

พลวัตการเข้าถึงกัญชาของเยาวชนไทย

กิตติมา อินสิริ*, จักรสันต์ เลียหยุด**

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาที่สำคัญในช่วงปี พ.ศ. 2562-2565 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้กัญชาในเยาวชนไทย เป็นการออกแบบการวิจัยที่เป็นการศึกษาเชิงสำรวจสามครั้งทั่วประเทศ กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนอายุ 12-24 ปีจำนวน 15,766 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีจำแนกชั้นภูมิหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตอบเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและไคว์สแควร์

ผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการเข้าถึงกัญชาในเยาวชน พบว่า เยาวชนสามารถเข้าถึงกัญชาได้ง่ายขึ้น และมีพฤติกรรมการใช้กัญชามากขึ้น ทั้งนี้ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.0001$)

คำสำคัญ: กัญชา; เยาวชน; การเข้าถึง

*ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ จังหวัดยะลา

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

Corresponding author: Kittima Insiri Email:kittymomen@gmail.com

Received 19/07/2024

Revised 20/08/2024

Accepted 19/09/2024

THE DYNAMICS OF CANNABIS ACCESSIBILITY AMONG THAI YOUTHS

Kittima Insiri, Jugsun Loeiyood***

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 conducted using three multi-serial cross-sectional surveys across the country. Using a stratified multi-stage sampling method, the sample consisted of 15,766 youths aged 12-24. Data collection employed self-administered questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and chi-square.

It has emerged that youths have easier access to cannabis. Cannabis use behavior increased. These changes were statistically significant. ($P < 0.0001$)

Keywords: Cannabis; Youth; Accessibility

*Southern Border Provinces Administration Centre, Yala Province

**Khon Kaen Provincial Health Office

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

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 อัตราความชุกของการใช้กัญชายังคงเพิ่มขึ้นในหลายประเทศซึ่งผู้ใช้กัญชาส่วนใหญ่เป็นเยาวชน¹ 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 แสนคนใช้กัญชาในช่วงเดือนที่ผ่านมา²

คนไทยรู้จักกัญชามาอย่างยาวนานพบว่า มีการปลูกเป็นพืชสมุนไพรและใช้ผสมอาหาร ประกอบกับการที่ประเทศไทยตั้งอยู่ในเขตร้อน ลักษณะทางภูมิศาสตร์และภูมิอากาศทำให้สามารถปลูกกัญชาได้ตลอดปี แต่เดิมคนไทยนิยมปลูกตามครัวตามสวนเป็นพืชผักสวนครัว แต่หลังจากรัฐบาลกำหนดให้เป็นยาเสพติด จึงพบการลักลอบ

ปลูกตามบริเวณเชิงเขา ชายป่า ริมห้วย กลางแปลงพืชไร่ (ไร่ข้าวไร้ง ไร่มันสำปะหลัง ไร่ข้าวโพด ไร่ฝ้าย) เป็นต้น แม้ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่า กัญชาเข้าสู่ประเทศไทย เมื่อใด รัฐบาลไทยได้เล็งเห็นโทษของกัญชา จึงได้ออกพระราชบัญญัติกัญชากันขึ้นเป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2477 ห้ามไม่ให้สูบกัญชา ไม่ให้ปลูกกัญชา ยกเว้นการปลูกเพื่อการทดลองหรือการรักษาโรค พร้อมทั้งมีบทลงโทษผู้กระทำความผิด การบังคับใช้พระราชบัญญัติกัญชา ดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปี พ.ศ. 2522 รัฐบาลจึงได้ประกาศยกเลิกพระราชบัญญัติกัญชา (ยกเลิกการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์) โดยมีพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ขึ้นมาใช้แทน³ ทำให้กัญชามีสถานะเป็นยาเสพติดประเภท 5 ห้ามการปลูก ครอบครอง และเสพกัญชาโดยสิ้นเชิง

ปฏิเสธไม่ได้ว่า การที่ยาเสพติดแพร่ระบาด ส่วนหนึ่งมาจากความสามารถในการเข้าถึงยาเสพติด การเข้าถึงยาเสพติด (Drug Accessibility) เป็นแนวคิดที่หมายถึงการที่บุคคลหรือกลุ่มคนสามารถหาหรือใช้สารเสพติดได้ง่ายหรือยากในบริบททางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และกฎหมาย^{4,5} การเข้าถึงนี้ครอบคลุมทั้งการเข้าถึงเชิงกายภาพ (เช่น การมีแหล่งจำหน่ายใกล้บ้านหรือในชุมชน) และเชิงสังคม (เช่น การได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน) รวมถึงการที่กฎหมายหรือมาตรการของรัฐช่วยส่งเสริม

หรือขัดขวางการเข้าถึงดังกล่าว World Health Organization (WHO) อธิบายว่าการเข้าถึงยาควบคุม (controlled substances) รวมถึงยาเสพติด ขึ้นอยู่กับ "ความพร้อมของยาในสถานพยาบาล ความสามารถในการจัดซื้อ และนโยบายการควบคุมการใช้"⁶

ปัจจุบันมีหลักฐานชัดเจนว่ากัญชามีสาร cannabinoids ที่เป็นประโยชน์ในการรักษาทางการแพทย์ในฐานะยาของแพทย์แผนตะวันตกมาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1839 และแพทย์ได้นำมาใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาโรคต่าง ๆ⁷ สำหรับผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาให้จำหน่ายได้ มีเพียงยาที่ใช้ลดอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ และลดอาการคลื่นไส้จากเจ็รจากการได้รับเคมีบำบัด ในปลายปี พ.ศ. 2561 ได้มีการเคลื่อนไหวให้แก้ไขกฎหมายยาเสพติดเพื่ออนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ จนกระทั่งเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 จึงได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 อนุญาตให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ ทำให้เกิดการนำกัญชามาใช้อย่างกว้างขวาง โดยเผยแพร่ข้อความทางอินเทอร์เน็ตว่ากัญชาเป็นยาวิเศษสามารถรักษาได้ทุกโรค ทำให้เกิดการใช้กัญชาในหมู่ประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยส่วนใหญ่ใช้เพื่อนันทนาการ และใช้บำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยกันเองในหมู่ประชาชนอย่างกว้างขวาง ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทั้งใน

รูปสารสกัดโดยการควบคุมของแพทย์ในสถานพยาบาล สมุนไพรทั้งสูตรดั้งเดิมและสูตรที่คิดขึ้นใหม่ ผลิตภัณฑ์กัญชาแปรรูปทั้งชนิดที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย⁸ ทั้งนี้ ส่วนช่อดอกของต้นกัญชาและเมล็ดกัญชา ยังคงถือเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 มีบทลงโทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

ความเคลื่อนไหวจากฝ่ายการเมือง ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2561 ต่อเนื่องมาต้องการให้ปลดกัญชาจากบัญชียาเสพติดให้โทษ จนกระทั่งมีการประกาศใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 และประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 กำหนดให้เหลือเฉพาะสารสกัดจากทุกส่วนของกัญชา และกัญชงที่มี THC เกินกว่าร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนักเท่านั้นที่ถือว่าเป็นยาเสพติดให้โทษ ทำให้มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดีจากการใช้กัญชาอย่างแพร่หลายในสื่อต่าง ๆ รวมทั้งสื่อสังคมออนไลน์ซึ่งเยาวชนส่วนใหญ่เข้าถึงได้โดยง่าย หนึ่งประกาศกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้กฎหมายมีผลบังคับ 120 วันหลังการประกาศ ส่งผลให้เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 พืชกัญชา กัญชง จึงหลุดออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษโดยสิ้นเชิง ประชาชนสามารถใช้ได้เสรีมีการนำกัญชาผสมอาหารและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ จำหน่ายอย่างเปิดเผย

การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายในช่วง 3 ปี (พ.ศ. 2562-2565) ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยอย่างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น เยาวชน เป็นที่วิตกกังวลโดยทั่วไปว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะทำให้กฎขาระบาดในกลุ่มเยาวชนมากขึ้น จึงควรมีการศึกษาความสามารถในการเข้าถึงกัญชาจากการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายกัญชาในประเทศไทยดังกล่าว

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการเข้าถึงกัญชาของเยาวชนไทยภายหลังการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายไทย

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 ทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2559, 2562, และ 2565

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มกระจุกสามขั้นตอนโดย

1) แบ่งพื้นที่ประเทศไทยออกเป็น 10 ชั้นภูมิตามภาค ปปส.

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

3) แต่ละจังหวัดจำแนกชั้นภูมิตามระดับการศึกษา 4 ชั้นภูมิ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษาและอุดมศึกษา

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

5) แต่ละสถานศึกษาสุ่มตัวอย่างแบบระบบห้องเรียน ห้องเรียนระดับประถมศึกษาสุ่มเฉพาะประถมศึกษาปีที่ 5 และประถมศึกษาปีที่ 6 รวม 10 ห้อง, ระดับ

มัธยมศึกษาสู่มัธยมศึกษาปีที่ 1-6 รวม 6 ห้อง, ระดับอาชีวศึกษา 2 แห่ง สู่มัธยมศึกษาระดับ ปวช.1-3 และ ปวส.1-2 รวม 5 ห้อง, ระดับอุดมศึกษาสู่มัธยมศึกษา ระดับปริญญาตรีปีที่ 1-4 รวม 4 ห้อง

6) แต่ละห้องขอความร่วมมือกลุ่ม ตัวอย่างทุกรายตอบแบบสอบถาม

ขนาดตัวอย่าง คำนวณภายใต้ ความชุกในพื้นที่ต่าง ๆ อยู่ระหว่าง 17.48 - 240.72 ต่อ 1,000 ประชากรจากการสำรวจ คราวเรือนทั่ว ประเทศ ปีพ.ศ. 2554⁹ ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 1 ค่า design effect เท่ากับ 13 คาดประมาณสัดส่วน ผู้ไม่สมัครใจร้อยละ 10 คุณสมบัติของกลุ่ม ตัวอย่างเป็นเยาวชนไทยที่มีอายุ 12-24 ปี ที่ ลงทะเบียนศึกษาอยู่ในสถานศึกษาที่สุ่ม เลือกในวันที่สำรวจ ได้เยาวชนตัวอย่างทั้งสิ้น 15,766 คน

3. เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล

ตัวแปรสำคัญในการศึกษานี้ คือ ความสามารถในการเข้าถึงกัญชา การเข้าถึง กัญชาในการศึกษานี้หมายถึง ความสามารถ ของเยาวชนสามารถหาได้ด้วยตนเองภายใน เวลา 15 นาที ประกอบด้วยการรับรู้ถึงแหล่ง จำหน่ายกัญชา การรับรู้ถึงชนิดและคุณภาพ กัญชา การรับรู้ราคาจำหน่ายและอำนาจใน การซื้อของเยาวชน ทั้งนี้รวมถึงผลิตภัณฑ์ กัญชาสด กัญชาแห้ง กัญชาน้ำ ยางกัญชา ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาหรือสาร

สกัดกัญชา และอาหารที่มีส่วนผสมของ กัญชา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็น แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็น แบบสอบถามชนิดตอบเอง ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ คุณลักษณะทางประชากร และการ เข้าถึงกัญชา

1) คุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยคำถาม 14 ข้อ ผ่านการ พิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายพัฒนา วิชาการและข้อมูลสารเสพติดติดภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 4 ท่าน ได้ค่า CVI 0.93 จัดทำ Cognitive test กับเยาวชน ในชุมชน 26 คน ใช้เวลาในการตอบ 3 นาที และหาค่าความเชื่อมั่นกับเยาวชนในชุมชน จำนวน 52 คน ได้ค่า 4 weeks Test-retest Reliability 0.98

2) การเข้าถึงกัญชา ประกอบด้วย คำถาม 11 ข้อ ผ่านการพิจารณาของ ผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายพัฒนาวิชาการและ ข้อมูลสารเสพติดติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 4 ท่าน ได้ค่า CVI 0.91 จัดทำ Cognitive test กับเยาวชนในชุมชน 26 คน ใช้เวลาในการตอบ 3 นาที และหาค่าความ เชื่อมั่นกับเยาวชนในชุมชน จำนวน 104 คน ได้ค่า 4 weeks Test-retest Reliability 0.98 ค่าความคงที่ภายใน (Internal Consistency) 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการ ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 18 ปี คณะผู้วิจัยทำหนังสือขอคำยินยอมจากผู้ปกครอง เมื่อผู้ปกครองยินยอมแล้วจึงดำเนินการในขั้นต่อไป

2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบ/ไม่ตอบคำถามในแต่ละข้อได้

3) กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอม คณะผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม และขอรับคืนในวันถัดมา (มีระยะเวลา 1 วัน) หากไม่ได้รับคืนทั้งฉบับจะถือว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ร่วมมือในการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน ของปี พ.ศ. 2559, 2562, และ 2565 โดยได้รับการรับรองจริยธรรม จากพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารสนเทศติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 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 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

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 โดยมีเวลาเฉลี่ยในการหากัญชาแห่งมาเสพ 48.5

นาที (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.08 ค่ามัธยฐาน 49)

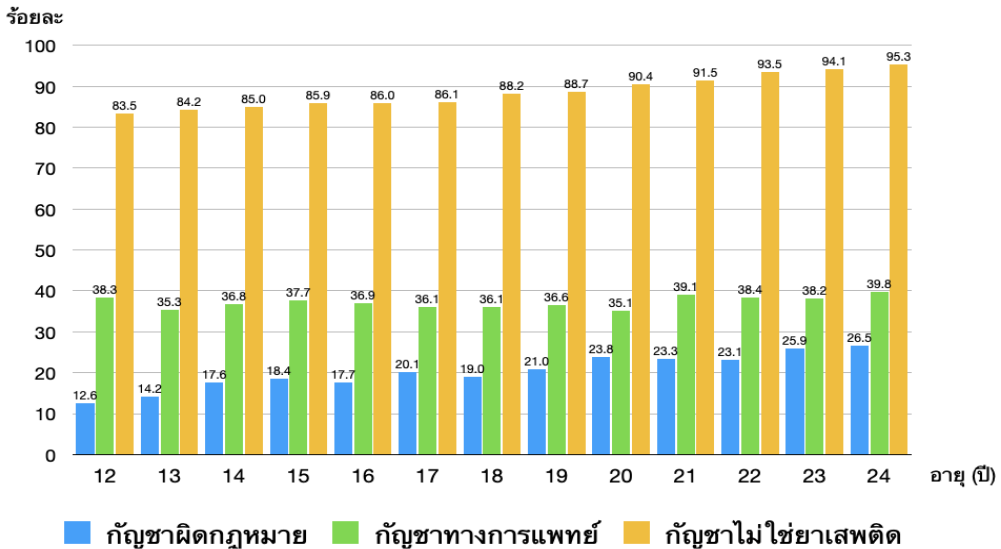
ต่อมาเมื่อมีการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ มีการปลูกกัญชากันอย่างกว้างขวาง มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาเพื่อสุขภาพมากมายอย่างเปิดเผย รวมทั้งช่องทางจำหน่ายออนไลน์ ส่งผลให้เยาวชนสามารถเข้าถึงกัญชาเพิ่มมากขึ้นเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุร้อยละ 37.23 (95%CI 35.93-38.53) ค่าสูงสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 39.84 ต่ำสุดอายุ 20 ปี ร้อยละ 35.08 โดยเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุความสามารถในการเข้าถึงกัญชาเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 16.93 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 25.67 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 20 ปี ร้อยละ 11.27) โดยมีเวลาเฉลี่ยในการหากัญชาแห่งมาเสฟ 32.4 นาที (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.23 ค่ามัธยฐาน 34)

ในช่วงที่กัญชาไม่ใช่ยาเสพติด มีการแจกจ่ายต้นพันธุ์กัญชาและส่วนอื่น ๆ อย่างเปิดเผย ในบางพื้นที่มีการซื้อขายกัญชาแห้ง มีการนำกัญชาผสมในอาหาร รวมทั้งมี

ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาจำหน่ายในร้านสะดวกซื้อ 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) โดยมีเวลาเฉลี่ยในการหากัญชาแห่งมาเสฟ 12.8 นาที (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.23 ค่ามัธยฐาน 13)

อนึ่งความสามารถในการเข้าถึงกัญชาเพิ่มสูงขึ้นจากช่วงกัญชาเป็นยาเสพติด ร้อยละ 67.85 (เปลี่ยนแปลงสูงสุดอายุ 12 ปี ร้อยละ 70.81 เปลี่ยนแปลงต่ำสุดอายุ 17 ปี ร้อยละ 66.08) ทั้งนี้ความเปลี่ยนแปลงแต่ละช่วงเวลาในทุกอายุ มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.0001$)

การเข้าถึงกัญชาของเยาวชน



ภาพที่ 1 การเข้าถึงกัญชาของเยาวชนเปรียบเทียบ 3 ช่วงเวลา

ในช่วงแรก เยาวชนเข้าถึงกัญชาได้จากช่องทางที่ไม่เปิดเผย ราคาช่อดอกอยู่ที่ แท่งละ 300-800 บาท ขึ้นอยู่กับคุณภาพ ปัจจุบันราคาแท่งละ 100-300 บาท สามารถหาซื้อได้ใกล้บ้านและทางสื่อสังคมออนไลน์ รวมทั้งสามารถหา กัญชาสดมาใช้ และเยาวชนจำนวนหนึ่งปลูกไว้ในที่พักอาศัย

วิจารณ์ (Discussions)

การศึกษานี้ พบว่าการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายทำให้กัญชาแพร่ระบาดในเยาวชนเพิ่มมากขึ้น เมื่อแบ่งกลุ่มอายุเป็นกลุ่ม 12-19 ปี และ 20-24 ปี พบว่าอัตราการใช้กัญชา ก่อนปลดล็อกกัญชา (ปี พ.ศ. 2559) เป็น

ร้อยละ 2.3 และ 4.3 ตามลำดับ ซึ่งเป็นพฤติกรรมการใช้กัญชา 3 เดือนที่ผ่านมา ก่อนวันสำรวจสูงกว่าการศึกษาอื่นที่ใกล้เคียงกัน พบว่า รายงานการสำรวจจรวเร็วร้อนทั่วประเทศ คนไทยกลุ่มอายุ 12-19 ปี และ 20-24 ปี ที่ใช้กัญชาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 0.1 และ 1.9 ตามลำดับ ส่วนการใช้ในช่วงเดือนที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 0.1 และ 1.1 ตามลำดับ⁹ ซึ่งเป็นเพราะช่วงเวลาที่แตกต่างกันและวิธีการสุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน

การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายในประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศเดียวในกลุ่มสมาชิกอาเซียนที่อนุญาตกัญชา

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

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

การเข้าถึงยาเสพติดเป็นปัญหาสังคมที่ซับซ้อน ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อ ทั้งปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม คนที่มีการศึกษาต่ำหรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่ขาดโอกาสมีความเสี่ยงสูงต่อการเข้าถึงยาเสพติด งานวิจัยพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำและประสบปัญหาการว่างงานมักจะมีโอกาสในการเข้าถึงยาเสพติดมากขึ้น⁵ การมีเพื่อนที่ใช้ยาเสพติดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้

คนในกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มที่จะใช้หรือเข้าถึงยาเสพติดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในวัยรุ่น¹¹

หลายงานวิจัยชี้ให้เห็นว่าความยากจนและความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจสามารถเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงยาเสพติดได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ขาดแคลนโอกาสทางอาชีพและการศึกษา⁴ ยาเสพติดที่มีราคาถูกและหาได้ง่ายในตลาดมืดจะส่งผลให้ผู้คนเข้าถึงได้ง่ายขึ้น¹² การอาศัยในพื้นที่ที่มียาเสพติดแพร่หลาย เช่น ชุมชนแออัดหรือบริเวณที่มีอัตราอาชญากรรมสูง ส่งผลให้การเข้าถึงยาเสพติดเป็นเรื่องง่ายขึ้น¹³ ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่นหรือหน่วยงานของรัฐทำให้ผู้คนในชุมชนที่ขาดโอกาสมีแนวโน้มที่จะพึ่งพายาเสพติดในการจัดการกับปัญหาชีวิต¹⁴ ผู้ที่มีปัญหาความเครียดหรือสุขภาพจิตที่ไม่ได้รับการรักษา มีแนวโน้มที่จะใช้ยาเสพติดเพื่อคลายความเครียดหรือหลบหนีจากปัญหาเหล่านี้¹⁵ ในบางสังคมหรือวัฒนธรรม การใช้ยาเสพติดอาจเป็นที่ยอมรับหรือไม่ถูกควบคุมอย่างเข้มงวด ซึ่งทำให้การใช้ยาเสพติดแพร่หลายมากขึ้น¹²

การเข้าถึงยาเสพติดถูกกำหนดโดยปัจจัยหลากหลายทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม การลดการเข้าถึงยาเสพติดจึงต้องมีมาตรการที่ครอบคลุมและเน้นการแก้ไขปัจจัยเหล่านี้ เช่น การศึกษา การสร้างงาน การสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐ และการ

ปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด

ไม่ให้มีการนำไปใช้เพื่อนันทนาการ โดยเฉพาะในเยาวชน อันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสังคม

ข้อยุติ (Conclusions)

การเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชาของประเทศไทยส่งผลให้เยาวชนเข้าถึงกัญชาได้ง่ายขึ้น นำไปสู่สัดส่วนที่ใช้กัญชาสูงมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

รัฐควรเปลี่ยนแปลงแก้ไขนโยบายและข้อกฎหมายเพื่อควบคุมการใช้กัญชา เพื่อ

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

สถานะทางกฎหมายของการใช้กัญชาแตกต่างกันในประเทศต่างๆ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงสถานะทางกฎหมายของประเทศไทยทำให้เยาวชนสามารถเข้าถึงกัญชาเพิ่มมากขึ้น

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 of a national household survey to estimate the population of substance abusers in Thailand in 2019**. Bangkok: Charunsanitwong Publishing; 2019. [in Thai].
3. 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].
4. Caulkins JP, Reuter P. ***Illicit Drug Markets and Economic Factors***. *Journal of Economic Perspectives* 2006; 20(3):69-92.
5. Galea S, Nandi A, Vlahov D. ***The social epidemiology of substance use***. *Epidemiologic Reviews* 2004. 26; 36-52.
6. Anderson P, Baumberg B. ***Alcohol in Europe: A Public Health Perspective***. World Health Organization; 2006.
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. Kandel DB. ***Adolescent marijuana use: Role of parents and peers***. **Science** 1978; 181: 1067-1070.
12. Room R, MacKay S. ***Drug Policy and Social Norms***. **Addiction Research & Theory** 2004; 12(5): 409-413.
13. Rhodes T, Simic M. ***Transition and the HIV risk environment***. **British Medical Journal** 2005; 331(7510): 220-223.
14. Friedman SR, Curtis R, Neaigus A. ***Social networks, drug injectors' lives, and HIV/AIDS***. Kluwer Academic Publishers; 1999.
15. Sinha R. ***Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction***. **Annals of the New York Academy of Sciences** 2008; 1141: 105-130.