

## Conditions Relating to Accepting of Relatives in Forensic Psychiatric Patients back to Family: A Domestic Homicide Case Study

Pornpan meerit<sup>2</sup>  
Thasuk Janprasert<sup>3</sup>

Received: October 10, 2016 Accepted: October 27, 2016

### Abstract

The purposes of this study were: explore accepting conditions of forensic psychiatric patients that associated with domestic homicide back to family, investigate the processes of patient care in family and the condition, and 3examine the patterns of patient care in case of murder family members. This study was conducted using a qualitative case study research design. The participants (n=13) were patients' relatives, health officers, and forensic psychiatric patients. They were selected by purposive sampling method. The findings found that 1) There were 2 accepting conditions of forensic psychiatric patients of relatives. The first condition was understanding and perception of relatives. Their understandings included patients had mental illness, cause of murder of patients, recovering from psychosis, patients felt remorse, and patients were valuable. Moreover, their perceptions included they had problem-solving skill, they accepted patients, they were ready for problem solving, and they had a positive attitude. The second condition was supporting from the external environment. 2) There were 3 phases of the process of patient care including the preparation phase, the beginning phase, and the supportive phase. Moreover, the results of patient care included psychotic symptoms were decreased, and patients could live with their families and could live in the society also. 3) There were 2 patterns of patient care including relatives were mainly taking care of the patients and the patients were encouraged for taking care of themselves.

**Keyword:** conditions, patients' relatives, psychiatric patients, pattern of patient care

<sup>1</sup> Master Thesis for the Master degree in Applied Behavioral Science Research, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

<sup>2</sup> Graduate Student, Master degree in Applied Behavioral Science Research, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University, E-mail: psycho4401421@hotmail.com

<sup>3</sup> Lecturer at Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University, E-mail: thasukbsri@gmail.com

## เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยกลับบ้านและแบบแผนพฤติกรรมดูแลผู้ป่วย: กรณีศึกษาญาติผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมในครอบครัว<sup>1</sup>

พรพรรณ มีฤทธิ์<sup>2</sup>  
ฐาศุภร์ จันประเสริฐ<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆาตกรรมในครอบครัวกลับบ้าน ศึกษากระบวนการดูแลและผลการดูแลโดยครอบครัว และค้นหาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆาตกรรมในครอบครัว ดำเนินการศึกษาด้วยแนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการศึกษาเฉพาะกรณี ผู้ให้ข้อมูลคัดเลือกด้วยวิธีการแบบเจาะจง คือ ญาติเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี จำนวน 13 ราย ผลการศึกษาพบว่า 1) เงื่อนไขที่ทำให้ญาติยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน มี 2 ด้าน ได้แก่ ความเข้าใจและการรับรู้ของญาติ ด้านที่ 1 ความเข้าใจของญาติ ได้แก่ เข้าใจผู้ป่วยว่าป่วยทางจิต สาเหตุการก่อคดี อารมณ์ทางจิตรักษาได้ ผู้ป่วยสำนึกผิด และยังมีคุณค่า ผู้ป่วยเป็นคนดี และญาติรับรู้ว่าจะตนเองสามารถจัดการปัญหาได้ ยอมรับ พร้อมรับมือและมองปัญหาด้านบวก ด้านที่ 2 การสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมโดยผู้เชี่ยวชาญยืนยัน ครอบครัวยินยอม และหน่วยงานช่วยเหลือรวดเร็ว 2) กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช แบ่งเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงเตรียมตัว ช่วงเริ่มต้น และช่วงสนับสนุน และผลการดูแล คือ ผู้ป่วยอาการจิตเวชลดลง สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว และชุมชนได้ 3) แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี มี 2 แบบแผน คือ ญาติมีการดูแลเป็นหลัก และญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองร่วมด้วย

**คำสำคัญ:** เงื่อนไข ญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเวช การดูแลผู้ป่วย

<sup>1</sup> ปริญญาโทระดับมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

<sup>2</sup> นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

อีเมล: psycho4401421@hotmail.com

<sup>3</sup> อาจารย์ ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ อีเมล: thasukbsri@gmail.com

## ที่มาและความสำคัญ

ตามข่าวจากหนังสือพิมพ์ หนังสือจิตเวชศาสตร์ฉบับหนึ่งเข้าไปในโรงเรียนเซนต์โยเซฟคอนเวนต์ ก่อนไล่แทงเด็กนักเรียนบาดเจ็บ 4 สาหัส 3 (ทีมข่าวอาชญากรรม, 2548) มือหั่นศพผิว! อ่างเทพเข้าสิงต้องฆ่าทิ้งให้พ้นทุกข์ (ทีมข่าวอาชญากรรม, 2555) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีดังกล่าวข้างต้นถูกเรียกได้ว่า เป็นอาชญากรจิตผิดปกติ ซึ่งเป็นพวกที่มีปัญหาทางด้านจิตผิดปกติ โดยที่ความผิดปกติทางจิตเป็นเหตุให้ก่ออาชญากรรม จากการศึกษาของสาธิตา คุ้มบุญงาม (2551) และจากงานวิจัยของ กัลณิกา ศรีวงศ์วรรณ (2547) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงสูงที่จะกระทำผิดมากกว่าโรคจิตชนิดอื่นๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะลักษณะอาการของโรคที่มักแสดงอาการรุนแรง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จากเหตุการณ์นี้เมื่อเกิดขึ้นแล้วมักจะสร้างความสะเทือนขวัญแก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงและประชาชนทั่วไป นอกจากนี้ยังมีกลุ่มคนอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมมาโดยตลอดเหตุการณ์ กล่าวคือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจ ทั้งเกิดภาวะความเครียดที่ถูกตอกย้ำความรู้สึกเกี่ยวกับการกระทำผิดของผู้ป่วย อีกทั้งยังมีการถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นครอบครัวที่ไม่ดีเพราะไม่ดูแลผู้ป่วย ปล่อยปละละเลยให้ผู้ป่วยมากระทำผิดส่งผลกระทบต่อคนในชุมชนและสังคม บางครอบครัวย้ายที่อยู่ออกจากชุมชนเพราะชุมชนไม่ยอมรับจากงานวิจัยของ รุ่งฟ้า แสงพรหมชาติ (2551) และยิ่งไปกว่านั้นถ้าผู้ป่วยจิตเวชกระทำความผิดโดยการก่อคดี “ฆ่า” คนในครอบครัวเดียวกัน ยิ่งทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียบุคคลอื่นและได้รับผลกระทบทางจิตใจจากที่ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้กระทำ ซึ่งในบางรายอาจได้รับผลกระทบจากชุมชนอีกด้วย ทั้งการถูกปฏิเสธ การขับไล่ให้ออกจากชุมชน ซึ่งลักษณะที่กล่าวมาจะส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลในครอบครัวและชุมชน อาจทำให้เกิดการทอดทิ้ง ปฏิเสธ ไม่ยอมรับผู้ป่วยจนส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลในที่สุดจากงานวิจัยของ วัชรภรณ์ ลือโรสงค์ (2552) และงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ของ มยุรี กลับวงศ์ (2552) ยังพบอีกว่าผู้ดูแลที่มีความเหนื่อยหน่ายสูงจะส่งผลให้พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่ำลง บางรายผู้ป่วยขาดการเอาใจใส่ดูแล ถูกทิ้งปล่อยไว้ตามชุมชน ถูกแยกออกจากสังคม และในท้ายที่สุดญาติหลายรายอาจแสดงท่าทีไม่เต็มใจหรือปฏิเสธการยอมรับและการรับผู้ป่วยกลับไปดูแล ซึ่งพฤติกรรมปฏิเสธดังกล่าวทำให้หนักสังคมสงเคราะห์ตามโรงพยาบาลจิตเวชหลายแห่งต้องส่งผู้ป่วยจิตเวชไปอยู่สถานสงเคราะห์มากขึ้นทุกปี

นอกจากนั้นผู้วิจัยซึ่งทำงานที่โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งได้มีโอกาสสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ผู้ที่มีหน้าที่โดยตรงเกี่ยวกับการส่งต่อข้อมูล ติดตาม ดูแลครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งผู้วิจัยได้สอบถามเกี่ยวกับสถานที่ๆ ผู้ป่วยกลับไปอยู่เมื่อสิ้นสุดกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางนิติจิตเวชของทางสถาบันฯ หรือสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรมว่ามีสถานที่ไหนบ้าง ซึ่งคำตอบมีหลายแห่งดังนี้คือ กลับไปอยู่เรือนจำ สถานสงเคราะห์ ชุมชนเดิมที่เป็นครอบครัวเดิมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ก่อนก่อคดี ชุมชนใหม่กับครอบครัวใหม่ และอาศัยอยู่ลำพังคนเดียวแต่อยู่ใกล้สถานพยาบาล นอกจากนี้ยังสัมภาษณ์เกี่ยวกับจำนวนของผู้ป่วยที่ได้กลับไปอยู่กับครอบครัวเดิมชุมชนเดิม ครอบครัวใหม่ชุมชนใหม่ ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้จากการสัมภาษณ์สามารถสรุปได้ความว่าโดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีเมื่อสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรมหรือกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางนิติจิตเวชของโรงพยาบาลจิตเวชแล้ว หลายรายไม่ได้กลับไปอยู่กับครอบครัวเดิมที่เป็นชุมชนเดิม แต่ก็มี

เพียงส่วนน้อยที่ครอบครัวสามารถยอมรับและให้กลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชนตามเดิม แต่ท้ายที่สุดของทั้งกระบวนการยุติธรรมหรือกระบวนการรักษาทางการแพทย์ที่ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีโดยทีมผู้รักษา จะเน้นการรักษา เพื่อสุดท้ายแล้วผู้ป่วยจะสามารถกลับสู่ชุมชนและครอบครัวได้ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายที่ให้การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในระยะสั้น และส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนมากขึ้นเป็นการส่งเสริมการปรับตัว และการดูแลตนเองด้านสุขภาพโดยประชาชนและชุมชน (ภัทรภรณ์ พุงปันคา และคณะ, 2548) ซึ่งในประเด็นนี้เป็นสิ่งที่ผู้วิจัยมีความสนใจว่าในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่คดีมีเงื่อนไขในการยอมรับผู้ป่วยกลับบ้านอีกครั้ง และมีแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆ่าบุคคลในครอบครัวอย่างไร

จากการศึกษางานวิจัยต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงการยอมรับการมีเจตคติของญาติต่อบุคคลปกติธรรมดาที่กระทำผิด หรือบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่ไม่ได้มีคดีความ และยังมีกล่าวถึงความเหนื่อยหน่ายของญาติ แต่ถ้าเป็นการกระทำผิดประเภทคดีฆ่าคนในครอบครัวโดยผู้กระทำเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวช ครอบครัวจะมีเงื่อนไขอย่างไรบ้างในการยอมรับและมีแบบแผนในการดูแลบุคคลเหล่านี้ได้อย่างไร ซึ่งผู้วิจัยพบว่ามีการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้ค่อนข้างน้อย อีกทั้งงานวิจัยส่วนใหญ่ที่กล่าวมาข้างต้นจะเป็นใช้การวิจัยในเชิงปริมาณ แต่ลักษณะของงานวิจัยที่ผู้วิจัยให้ความสนใจนั้นผู้วิจัยเลือกใช้การวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งจะใช้ระเบียบวิธีการวิจัยศึกษารายกรณี (Case study approach) ซึ่งระเบียบวิธีการวิจัยนี้มีความเหมาะสมในการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง เพื่อทำความเข้าใจเงื่อนไขของครอบครัวในการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีกลับบ้าน

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 3 ประการได้แก่ 1) เพื่อศึกษาเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆ่าบุคคลในครอบครัวกลับบ้าน 2) เพื่อศึกษากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว และ 3) เพื่อค้นหาแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆ่าบุคคลในครอบครัวเมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง

### วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ใช้การศึกษารายกรณี (Case study) และใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เพื่อให้ผู้วิจัยได้กรณีศึกษาที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่กำหนดไว้ นอกจากนั้นได้จากการแนะนำของบุคลากรในกลุ่มสาขาวิชาสุขภาพจิตเวชที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีในการตรวจประเมินวินิจฉัยทางนิติจิตเวช และจากประวัติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆ่าคนในครอบครัวของโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง เพื่อนำไปสู่การค้นหากรณีศึกษา (ญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆ่าคนในครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1 คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีหน้าที่ในการติดตามดูแลครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆ่าบุคคลในครอบครัว ทั้งจากหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนกลาง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีอาศัยอยู่ และผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 2 คือ ตัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆ่า

บุคคลในครอบครัวและเคยรับการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช และปัจจุบันอาศัยอยู่กับครอบครัวอย่างน้อยที่สุดตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป รวม 13 คนจากจำนวนทั้งสิ้น 4 ครอบครัว

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) การสังเกต การวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) แบบสังเกตโดยผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีวิทยา การศึกษาเฉพาะกรณี (Case study) โดยใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive) ที่มุ่งเน้นการบรรยาย เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆ่าบุคคลในครอบครัวกลับบ้าน และกระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการถอดบทสัมภาษณ์แบบคำต่อคำทันทีภายหลังสัมภาษณ์เสร็จในแต่ละวัน เพื่อที่จะได้นำผลการวิเคราะห์ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และได้ตรวจสอบข้อมูลว่าเพียงพอหรือไม่ เพื่อนำไปสู่การปรับยุทธวิธีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและอย่างครบถ้วนซึ่งผู้วิจัยมีแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ (ชาย โพธิ์สิตา, 2548)

1. การจัดระบบข้อมูล จากข้อมูลที่ผู้วิจัยสามารถเก็บรวบรวมมาจากภาคสนามจากการจดบันทึก การสังเกตและการบันทึกเสียงสัมภาษณ์ที่มีการถอดบทคำต่อคำที่ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 13 คนจากทั้งสิ้น 4 ครอบครัว ที่บอกเล่าประสบการณ์ ความคิด อารมณ์ต่างๆ หลังจากนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำข้อมูลที่ได้ทำการจัดเก็บโดยการรวบรวมข้อมูลมาจัดเก็บข้อมูลเอาไว้ก่อนที่จะนำข้อมูลไปทำการวิเคราะห์ ซึ่งการจัดเก็บข้อมูลนั้นก็เพื่อความปลอดภัย ความเป็นระเบียบของข้อมูล และความสะดวกในการเรียกใช้ข้อมูลในภายหลัง ซึ่งการจัดเก็บข้อมูลของผู้วิจัยทำการแยกข้อมูลที่ได้มาแบ่งเป็นครอบครัวที่ 1, 2, 3 และ 4 ซึ่งในแต่ละครอบครัวจะมีข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด โดยผู้วิจัยจะทำการพิมพ์ข้อมูลไว้ในรูปแบบของไฟล์ Word ที่มีการแยกเป็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์ต้นฉบับ และข้อมูลจากการสัมภาษณ์สำหรับการวิเคราะห์อย่างชัดเจน

2. จากนั้นผู้วิจัยทำการอ่านตรวจทานข้อมูลโดยใช้เทคนิค Cross-case analysis เพื่อวิเคราะห์ว่ามีข้อมูลใดที่สอดคล้องและข้อมูลใดที่แตกต่างออกไป ในขณะที่เดียวกันก็เขียนบันทึกประกอบเพื่อตั้งข้อสังเกตหรือช่วยทวนความจำหลังจากอ่านแล้วทำการร่างสรุปข้อมูล สรุปย่อเรื่องไว้เมื่อกลับมาทบทวนใหม่ทำให้สามารถเข้าใจได้รวดเร็วโดยไม่ต้องอ่านใหม่ทั้งหมดตั้งแต่เริ่มต้น

3. การสร้างรหัส ซึ่งรหัสเป็นส่วนสำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยขั้นตอนการลงรหัสนี้เริ่มจากการที่ผู้วิจัยอ่านข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาซึ่งอยู่ในรูปของบทสัมภาษณ์ และรายละเอียดจากการบันทึกการสังเกตแล้ว ผู้วิจัยจะทำการจัดกลุ่มเนื้อหาจากข้อมูลที่กระจัดกระจายหรือปะปนกันอยู่ ผู้วิจัยค้นหาความหมายในข้อมูลและให้รหัสข้อมูลที่เป็นตัวแทนความหมายจากข้อมูลที่มีความหมายเดียวกันและเนื้อหาที่มีความสอดคล้องกัน ใกล้เคียงกัน

4. การแสดงข้อมูล เป็นการนำเอาข้อมูลที่ผู้วิจัยได้ทำการลงรหัสเอาไว้แล้วก่อนหน้าทั้งหมดมาจัดให้เป็นกลุ่มตามประเด็นหลักๆ (Categorization) ได้แก่ เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆ่าบุคคล

ในครอบครัวกลับบ้าน กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีส่วนบุคคลในครอบครัวเมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง

5. การสรุปและการตีความ จะเป็นทั้งการสรุปตีความเป็นรายกรณี และสรุปตีความตามวัตถุประสงค์โดยเชื่อมโยงแต่ละรายกรณีเพื่อวิเคราะห์ทั้งความสอดคล้องและความแตกต่างอันจะแสดงถึงโครงสร้างหลักของกรณีศึกษา และประเด็นที่แตกต่างที่สามารถอธิบายได้จากกรณีศึกษา และบริบทแวดล้อม

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ผู้วิจัยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลหลายแหล่ง (Data Triangulation) ข้อมูลต่างๆ ผู้วิจัยจะได้มาจากญาติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาค จากตัวผู้ป่วย และสุดท้ายจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยจากสถาบันจิตเวช โดยข้อมูลที่ได้มานั้นสามารถนำมาตรวจสอบความน่าเชื่อถือในประเด็นสอดคล้องกันหรือแตกต่างกันในระหว่างผู้ให้ข้อมูล

2. ผู้วิจัยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลมากกว่า 1 วิธี (Methodological Triangulation) ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มและยังมีการใช้วิธีการในการสังเกตร่วมขณะทำการสัมภาษณ์ ซึ่งในประเด็นการตรวจสอบความเชื่อนี้ผู้วิจัยสามารถตรวจสอบได้จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มีความสอดคล้องหรือขัดแย้งกันกับข้อมูลที่ผู้วิจัยได้ทำการสังเกต

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลทุกๆ ราย โดยก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำเรื่องขออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ 3/2557 จากสถาบันจิตเวชที่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีมีประวัติการรักษา หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงจะเริ่มดำเนินการสร้างความสัมพันธ์อันดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1 และ 2 และมีการสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยจากผู้ให้ข้อมูลทุกราย ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การขออนุญาตจรรยาบรรณจากการสัมภาษณ์และบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ จำนวนครั้งในการสัมภาษณ์ระยะเวลา และสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามข้อข้องใจหรือสิ่งที่เป็นข้อสงสัยเพิ่มเติมจนเข้าใจและให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจตอบคำถาม และที่สำคัญผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องถึงผู้ให้ข้อมูล โดยการนำเสนอผลการวิจัยนั้นผู้วิจัยจะใช้คำว่า ญาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ป่วยครอบครัวที่ 1, 2, 3 และ 4 ตามลำดับแทนชื่อผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้รักษาความลับของข้อมูลโดยเก็บไว้ในที่ปลอดภัย ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมของข้อมูลทั้งหมดใช้เพื่อประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น

## ผลการศึกษา

ในส่วนของผลการศึกษาผู้วิจัยขอเสนอเป็น 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** เป็นการนำเสนอในประเด็นข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีจำนวน 4 ครอบครัวโดยเป็นญาติที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวนทั้งสิ้น 4 คน สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งจากส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแล

ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีจำนวน 5 คน และผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีอีก 4 คน รวมทั้งสิ้น ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 13 คน ซึ่งผู้วิจัยได้มีการสรุปเป็นตารางข้อมูลได้ดังนี้

**ตาราง 1** ข้อมูลทั่วไปของ ผู้ให้ข้อมูลหลัก 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

**ตาราง 2** ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ 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

**ตาราง 3** ข้อมูลทั่วไปของ ผู้ให้ข้อมูล กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี

ตารางข้อมูลทั่วไปของ ผู้ให้ข้อมูล กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี							
ผู้ป่วย ครอบครัวที่	อายุ	เพศ	คดี	เริ่มรักษาทาง จิตเวช	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	

**ส่วนที่ 2** เป็นการนำเสนอในประเด็นเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆ่าบุคคลในครอบครัวกลับบ้าน ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 13 คน และสามารถแบ่งเงื่อนไขการยอมรับของญาติออกเป็น 2 ด้านหลักๆ คือ 1) ด้านภายในตัวบุคคลของญาติ และ 2) ด้านการสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

## 1. ด้านภายในตัวบุคคลของญาติ แยกเป็นประเด็น คือ

### 1.1. ญาติมีการรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วย

#### 1.1.1 ญาติมีการรับรู้ผู้ป่วยเจ็บป่วยทางจิตเวชตั้งแต่ก่อนเกิดคดีความ

“ตอนแรกไม่ทราบเลยว่าผู้ป่วยมีการเจ็บป่วย เพิ่งมาทราบตอนหลังซึ่งตอนนั้นก็ยังไม่มีความคิด เราไม่รู้เพราะเราใกล้ชิดเค้ามาตลอด เราชูว่าน้องชายป่วยทางจิต” (ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“ซึ่งตอนนั้นตนเองและภรรยาที่รู้ว่าผู้ป่วยป่วยทางจิตเวช แต่ไม่ได้ทำอะไร” (ญาติ ครอบครัวที่ 2)

#### 1.1.2 ญาติเข้าใจสาเหตุของคดีว่าเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยทางจิตเวช

“ตนเองไม่ได้โกรธ หรือกลัวน้องชายที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเลย เพราะตนเองรู้น้องชายป่วยทางจิต เราเข้ามาตลอด เราชูอยู่แล้วว่าน้องทำไปเพราะเจ็บป่วย เมื่อมีความคิดเราได้เราเข้าใจ” (ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“เราเลี้ยงเค้ามาตั้งแต่เด็ก และก็เลี้ยงมาตลอด เค้าไม่ได้เป็นโดยสันดาน เค้าไม่สบายจึงทำลงไป ทุกวันนี้ยังไม่เชื่อว่าใจหลานเราทำร้ายเปล่านะ ทำไปได้ยังไง ไม่เชื่อ ญาติทางฝ่ายแม่เค้าก็ยังไม่เชื่อเลย คิดว่า ผีทำซาตานมาเข้าสิงมัน และป่าใหญ่เองก็มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่อาจส่งผลกระทบต่อคดี” (ญาติ ครอบครัวที่ 3)

#### 1.1.3 ญาติรับรู้ถึงอาการทางจิตเวชของผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

“ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีคดี เราเป็นคนพาเค้าไปหาหมอดูแลทุกอย่าง และหลังจากมีคดีแล้วแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด สังเกตว่าเค้ากินยาแล้วอาการดีขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก” (ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“ที่นี้ไม่มีใครกลัว เค้าไม่มีท่าทางน่ากลัว เมื่อก่อนที่ผู้ป่วยเค้ามีความคิด มีอาการน่ากลัว เมื่อก่อนก็กลัว แต่เมื่อกลับมายังไม่มีการให้เห็น ก็เลยไม่มีอาการกลัว ชาวบ้านไม่กลัว มีแต่ สงสาร ไม่กลัว เพราะท่าทางเค้าไม่ร้าย” (ญาติและเป็น อสม. ครอบครัวที่ 2)

#### 1.1.4 การรับรู้ได้ถึงการสำนึกผิดของผู้ป่วย

“ญาติรู้ว่าผู้ป่วยรู้สึกผิด และก็เห็นที่ผู้ป่วยมาไหว้มาราบขอโทษแม่ และผู้ป่วยบอกว่าอยากจะบวชให้พ่อในสิ่งที่ทำ พอวันพระก็ไปทำบุญบ้างอะไรบ้าง” (ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“ผู้ป่วยเค้าก็เสียใจ ซึ่งตอนที่ยังรักษาอาการทางจิตที่โรงพยาบาลเค้าก็ขอหมอ ขอศาลขอลออกจากโรงพยาบาลเพื่อลอยอังคารกระดูก” (ญาติ ครอบครัวที่ 4)



### 1.1.5 ญาติเห็นคุณค่าของผู้ป่วยมีต่อครอบครัวหรือชุมชน

“ถ้าเป็นเมื่อก่อนที่ยังไม่มีคดีเราต้องเป็นคนพาเค้าไปหาหมอต้องดูแลทุกอย่าง แต่ปัจจุบันที่ผู้ป่วยได้รับการรักษามาแล้ว ผู้ป่วยจะเป็นคนดูแลตนเองทุกอย่าง อีกทั้งยังดูแลแม่ด้วย ซักผ้า หุงข้าวให้แม่ เวลาแม่ไม่สบายก็พาไปหาหมอซึ่งเมื่อก่อนเอาผ้าขาวม้าพันรอบเอวแม่กับตนแล้วพาแม่ขี่มอเตอร์ไซด์ไปหาหมอ แต่เดี๋ยวนี้แม่แก่มาแล้ว ผู้ป่วยก็จะไปบอกเทศบาลให้เอารถไปรับแม่เพื่อไปหาหมอ ซึ่งถ้าผู้ป่วยยังมีการเจ็บป่วยแบบเดิมอีกทั้งแม่ก็แก่มาแล้ว และตนเองก็มีครอบครัวมีลูกเล็กๆ ตนเองคงจะแย่ แต่วันนี้เราฝากแม่ไว้กับเค้า” (ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“เค้าจะผูกพันอยู่กับพระ ไปวัดบ่อย จะหุงข้าวไปวัด ไปใส่บาตร เวลาทีมงานบวช งานศพก็จะไปช่วยงาน เวลาที่มีประชาคมหมู่บ้าน เค้าจะไปร่วมประชุม เข้าไปรับฟัง”  
(ญาติและเป็นอสม. กรณีศึกษาที่ 2)

### 1.1.6 ญาติรับรู้คุณลักษณะเดิมของผู้ป่วยเป็นคนดี

“เมื่อก่อนหล่อ พุดดี พุดจาเพราะ มีมนุษยสัมพันธ์ดี เดิมทีก็ไม่ร้าย ไม่ทำร้ายใคร”  
(ญาติและเป็น อสม. ครอบครัวที่ 2)

“อย่างเค้าก็เป็นเด็กดีมาตลอด ไม่เกเร เค้าเป็นคนที่น่ารัก” (ญาติ ครอบครัวที่ 3)

## 1.2 ญาติมีการรับรู้ตนเองและมีทักษะการจัดการปัญหา

### 1.2.1 ญาติยอมรับผู้ป่วยกลับบ้านตั้งแต่ต้น

“ไม่เคยมีความคิดที่จะทิ้งเลย ซึ่งตนเองก็ไม่ได้รังเกียจน้องชายเลย เมื่อมีคดีเรารับได้เราเข้าใจ”  
(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“ไม่มีความคิดที่จะทิ้ง ตั้งใจให้กลับมาอยู่บ้านตั้งแต่แรก เดิมก็ไม่เคยมีความคิดที่จะทิ้งผู้ป่วย เพียงแต่คิดว่าเราจะดูแลเค้าอย่างไรดี” (ญาติ ครอบครัวที่ 3)

### 1.2.2 ญาติพร้อมรับมือกับการปฏิเสธของชุมชน

“ในครอบครัวไม่เคยมีความคิดที่จะทิ้งเลย มีแต่ชาวบ้านมาบอกกับพี่สาวว่า ให้ผู้ป่วยเค้าไปอยู่ที่อื่น เค้ากลับมาอยู่ที่นี่ไม่ได้หรอก เพราะชาวบ้านกลัว ซึ่งพี่สาวก็บอกกับชาวบ้านคนนั้นไปทันทีว่า คุณจะพูดอย่างนี้ไม่ได้ บ้านเค้าอยู่ที่นี่ แล้วจะไม่ให้เค้ากลับมาอยู่ได้ไง ไม่ให้เค้าอยู่แล้วจะให้เค้าไปอยู่ป่าช้าเหรอ แล้วคนเหล่านั้นก็เฉยๆ ไป ผู้ใหญ่บ้านก็อนุญาตแล้ว” (ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“แม่ของเพื่อนที่เคยเล่นกันกับผู้ป่วยตอนเด็กๆ เมื่อรู้ว่าผู้ป่วยมีคดีก็รังเกียจผู้ป่วย ล่ารายชื่อคนในหมู่บ้านเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาอาศัยอยู่ชุมชนเดิม แต่พ่อของผู้ป่วยพยายามอธิบายก็หยุดไปก็ไม่มีอะไร แต่ระยะหลังเริ่มกลับมาบอกว่าผู้ป่วยเริ่มมีการใช้สารเสพติด ซึ่งญาติก็เริ่มไม่พอใจจะให้เจ้าหน้าที่ของรัฐมาตัดสิน” (ญาติ ครอบครัวที่ 3)

### 1.2.3 ญาติมองปัญหาอุปสรรคในด้านบวก

“การที่เราต้องอยู่กับปัจจุบัน ทำปัจจุบันให้ดีที่สุด ดูแลผู้ป่วยในวันนี้ให้ดีที่สุด ไม่สนใจอดีตหรืออนาคตว่าจะเป็นอย่างไรมองปัญหาที่กำลังเผชิญเป็นเรื่องที่ยังเล็กน้อยเมื่อเทียบกับปัญหาของคนอื่นๆ” (ญาติ ครอบครัวที่ 3)

“ทิ้งไปก็ไม่มีใครดูแลผู้ป่วย เวลามันผ่านไปเป็นปีแล้ว เอาyslไปลบลบคิดมันก็จะเหลือแค่อ้อยแต่สุดท้ายมันก็ดีขึ้น ดีกว่าไม่ทำอะไรเลย ซึ่งเรามาคิดว่า ก็เค้าไม่สบายแบบนี้ เราก็ต้องยังทำความเข้าใจเค้า การที่เราจะโมโหหงุดหงิดไปก็ไม่มีอะไรดีขึ้น” (ญาติ ครอบครัวที่ 4)

## 2. การสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม

### 2.1 การได้รับคำยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญที่ญาติเชื่อถือ

“แล้วหมอก็รับรองกับพี่แล้วว่าคนๆนี้ก็ปกติดีแล้วเค้าถึงปล่อยตัวกลับบ้านมา” (ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“หมอให้ความมั่นใจเรา ให้ความเชื่อมั่นว่าเค้าไม่ทำพอกับป่า อีกทั้งยังบอกอีกว่า เป็นไปไม่ได้หรอกที่อยู่ๆ ผู้ป่วยจะลุกขึ้นมาทำอะไรใครฆ่าใคร ซึ่งก่อนหน้านี้เค้าต้องมีความกดดันมีการสะสมมานาน เพราะหมอให้ความมั่นใจเรา ให้ความเชื่อมั่นว่าเค้าไม่ทำพอกับป่า” (ญาติ ครอบครัวที่ 3)

### 2.2 ครอบครัว ชุมชนยินยอมและสนับสนุน

“แต่พอกคนนั้นคนนี้ ทั้งแพทย์ ชาวบ้าน หมออนามัยเค้าก็มาพูดกัน ทุกคนมารุมพูดตลอดว่า ให้กลับมาเพราะจะช่วยกันดูแลผู้ป่วยเอามาจะช่วยดูแล เราก็ต้องให้เค้ากลับมา” (ญาติ ครอบครัวที่ 2)

“พ่อของผู้ป่วยก็บอกเหมือนที่ป่าบอกพี่สาวผู้ป่วยว่า ไม่ต้องกลัวเดี๋ยวพ่อก็จะช่วยดูแลผู้ป่วยด้วย” (ญาติ ครอบครัวที่ 3)

### 2.3 การได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ แบบรวดเร็ว

“เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะคอยให้การช่วยเหลือญาติมาตั้งแต่ต้นเวลาที่เกิดปัญหา หรือให้คำปรึกษาเวลาที่ไม่สามารถดูแล ควบคุมอาการของผู้ป่วยได้ โดยเจ้าหน้าที่จะช่วยเหลือทันที” (ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง จะคอยโทรมาสอบถาม และเค้าจะให้เบอร์ส่วนตัวของตนเอง เพื่อให้ญาติโทรไปปรึกษาเวลาไม่สบายใจ หรือให้คำปรึกษาทันที เช่น ถ้าผู้ป่วยอาการไม่ดีให้เอาผ้าห่มคลุม มัดตัวมา หรือทำอย่างไรก็ได้ให้เอาตัวมา เพราะทางสถาบันฯ มีช่องทางด่วนในการรับผู้ป่วยกรณีนี้เอาไว้แล้ว” (ญาติ ครอบครัวที่ 4)

**ส่วนที่ 3** เป็นการนำเสนอกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว ผู้วิจัยสามารถสรุปเป็นภาพรวมของกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีของทั้ง 4 ครอบครัว โดยแบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงเตรียมตัว ช่วงเริ่มต้น และช่วงสนับสนุน ซึ่งในแต่ละช่วงญาติจะมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชดังนี้

**ช่วงเตรียมตัว** เป็นช่วงที่ญาติยังไม่ได้รับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับบ้าน แต่เป็นช่วงที่ญาติมีการเตรียมตนเองในด้านต่างๆ ดังนี้

**1. การหาความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช** โดยการศึกษาความรู้จากการสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข การสังเกตจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

“ตอนแรกไม่ทราบเลยว่าผู้ป่วยมีการเจ็บป่วย พี่มาทราบตอนหลังที่ผู้ป่วยมีคดีความ และผู้ป่วยต้องรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ตัวเองไปเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลก็จะคอยถามโรคที่ผู้ป่วยเป็นจากหมอ บ้างก็เลยเข้าใจ และรับรู้ว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช” (ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“นอกจากนั้นญาติต้องหาความรู้เพิ่มเติมในการที่จะดูแลผู้ป่วยให้ได้ โดยการที่เวลาไป รพ. ตามที่หมอนัดกับผู้ป่วยนั้น ตนเองก็จะไปจำคำพูด จำวิธีการที่เจ้าหน้าที่เค้าทำกับผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่ควบคุมตนเองไม่ได้ ว่าเค้าทำอย่างไร ไปอ่านเอกสารที่โรงพยาบาล” (ญาติ ครอบครัวที่ 4)

**2. การทดลองดูแลผู้ป่วยในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการอนุญาตให้ทดลองเยี่ยมบ้าน**

“ก่อนหน้าที่ผู้ป่วยจะกลับมาอยู่บ้านตนเองก็ดูแลผู้ป่วยมาตลอด แม้ในช่วงของการรักษาที่ผู้ป่วยทดลองมาอยู่บ้านตนเองก็ดูแล ซึ่งก็ไม่ต่างจากช่วงก่อนเพราะตนเองดูแลผู้ป่วยมาตั้งแต่ต้น” (ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“ผู้ป่วยได้มีการให้ทดลองเยี่ยมบ้านเพียง 2 ครั้ง ซึ่งการดูแลของญาติ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยค่อนข้างดี เพื่อนบ้านก็ร่วมมือดี ดังนั้นจึงมีการทำเรื่องถึงศาลให้ปล่อยตัวผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านอย่างถาวร” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนกลาง ครอบครัวที่ 4)

**3. การทดลองดูแลผู้ป่วยโดยการไปรับและไปส่งผู้ป่วยตามที่แพทย์กำหนด และญาติก็เห็นความสำคัญในการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดหมาย**

“ช่วงก่อนที่จะเป็นคดี ตนเองก็เป็นคนพาผู้ป่วยไปหาหมอ และในช่วงที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ผู้ป่วยทดลองเยี่ยมบ้าน ตนเองก็เป็นธุระไปรับไปส่งผู้ป่วยตามที่หมอนัดหมายระหว่างโรงพยาบาลและบ้านตลอด”(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“ตอนทดลองเยี่ยมบ้าน ญาติเป็นผู้ไปรับไปส่งตนเองตามเวลาที่แพทย์นัดหมายตลอด ไม่เคยทิ้งผู้ป่วย และตอนอยู่โรงพยาบาลก็ไปเยี่ยมตนเองทุกวัน” (ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 4)

**ช่วงเริ่มต้น** เป็นช่วงที่ญาติจะให้ความสำคัญกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยด้านการเจ็บป่วยทางจิตเวช ซึ่งกระบวนการดูแลผู้ป่วยด้านการเจ็บป่วยทางจิตเวชจะมีทั้งสิ้น 4 ขั้นตอน มีเพียงบางครอบครัวที่มีการเรียงลำดับขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างไป แต่โดยส่วนใหญ่ของครอบครัวมีการเรียงลำดับขั้นตอนในกระบวนการดูแลผู้ป่วยด้านการเจ็บป่วยทางจิตเวช ดังต่อไปนี้

### 1. การสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย

“ตอนแรกไม่ทราบเลยว่าผู้ป่วยมีการเจ็บป่วย เพิ่งมาทราบตอนหลัง ซึ่งตอนนั้นก็ยังไม่มีความคิด ตอนนั้นผู้ป่วยจะมีอาการกลัวมาก ไม่รู้เป็นไร กลัวไปซะทุกอย่าง แต่เมื่อรักษาและกลับมาอยู่บ้าน ก็ดูจากตัวผู้ป่วยว่าอาการดีขึ้นว่าแต่ก่อนมาก พุดคุยรู้เรื่องมากขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยเองก็จะเล่าถึงการรักษาของคุณหมอ และพูดขอบคุณหมอนั่นเป็นประจำว่ารักษาดี” (ญาติ ครอบครัวที่ 1)

### 2. การดูแลเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวชตามเวลาที่แพทย์สั่ง

“ส่วนตัวพี่สาวเองก็จะคอยเตือนผู้ป่วยเสมอว่า ห้ามขาดยานะ พยามกินยา กินยาตลอดชีวิตก็ต้องกิน ญาติก็จะบอกซ้ำๆ และก็สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงจากตัวผู้ป่วยว่ากินยาแล้วอาการดีขึ้นว่าแต่ก่อนมาก บางครั้งก็ขอดูจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วยกินเหลือด้วยเพื่อดูว่าผู้ป่วยยอมกินยาไหม” (ญาติ ครอบครัวที่ 1)

### 3. การพาผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ตามที่นัดหมาย

“เราต้องเป็นคนพาเค้าไปหาหมอดูแลทุกอย่างตั้งแต่ก่อนมีคดี ช่วงเยี่ยมบ้าน และหลังจากสิ้นสุดคดีแล้ว แต่ถ้าเป็นช่วงแรกๆ ที่ผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้าน ตนเองก็จะต้องพาผู้ป่วยมาหาหมอที่ กทม. และถ้าไปหาหมอนานมีผู้ป่วยก็ไปหาหมอเองได้” (ญาติ ครอบครัวที่ 1)

### 4. การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

“เวลามีปัญหา ก็จะปรึกษากับเจ้าหน้าที่ บางทีผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับญาติก็จะโทรถาม กินยาตัวนั้น ตัวนี้ได้ไหม หลังออกจากโรงพยาบาลช่วงสองสามปีแรก ญาติจะโทรบ่อยหน่อย หลังๆก็ไม่มาก” (ญาติ ครอบครัวที่ 1)

**ช่วงสนับสนุน** เป็นช่วงที่ญาติมีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจนมีอาการดีขึ้นคล้ายคนปกติทั่วไปที่สามารถรับผิดชอบในการดูแลตนเองได้ ซึ่งในช่วงนี้ญาติจะมีกระบวนการในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเริ่มมีการดูแลตนเองทั้งสิ้น 3 ขั้นตอนดังนี้

### 1. ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผิดปกติของ

“ผู้ป่วยเค้าจะสังเกต และรู้ตัวเองว่าตนเองอาการเริ่มไม่ค่อยดี เค้าก็จะบอกญาติตลอด”

(ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“บางที่ผู้ป่วยเริ่มมีความผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับหรือไม่สบายใจ บางที่เขาก็จะบอกเราหรือบอกญาติ” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ครอบครัวที่ 1)

### 2. ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวชด้วยตนเอง

“พี่ให้ผมดูแลตัวเอง ผมก็ทานยาตามหมอสั่งโดยมียาก่อนอาหารเช้า และก็หลังอาหาร และกลางวัน อีก ตอนเย็นอีก ผมกินยาตรงเวลาอยู่แล้ว ส่วนยาสีดีก็ไปฉีดที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ถึงเวลากินยาก็กินเอง ถึงเวลาฉีดยาก็กินยาหมอ” (ผู้ป่วย ครอบครัวที่ 1)

### 3. ญาติไว้วางใจให้ผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ด้วยตนเอง

“ผู้ป่วยเป็นคนดูแลตนเองทุกอย่าง ไปหาหมอใกล้บ้านเองและพาแม่ไปหาหมოდ้วยกัน แต่ถ้าเมื่อก่อนต้องไปหาหมอที่กรุงเทพฯ พี่สาวก็พาไป” (ญาติ ครอบครัวที่ 1)

นอกจากนั้นญาติยังมีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในด้านอื่นๆ ร่วมด้วย คือ การปกป้องผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี โดยที่ญาติจะมีการปกป้องผู้ป่วยจากผู้ที่ไม่ยอมรับ ผู้ที่ต่อต้านจากบุคคลในครอบครัว และจากคนในชุมชนที่ไม่ให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชนนั้นๆ และญาติยังมีการดูแลผู้ป่วยในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยญาติจะดูแลด้านการเงิน ดูแลด้านอาหารดูแลด้านการเดินทาง โดยการดูแลผู้ป่วยในเรื่องของการปกป้อง และการดำเนินชีวิตประจำวันจะเริ่มให้การดูแลตั้งแต่ในช่วงเริ่มต้นที่ผู้ป่วยกลับมาสู่ครอบครัว ช่วงที่ปกป้อง จนถึงช่วงที่สนับสนุนผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

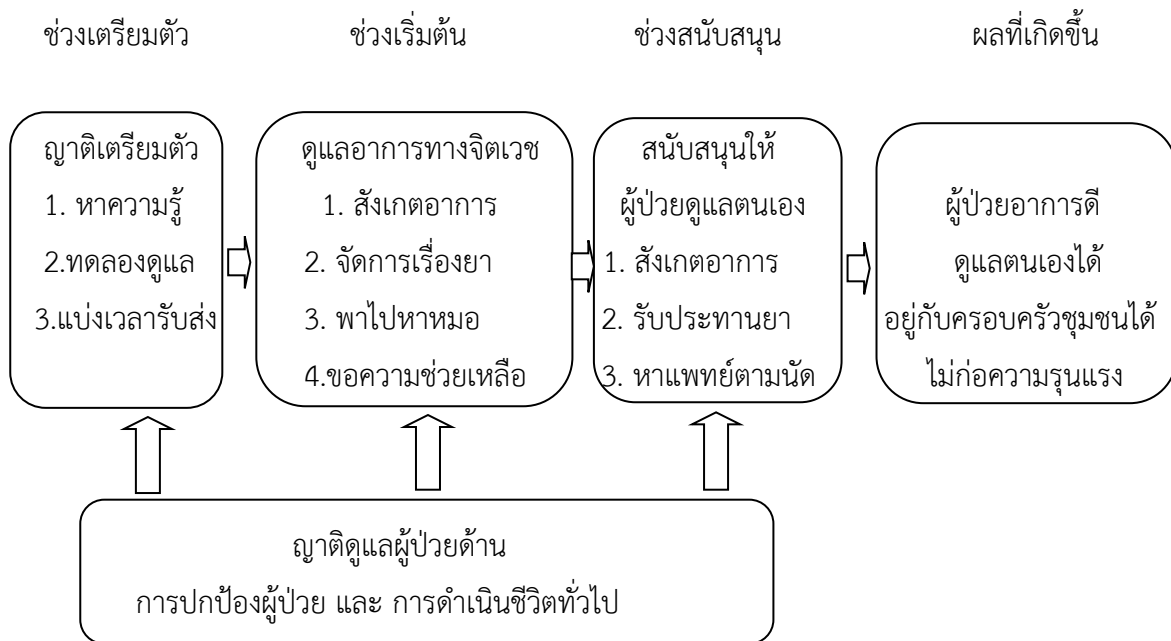
“ชาวบ้านมาบอกกับพี่สาวว่า ให้ผู้ป่วยเค้าไปอยู่ที่อื่น เค้ากลับมาอยู่ที่นี่ไม่ได้หรอก เพราะชาวบ้านกลัว ซึ่งพี่สาวก็บอกกับชาวบ้านคนนั้นไปทันทีว่า คุณจะพูดอย่างนี้ไม่ได้ บ้านเค้าอยู่ที่นี่ แล้วหมอก็รับรองแล้วว่า คนๆนี้ก็ปกติดีแล้วเค้าถึงปล่อยตัวกลับบ้านมา แล้วจะไม่ให้เค้าอยู่ได้ไง ผู้ใหญ่บ้านกำนันก็อนุมัติแล้ว ไม่ให้เค้าอยู่แล้วจะให้เค้าไปอยู่ป่าช้าเหรอ ซึ่งหลังจากนั้นชาวบ้านคนนั้นก็เงียบไป ซึ่งชาวบ้านคนอื่นๆ ก็มีอาการหวาดกลัวผู้ป่วยแต่ก็ไม่ได้ว่าอะไร” (ญาติ ครอบครัวที่ 1)

“เมื่อก่อนเราต้องดูแลทุกอย่างเรื่องอาหารการกิน เป็นธุระไปหาหมอ การเงิน และปัจจุบันพี่น้อง  
เข้าใจมากขึ้นก็หันมาช่วยกันดูแลผู้ป่วย เช่น ให้อาหาร” (ญาติ ครอบครัวที่ 1)

ผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีมีพฤติกรรมที่เป็นปกติ  
เหมือนคนทั่วไป สามารถอยู่ร่วมกับคนในครอบครัว ชุมชนได้ ที่สำคัญผู้ป่วยยังไม่ก่อคดีความที่รุนแรงซ้ำอีก

“ปัจจุบันผู้ป่วยเป็นคนดูแลตนเอง เคี้ยวกินยาเข้าเย็น และก็ดูจากตัวผู้ป่วยว่ากินยาแล้วอาการดีขึ้น  
กว่าแต่ก่อนมาก ไม่มีอาการหวดกลัว หรือทำทางก้าวร้าว ผู้ป่วยสามารถอยู่บ้านได้ อยู่ในชุมชนได้  
และยังไม่มีคดีที่ความรุนแรงเกิดขึ้นอีก” (ญาติ ครอบครัวที่ 1)

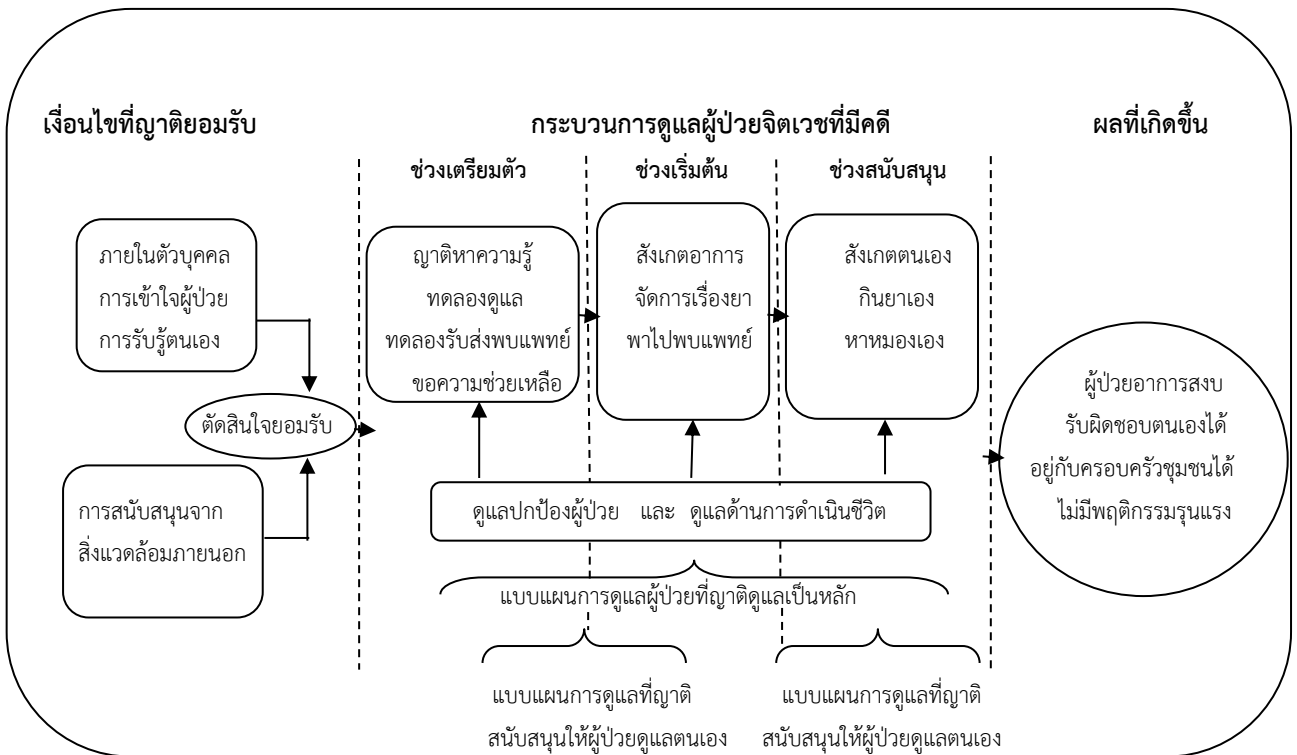
ซึ่งผู้วิจัยสรุปภาพรวมของกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีของทั้ง 4 ครอบครัว ดังนี้



ภาพประกอบ 1 ภาพรวมของกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดี  
และผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว

ส่วนที่ 4 เป็นการนำเสนอแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีส่วนบุคคลในครอบครัว ในแต่ละครอบครัว  
ของกรณีศึกษาจะมีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยในหลายประเด็นที่แตกต่างกัน และก็มีหลายๆ ประเด็นที่แต่ละ  
ครอบครัวมีความเหมือนกัน คล้ายคลึงกัน ซึ่งกระบวนการที่เหมือนกันมีจำนวนถึง 3 ครอบครัว และก็มีบาง  
กระบวนการที่มีจำนวนถึง 4 ครอบครัวมีวิธีการในการดูแลผู้ป่วยที่เหมือนกัน จากกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช  
ที่มีคดีในด้านต่างๆ ที่กล่าวไปข้างต้นพบว่า ผู้วิจัยสามารถแบ่งแบบแผนของการดูแลผู้ป่วยได้ 2 แบบแผนก็คือ  
แบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ญาติดูแลเป็นหลัก ซึ่งญาติจะทำหน้าที่ในการดูแลด้านการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วย  
โดยการสังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติ การจัดการเรื่องการรักษาพยาบาล และการพาไปพบจิตแพทย์ตามนัดหมาย

และแบบแผนการดูแลที่ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านการเจ็บป่วยทางจิตเวชโดยการสังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติของตนเอง การจัดการเรื่องการรับประทานยา และการไปพบจิตแพทย์ตามนัดหมายด้วยตนเอง โดยเริ่มตั้งแต่ช่วงเตรียมตัว และช่วงเริ่มต้นนั้นญาติมีการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ญาติดูแลเป็นหลักเป็นส่วนใหญ่ และญาติก็ยังใช้แบบแผนการดูแลที่ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในบางด้านร่วมด้วย ส่วนในช่วงสนับสนุนนั้นจะเห็นได้ถึงแม้ว่าญาติจะใช้แบบแผนการดูแลที่ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองก็ตาม แต่ในช่วงนี้ญาติก็ยังคงใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ญาติดูแลเป็นหลักร่วมด้วยเช่นกัน ผู้วิจัยได้สรุปเป็นภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน และแบบแผนพฤติกรรมดูแลผู้ป่วย

### อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ประเด็นเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีสติเข้าบุคคลในครอบครัวกลับบ้าน ผู้วิจัยพบว่าญาติที่เป็นผู้ตัดสินใจที่ยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีเข้าบุคคลในครอบครัวกลับบ้านนั้นญาติมีความเข้าใจค่อนข้างมากในด้านการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย และญาติยังสามารถเชื่อมโยงได้ว่าการเจ็บป่วยทางจิตเป็นสาเหตุที่ทำให้ก่อคดีความมากกว่าเป็นการกระทำด้วยความตั้งใจ และจากการศึกษายังพบว่าการที่ญาติมีการรับรู้ว่ามีผู้ป่วยมีการสำนึกผิดในการกระทำของตนเองอีกทั้งได้มีโอกาสในการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่สำนึกผิดของตนเองก็มีส่วนในการตัดสินใจที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้านอีกครั้ง นอกจากนี้ญาติจะต้องมีความพร้อมและมีทักษะในการจัดการกับปัญหา โดยมีทัศนคติต่อปัญหาในด้านบวก และผู้ป่วยจิตเวชที่มีสติควรต้องมีการดูแล

ตนเองจนสามารถที่จะแบ่งเบาภาระ ช่วยเหลือครอบครัวและชุมชนของตนเองได้ ซึ่งจากการที่ญาติมีการรับรู้ และเข้าใจตนเอง ในความตั้งใจ ยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีให้กลับมาอยู่กับครอบครัวอีกครั้งญาติจะมีการเตรียมความพร้อมตนเองโดยเฉพาะด้านจิตใจที่มีการคิดในด้านบวกในการที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ หลังจากที่ได้รับผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ครอบครัว ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการตัดสินใจของญาตินั้นสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) (Bandura, 1986, อ้างถึงใน นุชนาด สะกะมะณี. 2541) ที่ว่า การรับรู้ความสามารถของตนนั้นมีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำของบุคคล 4 ประการคือ 1) การเลือกกระทำพฤติกรรม การตัดสินใจเลือกกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ส่วนหนึ่งมาจากการคิดว่าตนเองมีความสามารถพอที่จะทำได้ จึงตัดสินใจเลือกที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ 2) ความอดทน และความพยายาม การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อบุคคลเมื่อเผชิญอุปสรรค หรือทำสิ่งที่ตนเองไม่ชำนาญว่าเขาต้องใช้ความพยายามเท่าใด และอดทนนานเท่าไร บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะยิ่งใช้ความเพียรพยายาม และความอดทนในการทำงานจนสำเร็จ 3) แบบแผนความคิด และปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ การตัดสินใจความสามารถของตนเองของบุคคลมีอิทธิพลต่อแบบแผนความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ ในระหว่างที่กระทำพฤติกรรมสามารถส่งเสริมหรือยับยั้งการกระทำที่เกิดขึ้นในกายหน้า บุคคลที่ประเมินความสามารถของตนเองสูง จะเอาใจใส่และใช้ความพยายามเพื่อต้องการความสำเร็จแม้จะเผชิญอุปสรรค ก็จะใช้ความพยายามมากขึ้นและ 4) กำหนดการกระทำพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้ทำนายพฤติกรรม บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะให้ความสนใจและมีความพยายามในการทำงานที่ท้าทายความสามารถ ถ้างานนั้นยังไม่บรรลุเป้าหมายก็จะยิ่งใช้ความพยายามยิ่งขึ้น ซึ่งญาติผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีนั้นก็อาจมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ว่าสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้ เพราะผู้ป่วยก็เป็นญาติของตนเองเช่นกัน และแม้ว่าญาติอาจจะไม่มีความชำนาญในพฤติกรรมดูแลและอาจจะต้องพบเจอกับอุปสรรคต่างๆ ทั้งการถูกปฏิเสธจากคนในชุมชนที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต เมื่อญาติเองมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองแล้วจะสามารถที่จะหาทางในการที่จะฝ่าฟันปัญหานั้นๆ ด้วยวิธีทางอย่างไร อีกทั้งญาติก็มีความอดทน ความพยายาม มีการให้กำลังใจตนเองในด้านบวกเพื่อที่จะได้ผ่านอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มตัดสินใจรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ivan et al. (2000) ที่กล่าวเอาไว้ว่า องค์ประกอบที่ช่วยทำให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าตามบทบาทที่ได้้อย่างประสบความสำเร็จ ได้แก่ การมีความสามารถในการแก้ปัญหา มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการที่เห็นคุณค่าในการกระทำของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมพร หินคำ (2544) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีของครอบครัว ซึ่งพบว่าปัจจัยที่ ทำให้ญาติยอมรับผู้ป่วยเอชไอวีขึ้นอยู่กับว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีรายได้ที่ครอบครัวมีการพึ่งพามาก การยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีของครอบครัวก็มีมากขึ้น นอกจากนั้น การได้รับการสนับสนุนจากจากผู้เชี่ยวชาญ บุคคลในครอบครัวหรือคนในชุมชนก็มีส่วนในการที่จะทำให้ญาติยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับ Hanzawa et al. (2010) ที่กล่าวไว้ว่า ภาระหรือหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจะลดลงเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติทางบวกกับผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลในการให้การสนับสนุนทางสังคม และการช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมด้วย และสอดคล้อง Razali et al. (2010) ที่กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยได้อาศัยอยู่กับครอบครัว



หรือญาติที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน อีกทั้งครอบครัวจะช่วย  
ประคับประคองผู้ป่วยเป็นอย่างดี

ประเด็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากได้รับการดูแลโดย  
ครอบครัว ผู้วิจัยพบว่าญาติต้องมีการเตรียมความพร้อมสำหรับตนเองในด้านการหาความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช  
ซึ่งการเตรียมตัวดังกล่าวมีความสอดคล้องกับ Magliano & Fiorillo (2007) ที่ว่าการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ  
เกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และมีความเข้าใจ ส่งผลกระทบเชิงบวกในการดูแลผู้ป่วย  
 อีกทั้งญาติจะสามารถสังเกตเห็นพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังต้องมีการดูแลเรื่องการ  
รับประทานยา การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ และในเวลาที่ไม่สามารถจัดการกับอาการทางจิตเวชของผู้ป่วย  
ก็สามารถขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ทันที ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีนั้นผู้วิจัยยังไม่พบ  
การศึกษาในประเด็นนี้ จึงได้ทำการศึกษางานวิจัยที่มีกลุ่มเป้าหมายที่ใกล้เคียงกันคือ การดูแลผู้ป่วยจิตเวช  
พบว่ากระบวนการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีมีความสอดคล้องกับ Tungpunkom (2000) ได้กล่าวเกี่ยวกับ  
ทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ดังนี้ คือ ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ ซึ่งญาติต้องเตือนผู้ป่วย  
เรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง เตือนในเรื่องรับประทานยา ดูแลอาการ การสังเกตอาการที่เริ่มกลับมาเป็น  
ซ้ำ การดูแลด้านยา ทั้งการจัดการเรื่องยาและการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาครบตามแผนการรักษา  
นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ สมภพ เรืองตระกูล (2542) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการครอบคลุม ด้านความ  
เป็นอยู่ที่ผู้ดูแลต้องคอยให้ความช่วยเหลือ คอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ดูแลการรับประทาน  
อาหาร ผู้ดูแลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านการดำรงชีวิต และด้านการรักษาพยาบาล ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วย  
เข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว สังคม ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือนในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และมาพบ  
แพทย์ตามนัด สู้ท่ายด้านการปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและฝึกทักษะให้ผู้ป่วย  
จิตเภทสามารถช่วยเหลือตนเองได้ นอกจากนี้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีผู้วิจัยยังพบประเด็นเพิ่มเติมที่ว่า  
ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีนั้นเมื่อผู้ป่วยได้กลับสู่ครอบครัวและชุมชนอีกครั้งจะมีผู้ที่ต่อต้าน หรือปฏิเสธ ไม่  
อยากให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่ในครอบครัวและชุมชน ซึ่งญาติต้องมีวิธีการในการจัดการกับปัญหากับผู้ที่ต่อต้าน ผู้ที่  
ปฏิเสธผู้ป่วยตลอดทุกช่วงของการดูแล สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความเกี่ยวข้องกับการงานด้านผู้ป่วยจิต  
เวชที่มีคดี จากวัตถุประสงค์แรกที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของญาติในการที่ยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับ สู่  
ครอบครัวอีกครั้งนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความเกี่ยวข้องกับการงานด้านจิตเวชจะมีบทบาทสำคัญอย่างมาก ใน  
การที่จะเตรียมความพร้อมกลุ่มคนในหลายๆ กลุ่มดังนี้ ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง และมีการเตรียมตัวให้  
ผู้ป่วยจิตเวชร่วมด้วย

### ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

จากข้อค้นพบในเกี่ยวกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับสู่ครอบครัวอีกครั้งนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
ที่มีความเกี่ยวข้องกับการงานด้านจิตเวชจะมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการที่จะเตรียมความพร้อมกลุ่มคน 2 กลุ่ม  
ดังนี้ กลุ่มญาติที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย และมีการเตรียมตัวให้ผู้ป่วยจิตเวชร่วมด้วย

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการเตรียมความพร้อมของญาติที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี เมื่อกลับสู่ครอบครัว โดยการให้ญาติมีความรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช มีทักษะในการสังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติ ญาติมีวิธีการในการดูแลผู้ป่วย และการจัดการกับผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการทางจิตเวช นอกจากนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีช่วงเวลาที่ให้ผู้ป่วยได้ทดลองเยี่ยมบ้านเป็นช่วงระยะเวลาสั้นๆ เพื่อให้ญาติได้มีโอกาสในการทดลองดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาสั้นๆ มีเวลาในการปรับตัวในการอยู่ร่วมกันในครอบครัวอีกครั้งก่อนที่ผู้ป่วยและญาติจะได้กลับมาอยู่ด้วยกันหลังสิ้นสุดกระบวนการยุติธรรม

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีก่อนกลับสู่ครอบครัว เนื่องจากในการที่ญาติจะยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับบ้านนั้น ญาติจะใช้การรับรู้ภายในตนเองในการรับรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ทั้งการรับรู้ที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตเวชเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น การรับรู้ถึงการสำนึกผิดของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยมีคุณค่าต่อครอบครัวและชุมชน เป็นต้น ซึ่งในประเด็นเหล่านี้เป็นส่วนที่มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะได้มีแนวทางในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในด้านต่างๆ เพื่อที่จะให้ญาติสามารถที่จะยอมรับให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีได้กลับสู่ครอบครัวมากขึ้น ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยจิตเวชให้สามารถรับผิดชอบในการดูแลตนเองในด้านการรับผิดชอบการรับประทานยา ฝึกทักษะการทำงานในครอบครัว การดูแลผู้อื่นในครอบครัว เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยที่มีจำนวนของครอบครัวกรณีศึกษาที่มากขึ้นเพื่อที่จะสามารถวิเคราะห์หาวิธีการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีระหว่างชุมชนเมืองกับชนบทว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่

2. ควรมีการเปรียบเทียบเงื่อนไขของญาติที่มีการตัดสินใจรับ และไม่รับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีกลับบ้านสู่ครอบครัวอีกครั้งว่ามีเหตุผลที่เหมือนกัน หรือต่างกันอย่างไร เพื่อที่ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการทำงานเกี่ยวข้องในด้านการเตรียมตัวผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวอีกครั้งจะได้ทราบถึงเหตุผล และหาแนวทางในการดูแล พุดคุย เตรียมความพร้อมผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

3. ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีของญาติ ซึ่งช่วงระยะเวลาที่ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ญาตินั้นจะเป็นช่วงเวลาห่างไกลจากเวลาที่ญาติได้ตัดสินใจยอมรับผู้ป่วยให้กลับบ้านได้ ซึ่งถึงแม้ว่าญาติจะให้ข้อมูลของเงื่อนไขที่ตัดสินใจในช่วงเวลาอดีตได้ แต่ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าในช่วงเวลาที่ต้องตัดสินใจน่าจะปฏิบัติทางอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นที่สามารถสังเกตเห็นพฤติกรรมได้ชัดเจนมากกว่าปัจจุบัน ซึ่งในการวิจัยครั้งต่อไป ควรจะมีการสัมภาษณ์ข้อมูลของญาติในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกับเวลาที่ญาติได้มีการตัดสินใจในการยอมรับผู้ป่วยไปดูแล

## เอกสารอ้างอิง

- กัลนิกา ศรีวงศ์วรรณ. (2547). การศึกษาการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีในชุมชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะพยาบาลศาสตร์, การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.
- ชาย โพลิตา. (2554). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ทีมข่าวอาชญากรรม. (2548, 9 กันยายน). หญิงวิกลจริตคลั่งบุกเข้าไปในโรงเรียนเซนต์โยเซฟคอนเวนต์ ก่อนไล่แทงเด็กนักเรียนบาดเจ็บ 4 ศาหัส 3. ผู้จัดการออนไลน์. สืบค้นจาก <http://www.manager.co.th/Crime/ViewNews.aspx?NewsID=9480000122646>
- ทีมข่าวอาชญากรรม. (2555, 8 ตุลาคม). มือหั่นศพผ่า อ่างเทพเข้าสิงต้องฆ่าทิ้งให้พ้นทุกข์. ผู้จัดการออนไลน์. สืบค้นจาก <http://www.manager.co.th/Crime/ViewNews.aspx?NewsID=9550000123255>
- นุชนาด สะกะมะณี. (2541). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, บัณฑิตวิทยาลัย.
- ภัทรภรณ์ พุงปันคา. (2548). การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน: โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มยุรี กัลบังษ์. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล. (ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, บัณฑิตวิทยาลัย, การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์.
- รุ่งฟ้า แสงพรหมชาติ. (2551). ผลกระทบของครอบครัวผู้ป่วยนิติจิตเวชต่อการนำเสนอข่าวของสื่อมวลชน. ใน กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข, สหกิจบัตร: งานประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 7 (น. 139). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- วัชรภรณ์ ลือไธสงค์. (2552). การตราบาปทางสังคม: กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, คณะศิลปศาสตร์, สังคมศาสตร์และการพัฒนา.
- สมพร หินคำ. (2544). การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับผู้ติดเชื้อเอดส์ของครอบครัว: กรณีศึกษาจังหวัดสุรินทร์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). สถาบันราชภัฏสุรินทร์, คณะศิลปศาสตร์, สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา.
- สมภาพ เรื่องตระกูล. (2542). โรคจิตเภท: ตำราจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สาธิตา โค้วบุญงาม. (2551). ความเที่ยงและความตรงของแบบประเมินความสามารถรู้ผิดชอบของผู้กระทำผิดนิติจิตเวช. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานจิตวิทยา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์.

- Hanzawa, S., Bae, J. K., Tannaka, H., Bae, Y. J., Tanaka, G., Inadomi, H., Nakane, Y., & Ohta, Y. (2010). Caregiver burden and coping strategies for patients with schizophrenia: Comparison between Japan and Korea. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64(4), 377-386.
- Ivan, W. M., Christine, E. R., Gabor, I. K., Duane, S. B., & Nathan, B. E. (2000). The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 168-189. DOI: 10.1111/1467-6427.00145
- Magliano, L., & Fiorillo, A. (2007). Psychoeducation family intervention for schizophrenia in the last decade: from explanatory to pragmatic trials. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 16(1), 22-34.
- Razali, S. M., Hussein, S., & Ismail, T. (2010). Perceived stigma and self-esteem among patients with schizophrenia. *International Medical Journal*, 17(4), 255-260.
- Tungpunkom, P. (2000). *Staying in balance: Skill and role development in psychiatric caregiving*. (Doctoral dissertation). University of California, School of Nursing.

#### Translated Thai References (ส่วนที่แปลรายการอ้างอิงภาษาไทย)

- Crime News Team. (2005, September 9). Chase deranged woman stabbed four seriously injured three children. *Manager Online*. Retrieved from <http://www.manager.co.th/Crime/ViewNews.aspx?NewsID=9480000122646>
- Crime News Team. (2012, October 10). Killer husband's spirit. *Manager Online*. Retrieved from <http://www.manager.co.th/Crime/ViewNews.aspx?NewsID=9550000123255>
- Glubvong, M. (2009). *Factors affecting burnout and are behavior of caregivers of schizophrenia patients*. (Doctoral dissertation). Srinakharinwirot University, Graduate School, Applied Behavioral Science Research.
- Hinkam, S. (2001). *The study of factors influencing to accept his family: Case study Surin Province*. (Master's thesis). Suratthani Rajabhat, Faculty of Arts, Social Sciences for Development.
- Khowboonngam, S. (2008). *Reliability and Validity of Criminal responsibility assessment scale*. Bangkok: Psychology Organization, Galya Rajanagarindra Institute.
- Luethaisong, W. (2009). *The social stigma: A case study of schizophrenic patients Prasrimahabodi Psychiatric Hospital*. (Master's thesis). Ubon Ratchathani University, Faculty of Arts, Social Sciences and Development.

- Podhisita, C. (2011). *Terminological and Philosophical in issues Qualitative Research*. Bangkok: Amarin Printing & Publishing.
- Ruangtragoon, S. (1999). *Textbook of Psychiatry*. Bangkok: Ruankaew printing.
- Sakamane, N. (1998). *The effect of using the perceived self-efficacy promoting program on maternal role attainment of first-time postpartum mothers*. (Master's thesis). Chulalongkorn University, Graduate School.
- Sangpromchalee, R. (2008). The impact of family on forensic psychiatric patients presenting news media. In Department of Mental Health. *7th International Conference program* (p.139). Bangkok: Ministry of Public Health.
- Sriwongwan, K. (2004). *A study of home visit by health care team on self-care of forensic patients with schizophrenia in community*. (Master's thesis). Chulalongkorn University, Department of Faculty of Nursing, Mental Health and Psychiatric Nursing.
- Tungpunkom, P. (2005). *The psychiatric care at home: A program of psychiatric care at home*. Chiangmai: Chiangmai University.

