บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้บ่อยในจำนวนผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมด โดยพบร้อยละ 25 ของจำนวนผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมดและร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเป็นโรคจิตเภท (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1994) จากสถิติของโรงพยาบาลสวนปรุงในปี พ.ศ. 2543 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทถึงร้อยละ 61.52 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2543) โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้ประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วไป พบได้ในคนทุกเชื้อชาติในอัตราที่ใกล้เคียงกัน (สมภพ เรืองตระกูล, อรพรรณ ทองแตง, เกรียงไกร แก้วผนึกรังษี, แสงจันทร์ วุฒิกานนท์ และเธียรชัย งามทิพย์วัฒนา, 2542) เป็นโรคที่ปรากฏอาการในวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เริ่มเกิดอาการขึ้นก่อนในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Townsend, 2000) ในเพศชายพบมากในช่วงอายุ 15-25 ปี เพศหญิงพบมากในช่วงอายุ 25-35 ปี ประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศชายและหญิงมีอายุระหว่าง 15-55 ปี (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1994)

โรคจิตเภทเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคที่รุนแรงและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ (สมภพ เรืองตระกูล และคณะ, 2542) ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศมีจำนวน 22,175 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2542) และจากสถิติโรงพยาบาลสวนปรุง (2543) พบว่าผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไปในปี พ.ศ. 2543 มีถึงร้อยละ 58 ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาล 7,086 คนเป็นเพศชายจำนวนร้อยละ 70 ซึ่งอาจเนื่องมาจากเพศชายมีระยะการเกิดโรคก่อนเพศหญิง (Townsend, 2000) และมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดมากกว่าเพศหญิง (Boyd & Nihart, 1998) ซึ่งสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต เกิดอาการกำเริบและรุนแรง

มีผลทำให้ต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำ (Boyd, 2000; Mallakh, 1998) บางคนต้องเข้ารับการรักษาซ้ำ 3-5 ครั้งหรือมากกว่า นอกจากนั้นยังพบว่าการขาดความร่วมมือในการรักษาไม่รับประทานยาต่อเนื่องที่บ้านเป็นสาเหตุหนึ่งของการกลับเป็นซ้ำของโรค (ปริทรรศ ศิลปกิจ, 2535) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นงเยาว์ พูลศิริ, พิมพาภรน์ สังข์รัศมี, วิรัช ลักคนสุวรรน์, ชะโลม สรรพสุ, สุวิมล ปริญญานุสรณ์ และพัฒน์วดี กมลศิริพิชัยพร (2535) ที่พบว่าสาเหตุการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา มีสาเหตุมาจากผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงความสำคัญของยาต่อการรักษาโรคจิตเภท และระยะเวลาที่จะต้องรับประทานยา นอกจากนั้นแล้วพบว่ามีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อม เช่น ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี ชุมชนไม่ยอมรับการเจ็บป่วย มีการล้อเลียนและรังเกียจ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและคณะ, 2542) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ มีความรู้สึกอายจากการเจ็บป่วยทางจิต และเมื่อเกิดอาการกำเริบซ้ำบ่อย ๆ ทำให้อาการทางจิตรุนแรงและเรื้อรัง การดูแลก็จะยิ่งยากมากขึ้นตามลำดับ (จันทร์ประภา ไชยรัตน์ และโสมรัศมี แสงมณี, 2536)

จากการศึกษาของบลูเออร์, ไคเบอร์, ไดเออร์ และพิคการ์ (Breier, Schreiber, Dyer, & Pickar, 1991) ที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่าระยะเวลาการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทมีการเสื่อมของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายน้อยที่สุดคือ ภายในระยะเวลา 5 ปีแรกของการเจ็บป่วย หลังจากนั้นจะมีการเสื่อมลงเรื่อย ๆ จนถึงปีที่ 10 ของการเจ็บป่วยหรือมากกว่านั้น การเจ็บป่วยที่เรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยมีการเสื่อมของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล (ธนู ชาติธนานนท์, 2539) รวมถึงเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่าผู้ป่วยใหม่ด้วย เนื่องจากอาการทางจิตเรื้อรัง (วิวัฒน์ ยถาภูธานนท์ และคณะ, 2536) และจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายการรักษาผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตจะเน้นการรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้ระยะเวลาสั้นจึงทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน มีการจำหน่ายผู้ป่วยโดยเร็ว (จันทรา ธีระสมบูรณ์, 2543) ดังนั้นผู้ป่วยต้องกลับไปพักฟื้นที่บ้านเร็วขึ้น ทำให้ผู้ป่วยบางรายที่กลับไปบ้านมีการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เป็นเหตุให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น (มนัสนิตย์ บุณยทรรพ, 2536) ส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย และชุมชนที่อาศัยใกล้เคียงมีความรู้สึกกลัวเนื่องจากพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่นการอาละวาดทำร้ายผู้อื่น (Keltner, Schwecke, & Bostrom, 1991) เมื่อพิจารณาถึงการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าขาดความสนใจในการรักษาความสะอาดของร่างกาย ขาดความสนใจด้านสุขภาพ ด้านการเรียน การทำงาน ชอบแยกตัวอยู่ตามลำพัง ใช้สารเสพติด (สมภพ เรืองตระกูล และคณะ, 2542) พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกมานั้น มีตัวแปรเข้ามาเกี่ยวข้องค่อนข้างมาก เป็นผลให้มีการดูแลตนเองที่แตกต่างกันตาม

ความแตกต่างระหว่างบุคคล ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เป็นอีกปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง (พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัช, นภวัลย์ กัมพลาศิริ, ยาใจ สิทธิมงคล และถวิล นภาพงศ์สุริยา, 2542)

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และการช่วยเพิ่มพูนศักยภาพของผู้ป่วยจิตเภทหลังออกจากโรงพยาบาล จึงเป็นอีกแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและแก้ไขความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Connelly, 1987) ส่วนใหญ่แนวทางในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องนั้น มักกระทำในรูปแบบของการสอนในโรงพยาบาลก่อนการจำหน่าย เป็นการให้ความรู้หรือคำแนะนำสั้น ๆ ในรูปแบบการสอนเป็นกลุ่ม หรือรายบุคคลที่ให้ตามปัญหาและเหตุการณ์เฉพาะหน้าซึ่งเนื้อหาที่จำเป็นอาจจะไม่ครอบคลุม พรทิพย์ ธรรมวงค์ (2541) จึงได้ศึกษาผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้ดูตัวแบบสัญลักษณ์มีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่ได้ติดตามผลระยะยาวภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างไร นอกจากนั้นการที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลระยะเวลาสั้น เวลาในการสอนถูกจำกัดจึงทำให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวถูกจำกัดไปด้วย (Buls, 1995) ประกอบกับการสอนในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถจำเนื้อหาที่สอนได้ทั้งหมดภายหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องมาจากช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนั้นจะมีความวิตกกังวลสูงจากการเจ็บป่วย และจากการได้รับข้อมูลใหม่เป็นจำนวนมาก (Nicklin, 1986) ร่วมกับการที่ผู้ป่วยต้องจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลค่อนข้างเร็ว ถึงแม้จะได้รับการรักษาแล้ว อาการต่าง ๆ ยังคงเหลืออยู่บ้างเช่น ประสาทหลอน ความจำบกพร่อง ไม่มีสมาธิ แยกตัว ขาดแรงจูงใจ (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2536) และขาดการส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชนในขณะที่ยังมีความพร่องในการดูแลตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองหลังจำหน่ายที่ไม่ถูกต้อง ก่อให้เกิดอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำได้ (จินดารัตน์ พิมพ์ดีด, ทัศนีย์ ศิริมุกดากุล, จิตรประสงค์ สิงห์นาง, ปรารถนา คำมีสีนนท์, นวพร ตรีโอษฐ์ และมัลลิฑา พูนสวัสดิ์, 2542)

จากสาเหตุดังกล่าวการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความรู้ และคำแนะนำต่าง ๆ เพื่อให้มีการดูแลตนเองหลังจำหน่ายที่ถูกต้อง มีวิธีการได้หลายวิธี เช่น การเยี่ยมบ้าน การมาตรวจตามนัด แต่ก็ประสบปัญหาในการดำเนินงาน เนื่องจากข้อจำกัดในด้านบุคลากรและงบประมาณ (พรทิพย์ เกยุรานนท์, 2539) การใช้เทคโนโลยี เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ และการติดตามทางคอมพิวเตอร์ผ่านอินเตอร์เนต (Shaul, 2000) แต่เนื่องจากประเทศไทยมีการใช้คอมพิวเตอร์จำนวนน้อยเนื่องจากราคาค่อนข้างสูง และวิธีการใช้ที่ยุ่งยาก ในขณะที่มีการใช้โทรศัพท์มากกว่าแม้แต่ใน

ชนบทก็มีไปทั่วถึง (องค์การโทรศัพท์, 2542) มีวิธีการใช้ค่อนข้างง่าย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย เนื่องจากโทรศัพท์สามารถเข้าถึงผู้รับบริการได้ง่าย ประหยัดเวลา บุคลากร และค่าใช้จ่าย (Stricklin, Jones, & Niles, 2000) สามารถติดตามผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านได้จำนวนมากในแต่ละสัปดาห์ สะดวก รวดเร็ว ในขณะที่การเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรทางสุขภาพไม่สามารถติดตามผู้ป่วยจำนวนมากได้ในหนึ่งสัปดาห์ (Kinsella, 1997) การติดตามทางโทรศัพท์สามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง (McBride & Rimer, 1999) เพิ่มความร่วมมือในการรักษา และลดการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Shu, Mermina, & Nystrom, 1996) เป็นโปรแกรมหนึ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น การให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง การรับประทานยา การตรวจตามนัด (Kinsella, 1997; Cave, 1989) การตอบคำถามและช่วยแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในสัปดาห์แรกหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการสนับสนุนในด้านนี้มาก (Garland, 1992)

จากการศึกษาของ แมคอินทอช และเวอร์เล่ย์ (Mcintosh & Worley, 1994) ได้ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยโรคจิตหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ ส่วนการศึกษาของชอวล์ (Shaul, 2000) ที่ศึกษาการใช้โทรศัพท์ในการติดตามผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการติดตามทางโทรศัพท์มาก นอกจากนั้นยังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยลง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนอิลเลียดและไรเมอร์ (Elliott & Reimer, 1998) ได้ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่าสามารถช่วยประคับประคองด้านจิตใจและการเลี้ยงดูทารกแก่มารดาได้เป็นอย่างมาก

จากงานวิจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โทรศัพท์มีบทบาทที่สำคัญต่อผู้ป่วยอย่างมาก ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องได้ เนื่องจากโทรศัพท์เป็นสิ่งเร้าใหม่ที่กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางปัญญา และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังแนวคิดการปรับพฤติกรรมทางปัญญาที่เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงทางปัญญาจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเมื่อพฤติกรรมนั้นได้รับการเสริมแรงจะเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ (Dobson & Block, 1988; Kazdin อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) การติดตามทางโทรศัพท์จึงเป็นการจัดสิ่งเร้าใหม่เข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญา โดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน มีการติดตามการกระตุ้น การแนะนำ มีการชี้ให้เห็นถึงผลกรรมทางบวกและทางลบที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่คาดว่าจะส่งผลให้มีการดูแลตนเองที่ถูกต้องและมีการชี้ให้เห็นถึงผลกรรมทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้นแล้วร่วมกับการ

เสริมแรงทางสังคม โดยการให้คำชมเชย เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการเสริมแรงดังกล่าวจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ

จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบว่ามีการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่มีการศึกษาพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลตนเองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอมากขึ้น สามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง และติดตามขณะอยู่ที่บ้านในด้านการใช้ยาและสารเสพติด ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ช่วยแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวชุมชนและสังคมได้อย่างปกติตามอัตภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายโดย

1. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล
2. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล
3. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์จะมีคะแนนการดูแลตนเองหลังจำหน่ายในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผลมากกว่าคะแนนการดูแลตนเองหลังจำหน่ายในระยะก่อนทดลอง

2. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์จะมีคะแนนการดูแลตนเองหลังจำหน่ายในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผลไม่แตกต่างจากคะแนนการดูแลตนเองหลังจำหน่ายในระยะก่อนทดลอง

3. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์จะมีคะแนนการดูแลตนเองหลังจำหน่ายในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษา ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายเฉพาะเพศชาย ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมิถุนายน 2544 ถึงเดือนกันยายน 2544 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทนานไม่เกิน 5 ปี จำนวน 30 คน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การติดตามทางโทรศัพท์ หมายถึง การกระตุ้น การแนะนำ และการเสริมแรงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายในด้านการใช้ยาและสารเสพติด ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการใช้โทรศัพท์

การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผลดีต่อสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในด้านการใช้ยาและสารเสพติด ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายของ พรทิพย์ ธรรมวงค์ (2541) และจากการทบทวนวรรณกรรม

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศครั้งที่ 10 (ICD-10, International Statistical Classification of Diseases) ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุงและมีอาการเจ็บป่วยนานไม่เกิน 5 ปี