ความรู้เท่าทันกัญชาของเยาวชนไทย

สมเด็จ กั้วพิทักษ์, นฤมล จันทร์มา***

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาที่สำคัญในช่วงปี พ.ศ. 2562-2565 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้กัญชาในเยาวชนไทย เป็นการออกแบบการวิจัยที่เป็นการวิจัยเชิงสำรวจสามครั้ง กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนอายุ 12-24 ปีจำนวน 17,334 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีจำแนกชั้นภูมิหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตอบเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Repeated ANOVA

ผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบความรู้เท่าทันกัญชาในเยาวชน พบว่า ลดลงจากช่วงกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ ทั้งนี้ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.0001$)

คำสำคัญ: กัญชา; เยาวชน; ความรู้เท่าทันกัญชา

*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น

**คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

Corresponding author: Somdet Kuapitak Email: Somdet.k47@gmail.com

Received 05/07/2024 Revised 08/08/2024 Accepted 04/09/2024

CANNABIS LITERACY AMONG THAI YOUTHS

Smdet Kuapitak, Narumon Junma***

ABSTRACT

Thailand has undergone significant cannabis policy, and legislation changes from 2019 to 2022. This study aims to compare cannabis use behavior among Thai youths. It was three multi-serial cross-sectional surveys across the country. Using a stratified multi-stage sampling method, the sample consisted of 17,334 youths aged 12-24. Data collection employed self-administered questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and Repeated ANOVA.

It has emerged that cannabis literacy levels dropped from cannabis as an illegal drug period. These changes were statistically significant. ($P<0.0001$)

Keywords: Cannabis; Youth; Cannabis Literacy

* Khaosuankwang District Health Office, Khon Kaen Province

** Faculty of Sciences and Technology, Phetchabun Rajabhat University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

ความรู้เท่าทันสารเสพติด หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลเกี่ยวกับสารเสพติด รวมถึงผลกระทบจากการใช้สารเสพติดอย่างรอบด้าน เพื่อให้สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดได้อย่างมีเหตุผลและปลอดภัย[1] คนไทยรู้จักกัญชามาอย่างยาวนาน พบว่า มีการปลูกเป็นพืชสมุนไพรและใช้ผสมอาหาร ประกอบกับการที่ประเทศไทย ตั้งอยู่ในเขตร้อน ลักษณะทางภูมิศาสตร์และภูมิอากาศทำให้สามารถปลูกกัญชาได้ตลอดปี แต่เดิมคนไทยนิยมปลูกตามรั้วตามสวนเป็นพืชผักสวนครัว แต่หลังจากรัฐบาลกำหนดให้เป็นยาเสพติด จึงพบการลักลอบปลูกตามบริเวณเชิงเขา ชายป่า ริมห้วย กลางแปลงพืชไร่ (ไร่อ้อย ไร่มันสำปะหลัง ไร่ข้าวโพด ไร่ฝ้าย) เป็นต้น แม้ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่า กัญชาเข้าสู่ประเทศไทยเมื่อใด รัฐบาลไทยได้เล็งเห็นโทษของกัญชา จึงได้ออกพระราชบัญญัติกันชาขึ้นเป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2477 ห้ามไม่ให้สูบกัญชา ไม่ให้ปลูกกัญชา ยกเว้นการปลูกเพื่อการทดลองหรือการรักษาโรค พร้อมทั้งมีบทลงโทษผู้กระทำความผิด การบังคับใช้พระราชบัญญัติกันชาดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปี พ.ศ. 2522 รัฐบาลจึงได้ประกาศยกเลิกพระราชบัญญัติกันชา (ยกเลิกการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์) โดยมีพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ขึ้นมาใช้แทน[2] ทำให้กัญชามีสถานะเป็นยาเสพติดประเภท 5 ห้ามการปลูก ครอบครอง และเสพกัญชาโดยสิ้นเชิง

ปัจจุบันมีหลักฐานชัดเจนว่า กัญชามีสาร cannabinoids ที่เป็นประโยชน์ในการรักษาทางการแพทย์ในฐานะยาของแพทย์แผนตะวันตกมาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1839 และแพทย์ได้นำมาใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาโรคต่าง ๆ [3] สำหรับผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาให้จำหน่ายได้ มีเพียงยาที่ใช้ลดอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ และลดอาการคลื่นไส้อาเจียรจากการได้รับเคมีบำบัด ในปลายปี พ.ศ. 2561 ได้มีการเคลื่อนไหวให้แก้ไขกฎหมายยาเสพติดเพื่ออนุญาติให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ จนกระทั่งเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 จึงได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 อนุญาตให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ ทำให้เกิดการนำกัญชามาใช้อย่างกว้างขวาง โดยเผยแพร่ข้อความทางอินเตอร์เนตว่ากัญชาเป็นยาวิเศษสามารถรักษาได้ทุกโรค ทำให้เกิดการใช้กัญชาในหมู่ประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยส่วนใหญ่ใช้เพื่อนันทนาการ และใช้บำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยกันเองในหมู่ประชาชนอย่างกว้างขวาง ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทั้งในรูปสารสกัดโดยการควบคุมของแพทย์ในสถานพยาบาล สมุนไพรทั้งสูตรดั้งเดิมและ

สูตรที่คิดขึ้นใหม่ ผลิตภัณฑ์กัญชาแปรรูปทั้งชนิดที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย[4] 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 ทำให้มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดีจากการใช้กัญชาอย่างแพร่หลายในสื่อต่าง ๆ รวมทั้งสื่อสังคมออนไลน์ซึ่งเยาวชนส่วนใหญ่เข้าถึงได้โดยง่าย อนึ่งประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้กฎหมายมีผลบังคับ 120 วันหลังการประกาศ ส่งผลให้เดือนมิถุนายน 2565 พืชกัญชา กัญชง จึงหลุดออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษโดยสิ้นเชิง ประชาชนสามารถใช้ได้เสรีมีการนำกัญชาผสมอาหารและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ จำหน่ายอย่างเปิดเผย

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

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้เท่าทันสารเสพติดของเยาวชนก่อนและหลังการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายกัญชาของไทย

วิธีการศึกษา (Method)

1. การออกแบบวิจัย

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

1.1 การสำรวจเมื่อเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2559 ซึ่งเป็นการสำรวจในช่วงที่กัญชายังมีสถานะยาเสพติดให้โทษ

1.2 การสำรวจเมื่อเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นการสำรวจในช่วงที่กฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ทั้งในรูปแบบพืชและสาร

สกัด (โดยช่อดอกและเมล็ดยังคงอยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษประเภท 5)

1.3 การสำรวจเมื่อเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นการสำรวจในช่วงที่กัญชาถูกถอดจากบัญชียาเสพติดให้โทษโดยสมบูรณ์

2. ประชากรและกลุ่มศึกษา

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

วิธีการสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มกระจุกสามขั้นตอน ขนาดตัวอย่าง คำนวณภายใต้ความชุกในพื้นที่ต่าง ๆ จากการสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ ปี พ.ศ.2554[5] คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนไทยที่มีอายุ 12-24 ปี และสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาโดยได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ได้เยาวชนตัวอย่างทั้งสิ้น 17,334 คน

3. เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล

ตัวแปรสำคัญ คือ ความรู้เท่าทันกัญชา (Cannabis Literacy) โดยความรู้เท่าทันกัญชาในการศึกษานี้หมายถึงความสามารถในการรับข้อมูลเกี่ยวกับกัญชา ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจอย่างเหมาะสมและปฏิบัติอย่างถูกต้องในสถานการณ์[6,7]

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบสอบถามชนิดตอบเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ คุณลักษณะทางประชากร และความรู้เท่าทันกัญชา โดย

1) คุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ ผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 4 ท่าน ได้ค่า CVI 0.93 จัดทำ Cognitive test กับเยาวชนในชุมชน 26 คน ใช้เวลาในการตอบ 3 นาที และหาค่าความเชื่อมั่นกับเยาวชนในชุมชน จำนวน 52 คน ได้ค่า 4 weeks Test-retest Reliability 0.98

2) ความรู้เท่าทันกัญชา ประยุกต์จากมาตรวัดความรู้เท่าทันสารเสพติดฉบับย่อ[8] ประกอบด้วยคำถาม 32 ข้อ ค่า CVI 0.86, ค่าความแม่นตรงเสมือน (Concurrent validity) 0.67 ค่าความคงที่ภายใน (Internal Consistency) 0.83 ใช้เวลาในการตอบ 8 นาที

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี คณะผู้วิจัยทำหนังสือขอคำยินยอมจากผู้ปกครอง เมื่อผู้ปกครองยินยอมแล้ว จึงดำเนินการในขั้นต่อไป

2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบ/ไม่ตอบคำถามในแต่ละข้อได้

3) กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมคณะผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม และขอรับคืนในวันถัดมา (มีระยะเวลา 1 วัน) หากไม่ได้รับคืนทั้งฉบับจะถือว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ร่วมมือในการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน ของปี พ.ศ. 2559, 2562, และ 2565 โดยได้รับการรับรองจริยธรรม จากพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ISAN 4/2559

4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับมาได้ดำเนินการดังนี้

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

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

3) การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 และไคว์สแควร์

ผลการศึกษา (Results)

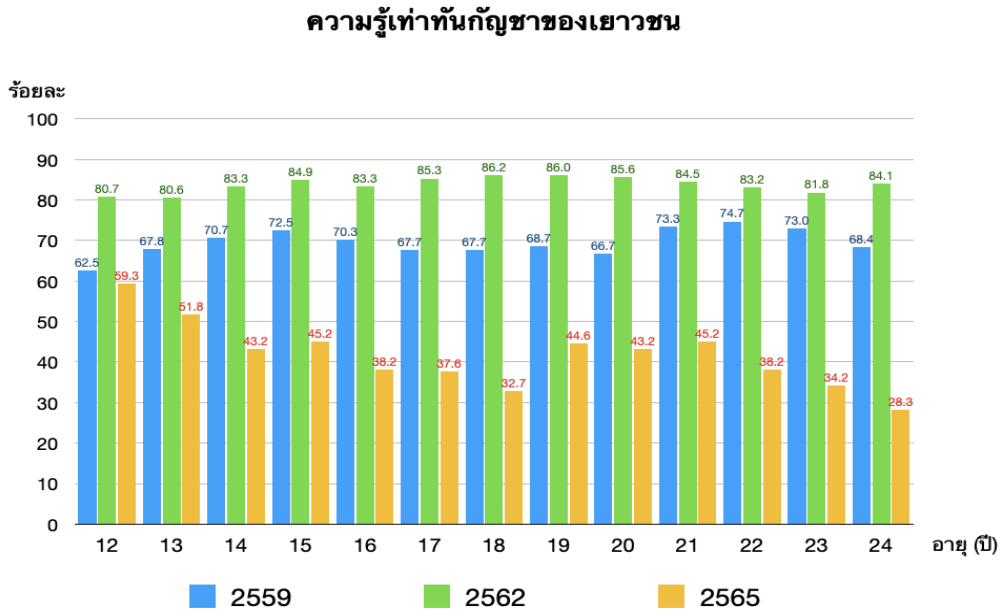
กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 15,766 ราย เป็นการสำรวจในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 5,208 ราย การสำรวจปี พ.ศ. 2562 จำนวน 5,286 ราย และ การสำรวจปี พ.ศ. 2565 จำนวน 5,272 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 46.5, 47.1, และ 51.7 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 18.1 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.66, ค่ามัธยฐาน 18, ค่าพิสัยควอไทล์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

ความรู้เท่าทันกัญชา ในปี พ.ศ. 2559 เป็นช่วงที่กัญชาผิดกฎหมาย มีหลักสูตรสอนเรื่องยาเสพติดในสถานศึกษาไม่มีสื่อมวลชนให้ข้อมูลถึงผลดีของยาเสพติด พบว่า เยาวชนมีความรู้เท่าทันเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุร้อยละ 69.39 (95%CI 68.14-70.64) ค่าสูงสุดอายุ 22 ปี ร้อยละ 74.69 ต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 62.53

ต่อมาเมื่อมีการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ มีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการใช้กัญชากับสุขภาพมากมายทางสื่อมวลชน และสื่อสังคมออนไลน์ ส่งผลให้เยาวชนรู้เท่าทันกัญชาเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุร้อยละ 83.84 (95%CI 82.85-84.84) ค่าสูงสุดอายุ 18 ปี ร้อยละ 86.15 ต่ำสุดอายุ 13 ปี ร้อยละ 80.56 โดยเฉลี่ยทุก

กลุ่มอายุความรู้เท่าทันกัญชาเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 14.45 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 20 ปี ร้อยละ 18.95 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 22 ปี ร้อยละ 8.53)

ในช่วงที่กัญชาไม่ใช่ยาเสพติด มีการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับกัญชามากมายทางสื่อสังคมออนไลน์ โดยเฉพาะการส่งเสริมให้มีการใช้กัญชาในรูปแบบต่าง ๆ โดยเฉพาะการผสมในอาหาร เกิดความเชื่อที่ผิดในสังคม เห็นเฉพาะผลดีจากการใช้กัญชา ละเลยผลเสียต่อสุขภาพ ส่งผลให้ระดับความรู้เท่าทันกัญชาในเยาวชนลดลง 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) อนึ่งความรู้เท่าทันกัญชาลดต่ำลงจากช่วงกัญชาเป็นยาเสพติดร้อยละ 27.13 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 40.12 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 3.20) ทั้งนี้ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เมื่อทดสอบด้วย Repeated Measures ANOVA พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.0001)



ภาพที่ 1 ความรู้เท่าทันกัญชาของเยาวชนเปรียบเทียบช่วงนโนบายกัญชา

เป็นที่น่าสังเกตว่าระดับความรู้เท่าทันกัญชาในกลุ่มอายุน้อยสูงกว่ากลุ่มอายุมาก อาจเป็นเพราะกลุ่มอายุน้อยได้รับความรู้เรื่องยาเสพติดให้โทษในชั้นเรียนและสังคม สิ่งแวดล้อมยังห่างไกลจากยาเสพติด ดังนั้น ระดับความต้านทานยาเสพติด จึงยังสูงอยู่ ต่างจากเยาวชนกลุ่มอายุมากที่มีสังคม สิ่งแวดล้อมและกลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิดกับยาเสพติดและได้รับข้อมูลที่ไม่เหมาะสมจากสื่อสังคมออนไลน์ทำให้เกิดความเชื่อเกี่ยวกับกัญชาที่ไม่ถูกต้อง (misconception)

วิจารณ์ (Discussions)

ความรู้เท่าทันกัญชาเป็นความสามาถในการรับข้อมูล ประมวล ทำความเข้าใจ ตัดสินใจ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้น ระดับความรู้เท่าทัน จึงไม่ได้แปรผันตามอายุ การที่เยาวชนอายุมากมีระดับความรู้เท่าทันต่ำกว่าเยาวชนอายุน้อยในการสำรวจปี พ.ศ. 2565 เนื่องมาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความรู้เท่าทัน อาทิ การลือกเข้าถึงเนื้อหาของสาระ ความเข้าใจในสาระที่ได้รับการตัดสินใจและการปฏิบัติที่เหมาะสม[9]

การศึกษาเกี่ยวกับความรู้เท่าทันสารเสพติดพบว่ามีความสัมพันธ์กับการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องจากสื่อและการศึกษาเชิงป้องกัน มักมีทัศนคติเชิงลบต่อการใช้สารเสพติด เช่น แอลกอฮอล์ ยาสูบ และกัญชา[10]

กัญชาเป็นพืชที่มีสารออกฤทธิ์ทางจิตประสาทหลัก คือ สาร THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) ซึ่งส่งผลต่อสมองและระบบประสาท การศึกษาหลายฉบับระบุว่าการใช้กัญชามีผลต่อสมรรถภาพทางปัญญา การรับรู้ และความจำ รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิต เช่น โรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท[11]

ในด้านการแพทย์ กัญชาถูกใช้ในการรักษาอาการหลายประการ เช่น อาการปวดเรื้อรัง อาการคลื่นไส้จากการรักษามะเร็ง และอาการของโรคลมชัก แต่ผลข้างเคียงจากการใช้กัญชาในระยะยาวยังไม่เป็นที่แน่ชัด และจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม[12]

ทัศนคติต่อการใช้กัญชาแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะในประเทศที่มีกฎหมายเปิดเสรีกัญชา การยอมรับและทัศนคติเชิงบวกต่อการใช้กัญชาในเชิงพักผ่อนเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด[13] อย่างไรก็ตาม การรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงจากการใช้กัญชายังอยู่ในระดับต่ำในกลุ่มคนที่ใช้กัญชาเป็นประจำ[14]

การศึกษาสำหรับเยาวชนเกี่ยวกับสารเสพติดและการใช้กัญชามีบทบาทสำคัญในการสร้างความรู้เท่าทัน การใช้โปรแกรมการศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างทักษะการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล พบว่าสามารถลดอัตราการเริ่มใช้สารเสพติดในวัยรุ่นได้[15] อีกทั้งการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

เกี่ยวกับผลกระทบเชิงลบของการใช้กัญชา จะช่วยให้ผู้คนตระหนักถึงความเสี่ยง และเลือกที่จะไม่ใช้หรือใช้ในปริมาณที่ปลอดภัยมากขึ้น

อย่างไรก็ดี หลังการเปลี่ยนแปลงทางกฎหมายทำให้มีข่าวสารเผยแพร่ในสื่อสังคมออนไลน์มากมาย ทำให้เยาวชนได้รับข้อมูลที่ไม่เหมาะสมจากสื่อสังคมออนไลน์ทำให้เกิดความเชื่อเกี่ยวกับกัญชาที่ไม่ถูกต้อง (misconception) ส่งผลให้ความรู้เท่าทันลดลง

ข้อยุติ (Conclusions)

นโยบายกัญชาทางการแพทย์ส่งผลให้เยาวชนมีความรู้เท่าทันกัญชาลดลงอันอาจนำไปสู่พฤติกรรมการใช้กัญชาที่ไม่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

รัฐควรเปลี่ยนแปลงแก้ไขนโยบายและข้อกฎหมายเพื่อควบคุมการใช้กัญชา เพื่อไม่ให้มีการนำไปใช้เพื่อนันทนาการโดยเฉพาะในเยาวชน อันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

สถานะทางกฎหมายของการใช้กัญชาแตกต่างกันในประเทศต่าง ๆ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงสถานะทางกฎหมายของประเทศไทยและข่าวสารจากสื่อสังคมออนไลน์ทำให้เยาวชนรู้เท่าทันกัญชาลดลง

เอกสารอ้างอิง (References)

1. McBride N, Farringdon F, Midford R. **Drug education: Preventing harmful use in adolescence.** In Prevention of substance use. Springer, Cham; 2017:233-247. https://doi.org/10.1007/978-3-319-55587-9_14.
2. 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].
3. Joy J, Mack A. **Marijuana as medicine?: The science beyond the controversy**. Washington D.C.: National Academies Press; 2000.
4. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Impacts of Medical Cannabis Law in Thailand. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 27-36. [in Thai].
5. ACSAN. **Quality of Life and Living Survey Report: Estimated Number of Substance Abuse Population in Thailand 2011**. Bangkok:

Charunsanitwong Publishing; 2011. [in Thai].

6. 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.
7. Liu C, Wang D, Liu C, Jiang J, Wang X, Chen H, Ju X, Zhang X. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. **Family medicine and community health** 2020; 8(2): 1-8. doi: 10.1136/fmch-2020-000351
8. Momen K, Kanato M. Developing a Substance Literacy Scale for Thai Population. **Journal of the Medical Association of Thailand** 2015; 98(7): 10-16.
9. Williams MV, Parker RM, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates WC, Nurss JR. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. **Jama** 1995; 274(21): 1677-1682.
10. Pino NW, Johnson JE. A meta-analysis of school-based drug prevention programs. **Journal of School Health** 2020; 90(7): 550-561. https://doi.org/10.1111/josh.12884
11. Volkow ND, Baler RD, Compton WM, Weiss SRB. Adverse health effects of marijuana use. **New England Journal of Medicine** 2014; 370(23): 2219-2227. https://doi.org/10.1056/NEJMra1402309
12. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. **The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research**. National Academies Press; 2017.
13. Leung J, Chiu V, Stjepanović D. How are attitudes towards cannabis changing in countries with legal non-medical cannabis use? **Current Addiction Reports** 2020; 7(3): 418-429. https://doi.org/10.1007/s40429-020-00318-9
14. Chadi N, Bélanger RE. Canadian Paediatric Society, Adolescent Health Committee. Cannabis and Canada's children and youth. **Paediatrics & Child Health** 2019; 24(1): 8-12. https://doi.org/10.1093/pch/pxy105
15. Johnston L, Miech R, O'Malley PM. Bachman JG, Schulenberg JE,

Patrick ME. **Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2019: Overview, Key Findings on Adolescent Drug Use**. University of Michigan, Institute for Social Research. The National Institute on Drug Abuse at The National Institutes of Health; 2020.