยงหรือวิตกกังวล บุคคลเหล่านี้จะกำหนดการกระทำในอนาคตของเขาด้วยตนเอง ซึ่งญาติผู้ป่วยจิตเวชที่มีคตินั้นก็อาจมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง หรือครอบครัวเองก็อาจจะมีความคิดเช่นเดียวกันว่าน่าที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคตินั้นหรืออีกนัยหนึ่งก็คือผู้ป่วยก็เป็นญาติของตนเองเช่นกัน แม้ว่าญาติและครอบครัวอาจจะไม่มีความชำนาญในพฤติกรรมดูแล และอาจจะต้องพบเจอกับอุปสรรคต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต เมื่อญาติเองมีความการรับรู้ในความสามารถของตนเองแล้วจะสามารถที่จะสร้างแบบแผนทางความคิดในการที่จะฝ่าฝืนปัญหา มีความอดทน ความพยายามที่จะผ่านอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มตัดสินใจรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคติกลับบ้านและนำมาดูแลต่อโดยสามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีสำเร็จ

จากข้างต้นที่ได้มีการกล่าวถึงแนวคิดทางจิตวิทยา ทั้ง แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้โดยการสังเกต แนวคิดการกำกับตนเอง แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองแล้วนั้น ผู้วิจัยยังมีความคิดว่าแนวคิดเกี่ยวกับการเติบโตภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องที่นำไปสู่การตัดสินใจของครอบครัวร่วมด้วย เพราะเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยทางจิตเวชได้ทำร้ายคนในครอบครัวจนได้รับอันตรายถึงแก่ความตายนั่นก็เป็นเหตุการณ์ที่ค่อนข้างสร้างความสะเทือนขวัญกับบุคคลในครอบครัวเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการศึกษาแนวคิดนี้ร่วมด้วย ดังนี้

แนวคิดการคิดเชิงบวก

ความหมายของการคิดเชิงบวก

เท็ดคักดี เดซง (2547: 19) กล่าวว่า การคิดเชิงบวกหรือการมองโลกในแง่บวก คือ การรับรู้และแปลความหมายของเหตุการณ์ในด้านบวก และมีทิศทางที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง การมีวิธีคิดที่ถูกต้อง สามารถมองโลกอย่างเกิดประโยชน์ เป็นสิ่งที่สามารถเรียนรู้และฝึกฝนได้

อ้อม ประนอม (2548: 120-121) กล่าวว่า การคิดเชิงบวก เป็นการมองในแง่ดีและเป็นไปได้ โดยเป็นคนที่มีความมอง ไม่มีความคิดคับแคบ เพราะทุกสิ่งมี 2 ด้านเสมอ เราต้องหาความคิดที่ดีใส่ตนเอง บุคคลที่มีความคิดเชิงบวกนั้นจะรู้จักควบคุมอารมณ์ไม่ให้เป็นคนอ่อนไหวเกินไป เป็นคนเปิดเผย ขอบสังคม ไม่เป็นคนเก็บตัวและให้ออกาสบุคคลที่ผิดพลาดเพื่อให้เขามีโอกาสปรับตัวชีวิตก็จะไม่ทุกข์มาก

อิงลิช (English. 1992: 16) กล่าวว่า การคิดเชิงบวกเป็นการมองโลกในแง่ดี ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นตามความจริง สามารถแก้ปัญหาและป้องกันไม่ให้เกิดปัญหานั้นขึ้นอีกได้ โดยไม่ยึดติดกับประสบการณ์ในอดีตที่ไม่ดี และพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์

จากความหมายของการคิดเชิงบวก สามารถสรุปได้ว่า การคิดเชิงบวกเป็นการที่บุคคลรับรู้และตีความเหตุการณ์นั้นๆ ในหลากหลายมุมมองที่เป็นไปตามความถูกต้อง อีกทั้งสามารถที่จะยอมรับ เรียนรู้ ป้องกันและให้ออกาสกับผู้ที่ทำผิดพลาดได้ปรับตัว

ความสำคัญของการคิดเชิงบวก

เชลิกแมน (สุมาลี พัวชู. 2547: 35; อ้างอิงจาก Seligman. 1997: 93-167) กล่าวถึงคุณค่าและประโยชน์ของการคิดเชิงบวกไว้ดังนี้

1. ทำให้สุขภาพจิตดี ลดภาวะซึมเศร้า โรคประสาท
2. ทำให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ในคนปกติจะมีการดูแลสุขภาพที่ดี ส่วนในคนที่มีความพิการเจ็บป่วย อาการเจ็บป่วยก็จะทุเลาได้เร็วกว่าคนที่มองโลกในแง่ลบ
3. ทำให้ประสบความสำเร็จในทุกๆ ด้านมากกว่าคนที่มองโลกในแง่ลบ
4. ทำให้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีกว่าคนที่มองโลกในแง่ลบ เนื่องจากคนที่มองโลกในแง่บวกจะให้อภัยในความผิดของผู้อื่น

เชลิกแมน (เรวดี ทรงเที่ยงใจ 2550: 70-71; อ้างอิงจาก Seligman. 1998) ได้เสนอรูปแบบการอธิบายตนเอง (Explanatory Style) ในสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตซึ่งสามารถบ่งบอกได้ว่า เรามีมุมมองในชีวิตในลักษณะใดเป็นการมีความคิดเชิงบวก (มองโลกในแง่ดี) หรือการมีความคิดเชิงลบ (มองโลกในแง่ร้าย) ซึ่งจะเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดการพูดและการกระทำของคนที่มีความคิดเชิงบวกและความคิดเชิงลบ จะมีการรับรู้เหตุการณ์แตกต่างกันตามลักษณะเหตุการณ์

รูปแบบที่ผู้คนใช้ในการอธิบายตนเองเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ประกอบไปด้วยมิติที่สำคัญ 3 มิติดังนี้

1. ความคงทนถาวร (Permanence) เป็นการอธิบายตนเองด้วยความเชื่อว่า สาเหตุของเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุที่เกิดถาวร (Permanence) หรือเป็นสาเหตุที่เกิดขึ้นชั่วคราว (Temporary) หากเป็นเหตุการณ์ที่ดี คนที่มีความคิดเชิงบวกจะเชื่อว่าสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นมาจากสาเหตุที่คงทนถาวร จึงทำให้คนในกลุ่มนี้ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค แต่คนที่มีความคิดเชิงลบจะเชื่อว่าสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นชั่วคราว จนในกลุ่มนี้ก็จะยอมแพ้ต่ออุปสรรคได้ง่ายดาย

2. การครอบคลุม (Pervasiveness) เป็นการอธิบายตนเองด้วยความเชื่อว่า สาเหตุที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นมีความเฉพาะ (Specific) หรือเป็นสิ่งที่สากลทั่วไป (Universal) หากเป็นเหตุการณ์ที่ดี คนที่มีความคิดเชิงบวก จะเชื่อว่าสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นเป็นสิ่งที่สากลทั่วไป แต่คนที่มองโลกในแง่ร้ายจะมีความเชื่อว่า สิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นมีสาเหตุมาจากปัจจัยที่มีความเฉพาะ แต่ถ้าเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้น คนที่มีความคิดเชิงบวก จะเชื่อว่าสิ่งที่ไม่ดีที่เกิดขึ้นกับตนเองมีสาเหตุที่เฉพาะกับตนเองเท่านั้น แต่คนที่มีความคิดเชิงลบจะมีความเชื่อว่าสิ่งที่ไม่ดีที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นเป็นสาเหตุที่สากลทั่วไป และสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกโอกาส

3. ความเป็นตนเอง (Personalization) เป็นการอธิบายตนเองด้วยความเชื่อว่า สาเหตุของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเกิดมาจากตนเอง (Internal) หรือมาจากสาเหตุภายนอกตนเอง (External) หรือจากคนอื่น เช่น ถ้าเกิดเหตุการณ์ที่ดี คนที่มีความคิดเชิงบวกจะเชื่อว่าสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นมีสาเหตุมาจากตนเอง แต่คนที่มีความคิดเชิงลบจะเชื่อว่าสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นมีสาเหตุมาจากภายนอกตนเอง หากเป็นเหตุการณ์ที่ไม่ดี คนที่มีความคิดเชิงบวกจะเชื่อว่า สิ่งที่ไม่ดีที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้น เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากสาเหตุภายนอกตนเอง โดยวิเคราะห์จากเหตุการณ์ตามความเป็นจริงเพื่อรักษาความภาคภูมิใจในตนเอง แต่คนที่มีความคิดเชิงลบจะตำหนิตนเองว่าสาเหตุที่เกิดขึ้นนั้นมาจากตนเอง

นอกจากนั้น สก็อต เวนเทอร์ลลา (วิทยา พลายนณี. 2545: 15; อ้างอิงจาก Scott W. Ventrella. 2001) กล่าวถึง คุณลักษณะ 10 ประการของนักคิดในแง่บวกเอาไว้ดังนี้

1. การมองโลกในแง่ดี (Optimism) หมายถึง ความเชื่อและความคาดหวังว่าจะเกิดสิ่งที่ดี แม้ว่าจะตกอยู่ภายใต้สถานการณ์ที่ยากลำบาก ทำหายหรือคืบขัน

2. ความกระตือรือร้น (Enthusiasm) หมายถึง การมีความสนใจ พลังในแง่บวก แรงปรารถนา หรือแรงกระตุ้นส่วนตัวสูง

3. ความเชื่อ (Belief) หมายถึง ความเชื่อมั่นและศรัทธาในตนเอง ต่อผู้อื่น และ/หรือต่อพลังอำนาจทางจิตวิญญาณที่สูงกว่าซึ่งคอยให้การสนับสนุน การชี้แนะแนวทางเมื่อคนๆ นั้นต้องการ

4. ความยึดมั่นในคุณธรรม (Integrity) หมายถึง การกระทำภายใต้คำมั่นสัญญาที่มีต่อความซื่อสัตย์ ความเปิดเผย ความยุติธรรม ศีลธรรม จริยธรรมและกฎเกณฑ์ต่างๆ การกระทำในสิ่งที่ถูกต้องถึงแม้ว่าจะมีวิธีที่ง่ายกว่าหรือหนทางที่สะดวกสบายกว่า การใช้ชีวิตตามหรืออยู่เพื่อมาตรฐานของคนๆ นั้น

5. ความกล้าหาญ (Courage) หมายถึง ความเต็มใจในการลองเสี่ยงและเอาชนะความกลัว แม้เมื่อผลลัพธ์ที่ได้อาจจะไม่แน่นอน

6. ความมั่นใจ (Confidence) หมายถึง การมีความเชื่อมั่นในตนเองถึงศักยภาพ ความสามารถ สมรรถภาพและศักยภาพของตนเอง

7. ความมุ่งมั่น (Determination) หมายถึง การไล่ตามเป้าหมาย วัตถุประสงค์ หรือสิ่งที่จำเป็นในชีวิตอย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย

8. ความอดทน (Patience) หมายถึง ความเต็มใจในการรอคอยโอกาส ความพร้อมหรือผลลัพธ์จากการกระทำของตนเองหรือของผู้อื่น

9. ความสุขุม (Calmness) หมายถึง การดำรงไว้ซึ่งความเยือกเย็นและเฝ้าหาความพอเหมาะพอควรในแต่ละวัน ในการโต้ตอบกับความยากลำบาก ความท้าทายหรือวิกฤติการณ์การใช้เวลาในการโต้ตอบและคิด

10. การสำรวจความตั้งใจ (Focus) หมายถึง การเอาใจใส่จดจ่ออยู่กับการกระทำให้บรรลุเป้าหมายและสิ่งที่มีความสำคัญตามลำดับก่อนหลัง

จากแนวคิดการคิดเชิงบวกนั้นผู้วิจัยสามารถนำมาอธิบายได้ว่า ในการที่ญาติจะยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรรมในครอบครัวได้นั้น ผู้วิจัยมีความคิดว่าญาติผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจจะต้องมีลักษณะของการเป็นคนที่ดีด้านบวกโดยการที่ญาติของผู้ป่วยจะมีลักษณะของการมองโลกในแง่ดี (Optimism) ทั้ง 3 ด้านทั้งต่อตนเอง ต่อผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อม โดยมีการมองตนเองว่ามีความสามารถในการที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีเมื่อกลับสู่ครอบครัวได้ อีกทั้งญาติยังการมองผู้ป่วยในด้านดี โดยญาติได้ให้อาสาผู้ป่วยในการกลับมาอยู่กับครอบครัวอีกครั้ง และยังมีความเชื่อในตัวผู้ป่วยว่าจะสามารถแก้ไขตนเอง สามารถดูแลตนเอง รับผิดชอบตนเองได้ สามารถอยู่กับครอบครัวได้ นอกจากนั้นญาติยังมีการมองด้านบวกกับสิ่งแวดล้อมที่ว่า ญาติมีความเชื่อมั่นในการได้รับการช่วยเหลือ การสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมเมื่อญาติต้องการความช่วยเหลือ นอกจากแนวคิดการคิดเชิงบวกแล้ว ผู้วิจัยยังมีความเห็นว่า แนวคิดเกี่ยวกับการเติบโตภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post-traumatic Growth) ยังสามารถนำมาอธิบายเงื่อนไขที่ทำให้ญาติยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับบ้านอีกครั้ง ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับการเติบโตภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post-traumatic Growth)

การเจริญเติบโตหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ถูกให้ความหมายไว้ว่า เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่ได้มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่เป็นผลของการต่อสู้ ฝ่าฝืนกับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ตัวอย่างของการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาในเชิงบวก คือ มีการเห็นคุณค่าของชีวิตที่เพิ่มขึ้น การตั้งค่าลำดับความสำคัญของชีวิตใหม่ มีความแข็งแรง เข้มแข็งของบุคลิกภาพที่เพิ่มขึ้น มีการพัฒนาความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว คนใกล้ชิดดีขึ้น หรือมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ ที่เป็นบวก Tedeschi, Park, & Calhoun. (T. Zoellner, A. Maercker. 2006:628; อ้างอิงจาก Tedeschi, Park, & Calhoun, 1998. Posttraumatic growth: Conceptual issues. pp1-22) ซึ่งสอดคล้องกับกัญญาณาด สุวรรณชาติ (2554) ที่กล่าวว่าหลังจากการเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ บุคคลจะเกิดแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองในด้านต่างๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงความคิดเกี่ยวกับตนเอง การเปลี่ยนแปลงความเข้าใจในปรัชญาชีวิต และการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นกระบวนการการปรับตัวของปัจเจกบุคคลที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันตามความสามารถของบุคคล ซึ่งปัจจัยที่สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงตนเอง คือ ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของตัวบุคคลเอง

นอกจากนี้ยังมีกลุ่มนักวิชาการได้กล่าวเกี่ยวกับกลวิธีที่ส่งผลต่อการเติบโตภายหลังประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญ คือ การมุ่งความสนใจที่เป็นการสร้างความหมายเชิงบวก เช่น การยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การปรับความเข้าใจ และการค้นพบประโยชน์จากสิ่งที่ได้รับ นอกจากนี้การมีประสบการณ์ในอดีต การแก้ปัญหา และการพยายามที่จะเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้น Calhoun; & Tedeschi (กัญญาณาด สุวรรณชาติ. 2554:11; อ้างอิงจาก Calhoun; & Tedeschi. 2006. The foundations of posttraumatic growth expanded framework.) จะเป็นตัวช่วยในการเติบโตขึ้นของแต่ละบุคคลได้เร็วยิ่งขึ้น ซึ่งจากเหตุการณ์ที่ในครอบครัวหนึ่งๆ นั้นมีทั้งผู้ป่วยทางจิตเวช และยังคงอคติโดยการฆ่าบุคคลในครอบครัวนั้น ถ้าแม้เป็นเพียงการกระทำที่เกิดขึ้นในครอบครัวของบุคคลอื่น ยังสร้างความสะเทือนขวัญให้กับบุคคลที่รับรู้ และเมื่อเหตุการณ์นี้เกิดขึ้นในครอบครัวของใครก็ต้องยังสร้างความสะเทือนขวัญ หวาดกลัว ตกใจให้กับบุคคลในครอบครัวเหล่านั้นมากยิ่งขึ้นเช่นกัน ซึ่งญาติของผู้ป่วยจิตเวชนั้นๆ ถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีประสบการณ์สะเทือนขวัญที่ต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัว และอาจจะหวาดกลัวผู้ป่วยจิตเวชที่ถือเป็นญาติพี่น้องของตนเองอีกด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความคิดว่าญาติเหล่านี้จะมีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงตัวเองในทางที่ดีขึ้น ทั้งมีความสนใจมีจุดมุ่งหมายที่เป็นทางด้านบวก โดยการยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงความคิด การทำความเข้าใจตนเองทำความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น และสามารถค้นพบมองเห็นประโยชน์จากสิ่งต่างๆ ที่ได้รับ และมีการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพทั้งกับบุคคลในครอบครัว สังคมรอบข้างและกับตัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวผู้วิจัยก็มีความ

คิดเห็นว่าจะต้องอาศัยระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันตามความสามารถของญาติแต่ละคน หลังจากเหตุการณ์สะเทือนเกิดขึ้น

จากแนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยาผู้วิจัยมีความเข้าใจว่าสามารถอธิบายเกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรมมนุษย์ได้จากโครงสร้างภายในจิตใจของมนุษย์เอง ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยต้องการที่จะศึกษาเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรรมในครอบครัวกลับบ้าน กระบวนการดูแลและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว เพื่อนำไปสู่การค้นหาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมในครอบครัว เมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดทางจิตวิทยาต่างๆ ทั้งแนวคิดเกี่ยวกับ แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) การเรียนรู้จากการสังเกต (Observe Learning) การกำกับตนเอง (Self-Regulatory) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) แนวคิดการมองเชิงบวก และแนวคิดเกี่ยวกับการเติบโตภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post-traumatic Growth) มาร่วมในการอธิบายพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยตามวัตถุประสงค์ข้างต้น

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยเกี่ยวกับการผู้วิจัยได้มีการแบ่งกลุ่มลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกเป็นลักษณะงานวิจัยที่เกี่ยวกับการยอมรับบุคคลที่ไม่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชและกระทำความผิดในคดีทั่วไป หรือ การยอมรับผู้ที่มีการเจ็บป่วยแต่ไม่ได้ทำผิดกฎหมาย เช่น ยาเสพติด กลุ่มที่สองเป็นลักษณะงานวิจัยที่เกี่ยวกับเจตคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชแต่ยังไม่มีคดี และกลุ่มที่สามเป็นลักษณะงานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี โดยจากการศึกษาพบว่างานวิจัยในเรื่อง “การยอมรับผู้ที่กระทำความผิดคดียาเสพติดกลับคืนสู่สังคม” : ศึกษากรณีจังหวัดนครปฐม ของกิตติคุณ บัวรุ่ง (2547: 145) จะพบว่าผลของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างให้ระดับของการยอมรับผู้กระทำความผิดคดียาเสพติดสามารถที่จะอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้ทุกระดับ สามารถมีพฤติกรรมที่แสดงออก คนในสังคมให้การยอมรับต่อผู้กระทำความผิดคดียาเสพติด ไม่ว่าจะเป็นการให้เกียรติ ให้ความช่วยเหลือ พุดคุยได้ ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นเป็นการศึกษาการยอมรับการปฏิบัติตัวต่อบุคคลที่ไม่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชและกระทำความผิด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชร่วมด้วย คือ งานวิจัยที่เกี่ยวกับเจตคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชจะพบว่าม้งานวิจัย การสำรวจเจตคติของชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชนนาร่อง ตำบลนครเจดีย์ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน ของอังคณา สารคำ (2550:42-56) ซึ่งผลงานวิจัยที่พบจะแตกต่างจากการยอมรับผู้ที่กระทำความผิดคดียาเสพติด คือกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างเห็นด้วยถ้าพบผู้ป่วยจิตเวชควรหลีกเลี่ยงให้ห่าง เพราะอาจถูกทำร้ายได้ ผู้ป่วยโรคจิตเป็นคนดื้อรั้น ควบคุมตนเองไม่ได้ และต้องระมัดระวังตัวเองมากเมื่ออยู่ต่อหน้าผู้ป่วยโรคจิต จะเห็นว่างานวิจัยต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงการยอมรับ การมีเจตคติของญาติต่อบุคคลธรรมดา

ที่กระทำผิด แต่ในส่วนบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช ก็มีกล่าวถึงเพียงงานวิจัยของ มยุรี กลั้วงษ์ (2552) ปัจจัยที่มีอิทธิพลของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของ ญาติ แต่ถ้าเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีนั้นส่วนใหญ่จะเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณที่ศึกษา เกี่ยวกับความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวช ของสุรเดช ประยูรศักดิ์ (2553) พบว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลโดยรวมอยู่ในระดับที่มีความวิตกกังวลเล็กน้อย เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ ในกระบวนการนิติจิตเวช นอกจากนั้นงานวิจัยที่เกี่ยวกับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระทำผิดครั้งแรก และกระทำผิดซ้ำของผู้ป่วยนิติจิตเวช ของ ราณี ฉายินทุ และนางลักษณ์ สาตรา (2543) ก็เป็น การศึกษาเพียงอัตราการกระทำผิดซ้ำของผู้ป่วยนิติจิตเวช ศึกษาลักษณะประชากร ลักษณะการ กระทำผิด ลักษณะทางคลินิก พฤติกรรม การบำบัดรักษา การใช้สารเสพติด และปัจจัยทาง ครอบครัวของผู้ที่กระทำผิด นอกจากนั้นยังมีการศึกษาการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพต่อการดูแล ตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีในชุมชน ของ กัลณิกา ศรีวงศ์วรรณ (2547) ซึ่งเป็นการศึกษาการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี ทั้งก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ ส่วนงานวิจัยเชิง คุณภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีพบ ของรุ่งฟ้า แสงพรหมชาติ (2551) เรื่องผลกระทบของ ครอบครัวผู้ป่วยนิติจิตเวชต่อการนำเสนอข่าวของสื่อมวลชน พบว่าบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยเอง ที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจ ทั้งเกิดภาวะความเครียดการถูกตอกย้ำความรู้สึกเกี่ยวกับการกระทำผิด ของผู้ป่วย อีกทั้งยังมีการถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นครอบครัวที่ไม่ดีเพราะไม่ดูแลผู้ป่วย ปล่อยปละ ละเลยให้ผู้ป่วยมากระทำผิด บางครอบครัวย้ายที่อยู่ออกจากชุมชนเพราะชุมชนไม่ยอมรับ และของ ขนิษฐา บำเพ็ญผล (2536) เรื่อง การศึกษาผู้ป่วยนิติจิตเวชคดีฆาตกรรม ซึ่งเป็นการศึกษา ลักษณะทั่วไปของผู้กระทำผิดฐานฆาตกรรมส่งตัวมาตรวจวินิจฉัย ณ โรงพยาบาลนิติจิตเวช และ ศึกษาพฤติกรรมขณะเกิดคดีและมูลเหตุจูงใจในการฆ่า เพื่อหาแนวทางป้องกัน สำหรับผู้ดูแลใกล้ชิด ผู้ป่วย แต่ถ้าเป็นการศึกษาการกระทำผิดประเภทคดีฆาตกรรมในครอบครัวโดยผู้กระทำเป็นผู้ป่วยโรค จิตเวช ญาติจะมีเงื่อนไขอย่างไรบ้างในการรับและมีแบบแผนในการดูแลบุคคลเหล่านี้อย่างไรที่ ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษานั้น ผู้วิจัยเห็นว่ายังพบว่ามีการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ค่อนข้างน้อย อีกทั้ง งานวิจัยส่วนใหญ่ที่กล่าวมาข้างต้นจะเป็นใช้การวิจัยในเชิงปริมาณทำให้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะ ศึกษา

5. การศึกษาเฉพาะกรณี

5.1 ความหมายและลักษณะของการศึกษาเฉพาะกรณี

สายฤดี วรกิจโกศาทร (2552: 244) ให้ความหมายว่า เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบหนึ่งที่มีผู้นำมาใช้นานแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการศึกษาทางด้านจิตวิทยาการศึกษาวิธีนี้มุ่งศึกษาเฉพาะ กรณีที่มีจุดประสงค์เพื่อค้นหา และสร้างสมมติฐานความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรบางตัว และแยกเอาตัว แปรที่ไม่เกี่ยวกับขบวนการการเกิดพฤติกรรม ที่ต้องการศึกษาของบุคคลนั้นออกทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อ ค้นพบที่ชัดเจนขึ้นนอกจากนั้นอาจจะเป็นการศึกษานำร่องเพื่อหาข้อมูลพื้นฐานสำหรับการนำมาใช้

เป็นแนวในการศึกษาขั้นต่อไป ชาย โพลิตา (2548: 152-161) ได้ให้ความหมายการศึกษาเฉพาะกรณีไว้ 2 ประการ ประการแรก หมายถึง เรื่องราว ปรากฏการณ์ หรือบุคคล ฯลฯ ที่เจาะจงเลือกมาเพื่อเป็นตัวอย่างสำหรับแสดงประเด็นใดประเด็นหนึ่งในหัวข้อการวิจัยที่ทั่วไปให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ประการที่สองหมายถึง การศึกษาปรากฏการณ์ เรื่องราว หรือบุคคลที่มีอะไรที่น่าสนใจ น่ารู้ และความรู้เรื่องนั้นๆ ก็ยังไม่มีเปิดเผยมาก่อน ซึ่งในความหมายนี้ การศึกษาเฉพาะกรณีมีลักษณะเป็นการวิจัยที่เบ็ดเสร็จในตัวเอง มีความสมบูรณ์ในตัวเอง และสามารถทำการศึกษาเป็นกรณีที่สมบูรณ์ในตัวเองได้ ดังนั้นจึงต้องเป็นกรณีที่มีขอบเขตชัดเจนทั้งในแง่ของเนื้อหา เวลา สถานที่ ประเด็นสำคัญในการศึกษาเฉพาะกรณี คือ เป็นการศึกษาอย่างละเอียดถี่เพื่อทำความเข้าใจกรณีนั้นๆ ในหลายมิติ

5.2 รูปแบบของการศึกษาเฉพาะกรณี

การเลือกกรณีตัวอย่าง

ในการเลือกกรณีตัวอย่าง (Cases) หรือสิ่งที่เราเลือกมาศึกษานั้นควรมีการทำความเข้าใจก่อนว่า ผู้วิจัยมีความสนใจหรือจะทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในเรื่องอะไร ประเด็นอะไร และควรพิจารณาคุณสมบัติของสิ่งที่ผู้วิจัยสนใจจะศึกษานั้นเป็นสำคัญ คือ สิ่งที่จะเลือกมาเป็นกรณีศึกษาต้องเป็นสิ่งที่สามารถกำหนดขอบเขตได้ชัดเจน นั่นคือ มีความสมบูรณ์ในตัวเอง มีเวลาและสถานที่แน่นอน Creswell; Stake. (ชาย โพลิตา. 2554:153-154 อ้างอิงจาก Creswell. 1998; Stake. 2000.) โดยการเลือกกรณีตัวอย่างมาศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การศึกษาเฉพาะกรณีแบบ Intrinsic case เป็นการเลือกกรณีนั้นเพราะความสนใจ ความอยากรู้ อยากทำความเข้าใจ อยากเปิดเผยรายละเอียดของกรณีนั้นโดยไม่มีจุดประสงค์อย่างอื่นหรือกรณี que เลือกมาศึกษาเพื่อสนองความอยากรู้ในสิ่งนั้นเป็นหลัก

2. การศึกษาเฉพาะกรณีแบบ Instrumental case เป็นการเลือกกรณีศึกษาเพราะว่า กรณีนั้นเป็นตัวอย่างหรือการเป็นตัวแทนของกรณีอื่นๆ และต้องการอะไรบางอย่างให้ชัดเจนมากขึ้นโดยผ่านกรณีนั้น เช่น การแสดงตัวอย่างเรื่องที่กำลังนำเสนอ หรือเป็นการแสดงตัวอย่างเพื่อสนับสนุนข้อสรุปหรือข้อโต้แย้งอย่างใดอย่างหนึ่ง

3. การศึกษาเฉพาะกรณีแบบ Collective case เป็นการศึกษาแบบ Instrumental cases หลายๆ ราย เพื่อให้แน่ใจว่าสิ่งที่ต้องการทำความเข้าใจนั้นมีความชัดเจนและเพื่อความมั่นใจในข้อสรุปที่ได้จากกรณีหลายๆ กรณี que เลือกมาศึกษา

รูปแบบการทำวิจัย

การวิจัยแบบกรณีศึกษาสามารถทำได้ 3 รูปแบบ Yin (ชาย โพลิตา. 2554:156-157 อ้างอิงจาก Yin. 1993. Application of Case Study Research.)

1. การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive) มุ่งแสดงรายละเอียดพร้อมทั้งบริบทอย่างสมบูรณ์ของปรากฏการณ์ที่เลือกมาศึกษา นักวิจัยนำเสนอเนื้อหาด้วยเทคนิคการบรรยาย สิ่งที่สำคัญในกรณีศึกษาแบบนี้อยู่ที่การให้รายละเอียด พร้อมบริบทของกรณีศึกษา โดยไม่มีการวิเคราะห์

2. การศึกษาแบบมุ่งการค้นหา (Exploratory) การศึกษาแบบนี้ใช้กันอย่างแพร่หลายโดยมีลักษณะเป็นการวิจัยนำร่องเพื่อหาปริมาณที่ยังไม่ชัดเจน หรือเพื่อสร้างสมมติฐานสำหรับการวิจัยแบบสำรวจ (เชิงปริมาณ) ที่จะตามมาภายหลัง ซึ่งนักวิจัยอาจทำกรณีศึกษาเพื่อค้นหาประเด็นปัญหาที่แท้จริง หรือเพื่อค้นหาว่าประเด็นที่ควรได้รับการศึกษาที่ลึกลงไป วิธีการเช่นนี้จะช่วยให้นักวิจัยมั่นใจว่าการวิจัยที่จะตามมานั้นมีการจับประเด็นและตั้งคำถามได้ถูกต้อง ข้อค้นพบของกรณีศึกษารูปแบบนี้มีลักษณะเป็นข้อค้นพบชั่วคราว เพื่อรอการวิเคราะห์เจาะลึกมาอีกรอบ

3. การศึกษาแบบมุ่งหาคำอธิบาย (Explanatory) การทำกรณีศึกษาแบบนี้ไม่ได้มุ่งที่จะเปิดเผยหรือทำความเข้าใจปรากฏการณ์เพียงอย่างเดียว แต่เพื่อหาคำอธิบายที่ยังไม่เคยมีมาก่อนหรือคำอธิบายอาจจะมียุติแต่ไม่เป็นที่พอใจ

โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการเชิงพรรณนา (Descriptive) ที่มุ่งเน้นการบรรยายเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีดีสมาบุคคลในครอบครัวกลับบ้าน และกระบวนการดูแลผู้ป่วย

5.3 วิธีการดำเนินการวิจัยแบบการศึกษาเฉพาะกรณี

การวิจัยแบบการศึกษาเฉพาะกรณีมีวิธีการศึกษา ดังนี้ Stake. (ชาย โพลิตา. 2554:157-158 อ้างอิงจาก Creswell. 1998. Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Tradition.)

1. การเลือกกรณีศึกษา ต้องเป็นกรณีที่มีขอบเขตชัดเจนและสมบูรณ์ในตัวเอง ทั้งในแง่เนื้อหา เวลา และสถานที่ ซึ่งอาจจะเป็นบุคคล เหตุการณ์ ปรากฏการณ์ กลุ่มชนที่มีลักษณะเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้ ซึ่งการเลือกกรณีสำหรับศึกษานั้นโดยปกติใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยการหากรณีที่สามารถให้ข้อมูลได้ค่อนข้างหลากหลายและครอบคลุมกับประเด็นที่ต้องการจะศึกษา

2. รวบรวมข้อมูลหลายชนิดโดยใช้เทคนิคหลายแบบ ซึ่งข้อมูลที่หลากหลายมีความจำเป็นโดยนักวิจัยมีการรวบรวมข้อมูลทั้งโดยการสังเกต การสัมภาษณ์ การค้นคว้าจากเอกสาร หรือจากสื่อทัศนูปกรณ์อื่นๆ

3. พรรณนารายละเอียดของสิ่งที่ศึกษา การพรรณนาสิ่งที่ศึกษาอย่างละเอียดมีความจำเป็นเพื่อให้เห็นภาพอย่างชัดเจน และเป็นการนำเสนอเรื่องราวของกรณีที่ศึกษาอย่างมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน

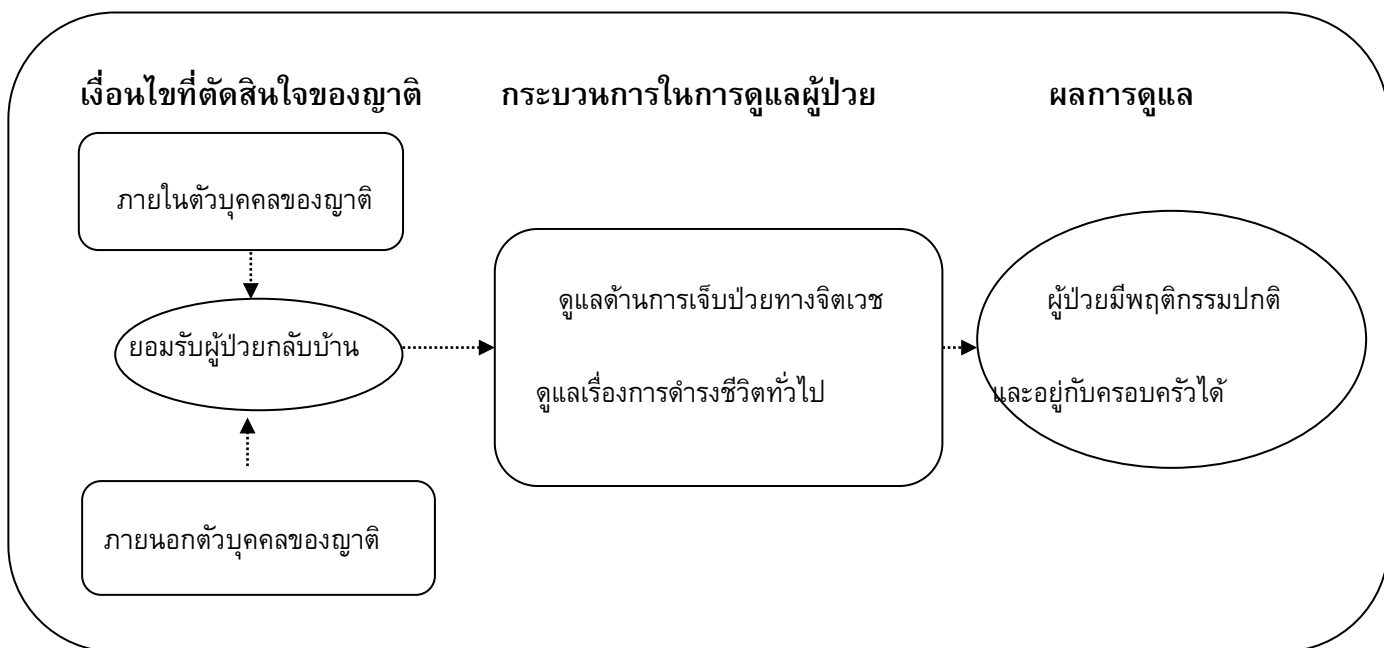
4. การวิเคราะห์และตีความข้อมูล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลต้องเหมาะสมกับลักษณะของข้อมูล อีกทั้งมีการใช้การเปรียบเทียบและการตีความได้เหมาะสมกับข้อมูลเชิงคุณภาพเช่นกัน

โดยต้องคำนึงถึงจุดมุ่งหมาย คำถามและวัตถุประสงค์ในการศึกษา ตลอดจนบริบทของกรณีศึกษา ด้วยเสมอ

ในการศึกษารั้วนี้ผู้วิจัยต้องมีความต้องการที่จะศึกษาเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆ่าบุคคลในครอบครัวกลับบ้าน และศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งในกลุ่มครอบครัวของผู้ป่วยจะเป็นกลุ่มที่ผู้วิจัยมีความคิดว่าเป็นกลุ่มที่มีความสมบูรณ์ของข้อมูล ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีตั้งแต่ก่อนก่อคดีและหลังสิ้นสุดคดีความตามกระบวนการยุติธรรมโดยกลับมาอยู่บ้านอีกครั้ง นอกจากนั้นจะต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ร่วมในการตัดสินใจรับผู้ป่วยกลับบ้านอีกครั้งหลังจากสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรม และเมื่อกลับมาอยู่กับครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการศึกษาเฉพาะรายกรณี และใช้รูปแบบการนำเสนอในลักษณะเชิงพรรณนา ซึ่งวิธีการดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสามารถทำความเข้าใจเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของครอบครัว และกระบวนการดูแลซึ่งอาจนำไปสู่การค้นพบแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี หรือค้นพบข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีหน้าที่ในการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับบ้านอีกครั้ง

6. กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษารั้วนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นทำความเข้าใจเกี่ยวกับเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆ่าบุคคลในครอบครัวกลับบ้าน โดยการศึกษาในรั้วนี้ผู้วิจัยได้ให้ความสนใจการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคลของญาติที่มีส่วนในการคิด การตัดสินใจ ลักษณะของอารมณ์และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยของญาติที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจยอมรับผู้ป่วย และเป็นผู้ที่มีหน้าที่ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง และหลังจากที่ผู้ป่วยได้กลับสู่ครอบครัวแล้วผู้วิจัยจะได้ศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว ซึ่งพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยของญาติที่มีการกระทำซ้ำๆ กันของแต่ละครอบครัวผู้วิจัยจะนำไปศึกษาเพื่อค้นหาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆ่าบุคคลในครอบครัว เมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง นอกจากนั้นผู้วิจัยยังให้ความสนใจกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำหน้าที่ในการติดตาม และให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีและครอบครัวทั้งจากส่วนกลาง และจากพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ และข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีร่วมด้วย นอกจากนั้นผู้วิจัยยังได้ทำการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษาทางจิตเวชของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติในโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อเป็นการนำข้อมูลที่ได้นำมาเพิ่มเติมในส่วนข้อมูลจากญาติ และเพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลให้มีความถูกต้อง โดยจากที่กล่าวมานั้นสามารถนำมาสรุปเป็นแผนภาพกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาได้ดังภาพประกอบ



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเรื่อง เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยกลับบ้านและแบบแผนพฤติกรรมดูแลผู้ป่วย : กรณีศึกษาญาติผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมในครอบครัว ซึ่งในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยอาศัยการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study) เป็นแนวทางโดยทำการศึกษา ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรรมในครอบครัวกลับบ้าน ศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว และนำไปสู่การค้นหาลักษณะแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมในครอบครัว เมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง ซึ่งในการศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษากลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจง มีขอบเขตที่กำหนดได้ชัดเจนสมบูรณ์ โดยมีรายละเอียดเนื้อหาสำคัญของวิธีดำเนินการวิจัยหัวข้อหลักๆ ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัย
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล
การวิเคราะห์ข้อมูล
การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้ที่จะสามารถให้ข้อมูลในการตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้อย่างละเอียดครบถ้วน และสมบูรณ์ได้นั้น ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรรมในครอบครัว ซึ่งความหมายของญาติในที่นี้จะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ

1. ต้องอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมในครอบครัวตั้งแต่ก่อนเกิดคดีฆาตกรรมและปัจจุบันก็ยังอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย
2. เป็นผู้ที่มีส่วนในการตัดสินใจยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับบ้าน
3. เป็นผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีเมื่อกลับสู่ครอบครัว ตั้งแต่ที่ผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้านจนถึงปัจจุบันก็ยังมีส่วนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีอย่างต่อเนื่อง

ผู้ให้ข้อมูล กลุ่มที่ 1 คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีหน้าที่ในการติดตาม ดูแลครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมในครอบครัว ทั้งจากหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนกลาง ซึ่งในที่นี้หมายถึง เจ้าหน้าที่ของสถาบันจิตเวชแห่งหนึ่งที่มีหน้าที่ในการติดตามดูแลทั้งครอบครัวและผู้ป่วย

จิตเวชที่มีคดีหลังจำหน่ายออกจากสถาบันจิตเวชแห่งหนึ่ง และเจ้าหน้าที่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีอาศัยอยู่

และผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 2 คือ ตัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆ่าบุคคลในครอบครัวและเคยรับการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาที่สถาบันจิตเวชแห่งหนึ่ง และปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัวอย่างน้อยที่สุดตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป อีกทั้งมีอาการทางจิตเวชสงบ และสามารถพูดคุยโต้ตอบได้ตรงคำถามได้ ซึ่งในกระบวนการในการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนั้นผู้วิจัยจะมีการเลือกแบบเจาะจงจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีที่มารับบริการจากสถาบันจิตเวชแห่งหนึ่ง แล้วเชื่อมโยงไปสู่การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1 และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ

ในการแบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็น 3 กลุ่มนั้นเพื่อเป็นประโยชน์ในการตอบวัตถุประสงค์ได้ครบถ้วนและเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในงานวิจัยได้ดังนี้ ในประเด็นเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆ่าบุคคลในครอบครัวกลับบ้านนั้น ประเด็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว และรวมไปถึงวัตถุประสงค์ในข้อที่สามที่ว่าได้แบบแผนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีเมื่อกลับสู่ครอบครัวอีกครั้งนั้น ซึ่งทั้งจาก 3 วัตถุประสงค์ที่กล่าวไปแล้วนั้นผู้วิจัยคาดว่าน่าจะสามารถหาข้อมูลได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นกลุ่มญาติ ส่วนผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1 ที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและส่วนพื้นที่รับผิดชอบที่ต้องดูแลครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี และผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 2 คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะนำข้อมูลมาเป็นทั้งข้อมูลที่สนับสนุน และตรวจสอบกับข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งในส่วนของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีของครอบครัว และผลของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีของครอบครัว

โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกกรณีศึกษาโดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ผู้วิจัยได้กรณีศึกษาที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่กำหนดไว้ โดยสามารถพิจารณาได้จากการแนะนำของบุคคลในกลุ่มสหวิชาชีพทางการแพทย์ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีในการตรวจประเมินวินิจฉัยทางนิติจิตเวช และจากประวัติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆ่าคนในครอบครัวของสถาบันจิตเวชแห่งหนึ่ง เพื่อนำไปสู่การค้นหาคณะกรณศึกษา (ญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี) โดยผู้วิจัยจะทำการศึกษากับญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีที่เป็นกรณีศึกษา (ผู้ให้ข้อมูลหลัก) จำนวน 4 คนจาก 4 ครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีหน้าที่ในการติดตามและดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆ่าบุคคลในครอบครัว ทั้งจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขในส่วนกลางทั้งสิ้น 3 ราย และในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 2 ราย รวมที่เป็นกรณีศึกษา (ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1) ทั้งสิ้น 5 ราย และตัวผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆ่าบุคคลในครอบครัวที่เป็นกรณีศึกษา (ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 2) ทั้งสิ้น 4 ราย และศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆ่าบุคคลในครอบครัวจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีของสถาบันจิตเวชแห่งหนึ่งร่วมด้วย และจะหยุดเก็บข้อมูลจากการกรณีศึกษาเมื่อได้ข้อมูลที่สามารถตอบวัตถุประสงค์ของผู้วิจัยได้ครบถ้วน และได้ข้อมูลที่มีการให้เนื้อหาซ้ำๆ จนไม่มีการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลเมื่อไปสัมภาษณ์กรณีศึกษาอื่นๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จากงานวิจัยในครั้งนี้ของผู้วิจัยมีรูปแบบของการวิจัยเชิงคุณภาพ เพราะฉะนั้นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่มีความสำคัญที่สุดคือ ผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย แต่สำหรับผู้วิจัยเป็นเพียงนักวิจัยสมัครเล่นทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลต้องเป็นไปอย่างมีทิศทาง ผู้วิจัยจึงต้องมีการสร้างแนวคำถามเพื่อเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ดังนี้

1. สร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคติฆาตบุคลในครอบครัวกลับบ้านนั้น แนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว และแนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตบุคลในครอบครัว เมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง โดยผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ กลุ่มญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคติ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีคติ ซึ่งแนวคำถามที่ผู้วิจัยจะใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์นั้นผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเองและได้ให้อาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบกับให้ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นสหวิชาชีพทางการแพทย์โดยเฉพาะด้านสุขภาพจิตที่เป็นผู้มีประสบการณ์ในการสัมภาษณ์ พูดคุยกับทั้งญาติของผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยจิตเวชที่มีคติเป็นผู้ตรวจทานและแก้ไขแนวคำถามเพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีคติที่จะสามารถเข้าใจแนวคำถามได้ถูกต้อง ซึ่งแนวคำถามที่ใช้นั้นผู้วิจัยมีความพยายามในการตั้งคำถามให้มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดที่ยังคงครอบคลุมกับประเด็นคำถามหลักๆ ตามวัตถุประสงค์ เพื่อเน้นให้ผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มต่างๆ มีอิสระในการถ่ายทอดเรื่องราวได้อย่างสะดวกแต่ยังคงอยู่ในกรอบของวัตถุประสงค์ อีกทั้งลักษณะของคำถามที่สร้างขึ้นผู้วิจัยจะมีการทำการทดลองสัมภาษณ์ก่อนที่จะนำไปใช้ในการสัมภาษณ์จริงกับผู้ให้ข้อมูล ซึ่งการสัมภาษณ์นั้นผู้วิจัยอาจจะเริ่มการสัมภาษณ์จากข้อคำถามที่สร้างไว้ข้อแรกๆ แต่หลังจากนั้นก็อาจจะเป็นการสัมภาษณ์สลับข้อคำถามไปมาตามสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ตอบเพื่อให้เป็นการลื่นไหลของการพูดคุย หรือในบางกรณีที่ผู้วิจัยก็ใช้การสัมภาษณ์ที่เรียงตามลำดับข้อคำถามเช่นกัน โดยลักษณะคำถามประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัว ภูมิลำเนา สถานภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคติ สถานภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ตายที่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคติฆา

1.2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคติฆาตบุคลในครอบครัวกลับบ้าน ซึ่งแนวคำถามนี้ผู้วิจัยต้องใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลักในส่วนแรก คือ ญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคติ และลักษณะของคำถามจะเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถที่จะตอบคำถามได้อย่างอิสระทางด้านความคิด โดยผู้วิจัยมี

ตัวอย่างคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรรมในครอบครัวกลับบ้าน

แนวคำถามสำหรับถามผู้ให้ข้อมูลหลัก

- ญาติคิดอย่างไรที่ในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวชอาศัยอยู่
- ญาติคิดอย่างไรที่ในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมในครอบครัว และรู้สึกอย่างไรกับผู้ป่วยเมื่อก่อคดี
- หลังจากเกิดเหตุการณ์ญาติตัดสินใจที่จะรับผู้ป่วยกลับมาอยู่ในครอบครัวอีกครั้งหรือไม่ เพราะอะไร
- ในระหว่างที่ผู้ป่วยยังอยู่ในขั้นตอนกระบวนการยุติธรรมหรือการรักษา ญาติมีการปฏิบัติกับผู้ป่วยอย่างไรบ้าง ตอนนั้นมีอารมณ์ ความรู้สึกอย่างไรกับผู้ป่วย
- เมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรมแล้ว จะถูกปล่อยตัวหรือได้รับการรักษาเสร็จสิ้นแล้วพร้อมที่จะกลับบ้าน ญาติและบุคคลในครอบครัวมีความรู้สึกอย่างไร ณ เวลานั้นญาติมีความคิดเกี่ยวกับจะรับผู้ป่วยกลับมาหรือไม่ เพราะอะไร
- ใครบ้างที่เป็นผู้ตัดสินใจในการรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับบ้าน
- มีบุคคลในครอบครัวใดบ้างที่ยอมรับให้กลับบ้าน และใครบ้างที่คัดค้านการกลับมาอยู่บ้านของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี
- เพราะอะไรท้ายที่สุด ญาติและบุคคลในครอบครัวจึงตัดสินใจรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรรมในครอบครัวกลับบ้าน มีกระบวนการ เหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นในครอบครัว
- ใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจนานเท่าไร เป็นต้น

1.3 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว ผู้วิจัยจะมีการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งจากญาติผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ส่วนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในส่วนกลางและจากเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ และจากตัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีจะเป็นการถามเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งลักษณะคำถามที่ใช้ก็ต้องเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเช่นกัน เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถเล่าเรื่องราวได้อย่างอิสระ เพื่อให้ได้รายละเอียด โดยผู้วิจัยมีตัวอย่างคำถามในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว

แนวคำถามสำหรับถามผู้ให้ข้อมูลหลัก

- ใครมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี
- ญาติทำอะไรบ้างเมื่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับมาอยู่บ้านอีกครั้ง

- ญาติมีวิธีการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีเมื่อกลับบ้านอย่างไรบ้าง และต้องดูแลในด้านไหนบ้าง
- ญาติมีความคิดอย่างไรกับการดูแลของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี
- ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี
- ผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลของญาติเป็นอย่างไร
- ผู้ป่วยเปลี่ยนไปอย่างไรบ้าง (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม ด้านอื่นๆ)

แนวคำถามสำหรับถามผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่อย่างไรเกี่ยวกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี
- มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีและครอบครัวอย่างไรบ้าง
- ผลจากการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีและครอบครัวเป็นอย่างไร
- เจ้าหน้าที่มีความรู้สึกรู้สึกอย่างไรกับทั้งญาติและผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี

แนวคำถามสำหรับถามผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 2

- คิดว่าตนเองเปลี่ยนแปลงอย่างไรเมื่อกลับมาอยู่บ้าน
- ญาติดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง
- ญาติดูแลผู้ป่วยด้านไหนบ้าง
- ผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรกับการดูแลของญาติ

หมายเหตุ แนวคำถามดังกล่าวสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ในการลงเก็บข้อมูล

2. การสังเกต ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่ทำการศึกษาเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่สำคัญตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้น นอกจากผู้วิจัยที่จะต้องมีการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลตามแนวการสัมภาษณ์แล้วนั้น ผู้วิจัยต้องใช้เครื่องมือในการวิจัยตัวอื่นๆ เพิ่มเติมซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยใช้การสังเกตร่วมด้วย ซึ่งรูปแบบการสังเกตนั้นผู้วิจัยจะเริ่มจากการสังเกตทั้งบรรยากาศในครอบครัว สังเกตปฏิกิริยาที่แสดงทั้งการพูดคุย สีหน้า แววตาการแสดงออกของพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างญาติระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี การสังเกตพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีของญาติ สังเกตสุขอนามัยความสะอาด และลักษณะอาการทางจิตเวชที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี และสังเกตบุคลิกภาพของญาติผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ซึ่งในการสังเกตนั้นจะเป็นการสังเกตตลอดช่วงการสัมภาษณ์ให้ข้อมูล

3. เครื่องบันทึกเสียง ซึ่งผู้วิจัยใช้เครื่องบันทึกเสียงเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลรายละเอียดต่างๆ ในการสัมภาษณ์เพื่อจะช่วยให้ผู้วิจัยเก็บรายละเอียดในกรณีที่ผู้วิจัยอาจตกหล่นประเด็นการสัมภาษณ์จากการจดบันทึก

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

จากงานวิจัยเรื่องนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรรมในครอบครัวกลับบ้าน ศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว และค้นหาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมในครอบครัว เมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง ซึ่งลักษณะงานวิจัยดังกล่าวเป็นงานวิจัยในเชิงคุณภาพโดยมีวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลอีก 2 กลุ่ม โดยผู้วิจัยเริ่มที่จะเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มต่างๆ โดยการร่วมลงพื้นที่กับทีมสหวิชาชีพที่ประกอบไปด้วย จิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาคลินิกของทางสถาบันจิตเวชแห่งหนึ่งในกรณีที่ทีมสหวิชาชีพต้องมีการลงพื้นที่เยี่ยมครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ซึ่งทีมสหวิชาชีพจะมีการนัดหมายทางญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ผู้ป่วยและนัดหมายเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีและครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยจึงได้นัดหมายผู้ให้ข้อมูลในวันที่ลงพื้นที่พร้อมกับทีมแพทย์ดังกล่าว หลังจากนั้นจะเริ่มทำการเริ่มพูดคุยการสร้างสัมพันธภาพอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Talk) หลังจากนั้นก็จะสังเกตไปตลอดการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ร่วมข้อมูลที่ได้จากการสังเกตว่ามีลักษณะเป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือขัดแย้งกัน

โดยผู้วิจัยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้วิจัยจะเริ่มต้นด้วยเตรียมตัวผู้วิจัยเองและมีการเตรียมประเด็นในการสัมภาษณ์เพื่อช่วยให้การสัมภาษณ์มีลักษณะที่ลื่นไหลอีกทั้งยังครอบคลุมประเด็นที่ต้องการจะศึกษา เมื่อเตรียมทุกอย่างพร้อมแล้วสิ่งแรกๆ ที่ผู้วิจัยต้องทำกับผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ การสร้างสัมพันธภาพโดยจะเป็นการสัมภาษณ์ที่เป็นลักษณะการพูดคุยกันอย่างเป็นกันเอง ไม่ทำบรรยากาศการพูดคุยให้เป็นทางการ หลังจากนั้นก็จะเริ่มเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการจะศึกษา โดยลักษณะคำถามนั้นจะเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดที่ให้อิสระกับผู้ให้ข้อมูลในการตอบคำถาม ให้อิสระในการเล่ารายละเอียดต่างๆ ตามมุมมอง ความคิดและประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งในทุกช่วงของการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะมีการสรุปประเด็นหรือเนื้อหาที่ผู้วิจัยรวบรวมได้แก่ผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และเพื่อเป็นการตรวจสอบความเข้าใจในประเด็นต่างๆ ให้ตรงกัน และนอกจากนั้นผู้วิจัยยังใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตร่วมด้วย

2. การสังเกต (Observation) ผู้วิจัยจะทำการสังเกตไปพร้อมๆ กับการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสังเกต ซึ่งรูปแบบการสังเกตนั้นผู้วิจัยจะสังเกตบรรยากาศในครอบครัว สังเกตปฏิกริยาการแสดงพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างญาติ สมาชิกในครอบครัว และผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี การสังเกตพฤติกรรมใน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีของญาติ สังเกตสุขอนามัยความสะอาดของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี และสังเกตบุคลิกภาพของญาติผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี

3. การศึกษาประวัติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีจากแฟ้มประวัติการรักษาของสถาบันจิตเวชแห่งหนึ่ง เพื่อเป็นการสืบค้นข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีในประเด็นของโรคทางจิตเวช ขั้นตอนของกระบวนการยุติธรรม ลักษณะพฤติกรรมของคดีความ อีกทั้งรายละเอียดเกี่ยวกับการได้กลับไปอยู่กับครอบครัวอีกครั้ง โดยข้อมูลดังกล่าวจะเป็นการนำผู้วิจัยไปสู่ผู้ให้ข้อมูลหลัก และผู้ให้ข้อมูลอีกทั้ง 2 กลุ่ม

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการขอหนังสือขออนุญาตการเก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงสถาบันจิตเวชแห่งหนึ่งเพื่อขอศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี และขอหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัยเพื่อเอาไว้แนะนำตัวผู้วิจัยกับญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี (ผู้ให้ข้อมูลหลัก) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งส่วนกลางและในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ต้องดูแลครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี (ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1) และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี (ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 2)

2. ทำเรื่องขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนการทำวิจัยในคนจากสถาบันจิตเวชที่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีเคยตรวจวินิจฉัย และบำบัดรักษาทางจิตเวช

3. ทำการนัดหมายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในส่วนกลาง ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของสถาบันจิตเวชที่มีหน้าที่ในการติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีหลังสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรมเพื่อนัดวันเวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์

4. วันที่นัดหมายผู้วิจัยแนะนำตัว เล่าวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ และทำการคัดเลือกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีที่จะนำมาเป็นกรณีศึกษา

5. ทำการนัดหมายกับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ตัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบดูแลครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีในพื้นที่ เพื่อทำการนัดหมายวันเวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ซึ่งจะเป็นวันเดียวกับที่ทีมสหวิชาชีพของสถาบันจิตเวชลงพื้นที่ในการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี และครอบครัว

6. เมื่อถึงวันนัดหมายผู้วิจัยจะเริ่มต้นจากการแนะนำตนเอง แนะนำวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ และขออนุญาตบันทึกข้อความ บันทึกเสียง และสังเกตบรรยากาศในครอบครัว ปฏิบัติการความสัมพันธ์ระหว่างญาติกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี สุขอนามัยของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี และการรักษาความลับข้อมูลของญาติผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีและตัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี

7. เริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยในช่วงแรกจะเป็นการสร้างสัมพันธภาพ สร้างความคุ้นเคยซึ่งอาจจะเป็นการสัมภาษณ์ในประเด็นข้อมูลทั่วไป แล้วจึงทำการสัมภาษณ์ในประเด็นที่ต้องมีการเจาะลึกตามแนวคำถามที่ผู้วิจัยได้สร้างเอาไว้คร่าว ๆ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามวัตถุประสงค์ ซึ่งในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะมีการสรุปข้อมูลที่ได้เป็นช่วง ๆ เพื่อเป็น

การตรวจสอบข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลว่ามีความถูกต้องตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ให้ข้อมูลไว้ โดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเองทุกครั้ง

8. เมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลจะนำกลับมาลงบันทึก ทำการถอดเทป และรวบรวมข้อมูลที่ได้มาทั้งหมดมาทำการจัดระบบของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการเชิงพรรณนา (Descriptive) ที่มุ่งเน้นการบรรยายเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรรมในครอบครัวกลับบ้าน และกระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยจะทำทุกครั้งที่สิ้นสุดการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลในแต่ละวัน ผู้วิจัยรีบถอดเทปและเขียนรายละเอียดของการสัมภาษณ์ออกมาทันที เพื่อที่จะได้นำผลการวิเคราะห์มาใช้ปรับแนวคิด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ได้ทราบว่าข้อมูลในส่วนใดที่เพียงพอแล้วหรือยังขาดข้อมูลในส่วนใดอีกบ้างซึ่งนำไปสู่การปรับยุทธวิธีเก็บข้อมูลใหม่เพื่อให้ครอบคลุมข้อมูลในสนามอย่างครบถ้วนซึ่งผู้วิจัยมีแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ (ชาย โพธิ์ธิศา 2548: 340-367)

1. การจัดระบบข้อมูล จากข้อมูลที่ผู้วิจัยสามารถเก็บรวบรวมมาจากภาคสนามจากการจดบันทึก การสังเกตและการบันทึกเสียงสัมภาษณ์ที่มีการถอดเทปคำต่อคำที่ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 13 คน จากทั้งสิ้น 4 ครอบครัว ที่บอกเล่าประสบการณ์ ความคิด อารมณ์ต่างๆ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงได้นำข้อมูลที่ได้ทำการจัดเก็บโดยการรวบรวมข้อมูลมาจัดเก็บข้อมูลเอาไว้ก่อนที่จะนำข้อมูลไปทำการวิเคราะห์ ซึ่งการจัดเก็บข้อมูลนั้นก็เพื่อความปลอดภัย ความเป็นระเบียบของข้อมูล และความสะดวกในการเรียกใช้ข้อมูลในภายหลัง ซึ่งการจัดเก็บข้อมูลของผู้วิจัยทำโดยการแยกข้อมูลที่ได้มาแบ่งเป็นครอบครัวที่ 1,2,3 และ 4 ซึ่งในแต่ละครอบครัวจะมีข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด โดยผู้วิจัยจะทำการพิมพ์ข้อมูลไว้ในรูปแบบของไฟล์ Word ที่มีการแยกเป็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต้นฉบับ และข้อมูลจากการทำภาษาที่เอาไว้สำหรับการวิเคราะห์อย่างชัดเจน ซึ่งข้อมูลที่ได้พร้อมสำหรับการอ่านและวิเคราะห์ จากนั้นผู้วิจัยทำการอ่านตรวจทานข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์และการสังเกตหลายๆ รอบเพื่อให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจและซึมซับกับข้อมูล ในขณะเดียวกันก็เขียนบันทึกประกอบเพื่อตั้งข้อสังเกตหรือช่วยทวนความจำหลังจากอ่านแล้วทำการร่างสรุปข้อมูล สรุปย่อเรื่องไว้เมื่อกลับมาทบทวนใหม่ทำให้สามารถเข้าใจได้รวดเร็วโดยไม่ต้องอ่านใหม่ทั้งหมดตั้งแต่เริ่มต้น

2. การสร้างรหัส ซึ่งรหัสเป็นส่วนสำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยขั้นตอนการลงรหัสนี้เริ่มจากการที่ผู้วิจัยอ่านข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมมาซึ่งอยู่ในรูปของบทการสัมภาษณ์ และรายละเอียดจากการบันทึกการสังเกตแล้ว ผู้วิจัยจะทำการจัดกลุ่มเนื้อหาจากข้อมูลที่กระจัดกระจายหรือปะปนกันอยู่ผู้วิจัยจะทำการลงรหัสข้อมูลที่มีความหมายเดียวกันและเนื้อหาที่มีความสอดคล้องกัน ใกล้เคียงกันก็จะมีการลงรหัสเดียวกัน

3. การแสดงข้อมูล เป็นการนำเอาข้อมูลที่ผู้วิจัยได้ทำการลงรหัสเอาไว้แล้วก่อนหน้านี้ทั้งหมดมาจัดให้เป็นกลุ่มตามประเด็นหลักๆ (Categorization) ภายใต้หัวข้อการวิเคราะห์ (Theme) ที่ผู้วิจัยจะทำการศึกษา

4. การสรุปและการตีความ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยทำการแปลความหมายของข้อมูลซึ่งผู้วิจัยต้องสามารถเข้าใจความหมายของข้อมูลเหล่านั้นเพื่อให้ข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์ในรูปแบบต่าง ๆ สามารถนำไปอธิบายหรือนำไปใช้อย่างอื่นได้ โดยการใช้การวิเคราะห์ข้อมูลต้องเหมาะสมกับลักษณะของข้อมูล อีกทั้งมีการใช้การเปรียบเทียบและการตีความได้เหมาะสมกับข้อมูลเชิงคุณภาพเช่นกัน โดยต้องคำนึงถึงจุดมุ่งหมาย คำถามและวัตถุประสงค์ในการศึกษา ตลอดจนบริบทของกรณีศึกษาด้วยเสมอ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ผู้วิจัยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลหลายแหล่ง (Data Triangulation)

ข้อมูลต่างๆ ผู้วิจัยจะได้มาจากญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาค จากตัวผู้ป่วย และสุดท้ายจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยจากสถาบันจิตเวช โดยข้อมูลที่ได้มานั้นสามารถนำมาตรวจสอบความน่าเชื่อถือในประเด็นสอดคล้องกันหรือแตกต่างกันในระหว่างผู้ให้ข้อมูล

2. ผู้วิจัยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลมากกว่า 1 วิธี (Methodological Triangulation)

โดยผู้วิจัยได้ใช้วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มและยังมีการใช้วิธีการในการสังเกตร่วมขณะทำการสัมภาษณ์ ซึ่งในประเด็นการตรวจสอบความเชื่อถือนี้ผู้วิจัยสามารถตรวจสอบได้จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มีความสอดคล้องหรือขัดแย้งกันกับข้อมูลที่ผู้วิจัยได้ทำการสังเกต

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลทุกๆ ราย โดยก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ทำเรื่องขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ 3/2557 จากสถาบันจิตเวชที่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีมีประวัติการรักษา หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงจะเริ่มดำเนินการสร้างความสัมพันธ์อันดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1 และ 2 และมีการสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยจากผู้ให้ข้อมูลทุกราย ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การขออนุญาตจดยละเอียดจากการสัมภาษณ์และบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ จำนวนครั้งในการสัมภาษณ์ระยะเวลาและสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามข้อข้องใจหรือสิ่งที่เป็นอย่างสงสัยเพิ่มเติมจน

เข้าใจและใช้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจตอบคำถาม และที่สำคัญผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องถึงผู้ให้ข้อมูล โดยการนำเสนอผลการวิจัยนั้นผู้วิจัยจะใช้คำว่า ญาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ป่วยครอบครัวที่ 1,2,3 และ 4 ตามลำดับแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้รักษาความลับของข้อมูลโดยเก็บไว้ในที่ปลอดภัย ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมของข้อมูลทั้งหมดใช้เพื่อประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น



บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรรมในครอบครัวกลับบ้าน และศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดี เพื่อค้นหาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมในครอบครัว เมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาเป็น 4 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข โดยแบ่งออกเป็น

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

- 1.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ญาติ (4 คน)
- 1.1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1 คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (5 คน)
- 1.1.3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 2 คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี (4 คน)

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมคดีและผลของคดี

ส่วนที่ 2 เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของญาติในการรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรรมในครอบครัวกลับบ้าน

2.1 ด้านภายในตัวบุคคลของญาติ โดยแยกออกเป็น

2.1.1 ญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย

- 2.1.1.1 รับรู้ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชตั้งแต่ก่อนเกิดคดีความ
- 2.1.1.2 เข้าใจสาเหตุของคดีว่าเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยทางจิตเวช
- 2.1.1.3 รับรู้ถึงอาการทางจิตเวชของผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น
- 2.1.1.4 รับรู้ถึงการสำนึกผิดของผู้ป่วย
- 2.1.1.5 เห็นคุณค่าของผู้ป่วยยังมีต่อครอบครัวหรือชุมชน
- 2.1.1.6 รับรู้คุณลักษณะเดิมของผู้ป่วย

2.1.2 ญาติมีการรับรู้ตนเองในการมีทักษะการจัดการปัญหา

- 2.1.2.1 ญาติยอมรับผู้ป่วยกลับบ้านตั้งแต่ต้น
- 2.1.2.2 ญาติพร้อมรับมือกับการปฏิเสธของชุมชน
- 2.1.2.3 ญาติมองปัญหาอุปสรรคในด้านบวก

2.2 การสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก

2.2.1 การได้รับคำยืนยัน คำชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญที่ญาติเชื่อถือ

2.2.2 ครอบครัวหรือชุมชนยินยอมและสนับสนุน

2.2.3 การได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ แบบรวดเร็ว

ส่วนที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว

1. กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีรายครอบครัว และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว

ครอบครัวที่ 1

ครอบครัวที่ 2

ครอบครัวที่ 3

ครอบครัวที่ 4

2. ภาพรวมของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดี และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว

ส่วนที่ 4 แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆ่าบุคคลในครอบครัว เมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง

1. แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ญาติดูแลเป็นหลัก

2. แบบแผนการดูแลที่ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

สารานุกรมสุข

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี จำนวน 4 ครอบครัวโดยเป็นญาติที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวนทั้งสิ้น 4 คน และผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีอีก 4 คน อีกทั้งยังสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งจากส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีจาก 4 ครอบครัวจำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้นผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 13 คน ซึ่งผู้วิจัยได้มีการสรุปข้อมูลได้ดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

1.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ญาติ (4 คน)

จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลหลัก (ญาติ) ที่มีความเกี่ยวข้องในการตัดสินใจยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับบ้านหลังจากสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรมแล้วนั้น ผู้วิจัยสามารถสัมภาษณ์ญาติได้จำนวน 4 คนจากจำนวน 4 ครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยพบว่า ญาติแต่ละคนจะมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีโดย ครอบครัวที่ 1 ญาติมีความเกี่ยวข้องเป็นพี่สาวซึ่งเดิมเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยและเป็นผู้ที่ตัดสินใจยอมรับผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัวอีกครั้ง แต่ในปัจจุบันพี่สาวไม่ได้อาศัยอยู่กับ

ผู้ป่วยแล้วโดยแยกไปอยู่กับสามีและลูก ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับแม่เพียง 2 คนที่บ้านเดิมที่เกิดคดี โดยแม่เป็นผู้สูงอายุอีกทั้งมีปัญหาด้านความจำ นอกจากนั้นยังมีลักษณะอาการหูตึงจะไม่ค่อยได้ยินเสียงในการสื่อสารกัน ครอบครัวที่ 2 ญาติมีความเกี่ยวข้องเป็นพี่ชายสายเลือดเดียวกันกับผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันผู้ป่วยก็ยังอาศัยอยู่กับพี่ชายและพี่สะใภ้ โดยบ้านหลังนี้จะมีผู้ที่อาศัยอยู่ด้วยกัน 3 คือ พี่ชายของผู้ป่วย พี่สะใภ้ และผู้ป่วย ครอบครัวที่ 3 ญาติมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคือ เป็นป้าคนรอง (พี่สาวคนที่ 2 ของพ่อ) ซึ่งปัจจุบันในครอบครัวมีผู้อาศัยรวมกันทั้งสิ้น 4 คน โดยสมาชิกในครอบครัวจะประกอบไปด้วย ป้า (พี่สาวของพ่อของผู้ป่วย) จำนวน 2 คน พ่อของผู้ป่วยและตัวผู้ป่วย ครอบครัวที่ 4 ญาติมีความเกี่ยวข้องเป็นสามีของผู้ป่วย ซึ่งปัจจุบันญาติก็ยังอาศัยอยู่กับผู้ป่วยเพียง 2 คน โดยผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละคนก็จะมีภูมิลำเนาที่แตกต่างกันไปดังนี้ ญาติของครอบครัวที่ 1 ที่มีเกี่ยวข้องเป็นพี่สาวของผู้ป่วยนั้นมีภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดสุพรรณบุรี และปัจจุบันไม่ได้อาศัยอยู่ที่จังหวัดสุพรรณบุรีแล้ว เนื่องจากแยกครอบครัวโดยมาอาศัยอยู่ที่กรุงเทพมหานคร ส่วนญาติของครอบครัวที่ 2 ที่มีเกี่ยวข้องเป็นพี่ชายนั้นก็ยังมีภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดนครนายก ซึ่งปัจจุบันก็ยังพักอาศัยอยู่ที่จังหวัดนครนายก และญาติของครอบครัวที่ 3 ที่มีเกี่ยวข้องเป็นป้ามีภูมิลำเนาอยู่ที่กรุงเทพมหานคร และในปัจจุบันก็ยังพักอาศัยอยู่ที่เดิมเช่นกัน ญาติของครอบครัวที่ 4 ที่มีเกี่ยวข้องเป็นสามี นั้นมีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดนนทบุรี ซึ่งปัจจุบันก็ยังอาศัยอยู่ที่เดิม

จะสังเกตเห็นได้ว่าทั้ง 4 ครอบครัวที่กล่าวไปข้างต้นมีภูมิลำเนามาจากคนละจังหวัดที่แตกต่างกัน แต่ทั้งหมด 4 ครอบครัวอยู่ในภูมิภาคเดียวกัน คือ ภาคกลาง นอกจากนั้นในด้านการประกอบอาชีพของญาติทั้ง 4 ครอบครัวนั้นก็ไม่ได้มีความคล้ายคลึงกัน ทั้งนี้ญาติของครอบครัวที่ 1 ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้วเนื่องจากเป็นแม่บ้านที่ต้องดูแลบุตร และดูแลทำความสะอาดบ้าน ส่วนญาติของครอบครัวที่ 2 นั้นประกอบอาชีพทำนาที่เป็นที่ดินของตนเอง และญาติของครอบครัวที่ 3 ทำอาชีพเป็นที่ปรึกษาของบริษัทเอกชน ส่วนครอบครัวที่ 4 ญาติก็มีอาชีพรับจ้างในด้านสถานภาพของญาติทั้ง 4 คนนั้นก็พบว่ามี 3 ครอบครัวที่ญาติมีสถานภาพสมรสเหมือนกัน คือ ครอบครัวที่ 1 ผู้ที่เป็นพี่สาวมีสถานภาพสมรส ส่วนครอบครัวที่ 2 ญาติมีความเกี่ยวข้องเป็นพี่ชายของผู้ป่วยนั้นมีสถานภาพสมรส โดยมีภรรยาที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน และญาติของครอบครัวที่ 4 ที่เป็นสามีของผู้ป่วยก็มีสถานภาพสมรสเช่นกัน ส่วนญาติของครอบครัวที่ 3 มีความเกี่ยวข้องเป็นป้าของผู้ป่วยนั้นมีสถานภาพโสด ซึ่งผู้วิจัยสรุปไว้ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ญาติ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ญาติ				
ครอบครัว	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ภูมิลำเนา	อาชีพ	สถานภาพ
1	พี่สาว	จ.สุพรรณบุรี	แม่บ้าน	สมรส
2	พี่ชาย	จ.นครนายก	ทำนา	สมรส
3	ป้า	กรุงเทพมหานคร	ที่ปรึกษา พนง.บริษัท	โสด
4	สามี	จ.นนทบุรี	รับจ้าง	สมรส

1.1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1 คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (5 คน)

ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าได้แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากส่วนกลางโดยจะมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีตั้งแต่ที่ศาลมีคำสั่งให้ไปบำบัดรักษาที่สถานบำบัดจิตเวช และจนปัจจุบันก็ยังคงมีหน้าที่ในการติดตามดูแลต่อเนื่องเป็นระยะๆ และอีกกลุ่มเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในส่วนภูมิภาคที่ต้องมีหน้าที่รับช่วงต่อจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลางในการดูแลครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีเมื่อกลับสู่ชุมชน ในที่นี้ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1 จำนวน 5 คน โดยแบ่งเป็นเจ้าหน้าที่จากสาธารณสุขจากส่วนกลาง จำนวน 3 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ 2 คนและนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พยาบาลวิชาชีพ 1 ใน 2 คนที่กล่าวไปข้างต้นเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีถึง 2 ครอบครัว พยาบาลอีก 1 คนก็ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีอีก 1 ครอบครัว และนักสังคมสงเคราะห์ก็เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีอีก 1 ครอบครัว นอกจากนั้นยังมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในส่วนภูมิภาคอีกจำนวน 2 คนซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 คนเป็น และอีก 1 คน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งผู้วิจัยสรุปไว้ดังตารางที่ 2

“ส่วนใหญ่เป็นการเตรียม รพ.สต. เตรียม อสม. ประเมินครอบครัว ชุมชน และก็มี การเตรียมผู้ป่วยก่อนที่จะเออลงไปเยี่ยมบ้าน ทดลองเยี่ยม จนกระทั่งได้กลับสู่ชุมชน”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 1)

“นักสังคมสงเคราะห์จะติดตามลงไปเยี่ยมบ้านกับพยาบาลชุมชน ตั้งแต่มารับบริการที่ สถานีฯ แม้จะสิ้นสุดคดีแล้วก็ยังตามต่อจนกว่าปัญหาสุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัว และผู้ป่วย จะดีขึ้น บางรายตามอยู่หลายปีมาก”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 3)

“ในส่วนของสาธารณสุขอย่างในชุมชนนี้เราก็จะเข้าไปร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ก็จะเน้นงานเชิงรุก ก็คือจะค้นหาผู้ป่วยในชุมชน แล้วพอเจอแล้ว ก็จะมีการคัดกรอง ติดตาม ส่งต่อที่โรงพยาบาล”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนภูมิภาค ครอบครัวที่ 1)

ตาราง 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1 คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตารางแสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล กลุ่มที่ 1 คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
ลำดับที่	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข		ตำแหน่ง	ดูแลครอบครัวผู้ป่วย
	ส่วนกลาง	ส่วนภูมิภาค		
1	✓		พยาบาลวิชาชีพ	ครอบครัวที่ 1 และ 2
2		✓	พยาบาลวิชาชีพ	ครอบครัวที่ 1
3		✓	อสม.	ครอบครัวที่ 2
4	✓		นักสังคมสงเคราะห์	ครอบครัวที่ 3
5	✓		พยาบาลวิชาชีพ	ครอบครัวที่ 4

1.1.2 ข้อมูลทั่วไปของ ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 2 คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี (4 คน)

ผู้วิจัยได้มีการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและการศึกษาข้อมูลในแฟ้มประวัติผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจิตเวชที่ผู้ป่วยไปทำการตรวจวินิจฉัยควบคู่กันไป โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีทั้ง 4 คน ซึ่งสามารถสรุปข้อมูลได้ดังนี้ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีจำนวน 4 คน เป็นเพศชายทั้งหมด 3 คน และเป็นเพศหญิง 1 คน โดยมีอายุ 44 ปี 48 ปี 17 ปี และ 34 ปี ตามลำดับของกรณีศึกษา จากผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 4 คนที่มีคดีความผิดต่อชีวิตแล้วนั้น ยังสามารถแยกได้อีกว่าในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี 1 คนได้มีคดีความผิดต่อชีวิตฆ่าบุพการีผู้เป็น พ่อ ส่วนผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีอีก 2 คนก็มีคดีความผิดต่อชีวิตเช่นกัน โดยฆ่าบุพการีผู้เป็น แม่ และผู้ป่วยอีก 1 คนก็มีคดีความผิดต่อชีวิตแต่คดีนี้เป็นการฆ่าลูกของตนเอง จากประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วยทั้ง 4 คนนั้นมีข้อมูลที่มีลักษณะเหมือนกัน คือ ผู้ป่วยมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชมาก่อนที่จะมีคดีความผิดต่อชีวิตทั้งสิ้น ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวน 3 คนมีประวัติการรักษาทางจิตเวชที่โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งมาก่อนที่จะมีคดี แต่เป็นการบำบัดรักษาในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ส่วนผู้ป่วยอีก 1 คนก็มีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งเช่นกันแต่เริ่มทำการรักษาตั้งแต่ชั้นของพัฒนาการที่ผิดปกติมาตั้งแต่เด็กๆ และจากการศึกษาผู้ป่วยทั้ง 4 คนยังพบข้อมูลที่สำคัญว่าก่อนที่จะเกิดคดีความผิดต่อชีวิตนั้น ผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 4 คนไม่ได้มีการรักษาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง คือผู้ป่วยไม่ได้ไปรักษาอาการทางจิตเวชจากโรงพยาบาล อีกทั้งไม่ได้มีการกินยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง จนทำให้ผู้ป่วยมีความ

ผิดปกติของพฤติกรรมและมีอาการทางจิตเวชกำเริบตลอดเวลาจนกระทั่งผู้ป่วยมีคดียึดต่อชีวิตขึ้น และต่อจากนั้นผู้ป่วยที่มีคดียึดต่อชีวิตได้เข้ารับการรักษาทางจิตเวชอีกครั้งอย่างต่อเนื่องและจริงจังที่โรงพยาบาลจิตเวชจนปัจจุบัน นอกจากนั้นจากการศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 4 คนถูกวินิจฉัยในปัจจุบันจากจิตแพทย์ตามลำดับดังนี้ ผู้ป่วยคนแรก ถูกวินิจฉัยเป็น Undifferentiated Schizophrenia (จิตเภทแบบแบ่งแยกไม่ชัดเจน) โดยเริ่มมีอาการเจ็บป่วยทางจิตเวชตอนอายุประมาณ 30 ปี จากประวัติยังพบว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยนั้นเริ่มมาจากเครียดเรื่องรายรับไม่เพียงพอกับรายจ่ายเพราะไม่มีงานทำ จึงถูกส่งรักษาตัวที่โรงพยาบาลจิตเวชหลายครั้งแต่ก็รักษาไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยคนที่ 2 ถูกวินิจฉัยว่าเป็น Paranoid Schizophrenia (จิตเภทแบบหวาดระแวง) มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชมาตั้งแต่อายุ 21 ปี โดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดเนื่องจากผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยครั้งแรกขณะเป็นทหาร และได้รับการรักษาทางจิตเวชจากหลายโรงพยาบาลแต่ไม่ยอมรับติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยคนที่ 3 มีประวัติการเจ็บป่วยมาตั้งแต่วัยเด็ก โดยมีปัญหาทางด้านพัฒนาการ ทางด้านสังคม ภาษาและการสื่อความหมายมาตั้งแต่เด็กโดยในช่วงอายุ 1 ขวบ จึงจะได้ส่งรักษา เมื่ออาการดีขึ้นจึงหยุดการรักษา ต่อมาผู้ป่วยก็เริ่มมีพฤติกรรมไว้วางใจ มีอารมณ์หงุดหงิด โมโหและขโมยของ ญาติก็ส่งรักษาอีกครั้งโดยถูกวินิจฉัยว่าเป็น Behavior problem (มีปัญหาวินัย) และภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง (Chronic depression) หลังจากนั้นก็ขาดการรักษาจนก่อคดี ส่วนผู้ป่วยคนที่ 4 ถูกวินิจฉัยว่าเป็น Paranoid Schizophrenia (จิตเภทแบบหวาดระแวง) โดยมีประวัติการรักษาตั้งแต่อายุได้ 25 ปีแต่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพราะคิดว่ากินยาแล้วไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง แثمการกินยาทางจิตเวชทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกละเลยตัว ซึ่งผู้วิจัยสรุปไว้ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 แสดงข้อมูลทั่วไปของ ผู้ให้ข้อมูล กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี

ตารางข้อมูลทั่วไปของ ผู้ให้ข้อมูล กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี						
ผู้ป่วย ครอบครัวที่	อายุ	เพศ	คดี	เริ่มรักษา ทางจิตเวช	ขาดการ รักษา	การวินิจฉัยของแพทย์
1	44	ช	ความผิดต่อชีวิต “ฆ่าพ่อ”	วัยผู้ใหญ่	✓	Undifferentiated Schizophrenia
2	48	ช	ความผิดต่อชีวิต “ฆ่าแม่”	วัยผู้ใหญ่	✓	Paranoid Schizophrenia
3	17	ช	ความผิดต่อชีวิต “ฆ่าแม่”	วัยผู้ใหญ่	✓	Behavior problem, Chronic depression
4	34	ญ	ความผิดต่อชีวิต “ฆ่าลูก”	วัยเด็ก	✓	Paranoid Schizophrenia

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมคดีและผลของคดี

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมคดีและผลของคดีของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีของทั้ง 4 คนจากแฟ้มประวัติการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวชที่ผู้ป่วยบำบัดรักษา โดยสามารถศึกษาข้อมูลได้ดังนี้

พฤติกรรมคดีของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีครอบครัวที่ 1 ซึ่งสามารถสรุปได้ใจความว่า ในวันเกิดเหตุผู้ป่วยได้มีการทำร้ายแม่เป็นจำนวนหลายครั้ง จนเป็นเหตุให้แม่ได้รับบาดเจ็บสาหัส และผู้ป่วยใช้ไม้ตีพริกตีบิดา และใช้มีดแทงร่วมด้วยหลายครั้ง จึงเป็นเหตุให้บิดาเสียชีวิต

ศาลมีคำพิพากษาว่า “ผู้ป่วยทำร้ายร่างกายมารดา และฆ่าบิดาในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้เพราะโรคจิต ผู้ป่วยจึงไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดดังกล่าว ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 วรรคแรก แต่การปล่อยตัวผู้ป่วยในขณะนี้อาจไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน จึงเห็นสมควรให้ส่งผู้ป่วยไปคุมตัวเพื่อรับการรักษาพยาบาลอาการทางจิตจนกว่าจะหายเป็นปกติ โดยให้ส่งไปควบคุมไว้ในสถานพยาบาลตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48 เพื่อรับการรักษาพยาบาลอาการทางจิตจนกว่าแพทย์จะเห็นว่า ผู้ป่วยหายป่วยและสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อผู้อื่นอีกต่อไป”

พฤติกรรมคดีของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีครอบครัวที่ 2 สามารถสรุปได้ใจความว่า ในวันเกิดเหตุผู้ป่วยใช้กำลังประทุษร้ายทุบตีร่างกาย กัดรัดลำคอ ใช้วัสดุของแข็งไม่ทราบชนิดตีแม่ เป็นเหตุให้ได้รับบาดเจ็บจนถึงแก่ความตาย

ศาลมีคำพิพากษาว่า “จำเลยมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 289 (1) ลงโทษประหารชีวิต แต่จำเลยไม่ต้องรับโทษตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 แต่ให้ส่งตัวจำเลยไปคุมไว้ใน สถานพยาบาล ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48 เพื่อบำบัดรักษาจนความผิดปกติทางจิตหายหรือทุเลาและไม่มีภาวะอันตราย และศาลมีคำสั่งเป็นอย่างอื่น ทั้งนี้ให้จิตแพทย์ผู้บำบัดรักษารายงานผลการรักษาและความเห็นต่อศาลทุกหนึ่งร้อยแปดสิบวัน”

พฤติกรรมคดีของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีครอบครัวที่ 3 สามารถสรุปได้ใจความว่า เวลาตีกวันเกิดเหตุหลังจากผู้ป่วยปิดเครื่องคอมพิวเตอร์แล้ว ก็ได้ยินเสียงผู้หญิงคนหนึ่งซึ่งไม่ใช่เสียงของมารดา ตะคอกว่า “มึงทำไมไม่หลับไม่นอนไปนอนได้แล้ว” จึงเกิดความรู้สึกโกรธมาก จากนั้นเดินไปห้องครัว และได้หยิบมีดปลายแหลมเดินไปเปิดประตูห้องของมารดา เห็นมารดานอนอยู่ ด้วยความรู้สึกโกรธมารดาที่มักบ่นว่าและเคยตีโดยไม่มีเหตุผล จึงใช้มีดแทงไปที่บริเวณลำตัวของมารดาหลายครั้ง แล้วผู้ป่วยก็เดินไปนั่งรออยู่ที่เก้าอี้ไม่หน้าบ้าน

ศาลมีคำพิพากษาว่า จำเลยมีความผิด ขณะกระทำผิดจำเลยอายุ 14 ปี ให้คุมประพฤติจำเลยภายใน 2 ปี และได้มีการปล่อยตัวที่ศาล

พฤติกรรมคดีของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีครอบครัวที่ 4 สามารถสรุปได้ใจความว่า เวลาประมาณ 13.00 น. เหตุเกิดที่ห้องเช่าแห่งหนึ่ง จ.นนทบุรี ผู้ป่วยได้ใช้มีดปลายแหลมก่อเหตุฆ่าผู้อื่น (บุตรของผู้ป่วยเอง) จนเสียชีวิต

ศาลมีคำพิพากษาว่า จำเลยผิดตามคำฟ้อง แต่ไม่ต้องรับโทษ เห็นสมควรให้ส่งจำเลยไปคุมตัวไว้ ณ สถานพยาบาล ตามปอ.มาตรา 48

ซึ่งจากพฤติกรรมคดีข้างต้นพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 4 คนจะมีการใช้อาวุธในการก่อเหตุ และที่สำคัญอาวุธดังกล่าวสามารถหาได้จากภายในครอบครัวของทุกคนที่มีเอาไว้ใช้สอยในบ้านอยู่แล้ว อาทิต่ออยู่ในห้องครัว หรือสิ่งของ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่อยู่ใกล้มือ ไม่ว่าจะเป็นมีด ไม้ตีฟริก หรือเป็นอวัยวะร่างกายของเราเอง คือ มือ เท้าของตนเอง นอกจากนั้นเมื่อวิเคราะห์ตามคำพิพากษาของศาลในแต่ละคดี จะพบว่า เมื่อศาลได้พิจารณาคดีความผิดต่อชีวิตของผู้ป่วยทั้ง 3 คนแล้วว่าไม่มีความผิด กระทำไปเพราะไม่สามารถรู้ผิดชอบในการกระทำของตนเองนั้น ศาลก็ยังไม่ให้ปล่อยตัวในทันที โดยยังคงคำนึงถึงความปลอดภัยของประชาชน และตัวผู้ป่วยเองว่าอาจจะเป็นอันตรายได้ จึงต้องให้มีการบังคับไปบำบัดรักษาอาการโรคจิตจนกว่าจะหาย หรือเพื่อความปลอดภัยต่อประชาชน และสังคม อีกทั้งต้องมีการรายงานศาลให้พิจารณาปล่อยตัวผู้ป่วยให้กลับสู่ชุมชนเมื่ออาการทางจิตหายดี หรือเป็นปกติแล้ว เมื่อศาลมีคำตัดสินเรียบร้อยแล้วมีความผิดแต่ให้ผู้ป่วยทั้ง 3 คนไปรับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช แบบผู้ป่วยในจนกว่าจะหายดี และอีก 1 คนสามารถได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากในระหว่างขั้นตอนของการพิจารณาสืบสวน สอบสวน คดีนั้น ผู้ป่วยรายนี้ได้มารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชแบบผู้ป่วยในอยู่ก่อนแล้ว เมื่ออาการทางจิตดีขึ้นก็ส่งกลับเข้าสู่กระบวนการตัดสินในชั้นศาลพิจารณาคดีในที่สุดซึ่งผู้วิจัยสรุปไว้ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 สรุปผลของคดีความของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี

ตารางสรุปผลของคดีความของผู้ป่วย			
ผู้ป่วย	อาวุธที่ใช้	การตัดสินของศาล	การรับไว้รักษาของสถาบันฯ
คนที่ 1	มีด	มีความผิด แต่ไม่ต้องรับโทษ เพราะกระทำไปโดยไม่	รักษาแบบผู้ป่วยใน
คนที่ 2	วัสดุของแข็ง/บีบคอ	รู้ผิดชอบ แต่มีคำสั่งให้ไป	รักษาแบบผู้ป่วยใน
คนที่ 3	มีด	บำบัดรักษาต่อ	รักษาแบบผู้ป่วยนอก
คนที่ 4	มีด		รักษาแบบผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 2 เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆ่าบุคคลในครอบครัวกลับบ้าน

จากอาการทางจิตเวชที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมที่ทำให้เป็นคดีความนั้น ขั้นตอนต่อไปคือ การที่ผู้ป่วยต้องเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมโดยเป็นการตัดสินของศาลว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีจะต้องได้รับการลงโทษอย่างไร อาทิเช่น การถูกกักขังในเรือนจำ การถูกกักขังในสถานพยาบาลเพื่อเป็นการรักษาอาการทางจิตเวชที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้นหรือจนกว่าอาการจะหาย ศาลท่านก็จะพิจารณาปล่อยตัวผู้ป่วยให้กลับสู่ชุมชนได้ แต่ที่ผ่านมามีหลายครอบครัวและชุมชนที่ปฏิเสธ ไม่ยินยอมให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนของตนเองจนผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีการย้ายบ้าน ย้ายถิ่นที่อยู่ หรือแม้กระทั่งผู้ป่วยต้องไปอยู่สถานสงเคราะห์ที่ห่างไกลจากถิ่นฐานเดิม ส่วนครอบครัวที่ผู้วิจัยทำการศึกษานี้ยินยอม ยอมรับให้ผู้ป่วยได้กลับไปสู่ครอบครัวที่อาศัยอยู่เดิม ครอบครัวเดิม และชุมชนเดิม อีกทั้งยังสามารถดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในครอบครัวนั้นๆ ได้จนถึงปัจจุบัน ถึงแม้ว่าญาติของผู้ป่วยทั้ง 4 ครอบครัวจะยอมรับให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านได้แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าญาติจะไม่มีความรู้สึกต่างๆ กับผู้ป่วย ซึ่งญาติทั้ง 4 ครอบครัวญาติก็มีปฏิกิริยาอารมณ์ที่ยังมีความหวาดกลัว มีความสงสัย และมีอารมณ์โกรธต่อผู้ป่วยเช่นกัน

ปฏิกิริยาของญาติที่เห็นผู้ป่วยในครั้งแรกหลังสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรม

“ตนเองไม่ได้โกรธ หรือกลัวน้องชายที่เป็นผู้ป่วยเลย เพราะตนเองรู้ว่าน้องชายป่วยทางจิตเรารู้อยู่แล้วว่าน้องทำไปเพราะเจ็บป่วย”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“มีอารมณ์โกรธ ซึ่งตอนนั้นไม่อยากให้มันกลับมา ไม่อยากให้มันมาอยู่แล้ว ทั้งโกรธ ทั้งกลัว กลัวว่ามันจะมาทำกับคนอื่นอีก แต่ก็ไม่ได้กล้าไล่เค้าไปไหน”

(ญาติ ครอบครัวที่ 2)

“ไม่ได้มีการเตรียมตัวอะไรเลย เราไม่แน่ใจว่าศาลจะตัดสินอย่างไร เมื่อปรึกษาทนายก็บอกว่าน่าจะติดคุกประมาณ 2 ปี เป็นไปไม่ได้ที่จะไม่ติด แต่สุดท้ายพอมันก็พามาจอดรถที่หน้าบ้าน บ้าใหญ่เห็นก็สั่นเลย ช็อก ไม่ได้เตรียมตัว แต่ตั้งใจเอาไว้อยู่แล้วว่าไม่ทิ้ง”

(ญาติ ครอบครัวที่ 3)

“ตอนเกิดเรื่องตอนแรกๆ ตอนนั้นเกิดคำถามว่า ทำไปทำไม ไม่รู้ว่าทำไม และก็รู้สึกโกรธมากชนิดที่อยากจะฆ่าเค้า”

(ญาติ ครอบครัวที่ 4)

ถึงแม้ว่าญาติของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความกลัว มีความสงสัย และมีอารมณ์โกรธในตัวผู้ป่วย แต่ท้ายที่สุดแล้วก็ยอมรับให้ผู้ป่วยกลับมาสู่ครอบครัวเดิมอีกครั้ง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาถึงเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน โดยผู้วิจัยสามารถแบ่งเงื่อนไขการยอมรับของญาติออกเป็น 2 ด้านหลักๆ คือ 1. ด้านภายในตัวบุคคลของญาติ ที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย อีกทั้งมีความการรับรู้ตนเองเกี่ยวกับการมีทักษะในการจะจัดการกับปัญหา และ 2. ด้านการสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ด้านภายในตัวบุคคลของญาติ แยกเป็นประเด็นคือ

2.1.1 ญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วย

2.1.1.1 ญาติรับรู้ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วยมาตั้งแต่ก่อนมีคดีความ

จากการสัมภาษณ์ญาติ 4 คนจากทั้งหมด 4 ครอบครัวพบว่าญาติทุกคนได้ให้ข้อมูลที่คล้ายๆ กันว่า การที่ยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆ่าคนในครอบครัวตนเองนั้นมีหลายเหตุผล แต่หนึ่งในหลายๆ เหตุผลก็คือ การที่ญาติมีการรับรู้ว่าผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยทางจิตมาก่อนที่จะมีคดีความ ซึ่งญาติเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแล สังเกตเห็นพฤติกรรม เห็นอาการ ความเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วยมาโดยตลอด ซึ่งความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นนั้นเริ่มเป็นมาตั้งแต่ก่อนที่จะเกิดคดีความ อีกทั้งผู้ป่วยยังมีประวัติการรักษาไม่ต่อเนื่องกับโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน ซึ่งผู้ป่วยจิตเวช 3 คนเริ่มมีความเจ็บป่วยมาตั้งแต่ช่วงวัยรุ่น และผู้ป่วยจิตเวชอีก 1 คนมีความเจ็บป่วยทางจิตเวชมาตั้งแต่เด็ก และญาติทั้ง 4 คนนี้ก็เป็นผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลักในการดูแลซึ่งที่ผ่านมาญาติก็เป็นคนพาผู้ป่วยไปรับการรักษาอาการทางจิตเวชตั้งแต่ต้น

“ตอนแรกไม่ทราบเลยว่าผู้ป่วยมีการเจ็บป่วย ฟังมาทราบตอนหลังซึ่งตอนนั้นก็ยังไม่มีความรู้เพราะเราใกล้ชิดเค้ามามาก เราเห็นว่าน้องชายป่วยทางจิต ซึ่งสังเกตได้ว่าตอนนั้นผู้ป่วยมีอาการกลัวมาก ไม่รู้กลัวอะไร กลัวไปซะทุกอย่าง ซึ่งตัวเราเองเป็นคนพาไปหาหมอตั้งแต่นั้นๆ พาไปรักษาอยู่หลายโรงพยาบาลก็แค่ให้ยามากิน”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“ซึ่งตอนนั้นทั้งตนเองและภรรยาที่รับรู้ผู้ป่วยป่วยทางจิตเวช แต่ไม่ได้ทำอะไร”

(ญาติ ครอบครัวที่ 2)

“รับรู้มาตั้งแต่ผู้ป่วยยังเด็ก ๆ เพราะเค้าป่วยเป็น Autistic ซึ่งไปหาหมอตั้งแต่ขวบ 2 ขวบ กว่า จะพูดได้ตอน 3 ขวบ และรักษามาตลอด จนโตแล้วก็ไม่ได้ไปหาอีก ซึ่งก่อนหน้านี้บ๊ากก็พาไปหา หมอบ้าง แต่แม่ดูแลหลัก เราก็ต้องเข้าใจโรคที่เค้าเป็น ต้องเข้าใจว่าลูกเราไม่ปกติ เราต้องเข้าใจ เค้า”

(ญาติ ครอบครัวที่ 3)

“ไม่ทราบว่าเป็นอะไร แต่ก็สังเกตเห็นอยู่ตลอดว่าผู้ป่วยพูดคุยคนเดียว แต่ก็ไม่ได้พา ไปหาหมอ”

(ญาติ ครอบครัวที่ 4)

สำหรับการรับรู้ของญาติทั้ง 4 คนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วยที่เป็นมานาน ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีคดีความนั้นสะท้อนให้เห็นว่า ญาติมีการรับรู้อาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยมาตลอด รู้ว่าผู้ป่วยมีประวัติการเจ็บป่วยมานาน หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมานั้นมีความผิดปกติไป จากคนทั่วไป ซึ่งญาติที่ดูแลใกล้ชิดก็ตัดสินใจที่จะพาผู้ป่วยไปหาหมอ แต่ก็ไม่ได้ไปรับการรักษา อย่างต่อเนื่อง แต่สำหรับญาติบางครอบครัวก็เป็นเพียงการตั้งข้อสังเกต และมีแต่ความสงสัยถึง พฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยเท่านั้นโดยยังไม่ได้พาผู้ป่วยไปบำบัดรักษาที่ใดจนก่อคดี

2.1.1.2 ญาติเข้าใจสาเหตุของคดีว่าเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยทางจิตเวช

นอกจากเหตุผลที่ว่าญาติรับรู้ผู้ป่วยมีประวัติการเจ็บป่วยมาก่อนที่มีคดีแล้วนั้น ญาติยังมีความเข้าใจอีกว่าการที่ผู้ป่วยลงมือก่อคดีชำนั้น มันมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการ เจ็บป่วยทางจิตเวชที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ก่อนหน้านี้ที่มีคดีความแล้ว ซึ่งการรับรู้ที่กล่าวมาข้างต้นนั้น เป็นสิ่งที่ญาติผู้ที่มีความใกล้ชิด หรือญาติที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาตั้งแต่ต้นจะมีการรับรู้ เข้าใจผู้ป่วยได้ด้วยการคิดหาเหตุผลเชื่อมโยงกับสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยก่อคดี อีกทั้งญาติมีการตั้ง คำถามกับตนเองว่าสาเหตุใดบ้างที่คนในครอบครัวเดียวกันถึงจะมีคดีชกกัน หรือการเป็นแม่ลูกกัน จะก่อคดีชกกันเองในครอบครัวได้ นอกเสียจากจะมีความผิดปกติทางจิตทำไปเพราะความเจ็บป่วย ทางจิต

“ตนเองไม่ได้โกรธ หรือกลัวน้องชายที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเลย เพราะตนเองรู้น้องชายป่วย ทางจิต เรารู้มาตลอด เรารู้อยู่แล้วว่าน้องทำไปเพราะเจ็บป่วย เมื่อมีคดีเรารับได้เราเข้าใจ”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“ญาติทราบว่าเป็นผู้ป่วยก่อคดีมานาน ไม่ใช่มาจากสันดานของผู้ป่วยเดิม ไม่ใช่เพราะติดยา ไม่ใช่ลักษณะนิสัยของผู้ป่วย แต่สาเหตุที่เกิดขึ้นคดีก็เกิดจากการเจ็บป่วยทางจิตซึ่งกระทำไปโดยไม่รู้ตัวเลยไปก่อคดี”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 1)

“เราเลี้ยงเค้ามาตั้งแต่เด็ก และก็เลี้ยงมาตลอด เค้าไม่ได้เป็นโดยสันดาน เค้าไม่สบายจึงทำลงไป ทุกวันนี้ยังไม่เชื่อว่าใช้หลานเราทำรีเปล่านะ ทำไปได้ยังไง ไม่เชื่อ ญาติทางฝ่ายแม่เค้าก็ยังไม่เชื่อเลย คิดว่า ผีเข้าชานมาเข้าสิงมัน และบ้ำาใหญ่เองก็มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่อาจส่งผลต่อการก่อคดี”

(ญาติ ครอบครัวที่ 3)

“ซึ่งเรามาคิดว่า คนเป็นแม่คนคงไม่ทำลูกอย่างนั้นหรอก ดังนั้นที่ผู้ป่วยทำลงไปก็คงเพราะไม่รู้ตัว”

(ญาติ ครอบครัวที่ 4)

2.1.1.3 ญาติรับรู้ถึงอาการทางจิตของผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

ภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่ติดอยู่ในความทรงจำของญาติเป็นภาพที่แสดงถึงความน่ากลัว ภาพพฤติกรรมที่แสดงถึงก้าวร้าว หรือภาพพฤติกรรมความรุนแรงของผู้ป่วยที่ญาติบางคนอาจจะเห็นมาตั้งแต่ช่วงที่ก่อนเกิดคดีความ จนกระทั่งในขณะที่ก่อคดีความ ซึ่งอาจจะเห็นภาพที่เห็นกันมาตลอดและคงเป็นภาพที่ติดตาของญาติทุกคนในครอบครัว แต่ภาพต่างๆ ที่เคยเป็นความทรงจำเหล่านั้นจะหายไปช่วงหนึ่งคือในช่วงที่ผู้ป่วยถูกศาลมีคำสั่งให้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชจนกว่าจะหายหลังเกิดคดีความนั้น ซึ่งในช่วงนี้จะเป็นช่วงที่ญาติหลายๆ คนจะไม่ได้ติดตามอาการทางจิตหรือพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยเลย ญาติก็อาจจะมีความทรงจำเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในภาพที่น่ากลัวตามเดิม แต่สำหรับญาติจากทั้ง 4 ครอบครัวนี้โดยส่วนใหญ่จะมีการรับรู้อาการทางจิตเวชหรือการรับรู้ถึงพฤติกรรมเดิมที่น่ากลัวของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นเป็นระยะๆ ตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวช กระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะปล่อยตัว จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ ซึ่งการรับรู้อาการหรือพฤติกรรมของความรุนแรงของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นนั้น ญาติจะเป็นผู้ที่รับรู้ได้ด้วยตนเองจากหลายทาง คือ ทั้งจากการพูดคุยกับผู้ป่วยแล้วเห็นว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงตนเองจนสามารถพูดคุยเล่าเรื่องราวต่างๆ ได้เหมือนคนปกติทั่วไป หรือการที่ญาติสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมนิ่งขึ้น สงบขึ้น มีพฤติกรรมที่สามารถอดทนรอได้ไม่แสดงพฤติกรรมโมโห และสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นๆ ได้ ซึ่งการรับรู้ของญาติเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมของผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้นก็สามารถทำให้ญาติรับรู้และเข้าใจได้ว่าโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยทั้ง 4 คนเป็นอยู่นั้นสามารถรับการรักษาให้อาการดีขึ้นได้คล้ายคนปกติทั่วไป

“ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีคดี เราเป็นคนพาเค้าไปหาหมอดูแลทุกอย่าง และหลังจากมีคดีแล้ว ต่างกันอย่างเห็นได้ชัด สังเกตว่าเค้ากินยาแล้วอาการดีขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก อีกทั้งผู้ป่วยเองที่รักษาอยู่ที่โรงพยาบาลก็จะเล่าถึงการรักษาของคุณหมอ และพูดชื่อคุณหมอนั้นเป็นประจำว่า รักษาดี และเดี๋ยวนี้ผู้ป่วยเป็นคนดูแลตนเองทุกอย่าง”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“ต้องมั่นใจในตัวผู้ป่วยด้วยและให้ข้อมูลกับญาติในส่วนที่ดีของผู้ป่วย เพราะทางญาติจะเคยเห็นพฤติกรรมของผู้ป่วยตอนมีอาการป่วย เราก็ต้องให้ข้อมูลในส่วนที่เมื่อรักษาดีแล้ว อาการเป็นอย่างไร ให้เห็นภาพที่เป็นรูปธรรมของผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยดีเด่น เป็นคนดีคอยเหลือคนแก่ในตึกผู้ป่วยด้วยกัน”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 1)

“ที่นี่ไม่มีใครกลัว เค้าไม่มีท่าทางน่ากลัว เมื่อก่อนที่ผู้ป่วยเค้ามีคดี มีอาการน่ากลัว เมื่อก่อนก็กลัว แต่เมื่อกลับมายังไม่มีการให้เห็น ก็เลยไม่มีอาการกลัว ชาวบ้านไม่กลัว มีแต่ สงสาร ไม่กลัว เพราะท่าทางเค้าไม่ร้าย”

(ญาติและเป็น อสม. ครอบครัวที่ 2)

“เมื่อก่อนผู้ป่วยเป็นคนร่อไม่ได้ อยากได้อะไรต้องได้ ถ้าไม่ได้ของจะขึ้น แต่เดี๋ยวนี้ดีขึ้นเยอะ ฟังมากขึ้น ร่อได้”

(ญาติ ครอบครัวที่ 3)

“แล้วปัจจุบันเค้าก็ทำงานได้ ดูแลตนเองได้ ทำงานก็ดี ทำงานบ้านด้วย ซึ่งต่างจากเมื่อก่อนจะดู TV อย่างเดียว ไม่พูดไม่คุย อีกทั้งตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาลมา เราจะพูดอะไรก็ฟังเรามากขึ้น แอบสังเกตเห็นว่าแม้ว่าบางมือผู้ป่วยจะลืมกินยาแต่เค้าก็จะเอามากิน ไม่หยุด ผู้ป่วยจะกินยาตลอด”

(ญาติ ครอบครัวที่ 4)

2.1.1.4 ญาติรับรู้ได้ถึงการสำนึกผิดของผู้ป่วย

ในคนปกติธรรมดาทั่วไปเมื่อผู้ใดกระทำผิดไม่ว่าจะเป็นเรื่องเล็กหรือเรื่องใหญ่ก็ตามแล้วมีความรู้สึกสำนึกผิดตามมาที่แสดงความรู้สึกออกมาทางการกระทำ ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีทั้ง 4 คนมีเมื่อการรักษาทำให้อาการทางจิตเวชลดลงจนผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงสิ่งที่ได้กระทำลงไป การรู้สึกสำนึกผิดของผู้ป่วยก็จะเกิดขึ้นมา โดยผู้ป่วยจิตเวชบางคนทำการขอขมาญาติคนอื่น ๆ ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน หรือเป็นการแสดงออกถึงการรู้สึกสำนึกผิดโดยการกระทำที่เป็นการชดใช้หรือชดเชยไม่มากนักน้อยให้กับผู้ที่สูญเสีย หรือทางวาจาทั้งการกล่าวขอโทษ ซึ่งการที่ผู้กระทำผิดรู้สึกสำนึกผิด ไม่เร็วหรือช้าผู้ที่กระทำผิดก็จะได้รับการให้อภัย ซึ่งลักษณะที่กล่าวไปข้างต้นนี้ก็เกิดขึ้นกับผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่มีคดีรุนแรงโดยการฆ่าคนในครอบครัวเช่นกัน ซึ่งผู้ป่วยแม้จะลงมือกระทำที่ผิดที่รุนแรงแต่กระทำไปเพราะสาเหตุความผิดปกติทางจิต เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตเวชที่สงบขึ้น อาการเจ็บป่วยทางจิตเวชดีขึ้นจนสามารถรับรู้สภาพความเป็นจริงได้เหมือนคนปกติธรรมดาทั่วไปผู้ป่วยก็มีความรู้สึกผิดกับสิ่งที่ตนเองได้กระทำรุนแรงลงไป และก็พร้อมที่จะขอโทษขอขมาญาติพี่น้องที่ยังมีชีวิตอยู่ หรือถ้าผู้ป่วยเป็นผู้ชายก็มีการบวชทางพระพุทธศาสนาซึ่งตามความเชื่อนั้นการบวชก็เป็นการอุทิศส่วนบุญส่วนกุศลให้กับผู้ที่เสียชีวิต ส่วนถ้าผู้ป่วยเป็นผู้หญิงก็มีการทำบุญให้กับผู้ที่เสียชีวิตตามความเชื่อทางศาสนาด้วยเพื่อเป็นการลดความรู้สึกผิดในที่เกิดขึ้นจิตใจของผู้ป่วย อีกทั้งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ก็ส่งผลให้ญาติที่เป็นทั้งผู้สูญเสีย และเป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยก็สามารถรับรู้ได้ถึงความรู้สึกสำนึกผิดของผู้ป่วย และยินยอมที่จะให้อภัยและให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 4 คนก็มีความรู้สึกสำนึกผิดกันทุกคนและก็ยังได้มีการขอขมา ขอโทษ อีกทั้งยังมีการแสดงพฤติกรรมที่เป็นการชดเชยความรู้สึกดังกล่าวด้วยการที่ผู้ป่วยเพศชาย 3 คนมีความตั้งใจที่จะบวชให้กับบุพการีที่เสียชีวิตไปแล้ว แต่สุดท้ายก็ไม่ได้บวชตามที่ตั้งใจเนื่องจากผู้ป่วยเพศชาย 2 ใน 3 คนถูกปฏิเสธการให้บวชจากพระสงฆ์ ส่วนผู้ป่วยชายอีก 1 คนนั้นอายุยังน้อยถึงแม้อยากบวชก็ยังไม่พร้อม ส่วนผู้ป่วยอีก 1 คนที่เป็นเพศหญิงไม่สามารถบวชเป็นพระได้เหมือนผู้ป่วยชาย แต่สิ่งที่ผู้ป่วยหญิงทำได้ คือ การขออนุญาตศาล ขออนุญาตหมอในการออกจากสถานบำบัดรักษากับญาติในครอบครัวเดียวกันเพื่อไปทำพิธีกรรมทางศาสนาให้กับบุตรที่เสียชีวิต ซึ่งที่กล่าวมาข้างต้นก็เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรู้สึกผิดของผู้ป่วยที่ญาติก็สามารถรับรู้ได้

"ญาติรู้ว่าผู้ป่วยรู้สึกผิด และก็เห็นที่ผู้ป่วยมาไหว้มาราบขอโทษแม่ และผู้ป่วยบอกว่าอยากจะทำอะไรในสิ่งที่ทำ พอวันพระก็ไปทำบุญบ้างอะไรบ้าง"

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“สิ่งที่สำคัญในตอนนี้ คือ ผู้ป่วยรู้สึกผิดกับสิ่งที่ทำขึ้น ผู้ป่วยไปกราบขอโทษแม่ แวดตาของแม่ไม่แข็งกร้าว ไม่หวาดกลัวเหมือนในตอนแรกๆ”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัวที่ 1)

“ตอนนั้นรู้สึกเสียใจ เมื่อรู้ตัวว่าพ่อไม่อยู่แล้ว ก็เรื่องมันเกิดขึ้นนานแล้ว พอวันพระก็ไปทำบุญบ้างอะไรบ้าง ทำบุญให้พ่อ ซึ่งอีกความตั้งใจว่าถ้ากลับมาบ้านก็จะมาบวช อยากบวชให้พ่อ เพราะว่าแม่ก็ยังแข็งแรง ตอนนั้นยังชะลอบวชไว้ก่อน ตอนนั้นกลับมาอยากจะทำบวชด้วย”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 1)

“ผู้ป่วยมาคุยกันกับพี่ชายว่าวางแผนจะไปบวช เพราะเค้าอยากบวชให้กับแม่”

(ญาติและเป็น อสม. ครอบครัวที่ 2)

“ช่วงกลับมาตอนแรกได้ไปบวช 1 พรรษา จริงๆ ตอนแรกตั้งใจจะบวชตลอดชีวิตให้แม่ แต่บวชได้ 3 เดือน ต้องสึกเพราะการกินยา มันจะลำบากในการปฏิบัติ กิจสงค์ กิณยาตี้นมาไม่ทัน”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 2)

“ผู้ป่วยเคื่อก็เสียใจ ซึ่งตอนที่ยังรักษาอาการทางจิตที่โรงพยาบาลเคื่อก็ขอหมอ ขอศาลขอออกจากโรงพยาบาลเพื่อล่อยังการกระตุกลูก”

(ญาติ ครอบครัวที่ 4)

“ทีมแพทย์ที่ดูแลตนเองได้ทำเรื่องขออนุญาตศาลให้มีคำสั่งให้ตนเองสามารถออกจากโรงพยาบาลจิตเวชไปทำพิธีกรรมทางศาสนาให้กับลูกของตนเองได้”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 4)

2.1.1.5 เห็นคุณค่าของผู้ป่วยมีต่อครอบครัวหรือชุมชน

คนเราทุกคนต่างเกิดมาก็ต้องมีหน้าที่ที่ต้องทำ ต้องรับผิดชอบซึ่งอาจจะเป็นหน้าที่ต่อตนเอง หน้าที่ต่อผู้อื่น และหน้าที่ต่อสังคม ซึ่งถ้าคนเราสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้เป็นอย่างดีเราก็จะไม่เป็นภาระของผู้อื่น และถ้าเราสามารถทำประโยชน์ให้กับคนใกล้ชิดหรือชุมชนได้ก็ยิ่งทำให้เราก็เป็นที่ต้องการของคนรอบข้างเช่นกัน แล้วถ้าเราพูดถึงความสามารถในการทำตามหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเวชสิ่งหนึ่งที่เรานึกถึงก็คือ ผู้ป่วยจิตเวชมีความเจ็บป่วยด้านการคิด ด้านพฤติกรรมซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ตามบทบาทหน้าที่ของตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพจนอาจเป็นภาระของญาติที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา แต่สิ่งที่ผู้วิจัยกล่าวมาข้างต้นนั้นแตกต่างไปจากผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีทั้ง 4 คนที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 4

คนที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวชแต่ผู้ป่วยก็ไม่สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเอง รับผิดชอบในหน้าที่ของตนเองโดยไม่เป็นภาระของญาติ อีกทั้งยังสามารถทำหน้าที่ช่วยเหลือชุมชน ที่ตนเองอาศัยอยู่ เช่น ผู้ป่วยจิตเวชนอกจากจะมีหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบต่อดูแลตัวเองด้านการ รับประทานยาเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยทางจิตเวชของตนเองโดยที่ญาติไม่ต้องเป็นภาระแล้วนั้น ผู้ป่วยยังสามารถทำหน้าที่ในการดูแลแม่ที่สูงอายุเพื่อแบ่งเบาภาระของพี่สาวได้อีกด้วย หรือผู้ป่วย ก็สามารถรับผิดชอบโดยทำหน้าที่ของภรรยาที่ต้องดูแลสามี ดูแลเรื่องอาหารการกินให้สามีได้ สามารถทำงานช่วยเหลือครอบครัวได้ หรือแม้กระทั่งการที่ผู้ป่วยสามารถที่จะไปช่วยเหลือกิจกรรม ของชุมชนทั้งการร่วมประชุมหมู่บ้าน การช่วยเหลือกิจกรรมของวัด หรือการเป็นจิตอาสาอยู่กับที่ คอยช่วยเหลือประชาชนทั่วไปได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ดูแลญาติพี่น้องได้ ดูแลคน ในครอบครัวได้ อีกทั้งยังสามารถช่วยเหลือชุมชนได้ ซึ่งลักษณะที่กล่าวข้างต้นนี้ญาติของผู้ป่วยจิตเวช ที่มีคดีทั้ง 4 คนมองเห็น และสามารถรับรู้ได้ว่าผู้ป่วยยังมีคุณค่าต่อตนเอง ต่อคนอื่น ไม่เป็นภาระ ให้กับญาติ อีกทั้งยังสามารถช่วยแบ่งเบาภาระของญาติได้

“ถ้าเป็นเมื่อก่อนที่ยังไม่มีคดีเราต้องเป็นคนพาเค้าไปหาหมอต้องดูแลทุกอย่าง แต่ปัจจุบันที่ ผู้ป่วยได้รับการรักษามาแล้ว ผู้ป่วยจะเป็นคนดูแลตนเองทุกอย่าง อีกทั้งยังดูแลแม่ด้วย ซักผ้า หุง ข้าวให้แม่ เวลาแม่ไม่สบายก็พาไปหาหมอซึ่งเมื่อก่อนเอาผ้าขาวม้าพันรอบเอวแม่กับตนแล้วพาแม่ขี่ มอเตอร์ไซด์ไปหาหมอ แต่เดี๋ยวนี้แม่แก่มาแล้ว ผู้ป่วยก็จะไปบอกเทศบาลให้เอารถไปรับแม่เพื่อ ไปหาหมอ ซึ่งถ้าผู้ป่วยยังมีการเจ็บป่วยแบบเดิมอีกทั้งแม่ก็แก่มาแล้ว และตนเองก็มีครอบครัวมี ลูกเล็กๆ ตนเองคงจะแย่ แต่วันนี้เราฝากแม่ไว้กับเค้า”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“ผู้ป่วยก็ทำงานบ้าน ทำกับข้าว ดูแลแม่”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 1)

“ผู้ป่วยก็จะดูว่าหมอนัดเค้าเมื่อไหร่ และบางทีเค้าก็จะบอกว่าพี่หมอนัดแม่ด้วยนะ คือเค้า ก็จะพาแม่นั่งมอเตอร์ไซด์ผูกกันไป ผู้ป่วยขี่มอเตอร์ไซด์ไปหาหมอและเอาแม่ไปหาหมอด้วย โดย ที่ให้แม่นั่งข้างหลังแล้วใช้ผ้าขาวม้าผูกเอวแม่ไว้กับตัวเค้าไม่ให้แม่หล่น ซึ่งตอนนั้นแม่เค้ายังพอนั่ง มอเตอร์ไซด์ได้ แต่หลังๆมานี้แม่นั่งไม่ได้แล้วหลังจากนั้นก็จะเป็นรถเทศบาลพาไปส่ง”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ครอบครัวที่ 1)

“เค้าจะผูกพันอยู่กับพระ ไปวัดบ่อย จะหุงข้าวไปวัด ไปใส่บาตร เวลาถึงงานบวช งานศพก็จะไปช่วยงาน เวลาที่มีประชาคมหมู่บ้าน เค้าจะไปร่วมประชุม เข้าไปรับฟัง เรื่องการกินยาเค้าก็รู้ว่าต้องกินยาอะไร เค้าจะไปหาหมอเอง ไปอนามัยบ่อยๆ”

(ญาติและเป็น อสม. กรณีศึกษาที่ 2)

“ป้าจะพูดกับผู้ป่วยบ่อยๆ ป้ารักเค้านะ อย่าทำให้ป้าผิดหวังนะ พยายามทำให้เค้ารู้ว่า ป้าต้องพึ่งเค้านะ เค้าเป็นความหวังของป้า ให้เค้ารู้ว่าเค้ามีความสำคัญ นอกจากนั้นเค้าไปทำงานตามเพื่อนโดยไปทำงานจิตอาสาของพวกกุ๊กกั๊ญ ญาติไม่รู้ว่าเค้าจะอย่างไร ก็ปล่อยเค้าไปลองทำ”

(ญาติ ครอบครัวที่ 3)

“ขนาดเอาแมว เอาหมามาเลี้ยงยังเลี้ยงกันได้ นี่เป็นคนทั้งคน แล้วปัจจุบันเค้าก็มีข้อดี เค้าก็ทำงานเองได้ ดูแลตนเองได้ ทำงานกิตี ทำงานบ้านด้วย ดูแลบ้าน หาข้าวหาปลาให้เรากิน”

(ญาติ ครอบครัวที่ 4)

2.1.1.6 ญาติรับรู้คุณลักษณะเดิมของผู้ป่วย

การรับรู้คุณลักษณะเดิมๆ ของผู้ป่วยก่อนที่จะมีความเจ็บป่วยทางจิตเวช หรือก่อนที่จะมีคดีความรุนแรงนั้นก็มีความสำคัญในการที่ญาติจะตัดสินใจยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับสู่ครอบครัวอีกครั้งด้วยเช่นกัน ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีทั้ง 4 คนนี้ล้วนแล้วแต่คุณลักษณะเดิมเป็นคนดี ไม่เคยมีพฤติกรรมรุนแรงที่ทำร้ายใครมาก่อน ไม่เคยก่อคดีความอะไร ไม่ได้เป็นคนเกเร อีกทั้งยังเป็นคนพูดจาไพเราะ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่นซึ่งบุคลิกภาพเดิมที่มีแต่ลักษณะที่ดี มีพฤติกรรมที่ดีเกิดขึ้นจนเป็นภาพที่คุ้นชินของญาติก่อนที่ผู้ป่วยจะมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้นี้ก็ส่งผลให้ญาติมีความเชื่อที่ว่า ผู้ป่วยที่ก่อคดีรุนแรงนั้นไม่ได้เป็นคนเลว แต่การที่บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป นิสัยหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปในด้านรุนแรงนั้นเริ่มมีตั้งแต่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช

“อีกทั้งตัวผู้ป่วยเองตอนก่อนมีคดีก็ไม่ใช่คนเลวร้ายอะไร เดิมก็เป็นคนดีไม่ได้ทำร้ายใคร จนมีอาการเจ็บป่วยนั้นแหละ”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“พี่สาวเข้าใจเพราะรู้ว่าพื้นฐานน้องชายเป็นคนดี ไม่ได้เป็นคนเกเร และไม่ได้กลัวอะไรมากมาย”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 1)

“เมื่อก่อนหล่อ พุดดี พุดจาเพาะ มีมนุษยสัมพันธ์ดี เดิมทีก็ไม่ร้าย ไม่ทำร้ายใคร”

(ญาติและเป็น อสม. ครอบครัวที่ 2)

“ผู้ป่วยเดิมก็ไม่เคยทำร้ายใคร และผู้ป่วยก็มีน้ำใจไมตรีกับคนในชุมชน และคอยไปช่วยเหลืองานคนในชุมชน ในชุมชนไม่มีใครหวาดกลัวผู้ป่วยเลยเพราะพื้นเดิมเป็นคนดี เห็นจุดดีของผู้ป่วย”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 2)

“อย่างเค้าก็เป็นเด็กดีมาตลอด ไม่เกร เค้าเป็นคนที่น่ารัก”

(ญาติ ครอบครัวที่ 3)

2.1.2 ญาติมีการรับรู้ตนเองในการมีทักษะการจัดการปัญหา

2.1.2.1 ญาติยอมรับผู้ป่วยกลับบ้านตั้งแต่ต้น

ญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีของทั้ง 4 ครอบครัวแม้ว่าจะมีความกลัวผู้ป่วยบ้างหลังจากมีคดีความเกิดขึ้น แต่ญาติของทุกครอบครัวมีความเข้าใจในตนเองว่ามีความตั้งใจตั้งแต่ต้นแล้วว่าถ้าผู้ป่วยสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรมแล้วนั้น ก็จะไม่ทิ้งผู้ป่วย และยอมรับให้ผู้ป่วยกลับมาสู่ครอบครัวอีกครั้ง ซึ่งเพียงแต่ญาติก็อยากให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอาการทางจิตให้หายดีก่อน

“ไม่เคยมีความคิดที่จะทิ้งเลย ซึ่งตนเองก็ไม่ได้รังเกียจดน้องชายเลย เมื่อมีคดี เรารับได้ เราเข้าใจ”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“ตอนนั้นไม่ยอมให้มันกลับมา ไม่ยอมให้มันมาอยู่แล้ว ทั้งโกรธ ทั้งกลัว กลัวว่ามันจะมาทำกับคนอื่นอีก แต่ถ้าไม่ให้เค้ากลับมา แล้วจะให้เค้าไปอยู่ที่ไหน อยากให้รักษาให้หาย แล้วกลับมาอยู่บ้าน”

(ญาติ ครอบครัวที่ 2)

“ไม่มีความคิดที่จะทิ้ง ตั้งใจให้กลับมาอยู่บ้านตั้งแต่แรก เดิมก็ไม่เคยมีความคิดที่จะทิ้งผู้ป่วย เพียงแต่คิดว่าเราจะดูแลเค้าอย่างไรดี”

(ญาติ ครอบครัวที่ 3)

“ไม่ทิ้ง ถ้าเราไม่ดูแลเค้าแล้วใครจะดูแล”

(ญาติ ครอบครัวที่ 4)

2.1.2.2 ญาติพร้อมรับมือกับการปฏิเสธของชุมชน

ไม่เพียงแต่ความคิดเห็นของคนในครอบครัวเท่านั้นที่มีความสำคัญสำหรับการตัดสินใจที่จะยอมรับผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัว แม้แต่ความคิดเห็นหรือปฏิกิริยาของคนในชุมชนก็มีส่วนในการที่จะนำมาร่วมในการตัดสินใจของญาติได้เช่นเดียวกัน ซึ่งหลายๆ ครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีอาศัยอยู่ด้วยก็มีญาติที่ทนกระแสของการปฏิเสธผู้ป่วยหรือปฏิกิริยาของชุมชนที่ไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาอาศัยอยู่ที่เดิมซึ่งครอบครัวและผู้ป่วยก็ต้องตัดสินใจยอมย้ายที่อยู่อาศัยเพื่อไปอยู่ที่อื่นหรือให้ย้ายที่อยู่เฉพาะผู้ป่วยด้วยเงื่อนไขที่ว่าครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชสามารถอาศัยอยู่ได้แต่คนในชุมชนไม่ยอมให้ผู้ป่วยกลับมาอาศัยอยู่กับครอบครัวในชุมชนเดิม แต่ญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีทั้ง 4 คนนี้มี 2 ครอบครัวที่ชุมชนมีปฏิกิริยาโดยการปฏิเสธไม่ให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับมาอยู่กับครอบครัวที่ชุมชนเดิม โดยจะมีการมาพูดคุยและแสดงความคิดเห็นกับญาติของผู้ป่วยโดยตรง อีกทั้งการล່ารายชื่อหรือแม้กระทั่งการหาเหตุผลว่าผู้ป่วยเริ่มใช้สารเสพติดเพื่อจะขับไล่ให้ผู้ป่วยออกจากชุมชน ซึ่งญาติของทั้ง 2 ครอบครัวมีความพร้อมในการรับมือกับปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นของชุมชน โดยญาติก็มีการแสดงพฤติกรรมการตอบโต้กับคนในชุมชนโดยใช้การสื่อสาร ทั้งการพูดคุยแบบตรงไปตรงมากับคนในชุมชนโดยการให้เหตุผลที่เป็นจริงเกี่ยวกับข้อสงสัย เกี่ยวกับความหวาดกลัวที่คนในชุมชนมีต่อผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งการพูดโต้ตอบแบบประชดชั้นหรือท้าทาย และการที่ญาติขู่คนในชุมชนถึงขั้นจะแจ้งความกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ถ้าคนในชุมชนยังใส่ร้ายผู้ป่วยอยู่ ซึ่งการแสดงพฤติกรรมดังกล่าวก็เพื่อให้ชุมชนหยุดพฤติกรรมต่อต้าน หยุดพฤติกรรมปฏิเสธผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาอาศัยอยู่กับครอบครัวในชุมชนเดิมได้

“ในครอบครัวไม่เคยมีความคิดที่จะทิ้งเลย มีแต่ชาวบ้านมาบอกกับพี่สาวว่า ให้ผู้ป่วยเค้าไปอยู่ที่อื่น เค้ากลับมาอยู่ที่นี่ไม่ได้หรอก เพราะชาวบ้านกลัว ซึ่งพี่สาวก็บอกกับชาวบ้านคนนั้นไปทันทีว่า คุณจะพูดอย่างนี้ไม่ได้ บ้านเค้าอยู่ที่นี่ แล้วจะไม่ให้เค้ากลับมาอยู่ได้ไง ไม่ให้เค้าอยู่แล้วจะให้เค้าไปอยู่ป่าช้าเหรอ แล้วคนเหล่านั้นก็เฉยๆ ไป”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

แม่ของเพื่อนที่เคยเล่นกันกับผู้ป่วยตอนเด็กๆ เมื่อรู้ข่าวว่าผู้ป่วยมีคดีก็รังเกียจผู้ป่วย แม่เพื่อนคนนั้นจะไปล່ารายชื่อคนในหมู่บ้านเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาอาศัยอยู่ชุมชนเดิม แต่พอพ่อของผู้ป่วยรู้ก็พูดว่าลองทำดู เราก็จะเอาเรื่องราวเค้ามีสิทธิอะไรมาทำแบบนี้ เพราะลูกเราไม่ใช่โจร ก็หยุดไปก็ไม่มีอะไร แต่ระยะหลังแม่เพื่อนก็กลับมาหาเรื่องอีกโดยบอกว่าผู้ป่วยเริ่มมีการใช้สารเสพติด ซึ่งปากก็ไม่พอใจมาก บ้าใหญ่ก็ไปว่าไม่ต้องมายุ่ง ถ้าไม่มีหลักฐานจะแจ้งความ”

(ญาติ ครอบครัวที่ 3)

“ในส่วนเจ้าของหอที่ผู้ป่วยกับญาติเช่าอยู่นั้นและเพื่อนร่วมงานของผู้ป่วย ในตอนแรกๆ ทุกคนก็กลัวหลังมีคดี พอเราไปบอกเค้าว่าที่ผู้ป่วยทำลงไปเพราะไม่รู้ตัว อธิบายความจริงแล้วคนอื่น ๆ ก็ไม่เห็นมีใครพูดถึงผู้ป่วยอีก”

(ญาติ ครอบครัวที่ 4)

2.1.2.3 ญาติมองปัญหาอุปสรรคในด้านบวก

การที่ญาติทั้ง 4 คนยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆ่าคนในครอบครัวกลับมาดูแลในครอบครัวอีกครั้งนั้น ญาติของผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มีมุมมองความคิดในการจัดการกับปัญหาด้านบวกซึ่งเกี่ยวกับการที่ต้องไปเผชิญกับความยากลำบากที่จะต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีรุนแรงในครอบครัว โดยมุมมองด้านบวกที่ญาติคิดในการที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้น คือ การที่เราต้องอยู่กับปัจจุบัน ทำปัจจุบันให้ดีที่สุด ดูแลผู้ป่วยในวันนี้ให้ดีที่สุด ไม่สนใจอดีตหรืออนาคตว่าจะเป็นอย่างไร มองปัญหาที่กำลังเผชิญเป็นเรื่องที่ยังเล็กน้อยเมื่อเทียบกับปัญหาของคนอื่นๆ ที่น่าจะมีความรุนแรงมากกว่าปัญหาที่ครอบครัวเรากำลังเผชิญ หรือ การอยู่อย่างมีความหวังโดยหวังว่า สุดท้ายแล้วทุกอย่างมันจะต้องดีขึ้น หรือจะเป็นการที่ลงมือทำอะไรสักอย่าง ทำความเข้าใจให้ความสำคัญกับสิ่งนั้นให้มากขึ้น ยังดีกว่าไม่ทำอะไรเลย ซึ่งในการคิดด้านบวกแบบต่างๆ ของญาตินั้นก็เป็นการช่วยให้ญาติมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้

“เราก็คิดว่า บางคนเป็นยิ่งกว่าหลานเรอีก ซึ่งบ้าใหญ่ยังเคยถามเลยว่าถ้ามันไม่หายจะทำอย่างไร บ้าก็ตอบไปว่า อันนั้นเราก็ตายไปแล้ว เราลงหลุมไปแล้ว มันจะใช้ชีวิตอย่างไรก็เรื่องของมัน วันนั้นเราไม่รู้ เออวันนี้ว่าต้องดูแลมันอย่างไร เออวันนี้ให้ดีที่สุด วันนี้เราทำหน้าที่ให้ดีที่สุด”

(ญาติ ครอบครัวที่ 3)

“ทั้งไปก็ไม่มีใครดูแลผู้ป่วย เวลามันผ่านไปเป็นปีแล้ว เอาอย่างลบไปลบดินสอ มันก็จะเหลือแค่ลอย แต่สุดท้ายมันก็ดีขึ้น ดีกว่าไม่ทำอะไรเลย ซึ่งเรามาคิดดูว่า ก็เค้าไม่สบายแบบนี้ เราก็ต้องยังทำความเข้าใจเค้า การที่เราจะโมโหหงุดหงิดไปก็ไม่มีอะไรดีขึ้น”

(ญาติ ครอบครัวที่ 4)

2.2 การสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม

2.2.1 การได้รับคำยืนยัน คำชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญที่ญาติเชื่อถือ

หลังจากสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรม และการบำบัดรักษาจากทางโรงพยาบาลแล้วนั้นญาติในหลายๆ ครอบครัวที่มีการตัดสินใจที่จะยอมรับผู้ป่วยให้กลับบ้านอีกครั้ง จริงๆ แล้วสภาพจิตใจของญาติก็ยังคงมีความกังวลใจกับผู้ป่วยใน 2 ประเด็น คือ ข้อ 1 เรื่องอาการความเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้นเป็นอย่างไร อาการดีขึ้นมากน้อยอย่างไรหรืออาการหายแล้วหรือยัง กับข้อ 2 เมื่อผู้ป่วย

กลับสู่ครอบครัวแล้วนั้นจะทำร้ายคนในครอบครัวซ้ำรอยเดิมอีกหรือไม่ ซึ่งถ้าความกังวลใจในแต่ละข้อข้างต้นของญาติในแต่ละครอบครัวได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ และในที่นี้ผู้เชี่ยวชาญของญาติก็คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้การดูแล และบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีมาตั้งแต่ต้น ซึ่งการยืนยันนี้จะเป็นสิ่งสำคัญที่สร้างความเชื่อมั่นให้กับญาติในประเด็นทั้งด้านอาการความเจ็บป่วยทางจิตเวช และประเด็นของเกิดพฤติกรรมรุนแรงกับคนในครอบครัวว่าสามารถจะเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นซ้ำ เมื่อญาติมีความมั่นใจมากขึ้นก็ส่งผลในการที่จะตัดสินใจที่จะยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง ดังเช่นครอบครัวที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานั้นญาติโดยส่วนใหญ่ต้องการคำยืนยันที่ชัดเจนจากผู้เชี่ยวชาญว่าในด้านการรักษาผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชและมีการทำรุนแรงกับคนในครอบครัวนั้น เมื่อกลับบ้านแล้วจะมีอาการหรือพฤติกรรมที่จะทำร้ายคนอื่น ๆ ในครอบครัวอีกครั้งหรือไม่ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญก็ให้คำตอบในประเด็นอาการทางจิตที่ผู้ป่วยเป็นอยู่นั้นว่าอาการดีขึ้นมาก อีกทั้งบางครอบครัวผู้เชี่ยวชาญยังให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยว่าจะไม่ทำร้ายคนในครอบครัวร่วมด้วย

“แล้วหมอก็รับรองกับพี่แล้วว่า คนๆนี้ก็ปกติดีแล้วเค้าถึงปล่อยตัวกลับบ้านมา”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“หมอให้ความมั่นใจเรา ให้ความเชื่อมั่นว่าเค้าไม่ทำพอกับบ้า อีกทั้งยังบอกอีกว่า เป็นไปไม่ได้หรอกที่อยู่ๆ ผู้ป่วยจะลุกขึ้นมาทำอะไรใคร ฆ่าใคร ซึ่งก่อนหน้านี้เค้าต้องมีความกดดันมีการสะสมมานาน เพราะหมอให้ความมั่นใจเรา ให้ความเชื่อมั่นว่าเค้าไม่ทำพอกับบ้า”

(ญาติ ครอบครัวที่ 3)

2.2.2 ครอบครัว ชุมชนยินยอมและสนับสนุน

ในบางครอบครัวที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานั้นเป็นลักษณะครอบครัวใหญ่ที่มีทั้งป้า มีทั้งพ่อ และตัวผู้ป่วยซึ่งการตัดสินใจที่จะยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับไปอยู่บ้านนั้นไม่เพียงเป็นการตัดสินใจของญาติเพียงคนเดียวคนหนึ่ง แต่อาจเป็นการตัดสินใจร่วมกันของญาติทุกคนในครอบครัว และที่สำคัญนั้นถ้าการตัดสินใจที่จะยอมรับผู้ป่วยกลับบ้านมีความคิดเห็นเป็นไปในแนวทางเดียวกัน คือ บางครอบครัวป้าเล็กมีหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ป้าใหญ่และพ่อของผู้ป่วยก็มีแนวความคิดเดียวกัน คือ จะรับผู้ป่วยกลับมาอยู่ที่บ้านเดิมและจะช่วยกันดูแล จากลักษณะความคิดเห็นที่สอดคล้องและสนับสนุนกันของญาติในครอบครัวมีความคิดเห็นที่ตรงกันก็จะไม่มีปัญหาในการตัดสินใจว่าจะยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง แต่สำหรับบางครอบครัวที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานั้นญาติผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยยังมีความลังเล มีความหวาดกลัวในตัวผู้ป่วยว่าถ้ากลับมาจะทำร้ายคนในครอบครัวอีกจึงยังคอยไม่แน่ใจในการตัดสินใจว่าจะยอมรับหรือไม่รับผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้านอีกครั้ง แต่ถ้าครอบครัวได้รับการสนับสนุน การช่วยเหลือจากคน

ในชุมชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกัน และคอยให้การช่วยเหลือกันในการที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับสู่ครอบครัวและชุมชนอีกครั้ง ซึ่งแรงสนับสนุนนี้ก็สามารถเปลี่ยนแปลงความลังเลของญาติให้กลับมายอมรับผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวเดิมอีกครั้งได้ ซึ่งจากการศึกษามีบางครอบครัวที่ผู้วิจัยพบว่า มีบางครอบครัวที่ญาติมีความลังเล ไม่กล้าที่จะยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน แต่เมื่อคนในชุมชนพูดให้ญาติได้ยิน ได้ฟังถึงว่าคนในชุมชนจะช่วยกับญาติในการดูแล ญาติก็เกิดความมั่นใจมากขึ้นและยอมรับให้ผู้ป่วยกลับบ้าน นอกจากนี้ยังมีบางครอบครัวที่คนในชุมชนปฏิเสธและมีความคิดเห็นไม่อยากจะให้ผู้ป่วยกลับมาสู่ชุมชนเดิมอีกครั้ง แต่ถ้าญาติได้รับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้จากผู้นำชุมชน เช่น กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้านที่ยอมรับและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาสู่ครอบครัวได้อีกครั้ง ซึ่งความคิดเห็นของผู้นำชุมชนที่สอดคล้องกับการตัดสินใจของญาติก็สามารถทำให้คนในชุมชนคนอื่นๆ ยอมรับการตัดสินใจของญาติและผู้นำชุมชนที่ยอมให้ผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชนอีกครั้ง

ทางโรงพยาบาลจิตเวชไปคุยและบอกเรื่องของอาการของผู้ป่วย และการดูแลกับทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งเคื่อก่อนมัตแล้วที่จะให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่ในชุมชนได้ และเจ้าหน้าที่ต่างๆ ก็จะคอยเป็นหูเป็นตา คอยสังเกตผู้ป่วยว่ามีพฤติกรรมอาการเป็นอย่างไรบ้าง ทำให้มั่นใจมากขึ้นว่าเราจะรับผู้ป่วยมาอยู่บ้านอีกครั้ง”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“เรายังไม่ทิ้งญาติไปไหน แม้ที่ผ่านมาเวลามีปัญหาไม่มีใครเข้ามาช่วยเหลือ ครั้งนี้เรา (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง) และทางอนามัยจะเข้ามาช่วยเหลือ ช่วยกันดูแลผู้ป่วย”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัวที่ 1)

“แต่พอดคนนั้น คนนี้ ทั้งแพทย์ ชาวบ้าน หมออนามัย เคื่อกี่มาพูดกัน ทุกคนมารุมพูดตลอดว่า ให้กลับมาเพราะจะช่วยกันดูแลผู้ป่วยเอามาจะช่วยดู เราก็ต้องให้เคื่อกี่กลับมา หมออนามัย ชาวบ้านก็มาช่วยกันดู โดยเฉพาะในช่วงแรกๆ เวลาเคื่อกี่มาก็คอยถามไถ่ผู้ป่วย ว่าเป็นอย่างไบบ้าง มาถามอาการกับผู้ป่วยบ้าง”

(ญาติ ครอบครัวที่ 2)

“คนในชุมชน ไม่ทำที่ปฏิเสธผู้ป่วยเลย ไม่เลย อาจจะมีตอนแรกๆ เพราะชาวมันน่ากลัว แต่พอรู้สาเหตุของการกระทำผิดว่า ทำไปเพราะสาเหตุของการเจ็บป่วย อีกทั้งมีการมาเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยก็ไม่ได้น่ากลัวอะไร ไม่ได้เป็นคนร้ายก็ไม่หวาดกลัว แต่ก็ มี อสม.เป็นตัวช่วยในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย เช่น ให้มาทำงานที่ร้านไม้กวาด”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 2)

“พ่อของผู้ป่วยกับบอกเหมือนที่ป้าบอกพี่สาวผู้ป่วยว่า ไม่ต้องกลัวเดี๋ยวพ่อก็จะช่วยดูแลผู้ป่วยด้วย”

(ญาติ ครอบครัวที่ 3)

“ทั้งพ่อและป้าค่อนข้างเข้าใจโรคที่ผู้ป่วยเป็น เข้าใจสาเหตุที่ทำให้เกิดคดีของผู้ป่วย จึงไม่คิดที่ทั้งเค้าตั้งแต่ต้น อีกทั้งทุกคนก็บอกว่าจะช่วยกันดูแลผู้ป่วย ญาติมีความเห็นตรงกัน”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 3)

2.2.3 การได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ แบบรวดเร็ว

จากการที่ผู้วิจัยได้ศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีทั้ง 4 ครอบครัวนี้พบว่า โดยส่วนใหญ่ของญาติของทั้ง 4 ครอบครัวยังมีอีกเงื่อนไขที่มีส่วนในการตัดสินใจยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับสู่ครอบครัวนั้น คือ การที่มีหน่วยงานต่างๆ สามารถให้การดูแลและให้การช่วยเหลือกับญาติในช่วงญาติกำลังเกิดปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ซึ่งจากการศึกษาพบว่าทั้งหน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ สามารถให้การช่วยเหลือญาติทั้งในด้านการรับและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชแบบเร่งด่วนในขณะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงแบบผิดปกติไปจากเดิมหรือเริ่มมีอาการทางจิตกำเริบ โดยบางครอบครัวเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ พฤติกรรมที่ผิดปกติไปญาติมีการร้องขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จะมีการให้การช่วยเหลือในทันทีก่อนที่จะมีส่งตัวผู้ป่วยให้มารับการรักษาต่อกับโรงพยาบาลในส่วนกลางได้ โดยจะมีการทั้งการนัดยาเพื่อควบคุมอาการของผู้ป่วยเอาไว้ก่อนที่จะมีอาการทางจิตกำเริบมากจนกว่าจะเดินทางถึงโรงพยาบาลที่ส่วนกลาง อีกทั้งหน่วยงานทางด้านฝ่ายปกครอง คือ องค์การบริหารส่วนตำบลก็เข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือโดยการอำนวยความสะดวกเพื่อพาผู้ป่วยไปส่งโรงพยาบาลในพื้นที่หรือหลายๆ ครอบครัวทั้งญาติ และผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลืออย่างทันทีในลักษณะของการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้เบอร์โทรศัพท์ส่วนตัวเมื่อมีเหตุฉุกเฉินก็สามารถโทรติดต่อได้ตลอด อีกทั้งทางโรงพยาบาลจิตเวชจากส่วนกลางที่มีประวัติของผู้ป่วยอยู่แล้วจะรอให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง

“เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะคอยให้การช่วยเหลือญาติมาตั้งแต่ต้นเวลาที่เกิดปัญหา หรือให้คำปรึกษาเวลาที่ไม่สามารถดูแล ควบคุมอาการของผู้ป่วยได้ โดยเจ้าหน้าที่จะช่วยเหลือทันที”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“ถ้าผู้ป่วยกลับไปนอนไม่หลับ หรืออาการไม่ดี ก็ให้รีบพามาส่งเลยทันที โดยเราจะมีทำงานเป็นทีม โดยการเตรียมทีมรักษาแบบผู้ป่วยในของรพ.ส่วนกลางเอาไว้ว่า จะมีการดูแลเป็นพิเศษ สามารถรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในได้ตลอด 24 ชั่วโมง และญาติก็มีเบอร์โทรศัพท์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในส่วนกลาง องค์การบริหารส่วนตำบลก็สามารถช่วยในการนำส่งโรงพยาบาลอีกด้วย
(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 1)

“เพราะว่าในช่วงแรกๆ ชุมชนเหมือนหวาดระแวง ไปบ้านไหนก็ไม่ยอมคุยด้วย ตอนนั้นเค้าเล่าให้ฟังว่าไปนั่งบ้านนั้นเค้าก็ไม่ยอมคุยกะเรา ก็ต้องกลับมาบ้านก็มาอยู่กับแม่กับพี่สาว และเค้ากับพี่สาวก็โทรคุยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ว่าเริ่มเครียด โดยเราจะให้เบอร์ตนเองกับครอบครัวผู้ป่วยในพื้นที่ ว่าเวลาเมื่อนอกเวลาสามารถติดต่อได้”

”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ครอบครัวที่ 1)

“โรงพยาบาลใน กทม. บอกว่าถ้าเป็นอีก มีอาการอีกก็ส่งมา รพ. ทันทีแถมยังให้เบอร์ส่วนตัวในการติดต่อเจ้าหน้าที่ที่สามารถติดต่อได้ทันที”

(ญาติ ครอบครัวที่ 2)

“เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง จะคอยโทรมาสอบถาม และเค้าจะให้เบอร์ส่วนตัวของตนเองเพื่อให้ญาติโทรไปปรึกษาเวลาไม่สบายใจ หรือให้คำปรึกษาทันที เช่น ถ้าผู้ป่วยอาการไม่ดีให้เอาผ้าห่มคลุม มัดตัวมา หรือทำอย่างไรก็ได้ให้เอาตัวมา เพราะทางสถาบันฯ มีช่องทางด่วนในการรับผู้ป่วยกรณีนี้เอาไว้แล้ว”

(ญาติ ครอบครัวที่ 4)

ส่วนที่ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว

จากการสัมภาษณ์ในส่วนของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีของญาติในแต่ละครอบครัวตั้งแต่ที่เริ่มมีการตัดสินใจยอมรับผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้านอีกครั้งจนกระทั่งปัจจุบัน ญาติผู้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละครอบครัวก็มีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีที่มีทั้งความแตกต่างกันและมีความคล้ายคลึงกัน และผลการของการดูแลโดยครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอเสนอกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละช่วงเวลารายครอบครัว เพื่อให้เห็นว่าในแต่ละครอบครัวมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละครอบครัว มีลำดับขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยอย่างไร อย่างไรก็ตามแม้ว่าแต่ละครอบครัวจะมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่จะสามารถได้ผลของการดูแลผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้น แต่ผู้วิจัยก็ยังมีความคิดว่ายังไม่สามารถบอกได้ว่า

กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวใดที่เหมาะสมสำหรับ หรือกระบวนการดูแลผู้ป่วยเพียงครอบครัวเดียวยังไม่เพียงพอสำหรับการนำไปเป็นตัวอย่างให้กับญาติในครอบครัวอื่นๆ ที่ต้องมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีในลักษณะเดียวกันได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำกระบวนการในการดูแลของญาติในแต่ละช่วงของทั้ง 4 ครอบครัวที่มีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่มีการกระทำซ้ำๆ กันจนเกิดผลดีในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อไปสู่การวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นภาพรวมของทั้ง 4 ครอบครัว และผลของการดูแล ดังนี้

กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี รายครอบครัวที่ 1

จากกรณีศึกษาครอบครัวที่ 1 ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 4 คน คือจากญาติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งจากส่วนกลาง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และผู้ป่วยในประเด็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีเมื่อกลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง จากการสัมภาษณ์ทำให้ผู้วิจัยสามารถแบ่งช่วงในการดูแลผู้ป่วยของญาติเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงเตรียมตัว ช่วงเริ่มต้น และช่วงสนับสนุน ซึ่งในแต่ละช่วงก็จะมีกระบวนการในการดูแลดังนี้

ช่วงเตรียมตัว คือ เป็นช่วงเวลาดังแต่ที่ญาติตัดสินใจยอมรับให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านอีกครั้ง แต่ยังไม่สามารถเอาผู้ป่วยกลับบ้านได้เนื่องจากผู้ป่วยอาจจะยังอยู่ในขั้นตอนของกระบวนการยุติธรรม หรืออยู่ในขั้นตอนของกระบวนการบำบัดรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวช ดังนั้นในช่วงนี้ญาติก็จะมีการเตรียมตัวเพื่อให้พร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ ซึ่งในช่วงการเตรียมตัวของญาตินั้น ญาติมีกระบวนการในการเตรียมตัวด้านการเตรียมตนเองให้มีความรู้ ความเข้าใจโรคทางจิตเวช ในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินให้สามารถทดลองเยี่ยมบ้านได้ ญาติก็ได้มีการทดลองดูแลผู้ป่วย และการไปรับ ไปส่งผู้ป่วยตามที่แพทย์นัดหมายดังนี้

1. ญาติมีการเตรียมตนเองให้มีความรู้ ความเข้าใจโรคทางจิตเวช

เมื่อญาติมีความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช ญาติจะสามารถเข้าใจโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยเป็น และดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ เดิมญาติของผู้ป่วยครอบครัวที่ 1 ไม่มีความรู้โรคทางจิตเวชเลย จึงไม่สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมส่งผลให้ผู้ป่วยมีคดีความเกิดขึ้นในที่สุด แต่เมื่อผู้ป่วยจิตเวชได้ถูกบังคับจากกระบวนการยุติธรรมให้ต้องมีการได้รับการรักษาอาการทางจิตเวช จนกว่าจะหายดี ดังนั้นก็เป็นเส้นทางที่ทำให้ญาติที่ทำหน้าที่ในการดูแลได้มีการศึกษาความรู้เรื่องโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยเป็น โดยการที่ญาติจะสอบถามจากจิตแพทย์ผู้ที่รักษาเรื่องโรคทางจิตเวชให้กับผู้ป่วย สอบถามวิธีการดูแลผู้ป่วย ทำให้ช่วงที่ผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้านอีกครั้งญาติสามารถเข้าใจและมีวิธีการในการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสมมากขึ้น

“ตอนแรกไม่ทราบเลยว่าผู้ป่วยมีการเจ็บป่วย เพิ่งมาทราบตอนหลังที่ผู้ป่วยมีคดีความ และผู้ป่วยต้องรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ตัวเองไปเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลก็จะคอยถามโรคที่ผู้ป่วยเป็นจากหมอบ้างก็เลยเข้าใจ และรับรู้ว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

2. การทดลองให้ผู้ป่วยอยู่บ้าน เพื่อเตรียมความพร้อมญาติในการดูแลผู้ป่วย

หลังจากที่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรม และมีการรักษาอาการทางจิตที่ดีขึ้นจนใกล้ที่จะสามารถให้ญาติรับตัวผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้านนั้น ทีมสาธารณสุขและญาติจะมีการวางแผนร่วมกันในการให้ผู้ป่วยได้มีการทดลองเยี่ยมบ้าน เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้กลับบ้านมาเป็นระยะเวลายาวนานการจะกลับไปอยู่บ้านก็ต้องใช้เวลาในการปรับตัว อีกทั้งการทดลองเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยก็เป็นการซ้อมการปรับตัว และเป็นการเตรียมความพร้อมของญาติให้มีการได้ทดลองดูแลผู้ป่วยตามที่ได้หาข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยมาแล้วเป็นระยะเวลาสั้นๆ ก่อนที่จะได้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง ซึ่งการทดลองเยี่ยมบ้านนั้นก็ขึ้นอยู่กับความพร้อมของญาติว่าสามารถให้ทดลองเยี่ยมในครั้งแรกๆ แบบไหน แบบไปเช้าเย็นกลับ ต่อจากนั้นก็จะเป็นแบบให้ผู้ป่วยค้างคืน 2-3 คืน หลังจากนั้นค่อยๆ เพิ่มจำนวนการค้างคืนที่บ้านของผู้ป่วยมากขึ้น เช่น เป็นระยะเวลา 1 เดือน เป็นต้น ซึ่งในกรณีของครอบครัวที่ 1 แม้พี่สาวจะมีความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้านแต่สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ยังไม่มีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการทดลองเยี่ยมบ้านจากให้ผู้ป่วยนอนค้างคืนที่บ้านมาเป็นไปทดลองเยี่ยมญาติในช่วงเช้าและกลับโรงพยาบาลพร้อมกับเจ้าหน้าที่ในวันนั้น หลังจากนั้นเมื่อประเมินความพร้อมของญาติว่าสามารถให้ผู้ป่วยกลับไปเยี่ยมบ้านได้ ก็เพิ่มจำนวนวันที่นอนค้างคืนที่บ้าน จนสามารถกลับไปอยู่บ้านได้จนปัจจุบัน

“ก่อนหน้าที่ผู้ป่วยจะกลับมาอยู่บ้านตนเองก็ดูแลผู้ป่วยมาตลอด แม้ในช่วงของการรักษาที่ให้ผู้ป่วยทดลองมาอยู่บ้านตนเองก็ดูแล ซึ่งก็ไม่ต่างจากช่วงก่อนเพราะตนเองดูแลผู้ป่วยมาตั้งแต่ต้น”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“เมื่อผู้ป่วยอาการดีแล้วทางโรงพยาบาลยังไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้านเลย เราเริ่มวางแผนร่วมกับครอบครัวร่วมกันว่า จะมีการให้ผู้ป่วยได้ลงเยี่ยมบ้าน ค้างคืนและถ้าผู้ป่วยสามารถอยู่ได้ และญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้จะทำการเพิ่มระยะเวลาการทดลองเยี่ยมบ้าน จะทำอย่างไรก่อนที่จะ step ที่ละขั้นตอนก่อนที่จะจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลเด็ดขาด ”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 1)

“ในวันแรกที่ผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน แม่ไม่ได้มีปฏิกิริยาที่จะปฏิเสธผู้ป่วยแต่ก็ยังไม่ยอมรับชะตาที่เดียวเมื่อเจอกันในครั้งแรก โดยท่าทีของแม่เปลี่ยนไปมากขึ้นกว่าตอนแรกๆ ที่เกิดเรื่อง แต่ยังมีท่าทางกลัวๆ ให้เห็นอยู่บ้าง แม่น่าจะคิดแบ่งรับแบ่งสู้ ดังนั้นในวันนั้นก็ทำได้เพียงพาผู้ป่วยไปเยี่ยมบ้านช่วงเช้าและตอนเย็นก็พากลับ สุดท้ายผู้การทดลองเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยทำเพียง 2 ครั้งเอง”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 1)

3. ญาติฝึกการรับและส่งผู้ป่วยตามที่แพทย์นัดหมายในช่วงทดลองให้ผู้ป่วยอยู่บ้าน

ในช่วงของการทดลองเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยญาติต้องมีการเตรียมตัวไม่เพียงแต่การฝึกการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเท่านั้น ญาติยังต้องฝึกการดูแลผู้ป่วยในช่วงที่ต้องรับ-ส่งผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจิตเวช และบ้านเพื่อในการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามที่นัดหมาย ซึ่งในส่วนนี้ก็เป็นสิ่งสำคัญในการที่จะประเมินญาติในระยะยาวได้ด้วยว่า ญาติจะสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวช พามาพบแพทย์ ตลอดเวลาทั้งในช่วงที่ทดลองญาติยังสามารถรับผิดชอบได้ดี ก็เป็นสัญญาณบอกให้ทราบว่าในช่วงที่ญาติต้องดูแลญาติก็ยังสามารถรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจนสามารถทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเวชดีขึ้นได้

“ช่วงก่อนที่จะเป็นคดี ตนเองก็เป็นคนพาผู้ป่วยไปหาหมอ และในช่วงที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ผู้ป่วยทดลองเยี่ยมบ้าน ตนเองก็เป็นธุระไปรับไปส่งผู้ป่วยตามที่หมอนัดหมายระหว่างโรงพยาบาล และบ้านตลอด”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“ช่วงที่กลับไปทดลองเยี่ยมบ้านอีกครั้ง พี่สาวมารับ มาส่ง แต่มีอีกอย่างที่สำคัญของการเยี่ยมบ้านก็คือ การตรงเวลาเมื่อครบกำหนดการเยี่ยมบ้านแล้ว ผู้ป่วยต้องกลับมาที่ รพ.ตรงตามวันที่กำหนด เพราะถือว่าญาติและผู้ป่วยสามารถยังอยู่ในเงื่อนไขที่กำหนดได้ เพราะมันเป็นการแสดงถึงความร่วมมือของทั้งญาติและผู้ป่วยมันสำคัญมาก ซึ่งถ้าเค้ามาไม่ตรงนัด มีเหตุผลมากมายก็แสดงถึงความรับผิดชอบในระยะยาวของครอบครัวนี้ ในกรณีนี้พี่สาวมารับมาส่งผู้ป่วยตรงเวลาที่กำหนด”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 1)

ช่วงเริ่มต้น คือ ช่วงเวลาที่ญาติและผู้ป่วยได้กลับมาอยู่ร่วมกันในครอบครัวอีกครั้ง หลังจาก que ผู้ป่วยจิตเวชต้องออกจากบ้าน ออกจากครอบครัวเพราะมีคดียความและถูกนำไปดำเนินคดียความตามขั้นตอนของกฎหมายจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรมแล้ว ผู้ป่วยจิตเวชกลับมาสู่ครอบครัว ช่วงนี้จึงเป็นช่วงที่ญาติต้องมีการเริ่มต้นให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยญาติที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีการเน้นการดูแลผู้ป่วยในด้านอาการทางจิตเวช ซึ่งมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1. ญาติมีการสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย

จากการสัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วยครอบครัวที่ 1 ทำให้ผู้วิจัยได้พบว่าก่อนที่ผู้ป่วยจะมีคดียความ ญาติได้มีการสังเกตเห็นพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยที่แตกต่างไปจากบุคคลธรรมดาทั่วไป นั่นคือ อาการหวาดกลัวทุกอย่าง การที่ผู้ป่วยมีความหวาดกลัวโดยไม่มีเหตุผล แต่ญาติไม่เข้าใจสาเหตุของพฤติกรรมดังกล่าว จนสุดท้ายก็ไม่ได้มีการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมทำให้ผู้ป่วยก็มีคดียความในที่สุด และเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจากคำสั่งของกระบวนการยุติธรรมทำให้ญาติได้พบกับจิตแพทย์และได้สอบถามความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช และวิธีการในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ดังนั้นในขั้นตอนต่อมาเมื่อผู้ป่วยสิ้นสุดคดียความตามกระบวนการยุติธรรมแล้วได้กลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง สิ่งที่ญาติของครอบครัวที่ 1 ได้ทำหลังจากมีความรู้โรคทางจิตเวชก็คือ ญาติก็สามารถเข้าใจ และสามารถสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีอาการหวาดกลัวแบบไม่มีเหตุผลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงในแบบที่เป็นปกติมากขึ้น ซึ่งแสดงถึง ว่าการดูแลรักษาเป็นไปในทางที่ถูกต้องหรือสังเกตเห็นพฤติกรรมของผู้ป่วยยังมีความผิดปกติ มีอาการหวาดกลัวที่ยังแตกต่างจากบุคคลทั่วไปอยู่ ก็แสดงถึงว่า ผู้ป่วยยังมีความเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอยู่ เพื่อที่ญาติจะได้มีการดูแลผู้ป่วยในด้านการรักษาอื่นๆ ต่อไป

“ตอนแรกไม่ทราบเลยว่าผู้ป่วยมีการเจ็บป่วย ฟังมาทราบตอนหลัง ซึ่งตอนนั้นก็ยังไม่มีคดียความตอนนั้นผู้ป่วยจะมีอาการกลัวมาก ไม่รู้เป็นไร กลัวไปซะทุกอย่าง แต่เมื่อรักษาและกลับมาอยู่บ้านก็ดูจากตัวผู้ป่วยว่าอาการดีขึ้นว่าแต่ก่อนมาก พูดคุยรู้เรื่องมากขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยเองก็จะเล่าถึงการรักษาของคุณหมอ และพูดชื่อคุณหมอนั้นเป็นประจำว่ารักษาดี”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

2. ญาติมีการดูแลเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวช

จากการที่ญาติมีความรู้เรื่องโรคทางจิตเวชแล้วนั้นทำให้ญาติก็เริ่มมีความรู้ มีความเข้าใจว่าวิธีการรักษาโรคทางจิตเวชอย่างหนึ่งก็คือการที่ผู้ป่วยจิตเวชต้องได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ญาติของผู้ป่วยจิตเวชก็หันมาให้ความสนใจให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา ซึ่งวิธีที่ญาติทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาก็คือ การกระตุ้นเตือนผู้ป่วย อีกทั้งใช้การสอบถาม หรือการตักเตือนผู้ป่วยโดยญาติจะทำการตักเตือนซ้ำๆ บ่อยครั้ง มีการตักเตือนเป็นประจำเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้

ครบตามที่แพทย์แนะนำ อีกทั้งญาติจะมีวิธีการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วย จากจำนวนเม็ดยาที่เหลืออยู่ ว่าทานยาตามที่แพทย์แนะนำหรือไม่โดยญาติจะมีวิธีการในการตรวจสอบการรับประทานยาของผู้ป่วยด้วยวิธีการตรวจสอบจากจำนวนเม็ดยาที่เหลืออยู่

“ส่วนตัวพี่สาวเองก็จะคอยเตือนผู้ป่วยเสมอว่า ห้ามขาดยานะ พยามกินยา กินยาตลอดชีวิตก็ต้องกิน ญาติก็จะบอกซ้ำๆ และก็สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงจากตัวผู้ป่วยว่ากินยาแล้วอาการดีขึ้นว่าแต่ก่อนมาก บางครั้งก็ขอดูจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยกินเหลือด้วยเพื่อดูว่าผู้ป่วยยอมกินยาไหม”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

3. การพาผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ตามที่นัดหมาย

ญาติที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย นอกจากจะให้ความสำคัญกับการรับประทานยาทางจิตเวชของผู้ป่วยแล้วนั้น ญาติก็เห็นความสำคัญที่ต้องเป็นผู้พาผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ตามที่นัดหมาย เพราะการไปพบจิตแพทย์ตามที่นัดหมายเป็นการที่ผู้ป่วยจะได้มีการตรวจประเมินอาการจากจิตแพทย์เป็นระยะ ซึ่งเดิมที่ผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้านในช่วงแรกๆ หลังจากที่สิ้นสุดคดีความตามกระบวนการยุติธรรมแล้วนั้น ญาติที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชก็ยังคงทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยการพาผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ตามที่แพทย์นัดหมายเหมือนครั้งก่อนที่ผู้ป่วยจะมีคดีความ แต่ครั้งนี้ญาติจะเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ตามที่นัดหมายเฉพาะในช่วงระยะเวลาแรกๆ ที่ผู้ป่วยกลับมาอยู่ที่บ้านเท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยยังคงต้องไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่องกับโรงพยาบาลจากส่วนกลางก่อน จนกว่าแพทย์จากส่วนกลางเห็นว่าสามารถส่งต่อผู้ป่วยให้กลับมารักษาที่แพทย์ในพื้นที่ที่อยู่อาศัย

“ตั้งแต่ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีคดี เราต้องเป็นคนพาเค้าไปหาหมอดูแลทุกอย่าง และหลังจากสิ้นสุดคดีแล้ว ญาติมีการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด ถ้าเป็นช่วงแรกๆ ที่ผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้าน ตนเองต้องพาผู้ป่วยมาหาหมอที่ กทม. และถ้าไปหาหมอนามัยผู้ป่วยก็ไปหาหมอเองได้”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“กลับมาอยู่บ้าน ก็ดูแลตัวเอง ถ้าไม่สบายหรืออาการไม่ค่อยดีเล็กๆ น้อยๆ ไม่มีโรมามากมาย ก็ซื้อเม็เตอร์ไซค์ไปหาหมอ แต่ถ้าเป็นมากก็จะบอกพี่สาวให้พาไปหาหมอในกรุงเทพฯ”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 1)

4. การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

และสุดท้ายเมื่อญาติมีการดูแลทั้งการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย การกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยา หรือการที่ญาติต้องพาผู้ป่วยจิตเวชไปพบแพทย์ตามที่นัดหมายแล้วนั้น แต่ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่บ้านแต่ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมที่ผิดปกติเกิดขึ้น จนญาติไม่สามารถจะจัดการกับพฤติกรรมอาการที่ผิดปกติเหล่านั้นได้ เช่น ญาติเห็นผู้ป่วยที่กินยาตามปกติแต่ยังมีอาการนอนไม่หลับ เดินไปเดินมา ญาติจะขอความช่วยเหลือจากทีมสาธารณสุขในทันทีทันใด โดยในช่วงที่ผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัวใหม่ๆ ญาติจะมีเบอร์โทรศัพท์ส่วนตัว และเบอร์โทรศัพท์สำนักงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อจะสามารถขอคำแนะนำ หรือแนวทางในการรับมือกับอาการของผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดขึ้นได้ทันที

“เวลามีปัญหาก็จะปรึกษากับเจ้าหน้าที่ บางทีผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับญาติก็จะโทรถามกินยาตัวนั้น ตัวนี้ได้ไหม หลังออกจากโรงพยาบาลช่วงสองสามปีแรก ญาติจะโทรบ่อยหน่อย หลังๆก็ไม่มาก”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“ถ้าเกิดปัญหาอะไรบอกได้ทันที ซึ่งผู้ป่วยและญาติจะมีเบอร์โทรศัพท์มือถือส่วนตัวของเจ้าหน้าที่เอาไว้ติดต่อกันทันที”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 1)

ช่วงสลับสนุน คือ ช่วงเวลาที่ญาติดูแลผู้ป่วยได้จนสามารถสังเกตเห็นผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทางจิตเวชที่ดีขึ้นมาก จนอาการทางจิตเวชดีขึ้นอย่างคงที่ที่สามารถจะดูแลตนเองได้ ญาติจะเริ่มมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง รับผิดชอบตนเองในการดูแลอาการทางจิตเวชของตนเองร่วมด้วย โดยญาติมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในด้านต่างๆ ทั้งการสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผิดปกติของตนเอง การดูแลเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวชด้วยตนเอง และญาติไว้วางใจให้ผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ด้วยตนเอง ตามกระบวนการดูแลที่ญาติใช้ในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผิดปกติของตนเอง

ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ญาติที่ดูแลผู้ป่วยพบว่า นอกจากญาติจะคอยสังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยแล้วนั้น ญาติยังทำหน้าที่ในการสนับสนุน คอยบอกให้ผู้ป่วยจิตเวชนั้นจะต้องทำการสังเกตอาการ พฤติกรรมที่ปกติหรือผิดปกติของตนเองว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร เพื่อจะได้บอกญาติ และนำไปสู่การรักษาได้ทันทั่วทั้งนี้ ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ในประเด็นนี้ทั้งกับญาติ ผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ก็ได้ให้ความเห็นที่สอดคล้องกันได้ว่า ผู้ป่วยสามารถที่จะสังเกตและรับรู้การเปลี่ยนแปลงของอาการ พฤติกรรมของตนเองได้ โดยผู้ป่วยจะรับรู้ที่ตนเองเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมเป็นไปในทางไม่ดี มีความทุกข์ทรมาน มีการเปลี่ยนแปลงไปที่ทำให้มี

อาการนอนไม่หลับติดต่อกันหลายวัน หรือเริ่มสังเกตพบว่าตัวเองมีพฤติกรรมที่ปกติ หรือมีพฤติกรรมนอนที่สามารถนอนหลับได้

“ผู้ป่วยเค้าจะสังเกต และรู้ตัวเองว่าตนเองอาการเริ่มไม่ค่อยดี เค้าก็จะบอกญาติตลอด”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“บางที่ผู้ป่วยเริ่มมีความผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับหรือไม่สบายใจ บางที่เขาก็คงบอกเรา หรือบอกญาติ”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ครอบครัวที่ 1)

“ตนเองกินตลอด เพราะถ้าวันไหนขาดยา มันจะเกิดอาการแบบว่ามันจะร้อนรุ่มไปหมดเลย ขาดยาไม่ได้มันจะทรมานมาก ก็อาจจะได้ยินเสียงกระตุ่นให้เราทำอย่างนั้นอย่างนี้ตามเสียง ก็คือเราจะบังคับตัวเราไม่อยู่ เรารู้ตัวเลยว่าถ้าขาดยาเราจะทนไม่ไหว อาการมันเยอะ”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 1)

2. ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวชด้วยตนเอง

อีกหน้าที่ที่สำคัญของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช คือ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบรับประทานยาตามเวลาที่จิตแพทย์กำหนดเอาไว้ด้วยตนเอง ซึ่งผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 นี้ก็เป็นหนึ่งในจำนวนผู้ป่วยหลายๆ คนที่สามารถที่จะรับผิดชอบตนเองในด้านการรับประทานยาตามเวลาที่จิตแพทย์พิจารณาให้ตามอาการของผู้ป่วย และสามารถเรียนรู้ที่จัดยาตามมื้ออาหารแต่ละมื้อเพื่อรับประทานเองได้ ซึ่งในประเด็นนี้เมื่อญาติเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการเป็นปกติที่อาการคงที่แล้ว ญาติจะสนับสนุนผู้ป่วยให้มีการดูแลเรื่องการรับประทานยาด้วยตนเอง ซึ่งก็สอดคล้องกับการที่ผู้ป่วยให้สัมภาษณ์โดยมีการอธิบายลักษณะของแต่ละมื้อยาแต่ละมื้อได้เป็นอย่างดีไม่มีการพูดแบบติดขัด หรือแม้กระทั่งยาที่รักษาที่เป็นแบบฉีดผู้ป่วยก็จะไปโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้แพทย์เป็นผู้ฉีดให้ตามระยะเวลาที่แพทย์กำหนดทุกเดือนไม่ขาด

“ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ ดูแลตัวเองและยังช่วยดูแลแม่ที่สูงอายุอีกด้วย ส่วนใหญ่เรื่องยาอะไรเนี่ยคนไข้จะเป็นคนดูแลตัวเอง”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ครอบครัวที่ 1)

“พี่ให้ผมดูแลตัวเอง ผมก็ทานยาตามหมอสั่งโดยมียาก่อนอาหารเช้า และก็หลังอาหาร และกลางวันอีก ตอนเย็นอีก ผมกินยาตรงเวลาอยู่แล้ว ส่วนยาฉีดก็ไปฉีดที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ถึงเวลากินยาก็กินเอง ถึงเวลาฉีดยาก็กินไปหาหมอ”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 1)

3. ญาติไว้ใจให้ผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ด้วยตนเอง

จากการสัมภาษณ์ทั้งญาติของผู้ป่วย สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยก็ทำให้ผู้วิจัยพบว่า ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังจากที่สิ้นสุดกระบวนการยุติธรรมแล้วนั้นนอกจากญาติที่ต้องดูแลผู้ป่วยในการพาไปพบจิตแพทย์ตามที่แพทย์นัดหมายในแต่ละครั้งแล้วนั้น ญาติยังสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดูแลตนเองในการไปพบจิตแพทย์ตามที่แพทย์นัดด้วยตนเอง ซึ่งในช่วงแรกๆ ที่ต้องไปพบจิตแพทย์ในพื้นที่กรุงเทพฯ ญาติจะเป็นผู้ที่พาไปพบแพทย์ในช่วงแรกๆ แต่เมื่อมีการย้ายสิทธิการรักษาไปในเขตพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ย้ายสิทธิให้ผู้ป่วยสามารถไปรับการรักษาใกล้บ้าน ญาติสามารถไว้วางใจและจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถที่จะไปพบจิตแพทย์ตามที่แพทย์นัดได้ด้วยตนเอง

“ผู้ป่วยเป็นคนดูแลตนเองทุกอย่าง ไปหาหมอใกล้บ้านเองและพาแม่ไปหาหมოდด้วยกัน แต่ถ้าเมื่อก่อนต้องไปหาหมอที่กรุงเทพฯ พี่สาวก็พาไป”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“เราไปฉีดยาที่โรงพยาบาลถึงเวลากินยาก็กินเอง ถึงเวลาก็กินไปหาหมอนัดยา”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 1)

นอกจากกระบวนการดูแลของญาติในขณะที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัว มีกระบวนการในการดูแลที่เกิดขึ้น 3 ช่วงทั้งช่วงเตรียมตัว ช่วงเริ่มต้น และช่วงสนับสนุน นอกจากนั้นญาติยังมีการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติมอีก 2 ด้าน คือ ด้านการปกป้องผู้ป่วย และการดูแลด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน

ด้านการปกป้อง คือ การที่ญาติมีพฤติกรรมในการปกป้องผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับสู่ครอบครัวจากคนที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย หรือคนในชุมชนเดียวกันกับผู้ป่วยที่กีดกัน ปฏิเสธผู้ป่วย ไม่อยากให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่ในครอบครัวหรือชุมชนเดิมอีกครั้ง ซึ่งในการดำเนินการปกป้องผู้ป่วยญาติจะให้การดูแลปกป้องผู้ป่วยตลอดระยะเวลาของทั้ง 3 ช่วง โดยญาติจะให้การดูแลด้านการปกป้องผู้ป่วยตั้งแต่ว่าก่อนที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับอนุญาตให้กลับมาอยู่กับครอบครัว ดูแลปกป้องในขณะที่ทำการทดลองเยี่ยมบ้าน และดูแลปกป้องในช่วงที่เริ่มต้นการกลับมาอยู่บ้าน และช่วงที่ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองญาติก็ยังต้องดูแลปกป้องผู้ป่วยเช่นกัน แต่ระดับหรือความเข้มข้นในการการปกป้องผู้ป่วยอาจจะแตกต่างกันในแต่ละช่วง โดยในช่วงเตรียมตัว และช่วงเริ่มต้นอาจจะต้องมีการปกป้องผู้ป่วยมากกว่าช่วงสนับสนุน เนื่องจากปฏิกิริยาของบุคคลในชุมชนที่ต่อต้าน

ไม่ยอมให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่ในครอบครัว และชุมชนอีกครั้งนั้นก็มีความรุนแรงในช่วงดังกล่าว หลังจากนั้นถ้าบุคคลในชุมชนยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น ปฏิบัติต่อต้านก็จะน้อยลงตามไปด้วย ญาติจะทำดูแลปกป้องผู้ป่วยน้อยลงตามไปด้วยเช่นกัน จากการสัมภาษณ์ทำให้ผู้วิจัยพบว่า ผู้ป่วยครอบครัวที่ 1 มีผู้ที่ต่อต้าน ปฏิเสธ ไม่ยอมรับให้ผู้ป่วยอยู่ในครอบครัวและชุมชนเดิมก็คือ ญาติของผู้ป่วย และบุคคลในชุมชน ซึ่งญาติที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะทำการปกป้องผู้ป่วยจากคนทั้ง 2 กลุ่มนี้ด้วยวิธีการดังนี้

ญาติของผู้ป่วยที่ปฏิเสธผู้ป่วย

ผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวที่ 1 จะมีญาติพี่น้องหลายคน แต่มีญาติเพียง 1 คนที่เป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยมาตั้งแต่ต้นจนปัจจุบัน ส่วนพี่น้องคนอื่นๆ ไม่ได้มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยจึงไม่มีความเข้าใจในโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยเป็น และมีความหวาดกลัวผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งวิธีการจัดการของญาติในการที่จะปกป้องผู้ป่วยให้สามารถอยู่กับครอบครัวได้ก็คือ การที่ญาติที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมาตั้งแต่ต้นนั้นใช้ความพยายามในการอธิบายถึงโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยเป็น อธิบายสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยก่อคดี และอธิบายถึงอาการทางจิตเวชที่ลดลงจนผู้ป่วยเป็นมีพฤติกรรมที่เป็นปกติเหมือนคนธรรมดาทั่วไปได้ให้ญาติที่ต่อต้านเข้าใจ และบอกถึงว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นมากจนสามารถช่วยแบ่งเบาภาระของญาติในการช่วยดูแลแม่ที่สูงอายุร่วมด้วย ซึ่งญาติที่ดูแลจะคอยบอกกับญาติที่ต่อต้านอย่างสม่ำเสมอจนญาติคนอื่นๆ ก็ยอมรับผู้ป่วยจิตเวชให้อยู่กับครอบครัวได้ในที่สุด

“ซึ่งตนเองก็ไม่ได้รังเกียจน้องชายเลย เมื่อมีคดี เรารับได้ เราเข้าใจ เพราะตนเองรู้ว่าน้องชายป่วยทางจิต เรารู้เพราะเราใกล้ชิดเค้ามามากตลอด แต่พี่สาวคนอื่นๆ รับไม่ได้ในตอนนั้น เพราะเค้าไม่เข้าใจ พี่สาวเมื่อก่อนก็ไม่ได้เลย แต่ปัจจุบันพี่สาวเข้าใจมากขึ้น ก็ไม่ได้กลัว หรือโกรธผู้ป่วยแล้ว ตนเองก็พยายามคุย อธิบายกับพี่สาวเรื่อยๆ พูดคุยซ้ำๆ ซึ่งที่ผ่านมาเราก็ต้องคอยบอกพี่สาวเรื่อยๆ ถึงความผิดปกติของผู้ป่วย พี่สาวอ่อนลงมากจนปัจจุบันยังช่วยกันดูแลผู้ป่วย”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“ช่วยดูแลแม่ แม่เค้าเป็นโรคความดัน แล้วก็โรคมือสั่นก็จัดยาให้แม่ พาแม่ไปโรงพยาบาล ชีมือเตอร์ไช้ไปเอาแม่ไปหาหมอเอง”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 1)

บุคคลในชุมชนที่ปฏิเสธผู้ป่วย

จากการสัมภาษณ์พบว่า เมื่อผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัวจะมีชาวบ้านมาบอกกับญาติให้พาผู้ป่วยไปอยู่ที่อื่น เพราะชาวบ้านหวาดกลัว หรือไม่มีการพูดคุยกับผู้ป่วย ซึ่งสิ่งที่ญาติทำก็คือการที่ญาติของผู้ป่วยทำหน้าที่ในการปกป้องผู้ป่วยจากการที่ชุมชนปฏิเสธผู้ป่วยในการให้กลับไปสู่ชุมชน โดยในช่วงแรกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นการพูดคุยทำความเข้าใจกับบุคคลในชุมชน และ

ผู้นำชุมชน ช่วงหลังๆ ญาติเป็นผู้เข้าไปพูดคุยกับคนในชุมชนทั้งการยกตัวอย่างคำยืนยันจากแพทย์ ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว และการยืนยันของหัวหน้าชุมชนที่คนในชุมชนเคารพนับถือได้อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับมาสู่ชุมชนได้แล้ว และการที่ญาติให้เหตุผลเรื่องของถิ่นที่อยู่นี้เป็นบ้านที่ผู้ป่วยอาศัยมาตั้งแต่เกิด ถ้าไม่ทำให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่ชุมชนเดิมจะให้ผู้ป่วยไปอาศัยที่ชุมชนไหนได้อีก นอกจากนั้นญาติยังสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ไปทำงานกับทีมสาธารณสุขในพื้นที่ได้ดำรงชีวิตประจำวันตามปกติ เพื่อให้ชาวบ้านเห็นว่าผู้ป่วยอาการทางจิตดีขึ้นจนสามารถทำงานได้ ให้ชุมชนเห็นการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยชุมชนจะได้ยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น

ช่วงหลังเกิดคดีความ

“คนในชุมชนเค้ากลัว บอกว่าเอาไปเลยนะเหมือนขับไล่อะไรประมาณนี้ ไม่ต้องเอาไว้นะ เอาไว้เดี๋ยวจะฆ่าคนอื่นต่อไปอีกรึเปล่าอะไรเงี้ย ตอนนั้นในชุมชนเหมือนหวาดระแวง ไปบ้านไหนก็ไม่ยอมคุยด้วย”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ครอบครัวที่ 1)

ช่วงเตรียมตัว

“ชาวบ้านมาบอกกับพี่สาวว่า ให้ผู้ป่วยเค้าไปอยู่ที่อื่น เค้ากลับมาอยู่ที่นี้ไม่ได้หรอก เพราะชาวบ้านกลัว ซึ่งพี่สาวก็บอกกับชาวบ้านคนนั้นไปทันทีว่า คุณจะพูดอย่างนี้ไม่ได้ บ้านเค้าอยู่ที่นี้แล้วหมอก็รับรองแล้วว่า คนๆนี้ก็ปกติดีแล้วเค้าถึงปล่อยตัวกลับมาแล้วจะไม่ให้เค้าอยู่ได้ไง ผู้ใหญ่บ้าน กำนันก็อนุมัติแล้ว ไม่ให้เค้าอยู่แล้วจะให้เค้าไปอยู่ป่าช้าเหรอ ซึ่งหลังจากนั้นชาวบ้านคนนั้นก็เงียบไป ซึ่งชาวบ้านคนอื่นๆ ก็มีอาการหวาดกลัวผู้ป่วยแต่ก็ไม่ได้ว่าอะไร”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

ความคิดประเด็นการกีดกันนี้จึงทำให้ในการเยี่ยมบ้านครั้งแรกของผู้ป่วย ทีมผู้รักษาจึงแบ่งทีมเพื่อลงให้ข้อมูล และไปทำความเข้าใจกับชุมชนร่วมกับพี่สาวและผู้นำชุมชนที่บริเวณร้านค้าใกล้บ้านโดยให้ชุมชนให้รับรู้เรื่องราวของอาการทางจิตเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และประเด็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยก่อคดีนั้นเป็นเพราะโรคทางจิตเวช ไม่ใช่เป็นเพราะยาเสพติด

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 1)

ช่วงเริ่มต้น

“มีชาวบ้านบอกว่า ผู้ป่วยดีขึ้นไม่เหมือนเดิม พอผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้าน เมื่อกลับมา ก็หาผัก หาปลา ทำกับข้าวให้แม่กิน ทำความสะอาดบ้าน ชาวบ้านเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยผิดปกติขึ้น”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 1)

“ช่วงที่ผู้ป่วยมาอยู่บ้านตอนแรกๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ให้ผู้ป่วยมาช่วยงานที่ อนามัย ซึ่งญาติก็สนับสนุน ชาวบ้านเห็นตอนแรกก็กลัว ไม่กล้าคุยด้วย แต่พอเห็นอยู่เกือบเดือน ว่าผู้ป่วยทำงานได้ ไม่เป็นอันตราย ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว หลังจากนั้นชาวบ้านก็เริ่มรู้ว่าเอ๊ะเค้าก็ ไม่ได้มีอันตรายนะ ขนาดอยู่กับหมอ หมอยังไม่กลัวเลย เริ่มดีขึ้น เริ่มไม่กลัว ไม่กลัวอะไรอย่างนี้ จากที่ตอนแรกจะกลัว”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ครอบครัวที่ 1)

การดูแลด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน

จากการสัมภาษณ์ญาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ป่วยของครอบครัวที่ 1 ทำให้ผู้วิจัยได้ ข้อมูลว่า ในการดูแลผู้ป่วยของญาติมีการแบ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ออกเป็น 3 ช่วงดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น คือ ช่วงเตรียมตัว ช่วงเริ่มต้น และช่วงสนับสนุน นอกจากนั้นยังพบว่า ญาติยังมีการดูแลผู้ป่วยด้านการดำเนินชีวิต ทั้งในด้านการจัดเตรียมอาหารการกิน ญาติมีการดูแลเรื่องเงินที่ให้ผู้ป่วยใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน ดูแลด้านการรักษาอาการเจ็บป่วย ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจนสามารถดูแลตนเองได้ ญาติก็จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตนเองในเรื่องที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ เช่น ด้านอาหารที่สามารถดูแลตนเองได้จนกระทั่งผู้ป่วยยังสามารถช่วยในการดูแลแม่ของผู้ป่วยได้อีกด้วย ซึ่งในการดูแลของญาติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านการดำเนินชีวิตนั้นเกิดขึ้นตั้งแต่ช่วงเตรียมตัว ช่วงเริ่มต้นที่ผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง และช่วงสนับสนุนที่ญาติก็ยังมีการดูแลผู้ป่วยมาโดยตลอด

“เมื่อก่อนเราต้องดูแลทุกอย่างเรื่องอาหารการกิน เป็นธุระไปหาหมอ การเงิน แต่ปัจจุบันผู้ป่วยเป็นคนดูแลตนเองทุกอย่าง อีกทั้งยังดูแลแม่ด้วย ซักผ้า หุงข้าวให้แม่ เวลาแม่ไม่สบายและปัจจุบันพี่น้องเข้าใจมากขึ้นก็หันมาช่วยกันดูแลผู้ป่วย เช่น ให้เงิน”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“เมื่อก่อนหมอมจะเรียกไปที่อนามัย คือเมื่อก่อนมีงานให้ทำ แต่เดี๋ยวนี้อะไรก็ไม่มีแล้ว แต่ถ้าไม่มีก็อยู่บ้านเฉยๆ พี่สาวดูแลให้เงิน ดูแลเรื่องค่าใช้จ่าย รายได้ส่วนใหญ่ก็จะมีจากพี่สาวให้ ให้ดูแลตัวเองกับแม่ ผมก็ได้เบี้ยคนพิการ”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 1)

ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว

การดูแลของญาติในช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะมีสติความนั้น ญาติมีเพียงการดูแลผู้ป่วยในการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามที่นัดหมาย และมีการรับรู้เพียงว่าผู้ป่วยมียามารับประทานแต่ผู้ป่วยก็ไม่ได้มีอาการทางจิตที่ดีขึ้นจนสุดท้ายก็มีสติความเกิดขึ้น โดยที่ญาติก็ยังไม่มีความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช การดูแลในด้านต่างๆ ของผู้ป่วย ซึ่งจะเห็นความแตกต่างอย่างเด่นชัดเมื่อภายหลังที่ญาติมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ช่วง คือ คือช่วงเริ่มต้น ญาติจะเป็นผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก โดยมีการดูแลผู้ป่วยโดยเริ่มจากการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช มีการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของผู้ป่วย การดูแลเรื่องของการรับประทานยา การพาผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ และการร้องขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่อย่างทันทีทันใด ในช่วงปกป้อง ญาติก็ทำหน้าที่ในการปกป้องผู้ป่วยโดยญาติจะมีการพูดคุยกับผู้ที่ต่อต้านผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม คือกลุ่มญาติของผู้ป่วย และกลุ่มคนในชุมชนที่ต่อต้าน ปฏิเสธไม่ยอมให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในครอบครัว หรือในชุมชน และในช่วงสนับสนุน ซึ่งช่วงนี้ญาติจะมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองร่วมกับญาติ อีกทั้งญาติยังมีการดูแลผู้ป่วยในด้านการดำรงชีวิตประจำวันด้วย

ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว คือ

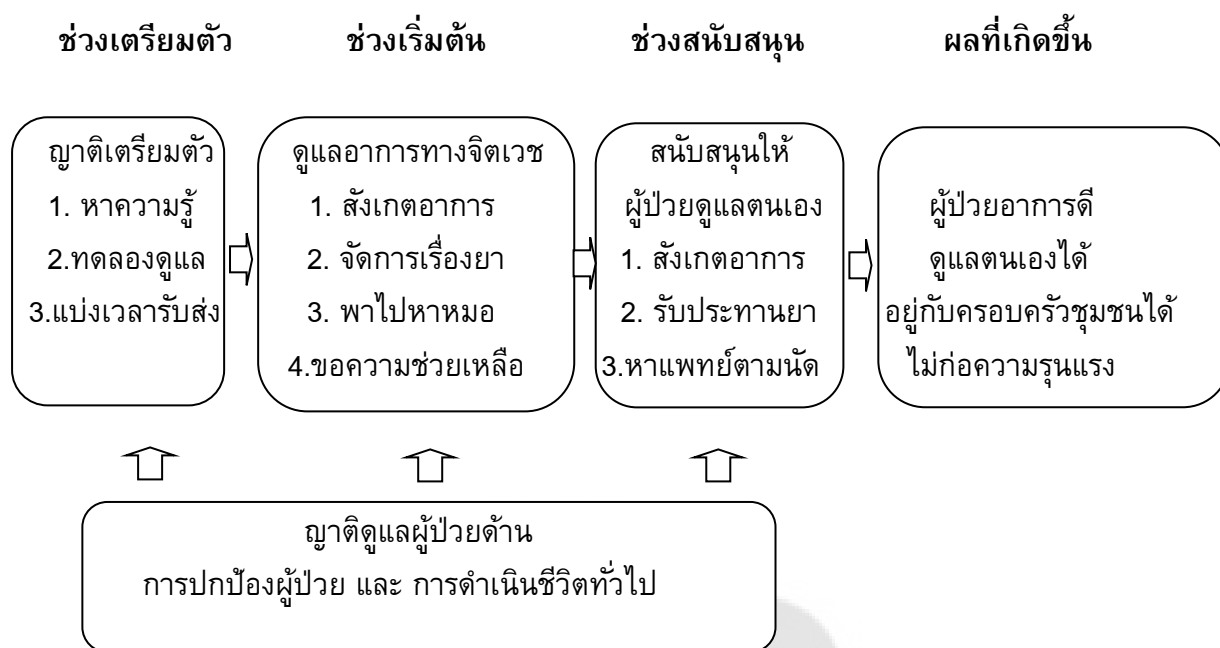
- ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเวชลดลง จนมีพฤติกรรมเหมือนคนปกติ ไม่มีพฤติกรรมรุนแรง
- ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองด้านการเจ็บป่วยทางจิตเวช
- ผู้ป่วยสามารถอยู่กับครอบครัว และชุมชนได้จนถึงปัจจุบัน

“ตอนแรกไม่ทราบเลยว่าผู้ป่วยมีการเจ็บป่วย พี่มาทราบตอนหลัง ซึ่งตอนนั้นก็ยังไม่มีสติ ตอนนั้นผู้ป่วยจะมีอาการกลัวมาก ไม่รู้เป็นไร กลัวไปซะทุกอย่าง ซึ่งตัวพี่สาวเองก็เป็นคนพาไปหาหมอ พาไปรักษาอยู่หลายรพ. ซึ่งก็ให้ยามากิน แต่ก็ไม่ได้ดีขึ้น และสุดท้ายก็มาทำร้ายแม่จนมีสติความ”

“ปัจจุบันผู้ป่วยเป็นคนดูแลตนเอง เค้าจะกินยาเช้าเย็น และก็ดูจากตัวผู้ป่วยว่ากินยาแล้วอาการดีขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก ไม่มีอาการหวดกลัว หรือทำทางก้าวร้าว”

“ผู้ป่วยสามารถอยู่บ้านได้ อยู่ในชุมชนได้ และยังไม่มีความรุนแรงเกิดขึ้นอีก”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)



ภาพประกอบ 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีของญาติครอบครัวที่ 1 และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว

กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี รายครอบครัวที่ 2

จากกรณีศึกษาครอบครัวที่ 2 ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 4 คน คือจากญาติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งจากส่วนกลาง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และผู้ป่วยในประเด็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีเมื่อกลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง จากการสัมภาษณ์ทำให้ผู้วิจัยสามารถแบ่งกระบวนการดูแลผู้ป่วยของญาติเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงเตรียมตัว ช่วงเริ่มต้น และช่วงสนับสนุน ซึ่งในแต่ละช่วงก็จะมีกระบวนการในการดูแลดังนี้

ช่วงเตรียมตัว คือ เป็นช่วงเวลาตั้งแต่ที่ญาติตัดสินใจยอมรับให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านอีกครั้ง แต่ยังไม่สามารถนำผู้ป่วยกลับบ้านได้ ดังนั้นในช่วงนี้ญาติก็จะมีการเตรียมตัวเพื่อให้พร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ ซึ่งในช่วงการเตรียมตัวของญาตินั้นจะมีการพูดคุยกันวางแผนร่วมกันว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร และญาติได้มีทดลองดูแลผู้ป่วยในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้ทดลองเยี่ยมบ้านได้ ดังนี้

1. การทดลองให้ผู้ป่วยอยู่บ้าน เพื่อเตรียมความพร้อมญาติในการดูแลผู้ป่วย

ในช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะมีการทดลองเยี่ยมบ้าน ญาติของผู้ป่วยมีความลังเลในการที่จะรับผู้ป่วยให้กลับมาสู่ครอบครัวอีกครั้งถึงขั้นที่ผู้ป่วยมีการวางแผนว่าจะไปอยู่สถานสงเคราะห์ แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ได้มีการสนับสนุนให้ญาติทดลองให้น้ำผู้ป่วยมาดูแลที่บ้านแล้วค่อยตัดสินใจ และเจ้าหน้าที่ก็จะช่วยดูแลร่วมด้วย ดังนั้นทีมสาธารณสุขส่วนกลางได้มีการทดลองให้

ผู้ป่วยได้ทำการทดลองเยี่ยมบ้าน และให้ญาติได้ทำการทดลองดูแลผู้ป่วย ซึ่งในช่วงเตรียมตัวญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยครอบครัวที่ 2 มีการเตรียมตัวก่อนที่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีจะกลับมาทดลองเยี่ยมบ้านโดย สมาชิกในครอบครัวและญาติคนอื่นๆ มีการพูดคุยและวางแผนว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยกันอย่างไร และเมื่อได้ทดลองเยี่ยมบ้านแล้วนั้น ญาติมีการดูแลผู้ป่วยด้านการดำเนินชีวิตทั่วไป ด้านการไปทำ ธุรกรรมต่างๆ ด้านอาหารในแต่ละมื้อ นอกจากนั้นญาติก็ไปทำงานกันตามปกติ ผู้ป่วยก็ดูแลตนเอง ไปไหนมาไหนได้เอง ไปพบแพทย์เอง ยิ่งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีมากเท่าไรก็ยิ่งทำให้ ระยะเวลาในการทดลองเยี่ยมบ้านก็มีระยะเวลายาวนานขึ้นตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ผู้ป่วยทดลอง เยี่ยมบ้าน 3-4 ครั้ง ก็สามารถกลับไปอยู่บ้านกับครอบครัวได้จนปัจจุบัน

“ตอนที่ผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้านตอนแรกๆ ญาติก็ยังโกรธอยู่ แต่ทำไ้ได้ ตอนแรกๆ พี่ชายก็ ช่วยดูแลบ้าง เรื่องการไปทำบัตร ทำธุรกรรมต่างๆ และหลังๆ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะดูแลตนเอง”
(ญาติ ครอบครัวที่ 2)

“เป็นเพื่อนบ้าน เป็นญาติ เป็น อสม. ด้วย ต้องดูแลกัน ก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับมาอยู่บ้านเรา ต้องทำอะไรบ้าง มาถาม มาคุยกันกับพี่ชายว่าต้องวางแผนอย่างไรกันบ้าง เรื่องการอยู่ วางแผน ร่วมกันว่าจะไปบวช อีกทั้งเป็นญาติกันจะให้เค้าฟังตรงไหนบ้าง”
(ญาติและเป็น อสม. ครอบครัวที่ 2)

“ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเป็นคนดูแลตนเอง เพราะญาติๆ ก็ต้องทำงาน อาจจะเป็นในช่วงแรกๆ ที่พี่ชายดูแลพาไปที่ต่างๆ เพราะผู้ป่วยออกจากบ้านเป็นระยะเวลานาน แต่ในช่วงหลังๆ ผู้ป่วยก็ เริ่มไปไหนมาไหนได้เอง ดูแลตนเอง ผู้ป่วยรายนี้มีทดลองเยี่ยมบ้าน 3 ถึง 4 ครั้ง เพราะผู้ป่วย สามารถไปไหนมาไหนเองได้ สามารถดูแลตนเองได้ สามารถทดลองเยี่ยมบ้านได้เร็ว”
(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 2)

“หมอให้ลองลงมาเยี่ยมบ้าน พอถึงเวลานัดก็ไปตามนัดเอง หมอก็บอกให้กลับบ้าน ตั้งแต่ กลับมาอยู่บ้าน พี่สะใภ้ พี่ชาย ดูแลเรื่องกับข้าว แต่แยกกันกิน เค้าทำเผื่อ”
(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 2)

ช่วงเริ่มต้น เป็นช่วงที่ญาติมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยด้านอาการทางจิตเวช ซึ่งญาติ ของครอบครัวที่ 2 นี้มีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพียงการคอยสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ ผิดปกติของผู้ป่วย การดูแลเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวช และสุดท้ายเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ญาติ ไม่สามารถจัดการได้ ญาติก็จะขอความช่วยเหลือจากทีมสาธารณสุขในพื้นที่ ดังข้อมูลที่ผู้วิจัย สัมภาษณ์ได้ดังนี้

1. ญาติมีการสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง ญาติมีการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชโดยการสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยในแต่ละวันว่าเป็นไปในทิศทางใด ผู้ป่วยมีพฤติกรรมอาการทางจิตเวชลดลงจนคล้ายคนปกติ หรืออาการพฤติกรรมที่ผิดปกติกำเริบขึ้น เมื่อผู้ป่วยกลับมาอยู่ที่บ้านญาติก็เริ่มมีการสังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยมากขึ้นโดยพบว่า ผู้ป่วยมีลักษณะพฤติกรรมคล้ายคนปกติธรรมดาทั่วไปมาก แถมมีการดูแลรักษาตนเองได้ดีกว่าเดิมมาก ซึ่งแตกต่างจากช่วงก่อนที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านแล้วยังไม่มีคดีความที่ญาติก็สามารถสังเกตได้ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว และมีความผิดปกติของพฤติกรรมที่ชัดเจน แต่ญาติก็ไม่ได้มีวิธีการในการดูแลผู้ป่วยแถมยังปล่อยผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมผิดปกติจนมีคดีความเกิดขึ้น แต่ปัจจุบันเมื่อญาติสังเกตเห็นพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชแล้ว ญาติก็ไม่ได้ปล่อยให้ผู้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตแบบเดิมซึ่งญาติยังมีการดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยร่วมด้วย

“ตอนนั้นญาติก็สังเกตเห็นผู้ป่วยแปลกๆ แต่ก็ไม่ได้ทำอะไรมาก ก็ปล่อยไปเรื่อยๆ จนเป็นคดีความ แต่ปัจจุบันญาติจะคอยสังเกตพฤติกรรมแปลกๆ ของผู้ป่วย หรืออาการตาขวางๆ แต่เท่าที่เห็นเค้าก็ปกติดี ดูเหมือนคนธรรมดาทั่วไป”

(ญาติ ครอบครัวที่ 2)

2. ญาติมีการดูแลเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวช

นอกจากญาติจะคอยสังเกตพฤติกรรมอาการทางจิตเวชที่เปลี่ยนแปลงไปแล้วนั้น ญาติก็ยังใส่ใจ และมีความความสนใจด้านการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยการดักเตือนผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยจะคอยบอกให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยา อีกทั้งยังมีการเน้นย้ำให้ผู้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยาและโทษของการไม่รับประทานยาว่าจะเป็นอย่างไร และยังมีการดักเตือนให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในประเด็นนี้ทั้งญาติและผู้ป่วยก็ให้ข้อมูลที่สอดคล้องและตรงกัน

“ญาติคิดว่าถ้าผู้ป่วยไม่กินยาก็คงเป็นเหมือนเก่า ซึ่งปัจจุบันเค้าก็กินยาดูแลตนเองดี เรายกแค่บอกๆ เตือนๆ ให้กินยา”

(ญาติ ครอบครัวที่ 2)

“ญาติคุมให้กินยา และจะบอกว่ามึงต้องกินยานะ ถ้าไม่กินยามึงจะคืนกลับสภาพเดิม ซึ่งเค้าจะบอกเป็นช่วงๆ บอกซ้ำๆ แต่ไม่ได้บอกทุกวัน”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 2)

3. การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

อีกหนึ่งการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ เมื่อเวลาที่ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการ หรือ พฤติกรรมความผิดปกติทางจิตเกิดขึ้นแล้วญาติของผู้ป่วยไม่สามารถที่จะแก้ปัญหา หรือไม่ สามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยจิตเวชในเวลานั้นๆ ได้ ญาติก็จะโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเร่งด่วน ทันทีทันใดเพื่อที่จะได้พูดคุยขอวิธีการในการดูแล การรักษาผู้ป่วยจิตเวช ณ เวลานั้นเพื่อไม่ให้เกิดความรุนแรงซ้ำอีก ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยพบว่า ญาติของผู้ป่วยจะมีเบอร์โทรศัพท์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยจะให้เบอร์โทรศัพท์ทั้งที่เป็นเบอร์โทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ได้โดยตรง และให้เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงานเพื่อที่ว่าญาติหรือผู้ป่วยสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขอความช่วยเหลือในทันที

“อีกทั้ง รพ. กทม. บอกว่า ถ้ามีอาการเป็นอีก มีอาการอีกก็ส่งมา รพ. ทันทีได้เลย แถมยังให้เบอร์ส่วนตัวในการติดต่อเจ้าหน้าที่ที่สามารถติดต่อได้ทันทีเวลาที่มีปัญหา หรือตอนผู้ป่วยก้าวร้าว เอาไม่อยู่”

(ญาติ ครอบครัวที่ 2)

ช่วงสับสน ซึ่งในช่วงนี้เป็นช่วงที่ญาติได้มีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาจนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นเป็นปกติอย่างคงที่ ซึ่งญาติจะเริ่มมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการดูแล รับผิดชอบในการดูแลตนเองมากขึ้น ในที่นี้ญาติได้มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองในหลายส่วนคือ

1. ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผิดปกติของตนเอง

ในการสัมภาษณ์ญาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากส่วนกลาง และผู้ป่วยก็ได้ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกันในประเด็นที่เมื่อญาติเห็นว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ญาติจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองโดยการสังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติของตนเอง ซึ่งเมื่อก่อนที่ผู้ป่วยยังไม่มีสติความญาติและผู้ป่วยไม่ได้ให้ความสำคัญในประเด็นนี้ ทั้งๆที่ญาติและผู้ป่วยก็สังเกตเห็นมาโดยว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ แต่ไม่ได้ให้ความสำคัญในการที่ทำการแก้ไข แต่หลังจากสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรมแล้วนั้น ญาติให้ความสำคัญมากขึ้นโดยญาติที่จะสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยได้แล้วนั้น ญาติยังกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผิดปกติ หรือพฤติกรรมที่เป็นปกติของตนเองได้ คือ เมื่อผู้ป่วยสังเกตได้ว่าถ้าตนเองเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของอาการในทางที่ไม่ค่อยดี เช่น การสังเกตตนเองได้ในทันทีว่าถ้าไม่ได้รับประทานยาจะมีอารมณ์หงุดหงิด ผู้ป่วยก็จะรีบแจ้งญาติหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที

“ผู้ป่วยรับรู้อาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ผู้ป่วยใส่ใจในอาการของตนเอง รับรู้การเปลี่ยนแปลงของตนเอง เช่น เมื่อรู้ว่าตัวเองเริ่มมีอาการไม่ดีก็จะโทรมาบอกญาติ บอกเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขส่วนกลาง พัฒนาอาการไม่ดี มีอารมณ์หงุดหงิด เริ่มนอนไม่หลับ มีการหุ่แว่วขอไปนอน รพ.ได้ใหม่”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง กรณีศึกษาที่ 2)

“ปัจจุบันไม่ทิงยา กลับมาดูแลตนเอง ถ้าไม่ได้กินยาจะมีอาการหงุดหงิด ชีวิตเปลี่ยนไป กินยาแล้วรู้สึกว่ามีอาการดีขึ้น สังกะแล้วไม่มีอาการแพ้ยา ยังมีอาการหุ่แว่วบ้างแต่น้อยลง ไม่มีภาพหลอนแล้ว เมื่อก่อนภาพหลอนบ่อยมาก ปัจจุบันอาการดีขึ้น ญาติจะคอยเตือนว่าถ้าอาการไม่ดีให้บอกญาติทันที”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 2)

2. ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวชด้วยตนเอง

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 คนทั้งญาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และผู้ป่วยมีการรับรู้พฤติกรรมด้านการรับประทานยาของผู้ป่วยที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน คือ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี มีความรับผิดชอบในหน้าที่ของการรับประทานยาตนเองได้ดี จัดยาตนเองตามเวลาที่แพทย์สั่ง ซึ่งผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าสาเหตุที่รับประทานยาสมาเสมอเนื่องเพราะกลัวว่าถ้าขาดยา ไม่รับประทานยาล้วว่าจะกลับไปมีอาการมีพฤติกรรมที่ผิดปกติแบบเดิมอีก โดยญาติเมื่อเห็นว่าผู้ป่วยสามารถจัดยารับประทานยาเองได้ และผู้ป่วยก็มีอาการเป็นปกติมากขึ้น ญาติจึงสนับสนุนและไว้ใจให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตนเองในการดูแลเรื่องยามาจนปัจจุบัน

“เห็นเค้าจะดูแลตนเองได้ดี เห็นไปนอนมัยไปกินยาเอง ไปฉีดยาทุกเดือน เห็นเค้ารับผิดชอบตนเอง เรายังไม่เข้าไปยุ่งให้เค้าจัดการตนเอง”

(ญาติ ครอบครัวที่ 2)

“เพราะเค้ารู้ว่าต้องกินยาอะไร”

(อสม. ครอบครัวที่ 2)

“ผู้ป่วยเค้าจะดูแลตนเอง กินยาเอง จัดยาตนเองได้ถูกต้อง”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 2)

“ตนเองก็บอกตนเองว่าต้องกินยา ต้องกินยาถ้าไม่กินยาจะไม่หาย และผมจัดยาตนเองไม่กลัวขาดยา ไม่กลัวเสีย เพราะกลัวกลับไปแบบเดิมอีก”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 2)

3. ญาติไว้วางใจให้ผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ด้วยตนเอง

จากการสัมภาษณ์ทั้งญาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และผู้ป่วยซึ่งทั้ง 4 คนก็ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นไปในทางเดียวกันว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในด้านการเจ็บป่วยทางจิตเวชได้เป็นอย่างดี ซึ่งหนึ่งในหน้าที่ที่ต้องดูแลตนเอง คือ การไปพบจิตแพทย์ตามที่แพทย์นัดหมายในทุกๆ ครั้งโดยผู้ป่วยสามารถไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้สักระยะหนึ่ง เมื่อผู้ป่วยเริ่มคุ้นเคยญาติก็ไว้วางใจให้ผู้ป่วยสามารถใช้บริการรถสาธารณะเข้าไปพบจิตแพทย์จากส่วนกลาง (กรุงเทพฯ) ได้ และผู้ป่วยสามารถขีรถจักรยานยนต์ได้จึงสามารถไปพบแพทย์ในเขตพื้นที่ที่ผู้ป่วยอยู่อาศัย หรือไปอนามัยได้ด้วยตนเอง โดยที่ญาติไม่ต้องเป็นผู้พาผู้ป่วยไป

“ส่วนใหญ่เค้าจะดูแลตนเอง ไปเอายาที่อนามัยมากินเอง เค้าขี่มอเตอร์ไซด์คล่องก็ปล่อยเค้าไปหาหมอเอง”

(ญาติ ครอบครัวที่ 2)

“โดยปกติผู้ป่วยจะแวะไปหาหมอเองที่ รพ. อนามัย ผู้ป่วยไปเอง เมื่อผู้ป่วยคุ้นเส้นทางญาติก็ปล่อยให้ผู้ป่วยสามารถไปไหนมาไหนเองได้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเป็นคนดูแลตนเอง เพราะญาติๆ ก็ต้องทำงาน แต่มีช่วงแรกๆ ที่พี่ชายดูแลพาไปที่สถานที่ต่างๆ เพราะผู้ป่วยไม่ได้อยู่ที่บ้านเป็นระยะเวลานาน แต่ในช่วงหลังๆ ผู้ป่วยก็เริ่มไปไหนมาไหนได้เอง ดูแลตนเอง”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 2)

“แต่เค้าจะรู้เอง เค้าจะไปหาหมอเอง ไปอนามัยบ่อยๆ ช่วงหลังๆ พี่เค้าจะปล่อยผู้ป่วยให้ไปไหนมาไหนเอง”

(อสม. ครอบครัวที่ 2)

“ไปหาหมอที่โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ก่อน แต่ตอนนี้ย้ายมารักษาที่โรงพยาบาล จ. นครนายก ก็ยังไปหาหมอเอง พอถึงเวลานัดก็ไปตามนัดเอง ขี่มอเตอร์ไซด์ไปหาหมอเอง โดยไปให้หมอฉีดยาที่ รพ. นครนายก ไม่ต้องเสียตังค์ค่ายา เพราะว่าใช้เบิกจ่ายตรง”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 2)

4. สนับสนุนให้ผู้ป่วยหาวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง

นอกจากประเด็นการรับประทานยาทางจิตเวช การไปพบจิตแพทย์แล้วนั้น ญาติยังสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลจิตใจตนเองในโดยการหาวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับ

ผู้ป่วยโดยที่ญาติก็ไม่มีพฤติกรรมที่จะไม่ขัดขวาง โดยญาติสังเกตเห็นว่าเมื่อผู้ป่วยมีความเครียด มีความไม่สบายใจ มีความเครียดเกิดขึ้นผู้ป่วยจะไปนั่งพูดคุยระบายความเครียดให้คนในชุมชนฟัง หรือไปช่วยงานที่วัด ไปช่วยงานบุญที่วัดเวลาที่วัดมีงาน ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าก็ทำให้หายเครียดได้มาก

“เห็นเค้าไปวัดบ่อยๆ ไปทำบุญ ตักบาตร ไปช่วยงานบุญที่วัดก็ให้เขาไปไม่ห้าม”

(ญาติ ครอบครัวที่ 2)

“เวลาเครียด หรือไม่สบายใจตนเองจะเข้าไปคุยกับคนอื่น ไปช่วยงานที่วัด โดยการไปนั่งคุยกับเค้า มีอะไรในใจก็คุยกับเพื่อน กับคนในชุมชน ระบายให้เค้าฟัง ให้เค้าได้รู้ว่าเราคิดอะไร ได้คุยก็ทำให้ได้ยิ้มด้วย ญาติไม่ได้ห้ามอะไรก็ปล่อยให้ไปได้”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 2)

นอกจากกระบวนการดูแลของญาติในขณะผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัว มีกระบวนการในการดูแลที่เกิดขึ้น 3 ช่วงทั้งช่วงเตรียมตัว ช่วงเริ่มต้น และช่วงสนับสนุน นอกจากนั้นญาติยังมีการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติมอีก คือ การดูแลด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน

การดูแลด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน

เมื่อผู้ป่วยสิ้นสุดคดีตามกระบวนการยุติธรรมและได้กลับสู่ครอบครัวอีกครั้งนั้น ญาติของครอบครัวที่ 2 ได้ให้การดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยไม่ได้กลับมาอยู่บ้านเป็นเวลานาน เวลาจะไปไหนมาไหนยังไม่ค่อยสะดวก ซึ่งในช่วงแรกๆ ที่ผู้ป่วยต้องมีการติดต่อกับราชการเกี่ยวกับการทำธุรกรรมต่างๆ ญาติจะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยการพาผู้ป่วยไปทำธุรกรรมต่างๆ นอกจากนั้นญาติก็ดูแลด้านอาหารการกินโดยที่ญาติจะเตรียมเอาไว้ให้ผู้ป่วยก่อนที่ญาติจะออกไปทำงานในแต่ละวัน อีกทั้งญาติยังให้การดูแลเรื่องเงินที่ต้องใช้จ่ายในชีวิตประจำวันในช่วงที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับเงินบำนาญ ซึ่งในส่วนที่ญาติให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้านการดำเนินชีวิตประจำวันนี้เกิดขึ้นตั้งแต่ช่วงเตรียมตัวที่ผู้ป่วยได้ทดลองเยี่ยมบ้าน จนกระทั่งกลับมาอยู่กับครอบครัวอีกครั้งและผู้ป่วยมีอาการทางจิตเวชที่ดีขึ้นจนสามารถที่จะดูแลตนเองได้ ญาติก็จะค่อยๆ สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการรับผิดชอบในการดูแลตนเองทั้งด้านความเจ็บป่วยทางจิตเวชและในช่วงหลังๆ ผู้ป่วยมีเงินเดือนที่สามารถดูแลรับผิดชอบตนเองได้ในด้านการเงิน การดำเนินชีวิตประจำวันได้

“ตอนแรกๆ ญาติก็ช่วยดูแลบ้าง เรื่องการไปทำบัตรต่างๆ การไปทำธุรกรรมซึ่งแค่ช่วงแรกๆ และหลังๆ ส่วนใหญ่เค้าจะดูแลตนเอง ซึ่งก็เหมือนเดิมทั้งก่อนและหลังที่ผู้ป่วยจะมีคดีตนเองและพี่สะใภ้ก็ไม่ได้ดูแลอะไรมาก เพียงแค่อุ้มเท่าที่เห็นเค้าก็ปกติดี ดูเหมือนคนธรรมดา”

(ญาติ ครอบครัวที่ 2)

“ญาติจะดูแลเรื่องกับข้าว แต่แยกกันกินเพราะเค้าไปทำงาน เค้าทำเผื่อ และช่วงแรกๆ เค้าก็จะดูแลช่วยเหลือเรื่องเงิน เรื่องทอง เรื่องค่าใช้จ่าย ซึ่งตอนนั้นยังไม่ได้เงินเรื่องบำนาญ แต่ปัจจุบันเราได้บำนาญแล้ว”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 2)

ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว

จากการดูแลของญาติในช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจิตเวชจะมีคดีความนั้น ญาติมีการรับรู้และรับทราบว่าผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยทางจิตเวชแต่ก็ไม่ได้ทำอะไร ปล่อยไปเรื่อยๆ ไม่ได้มีการพูดคุยกันในครอบครัวหรือจะมีวิธีการในการที่เกี่ยวกับการพาผู้ป่วยเข้าสู่ระบบของการรักษาแต่อย่างใด ซึ่งญาติก็ยังคงมีการดำรงชีวิตเป็นแบบปกติทั่วไป ไปทำงานตามปกติจนสุดท้ายผู้ป่วยก็มีคดีความเกิดขึ้น ส่วนตัวผู้ป่วยก็ทราบและรับรู้ว่าตนเองมีความผิดปกติทางจิต แต่ก็ไม่ได้มีการดูแลตนเอง ไม่เห็นความสำคัญของการไปรักษา ไม่ยอมไปรับการรักษา ไม่ยอมรับประทานยา อีกทั้งยังใช้ชีวิตเที่ยวเตร่ กินเหล้าสูบบุหรี่เหมือนตนเองเป็นคนปกติทั่วไปจนมีคดีความเกิดขึ้นในที่สุด แต่เมื่อหลังจากที่ผู้ป่วยจิตเวชสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรมแล้วนั้น ญาติเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้นโดยมีกระบวนการดูแลผู้ป่วย 3 ด้าน คือ การดูแลด้านอาการของโรคทางจิตเวช การสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง และการดูแลด้านการดำเนินชีวิตทั่วไป โดยญาติเริ่มเข้ามามีส่วนในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ทั้งญาติก็จะคอยสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยว่ามีความเป็นปกติมากขึ้นหรือมีพฤติกรรมอาการที่เปลี่ยนไปในทางที่แย่ลง ตักเตือนเรื่องของการรับประทานยาของผู้ป่วย และการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแบบทันทีทันใดเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน หรือการที่ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง และญาติคอยช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการดำเนินชีวิตประจำวันไปด้วย

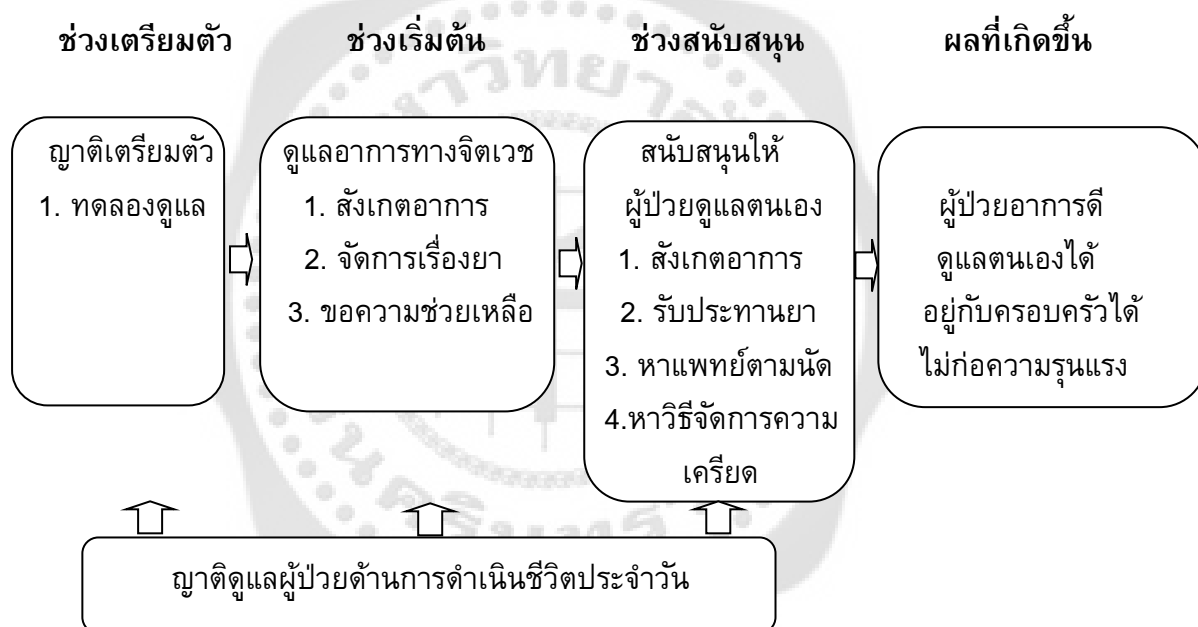
ผลจากการเปลี่ยนแปลงในการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการที่กล่าวไปข้างต้นนั้นพบว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่ลดลงคล้ายคนปกติ ไม่มีอาการก้าวร้าวรุนแรงกำเริบขึ้นมาซ้ำอีก สามารถไปช่วยงานในชุมชน ช่วยงานที่วัดได้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว และชุมชนได้เหมือนคนธรรมดาทั่วไปที่และผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงตนเองสามารถดูแลตนเองจากความเจ็บป่วยทางจิตเวชได้

“ตอนนั้นทั้งพี่ชายและพี่สะใภ้ก็รับรู้ว่าคุณป่วยมีความเจ็บป่วยทางจิตเวช แต่ก็ไม่ได้ทำอะไรมาก ก็ปล่อยไปเรื่อยๆจนมีคดีความ”

(ญาติ ครอบครัวที่ 2)

“ซึ่งปัจจุบันสังเกตดูผู้ป่วย เท่าที่เห็นเค้าก็ปกติดี ดูเหมือนคนธรรมดา ปัจจุบันเค้าก็กินยา ดูแลตนเองดี แตกต่างจากเดิมมาก เมื่อก่อนเอาแต่เที่ยว ไม่ดูแลตนเอง ใช้ชีวิตเพี้ยวฟ้าว เป็นเด็กไร้สาระ กินเหล้าดูบู้หรี เทียวแบบไม่คิด ตอนนั้นยังไม่กินยา ไม่ดูแลตนเอง แต่ตอนนี้ดูแลตนเอง กินยา อาการที่เคยเป็นก็ไม่เป็นเหมือนเดิม ตอนนี้ก็อยู่บ้านได้ เข้ากับคนในชุมชนได้”

(ญาติ ครอบครัวที่ 2)



ภาพประกอบ 3 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีของญาติครอบครัวที่ 2 และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว

กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี รายครอบครัวที่ 3

จากกรณีศึกษาครอบครัวที่ 3 ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 3 คน คือจากญาติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งจากส่วนกลาง และผู้ป่วยในประเด็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีเมื่อกลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง จากการสัมภาษณ์ทำให้ผู้วิจัยสามารถแบ่งกระบวนการดูแลผู้ป่วยของญาติเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงเริ่มต้น และช่วงสนับสนุน ซึ่งในแต่ละช่วงจะมีกระบวนการในการดูแลดังนี้

ช่วงเริ่มต้น โดยญาติของผู้ป่วยครอบครัวที่ 3 นั้นมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้านอาการทางจิตเวช ตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นโดยเริ่มจากการที่ผู้ป่วยได้รับคำตัดสินจากศาลสามารถให้กลับบ้านได้ ดังนั้นญาติที่เป็นผู้พาผู้ป่วยไปขึ้นศาลจึงพาผู้ป่วยกลับบ้านทันที ทำให้ญาติคนอื่นๆ ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวไม่ได้มีการเตรียมตัวในด้านการดูแลผู้ป่วย โดยญาติมีเพียงความกังวลเกี่ยวกับคำตัดสินของศาลที่จะตัดสินให้ผู้ป่วยจำคุก ญาติจะต้องวางแผน และเตรียมตัวกันอย่างไร แต่เมื่อศาลตัดสินให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ญาติจึงไม่ได้มีการเตรียมตัว

“มีแต่ความกลัวว่าศาลจะตัดสินอย่างไร เพราะทั้งป้าและพ่อก็อายุมากแล้ว มีหลานชายคนเดียว กลัวเค้าไม่มีอนาคต ไม่มีความคิดที่จะทิ้ง เค้ายังเด็กอยู่ ก่อนที่ศาลจะตัดสินว่าให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ทางบ้านมีไม่ได้มีการเตรียมตัวอะไรเลย เราไม่แน่ใจว่าศาลจะตัดสินอย่างไร เมื่อปรึกษานายกบอกว่าน่าจะติดคุกประมาณ 2 ปี เป็นไปไม่ได้ที่จะไม่ติด แต่สุดท้ายพ่อก็พามาเจอรถที่หน้าบ้าน ป้าใหญ่เห็นก็สั่นเลย ซ็อก ไม่ได้เตรียมตัว ป้าใหญ่บอกว่าทำไงดี”

(ญาติ ครอบครัวที่ 3)

ทำให้ในช่วงเริ่มต้นนี้ญาติจึงการมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยไปพร้อมๆ กับการที่ญาติหาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยเป็น ต่อจากนั้นญาติก็เริ่มให้ความสำคัญกับการพาผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ตามนัดหมายทุกครั้ง สิ่งก็ตามมาก็คือญาติให้ความสำคัญกับการดูแลเรื่องรับประทานยาทางจิตเวชของผู้ป่วย ไม่เพียงเท่านั้นในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาญาติจะคอยสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของผู้ป่วยถ้ากรณีที่ญาติไม่สามารถควบคุมอาการหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ ญาติก็จะขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทันที โดยมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. ญาติมีการเตรียมตนเองให้มีความรู้ ความเข้าใจโรคทางจิตเวช

จากการสัมภาษณ์ทำให้ได้ข้อมูลว่า ญาติของผู้ป่วยครอบครัวที่ 3 นี้จากเดิมก็มีความรู้ มีความเข้าใจโรคที่ผู้ป่วยจิตเวชเป็นมาตั้งแต่เล็กๆ แต่เพียงเดิมอาจจะยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจเท่าที่ควรทำให้ไม่ได้พาผู้ป่วยไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนมีคดีความเกิดขึ้น แต่ในปัจจุบันหลังจากที่ผู้ป่วยสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรมแล้วนั้น ญาติก็มีความเข้าใจโรคที่ผู้ป่วยเป็นมากขึ้น และสามารถรู้และเข้าใจวิธีการในการดูแลผู้ป่วยที่มากขึ้นตามไปด้วย โดยญาติมีความรู้ มีความเข้าใจว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็นนั้นเป็นโรคอะไร และโรคทางจิตเวชที่เป็นนี้สามารถให้ญาติดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง เพื่อที่จะได้มีการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม อีกทั้งยังรับรู้เวลาที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเวชกำเริบนั้นญาติจะมีวิธีในการดูแลผู้ป่วย และตนเองอย่างไร โดยญาติจะมีการหาความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่จากการสอบถามจากแพทย์ผู้รักษา และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญคนอื่นๆ ว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็นคือโรคที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างไร ซึ่งญาติจะเห็นว่าเราต้องเข้าใจผู้ป่วยด้วย เพื่อที่ว่าญาติจะได้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างดี ดังที่จะกล่าวต่อไป

“ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยมาตั้งแต่เล็กๆตอนเด็กๆ ผู้ป่วยก็เป็น Autistic ซึ่งไปหาหมอตั้งแต่ 2 ขวบ 3 ขวบ และรักษามาตลอด เป็นอะไรก็พยายามพาไปรักษา พาไปรับไปส่งเพื่อไปฝึกพูด ตั้งแต่เด็กๆ และนี่ก็อย่างไรไม่รู้ คงนึกว่าหายแล้วก็ได้พาไปรักษาต่อเนื่องจนมีคดีความ และเมื่อผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้านอีกครั้ง บ้าใหญ่มีคนรู้จักที่มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวช และมีเพื่อนเป็นหมอหลายคนบ้าใหญ่ก็เลยถามจากเพื่อนเรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็น”

(ญาติ ครอบครัวที่ 3)

“ตอนแรกสงสารหลานตอนเล็กๆ แต่พอโตมาก็คิดว่าจะเลี้ยงดูอย่างไร ซึ่งบ้าใหญ่ก็ถามหมอ ทำให้เข้าใจเค้าว่าต้องดูแลเด็กคนนี้อย่างไร โรคนี้จะดูแลอย่างไร และพยายามพาไปหาหมอรักษาเค้าจนดีขึ้น แม้มีบ้างที่มีปัญหา ก็พยายามทำความเข้าใจอารมณ์วัยรุ่นด้วย เข้าใจโรคด้วย”

(ญาติ ครอบครัวที่ 3)

“ซึ่งเดิมญาติก็รับรู้ว่าคุณป่วยรักษามาก่อนที่โรงพยาบาลโดยพากันไปฝึกพัฒนาการ แต่ขาดการรักษาไป”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 3)

“ญาติทุกคนรับรู้ว่าคุณเองไม่สบายตั้งแต่เล็กๆ เพราะช่วงแรกๆ บ้ากับแม่ก็จะเป็นคนพาตนเองไปหมอ แต่พอโตขึ้นก็เริ่มขาดการรักษา จนกระทั่งมีคดี”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 3)

2. การพาผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ตามที่นัดหมาย

จากที่ผู้วิจัยได้กล่าวเอาไว้ข้างต้นแล้วว่า ญาติของครอบครัวที่ 3 นั้นญาติมีการรับรู้มาตลอดว่าผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยทางจิตเวชมาตั้งแต่อายุน้อย โดยญาติจะมีการพาไปพบจิตแพทย์เพื่อไปฝึกการพูด ซึ่งญาติมีการพาผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์อย่างต่อเนื่อง แต่มีช่วงหลังที่หยุดการพาผู้ป่วยไปบำบัดรักษาด้วยสาเหตุหนึ่งก็คือ ญาติมีความเข้าใจว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว หายแล้ว จึงไม่ได้รักษากับจิตแพทย์ตั้งแต่นั้นมาจนผู้ป่วยมีคดีความ แต่ในปัจจุบันญาติเริ่มกลับมาให้ความสำคัญในการดูแลด้านการเจ็บป่วยทางจิตเวชญาติโดยการพาผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์เพื่อไปตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องไม่ให้ขาดการรักษา ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้ผู้วิจัยยังพบอีกว่าทั้งญาติเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ป่วยก็สามารถที่จะให้ข้อมูลได้คล้ายคลึงกันเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

“ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยมาตั้งแต่เล็กๆ ตอนเด็กๆ ผู้ป่วยก็เป็น Autistic ซึ่งไปหาหมอตั้งแต่ 2 ขวบ กว่าจะพูดได้ตอน 3 ขวบ และรักษาตลอด เป็นอะไรก็พยายามพาไปรักษา พาไปรับไปส่งเพื่อไปฝึกพูดตั้งแต่เด็กๆ นี่กว่าหายแล้วก็ไม่ได้พาไปรักษาต่อเนื่อง และเรื่องของการมาหาหมอบ้างก็เป็นคนพา และเค้าก็ยอมมาหาหมอเอง”

(ญาติ ครอบครัวที่ 3)

ซึ่งเดิมญาติก็รับรู้ว่าคุณป่วยรักษามาก่อนที่โรงพยาบาลโดยพากันไปฝึกพัฒนาการ แต่ขาดการรักษาไป แต่ปัจจุบันทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาหาหมอที่โรงพยาบาลจิตเวชจะเห็นญาติๆ มากับผู้ป่วยตลอด”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 3)

“ญาติทุกคนรับรู้ว่าคุณไม่สบายตั้งแต่เล็กๆ เพราะช่วงแรกๆ บ้างกับแม่ก็จะเป็นคนพาตนเองไปหมอ แต่พอโตขึ้นก็เริ่มขาดการรักษา จนกระทั่งมีคดี แต่ปัจจุบันก็ไปหาหมอตลอด”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 3)

3. ญาติมีการดูแลเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวช

จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยพบว่า ด้วยความที่ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยทางจิตเวชมาตั้งแต่เด็กๆ ทำให้ญาติจึงมีหน้าที่ในการดูแลเรื่องการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วยหลายด้านทั้งการให้ความสำคัญกับการพาไปพบจิตแพทย์แล้วนั้น ญาติยังให้ความสำคัญกับการที่ผู้ป่วยจิตเวชต้องได้รับประทานยา ซึ่งการดูแลเรื่องของการรับประทานยาของผู้ป่วยญาติจะเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานทั้งหมดโดยการที่ญาติเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามเวลา ญาติจะนำยาในแต่ละมื้อไปวางเอาไว้ให้ผู้ป่วย นอกจากนั้นญาติจะคอยบอก คอยกระตุ้นเตือน และคอยพูดคุยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยาให้ครบทุกมื้อตามที่แพทย์แนะนำ หรือคอยบอกให้ผู้ป่วยรับรู้โทษของการไม่รับประทานยา

“ตอนนั้นน้องยังเด็กมาก เราก็ต้องดูแลทุกอย่างทั้งการไปหาหมอ การกินยา และทุกเรื่อง แม้เรื่องการกินยา บ้างก็เป็นคนจัดยาให้ทั้งมือเช้า และมือก่อนนอน โดยป้าจะวางยาไว้บนโต๊ะหนังสือ เพราะผู้ป่วยเป็นคนขี้ลืม และญาติก็จะอธิบายว่ายาเม็ดไหนเป็นอย่างไร ยาเม็ดสำคัญเป็นยาควบคุมอารมณ์ หรือพูดคุยกับเค้าว่าเวลาไม่กินยาเป็นอย่างไร จะคอยเตือนสติ”

(ญาติ ครอบครัวที่ 3)

4. ญาติมีการสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย

อีกบทบาทหน้าที่ของญาติในการดูแลผู้ป่วยอีกข้อหนึ่งที่แตกต่างจากช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะมีคดีความก็คือ การที่ญาติจะต้องคอยสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยว่าเป็นไปในทิศทางใด และที่สำคัญของกรณีศึกษารายนี้ก็คือ ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยตั้งแต่เด็กๆ ซึ่งญาติก็就会有ความสนใจและความใส่ใจมากเป็นพิเศษกว่าผู้ป่วยจิตเวชครอบครัวที่ 1 และ 2 ที่เป็นผู้ใหญ่แล้ว ซึ่งญาติของครอบครัวที่ 3 นี้ให้ความสำคัญในการสังเกตพฤติกรรม อาการของผู้ป่วยว่ามีอาการที่ดีขึ้น หรือมีการควบคุมอารมณ์ได้ไม่ดี มีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ญาติก็จะได้ปฏิบัติตัวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ทั้งการเรียกชื่อ ทั้งการเตือนสติ การพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยถ้อยคำที่ดี สุภาพ การหยุดการพูดคุย

“นึกว่าหายแล้ว เห็นอาการดีขึ้นก็ไม่ได้พาไปรักษาต่อเนื่อง แต่ปัจจุบันที่สิ้นสุดคดีแล้ว กลับมาอยู่บ้านก็จะคอยสังเกตผู้ป่วยเวลาหงุดหงิด หรือเวลาไม่พอใจ เราจะได้ทำตัวถูก คอยสังเกตอารมณ์เค้า ซึ่งถ้าสังเกตว่ามีอารมณ์ขึ้นๆลงๆ เราก็จะคอยเตือนสติโดยการบอกว่ากรณีศึกษามีเนอะอย่างเนะ อย่างเนะ บ้าเนะ หรือ อย่างเนะครับ นับเลข โมโหได้ไง อย่างเนะ พูดดีดีด้วย หรือบางทีก็เียบโดยดูอารมณ์ของเค้า เพราะนิสัยผู้ป่วยจะกลัวคนเียบด้วยเช่นกัน บางครั้งก็จะมองหน้าเค้าและเียบ”

(ญาติ ครอบครัวที่ 3)

5. การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

อีกหนึ่งในบทบาทหน้าที่ของญาติในกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการกำเริบเมื่ออาศัยอยู่กับครอบครัว ก็คือ การที่ญาติจะขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทันที เมื่อญาติไม่สามารถควบคุม ดูแลพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ในขณะนั้นๆ ที่ญาติไม่สามารถจัดการเกี่ยวกับอาการ หรือสถานการณ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วยแบบเร่งด่วนฉุกเฉิน เช่น เมื่อผู้ป่วยมีความผิดปกติของอาการทางจิตเวช โดยมีเหตุการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในโรงเรียน ญาติก็จะติดต่อกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีโดยญาติจะมีทั้งเบอร์โทรศัพท์ส่วนตัวและเบอร์โทรศัพท์ที่สำนักงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อโทรหาสอบถามแนวทางในการจัดการกับผู้ป่วย ซึ่งทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็จะให้คำปรึกษา ให้การช่วยเหลือญาติในการดูแลผู้ป่วยในทันที

“พฤติกรรมของผู้ป่วยหรือเหตุการณ์ที่ญาติจัดการไม่ได้ เช่น ไปเรียนปัญหาพฤติกรรมที่โรงเรียน ญาติก็จะโทรมาหาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีเพื่อจัดการปัญหาของผู้ป่วย จะรีบพามาหาหมอ”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 3)

ช่วงสนับสนุน เป็นช่วงที่ญาติได้มีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาจนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น เป็นปกติอย่างคงที่ เมื่อนั้นญาติจะเริ่มมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการดูแล รับผิดชอบในการดูแลตนเองมากขึ้น ในที่นี้ญาติได้มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองในหลายส่วนคือ

1. ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผิดปกติของตนเอง

ญาติของผู้ป่วยมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองโดยการสังเกตตนเองว่ามีการเปลี่ยนแปลงของอาการ พฤติกรรมที่ผิดปกติของตนเองนั้นว่ามีการเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างไร ซึ่งผู้ป่วยก็สามารถทำได้โดยที่สามารถสังเกตได้ว่าการที่ผู้ป่วยรับประทานยาแล้วนั้นทำให้มีความจำที่ดีขึ้น ไม่หลงไม่ลืม อีกทั้งยังมีช่วงเวลาที่ไมรับประทานยาแล้วผู้ป่วยจะมีความคิดแปลกๆ ไม่เหมือนใคร ดังนั้นแล้วถ้าผู้ป่วยจะรับรู้และสังเกตตนเองได้ว่าถ้าไม่รับประทานยาจะมีอาการ มีความคิดแปลกประหลาดมากขึ้นไปอีก ซึ่งผู้ป่วยสามารถบอกอาการที่ผิดปกติของตนเองได้

“คนไม่สบายก็คือคนไม่สบาย เราเองขาดยา ไม่กินยาจะมีความคิดแปลกแล้ว แล้วถ้าเราไม่กินยาจะทำให้ตนเองมีอาการขนาดไหน และการกินยากี้ทำให้ตนเองไม่ลืม แถมจำง่ายอีกต่างหาก”
(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 3)

2. ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวชด้วยตนเอง

ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าตนเองมีความเจ็บป่วยทางจิตเวช จะทำหน้าที่ในการดูแลตนเอง ดูแลสภาพจิตใจตนเองไม่ว่าทางใดก็ทางหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยครอบครัวที่ 3 นี้ก็เป็นผู้ที่รับรู้ว่าตนเองมีความเจ็บป่วยทางจิตเวช ตนเองต้องได้รับการดูแลรักษาและผู้ป่วยก็สามารถดูแลรับผิดชอบตนเองโดยการรับประทานยาเอง เพียงแต่ว่าจะมีญาติเป็นผู้ทำหน้าที่ในการจัดยา เตรียมยาให้ผู้ป่วยรับประทานก็ตาม แต่ก็ยังถือได้ว่าผู้ป่วยก็ยังรับผิดชอบในการดูแลตนเอง รับประทานยาตามที่แพทย์แนะนำได้ ซึ่งในประเด็นนี้ญาติก็ยังสนับสนุนให้เป็นการปฏิบัติแบบนี้ที่ผู้ป่วยหยิบยารับประทานตามที่ญาติได้จัดเตรียมเอาไว้ให้เป็นประจำทุกวัน

“ป้าจะเตรียมยาเอาไว้ให้ ผู้ป่วยเค้าก็จะมาหยิบไปกินเอง”

(ญาติ ครอบครัว 3)

“ผมก็ดูแลตนเอง กินยาเอง แต่ป้าจะจัดยาไว้ให้เลย เช้าก่อนนอน ผมก็ไปหยิบกินยาเอง”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 3)

3. สนับสนุนให้ผู้ป่วยหาวิธีจัดการความเครียดด้วยตนเอง

ผู้ป่วยครอบครัวที่ 3 นี้ก็มีอีกหนึ่งวิธีในการดูแลตนเองจากความเจ็บป่วยทางจิตเวชก็คือการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีความเครียด มีความไม่สบายใจเกิดขึ้นกับตนเองจะต้องมีการดูแลตนเองอย่างไร มีวิธีการอย่างไรในการที่จะทำให้ตนเองมีความสบายใจมากขึ้นเพื่อจะได้ไม่ส่งผลกระทบต่อ

โรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ซึ่งหนึ่งในนั้นก็คือเมื่อผู้ป่วยมีความเครียด ผู้ป่วยก็หาวิธีการในการจัดการความเครียดของตนเองโดยการไปทำงานเป็นจิตอาสาอยู่กับที่คอยช่วยเหลือผู้อื่นที่เดือดร้อน ซึ่งผู้ป่วยให้สัมภาษณ์ว่าการไปช่วยเหลือผู้อื่นแล้วเห็นผู้อื่นมีความสุข มีความสุข ผู้ป่วยก็มีความสุขไปด้วย ซึ่งถ้าเห็นใครเดือดร้อนตนเองก็อยากจะช่วยเหลือในทันที ซึ่งในประเด็นนี้ญาติก็สนับสนุนให้ผู้ป่วยไปทำตามที่ได้คิดเอาไว้ แม้ตอนแรกจะไม่ยอมให้ผู้ป่วยไปทำงานอดิเรกเป็นกุ๊กๆ ก็ตาม แต่เมื่อเห็นผู้ป่วยไปทำแล้วสามารถดูแลตนเองได้ และสามารถแบ่งเวลารับผิดชอบตนเองทั้งการทำงาน เรื่องเรียนได้ก็ยินยอม และสนับสนุนให้ทำจนปัจจุบัน

“สาเหตุที่ป้ายอมให้ผู้ป่วยไปทำงานจิตอาสา (มูลนิธิกุ๊กชีฟ) เค้าไปทำงานตามเพื่อน ญาติไม่รู้ว่าอะไรยังไง แต่มีข้อตกลงว่าต้องแบ่งเวลาทั้งการเรียนและไปทำงานอาสา เมื่อเริ่มแบ่งเวลาไม่ได้จะไม่ให้เรียน จะพูดถึงข้อตกลงเรื่องข้อตกลง หรือพูดเรื่องที่จะไม่ให้เรียน AUA ผู้ป่วยจะไม่พอใจเพราะเค้าชอบเรียนภาษาอังกฤษมาก และเค้าทำได้ดี ย้ำเรื่องการเรียนเมืองนอก ย้ำเรื่องการต้องมาดูแลป้า ย้ำต้องทำให้สำเร็จเพราะว่าคนแถวหมู่บ้านเค้าดูถูก”

(ญาติ ครอบครัวที่ 3)

“ถ้าเรามีปัญหา ไม่สบายใจเราจะเป็นคนมาหาหมอเอง อีกเรื่องก็คือ เราไปทำกุ๊กชีฟ ตอนแรกก็ตามเพื่อนไปทำ คิดว่ามันเทห์ แต่ทำไปทุกวันๆ ผมคิดว่าการไปทำงานทำให้รู้จักกลุ่มคนกลุ่มใหม่ที่เปรียบเสมือนผมมีครอบครัวที่ 2 มันดีมาก มันมีครบทุกรสชาติ ทำแล้วได้ช่วยคนอื่น มีความสุข ผมก็มีความสุข สบายใจ”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 3)

นอกจากการดูแลของญาติในช่วงเริ่มต้น และช่วงสนับสนุนแล้วนั้น ญาติยังให้การดูแลผู้ป่วยในด้านอื่นๆ รวมอีกด้วย คือ การปกป้องผู้ป่วย การดูแลด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน และด้านการศึกษาโดยที่ทั้ง 3 ด้านนั้นญาติให้การดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ช่วงเริ่มต้น จนถึงช่วงสนับสนุน จากการสัมภาษณ์ทำให้พบวิธีการในการดูแลทั้งด้านการปกป้องและการดูแลด้านการดำเนินชีวิตประจำวันในทุกช่วงของการดูแลไม่แตกต่างกัน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ช่วงปกป้อง คือ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับสู่ครอบครัวแล้วจะมีผู้คนที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย หรือคนในชุมชนเดียวกันกับผู้ป่วยที่ไม่อยากให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่ในครอบครัวหรือชุมชนเดิมอีกครั้ง ซึ่งผู้ป่วยครอบครัวที่ 3 ก็มีลักษณะการถูกต่อต้านคล้ายกับผู้ป่วยจิตเวชครอบครัวที่ 1 คือ ในช่วงที่ผู้ป่วยได้กลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชนเดิมอีกครั้ง ผู้ป่วยครอบครัวที่ 3 มีผู้ที่ต่อต้าน ปฏิเสธ ไม่ยอมรับให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่ในครอบครัวและชุมชนเดิมซึ่งก็

คือ ญาติของผู้ป่วย และบุคคลในชุมชน ซึ่งญาติที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะทำการปกป้องผู้ป่วยจากคนทั้ง 2 กลุ่มนี้ด้วยวิธีการดังนี้

ญาติของผู้ป่วยที่ปฏิเสธผู้ป่วย

โดยผู้ที่ไม่ยอมรับที่จะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยนั้นหนึ่งในนั้นก็คือญาติของผู้ป่วยเอง ดังนั้นเมื่อมีบุคคลที่ไม่ยอมรับผู้ป่วยซึ่งเป็นคนในครอบครัวเดียวกัน ญาติผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยก็แสดงพฤติกรรมที่เป็นการปกป้องผู้ป่วยโดยการที่ญาติพยายาม รวบรวมความกล้า ทั้งๆ ที่ตนเองก็รู้สึกกลัว พยายามพูดคุยว่าผู้ป่วยจะไม่ทำพฤติกรรมรุนแรงแล้ว พยายามอธิบายบอกเล่าความเป็นไปในทางที่ดีขึ้นของผู้ป่วย พฤติกรรมในด้านดีที่กลับมาอยู่บ้าน พยายามยกตัวอย่างคำพูดของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับอาการที่จะดีขึ้น อีกทั้งพูดให้ญาติที่ไม่ยอมรับผู้ป่วยถึงเหตุผลด้านหน้าที่ของญาติที่ต้องดูแลผู้ป่วย ซึ่งลักษณะการพูดการอธิบายจะค่อยๆ บอกไปเรื่อยๆ ไม่เร่งรีบให้ข้อมูล ซึ่งปัจจุบันก็ยังคงมีพยายามในการพูด อธิบายอยู่อย่างต่อเนื่องจนปัจจุบัน

ช่วงเริ่มต้น

“พี่สาวที่ยังไม่ให้อภัย ไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาที่บ้านอีก กลัวว่าผู้ป่วยจะมาฆ่าใครอีก แต่เราก็จะแก้ปัญหาคือ ก็บอกเค้าไปด้วยความกล้าว่า เค้าไม่ทำแล้ว เค้าไม่ทำอย่างนั้นหรอก เพราะป้าคุยกับหมอแล้ว แล้วถ้าป้าไม่เอาแล้วเค้าจะไปอยู่ที่ไหน โรงพยาบาลเค้าเห็นอาการดีขึ้นเค้าก็ให้กลับบ้าน และบอกเค้าว่ามันเป็นหน้าที่ของเราที่ต้องดูแลเค้า แต่พี่สาวของผู้ป่วยก็ยังไม่ให้อภัย ตอนนี้ก็ต่างคนต่างอยู่”

(ญาติ ครอบครัวที่ 3)

ช่วงสนับสนุน

“หลังจากมีคดีแล้วรับผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว พี่สาวก็ยังไม่พอใจผู้ป่วย แต่พ่อก็ยังพยายามไปเจอไปหาญาติคนดังกล่าวโดยพยายามจะค่อยๆ คุยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย เล่าเรื่องการเรียน การกลับมาอยู่บ้านเป็นอย่างไรบ้าง ค่อยๆ เข้าไปพูดให้ญาติยอมรับผู้ป่วย”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 3)

บุคคลในชุมชนที่ปฏิเสธผู้ป่วย

ญาติของผู้ป่วยครอบครัวที่ 3 ทำหน้าที่ในการดูแลปกป้องผู้ป่วยจากการปฏิเสธ การถูกขับไล่ผู้ป่วยให้ออกจากชุมชนที่อยู่อาศัย ซึ่งอีกกลุ่มที่ปฏิเสธผู้ป่วยจิตเวชก็คือ บุคคลในชุมชนที่รู้จักกันมาก่อน โดยพฤติกรรมที่คนในชุมชนนั้นทำเพื่อเป็นการขับไล่ ปฏิเสธผู้ป่วยก็คือ การล่ำรายชื่อคนในชุมชนร่วมกันขับไล่ผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งการใส่ร้ายเรื่องผู้ป่วยติดยาเสพติด ซึ่งวิธีการที่ญาติทำเพื่อเป็นการปกป้องผู้ป่วยจากคนในชุมชนที่ไม่ยอมรับและพยายามขับไล่ผู้ป่วยให้ออกจากชุมชน โดย ญาติที่ดูแลผู้ป่วยก็ใช้กลวิธีที่หลากหลายทั้งการเข้าไปพูดคุยแต่เมื่อพูดคุยกันไม่เข้าใจก็ใช้การ

พูดอย่างจริงจังว่าญาติก็จะไม่ยอม และจะต่อสู้ในเรื่องสิทธิที่ผู้ป่วยสามารถอยู่ที่ชุมชนได้ หรือการมีสิทธิที่คนในชุมชนทำได้หรือทำไม่ได้ อีกทั้งถ้าคนในชุมชนยังไม่หยุดก็จะใช้กระบวนการยุติธรรม เขามาจัดการ หลังจากนั้นเมื่อมีการพูดด้วยท่าทีจริงจัง คนในชุมชนก็หยุดพฤติกรรมชั่วร้าย แต่ไม่รู้ว่าจะเมื่อไหร่จะหาวิธีในการมาขับไล่ผู้ป่วยอีก

“แม่เพื่อนที่เคยเล่นกันตอนเด็กๆ รังเกียจ แม่คนนั้นจะล่อลวงซื้อคนในหมู่บ้านเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยอยู่ แต่พ่อของผู้ป่วยก็พูดว่าลองทำดู เราก็จะเอาเรื่องว่าเค้ามีสิทธิอะไรมาทำแบบนี้ เพราะลูกเราไม่ใช่โจร ก็หยุดไปก็ไม่มีอะไร”

(ญาติ ครอบครัวที่ 3)

“ระยะหลังแม่เพื่อนก็กลับมาหาเรื่องอีกโดยบอกว่าผู้ป่วยเริ่มมีการใช้สารเสพติด ซึ่งปากก็ไม่พอใจมาก ป้าใหญ่ไปว่าไม่ต้องมายุ่ง ถ้าไม่มีหลักฐานจะแจ้งความ”

(ญาติ ครอบครัวที่ 3)

2. ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน

ญาติของครอบครัวที่ 3 นอกจากมีการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ ทั้งการดูแลด้านอาการทางจิตเวชแล้ว การสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ญาติยังต้องดูแลผู้ป่วยด้านการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยร่วมด้วย ตั้งแต่ที่ผู้ป่วยได้กลับสู่ครอบครัวอีกครั้งนั้นญาติก็มีการดูแลผู้ป่วยทุกอย่างทั้งเรื่องอาหารการกิน ดูแลเรื่องสุขอนามัย ดูแลเรื่องความสะอาดของเสื้อผ้า ดูแลเรื่องซ่อมแซมเสื้อผ้า อีกทั้งการดูแลกันโดยมีลักษณะเป็นเพื่อนกันมากกว่าเป็นคนต่างวัยกัน ทั้งการไปดูหนัง ฟังเพลง เล่นเกมตามแบบวิถีการดำเนินชีวิตของวัยรุ่น ซึ่งญาติก็ร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ไปกับผู้ป่วย โดยญาติมีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้านการดำเนินชีวิตประจำวันนั้นตลอดทุกช่วงที่ผู้ป่วยจิตเวชกลับมาอยู่กับครอบครัวอีกครั้งตั้งแต่ช่วงเริ่มต้น ตลอดจนช่วงที่ผู้ป่วยถูกต่อต้าน และช่วงคงที่ญาติก็ยังมีการดูแลผู้ป่วยตลอดมา

“ทุกอย่างป้าจัดการให้หมด เราเป็นทุกอย่าง เป็นทั้งพยาบาล เป็นหมอ เป็นเพื่อน เป็นแจวเป็นช่างทำผม ทำทุกอย่าง ทำอาหาร ทั้งเรื่องอาหารการกิน เวลาเค้าอยากกินอะไรก็จะบอกซ่อมผ้า ซักเสื้อผ้า ป้าพยายามจะเป็นวัยรุ่นเหมือนเค้า ไปดูหนัง กินอาหารเหมือนเค้า ทั้งๆที่ไม่ชอบเราก็ทำให้ชอบ ไปเดินห้าง อีกทั้งจัดเสื้อผ้าให้ พับผ้าจัดกระเป๋าให้ดูแลทุกอย่าง”

(ญาติ ครอบครัวที่ 3)

3. ด้านการศึกษา

อีกสิ่งหนึ่งที่สำคัญที่ญาติของครอบครัวที่ 3 ดูแลผู้ป่วยก็คือ การวางแผนเรื่องอนาคตของผู้ป่วยจิตเวชโดยญาติกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีวุฒิการศึกษาติดตัว ประกอบกับญาติยังวางแผนการศึกษาด้านภาษาที่เป็นความถนัดของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถที่มากกว่าขึ้น เพื่อที่ว่าผู้ป่วยจะได้มีความสามารถ มีความรู้ติดตัวในการดูแลตนเองต่อไปในอนาคต โดยญาติมีการวางแผนด้านการศึกษาเอาไว้ตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเริ่มกลับสู่ครอบครัวที่เป็นช่วงเริ่มต้น ช่วงต่อต้าน และช่วงคงที่ญาติก็ยังคงดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยตลอดทุกช่วงจนปัจจุบัน

“วางแผนทั้งด้านการศึกษา อาชีพ เพื่อต้องการให้มีอาชีพ ต้องการให้อยู่ด้วยตนเองได้ พอช่วงหลังๆ เริ่มไม่เรียนต้องทิ้งหลักทั้งต้นให้เรียนให้จบ ม. 3 แล้วหลอกให้เรียนไปเรียนภาษาอังกฤษและเรียนต่อ กศน. เพื่อจะให้มียุฒ ม.6 ซึ่งต้องหลอกเป็นช่วงๆ ให้จบเป็น step แล้วค่อยๆ คิดกันต่อไป ไม่อย่างนั้นผู้ป่วยไม่ยอมเรียน ต่อไปถ้าเราตายเค้าก็ต้องอยู่ได้ด้วยตนเอง ต้องให้เค้าเติบโต ต้องให้เค้าเรียนหนังสือ ต้องมีอาชีพเพื่อให้เค้าอยู่ได้ด้วยตัวเอง ทำอย่างไรก็ได้ให้เค้าสามารถอยู่ได้ด้วยตนเอง”

(ญาติ ครอบครัวที่ 3)

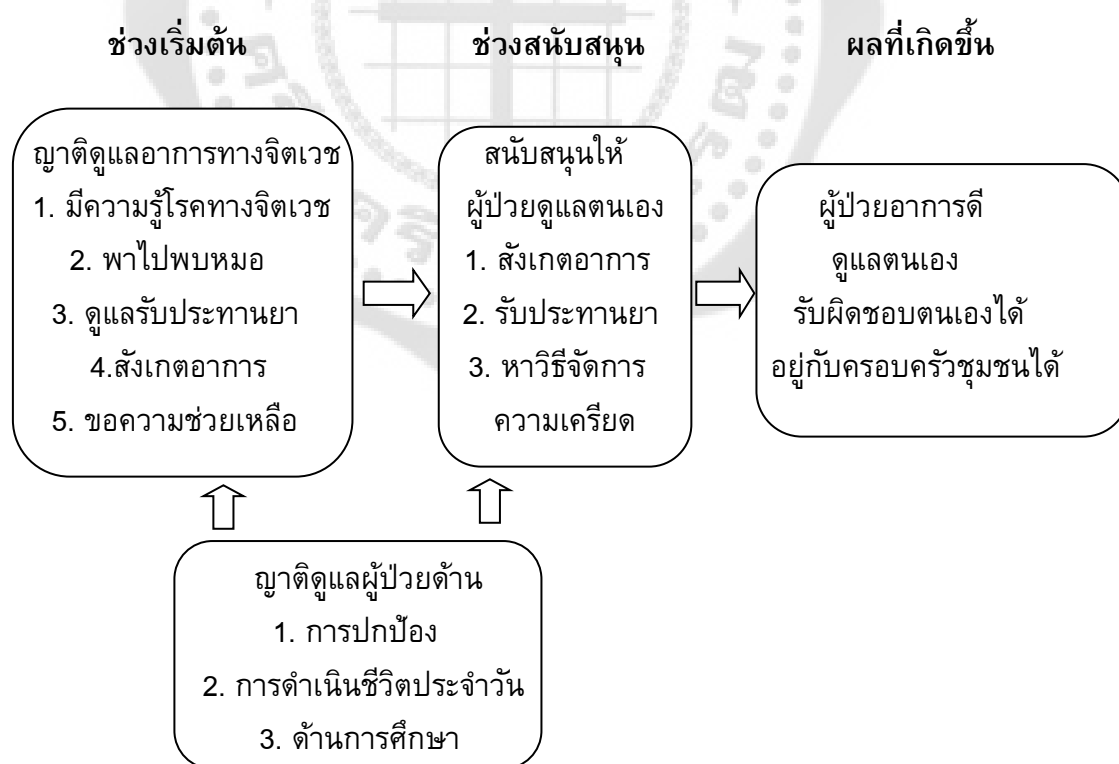
ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว

จากการสัมภาษณ์ทำให้ผู้วิจัยพบว่า ในช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะมีคดีความนั้น ก็จะมีญาติที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาความผิดปกติทางจิตมาตั้งแต่ผู้ป่วยยังเป็นเด็ก พาไปฝึกพัฒนาการด้านต่างๆ แต่ก็ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยญาติหยุดการดูแลผู้ป่วยไปโดยการมาพาไปรับการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะมีความเข้าใจว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จนสุดท้ายก็เกิดเป็นคดีความเกิดขึ้น หลังจากนั้นกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยก็เปลี่ยนไปโดยที่ญาติเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโดยมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยด้านอาการทางจิตเวช ที่ญาติเมื่อมีความรู้มีความเข้าใจในเรื่องโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยเป็นแล้ว ญาติก็มีความเข้าใจในการสังเกตพฤติกรรมอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร นอกจากนั้นญาติยังมีหน้าที่ในการจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานพร้อมทั้งการกระตุ้นเตือน การบอกให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยาพร้อมด้วย และอีกบทบาทหน้าที่ที่ญาติได้ดูแลผู้ป่วย คือ การพาผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ตามที่แพทย์นัดหมายทุกครั้งโดยไม่ขาดการรักษาเหมือนที่ผ่านมา และในกระบวนการดูแลผู้ป่วยของญาติยังมีการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันทีในกรณีที่ญาติไม่สามารถแก้ปัญหา หรือไม่สามารถจัดการกับผู้ป่วยได้เพื่อช่วยกันหาทางในการรักษาผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที นอกจากนั้นญาติยังมีการดูแลผู้ป่วยในด้านสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองทั้งในด้านการสังเกตพฤติกรรมอาการที่ผิดปกติของตนเอง การรับประทานยาที่มีการจัดเตรียมเอาไว้ให้ และญาติยังสนับสนุนให้

ผู้ป่วยได้ทำงานช่วยเหลือคนอื่น ๆ เพื่อเป็นการลดความเครียดของผู้ป่วย ในด้านการดำเนินชีวิตทั่วไป ญาติก็ให้การดูแลผู้ป่วยในด้านอาหารการกิน การเป็นอยู่ ความสะอาด สุขอนามัยของร่างกายและสิ่งของต่างๆ เนื่องจากผู้ป่วยยังอยู่ในช่วงวัยรุ่นทำให้ญาติมีการดูแลผู้ป่วยหลายๆ ด้าน รวมทั้งด้านการศึกษาที่ญาติก็ได้มีการวางแผนที่จะให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการศึกษา เพื่อจะได้มีความรู้ มีวุฒิการศึกษาติดตัวไปจนสามารถเลี้ยงดูตนเองได้ และสุดท้ายที่ญาติมีการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านก็คือ การที่ญาติมีการปกป้องผู้ป่วยจากผู้ที่ไม่เข้าใจผู้ป่วย หรือปฏิเสธที่จะให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน

ผลจากการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับสู่ครอบครัวอีกครั้งนั้น ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น มีการควบคุมอารมณ์ ควบคุมตนเองได้ดี มีความรับผิดชอบในการรับประทานยา มีความรับผิดชอบในการเรียนและการทำงานได้เหมือนคนปกติธรรมดาทั่วไป และที่สำคัญสามารถอยู่กับครอบครัวโดยที่ยังไม่ทำร้ายใคร

“ตอนนี้ดีขึ้น เมื่อก่อนอารมณ์ร้อน รอไม่ได้ ตอนนี้ดีขึ้น คุณกันรู้เรื่องมากขึ้นน่าจะเป็นเพราะยา และอายุเข้ามากขึ้น มีความคิด และความรักความเอาใส่ใจของคนในครอบครัว ยอมเรียนหนังสือ ยอมเรียนภาษาอังกฤษที่ตนเองชอบ และสามารถแบ่งเวลาในการไปทำงานเป็นกู้ภัยได้”
(ญาติ ครอบครัวที่ 3)



ภาพประกอบ 4 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีของญาติครอบครัวที่ 3 และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว

กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี รายครอบครัวที่ 4

จากกรณีศึกษาครอบครัวที่ 4 ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 3 คน คือจากญาติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งจากส่วนกลาง และผู้ป่วยในประเด็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีเมื่อกลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง จากการสัมภาษณ์ทำให้ผู้วิจัยสามารถแบ่งกระบวนการดูแลผู้ป่วยของญาติเป็น 3 ช่วงซึ่งมีลักษณะความเหมือนกันกับกรณีศึกษาครอบครัวที่ 1 คือ ช่วงเตรียมตัว ช่วงเริ่มต้น และช่วงคงที่ ดังนี้

ช่วงเตรียมตัว คือ เป็นช่วงเวลาที่ญาติการเตรียมตัวเพื่อให้พร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วย ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ ซึ่งในช่วงการเตรียมตัวของญาตินั้น ญาติมีกระบวนการในการเตรียมตัวด้านการเตรียมตนเองให้มีความรู้ ความเข้าใจโรคทางจิตเวช ญาติก็ได้มีการทดลองดูแลผู้ป่วย และการไปรับ ไปส่งผู้ป่วยตามที่แพทย์นัดหมายดังนี้

1. ญาติมีการเตรียมตนเองให้มีความรู้ ความเข้าใจโรคทางจิตเวช

จากที่ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ญาติของครอบครัวที่ 4 เกี่ยวกับการหาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยด้านการเจ็บป่วยทางจิตเวช พบว่า ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีคดีความนั้นญาติไม่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตเวชเลย เพราะญาติไม่เคยรู้มาก่อนว่าผู้ป่วยมีความเจ็บป่วย ไม่เคยรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช เมื่อไม่ทราบก็ไม่ได้ดูแลอะไรที่เป็นพิเศษ หลังจากที่ผู้ป่วยมีคดีความและสิ้นสุดคดีความตามกระบวนการยุติธรรมแล้วนั้นทุกอย่างก็เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นโดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวช คือ ญาติเริ่มมีความรู้ มีความสนใจ มีความเข้าใจโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เมื่อเข้าใจโรคทางจิตเวชแล้วก็สามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้ การเรียนรู้โรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยเป็นนั้น ญาติมีการเรียนรู้โรคจิตเวชจากการสังเกตเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชคนอื่นๆ หลายๆ คนนั้นทำอย่างไร โดยสังเกตและจดจำในช่วงที่ญาติไปเยี่ยมผู้ป่วยตอนที่อยู่ในโรงพยาบาลระหว่างรอการดำเนินคดีความ และญาติก็ยังแสวงหาวิธีการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการไปเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ของทางโรงพยาบาลด้วย นอกจากนั้นญาติยังค้นคว้าหาความรู้เรื่องโรคทางจิตเวชด้วยตนเองโดยการอ่านเอกสารความรู้เรื่องโรคทางจิตเวชที่แจกตามโรงพยาบาล เพื่อจะได้เข้าใจโรคจิตเวชที่ผู้ป่วยเป็นและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

“ไม่เคยทราบมาก่อนเลย เดิมที่ไม่เคยรู้เลยแต่ก็เคยสังเกตเห็นพูดคุยคนเดียวก็ไม่ได้คิดอะไร ดังนั้นก็ไม่ได้ดูแลอะไรเป็นพิเศษ ไม่ได้ดูแลอะไร เพราะเมื่อก่อนไม่รู้ก็ไม่ได้ทำอะไร แต่ตอนนี้รู้แล้วว่าโรคจิตเวชต้องดูแลผู้ป่วยอย่างไร”

(ญาติ ครอบครัวที่ 4)

“นอกจากนั้นญาติต้องหาความรู้เพิ่มเติมในการที่จะดูแลผู้ป่วยให้ได้ โดยการที่เวลาไป รพ. ตามที่หมอนัดกับผู้ป่วยนั้น ตนเองก็จะไปจำคำพูด จำวิธีการที่เจ้าหน้าที่เค้าทำกับผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่ควบคุมตนเองไม่ได้ ว่าเค้าทำอย่างไร ไปอ่านเอกสารที่โรงพยาบาล”

(ญาติ ครอบครัวที่ 4)

“ตนเองก็ได้ไปเข้าฟังการอบรมญาติ เตรียมความพร้อมญาติที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชต้องทำอย่างไรบ้าง ที่สถาบันฯ เค้าก็สอนให้รู้วิธีการรับมือกับผู้ป่วยในด้านการสังเกตอาการเตือนต่างๆ”

(ญาติ ครอบครัวที่ 4)

“ก็เค้าไม่สบายด้วยโรคแบบนี้ เราก็ต้องยิ่งทำความเข้าใจเค้า การที่เราจะโมโหหงุดหงิดไปก็ไม่มีอะไรดีขึ้น ซึ่งหมอเคยบอกว่า “เราอยู่กับผู้ป่วย โมโหก็ไม่มีประโยชน์ ถ้าเค้าเป็นไฟ เราก็ต้องเป็นน้ำ”

(ญาติ ครอบครัวที่ 4)

2. การทดลองให้ผู้ป่วยอยู่บ้าน เพื่อเตรียมความพร้อมญาติในการดูแลผู้ป่วย

หลังจากที่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรม และมีการรักษาอาการทางจิตที่ดีขึ้นจนใกล้ที่จะสามารถให้ญาติรับตัวผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้านนั้น ซึ่งกรณีนี้ผู้ป่วยก็สามารถได้มีการทดลองเยี่ยมบ้านเหมือนกรณีศึกษาครอบครัวที่ 1 และครอบครัวที่ 2 ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้กลับไปอยู่บ้าน ญาติซึ่งมีความรู้เรื่องโรคทางจิตเวชมากขึ้น รู้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยก็ทำให้ญาติได้ทดลองดูแลผู้ป่วยจากความรู้มีมา ซึ่งญาติสามารถดูแลด้านการเจ็บป่วยทางจิตเวช และสังเกตอาการ และลักษณะอารมณ์ของผู้ป่วยและการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี จนผู้ป่วยมีการทดลองเยี่ยมบ้านเพียง 2 ครั้งและก็สามารถกลับไปอยู่บ้านได้จนปัจจุบัน

“ก็เค้าไม่สบายแบบนี้ เราก็ต้องยิ่งทำความเข้าใจเค้า การที่เราจะโมโหหงุดหงิดไปก็ไม่มีอะไรดีขึ้น ซึ่งหมอเคยบอกว่า เราอยู่กับผู้ป่วย โมโหก็ไม่มีประโยชน์ ถ้าเค้าเป็นไฟ เราก็ต้องเป็นน้ำ ซึ่งตนเองจะสังเกต ถ้าผู้ป่วยอารมณ์ไม่ดี ตนเองก็จะพยายามชวนดูหนัง ทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว และจะได้หายเครียดด้วย”

(ญาติ ครอบครัวที่ 4)

“ผู้ป่วยได้มีการให้ทดลองเยี่ยมบ้านเพียง 2 ครั้ง ซึ่งการดูแลของญาติ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยค่อนข้างดี เพื่อนบ้านก็ร่วมมือดี ดังนั้นจึงมีการทำเรื่องถึงศาลให้ปล่อยตัวผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านอย่างถาวร”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 4)

3. ญาติฝึกการรับและส่งผู้ป่วยตามที่แพทย์นัดหมายในช่วงทดลองให้ผู้ป่วยอยู่บ้าน

ในช่วงของการทดลองเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยญาติต้องมีการเตรียมตัวไม่เพียงแต่การฝึกการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเท่านั้น ญาติยังต้องฝึกการดูแลผู้ป่วยในช่วงที่ต้องรับ-ส่งผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจิตเวช และบ้านเพื่อในการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามที่นัดหมาย ซึ่งในส่วนนี้ก็ญาติของผู้ป่วยรายนี้สามารถที่จะไปรับและส่งผู้ป่วยตามที่แพทย์นัดหมายได้อย่างตรงเวลา และญาติไม่แสดงท่าทีของการผัดนัดแพทย์ หรือการที่จะดูแลผู้ป่วยไม่ได้

“ตอนทดลองเยี่ยมบ้าน ญาติเป็นผู้ไปรับไปส่งตนเองตามเวลาที่แพทย์นัดหมายตลอด ไม่เคยทิ้งผู้ป่วย และตอนอยู่โรงพยาบาลก็ไปเยี่ยมตนเองทุกวัน”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 4)

ช่วงเริ่มต้น ญาติจะมีการดูแลผู้ป่วยดังนี้

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติของครอบครัวที่ 4 นั้นก็เริ่มมีความคล้ายคลึงกับการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวที่ผู้วิจัยได้กล่าวไว้ข้างต้น ซึ่งญาติจะมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยโดยเริ่มจากการที่ญาติคอยสังเกตพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นหรือมีความผิดปกติมากขึ้น นอกจากนั้นก็มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่แพทย์แนะนำ มีการพาผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์นัดหมาย นอกจากนั้นยังมีการขอความช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เมื่อไม่สามารถดูแลพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยได้ โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลมีรายละเอียดการดูแลด้านอาการทางจิตเวชดังนี้

1. ญาติมีการสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย

ญาติของครอบครัวที่ 4 เมื่อมีความรู้เรื่องโรคทางจิตเวชก็สามารถที่จะมีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้โดยการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย ซึ่งญาติจะคอยสังเกตอาการเตือนต่างๆ ทั้งในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ โดยการที่สังเกตว่าผู้ป่วยตอนไหนอารมณ์ดี พูดคุยได้ปกติ หรือตอนไหนเริ่มมีอาการหงุดหงิดญาติก็จะหาวิธีในการทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ ไม่หงุดหงิดเพื่อผู้ป่วยอารมณ์ดีขึ้นจะได้ไม่นำไปสู่พฤติกรรมที่รุนแรงที่ญาติและผู้ป่วยอาจไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งญาติก็จะคอยสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อารมณ์ของผู้ป่วยตลอดเวลา

“ที่สถาบันฯ เค้าก็สอนให้รู้วิธีการรับมือกับผู้ป่วยในด้านการสังเกตอาการเตือน ดูเรื่องของอารมณ์ ซึ่งตนเองสังเกตเห็นว่า ถ้าผู้ป่วยกลับจากที่ทำงานแล้วอารมณ์ไม่ดี ตนเองก็จะพยายามชวนดูหนัง ทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว แล้วปัจจุบันเค้าก็ทำงานได้ ดูแลตนเองได้ ทำงานก็ดี ทำงานบ้านด้วย”

(ญาติ ครอบครัวที่ 4)

2. ญาติมีการดูแลเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวช

ในการดูแลผู้ป่วยด้านการเจ็บป่วยทางจิตเวชเริ่มจากการที่ญาติมีความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช ต่อมาญาติก็มีความสามารถในการสังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยยังมีการพฤติกรรมที่ไม่เป็นปกติญาติจะมีการแก้ปัญหาโดยให้ความสำคัญของการให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การคอยบอก คอยตักเตือนผู้ป่วยในเรื่องของการรับประทานยาให้ตรงตามเวลาที่แพทย์กำหนด ซึ่งญาติจะมีวิธีการในการเตือนผู้ป่วยที่หลากหลาย โดยจะมีวิธีการตักเตือนไม่ว่าจะเป็นการบอกกล่าวด้วยวาจาทั้งบอกต่อหน้า หรือการโทรศัพท์เตือนผู้ป่วย นอกจากนั้นยังมีวิธีการบอกด้วยการเขียนเป็นข้อความทิ้งเอาไว้เตือนผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ญาติไม่สามารถตักเตือนหรือบอกต่อหน้าได้ ไม่เพียงเท่านั้นญาติยังมีกลยุทธ์ในการให้ผู้ป่วยไม่ท้อแท้ในการรับประทานยา ก็คือ การขอแพทย์ให้นัดพบผู้ป่วยห่างกันครั้งละ 2 เดือนก็พอ เนื่องจากถ้าแพทย์นัด 3 เดือนผู้ป่วยจะมียาที่มีปริมาณมากๆ กลับไปรับประทานที่บ้าน ซึ่งปริมาณยาที่มาก ๆ ก็อาจจะทำให้ผู้ป่วยมีความท้อแท้และไม่ยอมรับประทานยาได้

“เราก็จะต้องคอยบอก อย่าลืมกินยานะ กินยาตลอดชีวิต กินยาควบคุมได้ แต่ญาติก็บอกหมอไปว่า หมอนัด 3 เดือนมันเยอะไป ขอเป็นนัดทุก 2 เดือนได้ไหม เพราะนัดน้อยลง ยาก็น้อยลงผู้ป่วยก็เห็นว่ามียาไม่เยอะมาก ก็จะได้ไม่ท้อกินยา”

(ญาติ ครอบครัวที่ 4)

“ญาติก็จะคอยดูแลเราในเรื่องของการกินยา โดยจะถามว่ากินยาหรือเปล่า หรือญาติก็จะซื้อข้าวมาไว้ให้ แล้วเขียนโน้ตว่า กินข้าวแล้วกินยาด้วย หรือจะโทรมาบอกว่า ซื้อข้าวไว้ให้แล้ว และกินยาด้วย ซึ่งเค้าก็จะเตือนเรื่องการกินยา”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 4)

3. การพาผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ตามที่นัดหมาย

ผู้วิจัยได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ญาติของครอบครัวที่ 4 พบว่าแม้ว่าญาติที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้นจะมีความรู้โรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยเป็น มีการสังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยเพื่อที่จะได้รู้ว่าอาการทางจิตเวชของผู้ป่วยเป็นปกติหรือไม่ หลังจากนั้นญาติก็ให้ความสำคัญ

กับการดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาครบตามที่แพทย์ และ อีกหน้าที่หนึ่งที่ญาติให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก็คือ การพาผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ ซึ่ง บ่อยครั้งที่ญาติจะเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ตามที่แพทย์นัดหมาย

“การไปหาหมอ ญาติก็พาผู้ป่วยไปบ้าง ซึ่งมีอยู่ว่าอาการของผู้ป่วยค่อนข้างดี หมอก็จะนัด ทุก 3 เดือน”

(ญาติ ครอบครัวที่ 4)

4. การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

อีกหนึ่งพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติคือ การที่ญาติจะขอความช่วยเหลือกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแบบทันทีทันใด รวดเร็ว แบบเร่งด่วนเมื่อญาติต้องเผชิญกับอาการทางจิตเวช ของผู้ป่วยที่กำลังกำเริบขึ้น อาการหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ญาติไม่สามารถ ควบคุมได้ หรืออาจจะมีพฤติกรรมที่รุนแรงจะเป็นอันตราย ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขครอบครัวที่ 4 จะให้เบอร์โทรศัพท์ส่วนตัวเพื่อให้ญาติสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ได้โดยตรง เพื่อขอความช่วยเหลือ ได้ทันทีและสามารถช่วยแก้ปัญหาให้กับญาติและผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

“เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง จะคอยโทรมาสอบถาม และเค้าจะให้เบอร์โทรศัพท์ ส่วนตัวส่วนตัวเพื่อให้ญาติโทรไปปรึกษา หรือขอความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน”

(ญาติ ครอบครัวที่ 4)

“ในการติดต่อสื่อสารนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้เบอร์โทรศัพท์ส่วนตัวกับญาติเพื่อให้ญาติ สามารถติดต่อเราได้ในกรณีฉุกเฉิน ซึ่งจะสามารถติดต่อเราได้โดยตรง และรวดเร็ว”

(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 4)

ช่วงสนับสนุน เป็นช่วงที่ญาติได้มีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาจนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการที่ดี ขึ้นเป็นปกติอย่างคงที่ เมื่อนั้นญาติจะเริ่มมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการดูแล รับผิดชอบในการ ดูแลตนเองมากขึ้น ในที่นี้ญาติได้มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองในหลายส่วนคือ

1. ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผิดปกติของตนเอง

นอกจากญาติที่จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแล้วนั้น ญาติยังเป็นผู้ให้ผู้ป่วยหันมาให้ความสนใจ ใส่ใจในพฤติกรรมของตนเองร่วมด้วยเพื่อช่วยญาติในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งญาติจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเริ่ม มีการสังเกตพฤติกรรมของตนเอง ว่ายังมีพฤติกรรมที่ผิดปกติหรือไม่หลังจากที่ได้รับการรักษาแล้ว ไม่เพียงเท่านั้นผู้ป่วยจะคอยสอบถาม และสังเกตปฏิกิริยาของบุคคลรอบข้าง หรือเพื่อนร่วมงานว่า

มีปฏิกริยาอย่างไรกับตนเอง หรือถามบุคคลรอบข้างถึงพฤติกรรมของตนเองว่าเป็นอย่างไร เพื่อเป็นการตรวจสอบพฤติกรรมของตนเองว่ายังคงมีความผิดปกติ หรือเป็นปกติอย่างไร

“การเจ็บป่วยดีขึ้น ไม่มีหวาดระแวง ไม่มีการมองตาขวางแล้ว ซึ่งเราจะคอยถามเพื่อนร่วมงาน คอยสังเกตพฤติกรรมของเพื่อนร่วมงานว่าเพื่อนมีกริยาอย่างไรกับเรา ซึ่งปัจจุบันเราสามารถไปคุยกับใครก็ได้ คำใช้ให้ทำอะไรก็สามารถทำได้ คอยถามญาติว่าเราเป็นอย่างไรบ้าง ให้คนอื่นช่วยประเมิน”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 4)

2. ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวชด้วยตนเอง

ในด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทั้งจากญาติ และผู้ป่วย ของครอบครัวที่ 4 พบว่าญาติมีความเชื่อใจ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเป็นผู้ที่รับผิดชอบในการดูแลตนเองเรื่องของการรับประทานยาตามที่แพทย์กำหนดด้วยตนเอง อีกทั้งมีการจัดยารับประทานเอง ซึ่งในการรับประทานยาเองแม้มีบางครั้งที่ไม่ได้รับประทาน แต่ผู้ป่วยก็ยังรับผิดชอบนำยามารับประทาน และดูแลเรื่องการกินยาจนถึงปัจจุบัน

“ผู้ป่วยจะกินยาลดเพราะเค้ากลัวการไปอยู่ รพ. อีก แอบสังเกตเห็นว่าแม้ว่าบางเมื่อผู้ป่วยจะลืมกินยาแต่เค้าก็จะเอามากิน ไม่หยุด เค้าจะกินยาเอง”

(ญาติ ครอบครัวที่ 4)

“ส่วนใหญ่ญาติจะดูแลตนเอง ต้องกินยาเองเพราะถ้าไม่กินยาก็คงไม่หาย”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 4)

1. ญาติไว้วางใจให้ผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ด้วยตนเอง

จากที่ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ญาติ และผู้ป่วยครอบครัวที่ 4 พบว่าผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลที่มีความสอดคล้องกัน เป็นไปในแนวทางเดียวกันคือผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในด้านการรักษาทางจิตเวชได้ โดยการไปพบจิตแพทย์ตามที่แพทย์นัดหมาย ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยก็เป็นผู้ไปพบจิตแพทย์ด้วยตนเอง ซึ่งญาติก็จะไว้วางใจ และเชื่อใจผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ด้วยตนเองในหลายๆครั้ง

“การไปหาหมอ ญาติก็พาผู้ป่วยไปบ้าง ผู้ป่วยก็ไปเองบ้าง เราเห็นว่าผู้ป่วยสามารถไปหาหมอเองได้เราก็ให้ไปเอง”

(ญาติ ครอบครัวที่ 4)

“ทุกวันนี้ก็ยังไปหาหมอตามที่หมอนัดทุก 3 เดือน ซึ่งเราก็จะดูแลตนเอง เพราะแฟนต้องทำงาน ซึ่งแฟนก็ไว้ใจให้เราไปเองได้”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 4)

2. สนับสนุนให้ผู้ป่วยหาวิธีการจัดการความเครียดด้วยตนเอง

การดูแลตนเองผู้ป่วยนอกจากจะดูแลด้านการเจ็บป่วยทางจิตเวชแล้วนั้น ผู้ป่วยยังรับรู้ว่าคุณเองมีความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจจะสะสมไว้มากๆ ก็อาจจะส่งผลต่ออาการความเจ็บป่วยทางจิตเวชก็ตนเอง ซึ่งผู้ป่วยก็สามารถที่จะหาทางออกให้กับตนเองโดยการที่ผู้ป่วยเมื่อรับรู้ว่าคุณเองมีความเครียด ความไม่สบายใจที่เกิดขึ้นก็จะไม่เก็บเอาไว้ภายในจิตใจแต่จะหาทางจัดการโดยผู้ป่วยก็สามารถแยกวิธีการจัดการความเครียดของผู้ป่วยได้ว่าเป็นการจัดการด้วยตนเอง จัดการกับความคิดของตนเอง คือ การจัดการกับความคิดกับเรื่องหรือปัญหานั้นๆ โดยการคิดในทางที่ดี ในทางบวก และอีกวิธีก็เป็นการขอความช่วยเหลือจากสิ่งนอกตัว ก็คือ การไปวัดบ่อยครั้งก็เพื่อไปทำบุญ ไปฟังพระเทศน์เพื่อให้ตนเองสบายใจ

“ต้องคิดในทางบวกเวลาที่ท้อใจ เวลาที่ไม่สบายใจ เพื่อให้ตนเองรู้สึกผ่อนคลาย หรือจะไปวัด ซึ่งตนเองว่างก็จะไปวัด ไปทำบุญ ไปฟังเทศน์”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 4)

การดูแลของญาติในด้านอื่นๆ ทั้งด้านการปกป้องผู้ป่วยจากผู้ที่เป็นปฏิเสศ ซึ่งในผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 4 นี้จะมีเพียงเพื่อนร่วมงานที่มีความกลัว และปฏิเสศผู้ป่วย ดังนั้นญาติจึงต้องมีการปกป้องผู้ป่วย และการดูแลของญาติด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ญาติก็ให้การดูแลผู้ป่วยมาตลอดระยะเวลาตั้งแต่ช่วงเตรียมตัว ช่วงเริ่มต้น และช่วงสนับสนุน จนปัจจุบันมีรายละเอียดดังนี้

1. การปกป้อง คือ การผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับสู่ครอบครัวแล้วจะมีคนในชุมชนเดียวกันกับผู้ป่วยที่ไม่อยากให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่ในครอบครัวหรือชุมชนเดิมอีกครั้ง ซึ่งผู้ป่วยครอบครัวที่ 4 ก็ถูกต่อต้านในช่วงที่ผู้ป่วยได้กลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชนเดิมอีกครั้ง ผู้ป่วยครอบครัวที่ 4 มีผู้ที่ต่อต้าน ปฏิเสศ ไม่ยอมรับให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่ในชุมชนเดิม ที่ทำงานเดิมซึ่งก็คือ เพื่อนร่วมงานซึ่งญาติที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทำการปกป้องผู้ป่วยจากผู้ที่เป็นปฏิเสศด้วยวิธีการดังนี้

เพื่อนร่วมงานของผู้ป่วยที่ปฏิเสศผู้ป่วย

นอกเหนือจากการที่ญาติให้การดูแลผู้ป่วยในด้านการเจ็บป่วยทางจิตเวชทั้งการพาผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ การตัดเตือน บอกกล่าวผู้ป่วยด้านการรับประทานยา การคอยสังเกตพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงอาการทางจิตเวชแล้วนั้น ญาติของผู้ป่วยจิตเวชครอบครัวที่ 4 นี้ก็ยังต้องทำหน้าที่ดูแล

ผู้ป่วยโดยการปกป้องผู้ป่วยจากการถูกพุดในทางที่ไม่ดี การถูกรังเกียจจากชุมชน เพื่อนร่วมงาน อีกรด้วย ซึ่งญาติของกรณีศึกษารายนี้ได้ทำการพุดคุยกับเพื่อนร่วมงานของผู้ป่วยอย่างตรงไปตรงมาถึงสาเหตุของการที่ผู้ป่วยไปก่อคดีนั้นว่ามีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่ไม่ได้รับการรักษา ซึ่งการกระทำดังกล่าวก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เพื่อนๆ ในทีมงานของผู้ป่วยไม่หวาดกลัว ไม่รังเกียจผู้ป่วยและสามารถเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น

“ในส่วนของเพื่อนร่วมงาน ตอนแรกๆ คนที่ทำงานก็กลัวหลังมีคดี ไม่มีใครพุดคุยกับผู้ป่วย เราก็ไม่อยากให้ทีมงานของผู้ป่วยมีปัญหา พอเราไปบอกเค้าว่าที่ผู้ป่วยทำลงไปเพราะไม่รู้ตัว จากความกลัวก็กลายเป็นความสงสาร พวกเค้าก็เข้าใจ”

(ญาติ ครอบครัวที่ 4)

2. ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน

ญาติของผู้ป่วยมีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในหลายๆ ด้านซึ่งหนึ่งในนั้นก็คือ การที่ญาติไม่ลืมดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยญาติจะดูแลผู้ป่วยทั้งในเรื่องของอาหารการกิน การดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ ในครอบครัว ดูแลเรื่องการเงินของครอบครัว นอกจากนั้นการพาผู้ป่วยจิตเวชไปผอนคลายในสถานที่ต่างๆ ซึ่งญาติให้การดูแลผู้ป่วยในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันตั้งแต่ช่วงแรกๆ ที่ผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ครอบครัว หรือช่วงที่มีเพื่อนร่วมงานต่อต้าน และดูแลจนกระทั่งปัจจุบันที่เป็นช่วงคงที่ที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

“ตอนที่รักษาตัวที่สถาบันฯ สามีกี่มาเยี่ยมทุกวัน ไม่ทิ้งเรา พอรักษาอาการดีขึ้นและสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรมแล้วนั้นตนเองก็กลับไปอยู่ที่บ้านเช่าที่เดิม เค้าก็จะคอยดูแลเราในเรื่องอาหารการกิน จะซื้อข้าวมาไว้ให้ ดูแลค่าใช้จ่ายต่างๆ ในบ้าน คอยให้เงินกับเรา เหมือนส่งน้ำมาเลี้ยงเรา แฟนก็จะพาไปไหว้พระ 9 วัดพาไปใส่บาตรตอนเช้า”

(ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 4)

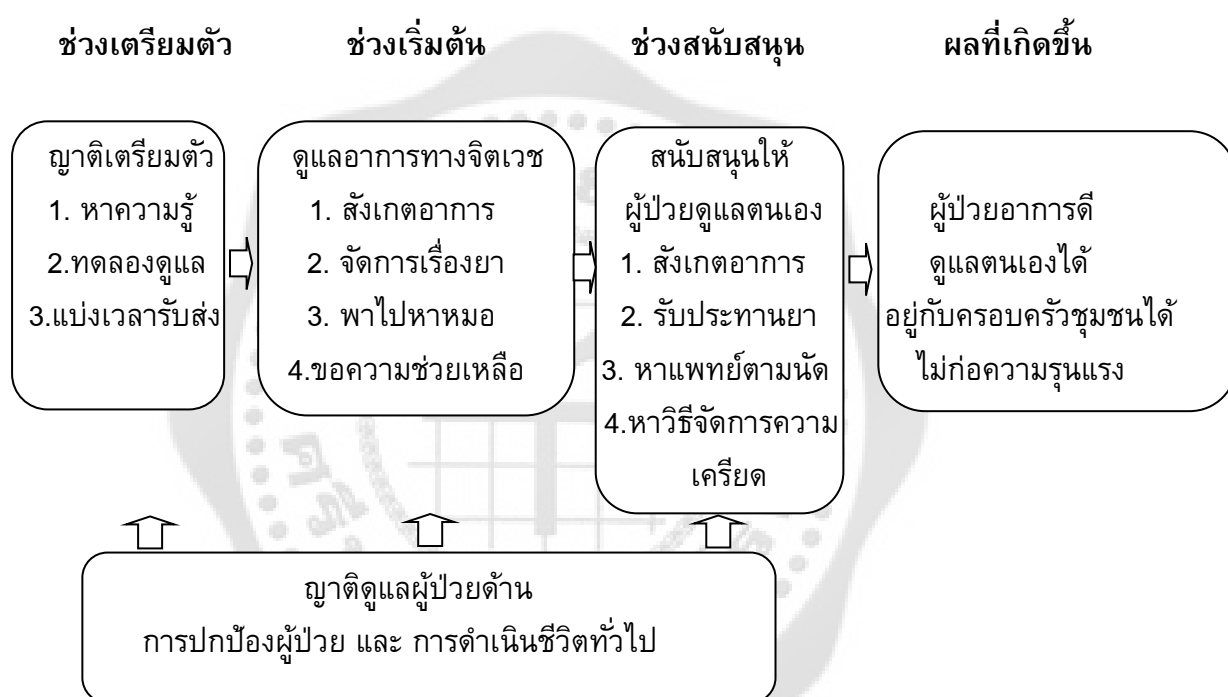
ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว

จากที่กล่าวไปแล้วข้างต้นที่ว่าทั้งญาติและผู้ป่วยจิตเวชไม่มีความรู้ในเรื่องของโรคทางจิตเวชทำให้ในช่วงก่อนหน้านี้ผู้ป่วยจิตเวชจึงไม่ได้รับการรักษา มีการปล่อยปะละเลยจนผู้ป่วยจิตเวชมีคดีความในที่สุด ซึ่งหลังจากที่ผู้ป่วยสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรมแล้วนั้น ทั้งญาติและผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องโรคทางจิตเวชมากขึ้น มีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยทั้งการสังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาตลอดเวลา การพาผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ตามที่นัดหมาย รวมทั้งการปกป้องผู้ป่วยจิตเวชจากผู้ต่อต้าน หรือผู้ที่ปฏิเสธผู้ป่วย ไม่เพียงเท่านั้นญาติก็ยังดูแลผู้ป่วยในเรื่องทั่วไปควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านจิตเวช นอกจากนั้นญาติยังมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการรับผิดชอบดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งผลที่เกิดขึ้นคือ ผู้ป่วยไม่มีอาการหรือพฤติกรรม

ที่ผิดปกติจนต้องกลับไปรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชแบบผู้ป่วยในอีกครั้ง เพียงแต่ไปรับการรักษา กับจิตแพทย์ตามนัดหมาย นอกจากนั้นผู้ป่วยก็สามารถทำงานได้เป็นปกติทั่วไปได้

ซึ่งตอนนี้อาการผู้ป่วยก็อาการดี ทำงานได้ ซึ่งเราจะมีชมคำว่า เห็นเพื่อน ๆ ผู้ป่วยด้วยกันกับผู้ป่วยที่ไม่ดูแลตนเองก็ต้องกลับไปรักษาในโรงพยาบาลซ้ำแล้วซ้ำอีก แต่เพราะผู้ป่วยดูแลตนเองดีเลยยังไม่ต้องกลับไปรักษาแบบผู้ป่วยในเลย”

(ญาติ ครอบครัวที่ 4)



ภาพประกอบ 5 กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีของญาติครอบครัวที่ 4 และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว

จากที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลของทั้ง 4 ครอบครัวและมีการนำเสนอกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว เป็นรายครอบครัวแล้วนั้นทำให้ผู้วิจัยพบว่า ในแต่ละครอบครัวญาติมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีนั้น มีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่มีทั้งความเหมือนกัน มีกระบวนการเกิดขึ้นซ้ำ ๆ กัน และมีกระบวนการในการดูแลที่ไม่เหมือนกัน แตกต่างของแต่ละครอบครัว ซึ่งในประเด็นกระบวนการดูแลที่มีความแตกต่างกัน และประเด็นที่มีกระบวนการดูแลที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ กันนั้นผู้วิจัยสามารถแยกเป็นประเด็นได้ดังนี้

1. ช่วงของกระบวนการในการดูแลของทั้ง 4 ครอบครัวนั้นมีความแตกต่างกันในประเด็นที่มีถึง 3 ครอบครัวที่มีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีโดยแบ่งเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงเตรียมตัว ช่วงเริ่มต้น และช่วงสนับสนุน แต่มีเพียงครอบครัวเดียวเท่านั้นที่ญาติมีการดูแลผู้ป่วยโดยแบ่งการดูแลเพียง 2 ช่วงเท่านั้นก็คือ ครอบครัวที่ 3 ที่ญาติไม่ได้มีโอกาสในการเตรียมความพร้อมในการที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบทันทีทันใด เนื่องมาจากที่กรณีของครอบครัวที่ 3 ญาติคาดหวังว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีจะต้องถูกศาลตัดสินลงโทษให้จำคุกก่อนที่จะได้กลับบ้าน แต่ในความเป็นจริงศาลพิจารณาแล้วตัดสินให้ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ในทันที ทำให้ญาติผู้ที่พาผู้ป่วยไปฟังคำพิพากษาจากศาลก็พาผู้ป่วยกลับบ้านในทันที ซึ่งญาติคนอื่นๆ ในครอบครัวจึงไม่ทันได้เตรียมตัวในการที่จะดูแลผู้ป่วย

2. เมื่อพิจารณาแต่ละช่วงของการดูแล คือ ช่วงเตรียมตัว ช่วงเริ่มต้น ช่วงสนับสนุน และการดูแลด้านอื่นๆ นั้นมีความเหมือนและความแตกต่างกัน ดังนี้

ช่วงเตรียมตัว เป็นช่วงที่ญาติได้มีโอกาสในการเตรียมตัวตนเองในการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับมาดูแลที่บ้านอีกครั้ง

การหาความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช

ซึ่งในกระบวนการหาความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชของญาตินั้น มีญาติของทั้ง 2 ครอบครัวมีการเตรียมตนเองโดยการเริ่มหาความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยเป็น ญาติเริ่มหาวิธีการในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งจากเดิมที่ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีคดีความญาติไม่มีความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช แต่หลังจากที่เกิดคดีความญาติมีการเปลี่ยนแปลงตนเอง แต่มีเพียงครอบครัวที่ 2 เพียงครอบครัวเดียวที่ญาติไม่ได้ให้ข้อมูลในส่วนของการที่ญาติได้ไปหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค หรือวิธีการในการที่จะดูแลผู้ป่วย ไม่ได้มีการเตรียมตัวในด้านนี้ ซึ่งญาติของครอบครัวนี้ก่อนที่จะมีคดีความและหลังจากที่มีคดีความก็มีการรับรู้เรื่องโรคทางจิตเวชที่ไม่ค่อยแตกต่างกันเท่าที่ควรซึ่งญาติยังคงมีการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ

การได้ทดลองดูแลผู้ป่วย

จากการสัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีทั้ง 4 ครอบครัวจะพบว่า มีญาติจาก 3 ครอบครัว คือ ครอบครัวที่ 1, 2 และครอบครัวที่ 4 ที่ญาติได้มีโอกาสในการได้ทดลองดูแลผู้ป่วยเสมือนเป็นการดูแลผู้ป่วยจริง จากการที่โรงพยาบาลจิตเวชจะทำหนังสือขออนุญาตศาล เพื่อขออนุญาตศาลให้ผู้ป่วยได้ทดลองเยี่ยมบ้าน หลังจากที่ไม่ได้กลับสู่ครอบครัว และชุมชนเป็นระยะเวลาตามเวลาของกระบวนการยุติธรรม ซึ่งในส่วนของการให้ผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวในทันทีทั้งญาติที่เป็นผู้ดูแลและผู้ป่วยไม่ได้อยู่ด้วยกันมานาน อีกทั้งญาติก็อาจจะยังไม่มีความพร้อมในการที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชในทันที ซึ่งอาจจะต้องใช้เวลาในการทดลองปรับตัวเข้าหากันก่อน ดังนั้นทีมแพทย์และญาติจึงมีกระบวนการให้ผู้ป่วยได้ทดลองเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ญาติก็ได้ทดลองดูแลผู้ป่วยตามความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้ศึกษามา และถ้าญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีก็สามารถเพิ่มระยะเวลาในการทดลองเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยได้ จนสุดท้ายผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่กับ

ครอบครัวได้จนปัจจุบัน ซึ่งจากการศึกษาจะมีเพียงครอบครัวที่ 3 เพียงครอบครัวเดียวเท่านั้นที่ไม่ได้มีการทดลองให้ญาติได้มีการดูแลผู้ป่วยก่อนที่จะรับผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านอีกครั้ง

การได้ทดลองรับและส่งผู้ป่วยตามที่แพทย์นัดหมาย

สืบเนื่องจากการที่ครอบครัว 3 ครอบครัวได้มีการให้ญาติได้ทดลองดูแลผู้ป่วยตามระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงตามที่ทางโรงพยาบาลได้กำหนดเอาไว้แล้วนั้น ญาติยังต้องทำหน้าที่ในการไปรับหรือไปส่งผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจิตเวชตามที่แพทย์ได้นัดหมาย ซึ่งก่อนหน้าที่ผู้ป่วยจะมีคตินั้นญาติของแต่ละครอบครัวอาจจะเคยมีประสบการณ์ในการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์หรือไม่เคยมีประสบการณ์เลยก็ตาม แต่เมื่อผู้ป่วยมีคตินั้นเกิดขึ้นแล้วนั้นญาติที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยก็มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และญาติก็เห็นความสำคัญในการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดหมาย แต่ในประเด็นนี้แม้จะมีครอบครัวที่ 3 เพียงครอบครัวเดียวที่ไม่มีประสบการณ์ในการทดลองดูแลผู้ป่วย และการทดลองดูแลผู้ป่วยโดยการไปรับและส่งพบแพทย์ตามที่นัดหมายในปัจจุบันนั้น แต่เดิมญาติของครอบครัวมีประสบการณ์ในการดูแล และได้มีประสบการณ์ในการพาผู้ป่วยจิตเวชไปพบแพทย์มาก่อนตอนที่ผู้ป่วยยังเด็ก ๆ และตอนนั้นก็ยังไม่มีความ

ซึ่งผู้วิจัยมีความคิดว่าแม้ว่ามีเพียงครอบครัวเดียวที่ไม่มีประสบการณ์ในการได้ทดลองดูแลและการไปรับและส่งผู้ป่วยตามที่แพทย์นัดหมายเอาไว้ แต่จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่า จริง ๆ แล้วทั้ง 4 ครอบครัวได้มีโอกาสในการทดลองดูแลผู้ป่วยก่อนที่จะรับผู้ป่วยกลับไปอยู่กับครอบครัวอีกครั้ง โดย 3 ครอบครัวญาติได้มีโอกาสทดลองดูแลผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยสิ้นสุดคตินั้นตามกระบวนการยุติธรรม ส่วนอีกครอบครัวก็มีประสบการณ์ในการได้ดูแลผู้ป่วย และมีการรับส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดหมายในช่วงที่ผู้ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชตั้งแต่เด็ก ๆ ซึ่งทำให้เห็นว่ากระบวนการในการทดลองเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยที่ให้อาญาติได้มีโอกาสในการเริ่มดูแลผู้ป่วยในช่วงเตรียมตัวนั้นก็มีความสำคัญในกระบวนการดูแลผู้ป่วย

ช่วงเริ่มต้น

ในช่วงนี้ญาติที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคตินั้นก็จะให้ความสำคัญกับกระบวนการในการดูแลด้านอาการทางจิตของผู้ป่วยเป็นหลัก แต่ที่มีความแตกต่างกันกับครอบครัวอื่นๆ ก็คือ ในครอบครัวที่ 3 ที่ญาติไม่มีช่วงของการเตรียมตัวนั้น แต่เมื่อญาติเริ่มดูแลผู้ป่วยก็เป็นในช่วงเริ่มต้นเลย ดังนั้นในการที่ญาติจะดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคตินั้นได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมนั้นญาติก็เริ่มจากการดูแลผู้ป่วยไปพร้อมกับการหาความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช และวิธีการในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเวชเช่นกัน ซึ่งที่แตกต่างกับครอบครัวอื่นๆ ก็คือ ญาติของครอบครัวอีก 3 ครอบครัวมีการหาความรู้เรื่องโรคทางจิตเวชตั้งแต่ในช่วงเตรียมตัว เมื่อมาถึงช่วงเริ่มต้นก็สามารถที่จะเริ่มดูแลผู้ป่วยได้ อีกประเด็นในส่วนที่มีความแตกต่างกันก็คือ ลำดับขั้นของกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงเริ่มต้นมีการเรียงลำดับที่มีความแตกต่างกันเล็กน้อย โดยส่วนใหญ่ 3 ญาติของ 3 ครอบครัวมีการเริ่มกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจากการสังเกตพฤติกรรม ต่อมาเป็นการจัดการเรื่องยา การ

พาไปหาหมอ และการขอความช่วยเหลือ แต่มีเพียงครอบครัวเดียวที่เริ่มกระบวนการโดยการพาผู้ป่วยไปหาหมอตตามนัดหมาย จัดการด้านยา สังเกตอาการ และก็ขอความช่วยเหลือเช่นกัน แต่ถึงแม้ว่าจะมีการเริ่มต้นของกระบวนการดูแลที่แตกต่างกันแต่ญาติก็ให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอนไม่แตกต่างกัน โดยในช่วงนี้ของแต่ละครอบครัวก็มีความเหมือนกันในขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้ป่วยก็คือ

การสังเกตอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง หนึ่งในกระบวนการดูแลผู้ป่วยของญาติจากทั้งสี่ 4 ครอบครัวจะมีความสามารถในการสังเกตพฤติกรรมที่เป็นปกติ และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยเพื่อจะได้วางแผนหรือญาติจะได้มีวิธีการในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องในขั้นตอนต่อไป

การจัดการเรื่องยา

โดยญาติของทั้ง 4 ครอบครัวให้ความสำคัญกับเรื่องการดูแลยาให้ผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากในการรักษาโรคทางจิตเวช การได้รับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่งเป็นสิ่งจำเป็น ดังนั้นกระบวนการที่ญาติให้การดูแลผู้ป่วย คือ การที่ญาติเป็นผู้ดูแล และจัดการเรื่องของการรับประทานยาของผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นผู้ที่คอยบอกกล่าว ตักเตือน กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ

การพาผู้ป่วยไปหาหมอ

ในช่วงเริ่มต้นที่ญาติให้การดูแลผู้ป่วยด้านอาการทางจิตเวช ญาติที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจาก 3 ครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลเรื่องการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดหมาย มีเพียงครอบครัวที่ 2 เพียงครอบครัวเดียวที่ญาติไม่ต้องพาผู้ป่วยไปหาหมอ แต่เป็นผู้ป่วยเองที่สามารถไปหาหมอจากโรงพยาบาลจิตเวชที่ส่วนกลาง และการไปหาหมอในเขตพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ตามที่แพทย์นัดหมาย

การขอความช่วยเหลือ

ในช่วงเริ่มต้นนี้ ญาติอาจจะยังไม่ได้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมากนัก ดังนั้นในการที่ญาติจะต้องมีแหล่งสนับสนุนที่สามารถขอความช่วยเหลือ แหล่งที่ให้คำปรึกษาในด้านการดูแล และวิธีการในการจัดการผู้ป่วยจิตเวชได้ ซึ่งในประเด็นนี้ญาติของทั้ง 4 ครอบครัวจะมีแหล่งสนับสนุนในการให้ความช่วยเหลือก็คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งจากส่วนกลาง และในพื้นที่ที่ญาติดูแลผู้ป่วยอาศัยอยู่

ช่วงสนับสนุน

เป็นช่วงที่ญาติเริ่มมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งในกระบวนการดูแลผู้ป่วยในช่วงสนับสนุนนี้นั้น ญาติของทั้ง 4 ครอบครัวมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มี

การสังเกตพฤติกรรมอาการของตนเอง อีกทั้งยังสนับสนุนให้ผู้ป่วยเริ่มจัดการเรื่องของการรับประทานยาด้วยตนเอง

การสนับสนุนให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์เองนั้น มีญาติ 3 ครอบครัวมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตนเองในการไปหาหมอตามที่นัดหมาย แต่มีเพียง 1 ครอบครัว คือ ครอบครัวที่ 3 ที่ญาติยังไม่ให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยไปหาหมอดด้วยตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยยังมีอายุไม่มาก ซึ่งเวลาไปไหนมาไหนญาติจะเป็นผู้ไปส่งทุกที่อยู่เป็นประจำ ทั้งโรงเรียน ที่ทำงานอดิเรก หรือการพาไปเที่ยวสถานที่ต่างๆ

การสนับสนุนให้หาวิธีการจัดการความเครียดด้วยตนเอง ในประเด็นนี้ก็เช่นกัน มีญาติ 3 ครอบครัวที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยหาวิธีการในการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน

การดูแลในด้านการปกป้องผู้ป่วย

เป็นอีกหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี เมื่อญาติเริ่มมีการยอมรับที่จะให้ผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวอีกครั้งนั้น ญาติก็ต้องมีการเตรียมวิธีการในการที่จะปกป้องผู้ป่วยจากบุคคลที่ต่อต้าน ปฏิเสธผู้ป่วย ซึ่งวิธีการนั้นก็จะต้องสามารถใช้ได้กับบุคคลที่ต่อต้านกันภายในครอบครัว บุคคลในชุมชน ซึ่งในการปกป้องผู้ป่วยนั้นมีญาติ 3 ครอบครัวที่มีการดูแลผู้ป่วย ปกป้องผู้ป่วย ตั้งแต่ช่วงเตรียมตัวรับผู้ป่วย ช่วงเริ่มต้นดูแล จนถึงช่วงสนับสนุนผู้ป่วย ส่วนอีก 1 ครอบครัวที่ไม่ได้มีการปกป้องผู้ป่วยจากผู้ต่อต้านก็เพราะ บุคคลในครอบครัว หรือบุคคลในชุมชนมีความเข้าใจและยอมรับผู้ป่วย ซึ่งไม่มีปฏิกิริยาของการต่อต้านผู้ป่วย

การดูแลในด้านการดำรงชีวิตประจำวัน

ญาติของทั้ง 4 ครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยในด้านการดำรงชีวิตประจำวันไม่ว่าจะเป็นการดูแลรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการใช้ชีวิตประจำวัน การที่ญาติดูแลเรื่องอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ และการดูแลเรื่องการเดินทางไปต่างๆ ซึ่งการดูแลด้านนี้นั้นญาติให้การดูแลมาตั้งแต่ช่วงเตรียมตัว ช่วงเริ่มต้น ตลอดจนถึงช่วงสนับสนุน ญาติก็ยังคงให้การดูแลมาตลอด

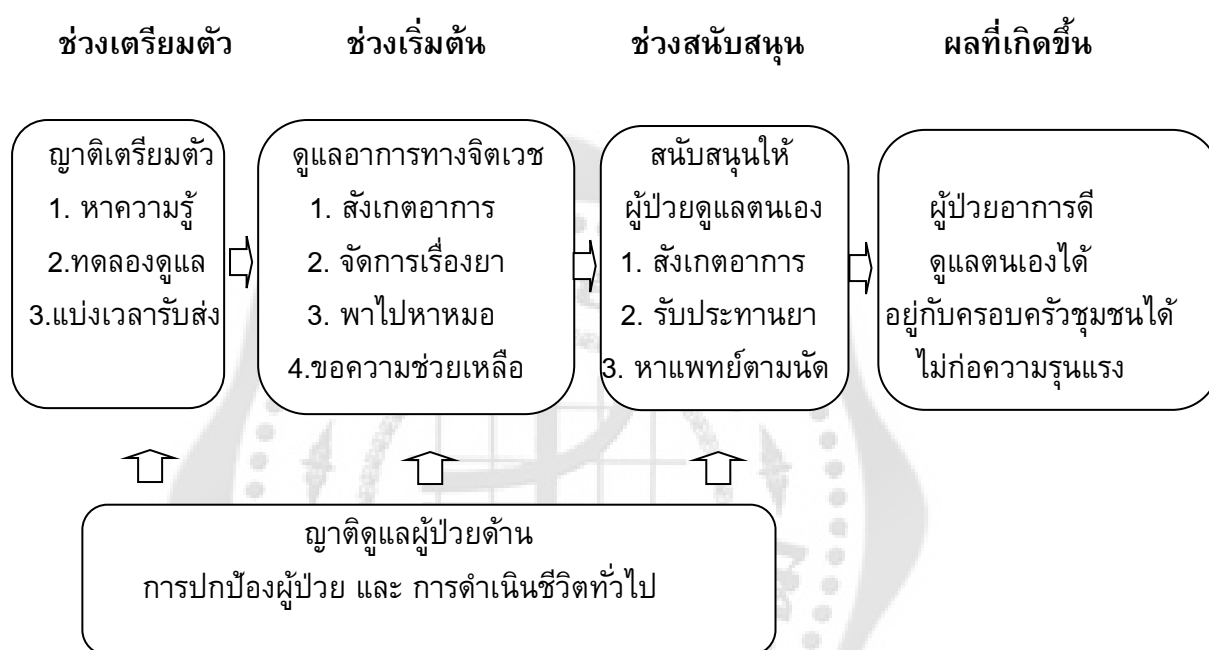
การดูแลด้านการศึกษา

มีเพียงครอบครัวที่ 3 เพียงครอบครัวเดียวเท่านั้นที่ญาติยังมีการสนับสนุนด้านการศึกษาให้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี เนื่องจากผู้ป่วยยังอยู่ในวัยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการศึกษา และญาติก็มีความคาดหวังให้ผู้ป่วยมีความรู้เพื่อสามารถดูแลตนเองได้ ส่วนญาติอีก 3 ครอบครัวไม่มีข้อมูลในส่วนที่ดูแลด้านการศึกษาให้กับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยของครอบครัวที่ 1,2 และ 4 นั้นอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่ก่อนหน้านี้จะมีคดีความผู้ป่วยก็อยู่ในวัยทำงานที่มีงานทำประจำกันอยู่แล้ว

ผลการดูแลโดยครอบครัว

จากการประเมินผู้ป่วยทั้ง 4 ครอบครัวก็พบว่าตั้งแต่ที่ญาติรับผู้ป่วยกลับมาดูแลที่บ้านผู้ป่วยก็มีอาการทางจิตลดลง สามารถดูแลตนเองได้ รับผิดชอบงานได้ อยู่กับครอบครัวและชุมชนได้โดยไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

จากผู้วิจัยได้นำเสนอกระบวนการดูแลผู้ป่วยของญาติทั้ง 4 ไว้แล้วข้างต้นจะเห็นว่าในแต่ละครอบครัวมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่กระทำซ้ำๆ กันตั้งแต่ 3 ครอบครัวขึ้นไปจนถึง 4 ครอบครัว จนกระทั่งผลของการดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัวก็มีลักษณะที่ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงจะขอสรุปกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีของญาติในแบบภาพรวมของทั้ง 4 ครอบครัว เพื่อที่จะได้เห็นภาพรวมของการดูแลทั้งหมด ดังนี้



ภาพประกอบ 6 ภาพรวมของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
หลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว

จากภาพเป็นการแสดงให้เห็นภาพรวมของกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีของทั้ง 4 ครอบครัว โดยจะมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีที่แบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงเริ่มต้น ช่วงปกป้อง และช่วงสนับสนุน ซึ่งในแต่ละช่วงญาติจะมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชดังนี้

ช่วงเตรียมตัว เป็นช่วงญาติต้องมีการเตรียมตัว และปรับตัวในการที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับสู่ครอบครัวอีกครั้งโดยญาติจะมีกระบวนการเตรียมตัวดังนี้

การเริ่มต้นหาความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช และวิธีการในการดูแลผู้ป่วยทั้งจากการสอบถามจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การดูตัวอย่างจากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช จากการเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของทางโรงพยาบาล หรือการอ่านจากบทความแผ่นพับความรู้ต่างๆ

การทดลองดูแลผู้ป่วยในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการอนุญาตให้ทดลองเยี่ยมบ้าน

การทดลองดูแลผู้ป่วยโดยการไปรับและไปส่งผู้ป่วยตามที่แพทย์กำหนด

ช่วงเริ่มต้น เป็นช่วงนี้ญาติจะให้ความสำคัญกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยด้านการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยดังนี้

การสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย

การดูแลเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวช โดยญาติอาจจะมีวิธีการในการดูแลเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวชของผู้ป่วยที่ทั้งการตักเตือนจากการบอกกล่าวทางคำพูด บอกกล่าวเป็นข้อความที่เขียนไว้คู่กับอาหารที่เตรียมเอาไว้ให้ผู้ป่วย หรือการพูดให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของยาแต่ละเม็ดและประโยชน์ของการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง

การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามที่นัดหมาย

การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยญาติจะมีเบอร์โทรศัพท์ส่วนตัวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อขอความช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทันที

ช่วงสนับสนุน เป็นช่วงที่ญาติมีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจนคล้ายคนปกติทั่วไปที่สามารถรับผิดชอบในการดูแลตนเองได้ ซึ่งในช่วงนี้ญาติจะมีกระบวนการในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเริ่มมีการดูแลตนเองทั้งสิ้น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผิดปกติของ
2. ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวชด้วยตนเอง
3. ญาติไว้วางใจให้ผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ด้วยตนเอง
4. สนับสนุนให้ผู้ป่วยหาวิธีจัดการความเครียดด้วยตนเอง วิธีการในการ

จัดการความเครียดของแต่ละคนก็จะแตกต่างกันไปตามความชอบ และความเหมาะสมของแต่ละบุคคล เช่น การไปวัดฟังเทศน์ ฟังธรรม การไปช่วยงานที่วัด การช่วยงานของชุมชน การพูดคุยกับชาวบ้าน และการขอไปเป็นอาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือคนที่กำลังเดือนร้อน

นอกจากนั้นญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดียังต้องมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยใน **ด้านการปกป้องผู้ป่วย** จะเป็นช่วงที่ญาติจะมีการปกป้องผู้ป่วยจากผู้ที่ไม่ยอมรับผู้ป่วย โดยญาติจะมีการเตรียมตัวเพื่อที่จะต้องเผชิญกับผู้ที่ต่อต้านผู้ป่วยโดยการพูดคุย อธิบายสาเหตุของคดีว่าเกิดจากความเจ็บป่วยทางจิต หรือมีการนำเอาผู้นำชุมชนมาอธิบายหรือพูดให้คนอื่น ๆ เข้าใจ นอกจากนั้นถ้ายังไม่สามารถพูดคุยกันได้ ญาติก็มีการเตรียมการโดยการใช้เจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นคนกลางในการเจรจาต่อไป ส่วนการดูแลของญาติใน **ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน** ญาติจะดูแลทั้งด้านการเงิน ด้านอาหาร และการเดินทางต่างๆ ของผู้ป่วย

ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว

จากการศึกษาของผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัวจะเห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีทั้ง 4 ครอบครัวมีพฤติกรรมที่เป็นปกติเหมือนคนทั่วไป สามารถพูดคุย ควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น สามารถรับผิดชอบในงานที่ทำได้ สามารถอยู่ร่วมกับคนในครอบครัว ชุมชนกับเพื่อนร่วมงานได้ดี ที่สำคัญผู้ป่วยยังไม่ต้องกลับรักษาอาการจิตเวชแบบผู้ป่วยในและยังไม่มีอาการก่อคดีความที่รุนแรงซ้ำรอยอีกครั้ง

ส่วนที่ 4 แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรรมในครอบครัว เมื่อกลับคืน

สู่ครอบครัวอีกครั้ง

ในส่วนที่ 4 ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ที่ต้องการหาแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งสิ้น 4 ครอบครัวแล้วนั้น พบว่าในการดูแลผู้ป่วยทั้งในช่วงเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะมีคดีความ และหลังจากช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสิ้นสุดคดีความตามกระบวนการยุติธรรมนั้นมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในหลายๆ ประเด็นดังนี้ คือ ในช่วงเวลาหลังจากสิ้นสุดคดีความตามกระบวนการยุติธรรมแล้วนั้นผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยก็มีจำนวนที่มากขึ้น ซึ่งจากข้อมูลจะมีเพียงญาติของผู้ป่วยเท่านั้นที่ให้การดูแลผู้ป่วย หรือบางครอบครัวก็ไม่มีใครในการที่จะดูแลผู้ป่วยในเรื่องของการเจ็บป่วยทางจิตเวชจนกระทั่งผู้ป่วยก่อคดีความขึ้น แต่หลังจากที่สิ้นสุดกระบวนการยุติธรรมแล้วนั้นก็มีการดูแลผู้ป่วยร่วมกันมากกว่า ช่วงเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะมีคดีความ จากในส่วนของกระบวนการในการดูแลที่ผู้วิจัยได้กล่าวไว้แล้ว ข้างต้นนั้นจะพบว่า มีทั้งญาติและผู้ป่วยที่ช่วยกันดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัว และชุมชนได้ อีกทั้งญาติและผู้ป่วยก็มีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลายมากขึ้น เช่นกัน และที่สำคัญคือผลของการดูแลผู้ป่วยก็แตกต่างกันโดยในช่วงเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะมีคดีความนั้นญาติก็มีวิธีการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช แต่ผลสุดท้ายคือผู้ป่วยยังมีการทางจิตเวชคงอยู่หรือมากขึ้นเรื่อยๆ และมีคดีความรุนแรงเกิดขึ้นในที่สุด แต่เมื่อเปรียบเทียบกับผลของการดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลาหลังจากที่ผู้ป่วยสิ้นสุดคดีความตามกระบวนการยุติธรรมจะพบว่า ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่ลดลงจนคล้ายคนปกติธรรมดาทั่วไปที่สามารถใช้ชีวิตประจำได้เป็นปกติ อีกทั้งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทั้ง 4 ครอบครัวยังไม่มีความเกิดขึ้นซ้ำอีกครั้ง ดังนั้นจากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในช่วงเวลาหลังจากสิ้นสุดคดีความตามกระบวนการยุติธรรมนั้น ญาติมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีลักษณะอาการและพฤติกรรมที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาวิธีการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะในช่วงเวลาหลังจากที่ผู้ป่วยสิ้นสุดคดีความตามกระบวนการยุติธรรมแล้วก็ยังพบอีกว่า ในแต่ละครอบครัวของกรณีศึกษาจะมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยในหลายประเด็นที่แตกต่างกัน และก็มีหลายๆ ประเด็นที่แต่ละครอบครัวมีความเหมือนกัน คล้ายคลึงกัน ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยที่มีความคล้ายกันนั้น บางประเด็นมีจำนวนถึง 3 ครอบครัวที่มีวิธีการที่เหมือนกันและมีบางประเด็นที่มี

จำนวนถึง 4 ครอบครัวมีวิธีการในการดูแลผู้ป่วยที่เหมือนกัน และยังมีบางประเด็นที่มีการดูแลผู้ป่วยไม่เหมือนครอบครัวอื่นๆ เลย ดังนั้นในการที่ผู้วิจัยจะหาแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังจากสิ้นสุดคดีความแล้วนั้น ผู้วิจัยได้วิเคราะห์จากกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละครอบครัวใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่คล้ายๆ กัน เกิดการกระทำที่ซ้ำๆ กัน ซึ่งในที่นี้จะเห็นว่าในแต่ละครอบครัวมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เหมือนกัน นอกจากนั้นเมื่อวิเคราะห์แยกประเด็นต่างๆ ของผู้ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย 3 ช่วงเวลา คือ ช่วงเตรียมตัว ช่วงเริ่มต้น และช่วงสนับสนุนนั้น จะพบว่ามียุทธศาสตร์ที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่ซ้ำๆ กันทั้ง 4 ครอบครัวตลอด 3 ช่วงเวลาโดยสามารถแยกได้ออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ญาติมีการดูแลเป็นหลักก็จะมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในหลายด้าน และส่วนที่ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองก็จะมีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยในหลายด้านเช่นกัน ดังที่ผู้วิจัยได้สรุปเป็นตารางแสดงแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยไว้ดังนี้

ตาราง 5 แสดงแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรรมในครอบครัว เมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง

ช่วงการดูแล	แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรรมในครอบครัว เมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง					
ช่วงเตรียมตัว	หาความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช	ทดลองดูแล	ทดลองพาพบแพทย์	ปกป้องผู้ป่วย	ดูแลการดำรงชีวิตประจำวัน	
	ญาติมีการดูแลเป็นหลัก ครอบครัวที่ 1 และ 4					
	ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ครอบครัวที่ 2			ญาติมีการดูแลเป็นหลัก ครอบครัวที่ 2		
	ครอบครัวที่ 3 ไม่มีช่วงของการเตรียมตัว					
ช่วงเริ่มต้น	สังเกตอาการ	จัดการเรื่องยา	พาพบแพทย์	ขอความช่วยเหลือ	ปกป้องผู้ป่วย	ดูแลการดำรงชีวิตประจำวัน
	ญาติมีการดูแลเป็นหลัก ครอบครัวที่ 1, 3 และ 4					
	ญาติมีการดูแลเป็นหลัก ครอบครัวที่ 2	ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ครอบครัวที่ 2		ญาติมีการดูแลเป็นหลัก ครอบครัวที่ 2	ญาติมีการดูแลเป็นหลัก ครอบครัวที่ 2	
ช่วงสนับสนุน	สังเกตอาการตนเอง	จัดการเรื่องยาเอง	ไปพบแพทย์เอง	หาวิธีคลายเครียด	ปกป้องผู้ป่วย	ดูแลการดำรงชีวิตประจำวัน
	ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ครอบครัวที่ 1			ญาติมีการดูแลเป็นหลัก		
	ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ครอบครัวที่ 2 และ 4			ครอบครัวที่ 1,3 และ 4		ครอบครัวที่ 1,2,3 และ 4
	ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ครอบครัวที่ 3		ญาติมีการดูแลเป็นหลัก ครอบครัวที่ 3	ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ครอบครัวที่ 3		

จากตารางข้างต้นจะเห็นได้ว่า จากการแบ่งตามช่วงทั้ง 3 ช่วงของกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี คือ ช่วงเตรียมตัว ช่วงเริ่มต้น และช่วงสนับสนุนนั้น จะเห็นได้ว่าทั้ง 3 ช่วงจะมีแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังจากสิ้นสุดคดีความตามกระบวนการยุติธรรม 2 แบบแผน คือ แบบแผนการดูแลผู้ป่วยโดยญาติดูแลเป็นหลัก และแบบแผนการดูแลที่ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ซึ่งทั้ง 2 แบบแผนนี้จะใช้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในแต่ละช่วงของการดูแล ซึ่งผู้วิจัยขออธิบายรายละเอียดของตารางแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีมาบุคคลในครอบครัว เมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้งดังนี้

ช่วงเตรียมตัว

เป็นช่วงที่ญาติมีการเตรียมความพร้อมตนเองในการที่จะเตรียมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับมาดูแลที่บ้านอีกครั้ง ซึ่งขั้นตอนของการเตรียมตัวนี้ ญาติจะเริ่มจากการที่จะต้องหาความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช และวิธีการในการที่จะดูแลผู้ป่วยซึ่งญาติก็จะมีแนวทางที่หลากหลายในการแสวงหาความรู้ดังกล่าว ทั้งการสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญ การสังเกต และการหาความรู้ด้วยตนเอง หลังจากนั้นญาติก็เริ่มที่จะได้ทำการทดลองดูแลผู้ป่วยในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการอนุญาตจากศาลให้ทดลองเยี่ยมบ้านได้ อีกทั้งญาติก็ยังคงต้องทดลองดูแลผู้ป่วยในการไปรับ ไปส่งผู้ป่วยจากบ้านไปโรงพยาบาลจิตเวชตามระยะเวลาที่แพทย์นัดหมาย ไม่เพียงเท่านั้นญาติยังต้องทำการดูแลปกป้องผู้ป่วยจากผู้ต่อต้าน ปฏิเสธผู้ป่วยไม่ให้กลับมาอยู่ในครอบครัวอีกครั้ง ซึ่งผู้ต่อต้านนั้นอาจจะเป็นบุคคลในครอบครัว หรือ บุคคลในชุมชนก็ได้ ซึ่งในช่วงนี้ญาติก็ต้องมีการดูแลผู้ป่วย ต้องมีการพูดคุยและอธิบายเหตุผลต่างๆ ในกับกลุ่มบุคคลที่ต่อต้านผู้ป่วยมีความเข้าใจ และยอมให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัวและชุมชนเดิมให้ได้ และญาติยังต้องให้การดูแลผู้ป่วยด้านการดำเนินชีวิตประจำวันไม่ว่าจะเป็นการดูแลด้านการเงิน ด้านอาหาร และด้านการเดินทาง ไม่เพียงแต่ญาติจะดูแลผู้ป่วยเท่านั้น ยังมีในส่วนที่ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองร่วมด้วยก็คือ การที่ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองทั้งในส่วนของการดูแลตนเอง และการไปพบแพทย์ตามที่นัดหมายด้วยตนเอง จากที่กล่าวไปข้างต้นจะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยในช่วงเตรียมตัวนี้จะมีการเน้นการดูแลผู้ป่วยโดยญาติมีการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก เพราะญาติจะต้องมีการเตรียมตนเอง และต้องมีการดูแลผู้ป่วยในหลายๆ ด้าน ไม่เพียงเท่านั้นในช่วงเตรียมตัวนี้ผู้วิจัยก็ยังพบว่ามี การดูแลผู้ป่วยโดยที่ญาติจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพียงบางด้านร่วมด้วย

ช่วงเริ่มต้น

เป็นช่วงที่ผู้ป่วยได้กลับมาอยู่กับครอบครัวอีกครั้ง ซึ่งในช่วงนี้ญาติที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจะได้เริ่มต้นให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งญาติจะดูแลผู้ป่วยในด้านอาการทางจิตเวช โดยเริ่มจากเมื่อผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัวแล้วนั้น ญาติจะมีการสังเกตอาการ พฤติกรรมที่เป็นปกติหรือผิดปกติของผู้ป่วยเพื่อที่ญาติจะสามารถหาแนวทางในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ

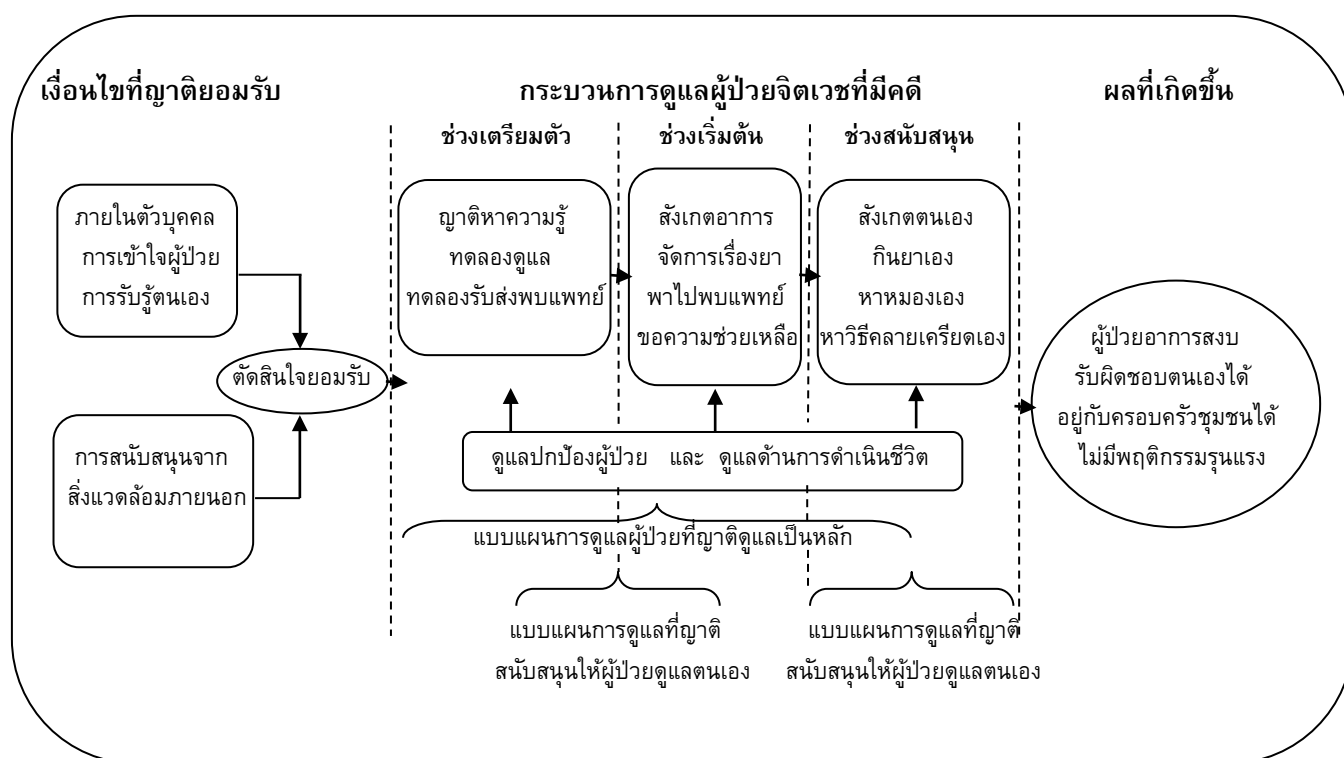
ได้อย่างรวดเร็ว และถูกต้อง หลังจากนั้นญาติก็ยังคงให้การดูแลผู้ป่วยในด้านการจัดการเรื่องยา ทั้งที่ญาติจะเป็นผู้ที่จัดเตรียมยาให้กับผู้ป่วย หรือการที่ญาติจะเป็นการตักเตือน บอกล่าว และการอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยา การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามที่นัดหมาย นั้น ญาติก็ยังคงรับผิดชอบดูแลและพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ด้วยตนเอง และเมื่อเกิดปัญหาที่ญาติไม่สามารถที่แก้ไขสถานการณ์ หรือไม่เข้าใจอาการ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงญาติก็สามารถที่จะขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ในทันที ไม่เพียงแต่ญาติของผู้ป่วยจะให้การดูแลแต่เพียงด้านอาการทางจิตเวชเท่านั้น ญาติยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในด้านการปกป้องผู้ป่วยจากผู้ที่ไม่ดีต่อตัว ไม่ยอมให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่ในครอบครัว และชุมชนอีกครั้ง ไม่เพียงเท่านั้น ญาติยังให้การดูแลผู้ป่วยในด้านการดำรงชีวิตประจำวันไปด้วย ซึ่งญาติจะดูแลในด้านการเงินที่เป็นค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ดูแลด้านอาหาร และการเดินทางไปสถานที่ต่าง ๆ หรือการไปพบแพทย์ก็ตาม ไม่เพียงเท่านั้นจากตามจะเห็นว่า ในช่วงเริ่มต้นนี้ ยังมีการดูแลผู้ป่วยที่ญาติได้มีการสนับสนุนผู้ป่วยดูแลตนเองร่วมกับการที่ญาติดูแลเป็นหลักก็คือ การที่ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองทั้งในส่วนของ การดูแลตนเอง และการไปพบแพทย์ตามที่นัดหมายด้วยตนเอง ซึ่งลักษณะดังกล่าว เป็นการดูแลที่ญาติของครอบครัวที่ 2 มีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองมาตั้งแต่ช่วงเตรียมตัวจนถึงช่วงเริ่มต้น ซึ่งผู้ป่วยก็สามารถที่จะรับผิดชอบในการดูแลตนเองได้ จากที่กล่าวไปข้างต้นจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยในช่วงเริ่มต้นนี้ก็ยังคงมีการเน้นการดูแลผู้ป่วยโดยญาติมีการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก เพราะญาติจะต้องมีการดูแลผู้ป่วยในหลายๆ ด้านเหมือนช่วงเตรียมตัว ไม่เพียงเท่านั้นในช่วงเริ่มต้นผู้วิจัยก็ยังพบว่าการดูแลผู้ป่วยโดยที่ญาติจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเพียงบางด้าน

ช่วงสนับสนุน

เป็นช่วงที่ญาติจะสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเริ่มลักษณะพฤติกรรมเหมือนคนเป็นปกติทั่วไปจนสามารถที่จะรับผิดชอบดูแลตนเองได้ ดังนั้นญาติก็จะเริ่มมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีการดูแลตนเองมากขึ้น โดยญาติเริ่มสนับสนุนให้ผู้ป่วยสังเกตอาการ พฤติกรรมที่เป็นปกติหรือผิดปกติของตนเอง สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการเรื่องยาของผู้ป่วยได้เอง สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถไปพบแพทย์ที่ประจำในโรงพยาบาลส่วนกลาง หรือแพทย์ที่ประจำในโรงพยาบาลที่เขตพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยตนเอง สนับสนุนเมื่อผู้ป่วยจะหาวิธีการในการคลายเครียดให้ตนเอง ซึ่งญาติไม่ได้ขัดขวาง แต่เมื่อสังเกตจากตารางยังพบว่าในช่วงสนับสนุนนี้ แม้จะมีหลายๆ ด้านที่ญาติให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ แต่สิ่งที่ญาติยังคงทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลักก็คือ การปกป้องผู้ป่วยจากผู้ที่ไม่ดีต่อตัวซึ่งผู้ที่ไม่ดีต่อตัว ปฏิเสธผู้ป่วยนั้นยังคงไม่ยอมรับในตัวผู้ป่วยสืบเนื่องมาจากตั้งแต่ช่วงของการเตรียมตัว ต่อด้วยช่วงของการเริ่มต้น แม้กระทั่งมาช่วงสนับสนุนที่ผู้ต่อต้านยังคงไม่ยอมรับผู้ป่วยแต่ระดับของความรุนแรงจะไม่เท่าในช่วงแรกๆ ก็ตาม ซึ่งทำให้ญาติก็ยังต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลักในการปกป้องผู้ป่วย นอกจากนั้นในส่วนที่ญาติก็ยังให้การดูแลโดยญาติดูแลเป็น

หลักมาตลอดเช่นกันก็คือ การดูแลด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน จากที่กล่าวไปข้างต้นจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยในช่วงสัปดาห์นี้เริ่มมีการเน้นในส่วนที่ญาติจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในหลายๆ ด้าน แต่ที่สำคัญก็คือ ญาติก็จะต้องมีการดูแลผู้ป่วยเป็นหลักในด้านการปกป้อง และการดูแลด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ควบคู่กับที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

จากการศึกษาวิจัยของทั้ง 3 วัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัยได้นำเสนอไปข้างต้นนั้น ผู้วิจัยได้สรุปเป็นแผนภาพความคิดของการศึกษาได้ดังนี้



ภาพประกอบ 7 แผนภาพความคิดของการศึกษาเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน และแบบแผนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย

จากแผนภาพผู้วิจัยสามารถอธิบายได้ว่า ในการที่ญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีทั้ง 4 ครอบครัวนั้นจะตัดสินใจที่จะยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีที่สิ้นสุดกระบวนการยุติธรรมกลับบ้านซึ่งเป็นบ้านที่อยู่อาศัยกับญาติครอบครัวเดิมและเป็นชุมชนเดิมที่ผู้ป่วยเคยอาศัยอยู่ตั้งแต่ว่าก่อนที่จะมีความผิดครั้งนั้น ญาติของผู้ป่วยจะมีการนำเงื่อนไข 2 ด้านหลักๆ ที่จะนำมาใช้ในการตัดสินใจ ซึ่งเงื่อนไขของญาติที่จะยอมรับผู้ป่วย คือ 1. เงื่อนไขภายในตัวบุคคลของญาติ และการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งผู้วิจัยสามารถแบ่งได้ว่า เงื่อนไขภายในตัวบุคคลของญาติซึ่งญาติมี

ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยในด้านต่างๆ ดังนี้ ญาตินั้นจะต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่ผู้ป่วยเป็นมาก่อนที่จะมีคดีความ จนกระทั่งญาติเข้าใจสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชก่อคดีความฆ่าบุคคลในครอบครัวว่ามันมีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตเวช ญาติก็ได้มีการติดตาม มีการรับรู้ รับทราบการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นด้านการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วย เมื่อได้รับการรักษา ผู้ป่วยมีการสำนึกผิดที่สามารถแสดงให้เห็นว่าในความรู้สึกผิดนั้น ไม่เพียงเท่านั้นญาติยังรับรู้ เข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยว่ายังมีคุณค่า มีความสำคัญต่อทั้งครอบครัวและชุมชน อีกทั้งญาติมีการรับรู้เพิ่มเติมคุณลักษณะของผู้ป่วยเป็นคนดีมาก่อนที่จะมีการเจ็บป่วยทางจิตเวช และเงื่อนไขภายในตัวบุคคลของญาติอีกด้านก็คือ ญาติมีการรับรู้และเข้าใจตนเองในการมีทักษะการจัดการปัญหา โดยญาติมีความพร้อมในการรับมือกับการถูกปฏิเสธของชุมชน อีกทั้งญาติมีการมองปัญหาในด้านที่เป็นบวก และ 2. เงื่อนไขที่มาจากการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมภายนอกก็มีส่วนในการที่จะทำให้ญาติยอมรับผู้ป่วยก็คือ การได้รับคำยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญ มีสมาชิกในครอบครัวหรือคนในชุมชนสนับสนุน และมีหน่วยงานให้การช่วยเหลือแบบเร่งด่วน ซึ่งเมื่อได้ตัดสินใจยอมรับผู้ป่วยแล้วนั้นสิ่งที่ต้องทำต่อก็คือ ญาติมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีตามช่วงเวลาต่างๆ โดยเริ่มจากช่วงเตรียมตัว ซึ่งมีกระบวนการในการเตรียมตัวของญาติ คือ การที่ญาติต้องมีการหาความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช หาวิธีการในการดูแลผู้ป่วย เมื่อมีความรู้แล้วญาติก็ได้มีการทดลองในการดูแลผู้ป่วย และทดลองพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามที่นัดหมาย ซึ่งในส่วนนี้จะเกิดขึ้นในช่วงเตรียมตัวที่ศาลอนุญาตให้ผู้ป่วยได้ทดลองเยี่ยมบ้านได้นั้นเอง หลังจากนั้นเป็นช่วงเริ่มต้นที่ญาติจะมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยด้านการเจ็บป่วยทางจิตเวชเมื่อผู้ป่วยได้กลับบ้านอีกครั้ง โดยที่ญาติจะมีการสังเกตพฤติกรรมที่เป็นปกติ และอาการ พฤติกรรมที่ผิดปกติ มีการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา การพาไปพบแพทย์ตามที่นัดหมาย และการขอความช่วยเหลือเมื่อไม่สามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยที่กำลังกำเริบได้ ต่อมาช่วงสนับสนุน ญาติจะให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับผิดชอบตนเองทั้งในด้านการดูแลทางจิตเวชของตนเอง โดยการสังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติของตนเอง การจัดการเรื่องรับประทานยา การไปพบแพทย์ด้วยตนเอง และการที่ผู้ป่วยหาวิธีคลายเครียดให้เหมาะสมกับตนเองได้

จากแผนภาพยังพบอีกว่า ญาติยังให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีอีก 2 ด้านก็คือ ด้านการปกป้องผู้ป่วย และการดูแลด้านการดำเนินชีวิตประจำวันโดยญาติจะให้การดูแลมาตั้งแต่ช่วงเตรียมตัว ช่วงเริ่มต้น และช่วงสนับสนุนซึ่งการดูแลทั้ง 2 ด้านนี้เป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดทั้ง 3 ช่วง คือ การปกป้องผู้ป่วยจากผู้ต่อต้านผู้ป่วยนั้นจะเริ่มตั้งแต่ช่วงเตรียมตัว ซึ่งญาติก็ต้องปกป้องพูดคุย อธิบายให้ผู้ต่อต้านเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น หรือถ้าผู้ต่อต้านยังไม่เข้าใจผู้ป่วยก็อาจจะมีการต่อต้านผู้ป่วยมาในช่วงเริ่มต้นจนกระทั่งช่วงสนับสนุน ซึ่งญาติก็ต้องมีการเตรียมการวางแผนในการจะปกป้องผู้ป่วยในลำดับต่อไป ซึ่งถ้าเปรียบเทียบการต่อต้านในแต่ละช่วงนั้นก็ผู้ต่อต้านอาจจะมีความรุนแรงที่ลดลงตามลำดับ ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากวิธีการที่ญาติได้ทำลงไป เพื่อที่จะปกป้องผู้ป่วย ไม่เพียงเท่านั้นญาติก็ยังต้องให้การดูแลผู้ป่วยด้านการดำเนินชีวิตทั้งด้านการเงิน การ

อาหาร และด้านการเดินทาง ซึ่งในการดูแลด้านการดำเนินชีวิตประจำวันนี้ญาติก็ได้มีการดูแลผู้ป่วยมาตั้งแต่ช่วงเตรียมตัว ต่อมาช่วงเริ่มต้น และช่วงสนับสุนนเช่นกัน

จากกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีในด้านต่าง ๆ ที่กล่าวไปข้างต้นพบว่า ผู้วิจัยสามารถแบ่งแบบแผนของการดูแลผู้ป่วยได้ 2 แบบแผนก็คือ แบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ญาติดูแลเป็นหลัก และแบบแผนการดูแลที่ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง โดยเริ่มตั้งแต่ช่วงเตรียมตัว และช่วงเริ่มต้นนั้นญาติมีการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ญาติดูแลเป็นหลักเป็นส่วนใหญ่ และญาติก็ยังใช้แบบแผนการดูแลที่ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในบางด้านร่วมด้วย ส่วนในช่วงสนับสุนนนั้นจะเห็นได้ถึงแม้ว่าญาติจะใช้แบบแผนการดูแลที่ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองก็ตาม แต่ในช่วงนี้ญาติก็ยังใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ญาติดูแลเป็นหลักร่วมด้วยเช่นกัน

จะเห็นได้ว่าในการที่ญาติจะดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีตั้งแต่ช่วงเตรียมตัว ช่วงเริ่มต้น จนถึงช่วงสนับสุนน ญาติได้ให้การดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการของแต่ละช่วง อีกทั้งยังใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ญาติดูแลเป็นหลัก ร่วมกับ แบบแผนการดูแลที่ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีของญาติที่มีความแตกต่างจากช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะมีคดีความ ดังนั้นผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัวหลังจากสิ้นสุดคดีความก็แตกต่างจากเดิม คือ ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ รับผิดชอบในการดูแลตนเองได้ อยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ และสุดท้ายผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีทั้ง 4 คนยังไม่มีในการทำพฤติกรรมรุนแรงเกิดขึ้นซ้ำอีก

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยกลับบ้านและแบบแผนพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ซึ่งครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยอาศัยการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study) โดยมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัยต้องการจะศึกษา เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรในครอบครัวกลับบ้าน นอกจากนั้นทำการศึกษาระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนำกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีการกระทำเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกันของกรณีศึกษาแต่ละครอบครัวมาค้นหาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรในครอบครัว เมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น จำนวน 13 คน โดยเป็นญาติที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยทั้งสิ้น 4 คน และผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีอีก 4 คน อีกทั้งยังสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งจากส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี อีกจำนวน 5 คน จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะไว้ดังนี้

สรุปผลการศึกษา และ อภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจะได้นำเสนอสิ่งที่ค้นพบเป็นบทสรุป และมีการอภิปรายผลควบคู่กันไปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ได้แก่ เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรในครอบครัวกลับบ้าน การศึกษาระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว ค้นหาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรในครอบครัว เมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง โดยผู้วิจัยจะนำเสนอแผนประเด็นดังต่อไปนี้

1. เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับบ้าน

1.1 ด้านภายในตัวบุคคลของญาติ

1.1.1 ญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วย

1.1.1.1 รับรู้ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชตั้งแต่ก่อนเกิดคดีความ

1.1.1.2 เข้าใจสาเหตุของคดีว่าเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยทางจิตเวช

1.1.1.3 รับรู้ถึงอาการทางจิตเวชของผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

1.1.1.4 รับรู้ถึงการสำนึกผิดของผู้ป่วย

1.1.1.5 เห็นคุณค่าของผู้ป่วยยังมีต่อครอบครัวหรือชุมชน

- 1.1.1.6 รับรู้คุณลักษณะเดิมของผู้ป่วย
- 1.1.2 ญาติมีการรับรู้ตนเองในการมีทักษะการจัดการปัญหา
 - 1.1.2.1 ญาติยอมรับผู้ป่วยกลับบ้านตั้งแต่ต้น
 - 1.1.2.2 ญาติพร้อมรับมือกับการปฏิเสธของชุมชน
 - 1.1.2.3 ญาติมีการมองปัญหาหรืออุปสรรคในด้านบวก
- 1.2 การสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก
 - 1.2.1 การได้รับคำยืนยัน คำชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญที่ญาติเชื่อถือ
 - 1.2.2 ครอบครัวหรือชุมชนยินยอมและสนับสนุน
 - 1.2.3 การได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ แบบรวดเร็ว
2. ภาพรวมของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดี และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว
3. แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรรมในครอบครัว เมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง
 - 1*1 แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ญาติดูแลเป็นหลัก
 - 1*2 แบบแผนการดูแลที่ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง

1. เจาะลึกที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับบ้าน

1.1 ด้านภายในตัวบุคคลของญาติ

1.1.1 ญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วย

1.1.1.1 รับรู้ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชตั้งแต่ก่อนเกิดคดีความ

ญาติผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมาตั้งแต่ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีคดีความซึ่งญาติของแต่ละครอบครัวจะมีประสบการณ์ในการสังเกตเห็นความผิดปกติของพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมออกมาโดยมีความผิดปกติไปจากคนทั่วไปมาโดยตลอด ซึ่งญาติทุกคนรับรู้ได้ถึงความผิดปกติ แต่สิ่งที่แต่ละครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกันไปก็คือ ญาติบางครอบครัวก็มีการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ ญาติบางครอบครัวก็พาผู้ป่วยไปพบหมอทางไสยศาสตร์ ญาติบางครอบครัวก็ปล่อยไว้จนอาการความผิดปกติของผู้ป่วยก็รุนแรงมากขึ้นจนก่อคดีความฆาตกรรมในครอบครัว ซึ่งญาติผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาตั้งแต่ต้นจะมีความเข้าใจ และรับรู้ที่ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยทางจิตเวชมาตั้งแต่ก่อนเกิดคดีความ

1.1.1.2 เข้าใจสาเหตุของคดีว่าเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยทางจิตเวช

ในส่วนของญาติหรือคนในชุมชนที่ไม่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาตั้งแต่ต้น เมื่อเกิดคดีความรุนแรงกับบุคคลในครอบครัว ญาติกลุ่มดังกล่าวจะมีการต่อต้านผู้ป่วย มีความโกรธแค้นกับสิ่งที่ผู้ป่วยกระทำลงไปโดยไม่มีความเข้าใจว่าพฤติกรรมที่ผู้ป่วยได้

กระทำลงไปนั้น เป็นการกระทำรุนแรงทำไปโดยไม่รู้ตัวจากการเจ็บป่วยทางจิตเวช แต่ญาติผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมาตั้งแต่ต้น แม้ว่าญาติจะไม่มีความรู้เรื่องโรคทางจิตเวชแต่มีการคิดหาเหตุผลที่ว่าสาเหตุใดบ้างที่ทำให้คนๆ หนึ่งก่อคดีฆ่าคนในครอบครัวเดียวกัน หรือการเป็นแม่ลูกกัน จะมีเหตุผลอะไรที่จะก่อคดีฆ่ากันเองในครอบครัว ซึ่งเหตุผลที่ญาติพยายามหาได้ก็คือว่าคนที่กระทำน่าจะมีการมีความผิดปกติทางจิต ทำไปเพราะความเจ็บป่วย โดยญาติที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมาตั้งแต่ต้น เมื่อรับรู้ว่ามีผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตมาก่อนที่จะมีคดีความเกิดขึ้น ญาติก็จะมีการรับรู้เข้าใจได้ ด้วยการคิดหาเหตุผลเชื่อมโยงกับการที่ผู้ป่วยจิตเวชลงมือก่อคดีฆ่าบุคคลในครอบครัวนั้น มันมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่ผู้ป่วยเป็นมาตลอด ซึ่งความเข้าใจของญาตินั้น มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ นางสาวณิศา สาทรา และราณี ฉายินทุ (2539) กล่าวว่า จากการศึกษารายชื่อทั่วประเทศและต่างประเทศพบว่า ผู้ที่ตกเป็นเหยื่อของการกระทำของผู้ป่วยจิตเวช เช่น ทำร้ายร่างกาย หรือฆ่า ส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส แม่ พ่อ ลูก อีกทั้งยังมีความเห็นเป็นไปในแนวทางเดียวกับงานวิจัยของ ตรีสินธุ์ สุขสภา (2542) กล่าวว่า ผู้ที่ป่วยเป็นโรคทางจิต หรือผู้ป่วยจิตเวชนั้นจะไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ในที่สุดก็ต้องกระทำผิดกฎหมายโดยฆ่า หรือทำร้ายผู้ใกล้ชิด ซึ่งสอดคล้องกับ Annika Nordstrom (2006) กล่าวว่า ชาวตะวันตก จำนวนร้อยละ 10-15 เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรม และผู้ที่ตกเป็นเหยื่อส่วนใหญ่จะเป็นคนที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย คือ คนในครอบครัว และเพื่อน เมื่อญาติมีความเข้าใจสาเหตุของการเกิดคดีความว่าเกิดจากการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วยแล้วนั้นก็จะเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ญาติตัดสินใจยอมรับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชชาติชาย ทับทิม (2547) ที่ว่า การมีความรู้ มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชจะทำให้ครอบครัวสามารถยอมรับ และดูแลผู้ป่วย

ไม่เพียงเท่านั้น การที่ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยทางจิต ประกอบกับมีพฤติกรรมที่กระทำ ความผิดที่มีคดีฆ่าคนในครอบครัวโดยญาติรับรู้ สังคมรับรู้และสามารถลงโทษเอาผิดกับผู้ที่กระทำ ได้ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานของสังคมหรือ สังคม จะมีการตีตราผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีว่าเป็นบุคคลอันตรายต่อสังคม ดังนั้นปฏิกิริยาตอบโต้ของสังคมที่มีต่อผู้กระทำผิด ผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนก็จะแสดงออกมาในด้านลบ ได้แก่ การถูกรังเกียจเหยียดหยาม ไม่ยอมรับ ไม่ให้อภัย ไม่ให้ออกสื่อก้าว หรือการไม่ให้โอกาสกลับบ้านอีกครั้ง ซึ่งลักษณะดังกล่าว สอดคล้องกับงานของ ศุภมาส นฤมล (2544:36-37) ที่กล่าวไว้ว่าหากบุคคลใดมีการแสดง พฤติกรรมที่มีการเบี่ยงเบน บุคคลนั้นจะถูกมองว่าเป็นบุคคลที่ไม่น่าเชื่อถือ ปฏิกริยาของกลุ่มหรือ ปฏิกริยาระหว่างบุคคลจะโดดเดี่ยว และบุคคล กลุ่ม หรือสังคมจะปฏิบัติกับบุคคลเบี่ยงเบนเหล่านั้น ในลักษณะลงโทษที่กระทำพฤติกรรมต่างๆ ที่ละเมิดความคาดหวังของบรรทัดฐาน ละเมิดกฎหมาย แต่สำหรับญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีนั้นนั้น ถือได้ว่าเมื่อญาติมีเข้าใจว่าผู้ที่กระทำผิดนั้นมีความเจ็บป่วยทางจิตเวชมาเป็นระยะเวลานาน อีกทั้งญาติยังเข้าใจถึงสาเหตุของการที่ผู้ป่วยก่อคดีความว่ามีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งลักษณะดังกล่าวทำให้ญาติผู้ที่มีหน้าที่ในการ ตัดสินใจยอมรับผู้ป่วยให้กลับสู่ครอบครัวอีกครั้งจึงไม่มีการตีตราผู้ป่วยว่าพฤติกรรมการเจ็บป่วยทางจิต และไม่ตอกย้ำในสิ่งที่เป็นพฤติกรรมด้านอาชญากรรมว่าเป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน ซึ่งสิ่งที่

ตามมาในกรณีที่ญาติไม่มีการติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีก็คือปฏิกิริยา พฤติกรรมของญาติมีการให้อภัยในสิ่งที่ผ่านมา ให้ออกาสผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีในการแก้ตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เคยกระทำผิดของตนเองทั้งในส่วนของความเจ็บป่วย ให้อภัยกับพฤติกรรมที่ก่อคดี และมียอมรับให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้อีกครั้ง โดยไม่แสดงความรังเกียจเหยียดหยาม

1.1.1.3 รับรู้ถึงอาการทางจิตเวชของผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

ภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่ติดอยู่ในความทรงจำของญาติเป็นภาพที่แสดงถึงความน่ากลัว ภาพพฤติกรรมที่แสดงถึงก้าวร้าว ภาพพฤติกรรมที่แสดงถึงความรุนแรงของผู้ป่วยเป็นภาพที่ญาติเห็นมาตลอดตั้งแต่ช่วงที่ก่อนจะมีคดีความ จนกระทั่งในขณะที่ก่อคดีนั้น แต่ภาพต่างๆ ที่เคยเป็นความทรงจำเหล่านั้นจะหายไป แต่กลายเป็นภาพใหม่ที่ญาติมีการรับรู้ อาการทางจิตเวชหรือการรับรู้ถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยมีเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น อีกทั้งญาติได้มีการติดตามและการสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยสามารถพูดคุยเล่าเรื่องราวต่างๆ ได้เหมือนคนปกติทั่วไป หรือการสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมนิ่งขึ้น สงบขึ้นเป็นปกติ มีพฤติกรรมที่สามารถอดทนรอได้ ไม่แสดงพฤติกรรมโมโห และสามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นๆ ได้ ซึ่งการรับรู้ของญาติเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้นก็สามารถทำให้ญาติตัดสินใจยอมรับผู้ป่วยกลับบ้านอีกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชาติชาย ทับทิม (2547) เรื่อง การดำเนินชีวิตในสังคมหลังการบำบัดของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าการที่ญาติจะยอมรับผู้ป่วยนั้นก็ต้องขึ้นอยู่กับพฤติกรรม และอาการของผู้ป่วยร่วมด้วย และยังมีลักษณะที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์ (2547) เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ญาติมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านก็คือ การที่ญาติรับรู้ได้ว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้มาก ญาติก็จะมีพฤติกรรมในการที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านมากขึ้นเช่นกัน อีกทั้งยังมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวัญสุดา บุญทศและคณะ (2556) เรื่อง การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พบว่า หากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดี ย่อมส่งผลให้ได้รับการสนับสนุนที่ดีร่วมด้วย

1.1.1.4 รับรู้ถึงการสำนึกผิดของผู้ป่วย

ในคนปกติธรรมดาทั่วไปเมื่อผู้ใดกระทำผิดไม่ว่าจะเป็นเรื่องเล็กหรือเรื่องใหญ่ก็ตาม แล้วมีความรู้สึกสำนึกผิดตามมา ไม่ว่าจะเป็นด้วยทางการกระทำ ทั้งการขอขมา การกระทำที่เป็นการชดเชยหรือชดเชยไม่มากนักขอให้คนที่สูญเสีย หรือทางวาจาทั้งการกล่าวขอโทษ ซึ่งการที่ผู้กระทำผิดรู้สึกสำนึกผิด ไม่เร็วหรือช้าผู้ที่กระทำผิดก็จะได้รับการให้อภัย ซึ่งลักษณะที่กล่าวไปข้างต้นนี้ก็เกิดขึ้นกับผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่มีคดีรุนแรงโดยการฆ่าคนใน

ครอบครัวเช่นกัน ซึ่งผู้ป่วยแม้จะลงมือกระทำที่ผิดที่รุนแรงแต่กระทำไปเพราะสาเหตุความผิดปกติทางจิต เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตเวชที่สงบขึ้น อาการเจ็บป่วยทางจิตเวชดีขึ้นจนสามารถรับรู้สภาพความเป็นจริงได้เหมือนคนปกติธรรมดาทั่วไปผู้ป่วยก็มีความรู้สึกผิดกับสิ่งที่ตนเองได้กระทำรุนแรงลงไป และก็พร้อมที่จะขอโทษ ขอขมาญาติพี่น้องที่ยังมีชีวิตอยู่ หรือถ้าผู้ป่วยเป็นผู้ชายก็มีการบวชทางพระพุทธศาสนาซึ่งตามความเชื่อนั้นการบวชก็เป็นการอุทิศส่วนบุญส่วนกุศลให้กับผู้ที่เสียชีวิต ส่วนถ้าผู้ป่วยเป็นผู้หญิงก็มีการทำบุญให้กับผู้ที่เสียชีวิตตามความเชื่อทางศาสนาด้วยเช่นกัน ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ก็ส่งผลให้ญาติสามารถรับรู้ได้ถึงความรู้สึกสำนึกผิดของผู้ป่วย และยินยอมที่จะให้อภัยและให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง ซึ่งการรับรู้ของญาติในประเด็นอาการทางจิตเวชของผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น และรับรู้ในการสำนึกผิดของผู้ป่วยนั้นเป็นเหตุผลหนึ่งในการที่ญาติจะตัดสินใจรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับบ้านอีกครั้งนั้น

1.1.1.5 เห็นคุณค่าของผู้ป่วยยังมีต่อครอบครัวหรือชุมชน

ในการที่จะตัดสินใจยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับบ้านนั้น ญาติมีการคิด มีการประเมินแล้วว่าแม้ว่าผู้ป่วยจะมีความเจ็บป่วยทางจิตเวชอยู่แต่ผู้ป่วยก็ไม่สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเอง รับผิดชอบในหน้าที่ของตนเองโดยไม่เป็นภาระของญาติ อีกทั้งยังสามารถทำหน้าที่ช่วยเหลือชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ ทั้งการที่ผู้ป่วยแสดงให้ญาติเห็นว่าสามารถทำหน้าที่ในแบ่งเบาภาระการดูแลแม่ที่สูงอายุจากญาติคนอื่นๆ ในครอบครัวได้ ผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบบทบาทหน้าที่ของภรรยาที่ต้องดูแลสามีได้ แม้กระทั่งการที่ผู้ป่วยสามารถที่จะไปช่วยเหลือกิจกรรมของชุมชนทั้งการร่วมประชุมหมู่บ้าน การช่วยเหลือกิจกรรมของวัด หรือการเป็นจิตอาสาที่คอยช่วยเหลือประชาชนทั่วไปได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ดูแลญาติพี่น้องได้ ดูแลคนในครอบครัวได้ อีกทั้งสามารถช่วยเหลือชุมชนได้ ซึ่งการที่ญาติตัดสินใจรับผู้ป่วยจิตเวช ด้วยการรับรู้คุณค่าที่ผู้ป่วยมีต่อครอบครัวหรือชุมชนนั้นสามารถอธิบายได้ด้วยงานวิจัยของ สมพร หินคำ (2544) ในศึกษาเกี่ยวกับการยอมรับผู้ติดเชื้อเอดส์ของครอบครัว ซึ่งในส่วนที่ผู้วิจัยให้ความสนใจก็คือ ประเด็นการยอมรับของครอบครัว แม้ว่าการวิจัยจะเป็นผู้ป่วยคนละกลุ่มเป้าหมายกับผู้วิจัยกำลังศึกษา แต่จากผลการวิจัยก็พบว่ามีความสอดคล้องกันในประเด็นที่ว่าปัจจัยที่ทำให้ญาติยอมรับผู้ป่วยเอดส์ขึ้นอยู่กับว่าครอบครัวมีการพึ่งพาผู้ติดเชื้อเอดส์มาก การยอมรับผู้ติดเชื้อเอดส์ของครอบครัวก็มีมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งการที่ผู้ป่วยสามารถช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัวและชุมชนได้ หรือมองในอีกมุมหนึ่งก็คือ ถ้าญาติยังมีความต้องการพึ่งพิงผู้ป่วยในการช่วยดูแล หรือแบ่งเบาภาระในครอบครัวร่วมด้วยก็จะยิ่งทำให้ญาติมีการยอมรับให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้มากขึ้น

1.1.1.6 รับรู้คุณลักษณะเดิมของผู้ป่วย

การรับรู้บุคลิกภาพเดิมๆ ของผู้ป่วยก่อนที่จะมีความเจ็บป่วยทางจิตเวช หรือก่อนที่จะมีคดีรุนแรงนั้นก็มีความสำคัญในการที่ญาติจะตัดสินใจยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับสู่ครอบครัวอีกครั้งด้วยเช่นกัน ซึ่งการรับรู้นี้ก็ส่งผลให้ญาติมีความเข้าใจผู้ป่วยที่ก่อคดีรุนแรงนั้น ไม่ได้เป็นคนเลวตั้งแต่ต้น เดิมเป็นคนที่ดี ไม่เคยมีพฤติกรรมรุนแรงที่ทำร้ายใครมาก่อน ไม่เคยก่อคดีความอะไร ไม่ได้เป็นคนเกเร อีกทั้งยังเป็นคนพูดจาไพเราะ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่น แต่เป็นการที่บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป นิสัยหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปในด้านรุนแรงนั้นเริ่มมีตั้งแต่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช

1.1.2 ญาติมีการรับรู้ตนเองในการมีทักษะการจัดการปัญหา

1.1.2.1 ญาติยอมรับผู้ป่วยกลับบ้านตั้งแต่ต้น

ญาติของผู้ป่วยจิตเวชแม้ว่าจะมีความกลัวผู้ป่วยหลังจากมีคดีความเกิดขึ้น แต่ญาติของทุกครอบครัวยังคงมีความตั้งใจตั้งแต่ต้นแล้วว่าถ้าผู้ป่วยสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรมแล้วนั้น ก็จะไม่ทิ้งผู้ป่วย และยอมรับให้ผู้ป่วยกลับมาสู่ครอบครัวอีกครั้ง

การเติบโตภายหลังประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญ คือ การมุ่งความสนใจที่เป็นการสร้างความหมายเชิงบวก เช่น การยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การปรับความเข้าใจ และการค้นพบประโยชน์จากสิ่งที่ได้รับ นอกจากนั้นการมีประสบการณ์ในอดีต การแก้ปัญหา และการพยายามที่จะเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวของกรณีศึกษานั้นมีทั้งผู้ป่วยทางจิตเวชและยังก่อคดีโดยการฆ่าบุคคลในครอบครัวนั้น ถ้าแม้เป็นเพียงการกระทำที่เกิดขึ้นในครอบครัวของบุคคลอื่นยังสร้างความสะเทือนขวัญให้กับบุคคลที่รับรู้ และเมื่อเหตุการณ์นี้เกิดขึ้นในครอบครัวของใครก็ต้องยังสร้างความสะเทือนขวัญ หวาดกลัว ตกใจให้กับบุคคลในครอบครัวเหล่านั้นมากยิ่งขึ้นเช่นกัน ซึ่งญาติของผู้ป่วยจิตเวชนั้นๆ ถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีประสบการณ์สะเทือนขวัญที่ต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัว และอาจจะหวาดกลัวผู้ป่วยจิตเวชที่ถือเป็นญาติพี่น้องของตนเองอีกด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความคิดว่าญาติเหล่านั้นน่าจะมีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงตัวเองในทางที่ดีขึ้น ทั้งมีความสนใจมีจุดมุ่งหมายที่เป็นทางด้านบวก โดยการยอมรับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงความคิด การทำความเข้าใจตนเองทำความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น และสามารถค้นพบ มองเห็นประโยชน์จากสิ่งต่างๆ ที่ได้รับ และมีการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพทั้งกับบุคคลในครอบครัว สังคมรอบข้างและกับตัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวผู้วิจัยก็มีความคิดเห็นว่าจะอาศัยระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันตามความสามารถของญาติแต่ละคนหลังจากเหตุการณ์สะเทือน

1.1.2.2 ญาติพร้อมรับมือกับการปฏิเสธของชุมชน

ญาติมีการรับรู้ว่า ปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากการรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับบ้านนั้น คือ การความพร้อมในการถูกกักกัน การถูกปฏิเสธจากผู้ต่อต้าน ผู้ที่มีความแตกต่างจากญาติของผู้ป่วย ซึ่งญาติก็มีการเตรียมความพร้อมในการที่จะรับมือกับปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นของชุมชน โดยญาติก็มีการแสดงพฤติกรรมการตอบโต้กับคนในชุมชนโดยใช้การสื่อสาร ทั้งการพูดคุยแบบตรงไปตรงมากับคนในชุมชนโดยการให้เหตุผลที่เป็นจริงเกี่ยวกับข้อสงสัย เกี่ยวกับความหวาดกลัวที่คนในชุมชนมีต่อผู้ป่วย หรือแม้กระทั่งการพูดโต้ตอบแบบประชดชั้นหรือท้าทาย และการที่ญาติช่วยคนในชุมชนถึงขั้นจะแจ้งความกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ถ้าคนในชุมชนยังใส่ร้ายผู้ป่วยอยู่ ซึ่งการแสดงพฤติกรรมดังกล่าวก็เพื่อให้ชุมชนหยุดพฤติกรรมต่อต้าน หยุดพฤติกรรมปฏิเสธผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาอาศัยอยู่กับครอบครัวในชุมชนเดิมได้

1.1.2.3 ญาติมีการมองปัญหาหรืออุปสรรคในด้านบวก

ญาติของผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มีมุมมองความคิดในด้านบวกเมื่อจะต้องเผชิญกับความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีรุนแรงในครอบครัว โดยมีมุมมองด้านบวกที่ญาติคิดในการที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้น คือ มองปัญหาของเราเป็นเรื่องที่ยังเล็กน้อยเมื่อเทียบกับปัญหาของคนอื่นๆ ที่น่าจะรุนแรงกว่าปัญหาที่ครอบครัวเรากำลังเผชิญ ซึ่งในการคิดด้านบวกก็เป็น การช่วยให้ญาติมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้

ซึ่งจากการที่ญาติมีการรับรู้ และเข้าใจตนเอง ในความตั้งใจ ยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีให้กลับมาอยู่กับครอบครัวอีกครั้งตั้งแต่ต้น หรือการที่ญาติรับรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีนั้นเป็นเรื่องที่ยาก อาจมีปัญหาและอุปสรรค แต่ญาติยังคงที่จะเตรียมความพร้อมตนเอง โดยเฉพาะด้านจิตใจที่มีการคิดในด้านบวกในการที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ หลังจากที่ได้รับผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ครอบครัว ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการตัดสินใจของญาตินั้นสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) (นุชนาก สะกะมะณี. 2541; อ้างอิงจาก Bandura. 1986) ที่ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นมีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำของบุคคล

4 ประการคือ

1. การเลือกกระทำพฤติกรรม การที่บุคคลตัดสินใจเลือกกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ส่วนหนึ่งมาจากการคิดว่าตนเองมีความสามารถพอที่จะทำได้ จึงตัดสินใจเลือกที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ
2. ความอดทน และความพยายาม การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อบุคคลเมื่อเผชิญอุปสรรค หรือทำสิ่งที่ตนเองไม่ชำนาญว่าเขาต้องใช้ความพยายามเท่าใด และอดทนนานเท่าไร บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะยิ่งใช้ความเพียรพยายาม และความอดทนในการทำงานจนสำเร็จ
3. แบบแผนความคิด และปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ การตัดสินใจความสามารถของตนเองของบุคคลมีอิทธิพลต่อแบบแผนความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ ในระหว่างที่กระทำพฤติกรรมสามารถส่งเสริมหรือยับยั้งการกระทำที่จะเกิดขึ้นในภายหลัง บุคคลที่ประเมินความสามารถของตนเองสูง จะเอาใจใส่และใช้ความพยายามเพื่อต้องการความสำเร็จแม้จะ

เผชิญอุปสรรค ก็จะใช้ความพยายามมากขึ้นและ 4. กำหนดการกระทำพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้ทำนายพฤติกรรม บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะให้ความสนใจและความพยายามในการทำงานที่ท้าทายความสามารถ ถ้างานนั้นยังไม่บรรลุเป้าหมายก็จะยิ่งใช้ความพยายามยิ่งขึ้น ซึ่งญาติผู้ป่วยจิตเวชที่มีคตินั้นก็อาจมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ว่าสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้ เพราะผู้ป่วยก็เป็นญาติของตนเองเช่นกัน และแม้ว่าญาติอาจจะไม่มีความชำนาญในพฤติกรรมดูแล และอาจจะต้องพบเจอกับอุปสรรคต่างๆ ทั้งการถูกปฏิเสธจากคนในชุมชน ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต เมื่อญาติเองมีความการรับรู้ในความสามารถของตนเองแล้วจะสามารถที่จะหาทางในการที่จะฝ่าฟันปัญหานั้นๆ ด้วยวิธีทางอย่างไร อีกทั้งญาติก็มีความอดทน ความพยายาม มีการให้กำลังใจตนเองในด้านบวกเพื่อที่จะได้ผ่านอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มต้นใจรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคติกลับบ้าน ซึ่งอีกแนวคิดที่สามารถนำมาอธิบายการตัดสินใจที่ยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน พร้อมทั้งญาติมีความพร้อมในการเผชิญอุปสรรคต่างๆ ก็คือ แนวคิดการคิดเชิงบวก ที่ได้มีการสรุปความหมายไว้ว่า การที่บุคคลรับรู้ และตีความเหตุการณ์นั้นๆ ในหลากหลายมุมมองที่เป็นไปตามความถูกต้อง อีกทั้งสามารถที่จะยอมรับ เรียนรู้ ป้องกันและให้โอกาสกับผู้ที่ทำผิดพลาดได้ปรับตัว ซึ่งก็เปรียบได้กับญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคติ ที่เมื่อเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงในครอบครัวแล้วนั้น ญาติยอมรับกับสิ่งที่สูญเสียที่เกิดขึ้น อีกทั้งยังมีการให้โอกาสกับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้กระทำผิดให้ได้มีโอกาสกลับบ้าน จากแนวคิดการคิดเชิงบวกนั้นผู้วิจัยสามารถนำมาอธิบายได้ว่า ในการที่ญาติจะยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคติมาบุคคลในครอบครัวได้นั้น ผู้วิจัยมีความคิดว่าญาติผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจจะต้องมีลักษณะของการเป็นคนที่มีทัศนคติบวกโดยการที่ญาติของผู้ป่วยจะมีลักษณะของการมองโลกในแง่ดี (Optimism) ทั้ง 3 ด้านทั้งต่อตนเอง ต่อผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อม โดยมีการมองตนเองว่ามีความสามารถในการที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคติเมื่อกลับสู่ครอบครัวได้ อีกทั้งญาติยังการมองผู้ป่วยในด้านดี โดยญาติได้ให้โอกาสผู้ป่วยในการกลับมาอยู่กับครอบครัวอีกครั้ง และยังมีความเชื่อในตัวผู้ป่วยว่าจะสามารถแก้ไขตนเอง สามารถดูแลตนเอง รับผิดชอบตนเองได้ สามารถอยู่กับครอบครัวได้ นอกจากนั้นญาติยังมีการมองด้านบวกกับสิ่งแวดล้อมที่ว่า ญาติมีความเชื่อมั่นในการได้รับการช่วยเหลือ การสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมเมื่อญาติต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เอมิกา กลยนิ, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ และดร. อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2558) ที่กล่าวว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ มีความสามารถในการที่จะรับรู้และประเมินสถานการณ์การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวว่าเป็นสิ่งเร้าที่สามารถเข้าใจได้ สามารถจัดการแก้ไขปัญหาให้ลุล่วงได้

1.2 การสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก

1.2.1 การได้รับคำยืนยัน คำชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญที่ญาติเชื่อถือ

ญาติของผู้ป่วยจิตเวชแม้ว่าจะมีความกลัวผู้ป่วยหลังจากมีคดีความเกิดขึ้น แต่ญาติของทุกคนก็ยังมีความตั้งใจตั้งแต่ต้นแล้วว่าถ้าผู้ป่วยสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรมแล้วนั้นก็จะไม่ทิ้งผู้ป่วย และยอมรับให้ผู้ป่วยกลับมาสู่ครอบครัวอีกครั้ง

แม้ว่าญาติในหลายๆ ครอบครัวที่มีการตัดสินใจที่จะรับผู้ป่วยให้กลับบ้านอีกครั้งจริงๆ แล้วสภาพจิตใจของญาติก็ยังคงมีความกังวลใจกับผู้ป่วยทั้งในเรื่องอาการความเจ็บป่วย และเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวแล้วนั้นจะทำร้ายคนในครอบครัวซ้ำรอยเดิมอีกหรือไม่ ซึ่งถ้าความกังวลใจของญาติได้รับการให้ข้อมูล คำแนะนำ และการได้รับการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญในข้อมูลที่เป็นจริงที่ว่าพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจะไม่เกิดขึ้นซ้ำถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างไร เมื่อญาติมีความมั่นใจมากขึ้นก็ส่งผลในการที่จะตัดสินใจรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง

ซึ่งเหตุผลในการที่ญาติตัดสินใจรับผู้ป่วยกลับบ้านอีกครั้งนั้น ผู้วิจัยคิดว่ามีความสอดคล้องกับ แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ที่ว่าพฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์ส่วนใหญ่เกิดจากการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบการกระทำของผู้อื่น คือ 1. ตัวแบบทางพฤติกรรม (Behavioral Modeling) หมายถึง ตัวแบบที่แสดงพฤติกรรมให้บุคคลเห็น 2. ตัวแบบทางวาจา (Verbal Modeling) หมายถึง การมีตัวแบบที่พูด บอกหรือเขียน บอกว่าจะทำอะไรอย่างไร เพราะมนุษย์สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้จากการฟัง 3. ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic Modeling) และ 4. ตัวแบบสัมผัส (Kinesthetic Modeling) หมายถึง การมีตัวแบบโดยใช้การสัมผัส เช่น เด็กหุนวอก ตามบอดเวลาจะเรียนออกเสียงอาจจะต้องมีการสัมผัสปากของครูผู้สอน ซึ่งในที่นี้ญาติมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าตนเองสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้ โดยญาติต้องได้ความรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช และวิธีการในการดูแลผู้ป่วยทั้งจากการสังเกตจากตัวแบบซึ่งผู้ที่มีความรู้ ผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หรือการเห็นพฤติกรรมในการที่จะดูแลผู้ป่วยจากการเลียนแบบจากตัวแบบทางวาจา ซึ่งในที่นี้ตัวแบบทางวาจาหมายถึง จิตแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาก่อนที่คอยบอก แนะนำการในการดูแลผู้ป่วยจิตที่ถูกต้องเพื่อที่ญาติจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการเรียนรู้จากการมีตัวแบบให้กับญาติของผู้ป่วยจิตเวชนั้นก็เป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นของญาติในการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ จึงมีส่วนในการที่ทำให้ญาติมีการตัดสินใจยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง

1.2.2 ครอบครัวหรือชุมชนยินยอมและสนับสนุน

ญาติจะตัดสินใจรับผู้ป่วยกลับเข้าสู่ครอบครัวอีกครั้งนั้น ถ้าคนในครอบครัวมีการตัดสินใจที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ประกอบกับการได้รับการสนับสนุนจากคนในชุมชน ทั้งการสนับสนุนจากผู้นำชุมชนที่ได้รับการยอมรับและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาสู่ครอบครัวได้ก็จะ

ยิ่งทำให้ญาติมั่นใจมากขึ้นที่จะยอมรับผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับ Hanzawa et al. (2010) ที่กล่าวไว้ว่า ภาระหรือหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจะลดลงเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติทางบวกกับผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลในการให้การสนับสนุนทางสังคม และการช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมด้วย อีกทั้งลักษณะดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากแนวความคิดของ จอร์จ เฮิร์เบิร์ต มีด (George Herbert Mead) ที่ได้กล่าวถึงเรื่องของจิต (Mind) ตัวตน (Self) และสังคม (Society) โดย มีด (Mead) มีความเชื่ออีกว่า จิตเป็นผลผลิตทางสังคม (Social Product) จิตเกิดจากการที่มนุษย์สัมพันธ์กัน โดยในขั้นแรกทารกที่เกิดมาจะมีความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด ทารกจะเลือกสรรท่าทาง (gesture) ต่างๆ ที่เขาแสดงออกไปอย่างเดาสุ่มกับบุคคลเหล่านั้นที่ทำให้บุคคลเหล่านั้นกระทำการทางบวก การเลือกสรรเช่นนี้อาจเป็นได้ทั้งการสอนของคนและการเดาสุ่มเอาเอง ซึ่งการเลือกท่าทางเช่นนี้เมื่อดำเนินไปเรื่อยๆ จนกระทั่งพบ “ความหมายทั่วไป” (Common meanings) ของท่าทางเหล่านั้นที่เข้าใจตรงกัน มีด (Mead) ให้ความหมายทั่วไปนี้ว่า “ท่าทางตามประเพณี” (Conventional gesture) ซึ่งความสามารถในการตีความท่าทางตามประเพณี ที่มีความหมายทั่วไปของมนุษย์นี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญในกระบวนการพัฒนาจิต อัดตา และสังคม คือ เมื่อมนุษย์รับรู้และตีความท่าทางแล้วก็แสดงว่า มนุษย์มีความสามารถ “สวมบทบาทของผู้อื่น” เมื่อสามารถอ่านและตีความท่าทางตามประเพณีที่ไม่ได้แสดงออกอย่างเปิดเผยได้ บุคคลก็สามารถฝึกซ้อมแนวปฏิบัติตอบในใจ เพื่อเลือกแนวทางที่จะให้ความร่วมมือจากผู้อื่นก่อนที่จะแสดงออกมาจริงได้ เมื่อครอบครัวเริ่มมีการปรึกษาหารือกันในเรื่องของการที่จะรับหรือไม่รับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับมาอยู่ในครอบครัวนั้น และก่อนที่จะมีการตัดสินใจ อีกทั้งปฏิกิริยา พฤติกรรมท่าทาง ความหมายของคนในชุมชนที่แสดงออกมาก็มีส่วนสำคัญในการที่ญาติจะตัดสินใจด้วยเช่นกัน ญาติมีการอ่านและตีความหมายพฤติกรรมท่าทางที่แสดงออกอย่างชัดเจนและไม่แสดงออก ทั้งคำพูด ความคิด อาการความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งถ้าญาติสามารถเข้าใจความหมายของท่าทางของทั้งสมาชิกคนในครอบครัวคนอื่นๆ หรือคนในสังคมดังกล่าวได้ ขั้นตอนต่อไปญาติก็ลองมีการสวมบทบาทว่าถ้าตนเองเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีที่อยู่ที่อยู่ มีความต้องการที่จะกลับบ้าน ญาติก็สามารถที่จะมีการฝึกซ้อมในใจว่าถ้าผู้ป่วยกลับมาอยู่ในครอบครัวจะมีการฝึกซ้อมวิธีการในการที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีว่าจะต้องมีการดูแลวิธีการอย่างไร มีการคิดวิเคราะห์แนวทางที่เหมาะสม และไม่เหมาะสมในใจก่อนที่จะตัดสินใจให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้านและมีการลงมือปฏิบัติดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีอย่างจริงจัง

อัดตาทางสังคม เป็นการที่มนุษย์สามารถให้ความหมายกับตนเอง ซึ่งการตีความหมายท่าทางต่างๆ ของบุคคลอื่นไม่เพียงแต่ช่วยให้เกิดการประสานงานระหว่างมนุษย์ด้วยกันเท่านั้น แต่จะสามารถนำมาประเมินผลตนเองได้ด้วย มีด (Mead) กล่าวว่า เมื่อบุคคลได้ “ภาพตนเอง” (self-image) จากสายตาของคนอื่นที่สัมพันธ์กับตนมาระยะหนึ่ง จากภาพของตนเองที่มีลักษณะชั่วคราวนี้จะค่อยๆ ผังลึกจนในที่สุดกลายเป็น “ความคิดเกี่ยวกับตนเอง” ซึ่ง มีด (Mead) มีขั้นตอนของการพัฒนาอัดตาที่เป็นการเปลี่ยนแปลงภาพตนเองที่มีลักษณะชั่วคราวไปจนผังลึกลงไปไว้ 3 ขั้นตอน ขั้นที่ 1 ขั้นการเอาใจเขามาใส่ใจเรา (role-taking) ซึ่งการสวมบทบาทของผู้อื่น มีด (Mead) เรียกว่าขั้นการเล่นบทบาท (play stage) ในขั้นนี้ญาติผู้ป่วยจิตเวชอาจมีโอกาสดูแลเรียนรู้การสวมบทบาท

ของบุคคลสำคัญ เช่น พ่อ แม่ พี่ หรือ น้องที่ อาจทำให้เกิดการความสำนึกเกี่ยวกับตนเอง แต่ความสำนึกเกี่ยวกับตนเองยังไม่เป็นไปในลักษณะของภาพที่ฝังแน่น ขั้นที่ 2 ขั้นเกมกีฬา (game stage) ขั้นนี้ญาติสามารถสวมบทบาทคนอื่น เอาอย่างคนอื่นได้มากขึ้น สามารถร่วมมือกับผู้อื่นได้มากขึ้น และขั้นสุดท้าย บุคคลสามารถสวมบทบาทของบุคคลทั่วไป (generalization other)

นอกจากนั้น มีด (Mead) ยังเชื่ออีกว่า สังคมเป็นปรากฏการณ์ที่สร้างสรรค์ขึ้นจากการปรับตัวระหว่างการกระทำระหว่างมนุษย์ โดยที่จิตและอัตตา ทำให้สามารถมองเห็นสังคมในสภาพที่ไหลเลื่อนไปมา และเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตามที่เห็นควร โดยอัตตา ประกอบด้วย I และ Me โดยที่ I คือ เป็นปัจเจกชน – เป็นตัวตน – หรืออัตตาที่ตอบสนองต่อทัศนคติของผู้อื่นโดยทันทีทันใดตามธรรมชาติ ส่วน Me คือ เป็นการรับรู้ทัศนคติของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง ซึ่งญาติของผู้ป่วยที่ยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่ดึกกลับสู่ครอบครัวนั้นก็ต้องมีการกระทำระหว่างกันกับทั้งผู้ป่วยเอง และคนในชุมชนที่ญาติและครอบครัวอาศัยอยู่ว่ามีมุมมอง มีทัศนคติเกี่ยวกับญาติ (Me) ในการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีดึกกลับบ้าน ซึ่งลักษณะดังกล่าวอาจจะมีผลต่อการตีความ การให้ความหมายของตนเองในการที่จะแสดงการยอมรับ และการแสดงพฤติกรรมในการที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อสู่ครอบครัวอีกครั้ง (1)

1.2.3 การได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ แบบรวดเร็ว

การที่มีหน่วยงานต่าง ๆ ที่สามารถให้การดูแลและให้การช่วยเหลือญาติในช่วงญาติกำลังเผชิญปัญหาจากผู้ป่วยจิตเวช เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ญาติไม่สามารถเข้าใจ หรือไม่สามารถที่จะควบคุมได้ในขณะเวลานั้น การที่ญาติได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ โดยการเข้ามาให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา หรือการบริการรับและส่งผู้ป่วยจิตเวชแบบเร่งด่วนในขณะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงแบบผิดปกติไปจากเดิม หรือเริ่มมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และมีการรับและส่งต่อผู้ป่วยไว้รักษาที่โรงพยาบาล โดยเจ้าหน้าที่จะให้การช่วยเหลือสามารถโทรติดต่อได้ตลอดเวลา เพื่อญาติสามารถขอความช่วยเหลือได้แบบทันทีทันใด ซึ่งในส่วนของการสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้ มีความเกี่ยวข้องกับการที่ญาติจะตัดสินใจในยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งก็มีความสอดคล้องกับ เอมิกา กลยนิ, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ และดร. อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2558) ที่กล่าวว่า หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับกำลังใจ ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและคนรอบข้างก็จะทำให้ผู้ที่ดูแลมีความรู้สึกผ่อนคลาย และทำให้ญาติสามารถที่จะทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในการเผชิญกับความเครียดในการที่จะต้องดูแลผู้ป่วย อีกทั้งยังสอดคล้องกับ งานวิจัยของ นภาพรณ พึ่งเกตุสุนทร และ อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย (2554) เรื่อง ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อการดูแลของผู้ดูแล ที่พบว่า การสร้างเครือข่าย และระบบสนับสนุนทางสังคม และรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม แหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม สามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้ ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกมั่นคง และมั่นใจเมื่อต้องการความช่วยเหลือ อีกทั้งยังลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยได้

2. ภาพรวมของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดี และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว

ภาพรวมของกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีมาจากการศึกษา กระบวนการดูแลผู้ป่วยของญาติจากทั้งสิ้น 4 ครอบครัว ซึ่งจะมีกระบวนการดูแลที่ทำซ้ำๆ กันจนผู้วิจัยสามารถแบ่งช่วงการดูแลออกเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงเตรียม ช่วงเริ่มต้น และช่วงสนับสนุน ซึ่งในแต่ละช่วงญาติจะมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวสดังนี้

ช่วงเตรียมตัว เป็นช่วงญาติต้องมีการเตรียมตัว และปรับตัวในการที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับสู่ครอบครัวอีกครั้งโดยญาติจะมีกระบวนการเตรียมตัวดังนี้

การเริ่มต้นหาความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช และวิธีการในการดูแลผู้ป่วยทั้งจากการสอบถามจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การดูตัวอย่างจากพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช จากการเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของทางโรงพยาบาล หรือการอ่านจากบทความพบความรู้ต่างๆ

การทดลองดูแลผู้ป่วยในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการอนุญาตให้ทดลองเยี่ยมบ้าน

การทดลองดูแลผู้ป่วยโดยการไปรับและไปส่งผู้ป่วยตามที่แพทย์กำหนด

ในด้านการเตรียมตัวของญาติ ที่มีการหาความรู้เรื่องโรคทางจิตเวชนั้น มีความสอดคล้องกับ Magliano; & Fiorillo (2007) ที่ว่าการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และมีความเข้าใจ ส่งผลกระทบเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วย

ช่วงเริ่มต้น เป็นช่วงนี้ญาติจะให้ความสำคัญกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยด้านการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยดังนี้

การสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย

การดูแลเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวช โดยญาติอาจจะมีการในการดูแลเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวชของผู้ป่วยที่ทั้งการเตือนจากการบอกกล่าวทางคำพูด บอกกล่าวเป็นข้อความที่เขียนไว้คู่กับอาหารที่เตรียมเอาไว้ให้ผู้ป่วย หรือการพูดให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของยาแต่ละเม็ดและประโยชน์ของการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง

การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามที่นัดหมาย

การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยญาติจะมีเบอร์โทรศัพท์ส่วนตัวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อขอความช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทันที

ช่วงสนับสนุน เป็นช่วงที่ญาติมีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจนคล้ายคนปกติทั่วไปที่สามารถรับผิดชอบในการดูแลตนเองได้ ซึ่งในช่วงนี้ญาติจะมีกระบวนการในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเริ่มมีการดูแลตนเองทั้งสิ้น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผิดปกติของ
2. ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวชด้วยตนเอง
3. ญาติไว้วางใจให้ผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ด้วยตนเอง

4. สนับสนุนให้ผู้ป่วยหาวิธีการจัดการความเครียดด้วยตนเอง วิธีการในการจัดการความเครียดของแต่ละคนก็จะแตกต่างกันไปตามความชอบ และความเหมาะสมของแต่ละบุคคล เช่น การไปวัดฟังเทศน์ ฟังธรรม การไปช่วยงานที่วัด การช่วยงานของชุมชน การพูดคุยกับชาวบ้าน และการขอไปเป็นอาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือคนที่กำลังเดือนร้อน

นอกจากนั้นญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดียังต้องมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยใน **ด้านการปกป้องผู้ป่วย** จะเป็นช่วงที่ญาติจะมีการปกป้องผู้ป่วยจากผู้ที่ไม่ยอมรับผู้ป่วย โดยญาติจะมีการเตรียมตัวเพื่อที่จะต้องเผชิญกับผู้ต่อต้านผู้ป่วยโดยการพูดคุย อธิบายสาเหตุของคดีว่าเกิดจากความเจ็บป่วยทางจิต หรือมีการนำเอาผู้นำชุมชนมาอธิบายหรือพูดให้คนอื่น ๆ เข้าใจ นอกจากนั้นถ้ายังไม่สามารถพูดคุยกันได้ ญาติก็มีการเตรียมการโดยการแจ้งเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นคนกลางในการเจรจาต่อไป ส่วนการดูแลของญาติใน **ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน** ญาติจะดูแลทั้งด้านการเงิน ด้านอาหาร และการเดินทางต่างๆ ของผู้ป่วย

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีนั้น ผู้วิจัยยังไม่พบกับการศึกษาในประเด็นนี้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษางานวิจัยที่มีกลุ่มเป้าหมายที่ใกล้เคียงกัน คือ การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทำให้พบว่ากระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีมีความสอดคล้องกับ (สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. 2547) กล่าวว่า วิธีการดูแลผู้ป่วยสิ่งที่ญาติควรทำ คือ ญาติควรดูแลในเรื่องของการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนั้นสิ่งที่ญาติควรหลีกเลี่ยง คือ พยายามหลีกเลี่ยงความขัดแย้งและความตึงเครียด ซึ่งกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ผู้วิจัยพบนั้นจะมีการเน้นในการของการรับประทานยาของผู้ป่วยโดยที่ญาติเป็นผู้ที่ดูแล และญาติก็เน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลเรื่องการรับประทายาร่วมด้วย อีกทั้งญาติยังมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยหาวิธีการในการจัดการความเครียดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน อีกทั้งก็สอดคล้องกับภทราภรณ์ พุงปันคำ (Tungpunkom, 2000) ได้กล่าวเกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยสามารถแบ่งได้เป็นด้านๆ ดังนี้ คือ

1) ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ ซึ่งญาติต้องมีทักษะในด้านการเตือนผู้ป่วยเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง การเตือนในเรื่องรับประทานยา ซึ่งสิ่งที่ผู้ดูแลต้องตระหนักคือ คำพูดน้ำเสียง และสภาพจิตใจที่ดีที่เป็นการแสดงออกถึงความห่วงใย และความรัก โดยพยายามหลีกเลี่ยงการไม่ใช้อารมณ์ ทักษะการไกล่เกลี่ย เป็นทักษะในการเจรจา พูดอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจ เมื่อผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิตและทรัพย์สินของผู้อื่น นอกจากนั้นผู้ดูแลก็ควรเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคจิตเวช เพื่อนำไปอธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ทักษะการจัดการสิ่งแวดล้อม เป็นการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา และทักษะการถูกกระทบกระเทือน การถูกรังเกียจ ซึ่งทักษะนี้เป็นการที่ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับการที่มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัวได้

2) ด้านการดูแลอาการที่เกิดจากภาวะโรค ผู้ดูแลมีทักษะต่างๆ ดังนี้ ทักษะในการประเมินการสังเกตอาการที่เริ่มกลับมาเป็นซ้ำ รวมถึงสังเกตปัญหาและความต้องการในการ ทักษะการขอความช่วยเหลือ ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

3) ด้านบริหารการดูแลด้านยา โดยทักษะมีดังนี้ ทักษะการจัดการเรื่องยา เป็นการดูแลจำนวนยาให้เพียงพอจนถึงวันนัดและการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาครบตามแผนการรักษา ตลอดจนการจัดเก็บยาให้ปลอดภัย และทักษะการประเมิน การสังเกตอาการ ผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น เพื่อจะได้ช่วยประคับประคอง และช่วยเหลือผู้ป่วยหากมีอาการรุนแรง

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ สมภพ เรืองตระกูล (2542) ที่ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการครอบคลุม 6 ด้านดังนี้ ด้านความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการรักษา และด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง โดยด้านความเป็นอยู่ ผู้ดูแลต้องคอยให้ความช่วยเหลือ คอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ของตนเอง ดูแลการรับประทาน อาหาร ด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลจึงมีความจำเป็นในการรับภาระเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านการดำรงชีวิต และด้านการรักษาพยาบาล ด้านสังคม ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว สังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการรักษา ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือนในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และมาพบแพทย์ตามนัด สุดท้ายด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและฝึกทักษะให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถช่วยเหลือตนเองได้

ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว

จากการศึกษาของผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัวจะเห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีทั้ง 4 ครอบครัวมีพฤติกรรมที่เป็นปกติเหมือนคนทั่วไป สามารถพูดคุย ควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น สามารถรับผิดชอบในงานที่ทำได้ สามารถอยู่ร่วมกับคนในครอบครัว ชุมชนกับเพื่อนร่วมงานได้ดี ที่สำคัญผู้ป่วยยังไม่ต้องกลับรักษาอาการจิตเวชแบบผู้ป่วยในและยังไม่มีอาการก่อคดีความที่รุนแรงซ้ำรอยอีกครั้ง

3. แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆ่าบุคคลในครอบครัว เมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง

จากกระบวนการในการดูแลที่ผู้วิจัยได้กล่าวไว้แล้วข้างต้นนั้นจะพบว่าในแต่ละครอบครัวของกรณีศึกษาก็จะมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยในหลายประเด็นที่แตกต่างกัน และก็มีหลายๆ ประเด็นที่แต่ละครอบครัวมีความเหมือนกัน คล้ายคลึงกัน ซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์ลักษณะของแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจากกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่แต่ละครอบครัวใช้ในการดูแลที่คล้ายๆ กัน เกิดการกระทำที่ซ้ำๆ กัน มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เหมือนกัน พบว่ามีกลุ่มผู้ที่ทำหน้าที่ในดูแลผู้ป่วยที่ซ้ำๆ จากกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีในด้านต่างๆ ที่กล่าวไปข้างต้นพบว่า ผู้วิจัยสามารถแบ่งแบบแผนของการดูแลผู้ป่วยได้ 2 แบบแผนก็คือ แบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ญาติดูแลเป็นหลัก และแบบแผนการดูแลที่ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง โดยเริ่มตั้งแต่ช่วงเตรียมตัว

และช่วงเริ่มต้นนั้นญาติมีการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ญาติดูแลเป็นหลักเป็นส่วนใหญ่ และญาติก็ยังใช้แบบแผนการดูแลที่ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในบางด้านร่วมด้วย ส่วนในช่วงสนับสนุนนั้นจะเห็นได้ถึงแม้ว่าญาติจะใช้แบบแผนการดูแลที่ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองก็ตาม แต่ในช่วงนี้ญาติก็ยังใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ญาติดูแลเป็นหลักร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

จากวัตถุประสงค์แรกที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง นั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความเกี่ยวข้องกับงานด้านจิตเวชจะมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการที่จะเตรียมความพร้อมกลุ่มคนในหลายๆ กลุ่มดังนี้ กลุ่มญาติที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง และมีการเตรียมตัวให้ผู้ป่วยจิตเวชร่วมด้วย ดังนี้

1.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการเตรียมความพร้อมของญาติที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี เมื่อกลับสู่ครอบครัว

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยให้ญาติมีความรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช อีกทั้งมีความรู้ในเรื่องของอาการ การสังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติ วิธีการในการดูแลผู้ป่วย และการจัดการผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการทางจิตเวช ซึ่งนอกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการให้ความรู้ที่เป็นในส่วนของเนื้อหาแล้ว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการให้ญาติได้เห็นตัวแบบการดูแลพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งการปฏิบัติตัว การสังเกตเห็นตัวแบบในการดูแลแล้วนั้น หรือการจัดการควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วยเมื่อเริ่มมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ นอกจากญาติมีความรู้ และการสังเกตจากตัวแบบแล้วญาติก็ควรได้มีโอกาสในการทดสอบความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการทดลองเยี่ยมบ้านเป็นช่วงระยะเวลาสั้นๆ เพื่อให้ญาติได้มีโอกาสในการทดลองดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาสั้นๆ อีกทั้งยังให้ญาติและผู้ป่วยได้มีระยะเวลาในการค่อยๆ ปรับตัวในการอยู่ร่วมกันในครอบครัวอีกครั้ง หลังจากที่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีไม่ได้กลับบ้านเป็นระยะเวลานานตามระยะเวลาของขั้นตอนในการดำเนินการตามกระบวนการยุติธรรม ซึ่งระยะเวลาในการให้ผู้ป่วยทดลองเยี่ยมบ้านนั้น ญาติจะสามารถบอกได้ด้วยตนเองว่ามีการทดลองดูแลผู้ป่วยระยะเวลานานจนกระทั่งมีความพร้อมในการที่จะรับผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้านในที่สุด

1.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเกี่ยวข้องกับการงานด้านผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีมีการเตรียมความพร้อมตนเอง

การเตรียมความพร้อมสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในด้านการเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ต้องมีความรู้และความเข้าใจในโรคจิตเวชที่ผู้ป่วยเป็น มีการประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา และสามารถให้คำยืนยันกับญาติ หรือมีการทำให้ญาติมีความสบายใจ เพิ่มความมั่นใจให้กับญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีว่า ผู้ป่วยมีลักษณะอาการเป็นปกติหรือไม่อย่างไร หากเป็นปกติ

แล้วหรือไม่ หรือผู้ป่วยจะไม่ทำร้ายใครแบบทันทีทันใด เพื่อให้ญาติสบายใจ อีกทั้งต้องมีช่องทางและแนวทางในการช่วยเหลือญาติอย่างเร่งด่วนในเวลาที่ญาติเกิดปัญหาไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ผิดปกติ พฤติกรรมที่ก้าวร้าวของผู้ป่วยได้ ซึ่งในเวลาขณะนั้นญาติต้องการความช่วยเหลือในทันทีทันใด ดังนั้นเจ้าหน้าที่จะต้องมีการวางแผน และการเตรียมการสำหรับช่องทางการสื่อสารในช่วงเร่งด่วนระหว่างญาติและเจ้าหน้าที่ ซึ่งจากกรณีศึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเสียสละอย่างมาก ซึ่งการให้เบอร์โทรศัพท์ส่วนตัวของเจ้าหน้าที่เพื่อเป็นการแสดงให้เห็นถึงความพร้อมให้การช่วยเหลือตลอดเวลา ซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้นมีการทำงานที่ต้องเสียสละเป็นอย่างมาก เพราะต้องเสียเวลาเป็นส่วนตัวที่ต้องคอยให้คำปรึกษากับญาติทุกช่วงเวลา อีกทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดีจะต้องมีการเตรียมการ วางแผน ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อสามารถให้การช่วยเหลือญาติในการนำผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับสู่การบำบัดรักษา

1.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีก่อนกลับสู่ครอบครัว

เนื่องจากในการที่ญาติจะยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับบ้านนั้น ญาติจะใช้การรับรู้ภายในตนเองของญาติในส่วนของ การรับรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ทั้งการรับรู้ที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเวชเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น การรับรู้ถึงการสำนึกผิดของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยมีคุณค่าต่อครอบครัวและชุมชน เป็นต้น ซึ่งในประเด็นเหล่านี้เป็นส่วนที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะได้มีแนวทางในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในด้านต่างๆ เพื่อที่จะให้ญาติสามารถที่จะยอมรับให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีได้กลับสู่ครอบครัวมากขึ้น ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยจิตเวชให้มีความเข้าใจในสิ่งที่ตนเองกระทำนั้นเป็นความผิดให้มากขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกผิดในสิ่งที่ได้ทำลงไป ซึ่งอาจจะมีการฝึกการแสดงออกทางอารมณ์ในการแสดงความรู้สึกของตนเองกับญาติ และให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีที่มีความรู้สึกสำนึกผิดกับญาติได้แสดงความรู้สึกผิด ให้กับญาติได้เห็นในสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังรู้สึกผิดกับการกระทำที่ผ่านมาซึ่งเจ้าหน้าที่อาจจะให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกในขณะที่มีการให้ผู้ป่วยทดลองเยี่ยมบ้าน หรือในขณะที่ญาติมาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การดูแลผู้ป่วยจนสามารถรับผิดชอบในการดูแลตนเองได้ ซึ่งอาจจะเป็นส่วนของการรับประทานยาเอง จัดยากินเองได้ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง ซึ่งอาจจะเป็นการฝึกจนผู้ป่วยสามารถทำเองได้อย่างถูกต้อง นอกจากนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาจจะให้โอกาสผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการทำงานในครอบครัว เช่น การทำความสะอาดบ้าน การล้างจาน การดูแลผู้อื่นในครอบครัว หรืออื่นๆ ที่เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถแบ่งเบาภาระของญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง หรือแม้กระทั่งให้มีการฝึกทักษะการเข้าสังคมกับผู้อื่น การทำกิจกรรมต่างๆ ตามที่ชุมชนได้ปฏิบัติกันมา แต่อีกสิ่งที่สำคัญก็คือ การที่ผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบตนเองได้แล้วนั้นญาติจะต้องได้เห็นสิ่งที่ผู้ป่วยทำมากกว่าแต่เป็นเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้บอกซึ่งช่วง

ที่มีโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทดลองเยี่ยมบ้านก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะทำให้ญาติได้เห็นการรับผิดชอบดูแลตนเองได้ ดูแลรับผิดชอบช่วยเหลืองานของครอบครัวได้ด้วยตนเอง

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยที่มีจำนวนของครอบครัวกรณีศึกษาที่มากขึ้นเพื่อที่จะสามารถวิเคราะห์หาวิธีการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดเคี้ยวระหว่างชุมชนเมืองกับชนบทว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่

2. ควรมีการเปรียบเทียบเงื่อนไขของญาติที่มีการตัดสินใจรับ และไม่รับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดเคี้ยวกลับสู่ครอบครัวอีกครั้งว่ามีเหตุผลที่เหมือนกัน หรือต่างกันอย่างไร เพื่อที่ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการทำงานเกี่ยวข้องในด้านการเตรียมตัวผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวอีกครั้งจะได้ทราบถึงเหตุผล และหาแนวทางในการดูแล พutsch เตรียมความพร้อมผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

3. ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีของญาติ ซึ่งช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ญาตินั้นจะเป็นช่วงเวลาค่อนห่างจากช่วงเวลาที่ญาติได้ตัดสินใจยอมรับผู้ป่วยให้กลับบ้านได้ ซึ่งถึงแม้ว่าญาติจะให้ข้อมูลของเงื่อนไขที่ตัดสินใจได้ แต่ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าทั้งอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานั้นค่อยๆ ลดระดับความเข้มข้นลงไปมาก ซึ่งในการวิจัยครั้งต่อไป ควรจะมีการสัมภาษณ์ข้อมูลของญาติในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกับช่วงเวลาที่ญาติได้มีการตัดสินใจในการยอมรับผู้ป่วยไปดูแล



บรรณานุกรม

- กัญญาณาด สุวรรณชาติ. (2554). การเติบโตภายหลังเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญของผู้รอดชีวิตจากสถานการณ์ความไม่สงบ ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้. ปรินิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาการปรึกษา). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมสุขภาพจิต. (2547-2548). สุขภาพจิตไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2550). ถึงเวลาสร้างคนไทย ให้มีพลังใจดี. สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2555. จาก <http://www.newswit.com/gen/2007-09-28/1033-f973086fe2a59060081e11a2cd1/>
- _____. (2558). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2558. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กัลณิกา ศรีวงศ์วรรณ. (2547). การศึกษาการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีในชุมชน. ปรินิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- กิตติคุณ บัวรุ่ง. (2547). การยอมรับผู้กระทำผิดคดียาเสพติดกลับคืนสู่สังคม:ศึกษากรณีจังหวัดนครปฐม. ปรินิพนธ์. ศศ.ม. (สังคมวิทยา). กรุงเทพฯ. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ขนิษฐา บำเพ็ญผล. (2540). การศึกษาผู้ป่วยนิติจิตเวชคดีฆ่าคู่สมรส. กรุงเทพฯ:โรงพยาบาลนิติจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข, และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2556). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ปีที่ 58(1) หน้า 89-100.
- โคราชเดลินิวส์. (2554). สะเทือนใจ ลูกชายโรคจิตฆ่าตัดคอพ่อบังเกิดเกล้า. สืบค้นเมื่อ 12 สิงหาคม 2556. จาก www.koratdailynews.com.
- จิราภา เต็งไตรรัตน์ และคนอื่นๆ. (2550). จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชาย โพลิตา. (2554). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง.
- ชาติชาย ไบทัตทิม. (2547). การดำเนินชีวิตในสังคมหลังการบำบัดของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญา. ปรินิพนธ์ ศศ.บ. (สังคมสงเคราะห์ศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ตรีสินธุ์ สุขสภา. (2542). *ผู้ป่วยจิตเวชกับการกระทำความผิด : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลนิติจิตเวช*. ปรินญานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาชุมชน). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- เทพินทร์ พัทธนากรักษ์. (2548). *สังคมวิทยาการแพทย์*. กรุงเทพฯ: บริษัทโอเดียนสโตร์.
- นภาพรณี พึ่งเกศสุนทร และ อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย. (2554). ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. ปรินญานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและจิตเวช). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นริศรา ฉัพพรรณรังสี. (2549). *เจตคติของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีล้าสมัย* ศึกษาเฉพาะพื้นที่จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.
- นงลักษณ์ สาตรา และราณี ฉายินทุ. (2539). *การศึกษาเชิงป้องกันผู้ป่วยคดีประทุษร้ายบุคคลในครอบครัว*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลนิติจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. บ้านเมือง. (2556). กระตุ้นคนไทยหันมาใส่ใจดูแลสุขภาพจิต. สืบค้นเมื่อ 29 กันยายน 2556. จาก <http://www.banmuang.co.th/2013/09/>
- บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์. (2547 ต.ค.-ธ.ค.). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. ปีที่ 21(4). หน้า 249-258.
- ประทีป จินนี่. (2540). *วิชาการวิเคราะห์พฤติกรรมและการปรับพฤติกรรม*. เอกสารประกอบการสอน. กรุงเทพฯ. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ทีมข่าวอาชญากรรม. (2548). หญิงวิกลจริตคลั่งบุกเข้าไปในโรงเรียนเซนต์โยเซฟคอนเวนต์ ก่อนไล่แทงเด็กนักเรียนบาดเจ็บ 4 ศาหัส 3. สืบค้นเมื่อ 21 สิงหาคม 2556. จาก <http://www.manager.co.th/Crime/ViewNews.aspx?NewsID=9480000122646>.
- _____. (2555). มือหั่นศพฉัว อ้างเทพเข้าสิงต้องฆ่าทิ้งให้พ้นทุกข์. สืบค้นเมื่อ 21 สิงหาคม 2556. จาก <http://www.manager.co.th/Crime/ViewNews.aspx?NewsID=9550000123255>
- ภัทราภรณ์ พุ่มปันคา; และคนอื่นๆ. (2548). *การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน : โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มยุรี กลั้ววงษ์. (2552). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล*. ปรินญานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). *ญาติผู้ดูแลที่บ้าน:แนวคิดและปัญหาในการวิจัย*. ราชบัณฑิตยสถานสาร, 2(1), 84-94.
- รณชัย คงสกนธ์. (2553). *ตำรานิติจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: หจก. บางกอกบล็อก.

- ราณี ฉายินทุ. และนางลักษณ์ สาตรา. (2543). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระทำผิดครั้งแรกและ
กระทำผิดซ้ำของผู้ป่วยนิติจิตเวช. กรุงเทพฯ:โรงพยาบาลนิติจิตเวช กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข.
- รุ่งฟ้า แสงพรหมชาติ. (2551). ผลกระทบของครอบครัวผู้ป่วยนิติจิตเวชต่อการนำเสนอข่าวของ
สื่อมวลชน. สื่อบัณฑิต งานประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 7 กรมสุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร. หน้า 139.
- วรรัตน์ ว่องอภิวณิช และคณะ. (2551). การพัฒนาศักยภาพภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชภาคใต้ ระยะที่ 2 ตอนหมอมสมุนไพรและโนราโกลครุ. กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข.
- วัชรภรณ์ ลือไธสงค์. (2552). การตราบาปทางสังคม : กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระ
ศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สังคมศาสตร์และการพัฒนา).
อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. ถ่ายเอกสาร.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2551). ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ รู้เขา รู้เรา. พิมพ์ครั้งที่ 15.
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ศุภีมาน นฤมล. (2544). นางงามตุ๊กกระจุก : การศึกษากระบวนการกลายเป็นหมอนวดไทย.
กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์สยาม.
- สายฤดี วรกิจโกคาทร. (2552). การศึกษาเฉพาะกรณีในการศึกษาเชิงคุณภาพ:เทคนิคการ
วิจัยภาคสนาม. เบญจา ยอดดำเนิน. หน้า 245-252. พิมพ์ครั้งที่ 8. นครปฐม :
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สฤษฎ ภู่ง และ อ้อมเดือน สดมณี. (2549). การวิจัยคุณภาพเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัย
พฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สมพร หินคำ. (2544). การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับผู้ติดเชื้อเอดส์ของครอบครัว
: กรณีศึกษาจังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา).
สุรินทร์: สถาบันราชภัฏสุรินทร์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). โรคจิตเภท:ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : เรือน
แก้วการพิมพ์.
- สมรัก ชูวานิงค์. (2553). การรับรู้ตนเองและเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิต. วารสารสุขภาพจิต
แห่งประเทศไทย ปีที่ 18 ฉบับที่ 3.
- สถาบันกัลยาณราชนครินทร์. (2547). คู่มือการดูแลสุขภาพจิตผู้ต้องคดีในชุมชน. กรุงเทพฯ.
โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- _____. (2555). รายงานประจำปีสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555. สถาบัน
กัลยาณฯ.
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์. (2550). ทฤษฎีสังคมวิทยา เนื้อหาและแนวการใช้ประโยชน์เบื้องต้น.
พิมพ์ครั้งที่ 12: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สาธิตา โค้วบุญงาม. (2551). *ความเที่ยงและความตรงของแบบประเมินความสามารถรู้ผิดชอบของผู้กระทำผิดนิติจิตเวช*. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์.
- สุพรรณิ แสงรักษา. (2556, 31 มกราคม). สัมภาษณ์โดย พรพรรณ มีฤทธิ์ ที่สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์
- สุรเดช ประยูรศักดิ์. (2553 ตุลาคม-ธันวาคม). *ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวช. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ปีที่ 55(4) หน้า 137-328.*
- อังคณา สารคำ. (2550, มกราคม – เมษายน). การสำรวจทัศนคติของชุมชนต่อผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนาร่อง ตำบลนคร เจริญอำเภอบ้านนา จังหวัดลำพูน. เชียงใหม่. *วารสารสวนปรง. ปีที่ 23 (ฉบับที่ 1): หน้า 42-56.*
- อ้อมเดือน สดมณี. (2523). *ความคิดเกี่ยวกับตัวตนและพฤติกรรมเบี่ยงเบนของวัยรุ่น. ปรินซ์นิพนธ์. สด.ม. (สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.*
- เอมิกา กลยณี. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ และอารีวรรณ อ่วมตานี. (2558 มกราคม-มิถุนายน). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. วารสารพยาบาลตำรวจ. ปีที่ 7 (ฉบับที่ 1): หน้า 128-140.*
- Annika Nordstrom, Lars Dahlgren and Gunnar kullgren. (2006, June) Victim relation and factors triggering homicides committed by offenders with schizophrenia. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 17(2), 192-203.
- Hanzawa, S., Bae, J.K., Tannaka, H., Bae, Y. J., Tanaka, G., Inadomi, H. et al. (2010). Caregiver burden and coping strategies for patients with schizophrenia: Comparison between Japan and Korea. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 64(4): 377-386.
- Magliano, L., and Fiorillo, A. (2007). Psychoeducation family intervention for schizophrenia in the last decade: From explanatory to pragmatic trials. *Epidemiologia e Psichiatria Social*. 16(1): 22-34.
- Tungpunkom, P. (2000). *Staying in balance : Skill and role development in psychiatric caregiving. Dissertation The university of California San Francisco, SF.CA*
- Zoellner T. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology – A critical review and introduction of a two component model. *Clinical psychology review*. 26: 626-653.



ภาคผนวก

แบบบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ข้อมูลส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ-นามสกุล _____
2. อายุ _____ ปี
3. ระดับการศึกษา ☐ ประถมต้น ☐ ประถมปลาย ☐ มัธยมต้น ☐ มัธยมปลาย
☐ อนุปริญญา ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพ ☐ รับราชการ ☐ พนักงานบริษัท ☐ ค้าขาย
☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ รับจ้าง ☐ อื่นๆ ระบุ _____
5. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า/ร้าง ☐ แยกกันอยู่
6. จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัว _____ คน
7.
 ภูมิสำเนา _____

8. สถานภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี _____
9. สถานภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ตายที่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆ่า _____

ข้อมูลส่วนที่ 2 แนวคำถามสำหรับถามผู้ให้ข้อมูลหลัก

- สมาชิกในครอบครัวมีใครบ้าง
- ใครเป็นหัวหน้าครอบครัว หรือผู้ที่ต้องตัดสินใจเรื่องในครอบครัว
- เวลาที่ครอบครัวมีผู้ป่วยด้วยโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่ใครเป็นผู้ดูแล

ก่อนมีคดีความ

- ใครมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี
- ญาติมีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างไร (ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สุขอนามัย)
- ญาติมีความรู้สึกละเอียดอ่อนอย่างไรที่ต้องมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยอยู่ในครอบครัว
- ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี

หลังมีคดีความ

- หลังจากเกิดคดีความญาติและบุคคลในครอบครัวมีอาการ ความรู้สึก ปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ก่อคดีอย่างไร
- และในขณะนั้นญาติมีความคิดอยากให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับมาอยู่กับทุกคนในครอบครัวอีกครั้งหรือไม่ เพราะอะไร

- เพราะอะไรญาติจึงมีการเปลี่ยนใจที่จะให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัวอีกครั้ง เกิดอะไรขึ้นในครอบครัว
- ก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้านญาติมีการเตรียมตัวกันอย่างไร

สิ้นสุดกระบวนการยุติธรรมและผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัวแล้ว

- เมื่อผู้ป่วยสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรมแล้ว ญาติมีความรู้สึกอย่างไรกับผู้ป่วย
- เมื่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับมาอยู่บ้านอีกครั้งญาติใครเป็นผู้ดูแล
- ญาติมีวิธีการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีเมื่อกลับบ้านอย่างไรบ้าง และต้องดูแลในด้านไหนบ้าง
- ผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลดังกล่าวคิดว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างไรบ้างมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง
(ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม เป็นต้น)
- ญาติมีความคิดอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี

หมายเหตุ “ข้อคำถามดังกล่าวเป็นเพียงแนวทางการสัมภาษณ์กว้างๆ เท่านั้น สามารถยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์เพื่อความเหมาะสมตลอดระยะเวลาการสัมภาษณ์”

แบบบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักรอง (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

ข้อมูลส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ-นามสกุล _____
2. อายุ _____ ปี
3. ระดับการศึกษา ☐ ปริญญาตรี ☐ ปริญญาโท ☐ ปริญญาเอก
4. อาชีพ _____
5. วิชาชีพ _____
6. หน่วยงาน _____
7. บทบาทหน้าที่ _____
8. เขตพื้นที่รับผิดชอบ _____
9. ประสบการณ์ในการทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว _____ ปี
10. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่ดูแล

ข้อมูลส่วนที่ 2 แนวคำถามสำหรับถามผู้ให้ข้อมูลรอง กลุ่มที่ 1

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่อย่างไรบ้างเกี่ยวกับครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี
- การดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีและครอบครัว แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
- ถ้าต่างกัน/เหมือนกันอย่างไร
- ต้องมีการติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีและครอบครัวนานเท่าไร
- ผลจากการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีและครอบครัวเป็นอย่างไร
- เจ้าหน้าที่มีความรู้สึกอย่างไรกับทั้งญาติและผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี

คำถามเพื่อตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลของครอบครัว

- ท่านมีการติดตามครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีตั้งแต่เมื่อไหร่
- หลังจากเกิดคดีความ ท่านเห็นพฤติกรรม อารมณ์ของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีอย่างไร
- หลังจากสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรม พฤติกรรม อารมณ์ของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีเหมือนเดิมหรือแตกต่างจากช่วงก่อนก่อคดีอย่างไร
- หลังจากผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับบ้านอีกครั้ง ท่านคิดว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีมีการดูแลผู้ป่วยอย่างไรบ้าง และผลการดูแลเป็นอย่างไร (ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สุขอนามัย)

หมายเหตุ “ข้อคำถามดังกล่าวเป็นเพียงแนวทางการสัมภาษณ์กว้างๆ เท่านั้น สามารถยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์เพื่อความเหมาะสมตลอดระยะเวลาการสัมภาษณ์”

แบบบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักรอง (ผู้ป่วย)

ข้อมูลส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ-นามสกุล _____
2. อายุ _____ ปี
3. ระดับการศึกษา ☐ ประถมต้น ☐ ประถมปลาย ☐ มัธยมต้น ☐ มัธยมปลาย
4. อาชีพ ☐ อนุปริญญา ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี
☐ รับราชการ ☐ พนักงานบริษัท ☐ คำขาย
☐ ธุรกิจส่วนตัว ☐ รับจ้าง ☐ อื่นๆ ระบุ _____
5. สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่
6. จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัว _____ คน
7. ภูมิลำเนา _____

8. เคยมีคดี _____
9. สถานภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ตายที่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีมา _____
10. ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ _____

ข้อมูลส่วนที่ 2 แนวคำถามสำหรับถามผู้ให้ข้อมูลหลัก

- ใครมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย
- ญาติมีวิธีการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีเมื่อกลับบ้านอย่างไรบ้าง และต้องดูแลในด้านไหนบ้าง
- ผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลดังกล่าวคิดว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างไรบ้าง มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง (ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม เป็นต้น)
- คิดว่าตนเองเปลี่ยนแปลงอย่างไรเมื่อกลับมาอยู่บ้าน

หมายเหตุ “ข้อคำถามดังกล่าวเป็นเพียงแนวทางการสัมภาษณ์กว้างๆ เท่านั้น สามารถยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์เพื่อความเหมาะสมตลอดระยะเวลาการสัมภาษณ์”

ประวัติย่อผู้วิจัย



ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	พรพรรณ มีฤทธิ์
วันเดือนปีเกิด	3 มกราคม 2526
สถานที่เกิด	จังหวัดสุโขทัย
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110
	โทรศัพท์ 086-6762269
	Email : psycho4401421@hotmail.com

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2543	มัธยมศึกษาตอนปลาย จาก โรงเรียนสุโขทัยวิทยาคม จังหวัดสุโขทัย
พ.ศ. 2547	วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาจิตวิทยา จาก ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
พ.ศ. 2559	สาขาวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ