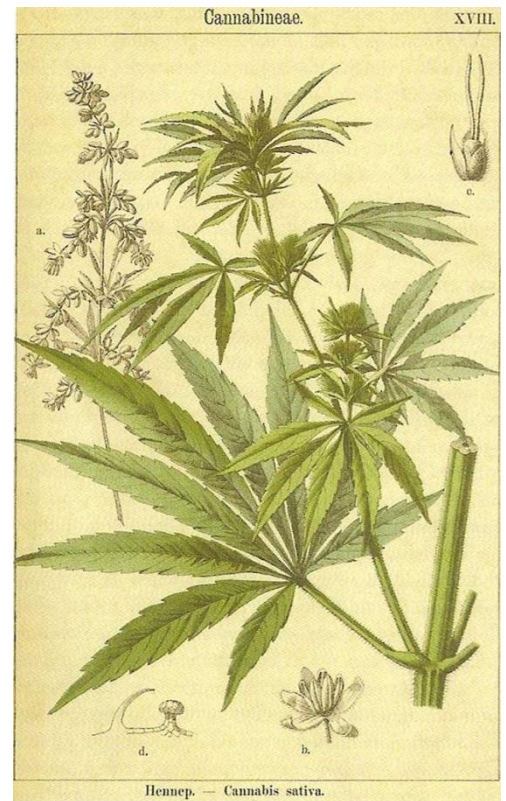
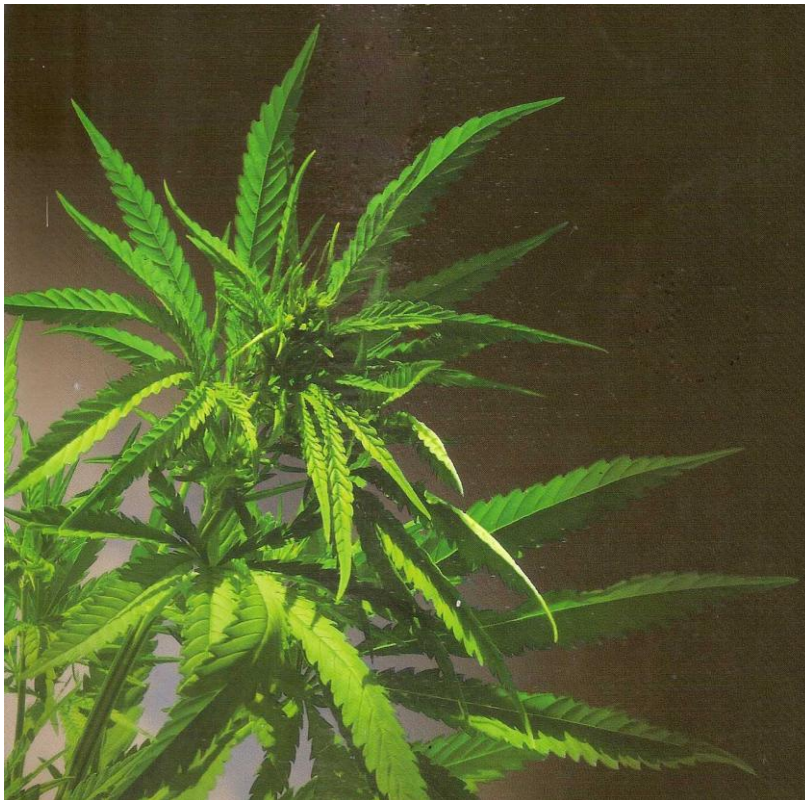


พืชกัญชา:ประโยชน์ โทษและข้อเสนอการพัฒนากัญชา

โดย ภก. ชาญชัย เอื้อชัยกุล

1. บทนำ

1.1 พืชกัญชา เป็นพืชให้ดอกอยู่ในตระกูล Cannabaceae ต้นกำเนิดอยู่แถบเอเชียกลาง และกระจายปลูกในหลายๆ ส่วนของโลก กัญชา เรียกกันโดยทั่วไปว่า cannabis, Marijuana, Ganja หรือบางครั้งก็เรียกว่า Indian Hemp กัญชามีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis sativa L. subsp. indica กัญชา เป็นพืชที่มีต้นตัวผู้ และต้นตัวเมีย แยกกัน (dioecious plant) พืชกัญชามีสารสำคัญคือ สารแคนนาบินอยด์(cannabinoids) มากกว่า 100 ตัว โดยมีสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol-THC) เป็นสารสำคัญ ซึ่งให้ผลที่ทำให้เกิดการกระตุ้นประสาท ปริมาณสาร THC มีมากหรือน้อยและผลการกระตุ้นประสาทของพืชกัญชาขึ้นกับสภาพแวดล้อมของพื้นที่ที่ปลูก สายพันธุ์ วิธีการปลูกและส่วนของต้นกัญชาที่นำมาใช้ ทั้งนี้ส่วนของต้นกัญชาที่มีสารดังกล่าวมากที่สุดคือ ช่อดอก (flower heads) และใบ (leaves)



รูปที่ 1 แสดงลักษณะของพืชกัญชา

ที่มา Dave Bewley – Taylor, Tom Blickman and Martin Jelsma. “The Rise and Decline of Cannabis Prohibition” Jelebes, Amsterdam (March 2014) ⁽³⁾, cover page and p. 70

1.2 Glandular trichomes เป็นส่วนของพืชกัญชาซึ่งมีอยู่หนาแน่นที่ใต้ใบและในบริเวณช่อดอก (inflorescence) และพบอยู่บนส่วนผิวของพืชกัญชาทั่วไป ยกเว้นส่วนของผิวเมล็ดและราก ทั้งนี้ Glandular trichomes ที่มีขนาดใหญ่ที่สุดจะพบในส่วนของช่อดอกที่แบ่งบานของต้นตัวเมีย และใบส่วนตรงส่วนของผิวเมล็ด

ทั้งนี้ Glandular trichomes จะให้สาร เรซิน (resin) ที่ประกอบด้วย สาร cannabinoids (terpenophenolic compounds) หลายๆ ชนิดประมาณ 80 – 90% โดยสารสำคัญที่พบ เช่น สาร delta-9 tetrahydrocannabinol (THC) cannabidiol (CBD) และ cannabinol (CBN) เป็นต้น

1.3 ดอกของต้นตัวเมียจะให้ เรซิน ที่มาจาก glandular trichomes ซึ่งเรียกว่า ยางกัญชา (Hashish) เรซินนี้มีปริมาณ THC ประมาณ 0.5 – 7 % ซ่อดอกกัญชาที่มีเรซินติดอยู่ (florescences stuck together with resin) เรียกว่า marihuana จะมีสาร THC ประมาณ 5 - 20% ทั้งนี้ กิ่ง ก้านใบ และซ่อดอก กัญชาสามารถนำมาใช้เสพในรูปกัญชาแห้ง ส่วนเรซิน (resin) หากนำมาแปรสภาพโดยการหลอมรวมและควบแน่น จะเป็นก้อนยางสีน้ำตาลเข้ม และจะมีความเข้มข้นของสาร THC อยู่ในระดับ 10 – 70% เพื่อนำมาเสพในรูปของยางกัญชาส่วนกัญชาน้ำ (Hashish Oil) เป็นเรซินที่ผ่านกระบวนการทางเคมีให้เป็นของเหลวสีอำพัน โดยทั่วไปจะมีปริมาณสาร THC อยู่ระหว่าง 40 – 90%

1.4 ยอดซ่อดอกตัวเมีย หรือที่เรียกกันอีกชื่อหนึ่งว่า ฤทธิ์กัญชา สามารถใช้เสพโดยนำมาผึ่งให้แห้ง ขยี้เป็นผงหยาบแล้วสูบด้วย “บ้อง” ส่วนของกิ่ง ก้านใบ และยอดซ่อดอก เป็นส่วนที่นิยมมาตากแห้งอัดแท่ง เสพโดยวิธีนำมาหั่นเป็นฝอยละเอียด มวนสูบบวบหรี่ หรือใช้ “บ้อง” อาจผสมกับยาสูบหรือไม้ก่ไฟ หรืออาจใช้ใบและยอดสดหรือน้ำต้มเมล็ดผสมในอาหาร

1.5 จากการที่มีผู้ศึกษาในระดับห้องปฏิบัติการในสัตว์ ห้องปฏิบัติการในมนุษย์ และ งานวิจัยทางคลินิกในมนุษย์ (animals laboratory, human laboratory, human clinical) สรุปได้ว่า การใช้กัญชาจะมีความเสี่ยงกับการเสพติด (cannabis addiction) โดยอัตราของการเสพติดของกัญชา (rate of cannabis addiction) จะอยู่ระหว่าง 8 – 10 % ของจำนวนผู้เสพกัญชาทั้งหมด ทั้งนี้สาร THC จะเป็นสารหลักที่มีฤทธิ์กระตุ้นประสาท (principal psychoactive phytocannabinoid) และมีสารอื่นๆในพืชกัญชาที่พบว่ามีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาด้วย เช่น cannabidiol (CBD), cannabinol, cannabichromene, cannabigerol, cannabicyclol, cannabitriol, cannabivarin, cannabidivarin, cannabinolic acid และ delta-9-tetrahydrocannabivarin (Δ^9 -THCV) เป็นต้น ทั้งนี้สาร cannabidiol และ Δ^9 -THCV จะเป็นสารต้านฤทธิ์การเสพติดที่มีประสิทธิผล (anti-addiction efficacy) โดยจะแย่งมิให้ THC จับกับตัวรับ (receptors) CB₁ ทำให้ผลการกระตุ้นประสาทของ THC ลดลง

ตารางที่ 1. สารต่างๆ ของ *C. sativa* L. จำแนกตามกลุ่มเคมี ตามข้อมูล ณ สิ้นปี ค.ศ. 2012

กลุ่มทางเคมี (Chemical class)	จำนวนของสารประกอบ (Number of compounds)
Δ^9 -THC type	18
Δ^8 -THC type	2
CBG type	17
CBC type	8
CBD type	8
CBND type	2

CBE type	5
CBL type	3
CBN type	10
CBT type	9
Misc type	22
จำนวน Cannabinoids ทั้งหมด	104
จำนวน Noncannabinoids ทั้งหมด	441
รวมทั้งสิ้น	545

ตารางที่ 1 สารต่างๆ ที่พบในพืชกัญชา (เอกสารอ้างอิง 6 หน้า 4)

ที่มา “Handbook of cannabis” edited by Roger G. Pertwee, Institute of Medical Sciences, University of Aberdeen, UK. CPI Group (UK) Ltd, Croydon, CRD 4yy⁽⁶⁾, p. 4

1.6 ฤทธิ์ของกัญชาที่กระตุ้นประสาท (psychoactive action) ทำให้เกิดอารมณ์เคลิ้มสุข (euphoria) คลายกังวล (relief of anxiety) สงบประสาทและเซื่องซึม (sedation and drowsiness) หากนำกัญชามาสูบ จะตรวจพบ THC ในพลาสมา ซึ่งจะมีค่าครึ่งชีวิต (half life) 2 ชั่วโมง และถ้าสูบต่อเนื่อง 5 – 7 นาที จะตรวจพบปริมาณของ THC เทียบเท่ากับปริมาณ 10 – 15 มก. และจะพบปริมาณ Δ^9 -THC ประมาณ 100 มก./ลิตร ถ้ากินกัญชาจะให้ฤทธิ์การกระตุ้นประสาทที่น้อยกว่าเนื่องจาก THC ละลายน้ำได้น้อย นอกจากนี้ในปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยหาสารต่างๆ ในกัญชา และได้ค้นพบสารใหม่ๆ มากขึ้น จากเดิมที่พบสารเพียงไม่กี่ตัว ภายหลังได้พบว่ามีสารแคนนาบินอยด์ถึง 100 กว่าตัว ซึ่งพบว่าสารหลายๆ ตัวมีผลทางเภสัชวิทยา ทำให้พืชกัญชาเป็นพืชที่มีผู้ให้ความสนใจในศักยภาพที่สามารถใช้ทางการแพทย์ได้

2. ประโยชน์และโทษของกัญชา

กัญชาเป็นพืชที่เป็นที่ยอมรับกันว่าเป็นพืชที่มีประโยชน์ทางการแพทย์ ในสหราชอาณาจักรมีการนำกัญชามาสกัดเพื่อผลิตตำรับส่วนผสมของ dronabinol – cannabidiol (sativex®) เพื่อใช้ในการรักษาโรคปลอกประสาทแข็ง (multiple sclerosis) ซึ่งตำรับนี้เป็นที่ยอมรับให้ใช้ทางการแพทย์ ใน 24 ประเทศ เช่น ออสเตรเลีย, ออสเตรีย, เนเธอร์แลนด์, สหราชอาณาจักร, สเปน ฯลฯ นอกจากนี้ก็ยังมีมีการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้ในการบำบัดรักษาอาการจิตเวชและระบบประสาท (Neuropsychiatric symptoms) การรักษาอาการไม่ย่อยอาหารในผู้ป่วยมะเร็ง เป็นต้น บางประเทศจึงยอมให้มีการปลูกกัญชา เพื่อใช้ในทางการแพทย์ เช่น แคนาดา อิสราเอล เนเธอร์แลนด์ สหราชอาณาจักร สวิสเซอร์แลนด์ และบางรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา และมีหลายประเทศยอมรับให้ใช้กัญชาในการรักษาทางการแพทย์ ทั้งนี้ปริมาณการบริโภคของกัญชาได้เพิ่มขึ้นจาก 23.7 ตัน ในปี พ.ศ.2554 เป็น 77 ตัน ในปี พ.ศ. 2557 ปัจจุบันมีนักวิชาการได้สรุปถึงประโยชน์ของสารบางอย่างในกัญชาซึ่งมีการใช้ทางการแพทย์ และมีศักยภาพในการใช้ตลอดจนมีการวิจัยที่น่าสนใจดังนี้

ตารางที่ 2 สารสำคัญที่พบในกัญชา ที่มีการใช้ในการรักษา และยังอยู่ในระหว่างการศึกษาและวิจัย

ยา (Drug)	การใช้รักษา (Therapeutic uses)	ศักยภาพในการใช้รักษา (Potential therapeutic)	การวิจัยด้านประสาทวิทยา (Neuroscience research)
Cannabinoid THC	<ul style="list-style-type: none"> ● สภาวะหดเกร็ง (spasticity) ● ความเจ็บปวด (Pain) 	<ul style="list-style-type: none"> ● โรคสมาธิสั้น(Attention-deficit hyperactivity disorder) ●อาการเครียดหลังจากเหตุการณ์สะเทือนใจ (Post-traumatic stress disorder) ● นอนไม่หลับ (Insomnia) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ลักษณะของจิตสำนึก (Nature of consciousness) ● รูปแบบของความผิดปกติทางจิต (Model of psychosis) ● กลไกเกี่ยวกับความเจ็บปวดและความอยากอาหาร (Mechanism of pain and appetite)
Cannabinoid THCV	-	<ul style="list-style-type: none"> ● ความกังวล (Anxiety) ● นอนไม่หลับ (Insomnia) 	<ul style="list-style-type: none"> ● การควบคุมอารมณ์ (Emotion regulation)

ที่มา Alice Rap Policy Paper Series, Policy Brief 5. “CANABIS – from prohibition to regulation: When the music changes so does the dance”⁽⁹⁾ หน้า 12.

แต่อย่างไรก็ตาม กัญชา ก็มีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพ หากมีการนำมาใช้ในทางที่ไม่เหมาะสม ก็อาจมีผลกระทบต่อสังคม ซึ่งเป็นเหตุผลที่ทำให้หลายๆประเทศมีการกำหนดมาตรการควบคุมที่เข้มงวด รัดกุม ซึ่งความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพและผลกระทบต่อสังคมพอสรุปได้ดังนี้

- 1) ผลต่อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Tract System) การสูบต่อเนื่องจะก่อให้เกิดปัญหาต่อระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอเรื้อรัง, หลอดลมอักเสบ และการสูบกัญชาอาจมีผลเป็นมะเร็งจากสารก่อมะเร็ง
- 2) ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system) กัญชาจะเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ อีกทั้งมีความสัมพันธ์กับผลไม่พึงประสงค์ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายฉับพลัน (heart attack)
- 3) ผลต่อเชาวน์ปัญญา (cognitive functioning) เช่น สมาธิ (attention) ความจำช่วงสั้น (short-term memory), การรับรู้เวลา (time perception) และ เชาวน์ปัญญาขั้นสูง (high cognitive functioning) เช่น การคิดเลขในใจ (mental arithmetic) เมื่อมีการใช้กัญชาเป็นระยะเวลานานๆ
- 4) ผลต่อความผิดปกติของจิต (psychosis) การใช้กัญชามีความสัมพันธ์ต่ออาการผิดปกติดังกล่าว โดยเฉพาะโรคทางจิตใจที่มีความผิดปกติของความรู้สึก ความคิด อาการหรือพฤติกรรม (mental disorder Schizophrenia) โดยการใช้กัญชาจะทำให้อาการแย่ลง
- 5) ผลต่อกลุ่มอาการติดยา (dependence syndrome) การใช้กัญชาเป็นระยะเวลานานๆ จะทำให้เกิดกลุ่มอาการดังกล่าวประมาณ 1 ใน 10 ของผู้เสพกัญชา ทั้งนี้ อัตราส่วนจะเพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 6 ของจำนวนผู้เสพ หากเริ่มเสพตั้งแต่เป็นวัยรุ่น ซึ่งผู้เสติดกัญชาจะมีความต้องการอย่างมากที่จะเสพ ไม่สามารถที่จะลดการเสพลงได้ เกิดภาวะการหยุดยาและเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (withdrawal and behavioral systems) เช่น การเสพกัญชาในที่ๆ ไม่เหมาะสม เป็นต้น

ในประเทศออสเตรเลีย พบว่า แม้ว่าผู้เสพยาโคโดยส่วนใหญ่ ไม่ได้นำไปสู่การเสพยาเสพติดที่ผิดกฎหมายตัวอื่น เช่น แอมเฟตามีน หรือ เฮโรอีน แต่ส่วนใหญ่ของผู้ที่เสพยาเสพติดที่ผิดกฎหมายตัวอื่น เริ่มจากการเสพยาโคเป็นครั้งแรก

ในสหภาพยุโรป ประมาณการว่า มีผู้ที่เคยเสพยาโคอย่างน้อยหนึ่งครั้งเป็นจำนวน 77 ล้านคน ซึ่งมีจำนวนเท่ากับ 1 ใน 4 ของประชากรที่มีอายุระหว่าง 15 – 64 ปี ทั้งนี้ประมาณการว่า 15.4 ล้านคน (11.7%) ของประชากรวัยรุ่นเคยเสพยาโคในปีที่ผ่านมา และ 6.5% ในระหว่างเดือนที่แล้ว และจากการสำรวจในสหภาพยุโรป 24 ประเทศ และนอร์เวย์ในปีพ.ศ. 2554 เด็กนักเรียนอายุ 15 – 16 ปี จำนวน 5% มีการเสพยาโคจาก 5% และมากที่สุดในประเทศสาธารณรัฐเช็ก มีจำนวนถึง 42%

สำหรับในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปีพ.ศ. 2552 ผู้เสพยาโคจำนวน 11.3% (อายุ 12 ปีขึ้นไป) ได้เคยเสพยาโคเมื่อปีที่ผ่านมา และผู้เสพยาโคจำนวน 41.5% (อายุ 12 ปีขึ้นไป) เคยเสพยาโคแล้วหนึ่งครั้ง นอกจากนี้ นิตยสารไทม์ ฉบับเดือนพฤษภาคม 2558 ได้ระบุว่า ชาวอเมริกัน (ผู้ใหญ่และวัยรุ่น) จำนวน 2.9 ล้านคน ได้เคยลองเสพยาโคที่ผิดกฎหมายเป็นครั้งแรก และ จำนวนถึง 80% เป็นการเริ่มเสพยาโค ทั้งนี้ จำนวนถึง 40% เป็นผู้เสพยาโคเสพยาโคต่อวันหรือมากกว่าต่อเดือน

สำนักงานป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) ระบุว่า ยาโคเป็นยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุด และมีแนวโน้มมากกว่ายาเสพติดตัวอื่นๆ โดยจำนวนประชากรโลก ระหว่าง 119 -224 ล้านคน เสพยาโคในรูปของกัญชาแห้ง ยางกัญชาและอื่นๆ โดยมีผู้เสพยาโคในปีที่ผ่านมาจำนวน 2.8 – 4.5% ของประชากรในช่วงอายุ 15 – 64 ปี โดยทวีปที่มีความชุกของผู้เสพยาโคสูงสุดได้แก่ โอเชียเนีย (9 : 1 – 14.6%) รองลงมาคือ อเมริกาเหนือ ยุโรป แอฟริกา และเอเชีย ตามลำดับ

3. การกำกับดูแลกัญชาในต่างประเทศ

3.1 กัญชา (cannabis – marijuana) ถูกจัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 1 (schedule I) และประเภท 4 (Schedule IV) อันเนื่องจากเห็นว่ามีโอกาสสูงมากที่จะก่อให้เกิดการเสพยาโค ใช้ในทางที่ผิดและอาจจะเป็นสารตั้งต้นในการผลิตเป็นสารอื่นๆ ที่ให้ผลเกิดการเสพยาโคสูง แต่อย่างไรก็ตาม ก็อาจมีการใช้ในทางการรักษาบ้าง จากผลของการกำหนดดังกล่าว ทำให้มีการกำหนดมาตรการการควบคุมพิเศษเพื่อควบคุมกัญชา เช่น การห้ามปลูก ผลิต ส่งออก นำเข้า ค้าขาย ครอบครองหรือใช้ประโยชน์เว้นแต่ เพื่อใช้ทางการแพทย์หรือการศึกษาวิจัยเท่านั้น

3.2 แต่อย่างไรก็ตามอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 กำหนดให้เฉพาะกัญชาและยางกัญชา (resin) เป็นยาเสพติดในประเภท 4 (schedule IV) แต่สารสกัดจากกัญชาและทิงเจอร์ อยู่ในประเภท 1 (schedule I) จึงทำให้สารทั้งสองสามารถใช้ทางการแพทย์และการวิจัยเท่านั้น สำหรับประเทศที่อนุญาตให้ปลูกกัญชา หรือนำเข้าก็จะต้องให้มีการควบคุมที่เข้มงวดตามที่อนุสัญญากำหนด

การจัดแบ่งประเภทของยาเสพติดตามอนุสัญญาควบคุมยาเสพติดของสหประชาชาติ

(Schedules under the UN drug control conventions)

อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยการควบคุมยาเสพติดให้โทษ ปี ค.ศ. 1961

(1961 Single Convention on Narcotic Drugs)

ประเภทที่ 1 (SCHEDULE I)	ประเภทที่ 2 (SCHEDULE II)	ประเภทที่ 3 (SCHEDULE III)
สารที่มีโอกาสสูงมากที่จะก่อให้เกิดการเสพติด ใช้ในทางที่ผิด และอาจจะเป็นสารตั้งต้นในการผลิตเป็นสารอื่นๆ ที่ให้ผลเกิดการเสพติดสูง ใช้ในทางที่ผิดได้ (เช่น cannabis, opium, heroin, methadone, cocaine, coca leaf, oxycodone)	สารที่มีโอกาสน้อยกว่าประเภทที่ 1 ที่จะก่อให้เกิดการเสพติด ใช้ในทางที่ผิด (เช่น codeine, dextropropoxyphene)	ตำรับยาที่มีส่วนผสมของสารเสพติดให้โทษในปริมาณน้อย ซึ่งมีโอกาสน้อยมากที่จะใช้ในทางที่ผิด และได้รับการยกเว้นจากมาตรการส่วนใหญ่ที่ใช้ควบคุมสารเสพติดที่ผสมอยู่ (เช่น < 2.5% codeine, < 0.1% cocaine)

↓

ประเภทที่ 4 (SCHEDULE IV)
สารบางชนิดที่อยู่ในรายการของสารเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 โดยเฉพาะสารที่มีคุณสมบัติอันตรายและมีผลในการรักษา น้อยมากหรือไม่มีเลย (เช่น cannabis, heroin)

แผนภูมิแสดงการจัดแบ่งประเภทของยาเสพติดตามอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยการควบคุมยาเสพติดฯ ปี ค.ศ. 1961

ที่มา Dave Bewley – Taylor, Tom Blickman and Martin Jelsma. “The Rise and Decline of Cannabis Prohibition” Jebeles, Amsterdam (March 2014) ⁽³⁾, p. 23

3.3 สาร tetrahydrocannabinol และ isomers ของมันจะถูกจัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 1 (schedule I) ของอนุสัญญาว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ฯ ปี ค.ศ. 1971 ซึ่งห้ามมิให้มีการใช้ยกเว้นแต่เพื่อประโยชน์ทางวิทยาศาสตร์หรือทางการแพทย์ภายใต้การควบคุมหรืออนุญาตจากรัฐบาล แต่สาร dronabinol (synthetic delta-9 tetrahydrocannabinol) ถูกจัดเป็นประเภท 2 (schedule II) สำหรับสารสังเคราะห์และหรือสาร cannabinoids บริสุทธิ์ เช่น cannabidiol (CBD) ไม่ได้ถูกควบคุมตามอนุสัญญาดังกล่าว ซึ่งหลายประเทศก็ไม่ได้ควบคุมแต่สหรัฐและอีกหลายประเทศก็มีการกำหนดการควบคุมไว้

3.4 อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ฯ ค.ศ. 1988 ได้กำหนดถึงการร่วมมือในการดำเนินงานเกี่ยวกับการฟอกเงิน การยึดทรัพย์ ความช่วยเหลือร่วมมือในการตรวจสอบการดำเนินคดีตามกฎหมาย การนำสารตั้งต้นมาใช้ทางที่ผิด และได้กำหนดแนวทางการดำเนินการตั้งแต่การลงโทษ การให้การศึกษา การบำบัดฟื้นฟู และการบูรณการทางสังคม (social reintegration)

ทั้งนี้จากการที่กัญชาเป็นยาเสพติดที่มีการระบาดมากที่สุด แต่อัตราการเสพติดที่ไม่รุนแรง โดยบางประเทศได้นำมาใช้ทางการแพทย์หลายประเทศได้มีการขับเคลื่อนในการจัดการปัญหาการแพร่ระบาดของกัญชาที่

แตกต่างกันไปแล้วแต่บริบทของสังคม และวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ โดยอาจมีการกำหนดมาตรการที่แตกต่างกันไป เช่น

- 1) การลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization) ซึ่งเป็นการกำหนดให้การกระทำบางอย่างซึ่งเคยผิดกฎหมาย ให้ไม่ผิดกฎหมายหรือไม่มีบทลงโทษ
- 2) การลดโทษ ซึ่งเป็นมาตรการลดความรุนแรงของการลงโทษผู้กระทำผิดกฎหมาย
- 3) การกำหนดให้เป็นกฎหมาย (Legalization) ซึ่งเป็นมาตรการกำหนดให้การกระทำซึ่งมักจะหมายถึงการผลิต การจัดหา การกระจายยาเสพติด ซึ่งแต่เดิมห้ามมิให้กระทำ ให้สามารถดำเนินการได้โดยไม่ผิดกฎหมาย แต่อยู่ภายใต้การต้องได้รับอนุญาต และมีกฎระเบียบควบคุมไว้ด้วย
- 4) การตรากฎหมาย (Legal Regulation) ให้มีข้อกำหนด กฎหรือข้อจำกัดในการผลิต จัดหา ครอบครอง และการเสพ เป็นต้น

ดังนั้น การจัดการกับปัญหาในภาพรวมของโลกปัจจุบันจึงมีความซับซ้อนทั้งในมิติด้านสังคม วัฒนธรรม การแพทย์ และสาธารณสุข แตกต่างกันในแต่ละบริบทของสังคม และเป็นสิ่งที่แต่ละสังคมเลือกที่จะควบคุมและใช้ประโยชน์จากปัญหาโดยที่ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อประชาชนและสังคมของตน

4. แนวโน้มใหม่ของการควบคุมดูแลกัญชา

ปัจจุบันมีการถกเถียงกันอย่างมากในการควบคุมดูแลกัญชาว่าควรจะดำเนินการอย่างไร ซึ่งมีหลายประเทศห้ามขาดตั้งแต่การเสพ การปลูก การขาย การผลิต และไม่ให้ใช้ทางการแพทย์ด้วย เช่น ประเทศไทย แต่ก็มีหลายประเทศที่มีการยินยอมให้ใช้ทางการแพทย์เท่านั้น อย่างไรก็ตามเริ่มมีหลายประเทศที่ยอมให้มีการใช้เสพเพื่อความบันเทิง (recreation use) เช่น สเปน เนเธอร์แลนด์ สหรัฐอเมริกา (รัฐที่ยอมให้เสพเพื่อความบันเทิง คือรัฐโคโลราโดและรัฐวอชิงตัน ขณะที่อีก 24 รัฐ ยอมให้ใช้ทางการแพทย์) และอูรุกวัย เป็นต้น แต่ประเทศดังกล่าวก็มีการกำหนดมาตรการควบคุมดูแลปริมาณการครอบครอง การเสพ ผู้เสพและอื่นๆ (โดยมีเหตุผลว่า การห้ามการเสพไม่สามารถประสบผลสำเร็จในการลดแพร่ระบาดของการเสพกัญชา ก่อให้เกิดการลักลอบการค้ายาเสพติด และรัฐสูญเสียรายได้จากการเก็บภาษีการค้า) อย่างไรก็ตามปัจจุบันในอูรุกวัยก็มีการถกเถียงกันในระดับนโยบายที่จะมีการทบทวนกฎหมายการอนุญาตให้เสพกัญชาดังกล่าวอยู่ ทั้งนี้ข้อกำหนดการควบคุมของประเทศที่เป็นต้นแบบสำคัญๆ ดังสรุปในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการควบคุมของเนเธอร์แลนด์ สหรัฐอเมริกา (วอชิงตัน และโคโลราโด) และอุรุกวัย

Comparison of laws	Netherlands	Washington	Colorado State	Uruguay
Level of law	National prosecutor guidelines	State law (conflict with federal law)	State constitution (conflict with federal law)	National law
Regulatory Body	Municipality	Washington State Liquor	Colorado Department of Revenue	National Cannabis Institute
Age limit for possession	18	21	21	18
Growing at home	Up to five plants if for	Not allowed	Up to six plants, three in flower (cannot be sold)	Up to six plants/480 g
Maximum amount permitted for possession	5g (limit for investigation) 30 g (limit for prosecution)	1 oz (28.5 g)	1 oz (28.5 g)	40

ที่มา European Monitoring Centre for drug and drug addiction. “Perspectives on drugs Models for the legal supply of cannabis : recent developments” accessed June 15,2015 ⁽⁵⁾, p. 2

5. การควบคุมดูแลกัญชาในประเทศไทย: ทิศทางและข้อเสนอในการพัฒนา

ในประเทศไทย พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 กำหนดการควบคุมกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ซึ่งห้ามผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครอง เว้นแต่รัฐมนตรีจะได้อนุญาตโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษเป็นรายๆ ไป และยังห้ามมิให้ผู้ใดเสพกัญชาอีกด้วย ในปัจจุบันจึงมีการอนุญาตให้เพื่อการศึกษาวิเคราะห์ วิจัย เท่านั้น โดยกฎหมายกำหนดโทษของการกระทำฝ่าฝืนกฎหมาย ดังนี้

ตารางที่ 4 บทกำหนดโทษยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (กัญชา)

การกระทำความผิด	บทกำหนดโทษ
• ผลิต/นำเข้า/ส่งออก ยส. 5 (กัญชา)	• จำคุกตั้งแต่ 2 – 15 ปี และปรับ 200,000 – 1,500,000 บาท
• มีไว้ในครอบครอง ยส. 5 (กัญชา)โดยไม่ได้รับอนุญาต	• จำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
• จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย ยส. 5 (กัญชา)โดยไม่ได้รับอนุญาต (จำนวนไม่เกิน 10 กิโลกรัม)	• จำคุกตั้งแต่ 2 – 10 ปี หรือปรับ 40,000 – 200,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

<ul style="list-style-type: none"> • จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย ยส. 5 (กัญชา) โดยไม่ได้รับอนุญาต (จำนวน 10 กิโลกรัมขึ้นไป) 	<ul style="list-style-type: none"> • จำคุก 2 – 15 ปี และปรับ 200,00 – 1,500,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ
<ul style="list-style-type: none"> • เสพ ยส. 5 (กัญชา) 	<ul style="list-style-type: none"> • จำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

การที่กฎหมายของไทยมีบทบัญญัติห้ามการเสพกัญชา จึงทำให้การมีข้อจำกัดในการศึกษาวิจัยทางคลินิก ทำให้ในห่วงที่ผ่านมามีการศึกษาเพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้การใช้กัญชาในทางการแพทย์ แต่จากการที่มีการใช้กัญชาในทางการแพทย์ในต่างประเทศ และมีการวิจัยถึงสารในพืชกัญชาที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาซึ่งในบางกรณี สารดังกล่าวก็อาจใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบันที่มีอยู่ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาดังกล่าวในการรักษาได้ จึงทำให้พืชกัญชาเป็นที่สนใจของสาธารณชน แต่อย่างไรก็ตามกัญชา หากมีการนำมาใช้ในทางที่ไม่เหมาะสม หรือใช้ในทางที่ผิดก็ย่อมเกิดผลกระทบทางลบเช่นกัน ดังนั้น จึงเห็นควรทบทวนการควบคุมดูแล และการใช้ประโยชน์ของกัญชา ดังนี้

1) การเสพกัญชา ควรกำหนดอนุญาตให้สามารถเสพได้โดยคำสั่งแพทย์ ซึ่งจะเปิดโอกาสให้มีการศึกษาวิจัยทางคลินิก สังเกตองค์ความรู้ ซึ่งนำไปสู่การใช้กัญชาทางการแพทย์ในอนาคต

2) การศึกษาและพัฒนาพันธุ์พืชกัญชา ควรส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาและพัฒนาพันธุ์ที่นิ่ง และให้สารออกฤทธิ์ที่ต้องการมีปริมาณสูง รวมถึงการพัฒนาการปลูกให้กัญชาที่เหมาะสมสำหรับใช้ทางการแพทย์ โดยการใช้หลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการเพาะปลูก (Good Agriculture Practice) เนื่องจากหากการเพาะปลูก การเก็บเกี่ยวและแปรรูปที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้มีเชื้อราที่จะให้สารที่ออกซินที่เพิ่มอาการผิดปกติทางจิต (psychosis) เพิ่มและรุนแรงมากขึ้น หากผู้เสพมีอาการดังกล่าวแฝงอยู่แล้ว

3) การศึกษาวิจัยการสกัดสารออกฤทธิ์ ที่มีในพืชกัญชา เช่น THC, CBD, THCV เป็นต้น การแปรรูปผลิตภัณฑ์เพื่อนำมาใช้ทางการแพทย์

4) การศึกษาทางคลินิก ควรส่งเสริม สนับสนุนการศึกษาวิจัยทางคลินิก เพิ่มพูนองค์ความรู้และศักยภาพของสารต่างๆเพื่อใช้ทางการแพทย์

ทั้งนี้ การดำเนินการดังกล่าวจำเป็นต้องมีหน่วยงานหลักในการประสานและบูรณาการหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมวิชาการเกษตร และสถาบันการศึกษา เป็นต้น เพื่อพัฒนาให้สามารถใช้ประโยชน์จากพืชกัญชาได้อย่างเต็มที่

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. “สังเคราะห์สถานการณ์สารเสพติด พ.ศ. 2545 – 2555”.accessed June 15, 2015 Available from <http://www.nsacmu.com/NCSA2013/book-04.pdf>
2. Bruce Barcott and Michael Scherer. “The Great pot Experiment”. Times megazine. (May 25, 2015) :24 – 31.
3. Dave Bewley – Taylor, Tom Blickman and Martin Jelsma. “The Rise and Decline of Cannabis Prohibition”. Jebeles, Amsterdam (March 2014).
4. European Monitoring Centre for drug and drug Addiction. “Cannabis drug Profile” accessed June 15, 2015 .Available from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/cannabis>.
5. European Monitoring Centre for drug and drug addiction. “Perspectives on drugs Models for the legal supply of cannabis : recent developments” accessed June 15,2015. Available from <http://www.emcdda.europa.eu>.
6. Handbook of cannabis. edited by Roger G. Pertwee, Institute of Medical Sciences, University of Aberdeen, UK. CPI Group (UK) Ltd, Croydon, CRD 4yy
7. National drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales. “Cannabis in Australia: Use, Supply, harms, and responses monograph series No. 57”.accessed June 15, 2015. Available from <http://www.health.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/content//mono57>.
8. World Health organization. “Cannabis and cannabis resin information Document, Agenda item 8.2”. Expert Committee on Drug Dependence, Thirty-sixth Meeting Geneva, 16-20 June 2014, accessed June 15,2015. Available from http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/8_2_Cannabis.pdf.
9. Alice Rap Policy Paper Series, Policy Brief 5. “CANABIS – from prohibition to regulation: When the music changes so does the dance”.