

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด การใช้ประโยชน์จากกัญชา และการลงโทษแก่ผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับกัญชา

ภายหลังจากที่กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยมีนโยบายให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้ ประกอบกับข้อมูลทางวิชาการและทางด้านวิทยาศาสตร์ที่ปรากฏเผยแพร่เป็นจำนวนมากเกี่ยวกับ ประโยชน์ของกัญชาตลอดหลายปีที่ผ่านมา ล้วนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของประชาชนในการ นำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ นอกจากนี้ นโยบายการใช้กัญชาทางการแพทย์ยังมีความสัมพันธ์ ต่อพฤติกรรมการใช้ประโยชน์จากกัญชานอกเหนือจากวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ของประชาชนอีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ในการนันทนาการ แม้ว่ารัฐบาลได้ประกาศนโยบายให้ใช้ กัญชาได้เฉพาะทางการแพทย์เท่านั้นโดยไม่สนับสนุนให้ใช้กัญชาเพื่อนันทนาการ แต่ผลจากการที่ภาครัฐ ได้ปลดกัญชาออกจากการเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 จึงทำให้กัญชาไม่มีสถานะเป็นยาเสพติดให้ โทษอีกต่อไป ดังนั้น ภาครัฐจึงจำเป็นต้องมีจัดให้มีระบบบริการสุขภาพเพื่อให้การใช้ประโยชน์จากกัญชา ทางทางการแพทย์มีผลข้างเคียงต่อผู้รับบริการให้น้อยที่สุด ในขณะที่เดียวกันภาครัฐก็จำเป็นต้องบริหารจัดการ และกำหนดสถานะทางกฎหมายของกัญชาในกรณีของการใช้ประโยชน์จากกัญชาที่นอกเหนือ วัตถุประสงค์ทางการแพทย์ควบคู่ไปด้วย เพื่อป้องกันและควบคุมปัญหาอันเกิดจากการใช้กัญชาเพื่อ นันทนาการเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อด้านสุขภาพของประชาชน

ในบทนี้จะประกอบด้วยการศึกษาทั้งหมด 5 หัวข้อ ได้แก่

1. ความทั่วไปของกัญชา และกรอบแนวคิดเกี่ยวกับสถานะของกัญชา
2. ความหมายของนันทนาการ การใช้ประโยชน์จากกัญชา การใช้กัญชาภายใต้การควบคุม และผลกระทบจากการใช้กัญชา
3. กระบวนทัศน์ในการลงโทษแก่ผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับกัญชา

4. ความหมาย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสพติด และแนวทางการวินิจฉัยผลกระทบจากการเสพติดกัญชา

5. บทสรุป

1. ความทั่วไปของกัญชา

กัญชามีชื่อภาษาอังกฤษที่มักถูกเรียกว่า “Marijuana” (ภาษาไทยออกเสียงว่า “มาลีฮวนน่า”) หรือ “Ganja” (ภาษาไทยออกเสียงว่า “กัญชา” ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษาสันสกฤต) ส่วนกัญชงมีชื่อภาษาอังกฤษเรียกว่า “Hemp” (ภาษาไทยออกเสียง “เฮมพ์”) ความแตกต่างของกัญชาและกัญชงแสดงในตารางที่ 1

จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์ได้บันทึกเกี่ยวกับการใช้กัญชาในสังคมว่ามีมานานกว่า 10,000 ปี โดยมีการสันนิษฐานว่าพืชกัญชามีถิ่นกำเนิดในทวีปเอเชีย จากนั้นกัญชาก็ได้มีการแพร่กระจายไปทั่วทุกภูมิภาคของโลกโดยเฉพาะในทวีปแอฟริกาและตะวันออกกลาง ก่อนที่จะแพร่หลายไปยังทวีปยุโรปเมื่อ 500 ปีก่อนคริสต์ศักราช กัญชาจึงเป็นพืชสมุนไพรเก่าแก่ที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์ในหลายประการ เช่น การนำเมล็ดและน้ำมันที่ได้จากกัญชามาใช้ผสมอาหาร ใช้เส้นใยมาทำเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม ใช้เพื่อการผ่อนคลาย รวมถึงกัญชายังมีสรรพคุณในการใช้เพื่อเป็นยารักษาโรค เช่น อาการวิตกกังวล ยาแก้ปวด ยาระงับประสาท นอนไม่หลับ อาการถอนยาจากฝิ่น นอกจากนี้กัญชายังเป็นส่วนหนึ่งในอารยธรรมโบราณและความเชื่อของชนชาติต่างๆ โดยถูกนำไปใช้เป็นเครื่องบูชาหรือเป็นสื่อกลางเพื่อติดต่อกับเทพเจ้าหรือวิญญาณ เช่น ชาวอียิปต์เชื่อว่า กัญชา คือลมหายใจของเทพเจ้า ชาวฮินดูเชื่อว่า กัญชา คือโสมมวนของพระศิวะ ชาวอาหรับเชื่อว่า กัญชา คือพืชศักดิ์สิทธิ์เพื่อการสื่อสารกับเทพเจ้า หรือ ชาวจีนเชื่อว่า กัญชา คือสื่อกลางที่ช่วยติดต่อกับโลกวิญญาณ⁸

⁸ น้ำครึ่งแก้ว. มนต์ไปไม้...นี้ได้แต่ใดมา? . วารสาร องค์การพิพิธภัณฑสถานวิทยาศาสตร์แห่งชาติ (228 : 19) ประจำเดือน มิถุนายน 2564. หน้า 17.

ตารางที่ 1 สรุปความแตกต่างระหว่างกัญชาและกัญชง

	กัญชา	กัญชง
ชื่อทางวิทยาศาสตร์	<i>Cannabis sativa L.</i>	<i>Cannabis sativa L. subsp. Sativa</i>
ชื่อวงศ์	CANABACEAE	CANNABACEAE
ชื่ออื่น	คุณเช่า ปาง ยานอลักษณะทั่วไป	Hemp
ลักษณะทั่วไป	ไม้ล้มลุกอายุ 1 ปี ลำต้นตั้งตรง ประมาณ 0.9 – 1.5 เมตร มีขนสีเขียว อมเทาและไม่ค่อยแตกสาขา ใบเดี่ยวรูป ฝ่ามือ เรียงสลับขอบใบเว้าลึกจนถึงจุด โคน ใบมีลักษณะเป็น 5 - 7 แฉก โคน และใบกัญชามีปลายสอบ ขอบจักฟัน เลื่อย ดอกแยกเพศต่างต้นออกเป็นช่อ กระจุกตามง่ามใบและปลายกิ่ง ช่อดอก และใบของต้นเพศผู้เรียงตัวห่างๆ ต่าง จากเพศเมียที่เรียงตัวชิดกัน	ไม้ล้มลุกที่มีอายุเพียง 1 ปี ลำต้นเป็นสีเขียวตั้งตรง มี ความสูงได้ประมาณ 1 - 6 เมตร มีความกลมเฉพาะ บริเวณโคนต้นเหนือพื้นดินประมาณ 30 เซนติเมตร ประกอบด้วยเซลล์ไฟเบอร์ที่มีผนังหนา มี ระยะห่างของใบบนลำต้นกว้าง ทำให้ทรงต้นเพศผู้มี ข้อปล้องที่ยาวกว่าต้นเพศเมียซึ่งข้อปล้องสั้นและใบ เรียงชิดกัน ใบมีสีเขียวอมเหลือง เป็นใบเดี่ยวรูปฝ่ามือ ใบแก่แยกเป็นแฉก 7 - 9 แฉก ขอบใบหยักเป็นฟัน เลื่อย ปลายใบสอบ เรียวแหลม ดอกออกเป็นช่อตาม ซอกใบและปลายยอด ดอกมีขนาดเล็กสีขาว ดอกเพศ ผู้และเพศเมียอยู่ต่างต้นกัน
การขยายพันธุ์	เพาะเมล็ด	เพาะเมล็ด

กัญชาเป็นพืชสมุนไพรที่มีสารออกฤทธิ์ (Bioactive compounds) มากกว่า 400 ชนิด พบมากที่สุดเป็น สารแคนนาบินอยด์ (Cannabinoids) ได้แก่ เตตราไฮโดรแคนนาบินอยด์ (delta-9 tetrahydrocannabinol: THC) และ แคนนาบิไดอัล (Cannabidiol: CBD) ออกฤทธิ์ ยับยั้ง กระตุ้น ระบบประสาท ฮอร์โมน ภูมิคุ้มกันผ่านระบบ Endocannabinoid ของร่างกาย กัญชาจัดเป็นพืชล้มลุก จำพวกหญ้า และยังพบว่าในแต่ละพื้นที่ก็มีกัญชาอยู่ด้วยกันหลายสายพันธุ์ ซึ่งอาจเรียกว่าเป็นสายพันธุ์พื้นเมืองโดยมีการนำมาพัฒนาสายพันธุ์พื้นเมืองมาเป็นสายพันธุ์กัญชาเพื่อการแพทย์สมัยใหม่ อย่างไรก็ตาม สายพันธุ์ในสกุล Cannabis สายพันธุ์หลักๆ มีด้วยกัน 3 สายพันธุ์ ได้แก่ *Cannabis sativa* *Cannabis indica* และ *Cannabis ruderalis* ซึ่งในแต่ละสายพันธุ์มีส่วนประกอบทางเคมี ซึ่งเรียกว่า Cannabinoids ที่แตกต่างกัน กัญชาจะมีสารออกฤทธิ์ที่สำคัญ 2 ชนิด คือ THC และ CBD โดยต่างก็มีการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน กล่าวคือ THC ทำให้ความจำเสื่อมทั้งระยะสั้นและยาว ทำให้เกิดความตื่นตัว ใจง่าย เกิดโรคจิตประสาทและมีความหวาดระแวง ทั้งนี้ ฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์ทั้งหลายจากการเสพ กัญชาจนสามารถทำให้เกิดการเสพติดได้ โดยเริ่มต้นจากการได้รับสาร THC เข้าสู่ร่างกาย จากนั้นสาร THC จะออกฤทธิ์ในระบบสมองหลายแห่งและขัดขวางการส่งไฟฟ้าระหว่างเซลล์สมอง ทำให้ผู้เสพรู้สึก มึนเมา ตัวเบาและร่างกายไม่ทำตามที่ตั้งใจ นอกจากร่างกาย THC ยังทำให้การสื่อสารระหว่างเซลล์ ประสาทขัดข้อง จึงอาจจะทำให้เกิดโรคจิตประสาทได้ง่ายขึ้น รบกวนการทรงตัว ทำให้การประสานงาน การยืนหรือเดินอย่างสมดุลเสียไป และยังลดความเร็วของปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นอีกด้วย ส่วนสาร CBD จะออกฤทธิ์ตรงข้ามกับสาร THC โดยให้ผลตรงกันข้าม คือ สาร CBD จะคอยต้านฤทธิ์ของ สาร THC เช่น ต่อต้านการเกิดโรคจิตประสาท ความจำเสื่อมและลดความตื่นตัวอันเกิดจากสาร THC ดังนั้น สาร CBD จึงไม่ก่อให้เกิดฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์เมื่อใช้ในขนาดปกติ สาร CBD จึงไม่ทำให้เกิด การเสพติด ไม่ทำให้เกิดอาการเมา เชื่องซึมหรือทำให้ร่างกายไม่ทำตามที่ตั้งใจ สาร CBD อาจจะทำให้ นอนหลับได้ เพิ่มความอยากอาหาร มีอารมณ์ดี และช่วยบรรเทาอาการของโรคหลายชนิด แต่ก็ไม่ได้ เกิดผลดีกับผู้ใช้ทุกราย อย่างไรก็ตาม สาร CBD เป็นสารที่เซลล์ในระบบประสาทสามารถผลิตเองได้อยู่แล้ว ด้วยเหตุนี้สารสกัดกัญชาที่มีสาร CBD ในปริมาณที่สูงจึงเป็นทางเลือกในการใช้ทางการแพทย์และต่อต้าน ฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์ของสาร THC ได้

1.1 ความเป็นมา และวิวัฒนาการกฎหมายเกี่ยวกับของกัญชาในประเทศไทย

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่รู้จักการใช้ประโยชน์จากกัญชามาพัฒนาจนเป็นองค์ความรู้อันเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยไม่ได้ถูกใช้อย่างเช่นพืชเสพติดเป็นหลัก จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์ของประเทศไทยพบว่ามีการใช้กัญชาเพื่อการรักษาโรคมานานอย่างน้อย 360 ปี ตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยาตอนปลาย ดังปรากฏในตำราพระโอสถพระนารายณ์ (พ.ศ. 2174 - พ.ศ. 2231) ซึ่งได้บรรจุกัญชาเป็นหนึ่งในส่วนผสมยารักษาโรคหลายอย่าง⁹ ด้วยเหตุนี้ ชาวไทยในสมัยก่อนจึงมีองค์ความรู้อันเป็นภูมิปัญญาเกี่ยวกับการใช้กัญชา ทั้งที่เป็นความรู้เกี่ยวกับคุณและโทษของกัญชาอย่างกว้าง ซึ่งคุณสมบัตินี้ของกัญชาในฐานะเป็นยาได้มีการบันทึกไว้ในตำรายามากมาย ในขณะที่โทษของกัญชาก็มีข้อเตือนเกี่ยวกับการเสพไว้ด้วยเช่นกัน เช่น ตำราวัตสังข์ ได้บรรยายเกี่ยวกับสรรพคุณและโทษจากการใช้เกินขนาดไว้ว่า

“กัญชามีรสมีนเมาสบายดี มีความรื่นเริงอยู่ในใจ ทำให้จิตใจฟุ้งซ่านใจขาด เป็นยาชูกำลัง บ้างเล็กน้อย ถ้าวรับประทานมากเกินไปจะทำให้เบื่ออาหารและกำลังถอย หรือทำให้ตัวลั่นและเสียด เป็นคนจริตพิการไปหมด”¹⁰

เมื่อภายหลังที่องค์การสหประชาชาติได้ประกาศลงนามในสนธิสัญญาร่วมเพื่อปราบปรามยาเสพติดให้หมดไปจากโลก (Drug Free World) ทำให้รัฐบาลของประเทศต่างๆ รวมถึงประเทศไทยจึงต้องประกาศสงครามกับยาเสพติด ในขณะที่เดียวกันการใช้กัญชารักษาโรคในประเทศไทยก็เริ่มหายไปจากสังคมไทย จากการที่รัฐบาลไทยเห็นว่ากัญชาเป็นสิ่งที่มึโทษร้ายแรงแก่ผู้สูบจึงเริ่มมีการปราบปรามกัญชาในประเทศไทยในสมัยของพระยาพหลพลพยุหเสนา นายกรัฐมนตรีคนที่ 2 ของประเทศ โดยขณะนั้นได้มีพระราชบัญญัติกัญชา พ.ศ. 2477 ประกาศให้กัญชาเป็นสิ่งเสพติดที่ผิดกฎหมายทั้งการมี ชื่อ ขาย จำหน่าย หรือสูบกัญชา เว้นแต่จะได้รับอนุญาตให้แต่เฉพาะบุคคลมีไว้เพื่อประโยชน์ในทางโรคศิลปะ¹¹ จนกระทั่งปี พ.ศ. 2522 รัฐบาลไทยได้ตราพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 โดยจัดให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ 5 และห้ามการเสพหรือนำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือนำไปใช้

⁹ สุภาภรณ์ ปิติพร. บันทึกของแผ่นดิน 12 กัญชา และผองเพื่อน สมุนไพร...เพื่อระบบประสาทและจิตใจ. มูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร บริษัท ปรมัตถ์การพิมพ์ จำกัด : กรุงเทพมหานคร หน้า 45.

¹⁰ เรื่องเดียวกัน หน้า 43.

¹¹ พระราชบัญญัติกัญชา พุทธศักราช 2477 มาตรา 7 (เล่มที่ 52 หน้า 342 ราชกิจจานุเบกษา วันที่ 5 พฤษภาคม 2578)

ประโยชน์ในทางการแพทย์ รวมถึงกำหนดโทษทั้งผู้เสพและผู้ครอบครองด้วย แม้สถานะทางกฎหมายของกัญชาในขณะนั้นถือว่าเป็นสิ่งผิดกฎหมาย แต่การเสพและการใช้กัญชาก็ยังคงมีอยู่ในประเทศไทย โดยมีการใช้กัญชาเป็นเครื่องประกอบอาหารและมีการปลูกในระดับครัวเรือนในลักษณะเป็นพืชผักสวนครัวจนถึงปีพ.ศ. 2509 พื้นที่ปลูกกัญชาของประเทศไทยแพร่หลายมากขึ้น ใน ปีพ.ศ. 2510 พื้นที่ปลูกกัญชาครอบคลุมถึง 63 จังหวัดทั่วประเทศ และมีการแพร่ระบาดของกัญชาอย่างต่อเนื่อง

ต่อมารัฐบาลไทยได้ดำเนินการให้สอดคล้องกับนโยบายการแก้ไขปัญหายาเสพติดidenew ซึ่งเป็นไปตามมติที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยปัญหายาเสพติดของโลก ค.ศ. 2016 หรือ (UNGASS 2016) ที่ประเทศสมาชิกต่างเห็นพ้องในหลักการที่ว่าด้วยการแยกระหว่างสิ่งที่เป็นประโยชน์และโทษของสารเสพติด ซึ่งในส่วนประเทศไทยก็ได้มีการผลักดันการปรับแก้กฎหมายเพื่อปลดกัญชาออกจากการเป็นยาเสพติดโดยการพิจารณาถึงประโยชน์ของการนำกัญชาไปทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์อันเป็นกรณีที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขอันจำกัดตามกฎหมายที่ได้กำหนดไว้ เช่น การใช้กัญชารักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยกัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ในทางการแพทย์เนื่องจากการกระทำดังกล่าวไม่ครอบคลุมประกอบของความผิด การใช้ประโยชน์จากกัญชาในกรณีดังกล่าวย่อมเป็นการกระทำที่ชอบด้วยกฎหมายและผู้กระทำต้องไม่มีความรับผิดชอบทางอาญา จึงได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ซึ่งถือเป็นครั้งแรกของประเทศไทยที่อนุญาตให้มีการใช้กัญชาในการรักษาโรคและประโยชน์ในทางการแพทย์ได้ และในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การแจ้งการมีไว้ในครอบครองกัญชา สำหรับผู้มีคุณสมบัติตามมาตรา 26/5 ตามมาตรา 22 (2) ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ. 2562 อนุญาตให้ประชาชนสามารถใช้กัญชาในการรักษาโรคและประโยชน์ในทางการแพทย์ได้ ซึ่งในมาตรา 26/5 ได้กำหนดคุณสมบัติผู้ขออนุญาตปลูกกัญชา ซึ่งได้แก่ หน่วยงานรัฐ ผู้ประกอบวิชาชีพ สถาบันการศึกษา วิสาหกิจชุมชน (ต้องร่วมกับหน่วยงานรัฐ) และอื่นๆ ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อประเทศไทยมีการอนุญาตให้สามารถนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้ โดยกำหนดให้ตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้เสพเพื่อการรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ เพื่อให้เป็นไปตามหลักวิชาการมีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด และนำไปใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ของประเทศ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 58 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกประกาศตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ในตำราการแพทย์แผนไทย โดยคำแนะนำของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและสภาการแพทย์

แผนไทย ประกอบด้วย ตำรับที่หมอพื้นบ้านปรุงขึ้นจากองค์ความรู้และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจน และได้รับการรับรองจากรมการแพทย์แผนไทย

ภายหลังจากประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 มีผลบังคับใช้แล้วตั้งแต่วันที่ 9 ธันวาคม 2564 เป็นต้นมา ทำให้บรรดากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด จำนวน 24 ฉบับ ถูกยกเลิกไป ซึ่งรวมถึงพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ด้วย ในขณะที่ความเข้าใจของประชาชนทั่วไป คือ กัญชา (ทั้งหัว ใบ ลำต้น ดอก ยอดและยาง) ไม่ใช่ยาเสพติดอีกต่อไปจึงสามารถปลูก ครอบครอง รวมถึงใช้ประโยชน์จากสารสกัดที่มาจากพืชกัญชาได้ แม้ว่ากัญชาจะไม่ปรากฏชื่อเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ตามมาตรา 29 ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 แต่กฎหมายในลำดับรองก็ยังคงมีผล และต้องใช้อยู่เท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 คือ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2563 ข้อ 2 (1) ซึ่งยังระบุว่ากัญชาและวัตถุดิบหรือสารต่างๆ ที่มีอยู่ในพืชกัญชาเป็นยาเสพติดในประเภท 5 เว้นแต่การได้รับอนุญาตให้ผลิตในประเทศ ต่อมา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ ป.ป.ส. ได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2565 โดยจะมีผลใช้บังคับภายใน 120 วัน เมื่อครบกำหนดระยะเวลา 120 วันหลังประกาศในราชกิจจานุเบกษา คือ วันที่ 9 มิถุนายน 2565 เป็นต้นมา ก็ทำให้ประชาชนสามารถใช้ประโยชน์จากทุกส่วนของพืชกัญชาที่ได้รับอนุญาตโดยต้องเป็นพืชกัญชาที่ปลูกในประเทศได้ตามหลักเกณฑ์ที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าวกำหนด และการปลูกพืชกัญชาภาคครัวเรือนโดยใช้วิธีการจัดแจ้งแทนการขออนุญาต ทำให้พืชกัญชาและส่วนประกอบของพืชกัญชาไม่ใช่ยาเสพติดให้โทษประเภท 5 อีกต่อไป ยกเว้น “สารสกัด” จากทุกส่วนของพืชกัญชาหรือกัญชง ซึ่งเป็นพืชในสกุล Cannabis ที่มีปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (THC) เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก และสารสกัดจากเมล็ดของพืชกัญชาหรือกัญชงที่ได้จากการปลูกนอกประเทศ ยังคงเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ต่อไป

1.2 สถานะทางกฎหมายของกัญชาภายใต้กฎหมายระหว่างประเทศ

พันธกรณีระหว่างประเทศในเรื่องยาเสพติดที่ประเทศสมาชิกได้ลงนามรับรอง มี 3 ฉบับ ได้แก่

1. อนุสัญญาว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 แก้ไขโดยพิธีสาร ค.ศ. 1972

2. อนุสัญญาว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971

3. อนุสัญญาต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติดและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1988

ในส่วนที่เกี่ยวกับกัญชาซึ่งอยู่ในอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษฯ สามารถใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ได้แต่ต้องปกป้องสุขอนามัย และสวัสดิภาพของผู้ใช้การใช้กัญชาเสรีเพื่อการนันทนาการเป็นการขัดต่อบทบัญญัติของอนุสัญญาฯ นอกจากนี้ การปลูกกัญชาส่วนบุคคลเพื่อใช้ทางการแพทย์เป็นการกระทำที่ขัดต่ออนุสัญญาฯ เพราะเสี่ยงต่อการรั่วไหล และอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้เนื่องจากการควบคุมมาตรฐานท ำได้ยากเพราะปริมาณ THC อาจจะไม่ได้รับระดับที่จะนำไปรักษาโรคได้ แคนนาบินอยด์ที่อนุญาตให้ใช้ทางการแพทย์ควรมีการสั่งจ่ายโดยแพทย์และเภสัชกร และรัฐบาลควรติดตามการสั่งจ่าย จำหน่ายจ่ายแจก และคนไข้ที่ได้รับยา เพื่อให้มั่นใจว่าแคนนาบินอยด์จะไม่รั่วไหลไปสู่การมีได้น ำไปใช้ทางการแพทย์และผู้เสพที่มีได้นำไปใช้ในทางการแพทย์

ภายใต้อนุสัญญาเดี่ยวในส่วนของกัญชา ต้องอยู่การกำกับดูแลของคณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่าง ประเทศ (The International Narcotics Control Board : INCB) ซึ่งได้กำหนดวิธีการปฏิบัติอย่างละเอียดตั้งแต่การปลูก การผลิตทั้งในและส่งออกทุกกระบวนการ สรุปได้ดังนี้

1.2.1 ข้อกำหนดการปลูกกัญชาภายในประเทศ

1) แต่ละประเทศต้องคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยของตนว่าต้องใช้กัญชาเท่าใดในแต่ละปี และคำนวณว่าต้องใช้พื้นที่เท่าใด

2) รายงานให้ INCB ได้ทราบ เพื่อ INCB จะได้ควบคุมในภาพรวมของทุกประเทศ

1.2.2 ข้อกำหนดการปลูกกัญชาเพื่อการส่งออก

1) ผู้ปลูกต้องมีลูกค้าชัดเจนก่อนปลูกและต้องแจ้งให้ INCB ได้ทราบ หรือ ประเทศที่ปลูกกัญชาเพื่อส่งออกจะปลูกได้เมื่อลูกค้าต่างประเทศติดต่อสั่งซื้อ และต้องแจ้ง INCB

2) การปลูกกัญชาเพื่อส่งออกมีความยุ่งยาก มีกฎเกณฑ์ที่ต้องปฏิบัติตามมาก ประเทศใดถ้าไม่ปฏิบัติตามจะไม่สามารถปลูกและค้ากัญชากับประเทศอื่นได้เลย

3) รัฐจะต้องมีบทบาทสำคัญในการซื้อขายกัญชาระหว่างประเทศ

4) ประเทศที่ขอปลูกกัญชาเพื่อการแพทย์จะต้องตั้งหน่วยงานกลางของประเทศขึ้นมาในลักษณะ National Cannabis Control Agency เพื่อทำหน้าที่วางแผนทำ Joint Venture พัฒนา สร้างความปลอดภัยในการใช้ผลิต ส่งออก ขาย และกำกับดูแลต่าง ๆ

หากประเทศใดฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตาม INCB จะถูกดำเนินการตั้งแต่เบาไปหาหนัก ทาง INCB จะเจรจากับประเทศนั้น ๆ ให้ปรับปรุงแก้ไข หากไม่ยินยอม ก็จะเสนอกับคณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคมแห่งสหประชาชาติเพื่อ พิจารณาความผิดและลงโทษด้วยการค้ายาที่ควบคุมภายใต้อนุสัญญาฯ มิให้ส่งขายยาให้กับประเทศ นั้น ๆ หรือห้ามนำเข้ายาของประเทศนั้น ๆ

1.3 องค์การควบคุมระหว่างประเทศ

1.3.1 คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศ (International Narcotics Control Board – INCB) คือหน่วยงานอิสระและเป็นผู้ดูแลการปฏิบัติให้เป็นไปตามบทบัญญัติของอนุสัญญาฯ โดย ประเทศภาคีสมาชิกจะต้องรายงานให้คณะกรรมการฯ ทราบเกี่ยวกับการดำเนินการป้องกันและปราบปราม ยาเสพติดและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทที่ผิดกฎหมาย การให้คำแนะนำแก่รัฐบาลประเทศภาคีในการดำเนินการรักษาสกุลของอุปทานและอุปสงค์ยาเสพติด ส่งเสริมการใช้มาตรการป้องกันการรั่วไหลของ สารเสพติดต่าง ๆ เพื่อนำไปประกอบการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงการควบคุมสารเสพติดในบัญชี 1 และบัญชี 2 ของอนุสัญญาฯ เสร็จจากับรัฐบาลประเทศภาคีเพื่อให้คำแนะนำช่วยเหลือด้านวิชาการเพื่อให้สามารถ ปฏิบัติตามพันธกรณีภายใต้อนุสัญญาฯ

1.3.2 คณะกรรมาธิการยาเสพติด (The Commission on Narcotic Drugs – CND) คณะกรรมาธิการนี้ตั้งขึ้นโดยคณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคม (Economic and Social Council – ECOSOC) เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบายกลางด้านยาเสพติดระหว่างประเทศ โดยจะทำการวิเคราะห์สถานการณ์ยาเสพติดโลก และจัดทำข้อเสนอแนะที่จะช่วยส่งเสริมระบบการควบคุมปัญหา ยาเสพติดระหว่างประเทศให้เข้มแข็ง เพื่อใช้ในการต่อสู้กับปัญหาเสพติดต่อไป นอกจากนี้ในฐานะ คณะกรรมาธิการ ย่อยของคณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคมจะดำเนินการตรวจสอบการนำอนุสัญญาและข้อตกลงระหว่างประเทศด้านยาเสพติดไปใช้ การปฏิบัติ และช่วยเสนอแนะคณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคม ในประเด็นเกี่ยวกับการควบคุมยาเสพติด วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท รวมถึงสารตั้งต้น การทำหน้าที่พิจารณาประเด็นต่าง ๆ ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของอนุสัญญาฯ ว่า ด้วยการควบคุมยาเสพติดทั้ง 3 ฉบับ ประกอบด้วยมาตรา 8 ภายใต้อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ปี ค.ศ. 1961 มาตรา 17

ภายใต้อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ปี ค.ศ. 1971 และ มาตรา 21 ภายใต้ อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิต และประสาท ปี ค.ศ. 1988 รวมถึงการติดตามผลการปฏิบัติตามข้อมติของการประชุมคณะกรรมการยาเสพติดและการประชุมสมัชชาฯ โดยจะทำหน้าที่วิเคราะห์ข้อมูลที่ยังขาดจากรายงานจาก ประเทศสมาชิกและนำมาจัดทำ รายงานประจำปี 2 ปี เพื่อทราบถึงความพยายามในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และ เป้าประสงค์ที่ตั้งไว้ในปีเป้าหมาย เช่น เป้าหมายปี ค.ศ. 2019 ของปฏิญญาทางการเมือง (Political Declaration) 2009 และแผนปฏิบัติ (Plan of Action) ที่ประเทศสมาชิกสหประชาชาติ ได้เห็นชอบ ร่วมกันในการดำเนินงานควบคุมยาเสพติด นอกจากนี้คณะกรรมการยาเสพติด ยังดูแลการบริหารงาน โครงการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศแห่งสหประชาชาติ (United Nations International Drug Control Programme – UNDCP) ของสำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) อีกด้วย

1.3.3 คณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Economic and Social Council - ECOSOC) เป็นหนึ่งใน 6 เสาหลักของสหประชาชาติ ซึ่ง ประกอบด้วยตัวแทนจาก 54 ประเทศ มีความรับผิดชอบในการศึกษาและรายงานเกี่ยวกับประเด็นทาง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การศึกษา และ สาธารณสุขระหว่างประเทศ ดังนี้

- 1) ปรับปรุงฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การศึกษา และสาธารณสุข และให้ คำแนะนำเรื่องดังกล่าวต่อสมัชชาสหประชาชาติ รัฐสมาชิกและทบวงการชำนัญพิเศษที่เกี่ยวข้อง
- 2) ให้ข้อเสนอแนะเพื่อส่งเสริมการเคารพและปฏิบัติตามสิทธิมนุษยชน
- 3) จัดเตรียมร่างอนุสัญญาและเรียกประชุมระหว่างประเทศในเรื่องทั้งหลายที่อยู่ในขอบ อำนาจของคณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคม
- 4) ทำความตกลงและประสานกิจกรรมกับทบวงการชำนัญพิเศษ

1.4 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับกัญชา

การกำหนดสถานะและนโยบายว่ากัญชาควรเป็นไปในทิศทางใดเป็นประเด็นที่มีความสำคัญ ต่ออนโนยายภาครัฐ ซึ่งเป็นที่ประจักษ์ว่าในช่วงสิบปีที่ผ่านมากรอบแนวคิดเกี่ยวกับกัญชาในประเทศไทย นั้น กัญชาถือเป็นยาเสพติดให้โทษ ในขณะที่สถานภาพและการดำเนินนโยบายต่อกัญชาก็ถือเป็นยาเสพติด

ติดเช่นกัน แต่ปัจจุบันแนวความคิดเกี่ยวกับกัญชาในประเทศไทยที่มีต่อกัญชามีความเปลี่ยนแปลงไป โดยเห็นว่ากัญชาไม่ใช่ยาเสพติด จนนำไปสู่การแก้ไขข้อบังคับ ประกาศ และร่างพระราชบัญญัติใหม่เพื่อสนับสนุนแนวคิดนี้ ซึ่งกรอบแนวคิดที่มีความเกี่ยวข้องกับกัญชาในประเทศไทย สามารถสรุปได้ดังนี้

กรอบแนวคิดที่ 1 : กัญชาคือยาเสพติด ถือเป็นกรอบแนวคิดหลักในหลายสิบปีที่ผ่านมา แต่กระแสแนวความคิดนี้ยังคงมีอยู่

กรอบแนวคิดที่ 2 : กัญชาเป็นยาเสพติดแต่มีคุณประโยชน์ โดยเฉพาะในทางการแพทย์ วิทยาศาสตร์ และการวิจัย ซึ่งเป็นกระแสความคิดหลักมา ตั้งแต่ปี 2561 จนนำไปสู่การผลักดันให้เกิดการตรากฎหมายควบคุมยาเสพติด พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 โดยให้มีการใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ การศึกษา การวิจัย และทางวิทยาศาสตร์

กรอบแนวคิดที่ 3 : กัญชาไม่ใช่ยาเสพติด แต่เป็นพืชสมุนไพรที่สามารถนำไปใช้อย่างกว้างขวางในวิถีชีวิตชุมชน ในครัวเรือน ในสาขาเศรษฐกิจและอุตสาหกรรม กรอบแนวคิดนี้ได้รับการผลักดันให้เป็นนโยบายสาธารณะตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 และร่างพระราชบัญญัติกัญชาและกัญชง พ.ศ.... ซึ่งได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะของประเทศไทยเกี่ยวกับกัญชา ทั้งนี้ กรอบแนวคิดนี้ถูกขับเคลื่อนโดยกระบวนการทางการเมืองที่พยายามผลักดันสถานะของกัญชาไปในกรอบแนวคิดที่ 3 ทำให้นโยบายและมาตรการและปัญหาในกัญชาในด้านต่างๆ มีการถกเถียงกันอย่างกว้างขวาง

2. ความหมายของนันทนาการ การใช้ประโยชน์จากกัญชา การให้บริการกัญชาเพื่อนันทนาการภายใต้การกำกับดูแล และผลกระทบจากการใช้กัญชา

ปัจจุบันหลายประเทศให้การยอมรับประโยชน์จากกัญชาโดยเฉพาะการใช้กัญชาทางการแพทย์มากขึ้น ในขณะที่บางนอกเหนือจากวัตถุประสงค์ทางการแพทย์แล้วยังอนุญาตให้มีการใช้กัญชาส่วนบุคคลได้ แต่ก็มีบางประเทศที่ยังถือว่ากัญชาเป็นยาเสพติดและการใช้กัญชาส่วนบุคคลเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ทั้งนี้ จากข้อเท็จจริงอันเป็นที่รับทราบและยอมรับโดยทั่วไปว่า พืชกัญชานั้นมีส่วนประกอบของสาร THC ซึ่งพบได้มากที่สุดในส่วนของยอดช่อดอกซึ่งเป็นสารที่สำคัญซึ่งมีฤทธิ์ต่อสมองที่ทำให้ร่างกายอารมณ์และจิตใจของผู้ใช้หรือผู้เสพกัญชาเปลี่ยนแปลง ประกอบกับในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันใน

เชิงมาตรการและนโยบายเกี่ยวกับการศึกษา จึงทำให้เกิดข้อถกเถียงว่า การใช้กัญชาจะเป็นคุณหรือโทษต่อผู้ใช้หรือผู้เสพหรือไม่ประการใด และนำมาซึ่งการศึกษาวิจัยทางวิทยาศาสตร์และทางการแพทย์อย่างกว้างขวาง เพื่อนำผลการศึกษาวิจัยผลกระทบของกัญชาที่มีทั้งสนับสนุนการใช้กัญชาอย่างเสรี และการคัดค้านไม่เห็นด้วยกับการใช้กัญชาอย่างเสรี

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะศึกษาถึงความหมายของคำว่า “นันทนาการ” (Recreation) และรูปแบบการใช้กัญชาเพื่อนันทนาการ เพื่อจะทำให้ทราบถึง ลักษณะ ขอบเขต และข้อพึงระวังอันเกิดการใช้กัญชาที่นอกเหนือจากวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ และสามารถนำผลการศึกษาในส่วนนี้ไปใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดมาตรการทางกฎหมายหรือนโยบายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาของประเทศไทยต่อไป

2.1 ความหมายของนันทนาการ

“นันทนาการ” ตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า “Recreation” ส่วนของคำว่า “สันทนาการ” นั้น มีผู้ใช้แทนคำว่า Recreation ด้วยเช่นกัน “สันทนาการ” เป็นคำที่คณะกรรมการพิจารณาศัพท์วิชาการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการเป็นผู้บัญญัติขึ้นใช้ มีมาตั้งแต่ พ.ศ.2495 ต่อมา พ.ศ. 2504 คณะกรรมการบัญญัติศัพท์ภาษาไทยพิจารณาแล้วเห็นควรให้ใช้ว่า “นันทนาการ” ตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า Recreation แทนคำว่า “สันทนาการ”¹²

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ให้ความหมายว่า

“นันทนาการ หมายถึง กิจกรรมที่ทำตามสมัครใจในยามว่าง เพื่อให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลินและผ่อนคลายความตึงเครียด การสราญใจ”¹³

กัลพฤกษ์ พลศรี ให้ความหมายว่า

“นันทนาการ คือ กิจกรรมที่ทำในยามว่าง เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน และผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ กิจกรรมนันทนาการมักเกิดขึ้นในช่วงสุดสัปดาห์และวันหยุด ประกอบด้วย ดนตรี การเดินร่ำ กีฬา งานอดิเรก เกม การท่องเที่ยว การดูโทรทัศน์ และฟังเพลง...นันทนาการจึงเป็น

¹² สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ค้นเมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2565 จาก <http://dictionary.orst.go.th>.

¹³ เรื่องเดียวกัน

เครื่องมือสำคัญที่ทำให้บุคคลสัมผัสถึงประสบการณ์ของการใช้เวลาว่าง แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับอิสระในการเลือก สภาวะจิตใจ แรงจูงใจ การรับรู้ ประสบการณ์ มุมมองความคิด ค่านิยม และทัศนคติ ที่มีการใช้เวลาว่างด้วยกิจกรรมนันทนาการของแต่ละบุคคล”¹⁴

สำนักงานส่งเสริมและพัฒนานันทนาการ สำนักงานพัฒนาการกีฬาและนันทนาการ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา ให้ความหมายว่า

“นันทนาการเป็นกิจกรรมที่มีปรากฏมานานตั้งแต่ยุคโบราณเป็นต้นมา จากการทำนุชย์จะต้องแสวงหาอาหารมาเลี้ยงชีพด้วยการปรับสภาพร่างกายให้แข็งแรง มีการฝึกซ้อมในการใช้อาวุธต่างๆ เพื่อทำมาหาเลี้ยงชีพ และป้องกันตนเอง ในเวลาว่างก็จะมีที่พักผ่อนหย่อนใจด้วยกิจกรรมหลากหลายรูปแบบ เช่น กิจกรรมดนตรี การร้องรำทำเพลง การจับกลุ่มพูดคุยเรื่องราวต่างๆ ในระหว่างการเดินทาง การแนะนำบอกกล่าววิธีการที่พบเห็นอันจะนำไปสู่การทำมาหาเลี้ยงชีพ เล่าเรื่องที่สนุกสนานจากการพบเห็น เล่นเกมกีฬาต่างๆ เป็นต้น”¹⁵

ชาร์ล เค ไบรท์บิล และ ฮาโรลด์ ดี เมเยอร์ (Charles K. Brightbill and Harold D. Mayer) ให้ความหมายว่า

“นันทนาการ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลเข้าร่วมด้วยความสมัครใจในเวลาว่างโดยมีความพอใจหรือความสุขใจ เป็นเครื่องจูงใจเป็นมูลฐานเบื้องต้นในการเข้าร่วมกิจกรรมนั้นๆ”¹⁶

กล่าวโดยสรุป นันทนาการ (Recreation) หมายถึง กิจกรรมที่ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลสังคม โดยนันทนาการถูกใช้เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการทำให้บุคคลสัมผัสประสบการณ์ของการใช้เวลาว่างหรือการเข้าร่วมกิจกรรมในรูปแบบที่หลากหลายตามความสมัครใจและความสนใจของบุคคลโดยปราศจากการบังคับ หรือข้อผูกมัดใดๆ

¹⁴ กัลพลฤกษ์ พลศร. ความเป็นไปได้ของการใช้กีฬาเพื่อการนันทนาการในประเทศไทย . วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (35 : 1) 2563. หน้า 109.

¹⁵ สำนักงานส่งเสริมและพัฒนานันทนาการ สำนักงานพัฒนาการกีฬาและนันทนาการ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. คู่มือการจัดกิจกรรมนันทนาการ. กรุงเทพมหานคร, โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2560. หน้า 3.

¹⁶บุญรักษา ประเสริฐ. เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับนันทนาการของนักศึกษาสถาบันการพลศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ . 2552. หน้า 6.

2.2 การใช้ประโยชน์จากพืชกัญชา

ด้วยประโยชน์ของกัญชาทำให้มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมนันทนาการโดยการใช้เวลาว่าง โดยนำกัญชามาใช้ประโยชน์เพื่อการผ่อนคลายเนื่องจากกัญชามีฤทธิ์ในการกล่อมประสาท สำหรับในประเทศไทย แม้กัญชาจะเป็นพืชที่คนไทยรู้จักและนำมาใช้ในครัวเรือนเป็นผักสวนครัวมาตั้งแต่โบราณ แต่การศึกษาวิจัยที่เป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับกัญชาของประเทศไทยในอดีตมักจะพบในรูปแบบของการบันทึกหรือการศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้กัญชาผ่านการบอกเล่าสืบต่อกันมาจากรุ่นสู่รุ่นภายในชุมชน การปรากฏหลักฐานตำรายาแผนโบราณ ข้อมูลที่รับรู้กันภายในกลุ่มของผู้ปลูกกัญชาโดยไม่ได้รับอนุญาต หรือกลุ่มผู้ลักลอบใช้กัญชาอย่างผิดกฎหมาย (กลุ่มใต้ดิน) ซึ่งมีดังต่อไปนี้

2.2.1 ซ้อตอก

ดอกกัญชา สามารถใช้ประโยชน์นำไปปรุงเป็นยาสูบประพทาน ทำให้ง่วงนอน และเจริญอาหาร การใช้สารสกัดจากดอกกัญชาในทางการแพทย์ก็เหมือนกับการใช้ยาชนิดอื่นๆ ที่มีรูปแบบยาหรือผลิตภัณฑ์หลากหลายประเภทให้เลือกใช้ ไม่ว่าจะเป็นการสูดไอรระเหยเข้าสู่ทางเดินหายใจ โดยการสูดพ่นไอรระเหยต้องใช้เครื่องพ่นหรือเครื่องมือสูดไอรระเหยทางการแพทย์ ผู้ป่วยจะสูดดมสารแคนนาบินอยด์จากซ้อตอกกัญชา ดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดผ่านทางปอด ซึ่งวิธีนี้ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ ในขณะที่ดอกกัญชาแห้งสามารถนำมาใช้เสพโดยสูบควัน ทั้งการม้วนและรมควันร่วมกับการสูบบุหรี่ การบดผงลงในกระดาศฆฆฆ (Joints) การสูบกัญชาด้วยท้อไปป์ (Pipe) หรือซ้อน การสูบกัญชาด้วยบ้อง (Bong) หรือการสูบผ่านเครื่องบุหรีไฟฟ้า (Personal Vaporiser หรือ Vape) โดยแต่ละวิธีมีการสูบที่ต่างกันออกไป

2.2.2 ใบและใบยอด

ใบกัญชาสามารถนำไปสกัดสารสำคัญชนิดต่างๆ เช่น สาร Cannabidiol (CBD) และสารกลุ่ม Cannabinoids มีอีกหลายชนิด ได้แก่สาร CBC มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ ลดอาการปวด และมีฤทธิ์ต้านเชื้อจุลชีพและเชื้อรา สาร Cannabinol (CBN) เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ นอกจากนี้ สารสกัดจากใบกัญชามีสารให้กลิ่นเทอร์พีน (Terpene) เป็นสารประกอบอะโรมาติก (Aromatic) เป็นน้ำมันหอมระเหยสกัดที่มีในกัญชง เป็นสารที่ทำให้มีกลิ่นเฉพาะตัว สารให้สี ฟลาโวนอยด์ (Flavonoid) อีกหลากหลายชนิด สามารถนำมาผสมในผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพได้ โดยเฉพาะการนำใบกัญชามาใช้ในการประกอบหรือปรุงอาหาร หรือผสมในเครื่องดื่ม

2.3 รูปแบบการให้บริการกัญชาเพื่อนันทนาการภายใต้การกำกับดูแล

2.3.1 การขายกัญชาใน Coffee Shop

“Coffee Shop” เป็นสถานบริการขายกัญชาในเมืองอัมสเตอร์ดัม เริ่มต้นขึ้นในช่วงปี 1960 ซึ่งเป็นที่นิยมในกลุ่มเสรีชนหรือปัญญาชน ทำให้มีจำนวนประชากรสูบกัญชาเป็นจำนวนมาก และมักจะนัดพบกันตามสถานที่ต่างๆ รอบเมืองเพื่อการซื้อกัญชา ปัญหาที่เกิดขึ้นตามมาในตอนนั้นก็คือ ผู้ค้าหลายรายขายยาเสพติดอย่างอื่นนอกจากกัญชาด้วย ในช่วงเวลานั้น Coffee Shop ยังคงผิดกฎหมาย แต่ก็มีอัตราการเติบโตอย่างต่อเนื่องและมีหลายร้านที่เปิดให้บริการอย่างต่อเนื่องไปทั่วเมือง ทั้งนี้ Coffee Shop สามารถดำเนินกิจการได้โดยปราศจากการแทรกแซงจากทางการ ตราบเท่าที่ไม่มียาเสพติดชนิดร้ายแรงแรงอยู่ในสถานที่นั้น จนกระทั่งในปี 1976 รัฐบาลเนเธอร์แลนด์เร่งดำเนินการอย่างรวดเร็วเพื่อแยกความแตกต่างระหว่างยาเสพติดชนิดอ่อน (Soft Drug) และชนิดร้ายแรง (Hard Drug) โดยเริ่มจากการให้ความสนใจกับยาเสพติดชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน และลดทอนความเป็นอาชญากรรมของกัญชา หลักการสำคัญที่ถูกนำมาใช้กับกัญชาในฐานะที่เป็นยาเสพติดที่ไม่รุนแรง (Soft Drug) โดยได้มีแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติฝิ่น (The Dutch Opium Act) อนุญาตให้บุคคลสามารถครอบครองกัญชาไม่เกิน 5 กรัม โดยถือว่าเป็นการใช้ประโยชน์ส่วนบุคคลได้ แม้ว่ากฎหมายของเนเธอร์แลนด์มีความผ่อนปรนต่อการใช้กัญชาเพื่อนันทนาการมากกว่าที่อื่นๆ ในโลก แต่ยังมีข้อกำหนดที่รัฐใช้ควบคุมกัญชาหลายประการ เช่น การจำกัดสถานที่ การอนุญาตให้ประชาชนเข้าถึงกัญชาได้ในสถานที่ซึ่งเรียกว่า “Coffee Shop” โดยจำกัดพื้นที่สูบกัญชาภายในร้านเท่านั้น การจำกัดอายุผู้ซื้อ การจำกัดปริมาณในการสูบ การกำหนดปริมาณสาร THC ซึ่งเป็นสารในกัญชาที่ทำให้มีเมามากที่มีขายในร้าน การจัดพื้นที่ของเมืองที่เปิดร้าน Coffee Shop ได้ ตั้งแต่ทศวรรษ 1970 เป็นต้นมา รัฐบาลเนเธอร์แลนด์อนุญาตให้ขายกัญชาในปริมาณเล็กน้อยเพื่อใช้ส่วนตัวได้ ร้านกาแฟได้รับอนุญาตให้ขายว็ทซ์พีชและกัญชากายใต้เงื่อนไขที่เข้มงวด อย่างไรก็ตาม การผลิตและจัดหากัญชายังคงผิดกฎหมาย แม้จะมีสถานะที่ขัดแย้งกันนี้ แต่เมืองอัมสเตอร์ดัมก็กลายเป็นสัญลักษณ์ระหว่างประเทศที่สำคัญสำหรับวัฒนธรรมกัญชา

2.3.2 กลุ่มสังคมกัญชา Cannabis Social Clubs (CSCs)

Cannabis Social Clubs (CSCs) เป็นองค์กรเอกชนที่มารวมตัวกันเป็นสมาชิกเจ้าของกลุ่ม เรียกว่า “*asociación*” (คำว่า *asociación* แปลว่า “กลุ่ม” ในภาษาสเปน) ที่มีการขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องในประเทศสเปน CSCs จัดตั้งขึ้นโดยไม่มีวัตถุประสงค์ในการค้ากำไร (Non-Profit Organization) แต่เน้นการให้คำแนะนำและการให้บริการแก่ผู้เป็นสมาชิกในกลุ่มเกี่ยวกับการใช้กัญชา

อย่างถูกวิธี (Promote Responsible Consumption) สนับสนุนการบริโภคและครอบครองกัญชาส่วนบุคคลในปริมาณเพียงเล็กน้อย โดยสมาชิกเจ้าของ *asociación* แต่ละรายจะต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบอย่างเคร่งครัด เช่น ให้บริการให้กับสมาชิกที่ผ่านการลงทะเบียนแล้วเท่านั้น จำกัดปริมาณกัญชาที่ให้บริการให้กับสมาชิกที่ผ่านการลงทะเบียนแล้วในปริมาณ 3 - 5 กรัมต่อสมาชิกต่อวัน เพื่อลดปัญหาการขายต่อหรือเปิดตลาดใหม่ และเล็งปัญหาการโดนจับกุมข้อหาค้ากัญชา รัฐบาลสเปนอนุญาตให้ *asociación* สามารถปลูกและแบ่งปันกัญชากันระหว่าง *asociación* ภายในบริเวณพื้นที่มีขีดจำกัด ไม่มีการติดป้ายโฆษณา การอนุญาตให้ใช้กัญชาส่วนบุคคลในรูปแบบ CSCs พบมากที่สุดในช่วงกาดาลูญาและแคว้นบาสก์ของประเทศสเปน มีการคาดการณ์ว่าในประเทศสเปนมีจำนวน *asociación* หรือรูปแบบ CSCs ราว 400 ราย การที่รัฐบาลสเปนยินยอมให้มี *asociación* เพื่อมุ่งเน้นการปราบปรามจับกุมการค้ายาเสพติดที่อยู่ในตลาดใต้ดินมากกว่าการจับกุมการใช้กัญชาส่วนตัวของประชาชน นอกเหนือจากประเทศสเปนแล้วยังมีอีกหลายประเทศมีการอนุญาตให้มี CSCs ได้ เช่น ประเทศอูรุกวัย กำหนดให้ CSCs เป็นองค์ประกอบสำคัญของตลาดกัญชาระดับชาติที่อยู่ภายใต้การควบคุมทางกฎหมายโดย CSCs และมีบางประเทศที่มีการจัดตั้ง CSCs อย่างไม่เป็นทางการ แต่ได้รับการรองรับภายใต้กฎหมายยาเสพติด เช่น ประเทศอาร์เจนตินา โคลอมเบีย และชิลี ในขณะที่รัฐบาลท้องถิ่นของ Utrecht ในประเทศเนเธอร์แลนด์ กำลังพยายามจัดตั้ง CSCs เพื่อแก้ปัญหาการจัดการกัญชาที่ผิดกฎหมายและไร้การควบคุมให้กับ Coffee Shop ที่มีการจำหน่ายกัญชา

2.4 ผลกระทบจากการใช้กัญชา

กัญชามีสารเคมีที่เป็นองค์ประกอบอยู่มากมายกว่า 750 ชนิด ซึ่งในจำนวนนี้มีอยู่มากกว่า 104 ชนิดที่เป็นสาร cannabinoids ที่มีสารเคมีสำคัญ คือ delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) cannabidiol (CBD) Terpenes (สารให้กลิ่นต่างๆ) และ Flavonoids (สารต้านอนุมูลอิสระ) แต่ THC และ CBD เป็นสารที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุดเนื่องจากมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่หลากหลาย ทั้งนี้ ความแตกต่างระหว่าง THC และ CBD คือ THC เป็นสารเคมีที่ออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท (Psychotropic) ทำให้เกิดอาการเคลิบเคลิ้ม (High) ความคิดเชื่องช้า ความจำเสื่อม ประสาทหลอน ส่วน CBD เป็นสารเคมีที่ไม่ออกฤทธิ์กระตุ้นจิตประสาทและสมอง (Non-Psychotropic) แต่โดยทั่วไปจะพบสาร THC มากกว่า CBD ซึ่ง

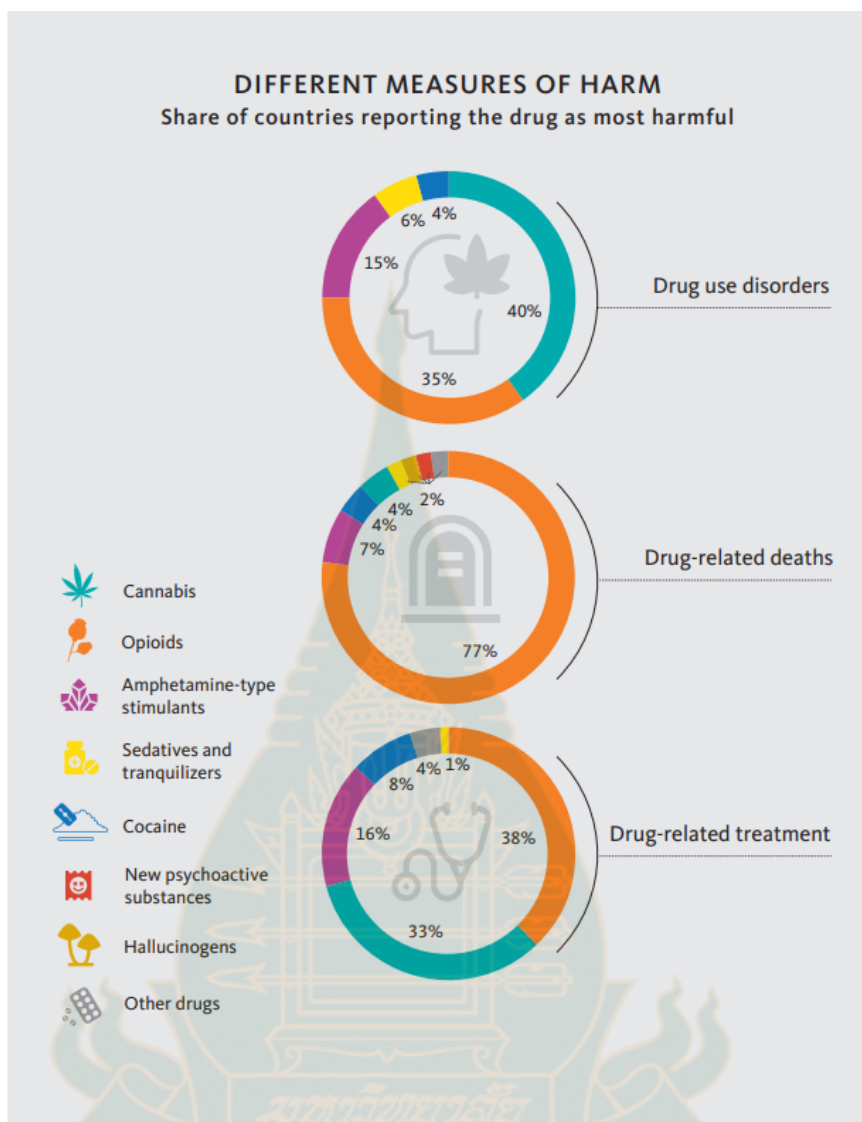
อาจแตกต่างกันไปในแต่ละสายพันธุ์¹⁷ นอกจากกัญชาจะถูกนำมาใช้ทั้งในทางการแพทย์ทั้งแผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือกแล้วยังนิยมนำมาใช้สำหรับนันทนาการ (Recreational Use) เพื่อการผ่อนคลาย ซึ่งการใช้หรือเสพกัญชามีหลายวิธี เช่น การสูบ (ทั้งโดยตรงหรือผ่านไอน้ำ) การกิน การดูดซึมผ่านเยื่อหรือผิวหนัง แต่การสูบ จะทำให้ผู้เสพ ได้รับสาร THC เข้าสู่ร่างกายได้รวดเร็วที่สุด การสูบกัญชาโดยตรงทำให้ได้รับสารโมเลกุลหนักอื่นๆ เช่น แอมโมเนีย ไฮโดรเจน ซายาไนต์ และ คาร์บอนมอนนอกไซด์ เหมือนกับการสูบบุหรี่ แต่ปริมาณอาจแตกต่างกัน เช่น การสูบกัญชาโดยตรงทำให้ผู้สูบได้รับแอมโมเนียมากกว่าการสูบบุหรี่ถึง 20 เท่า¹⁸ การใช้โดยการสูบกัญชาเป็นเวลานานมีผลเสียต่อปอดที่รุนแรงกว่าการสูบบุหรี่ โดยจะส่งผลเสียต่อระบบทางเดินหายใจโดยเฉพาะปอด และเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดการอักเสบของหลอดลมและทำให้เกิดมะเร็งปอด¹⁹



¹⁷ ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ และ โชชิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. ประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชาในทางการแพทย์และการเปิดเสรีการใช้กัญชา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข (12 :1) , มกราคม - มีนาคม 2561 หน้า 74.

¹⁸ เรื่องเดียวกัน หน้าเดียวกัน

¹⁹ สิริชัย ชยสิริโสภณ. กัญชากับการรักษาโรค เอกสารประกอบการเสวนาวิชาการและการประชุมวิชาการศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติดเพื่อการพัฒนาศักยภาพการวิจัยและนักวิชาการด้านการเสพติด เมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2565 สืบค้นเมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2566 จาก https://cads.in.th/cads/media/upload/1654845846-Cannabis-Thailand-June%202022_update.pdf. หน้า 25.

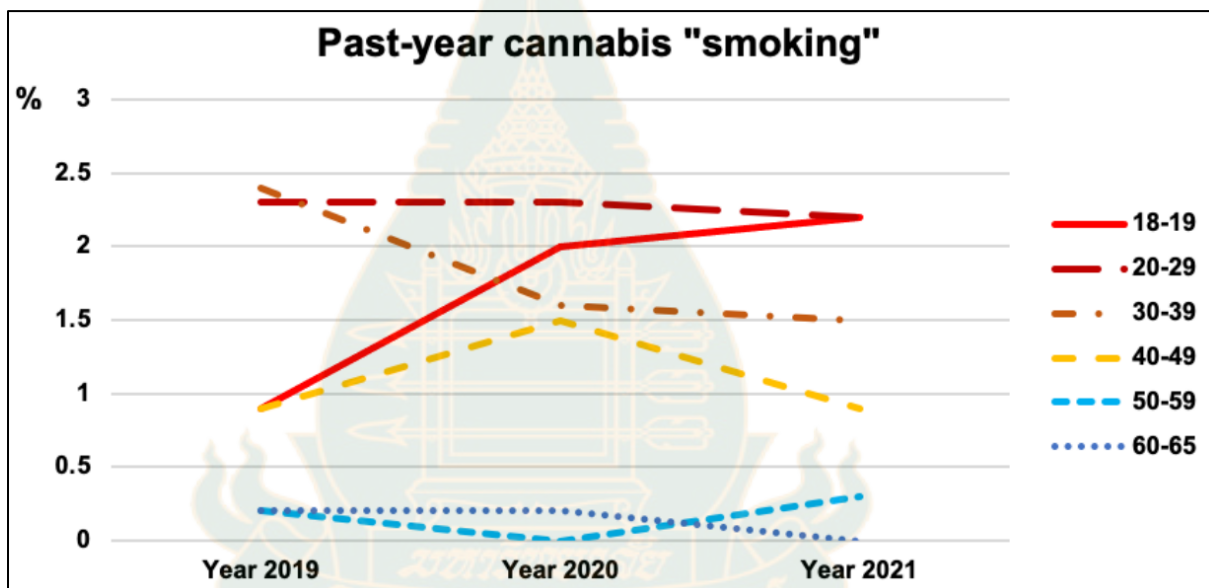


ภาพที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของยาเสพติดที่มีอันตรายมากที่สุด²⁰

ตามรายงาน World Drug Report 2022 ของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations on Drugs and Crime : UNODC) แสดงให้เห็นว่า การใช้กัญชาใน

²⁰ World Drug Report 2022, UNODC จาก https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_1.pdf.

ขนาดที่เป็นอันตรายถึงชีวิตพบได้น้อยเมื่อเทียบกับสารเสพติดชนิดอื่นๆ แต่การใช้กัญชามักสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดอื่นๆ กล่าวคือ กัญชาเป็นเสมือนประตูสู่การเริ่มต้นของสิ่งเสพติดอื่นๆ อีกหลายประเภท โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น²¹ ทั้งนี้ ประชากรทั่วโลกที่มีอายุ 15 - 64 ปี มีการใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย 284 ล้านคน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 26 จากปี 2010 โดยสารเสพติดที่พบหลักๆ ได้แก่ กัญชา โอปิออยด์ แอมเฟตามีน เอ็กซ์ตาซี (ยาไอซ์) ในขณะที่ประเทศไทย ผลสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2563 คือช่วงที่มีสถานการณ์โควิด-19 พบว่าร้อยละ 4.6 ประชากรใช้สารเสพติดกฎหมายในรอบ 12 เดือน ขณะที่ผลการสำรวจปี พ.ศ. 2565 พบว่าเด็กและเยาวชน อายุ 18 - 19 ปี มีการสูบกัญชาเพิ่มมากขึ้น 2 เท่าจากที่ผ่าน
มา²²



ภาพที่ 2 อัตราการสูบกัญชาของเด็กวัยรุ่นไทย ช่วงระหว่างปี 2019 - 2021²³

²¹ เรื่องเดียวกัน หน้า 77.

²² ไทยรัฐออนไลน์. ศศก.จัดประชุม พบสถิติน่าห่วง เยาวชนไทยใช้กัญชาแบบสูบพุ่งสูง 10 เท่า 27 ธ.ค. 2565 สืบค้นเมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2566 จาก <https://www.thairath.co.th/news/local/2588320>.

²³ รัศมน กัลยาศิริ. นโยบายการใช้กัญชาในประเทศไทย การเตรียมรับผลกระทบและแนวทางการป้องกัน เอกสารประกอบการเสวนาวิชาการการประชุมวิชาการศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด เพื่อการพัฒนา

กัญชาอาจส่งผลกระทบต่อที่รุนแรงโดยเฉพาะผลกระทบต่อสมองของเด็กและวัยรุ่น ทั้งนี้ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาได้ให้ข้อมูลว่า กัญชาจะมีผลต่อพัฒนาการทางสมองล่าช้า ปัญหาพฤติกรรม เซवनปัญญาลดลง และส่งผลกระทบต่อด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท ภาวะฆ่าตัวตาย เสี่ยงต่อการเกิดสารเสพติดชนิดอื่น ๆ รวมถึงส่งผลเสียต่อสุขภาพกายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่ควรเข้าถึงและบริโภคกัญชา เนื่องจากสมองยังพัฒนาไม่เต็มที่ การบริโภคกัญชามีผลต่อสมองของเด็ก และอาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำงานของสมองที่กำลังพัฒนา นอกเหนือจากนี้ การใช้กัญชาในระยะยาวมีผลเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวชและส่งผลเสียต่อสมองในด้านความคิดและความจำ ทารกที่มีมารดาใช้กัญชาระหว่างตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อพัฒนาการทางสมองในแง่ต่างๆ ทั้ง ในแง่ความจำและการเรียนรู้²⁴ อีกทั้ง กัญชามีสาร THC อีกทั้งยังมีสารอื่น ๆ ที่อาจส่งผลเสียต่อร่างกายได้ หากร่างกายได้รับในปริมาณมากหรือติดต่อกันเป็นเวลานานอาจจะทำให้ร่างกายเสพติดสารชนิดนี้ จนทำให้ส่งผลเสียต่อร่างกายได้ กัญชาจึงอันตรายมากสำหรับสตรีที่กำลังตั้งครรภ์ รวมไปถึงในช่วงหลังคลอดและให้นมบุตรอีกด้วย เพราะสารเคมีอันตรายเหล่านั้นสามารถถ่ายทอดไปสู่ลูกได้ผ่านทางรกและน้ำนมได้²⁵

ส่วนผลกระทบต่อผู้ใช้กัญชาในวัยผู้ใหญ่ มีรายงานการศึกษาวิจัยพบว่า การใช้กัญชาในระยะยาวในวัยผู้ใหญ่มีแนวโน้มที่จะส่งผลให้เกิดความบกพร่องทางสติปัญญาและปริมาตรสมองส่วนฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ลดลง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อภาวะสมองเสื่อม โดยการทดสอบสมมติฐานที่ว่า การใช้กัญชาในระยะยาวนั้นสัมพันธ์กับความบกพร่องทางสติปัญญาและปริมาตรของสมองส่วนฮิปโปแคมปัสที่น้อยลงในวัยกลางคนนั้นมีนัยสำคัญ เนื่องจากการไม่สมดุลทางสติปัญญาในวัยกลางคนและปริมาณฮิปโปแคมปัสที่น้อยลงเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมได้ การศึกษาวิจัยดังกล่าวมีการประเมินการใช้กัญชา การทำงานของการรับรู้ และปริมาตรของฮิปโปแคมปัสในกลุ่มประชากรตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 45 ปี โดยได้ศึกษาเปรียบเทียบผู้ใช้กัญชาในระยะยาวกับกลุ่มตัวอย่าง 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ที่ไม่เคยใช้กัญชาตลอดชีวิต 2) ผู้ใช้กัญชาเพื่อนันทนาการในวัยกลางคน 3) ผู้ใช้ยาสูบ (Tobacco) ในระยะยาว 4) ผู้ใช้แอลกอฮอล์ในระยะยาว และ 5) ผู้เลิกกัญชาไปแล้ว พบว่า ผู้ใช้กัญชาในระยะยาวมีไอ

ศักยภาพการวิจัย และนักวิชาการการเสพติด ครั้งที่ 14 วันศุกร์ที่ 10 มิถุนายน 2565 จาก https://cads.in.th/cads/media/upload/1654846142-Cannabis_Policy.pdf

²⁴ การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภลักษณ์ ลวดลาย คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทาง MS Teams เมื่อวันที่ 23 มิถุนายน 2565.

²⁵ เรื่องเดียวกัน

คิว (IQ) ลดลง ความสามารถและความเร็วในการเรียนรู้และการประมวลผลลดต่ำลง ตลอดจนมีปัญหาทั้งด้านความจำ (Memory) และความตั้งใจ (Attention) ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้อาจเกิดขึ้นเฉพาะกับผู้ใช้กัญชาในระยะยาวเท่านั้น แต่ไม่พบในผู้ใช้กัญชาเพื่อนันทนาการ ผู้ที่เลิกใช้กัญชาไปแล้ว หรือผู้ที่สูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์ระยะยาว²⁶

3. กระบวนทัศน์ในการลงโทษการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด

กระบวนกฤษฎีธรรมถูกสร้างขึ้นมาเพื่อเป็นเครื่องมือของรัฐในการปกป้องคนในสังคมและรักษาความสงบเรียบร้อย เพื่อให้คนในสังคมสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติสุข จึงมีสร้างมาตรการต่าง ๆ ขึ้นเพื่อใช้ลงโทษกับบุคคลที่กระทำความผิดต่อกฎหมายและเป็นภัยต่อคนในสังคมนั้น ๆ เริ่มตั้งแต่การจับกุม สืบสวน สอบสวน และพิจารณาพิพากษาคดี ซึ่งโทษที่ศาลกำหนดนั้น ไม่จำเป็นต้องเป็นโทษจำคุกเสมอไป กล่าวคือ การพิจารณากำหนดโทษจะมีการนำแนวคิด ทฤษฎีการลงโทษต่างๆ เพื่อนำมาใช้กำหนดโทษให้เหมาะสมกับผู้กระทำความผิดแต่ละราย โดยเฉพาะกับผู้กระทำความผิดในคดีเล็กน้อย การลงโทษจำคุกนั้นจะเกิดผลเสียมากกว่าผลดีต่อตัวผู้กระทำความผิด บุคคลใกล้ชิดและสังคม ดังนั้น จึงมีการนำมาตรการอื่นแทนการลงโทษจำคุกมาใช้กับผู้กระทำความผิดดังกล่าว โดยมีแนวคิด ทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดโทษในคดียาเสพติด การหลีกเลี่ยงการลงโทษจำคุกระยะสั้นกับผู้กระทำความผิดในคดีเล็กน้อยโดยปรับเปลี่ยนมาใช้มาตรการอื่นแทนการลงโทษจำคุก ดังมีรายละเอียดดังนี้

3.1 แนวคิดความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติด

อาชญากรรมเป็นสิ่งที่มิอยู่ในทุก ๆ สังคม จนอาจกล่าวได้ว่าอาชญากรรมนั้นเป็นสิ่งที่มิอยู่คู่กับสังคม แต่อาชญากรรมนั้นก็มีความแตกต่างกันไปตามสภาพสังคมแต่ละพื้นที่ คดียาเสพติดเป็นคดีที่ทุกประเทศทั่วโลกกำหนดให้เป็นอาชญากรรมอย่างหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตามหลายประเทศทั่วโลกต่างมีนโยบายและวิธีการในการแก้ไขปัญหายาเสพติดที่แตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับแนวคิดของแต่ละประเทศ การศึกษา

²⁶ Am J Psychiatry. Long-Term Cannabis Use and Cognitive Reserves and Hippocampal Volume in Midlife. The American Journal of Psychiatry Online. May 2022. From <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2021.21060664>.

ในหัวข้อนี้จึงมุ่งศึกษาเกี่ยวกับความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติด ตลอดจนนโยบายที่เกี่ยวข้องใช้ในการแก้ไขปัญหาเสพติด ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1.1 ความหมายของอาชญากรรม

เจเรมี เบนธัม (Jeremy Bentham) นักอาชญาวิทยาที่มีชื่อเสียงได้กล่าวถึงความหมายของอาชญากรรม (Crime) ไว้ อาชญากรรมเป็นการกระทำที่ถือว่าเป็นความผิดทางอาญา โดยมีกฎหมายห้ามไว้ซึ่งมีผลร้ายมากกว่าผลดี²⁷ จากบทนิยามของคำว่า “อาชญากรรม (Crime)” ของเจเรมี เบนธัม เห็นได้ว่าเป็นการให้คำนิยามที่สอดคล้องกับความหมายของอาชญากรรมที่ใช้ในยุคปัจจุบัน กล่าวคือ การกระทำหรือละเว้นการกระทำใดๆ ที่กฎหมายกำหนดไว้เป็นความผิดและกำหนดโทษไว้ ดังที่ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 2 วรรคหนึ่ง บัญญัติว่า “บุคคลจักต้องรับโทษในทางอาญาต่อเมื่อได้กระทำการอันกฎหมายที่ใช้ในขณะกระทำนั้นบัญญัติเป็นความผิดและกำหนดโทษไว้...”

ซูทเธอร์แลนด์และเครสเซซี (Sutherland & Cressey) ได้ให้ความหมายของคำว่าอาชญากรรมไว้ว่า อาชญากรรมคือการกระทำที่ละเมิดกฎหมายอาญา การกระทำใด ๆ ไม่ว่าจะเป็นการประมาทหรือน่าลงโทษมากสักเพียงใด ไม่ว่าจะผิดศีลธรรมมากน้อยแค่ไหนหรือเลวทรามสักเพียงใดก็ตาม หากไม่มีบทบัญญัติของกฎหมายกำหนดไว้ก็ไม่ถือว่าเป็นอาชญากรรม

อาชญากรรมตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 หมายถึง การกระทำความผิดอาญา²⁸

จากนิยามที่ดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปความหมายของอาชญากรรมได้ว่าหมายถึง การกระทำรวมถึงการละเว้นการกระทำใดๆ ที่กฎหมายกำหนดให้การกระทำหรือการละเว้นการกระทำนั้นเป็นความผิดและต้องได้รับโทษทางอาญา คดีเสพยาเสพติดประมวลกฎหมายยาเสพติดได้กำหนดให้ผู้ฝ่าฝืนต้องได้รับโทษจำคุกและ/หรือปรับ หรือทั้งจำทั้งปรับ ซึ่งเป็นโทษทางอาญาอย่างหนึ่งตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 18 ดังนั้น คดียาเสพติดจึงถือเป็นอาชญากรรมอย่างหนึ่ง ซึ่งรวมถึงความผิดฐานเสพยาเสพติดด้วย ทั้งนี้ตามนิยามคำว่าอาชญากรรมดังกล่าวข้างต้น

²⁷ ผจจจิตต์ อธิคมนันท์. *สังคมวิทยาว่าด้วยอาชญากรรมและการลงโทษ*. กรุงเทพมหานคร, มหาวิทยาลัยรามคำแหง. 2525. หน้า 8.

²⁸ สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. “พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554”. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2565, จาก <https://dictionary.orst.go.th/>

3.1.2 ประเภทอาชญากรรม

ความผิดอาญาในแง่ของกฎหมายนั้น แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) ความผิดในตัวเอง (*Mala in Se*) หมายถึง การกระทำที่วิญญูชนทั่วไปรู้ว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด หรือ ความผิดในตัวเอง เป็นหนึ่งในแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับกฎหมายอาญาที่เป็นแนวคิดทางศีลธรรมของสังคม (Legal Moralism) เพราะเป็นการกระทำกระทบกระเทือนต่อสังคม การกระทำนั้นเป็นความชั่วร้ายในตัวเอง (Evil in itself) ความผิดในตัวเองจึงสามารถเป็นความผิดทั้งในแง่ศีลธรรมและกฎหมายในเวลาเดียวกัน เช่น ความผิดฐานลักทรัพย์ เป็นการกระทำที่เป็นความผิดทางศีลธรรมตามศีลข้อที่ 2 ของเบญจศีลในพุทธศาสนาและยังเป็นความผิดตาม ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 334 อีกด้วย

2) ความผิดเพราะกฎหมายห้าม (*Mala Prohibita*) หมายถึง การกระทำที่เป็นความผิดเพราะกฎหมายห้ามไว้ (wrong due to being prohibited) กล่าวอีกนัยหนึ่งหมายถึง การกระทำนั้นไม่เป็นความผิดในตัวเอง ไม่ผิดมโนธรรมสำนึก ไม่ผิดศีลธรรม แต่เป็นการกระทำที่สังคมนั้นเห็นว่าน่าตำหนิตัวเดียว ผู้กระทำควรได้รับการลงโทษ สังคมจึงจำเป็นต้องตรากฎหมายขึ้นเพื่อเอาผิดต่อการกระทำนั้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาประโยชน์ของสังคมอันเป็นประโยชน์สาธารณะ เช่น ความผิดฐานขับรถโดยไม่สวมหมวกนิรภัย ตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ.2522 มาตรา 122 วรรคหนึ่ง มาตรา 148

ในกรณีความผิดทางอาญาของยาเสพติดนั้น ผู้วิจัยมีความเห็นว่าจัดอยู่ในประเภทความผิดเพราะกฎหมายห้าม (*Mala Prohibita*) เนื่องจากแม้ในปัจจุบันทุกคนย่อมรับรู้ถึงผลกระทบจากยาเสพติดและรู้ถึงผลการเข้าไปยุ่งเกี่ยวย่อมต้องได้รับโทษร้ายแรงก็ตาม โดยเฉพาะความผิดฐานเป็นผู้ค้า แต่เมื่อพิจารณาถึงที่มาความผิดทางอาญาของยาเสพติดแล้ว ยาเสพติดถูกกำหนดให้เป็นความผิด (*Mala Prohibita*) ตั้งแต่ในสมัยสมัยสมเด็จพระรามาธิบดีที่ 1 แห่งกรุงศรีอยุธยา (พระเจ้าอู่ทอง) โดยทรงเล็งเห็นโทษของการเสพฝิ่นและทรงลงโทษผู้เสพฝิ่น²⁹ ความผิดทางอาญาของยาเสพติดนั้นจึงไม่ได้เป็นความผิดที่วิญญูชนทั่วไปรับรู้ถึงลักษณะการกระทำนั้นเป็นความผิดในตัวเอง (*Mala in Se*) อย่างเช่นกรณี ความผิดฐานฆ่าผู้อื่น เนื่องจากในบางสังคมกำหนดให้การเสพยาเสพติด ในขณะที่การครอบครองยาเสพติดเพื่อเสพภายใต้เงื่อนไขของกฎหมาย การกระทำนั้นไม่เป็นความผิดกฎหมายทาง

²⁹ “ประวัติยาเสพติด ความหมาย ความรู้ยาเสพติด ตอน 1”. สืบค้นวันที่ 1 กรกฎาคม 2565, จาก <https://www.sdtc.go.th/paper/31>

อาญา ดังเช่น ประเทศโปรตุเกสที่กำหนดให้การครอบครองเพื่อเสพสำหรับตนไม่เป็นความผิดทางอาญา แต่เป็นความผิดทางปกครอง³⁰ แสดงให้เห็นว่าวิญญูชนในบางสังคมรับรู้ว่ามีบางลักษณะการกระทำ ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดภายใต้เงื่อนไขของกฎหมายไม่เป็นความผิด ดังนั้น ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด จึงเป็นความผิดเพราะกฎหมายห้าม (*Mala Prohibita*) มิใช่ความผิดในตัวเอง (*Mala in Se*)

3.1.3 ลักษณะความเป็นอาชญากรรมคดียาเสพติด

อาชญากรรมคดียาเสพติดนั้น สามารถจำแนกการกระทำได้หลายประการ ได้แก่ การเสพ การมีไว้ในครอบครองเพื่อเสพ การมีไว้ในครอบครอง การจำหน่าย การนำเข้า ส่งออก การผลิต โดยความผิดอาญาในแง่ของกฎหมายอาชญากรรมคดียาเสพติดถือเป็นความผิดที่กฎหมายห้าม (*Mala Prohibita*) เนื่องจากในบางสังคมได้ยอมรับให้การทำความผิดยาเสพติดบางประการภายใต้เงื่อนไขที่ กฎหมายกำหนดไม่เป็นความผิด เช่น การเสพ การครอบครองเพื่อเสพ เช่น กรณีประเทศโปรตุเกส³¹ แต่ บางสังคมการกระทำดังกล่าวเป็นความผิดอาญา เช่น ประเทศไทย ดังนั้น คดียาเสพติดจึงไม่ใช่ความผิดที่ ความผิดในตัวเอง (*Mala in Se*) แต่เป็นความผิดที่กฎหมายห้าม (*Mala Prohibita*)

อย่างไรก็ตาม ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดเป็นอาชญากรรมที่จำแนกการกระทำได้หลาย ลักษณะดังที่ได้กล่าวข้างต้น ซึ่งแต่ละการกระทำกฎหมายก็ได้กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาย ยาเสพติดและบทลงโทษที่แตกต่างกัน อันเนื่องมาจากลักษณะการก่ออาชญากรรมคดียาเสพติดแต่ละการ กระทำก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้กระทำผิดเอง รวมถึงความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของสังคมใน ระดับที่แตกต่างกัน ดังนั้น แม้เป็นอาชญากรรมคดียาเสพติดเช่นเดียวกัน ลักษณะอาชญากรรมคดียาเสพติดก็อาจมีลักษณะที่แตกต่างกัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ความผิดฐานเป็นผู้เสพยาเสพติด ในศาสตร์อาชญาวิทยาได้มีการจัดความผิด เกี่ยวกับยาเสพติดไว้ในกลุ่มอาชญากรรมประเภทที่ไม่มีผู้เสียหายหรืออาชญากรรมปราศจากเหยื่อ (Victimless crime) เนื่องจากการเสพยาเสพติดนั้นผู้กระทำความผิดเป็นผู้สมัครใจเสพยาเสพติด โดยที่ รู้อยู่แล้วว่าสิ่งนั้นคือยาเสพติด และเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายและยาเสพติดก็เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ร่างกายของผู้กระทำความผิดนั่นเองซึ่งไม่ได้ส่งผลเสียต่อผู้อื่น จึงทำให้การเสพยาเสพติด ผู้เสพเป็นทั้ง ผู้กระทำความผิดและผู้เสียหายในตัวเอง

³⁰ สง่า อัครปรีดี. การใช้มาตรการทางเลือกอื่นแทนการลงโทษทางอาญาในความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2565, จาก <https://www.krisdika.go.th/data/activity/act213.pdf>.

³¹ เรื่องเดียวกัน

นอกจากนี้การเสพยาเสพติดก็ถูกจัดกลุ่มอาชญากรรมต่อมาตรฐานทางศีลธรรม เช่นเดียวกัน เนื่องจากยาเสพติดเป็นอบายมุขประเภทหนึ่ง การเสพยาเสพติดจึงเป็นการสั่นคลอน มาตรฐานทางศีลธรรม (Crimes against the moral order) แม้ผู้เสพส่วนใหญ่จะไม่ได้ก่ออันตรายแก่ ผู้อื่น แต่เพื่อเป็นการคุ้มครองรักษาศีลธรรมอันดีของประชาชนแห่งรัฐ รัฐจึงออกกฎหมายห้ามไว้ อีกทั้ง การเสพยาเสพติดก็มีส่วนทำร้ายผู้อื่นในสังคมในทางอ้อม เนื่องจากครอบครัวที่มีสมาชิกติดยาเสพติดย่อม ได้รับผลกระทบต่อบรรยากาศครอบครัวที่ต้องประสบกับพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติด และพฤติกรรม การเสพยาเสพติดมักจะมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนในระดับต้นๆที่มีการพัฒนาไปสู่กระทำความผิดในลักษณะอื่นๆ ตามมาภายหลัง³²

2) ความผิดเกี่ยวกับการค้ายาเสพติด ความผิดเกี่ยวกับการค้ายาเสพติด ได้แก่ การจำหน่าย การนำเข้า ส่งออกรวมถึงการผลิต ซึ่งการกระทำความผิดดังกล่าวมีลักษณะการดำเนินการที่ เป็นเครือข่าย มีวิธีดำเนินการเป็นระบบและมีความซับซ้อน ในการจำหน่ายยาจากผู้ซื้อจากผู้ค้ารายใหญ่ ผู้ค้ารายย่อย ไปสู่ผู้เสพ ดังนั้น ความผิดเกี่ยวกับการค้ายาเสพติดจึงมีลักษณะเป็นองค์กรอาชญากรรม อย่างหนึ่งจากการศึกษานี้ทำให้ทราบว่า การเสพยาเสพติดเป็นอาชญากรรมที่ถูกกำหนดให้เป็นความผิด หรือความผิดที่กฎหมายห้าม (*Mala Prohibita*) และเป็นอาชญากรรมปราศจากเหยื่อ (Victimless crime) ที่มีได้ก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลอื่นเว้นเสียจากตัวผู้เสพยาเสพติดเองที่ต้องเสียสุขภาพจาก การใช้ยาและสังคมโดยตรงเหมือนการค้ายาเสพติด อย่างไรก็ตามการเสพยาเสพติดอาจนำไปสู่ปัญหา สังคมอื่นตามมาได้ เช่น ปัญหาอาชญากรรม เมื่อมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องกับตัวผู้เสพ เช่น การไม่มี อาชีพ ไม่มีรายได้ ปัญหาครอบครัว ทำให้ผู้เสพอาจมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนอันนำไปสู่การก่ออาชญากรรม ประเภทอื่น ๆ ได้³³ ดังนั้น การลงโทษผู้เสพยาเสพติดในด้วยวิธีการเดียวกับผู้ค้ายาเสพติดนั้นจึงไม่ใช่ วิธีแก้ไขปัญหายาเสพติดที่เหมาะสมเสมอไป ผู้ศึกษาจึงเห็นว่าควรหาแนวทางที่เหมาะสมในการลงโทษผู้ เสพยาเสพติดโดยต้องลงโทษให้แตกต่างกับผู้ค้ายาเสพติด และใช้วิธีการลงโทษที่มุ่งเน้นไปในทางบำบัด แก้ไขพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติดในสอดคล้องกับลักษณะผู้เสพยาเสพติดแต่ละราย เนื่องจากผู้เสพยาเสพติดแต่ละคนนั้นอาจมีปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การก่ออาชญากรรมอื่นๆ ที่ไม่เหมือนกัน

³² จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย. ข้อเสนอแนวทางการพัฒนานโยบายและมาตรการแก้ไขปัญหายาเสพติดใน เรือนจำ”. *วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย*, (6 :1), 2557 หน้า 25-27.

³³ สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. “ยาเสพติด คือ ต้นเหตุในการก่อคดีอาชญากรรมจริง หรือไม่”. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2565, จาก https://www.hiso.or.th/hiso/tonkit/tonkits_19.php.

3.2 แนวคิด และทฤษฎีการลงโทษทางอาญา

จากการศึกษาในประเด็นก่อนทำให้ทราบว่าอาชญากรรมนั้น หมายถึง การกระทำหรือละเว้นการกระทำที่กฎหมายกำหนดให้มีความผิดและได้รับโทษ และคดีอาชญากรรมอย่างหนึ่งที่กฎหมายกำหนดให้เป็นความผิด จึงทำให้เกิดคำถามว่าผู้เสียหายเสพติดควรได้รับโทษอย่างไร

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิต พ.ศ.2554 ได้ให้ความหมายของ “โทษ” หมายถึง ความไม่ดี, ความชั่ว, เช่น โทษแห่งความเกียจคร้าน, ความผิด เช่น กล่าวโทษ, ผลแห่งความผิดที่ต้องรับ เช่น ถูกลงโทษ, ผลร้าย เช่น ยาเสพติดให้โทษ³⁴

นักวิชาการผู้ทรงคุณวุฒิและนักนิติศาสตร์หลายท่านได้อธิบายคำว่า “การลงโทษ” มีรายละเอียด ดังนี้

ฮาร์ท (H.L.A Hart)³⁵ ศาสตราจารย์ เบ็น (S.I Benn)³⁶ และเอ. ฟลู (A.Flew)³⁷ อธิบายว่าโทษทางอาญาจะต้องประกอบด้วยสาระสำคัญ 5 ประการ

1) โทษจะต้องก่อให้เกิดความทุกข์ หมายถึง ผู้ได้รับโทษจะต้องได้รับความทุกข์ อย่างไม่อย่างหนึ่ง อาจเป็นการจำกัดสิทธิเสรีภาพทางร่างกาย การได้รับความเจ็บปวดทางกาย (pain) หรือการสูญเสียทรัพย์สินหรืออื่นๆ

2) โทษจะต้องใช้ต่อผู้กระทำผิดกฎหมาย หมายถึง ผู้กระทำผิดกฎหมายเท่านั้นที่จะต้องถูกลงโทษ จะนำบุคคลอื่นที่มีได้กระทำความผิดมารับโทษมิได้

³⁴ สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. “พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554”. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2565, จาก <https://dictionary.orst.go.th/>

³⁵ H.L.A. Hart. *Punishment and Responsibility*. London: Oxford University Press. 1982. 4-5. อ้างใน สหชน รัตน์ไพจิตรหน้า. *ความประสงค์ของการลงโทษอาญา: ศึกษาเฉพาะประเทศไทยสมัยใช้กฎหมายลักษณะอาญาและประมวลกฎหมายอาญา*. วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2527. หน้า 4-6

³⁶ S.I. Benn. *An Approach to the Problem of Punishment*. In *Freedom and Responsibility*. Ed. by Herbert Morris. California: Stanford University Press. 1961. 517 อ้างใน เรื่องเดียวกัน.

³⁷ A. Flew. *Definition of Punishment*. In *Contemporary Punishment*. Ed. By Rudolph J. Gerber and Patrick D.McAnany. Notre Dame: University of Notre Dame Press. 1972. 31-37.

3) โทษจะต้องมีขึ้นเมื่อมีการกระทำผิดกฎหมาย หมายถึง ต้องมีการกระทำผิดกฎหมายเสียก่อน จึงจะลงโทษได้ หากไม่มีการกระทำผิดกฎหมายก็ลงโทษไม่ได้

4) โทษจะต้องเป็นวิธีการซึ่งคนใดคนหนึ่งนอกจากตัวผู้กระทำความผิดนำมาใช้กับผู้กระทำความผิดนั้น หากผลร้ายที่เกิดขึ้นจากการกระทำของบุคคลนั้นเองไม่นับเป็นโทษทางอาญาตามนัยนี้

5) โทษจะต้องเกิดจากผู้มีอำนาจที่จะกระทำให้เกิดผลร้ายนั้นขึ้นมาได้หมายถึง โทษนั้นต้องผ่านกระบวนการตามกฎหมายและผู้มีอำนาจตามกฎหมายจึงจะเป็นผู้ให้ผลร้ายได้³⁸

โยฮันส์ แอนเดเนิส (Johannes Andenaes)³⁹ อธิบายว่าโทษอาญา จะต้องประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ

- 1) โทษต้องเป็นผลร้ายและต้องถูกนำมาใช้กับผู้กระทำความผิดโดยรัฐเท่านั้น
- 2) โทษเกิดขึ้นจากกระทำที่ฝ่าฝืนกฎหมาย หากกฎหมายไม่กำหนดให้เป็นความผิด ก็ไม่ต้องการโทษ
- 3) การลงโทษเป็นการกระทำที่มุ่งให้ผู้กระทำความผิดรับรู้ถึงผลร้ายจากการกระทำนั้น

3.2.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการลงโทษทางอาญา

1) **ทฤษฎีเด็ดขาด (Absolute Theory)** ถือว่าการลงโทษเป็นสิ่งที่มิได้อยู่โดยธรรมชาติในความผิดทุกความผิด คือ เป็นผลที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ของความผิดนั่นเอง ฉะนั้นผู้ใดกระทำความผิดจะต้องถูกลงโทษ หรือจะพูดว่าการกระทำความผิดเป็นกรรมชั่ว ผู้ใดกระทำความผิดต้องชดใช้กรรมของตนโดยต้องยอมรับการลงโทษตามทฤษฎีนี้ แม้จะไม่มีรัฐก็สามารถลงโทษผู้กระทำความผิดได้ เพียงแต่รัฐรับดำเนินการลงโทษเสียเองเพื่อบรรลุถึงความมุ่งหมายบางประการ

คานท์ (Kant) นักปรัชญาเมธีชาวเยอรมันได้ให้เหตุผลว่า การลงโทษเป็นของคู่กับการกระทำความผิด ฉะนั้นเพื่อความยุติธรรมผู้ที่กระทำความผิดจะต้องถูกลงโทษตามสัดส่วนหนักเบาตามความผิดที่กระทำนั้น ถ้าสังคมไม่ลงโทษผู้กระทำความผิดก็เท่ากับว่าสังคมยอมรับการกระทำของผู้นั้น ซึ่ง

³⁸ สหธน รัตน์ไพจิตรหน้า. ความประสงค์ของการลงโทษอาญา: ศึกษาเฉพาะประเทศไทยสมัยใช้กฎหมายลักษณะอาญาและประมวลกฎหมายอาญา. วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2527. หน้า 5-6

³⁹ Johannes Andenaes. *The General Part of the Criminal Law of Norway*. London: Sweet & Maxwell Limited. 1965. pp 8-11.

จะมีผลเหมือนว่าสังคมเป็นผู้สนับสนุนให้มีการกระทำความผิด คานท์ถือเหตุผลนี้อย่างเคร่งครัด และไม่ยอมรับฟังเหตุผลอื่นในการลงโทษ คานท์กล่าวว่า จะใช้การลงโทษเป็นเครื่องมือเพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างอื่นไม่ได้ไม่ว่าจะเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ถูกลงโทษเองหรือแก่สังคมก็ตาม การลงโทษในทุกกรณีจะต้องเนื่องมาจากเหตุว่าบุคคลที่ถูกลงโทษได้กระทำความผิดเท่านั้น ทั้งนี้เพราะไม่สมควรที่จะปฏิบัติต่อบุคคลหนึ่งเพียงเพื่อจะให้เป็นเครื่องมือให้บังเกิดผลแก่บุคคลอื่น ทุกคนที่เกิดมาเป็นมนุษย์มีสิทธิที่จะไม่ถูกปฏิบัติเช่นนั้น

คานท์ยอมให้มีข้อยกเว้น 2 ประการ จากหลักที่ว่าจะต้องลงโทษผู้กระทำความผิดให้ได้สัดส่วนกับความผิด คือประการแรก อาจมีการผ่อนเบาโทษให้ลดลงหากปรากฏว่าการลงโทษนั้นจะเป็นการกระทบกระเทือนความรู้สึกของประชาชน ประการที่สอง ถ้าหากการปฏิบัติเคร่งครัดตามหลักดังกล่าวจะเป็นการลดจำนวนพลเมืองของรัฐจนเกินควร

เฮเกล (Hegel) ปรัชญาเมธี ชาวเยอรมันอีกท่านหนึ่งที่สนับสนุนทฤษฎีเด็ดขาด เฮเกลมีความเห็นก้าวหน้าไปกว่าคานท์ ในความเห็นของเฮเกลคือการลงโทษเป็นการปฏิเสศกฎหมาย จึงจำเป็นต้องลงโทษการปฏิเสศกฎหมายนั้น แม้เฮเกลจะเห็นว่าการลงโทษเป็นการยุติธรรมก็ตาม แต่ก็ควรจะนำสิ่งอื่นนอกจากตัวความผิดที่กระทำลงมาประกอบการพิจารณาโทษด้วย⁴⁰

ทฤษฎีเด็ดขาดได้รับการคัดค้านโดยทั่วไปในปัจจุบันด้วยเหตุผลหลายประการ ลักษณะของทฤษฎีนี้เป็นเรื่องพ้นสมัยเพราะมองแต่อดีต คือถือเอาการลงโทษเป็นการตอบแทนแก้แค้นความผิดที่ได้กระทำไปแล้ว ไม่ได้คำนึงถึงประโยชน์ในอนาคตว่า การลงโทษนั้นจะมีผลในทางป้องกันมิให้มีการกระทำความผิดเกิดขึ้นอีกหรือไม่ การลงโทษเกิดขึ้นมาโดยกฎหมาย และกฎหมายก็เป็นเครื่องมือของรัฐ และมีวัตถุประสงค์ที่จะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ส่วนรวม จึงควรใช้กฎหมายอาญาเพื่อป้องกันและควบคุมการกระทำที่สังคมไม่ปรารถนา ดังนั้น การลงโทษตามกฎหมายก็ควรกระทำไปเพื่อจุดมุ่งหมายดังกล่าว ทั้งกฎหมายและการลงโทษตามกฎหมายจะเป็นสิ่งยุติธรรมก็ต่อเมื่อใช้ไปเพื่อจุดมุ่งหมายเช่นนั้น การลงโทษจะเป็นสิ่งถูกต้องยุติธรรมต่อเมื่อเกิดประโยชน์ต่อผู้ถูกลงโทษเองหรือต่อประชาชนส่วนรวม มิฉะนั้นก็จะกลายเป็นสิ่งเลวร้ายอีกประการหนึ่ง

2) ทฤษฎีเงื่อนไข ทฤษฎีนี้ไม่ได้พิจารณาในแง่การกระทำความผิด แต่พิจารณาในแง่ที่ควรลงโทษอย่างไรจึงจะเกิดประโยชน์ทั้งแก่ตัวผู้กระทำความผิดเองและแก่สังคมส่วนรวม การลงโทษจะต้องคำนึงถึงตัวผู้กระทำความผิดและสภาพแวดล้อมอื่นด้วย และโทษนั้นควรจะมีผลทำให้

⁴⁰ *Ibid.*

ผู้กระทำความผิดเกิดความหวาดกลัว ทำให้ผู้กระทำความผิดกลับตนเป็นคนดี หรือทำให้สังคมปลอดภัยจากการกระทำความผิด ทฤษฎีเงื่อนไขจึงมีลักษณะมองไปในอนาคต เพื่อป้องกันมิให้มีการกระทำความผิดเกิดขึ้นอีก อาจจะเป็นโดยการข่มขู่ไม่ให้คนทั่วไปกระทำความผิดหรือแก้ไขผู้กระทำความผิดให้เป็นคนดี

พลาโต (Plato) เคยกล่าวว่าผู้ที่ลงโทษโดยมีเหตุผลย่อมไม่ลงโทษเพราะได้มีการกระทำความผิดขึ้นเท่านั้น เพราะสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วย่อมไม่อาจแก้ไขให้เป็นดังเดิมได้ แต่ย่อมจะลงโทษโดยคำนึงถึงอนาคต เพื่อให้ทั้งผู้กระทำความผิดเอง และผู้ที่รู้เห็นการลงโทษนั้นไม่กระทำความผิดขึ้นอีก ด้วยเหตุนี้การลงโทษจึงต้องคำนึงถึงผลทั้งต่อตัวผู้กระทำความผิดเอง และต่อประชาชนทั่วไปด้วย นักนิติศาสตร์เยอรมันเห็นว่า กฎหมายอาญาจะต้องมีผลบังคับทางจิตใจ เป็นการป้องกันประชาชนไม่ให้กระทำความผิดกฎหมาย และจะต้องกำหนดอัตราโทษไว้ในใจของผู้กระทำความผิดนั้นให้ตระหนักได้ว่าการเสี่ยงต่อการถูกลงโทษหนักกว่าประโยชน์ที่จะได้จากการกระทำความผิด โดยนัยนี้โทษจึงมีลักษณะเป็นการข่มขู่ แต่ทฤษฎีเงื่อนไขถือว่าลำพังแต่การข่มขู่ด้วยโทษอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการป้องกันการกระทำความผิดในอนาคต ฉะนั้นการลงโทษจึงต้องมีลักษณะเป็นการแก้ไขตัวผู้กระทำความผิดด้วย เพื่อป้องกันมิให้ผู้กระทำความผิดไปกระทำความผิดซ้ำอีก

3) ทฤษฎีตีตรา นักวิชาการที่สำคัญของทฤษฎีตีตราคือ แฟรงค์ แทนเนนบาม (Frank Tannebam) เป็นคนแรกที่เริ่มใช้คำว่า “การระบายสีให้แก่ความชั่วร้าย” เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมอาชญากรรมและพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน ซึ่งประโยคดังกล่าวนี้มีความหมายตรงกับ “ทฤษฎีการตีตรา” (Label Theory) แกนของทฤษฎีนี้อยู่ที่ขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการตีตรา แทนเนนบามชี้ว่าทางออกของปัญหาการตีตรา คือ การต้องปฏิบัติการระบายสีให้แก่ความชั่วเหมือนที่เคยทำมา โดยกระบวนการยุติธรรมจะต้องพยายามรณรงค์การเลิกระบายสีให้แก่ความชั่วร้ายโดยการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนต่าง ๆ นอกจากนี้ แทนเนนบาม มีความคิดว่าแม้อาชญากรรมจะเป็นสิ่งที่ชั่วร้าย แต่หากสังคมผลักดัน ให้อาชญากรลดลำลึกลงไปอีกกลายเป็นภัยต่อส่วนร่วมมากจน จนไม่อาจจะยอมให้ผู้กระทำความผิดกลับตัวเป็นคนดี⁴¹

4) ทฤษฎีอาชญาวิทยาเกี่ยวกับการลงโทษ ทฤษฎีอาชญาวิทยาเกี่ยวกับการลงโทษ สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้แค้นทดแทน (Retributive

⁴¹ ธีรรัฐวัฒน์ สุทธิโยธิน. ทฤษฎีอาชญาวิทยา. ใน *แนวทางการศึกษาชุดวิชากฎหมายอาญาและอาชญาวิทยา* ชั้นสูง, หน่วยที่ 9, ปรับปรุงครั้งที่ 1. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2563. หน้า 48.

Theory) ทฤษฎีการลงโทษเพื่อยับยั้ง (Deterrence) ทฤษฎีการลงโทษเพื่อตัดโอกาสมิให้ผู้ผู้นั้นกระทำความผิด (Incapacitation) ทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟู (Rehabilitative Theory) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ก) ทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้แค้นทดแทน (Retributive Theory) การลงโทษตามทฤษฎีนี้เป็นแนวคิดการลงโทษที่เก่าแก่ที่สุด โดยมีแนวคิดที่ว่าผู้ใดกระทำให้เกิดความเสียหาย ก็ควรได้รับผลร้ายจากการกระทำนั้นเช่นกัน และถ้าความผิดที่ก่อขึ้นมีความรุนแรงเท่าใด โทษก็ควรมีความรุนแรงเท่านั้น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ เป็นการลงโทษให้สาสมกับความผิดที่ได้กระทำตามหลักตาต่อตา ฟันต่อฟัน

ทฤษฎีการลงโทษนี้มีพื้นฐานความคิดมาจากแนวคิดสำนักอาชญาวิทยาที่ตั้งเดิมซึ่งเห็นว่ามนุษย์มีเจตจำนงเสรีที่เรียกว่า “Free Will” และเชื่อว่ามนุษย์มีเหตุผลมีอิสรภาพเสรีภาพที่จะคิดมีเสรีภาพที่จะกระทำการใดๆ ภายใต้ความคิดความเชื่อและการตัดสินใจของตนเอง รวมทั้งความสามารถของบุคคลในการในการใช้เหตุผล การกระทำสิ่งใดมนุษย์ย่อมมีเหตุผลเป็นของตนเอง ดังนั้น มนุษย์จึงต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเองที่ได้กระทำลงไป หากเป็นการกระทำที่ดี เขาย่อมได้รับผลตอบแทนที่ดี แต่หากเป็นการกระทำที่ไม่ดี หรือเป็นการกระทำที่ฝ่าฝืนต่อกฎเกณฑ์ของสังคม เขาย่อมสมควรได้รับการตำหนิ หรือได้รับการลงโทษจากสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การที่สังคมลงโทษเขา เพราะเหตุผลที่มาจากกระกระทำของเขาเอง หาใช่สิ่งอื่นใดไม่ เมื่อเขากระทำเขาย่อมสมควรถูกลงโทษ การลงโทษจึงเป็นการทดแทนการกระทำผิดของเขานั้นเอง⁴²

สำหรับวัตถุประสงค์ของการลงโทษตามทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้แค้นทดแทน คือ เพื่อได้ตอบการกระทำของผู้กระทำความผิดจากการที่เขาได้กระทำความผิดกฎหมาย โดยอาศัยเหตุผลการลงโทษตามทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้แค้นทดแทน 2 ประการ ดังนี้

1) เหตุผลเพื่อความยุติธรรม แนวคิดนี้เห็นว่า การกระทำความผิดเป็นการฝ่าฝืนต่อหลักความยุติธรรมเมื่อมีการฝ่าฝืนผู้กระทำความผิดจึงต้องถูกลงโทษ เพื่อที่จะธำรงรักษาความยุติธรรมไว้

⁴² สหธน รัตนไพจิตร. ความประสงค์ของการ ลงโทษอาญา : ศึกษาเฉพาะประเทศไทยสมัยใช้กฎหมายลักษณะอาญาและประมวลกฎหมายอาญา. หน้า 33-43.

2) เหตุผลเพื่อการทดแทนความผิดตามกฎหมาย แนวคิดนี้เห็นว่า เมื่อมีการกระทำผิดกฎหมายเกิดขึ้นเราก็จะลงโทษผู้กระทำผิด ด้วยเหตุเพราะเขาสมควรจะได้รับการลงโทษ เนื่องจากการกระทำผิดกฎหมาย ไม่ใช่เพื่อความยุติธรรม ทั้งนี้ เพราะอาชญากรรม (Crime) และการลงโทษ (Punishment) เป็นของคู่กัน

ข) ทฤษฎีการลงโทษเพื่อยับยั้ง (Deterrence Theory) ทฤษฎีการลงโทษเพื่อข่มขู่ยับยั้งนี้ เห็นว่า เมื่อมีการกระทำความผิดเกิดขึ้นแล้วย่อมไม่สามารถกลับไปแก้ไขการกระทำดังกล่าวได้อีก จึงควรลงโทษเพื่อป้องกันมิให้มีการกระทำความผิดนั้นมากกว่าการลงโทษเพื่อแก้แค้นทดแทน ดังนั้น การลงโทษตามทฤษฎีการลงโทษเพื่อข่มขู่ยับยั้งจึงมุ่งป้องกันอาชญากรรมที่จะเกิดในอนาคต ส่วนการลงโทษตามทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้แค้นทดแทนนั้นมุ่งต่อการกระทำที่เกิดขึ้นแล้วในอดีต⁴³

วัตถุประสงค์การลงโทษเพื่อป้องกันนั้น มี 2 ประการ ได้แก่

1) การลงโทษเพื่อข่มขู่ยับยั้งโดยเฉพาะ (Specific Deterrence) เป็นการลงโทษผู้กระทำความผิดรายบุคคล เพื่อยับยั้งมิให้เขากระทำความผิดซ้ำ

2) การลงโทษเพื่อข่มขู่ยับยั้งโดยทั่วไป (General Deterrence) เป็นการลงโทษผู้กระทำความผิดเพื่อให้คนในสังคมเห็นว่า การกระทำความผิดดังกล่าวเป็นความผิดและจะได้รับโทษอย่างไร เพื่อให้เกิดความเกรงกลัวว่าจะต้องถูกลงโทษเมื่อได้กระทำการดังกล่าว

ค) ทฤษฎีการลงโทษเพื่อตัดโอกาสมิให้ผู้นั้นกระทำความผิด (Incapacitation) ทฤษฎีนี้ถือว่าการลงโทษเป็นการตัดโอกาสมิให้ผู้กระทำความผิดได้มีโอกาสกระทำความผิดอีกครั้ง โดยการตัดผู้กระทำความผิดออกจากสังคมซึ่งอาจเป็นการถาวร เช่น การประหารชีวิต การจำคุกตลอดชีวิต หรือเพียงชั่วคราว เช่น การจำคุก การกักขัง เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อความมั่นคงปลอดภัยของสังคม และเพื่อตัดโอกาสมิให้ผู้กระทำความผิดได้กระทำความผิดอีก เนื่องจากผู้กระทำความผิดบางประเภทการลงโทษเพื่อยับยั้งและการลงโทษเพื่อแก้แค้นฟื้นฟู ไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการลงโทษดังกล่าวได้⁴⁴

⁴³ เรื่องเดียวกัน หน้า 43-43.

⁴⁴ ตราดูล นรินดิผดุงการ. มาตรการลงโทษระดับกลางต่อผู้กระทำความผิด. วิทยานิพนธ์ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยรามคำแหง. 2549. หน้า 13-14.

ง) ทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟู (Rehabilitative Theory) ทฤษฎีนี้มีแนวคิดว่า อาชญากรคือผู้ป่วยของสังคม ซึ่งสามารถหายและกลับมาใช้ชีวิตในสังคมตามปกติได้ ดังนั้น ปัญหาอาชญากรรมจึงเป็นปัญหาของสังคมที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยการลงโทษควรมีเพื่อการแก้ไขฟื้นฟู ผู้กระทำผิด ให้กลับตัวเป็นคนดี เพื่อไม่ให้ผู้กระทำผิดกลับมากระทำผิดซ้ำ รวมทั้งพยายามที่จะช่วยให้ผู้กระทำผิดกลับคืนสู่สังคมได้ตามปกติ จึงต้องมีการให้การเรียนรู้ การอบรมให้เพียงพอที่เขาจะใช้ในการดำเนินชีวิตได้ เช่น การฝึกอาชีพ รวมทั้งการพยายามช่วยให้ผู้กระทำผิดไม่รู้สึกมีปมด้อยจากการที่ได้รับการลงโทษไปแล้ว

เคิทเวย์ (George F. Kirchway) ให้ทัศนะว่า

“...การลงโทษไม่สามารถยับยั้ง ผู้ซึ่งหย่อนความรับผิดชอบได้เพราะว่าเขาไม่รู้ถึงผลร้ายที่จะได้รับจากการกระทำผิด ไม่สามารถที่จะยับยั้งบุคคลวิกลจริตได้ เพราะว่าเขาพยายามขัดแย้งกับบรรทัดฐานของสังคมอยู่แล้ว ไม่สามารถยับยั้งผู้ที่กระทำผิดด้วยความฉลาดได้ เพราะว่าเขาย่อมไม่คิดว่าจะถูกจับได้ ไม่สามารถยับยั้งผู้ซึ่งกระทำความผิดโดยกะทันหันได้ เพราะว่าการกระตุ้นให้กระทำผิดมีเร็วกว่าที่จะคิดถึงเหตุผล ถ้าการลงโทษไม่สามารถยับยั้งบุคคลเหล่านี้ได้แล้ว แล้วใครกันที่การลงโทษจะยับยั้งได้ ก็คงจะมีแต่บุคคลซึ่งมีมาตรฐานความประพฤติที่ดีและไม่ละเมิดกฎหมายอยู่แล้ว ซึ่งไม่จำเป็นต้องอาศัยการลงโทษเพื่อเป็นการยับยั้งมาขู่เลย...”⁴⁵

การลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟู มีหลักการว่า “สิ่งใดที่สามารถแก้ไข ปรับปรุงผู้กระทำผิดให้กลับตัวเป็นคนดีได้ สิ่งนั้นคือวิธีที่ดีที่สุด และควรนำมาใช้เนื่องจากผู้กระทำความผิดแต่ละคนมีปัญหาแตกต่างกัน มีนิสัยใจคอแตกต่างกัน เราจึงต้องใช้วิธีปฏิบัติที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับว่าวิธีการแบบใดจึงจะเหมาะสมกับผู้กระทำผิดมากที่สุด⁴⁶ สามารถสรุปหลักเกณฑ์ที่สำคัญได้ 5 ประการ⁴⁷ ดังนี้

⁴⁵ Giles Playfair and Derick Singeton. *Crime, Punishment and Cure*. London: The Camelot Press Ltd. 1965. pp 95-96 อ้างใน สหธน รัตน์ไพจิตรหน้า, *ความประสงค์ของการลงโทษอาญา: ศึกษาเฉพาะประเทศไทยสมัยใช้กฎหมายลักษณะอาญาและประมวลกฎหมายอาญา*. หน้า 59-60.

⁴⁶ Herbert L. Packer. *The Limits of the criminal Sanction*, California: Standford University Press. 1979. p 57 อ้างใน สหธน รัตน์ไพจิตรหน้า, *ความประสงค์ของการลงโทษอาญา: ศึกษาเฉพาะประเทศไทยสมัยใช้กฎหมายลักษณะอาญาและประมวลกฎหมายอาญา*. หน้า 61-62

⁴⁷ อุททิศ แสนโกศิก. *กฎหมายอาญาภาค 1*. พระนคร : ศูนย์บริการเอกสารและวิชาการกองวิชาการกรมอัยการ. 2525. หน้า 34.

1) เป็นการลงโทษที่หลีกเลี่ยงไม่ให้ผู้กระทำความผิดประสบกับสิ่งที่จะทำให้ทำลาย คุณลักษณะประจำตัวของเขา เนื่องจากเมื่อผู้กระทำความผิดต้องถูกจำคุกในเรือนจำ ทำให้เมื่อเขาพ้นโทษออกจากเรือนจำมาจะถูกสังคมตราหน้าว่าเป็นขี้คุก ทำให้เขาเสียชื่อเสียง ถูกสังคมรังเกียจ ไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างเป็นปกติ จนทำให้เขาต้องกลับไปกระทำความผิดอีก และการเข้าไปอยู่ในเรือนจำอาจก่อให้เกิดการเรียนรู้การก่ออาชญากรรมที่ร้ายแรงยิ่งขึ้นจากเรือนจำ เนื่องจากเพราะมนุษย์นั้นเลวได้ง่ายกว่าการเป็นคนดี

2) การนำมาตรการอื่นมาใช้แทนการลงโทษจำคุกระยะสั้น เช่น การรอกการลงโทษ รอกการกำหนดโทษ การกักขัง การคุมประพฤติ เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อหลีกเลี่ยงผลเสียจากการลงโทษจำคุกระยะสั้น รวมถึงการพักโทษ เมื่อได้พิจารณาจากตัวผู้กระทำความผิดแต่ละรายแล้ว เห็นว่าเขาสามารถแก้ไขพฤติกรรมตนเองได้ เขาจึงไม่ควรถูกลงโทษต่อไป

3) การลงโทษต้องเหมาะสมกับผู้กระทำความผิดแต่ละราย เนื่องจากการแก้ไขพฤติกรรมผู้กระทำความผิดไม่ได้ขึ้นอยู่กับความหนักเบาของการกระทำความผิด ดังนั้น แทนที่จะคำนึงถึงลักษณะความหนักเบาของความผิด จึงควรลงโทษให้เหมาะสมกับผู้กระทำความผิดแต่ละคนว่าควรลงโทษอย่างไรถึงจะสามารถแก้ไขพฤติกรรมผู้กระทำความผิดได้ โดยให้ศาลมีอำนาจในการใช้ดุลยพินิจพิจารณาจากลักษณะและพฤติกรรมของผู้กระทำความผิดเป็นรายบุคคลแล้วนำมาตรการอื่นมาใช้แทนการลงโทษจำคุกระยะสั้น

4) เมื่อผู้กระทำความผิดได้รับการแก้ไขหายดีแล้วต้องไม่ลงโทษต่อ เนื่องจากเมื่อพฤติกรรมผู้กระทำความผิดได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้นแล้ว การลงโทษเขาจึงไม่เกิดประโยชน์อันใดอีก วิธีการที่ใช้ในกรณีนี้ ได้แก่ การพักโทษ

5) มีการปรับปรุงผู้ต้องโทษระหว่างถูกคุมขัง เพื่อให้บุคคลดังกล่าวเมื่อพ้นโทษจากเรือนจำแล้ว สามารถประกอบอาชีพสุจริต หาเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ ไม่หวนกลับไปกระทำความผิดอีก เช่น การฝึกอาชีพ มีมีการอบรมบ่มนิสัย โดยใช้ศาสนา ศีลธรรม จริยธรรม เพื่อให้มีจิตสำนึกที่ดีไม่กล้ากลับไปกระทำความผิดอีก รวมถึงการให้ความรู้ในด้านต่างๆ เพื่อให้เขาไม่กลับมากระทำความผิดอีก เนื่องจากบางการกระทำผู้กระทำความผิดได้กระทำไปเพราะความไม่รู้ ดังนั้น การให้ความรู้ระหว่างถูกต้องโทษจึงเป็นสิ่งจำเป็นเช่นกัน

3.2.2 การลดทอนความเป็นอาชญากรรม (Decriminalization) ในคดียาเสพติด

การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติดไม่ใช่การปลดยาเสพติดทุกชนิด ทุกประเภท กลายเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมายทั้งหมด แต่ในกระบวนการแก้ไขปัญหายาเสพติดจำเป็นต้องมีการจำแนกว่า การกระทำเกี่ยวกับยาเสพติด เช่น การเสพและครอบครองลักษณะใดถือเป็นอาชญากรรม ลักษณะใดคือผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา และการใช้มาตรการและกลไกใดในการดำเนินการ ซึ่งวัตถุประสงค์สำคัญของการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติด คือปรับเปลี่ยนมาตรการทางกฎหมายต่อผู้เสพรายย่อย เปลี่ยนจากการลงโทษทางอาญาที่เน้นการคุมขังไปใช้มาตรการทางแพ่ง มาตรการทางการปกครอง หรือมาตรการสังคมสงเคราะห์ เพื่อมุ่งเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด⁴⁸ ในขณะที่ยังคงโทษอาญาไว้สำหรับผู้ค้ารายใหญ่และขบวนการค้ายา เพื่อทลายต้นทางการแพร่ระบาดของยาเสพติดที่แท้จริง

การลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติดยังเปลี่ยนไปเน้นที่มาตรการทางสาธารณสุขโดยให้ความสำคัญต่อกระบวนการบำบัดและฟื้นฟูสุขภาพจากพิษสารเสพติด (Treatment) ลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) และลดการพึ่งพาสารเสพติดของผู้ใช้ยา เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ใช้สารเสพติดมีทางเลือก ภายใต้แนวคิด ผู้เสพยาเสพติดไม่ใช่อาชญากรแต่เป็นผู้ป่วย เพื่อให้ผู้เสพยาเสพติดได้รับการบำบัดรักษาทางการแพทย์อย่างเหมาะสม แทนการถูกดำเนินคดีตามกระบวนการยุติธรรมทางอาญา โดยใช้รูปแบบการเป็ยงเบนผู้เสพยาเสพติดออกจากกระบวนการยุติธรรม เพื่อช่วยให้การบริหารงานยุติธรรมทางอาญาด้านคดียาเสพติดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น⁴⁹

ปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกระตุ้นให้แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติดได้รับการกำหนดเป็นนโยบาย ผลจากการนำมาตราการปราบปรามยาเสพติดมาใช้ทำให้มีการดำเนินคดีอาญาต่อผู้กระทำผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติดจำนวนมาก จนก่อให้เกิดปัญหาคดีล้นศาล นักโทษล้นคุก ส่งผลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องการมาตรการอื่นๆ ที่จะนำมาแก้ไขปัญหาเหล่านั้น จึงได้มีพัฒนาการของการ

⁴⁸ Drug Decriminalisation Across the World จาก <https://www.talkingdrugs.org/drug-decriminalisation> อังโน อภินันท์ อรรมรัตน์. การใช้ประโยชน์จาก สารเสพติด และ การลดทอนโทษทางอาญา (Decriminalization) สืบค้นเมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2566 จาก <https://cads.in.th/cads/media/upload/1615778466-5.%20Decriminalization%20AA%2023Feb21.pdf>.

⁴⁹ วิวิธ วงศ์ทิพย์. หน่วยที่ 3 กฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ในเอกสารการสอนชุดวิชา 33307 กฎหมายเกี่ยวกับการปฏิบัติงานสำหรับนักปกครองท้องถิ่น (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1) นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2564. หน้า 3-8.

นำแนวความคิดลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติดไปกำหนดนโยบายใช้เพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติด

กล่าวโดยสรุป นโยบายการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของยาเสพติดเปลี่ยนมุมมองปัญหาเสพติดจากปัญหาอาชญากรรมไปสู่ปัญหาสุขภาพ เพื่อลดผู้ใช้สารเสพติดและเปิดโอกาสให้ผู้พึ่งพาสารเสพติดสามารถอยู่ร่วมหรือกลับเข้าสู่สังคมได้อีกครั้งหนึ่ง

4. ความหมาย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสพติด และแนวทางการวินิจฉัยผลกระทบจากการเสพติด

การศึกษาความหมาย และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสพติดสามารถนำมาใช้เป็นฐานความคิดประกอบการวิเคราะห์ผลกระทบอันเกิดจากการปลดปล่อยออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษของประเทศไทยทำให้เกิดความเข้าใจถึงสาเหตุที่มาและกลไกที่สำคัญของพฤติกรรมเสพติดอันเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขมาตรการและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมกัญชาอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการป้องกันผู้ที่มีความเสี่ยงที่ไม่ควรใช้กัญชาเพื่อการแก้ไขปัญหาดังข้างต้นอย่างยั่งยืนสำหรับการใช้ประโยชน์จากกัญชาทั้งทางการแพทย์ไปจนกระทั่งการเปิดเสรีการใช้กัญชาในวัตถุประสงค์อื่นได้ ดังนี้

4.1 ความหมายของการเสพติด

กรมสุขภาพจิต ให้ความหมายของการเสพติดว่า

“ภาวะเสพติด (Addiction) คือโรคที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนของสารเคมีในสมอง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการใช้แอลกอฮอล์หรือยาอย่างไม่สามารถต้านทานต่อแรงผลักดันทางจิตใจได้ ซึ่งครอบคลุมถึง “การใช้” ในปริมาณมากเกินไป อันเป็นการบ่อนทำลายสุขภาพ ความสัมพันธ์ หน้าที่การงาน และส่วนอื่น ๆ ของชีวิตปกติ นิยามข้างต้นได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยเกี่ยวกับสมอง ขณะที่ผลการศึกษาบางชิ้นบ่งชี้ว่า การเล่นเกมมากเกินไปอาจส่งผลกระทบต่อสมองในลักษณะเดียวกับการเสพติด”⁵⁰

⁵⁰ กรมสุขภาพจิต, ข่าวจากหนังสือพิมพ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต “ภาวะการเสพติด” (23 สิงหาคม 2561) ค้นเมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2565 จาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28146>.

รัศมน กัลยาศิริ ให้ความหมายของการเสพติดว่า

“การเสพติด เป็นภาวะที่เกิดการใช้สารหรือการทำพฤติกรรมใดซ้ำๆ โดยไม่สามารถหยุดยั้งการใช้สารหรือการกระทำนั้นๆ ได้ ทั้งที่รู้ว่าการใช้สารหรือการกระทำนั้นๆ ทำให้เกิดผลเสียต่อตนเองหรือบุคคลอื่น เมื่อบุคคลใดเกิดการเสพติดสารหรือพฤติกรรมใดๆ แล้ว จะสามารถกลับเป็นซ้ำได้แม้ว่าสามารถหยุดใช้ สารหรือหยุดการกระทำนั้นๆ มาได้ระยะหนึ่ง ผู้ที่มีภาวะการเสพติดจึงควรที่จะต้องระมัดระวังการกลับไปเริ่ม พฤติกรรมหรือการใช้สารใหม่อีกครั้ง มีการศึกษาพบว่าสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการยับยั้งชั่งใจ การให้รางวัล ด้านอารมณ์ และด้านความจำ ล้วนมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะการเสพติด การเสพติดจึงสามารถจัดเป็นภาวะ ที่เกี่ยวข้องกับกลไกการทำงานของสมองที่หลากหลาย โดยสารเสพติดบางชนิดสามารถออกฤทธิ์ทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงการทำงานและโครงสร้างของสมองระยะยาวได้”⁵¹

American Society of Addiction Medicine (ASAM) ได้ให้ความหมายของการเสพติดว่า

“การเสพติด เป็นโรคทางการแพทย์เรื้อรังที่รักษาได้ ซึ่งเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างวงจรสมอง พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล ผู้ที่ติดสารเสพติดจะใช้สารเสพติด หรือมีพฤติกรรมที่จำต้องพึ่งสารนั้นๆ และการเสพยาจะดำเนินต่อไป แม้จะมีผลลัพธ์ที่เป็นอันตรายก็ตาม”⁵²

ประมวลกฎหมายยาเสพติด ได้ให้ความหมายของ “ติดยาเสพติด” ในภาค 2 การบำบัดฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติด มาตรา 108 บัญญัติว่า

“ติดยาเสพติด หมายความว่า เสพเป็นประจำติดต่อกันและตกอยู่ในสภาพที่จำเป็นต้องพึ่งยาเสพติดนั้น โดยสามารถตรวจพบสภาพเช่นนั้นได้ตามหลักวิชาการ”

⁵¹ รัศมน กัลยาศิริ, การเสพติด ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) (2 ตุลาคม 2562) ค้นเมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2565 จาก <https://cads.in.th/cads/content?id=75>.

⁵² American Society of Addiction Medicine, Definition of Addiction, “Addiction is a treatable, chronic medical disease involving complex interactions among brain circuits, genetics, the environment, and an individual’s life experiences. People with addiction use substances or engage in behaviors that become compulsive and often continue despite harmful consequences.” Retrieved December 13, 2022 from [https://www.asam.org/docs/default-source/quality-science/asam-s-2-0-1-9-definition-of-addiction-\(1\).pdf?sfvrsn=b8b64fc2_2](https://www.asam.org/docs/default-source/quality-science/asam-s-2-0-1-9-definition-of-addiction-(1).pdf?sfvrsn=b8b64fc2_2) (แปลภาษาไทยโดยผู้เขียน)

4.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับการเสพติด

ในประวัติศาสตร์ที่ผ่านมา แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการเสพติด (Addiction) มีอยู่ด้วยกันหลายๆ ประการ โดยมีบางแนวคิดดั้งเดิมได้กล่าวถึงปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดภาวะการเสพติด เช่น เพื่อหลีกเลี่ยงความรู้สึกจากอาการถอนยา เกิดจากปรากฏการณ์ทางฤทธิ์ของยา ลักษณะทางพันธุกรรม หรือแม้กระทั่งการเสพติดเป็นความบกพร่องทางศีลธรรม (Moral Failing)⁵³ เมื่อสภาพทางสังคมและวัฒนธรรมมีการเปลี่ยนแปลงไป จึงมีการศึกษาเพื่อพิสูจน์หักล้างแนวคิดดั้งเดิมโดยการศึกษาทางด้านประสาทวิทยาซึ่งได้ตั้งสมมติฐานว่า การเสพติดเป็นกระบวนการที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสมองซึ่งเป็นผลมาจากการใช้ยาในทางที่ผิดอย่างเรื้อรัง หรือ การศึกษาด้านพฤติกรรมศาสตร์ซึ่งเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่เห็นว่าการติดยาเป็นความผิดปกติทางพฤติกรรมซึ่งยาทำหน้าที่เป็นตัวเสริมแรงที่สำคัญตลอดจนได้มีการพัฒนาและตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำของภาวะการเสพติดผ่านรูปแบบพฤติกรรมของการเสพติด (Behavioral Model of Addiction) อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสพติดมิได้จำกัดเพียงสารเสพติดเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงพฤติกรรมเสพติดอย่างอื่นด้วย เช่น การติดสุรา คาเฟอีน สารนิโคติน หรือ การเสพติดที่ไม่เกี่ยวข้องจากฤทธิ์ยา (Non-Pharmacological Addictions) เช่น การติดการพนัน การติดเกมส์คอมพิวเตอร์ สมาร์ทโฟน หรือการใช้อินเทอร์เน็ต

ทฤษฎีหลักที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสพติด มีดังนี้

4.2.1 ทฤษฎีที่ยึดหลักทางศีลธรรม (Moral Model)

ทฤษฎีนี้ได้รับอิทธิพลจากศาสนาโดยเห็นว่าพฤติกรรมเสพติดเป็นความอ่อนแอทางจิตวิญญาณหรือศีลธรรม การเสพติดจึงเป็นความบกพร่องทางศีลธรรม (Moral Failing) พฤติกรรมเสพติดนั้นเป็นความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลในการเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำด้วยตนเอง นอกจากนี้ทฤษฎีนี้มีส่วนทำให้เกิดความเข้าใจถึงผลกระทบทางด้านจิตใจของการเสพติดโดยบุคคลที่มีพฤติกรรมเสพติดจะรู้สึกว่าเป็นคนผิดบาป เนื่องจากได้กระทำไปตามอารมณ์ ขาดความยับยั้งชั่งใจ จนในที่สุดบุคคลนั้นก็จะขาดความเคารพนับถือตนเองที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมเสพติด และการหวนกลับไปเสพติดซ้ำอีก ปัจจุบันทฤษฎีนี้ถูกพิจารณาว่าล้าสมัยและไม่ได้รับการกล่าวถึงในทางวิชาการมากเท่าใดนัก แต่ก็ยังมีอิทธิพลต่อทัศนคติของผู้ที่มีพฤติกรรมเสพติดเอง บุคคลรอบข้างบุคคลที่มีพฤติกรรมดังกล่าว รวมถึง

⁵³ Dana Point Rehab Campus, **What are Behavioral Models of Addiction?** Retrieved December 13, 2022 from <https://danapointrehabcampus.com/addiction/what-are-behavioral-models-of-addiction/>.

บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง⁵⁴ อย่างไรก็ตาม ในบรรดาผู้ที่สนับสนุนทฤษฎีนี้เห็นว่า พฤติกรรมเสพติดนั้นเป็นพฤติกรรมในเชิงตำหนิ จึงสมควรต้องลงโทษกับบุคคลที่มีพฤติกรรมเสพติดมากกว่าให้การบำบัดรักษา⁵⁵ ซึ่งอาจก่อให้เกิดการตีตรา (Stigma) แก่บุคคลที่มีพฤติกรรมเสพติดได้

4.2.2 ทฤษฎีชีวจิตสังคม (Bio - Psychosocial Model)

ทฤษฎีชีวจิตสังคมเห็นว่า พฤติกรรมเสพติดเกิดจากปัจจัยสำคัญที่มีส่วนเกี่ยวพันซึ่งกันและกัน ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological) และปัจจัยทางสังคม (Social) โดยเชื่อว่าบุคคลมีปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางจิตใจ และปัจจัยทางสังคม เป็นพื้นฐานในการเข้าสู่กระบวนการเสพติด ทฤษฎีนี้ได้รับการยอมรับว่ามีความเหมาะสมในการบำบัดรักษาพฤติกรรมเสพติดซึ่งมุ่งเน้นให้การบำบัดรักษาพฤติกรรมเสพติดมากกว่าการลงโทษ และให้ความสำคัญกับปัจจัยทุกด้านโดยไม่จำกัดเพียงแค่ผู้เสพติด (Dependence) แต่ยังสามารถนำทฤษฎีนี้มาประยุกต์ใช้กับผู้ใช้สารหรือผู้เสพ (Users) ตลอดจนยังสามารถใช้ทฤษฎีนี้กับนโยบายการลดอันตรายในผู้มีพฤติกรรมเสพติด (Harm Reduction) ซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มผู้ใช้หรือผู้เสพติดที่ยังไม่พร้อมกับการเลิกการเสพติดอย่างเด็ดขาดด้วย⁵⁶

4.2.3 ทฤษฎีความเจ็บป่วยทางสมอง (Brain - Disease Model)

ทฤษฎีความเจ็บป่วยทางสมองให้ความสำคัญกับปัจจัยทางชีวเคมีของปัจเจกบุคคล หลักการที่สำคัญของทฤษฎีนี้ คือ พฤติกรรมเสพติดถือเป็นความเจ็บป่วยทางสมองที่ซับซ้อนเรื้อรัง โดยปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมเสพติดนั้นเกิดจากพันธุกรรมในครอบครัวที่ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองความพึงพอใจต่อการเสพ ทั้งนี้การตอบสนองทางบวก (Positive Reinforce Effect) ต่อสารใดมากก็จะมีแนวโน้มที่จะใช้สารนั้นต่อไป⁵⁷ นอกจากนี้ ทฤษฎีนี้เห็นว่ายังมีปัจจัยอื่นเข้ามาเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมเสพติดอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ปัจจัยทางด้านจิตสังคม การเลี้ยงดู กลุ่มเพื่อน สิ่งแวดล้อม เมื่อเกิดการเสพซ้ำๆ จะทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในระดับสมองทั้งด้านโครงสร้าง (Structure) และการทำงาน

⁵⁴ วนิดา รัตนสุมาวงศ์ รัศมน กัลยาณศิริ และพิชัย แสงชาญชัย, ทฤษฎีของพฤติกรรมเสพติด และข้อถกเถียงในปัจจุบัน วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 63 (3) กรกฎาคม - กันยายน 2561 หน้า 297 ค้นเมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2565 จาก https://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/63-3/07_Wanida.pdf.

⁵⁵ เรื่องเดียวกัน หน้าเดียวกัน.

⁵⁶ วนิดา รัตนสุมาวงศ์ รัศมน กัลยาณศิริ และพิชัย แสงชาญชัย เพิ่งอ้าง หน้า 299.

⁵⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้าเดียวกัน.

(Function) จนในที่สุดจะเกิดรูปแบบของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป อันเรียกว่า พฤติกรรมเสพติด (Addiction Behavior)⁵⁸

4.2.4 ทฤษฎีทางสังคม (Social Model)

ทฤษฎีนี้มีแนวคิดที่ว่า สาเหตุเบื้องหลังของการเสติดนั้นเกิดจากสภาพทางสังคม โดยเห็นว่าผลกระทบด้านลบทางสังคมทำให้ผู้คนพัฒนาไปสู่การเสติด ซึ่งได้แก่ การเลือกปฏิบัติ การขาดโอกาส คุณภาพชีวิตที่ย่ำแย่ และความยากจน ซึ่งพบได้บ่อยในชุมชนชายขอบหรือกลุ่มเปราะบาง⁵⁹

4.3 แนวทางการวินิจฉัยผลกระทบจากการเสกัญชา

4.3.1 การวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสติด

ในการกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสติดที่เป็นมาตรฐาน และนำมาปฏิบัติกันอย่างกว้างขวางในปัจจุบัน คือ การวินิจฉัย Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM ของสมาคมจิตเวชสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association) ตั้งแต่ปี 1952 (พ.ศ. 2495) ซึ่งเป็นคู่มือจิตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ใช้ในอ้างอิงและวินิจฉัยภาวะความผิดปกติทางจิตของผู้ป่วย ล่าสุดในปี 2013 (พ.ศ.2556) สมาคมจิตเวชสหรัฐอเมริกาได้ตีพิมพ์คู่มือฉบับปรับปรุงเผยแพร่เป็นฉบับที่ 5 (DSM-5) มีเนื้อหาประกอบด้วย 3 หมวดหลัก โดยในหมวดที่ 2 ของคู่มือดังกล่าวได้จำแนกโรคทางจิตเวชออกเป็น 20 กลุ่ม ซึ่ง 1 ใน 20 กลุ่มโรคที่ระบุไว้ คือ กลุ่มโรคผู้มีพฤติกรรมใช้สารเสติด (Substance-Related and Addictive Disorders) ที่สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับต่ำ (Mild) ระดับปานกลาง (Moderate) และระดับสูง (Severe) การวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้สารเสติดในคู่มือ DSM-5 แบ่งเป็นการติดสารเสติด (Substance Dependence) และการเสพสารเสติด (Substance Abuse)⁶⁰

⁵⁸ เรื่องเดียวกัน, หน้าเดียวกัน.

⁵⁹ Dana Point Rehab Campus, *op. cit.*

⁶⁰ สุกุมมา แสงเดือนฉาย, สำเนา นิลบรรพ์, ธัญญา สิงห์โต และอภิชาติ เรณูวัฒนานนท์ (2563), การพัฒนาแบบคัดกรองตามการวินิจฉัย DSM-5 ในผู้เข้ายาและสารเสติด, สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. หน้า 13-14.

4.3.2 การวินิจฉัยผู้ที่มีปัญหาจากการเสพกัญชา

การศึกษาที่เกี่ยวกับการวินิจฉัยเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีปัญหาการเสพติดกัญชา พบว่า กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกคู่มือแนะนำสำหรับการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการเสพกัญชา (Cannabis Use Disorder – CUD) เพื่อนักบำบัดสามารถใช้คำแนะนำนี้เป็นตัวช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่ปัญหาการเสพติดกัญชา ซึ่งการวินิจฉัยผู้ที่มีปัญหาจากการเสพกัญชานิยามใช้เกณฑ์ของ DSM-5 CUD เป็นภาวะที่เสพกัญชาจนเกิดปัญหาโดยต้องเข้าได้กับเกณฑ์ อย่างน้อย 2 ข้อขึ้นไปภายใน 12 เดือน ซึ่งมีดังต่อไปนี้

- 1) มีการเสพกัญชาในปริมาณที่มากหรือระยะเวลาเกินกว่าที่ตั้งใจ
- 2) มีความต้องการที่จะลดหรือหยุดการเสพกัญชานั้นแต่ไม่สามารถทำได้
- 3) ใช้เวลามากในการหา กัญชา การเสพกัญชา และการฟื้นตัวจากฤทธิ์กัญชา
- 4) มีอาการอยากหรือความต้องการรุนแรงที่จะเสพกัญชา
- 5) มีการเสพกัญชาบ่อยๆจนไม่สามารถจัดการกับกิจวัตรประจำวัน ทั้งที่ทำงาน บ้านหรือโรงเรียน
- 6) ยังคงมีการเสพกัญชาอย่างต่อเนื่อง แม้จะ เกิดปัญหาทางด้านสังคมหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่นที่เกิดจากการเสพกัญชาอยู่บ่อยครั้ง
- 7) ต้องยกเลิกกิจกรรมที่สำคัญในด้านสังคม งาน อาชีพ หรือกิจกรรมสันทนาการ เพราะการเสพกัญชา
- 8) มีการเสพกัญชาในภาวะที่อาจเกิดอันตรายทางร่างกายอยู่บ่อยครั้ง
- 9) มีการเสพกัญชาต่อเนื่อง แม้จะทราบว่า การ เสพกัญชาจะทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพกาย และจิตหรือทำให้ปัญหานั้นรุนแรงขึ้น
- 10) มีอาการติ้อยา เช่น
 - เอ. ต้องเสพกัญชาในปริมาณที่เพิ่มขึ้นมากเพื่อให้ได้ผลที่ต้องการ
 - บี. เสพกัญชาเท่าเดิมแต่ฤทธิ์น้อยลงชัดเจน
- 11) อาการถอนพิษยา ซึ่งมีลักษณะดังต่อไปนี้

เอ. มีอาการถอนพิษยาจากกัญชา

บี. การเสพกัญชา (หรือสารที่ออกฤทธิ์ คล้ายคลึง) สามารถบรรเทาหรือทำให้อาการ ถอนพิษยาจากกัญชาให้หายไป⁶¹

5. บทสรุป

สถานการณ์กัญชาในปัจจุบันมีความเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก จากเดิมที่มองว่ากัญชา เป็นยาเสพติดให้โทษชนิดรุนแรงในระดับเดียวกับเฮโรอีน ซึ่งอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 จัดให้เป็นยาเสพติด หรือสารเสพติด ประเภทที่ 1 (Schedule 1) และพิธีสารแก้ไขเพิ่มเติมอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1972 (The 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) กำหนดให้รัฐภาคีสามารถนำไปใช้ประโยชน์เฉพาะวัตถุประสงค์ทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ได้ภายใต้เงื่อนไขที่อนุสัญญากำหนดเท่านั้น โดยมีให้มีการใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการนันทนาการ (Recreational Use) ประกอบกับปัจจุบันมีงานวิชาการและผลการวิจัยบ่งชี้ถึงสรรพคุณและคุณประโยชน์ของกัญชาอย่างชัดเจนและเป็นที่ยอมรับในระดับสากล หลายประเทศทั่วโลกหันมาให้ความสำคัญและเล็งเห็นถึงคุณประโยชน์จากกัญชามากยิ่งขึ้น รวมทั้งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เสนอให้องค์การสหประชาชาติ (United Nations : UN) ปรับเปลี่ยนการควบคุมกัญชา ซึ่งคณะกรรมการยาเสพติดแห่งสหประชาชาติ (The Commission on Narcotic Drugs : CND) ได้พิจารณาตามที่องค์การอนามัยโลก (WHO) เสนอแล้ว มีมติให้ถอดกัญชาออกจากรายชื่อสารควบคุมในระดับสูงสุดของอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 แต่ยังคงอยู่ในรายชื่อสารควบคุมที่อนุญาตให้ใช้ทางการแพทย์ของอนุสัญญาฯ การลดระดับการควบคุมกัญชาในครั้งนี้เปิดโอกาสให้ประเทศสมาชิกสามารถนำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้มากยิ่งขึ้น ในขณะที่ในบางประเทศอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อการนันทนาการภายใต้แนวคิดการลดทอนความเป็นอาชญากรรมของ

⁶¹ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำสำหรับการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการเสพกัญชา (Cannabis Use Disorder (CUD), สืบค้นวันที่ 15 ธันวาคม 2565 จาก <http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/65/cannabis.pdf>.

กัญชา การลดโทษทางอาญาสำหรับการเสพและการครอบครองกัญชาเพื่อประโยชน์ส่วนบุคคลในปริมาณเล็กน้อย รวมถึงการใช้นโยบายการผ่อนปรนต่อกัญชาในฐานะยาเสพติดชนิดไม่ร้ายแรง

แนวทางการเปิดกว้างการใช้กัญชาที่นอกเหนือจากการแพทย์จึงเป็นความท้าทายต่อสถานะของกัญชาว่าเป็นยาเสพติด หรือ สมุนไพร ดังนั้น การศึกษาเพื่อพิจารณาเรื่องการนำกัญชามาใช้ประโยชน์จึงไม่ได้เป็นเรื่องของการถกเถียงกันในเฉพาะประโยชน์และโทษของกัญชาแต่เพียงอย่างเดียว แต่จะต้องพิจารณาอีกหลายๆ ปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นประวัติศาสตร์และภูมิหลังของกัญชา การศึกษาเพื่อกำหนดความหมายของคำว่าการใช้เพื่อนันทนาการ (Recreation Use) ที่ชัดเจน ผลกระทบจากการใช้กัญชา ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสพติด และแนวทางการวินิจฉัยผลกระทบจากการเสพกัญชา ซึ่งจะนำไปสู่การนำไปเป็นกรอบความคิดเรื่องการทำกัญชาให้ถูกกฎหมาย (Cannabis Legalization) ต่อไป

