

การใช้กัญชาในเยาวชนหลังการปรับปรุงกฎหมาย

ภาชนก รัตนกรปรีดา*, พูนรัตน์ ลียติกุล**

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาที่สำคัญในช่วงปี พ.ศ. 2562-2565 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้กัญชาในเยาวชนไทย เป็นการออกแบบการวิจัยที่เป็นการวิจัยเชิงสำรวจสามครั้งทั่วประเทศ กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนอายุ 12-24 ปี จำนวน 15,766 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีจำแนกชั้นภูมิหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตอบเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและไครสแควร์

ผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบความรู้เท่าทันกัญชาในเยาวชนพบว่า ลดลงจากช่วงกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ ในขณะที่เยาวชนสามารถเข้าถึงกัญชาได้ง่ายขึ้น และมีพฤติกรรมการใช้กัญชามากขึ้น 2.7-5.5 เท่า ทั้งนี้ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.0001$)

คำสำคัญ: กัญชา; เยาวชน; กฎหมาย; นโยบาย; ประเทศไทย

* หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

Corresponding author: Poonrut Leyatikul Email: poonrutlee@gmail.com

Received 10/01/2024

Revised 09/02/2024

Accepted 14/03/2024

CANNABIS USE AMONG ADOLESCENTS AFTER LAW MENDMENTS

Patchanok Rattanakornpreeda, Poonrut Leyatikul***

ABSTRACT

Thailand has undergone significant cannabis policy and legislation changes from 2019 to 2022. This study aims to compare cannabis use behavior among Thai adolescents. It was three multi-series cross-sectional survey research across the country. The sample consisted of 15,766 adolescents aged 12-24, using a stratified multi-stage sampling method. Data collection employed self-administered questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and chi-square.

It has emerged that cannabis literacy levels dropped from cannabis as an illegal drug period. In comparison, adolescents have easier access to cannabis. Cannabis use behavior increased 2.7-5.5 times. These changes were statistically significant. ($P < 0.0001$)

Keywords: Cannabis; Youth; Law; Policies; Thailand

* Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Songkhla Rajabhat University

** Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

คำว่า Ganja สันนิษฐานว่ามาจากภาษา Bengali ปรากฏในจารึกภาษาสันสกฤตของศาสนาฮินดู หมายความว่า Cannabis พืชล้มลุกในตระกูล Cannabaceae ที่รู้จักกันดีในประเทศไทยมี 2 สายพันธุ์ คือ กัญชง (Hemp) และกัญชา (Marijuana) เป็นพืชประเภทป่านและปอ ลำต้นสูงประมาณ 2-4 ฟุต ลักษณะใบจะแยกออกเป็นแฉกประมาณ 5-8 แฉก ที่ขอบใบทุกใบจะมีรอยหยักอยู่เป็นระยะ ๆ ออกดอกเป็นช่อเล็ก ๆ ตามง่ามของกิ่งและก้าน มีกลิ่นฉุนจากลำต้นที่นำมาใช้ประโยชน์ ในขณะที่กิ่ง ก้าน ใบ และช่อดอก จะถูกนำมาใช้เสพทั้งในรูปกัญชาสด กัญชาแห้ง กัญชาน้ำ (Cannabis Oil) ส่วนเรซิน (Resin) จะถูกแปรสภาพเพื่อนำมาเสพในรูปของยางกัญชา (Hashish) น้ำมันกัญชา (Hashish Oil) และผลิตภัณฑ์แปรรูปของเรซินชนิดอื่น ๆ¹

กัญชาออกฤทธิ์หลายอย่างต่อระบบประสาทส่วนกลาง คือ ทั้งกระตุ้นประสาท กด และหลอนประสาท สารออกฤทธิ์ที่มีอยู่ในกัญชากว่า 100 ชนิด ที่สำคัญ คือ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ Canabidiol (CBD) สารนี้จะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางและระบบไหลเวียนโลหิตมากที่สุดซึ่งจะมีผลต่ออารมณ์ ความจำ ความสามารถในการระบวน การคิด sensorium, motor coordination, time sense และการรับรู้

ตนเอง สันนิษฐานกันว่ามนุษย์รู้จักกัญชามานานกว่า 10,000 ปี² แม้ยังไม่พบรายงานผู้เสียชีวิตจากการใช้กัญชาเกินขนาด (overdose deaths)³ การศึกษาวิจัยในประเทศไทยพบว่า การสูบกัญชามีภาวะโรค (DALYs) ไม่แตกต่างจากการสูบบุหรี่ และยังต่ำกว่าการดื่มสุรา⁴ กัญชาจัดอยู่ในบัญชียาเสพติดของสหประชาชาติ ภายใต้อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1961 (The Single Convention on Narcotics Drugs, 1961) ถือเป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ใช้กันมากที่สุดทั่วโลก สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs Crime, UNODC) คาดประมาณว่า ปี ค.ศ. 2019 มีผู้ใช้กัญชา 200 ล้านคน หรือร้อยละ 4 ของประชากรโลกที่มีอายุระหว่าง 15-64 ปี อัตราความชุกของการใช้กัญชา ยังคงเพิ่มขึ้นในหลายประเทศ ซึ่งผู้ใช้กัญชาส่วนใหญ่เป็นเยาวชน⁵ ข้อมูลการสำรวจครัวเรือนในปีพ.ศ.2562 พบกัญชาระบาดในทุกภาคของไทย คนไทยที่เคยใช้กัญชามีมากถึง 1.7 ล้านคน หรือร้อยละ 3.4 ของประชากรที่มีอายุ 12-65 ปี ทั่วประเทศ ผู้ที่ใช้กัญชาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีมากกว่า 6.6 แสนคน และกว่า 5 แสนคนใช้กัญชาในช่วงเดือนที่ผ่านมา⁶

คนไทยรู้จักกัญชามาอย่างยาวนานพบว่า มีการปลูกเป็นพืชสมุนไพรและใช้ผสมอาหาร ประกอบกับการที่ประเทศไทยตั้งอยู่

ในเขตร้อน ลักษณะทางภูมิศาสตร์และภูมิอากาศทำให้สามารถปลูกกัญชาได้ตลอดปี แต่เดิมคนไทยนิยมปลูกตามรั้วตามสวนเป็นพืชผักสวนครัว แต่หลังจากรัฐบาลกำหนดให้เป็นยาเสพติด จึงพบการลักลอบปลูกตามบริเวณเชิงเขา ชายป่า ริมห้วย กลางแปลงพืชไร่ (ไร่อ้อย ไร่มันสำปะหลัง ไร่ข้าวโพด ไร่ฝ้าย) เป็นต้น แม้ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่ากัญชาเข้าสู่ประเทศไทยเมื่อใด รัฐบาลไทยได้เล็งเห็นโทษของกัญชา จึงได้ออกพระราชบัญญัติกัญชาขึ้นเป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2477 ห้ามไม่ให้สูบกัญชา ไม่ให้ปลูกกัญชา ยกเว้นการปลูกเพื่อการทดลองหรือการรักษาโรค พร้อมทั้งมีบทลงโทษผู้กระทำความผิด การบังคับใช้พระราชบัญญัติกัญชาดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปี พ.ศ. 2522 รัฐบาลจึงได้ประกาศยกเลิกพระราชบัญญัติกัญชา (ยกเลิกการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์) โดยมีพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ขึ้นมาใช้แทน⁴ ทำให้กัญชามีสถานะเป็นยาเสพติดประเภท 5 ห้ามการปลูก ครอบครอง และเสพกัญชาโดยสิ้นเชิง

ปัจจุบันมีหลักฐานชัดเจนว่ากัญชามีสาร cannabinoids ที่เป็นประโยชน์ในการรักษาทางการแพทย์ในฐานะยาของแพทย์แผนตะวันตกมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1839 และแพทย์ได้นำมาใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาโรคต่าง ๆ⁷ สำหรับผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากองค์การ

อาหารและยาให้จำหน่ายได้ มีเพียงยาที่ใช้ลดอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ และลดอาการคลื่นไส้อาเจียรจากการได้รับเคมีบำบัด ในปี พ.ศ. 2561 ได้มีการเคลื่อนไหวให้แก้ไขกฎหมายยาเสพติดเพื่ออนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ จนกระทั่งเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 จึงได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 อนุญาตให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ ทำให้เกิดการนำกัญชามาใช้อย่างกว้างขวาง โดยเผยแพร่ข้อความทางอินเทอร์เน็ตว่ากัญชาเป็นยาวิเศษสามารถรักษาได้ทุกโรค ทำให้เกิดการใช้กัญชาในหมู่ประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยส่วนใหญ่ใช้เพื่อนันทนาการ และใช้บำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยกันเองในหมู่ประชาชนอย่างกว้างขวาง ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทั้งในรูปแบบสารสกัดโดยการควบคุมของแพทย์ในสถานพยาบาล สมุนไพรทั้งสูตรดั้งเดิมและสูตรที่คิดขึ้นใหม่ ผลิตภัณฑ์กัญชาแปรรูปทั้งชนิดที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย⁸ ทั้งนี้ ส่วนช่อดอกของต้นกัญชาและเมล็ดกัญชายังคงถือเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 มีบทลงโทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

ความเคลื่อนไหวจากฝ่ายการเมืองตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2561 ต่อเนื่องมาต้องการให้ปลดกัญชาจากบัญชียาเสพติดให้โทษ จนกระทั่งมีการประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564

และประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ.2565 เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2565 กำหนดให้เหลือเฉพาะสารสกัดจากทุกส่วนของกัญชาและกัญชงที่มี THC เกินกว่าร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนักเท่านั้นที่ถือว่าเป็นยาเสพติดให้โทษ ทำให้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดีจากการใช้กัญชาอย่างแพร่หลายในสื่อต่าง ๆ รวมทั้งสื่อสังคมออนไลน์ซึ่งเยาวชนส่วนใหญ่เข้าถึงได้โดยง่าย หนึ่งประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้กฎหมายมีผลบังคับ 120 วันหลังการประกาศ ส่งผลให้เดือนมิถุนายน 2565 พืชกัญชา กัญชง จึงหลุดออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษโดยสิ้นเชิง ประชาชนสามารถใช้ได้เสรีมีการนำกัญชาผสมอาหารและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ จำหน่ายอย่างเปิดเผย

การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายในช่วง 3 ปี (พ.ศ. 2562-2565) ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยอย่างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น เยาวชน เป็นที่วิตกกังวลโดยทั่วไปว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะทำให้กัญชาระบาดในกลุ่มเยาวชนมากขึ้น จึงควรมีการศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายกัญชาในประเทศไทยดังกล่าว

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้กัญชาในเยาวชนไทยภายหลังการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายไทย

วิธีการศึกษา (Method)

1. การออกแบบวิจัย

ในการศึกษครั้งนี้ใช้ผลการสำรวจชนิดตัดขวางหลายครั้ง (Multi-serials Cross-sectional Survey) การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจ 3 ครั้ง คือ

1.1 การสำรวจเมื่อเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2559 ซึ่งเป็นการสำรวจในช่วงที่กัญชายังมีสถานะยาเสพติดให้โทษ

1.2 การสำรวจเมื่อเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นการสำรวจในช่วงที่กฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ทั้งในรูปแบบพืชและสารสกัด (โดยช่อดอกและเมล็ดยังคงอยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษประเภท 5)

1.3 การสำรวจเมื่อเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นการสำรวจในช่วงที่กัญชาถูกถอดจากบัญชียาเสพติดให้โทษโดยสมบูรณ์

2. ประชากรและกลุ่มศึกษา

ประชากรเป้าหมาย คือ เยาวชนไทยไทยที่มีอายุ 12-24 ปี ทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2559, 2562, และ 2565

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มกระจุกตามขั้นตอนโดย

1) แบ่งพื้นที่ประเทศไทยออกเป็น 10 ชั้นภูมิตามภาค ปปส. คือ ปปส.กทม รวม 50 เขต, ปปส.ภาค 1 ภาคกลางรวม 9 จังหวัด,

ปปส.ภาค 2 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 8 จังหวัด, ปปส.ภาค 3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างรวม 8 จังหวัด, ปปส.ภาค 4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน รวม 12 จังหวัด, ปปส.ภาค 5 ภาคเหนือตอนบน รวม 8 จังหวัด, ปปส.ภาค 6 ภาคเหนือตอนล่าง รวม 9 จังหวัด, ปปส.ภาค 7 ภาคตะวันตก รวม 8 จังหวัด, ปปส.ภาค 8 ภาคใต้ตอนบน รวม 7 จังหวัด, และ ปปส.ภาค 9 ภาคใต้ตอนล่างรวม 7 จังหวัด

2) สุ่มตัวอย่างแบบระบบ ขั้นภูมิละ 1 จังหวัด (กทม. สุ่ม 5 เขต)

3) แต่ละจังหวัดจำแนกชั้นภูมิตามระดับการศึกษา 4 ชั้นภูมิ ประถมศึกษามัธยมศึกษา อาชีวศึกษาและอุดมศึกษา

4) สุ่มตัวอย่างแบบระบบ ระดับประถมศึกษาสุ่มเฉพาะประถมศึกษาตอนปลาย 10 แห่ง, ระดับมัธยมศึกษา 2 แห่ง, ระดับอาชีวศึกษา 2 แห่ง, ระดับอุดมศึกษา 1 แห่ง

5) สุ่มตัวอย่างแบบระบบ ห้องเรียนระดับประถมศึกษาสุ่มเฉพาะประถมศึกษาปีที่ 5 และประถมศึกษาปีที่ 6 รวม 10 ห้อง, ระดับมัธยมศึกษาสุ่มตัวอย่างชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 รวม 6 ห้อง, ระดับอาชีวศึกษา 2 แห่งสุ่มตัวอย่างระดับปวช.1-3 และปวส.1-2 รวม 5 ห้อง, ระดับอุดมศึกษาสุ่มตัวอย่างระดับปริญญาตรีปีที่ 1-4 รวม 4 ห้อง

6) แต่ละห้องขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างทุกรายตอบแบบสอบถาม

ขนาดตัวอย่าง คำนวณภายใต้ความชุกในพื้นที่ต่าง ๆ อยู่ระหว่าง 17.48 - 240.72 ต่อ 1,000 ประชากรจากการสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ ปีพ.ศ. 2554⁹ ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 1 ค่า design effect เท่ากับ 13 คาดประมาณสัดส่วนผู้ไม่สนใจร้อยละ 10 คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนไทยที่มีอายุ 12-24 ปี ที่ลงทะเบียนศึกษาอยู่ในสถานศึกษาที่สุ่มเลือกในวันที่สำรวจ และสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาโดยได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองโดยมีอัตราการตอบกลับร้อยละ 90.14, 91.49, และ 91.25 ตามลำดับ ได้เยาวชนตัวอย่างทั้งสิ้น 15,766 คน

3. เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล

ตัวแปรสำคัญในการศึกษานี้ ประกอบด้วย ความรู้เท่าทันกัญชา (Cannabis Literacy) การเข้าถึงกัญชา (Cannabis Accessibility) และพฤติกรรมการใช้กัญชา (Cannabis Use Behaviour) โดย

1) ความรู้เท่าทันกัญชาในการศึกษานี้หมายถึง ความสามารถในการรับข้อมูลเกี่ยวกับกัญชา ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจอย่างเหมาะสมและปฏิบัติอย่างถูกต้องในสถานการณ์^{10, 11}

2) การเข้าถึงกัญชาในการศึกษานี้หมายถึง ความสามารถของเยาวชนสามารถหาได้ด้วยตนเองภายในเวลา 15 นาที

ประกอบด้วยการรับรู้ถึงแหล่งจำหน่ายกัญชา การรับรู้ถึงชนิดและคุณภาพกัญชา การรับรู้ราคาจำหน่ายและอำนาจในการซื้อของเยาวชน ทั้งนี้รวมถึงผลิตภัณฑ์กัญชาสด กัญชาแห้ง กัญชาน้ำ ยางกัญชา ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาหรือสารสกัดกัญชา และอาหารที่มีส่วนผสมของกัญชา

3) พฤติกรรมการใช้กัญชาในการศึกษานี้ หมายถึง การนำกัญชาทุกรูปแบบ (กัญชาสด กัญชาแห้ง กัญชาน้ำ ยางกัญชา ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชา/สารสกัดกัญชา) เข้าสู่ร่างกาย (ทางปาก/สูบ) โดยสมัครใจ มุ่งเน้นประสบการณ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยนับรวมทั้งการใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางนันทนาการ (recreational) เพื่อวัตถุประสงค์เสริมการทำงาน (functional) และเพื่อวัตถุประสงค์ทางสุขภาพ (medicinal use)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบสอบถามชนิดตอบเอง ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ คุณลักษณะทางประชากร ความรู้เท่าทันกัญชา การเข้าถึงกัญชา และพฤติกรรมการใช้กัญชา โดย

1) คุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ ผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 4 ท่าน ได้ค่า CVI 0.93 จัดทำ Cognitive test กับเยาวชนในชุมชน 26 คน ใช้เวลาในการตอบ 3 นาที

และหาค่าความเชื่อมั่นกับเยาวชนในชุมชนจำนวน 52 คน ได้ค่า 4 weeks Test-retest Reliability 0.98

2) ความรู้เท่าทันกัญชา ประยุกต์จากมาตรวัดความรู้เท่าทันสารเสพติดฉบับย่อ¹² ประกอบด้วยคำถาม 32 ข้อ ค่า CVI 0.86, ค่าความแม่นยำตรงเสมือน (Concurrent validity) 0.67 ค่าความคงที่ภายใน (Internal Consistency) 0.83 ใช้เวลาในการตอบ 8 นาที

3) การเข้าถึงกัญชา ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ ผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 4 ท่าน ได้ค่า CVI 0.91 จัดทำ Cognitive test กับเยาวชนในชุมชน 26 คน ใช้เวลาในการตอบ 3 นาที และหาค่าความเชื่อมั่นกับเยาวชนในชุมชนจำนวน 104 คน ได้ค่า 4 weeks Test-retest Reliability 0.98 ค่าความคงที่ภายใน (Internal Consistency) 0.89

4) พฤติกรรมการใช้กัญชา ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ ผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 4 ท่าน ได้ค่า CVI 0.94 จัดทำ Cognitive test กับเยาวชนในชุมชน 26 คน ใช้เวลาในการตอบ 4 นาที และหาค่าความเชื่อมั่นกับเยาวชนในชุมชนจำนวน 104 คน ได้ค่า 4 weeks Test-retest

Reliability 0.96 ค่าความคงที่ภายใน (Internal Consistency) 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี คณะผู้วิจัยทำหน้าที่ขอคำยินยอมจากผู้ปกครอง เมื่อผู้ปกครองยินยอมแล้วจึงดำเนินการในขั้นต่อไป

2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบ/ไม่ตอบคำถามในแต่ละข้อได้

3) กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอม คณะผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม และขอรับคืนในวันถัดมา (มีระยะเวลา 1 วัน) หากไม่ได้รับคืนทั้งฉบับจะถือว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ร่วมมือในการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน ของปีพ.ศ. 2559, 2562, และ 2565

4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับมาได้ ดำเนินการดังนี้

1) นำเข้าข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ ด้วยวิธีสอบทาน (data double entry) โดยกำหนดให้มีการป้อนข้อมูล 2 ครั้ง โดยผู้ป้อนข้อมูล 2 คนที่เป็นอิสระต่อกัน ทำการตรวจสอบความซ้ำซ้อนและความคลาดเคลื่อนในการนำเข้าข้อมูล และแก้ไขปรับปรุง จนสามารถแน่ใจได้ว่าข้อมูลถูกต้อง

2) ปรับปรุงคุณภาพข้อมูล ทำการตรวจสอบค่านอกช่วง (Out of range) ค่าสูงต่ำกว่าปกติ (Outlier) ข้อมูลสูญหาย (Missing data) และแก้ไขปรับปรุงฐานข้อมูลให้เหมาะสม

3) การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 และไคว์สแควร์

5. จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรอง จริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการบริหารเครือข่ายของศักรวิชาการสารเสพติด เลขที่ ACSAN 018

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 15,766 ราย เป็นการสำรวจในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 5,208 ราย การสำรวจปี พ.ศ. 2562 จำนวน 5,286 ราย และการสำรวจปี พ.ศ. 2565 จำนวน 5,272 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 46.5, 47.1, และ 51.7 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 18.1 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.66, ค่ามัธยฐาน 18, ค่าพิสัยควอไทล์ 6), 18.1 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.65, ค่ามัธยฐาน 18, ค่าพิสัยควอไทล์ 6) และ 17.6 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.69, ค่ามัธยฐาน 17, ค่าพิสัยควอไทล์ 6.75) ตามลำดับ

ความรู้เท่าทันกัญชา ในปีพ.ศ. 2559 เป็นช่วงที่กัญชาผิดกฎหมาย มีหลักสูตรสอน

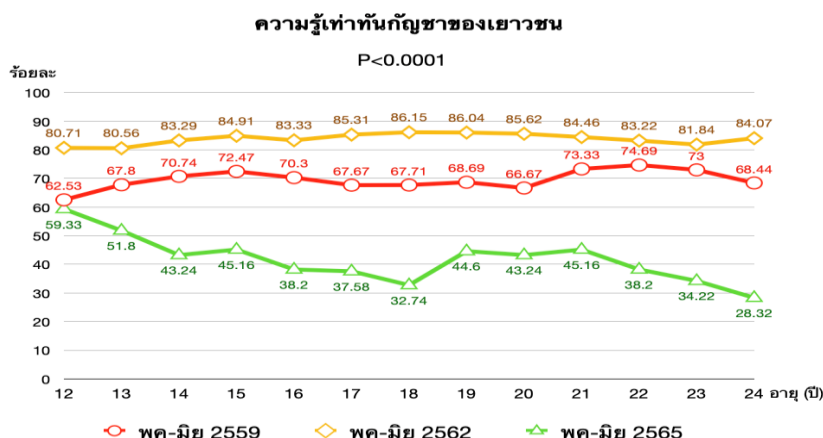
เรื่องยาเสพติดในสถานศึกษาไม่มีสื่อมวลชนให้ข้อมูลถึงผลดีของยาเสพติด พบว่าเยาวชนมีความรู้เท่าทันเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุร้อยละ 69.39 (95%CI 68.14-70.64) ค่าสูงสุดอายุ 22 ปี ร้อยละ 74.69 ต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 62.53

ต่อมาเมื่อมีการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ มีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชา กับสุขภาพมากมายทางสื่อมวลชน และสื่อสังคมออนไลน์ ส่งผลให้เยาวชนรู้เท่าทันกัญชาเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุร้อยละ 83.84 (95%CI 82.85-84.84) ค่าสูงสุดอายุ 18 ปี ร้อยละ 86.15 ต่ำสุดอายุ 13 ปี ร้อยละ 80.56 โดยเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุความรู้เท่าทันกัญชาเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 14.45 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 20 ปี ร้อยละ 18.95 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 22 ปี ร้อยละ 8.53)

ในช่วงที่กัญชาไม่ใช่ยาเสพติด มีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับกัญชามากมายทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยเฉพาะการส่งเสริมให้มีการใช้กัญชาในรูปแบบต่าง ๆ โดยเฉพาะการผสมในอาหาร เกิดความเชื่อที่ผิดในสังคม เห็นเฉพาะผลดีจากการใช้กัญชา ละเลยผลเสียต่อสุขภาพ ส่งผลให้ระดับความรู้เท่า

ทันกัญชาในเยาวชนลดลง โดยเฉลี่ยความรู้เท่าทันกัญชาทุกกลุ่มอายุร้อยละ 42.26 (95%CI 41.13-43.79) ค่าสูงสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 59.33 ต่ำสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 28.32 โดยเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุความรู้เท่าทันกัญชาลดต่ำลงจากช่วงกัญชาทางการแพทย์ร้อยละ 41.58 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 55.75 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 21.38) หนึ่งความรู้เท่าทันกัญชาลดต่ำลงจากช่วงกัญชาเป็นยาเสพติดร้อยละ 27.13 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 40.12 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 3.20) ทั้งนี้ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.0001$)

เป็นที่น่าสังเกตว่าระดับความรู้เท่าทันกัญชาในกลุ่มอายุน้อยสูงกว่ากลุ่มอายุมาก อาจเป็นเพราะกลุ่มอายุน้อยได้รับความรู้เรื่องยาเสพติดให้โทษในชั้นเรียนและสังคม สิ่งแวดล้อมยังห่างไกลจากยาเสพติด ดังนั้นระดับความต้านทานยาเสพติดจึงยังสูงอยู่ ต่างจากเยาวชนกลุ่มอายุมากที่มีสังคม สิ่งแวดล้อมและกลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิดกับยาเสพติดและได้รับข้อมูลที่ไม่เหมาะสมจากสื่อสังคมออนไลน์ทำให้เกิดความเชื่อเกี่ยวกับกัญชาที่ไม่ถูกต้อง (misconception)



ภาพที่ 1 ความรู้เท่าทันกัญชาของเยาวชนในกลุ่มอายุต่าง ๆ

เมื่อพิจารณาความสามารถในการเข้าถึงกัญชา ในปี พ.ศ. 2559 เป็นช่วงที่กัญชายังคงเป็นยาเสพติด ให้โทษผิดกฎหมาย พบว่าเยาวชนมีความสามารถในการเข้าถึงกัญชาได้เฉลี่ยทุกกลุ่มอายุร้อยละ 20.3 (95%CI 19.21-21.39) ค่าสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 26.53 ต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 12.64

ต่อมาเมื่อมีการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ มีการปลูกกัญชากันอย่างกว้างขวาง มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อสุขภาพมากมายอย่างเปิดเผย รวมทั้งช่องทางจำหน่ายออนไลน์ ส่งผลให้เยาวชนสามารถเข้าถึงกัญชาเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุร้อยละ 37.23 (95%CI 35.93-38.53) ค่าสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 39.84 ต่ำสุดอายุ 20 ปี ร้อยละ 35.08 โดยเฉลี่ยทุก

กลุ่มอายุความสามารถในการเข้าถึงกัญชาเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 16.93 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 25.67 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 20 ปี ร้อยละ 11.27)

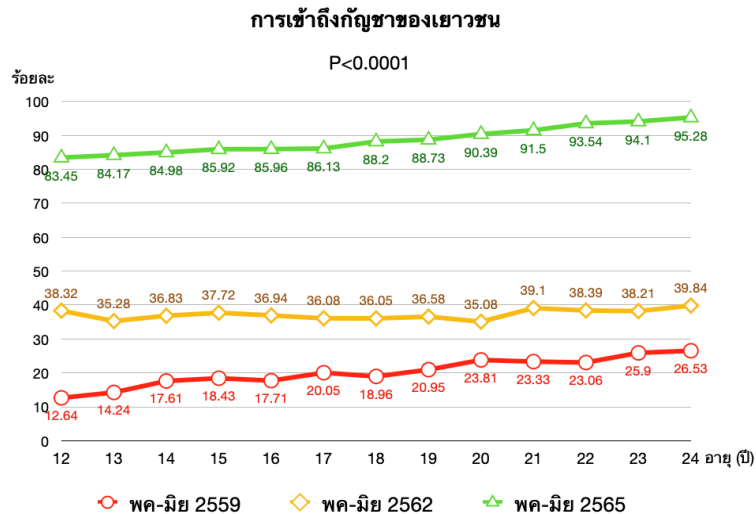
ในช่วงที่กัญชาไม่ใช่ยาเสพติด มีการแจกจ่ายต้นพันธุ์กัญชาและส่วนอื่น ๆ อย่างเปิดเผย ในบางพื้นที่มีการซื้อขายกัญชาแห้ง มีการนำกัญชาผสมในอาหาร รวมทั้งมีผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาจำหน่ายในร้านสะดวกซื้อ ส่งผลให้ความสามารถในการเข้าถึงกัญชาในเยาวชนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉลี่ยความสามารถในการเข้าถึงกัญชาทุกกลุ่มอายุร้อยละ 88.14 (95%CI 87.27-89.01) ค่าสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 95.28 ต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 83.45 โดยเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุความสามารถในการเข้าถึงกัญชาเพิ่มสูงขึ้นจากช่วงกัญชาทางการแพทย์ร้อยละ 50.91

(เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 23 ปี ร้อยละ 55.89
เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 45.14)

อนึ่งความสามารถในการเข้าถึงกัญชา
เพิ่มสูงขึ้นจากช่วงกัญชาเป็นยาเสพติด

ร้อยละ 67.85 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 12 ปี
ร้อยละ 70.81 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 17 ปี

ร้อยละ 66.08) ทั้งนี้ความเปลี่ยนแปลง
ดังกล่าว มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.0001$)



ภาพที่ 2 ความสามารถในการเข้าถึงกัญชาของเยาวชนในกลุ่มอายุต่าง ๆ

ในด้านพฤติกรรมเสพติดกัญชา ในปี พ.ศ. 2559 เป็นช่วงที่กัญชายังคงเป็นยาเสพติดให้โทษผิดกฎหมาย พบว่าเยาวชนมีพฤติกรรมใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาในทุกรูปแบบทั้งการเสพ ผสมในอาหาร/เครื่องดื่ม ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพโดยเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุ ร้อยละ 2.78 (95%CI 2.33-3.23) ค่าสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 4.24 ต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 1.15)

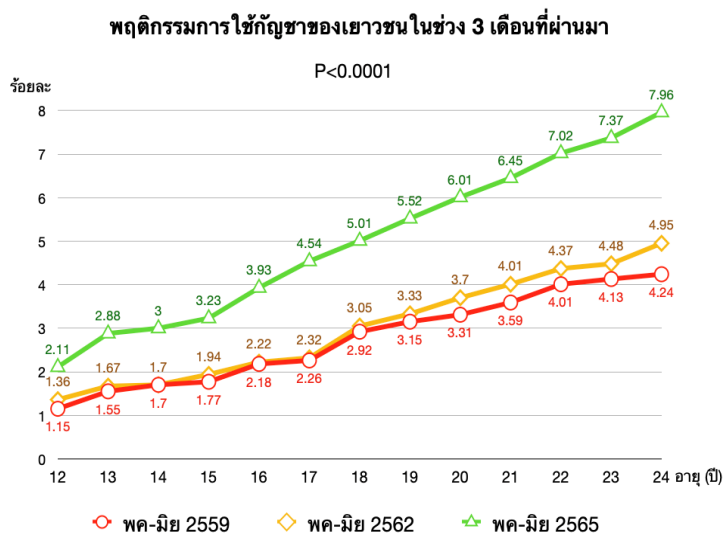
ต่อมาเมื่อมีการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์

กัญชาเพื่อสุขภาพได้โดยง่าย รวมทั้งการเข้าถึงกัญชาในรูปแบบอื่น ๆ ส่งผลให้เยาวชนมีพฤติกรรมใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุ ร้อยละ 3.05 (95%CI 68.14-70.64) ค่าสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 4.95 ต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 1.36 โดยเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 0.26 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 24 ปีร้อยละ 0.7 โดยอายุ 14 ปี ไม่เปลี่ยนแปลงอยู่ระดับเดิมที่ร้อยละ 1.7)

ในช่วงที่กัญชาไม่ใช่ยาเสพติด มีการซื้อขายกัญชาอย่างเปิดเผยทุกรูปแบบ รวมทั้งการซื้อขายในที่สาธารณะ ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เยาวชนสามารถเข้าถึงกัญชาได้ โดยง่ายสามารถหากัญชามาเสพได้ทั้งจากในสถานศึกษา ในชุมชน โดยใช้เวลาที่จะได้รับกัญชาน้อยกว่า 10 นาที ประกอบกับความอยากรู้อยากลองของเยาวชน ส่งผลให้เยาวชนมีพฤติกรรมใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มมากขึ้น โดยเฉลี่ยใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ทุกกลุ่มอายุร้อยละ 4.82 (95%CI 4.24-5.40) ค่าสูงสุดอายุ 24 ปี

ร้อยละ 7.96 ต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 2.11 โดยเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เพิ่มสูงขึ้นจากช่วงกัญชาทางการแพทย์ร้อยละ 1.77 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 3.02 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 0.75)

พฤติกรรมใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เพิ่มสูงขึ้นจากช่วงกัญชาเป็นยาเสพติดร้อยละ 2.03 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 24 ปีร้อยละ 3.72 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 0.96) ทั้งนี้ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.0001$)



ภาพที่ 3 พฤติกรรมการใช้กัญชาของเยาวชนในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาในกลุ่มอายุต่าง ๆ

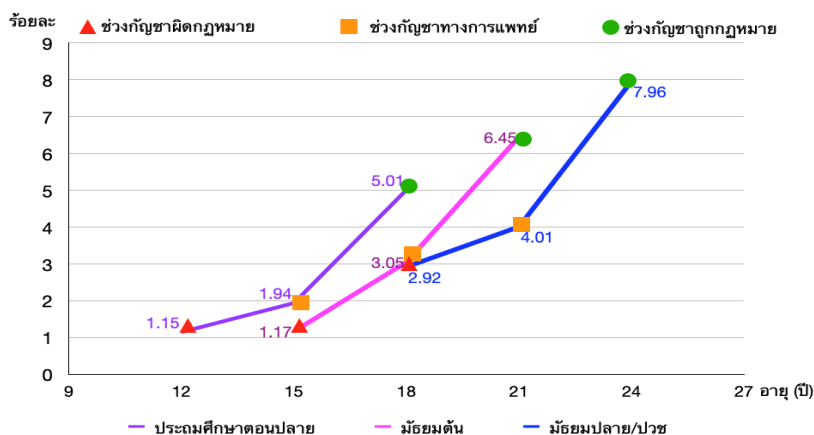
ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและข้อกฎหมายต่อการแพร่ระบาดของกัญชาในกลุ่มเยาวชน จะเห็นได้อย่าง

ชัดเจนเมื่อทำการเปรียบเทียบคนในรุ่นราวคราวเดียวกัน (Bierth Cohort) แบบติดตามระยะเวลา โดยทำการเปรียบเทียบสัดส่วน

การใช้กัญชาในคน 3 รุ่น (ประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวศึกษาตอนต้น) ใน 3 ช่วงเวลา (ช่วงกัญชาเป็นยาเสพติดผิดกฎหมาย ช่วงกัญชาทางการแพทย์ ช่วงกัญชาถูกกฎหมาย) จากรูป 4 กลุ่ม คนในรุ่นประถมศึกษาตอนปลายมีสัดส่วนการใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 1.15 ในช่วงที่กัญชาผิดกฎหมาย เมื่อรัฐบาลประกาศให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ทำให้อัตราการใช้กัญชาในคนกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1.94 หลังมีการปรับกฎหมายทำให้กัญชาถูกกฎหมายทำให้อัตราการใช้กัญชาเพิ่มขึ้น 2.5 เท่าจากช่วงกัญชาทางการแพทย์ เป็นร้อยละ 5.01 หรือเพิ่มขึ้น 4.4 เท่าจากช่วงกัญชาผิดกฎหมาย แบบแผนนี้คล้ายกับกลุ่มคนในรุ่นมัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวศึกษาตอนต้น (ปวช.) ซึ่งมีสัดส่วนการใช้

กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 2.92 ในช่วงที่กัญชาผิดกฎหมาย เมื่อรัฐบาลประกาศให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ทำให้อัตราการใช้กัญชาในคนกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.01 แต่เมื่อรัฐบาลทำให้กัญชาถูกกฎหมายทำให้อัตราการใช้กัญชาเพิ่มขึ้น 2 เท่าจากช่วงกัญชาทางการแพทย์เป็นร้อยละ 2.96 หรือเพิ่มขึ้น 2.7 เท่าจากช่วงกัญชาผิดกฎหมาย แต่คนในรุ่นมัธยมศึกษาตอนต้นซึ่งมีสัดส่วนการใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 1.17 ในช่วงที่กัญชาผิดกฎหมาย เมื่อรัฐบาลประกาศให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ทำให้อัตราการใช้กัญชาในคนกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น 2.6 เท่าเป็นร้อยละ 3.05 และเมื่อรัฐบาลทำให้กัญชา ถูกกฎหมายทำให้อัตราการใช้กัญชาเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่าจากช่วงกัญชาทางการแพทย์เป็นร้อยละ 6.45 หรือเพิ่มขึ้น 5.5 เท่าจากช่วงกัญชาผิดกฎหมาย

พฤติกรรมการใช้กัญชา: เปรียบเทียบตามระยะเวลา



ภาพที่ 4 พฤติกรรมการใช้กัญชาของเยาวชนเปรียบเทียบตามระยะเวลา

วิจารณ์ (Discussions)

แม้ว่าขนาดตัวอย่างและกระบวนการสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น (probability sampling) ในการสำรวจแต่ละครั้งจะคำนึงถึงความเป็นตัวแทน (representativeness) และความเพียงพอต่ออำนาจทางสถิติ (statistical power) ในการวิเคราะห์ข้อมูล แต่ด้วยข้อจำกัดทางจริยธรรมในการวิจัย ที่ต้องคำนึงถึงความเป็นอิสระในการตอบคำถาม การมีเวลาเพียงพอ และความสมัครใจในการตอบคำถามทั้งแบบรายข้อหรือทั้งฉบับ ทำให้อาจพบความคลาดเคลื่อนอยู่บ้าง อาทิ ในบางกลุ่มอายุ อัตราการตอบกลับระหว่างเพศไม่เท่ากัน และการตอบกลับไม่เท่ากันในทุกครั้งที่ทำการสำรวจ แต่พบว่าการตอบกลับสูงกว่าร้อยละ 90 ในทุกกลุ่มอายุ ทั้งสองเพศ และในการสำรวจทุกครั้ง ทำให้ผลการศึกษามีความคลาดเคลื่อนต่ำ

ความรู้เท่าทันกัญชาเป็นความสามารถในการรับข้อมูล ประมวล ทำความเข้าใจ ตัดสินใจ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นระดับความรู้เท่าทัน จึงไม่ได้แปรผันตามอายุการที่เยาวชนอายุมากมีระดับความรู้เท่าทันต่ำกว่าเยาวชนอายุน้อยในการสำรวจปี พ.ศ. 2565 เนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความรู้เท่าทัน อาทิ การลือกเข้าถึงเนื้อหาของสาระ ความเข้าใจในสาระที่ได้รับการตัดสินใจและการปฏิบัติที่เหมาะสม¹³

การศึกษานี้พบว่าการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายทำให้กัญชาแพร่ระบาดในเยาวชนเพิ่มมากขึ้น เมื่อแบ่งกลุ่มอายุเป็นกลุ่ม 12-19 ปี และ 20-24 ปี พบว่าอัตราการใช้กัญชา ก่อนปลดล็อกกัญชา (ปี พ.ศ. 2559) เป็นร้อยละ 2.3 และ 4.3 ตามลำดับ ซึ่งเป็นพฤติกรรมการใช้กัญชา 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนวันสำรวจสูงกว่าการศึกษาอื่นที่ใกล้เคียงกันพบว่า รายงานการสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ คนไทยกลุ่มอายุ 12-19 ปี และ 20-24 ปี ที่ใช้กัญชาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 0.1 และ 1.9 ตามลำดับ ส่วนการใช้ในช่วงเดือนที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 0.1 และ 1.1 ตามลำดับ⁶ ซึ่งเป็นเพราะช่วงเวลาที่แตกต่างกันและวิธีการสุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน

การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายในประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศเดียวในกลุ่มสมาชิกอาเซียนที่อนุญาตกัญชาส่งผลกระทบต่อประเทศเพื่อนบ้านอาเซียนด้วย ซึ่งพบการจับกุมของกลางกัญชาในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนเพิ่มขึ้นอย่างมาก การจับกุมในปี พ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2562 ถึง 3 เท่า และเพิ่มขึ้น 16 เท่าจากปี พ.ศ. 2560¹⁴

เมื่อพิจารณาตัวเลขผู้เข้าบำบัดกัญชาในประเทศไทยที่ไม่ได้เพิ่มขึ้นหลังการประกาศปลดล็อกกัญชา ทั้งนี้เป็นเพราะผู้เสพกัญชามีอยู่เพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ที่ติดกัญชาจนต้องเข้ารับการบำบัด

(คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด, 2554) ประกอบกับระบบข้อมูลผู้เข้ารับการรักษาเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบันไม่นำเข้าข้อมูลเยาวชน (อายุต่ำกว่า 18 ปี) ทำให้ไม่มีข้อมูลเยาวชน รวมทั้งผู้เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นแบบกึ่งสมัครใจ (เจ้าหน้าที่ตั้งด่านตรวจปัสสาวะเมื่อพบผลบวกจึงนำส่งบำบัด) แต่เมื่อักัญชาไม่อยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษ จึงไม่มีการตรวจักัญชาทำให้ตัวเลขผู้เข้าบำบัดักัญชาในระบบไม่เพิ่มขึ้น

การใช้ักัญชาก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพระยะสั้นที่ชัดเจน คือ อาการมึนเมา การรับรู้และพฤติกรรมผิดปกติ ขนาดของผลกระทบขึ้นอยู่กับปริมาณที่ใช้ วิธีการใช้ การให้คุณค่าและทัศนคติของของผู้ใช้ักัญชา¹⁵ แม้การทบทวนทางระบาดวิทยาจะยังไม่มีรายงานการตายจากการใช้ักัญชาเกินขนาด¹⁶ หลักฐานเกี่ยวกับประเด็นระบบไหลเวียนโลหิต การสูบกัญชากับโรคถุงลมโป่งพองและมะเร็งปอด ส่วนใหญ่ยังเป็นระดับกรณีศึกษา (cases report) และยังไม่มียหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือ^{17,18} ในทางตรงกันข้าม การใช้ักัญชาระยะยาวเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภท 2.9 เท่า¹⁹ ผู้ใช้ักัญชาเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ไม่ได้ใช้ประมาณร้อยละ 17 และความเสี่ยงนี้เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 62 ในผู้ใช้ในปริมาณมาก ๆ²⁰ ในแง่ของผลกระทบทางสังคมจากการศึกษาระยะยาวในปี ค.ศ.

1990 พบว่าผู้เริ่มใช้ักัญชาก่อนอายุ 15 ปี มีแนวโน้มออกจากโรงเรียน²¹ ผู้ที่ติดักัญชาหรือใช้ักัญชาต่อเนื่องระยะยาวเป็นผู้ที่มีการศึกษาน้อยมีปัญหาด้านด้านเศรษฐกิจว่างงาน และมีการใช้ยาเสพติดอื่น ๆ ร่วมด้วย²²⁻²⁴ ยิ่งกว่านั้นยังมีโอกาสถูกปลดออกจากงานมากกว่าปกติ²⁵

บางประเทศมีความเชื่อว่าักัญชาไม่ร้ายแรงเหมือนยาเสพติดชนิดอื่น ๆ กฎหมายอนุญาตให้ใช้ักัญชาได้ ในขณะที่บางประเทศที่กฎหมายอนุญาตเฉพาะกรณี เช่น อนุญาตให้ใช้ักัญชาในทางการแพทย์และการวิจัย ปัจจุบันประเทศต่าง ๆ 56 ประเทศที่มีการอนุญาตใช้ักัญชา/สารสกัด/อนุพันธ์ักัญชาในทางการแพทย์ได้ เมื่อมีการอนุญาตให้ใช้ักัญชาทางการแพทย์ พบว่า ผู้ที่เสพักัญชาใน 1 เดือนที่ผ่านมาเพียงร้อยละ 39.2 ที่ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางสุขภาพ (medicinal use) ทั้งนี้ร้อยละ 40 เคยได้รับพิษจากการใช้ักัญชา⁸ แม้ในการศึกษานี้ไม่ได้รวบรวมข้อมูลพิษจากการใช้ักัญชา แต่ชาวจากสื่อมวลชนก็นำเสนออย่างต่อเนื่องถึงผู้ได้รับผลอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ักัญชาอย่างต่อเนื่อง เป็นที่คาดคะเนว่าเยาวชนจำนวนมากได้รับพิษจากักัญชา

จากประสบการณ์ของสหรัฐอเมริกาในการปฏิรูปกฎหมายักัญชา พบว่า เกิดการพัฒนาสายพันธุ์ักัญชาให้มีค่า THC (delta-9-Tetrahydrocannabinol) สูงขึ้นโดยในช่วง 10 ปี มีการพัฒนาสายพันธุ์ที่มีค่า THC สูงขึ้น

กว่าเท่าตัว¹ เช่นเดียวกับในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่พบว่า 1) การเพิ่มขึ้นของร้านกัญชาที่ขึ้นทะเบียนให้ใช้กัญชาได้มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการเสพกัญชาในช่วงชีวิตของเยาวชนอายุ 18-20 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 44 ในช่วง 10 ปี และการเสพกัญชาในเดือนที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.5 เป็นร้อยละ 18.5 ในช่วงเวลาเดียวกัน²⁶ 2) อายุที่เริ่มใช้กัญชาลดลงจาก 15 ปี เป็น 14 ปี²⁷ 3) หลังนโยบายกำหนดอายุผู้ซื้อกัญชามีผลให้เยาวชนต้องหาซื้อกัญชาจากเพื่อนทำให้มีโอกาสใช้ยาอื่นและก่ออาชญากรรม²⁸

ความเชื่อที่ว่ากัญชามีประโยชน์ทางการแพทย์มีความเชื่อมโยงสูงในการสนับสนุนให้การใช้กัญชาถูกกฎหมาย ผลการสำรวจในต่างประเทศชี้ให้เห็นว่าหากการใช้กัญชาในทางการแพทย์มีกฎหมายรับรองแล้วนั้น ปัจจัยต่าง ๆ จะยังมีอิทธิพลสนับสนุนให้การใช้กัญชาเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย²⁹ ประสพการณ์ในสหรัฐอเมริกาและแคนาดาพบว่าหลังจากประกาศนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ประมาณ 8-12 ปีจะเกิดแรงขับเคลื่อนให้เกิดการใช้กัญชาเสรี³ แต่สำหรับประเทศไทยใช้เวลาเพียง 3 ปี ถึงแม้รัฐบาล

จะแถลงว่าเจตนามุ่งเน้นที่การใช้กัญชาทางการแพทย์ แต่การถอดกัญชาจากบัญชียาเสพติดและยังไม่มีกฎหมายควบคุมในเวลาที่เหมาะสมจึงทำให้ประเทศไทยมีสภาพการณ์ไม่ต่างจากกัญชาเสรี

ข้อยุติ (Conclusions)

นโยบายกัญชาทางการแพทย์ส่งผลให้เยาวชนเสพกัญชามากขึ้นโดยเฉพาะในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนการปลดกัญชาจากบัญชียาเสพติดทำให้เยาวชนเสพกัญชาเพิ่มขึ้น 2.7-5.5 เท่า

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

รัฐบาลควรเข้มงวดกับการให้ข้อมูลข่าวสารเกินจริงทางสื่อสังคมออนไลน์และจำกัดการเข้าถึงกัญชาของเยาวชน

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การแก้ไขนโยบายกัญชาในต่างประเทศนำไปสู่การพัฒนาสายพันธุ์เพื่อตอบสนองการใช้กัญชาเพื่อนันทนาการ การศึกษานี้พบว่าการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชาในประเทศไทยทำให้เยาวชนไทยใช้กัญชามากขึ้น

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Kanato M, Leyatikul P, Ritmontri S. The documentary research report on Cannabis Policies and Problem

solving: Case studies of the United Kingdom and the United States of

- America. Bangkok: Charunsanitwong publication; 2015. [in Thai].
2. Abel EL. **MARIHUANA The First Twelve Thousand Years**. New York: Springer; 1980.
 3. Calabria B, Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Does cannabis use increase the risk of death? Systematic review of epidemiological evidence on adverse effects of cannabis use. **Drug and alcohol review** 2010; 29(3): 318-330.
 4. Kanato M, Phakdeerach P, Phunthet W, Boonjumnong C, Loeiyood J. **The feasibility study report on the Cannabis Decriminalization policy**. Khon Kaen: ISAN Substance abuse Academic Network; 2016. [in Thai]
 5. United Nations Office on Drugs and Crime. **World drug report 2021**. United Nations Publications; 2021.
 6. Kanato M, Thaikhla K., Asnangkornchai S, Areesantichai C, Charoenrat S, Leyatikul P, et al. **Report on the results of a national household survey to estimate the population of substance abusers in Thailand in 2019**. Bangkok: Charunsanitwong publication; 2019. [in Thai].
 7. Joy J, Mack A. **Marijuana as medicine?: The science beyond the controversy**. Washington D.C.: National Academies Press; 2000.
 8. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Impacts of Medical Cannabis Law in Thailand. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 27-36. [in Thai].
 9. ACSAN. **Quality of Life and Living Survey Report: Estimated Number of Substance Abuse Population in Thailand 2011**. Bangkok: Charunsanitwong publication; 2011. [in Thai].
 10. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health promotion international** 2000; 15(3): 259-267.
 11. Liu C, Wang D, Liu C, Jiang J, Wang X, Chen H, et al. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. **Family medicine and community health** 2020; 8(2): 1-8.
 12. Momen K, Kanato M. Developing a Substance Literacy Scale for Thai Population. **Journal of the Medical**

- Association of Thailand 2015; 98(7): 10-16.
13. Williams MV, Parker RM, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates WC, et al. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *Jama* 1995; 274(21): 1677-1682.
14. Kanato M, Sarasiri R, Leyatikul P. **ASEAN DRUG MONITORING REPORT 2021**. Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2022.
15. Brands B, Marshman J, Sproule B. **Drugs & Drug Abuse: A Reference Text**. Addiction Research Foundation; 1998.
16. Calabria B, Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Does cannabis use increase the risk of death? Systematic review of epidemiological evidence on adverse effects of cannabis use. *Drug and alcohol review* 2010; 29(3): 318-330.
17. Joshi M, Joshi A, Bartter T. Marijuana and lung diseases. *Current opinion in pulmonary medicine* 2014; 20(2): 173-179.
18. Hackam DG. Cannabis and stroke: systematic appraisal of case reports. *Stroke* 2015; 46(3): 852-856.
19. Semple DM, McIntosh AM, Lawrie SM. Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. *Journal of Psychopharmacology* 2005; 19(2): 187-194.
20. 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. *Psychological medicine* 2014; 44(4): 797-810.
21. Ellickson P, Bui K, Bell R, McGuigan KA. Does early drug use increase the risk of dropping out of high school? *Journal of Drug Issues* 1998; 28(2): 357-380.
22. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction* 2006; 101(4): 556-569.
23. Fergusson DM, Boden JM. Cannabis use and later life outcomes. *Addiction* 2008; 103(6): 969-976.
24. Brook JS, Lee JY, Finch SJ, Seltzer N, Brook DW. Adult work commitment, financial stability, and social environment as related to trajectories of marijuana use beginning in

- adolescence. **Substance abuse** 2013; 34(3): 298-305.
25. Compton WM, Grant BF, Colliver JD, Glantz MD, Stinson FS. Prevalence of marijuana use disorders in the United States: 1991-1992 and 2001-2002. **Jama** 2004; 291(17): 2114-2121.
26. MacCoun R, Reuter P. Evaluating alternative cannabis regimes. **The British Journal of Psychiatry** 2001; 178(2): 123-128.
27. Monshouwer K, Smit F, De Graaf R, Van OsJ, Vollebergh W. First cannabis use: does onset shift to younger ages? Findings from 1988 to 2003 from the Dutch National School Survey on Substance Use. **Addiction** 2005; 100(7): 963-970.
28. Korf DJ. Dutch coffee shops and trends in cannabis use. **Addictive behaviors** 2002; 27(6): 851-866.
29. Sznitman SR, Zolotov Y. Cannabis for therapeutic purposes and public health and safety: a systematic and critical review. **International Journal of Drug Policy** 2015; 26(1): 20-29