

# การวิเคราะห์อนุกรมเวลาการใช้กัญชาของเยาวชนไทยกับการปรับปรุงกฎหมายกัญชา

พูนรัตน์ ลียติกุล\*, วรวิภา ภาจำปา\*\*

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กัญชาในเยาวชนไทย เป็นการออกแบบการวิจัยที่เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบกลุ่มย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนอายุ 12-18 ปี จำนวน 5,286 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีจำแนกชั้นภูมิหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตอบเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Cochran's Q และ GEE

การวิเคราะห์อนุกรมเวลาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้กัญชาในเยาวชนพบว่าเยาวชนใช้กัญชามากขึ้น 2.7-5.5 เท่า ทั้งนี้ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ )

คำสำคัญ: กัญชา; เยาวชน; นโยบาย; อนุกรมเวลา

\*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา

\*\*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

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

Received 09/07/2024

Revised 08/08/2024

Accepted 13/09/2024

## A TIME SERIES ANALYSIS OF CANNABIS USE AMONG THAI YOUTHS AND CANNABIS LAW AMENDMENTS

*Poonrut Leyatikul\**, *Wanna Pajumpa\*\**

### ABSTRACT

This study aims to compare cannabis use among Thai youths. It was conducted as an analytical study using a historical cohort. The sample consisted of 5,286 youths aged 12-18, using a stratified multi-stage sampling method. Self-administered questionnaires were used for data collection. The data were analyzed using descriptive statistics, Cochran's Q test and GEE.

A time series analysis was used to compare cannabis use behavior among youths. It has emerged that cannabis use behavior increased 2.7-5.5 times. These changes were statistically significant. ( $P < 0.001$ ).

**Keywords:** Cannabis; Youth; Policies; time series

---

\*Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

\*\*Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs Crime, UNODC) คาดประมาณว่า ปี ค.ศ. 2019 มีผู้ใช้กัญชา 200 ล้านคน หรือร้อยละ 4 ของประชากรโลก ที่มีอายุระหว่าง 15-64 ปี อัตราความชุกของการใช้กัญชายังคงเพิ่มขึ้นในหลายประเทศ ซึ่งผู้ใช้กัญชาส่วนใหญ่เป็นเยาวชน<sup>1</sup> ข้อมูลการสำรวจครัวเรือนในปี พ.ศ. 2562 พบกัญชาระบาดในทุกภาคของไทย คนไทยที่เคยใช้กัญชามีมากถึง 1.7 ล้านคน หรือ ร้อยละ 3.4 ของประชากรที่มีอายุ 12-65 ปี ทั่วประเทศ ผู้ที่ใช้กัญชาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีมากกว่า 6.6 แสนคน และกว่า 5 แสนคนใช้กัญชาในช่วงเดือนที่ผ่านมา<sup>2</sup>

กัญชาออกฤทธิ์หลายอย่างต่อระบบประสาทส่วนกลาง คือ ทั้งกระตุ้นประสาท กด และหลอนประสาท สารออกฤทธิ์ที่มีอยู่ในกัญชากว่า 100 ชนิด ที่สำคัญ คือ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ Canabidiol (CBD) สารนี้จะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางและระบบไหลเวียนโลหิตมากที่สุด ซึ่งจะมีผลต่ออารมณ์ ความจำ ความสามารถในการคิด sensorium, motor coordination, time sense และการรับรู้ตนเอง สันนิษฐานกันว่ามนุษย์รู้จักกัญชามานานกว่า 10,000 ปี<sup>3</sup> แม้ยังไม่พบรายงานผู้เสียชีวิตจากการใช้กัญชา

เกินขนาด (overdose deaths)<sup>4</sup> การศึกษาวิจัยในประเทศไทย พบว่า การสูบกัญชามีภาวะโรค (DALYs) ไม่แตกต่างจากการสูบบุหรี่ และยังต่ำกว่าการดื่มสุรา<sup>5</sup> กัญชาจัดอยู่ในบัญชียาเสพติดของสหประชาชาติ ภายใต้อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ.1961 (The Single Convention on Narcotics Drugs, 1961) ถือเป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ใช้กันมากที่สุดในโลก

คนไทยรู้จักกัญชามาอย่างยาวนาน พบว่า มีการปลูกเป็นพืชสมุนไพรและใช้ผสมอาหาร ประกอบกับการที่ประเทศไทยตั้งอยู่ในเขตร้อน ลักษณะทางภูมิศาสตร์และภูมิอากาศทำให้สามารถปลูกกัญชาได้ตลอดปี แต่เดิมคนไทยนิยมปลูกตามรั้วตามสวน เป็นพืชผักสวนครัว แต่หลังจากรัฐบาลกำหนดให้เป็นยาเสพติด จึงพบการลักลอบปลูกตามบริเวณเชิงเขา ชายป่า ริมห้วย กลางแปลงพืชไร่ (ไร่ถั่ว ไร่มันสำปะหลัง ไร่ข้าวโพด ไร่ฝ้าย) เป็นต้น แม้ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่ากัญชาเข้าสู่ประเทศไทยเมื่อใด รัฐบาลไทยได้เล็งเห็นโทษของกัญชา จึงได้ออกพระราชบัญญัติกัญชาขึ้นเป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2477 ห้ามไม่ให้สูบกัญชา ไม่ให้ปลูกกัญชา ยกเว้นการปลูกเพื่อการทดลองหรือการรักษาโรค พร้อมทั้งมีบทลงโทษผู้กระทำความผิด การบังคับใช้พระราชบัญญัติกัญชา ดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปี พ.ศ. 2522 รัฐบาลจึงได้ประกาศยกเลิกพระราชบัญญัติกัญชา (ยกเลิกการอนุญาตให้ใช้กัญชาทาง

การแพทย์) โดยมีพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ขึ้นมาใช้แทน<sup>5</sup> ทำให้กัญชามีสถานะเป็นยาเสพติดประเภท 5 ห้ามการปลูก ครอบครอง และเสพกัญชาโดยสิ้นเชิง

ปัจจุบันมีหลักฐานชัดเจนว่ากัญชามีสาร cannabinoids ที่เป็นประโยชน์ในการรักษาทางการแพทย์ในฐานะยาของแพทย์แผนตะวันตกมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1839 และแพทย์ได้นำมาใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาโรคต่าง ๆ<sup>6</sup> สำหรับผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาให้จำหน่ายได้ มีเพียงยาที่ใช้ลดอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ และลดอาการคลื่นไส้จากเจ็บบ่อยจากการได้รับเคมีบำบัด ในปลายปี พ.ศ. 2561 ได้มีการเคลื่อนไหวให้แก้ไขกฎหมายยาเสพติดเพื่ออนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ จนกระทั่งเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 จึงได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 อนุญาตให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ ทำให้เกิดการนำกัญชามาใช้อย่างกว้างขวาง โดยเผยแพร่ข้อความทางอินเตอร์เน็ตว่ากัญชาเป็นยาวิเศษสามารถรักษาได้ทุกโรค ทำให้เกิดการใช้กัญชาในหมู่ประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยส่วนใหญ่ใช้เพื่อนันทนาการ และใช้บำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยกันเอง ในหมู่ประชาชนอย่างกว้างขวาง ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทั้งในรูปแบบสารสกัดโดยการควบคุมของแพทย์ในสถานพยาบาล สมุนไพรทั้งสูตรดั้งเดิมและ

สูตรที่คิดขึ้นใหม่ ผลิตภัณฑ์กัญชาแปรรูปทั้งชนิดที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย<sup>7</sup> ทั้งนี้ ส่วนช่อดอกของต้นกัญชาและเมล็ดกัญชายังคงถือเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 มีบทลงโทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

ความเคลื่อนไหวจากฝ่ายการเมืองตั้งแต่ปลายปี พ.ศ.2561 ต่อเนื่องมาต้องการให้ปลดกัญชาจากบัญชียาเสพติดให้โทษจนกระทั่งมีการประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 และประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 กำหนดให้เหลือเฉพาะสารสกัดจากทุกส่วนของกัญชา และกัญชงที่มี THC เกินกว่าร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนักเท่านั้นที่ถือเป็นยาเสพติดให้โทษ ทำให้มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดีจากการใช้กัญชาอย่างแพร่หลายในสื่อต่าง ๆ รวมทั้งสื่อสังคมออนไลน์ซึ่งเยาวชนส่วนใหญ่เข้าถึงได้โดยง่าย หนึ่งในประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้กฎหมายมีผลบังคับ 120 วันหลังการประกาศ ส่งผลให้เดือนมิถุนายน 2565 พี่ชกัญชา กัญชง จึงหลุดออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษโดยสิ้นเชิง ประชาชนสามารถใช้ได้เสรีมีการนำกัญชาผสมอาหารและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ จำหน่ายอย่างเปิดเผย

การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายในช่วง 3 ปี (พ.ศ. 2562-2565) ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยอย่างมาก

โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น เยาวชน เป็นที่วิตกกังวลโดยทั่วไปว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะทำให้กัญชาระบาดในกลุ่มเยาวชนมากขึ้น จึงควรมีการศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายกัญชาในประเทศไทยดังกล่าว

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษานุกรมเวลาเปรียบเทียบการใช้กัญชาในเยาวชนกับการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายไทย

### วิธีการศึกษา (Method)

1. การออกแบบวิจัย ในการศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบกลุ่มย้อนหลัง (Historical Cohort) โดยทำการติดตามข้อมูล 3 ครั้ง คือ

1.1 เดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ.2559 ซึ่งเป็นช่วงที่กัญชายังมีสถานะยาเสพติดให้โทษ

1.2 เดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ.2562 ซึ่งเป็นช่วงที่กฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ทั้งในรูปแบบพืชและสารสกัด (โดยช่อดอกและเมล็ดยังคงอยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษประเภท 5)

1.3 เดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ.2565 ซึ่งเป็นช่วงที่กัญชาถูกถอดจากบัญชียาเสพติดให้โทษโดยสมบูรณ์

### 2. ประชากรและกลุ่มศึกษา

ประชากรเป้าหมาย คือ เยาวชนไทยไทยที่มีอายุ 12-18 ปี ทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2559

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มกระจุกสามขั้นตอนขนาดตัวอย่าง คำนวณภายใต้ความชุกในพื้นที่ต่าง ๆ จากการสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ ปีพ.ศ.2554<sup>๑</sup> คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนไทยที่มีอายุ 12-18 ปี สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาโดยได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ได้เยาวชนตัวอย่างทั้งสิ้น 5,286 คน

### 3. เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล

ตัวแปรสำคัญในการศึกษานี้ประกอบด้วย พฤติกรรมการใช้กัญชา (Cannabis Use Behaviour) โดยพฤติกรรมการใช้กัญชาในการศึกษานี้หมายถึง การนำกัญชาทุกรูปแบบ (กัญชาสด กัญชาแห้ง กัญชาน้ำ ยางกัญชา ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชา/สารสกัดกัญชา) เข้าสู่ร่างกาย (ทางปาก/สูบ) โดยสมัครใจ มุ่งเน้นประสบการณ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยนับรวมทั้งการใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางนันทนาการ (recreational) เพื่อวัตถุประสงค์เสริมการทำงาน (functional) และเพื่อวัตถุประสงค์ทางสุขภาพ (medicinal use)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบสอบถามชนิดตอบเอง ประกอบด้วย 2

ส่วน คือ คุณลักษณะทางประชากร และ พฤติกรรมการใช้กีฬา โดย

1) คุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ ผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารสนเทศ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 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) พฤติกรรมการใช้กีฬา ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ ผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารสนเทศ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 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) คณะผู้วิจัยทำหนังสือขอคำยินยอมจากผู้ปกครอง เมื่อผู้ปกครองยินยอมแล้วจึงดำเนินการในขั้นต่อไป
- 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่าง

ตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระ ในการตอบ/ไม่ตอบคำถามในแต่ละข้อได้

3) กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอม คณะผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม และขอรับคืน ในวันถัดมา (มีระยะเวลา 1 วัน) หากไม่ได้รับคืนทั้งฉบับจะถือว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ร่วมมือในการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการในช่วงเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน ของปี พ.ศ. 2559, 2562, และ 2565 โดยได้รับการรับรองจริยธรรม จากพัฒนาวิชาการ และข้อมูลสารสนเทศ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ISAN 3/2559

#### 4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับมาได้ ดำเนินการดังนี้

- 1) นำเข้าข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ ด้วยวิธีสอปทาน (data double entry) โดยกำหนดให้มีการป้อนข้อมูล 2 ครั้ง โดยผู้ป้อนข้อมูล 2 คนะที่เป็นอิสระต่อกัน ทำการตรวจสอบความซ้ำซ้อนและความคลาดเคลื่อนในการนำเข้าข้อมูล และแก้ไขปรับปรุง จนสามารถแน่ใจได้ว่าข้อมูลถูกต้อง
- 2) ปรับปรุงคุณภาพข้อมูล ทำการตรวจสอบค่านอกช่วง (Out of range) ค่าสูงต่ำกว่าปกติ (Outlier) ข้อมูลสูญหาย (Missing data) และแก้ไขปรับปรุงฐานข้อมูลให้เหมาะสม

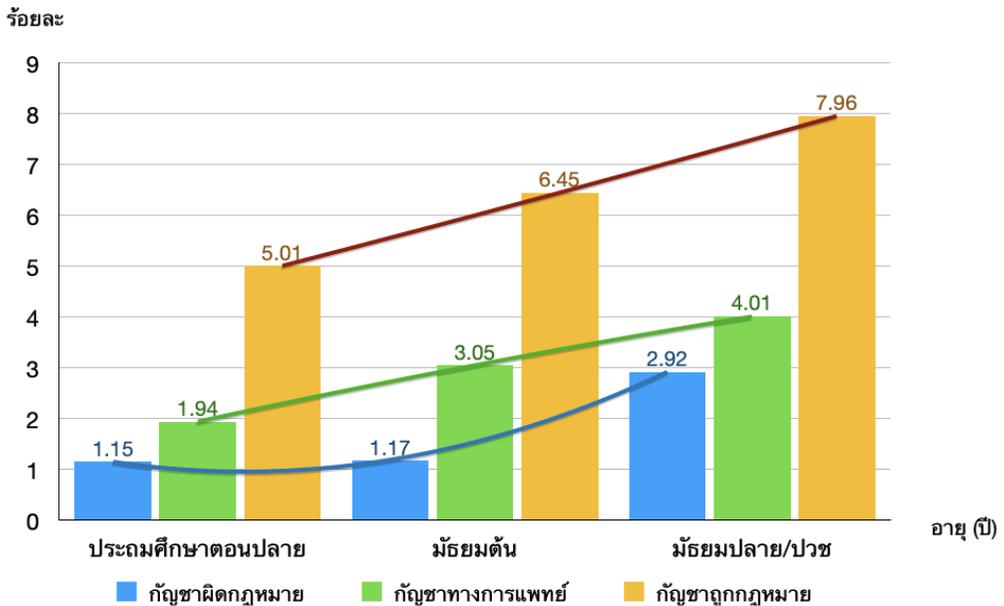
3) การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ  
พ ร ร ณ ๓ Cochran's Q test และ  
Generalized Estimating Equations (GEE)

### ผลการศึกษา (Results)

ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทาง  
นโยบายและข้อกฎหมายต่อการแพร่ระบาดของ  
ของกัญชาในกลุ่มเยาวชน จะเห็นได้อย่าง  
ชัดเจนเมื่อทำการเปรียบเทียบคนในรุ่นราว  
คราวเดียวกัน (Birth Cohort) แบบติดตาม  
ระยะเวลา โดยทำการเปรียบเทียบสัดส่วน  
การใช้กัญชาในคน 3 รุ่น (ประถมศึกษาตอน  
ปลาย มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษา  
ตอนปลาย/อาชีวศึกษาตอนต้น) ใน 3  
ช่วงเวลา (ช่วงกัญชาเป็นยาเสพติดติด  
กฎหมาย ช่วงกัญชาทางการแพทย์ ช่วง  
กัญชาถูกกฎหมาย) จากภาพกลุ่มคนในรุ่น  
ประถมศึกษาตอนปลายมีสัดส่วนการใช้  
กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 1.15  
ในช่วงที่กัญชาติดกฎหมาย เมื่อรัฐบาล  
ประกาศให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ทำ  
ให้อัตราการใช้กัญชาในคนกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเป็น  
ร้อยละ 1.94 หลังมีการปรับกฎหมายทำให้  
กัญชาถูกกฎหมายทำให้อัตราการใช้กัญชา  
เพิ่มขึ้น 2.5 เท่า จากช่วงกัญชาทางการแพทย์  
เป็นร้อยละ 5.01 หรือเพิ่มขึ้น 4.4 เท่าจากช่วง

กัญชาติดกฎหมาย แบบแผนนี้คล้ายกับกลุ่ม  
คนในรุ่นมัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีว  
ศึกษาตอนต้น (ปวช.) ซึ่งมีสัดส่วนการใช้  
กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 2.92  
ในช่วงที่กัญชาติดกฎหมาย เมื่อรัฐบาล  
ประกาศให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ทำ  
ให้อัตราการใช้กัญชาในคนกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเป็น  
ร้อยละ 4.01 แต่เมื่อรัฐบาลทำให้กัญชาถูก  
กฎหมายทำให้อัตราการใช้กัญชาเพิ่มขึ้น 2  
เท่าจากช่วงกัญชาทางการแพทย์เป็นร้อยละ  
7.96 หรือเพิ่มขึ้น 2.7 เท่าจากช่วงกัญชาติด  
กฎหมาย แต่คนในรุ่นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งมี  
สัดส่วนการใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา  
ร้อยละ 1.17 ในช่วงที่กัญชาติดกฎหมาย เมื่อ  
รัฐบาลประกาศให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ทำ  
ให้อัตราการใช้กัญชาในคนกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น 2.6  
เท่าเป็นร้อยละ 3.05 และเมื่อรัฐบาลทำให้  
กัญชา ถูกกฎหมายทำให้อัตราการใช้กัญชา  
เพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า จากช่วงกัญชาทาง  
การแพทย์เป็นร้อยละ 6.45 หรือเพิ่มขึ้น 5.5  
เท่าจากช่วงกัญชาติดกฎหมาย ทั้งนี้ความ  
เปลี่ยนแปลงดังกล่าว เมื่อทดสอบความ  
เปลี่ยนแปลงระหว่างช่วงเวลาด้วย  
Cochran's Q test พบว่าความเปลี่ยนแปลง  
ดังกล่าว มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.0001$ )

### พฤติกรรมการใช้กัญชา: เปรียบเทียบ 3 กลุ่ม 3 ช่วงเวลา



ภาพที่ 1 พฤติกรรมการใช้กัญชาของเยาวชนเปรียบเทียบตามระยะเวลา

จากภาพ เห็นได้ว่า ในช่วงที่กัญชาผิดกฎหมาย การใช้กัญชาของเยาวชนอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 1.15-2.92) เมื่อรัฐบาลประกาศให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ทำให้อัตราการใช้กัญชาสูงขึ้นร้อยละ 0.79-1.88 หลังมีการปรับกฎหมายทำให้กัญชาถูกกฎหมายทำให้อัตราการใช้กัญชาเพิ่มสูงขึ้นมาก (ร้อยละ 5.01-7.96) เมื่อทดสอบทดสอบทั้งความแตกต่างระหว่างกลุ่มและการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาด้วย GEE พบว่าความเปลี่ยนแปลงดังกล่าว มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ )

#### วิจารณ์ (Discussions)

การศึกษานี้พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายทำให้กัญชาแพร่ระบาดในเยาวชนเพิ่มมากขึ้น 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 ส่วนการใช้ในช่วง

เดือนที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 0.1 และ 1.1 ตามลำดับ<sup>2</sup> ซึ่งเป็นเพราะช่วงเวลาที่แตกต่างกันและวิธีการสุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน

การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายในประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศเดียวในกลุ่มสมาชิกอาเซียนที่อนุญาตกัญชาส่งผลกระทบต่อประเทศเพื่อนบ้านอาเซียนด้วย ซึ่งพบการจับกุมของกลางกัญชาในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนเพิ่มขึ้นอย่างมาก การจับกุมในปี พ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2562 ถึง 3 เท่า และเพิ่มขึ้น 16 เท่าจากปี พ.ศ. 2560<sup>9</sup>

เมื่อพิจารณาตัวเลขผู้เข้าบำบัดกัญชาในประเทศไทยที่ไม่ได้เพิ่มขึ้นหลังการประกาศปลดล็อกกัญชา ทั้งนี้เป็นเพราะผู้เสพกัญชามีอยู่เพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ที่ติดกัญชาจนต้องเข้ารับการบำบัด<sup>10</sup> ประกอบกับระบบข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบันไม่นำเข้าข้อมูลเยาวชน (อายุต่ำกว่า 18 ปี) ทำให้ไม่มีข้อมูลเยาวชน รวมทั้งผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นแบบกึ่งสมัครใจ (เจ้าหน้าที่ตั้งด่านตรวจปัสสาวะเมื่อพบผลบวกจึงนำส่งบำบัด) แต่เมื่อกัญชาไม่อยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษ จึงไม่มีการตรวจกัญชาทำให้ตัวเลขผู้เข้าบำบัดกัญชาในระบบไม่เพิ่มขึ้น

การใช้กัญชาก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพระยะสั้นที่ชัดเจน คือ อาการมึนเมา การรับรู้และพฤติกรรมผิดปกติ ขนาดของผลกระทบต่อขึ้นอยู่กับปริมาณที่ใช้ วิธีการใช้

การให้คุณค่าและทัศนคติของผู้ใช้กัญชา<sup>10</sup> แม้การทบทวนทางระบาดวิทยาจะยังไม่มีรายงานการตายจากการใช้กัญชาเกินขนาด<sup>3</sup> หลักฐานเกี่ยวกับประเด็นระบบไหลเวียนโลหิต การสูบกัญชากับโรคถุงลมโป่งพองและมะเร็งปอด ส่วนใหญ่ยังเป็นระดับกรณีศึกษา (cases report) และยังไม่พบบ่งชี้หลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือ<sup>11,12</sup> ในทางตรงกันข้าม การใช้กัญชาระยะยาวเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภท 2.9 เท่า<sup>13</sup> ผู้ใช้กัญชาเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ไม่ได้ใช้ประมาณร้อยละ 17 และความเสี่ยงนี้เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 62 ในผู้ใช้ในปริมาณมาก ๆ<sup>14</sup> ในแง่ของผลกระทบต่อสังคมจากการศึกษาในระยะยาวในปี ค.ศ. 1990 พบว่าผู้เริ่มใช้กัญชาก่อนอายุ 15 ปี มีแนวโน้มออกจากการเรียน<sup>15</sup> ผู้ที่ติดกัญชาหรือใช้กัญชาต่อเนื่องระยะยาวเป็นผู้ที่มีการศึกษาน้อยมีปัญหาด้านเศรษฐกิจว่างงาน และมีการใช้ยาเสพติดอื่น ๆ ร่วมด้วย<sup>16-18</sup> ยิ่งกว่านั้นยังมีโอกาสถูกปลดออกจากรานมากกว่าปกติ<sup>19</sup>

บางประเทศมีความเชื่อว่ากัญชาไม่ร้ายแรงเหมือนยาเสพติดชนิดอื่น ๆ กฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาได้ ในขณะที่บางประเทศที่กฎหมายอนุญาตเฉพาะกรณีจากประสบการณ์ของสหรัฐอเมริกาในการปฏิรูปกฎหมายกัญชา พบว่า เกิดการพัฒนาสายพันธุ์กัญชาให้มีค่า THC (delta-9-Tetrahydrocannabinol) สูงขึ้นโดยในช่วง 10

ปี มีการพัฒนาสายพันธุ์ที่มีค่า THC สูงขึ้นกว่าเท่าตัว<sup>1</sup> เช่นเดียวกับในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่พบว่า 1) การเพิ่มขึ้นของร้านค้ากาแฟที่ขึ้นทะเบียนให้ใช้กัญชาได้มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการเสพกัญชาในช่วงชีวิตของเยาวชนอายุ 18-20 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 44 ในช่วง 10 ปี และการเสพกัญชาในเดือนที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.5 เป็นร้อยละ 18.5 ในช่วงเวลาเดียวกัน<sup>20</sup> 2) อายุที่เริ่มใช้กัญชาลดลงจาก 15 ปี เป็น 14 ปี<sup>21</sup> 3) หลักรัฐบาลกำหนดอายุผู้ซื้อกัญชามีผลให้เยาวชนต้องหาซื้อกัญชาจากเพื่อนทำให้มีโอกาสใช้ยาอื่นและก่ออาชญากรรม<sup>22</sup>

ถึงแม้รัฐบาลจะแถลงว่าเจตนามุ่งเน้นที่การใช้กัญชาทางการแพทย์ แต่การถอดกัญชาจากบัญชียาเสพติดและยังไม่มีกฎหมายควบคุมในเวลาที่เหมาะสม จึงทำให้ประเทศไทยมีสภาพการณ์ไม่ต่างจากกัญชาเสรี

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2021. United Nations Publications; 2021.
2. Kanato M, Thaikhla K, Asnangkornchai S, Areesantichai C, Charoenrat S, Leyatikul P, Puengcheu K, Wonguppa R. Report on the results

### ข้อยุติ (Conclusions)

นโยบายกัญชาทางการแพทย์ส่งผลให้เยาวชนเสพกัญชามากขึ้นโดยเฉพาะในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนการปลดกัญชาจากบัญชียาเสพติดทำให้เยาวชนเสพกัญชาเพิ่มขึ้น 2.7-5.5 เท่า

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

การเปลี่ยนแปลงแก้ไขนโยบายและข้อกฎหมายเพื่อควบคุมการใช้กัญชา ควรกำหนดมาตรการควบคุมอย่างรัดกุมเพื่อไม่ให้มีการนำไปใช้เพื่อนันทนาการ โดยเฉพาะในเยาวชน อันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

สถานะทางกฎหมายของการใช้กัญชาแตกต่างกันในประเทศต่าง ๆ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงสถานะทางกฎหมายของประเทศไทยทำให้เยาวชนใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้น

of a national household survey to estimate the population of substance abusers in Thailand in 2019. Bangkok: Charunsanitwong Publishing; 2019. [in Thai].

3. Abel EL. MARIJUANA The First Twelve Thousand Years. New York: Springer; 1986.
4. 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.
5. 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].
6. Joy J, Mack A, **Marijuana as medicine?: The science beyond the controversy.** Washington D.C.: National Academies Press; 2000.
7. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Impacts of Medical Cannabis Law in Thailand. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 27-36. [in Thai].
8. ACSAN. **Quality of Life and Living Survey Report: Estimated Number of Substance Abuse Population in Thailand B.E.2554.** Bangkok: Charunsanitwong Publishing; 2011. [in Thai].
9. Kanato M, Sarasiri R, Leyatikul P. **ASEAN DRUG MONITORING REPORT 2021.** Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2021.
10. Brands B, Marshman J, Sproule B. **Drugs & Drug Abuse: A Reference Text.** Addiction Research Foundation; 1998.
11. Joshi M, Joshi A, Bartter T. Marijuana and lung diseases. **Current opinion in pulmonary medicine** 2014; 20(2): 173-179.
12. Hackam DG. Cannabis and stroke: systematic appraisal of case reports. **Stroke** 2015; 46(3): 852-856.
13. Semple DM, McIntosh AM, Lawrie SM. Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. **Journal of Psychopharmacology** 2005; 19(2): 187-194.
14. 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.
15. 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.
16. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. **Addiction** 2006; 101(4): 556-569.
17. Fergusson DM, Boden JM. Cannabis use and later life outcomes. **Addiction** 2008;103(6): 969-976.
18. 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.
19. 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.
20. MacCoun R, Reuter P. Evaluating alternative cannabis regimes. **The British Journal of Psychiatry** 2001; 178(2): 123-128.
21. Monshouwer K, Smit F, De Graaf R, Van Os J, 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.
22. Korf DJ. Dutch coffee shops and trends in cannabis use. **Addictive behaviors** 2002; 27(6): 851-866.