

ความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่เข้ารับการรักษา แบบผู้ป่วยใน ในสถาบันบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ณรงค์ ศิลปสคราญ พ.บ. ส.ม., นันทา ชัยพิชิตพันธ์ ปร.ด.

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ตำบลประจักษ์ปัตย์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 12130

Abstract: Prevalence of Psychiatric Disorders in Inpatients Cannabis Dependents at Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

Sinlapasacram N, Chaipichitpan N

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment, Prachathipat, Thanyaburi, Prathumthani, 12130

(E-mail:thanyarak_tida@hotmail.com)

(Received: January 29, 2019; Revised: May 27, 2019; Accepted: July 24, 2019)

Background: Marijuana has been known for thousand years. It's a drug for entertainment. Marijuana would affect mind, body and society. A number of users have psychiatric disorders. **Objective:** This study was the first to determine the prevalence of psychiatric disorders in cannabis dependents at Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (PMNIDAT) and determine the relationship between period, times, dosages of marijuana per day, sex, age, occupation and marital status and the prevalence of psychiatric disorders. **Method:** The study was a retrospective descriptive study. Four hundred and twenty four inpatients medical records of cannabis dependence were collected during 2010 – 2016 (7 fiscal years). Questionnaires collecting demographic data and clinical characteristics developed by the author. Data were analyzed by descriptive statistic, chi-square test and Fisher's exact test with the significant level at $p = 0.05$. **Results:** Overall, The results revealed that 91.5% of cannabis dependents PMNIDAT inpatients had psychiatric disorders, among which were psychotic disorder 83.7%, anxiety disorder 64.9% and mood disorder 56.1%. Time period of using marijuana was significantly related the prevalence of mood disorder. Amount of marijuana used per day and occupation were related to the prevalence of psychotic disorder. Frequency of using marijuana per day was related to the prevalence of psychiatric disorder, psychotic disorder and anxiety disorder. Age is significantly connected to the prevalence of psychiatric disorder, psychotic disorder and moods disorder. Sex and marital status were not significantly related to the prevalence of psychiatric disorders. **Conclusion:** Cannabis dependence has a greater chance of having psychiatric disorder (s) than a person who does not use marijuana. Factors associated with psychiatric disorder in marijuana dependents were age, occupation, time duration, dosages and frequency of using marijuana per day, Therefore, Implementing cannabis for medical use should be reviewed the pro and cons from all perspectives.

Keywords: Psychiatric disorders, Cannabis dependents, Prevalence, Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: ภัยคุกคามเป็นสารเสพติดซึ่งเป็นที่รู้จักกันมานานนับพันปี เป็นยาเสพติดที่ถูกใช้เพื่อความบันเทิง แต่ปัจจุบันพบว่า เมื่อบุคคลเสพติดภัยคุกคามจะเกิดผลกระทบต่อทั้งร่างกายจิตใจ และสังคม ผู้เสพติดจำนวนหนึ่งเกิดอาการทางจิตจากการติดภัยคุกคาม **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดภัยคุกคามที่เข้ารับการรักษาในสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาจำนวนขนาดภัยคุกคามที่เสพติด เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส กับความชุกของโรคทางจิตเวช **วิธีการ:** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาศึกษาแบบย้อนหลัง จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในสถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) ระหว่างวันที่ 20 ธันวาคม 2560 ถึงวันที่ 20 มีนาคม 2561 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 424 ราย เป็นผู้ป่วยเสพติดภัยคุกคามทั้งชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาใน สบยช. ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2553 – 30 กันยายน 2560 (7 ปีงบประมาณ) เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลคุณลักษณะของผู้ป่วย และแบบบันทึกอาการ อาการแสดงของโรคทางจิตเวช วิเคราะห์ข้อมูลแสดงผลด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ที่ใช้ Chi-square และ Fisher's exact test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 **ผล:** พบว่า ผู้ป่วยเสพติดภัยคุกคามที่เข้ารับการรักษาใน สบยช. มีความชุกของการเกิดโรคทางจิตเวช (psychiatric disorder) ร้อยละ 91.5 ในจำนวนนี้พบเป็น โรคจิต (psychotic disorder) โรควิตกกังวล (anxiety disorder) และโรคทางอารมณ์ (mood disorder) คิดเป็นร้อยละ 83.7, 64.9 และ 56.1 ตามลำดับ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น (ระยะเวลา จำนวนขนาดภัยคุกคามที่ใช้ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส) กับตัวแปรตามคือ ความชุกในการเกิดโรคทางจิตเวช พบว่า ระยะเวลาการใช้ภัยคุกคามมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคทางอารมณ์ ปริมาณการใช้ภัยคุกคามต่อวัน และอาชีพมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการของโรคจิต ความถี่ในการใช้ภัยคุกคามต่อวันมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคทางจิตเวช อาการของโรคจิตและโรควิตกกังวล อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคทางจิตเวช โรคจิต และโรคทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ตัวแปรเพศ และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับความชุกในการเกิดโรคทางจิตเวช **สรุป:** ผู้ที่เสพติดภัยคุกคามมีโอกาสเกิดโรคทางจิตเวชได้มากกว่าบุคคลที่ไม่ได้ใช้ภัยคุกคาม ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอาการของโรคทางจิตเวชในผู้เสพติดภัยคุกคาม ได้แก่ อายุ อาชีพ ระยะเวลาในการใช้ภัยคุกคาม ปริมาณ และความถี่ในการใช้ภัยคุกคามต่อวัน ดังนั้น การจะนำภัยคุกคามมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์จึง

ควรมีการทบทวนถึงผลดี – ผลเสียที่จะเกิดจากการใช้ภัยคุกคาม

คำสำคัญ: โรคทางจิตเวช ผู้ป่วยเสพติดภัยคุกคาม ความชุก สถานบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

บทนำ

ภัยคุกคามเป็นสารเสพติดซึ่งเป็นที่รู้จักกันมานานนับพันปีเมื่อ 6,000 ปีก่อนคริสตกาล ในประเทศจีนมีการนำภัยคุกคามเป็นส่วนผสมในการปรุงอาหาร และมีหลักฐานทางการแพทย์ที่บ่งบอกว่ามีการใช้ภัยคุกคามเป็นยาสมุนไพร โดยมีบันทึกอยู่ในหนังสือรวบรวมชื่อสมุนไพรของประเทศจีนสมัยจักรพรรดิเซินนัง พืชของภัยคุกคามเป็นที่รู้จักกันดีในยุโรปในศตวรรษที่ 19 และต่อมาเริ่มเป็นที่รู้จักในประเทศสหรัฐอเมริกา ในชื่อของต้นเฮมพ์ (hemp) หรือต้นภัยคุกคามที่มีคุณสมบัติทำให้ผู้เสพติดเกิดความสุข ภัยคุกคามเป็นสารเสพติดที่มีผู้เสพติดมากที่สุดประมาณ 200 – 300 ล้านคนทั่วโลก วัยรุ่นชายนิยมใช้โดยพบในช่วงอายุ 18 – 30 ปี ในประเทศไทย เมื่อปี 2554 คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด ได้สำรวจพบว่า มีผู้เคยใช้ภัยคุกคามจำนวน 2,440,785 คน (50.5 : 1,000 คน) มีผู้ใช้ภัยคุกคามในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีจำนวน 109,040 คน (2.3:1,000 คน) และผู้ใช้ภัยคุกคามในรอบ 30 วันที่ผ่านมา จำนวน 9,880 คน (0.2: 1,000 คน)¹

ภัยคุกคามเป็นสารที่ได้จากพืช marijuana นำมาใช้ในการเสพติดได้ทั้งต้น ได้แก่ ลำต้น ดอก ใบ และเมล็ด แต่ hashish เป็นผลผลิตที่สกัดจากยางของยอดต้นภัยคุกคามเท่านั้น marijuana มีฤทธิ์รุนแรงน้อยกว่า hashish 5 –10 เท่า ภัยคุกคามมีฤทธิ์ต่อระบบประสาท เมื่อได้รับในขนาดน้อยๆ จะทำให้เกิดอารมณ์ครึกครื้น หากได้รับในขนาดสูงๆ ภัยคุกคามจะมีฤทธิ์คล้ายยาหลอนประสาท สารที่นักวิทยาศาสตร์เชื่อว่าทำให้เกิดฤทธิ์หลอนประสาทคือ Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) คุณสมบัติที่ภัยคุกคามทำให้ผู้เสพติดมีอาการสนุกครึกครื้น ภัยคุกคามจึงถูกนำมาใช้อย่างผิดกฎหมาย วิธีเสพติดที่ใช้วิธีการสูบ แต่อาจใช้รับประทานได้ ภัยคุกคามออกฤทธิ์ในระยะสั้นๆ ระหว่าง 5 – 8 ชั่วโมง² จากการศึกษาผู้ที่ใช้ภัยคุกคามขนาดสูงและใช้อย่างสม่ำเสมอพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ติดภัยคุกคามได้ง่ายคือปัญหาทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตทางอารมณ์ บุคลิกภาพแบบอันธพาล ผู้เสพติดภัยคุกคามมักมีอาการ ดังนี้ ช่างฝัน มีความสุข อารมณ์ครึกครื้น ช่างพูด และหัวเราะคิกคัก มีความรู้สึกเหมือนตัวจะละลาย มีความตื่นเต้นทางเพศ มีความผิดปกติทางสายตา หูแว่ว จี๊ดอาหาร กระหายน้ำบ่อย ปากคอแห้ง ตาแดง (conjunctive injection) และหัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น ถ้าใช้ภัยคุกคามติดต่อกันจะเกิดการทนยา (tolerance) และเมื่อหยุดใช้ภัยคุกคามทันทีจะมีอาการขาด

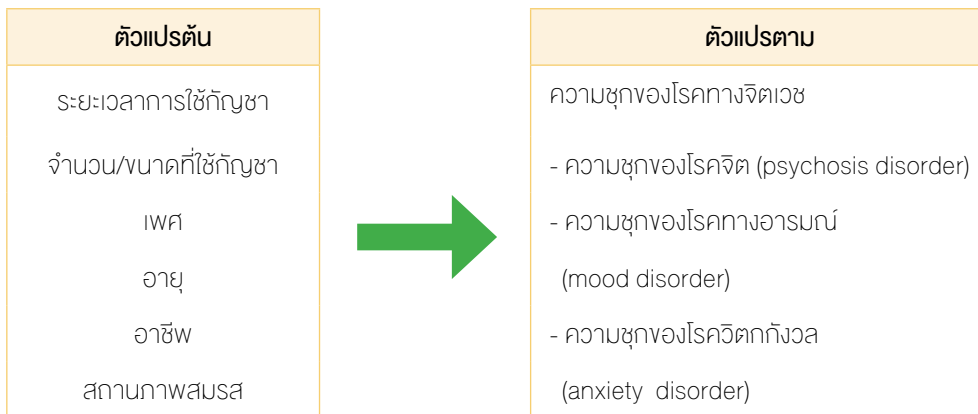
ยา โดยมีอาการแสดง ดังนี้ รู้สึกสับสนร้อนสับสนหนาว เหงื่อออกมาก น้ำมูกไหล ท้องเสีย สะอึก เบื่ออาหาร เป็นต้น อาการจะค่อยๆ ดีขึ้นเมื่อหยุดเสพ ส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องใช้ยารักษา อาการถอนยาไม่รุนแรง ผู้เสพติดกัญชาจึงไม่ตระหนักถึงโทษพิษภัยของกัญชา³

การเสพกัญชาบ่อยๆ อาจทำให้เกิดโรคจิตเภทได้ และอาจมีปัญหาด้านความจำ โครงสร้างสมองเปลี่ยนไปจากคนปกติ การเปรียบเทียบโครงสร้างทางกายภาพด้วยการสแกนสมองด้วยคลื่นสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging: MRI) ผลปรากฏว่า สมองส่วนการจดจำเกิดการหดตัวลงเมื่อเทียบกับคนปกติ เมื่อนำวัยรุ่น 100 คน มาทำแบบทดสอบความจำ พบว่า คนที่สภาพจิตปกติ และไม่เคยเสพกัญชาสามารถทำคะแนนได้มากกว่าคะแนนเฉลี่ยของคนที่เคยเสพกัญชาถึง 37 เท่า ส่วนผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เคยเสพกัญชาสามารถทำคะแนนได้มากกว่าผู้ป่วยที่เคยเสพกัญชาถึง 4 เท่า⁴ อย่างไรก็ตามกัญชายังมีประโยชน์ทางการแพทย์ กิลเลอร์โม เวลาสโก (Guillermo Velasco)⁵ ได้ค้นพบสารประกอบสำคัญในกัญชาที่มีฤทธิ์ยับยั้งเซลล์มะเร็งสมอง⁶ และทำลายเซลล์เนื้องอกของสมองได้ โดยไม่พบผลข้างเคียงใดๆ ทั้งนี้แม้ว่ากัญชาจะจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

วันที่ 20 เมษายนของทุกปี เป็นวันกัญชาโลก ปี พ.ศ.

2558 เป็นปีแรกที่ประเทศไทยจัดงานรวมพลคนชื่นชอบกัญชา และเรียกคนกลุ่มนี้ว่า “กัญชาชน” ซึ่งคนกลุ่มนี้ต้องการผลักดันให้เกิดนโยบายการใช้กัญชาเสรี ด้วยเหตุผลที่ว่ากัญชามีประโยชน์มากมาย แต่นักวิชาการหลายท่านยังคงต่อต้านเพราะเชื่อว่า กัญชาเป็นยาเสพติดที่นำไปสู่การใช้ยาที่มีฤทธิ์เสพติดรุนแรงขึ้น (gateway to harder drugs)⁷ ในประเทศไทย พบว่า ยังมีการลักลอบใช้และเสพกัญชากันมากในทุกภูมิภาคของประเทศ ส่งผลให้เกิดปัญหาหลายด้าน จากสถิติสถาบันธัญญารักษ์ปี พ.ศ. 2557⁸ พบว่า ผู้ป่วยเสพติดมีภาวะแทรกซ้อนทางจิตร้อยละ 15 – 20 ส่วนในผู้ป่วยจิตเวชพบว่า มีความชุกในการใช้ยาและสารเสพติด มากถึงร้อยละ 86.2⁹ แต่ยังไม่มียารายงานเชิงสำรวจถึงความชุกของอาการ และโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชา ในสภยช. จึงมีแนวคิดที่จะศึกษาความชุกของอาการ และโรคทางจิตเวชที่พบในผู้ป่วยเสพติดกัญชา เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้อ้างอิงทางวิชาการในการตัดสินใจเชิงนโยบายในส่วนของกัญชากับข้อห้ามทางกฎหมายต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลา จำนวน/ขนาดที่ใช้กัญชา เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส กับความชุกของโรคทางจิตเวช

กรอบแนวคิดของโครงการศึกษา



นิยามปฏิบัติการ

ความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชา (prevalence of psychiatric disorder in cannabis dependence) หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีอาการ และอาการแสดงของโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิต โรคทางอารมณ์ และโรควิตกกังวล ในผู้ป่วยเสพติดกัญชาทั้งหมด ณ เวลาที่กำหนด

โรคทางจิตเวช (psychiatric disorder) ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง โรคต่างๆ ดังต่อไปนี้เท่านั้น โรคจิต (psychotic disorder) โรคทางอารมณ์ (mood disorder) และโรควิตกกังวล (anxiety disorder)

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ศึกษาย้อนหลังจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยใน สบยช. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเสพติดกัญชาทั้งชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาในสบยช. ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2553 – 30 กันยายน 2560 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสูตร¹⁰ ความชุกของลักษณะประชากรที่สนใจเท่ากับ 0.5, $Z_{\alpha/2} = 1.96$ ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ผู้ศึกษาเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 424 ราย ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการนำเลขที่โรงพยาบาล (hospital number) ของผู้เสพติดกัญชาในแต่ละปีมาเรียงกันและสุ่ม 1 เวชระเบียน ต่อ 7 เวชระเบียนนับวนจนครบ เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลคุณลักษณะของผู้ป่วย และแบบบันทึกอาการ อาการแสดงของโรคทางจิตเวช โดยมีเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (inclusion criteria) คือ เป็นเวชระเบียนผู้ป่วยเสพติดกัญชาในทุกอายุ ทั้งเพศหญิง และเพศชาย ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าโรคหลักเป็น cannabis/marihuana dependence มีเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (exclusion criteria) คือ เวชระเบียนที่สุ่มได้มีข้อมูลไม่ครบตามที่กำหนด เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 20 ธันวาคม 2560 – 20 มีนาคม 2561 งานศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสบยช. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบบันทึกข้อมูลคุณลักษณะของผู้ป่วย และแบบบันทึกอาการ อาการแสดงของโรคทางจิตเวชที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน มีค่าความเที่ยงตรงทั้งหมด $\kappa = 0.88$ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 ตัวแปรที่ศึกษาคือ 1) ตัวแปรอิสระ (independent variable) ได้แก่ ระยะเวลาการใช้กัญชา จำนวน/ขนาดที่ใช้กัญชา เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส 2) ตัวแปรตาม (dependent variable) ได้แก่ ความชุกของโรคจิตเวช วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านอาการ อาการแสดงของโรคทางจิตเวช นำเสนอโดยจำนวนร้อยละ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความชุกของโรคจิตเวช ใช้สถิติวิเคราะห์ คือ Chi-square, Fisher's exact test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผล

1. ลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 97.4 มีอายุเฉลี่ย 21 ± 7.4 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 78.8 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 64.6 ไม่มีอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 65.6 รองลงมาคือ เป็นนักเรียน และรับจ้าง ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ย $2,282.55 \pm 6,393.54$ บาท กลุ่มตัวอย่างใช้กัญชาแห้ง โดยวิธีการสูบ ร้อยละ 100 มีการใช้ยาบ้า ยาไอซ์ร่วมด้วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.2 รองลงมาคือ ใช้กระท่อมและยานอนหลับ กลุ่มตัวอย่างมีการใช้กัญชาเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) สูบกัญชา เฉลี่ย 1 - 3 ครั้ง/วัน ร้อยละ 63.4 ปริมาณการสูบกัญชาเฉลี่ย/วัน 10 ± 9.3 บ้อง 2) สูบกัญชาเฉลี่ย 1 - 3 ครั้ง/ สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 66.7 ปริมาณการเสบกัญชาเฉลี่ย/ สัปดาห์ 1 ± 1.2 บ้อง เสพติดกัญชามานาน 4 ± 4.8 ปี สาเหตุที่เสพติดกัญชาเพราะเพื่อนชวน เข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรกร้อยละ 70 และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีมีอาการทางจิตเวชก่อนเข้ารับการรักษา คิดเป็นร้อยละ 52.5 บุคคลในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการทางจิต ร้อยละ 98.8 แพทย์วินิจฉัยว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการของโรค cannabis induce psychotic disorder ร้อยละ 44.1 รองลงมา คือ drug induce psychosis คิดเป็นร้อยละ 18.9

2. ศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่เข้ารับการรักษาใน สบยช. พบว่า ผู้ป่วยเสพติดกัญชามีความชุกในการเกิดโรคทางจิตเวช (psychiatric disorder) คิดเป็นร้อยละ 91.5 ในจำนวนนี้โรคที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคจิต (psychotic disorder) คิดเป็นร้อยละ 83.7 รองลงมาคือ โรควิตกกังวล (anxiety disorder) และ โรคทางอารมณ์ (mood disorder) คิดเป็นร้อยละ 64.9 และ 56.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาการและอาการแสดงของโรคทางจิตเวช

อาการ/อาการแสดงของโรคทางจิตเวช (n = 424)	จำนวน	ร้อยละ
1 โรคทางจิตเวช (psychiatric disorder)	388	91.5
2 กลุ่มอาการของโรคจิต (psychotic disorder)	จำนวน	ร้อยละ
ไม่พบกลุ่มอาการของโรคจิต	69	16.3
พบกลุ่มอาการของโรคจิต	355	83.7
บุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorders)	122	28.8
หลงผิด (delusion)	153	36.1
หูแว่ว (auditory hallucination)	293	69.3
เห็นภาพหลอน (visual hallucination)	224	53.0
หวาดระแวง (paranoid)	267	63.0
ก้าวร้าว (aggressive)	243	57.3
พฤติกรรมไม่เป็นระเบียบ (disorganized behavior)	104	24.5
คำพูดไม่เรียบเรียง (disorganized speech)	107	25.2
3 กลุ่มอาการของโรคทางอารมณ์ (mood disorder)	จำนวน	ร้อยละ
ไม่พบกลุ่มอาการของโรคทางอารมณ์	186	43.9
พบกลุ่มอาการของโรคทางอารมณ์	238	56.1
อารมณ์ดีครั้งรุนแรงผิดปกติ (manic episode)	18	4.2
ซึมเศร้า (depressive episode/major depressive disorder)	41	9.7
ซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia)	16	3.8
คิดฆ่าตัวตาย (suicidal idea)	20	4.7
อารมณ์ 2 ขั้ว (bipolar affective disorder)	29	6.9
อารมณ์หงุดหงิด (irritable mood)	203	47.9
4 กลุ่มอาการของโรควิตกกังวล (anxiety disorder)	จำนวน	ร้อยละ
ไม่พบกลุ่มอาการของโรควิตกกังวล	149	35.1
พบกลุ่มอาการของโรควิตกกังวล	275	64.9
วิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorder)	255	60.1
ตื่นตระหนก (panic disorder)	13	3.1
กลัวบางอย่างจำเพาะเจาะจง (specific phobia)	12	2.8
กลัวการเข้าสังคม (social phobia)	7	1.7
ย้ำคิดย้ำทำ (obsessive compulsive disorder)	23	5.4
ภาวะเครียดภายหลังการเกิดเหตุการณ์สะเทือนใจ (post – traumatic stress disorder)	3	0.7

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปริมาณการใช้กัญชา ลักษณะประชากร กับความชุกของโรคทางจิตเวช พบว่า ตัวแปรอายุ อาชีพ ปริมาณการใช้กัญชาต่อวัน ความถี่และระยะเวลาในการใช้กัญชามีความสัมพันธ์กับความชุกในการ

เกิดโรคทางจิตเวช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ตัวแปรเพศ และสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความชุกของการเกิดโรคทางจิตเวช (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับอาการและอาการแสดงของโรคทางจิต และโรคจิตเวช (n = 424)

ตัวแปร	โรคจิตเวช				โรคจิต				โรคทางอารมณ์				โรคจิตกึ่งวล			
	มี		ไม่มี		มี		ไม่มี		มี		ไม่มี		มี		ไม่มี	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	p-value	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	p-value	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	p-value	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	p-value	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	p-value	
ระยะเวลาในการใช้กัญชา																
< 1 ปี	59 (92.2)	5 (7.8)	0.79	49 (76.6)	15 (23.4)	0.11	33 (51.6)	31 (48.4)	0.03*	42 (65.6)	22 (34.4)	0.03*	71 (65.1)	38 (34.9)	0.56	
1 – 5 ปี	204 (94.9)	11 (5.1)	0.68	177 (82.3)	38 (17.7)	0.04*	116 (54.0)	99 (46.0)	0.47	143 (66.5)	72 (33.5)	0.49	19 (52.8)	17 (47.2)	0.46	
6 – 10 ปี	102 (93.6)	7 (6.4)	0.00*	96 (88.1)	13 (11.9)	0.01*	74 (67.9)	35 (32.1)	0.04*	71 (65.1)	38 (34.9)	0.01*	276 (65.7)	144 (34.3)	0.01*	
>10 ปี	35 (97.2)	1 (2.8)	0.00*	34 (94.4)	2 (5.5)	0.01*	15 (41.7)	21 (58.3)	0.01*	19 (52.8)	17 (47.2)	0.01*	106 (59.9)	71 (40.1)	0.01*	
รวม	400 (94.3)	24 (5.7)	0.00*	356 (83.9)	68 (16.1)	0.00*	238 (56.1)	186 (43.9)	0.00*	275 (64.9)	149 (35.1)	0.00*	208 (65.6)	109 (34.4)	0.00*	
ปริมาณการใช้กัญชาต่อวัน																
1 – 10 บ้อง	298 (94.0)	19 (6.0)	0.68	262 (82.6)	55 (17.4)	0.04*	170 (53.6)	147 (46.4)	0.47	208 (65.6)	109 (34.4)	0.47	33 (58.9)	23 (41.1)	0.46	
11 – 20 บ้อง	53 (94.6)	3 (5.4)	0.68	47 (83.9)	9 (16.1)	0.04*	35 (62.5)	21 (37.5)	0.47	33 (58.9)	23 (41.1)	0.47	35 (74.5)	12 (25.5)	0.46	
> 20 บ้อง	45 (95.7)	2 (4.3)	0.00*	42 (89.4)	5 (10.6)	0.01*	30 (63.8)	17 (36.2)	0.01*	27 (57.8)	20 (42.2)	0.01*	276 (65.7)	144 (34.3)	0.01*	
รวม	396 (94.2)	24 (5.7)	0.00*	351 (83.7)	69 (16.3)	0.00*	235 (56.0)	185 (44.0)	0.00*	208 (65.6)	109 (34.4)	0.00*	208 (65.6)	109 (34.4)	0.00*	
ความถี่ในการใช้กัญชา																
1 – 3 ครั้ง	169 (95.5)	8 (4.5)	0.00*	152 (85.9)	25 (14.1)	0.01*	95 (53.7)	82 (46.3)	0.49	106 (59.9)	71 (40.1)	0.49	66 (61.7)	41 (38.3)	0.01*	
4 – 10 ครั้ง	101 (94.4)	6 (5.6)	0.00*	97 (90.7)	10 (9.3)	0.01*	64 (59.8)	43 (40.2)	0.49	66 (61.7)	41 (38.3)	0.49	2 (33.3)	4 (66.7)	0.01*	
> 10 ครั้ง	3 (50.0)	3 (50.0)	0.00*	3 (50.0)	3 (50.0)	0.00*	2 (33.3)	4 (66.7)	0.00*	2 (33.3)	4 (66.7)	0.00*	174 (60.0)	116 (40.0)	0.00*	
รวม	273 (94.1)	17 (5.9)	0.00*	252 (86.9)	38 (13.1)	0.00*	161 (55.5)	129 (44.5)	0.00*	174 (60.0)	116 (40.0)	0.00*	174 (60.0)	116 (40.0)	0.00*	

* p – value = 0.05

Fisher’s Exact Test และค่าไคสแควร์

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับการแสดงอาการและอาการแสดงของโรคทางจิต และโรคจิตเวช (n = 424) (ต่อ)

ตัวแปร	โรคจิตเวช			โรคจิต			โรคทางอารมณ์			โรควิตกกังวล		
	มี	ไม่มี	p-value	มี	ไม่มี	p-value	มี	ไม่มี	p-value	มี	ไม่มี	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ												
ชาย	390(94.4)	23(5.6)		348 (84.3)	65 (15.2)		231(55.9)	182(44.1)		269 (65.1)	144 (34.9)	
หญิง	9 (81.8)	2 (18.2)	0.13 ⁽¹⁾	8 (72.7)	3 (27.3)	0.40 ⁽¹⁾	7 (63.6)	4 (36.4)	0.76 ⁽¹⁾	6 (54.5)	5 (45.5)	0.53 ⁽¹⁾
รวม	399(94.3)	25 (5.7)		356(83.9)	68 (16.1)		238(56.1)	186(43.9)		275 (64.9)	149 (35.1)	
อายุ												
≤ 20 ปี	191 (94.5)	11 (5.5)		165 (81.7)	37 (18.3)		100 (49.5)	102 (50.5)		129 (63.9)	73 (36.1)	
21– 30 ปี	153 (95.0)	8 (5.0)		141 (87.6)	20 (12.4)		106 (65.8)	55 (34.2)		108 (67.1)	53 (32.9)	
31 – 40 ปี	46 (95.8)	2 (4.2)	0.00*	42 (87.5)	6 (12.5)	0.04*	25 (52.1)	23 (47.9)	0.01*	29 (60.4)	19 (39.6)	0.64
41 – 50 ปี	7 (85.7)	1 (14.3)		5 (62.5)	3 (37.5)		5 (62.5)	3 (37.5)		6 (75.0)	2 (25.0)	
51 – 60 ปี	1 (20.0)	4 (80.0)		2 (40.0)	3 (60.0)		0 (0)	5 (100.0)		2 (40.0)	3 (60.0)	
รวม	398 (94.3)	26 (5.7)		355 (83.8)	69 (16.2)		235 (55.8)	189 (43.9)		274 (64.7)	150 (35.3)	
อาชีพ												
ว่างงาน	261 (95.6)	12 (4.4)		239 (87.5)	34 (12.5)		152 (55.7)	121 (44.3)		175 (64.1)	98 (35.9)	
นักเรียน/ นักศึกษา	67 (91.8)	6 (8.2)		59 (80.8)	14 (19.2)		38 (52.1)	35 (47.9)		46 (63.0)	27 (37.0)	
รับจ้างทั่วไป	36 (92.3)	3 (7.7)	0.48	32 (82.1)	7 (17.9)	0.1*	25 (64.1)	14 (35.9)	0.53	26 (66.7)	13 (33.3)	0.63
อาชีพส่วนตัว/ ค้าขาย/ เกษตรกร	28 (90.3)	3 (9.7)		21 (67.7)	10 (32.3)		20 (64.5)	11 (35.5)		24 (77.4)	7 (22.6)	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6 (85.7)	1 (14.3)		4 (57.1)	3 (42.9)		3 (42.9)	4 (57.1)		4 (57.1)	3 (42.9)	
รวม	396(93.6)	27 (5.8)		355(83.9)	68 (16.1)		238(56.3)	185 (43.7)		275 (65.0)	147 (35.0)	
สถานภาพสมรส												
คู่	51 (89.5)	6 (10.5)		41 (71.9)	16 (28.1)		30 (52.6)	27 (47.4)		38 (66.7)	19 (33.3)	
โสด	314 (94.9)	17 (5.1)	0.38	285 (86.1)	46 (13.9)	0.06	184 (55.6)	147 (44.4)	0.28	212 (64.0)	119 (36.0)	0.19
หม้าย/หย่า/แยก/ร้าง	29 (96.8)	1 (3.2)		25 (83.3)	5 (16.7)		20 (66.7)	10 (33.4)		23 (76.7)	7 (23.3)	
รวม	394 (94.3)	24 (5.7)		351 (84.0)	67 (16.0)		234(56.1)	184(43.9)		273 (65.2)	145 (34.8)	

(1) = ค่า Fisher's Exact Test และค่าไคสแควร์, p – value = 0.05

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีความชุกของการเกิดโรคทางจิตเวช (psychiatric disorder) สูงถึงร้อยละ 91.5 โรคทางจิตเวชที่พบบ่อย ได้แก่ โรคจิต (psychotic disorder) โรควิตกกังวล (anxiety disorder) และ โรคทางอารมณ์ (mood disorder) คิดเป็นร้อยละ 83.7, 64.9 และ 56.1 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Royal College of Psychiatrists (2018)¹¹ ที่พบว่า การใช้กัญชาที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต เมื่อเสพกัญชาเป็นเวลานานมีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตเวช และผู้ที่ใช้กัญชาอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตเวช ทั้งโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า และอาการวิตกกังวล และเป็นไปในแนวทางเดียวกับการวิจัยของ NIDA¹² ที่พบว่า การเสพกัญชาส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท (schizophrenia) ภาวะซึมเศร้า (depression) ภาวะวิตกกังวล (anxiety) ได้

ระยะเวลาการใช้กัญชามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ป่วยที่เสพติดกัญชาระยะเวลานานกว่า 5 – 10 ปี จะเกิดโรคทางอารมณ์มากถึงร้อยละ 67.9 ด้าน**ปริมาณการใช้กัญชาต่อวัน** พบว่าผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่ใช้กัญชามากกว่า 20 บ้องต่อวันจะเกิดโรคจิตมากถึงร้อยละ 89.4 ซึ่งมากกว่าการใช้กัญชาในปริมาณน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้าน**ความถี่ในการใช้กัญชาต่อวัน** พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิต โรควิตกกังวลและโรคจิตเวช โดยผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่ใช้กัญชา 4 – 10 ครั้งต่อวันจะเกิดโรคจิตและโรควิตกกังวลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.7 และ 61.7 ส่วนผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่เสพกัญชาวันละ 1 – 3 ครั้ง จะเกิดโรคจิตเวชมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.5 ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Degenhardt¹³ ที่ศึกษาผู้เสพติดกัญชาในโรงเรียนพบว่า ร้อยละ 41 ของกลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตเวช เช่น มีอาการหูแว่ว และหลงผิด เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยใช้กัญชา และในจำนวนนี้พบว่า มีอาการทางจิตเวชเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า เมื่อผู้ป่วยใช้กัญชาในปริมาณมาก และจำนวนครั้งถี่ขึ้น โดยมีอาการที่พบบ่อยได้แก่ วิตกกังวล ซึมเศร้า และมีความคิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของ Khanatho¹⁴ ที่พบว่า การสูบกัญชาเป็นเวลานานมีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตเวช โดยผู้ที่ใช้กัญชาสม่ำเสมอจะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตเวช ทั้งโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า และอาการวิตกกังวล และสอดคล้องกับการศึกษาของ Semple¹⁵ ที่พบว่า เมื่อใช้กัญชาจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นเป็น 2.9 เท่า และเป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษา

ของ Lev-Ran¹⁶ ที่พบว่า ผู้ใช้กัญชามีความเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ใช้กัญชาถึงร้อยละ 17 และความเสี่ยงนี้จะเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 62 ในผู้ใช้กัญชาปริมาณมาก (heavy users) ด้วย

ตัวแปร**อายุ**มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิต โรคทางอารมณ์ และโรคจิตเวช โดยผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีอายุระหว่าง 21 – 30 ปี และอายุระหว่าง 31 – 40 ปี จะเกิดโรคจิตเวชมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 95 และ 95.8 ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีอาการของโรคจิตมากถึง ร้อยละ 87.6 และ 87.5 ตามลำดับ เป็นไปในแนวทางเดียวกับการศึกษาของ Helle¹⁷ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดกับอายุที่เริ่มมีอาการจิตเภท โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท (schizophrenia spectrum disorders) ที่ได้รับการวินิจฉัยตาม DSM-IV และการคัดกรองประวัติการใช้สารเสพติด ในหลายพื้นที่ของประเทศนอร์เวย์ จำนวน 1,119 คน ผลการศึกษพบว่า กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด จำนวน 627 คน จะเริ่มป่วยและมีอาการทางจิตเวช เมื่ออายุ 23 ปี (SD 7.1) ซึ่งเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ยาเสพติดที่จะเกิดอาการทางจิตเวชเมื่ออายุ 25.9 ปี (SD 9.7) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ที่ใช้ยาและสารเสพติดตั้งแต่อายุยังน้อยมีโอกาสเกิดอาการทางจิต และโรคจิตเวชได้เร็วกว่าผู้ที่ไม่ใช้ยาและสารเสพติดที่เริ่มใช้ยาเสพติดเมื่ออายุมากขึ้น ในขณะที่ตัวแปร**อาชีพ** พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต โดยผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่ไม่มีอาชีพจะเกิดอาการทางจิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 87.5 จากสถิติของ สบยช.¹⁸ พบว่าผู้ใช้ยาและสารเสพติดทั่วประเทศไม่มีอาชีพ ซึ่งการว่างงานอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลไปใช้ยาเสพติดหรืออีกนัยหนึ่งคือ การเสพติดส่งผลให้เกิดภาวะว่างงานเพิ่มขึ้น จึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคแทรกซ้อนจากการใช้ยาเสพติดได้

จากการศึกษาพบว่า ตัวแปรเพศ สถานภาพสมรสที่ไม่มี ความสัมพันธ์กับความชุกในการเกิดอาการ อาการแสดงทางจิต และโรคจิตเวช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป

ผลลัพธ์ของการศึกษานี้เปรียบเสมือนภาพสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาในการเสพติดกัญชาที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและจิต จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีความชุกในการเกิดโรคทางจิตเวช (psychiatric disorder) โรคจิต (psychotic disorder) โรควิตกกังวล (anxiety disorder) และ โรคทางอารมณ์ (mood disorder) สูงมาก ซึ่งโรคเหล่านี้ นับเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการกำกับ ควบคุมยาเสพติด จึงควรให้ความสำคัญต่อการศึกษาถึงประโยชน์และโทษ

ของการใช้กัญชาให้ครอบคลุมทุกมิติก่อนตัดสินใจปรับเปลี่ยนนโยบายการใช้กัญชาอย่างเสรี เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อบุคคล สังคมและประเทศสืบไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษารั้งต่อไป

1. ศึกษาความชุกของอาการ อาการแสดงทางจิต และโรคจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชา โดยเก็บข้อมูลไปข้างหน้า เก็บข้อมูลระยะยาว 5 – 10 ปี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ทันสมัย และสอดคล้องกับบริบทปัจจุบัน

2. ศึกษาความชุกของอาการ อาการแสดงทางจิต และโรคจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชา โดยการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดประเภทอื่น เช่น ยาบ้า ยาไอซ์ กระท่อม เป็นต้น

เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาวิชาการด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์นายแพทย์วิโรจน์ วีระชัย อดีตผู้อำนวยการ สยบช. และนายแพทย์สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา ผู้อำนวยการ สยบช. ที่สนับสนุนใน การดำเนินการศึกษารั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจเครื่องมือการศึกษา และตรวจสอบความถูกต้องของงาน ผู้ช่วยนักวิจัย และงานเวชระเบียนที่ให้ความช่วยเหลือในทุกด้าน จนงานศึกษาสำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. Office of the Narcotics Control Board. Nationwide drug suppression results for the year 2013. Annual Report. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board; 2013.
2. Drug Control Division. Cannabis.[Internet] 2561. [Cited 2018 Apr 12]. Available from: [https://www.Cannabis /Cannabis% 20 \(Cannabis\)% 20Html, Psychotropic Substances Control Division](https://www.Cannabis /Cannabis% 20 (Cannabis)% 20Html, Psychotropic Substances Control Division).
3. Thiengburanatham W. Drug Textbook. Bangkok: O.S. Printing House; 1988.
4. Khanatho M, Ritmontri S, Leeyatikul P, Younyuean S. Cannabis. Northeast Academic Network for Drug and Information Development Khon Kaen University; 2015.
5. Hall W, Degenhardt L. Cannabis use and the risk of developing a psychotic disorder. World Psychiatry 2008; 7: 68–71.
6. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. Addiction 2006; 101: 556–69.
7. Booth M. Cannabis: a history. Micmillan; 2015.
8. Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. Annual report 2010 - 2016. Pathum Thani; 2016.
9. Maneekanont S, Arunphongphaisan S, Phimphanit W, Charasang N, Boonthot K. Prevalence of substance use in psychiatric patients at the outpatient department, Srinagarind Hospital. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2014; 59: 371 - 380.
10. Cochran WG. Sampling Techniques. New York: John Wiley & Sons. Inc; 1953.
11. Royal College of Psychiatrists. Cannabis and Mental Health.[Internet] 2018.[Cited 2018 Apr 12]. Available from: <https://www.rcpsych.ac.uk/expertadvice/problemsdisorders/cannabis>.
12. National Institute on Drug Abuse (NIDA); 2018.
13. Degenhardt L, Hall WD, Lynskey M, McGrath J, McLaren J. Should Burden of Disease Estimates Include Cannabis Use as a Risk Factor for Psychosis? PLoS Med, 2009; 6: e1000133.
14. Khanatho M, Liyatikul P, Ritmontri S. Policy and Management documents for Cannabis problem: A case study of England and the United States of America Research reports. Bangkok: Charan Sanitwong printing; 2016.
15. Semple DM, McIntosh AM, Lawrie SM. Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. Journal of Psychopharmacology 2005; 19: 187-94.
16. Lev-Ran S, Roerecke M, Le Foll B, George TP, McKenzie K, Rehm J. The association between cannabis use and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Psychol Med 2014; 44: 797-810.
17. Siri H. Cannabis use is associated with 3 years earlier onset of schizophrenia spectrum disorder in a naturalistic, multi-site sample (N=1119). Schizophrenia Research 2016; 170: 217-21.
18. Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. Annual report for Statistics of Cannabis patients at Thanyarak Hospital. Fiscal year 2017. Pathum Thani; 2018.