



อาการจิตเวชที่สัมพันธ์กับผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์

บุญศิริ จันศิริมงคล¹, หทัยรัตน์ สายมาอินทร์², ยูภา คงกลิ่นสุคนธ์³, จักรพงษ์ โต๊ะหมุด¹

¹โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จังหวัดนครปฐม

³กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

Psychiatric Symptoms Related to Patients Who Used Medicinal Cannabis

Boonsiri Junsirimongkol¹, Hathairat Saima-in², Yupha Khongklinsukhon³, Chakkrachong Tomood¹

¹Suansaranrom Psychiatric Hospital, Department of Mental Health

²Faculty of Nursing Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom

³Health Administration Division, Ministry of Public Health

Received: 31 January 2022 / Edit: 18 February 2022 / Accepted: 23 February 2022

หลักการและวัตถุประสงค์: คลินิกกัญชาทางการแพทย์ มีแนวทางการดูแลผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานข้อมูลอาการทางคลินิก การศึกษาครั้งนี้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อาการสำคัญที่มารักษา/ข้อบ่งชี้ชนิดกัญชาทางการแพทย์กับการเกิดอาการทางจิตเวชในผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์

วิธีการศึกษา: รูปแบบการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา จากข้อมูลทุติยภูมิของผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์จากระบบรายงานการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ (Cannabis Clinic Data Center: C-MOPH) ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 6,202 ราย วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์สถิติถดถอยพหุโลจิสติกส์ และสถิติโคสแควร์

ผลการศึกษา: พบว่า ไม่เกิดอาการทางจิตเวชร้อยละ 96.73 เกิดอาการทางจิตเวช ร้อยละ 3.27 โดยพบมากที่สุด ได้แก่ อาการซึมเศร้า ร้อยละ 2.05 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตเวชโดยรวมน้อย 1 อาการขึ้นไปหลังได้รับกัญชาทางการแพทย์ มีเพียงปัจจัยเดียวที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อาการสำคัญที่มารักษา/ข้อบ่งชี้ ซึ่งมี 4 ข้อบ่งชี้ ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง โรคพาร์กินสัน โรคปลอกประสาทอักเสบอื่น ๆ และมีตั้งแต่ 2 อาการร่วมกัน (Adj.OR = 3.23, 2.45, 13.57, 2.15 ตามลำดับ) ทั้งนี้ เมื่อแยกตามการเกิดอาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้น พบปัจจัยด้านอายุ เพศ อาการสำคัญที่มารักษา/ข้อบ่งชี้ และชนิดกัญชาทางการแพทย์สัมพันธ์กับอาการทางจิตเวชบางอาการ

สรุป: ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตเวช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อาการสำคัญที่มารักษา/ข้อบ่งชี้ ของผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์

คำสำคัญ: อาการทางจิตเวช, กัญชาทางการแพทย์

Background and Objective: There is a guideline for caring and report system of medicinal cannabis users in medical cannabis clinic. This research aim to study association between personal data factor, major symptoms for treatment/indications, medicinal cannabis type and occurrence of psychiatric symptoms in patients with medicinal cannabis use.

Method of study: This was a descriptive retrospective study. The secondary data of 6,202 patients receiving medicinal cannabis from the Cannabis Clinic Data Center (C-MOPH) in 2020 was used. Descriptive statistics, multiple logistic regression and chi-square test were applied in analysis of data.

Results: The results found that 96.73% did not find the occurrence of psychiatric symptoms and 3.27% found the occurrence of psychiatric symptoms. Depression was the most found with 2.05%. Only one factor associated with the occurrence of one or more psychiatric symptoms in overall after medicinal cannabis use which was major symptoms for treatment/indications factor. The factor consisted of muscle spasms in patients with multiple sclerosis (MS), Parkinson's disease, other multiple sclerosis, and two or more symptoms (Adj.OR = 3.23, 2.45, 13.57, 2.15 respectively). However, age, sex, major symptoms for treatment/indications and medicinal cannabis type associated with some psychiatric symptoms.

Conclusion: Major symptoms for treatment/indications of medicinal cannabis users associated with the occurrence of psychiatric symptoms.

Keywords: psychiatric symptoms, medicinal cannabis

*Corresponding author: บุญศิริ จันศิริมงคล e-mail: jboonsiri@gmail.com

บทนำ

กัญชาทางการแพทย์ เป็นยาที่สกัดสารจากพืชกัญชาเพื่อใช้ทางการแพทย์และการวิจัย ไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืชหรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอดดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น¹ กัญชามีส่วนประกอบของสารเคมีที่เป็นสารกลุ่มแคนนาบินอยด์ (cannabinoids) จากข้อมูลการศึกษามากที่สุดเกี่ยวข้องกับประโยชน์หรือโทษของกัญชาที่นำมาสกัดเป็นสารออกฤทธิ์เชื่อว่า delta-9-tetrahydrocannabinol (Δ -9-THC) และ cannabidiol (CBD) มีคุณสมบัติในการรักษาโรค² ซึ่งสารสกัด Δ -9-THC ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่งผลให้ร่างกายรู้สึกผ่อนคลายและมีความรู้สึกสนุก ซึ่งประโยชน์ของสารสกัด Δ -9-THC จากกัญชามีผลการวิจัยสนับสนุนคือฤทธิ์ต้านการอาเจียน โดยพบว่าต้านอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้ดีกว่ายาแก้คลื่นไส้อาเจียนหลายชนิด แต่มีอาการข้างเคียงด้านลบต่อจิตประสาท³ ส่วนสารสกัด CBD มีฤทธิ์ที่สำคัญที่เชื่อกันว่าเป็นประโยชน์ ได้แก่ มีฤทธิ์ต้านการชัก ต้านการอาเจียน ลดความอยากอาหาร ส่วน THC กระตุ้นความอยากอาหาร แก้ปวด การจัดการความกระวนกระวายและทำให้ผ่อนคลาย⁴ เมื่อให้ CBD ร่วมกับ THC สามารถลดอาการไม่พึงประสงค์ของ Δ -9-THC ได้⁵ อย่างไรก็ตามก็ยังมีรายงานพบว่าผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้รับผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของทั้ง 2 สารหลักดังกล่าว ทำให้เกิดโรคจิตเวชได้หากการใช้กัญชาอย่างต่อเนื่องและใช้ในปริมาณมาก⁶ สำหรับกัญชาทางการแพทย์ชนิดต่างๆ ที่มีบริการที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ เช่น น้ำมันกัญชา โดยแพทย์แผนปัจจุบันนำมาใช้ตามข้อบ่งชี้จากกรมการแพทย์ข้างต้น จะมีสารสกัดน้ำมันกัญชาสูตร THC, สารสกัดน้ำมันกัญชาสูตร CBD, สารสกัดน้ำมันกัญชาสูตร THC:CBD 1:1, โดยอาการทางจิตเวชที่มีโอกาสเกิดขึ้นจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ชนิดต่างๆ พบข้อมูลจากคำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์⁵ ระบุว่าสารสกัดน้ำมันกัญชาชนิด THC อาจทำให้เกิดภาวะขาดการยับยั้ง (disinhibition) ส่งผลให้เกิด psychotic break และเป็นโรคจิต (psychosis) หรือ โรคจิตเภท (schizophrenia) ได้ รวมถึงความเสี่ยงในการเกิดอาการทางสมอง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสติสัมปชัญญะ (alteration of conscious) ความสนใจ (attention) สมาธิ (concentration) ความจำระยะสั้น (short-term memory) การทำงานของสมอง (executive functioning) ต่างจากสารสกัดน้ำมันกัญชาชนิด CBD ที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาทน้อยกว่า⁷ อย่างไรก็ตามยังมีข้อควรระวังจากการใช้ที่อาจกดประสาทส่วนกลางหรือเพิ่มผลกระทบทางจิตประสาทได้เช่นกัน ส่วนน้ำมันกัญชาสูตรหมอลดผลข้างเคียงทางจิตเวชที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ สับสน กระวนกระวาย วิตกกังวล⁸ ทั้งนี้กัญชาทางการแพทย์ที่ให้บริการคลินิกในลักษณะผสมผสานด้วยการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกนั้น พบว่ามีกัญชาทางการแพทย์ที่มีส่วนผสมของกัญชาเล็กน้อยที่นำมาใช้ ได้แก่ ยาทำลายพระสุเมรุ ช่วยแก้ลมจุกเสียด เมื่อยขบตามร่างกาย แก้ปวดกล้ามเนื้อ คลายกล้ามเนื้อที่แข็งเกร็งจากโรคลมอัมพฤกษ์ อัมพาต และ ยาสุขไสยาสน์ ช่วยบรรเทาอาการเบื่ออาหารและนอนไม่หลับ⁵ และน้ำมันกัญชาสูตรอาจารย์เดชาช่วยให้นอนหลับ เจริญอาหาร บรรเทาอาการปวดเรื้อรัง อาการสั่นจากโรคพาร์กินสัน⁹ เป็นต้นนั้นยังต้องศึกษาเพิ่มเติมว่ามีอาการ

ทางจิตเวชตามมาหลังการใช้หรือไม่ ข้อมูลจากคำแนะนำการใช้กัญชาทางการแพทย์โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขระบุว่าหลักฐานทางวิชาการชัดเจนที่สนับสนุนการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่เกิดประโยชน์ ข้อบ่งชี้หรืออาการสำคัญ ในผู้ป่วยด้วยโรคหรือภาวะ ซึ่งประกอบด้วย ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด โรคลมชักที่รักษายากหรือต้องการรักษา ภาวะปวดประสาทส่วนกลางที่ต้องการรักษา ภาวะเบื่ออาหาร ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง โรคพาร์กินสัน โรคอัลไซเมอร์ โรคปลอกประสาทอักเสบ ภาวะเครียดและนอนไม่หลับ⁵ แต่ทั้งนี้จากการศึกษาของ Voon และคณะ⁹ พบผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ในการรักษาบางโรคมักแนวโน้มที่จะเกิดอาการทางจิตเวช เช่น โรคพาร์กินสัน โรคอัลไซเมอร์ เป็นต้น ซึ่งเดิมมีข้อมูลวิชาการอยู่แล้วว่าผู้ป่วยโรคพาร์กินสันมีความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 60 โรคจิตร้อยละ 35 และวิตกกังวลร้อยละ 40 ส่วนของโรคอัลไซเมอร์มีรายงานการศึกษาของ Fernández และคณะ¹⁰ พบว่าความชุกของการขาดสมาธิและเกิดอาการสั่นร้อยละ 56 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 44 ไม่ให้ความร่วมมือร้อยละ 36 และอาการหลงผิดร้อยละ 32 รวมทั้งโรคมะเร็งก็มีการศึกษาภาวะบีบคั้นทางจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดของ Thasaneesuvan และ Nilmanat¹¹ ภาวะดังกล่าวแสดงอาการที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความกลัว และความรู้สึกไม่แน่นอน ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีการศึกษาความชุกภาวะวิตกกังวลร้อยละ 8.9 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.3¹² ส่วนผู้ป่วยโรคลมชักพบอาการทางจิตเวชเช่นประมาณร้อยละ 58 มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย¹³ เช่นเดียวกันในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (Multiple Sclerosis: MS) ที่สามารถพบภาวะซึมเศร้าได้นอกจากนั้นยังพบภาวะวิตกกังวล ภาวะนอนไม่หลับ ภาวะโซมาติก (somatization) และอาการกลัว (phobic)¹⁴ เป็นต้น จะเห็นได้ว่าอาการทางจิตเวชมีอยู่แล้วในโรคหรือภาวะดังกล่าว ซึ่งการเกิดอาการทางจิตเวชหลังใช้กัญชาทางการแพทย์อาจเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับกัญชาทางการแพทย์ ทั้งนี้มีการศึกษาของต่างประเทศที่พบว่า ลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ข้อมูลทางสังคม โครงสร้างทางจิตสังคม และ ภาวะเจ็บป่วย สุขภาพจิต ปฏิกริยาระหว่างยารักษาโรคที่ใช้ในผู้ใช้กัญชามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบทางสุขภาพจิตได้¹⁵ จึงกล่าวได้ว่าอาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยแต่ยังไม่แน่ชัด และในประเทศไทยยังมีการศึกษาการใช้กัญชาทางการแพทย์ค่อนข้างน้อยและยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ของอาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้นในผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กัญชาทางการแพทย์กับการเกิดอาการทางจิตเวชในผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ จากข้อมูลระบบรายงานและติดตามการดำเนินการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ (C-MOPH)¹⁶ ของประเทศไทย เพื่อเป็นองค์ความรู้ในการดูแลผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กัญชาทางการแพทย์กับการเกิดอาการทางจิตเวชในผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์

คำถามการวิจัย

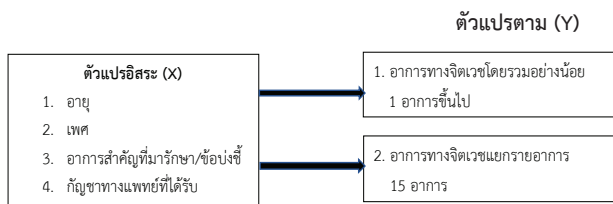
1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาการสำคัญที่มารักษา/ข้อบ่งชี้ และชนิดกัญชาทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตเวชโดยรวมอย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป ในผู้ที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ หรือไม่ อย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาการสำคัญที่มารักษา/ข้อบ่งชี้ ปัจจัยส่วนบุคคล และกัญชาทางการแพทย์ สัมพันธ์กับอาการทางจิตเวชใดบ้างที่เกิดขึ้นหลังการกัญชาทางการแพทย์

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาการสำคัญที่มารักษา/ข้อบ่งชี้ และชนิดกัญชาทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตเวชโดยรวมอย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป ในผู้ที่ใช้กัญชาทางการแพทย์
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาการสำคัญที่มารักษา/ข้อบ่งชี้ ปัจจัยส่วนบุคคล และกัญชาทางการแพทย์ สัมพันธ์กับอาการทางจิตเวชหลังการกัญชาทางการแพทย์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาอาการจิตเวชที่เกิดขึ้นภายหลังรับบริการบริการกัญชาทางการแพทย์ เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม คือ อาการทางจิตเวชโดยรวมอย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป และอาการทางจิตเวชเมื่อแยกรายอาการหลังการใช้กัญชาทางการแพทย์กับตัวแปรอิสระหรือตัวแปรพยากรณ์ คือ กัญชาทางการแพทย์ ที่ได้รับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาการสำคัญที่มารักษา/ข้อบ่งชี้ สามารถแสดงกรอบแนวคิดการวิจัย (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา รูปแบบการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิของผู้ป่วยที่รับบริการคลินิกบริการกัญชาทางการแพทย์จากรายงานและติดตามการดำเนินการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ (Cannabis Clinic Data Center: C-MOPH)¹⁶ ปีงบประมาณ 2563 ข้อมูลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2563 จำนวนทั้งหมด 7,533 ราย ได้รับกัญชาทางการแพทย์ 2 ชนิดขึ้นไปจำนวน 230 ราย ข้อมูลบันทึกไม่ครบถ้วน หรือ ผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ที่สูญหายหรือไม่สามารถติดตามได้ จำนวน 1,101 ราย จึงมีข้อมูลผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 6,202 ราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้รับบริการที่เข้ารับบริการที่คลินิกบริการกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนาร่องสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 26 แห่งตามเขตสุขภาพ **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้มารับบริการกัญชาทางการแพทย์ที่มี

ข้อมูลในระบบรายงานของ C-MOPH ไม่จำกัดเพศ และอายุ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 6,202 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ที่มีโรคทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาโรคทางกาย ได้แก่ 1.1) ผู้ที่มีภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด 1.2) โรคลมชักที่รักษายากหรือต้องการรักษา 1.3) ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง 1.4) ภาวะปวดประสาทส่วนกลางที่ต้องการรักษา 1.5) โรควิตกกังวล 1.6) โรคอัลไซเมอร์ 1.7) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 1.8) โรคปลอกประสาทอักเสบอื่นๆ 1.9) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 1.10) มีอาการนอนไม่หลับ และ 1.11) มีอาการเบื่ออาหาร 2) ได้รับกัญชาทางการแพทย์รักษาอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ THC เด่น CBD เด่น THC:CBD 1:1 ยาทำลายพระสุเมรุ ยาศุขไสยาสน์ น้ำมันอาจารย์เดชา 3) ไม่มีข้อห้ามทางจิตเวชที่กำลังป่วยหรือมีอาการผิดปกติทางจิตเวช ได้แก่ โรค schizophrenia, psychosis, bipolar disorder) และ/หรือ depressive disorder หรือ suicidality risk หรือ substance use disorder

เกณฑ์คัดออก คือ 1) ได้รับกัญชาทางการแพทย์ 2 ชนิดขึ้นไป 2) ข้อมูลบันทึกไม่ครบถ้วน หรือ ผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ที่สูญหายหรือไม่สามารถติดตามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบบันทึกข้อมูลกัญชาทางการแพทย์ C-MOPH ครั้งที่ 1 (v.23/09/19) และแบบรายงานข้อมูลกัญชาทางการแพทย์ C-MOPH ครั้งที่ 2 (v.23/09/19) ซึ่งประเมินผู้ป่วยตามนัดและบันทึกข้อมูลตามแบบรายงานฯ โดยพยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาทางการแพทย์ของกรมการแพทย์ ที่พัฒนาร่วมกับกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสุขภาพจิต และองค์การอาหารและยา

การเก็บรวบรวมข้อมูล โครงการนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.CO.A 029/2564 ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงกองบริหารการสาธารณสุข เพื่อขอใช้ข้อมูลในระบบรายงานของ C-MOPH ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยคำนึงถึงความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ปฏิบัติตามระเบียบว่าด้วยการรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด การบันทึกข้อมูลจะลงบันทึกโดยใช้รหัส ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ และการเผยแพร่ข้อมูลจะทำได้เฉพาะการสรุปผลการวิจัย ซึ่งไม่ได้ทำให้เกิดความเสี่ยงแก่กลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด ไม่นำข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วยไปเปิดเผยต่อสาธารณชน เมื่อทำการวิจัยโดยเผยแพร่ตีพิมพ์แล้วจะทำลายข้อมูลทันที

การประมวลผลข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างนำมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล บันทึกตามรหัสข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูปโดยนักวิจัย หากพบข้อมูลที่ไม่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก จะนำข้อมูลไปตรวจสอบอีกครั้ง และนำข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์ฯ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้วิธีการทางสถิติที่เหมาะสม และถูกต้องกับรูปแบบการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล
 1. ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) วิเคราะห์อธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และระยะเวลาของการเกิดอาการทางจิตเวช 1 อาการขึ้นไป หลังได้รับกัญชาทางการแพทย์ และนำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยว และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาการสำคัญที่มารักษา/ข้อบ่งชี้ และชนิดกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตเวชโดยรวมอย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป (ใน 1 ราย เกิด ≥ 1 อาการ) ในผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์โดยวิเคราะห์แบบคราวละปัจจัย (Univariable analysis) ก่อน หลังจากนั้นนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการทางจิตเวชโดยรวมอย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป (ใน 1 ราย เกิด ≥ 1 อาการ) วิเคราะห์แบบคราวละหลายปัจจัย (multivariate analysis) ด้วยสถิติ multiple logistic regression นำตัวแปรเข้าแบบ enter method กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาการสำคัญที่มารักษา/ข้อบ่งชี้ กัญชาทางการแพทย์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตเวชใดบ้างโดยแยกรายอาการที่เกิดขึ้นในผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ วิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากข้อมูลที่คัดเลือกมาได้ผู้ป่วยที่ใช้ กัญชาทางการแพทย์ เป็นกลุ่มที่ศึกษา 6,202 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.27 อายุเฉลี่ย 60.16 ± 12.97 ปี อาการสำคัญที่มารักษา/ข้อบ่งชี้ ได้แก่ นอนไม่หลับ ร้อยละ 46.29 และส่วนใหญ่ได้รับน้ำมันอาจารย์เดชา ร้อยละ 62.58 ทั้งนี้ผู้รับบริการไม่เกิดอาการทางจิตเวชร้อยละ 96.73 เกิดอาการทางจิตเวช ร้อยละ 3.27 โดยอาการจิตเวชที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการซึมเศร้า ร้อยละ 2.05 ทั้งนี้ชนิดกัญชาทางการแพทย์ สูตร THC:CBD 1:1 ทำให้เกิดอาการทางจิตเวชอย่างน้อย 1 อาการ (ใน 1 ราย เกิด ≥ 1 อาการ) มากที่สุด ร้อยละ 8.43 และผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์จะเกิดอาการหลังได้รับกัญชาตั้งแต่ 3 ถึง 83 วัน (ตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=6,202)

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน (ร้อยละ) (n=6,202)
อายุ (ปี)	
- < 20	10 (0.16)
- 21-35	280 (4.51)
- 36-59	2,482 (40.02)
- > 60	3,430 (55.30)
Min = 5 Max = 99 Mean (SD) = 60.16 (12.97)	
เพศ	
- ชาย	2,774 (44.73)
- หญิง	3,428 (55.27)
อาการสำคัญที่มารักษา/ข้อบ่งชี้	
1. มีตั้งแต่ 2 อาการร่วมกัน	1,625 (26.20)
2. นอนไม่หลับ	2,871 (46.29)
3. ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	544 (8.77)
4. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	375 (6.05)
5. โรคมะเร็งปอด	250 (4.03)
6. ภาวะปวดประสาทส่วนกลางที่ต้องต่อกรรักษา	149 (2.40)
7. เบื่ออาหาร	130 (2.10)
8. โรคหลอดเลือดหัวใจอื่น ๆ	99 (1.60)
9. ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด	50 (0.81)
10. โรคอัลไซเมอร์	48 (0.77)
11. ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสื่อมแข็ง	34 (0.55)
12. โรคลมชักที่รักษายาก หรือต้องต่อกรรักษา	27 (0.44)
กัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับ	
1. น้ำมันอาจารย์เดชา	3,881 (62.58)
2. THC เต้น	1,285 (20.72)
3. ยาสุขไสยาสน์	600 (9.67)
4. ยาทำลายพระสุเมรุ	339 (5.47)
5. THC:CBD 1:1	83 (1.34)
6. CBD เต้น	14 (0.23)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=6,202) (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	จำนวน (ร้อยละ) (n=6,202)
อาการทางจิตเวช	
1.ไม่เกิดอาการทางจิตเวช	5,999 (96.73)
2.เกิดอาการทางจิตเวช	203 (3.27)
2.1 อาการซึมเศร้า (depression)	127 (2.05)
2.2 อาการวิตกกังวล (anxiety)	57 (0.92)
2.3 อาการตื่นตระหนก (panic attack)	4 (0.06)
2.4 อาการไม่รู้จักวัน เวลา และสถานที่ (disorientation)	4 (0.06)
2.5 ประสาทหลอน (hallucination) เช่น หูแว่วภาพหลอน ฯลฯ	3 (0.05)
2.6 ความรู้สึกหวาดระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย (paranoid)	3 (0.05)
2.7 ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินจริง (grandiosity)	1 (0.02)
2.8 ความรู้สึกผิด คิดฆ่าตัวตาย (guilt feeling)	1 (0.02)
2.9 ความคิดสับสน (conceptual disorganization)	1 (0.02)
2.10 การสนทนาไม่เป็นธรรมชาติ ไม่สลับไหลต่อเนื่อง (speech problem)	1 (0.02)
2.11 ความสามารถในการควบคุมตัวเองไม่ดี (poor impulse control)	1 (0.02)
2.12 สมาธิไม่ดี ความสนใจเสียไป (poor attention)	0 (0.00)
2.13 อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (affective lability)	0 (0.00)
2.14 อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย (excitement)	0 (0.00)
2.15 ไม่สามารถควบคุม ตัดสินใจหรือริเริ่มสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง (amotivation)	0 (0.00)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของอาการทางจิตเวชโดยรวม อย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป (ใน 1 ราย เกิด ≥ 1 อาการ) หลังได้รับกัญชาทางการแพทย์ แบ่งตามชนิดกัญชา และ ระยะเวลาของการเกิดสัญญาณเตือนทางสุขภาพจิตอย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป หลังได้รับกัญชาทางการแพทย์ (n=6,202)

กัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับ (n=6,202)	อาการทางจิตเวชโดยรวม อย่างน้อย 1 อาการ หลังได้รับกัญชาทางการแพทย์ (คน)		ระยะเวลาของการเกิด อาการทางจิตเวชโดยรวม อย่างน้อย 1 อาการ หลังได้รับกัญชาทางการแพทย์ (วัน)		
	จำนวน	ร้อยละ	Min	Max	Mean (SD)
- THC เด่น (n=1,285)	43	3.35	3	199	37.97 (57.84)
- CBD เด่น (n=14)	1	7.14	10	10	10 (-)
- THC:CBD 1:1 (n=83)	7	8.43	3	83	32.42 (27.54)
- ยาทำลายพระสุเมรุ (n=339)	14	4.13	3	193	31.57 (60.88)
- ยาคุซุไซยาซีน (n=600)	26	4.33	3	129	12.42 (27.35)
- น้ำมันอาจารย์เดชา (n=3,881)	104	2.68	3	217	29.76 (47.55)

หมายเหตุ: อาการทางจิตเวชโดยรวมอย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป (ใน 1 ราย เกิด ≥ 1 อาการ) คือ ในผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ 1 คน เกิด/ไม่เกิดอาการทางจิตเวชอย่างใดอย่างหนึ่งและมากกว่า 1 อาการรวมกัน โดยอาการทางจิตเวช ประกอบด้วย anxiety, depression, panic attack, excitement, guilt feeling, amotivation, poor attention, poor impulse control, speech problem, affective lability, disorientation, conceptual disorganization, hallucination, paranoid, grandiosity

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาการสำคัญที่มารักษา/ข้อบ่งชี้ และชนิดกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับกับการเกิดอาการทางจิตเวชโดยรวมอย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป (ใน 1 ราย เกิด ≥ 1 อาการ) ในผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ วิเคราะห์ด้วย Univariate analysis และ Multivariate analysis

จากการวิเคราะห์หัตถ์แปรแบบคราวละปัจจัย (Univariate analysis) พบว่ามี 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตเวชโดยรวมอย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป (ใน 1 ราย เกิด ≥ 1 อาการ) หลัง

ได้รับกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ 1. อาการสำคัญที่มารักษา/ข้อบ่งชี้ ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็ง ในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง โรคพาร์กินสัน โรคปลอกประสาทอักเสบอื่นๆ และนอนไม่หลับ และมีตั้งแต่ 2 อาการร่วมกัน และ 2. ชนิดกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับ ได้แก่ ชนิด THC เด่น, ชนิด THC:CBD 1:1 และน้ำมันอาจารย์เดชา (OR =1.67, 2.40, 20.73, 27.05, 2.27 และ 1.43, 2.74, 0.60) ตามลำดับ (ตารางที่ 3) จะเห็นได้ว่า น้ำมันอาจารย์เดชา สัมพันธ์กับการเกิดอาการทาง

จิตเวชโดยรวมอย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป OR=0.60 ซึ่งน้อยกว่า 1 จึงไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตเวชโดยรวมอย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป

เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรครวละหลายปัจจัย (Multivariate analysis) ผู้วิจัยเลือกตัวแปรจากการวิเคราะห์แบบ Univariate โดยพิจารณาทุกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการทางจิตเวชโดยรวมอย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป (ใน 1 ราย เกิด ≥ 1 อาการ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มาวิเคราะห์แบบครวละหลายปัจจัย (multivariate analysis) ด้วยวิธี multiple logistic regression กำหนดนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตเวชโดยรวมอย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป (ใน 1 ราย เกิด ≥ 1 อาการ) หลังได้รับกัญชาทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เพียงปัจจัยเดียว คือ อาการสำคัญที่มารักษา/ข้อบ่งชี้ แต่มี 4 อาการที่สัมพันธ์ ดังนี้ ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง โรคพาร์กินสัน โรคปลอกประสาทอักเสบ อื่น ๆ และมีตั้งแต่ 2 อาการร่วมกัน (Adj.OR = 3.23, 2.45, 13.57, 2.15) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตเวชโดยรวมอย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป (ใน 1 ราย เกิด ≥ 1 อาการ) หลังได้รับกัญชาทางการแพทย์ ด้วยการวิเคราะห์ Univariate analysis และ Multivariate analysis (n=6,202)

ปัจจัย	Crude OR	95%CI	p-value	Adjusted OR	95%CI	p-value
อายุ ≤ 20 ปี (Ref > 20)	2.71	0.01, 0.31	0.34			
หญิง (ref ชาย)	0.92	0.70, 1.19	0.52			
อาการนำเป็นคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด (ref ไม่มี)	1.72	0.53, 5.59	0.36			
โรคลมชักรักษายาก ที่ติดต่อยา (ref ไม่มี)	5.51	0.49, 8.82	0.309			
ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งจากโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (ref ไม่มี)	1.67	2.27, 13.39	<0.001***	3.23	1.17, 8.97	0.024*
ภาวะปวดประสาทที่ติดต่อยาการรักษา	2.41	0.84, 3.30	0.141			
โรคพาร์กินสัน	2.40	1.49, 3.88	0.001**	2.45	1.49, 4.05	0.001**
โรคอัลไซเมอร์	0.00		0.847			
ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	1.50	0.47, 4.84	0.491			
โรคปลอกประสาทอื่นๆ	20.73	7.09, 60.61	0.001**	13.57	4.24, 43.41	0.001**
มะเร็งระยะสุดท้าย	0.00		0.847			
นอนไม่หลับ	27.05	1.68, 435.25	0.001**	2.01	0.01, 1090.12	0.847
เบื่ออาหาร	0.00		0.699			
มีอาการตั้งแต่ 2 อาการร่วมกัน	2.27	1.52, 3.42	0.001**	2.15	1.37, 3.38	0.001**
ได้ยา THC เต็ม	1.43	1.06, 1.95	0.018*	0.92	0.60, 1.42	0.730
ได้ยา CBD เต็ม	2.07	0.27, 15.95	0.472			
ได้ยา THC:CBD 1:1	2.74	1.25, 6.05	0.008**	1.55	0.65, 3.69	0.318
ได้ยาละลายพระสุเมรุ	1.18	0.68, 2.04	0.559			
ได้ยาสุขุสไฮยาซีน	1.38	0.92, 2.07	0.117			
ได้น้ำมันอาจารย์เดชา	0.60	0.46, 0.78	0.001**	0.69	0.029, 0.053	0.053

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$; Adj.OR : Adjusted Odd Ratio

หมายเหตุ: อาการทางจิตเวชโดยรวมอย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป (ใน 1 ราย เกิด ≥ 1 อาการ) คือ ในผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ 1 คน เกิด/ไม่เกิดอาการทางจิตเวชอย่างใดอย่างหนึ่งและมากกว่า 1 อาการรวมกัน โดยอาการทางจิตเวช ประกอบด้วย anxiety, depression, panic attack, excitement, guilt feeling, amotivation, poor attention, poor impulse control, speech problem, affective lability, disorientation, conceptual disorganization, hallucination, paranoid, grandiosity

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาการสำคัญที่มารักษา/ข้อบ่งชี้ ภูมิต้านทานการแพทย์ กับการเกิดอาการทางจิตเวช แยกรายอาการที่เกิดขึ้นในผู้ที่ใช้ภูมิต้านทานการแพทย์ วิเคราะห์ด้วยสถิติโคสแควร์

ปัจจัยที่ศึกษา ทั้ง 4 ด้าน พบว่าสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตเวช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย 1. อายุ สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้น คือ อาการตื่นตระหนก ($\chi^2=21.15$) 2. เพศ สัมพันธ์กับการสมาธิไม่ดี ความสนใจเสียไป ความสามารถในการควบคุมตัวเองไม่ดี อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย และความคิดสับสน ($\chi^2=5.04, 5.93, 5.76, 8.38$) ตามลำดับ 3. อาการสำคัญที่มารักษา/ข้อบ่งชี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้น ได้แก่ วิตกกังวล ไม่สามารถควบคุม ตัดสินใจหรือริเริ่มสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง, สมาธิไม่ดี ความสนใจเสียไป ความสามารถในการควบคุมตัวเองไม่ดี สนทนาไม่เป็นธรรมชาติ อารมณ์

เปลี่ยนแปลงง่าย อาการไม่รู้อันตราย เวลา และสถานที่ ความคิดสับสน ประสาทหลอน ความรู้สึกหวาดระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย ($c^2=77.64, 49.37, 39.62, 63.22, 28.81, 48.32, 23.98, 119.95, 66.64, 43.85, 23.81$) ตามลำดับ และ 4. ชนิดภูมิต้านทานการแพทย์ที่ได้รับ มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้น ได้แก่ อาการทางจิตเวชอย่างน้อย 1 อาการ อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย ความรู้สึกผิด คิดฆ่าตัวตาย ไม่สามารถควบคุม ตัดสินใจหรือริเริ่มสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง สมาธิไม่ดี ความสนใจเสียไป ความสามารถในการควบคุมตัวเองไม่ดี การสนทนาไม่เป็นธรรมชาติ ไม่สั่นไหวต่อเนื่อง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย อาการไม่รู้อันตราย เวลา และสถานที่ ความคิดสับสน ประสาทหลอน ความรู้สึกหวาดระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย ($c^2=22.36, 68.75, 22.11, 24.19, 23.56, 12.83, 35.02, 24.50, 36.87, 20.85, 73.73$) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับอาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้น แบ่งตามอาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้นหลังได้รับภูมิต้านทานการแพทย์ วิเคราะห์ด้วยสถิติโคสแควร์ (n=6,202)

ปัจจัยที่ศึกษา	อาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้นหลังได้รับภูมิต้านทานการแพทย์	Chi-Square	
		χ^2	p-value
1. อายุ	1. อาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้นโดยรวมอย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป	1.47	0.690
	2. อาการวิตกกังวล (anxiety)	5.32	0.150
	3. อาการซึมเศร้า (depression)	1.17	0.761
	4. อาการตื่นตระหนก (panic attack)	21.15	0.001**
	5. อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย (excitement)	1.197	0.754
	6. ความรู้สึกผิด คิดฆ่าตัวตาย (guilt feeling)	0.95	0.815
	7. ไม่สามารถควบคุม ตัดสินใจหรือริเริ่มสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง (amotivation)	0.69	0.875
	8. สมาธิไม่ดี ความสนใจเสียไป (poor attention)	0.97	0.807
	9. ความสามารถในการควบคุมตัวเองไม่ดี (poor impulse control)	1.67	0.643
	10. การสนทนาไม่เป็นธรรมชาติ ไม่สั่นไหวต่อเนื่อง (speech problem)	2.56	0.462
	11. อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (affective lability)	2.01	0.571
	12. อาการไม่รู้อันตราย เวลา และสถานที่ (disorientation)	0.57	0.904
	13. ความคิดสับสน (conceptual disorganization)	0.33	0.955
	14. ประสาทหลอน (hallucination) เช่น หูแว่วภาพหลอน ฯลฯ	1.96	0.581
	15. ความรู้สึกหวาดระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย (paranoid)	0.81	0.847
	16. ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินจริง (grandiosity)	0.80	0.847
2. เพศ	1. อาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้นโดยรวมอย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป	0.42	0.518
	2. อาการวิตกกังวล (anxiety)	0.18	0.671
	3. อาการซึมเศร้า (depression)	0.03	0.856
	4. อาการตื่นตระหนก (panic attack)	0.81	0.368
	5. อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย (excitement)	0.09	0.764
	6. ความรู้สึกผิด คิดฆ่าตัวตาย (guilt feeling)	0.47	0.492

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับอาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้น แบ่งตามอาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้นหลังได้รับกัญชาทางการแพทย์ วิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ (n=6,202) (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	อาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้นหลังได้รับกัญชา	Chi-Square	
		χ^2	p-value
3. อาการสำคัญที่มารักษา/ข้อบ่งชี้	7. ไม่สามารถควบคุม ตัดสินใจหรือริเริ่มสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง (amotivation)	1.48	0.223
	8. สมาธิไม่ดี ความสนใจเสียไป (poor attention)	5.04	0.025*
	9. ความสามารถในการควบคุมตัวเองไม่ดี (poor impulse control)	5.93	0.015*
	10. การสนทนาไม่เป็นธรรมชาติ ไม่สั่นไหวต่อเนื่อง (speech problem)	0.95	0.331
	11. อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (affective lability)	5.76	0.016*
	12. อาการไม่รู้วัน เวลา และสถานที่ (disorientation)	1.59	0.207
	13. ความคิดสับสน (conceptual disorganization)	8.38	0.004**
	14. ประสาทหลอน (hallucination) เช่น หูแว่วภาพหลอน ฯลฯ	1.76	0.185
	15. ความรู้สึกหวาดระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย (paranoid)	1.24	0.266
	16. ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินจริง (grandiosity)	0.81	0.368
	1. อาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้นโดยรวมอย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป	77.64	0.001**
	2. อาการวิตกกังวล (anxiety)	49.37	0.001**
	3. อาการซึมเศร้า (depression)	12.02	0.362
	4. อาการตื่นตระหนก (panic attack)	1.16	1.000
	5. อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย (excitement)	14.20	0.222
	6. ความรู้สึกผิด คิดฆ่าตัวตาย (guilt feeling)	15.92	0.144
4. กัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับ	7. ไม่สามารถควบคุม ตัดสินใจหรือริเริ่มสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง (amotivation)	39.62	0.001**
	8. สมาธิไม่ดี ความสนใจเสียไป (poor attention)	63.22	0.001**
	9. ความสามารถในการควบคุมตัวเองไม่ดี (poor impulse control)	28.81	0.002**
	10. การสนทนาไม่เป็นธรรมชาติ ไม่สั่นไหวต่อเนื่อง (speech problem)	48.32	0.001**
	11. อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (affective lability)	23.98	0.013*
	12. อาการไม่รู้วัน เวลา และสถานที่ (disorientation)	119.95	0.001**
	13. ความคิดสับสน (conceptual disorganization)	66.64	0.001**
	14. ประสาทหลอน (hallucination) เช่น หูแว่วภาพหลอน ฯลฯ	34.85	0.001**
	15. ความรู้สึกหวาดระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย (paranoid)	23.81	0.014*
	16. ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินจริง (grandiosity)	1.16	1.000
	1. อาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้นโดยรวมอย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป	22.36	0.001**
	2. อาการวิตกกังวล (anxiety)	3.23	0.665
	3. อาการซึมเศร้า (depression)	2.83	0.726
	4. อาการตื่นตระหนก (panic attack)	0.60	0.988
	5. อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย (excitement)	68.75	0.001**
	6. ความรู้สึกผิด คิดฆ่าตัวตาย (guilt feeling)	10.77	0.056

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับอาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้น แบ่งตามอาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้นหลังได้รับกัญชาทางการแพทย์ วิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ (n=6,202) (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	อาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้นหลังได้รับกัญชา	Chi-Square	
		χ^2	p-value
7. ไม่สามารถควบคุม ตัดสินใจหรือริเริ่มสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง (amotivation)		22.11	0.001**
8. สมาธิไม่ดี ความสนใจเสียไป (poor attention)		24.19	0.001**
9. ความสามารถในการควบคุมตัวเองไม่ดี (poor impulse control)		23.56	0.001**
10. การสนทนาไม่เป็นธรรมชาติ ไม่สั่นไหวต่อเนื่อง (speech problem)		12.83	0.025*
11. อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (affective lability)		35.02	0.001**
12. อาการไม่รู้วัน เวลา และสถานที่ (disorientation)		24.50	0.001**
13. ความคิดสับสน (conceptual disorganization)		36.87	0.001**
14. ประสาทหลอน (hallucination) เช่น หูแว่วภาพหลอน ฯลฯ		20.85	0.001**
15. ความรู้สึกหวาดระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย (paranoid)		73.73	0.001**
16. ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินจริง (grandiosity)		0.60	0.988

*p<0.05; **p <0.01;***p<0.001

อาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้น แบ่งตาม 15 สัญญาณเตือน ประกอบด้วย (1) anxiety (2) depression (3) panic attack (4) excitement (5) guilt feeling (6) amotivation (7) poor attention (8) poor impulse control (9) speech problem (10) affective lability (11) disorientation (12) conceptual disorganization (13) hallucination (14) paranoid (15) grandiosity”

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้พบว่ามีการใช้กัญชาทางการแพทย์ในกลุ่มผู้รับบริการชววัยสูงอายุมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาลักษณะของผู้ที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ในระบบลงทะเบียนรับบริการกัญชาทางการแพทย์ของรัฐฟลอริดา โดยบราวน์และคณะ¹⁷ ที่พบผู้รับบริการกัญชาทางการแพทย์เป็นผู้สูงอายุถึงร้อยละ 58.9 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากเมื่อกัญชาหรือน้ำมันกัญชาถูกจัดขึ้นเป็นสมุนไพรแพทย์ทางเลือก ซึ่งสามารถบำบัดอาการต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลายและบรรเทาอาการเจ็บป่วยต่างๆ จึงถูกนำมาใช้ในการบำบัดผู้สูงอายุมากขึ้น อีกทั้งผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยด้านสุขภาพและมีการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ตามมา ซึ่งการศึกษาของ Brown และคณะ¹⁷ พบว่ามีการใช้กัญชาในการบำบัดผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคทางกายแต่ผลการศึกษาพบว่ามีการใช้กัญชาในการบำบัดผู้สูงอายุที่มารับบริการด้วยข้อบ่งชี้ของอาการนอนไม่หลับเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่พบว่าอาการนอนไม่หลับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 50¹⁸ ทั้งนี้ผลการศึกษาครั้งนี้พบเพศหญิงมากกว่าชาย เนื่องมาจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งซึ่งในช่วงเวลาที่ทำการศึกษามีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย อย่างไรก็ตามระยะเวลาที่เกิดสัญญาณเตือนทางสุขภาพจิตครั้งแรก หลังใช้กัญชาทางการแพทย์ในโรคเรื้อรังบางรายอาจใช้กัญชาทางการแพทย์เวลานาน จึงมีโอกาสเกิดอาการทางจิตเวชที่ก่อให้เกิดความสูญเสียจากการทุพพลภาพทางจิตได้^{6, 19}

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์แบบคราวละปัจจัย (Univariate analysis) พบว่า ชนิดกัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับสัมพันธ์กับอาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้นโดยรวมอย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป อาจเกี่ยวข้องกับสาร THC ที่เป็น psychoactive compound

มีความเกี่ยวข้องกับการตอบสนองของ anxiogenic จะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์กับ CB1 receptors ที่ควบคุมการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ส่วนปลาย ระบบประสาทอัตโนมัติ และสารสื่อประสาทในสมอง เช่น gamma-amino butyric acid (GABA) และ glutamate ซึ่งจะควบคุมเวลา และการปล่อย GABA ที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตใน cerebral cortex และ hippocampus ในช่วงที่กัญชากำลังเริ่มออกฤทธิ์และกำลังจะหมดฤทธิ์จะทำให้มีอาการวิตกกังวลสูง²⁰⁻²² ส่วนอาการควบคุมตัวเองไม่ดี สนทนาไม่เป็นธรรมชาติ ไม่รู้วันเวลาสถานที่ ความคิดสับสน หรือประสาทหลอนหวาดระแวงนั้นจะเป็นอาการทางจิตด้านบวกของโรคจิตที่เกิดจาก THC และ CBD ทั้งแบบโรคจิตเฉียบพลัน หรือคงอยู่ของอาการโรคจิตได้มากขึ้น ซึ่งได้แก่ อาการ suspiciousness, paranoid and grandiose delusions, conceptual disorganization, fragmented thinking, perceptual alterations^{19, 20}

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ความสัมพันธ์แบบคราวละหลายปัจจัย (Multivariate analysis) พบว่า ปัจจัยด้านอาการสำคัญที่มีรักษา/ข้อบ่งชี้ สัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้นโดยรวม อย่างน้อย 1 อาการขึ้นไป โดยปัจจัยดังกล่าวประกอบด้วย 4 อาการ ดังนี้ ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง โรคพาร์กินสัน โรคปลอกประสาทอักเสบแบบอื่นๆ และมาด้วยข้อบ่งชี้ตั้งแต่ 2 อาการร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็งอาจเกิดภาวะวิตกกังวล¹⁴ เมื่อใช้กัญชาทางการแพทย์อาจส่งผลให้เกิดภาวะดังกล่าวตามมาได้ ส่วนโรคพาร์กินสัน กัมกับการเกิดอาการทางจิตเวชหลังได้รับกัญชาทางการแพทย์ พบว่าสัมพันธ์กันอย่างมากมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคพาร์กินสันจะไวต่อฤทธิ์ของกัญชาทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสาร THC ในสารสกัดกัญชาในส่วนที่เกี่ยวข้อง

ระบบประสาท²² ซึ่งส่วนประกอบที่มีผลทางจิตประสาทหลักของ THC และ CBD จะกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้พบว่า เมื่อแยกตามอาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้นรายการ พบ ปัจจัยด้านอายุ เพศ อาการสำคัญที่มีรักษา/ข้อบ่งชี้ และชนิดกัญชาทางการแพทย์สัมพันธ์กับอาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้นบางอาการ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการวิจัยที่พบว่า ผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์พบปัญหาการเกิดอาการทางจิตเวชมากขึ้น เช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้า และความบอบช้ำทางจิต (trauma)²³

สรุป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า อายุ เพศ อาการสำคัญ/ข้อบ่งชี้ และชนิดกัญชาทางการแพทย์ สัมพันธ์กับสัญญาณเตือนทางสุขภาพจิตบางอาการ ทั้งนี้ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการทางจิตเวชอย่างน้อย 1 อาการ คือ อาการสำคัญที่มีรักษา/ข้อบ่งชี้ ของผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ ซึ่งมี 4 ข้อบ่งชี้ ได้แก่ โรคปลอกประสาทอักเสบอื่นๆ ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง โรคพาร์กินสัน และมีอาการตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป ดังนั้นการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ จึงควรเฝ้าระวังการเกิดอาการทางจิตเวช

ข้อจำกัดงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูล secondary data จากระบบรายงาน C-MOPH เป็นเพียงระบบข้อมูลที่พัฒนาเพื่อติดตามการดำเนินงานตามคู่มือแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้ปฏิบัติงานได้จริงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากเป็นข้อมูลที่มีอยู่แล้วจากสถานพยาบาล 26 แห่ง ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนจากการประเมินของเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน ทำให้ตัวแปรปัจจัยที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ที่ไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร เกิดข้อจำกัดในการวิเคราะห์ผล เช่น ข้อมูลระยะเวลา สามารถวิเคราะห์ได้เพียงสถิติพรรณนา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กองบริหารการสาธารณสุข (กบรส.) กระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ธรณินทร์ กองสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต คุณจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต และทีมงานวิจัยและวิชาการ กลุ่มภารกิจพัฒนาคุณภาพองค์กรและความเป็นเลิศโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต

เอกสารอ้างอิง

1. Narcotics Control Division Food and Drug Administration. Guideline for patients with cannabis use in Thailand, 2020.
2. Worawan Thongsuk. Cannabis and agricultural education. Journal of Industrial Education 2021;19(1):144-54.
3. Attasit Srisubat, Somchai Thanasitthichai. Marijuana and conventional medicine. Journal of the Department of Medical Services 2019;44(6):5-8.

4. Bungorn Sripanidkulchai. Medical Uses of Cannabis. Isan Journal of Pharmaceutical Sciences 2019;15(4): 1-26.
5. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Advice on the use of medical marijuana 4th revised edition. Nonthaburi; 2021.
6. Rasmon Kalayasiri and Sakol Srisuklorm. Cannabis and psychiatric disorders: risk factors and medical use. J Mental Health Thai 2020;28(4):360-74.
7. Neuroscience Association of Thailand. Opinions on the use of cannabis in neurosis for healthcare professionals. Thai J Neurology 2021;36(2):66-70.
8. Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. Guidelines for using cannabis oil (Doctor Decha formula) produced under the special access scheme (Special Access Scheme) in health care facilities.; 2020.
9. Voon V, Saint-Cyr J, Lozano AM, Moro E, Poon YY, Lang AE. Psychiatric symptoms in patients with Parkinson disease presenting for deep brain stimulation surgery. Journal of Neurosurgery. 2005;103(2):246-51.
10. Fernández M, Gobartt AL, Balañá M. Behavioural symptoms in patients with Alzheimer's disease and their association with cognitive impairment. BMC Neurology. 2010;10(1):1-9.
11. Thasaneesuwan S, Nilmanat K. Psychological Distress in Patient with Cancer Undergoing Chemotherapy and Nursing Care. Songklanagarind Journal of Nursing. 2019;39(4):110-9.
12. Jobsubin J and Thavichachart N. Prevalence of anxiety and depression and related factors in breast cancer patients receiving chemotherapy at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Chula Mef J 2009; 53(5):428-40.
13. Ratreel talchue and Chanokporn Jitpanya. Factors Related to Depression in Patients with Epilepsy: A Systematic Review. Princess of Naradhiwas University Journal 2012;4(3):1-13.
14. Sarisoy G, Terzi M, Gümüş K, Pazvantoğlu O. Psychiatric symptoms in patients with multiple sclerosis. General Hospital Psychiatry 2013;35(2):134-40.
15. Hudson A, Hudson P. Risk factors for cannabis-related mental health harms in older adults: a review. Clinical Gerontologist 2021;44(1):3-15.
16. Health service system development committee (Service Plan) in the field of medical marijuana use. Guidelines for the development of health service systems (Service Plan) in the field of medical marijuana use Medical Cannabis Clinic that combines modern medicine and Thai traditional medicine in a medical facility. Under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Nonthaburi: Division of Public Health Administration; 2019.

17. Brown JD, Costales B, van Boemmel-Wegmann S, Goodin AJ, Segal R, Winterstein AG. Characteristics of older adults who were early adopters of medical cannabis in the Florida medical marijuana use registry. *J Clin Med* 2020;9(4):1166.
18. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Causes of Insomnia in the Elderly. 2017. [Cited January 20, 2022]. Retrieved from <https://bit.ly/3GWuTy5>.
19. Narisa Kamkaen, Charoen Treesak. Medicinal Cannabis for Cancer. *The Journal of Chulabhorn Royal Academy*. 2019;1(1):16-29.
20. Teerawat Hemajutha, Prasert Mongkhonsiri, Supaporn Meelarp, Chin Ratithamkul, Suthep Laohawattana. *A Guide to Cannabis Use. for effective prevention and treatment of disease*. Bangkok: Gokoprint (Thailand); 2020.
21. Subcommittee on the use of medical marijuana. Advice for doctors on the use of medical marijuana, Vol. 1, 2019.
22. Woodbridge M. Basics about medical marijuana. 2019.
23. Turna J, Balodis I, Munn C, Van Ameringen M, Busse J, MacKillop JJCp. Overlapping patterns of recreational and medical cannabis use in a large community sample of cannabis users. *Cinprehensive Psychiatry* 2020;102:152188.

