

กัญชา กัญชา เป็นยาวิเศษ จริงหรือ

วิชัย โชควิวัฒน์

สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาคาร 8 ชั้น 7 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

ผู้รับผิดชอบบทความ: vichaichok@yahoo.com

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนสถานการณ์ความรู้เรื่องกัญชาในวงวิชาการประเทศไทย สรุปองค์ความรู้เรื่องกัญชาโดยสังเขป และทบทวนมาตรการด้านนโยบายและกฎหมายของประเทศต่าง ๆ โดยการทบทวนเอกสาร ผลการศึกษาพบว่า วงวิชาการในต่างประเทศ มีองค์ความรู้เรื่องกัญชาอย่างกว้างขวางและลุ่มลึกมาก ขณะที่วงวิชาการไทยแทบล้นพ้นในเรื่องกัญชา ดังปรากฏว่ามีบทความวิชาการเรื่องกัญชาจำนวนน้อยมาก แต่สื่อสังคมมีการเผยแพร่ข้อมูลและความเห็นเรื่องกัญชากันมาก ในลักษณะตื่นตูม มองกัญชาเป็นยาวิเศษ รักษาโรคได้ทุกอย่าง อัจฉริยะ ไม่มีโทษและไม่เสพติด แต่จากการทบทวนองค์ความรู้ในต่างประเทศพบว่า กัญชามีฤทธิ์เสพติด มีผลต่อสมองและร่างกายส่วนอื่น ๆ การใช้กัญชาระยะยาวกระทบต่อสมองส่วนความจำ การรู้คิด ความเสี่ยงต่ออาการโรคจิต ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย คลื่นกัญชามีน้ำมันดินคล้ายคลื่นบุหรี่ ซึ่งมีสารก่อมะเร็งกว่า 50 ชนิด การเสพกัญชา มีผลต่อพฤติกรรม สัมพันธ์กับอุบัติเหตุ ในส่วนของประโยชน์ทางการแพทย์ มีหลักฐานในการรักษาโรคบางอย่าง แต่หลักฐานที่หนักแน่นมีน้อย ในด้านกฎหมายเริ่มมีการควบคุมกัญชามาตั้งแต่ พ.ศ. 2383 และควบคุมเข้มงวดมากขึ้น ๆ จนจัดให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ และผิดกฎหมาย ต่อมาเริ่มมีการศึกษาพบประโยชน์ทางการแพทย์ของกัญชา จึงเริ่มมีการผ่อนคลายการควบคุมตั้งแต่คริสต์ทศวรรษ 1970 หลังจากมีการศึกษาวิจัยมากขึ้น จึงมีการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์กว้างขวางขึ้น แต่ยังมี การควบคุมให้ เป็นยาที่สั่งใช้โดยแพทย์ในข้อบ่งชี้จำกัด อูรุกวัยเป็นประเทศแรกที่ยอมให้ใช้ในทางนันทนาการ แคนาดาเป็นประเทศที่สอง รัฐต่าง ๆ ในสหรัฐกว่าครึ่งประเทศเปิดให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ และบางรัฐให้ใช้ในทางนันทนาการ แต่รัฐบาลกลางของสหรัฐยังจัดให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 การผ่อนคลายทางกฎหมายเริ่มจากการลดสถานะความผิดทางอาญา ตามมาด้วยการเปิดให้ใช้กัญชาโดยถูกกฎหมาย แต่อยู่ภายในขอบเขตที่กำหนด ไม่มีประเทศใดที่เปิดให้ใช้กัญชาเสรี

คำสำคัญ : กัญชา, ประโยชน์, โทษ, มาตรการทางกฎหมาย

Cannabis: Is It Really a Magic Medicine?

Vichai Chokevivat

Institute for the Development of Human Research Protections (IHRP), Health Systems Research Institute, Building 8, 7th Floor of Department of Medical Science, Tiwanon Road., Amphoe Mueang, Nonthaburi 11000, Thailand

*Corresponding author: vichaichok@yahoo.com

Abstract

This article aims to conduct a brief documentary review the knowledge status of cannabis or marijuana as well as relevant policies and laws in other countries. The results show that, technically, several countries have got extensive and in-depth knowledge of cannabis, while in Thailand, the technical community is almost asleep in this regard as evidenced in the fact that there are very few technical papers on this matter, despite a wide distribution of information and opinions about it, conjecturally on social media. It has been viewed as a magic drug or panacea that can miraculously cure all kinds of illnesses without any danger or addictive effects. But according to the review of international literature, it has been found that cannabis is addictive and affects the brain and other parts of human body. Long-term cannabis use adversely affects the frontal lobe of the brain that controls memory and thinking ability, and increases the risk for psychosis, depression and suicide. Cannabis smoke has tar like tobacco smoke and contains more than 50 carcinogens. The use of cannabis affects user's behavior that is related to accidents. Regarding the medical use of cannabis, there has been some therapeutic evidence, but the number of concrete study results is rather small. As for legal measures, the first law on cannabis control was enacted in 1840; since then stricter control efforts had been undertaken and the drug was classified as a narcotic and becomes illegal. Later on, research on cannabis use for medical treatment was initiated; its legal control has been relaxed since the 1970s. After more studies have been undertaken, its medical use has widely spread, but requires a doctor's prescription with limited indications. Uruguay is the first country that has legalized recreational cannabis; and Canada is second, allowing such use in various states. In the USA, over half of the country has permitted medical cannabis use; some states have also legalized recreational use. But the federal government has maintained cannabis as schedule 1 drug. Legal restrictions began with the reduction of criminalization, followed by legal use within a certain limit. No country has allowed the free or unlimited use of cannabis.

Key words: cannabis, benefit, harmful effect, legal measure

บทนำ

ช่วงปีสองปีที่ผ่านมา สักคมไทยจะอยู่ในภาวะ “เมากัญชา” หรือ “คลั่งกัญชา” จนหูดาลายเห็นกัญชาเป็น “ยาวิเศษ” ที่สามารถรักษาโรคได้สารพัด โดยเฉพาะโรคที่การแพทย์แผนปัจจุบันยังรักษาไม่หายหรือรักษาไม่ได้ผลดี เช่น มะเร็ง โรคลมชัก และแก้ปวดได้ดีกว่ายาากลุ่มโอปิออยด์ เช่น

มอร์ฟิน เพราะไม่มีฤทธิ์กดการหายใจ และไม่ทำให้ท้องผูกอย่างมอร์ฟิน^[1] จนสภานิติบัญญัติแห่งชาติถือเป็นระเบียบวาระสำคัญ และเร่งด่วน แก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 อย่างเร่งด่วนและฉุกฉะทุก^[2] จนต้องมีการชะลอการประกาศในราชกิจจานุเบกษาและมีการใช้อำนาจตามมาตรา 44 แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับชั่วคราว

พ.ศ. 2557 กับคำขอสิทธิบัตรสารที่เกี่ยวข้องกับกัญชาที่ยื่นไว้แล้วเสียก่อน การแก้ไขกฎหมายยาเสพติดดังกล่าวก็เพื่อเปิดทางให้สามารถทำการศึกษาวิจัยและนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย โดยมีการฝึกอบรม ทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยเพื่อให้มีความรู้พื้นฐานในการสั่งใช้กัญชา ขณะเดียวกันในช่วงเปลี่ยนผ่านก็มีการประกาศนิรโทษกรรมให้แก่ผู้ที่มีกัญชาไว้ในครอบครอง ใช้ หรือเพื่อการศึกษาวิจัยระหว่างวันที่ 19 กุมภาพันธ์ - 19 พฤษภาคม 2562^[3-4] ทั้งนี้ ตามมาตรา 22 (2) และมาตรา 26 (5) แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562

นอกเหนือจากการเปิดให้มีการนำกัญชา มาใช้ในทางการแพทย์แล้ว ยังมีกระแสเรียกร้องให้แก้ไขกฎหมายให้มีการนำกัญชามาใช้เพื่อนันทนาการด้วยทั้งในหมู่ประชาชนทั่วไปและนักวิชาการบางคน โดยให้เหตุผลว่า กัญชาเป็นสารที่ก่อให้เกิดความสุขที่มีโทษน้อย ไม่เสพติด อันตรายน้อยกว่าเหล้าและบุหรี่ เป็นต้น โดยอ้างว่าประเทศเจริญแล้วหลายประเทศล้วนเปิดให้มีการใช้กัญชาอย่างเสรี จนพรรคการเมืองขนาดกลางพรรคหนึ่ง ชูนโยบายกัญชาเสรีในการหาเสียงเลือกตั้ง โดยโฆษณาว่าจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชน และสามารถสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจสูงได้ นับแสนล้าน^[5]

จึงน่าสนใจว่า กัญชาเป็นยาวิเศษจริงหรือไม่ ไม่มีอันตรายจริงหรือไม่ ประเทศเจริญแล้วมีนโยบายกัญชาเสรีจริงหรือไม่ โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษา (1) เพื่อทบทวนสถานการณ์ความรู้เรื่องกัญชาในวงวิชาการของประเทศไทย (2) เพื่อทบทวนองค์ความรู้เรื่องกัญชาโดยสังเขป และ (3) เพื่อทบทวนนโยบายและกฎหมายของประเทศต่าง ๆ ในเรื่องกัญชา

วิธีการสืบค้นข้อมูล

การศึกษานี้ สืบค้นข้อมูลจากเอกสาร (Documentary research) ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องกัญชาในวารสารวิชาการทางการแพทย์ คือ (1) ฐานข้อมูล SCOPUS ซึ่งถือเป็นวารสารทางวิชาการชั้นนำของโลก (2) Website of Science (3) ฐานข้อมูล PubMed และ (4) Clinicaltrial.gov เป็นรายงานผลการศึกษาด้านคลินิก จากนั้นรวบรวม ทบทวน และเรียบเรียงจัดเนื้อหาเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1. สถานการณ์ความรู้เรื่องกัญชาในวงวิชาการของประเทศไทย 2. องค์ความรู้เรื่องกัญชาโดยสังเขป 3. ประวัติความเป็นมา นโยบาย และกฎหมาย 4. กัญชาในตำราการแพทย์แผนไทย และ 5. กัญชาในตำราการแพทย์แผนดั้งเดิมของอินเดีย โดยมีบทวิจารณ์ และบทสรุป

เนื้อหาที่ทบทวน

1. สถานการณ์ความรู้เรื่องกัญชาในวงวิชาการของประเทศไทย

จากการสืบค้นเรื่องกัญชาในวารสารการแพทย์ตามฐานข้อมูลต่าง ๆ พบว่า วารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล SCOPUS ซึ่งถือเป็นวารสารทางวิชาการชั้นนำของโลก มีบทความวิชาการเรื่องกัญชาอยู่มากกว่า 76,150 เรื่อง ใน Website of Science พบบทความเรื่องกัญชา 50,337 เรื่อง ในฐานข้อมูล PubMed พบ 36,540 เรื่อง รายงานผลการศึกษาด้านคลินิกใน Clinicaltrial.gov พบบทความเรื่องกัญชา 802 เรื่อง^[6]

สำหรับวารสารการแพทย์ของไทย จากการตรวจสอบในวารสารการแพทย์ชั้นนำ 4 ฉบับ ย้อนหลังไปถึงปี พ.ศ. 2559 ได้แก่ (1) จดหมายเหตุทางการแพทย์ของแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งเป็นวารสารการแพทย์ที่เก่าแก่ที่สุด

ในประเทศไทย อายุ 102 ปี เป็นวารสารรายเดือน ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ (2) สารศิริราชซึ่งเป็นวารสารการแพทย์เก่าแก่ อายุ 71 ปี ปัจจุบันตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ รายสองเดือน (3) จุฬาลงกรณ์เวชสาร เป็นวารสารการแพทย์ อายุ 63 ปี รายสองเดือน ยังคงตีพิมพ์เป็นภาษาไทยเป็นหลัก และ (4) รามาธิบดีเวชสาร ซึ่งอายุ 42 ปี เป็นวารสารการแพทย์รายสามเดือน ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ พบว่าวารสารทั้ง 4 ฉบับ ไม่มีเรื่องกัญชาตีพิมพ์เลย ในช่วง 3 ปีเศษที่ผ่านมา

จากการสืบค้นในฐานข้อมูลวารสารไทย (Thai Journal Online) พบบทความเรื่องกัญชา รวม 29 เรื่อง ไม่มีเรื่องใดที่เป็นการศึกษาวิจัยด้วยในกัญชา เป็นเพียงการศึกษาวิจัยเชิงพฤติกรรม และการทบทวนความรู้บางเรื่องจากวารสารวิชาการในต่างประเทศเท่านั้น โดยเป็นบทความในวารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกรวม 8 เรื่อง^[7-8]

หนังสือที่ทำให้เกิดการ “ตื่น” เรื่องกัญชา ก็นอย่างกว้างขวางเล่มหนึ่งคือ “กัญชาคือยารักษาอะไร”^[9] โดยนายแพทย์สมยศ กิตติมั่นคง ตีพิมพ์เผยแพร่ เมื่อต้นปี พ.ศ. 2559 ซึ่งสื่อมีการนำไปเผยแพร่อย่างกว้างขวาง และผู้เขียนได้ไปออกรายการทางโทรทัศน์ด้วย ต่อมานายแพทย์สมยศได้เขียนหนังสืออีกเล่มหนึ่ง ชื่อ “รักษาโรคด้วยกัญชง และกัญชา” ซึ่งก็ได้รับความนิยมอย่างกว้างขวางในเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 มีการตีพิมพ์ครั้งที่ 5 แล้ว^[10]

นอกจากการแพทย์มีหนังสือ และบทความที่เขียนเกี่ยวกับกัญชาไม่มากนัก เช่น (1) กัญชาปกรณัม : ตำนานพืชพันธุ์แห่งเสรี โดยอัศนี มูลเมฆ^[11] (2) บงกชจากสิงห์อมควัน โดย นิพัทธ์พร เพ็งแก้ว^[12]

2. องค์ความรู้เรื่องกัญชาโดยสังเขป

งานวิชาการในต่างประเทศมีเรื่องกัญชาจำนวนมาก พอสรุปองค์ความรู้เรื่องกัญชาโดยสังเขปได้

ดังนี้^[13-14]

กัญชา เป็นพืชที่มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า *Cannabis sativa* L. มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท นำมาใช้ทั้งเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และนันทนาการ สารที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท คือ สาร Tetrahydrocannabinol (THC) ซึ่งเป็น 1 ในสารประกอบ 483 ชนิดที่เป็นที่รู้จักแล้วจากกัญชา รวมทั้งสารในกลุ่ม Cannabinoids อื่นอีกอย่างน้อย 65 ชนิด กัญชา อาจใช้ได้โดยการสูบ การสูดดมสารระเหย (vapourizing) ผสมในอาหาร หรือทำเป็นสารสกัด

กัญชามีผลต่อสมองและร่างกาย ทำให้เกิดอาการ “เมา” (high or stoned) เมื่อบาน เจริญอาหาร ฤทธิ์ของกัญชาอาจเกิดขึ้นในเวลาเป็นนาทีหลังสูบหรือราว 30-60 นาทีหลังรับประทาน และฤทธิ์คงอยู่ราว 2-6 ชั่วโมง ผลข้างเคียงระยะสั้น ได้แก่ ปากแห้ง หลงลืม ตาแดง ความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อลดลง หวาดระแวง และวิตกกังวล ผลข้างเคียงระยะยาว ได้แก่ อาการเสพติด สติปัญญาเสื่อมลงในผู้ที่เริ่มเสฟตั้งแต่วัยรุ่น และปัญหาด้านพฤติกรรมในเด็กที่แม่เสฟกัญชาระหว่างตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ (association) ชัดเจนระหว่างการใช้กัญชากับความเสี่ยงต่อโรคจิต แม้จะยังมีข้อถกเถียงเรื่องความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (causal relationship)

นอกจากการใช้เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และนันทนาการแล้ว ยังมีการใช้กัญชาทางจิตวิญญาณ (spiritual purposes) ทั้งในพิธีกรรมต่าง ๆ และเพื่อการสะกดจิต

2.1 การใช้กัญชาทางการแพทย์

การใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อรักษาโรค และบรรเทาอาการมีมายาวนาน ปรากฏในตำราต่าง ๆ จำนวนมาก ช่วงที่กัญชาถือเป็นยาเสพติดทำให้ขัดขวางการผลิต และการศึกษาวิจัยทางการแพทย์อย่าง

มาก มีหลักฐานค่อนข้างจำกัดที่บ่งบอกว่ากัญชาสามารถลดอาการคลื่นไส้อาเจียนในผู้ที่รับยาเคมีบำบัด หรือเพื่อเพิ่มความอยากอาหารในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งเพื่อรักษาอาการปวดเรื้อรังและการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ การใช้ทางการแพทย์อื่น ๆ ยังไม่มีข้อมูลพอเพียงเรื่องความปลอดภัยและประสิทธิผลของกัญชา

การใช้กัญชาระยะสั้นเพิ่มความเสี่ยงต่อผลไม่พึงประสงค์ทั้งชนิดเล็กน้อยและรุนแรง (minor and major adverse effects) ผลข้างเคียง (side effects) ที่พบบ่อย ได้แก่ อาการมึนงง (dizziness) เหนื่อยล้า (tired) และอาเจียน (vomiting) ผลระยะยาวของกัญชายังไม่ชัดเจน สิ่งที่น่าห่วงใย คือ ปัญหาเรื่องความจำ สติปัญญา ความเสี่ยงต่อการเสพติด โรคจิตเภทในเยาวชน และอันตรายจากเด็กบริโภคโดยอุบัติเหตุ

2.2 การใช้เพื่อบำบัดอาการ

กัญชามีฤทธิ์ต่อจิตประสาท และทางสรีรวิทยา คือ (1) การผ่อนคลาย และความรู้สึกเป็นสุข (euphoria) (คืออาการ “เมา”) (2) การเปลี่ยนแปลงสติสัมปชัญญะ เพิ่มความไวทางความรู้สึก และเพิ่มราคะ (libido) (3) ความผิดเพี้ยนในความรับรู้เรื่องเวลา และสถานที่ ถ้าใช้ในขนาดสูง อาจทำให้เกิดภาพลวงตา หรือหูแว่ว อาการประสาทหลอนเทียม (pseudo hallucination) และการสูญเสียสมรรถนะในการควบคุมการเคลื่อนไหวเนื่องจากการเสียปฏิกิริยาสะท้อนทางระบบประสาท (impairment of polysynaptic reflexes) ในบางราย อาจทำให้เกิดภาวะแยกตัว (dissociative states) เช่น การลืมนตัว (depersonalization) และสูญเสียความตระหนักรู้ (derealization)

ผลข้างเคียงระยะสั้น ได้แก่ การหลงลืมระยะสั้น

ปากแห้ง ตาแดง และควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อไม่ได้ดี นอกจากการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ และการรับรู้แล้ว ผลทางร่างกายและระบบประสาทระยะสั้น ได้แก่ อาการใจสั่น เพิ่มความอยากอาหาร ลดความดันโลหิต สูญเสียความจำระยะสั้น เสียสมาธิ และเสียการประสานการทำงานของกล้ามเนื้อ ผู้ใช้กัญชาบางคนมีอาการโรคจิตเฉียบพลันซึ่งมักลดลงหลังหกชั่วโมง แต่ในบางรายที่ใช้มากอาจมีอาการไปหลายวัน การลดคุณภาพชีวิตอาจพบในคนที่เสพหนัก แต่ความล้มพินนี้้นน้อยกว่าเมื่อเทียบกับบุหรืหรือสารเสพติดอื่น แต่ความล้มพินนี้้นเชิงเหตุ-ผล ยังไม่ชัดเจน

แคนาดา เปิดให้ใช้กัญชาเพื่อบำบัดอาการ เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2561 จึงเป็นประเทศที่สองของโลกที่เปิดเช่นนี้ ต่อจากอูรุกวัย และนับเป็นประเทศแรกในกลุ่มประเทศจี 7 ระบบการอนุญาตผลิตของแคนาดา อาจเป็น “มาตรฐานทองคำ” ของโลกสำหรับการผลิตกัญชาที่ปลอดภัยและมั่นคง รวมทั้งข้อกำหนดให้มีการผลิตจำนวนมากระดับอุตสาหกรรมจากสายพันธุ์ต่าง ๆ อย่างไรก็ดี กฎหมายของแต่ละจังหวัดในแคนาดา แตกต่างกันเรื่องอายุของผู้ได้รับอนุญาตให้เสพ ลักษณะร้านค้าปลีก และการอนุญาตให้ปลูกที่บ้าน

2.3 การใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางจิตวิญญาณ

กัญชามีสถานะเป็นของศักดิ์สิทธิ์ในหลายศาสนา มีการใช้กัญชาในบริบทที่เกี่ยวกับพระเจ้า จิตวิญญาณ ศาสนา และหมอผี ในอินเดียมีการใช้ตั้งแต่ยุคพระเวท ราว 1,500-2,000 ปีก่อนคริสต์ศักราช ปรากฏในคัมภีร์ อาถรรพเวท และฤคเวท ในเทพปกรณัมของกรีก มีการใช้กัญชาเป็นเครื่องขจัดความปวดร้าว และเศร้าโศก ในบันทึกของเฮโรโดตัส บิดาแห่งวิชาประวัติศาสตร์ชาวกรีก มีเรื่องราวการใช้กัญชาในพิธีกรรมของชาวไซเธียน (Scythians) ตั้งแต่ราว

200-500 ปีก่อนคริสต์ศักราช

2.4 ผลไม่พึงประสงค์ (Adverse effects) ของกัญชา

2.4.1 ผลไม่พึงประสงค์ระยะสั้น

ผลเฉียบพลัน ได้แก่ อาการกระวนกระวาย ตื่นกลัว (panic) เสียสมาธิและความจำ เพิ่มความเสี่ยงต่ออาการทางจิต ไม่สามารถใช้ความคิดได้อย่างปลอดภัย และเพิ่มความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ กัญชาทำให้ความสามารถในการขับรถลดลง โดยพบสารทีเอชซี (THC) บ่อยที่สุดในคนขับรถที่ชนกัน ทั้งนี้ ผู้ที่พบสารทีเอชซีในเลือดมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุสูงกว่าคนที่ไม่ได้ใช้กัญชาหรือแอลกอฮอล์ 3-7 เท่า อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าทีเอชซีเป็นสาเหตุของอุบัติเหตุ เพราะสารทีเอชซี อาจพบในเลือดเป็นเวลาหลายวัน หรือหลายสัปดาห์หลังเสพ

จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขและบริการมนุษย์ของสหรัฐ ในปี 2554 พบผู้ป่วยในท้องฉุกเฉิน 455,000 รายที่ “สัมพันธ์” (associate) กับการใช้กัญชา ตัวเลขนี้รวมผู้ป่วยที่เกิดอาการจากการใช้กัญชา และที่เกี่ยวข้อง (relate) กับกัญชา โดยกัญชาเป็นเหตุให้ต้องไปใช้บริการห้องฉุกเฉิน แต่ไม่จำเป็นต้องเป็นสาเหตุโดยตรง (direct cause) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ไปรับบริการห้องฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดผิดกฎหมาย มักเสพยาหลายชนิด โดยมี 129,000 รายที่เกี่ยวกับกัญชาเดียว ๆ

ผลระยะสั้นของกัญชาอาจเปลี่ยนแปลงเมื่อมีการใช้ยาในกลุ่มโอปิออยด์ร่วมด้วย เช่น เฮโรอีน หรือเฟนทานิล การใช้ยาอื่นเพิ่มเข้าไปเพื่อเพิ่มผลทางจิตประสาท หรือ เพิ่ม “ฤทธิ์ลวงจิต” [Psychotropic action] ขณะเดียวกันก็เพิ่มอันตรายจากการใช้ยาเกินขนาด

ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการเสพติด จากสาขาต่าง ๆ

ได้แก่จิตเวชศาสตร์ เคมี เภสัชวิทยา นิติวิทยาศาสตร์ ระบาดวิทยา ตำรวจ และนักกฎหมาย ร่วมกันวิเคราะห์โดยใช้เทคนิคเดลไฟในการจัดลำดับ “โอสถลวงจิต” [Psychotropic drug] ที่ใช้กันบ่อย ๆ 20 ชนิด จัดให้กัญชามีฤทธิ์เสพติดอันดับที่ 11 อันตรายทางร่างกายอันดับที่ 17 และอันตรายทางสังคม อันดับที่ 10 สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทหรือ “โอสถลวงจิต” ทั้ง 20 ชนิด ได้แก่ แอลกอฮอล์, เมทาโดน, บาร์บิทูเรต, โคเคน, เฮโรอีน, “ฆัต” (Khat), อัลคิลไนไตรต์, เอกสเตซี (ยาอี), จีเอชบี (GHB), แอนาบอลิกสเตียรอยด์, เมทิลเฟนิเตต, แอลเอสดี, 4-เอ็มทีเอ (4-MTA), สารระเหย (Solvents), กัญชา, บิวพรีนอร์ฟิน (Buprenorphine), บุหรี่, แอมเฟตามีน, เบนโซไดอะเซพีน และ เคตามีน

2.4.2 ผลไม่พึงประสงค์ระยะยาว

การเสพกัญชาอย่างหนักและระยะยาว อาจก่อผลทางร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และสังคม และอาจสัมพันธ์กับโรคตับ ปอด หัวใจ และหลอดเลือด มีข้อเสนอแนะให้หยุดเสพกัญชาทั้งก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ เพราะอาจมีผลเสียต่อทั้งแม่และเด็ก แม้จะพบว่า การเสพกัญชาระหว่างตั้งครรภ์จะไม่สัมพันธ์กับการก่น้ำหนักน้อยหรือการคลอดก่อนกำหนด การทบทวนงานวิชาการในปี 2557 พบว่ากัญชามีอันตรายน้อยกว่าแอลกอฮอล์ แต่ก็เร็วเกินไปที่จะแนะนำให้ใช้กัญชาทดแทนแอลกอฮอล์ในผู้ที่มีปัญหาเลิกดื่มไม่ได้ เพราะข้อมูลยังมีน้ำหนักไม่เพียงพอที่จะให้ข้อเสนอแนะเช่นนั้น ผลการสำรวจหลายการศึกษา ระหว่าง พ.ศ. 2558-2562 พบว่าผู้ใช้กัญชาทดแทนสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่น ได้แก่ ยาในกลุ่มโอปิออยด์ แอลกอฮอล์ และบุหรี่ ส่วนมากใช้กัญชาแล้วไม่สามารถลดหรือเลิกทั้งแอลกอฮอล์ และบุหรี่ได้

มีการศึกษาจำนวนไม่มากที่ศึกษาผลของการสูบ

กัญชาต่อระบบหายใจ พบว่าผู้สูบกัญชาจำนวนมากเป็นประจำ สัมพันธ์กับอาการไอ มีเสมหะมาก มีเสียงวี๊ดในปอด และอาการอื่นๆ ของโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง การใช้กัญชาระยะสั้นสัมพันธ์กับการขยายของหลอดลม ผลข้างเคียงอื่นๆ พบว่ากัญชาอาจทำให้เกิดกลุ่มอาการอาเจียนรุนแรงจากสารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoid hyperemesis syndrome)

ควันทัญชามีสารประกอบทางเคมี ทั้งอินทรีย์และอนินทรีย์จำนวนมาก น้ำมันดิน (tar) จากควันทัญชามีสมบัติทางเคมีคล้ายกับที่พบในควันบุหรี่โดยมีสารมากกว่า 50 ชนิด ที่เป็นสารก่อมะเร็ง ได้แก่ สารกลุ่มไนโตรซามีน, รีแอกทีฟ อัลดีฮายด์, โพลีไซคลิกไฮโดรคาร์บอน และเบนซ์ไพรีน การสูบกัญชาโดยทั่วไปมีการ “อัด” ควันทันกว่าการสูบบุหรี่ อย่างไรก็ดี ข้อมูลจนถึง พ.ศ. 2558 ยังไม่มีข้อมูลว่าการสูบกัญชาเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งปอดหรือไม่ เชื่อว่าการสูบกัญชาขนาดน้อยหรือปานกลางไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งปอด หรือมะเร็งทางเดินหายใจส่วนบน โดยทั่วไปพบว่า ความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนทางปอดในผู้สูบกัญชาเป็นประจำต่ำกว่าผู้สูบบุหรี่มาก การทบทวนรายงานทางวิชาการในปี 2558 พบความสัมพันธ์ระหว่างการเสพกัญชากับการเกิดเนื้องอกลูกอัณฑะ (testicular germ cell tumors: TGCTs) โดยเฉพาะชนิด non-seminoma การวิเคราะห์รายงานการศึกษา 6 รายงานในปี 2558 พบหลักฐานเพียงเล็กน้อยว่าการใช้กัญชาเป็นประจำ หรือในระยะยาวสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อมะเร็งปอด แม้จะยังไม่สามารถตัดความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ได้ การวิเคราะห์หอยทากอีกชิ้นหนึ่งในปี 2558 ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้กัญชาตลอดชีวิตกับมะเร็งที่ศีรษะและลำคอ สารจากการเผาไหม้กัญชาไม่พบในการเสพโดยการสูดไอระเหย ใช้ที่เอชซีชนิดเม็ด หรือการใช้ในอาหาร

มีข้อสงสัยว่า กัญชาอาจก่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด แต่ข้อมูลจนถึง พ.ศ. 2561 พบว่าความสัมพันธ์กับโรคกลุ่มนี้ยังไม่ชัดเจน เชื่อว่ากัญชาอาจเป็นปัจจัยซ้ำเติมให้เกิดภาวะหลอดเลือดอักเสบซึ่งพบน้อยมาก แต่เป็นโรคร้ายแรงที่บางรายต้องรักษาโดยการตัดขา แต่เพราะรายงานผู้ป่วยเหล่านี้มีถึง 97% ที่สูบบุหรี่ร่วมด้วย ทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์กับกัญชา ถ้าในอนาคตสามารถสรุปความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ได้ ก็อาจเป็นผลจากฤทธิ์ที่ทำให้หลอดเลือดหดตัวจากสาร delta-8-THC และ delta-9-THC อาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรงทางระบบหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆ ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หัวใจวายฉับพลัน (sudden cardiac death) และมีรายงานโรคกล้ามเนื้อหัวใจ (cardiomyopathy) ที่สัมพันธ์ชั่วคราวกับการใช้กัญชา แต่การศึกษาเรื่องนี้หาข้อสรุปยาก เพราะผู้ป่วยมักใช้กัญชาร่วมกับบุหรี่ แอลกอฮอล์ และโคเคน มีหลักฐานบางชิ้นจากรายงานผู้ป่วยพบว่า การใช้กัญชาอาจทำให้เกิดภาวะทางหัวใจ และหลอดเลือดที่ร้ายแรงถึงตายได้ในประชากรอายุน้อยที่ไม่เคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ และหลอดเลือด การสูบกัญชายังพบว่า เพิ่มความเสี่ยงจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้ 4.8 เท่า หลังเสพ 60 นาที

2.5 ผลต่อสมอง

ความผิดปกติของสมองที่พบเสมอจากการใช้กัญชาเป็นเวลานาน คือ การลดขนาดของสมองส่วนฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) อีกส่วนหนึ่งที่พบเป็นบางครั้งคือ ความผิดปกติของสมองส่วนอะมิกดาลา (Amygdala) ซึ่งสมองทั้งสองส่วนนี้ทำหน้าที่เกี่ยวกับความจำ ทั้งชนิดที่ผ่านมานไม่นาน (recent memory) และที่ผ่านมานานแล้ว (remote memory)

กัญชา ยังมีผลต่อการทำหน้าที่ของตัวรับแคนนา

binoid ชนิดที่ 1 (Cannabinoid, หรือ CB1 Receptors) โดยสัมพันธ์กับฤทธิ์ระงับของกัญชา แต่จะกลับเป็นปกติหลังเลิกยา 1 เดือน มีหลักฐานจำกัดว่าการใช้กัญชาเป็นเวลานานจะลดระดับของ glutamate metabolites ในสมองมนุษย์

2.6 ผลด้านสติปัญญาหรือ “การรู้คิด” (Cognition)

การวิเคราะห์หกอิมานในปี 2558 พบว่า แม้การเลิกยานานขึ้น จะสัมพันธ์กับการที่ความเสียหายมีขนาดเล็กลง แต่ความจำทั้งย้อนไปข้างหลังและไปข้างหน้า (retrospective and prospective memory) จะเสื่อมลง ในผู้ใช้กัญชา การวิเคราะห์หกอิมานอีกชิ้นหนึ่งในปี 2555 พบว่าการลดลงในด้านต่าง ๆ ส่วนใหญ่ของการรู้คิด จะคงอยู่เลยจากระยะที่เป็นพิษเฉียบพลัน แต่ไม่พบปัญหาดังกล่าวในผู้ที่เลิกยานานเกิน 25 วัน มีการศึกษาที่มีคุณภาพสูงอีก 2-3 ชิ้นเกี่ยวกับผลระยะยาวของกัญชาต่อการรู้คิด แต่ผลไม่ชัดเจนคงว่า ผลการทบทวนชิ้นหนึ่ง สรุปว่า การทำหน้าที่เรื่องการรู้คิดของสมองส่วนมากไม่เสียหายจากการเสพกัญชาแต่ความบกพร่องยังคงอยู่ในส่วนของ executive functions ซึ่งมักพบค่อนข้างบ่อยในคนสูงอายุ ซึ่งอาจเกิดจากการใช้กัญชามาเป็นเวลานานหรือเกิดกับการใช้กัญชาในวัยรุ่น มีหนึ่งการทบทวนที่ศึกษากลุ่มประชากรไปข้างหน้า (prospective cohort studies) 3 ชิ้น ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้กัญชากับระดับไอคิว การศึกษาดังกล่าวติดตามผู้ใช้กัญชาปริมาณมาก (heavy cannabis users) พบว่าระดับไอคิวลดลงระหว่างช่วงอายุ 7-13 ปี และ 38 ปี ผลการเรียนรู้ที่ไม่ดีและอุปนิสัยของการออกจากโรงเรียนก่อนกำหนดสัมพันธ์กับการใช้กัญชา แต่บอกไม่ได้ว่ากัญชาเป็นสาเหตุ และพบว่าผู้เสพกัญชามีการทำงาน of สมองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับประสิทธิภาพ

ในการประมวลผลของสมองที่ลดลง

2.7 ผลทางจิตเวช

มีการศึกษาทางระบาดวิทยา พบความสัมพันธ์เชิงขนาด-ผลตอบสนอง (dose-response relationship) ระหว่างการใช้กัญชากับโรคจิต (psychosis) และการเกิดโรคจิตเร็วขึ้น (earlier onset of psychosis) แต่ยังขาดหลักฐานพิสูจน์ว่ากัญชาเป็นสาเหตุ แต่พิจารณาสาเหตุทางชีววิทยา (biological causal pathway) มีโอกาสเกิดขึ้นได้ (plausible) โดยเฉพาะในกรณีที่มีความโน้มเอียงทางพันธุกรรมที่จะเกิดการเจ็บป่วยทางจิต กัญชาก็อาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิด (trigger)

ไม่ชัดเจนว่าการใช้กัญชาจะเพิ่มอัตราการฆ่าตัวตายหรือไม่ กัญชาอาจเพิ่มความเสี่ยงของโรคซึมเศร้า แต่ยังไม่มีการวิจัยพอที่จะสรุปได้ กัญชาอาจสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงต่อความวิตกกังวล แต่ก็ยังไม่หลักฐานให้สรุปได้ว่ากัญชาเป็นสาเหตุ

การทบทวนในเดือนกุมภาพันธ์ 2562 พบว่าการใช้กัญชาในช่วงวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า และพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในช่วงหลังของชีวิต แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับเรื่องความวิตกกังวล

2.8 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเสริมแรง (Reinforcement disorders)

ราว 9 % ของผู้ที่ทดลองใช้กัญชาพบว่ามีการเสพติดตามเกณฑ์คู่มือการวินิจฉัย และสถิติความผิดปกติทางจิต [(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ฉบับที่ 4 : DSM - IV (1994)] ผลการทบทวนในปี 2556 พบผู้ใช้กัญชาเป็นประจำทุกวันจะสัมพันธ์กับการเสพติด 10-20% ความเสี่ยงสูงสุดในการเสพติดพบในผู้มีประวัติการเรียนรู้ไม่ดี มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนในวัยเด็กและวัยรุ่น พวก

ชอบกัญชา มีความสัมพันธ์ไม่ดีกับพ่อแม่ หรือผู้ที่มีประวัติพ่อแม่ติดยาหรือแอลกอฮอล์ ผู้ที่ใช้กัญชาเป็นประจำทุกวันราว 50% มีอาการ “เสียนยา” ระหว่างเลิกยา (คือ เสพติด) ได้แก่ นอนไม่หลับ จุนเจียว กระวนกระวาย (dysphoria) และอยากยา (craving) การถอนกัญชาจะยากน้อยกว่าการเลิกเหล้า

ตามเกณฑ์ DMS-5 (2013) 9% ของผู้ที่ใช้กัญชา จะเกิดอาการผิดปกติน้อยกว่าโคเคน (20%) แอลกอฮอล์ (23%) และนิโคติน (68%)

2.9 ขนาดที่เกิน (Overdose)

สารสำคัญที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในกัญชา คือ ทีเอชซี มีพิษต่ำ ขนาดที่จะทำให้หนูตาย 50% สูงมาก ไม่เคยมีรายงานการตายในคนจากการเสพกัญชาเกินขนาด

3. ประวัติความเป็นมา นโยบาย และกฎหมาย

3.1 ประวัติความเป็นมา

กัญชาเป็นพืชพื้นเมืองในเอเชียกลางและอินเดีย มีการใช้เส้นใยจากต้นกัญชาทอเป็นเสื้อผ้า และเครื่องใช้อื่นๆ ในจีนและญี่ปุ่นมาตั้งแต่ยุคหินใหม่ไม่ชัดเจนว่ามีการนำฤทธิ์ต่อจิตประสาทของกัญชามาใช้ตั้งแต่เมื่อไร

มีการกล่าวถึงกัญชาในคัมภีร์พระเวทของอินเดียตั้งแต่ครั้งโบราณ ชาวอัลซีเรียโบราณก็พบฤทธิ์ต่อจิตประสาทของกัญชาผ่านทางเปอร์เซีย ชาวอิหร่านนำกัญชาไปสู่แหล่งอารยธรรมอื่นด้วย ได้แก่ ซีเรีย นครเชียน และดาเซียน ซึ่งหมอผีใช้ควันทกัญชาเพื่อการสะกดจิต ในจีนมีการใช้กัญชา ตั้งแต่วราว 2,800 ปีก่อนคริสต์ศตวรรษ ปรากฏในคัมภีร์ของเลินหนง ซึ่งเป็นเทพในตำนานของจีน มีหลักฐานการใช้ในกรีก ดังปรากฏในบันทึกของเฮโรโดตัส ซึ่งได้รับยกย่องว่าเป็นบิดาของวิชาประวัติศาสตร์ของตะวันตก และต่อมา

เมื่อกำเนิดศาสนาอิสลามก็มีการใช้กัญชาในหมู่ชาวมุสลิม เมื่อชาวยุโรปเดินทางไปแอฟริกา และเอเชีย ก็พบการใช้กัญชาแพร่หลายทั่วไป

3.2 นโยบายและกฎหมาย

กัญชาเริ่มเป็นสิ่งผิดกฎหมายเมื่อต้นคริสต์ศตวรรษที่ 19 มอริเชียส อาณานิคมแห่งหนึ่งของอังกฤษ ห้ามใช้กัญชา เมื่อ ค.ศ. 1840 เมื่อพบปัญหาในหมู่กรรมกรชาวอินเดีย สิงคโปร์อาณานิคมของอังกฤษในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ก็ออกกฎหมายห้ามใช้กัญชาในปี ค.ศ. 1870

สหรัฐอเมริกา เริ่มออกกฎหมายจำกัดการซื้อขายกัญชาในปี ค.ศ. 1906 โดยเริ่มในเขตเมืองหลวง คือ ดิสตริคต์ออฟโคลัมเบีย ในปี ค.ศ. 1913 จาไมกา ซึ่งเป็นอาณานิคมของอังกฤษก็ออกกฎหมายให้กัญชาเป็นสิ่งผิดกฎหมาย แอฟริกาใต้ อาณานิคมอีกแห่งหนึ่งของอังกฤษ ก็ห้ามกัญชาในปี ค.ศ. 1922 สหราชอาณาจักรและนิวซีแลนด์ ห้ามกัญชาในช่วงเดียวกัน แคนาดาห้ามกัญชาในปี 1923

ปี ค.ศ. 1925 มีการประชุมนานาชาติที่กรุงเฮก ประเทศเนเธอร์แลนด์ ออกอนุสัญญาระหว่างประเทศ เรื่องฝิ่น (International Opium Convention) ห้ามส่งออก “กัญชงอินเดีย” (Indian Hemp) ไปยังประเทศที่ห้ามใช้กัญชา สำหรับประเทศที่อนุญาตให้นำเข้ากัญชาจะต้องออกใบอนุญาตนำเข้า ที่ระบุว่า “ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์หรือทางวิทยาศาสตร์เท่านั้น” (exclusively for medical or scientific purposes) และมีข้อกำหนดให้ผู้เกี่ยวข้องจะต้องดำเนินการมาตรการควบคุมที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการลักลอบที่ผิดกฎหมาย โดยเฉพาะส่วนที่เป็น “ชัน” (resin)

ในปี ค.ศ. 1937 สหรัฐออกกฎหมายภาษีกัญชา (Marihuana Tax Act) ห้ามผลิตกัญชง และกัญชา

นโยบายการเข้มงวดในการควบคุมปราบปราม
กัญชา ดำรงอยู่ยาวนานกว่า 3 ทศวรรษ

ประเทศแรก ที่นำร่องในการผ่อนคลายการ
ควบคุมกัญชาคือเนเธอร์แลนด์ ที่เริ่มแบ่งยาเสพติด
เป็นกลุ่มอันตรายมากกว่า และน้อยกว่า และจัด
กัญชาอยู่ในกลุ่มอันตรายน้อยกว่า ในปี ค.ศ. 1972
ซึ่งกำหนดว่าการครอบครองกัญชาไม่เกิน 30 กรัม
เป็นความผิดอาญาไม่ร้ายแรง (misdemeanor) และ
ยอมให้ใช้กัญชาเพื่อนันทนาการในคอฟฟี่ช็อปตั้งแต่
ปี ค.ศ. 1976 และถือว่าการครอบครองกัญชาไม่เกิน 5
กรัม เพื่อใช้เอง ไม่ผิดกฎหมาย แต่ยังไม่สามารถ
สามารถใช้ดุลพินิจยึดกัญชาได้ ซึ่งตำรวจมักยึดกัญชา
ขณะตรวจรถที่ชายแดน

ประเทศแรกที่เปิดให้ใช้กัญชาได้กว้างขวาง
ขึ้น คือ อูรุกวัย โดยประธานาธิบดี โฮเซ มูฮิกา
(Jose Mujica) ออกกฎหมายเมื่อเดือนธันวาคม
2556 และในเดือนสิงหาคม 2557 อูรุกวัยอนุญาตให้
ประชาชนปลูกกัญชาที่บ้านได้บ้านละ 6 ต้น ให้รวม
กลุ่มเป็นสโมสรผู้ปลูกกัญชา และเปิดให้มีร้านขาย
กัญชาได้โดยรัฐควบคุมเอง

แคนาดาเป็นประเทศที่สองที่เปิดให้ใช้กัญชาเพื่อ
นันทนาการ เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2561 ให้จำหน่าย
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีกัญชาเป็นส่วนผสมได้ทั้ง
ในคนและสัตว์ แต่กำหนดให้มีสารสกัดที่เอชซีไม่เกิน
10 ส่วนในล้านส่วน และอนุญาตให้ยา Nabiximols
(Sativex) เป็นยาที่จำหน่ายในแคนาดาได้ ในสถานะ
ยาที่ต้องสั่งใช้โดยแพทย์ (Prescription drug)

ในรายงานยาเสพติดโลก (World Drug Report)
ของสหประชาชาติ ระบุว่ากัญชาเป็นยาเสพติดที่มี
การผลิต ลักลอบ และบริโภคมากที่สุดในโลก และ
ประมาณว่ามีคนใช้กัญชาราว 128-238 ล้านคนทั่วโลก

ในสหรัฐอเมริกา ช่วง พ.ศ. 2515-2521 มลรัฐ 7

รัฐ มีการแก้ไขกฎหมายกัญชา ลดความเข้มงวดในการ
ควบคุมลง ในปี 2544 มลรัฐเนวาดา แก้ไขกฎหมาย
ให้การมีกัญชาไว้ในความครอบครองเป็นความผิด
อาญาไม่ร้ายแรง ถึงปี 2557 หลายมลรัฐแก้ไขกฎหมาย
เพื่อลดโทษเรื่องกัญชา และบางรัฐเปิดให้ใช้กัญชาเพื่อ
นันทนาการได้

มลรัฐวอชิงตันเป็นรัฐแรกที่เปิดให้กัญชาถูก
กฎหมาย เมื่อเดือนธันวาคม 2557 โดยที่กฎหมายของ
ประเทศสหรัฐ (Federal Law) ยังถือว่ากัญชาเป็นสิ่ง
ผิดกฎหมาย มลรัฐโคโลราโด เป็นรัฐที่สองที่เปิดให้
กัญชาถูกกฎหมาย มีการเปิด “สโมสรกัญชา” แห่ง
แรกในโคโลราโด เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2558 สโมสร
แห่งนี้ยอมให้คนไปสูบกัญชาได้ แต่ไม่อนุญาตให้มี
การซื้อขาย กัญชาในสโมสรดังกล่าว

ในทางตรงกันข้าม โดยที่กฎหมายของประเทศ
ยังถือว่ากัญชาเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ศาลสูงสุดของ
มลรัฐแคลิฟอร์เนียได้ตัดสินเมื่อเดือนพฤษภาคม
2556 ว่า รัฐบาลท้องถิ่นสามารถสั่งห้ามร้านขายให้
จำหน่ายกัญชาได้ แม้กฎหมายของรัฐแคลิฟอร์เนีย
จะอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ได้
โดยผลของคำพิพากษาของศาลสูงสุดดังกล่าว ทำให้มี
การสั่งห้ามขายกัญชาในร้านยาอย่างน้อย 180 เมือง ใน
มลรัฐแคลิฟอร์เนีย

สถิติ ในปี 2558 เกือบครึ่งหนึ่งของพลเมือง
สหรัฐเคยลองเสพกัญชา, 12% เคยใช้เมื่อปีที่แล้ว,
7.3% ใช้เมื่อเดือนที่แล้ว, ในปี 2557 การใช้กัญชาใน
หมู่นักศึกษามหาวิทยาลัยขึ้นถึงระดับสูงสุด นับจากมี
บันทึกในปี 2523 เพิ่มขึ้นจาก 3.5% ในปี 2550 เป็น 5.9%
ในปี 2557 โดยมากกว่าอัตราการสูบบุหรี่ด้วย

ประชากรสหรัฐ ผู้ชายใช้กัญชามากกว่าผู้หญิง 2
เท่า กลุ่มอายุ 18-19 ปี ใช้กัญชามากกว่ากลุ่มอายุ 65 ปี
ขึ้นไป 6 เท่า ในปี 2558 ประชากรสหรัฐ 44% เคยลอง

สูบกัญชาอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิต เพิ่มขึ้นจาก 38% ในปี 2556 และ 33% ในปี 2558 ประชากรสหรัฐใช้กัญชาสูงกว่าค่าเฉลี่ยของชาวโลก 3 เท่า พอ ๆ กับประเทศเสรีชาติตะวันตก 44% ของนักเรียนอเมริกันชั้น ม.6 เคยลองกัญชาอย่างน้อยครั้งหนึ่ง ส่วนใหญ่เริ่มเมื่ออายุ 16 ปี คล้ายคลึงกับอายุการเริ่มดื่มแอลกอฮอล์ แต่ต่ำกว่าพวกที่ลองยาเสพติดผิดกฎหมายอย่างอื่น

ในอินเดีย รัฐอุตตรขันธ์ เป็นรัฐแรกที่อนุญาตให้ปลูกกัญชาเพื่อการอุตสาหกรรม ในออสเตรเลีย ซูซาน เลย์ รัฐมนตรีสาธารณสุขเสนอกฎหมายใหม่เมื่อ 17 ตุลาคม 2558 เพื่ออนุญาตให้ปลูกกัญชาเพื่อการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ และการทดลองทางการแพทย์ในผู้ป่วย ปัจจุบันหลายประเทศลดโทษ (decriminalized) หรือเปิดให้กัญชาถูกกฎหมาย (legalized) มากขึ้น เช่นในสาธารณรัฐเช็ก โคลัมเบีย อีคิวโดร์ โปรตุเกส แอฟริกาใต้ และ เม็กซิโก

4. กัญชาในตำราการแพทย์แผนไทย

ตำราการแพทย์แผนไทยกล่าวถึงสรรพคุณกัญชาว่า “....กัญชาแก้ไข้ผอมเหลืองหากำลังมิได้ ให้ตัวลั่น เป็นด้วยวาโยธาตุกำเริบ แก้นอนมิหลับ”^[15] ตำราอีกเล่มหนึ่งกล่าวว่า “... กัญชามีรสเมาเมื่อ กลิ่นเหม็นเขียว เจริญอาหาร ชูกำลัง แต่ทำให้ใจขาด แพทย์ตามชนบทใช้ดอกกัญชาผสมรับประทาน เป็นยาแก้เส้นประสาท คือ นอนไม่หลับ คิดมาก เบื่ออาหาร”^[16] ตำราอีกเล่มหนึ่งกล่าวว่า “....กัญชา เม่าทำให้ใจขาด รับประทานน้อย ๆ เป็นยาชูกำลัง เจริญอาหาร...”^[17]

ตำรายาที่เข้ากัญชาในตำราการแพทย์แผนไทย ในคัมภีร์พระโอสถพระนารายณ์ 3 ตำรับ ตำราพระโอสถครั้งรัชกาลที่ 2 2 ตำรับ จาริกวดโพธิ์ 14 ตำรับ ตำราสรรพคุณยาของกรมหลวงวงษาราชสนิท 3

ตำรับ รวม 22 ตำรับ และมีตำรับยาที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบในตำราชั้นหลังอีก เท่าที่มีการรวบรวมแล้วมีทั้งสิ้น 90 ตำรับ (จากตำรายาแผนไทยแห่งชาติที่ประกาศแล้วราว 23,000 ตำรับ) ในจำนวนนี้มีส่วนหนึ่งที่เข้าผืนและด้วยาห้ามใช้บางชนิด เมื่อมีการผ่อนคลายเป็นให้ใช้กัญชาเป็นยาได้ จึงมีเพียง 16 ตำรับ ที่ประกาศกำหนดให้เป็นตำรายาเสพติดให้โทษประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่อนุญาตให้เสพเพื่อรักษาโรค หรือการศึกษาวิจัยได้ ได้แก่ ยาอัคคินวคณะ “... แก้อาเจียน 4 ประการ ด้วยติกกะขาคินีกำเริบ แลวิสมามันหากอนันทุพล จึงคลื่นเหียนอาเจียน มิให้เสวยพระกระยาหารได้ ให้จำเริญพระธาตุทั้ง 4 ให้เสวยพระกระยาหาร เสวยมีรสชูกำลังยิ่งนัก...”^[18] (2) ยาสุขไสยาสน์ “... แก้กษรพโรคทั้งปวงหายลั่น มีกำลังกินเข้าได้ นอนเป็นสุขนักแล...”^[18] (3) ยาแก้ลมเนาวนาริยาโย เป็นยาแก้ลมเนาวนาริยาโย^[19] 4. ยาน้ำมันสนันไตรภพ แก้กษัยกล่อน^[19] (5) ยาแก้ลมขึ้นเบื้องสูง^[19] (6) ยาไฟอาวุธ ใช้แก้ชาง 7 จำพวก แก้กานโจร ทั้ง 12 จำพวก แก้หิดน้ำนม แก้ไอ ผอมเหลือง เป็นต้น^[20] (7) ยาแก้สันทฆาต กล่อนแห้ง^[21] (8) ยาอัมฤตโอสถ แก้ลมกษัย^[20] (9) ยาอโกลยสาลี แก้โรคลม จุกเสียดแน่น^[22] (10) ยาแก้ลมแก้เส้น “... แก้ลม แก้เส้น แก้เมื่อย แก้เหน็บชา แก้ตื่นตายมือตาย...”^[23] (11) ยาแก้โรคจิต ช่วยให้นอนหลับ^[24] (12) ยาไฟสาลี ใช้แก้ไข้เลื่อนกล่อน หิด ไอ ตามีต ตาฟาง จุกเสียด เป็นต้น^[24] (13) ยาหาริตสิดวงทวารหนักและโรคผิวหนัง^[24] (14) ยาทำลายพระสุเมรุ แก้ลมกษัย^[25] (15) ยาทัพยาริคุณ “แก้จุกเสียด แก้พรรดึก แก้ลมเป็นก้อนในอุทรให้เจ็บทั่วร่างกาย เจ็บสะเอว มือเท้าตายกระด้าง แลเมื่อยขบทุกข้อทุกลำ ชัดแข้งขา เจ็บทวารหนัก เบาพิการต่าง ๆ เจ็บศีรษะเวียนหน้าตา เจ็บไหล่ทั้งสอง ปาก

เปรี้ยว เสี่ยงแหบแห้ง ชัดสีข้าง ชัดดอก ท้องขึ้น กินอาหารไม่อร่อยนอนไม่ใคร่หลับ...’^[25] (16) ยาแก่นอนไม่หลับ ยาแก้ไข้ผอมเหลือง^[26]

อนึ่ง ตำรายาไทยสายลี้ เคยจัดเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ กลุ่มยาสมุนไพรแล้วโดยตัดกัญชาออกจากตำรับ เพราะเวลานั้นกัญชาเป็นยาเสพติดประเภท 5 ที่ยังไม่ผ่อนคลายเป็น พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 การตัดส่วนผสมกัญชาออกจากยาตำรับดังกล่าว บ่งว่า กัญชาอาจไม่ใช่ตัวยาลำคัญในตำรับยาดังกล่าว

ตำรับยาในคัมภีร์และตำราการแพทย์แผนไทยที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบ ส่วนที่ประกาศ 16 ตำรับอยู่ในกลุ่ม “ตำรับยาที่มีประสิทธิผล มีความปลอดภัย วิธีการผลิตไม่ยุ่งยากซับซ้อน ตัวยาหาไม่ยาก และมีสรรพคุณที่แก้ปัญหาสาธารณสุข” ตำรับยา “ที่มีประสิทธิผล แต่วิธีการผลิตไม่ชัดเจน ตัวยาหายาก” มี 11 ตำรับ ที่ควรให้มีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม 32 ตำรับ และที่มีส่วนประกอบที่อนุสัญญาไซเตส (CITES) และองค์การอนามัยโลกประกาศห้ามใช้และที่กฎหมายไม่อนุญาต 31 ตำรับ

5. กัญชาในตำราการแพทย์แผนดั้งเดิมของอินเดีย

อินเดียมีการแพทย์แผนโบราณถึง 6 ระบบ ได้แก่ อายุรเวท โยคะ ลีลา ยูนาธิ ธรรมชาติบำบัด และโฮมิโอพาตี เมื่อ พ.ศ. 2544 อินเดียได้จัดทำห้องสมุดดิจิทัลความรู้แผนโบราณ (Traditional Knowledge Digital Library: TKDL) โดยความร่วมมือระหว่างสภาวิจัยวิทยาศาสตร์และอุตสาหกรรม (Council of Scientific and Industrial Research: CSIR) และกระทรวงการแพทย์แผนโบราณ (AYUSH) เพื่อคุ้มครองภูมิปัญญาดั้งเดิม มีการแปลง

คัมภีร์ ตำราอายุรเวท ยูนาธิ ลีลา และโยคะรวม 148 เล่ม เป็นข้อมูล 34 ล้านหน้า มีตำรับยาอายุรเวท 80,000 ตำรับ ยูนาธิ 1,000,000 ตำรับ และลีลา 12,000 ตำรับ พบคำไวพจน์ของกัญชา รว 40 คำ จากการทบทวนตำรับยาอายุรเวทโดยสภาที่ปรึกษาการวิจัยทางศาสตร์อายุรเวท (Central Council for Research in Ayurvedic Sciences : CCRAS) พบตำรับยาอายุรเวท 191 ตำรับ ใน 13 รูปแบบ (dosage form) ที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบ ใช้รักษาโรค และอาการรวม 29 โรค / อาการ^[27] แสดงว่าในคัมภีร์/ ตำราอายุรเวท มีตำรับยาที่มีกัญชาเป็นส่วนผสมไม่มากนัก

บทวิจารณ์

1. สถานการณ์ความรู้เรื่องกัญชาในวงวิชาการประเทศไทย

น่าสังเกตว่า ขณะที่วงวิชาการในต่างประเทศมีบทความวิชาการเรื่องกัญชาว่าหนึ่งแสนเรื่อง วารสารวิชาการในประเทศไทยมีเรื่องกัญชาเพียง 29 เรื่อง โดยบทความทั้งหมดมิใช่ผลการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ เป็นเพียงการทบทวนความรู้จากต่างประเทศเท่านั้น สะท้อนความอ่อนแออย่างยิ่งของวงวิชาการประเทศไทย ทั้ง ๆ ที่เรามีมหาวิทยาลัยนับร้อยแห่ง และมีสถาบันวิจัยระดับชาติอีกหลายแห่ง

ข้อจำกัดสำคัญประการหนึ่ง คือ เพราะกัญชาถูกจัดเป็นยาเสพติดให้โทษ จึงทำให้เกิดความยุ่งยากในการทำการศึกษาวิจัย แตกต่างจากในประเทศตะวันตกที่เริ่มผ่อนคลายเป็นขั้วมวดในการควบคุมกัญชาในฐานะยาเสพติดให้โทษ มาตั้งแต่คริสต์ทศวรรษ 1970 ซึ่งมีผลให้มีการศึกษาวิจัยกัญชาอย่างกว้างขวาง และเกิดองค์ความรู้มากมาย อย่างไรก็ดี อุปสรรคดังกล่าวก็มีใช้เป็นที่ปดตาย พระราชบัญญัติยาเสพติดให้

โทษจัดให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เช่นเดียวกับกระท่อม ซึ่งเปิดช่องไว้ในมาตรา 26 ว่า “ห้ามมิให้ผู้ผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครอง ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 หรือประเภท 5 เว้นแต่รัฐมนตรีจะอนุญาตโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการเป็นรายๆ ไป” คณะกรรมการในที่นี้คือ คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติดังกล่าว^[28] และก็มีกฎกระทรวงฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2522) ออกตามความในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 กำหนดไว้ในข้อ 1 ว่า “ผู้ใดประสงค์จะขออนุญาต ผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 หรือในประเภท 5 ให้ยื่นคำขอตามแบบ ย.ส.21 ท้ายกฎกระทรวงนี้ พร้อมด้วยหลักฐานตามที่ระบุไว้ในแบบ ย.ส. 21”^[29]

ฉะนั้น หากจะทำการศึกษาวิจัยเรื่องกัญชา ก็ย่อมกระทำได้อย่างกว้างขวางโดยถูกกฎหมาย เพราะสามารถขออนุญาต “ผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครอง” ได้ การที่มีผู้อ้างว่า เพราะกัญชาถูกจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ทำให้ศึกษาวิจัยไม่ได้ จึงเป็นความเข้าใจผิด ในสหรัฐอเมริกา มีผลการศึกษาวิจัยออกมามากพอควร ทั้ง ๆ ที่มีข้อจำกัดคล้ายคลึงกับประเทศไทย เพราะสหรัฐก็จัดให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษในบัญชี 1 (Schedule I drug)^[30]

อนึ่ง มีการศึกษาของนักวิชาการไทย ศึกษาฤทธิ์กัญชาต่อเซลล์มะเร็งท่อน้ำดี ตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศ เมื่อพฤษภาคม 2553^[31] พบว่าสารสกัดกัญชาสามารถยับยั้งเซลล์มะเร็งได้ในหลอดทดลอง ย่อมเป็นหลักฐานว่า แม้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ก็ไม่ใช่ข้อห้ามเด็ดขาดที่จะทำให้วิจัยไม่ได้ ทั้งนี้ผลการวิจัยดังกล่าว ยังอยู่ในขั้นเริ่มต้นมาก แต่มีการออกข่าวในลักษณะว่า “ค้นพบ” การรักษา มะเร็ง

ได้โดยสารสกัดจากกัญชาแล้ว

การที่วงวิชาการแทบจะ “หลับสนิท” ในเรื่องกัญชา ทั้ง ๆ ที่วงวิชาการตะวันตกเริ่มเปลี่ยนกระบวนทัศน์เรื่องกัญชา ตั้งแต่คริสต์ทศวรรษ 1970 ทำให้แวดวงวิชาการไทยเกิดการแชร์ “ข้อมูล” และ “ความรู้” ทางสื่อสังคมออนไลน์กันอย่างกว้างขวาง ซึ่งส่วนใหญ่หรือแทบทั้งหมดเป็นการเผยแพร่ความรู้ที่มีใช้ความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบหรือทบทวนในวงวิชาการตาม “ชนบ” ที่ถูกต้องทางวิชาการ ทำให้ความรู้ที่ผิด ๆ หรือที่อันตรายเผยแพร่ออกไปเรื่อย ๆ

ตัวอย่างเช่น หนังสือ กัญชาปกรณัม ตำนานพืชพันธุ์แห่งเสรี เขียนโดยผู้ที่ไม่มีความรู้พอเพียง โดยเฉพาะในทางวิทยาศาสตร์ แม้จะมีรายการหนังสือที่ใช้ประกอบในการเขียนปรากฏใน “บรรณานุกรม” (ซึ่งมิได้เขียนอย่าง “บรรณานุกรม”) ถึง 17 รายการ แต่มีการเข้าใจผิด และตีความผิดจำนวนมาก เช่น เข้าใจผิดอย่างฉกรรจ์ว่า คัมภีร์ยสุรเวท เป็นคัมภีร์อายุรเวท (หน้า 69) แปลชื่อแพทย์สมาคมอเมริกันเป็นสมาคมเภสัชกรรมอเมริกัน (หน้า 179) ไม่แยกแยะระหว่างกัญชง (Hemp) กับ กัญชา (Marihuana) เข้าใจผิดว่า คัมภีร์สมุนไพรรของเสนาบดีเขียนโดย “เฒ่าจ้าว” ทั้ง ๆ ที่คำนี้คือ “เป็นฉาว” หมายถึง “ตำราสมุนไพรร” มีชื่อคน ฯลฯ และหนังสือ 2 เล่มของนายแพทย์สมยศ กิตติมั่นคง ที่เสนอสรรพคุณของกัญชาเกินกว่าหลักฐานที่ยอมรับในวงวิชาการไปมาก กล่าวถึงอันตรายจากกัญชา และความปลอดภัยของกัญชาที่ผลิตโดยมิได้มีการควบคุม ตรวจสอบ และประกันคุณภาพ น้อยกว่าที่ควรมาก

2. องค์ความรู้เรื่องกัญชาโดยสังเขป

โดยที่บทความวิชาการเรื่องกัญชาในต่างประเทศมีกว่า 1 แสนเรื่อง โดยเป็นองค์ความรู้ในแขนง

ต่าง ๆ ที่หลากหลายในลักษณะสหวิทยาการ เป็นไปไม่ได้ที่จะทบทวนองค์ความรู้ได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ การนำเสนอผลการศึกษานี้จึงนำเสนอได้เฉพาะบางประเด็น ที่เห็นว่าสำคัญและโดยสังเขปเท่านั้น

ตามขอบของวงวิชาการสากล การศึกษาต่าง ๆ จะต้องมีการออกแบบ และยึดระเบียบวิธีที่ถูกต้อง เชื่อถือได้โดยตัดอคติต่าง ๆ ออกให้มากที่สุด การประเมินผลเรื่องความปลอดภัยจะต้องทำอย่างเป็นขั้นตอน ตั้งแต่การตั้งประเด็น การออกแบบการศึกษา การวัดผลและวิเคราะห์ผลอย่างเป็นขั้นตอน โดยเฉพาะการแพทย์ปัจจุบัน ยึดหลักการแพทย์อิงหลักฐาน (evidence-based medicine) อย่างเคร่งครัด ผลต่าง ๆ ที่วัดได้ จะต้องมีการพิจารณาเบื้องต้นว่า มีความคงเส้นคงวา (consistent) หรือไม่ มากน้อยเพียงใด ก่อนจะสรุปว่า สิ่งที่พบนั้นมีความสัมพันธ์ (association) กับปัญหาหรือไม่ หลังจากนั้นจะต้องพิจารณาว่าเป็นความสัมพันธ์เชิงเหตุ-ผล (causal relationship) หรือไม่

การวัดประสิทธิผล (efficacy) ก็จะต้องมีการออกแบบการศึกษาเป็นระยะ ๆ (phases) ตามขั้นตอน และเป็นการออกแบบที่สามารถตอบวัตถุประสงค์ได้ ขนาดตัวอย่างและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก็จะต้องถูกต้องตามหลักสถิติ ในปัจจุบัน หลักฐานที่มีระดับความน่าเชื่อถือสูงสุด คือ ผลการศึกษาจากการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาวิจัยแบบสุ่มเปรียบเทียบที่มีการออกแบบและดำเนินการศึกษาที่มีคุณภาพสูงหลายการศึกษา โดยทั่วไปการศึกษาดังกล่าวมักต้องมีการสุ่ม และปกปิดสองด้านเพื่อลดอคติทุกรูปแบบ จึงจะสรุปเรื่องประสิทธิผลได้อย่างน่าเชื่อถือ

ในการศึกษาเรื่องผลของกัญชาต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ตลอดจนพฤติกรรมและสังคม ส่วนหนึ่ง

สามารถพบความสัมพันธ์ แต่มีส่วนน้อยมากที่พบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ เพราะผู้ใช้กัญชาโดยมากมักมีการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่นควบคู่ไปด้วย บางคนใช้หลายชนิด ในส่วนของประสิทธิผลก็มีจำนวนน้อยที่มีหลักฐานที่พิสูจน์ประสิทธิผลได้อย่างชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบกับสรรพคุณที่อ้างอ้างหรือเล่าลือกันก็พบว่าน้อยกว่ากันมาก ดังหนังสือที่ขายดีเล่มหนึ่งบอกขนาดยาจากกัญชารักษาโรคต่าง ๆ ถึง 17 โรค / กลุ่มอาการ^[10] ได้แก่ (1) Amyotrophic lateral sclerosis (2) Atopic Dermatitis (3) อาการปวดเรื้อรัง (4) ช่วยให้อยากอาหารในผู้ป่วย Cystic Fibrosis (5) ความจำเสื่อม (6) ความผิดปกติในการกินอาหาร (7) โรคลมชักในผู้ใหญ่ (8) ปรับภาวะกรดไขมันในร่างกาย (9) การเคลื่อนไหวผิดปกติใน Huntington's disease (10) อาการนอนไม่หลับ (11) อาการจากโรคปอดอักเสบเรื้อรัง (12) ใช้เป็นอาหารเสริม (13) โรคจิตเภท (14) โรคทูเรตต์ (15) โรคปวดข้อรูมาตอยด์ (16) โรคต้อหิน (17) ป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด ยังมีบางคนนำไปใช้รักษาเมะเร็ง อาการนอนกรน ตาอักเสบ อีกด้วย ซึ่งโรค/อาการต่าง ๆ เหล่านี้ มีหลักฐานที่พิสูจน์ทั้งความปลอดภัย และประสิทธิผลค่อนข้างน้อยหรือน้อยมาก หลายกรณีเป็นอันตราย

3. นโยบายและกฎหมาย

โดยที่กัญชามีการนำมาใช้อย่างกว้างขวางตั้งแต่ครั้งโบราณกาล ทั้งเพื่อการรักษาโรค นันทนาการ และในพิธีกรรมต่าง ๆ แต่โดยที่กัญชามีฤทธิ์ต่อจิตประสาทและมีการเสพติด ทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์ทั้งต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงเริ่มมีการใช้กฎหมายควบคุมกัญชา ตั้งแต่ต้นคริสต์ศตวรรษที่ 19 โดยเริ่มจากแรงงานอพยพในประเทศอาณานิคม

และต่อมาก็กระจายไปอย่างกว้างขวางจนกัญชากลายเป็นยาเสพติดให้โทษที่ผิดกฎหมายไปทั่วโลก

ต่อมาเริ่มพบว่ากัญชามีใช้ยาเสพติดที่ร้ายแรง โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับยาเสพติดหรือวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดอื่น ๆ ทั้งที่มีในอดีตและที่สังเคราะห์ขึ้นใหม่อีกหลายชนิด รวมทั้งพบประโยชน์ทางการแพทย์ของกัญชา จึงเริ่มมีการ “ลดความเป็นอาชญากรรม” (decriminalization) ของกัญชาลง โดยลดจากความผิดอาญาร้ายแรงเป็นความผิดอาญาไม่ร้ายแรง (misdemeanor) สำหรับผู้มีไว้ในครอบครองเพื่อเสพจำนวนจำกัด และบางประเทศถึงขั้นทำให้กัญชาเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย (legalize)

ประเทศไทยออกกฎหมายกำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษครั้งแรก เมื่อ พ.ศ. 2477^[32] ซึ่งปฏิบัติตามแนวทางของสากล ที่เริ่มควบคุมกัญชาเมื่อ พ.ศ. 2383 และเข้มงวดสูงสุดในปี 2463 นำสังเกตว่าทวีปยุโรปและอเมริกา เริ่มปรับเปลี่ยนมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับกัญชา เมื่อทศวรรษนับจาก พ.ศ. 2513 แต่ประเทศไทยกลับเข้มงวดกับมาตรการทางกฎหมาย โดยจัดกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522

มาตรการทางกฎหมายที่มีการเปลี่ยนแปลงในทวีปยุโรปและอเมริกา เริ่มจากการเปิดให้นำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ ต่อมาก็เปิดให้นำไปใช้ในทางนันทนาการได้ แต่ก็มีขอบเขตจำกัด เช่น เปิดให้มีสถานที่เสพกัญชาได้โดยถูกกฎหมาย แต่ไม่อนุญาตให้มีการซื้อขายในสถานที่นั้น การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ก็มีข้อจำกัดโดยให้ยาที่มีส่วนผสมของกัญชาหรือสารจากกัญชาเป็นยาที่ต้องสั่งใช้โดยผู้ประกอบวิชาชีพ

จึงไม่ปรากฏว่ามีประเทศใดที่เปิดให้ใช้กัญชาเสรีเลย

ในสหรัฐอเมริกา มลรัฐต่าง ๆ กว่าครึ่งประเทศยอมให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ และมีส่วนหนึ่งที่ยอมให้ใช้ในทางนันทนาการ แต่กฎหมายของสหพันธรัฐ (Federal Law) หรือของประเทศก็ยังคงจัดให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษในบัญชี 1

ในรัฐแคลิฟอร์เนียซึ่งในยุคฮิบปี มีการใช้กัญชากันอย่างกว้างขวางมาก สถานิติบัญญัติของรัฐก็ออกกฎหมายให้ใช้กัญชาเพื่อนันทนาการได้ แต่ศาลสูงสุดของมลรัฐก็ตัดสินให้รัฐบาลท้องถิ่นสั่งห้ามจำหน่ายกัญชาในร้านยาได้ และมีกว่า 180 เมืองในมลรัฐแคลิฟอร์เนียที่สั่งห้ามจำหน่ายกัญชาในร้านยา

4. องค์ความรู้เรื่องกัญชาในตำราทางการแพทย์แผนไทย

ไม่สามารถระบุฤทธิ์ทางยาของกัญชาได้ชัดเจน เพราะใช้กัญชาเป็นส่วนประกอบในตำรายาที่มีเครื่องยาหลายชนิด ฤทธิ์ที่ชัดเจนได้แก่ ช่วยให้อยากอาหาร และช่วยให้นอนหลับ มียาตำรับหนึ่ง เคยจัดเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติแล้ว โดยตัดส่วนผสมของกัญชาออก แสดงว่ากัญชามีใช้ด้วยสำคัญจนตัดออกจากตำรับไม่ได้ ในคัมภีร์/ ตำราอายุรเวทของอินเดีย มีตำรายาที่เข้ากัญชารวม 191 ตำรับ แสดงว่ามีการใช้กัญชาในการแพทย์อายุรเวทของอินเดียไม่มาก

บทสรุป

จากการทบทวนสถานการณ์ องค์ความรู้ นโยบาย และกฎหมายกัญชาในประเทศต่าง ๆ สามารถสรุปได้ดังนี้

1. การพัฒนาองค์ความรู้เรื่องกัญชาในวงวิชาการของโลกมีความก้าวหน้ามาก แต่วงวิชาการของไทยที่ผ่านมาอยู่ในภาวะแทบ “หลับสนิท” แทบไม่มีผลงานวิชาการพัฒนาขึ้นเลย ทำให้สังคมตกอยู่

ภายใต้ความครอบงำของความเชื่อ และความเห็นที่มีได้อยู่บนพื้นฐานของความรู้ที่ผ่านการกลั่นกรองตามขั้นตอนทางวิชาการของสากล ทำให้สังคมยากที่จะได้ประโยชน์อย่างถูกต้อง และเหมาะสมจากกัญชา

สภาพสังคมไทยเวลานี้ในเรื่องกัญชา จึงมีสภาพเหมือน “รถลากม้า” แทนที่จะเป็น “ม้าลากรถ” จำเป็นที่ทางวิชาการจะต้องตั้งสติ และตั้งหลักเพื่อเป็นหัวรถจักรนำของสังคมให้เจริญก้าวหน้าไปในทิศทางที่ถูกต้องต่อไป

2. กัญชา ก็เหมือนสมุนไพร หรือยาทั่วไป อาจมีคุณอนันต์และโทษมหันต์ จะต้องศึกษาข้อมูลความรู้อย่างถ่องแท้ถึงประโยชน์และโทษ นำมาใช้อย่างถูกต้อง เหมาะสม บทความ ความ กัญชา ... นโยบายที่ควรทบทวน^[33] สรุปประโยชน์และโทษของกัญชาไว้ได้อย่างกระชับชัดเจน โดยเฉพาะในเรื่องฤทธิ์แก้ปวดเรื้อรัง ที่มีผู้ตั้งความหวังกันมาก และบางคนกล่าวว่าดีกว่าอนุพันธ์ฝิ่น แต่แท้จริง งานวิจัยที่สนับสนุนการนำมาใช้ยังไม่มีความหนักแน่นเพียงพอ ผู้ใช้สารจากกัญชาเป็นยาเสพติดดังกล่าว แทนที่จะใช้ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นลดลง กลับใช้มากขึ้น ขณะเดียวกัน มีหลักฐานผลไม่พึงประสงค์ของกัญชา ในเรื่องการทำลายสมองของเด็ก ผลต่อความรู้คิด ความจำ เสี่ยงต่อโรคจิตเภทและซึมเศร้า รวมทั้งความสัมพันธ์กับอุบัติเหตุจราจรที่เพิ่มขึ้น ข้อสำคัญที่มีผู้ “ฟันธง” ว่ากัญชาไม่ใช่ยาเสพติดนั้น จากการศึกษาในประชากร 36,309 คน ที่มีประวัติการใช้กัญชาพบว่า มีลักษณะเข้าได้กับภาวะติดกัญชาถึงร้อยละ 31 สุดท้ายยังพบว่ารัฐที่ใช้กัญชามาก เช่น ออสเตรเลีย โคโลราโด แคนดักก็ พบความชุกของผนังกันห้องหัวใจด้านบน (Atrial Septal Defect: ASD) เพิ่มขึ้น

3. ในทางนโยบาย และกฎหมาย มีหลายประเทศเปิดให้นำกัญชามาใช้ในการแพทย์ แต่มี

การควบคุมค่อนข้างเข้มงวดโดยให้เป็นยาที่ต้องสั่งใช้โดยแพทย์ หลายประเทศเปิดให้นำกัญชามาใช้ในทางนันทนาการแต่ก็มีการควบคุม จำกัด ไม่มีประเทศหรือรัฐใดเลยที่เปิดให้กัญชาเสรี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทบทวนบทความที่ได้ให้ความเห็น และข้อสังเกตต่าง ๆ ทำให้ได้ปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความถูกต้องและชัดเจนยิ่งขึ้น

References

1. Deputy prime minister prepares for a meeting of the committee on pushing for the use of medical cannabis. Manager Daily. Thursday, 2019 February 28; pp 13-14.
2. Narcotics Act (No. 7) B.E. 2562 (2019). Government Gazette, Vol. 136, Part 19A. (18 February B.E. 2562).
3. Notification of the Ministry of Public Health No. 3, Re. Possession of cannabis by persons qualified as per section 26/5 and other persons who are not patients as per section 20/2 prior to the Narcotics Act (No. 7) B.E. 2562 (2019) becoming effective shall not be punishable, B.E. 2562 (2019). Government Gazette, Vol. 136, Special part 49E. (18 February B.E. 2562).
4. Notification of the Ministry of Public Health Re. Possession of narcotics type 5 (especially cannabis) by patients who need to use it specifically for their illnesses prior to the Narcotics Act (No. 7) B.E. 2562 (2019) becoming effective shall not be punishable, B.E. 2562 (2019). Government Gazette, Vol. 136, Special part 49E. (26 February B.E. 2562).
5. “Prachin” holds a meeting on pushing for the use of medical cannabis. Manager Daily. Friday, 2019 March 1, p. 3.
6. Sakulbamroongsilp R, Wimolmangkang S, Ketsomboon N, Sriwiriyaikul K, Kanchanapibun I, Khwankhao P. *et al.* Report on developing a full-cycle route map for medical cannabis research. Unpublished.
7. Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine. 2016;14(2):115-23, 188-9, 217-20.
8. Eungprabhanth V. Kratom and kancha (mitragyna and cannabis) should not be narcotics under the Narco-

- tics Act B.E. 2522 (1973). Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine, 2017;15(1):101-3.
9. Kittimankong S. Kancha (cannabis) is a cure for cancer. Bangkok: Go Green Social Adventure Co.Ltd; 2016.
 10. Kittimankhong S. Treating illnesses with kanchong and kancha (cannabis). 5th ed. Bangkok: Go Green Social Venture Co.Ltd; 2019.
 11. Moonmek A. Cannabis (kancha) mythology: a liberal plant variety. 3rd ed. Bangkok: Kledthai Publishing; 2015.
 12. Pengkaew N. Some chapters from cannabis smokers. Siamrath Weekly Review, Vol. 49, No. 14, Friday 30 August - Thursday 5 September B.E. 2545 (2002).
 13. Cannabis. Wikipedia [internet]. 2019 June 21 [cited 2019 May 12]; Available from: <https://en.wikipedia.org/wiki/Cannabis>
 14. The Editors of Encyclopedia Britannica. Marijuana DRUG. 2019 Jul 5 [cited 2019 May 12]; Available from: <https://www.britannica.com/science/marijuana>
 15. Khun Sopitbannalak (Amphan Kittikachorn). Textbook of Thai traditional medicine, Vol 2. Bangkok: Department of Fine Arts, 1999, p. 386.
 16. Pongboonrod S. Foreign plants in Thailand: Medicinal properties of foreign and Thai herbs. Bangkok: Krungthon Printing House; 1999; p 59.
 17. Phraya Phaetpongsa Wisuthathibodi (Sun Sundaravej). Subdistrict textbook of medicine, Volumes 1-3. Bangkok: Amarin Printing; 1984, p. 138.
 18. Pichiansuntorn C, Chavalit M, Jirawong W. (2001). Explanation of King Narai's drug formulas (*Tamra Phra Osot Phra Narai*). Published in commemoration of His Majesty the King's 72nd Birthday Anniversary, 5 December 1999. 2nd ed. Bangkok: Amarin Printing and Publishing and Wisdom Foundation; 2005, p. 10.
 19. Transcription of traditional medicine formulas from the inscriptions in Wat Phra Chetuphon (Wat Pho), Bangkok, commanded by King Rama III in 1832. Full version (1952); pages 322, 348, 429.
 20. Phraya Pisanuprasartvej. Compilation of Khamphi Prathonjinda in the medical textbook *Paetsart songkhroh*, Vol 1, 2nd ed. Bangkok: Thai Printing, B.E. 2453 (1910); pages 153-154, 162, 368.
 21. Phraya Pisanuprasartvej. Compilation of Khamphi Chavadarn in the medical textbook *Paetsart songkhroh*, Vol 1, 2nd ed. Bangkok: Thai Printing, B.E. 2453 (1910); pages 162, 368.
 22. Phraya Pisanuprasartvej, Governor, Vejjsamosorn Vejjasuksa School. Medical textbook in brief *Phaetsart sangkhep*, Volumes 1, 2 and 3. Vejjsamosorn Vejjasuksa School; B.E. 2452 (1909); p. 72.
 23. Soom Worakitpisarn. Old textbook of medicine - *Vejjasartwanna* - Volumes 1-5, rewritten from his father's version (Phraya Prasertsartdamrong, Noo). Bangkok: Pisanbanniti; B.E. 2460 (1917); p. 72.
 24. Nitthet (Thomrat) Poomchoosri. Ayurvedsueksa: Medical study (Khun Nitthetsukhakrit), Vol. 2. Bangkok: Promchakri Printing; 1973. Pages 158, 223, 276.
 25. Khun Sopitbannalak (Amphan Kittikachorn). Textbook of Thai traditional medicine, Vol. 2. Bangkok: Utsahakam Printing; 1961. Pages 268, 293.
 26. Textbook of herbal medicinal properties (Lae Maha Phikat). In "Medical textbook Paetsart songkhroh", Vol. 1. p. 476.
 27. Hazekamp A. An Indian perspective on cannabis for treatment of pain. Int J Ayu Pharm Chem. 2017;7(3):22-51.
 28. Narcotics Act, B.E. 2522 (1979), Thailand. Government Gazette, Vol. 96, No. 63 (Special issue). Published 27 April 1979.
 29. Government Gazette, Vol. 96, No. 206 (Special issue). Published 19 December 1979.
 30. Wallis C. Is pot any good for pain?. Scientific American. June 2019;320(6):16.
 31. Leelawat S, Leelawat K, Narong S, Matangkasombut O. The dual effects of delta(9)-tetrahydrocannabinol on cholangiocarcinoma cells: anti-invasion activity at low concentration and apoptosis induction at high concentration. Cancer Investigation. 2010;28(4):357-63.
 32. Kancha (Cannabis) Act, B.E. 2477 (1934), Thailand. Government Gazette, Vol. 52, Part 0A. Pages 339-43. Published 5 May 1935.
 33. Woratanarat T. Kancha (cannabis)...Policies that should be reviewed?. H focus.Org [Internet]. Accessed 24 Feb 2019; Available from: <https://www.hfocus.org/content/2019/02/16874>