

พฤติกรรมการใช้กัญชาในเยาวชน ปี พ.ศ. 2565

กิตติมา อินศิริ*

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาที่สำคัญในช่วงปี พ.ศ. 2562-2565 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้กัญชาในเยาวชนไทย เป็นการออกแบบการวิจัยเชิงสำรวจทั่วประเทศ กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนอายุ 18-24 ปี จำนวน 2,464 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีจำแนกชั้นภูมิหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตอบเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและไคว์สแควร์

ผลการศึกษา ความรู้เท่าทันกัญชาในเยาวชน พบว่า อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ความแตกต่างระหว่างอายุมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.0001$) ในขณะที่เยาวชนสามารถเข้าถึงกัญชาได้ง่าย ความแตกต่างระหว่างอายุมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) พฤติกรรมการใช้กัญชาในเยาวชนพบสูงถึงร้อยละ 6.45 ซึ่งสูงกว่าอัตราการใช้ในประชาชนทั่วไป

คำสำคัญ: กัญชา, เยาวชน, ประเทศไทย

*ทันตสถานวัยหนุ่มกลาง กรมราชทัณฑ์

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

Received 07/07/2022

Revised 03/08/2022

Accepted 02/09/2022

CANNABIS USE BEHAVIOUR AMONG YOUTH IN B.E. 2565

*Kittima Insiri**

ABSTRACT

Thailand has undergone significant cannabis policy and legislation changes in 2019-2022. This study aims to study cannabis use behavior among Thai youths. It is a nationwide survey research. The sample consisted of 2,464 youths aged 18-24, using stratified multistage sampling. A self-administered questionnaire was employed in data gathering. Data were analyzed with descriptive statistics and chi-square.

The study found that cannabis awareness among youth is relatively low. The difference between the ages was statistically significant ($P < 0.0001$). While youth had easy access to cannabis. The difference between the ages was statistically significant ($P < 0.01$). Cannabis use behavior among youths was as high as 6.45 percent, which was higher than the rate of use in the general population.

Keywords: Cannabis, Youth, Thailand

* Central Correctional Institution for Young Offenders, Department of Corrections

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

คำว่า Ganja สันนิษฐานว่ามาจาก ภาษา Bengali ปรากฏในจารึกภาษาสันสกฤตของศาสนาฮินดู หมายความว่า Cannabis พืชล้มลุกในตระกูล Cannabaceae ที่รู้จักกันดีในประเทศไทยมี 2 สายพันธุ์ คือ กัญชง (Hemp) และกัญชา (Marijuana) เป็นพืชประเภทป่าน และปอ ลำต้นสูงประมาณ 2-4 ฟุต ลักษณะใบจะแยกออกเป็นแฉกประมาณ 5-8 แฉก ที่ขอบใบทุกใบจะมีรอยหยักอยู่เป็นระยะ ๆ ออกดอกเป็นช่อเล็ก ๆ ตามง่ามของกิ่งและก้าน มีส่วนเส้นใยจากลำต้นที่นำมาใช้ประโยชน์ในขณะที่ กิ่ง 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 การศึกษาวิจัยในประเทศไทย พบว่า 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 อัตราความชุกของการใช้กัญชายังคงเพิ่มขึ้นในหลายประเทศ ซึ่งผู้ใช้กัญชาส่วนใหญ่เป็นเยาวชน⁵ ข้อมูลการสำรวจครัวเรือนในปี พ.ศ. 2562 พบกัญชาระบาดในทุกภาคของไทย คนไทยที่เคยใช้กัญชามีมากถึง 1.7 ล้านคน หรือร้อยละ 3.4 ของประชากรที่มีอายุ 12-65 ปี ทั่วประเทศ ผู้ที่ใช้กัญชาในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีมากกว่า 6.6 แสนคน และกว่า 5 แสนคน ใช้กัญชาในช่วงเดือนที่ผ่านมา⁶ การศึกษาในระดับพื้นที่ได้ผลใกล้เคียงกัน⁷

คนไทยรู้จักกัญชามาอย่างยาวนาน พบว่า มีการปลูกเป็นพืชสมุนไพรและใช้ผสม

อาหาร ประกอบกับการที่ประเทศไทยตั้งอยู่ในเขตร้อน ลักษณะทางภูมิศาสตร์และภูมิอากาศทำให้สามารถปลูกกัญชาได้ตลอดปี แต่เดิมคนไทยนิยมปลูกตามรั้วตามสวนเป็นพืชผักสวนครัว แต่หลังจากรัฐบาลกำหนดให้เป็นยาเสพติด จึงพบการลักลอบปลูกตามบริเวณเชิงเขา ชายป่า ริมห้วย กลางแปลงพืชไร่ (ไร่อ้อย ไร่มันสำปะหลัง ไร่ข้าวโพด ไร่ฝ้าย) เป็นต้น แม้ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่ากัญชาเข้าสู่ประเทศไทยเมื่อใด รัฐบาลไทยได้เล็งเห็นโทษของกัญชาจึงได้ออกพระราชบัญญัติกัญชาขึ้นเป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2477 ห้ามไม่ให้สูบกัญชา ไม่ให้ปลูกกัญชา ยกเว้นการปลูกเพื่อการทดลองหรือการรักษาโรค พร้อมทั้งมีบทลงโทษผู้กระทำความผิด การบังคับใช้พระราชบัญญัติกัญชาดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปี พ.ศ. 2522 รัฐบาล จึงได้ประกาศยกเลิกพระราชบัญญัติกัญชา (ยกเลิกการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์) โดยมีพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 ขึ้นมาใช้แทน⁴ ทำให้กัญชามีสถานะเป็นยาเสพติดประเภท 5 ห้ามการปลูก ครอบครอง และเสพกัญชาโดยสิ้นเชิง

ปัจจุบันมีหลักฐานชัดเจนว่ากัญชามีสาร cannabinoids ที่เป็นประโยชน์ในการรักษาทางการแพทย์ในฐานะยาของแพทย์แผนตะวันตกมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1839 และแพทย์ได้นำมาใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดรักษาโรคต่าง ๆ⁵ สำหรับผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากองค์การ

อาหารและยาให้จำหน่ายได้ มีเพียงยาที่ใช้ลดอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อ และลดอาการคลื่นไส้อาเจียรจากการได้รับเคมีบำบัด ในปลายปี พ.ศ. 2561 ได้มีการเคลื่อนไหวให้แก้ไขกฎหมายยาเสพติดเพื่ออนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ จนกระทั่งเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 จึงได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 อนุญาตให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ ทำให้เกิดการนำกัญชามาใช้อย่างกว้างขวาง โดยเผยแพร่ข้อความทางอินเทอร์เน็ตว่ากัญชาเป็นยาวิเศษสามารถรักษาได้ทุกโรค ทำให้เกิดการใช้กัญชาในหมู่ประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยส่วนใหญ่ใช้เพื่อนันทนาการ และใช้บำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยกันเองในหมู่ประชาชนอย่างกว้างขวาง ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทั้งในรูปแบบสารสกัดโดยการควบคุมของแพทย์ในสถานพยาบาล สมุนไพรทั้งสูตรดั้งเดิมและสูตรที่คิดขึ้นใหม่ ผลิตภัณฑ์กัญชาแปรรูปทั้งชนิดที่ถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย⁶ ทั้งนี้ ส่วนช่อดอกของต้นกัญชาและเมล็ดกัญชายังคงถือเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 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 อนึ่งประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้กฎหมายมีผลบังคับ 120 วันหลังการประกาศ ส่งผลให้เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 พืชกัญชา กัญชง จึงหลุดออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษโดยสิ้นเชิง ประชาชนสามารถใช้ได้เสรีมีการนำกัญชาผสมอาหารและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ จำหน่ายอย่างเปิดเผย

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

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้กัญชาในเยาวชนไทยภายหลังการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายไทย

ระเบียบวิธีการศึกษา (Methodology)

1. การออกแบบวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจชนิดตัดขวาง (Cross-sectional Survey) เมื่อเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นการสำรวจในช่วงที่กัญชาถูกถอดจากบัญชียาเสพติดให้โทษโดยสมบูรณ์

2. ประชากรและกลุ่มศึกษา

ประชากรเป้าหมาย คือ เยาวชนไทยที่มีอายุ 18-24 ปี ทั่วประเทศ

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสุ่มกระจุกสามขั้นตอนโดย

1) แบ่งพื้นที่ประเทศไทยออกเป็น 10 ชั้นภูมิ

2) สุ่มตัวอย่างแบบระบบ ชั้นภูมิละ 1 จังหวัด

3) แต่ละจังหวัดจำแนกชั้นภูมิตามระดับการศึกษา อาชีวศึกษา และอุดมศึกษา

4) สุ่มตัวอย่างแบบระบบ ระดับอาชีวศึกษา 2 แห่ง, ระดับอุดมศึกษา 1 แห่ง

5) สุ่มตัวอย่างแบบระบบ ปวช. 1-3 และ ปวส. 1-2 รวม 5 ห้อง, ระดับอุดมศึกษาสุ่มตัวอย่างระดับปริญญาตรีปีที่ 1-4 รวม 4 ห้อง

6) แต่ละห้องขอความรวมมีกลุ่มตัวอย่างทุกรายตอบแบบสอบถาม ขนาดตัวอย่าง คำนวณภายใต้ความชุกในพื้นที่ต่าง ๆ อยู่ระหว่าง 17.48 - 240.72 ต่อ 1,000 ประชากรจากการสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศ

ปี พ.ศ. 2554¹⁰ ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 1 ค่า design effect เท่ากับ 13 คาดประมาณ สัดส่วนผู้ไม่สมัครใจร้อยละ 10 คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนไทยที่มีอายุ 18-24 ปี ที่ลงทะเบียนศึกษาอยู่ในสถานศึกษาที่

สุ่มเลือกในวันที่สำรวจ และสมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาโดยได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองโดยมีอัตราการตอบกลับร้อยละ 91.25 ได้เยาวชนตัวอย่างทั้งสิ้น 2,464 คน ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนเยาวชนตัวอย่างในการสำรวจ

	อายุ (ปี)							รวม
	18	19	20	21	22	23	24	
ชาย	195	138	159	176	161	195	195	1,219
หญิง	144	279	174	165	195	144	144	1,245
รวม	339	417	333	341	356	339	339	2,464

3. เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล

ตัวแปรสำคัญในการศึกษานี้ประกอบด้วย ความรู้เท่าทันกัญชา (Cannabis Literacy) การเข้าถึงกัญชา (Cannabis Accessibility) และพฤติกรรมการใช้กัญชา (Cannabis Use Behaviour) โดย

1) ความรู้เท่าทันกัญชาในการศึกษานี้หมายถึง ความสามารถในการรับข้อมูลเกี่ยวกับกัญชา ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจอย่างเหมาะสมและปฏิบัติอย่างถูกต้องในสถานการณ์^{11,12}

2) การเข้าถึงกัญชาในการศึกษานี้หมายถึง ความสามารถของเยาวชนสามารถหาได้ด้วยตนเองภายในเวลา 15 นาที ประกอบด้วยการรับรู้ถึงแหล่งจำหน่ายกัญชา การรับรู้ถึงชนิดและคุณภาพกัญชา การรับรู้

ราคาจำหน่ายและอำนาจในการซื้อของเยาวชน ทั้งนี้รวมถึงผลิตภัณฑ์กัญชาสด กัญชาแห้ง กัญชาน้ำ ยางกัญชา ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาหรือสารสกัดกัญชา และอาหารที่มีส่วนผสมของกัญชา

3) พฤติกรรมการใช้กัญชาในการศึกษานี้หมายถึง 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 ส่วน คือ 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 ประยุกต์จากมาตรวัดความรู้เท่าทันสารเสพติดฉบับย่อ¹³ 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) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบ/ไม่ตอบคำถามในแต่ละข้อได้

2) กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอม คณะผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม และขอรับคืนในวันถัดมา (มีระยะเวลา 1 วัน) หากไม่ได้รับคืนทั้งฉบับจะถือว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ร่วมมือในการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2565

4. การจัดการและวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับมาได้ดำเนินการดังนี้

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

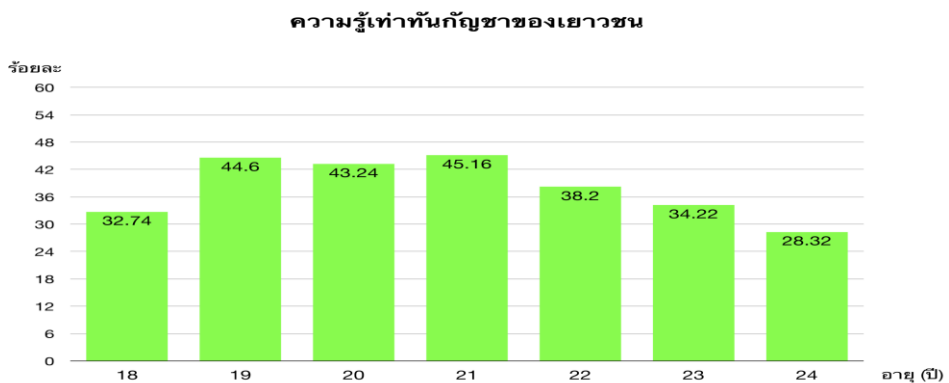
2) ปรับปรุงคุณภาพข้อมูล ทำการตรวจสอบค่านอกช่วง (Out of range) ค่าสูงต่ำกว่าปกติ (Outlier) ข้อมูลสูญหาย (Missing data) และแก้ไขปรับปรุงฐานข้อมูลให้เหมาะสม

3) การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 และไครส์แควร์

ผลการศึกษา (Results)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 2,464 ราย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.5 อายุเฉลี่ย 20.9 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.99, ค่ามัธยฐาน 21, ค่าพิสัยควอไทล์ 4)

ความรู้เท่าทันกัญชา พบว่าเยาวชนมีความรู้เท่าทันเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุ ร้อยละ 38.27 (95%CI 36.35-40.19) ค่าสูงสุดอายุ 21 ปี ร้อยละ 45.15 ต่ำสุดอายุ 24 ปี ร้อยละ 28.32 ทั้งนี้ความแตกต่างของความรู้เท่าทันในระหว่างแต่ละอายุ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001

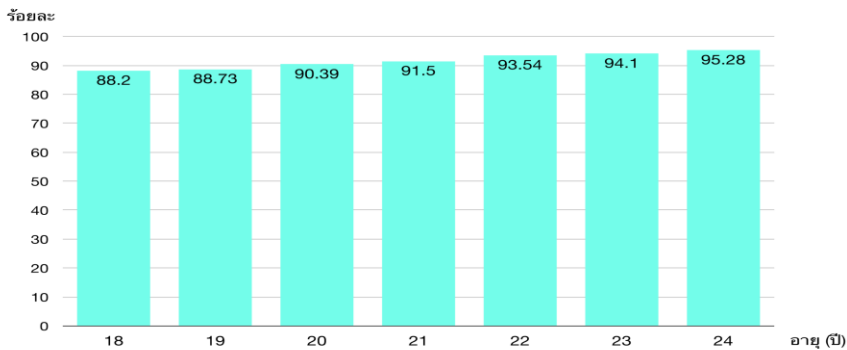


ภาพที่ 1 ความรู้เท่าทันกัญชาของเยาวชนในกลุ่มอายุต่าง ๆ

เมื่อพิจารณาความสามารถในการเข้าถึงกัญชา พบว่า เยาวชนสามารถเข้าถึงกัญชาได้ภายในเวลา 15 นาที ร้อยละ 91.44 (95%CI 90.34-92.54) ค่าสูงสุดอายุ 23-24

ปี ร้อยละ 94.10 ต่ำสุดอายุ 18 ปี ร้อยละ 88.20 ทั้งนี้ความแตกต่างของความรู้เท่าทันในระหว่างแต่ละอายุ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การเข้าถึงกัญชาของเยาวชน

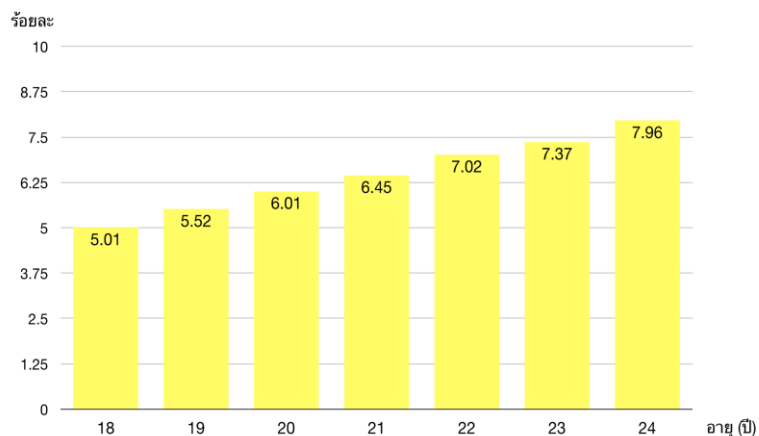


ภาพที่ 2 ความสามารถในการเข้าถึงกัญชาของเยาวชนในกลุ่มอายุต่าง ๆ

ในด้านพฤติกรรมเสพกัญชา พบว่า เยาวชนมีพฤติกรรมใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาในทุกรูปแบบทั้งการเสพ ผสมในอาหาร/เครื่องดื่ม ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพโดยเฉลี่ยทุกกลุ่มอายุร้อยละ 6.45 (95%CI

5.48-7.42) ค่าสูงสุดอายุ 24 ปีร้อยละ 7.96 ต่ำสุดอายุ 18 ปี ร้อยละ 5.01) ทั้งนี้ความแตกต่างของพฤติกรรมเสพกัญชาในระหว่างแต่ละอายุ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมการใช้กัญชาของเยาวชนในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา



ภาพที่ 3 พฤติกรรมการใช้กัญชาของเยาวชนในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ในกลุ่มอายุต่าง ๆ

วิจารณ์ (Discussions)

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

ความรู้เท่าทันกัญชาเป็นความสามารถในการรับข้อมูล ประมวล ทำความเข้าใจ ตัดสินใจ และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นระดับความรู้เท่าทัน จึงไม่ได้แปรผันตามอายุการที่เยาวชนอายุมากมีระดับความรู้เท่าทันต่ำกว่าเยาวชนอายุน้อยในการสำรวจ เนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความรู้เท่าทัน อาทิ การลือกเข้าถึงเนื้อหาของสาระความเข้าใจในสาระที่ได้รับการตัดสินใจและการปฏิบัติที่เหมาะสม¹⁴

การศึกษานี้พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายทำให้กัญชาแพร่ระบาดในเยาวชน

เพิ่มมากขึ้น สูงกว่าการศึกษาอื่นที่ใกล้เคียงกันพบว่า 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

การเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและกฎหมายในประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศเดียวในกลุ่มสมาชิกอาเซียนที่อนุญาตกัญชาส่งผลกระทบต่อประเทศเพื่อนบ้านอาเซียนด้วย ซึ่งพบการจับกุมของกลางกัญชาในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนเพิ่มขึ้นอย่างมาก การจับกุมในปี พ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2562 ถึง 3 เท่า และเพิ่มขึ้น 16 เท่าจากปี พ.ศ. 2560¹⁵

เมื่อพิจารณาตัวเลขผู้เข้าบำบัดกัญชาในประเทศไทยที่ไม่ได้เพิ่มขึ้นหลังการประกาศปลดล็อกกัญชา ทั้งนี้เป็นเพราะผู้เสพกัญชามีอยู่เพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่ติดกัญชาจนต้องเข้ารับการบำบัด⁶ ประกอบกับระบบข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบันไม่นำเข้าข้อมูลเยาวชน (อายุต่ำกว่า 18 ปี) ทำให้ไม่มีข้อมูลเยาวชน รวมทั้งผู้เข้ารับการบำบัดส่วนใหญ่เป็นแบบกึ่งสมัครใจ (เจ้าหน้าที่ตั้งด่านตรวจปัสสาวะ เมื่อพบผลบวกจึงนำส่งบำบัด) แต่เมื่อกัญชาไม่อยู่ในบัญชียาเสพติดให้โทษ จึงไม่มีการตรวจกัญชาทำให้ตัวเลขผู้เข้าบำบัดกัญชาในระบบไม่เพิ่มขึ้น

การใช้กัญชาก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพระยะสั้นที่ชัดเจน คือ อาการมึนเมา การรับรู้และพฤติกรรมผิดปกติ ขนาดของผลกระทบขึ้นอยู่กับปริมาณที่ใช้ วิธีการใช้ การให้คุณค่าและทัศนคติของของผู้ใช้กัญชา¹⁶ แม้การทบทวนทางระบาดวิทยาจะยังไม่มีรายงานการตายจากการใช้กัญชาเกินขนาด³ หลักฐานเกี่ยวกับประเด็นระบบไหลเวียนโลหิต การสูบกัญชากับโรคถุงลมโป่งพองและมะเร็งปอด ส่วนใหญ่ยังเป็นระดับกรณีศึกษา (cases report) และยังไม่มีหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือ^{17,18} ในทางตรงกันข้าม การใช้กัญชาระยะยาวเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภท 2.9 เท่า¹⁹ ผู้ใช้กัญชาเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ไม่ได้ใช้ประมาณร้อยละ 17 และความเสี่ยงนี้เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 62 ในผู้ใช้ในปริมาณมาก ๆ²⁰ ในแง่ของผลกระทบทางสังคมจากการศึกษาระยะยาวในปี ค.ศ. 1990 พบว่าผู้เริ่มใช้กัญชาก่อนอายุ 15 ปี มีแนวโน้มออกจากการเรียน²¹ ผู้ที่ติดกัญชาหรือใช้กัญชาต่อเนื่องระยะยาวเป็นผู้ที่มีการศึกษาน้อยมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ว่างงาน และมีการใช้ยาเสพติดอื่น ๆ ร่วมด้วย²²⁻²⁴ ยิ่งกว่านั้นยังมีโอกาสถูกปลดออกจากการมากกว่าปกติ²⁵

บางประเทศมีความเชื่อว่ากัญชาไม่ร้ายแรงเหมือนยาเสพติดชนิดอื่น ๆ กฎหมายอนุญาตให้ใช้กัญชาได้ ในขณะที่บางประเทศที่กฎหมายอนุญาตเฉพาะกรณี

เช่น อนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์ และการวิจัย ปัจจุบันประเทศต่าง ๆ 56 ประเทศที่มีการอนุญาตใช้กัญชา/สารสกัด/อนุพันธ์กัญชาในทางการแพทย์ได้ เมื่อมีการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ พบว่า ผู้ที่เสพกัญชาใน 1 เดือนที่ผ่านมา เพียงร้อยละ 39.2 ที่ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางสุขภาพ (medicinal use) ทั้งนี้ร้อยละ 40 เคยได้รับพิษจากการใช้กัญชา⁹ แม้ในการศึกษาไม่ได้รวบรวมข้อมูลพิษจากการใช้กัญชา แต่ข่าวจากสื่อมวลชนก็นำเสนออย่างต่อเนื่องถึงผู้ได้รับผลอันไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชาอย่างต่อเนื่อง เป็นที่คาดคะเนว่าเยาวชนจำนวนมากได้รับพิษจากกัญชา

จากประสบการณ์ของสหรัฐอเมริกาในการปฏิรูปกฎหมายกัญชา พบว่า เกิดการพัฒนาสายพันธุ์กัญชาให้มีค่า THC (delta-9-Tetrahydrocannabinol) สูงขึ้นโดยในช่วง 10 ปี มีการพัฒนาสายพันธุ์ที่มีค่า THC สูงขึ้นกว่าเท่าตัว¹ เช่นเดียวกับในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่พบว่า 1) การเพิ่มขึ้นของร้านค้าแพที่ขึ้นทะเบียนให้ใช้กัญชาได้มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการเสวกัญชาในช่วงชีวิตของเยาวชนอายุ 18-20 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15 เป็นร้อยละ 44 ในช่วง 10 ปี และการเสวกัญชาในเดือนที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.5 เป็นร้อยละ 18.5 ในช่วงเวลาเดียวกัน²⁶ 2) อายุที่เริ่มใช้กัญชาลดลงจาก 15 ปี เป็น 14 ปี²⁷ 3) หลังนโยบายกำหนดอายุผู้ซื้อกัญชามีผลให้เยาวชนต้อง

หาซื้อกัญชาจากเพื่อนทำให้มีโอกาสใช้ยาอื่น และก่ออาชญากรรม²⁸

ความเชื่อที่ว่ากัญชามีประโยชน์ ทางด้านการแพทย์มีความเชื่อมโยงสูงในการ สนับสนุนให้การใช้กัญชาถูกกฎหมาย ผลการ สำนวจในต่างประเทศชี้ให้เห็นว่าหากการใช้ กัญชาในทางการแพทย์มีกฎหมายรับรองแล้ว นั้น ปัจจัยต่าง ๆ จะยังมีอิทธิพลสนับสนุนให้ การใช้กัญชาเป็น สิ่ง ถูก กฏ หมา ย ²⁹ ประสพการณ์ในสหรัฐอเมริกาและแคนาดา พบว่าหลังจากประกาศนโยบายกัญชาทาง การแพทย์ ประมาณ 8-12 ปี จะเกิดแรง ขับเคลื่อนให้เกิดการใช้กัญชาเสรี¹ (มานพ คณะโต และคณะ, 2558) แต่สำหรับประเทศ ไทย ใช้เวลาเพียง 3 ปี ถึงแม้รัฐบาลจะแถลง ว่าเจตนามุ่งเน้นที่การใช้กัญชาทางการแพทย์ แต่การถอดกัญชาจากบัญชียาเสพติด และ ยังไม่มีกฎหมายควบคุมในเวลาที่เหมาะสม จึงทำให้ประเทศไทยมีสภาพการณ์ไม่ต่าง จากกัญชาเสรี

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Kanato M, Leyatikul P, Ritmontri S. A documentary report on Cannabis Policies and Management: Case study of Great Britain and the United States of America. Bangkok: Charunsanitwong publishing; 2015. [in Thai].

ข้อยุติ (Conclusions)

ความรู้เท่าทันกัญชาอยู่ในระดับต่ำ เข้าถึงกัญชาได้ง่าย อัตราการใช้กัญชา ในกลุ่มเยาวชนสูงกว่าค่าเฉลี่ยของ ประชากร

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

การปลดกัญชาจากบัญชียาเสพติดทำ ให้เยาวชนเสพติดกัญชาเพิ่มขึ้น รัฐจึงควรหา มาตรการควบคุมการใช้กัญชาเพื่อ นันทนการในกลุ่มเยาวชนอย่างเร่งด่วน

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การสำรวจครัวเรือนทั่วประเทศเพื่อ ศึกษาความชุกของยาเสพติดในประเทศไทย ดำเนินมาเป็นระยะ การศึกษานี้พบว่าหลัง การปลดล็อกกัญชาพบการแพร่ระบาดมาก ขึ้นในกลุ่มเยาวชน

- Drug and alcohol review** 2010; 29(3): 318-330.
4. Kanato M, Pukdeerach P, Punthet W, Boonchumrong C, Loeiyood J. **Feasibility study of 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, Leyatikul P, Wonguppa R. Size Estimation of Substances Users Population in Thailand 2019. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 37-48.
 7. Pukdeerach P, Kanato M. Estimation of Cannabis Users in Udonthani province. **Community Health Development Quarterly**, Khon Kean University 2016; 4(2): 255-268. [in Thai].
 8. Joy J, Mack A. **Marijuana as medicine?: The science beyond the controversy**. Washington D. C. : National Academies Press; 2000.
 9. Kanato M, Leyatikul P, Wonguppa R. Impacts of Medical Cannabis Law in Thailand. **ONCB Journal** 2020; 36(2): 27-36.
 10. ACSAN. **Size Estimation on Substance Users in Thailand 2011**. Bangkok: Administrative Committee on Substance abuse Academic Network; 2011. [in Thai].
 11. 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.
 12. 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): 1-11.
 13. Momen K, Kanato M. Developing a Substance Literacy Scale for Thai Population. **Journal of the Medical Association of Thailand** 2015; 98(7): 10-16.
 14. Williams MV, Parker RM, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates W C, Nurss JR. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. **Jama** 1995; 274(21): 1677-1682.
 15. Kanato M, Sarasiri R, Leyatikul P. **ASEAN DRUG MONITORING REPORT 2021**. Bangkok: ASEAN Narcotics Cooperation Center; 2022.

16. Brands B, Marshman J, Sproule B. **Drugs & Drug Abuse: A Reference Text**. Addiction Research Foundation; 1998.
17. Joshi M, Joshi A, Bartte 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 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.

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.