

ผลกระทบจากการแก้ไขกฎหมายกัญชาต่อการใช้กัญชาในเยาวชนไทย

รังสิยา วงศ์อุปปา*, สุภัทราภรณ์ ทองจิตร**

บทคัดย่อ

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

ผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้กัญชาในเยาวชนพบว่า เยาวชนมีสัดส่วนการใช้กัญชามากขึ้น ทั้งนี้ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)

คำสำคัญ: กัญชา; เยาวชน; กฎหมาย; ผลกระทบ

*คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

**สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

Corresponding author: Rungsiya Wonguppa E-mail: rungsiya_won@vu.ac.th

Received 24/07/2024

Revised 23/08/2024

Accepted 23/09/2024

THE IMPACT OF CANNABIS LAW AMENDMENTS TO CANNABIS USE AMONG THAI YOUTHS

Rungsiya Wonguppa, Supattarayan Thongjit***

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 serials cross-sectional survey research across the country. The sample consisted of 15,766 youths aged 12-24, using a stratified multi-stage sampling method. Data collection employed self-administered questionnaires. Data were analyzed with descriptive statistics and chi-square.

It has emerged that cannabis use behavior increased. These changes were statistically significant. ($P < 0.01$)

Keywords: Cannabis; Youth; Law; Impact

*Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

**Institute of Dentistry, Suranaree University of Technology

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

กัญชาถูกนำมาใช้เสพทั้งในรูปกัญชาสด กัญชาแห้ง กัญชาน้ำ (Cannabis Oil) ยางกัญชา (Hashish) น้ำมันกัญชา (Hashish Oil) และผลิตภัณฑ์แปรรูปของเรซินชนิดอื่น¹ กัญชาจัดอยู่ในบัญชียาเสพติดของสหประชาชาติ ภายใต้อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 (The Single Convention on Narcotics Drugs, 1961) ถือเป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ใช้กันมากที่สุดในโลก กัญชาออกฤทธิ์หลายอย่างต่อระบบประสาทส่วนกลาง คือ ทั้งกระตุ้นประสาท กด และหลอนประสาท สารออกฤทธิ์ที่มีอยู่ในกัญชากว่า 100 ชนิด ที่สำคัญคือ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) และ Canabidiol (CBD) สารนี้จะออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางและระบบไหลเวียนโลหิตมากที่สุด ซึ่งจะมีผลต่ออารมณ์ ความจำ ความสามารถในการประมวลผลการคิด sensorium, motor coordination, time sense และการรับรู้ตนเอง สันนิษฐานกันว่ามนุษย์รู้จักกัญชามานานกว่า 10,000 ปี² แม้ยังไม่พบรายงานผู้เสียชีวิตจากการใช้กัญชาเกินขนาด (overdose deaths)³ การศึกษาวิจัยในประเทศไทยพบว่า การสูบกัญชามีภาระโรค (DALYs) ไม่แตกต่างจากการสูบบุหรี่ และยิ่งต่ำกว่าการดื่มสุรา⁴ สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ

(United Nations Office on Drugs Crime, UNODC) คาดประมาณว่า ปี ค.ศ. 2019 มีผู้ใช้กัญชา 200 ล้านคน หรือร้อยละ 4 ของประชากรโลกที่มีอายุระหว่าง 15-64 ปี อัตราความชุกของการใช้กัญชายังคงเพิ่มขึ้นในหลายประเทศ ซึ่งผู้ใช้กัญชาส่วนใหญ่เป็นเยาวชน⁵ ข้อมูลการสำรวจครัวเรือนในปี พ.ศ. 2562 พบกัญชาระบาดในทุกภาคของไทย คนไทยที่เคยใช้กัญชามีมากถึง 1.7 ล้านคน หรือ ร้อยละ 3.4 ของประชากรที่มีอายุ 12-65 ปีทั่วประเทศ ผู้ที่ใช้กัญชาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีมากกว่า 6.6 แสนคน และกว่า 5 แสนคนใช้กัญชาในช่วงเดือนที่ผ่านมา⁶

คนไทยรู้จักกัญชามาอย่างยาวนานพบว่า มีการปลูกเป็นพืชสมุนไพรและใช้ผสมอาหาร ประกอบกับการที่ประเทศไทย ตั้งอยู่ในเขตร้อน ลักษณะทางภูมิศาสตร์และภูมิอากาศทำให้สามารถปลูกกัญชาได้ตลอดปี แต่เดิมคนไทยนิยมปลูกตามรั้วตามสวนเป็นพืชผักสวนครัว แต่หลังจากรัฐบาลกำหนดให้เป็นยาเสพติด จึงพบการลักลอบปลูกตามบริเวณเชิงเขา ชายป่า ริมห้วย กลางแปลงพืชไร่ (ไร่อ้อย ไร่มันสำปะหลัง ไร่ข้าวโพด ไร่อ้อย) เป็นต้น แม้ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่ากัญชาเข้าสู่ประเทศไทย เมื่อใด รัฐบาลไทยได้เล็งเห็นโทษของกัญชา จึงได้ออกพระราชบัญญัติกันชาขึ้นเป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2477 ห้ามไม่ให้สูบกัญชา ไม่ให้ปลูกกัญชา ยกเว้นการปลูกเพื่อการทดลองหรือการรักษาโรค พร้อมทั้งมีบทลงโทษผู้กระทำ

ความผิด การบังคับใช้พระราชบัญญัติกัญชา ดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปี พ.ศ. 2522 รัฐบาล จึงได้ประกาศยกเลิกพระราชบัญญัติ กัญชา (ยกเลิกการอนุญาตให้ใช้กัญชาทาง การแพทย์) โดยมีพระราชบัญญัติยาเสพติด ให้โทษ พ.ศ. 2522 ขึ้นมาใช้แทน⁴ ทำให้ กัญชามีสถานะเป็นยาเสพติดประเภท 5 ห้าม การปลูก ครอบครอง และเสพกัญชาโดย ลิ่นเชิง

ปัจจุบันมีหลักฐานชัดเจนว่ากัญชามี สาร cannabinoids ที่เป็นประโยชน์ในการ รักษาทางการแพทย์ในฐานะยาของแพทย์ แผนตะวันตกมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1839 และ แพทย์ได้นำมาใช้เป็นทางเลือกในการ บำบัดรักษาโรคต่างๆ⁷ สำหรับผลิตภัณฑ์ทาง การแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากองค์การ อาหารและยาให้จำหน่ายได้ มีเพียงยาที่ใช้ ลดอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ และลดอาการ คลื่นไส้จากเจ็รจากการได้รับเคมีบำบัด ใน ปลายปี พ.ศ. 2561 ได้มีการเคลื่อนไหวให้ แก้ไขกฎหมายยาเสพติดเพื่ออนุญาตให้ใช้ กัญชาทางการแพทย์ได้ จนกระทั่งเมื่อเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 จึงได้มีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 อนุญาตให้มีการใช้กัญชาทาง การแพทย์ได้ ทำให้เกิดการนำกัญชามาใช้ อย่างกว้างขวาง โดยเผยแพร่ข้อความทาง อินเทอร์เน็ตว่ากัญชาเป็นยาวิเศษสามารถ รักษาได้ทุกโรค ทำให้เกิดการใช้กัญชาในหมู่ ประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยส่วนใหญ่ใช้

เพื่อนันทนาการ และใช้บำบัดรักษาอาการ เจ็บป่วยกันเองในหมู่ประชาชนอย่าง กว้างขวาง ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทั้งใน รูปสารสกัดโดยการควบคุมของแพทย์ใน สถานพยาบาล สมุนไพรทั้งสูตรดั้งเดิมและ สูตรที่คิดขึ้นใหม่ ผลิตภัณฑ์กัญชาแปรรูปทั้ง ชนิดที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย⁸ ทั้งนี้ ส่วนช่อดอกของต้นกัญชาและเมล็ดกัญชา ยังคงถือเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 มี บทลงโทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้ โทษ พ.ศ. 2522

ความเคลื่อนไหวจากฝ่ายการเมือง ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2561 ต่อเนื่องมาต้องการ ให้ปลดกัญชาจากบัญชียาเสพติดให้โทษ จนกระทั่งมีการประกาศใช้ประมวลกฎหมาย ยาเสพติด เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 และประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องระบุ ชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 กำหนดให้ เหลือเฉพาะสารสกัดจากทุกส่วนของกัญชา และกัญชงที่มี THC เกินกว่าร้อยละ 0.2 โดย น้ำหนักเท่านั้นที่ถือว่าเป็นยาเสพติดให้โทษ ทำให้มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดีจากการใช้ กัญชาอย่างแพร่หลายในสื่อต่าง ๆ รวมทั้งสื่อ สังคมออนไลน์ ซึ่งเยาวชนส่วนใหญ่เข้าถึงได้ โดยง่าย อนึ่งประกาศกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้กฎหมายมีผลบังคับ 120 วันหลัง การประกาศ ส่งผลให้เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 พืชกัญชา กัญชง จึงหลุดออกจากบัญชี ยาเสพติดให้โทษโดยสิ้นเชิง ประชาชน

สามารถใช้ได้เสรีมีการนำกัญชาผสมอาหาร และผลิตภัณฑ์ต่างๆ จำหน่ายอย่างเปิดเผย

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

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสัดส่วนการใช้กัญชาในเยาวชนไทยภายหลังการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายไทย

วิธีการศึกษา (Method)

1. การออกแบบวิจัย

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

1.1 การสำรวจเมื่อเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2559 ซึ่งเป็นการสำรวจในช่วงที่กัญชายังมีสถานะยาเสพติดให้โทษ

1.2 การสำรวจเมื่อเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นการสำรวจในช่วงที่กฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชา

ทางการแพทย์ได้ทั้งในรูปแบบพืชและสารสกัด (โดยช่อดอกและเมล็ดยังคงอยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษประเภท 5)

1.3 การสำรวจเมื่อเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นการสำรวจในช่วงที่กัญชาถูกถอดจากบัญชียาเสพติดให้โทษโดยสมบูรณ์

2. ประชากรและกลุ่มศึกษา

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

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มกระจุกสามขั้นตอน

ขนาดตัวอย่าง คำนวณภายใต้ความชุกในพื้นที่ต่างๆ ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 1 ค่า design effect เท่ากับ 13 คาดประมาณสัดส่วนผู้ไม่สมัครใจร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างในการสำรวจแต่ละครั้ง 5,778 คน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนไทยที่มีอายุ 12-24 ปี ในวันที่สำรวจ และสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาโดยได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองโดยมีอัตราการตอบกลับร้อยละ 90.14, 91.49, และ 91.25 ตามลำดับ ได้เยาวชนตัวอย่างทั้งสิ้น 15,766 คน

3. เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล

ตัวแปรสำคัญในการศึกษานี้ ประกอบด้วย พฤติกรรมการใช้กัญชา (Cannabis Use Behaviour) โดยพฤติกรรม

การใช้กัญชาในการศึกษานี้ หมายถึงการนำกัญชาทุกรูปแบบ (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 และพฤติกรรมการใช้กัญชา โดย

1) คุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ ผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารสนเทศภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 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) พฤติกรรมการใช้กัญชา ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ ผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารสนเทศภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 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 คณะผู้วิจัยทำหนังสือขอคำยินยอมจากผู้ปกครอง เมื่อผู้ปกครองยินยอมแล้วจึงดำเนินการในขั้นต่อไป

2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบ/ไม่ตอบคำถามในแต่ละข้อได้

3) กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอม คณะผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม และขอรับคืนในวันถัดมา (มีระยะเวลา 1 วัน) หากไม่ได้รับคืนทั้งฉบับจะถือว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ร่วมมือในการศึกษา

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

4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับมาได้ดำเนินการดังนี้

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

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

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

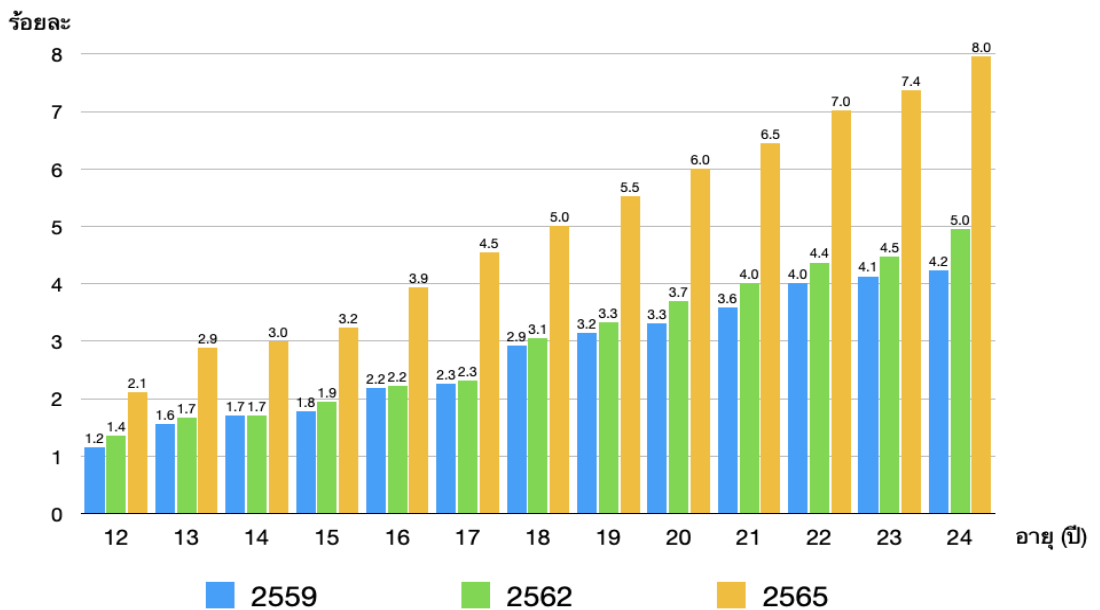
ต่อมาเมื่อมีการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ สามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อสุขภาพได้โดยง่าย รวมทั้งการเข้าถึงกัญชาในรูปแบบอื่นๆ ส่งผลให้เยาวชนมีพฤติกรรมใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุร้อยละ 3.05 (95%CI 68.14-70.64) ค่าสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 4.95 ต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 1.36 โดยเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 0.26 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 0.7 โดยอายุ 14 ปี ไม่เปลี่ยนแปลงอยู่ระดับเดิมที่ร้อยละ 1.7)

ในช่วงที่กัญชาไม่ใช่ยาเสพติด มีการซื้อขายกัญชาอย่างเปิดเผยทุกรูปแบบ รวมทั้งการซื้อขายในที่สาธารณะ ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เยาวชนสามารถเข้าถึงกัญชาได้โดยง่ายสามารถหากัญชามาเสพได้ทั้งจากในสถานศึกษา ในชุมชน โดยใช้เวลาที่จะได้รับกัญชาน้อยกว่า 10 นาที ประกอบกับความอยากรู้อยากลองของเยาวชน ส่งผลให้เยาวชนมีพฤติกรรมใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่

ผ่านมาเพิ่มมากขึ้น 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 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มสูงขึ้นจากช่วงกัญชาทางการแพทย์ร้อยละ 1.77 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 3.02 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 0.75)

พฤติกรรมใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเพิ่มสูงขึ้นจากช่วงกัญชาเป็นยาเสพติดร้อยละ 2.03 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 24 ปีร้อยละ 3.72 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 0.96) ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วนเยาวชนที่ใช้กัญชาในแต่ละอายุ พบว่าความเปลี่ยนแปลงในแต่ละอายุ มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)

สัดส่วนเยาวชนที่ใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา



ภาพที่ 1 สัดส่วนเยาวชนที่ใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาจำแนกตามอายุ

ทั้งนี้ ผลลัพธ์ที่ศึกษาที่เยาวชนนิยมใช้อาศัยอยู่ในรูป กัญชาแห้ง กัญชาสด ขนและอาหารที่มีส่วนผสมของกัญชา

วิจารณ์ (Discussions)

แม้ว่าขนาดตัวอย่างและกระบวนการสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น (probability sampling) ในการสำรวจแต่ละครั้งจะคำนึงถึงความเป็นตัวแทน (representativeness) และความเพียงพอต่ออำนาจทางสถิติ (statistical power) ในการวิเคราะห์ข้อมูล แต่ด้วยข้อจำกัดทางจริยธรรมในการวิจัย ที่ต้องคำนึงถึงความเป็นอิสระในการตอบคำถาม การมีเวลาเพียงพอ และความสนใจในการตอบคำถามทั้งแบบรายข้อหรือทั้งฉบับ ทำให้อาจพบความคลาดอยู่บ้าง อาทิ ในบางกลุ่มอายุอัตราการตอบกลับระหว่างเพศไม่เท่ากัน และการตอบกลับไม่เท่ากันในทุกครั้งที่ทำการสำรวจ แต่พบว่าการตอบกลับสูงกว่าร้อยละ 90 ในทุกกลุ่มอายุ ทั้งสองเพศ และในการสำรวจทุกครั้ง ทำให้ผลการศึกษาที่มีความคลาดเคลื่อนต่ำ

การศึกษานี้พบว่าการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายทำให้กัญชาแพร่ระบาดในเยาวชนเพิ่มมากขึ้น เมื่อแบ่งกลุ่มอายุเป็นกลุ่ม 12-19 ปีและ 20-24 ปี พบว่าอัตราการใช้กัญชาก่อนปลดล็อกกัญชา (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

การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายในประเทศไทย ซึ่งเป็นประเทศเดียวในกลุ่มสมาชิกอาเซียนที่อนุญาตกัญชาส่งผลกระทบต่อประเทศเพื่อนบ้านอาเซียนด้วย ซึ่งพบการจับกุมของกลางกัญชาในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนเพิ่มขึ้นอย่างมาก การจับกุมในปี พ.ศ.2564 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2562 ถึง 3 เท่า และเพิ่มขึ้น 16 เท่าจากปี พ.ศ. 2560¹⁰

เมื่อพิจารณาตัวเลขผู้เข้าบำบัดกัญชาในประเทศไทยที่ไม่ได้เพิ่มขึ้นหลังการประกาศปลดล็อกกัญชา ทั้งนี้เป็นเพราะผู้เสพกัญชามีอยู่เพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่ติดกัญชาจนต้องเข้ารับการบำบัด¹⁰ ประกอบกับระบบข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบันไม่นำเข้าข้อมูลเยาวชน (อายุต่ำกว่า 18 ปี) ทำให้ไม่มีข้อมูลเยาวชน รวมทั้งผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นแบบกึ่งสมัครใจ (เจ้าหน้าที่ตั้งด่านตรวจปัสสาวะเมื่อพบผลบวกจึงนำส่งบำบัด) แต่เมื่อกัญชาไม่อยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษ จึงไม่มีการตรวจกัญชาทำให้ตัวเลขผู้เข้าบำบัดกัญชาในระบบไม่เพิ่มขึ้น

การใช้กัญชาก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพระยะสั้นที่ชัดเจน คือ อาการมึนเมา การรับรู้และพฤติกรรมผิดปกติ ขนาดของผลกระทบขึ้นอยู่กับปริมาณที่ใช้ วิธีการใช้ การให้คุณค่าและทัศนคติของผู้ใช้กัญชา¹¹ แม้การทบทวนทางระบาดวิทยาจะยังไม่มีรายงานการตายจากการใช้กัญชาเกินขนาด³ หลักฐานเกี่ยวกับประเด็นระบบไหลเวียนโลหิต การสูบกัญชากับโรคถุงลมโป่งพองและมะเร็งปอด ส่วนใหญ่ยังเป็นระดับกรณีศึกษา (cases report) และยังไม่มีหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือ^{12,13} ในทางตรงกันข้าม การใช้กัญชาระยะยาวเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภท 2.9 เท่า¹⁴ ผู้ใช้กัญชาเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ไม่ได้ใช้ประมาณร้อยละ 17 และความเสี่ยงนี้เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 62 ในผู้ใช้ในปริมาณมาก ๆ¹⁵ ในแง่ของผลกระทบทางสังคมจากการศึกษาระยะยาวในปี ค.ศ. 1990 พบว่าผู้เริ่มใช้กัญชาก่อนอายุ 15 ปี มีแนวโน้มออกจากการเรียน¹⁶ ผู้ที่ติดกัญชาหรือใช้กัญชาต่อเนื่องระยะยาวเป็นผู้ที่มีการศึกษาน้อยมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ว่างงาน และมีการใช้ยาเสพติดอื่น ๆ ร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Kanato M, Leyatikul P, Ritmontri S. The documentary research report on Cannabis Policies and Problem Solving: Case studies of the United

¹⁷⁻¹⁹ ยิ่งกว่านั้น ยังมีโอกาสสูญปลอดออกจากงานมากกว่าปกติ²⁰

ข้อยุติ (Conclusions)

นโยบายกัญชาทางการแพทย์ส่งผลให้เยาวชนเสพกัญชามากขึ้นโดยเฉพาะในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนการปลดกัญชาจากบัญชียาเสพติดทำให้เยาวชนเสพกัญชาเพิ่มขึ้น 2.7-5.5 เท่า

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

รัฐควรเปลี่ยนแปลงแก้ไขนโยบายและข้อกฎหมายเพื่อควบคุมการใช้กัญชา เพื่อให้ไม่ให้เกิดการนำไปใช้เพื่อนันทนาการ โดยเฉพาะในเยาวชน อันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

สถานะทางกฎหมายของการใช้กัญชาแตกต่างกันในประเทศต่าง ๆ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงสถานะทางกฎหมายของประเทศไทยทำให้เยาวชนใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้น

Kingdom and the United States of America. Bangkok: Charunsanitwong Publishing; 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, Boonjumng 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, Puengcheu K, Wonguppa R. **Report on the results of a national household survey to estimate the population of substance abusers in Thailand in 2019**. Bangkok: Charunsanitwong Publishing; 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 Publishing; 2011. [in Thai]
10. Kanato M, Sarasiri R, Leyatikul P. **ASEAN DRUG MONITORING REPORT 2021**. Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2022.
11. Brands B, Marshman J, Sproule B. **Drugs & Drug Abuse: A Reference Text**. Addiction Research Foundation; 1998.
11. Brands B, Marshman J, Sproule B. **Drugs & Drug Abuse: A Reference Text**. Addiction Research Foundation; 1998.
12. Joshi M, Joshi A, Bartter T. Marijuana and lung diseases. **Current opinion in pulmonary medicine** 2014; 20(2): 173-179.

13. Hackam DG. **Cannabis and stroke: systematic appraisal of case reports.** *Stroke* 2015; 46(3): 852-856.
14. Semple DM, McIntosh AM, Lawrie SM. Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. **Journal of psychopharmacology** 2005; 19(2): 187-194.
15. 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.
16. 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.
17. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. **Addiction** 2006; 101(4): 556-569.
18. Fergusson DM, Boden JM. Cannabis use and later life outcomes. **Addiction** 2008; 103(6): 969-976.
19. 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.
20. 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.