



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ชุดโครงการประเมินและกำกับติดตามผลกระทบต่อสังคมและสุขภาพจากนโยบายกัญชา
(Monitoring and evaluation of the health and social impacts of the cannabis
legalization policy)

ศ.ดร.พญ.สาวิตรี อัษณางค์กรชัย / Sawitri Assanangkornchai
สาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย
มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มกราคม 2568

ชื่อรายงาน ชุดโครงการประเมินและกำกับติดตามผลกระทบต่อสังคมและสุขภาพจากนโยบายกัญชา
แหล่งทุน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

วันที่จัดทำรายงาน มกราคม 2568

จัดทำรายงาน: ศ.ดร.พญ.สาวิตรี อัมฉางค์กรชัย และ รศ.ถนอมศรี อินทนนท์

บริหารจัดการ:

นางทักษญา สรรเพ็ชญ์

นางวริศา เพชรตีบ

นางสาวชญาบุญ เจียรธนกฤติ

นางสาวสิริกร ปริญาสิริ

หน่วยงานสังกัด: สาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

หัวหน้าโครงการวิจัยย่อย:

รศ.ดร.วิทย์ วิชัยดิษฐ์

รศ.พญ.ดร.รัศมี โชติพันธ์วิทยากุล

ผศ.นพ.ศุภกร ศรีแก้ว

ผศ.ดร.วันดี อุดมอักษร

รศ.ดร.วิไลลักษณ์ ลังกา

รศ.ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สภ

รศ.นพ.ดร.ชัยสิริ อังกูระวารานนท์

อ.พญ.นิตาชล เดชเกรียงไกรกุล

ผศ.ดร.พญ.ณัฐธิญา คำผล

ผศ.ดร.นพ.อภิรัตน์ อร่ามรัตน์

ดร.เกรียงไกร พึ่งเชื้อ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

ศูนย์วิจัยสารเสพติดภาคเหนือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นักวิจัยอิสระ

บทสรุปผู้บริหาร

ประเทศไทยได้สร้างความเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในวงการสาธารณสุขด้วยการถอดกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษในปี 2565 การตัดสินใจดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อเปิดโอกาสให้กัญชาถูกนำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และส่งเสริมเศรษฐกิจของประเทศ อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงนโยบายครั้งนี้ได้ก่อให้เกิดทั้งโอกาสและความท้าทายใหม่ ๆ ในหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ

การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการปลดล็อกกัญชา โดยศึกษาพฤติกรรมการใช้กัญชาของประชาชน ทักษะคิดต่อกัญชา และผลกระทบต่อสังคมในภาพรวม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการกำหนดนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับกัญชาในอนาคต

โครงการนี้เป็นชุดโครงการวิจัยที่ประกอบด้วยโครงการย่อย 9 โครงการซึ่งดำเนินการในช่วงปี พ.ศ. 2566-2567 ใช้ระเบียบวิธีวิจัยหลากหลาย ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ การวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการเก็บข้อมูลปฐมภูมิในประชากรทั่วไปและประชากรกลุ่มเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ใช้กัญชากลุ่มต่าง ๆ ผู้ผลิต จำหน่าย หรือให้บริการผลิตภัณฑ์กัญชา และการสำรวจข้อมูลออนไลน์ ชุดโครงการนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะแสดงภาพสถานการณ์ของสังคมไทยในด้านการจำหน่าย พฤติกรรมการใช้ การเข้าถึงกัญชา ทักษะคิดต่อกัญชา และผลกระทบบางด้านที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ภายในระยะเวลาสองปีหลังประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 มีผลบังคับใช้ ณ วันที่ 9 มิถุนายน 2565 รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์แต่ละด้าน เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาหรือข้อมูลสถิติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อค้นพบที่สำคัญจากการสังเคราะห์ผลการวิจัยในโครงการย่อยและการทบทวนวรรณกรรม

- **จุดจำหน่ายกัญชาเกิดขึ้นมากมายในประเทศ** ข้อมูลจากเว็บไซต์ weed.th รายงานว่า ณ วันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีจุดจำหน่ายกัญชาอยู่ทั้งสิ้น 10,535 จุด จำนวนจุดจำหน่ายทั่วประเทศเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากวันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2567 มีอยู่ทั้งสิ้น 8,223 จุด ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งมีประมาณ 5,600 จุด นอกจากจุดจำหน่ายกัญชาบนดินแล้ว ยังมีการจำหน่ายและการโฆษณาการตลาดกัญชาบนโลกออนไลน์อีกมากมาย แพลตฟอร์มที่นิยมมากได้แก่ X (Twitter) รองลงมา ได้แก่ เฟซบุ๊ก และไลน์ รวมทั้งแพลตฟอร์มตลาดจำหน่ายสินค้า เช่น Shopee และ Lazada ผลิตภัณฑ์ที่ขายมีทั้งยาง น้ำมัน กัญชาก่อน กัญชาอัดแท่ง กัญชาสด ขนมหรืออาหารที่มีส่วนผสมของกัญชา และอุปกรณ์สำหรับเสพกัญชา เช่น บ้องกัญชา
- **ความชุกของการใช้กัญชาในประชาชนไทยเพิ่มขึ้น** ประชากรไทยทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2566-2567 ประมาณร้อยละ 20 ใช้กัญชาอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงเวลา 12 เดือน (ร้อยละ 20-35 ในประชากรชาย และร้อยละ 10-15 ในประชากรหญิง) โดยประชาชนร้อยละ 60 ระบุว่า ใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ด้านนันทนาการ ร้อยละ 34 ใช้เพื่อผ่อนคลาย และช่วยให้นอนหลับ มีเพียงร้อยละ 6 เท่านั้นที่ระบุว่า ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ นอกจากนี้ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 11.81 และเยาวชนนอกสถานศึกษาร้อยละ 47.60 นักศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 17.1 (เพศชายร้อยละ 36.5 เพศหญิงร้อยละ 6.8) และเยาวชนในสถานพินิจหรือศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนร้อยละ 79.1 เคยลองใช้กัญชาในชีวิต นักเรียนมัธยมและนักศึกษามหาวิทยาลัยที่เคยใช้กัญชาส่วนใหญ่ใช้ในรูปแบบอาหารหรือเครื่องดื่มผสมกัญชา และเกือบทั้งหมดใช้เพื่อนันทนาการโดยใช้ร่วมกับเพื่อนหรือในงานสังสรรค์ ส่วนเยาวชนในสถานพินิจฯ ส่วนใหญ่ใช้เป็นใบสด ใบแห้ง หรือ ดอกกัญชา เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจการใช้กัญชาในประชากรทั่วไปและนักเรียนระดับมัธยมหลายครั้งที่ผ่านมาในโครงการวิจัยต่าง ๆ จะพบว่า ประชาชนและเยาวชนมีอัตราการใช้

กัญชาเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนตั้งแต่ประมาณช่วงปี พ.ศ. 2565 ทั้งนี้ อัตราความชุกของการใช้กัญชาในประชากรทั่วไปและนักเรียนมัธยมในประเทศไทยในการสำรวจก่อนปี 2565 จะอยู่ที่ต่ำกว่าร้อยละ 5 ทุกครั้ง

- **การเข้าถึงกัญชาง่ายมากขึ้น** ประชาชนประมาณร้อยละ 24 ระบุว่า ในรัศมี 400 เมตร รอบบ้านตนเอง ซึ่งสามารถจะเดินถึงได้ภายในเวลาห้านาที มีจุดจำหน่ายหรือผลิตกัญชาอย่างน้อยหนึ่งจุด ผู้ที่ระบุว่า มีจุดจำหน่ายหรือผลิตกัญชาอย่างน้อยหนึ่งจุด ในรัศมี 400 เมตร รอบบ้านตนเองมีโอกาที่จะเป็นผู้ใช้กัญชาในปัจจุบันมากกว่าผู้ที่เข้าถึงไม่ได้ 2.8 เท่า และผู้ที่รายงานว่า มีสามจุดจะมีโอกาสมากขึ้นถึง 4.2 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีจุดจำหน่ายหรือผลิตกัญชารอบบ้าน นอกจากนี้ ประชาชนร้อยละ 9 รายงานว่า ในบ้านของตนมีการปลูกกัญชา โดยในกลุ่มดังกล่าวเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99) ปลูกไม่เกิน 15 ต้น ผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่ปลูกต้นกัญชามีโอกาที่จะเป็นผู้ใช้กัญชาในปัจจุบันมากกว่าผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่ไม่ปลูกกัญชา 4.4 เท่า (67.2% เทียบกับ 15.4%, RR = 4.40; 95% CI = 4.08, 4.75) แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ทางตรงระหว่างการเข้าถึงกัญชาได้ง่ายกับการใช้กัญชา
- **ความรู้และทัศนคติต่อกัญชาเปลี่ยนแปลงไป** ในช่วงหลัง 9 มิถุนายน 2565 คนในสื่อสังคมออนไลน์แสดงความคิดเห็นต่อกัญชาในทางลบมากขึ้น เช่นมองว่า กัญชาเป็นเกมการเมืองและผลประโยชน์ และเป็นต้นตอของอาชญากรรม ประชาชนส่วนใหญ่มองว่า กัญชาเป็นสารเสพติดที่น่ารังเกียจมากกว่า สุรา ยาสูบ กระทั่งมกแต่น้อยกว่า ยาไอซ์ ยาบ้า เฮอร์อีน ยาเค ยาอี หรือสารเสพติดผิดกฎหมายอื่นๆ นักศึกษามหาวิทยาลัยร้อยละ 82.8 ทราบว่ากัญชาเสพติดได้ แต่มีนักศึกษาประมาณหนึ่งในสี่ถึงหนึ่งในสามคนเท่านั้นที่ทราบว่า กัญชามีผลกระทบต่อการทำงานของสมอง เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต อารมณ์ก้าวร้าว อยากรฆ่าตัวตาย เป็นต้น และนักศึกษามากกว่าครึ่งหนึ่งทราบว่ากัญชาทำให้เกิดหูแว่ว ภาพหลอนได้ ประชาชนเพียงร้อยละ 15 ที่เห็นว่า โดยรวมที่ผ่านมา การ "เปิดเสรีกัญชา" ส่งผลดีมากกว่าผลเสีย และประชาชนมากกว่าร้อยละ 90 มองว่า รัฐควรริบออกมาตรการห้ามเด็กและเยาวชนครอบครองและใช้กัญชา นักศึกษามหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71-96) ไม่เห็นด้วยกับมาตรการกัญชาเสรีต่างๆ เช่น การปลูก จำหน่าย บริโภค หรือโฆษณา กัญชาเสรี
- **ผลกระทบต่อด้านสังคมเพิ่มมากขึ้น** จำนวนข่าวอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับกัญชาเพิ่มมากขึ้นหลังมีนโยบาย ปลดล็อกกัญชา จาก 0-3 ข่าวต่อเดือน (รวม 22 ข่าว) ในช่วงวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 8 มิถุนายน พ.ศ. 2565 เป็น 1-9 ข่าวต่อเดือน (รวม 95 ข่าว) ในช่วงวันที่ 9 มิถุนายน 2565 ถึง 31 ธันวาคม 2566 แนวโน้มการได้รับควันกัญชามือสองในพื้นที่สาธารณะต่าง ๆ เช่น อาคารสถานที่ราชการ สถานศึกษา หน่วยบริการสุขภาพ ตลาดสด ห้างสรรพสินค้า ร้านอาหาร ผับบาร์ หอพัก และบริการขนส่งสาธารณะเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน แสดงว่า การสูบกัญชาในพื้นที่สาธารณะเพิ่มสูงขึ้น และประชาชนมีการรับรู้เพิ่มขึ้นถึงการได้รับควันกัญชามือสอง นอกจากนี้ การใช้ การขาย และแหล่งปลูกกัญชายังก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชน อย่างรุนแรง รวมทั้งยังเพิ่มภาระหน้าที่ให้กับบุคลากรในหน่วยบริการด้านสุขภาพและสังคมอีกมากมาย และการไม่มีกฎหมายควบคุมกัญชาอย่างชัดเจนทำให้เจ้าหน้าที่ตำรวจปฏิบัติงานได้ยากมากอีกด้วย
- **ผลกระทบต่อด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นหลายด้าน** จากระบบข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า จำนวนผู้ป่วยจากภาวะเป็นพิษจากกัญชา (poisoning from cannabis, T40.7) และความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมจากการใช้กัญชา (mental and behavioural disorders due to use of cannabinoids; F12) ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เพิ่มสูงขึ้นกว่า 2-3 เท่าในปี 2565-2566 โดยในกลุ่มความผิดปกติทางจิตฯ โรคที่พบมากที่สุดคือ โรคติดกัญชา (cannabis dependence; F12.2) และโรคจิตจากกัญชา (psychotic disorders; F12.5)
 - การศึกษาในชุดโครงการนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดและหัวใจอื่น ๆ) ประมาณร้อยละ 6 ใช้กัญชาในช่วง 3 เดือน โดยมีวัตถุประสงค์ส่วนใหญ่เพื่อรักษาโรคและบรรเทาปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะการใช้เพื่อช่วยให้นอนหลับ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยส่วนมากจะยังติดตามการ

รักษาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยที่ใช้กัญชาพร้อมกับพฤติกรรมสุขภาพและร่วมมือต่อการรักษา น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้กัญชา (ทั้งด้านการขาดนัดและในภาพรวม)

- ผู้ป่วยที่ใช้กัญชาพร้อมกับยารักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีโอกาสที่จะเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัญชากับยาที่ใช้รักษาโรคเหล่านี้หลายชนิด เช่น Warfarin (ยาต้านการแข็งตัวของเลือด) Glipizide (ยารักษาเบาหวาน) Carbamazepine และ Brivaracetam (ยากันชัก) Tacrolimus และ Everolimus (ยากดภูมิคุ้มกันและรักษามะเร็งระยะปลาย) โดยสารสำคัญในกัญชาคือ CBD ยับยั้งเอนไซม์ที่ใช้ในการเมตาบอลิซึมยา (Cytochrome P450 (CYP)) ชนิดเดียวกัน จึงมีผลให้เพิ่มระดับยาในเลือด ทำให้ยาเหล่านี้ออกฤทธิ์มากขึ้น และอาจทำให้เกิดอาการบางอย่างรุนแรง เช่น การใช้ warfarin ร่วมกับกัญชาอาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดไหลไม่หยุดได้ การใช้ glipizide (ยารักษาโรคเบาหวาน) ร่วมกับกัญชาทำให้ระดับยาในเลือดสูง จนทำให้ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลต่ำ (hypoglycemia) เกิดอาการผิดปกติของระบบอัตโนมัติ เช่น ใจสั่น เหงื่อออก วิงเวียน บ้านหมุน ผู้ป่วยที่ใช้กัญชาพร้อมกับยารักษาโรคเรื้อรังเหล่านี้ที่พบในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ใช้ส่วนต่าง ๆ ของพืชกัญชาเช่น ใบ ดอกมาต้มเป็นชาสำหรับดื่มกิน
- **ต้นทุนความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการบริโภคกัญชามีมูลค่ามากกว่าผลได้ทั้งในระดับครัวเรือนและสังคม**
ผลกระทบทางเศรษฐกิจหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชาสามารถแบ่งเป็นสองระดับ
 - ในระดับจุลภาค ต้นทุนที่เกิดขึ้นกับครัวเรือนไทยทั่วประเทศจากการเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ทรัพย์สินเสียหาย ขาดเรียน/ขาดงาน และความวิตกกังวลของคนในครัวเรือนที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคกัญชา สูงถึง 56,256 ล้านบาทต่อเดือน ในขณะที่ผลได้จากการปลูก จำหน่าย หรือทำงานในแหล่งผลิตหรือธุรกิจกัญชามีมูลค่า 33,115 ล้านบาทต่อเดือน ดังนั้น จึงมีต้นทุนมากกว่ารายได้จำนวน 23,141 ล้านบาทต่อเดือน
 - ในระดับมหภาค: สังคมแบกรับต้นทุนจากการบริโภคกัญชาที่จับต้องได้เป็นมูลค่า 174,343 ล้านบาทต่อปี ซึ่งประกอบด้วย ค่ารักษาพยาบาลทั้งในส่วนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่เกิดจากความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพติดกัญชา รวมถึงการเกิดอุบัติเหตุที่มีสาเหตุจากกัญชา การสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานเนื่องจากความเจ็บป่วย และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และยังมีต้นทุนที่จับต้องไม่ได้ ได้แก่ ความทุกข์ทรมานใจ วิตกกังวลเป็นมูลค่า 41,779 ล้านบาท รวมเป็นต้นทุนของสังคม 216,122 ล้านบาทต่อปี ส่วนผลได้ทั้งจากภาคเกษตรกรรม พาณิชยกรรม และอุตสาหกรรมมีมูลค่ารวม 178,957 ล้านบาทต่อปี ดังนั้น จึงมีต้นทุนมากกว่าผลได้จำนวน 37,165 ล้านบาทต่อปี
- **การพัฒนาารูปแบบชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิด** ในพื้นที่ชุมชน 4 บริบท คือ ชุมชนเมืองมหานคร ชุมชนชาติพันธุ์เขตชายแดน ชุมชนกึ่งเมือง และชุมชนวิถีชนบท พบว่า ในชุมชนเหล่านี้มีครัวเรือนที่ปลูกกัญชาอยู่ร้อยละ 41 โดยเป็นการปลูกไว้เพื่อการทำยาแก้มะเร็ง ปรงอาหาร ขายช่อดอก และปลูกไว้เพื่อความสวยงาม ประชาชนร้อยละ 20.9 ใช้กัญชาภายใน 1 ปีที่ผ่านมา โดยส่วนใหญ่ใช้ผสมในอาหาร ประชากรส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการปลดล็อกกัญชา แต่เห็นว่า ควรนำกัญชาไปใช้ทางการแพทย์เท่านั้น และมีกฎหมายเพื่อควบคุมการใช้ให้ชัดเจน จากการจัดกิจกรรมสร้างสรรค์รวมถึงข้อกำหนดกฎหมายหมู่บ้านหรือธรรมนูญชุมชนเพื่อป้องกันปัญหาการใช้กัญชาในทางที่ผิด พบว่า การดำเนินงานจะประสบความสำเร็จและยั่งยืนได้นั้น ต้องริเริ่มจากความต้องการของชุมชนเอง คนในชุมชนต้องมีวิสัยทัศน์และเล็งเห็นปัญหาไปในทิศทางเดียวกัน และเล็งเห็นประโยชน์ของกิจกรรมสร้างสรรค์เพื่อพื้นที่ปลอดภัย ตลอดจนการมีกฎหมายหรือธรรมนูญชุมชนที่ออกแบบร่วมกันและเป็นที่ยอมรับของทุกคน รวมถึงการออกแบบกิจกรรมสร้างสรรค์ที่ตอบสนองความต้องการของคนในชุมชนทุกเพศทุกวัย

ข้อเสนอเชิงนโยบายจากผลการวิจัยและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

จากการสังเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของนโยบายปลดกัญชาออกจากยาเสพติดให้โทษ พบว่า ผลกระทบต่อสังคมและสุขภาพมีความหลากหลายและมีความรุนแรงในหลายมิติ ดังนั้น การกำหนดมาตรการเชิงนโยบายเพื่อจัดการผลกระทบเหล่านี้ควรครอบคลุมทั้งด้านการควบคุม การส่งเสริมความปลอดภัย และการสนับสนุนความรู้ของประชาชน

ก. นโยบายกัญชาทางการแพทย์

ถึงแม้ว่า กัญชาจะมีประโยชน์อยู่บ้างสำหรับการใช้ทางการแพทย์ แต่โรคหรือภาวะที่มีหลักฐานวิชาการที่ยืนยันหนักแน่นว่า กัญชาหรือสาร cannabinoids มีประสิทธิผลในการรักษาหรือบรรเทาอาการก็มีเพียงจำกัด ประชาชนที่ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์โดยตรงเป็นสัดส่วนที่น้อยในประชากรผู้ใช้ทั้งหมด ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ใช้กัญชาพร้อมกับพฤติกรรม การมาติดตามการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้กัญชา รวมทั้งการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชายังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรกิริยากับยารักษาโรคเรื้อรังหลายชนิดที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ทีมวิจัยจึงขอเสนอว่า

- การออกนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ควรทำด้วยความระมัดระวัง โดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่างประโยชน์และความเสี่ยงทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง สังคม และระบบสุขภาพของประเทศ
- ออกแบบระบบบริการบำบัดรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์อย่างชัดเจน โดยต้องมีการควบคุมการใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์ หรือผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์เท่านั้น
- จัดทำมาตรฐานของผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ และมีการตรวจประเมินมาตรฐานเป็นประจำ
- จัดทำแนวเวชปฏิบัติการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคแบบเหมาะสมและปลอดภัย ปรับให้ทันสมัยอิงตามหลักฐานวิชาการที่เชื่อถือได้
- จัดทำคู่มือการใช้พืชกัญชาหรือผลิตภัณฑ์ยารักษาโรคจากกัญชาสำหรับประชาชน ที่รวมข้อแนะนำเกี่ยวกับยาที่มีอันตรกิริยากับกัญชา
- เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และโทษของการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้กับแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และประชาชนทั่วไปเป็นประจำ เพื่อให้บุคคลเหล่านี้ระมัดระวังในการใช้กัญชาร่วมกับยารักษาโรคชนิดอื่น
- สนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์กัญชาที่มีคุณภาพและปลอดภัยสำหรับการรักษาโรค

ข. การพัฒนากฎหมายควบคุมกัญชาสำหรับการใช้นอกเหนือจากวัตถุประสงค์ทางการแพทย์

ถึงแม้ว่า การกำหนดให้กัญชาทั้งในส่วนของช่อดอก ผลที่ติดกับช่อดอก ต้นกัญชา ใบกัญชา และยางกัญชา กลับเป็นยาเสพติดให้โทษ และควบคุมในฐานะยาเสพติดผิดกฎหมาย ประเภทที่ 5 ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด เช่นเดิม จะมีข้อดีหลายประการ เช่น ทำให้สถานะทางกฎหมายของกัญชาในประเทศไทยไม่ขัดแย้งกับข้อกำหนดในอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 แก้ไขโดยพิธีสาร ค.ศ. 1972 แต่ประเทศไทยอาจจะใช้ข้ออนุโลมตามอนุสัญญานี้ในการลดความรุนแรงของบทลงโทษ (depenalization) ในคดีกัญชา และใช้มาตรการทางเลือกแทนการจับกุมดำเนินคดีและลงโทษผู้เกี่ยวข้องกับกัญชา ซึ่งจะป้องกันและลดตราบาปที่จะเกิดจากการลงโทษทางอาญาและจำคุก รวมทั้งลดภาระของกระบวนการยุติธรรมอีกด้วย แต่ทางเลือกนี้อาจจะทำได้ยากด้วยเหตุผลทางการเมืองในประเทศไทยในปัจจุบัน ทีมวิจัยจึงขอเสนอว่า

- **ต้องมีการพัฒนากฎหมายเพื่อควบคุมกัญชาอย่างครบวงจร** โดยควบคุมกัญชาในฐานะสารเสพติดชนิดหนึ่งที่ไม่ผิดกฎหมาย แต่ยังคงเป็นสารที่ก่อให้เกิดการเสพติดและเกิดผลกระทบที่เป็นอันตรายทั้งต่อตัวผู้ใช้และผู้อื่น รวมทั้งสังคมส่วนรวม โดยอนุญาตให้ใช้ด้วยวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ภายใต้การสั่งจ่ายและกำกับดูแลโดย

แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อจำกัดการเข้าถึงกัญชาที่จะนำไปใช้ทางนันทนาการ

- **ควรยึดแนวคิดด้านสุขภาพของประชาชนเป็นหลักในการออกแบบนโยบายควบคุมกัญชา** โดยผสมผสานระหว่างมาตรการที่ใช้ในการควบคุมยาสูบกับสุราเข้าด้วยกัน เพื่อวัตถุประสงค์หลักในการลดปริมาณการบริโภคกัญชาแบบนันทนาการในประชากรทุกเพศทุกวัย และลดอันตรายจากการบริโภคทั้งต่อผู้เสพเองและสังคม รวมทั้งเพื่อให้เกิดความสงบเรียบร้อยของสังคม โดยรัฐเป็นผู้ควบคุมตลาดกัญชาตามกฎหมาย จำกัดขนาดของตลาดเชิงพาณิชย์และตลาดนอกระบบ ในขณะเดียวกันจัดช่องทางเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมด้านการบำบัดรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์เท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการและผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัย
- **กฎหมายดังกล่าวจะต้องครอบคลุมทุกขั้นตอน** ตั้งแต่การผลิต การแปรรูป การขาย การเสพ การโฆษณาและสื่อสารการตลาดทั้งทางตรงและทางอ้อม ไปจนถึงการบำบัดรักษาผู้เสพแบบเสี่ยงและผู้ติดกัญชา ผู้มีโรคร่วมจากการใช้กัญชากับโรคจิตเวชหรือโรคทางกาย ผู้ป่วยที่ใช้กัญชาร่วมกับยารักษาโรคอื่น ๆ การป้องกันและลดผลกระทบของการเสพแล้วขับ การก่อความรุนแรง และปัญหาเศรษฐกิจของครัวเรือน
- **ต้องมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด** พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ทำหน้าที่บังคับใช้กฎหมายและกระบวนการยุติธรรมให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อกฎหมาย บทบาทหน้าที่และอำนาจของตนในการบังคับใช้กฎหมาย รวมทั้งให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สังคมเข้าใจและปฏิบัติตามกฎหมายอย่างถูกต้องด้วย
- **ควรทบทวนและปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาให้มีความชัดเจน ครอบคลุม และทันสมัย** เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและรองรับการเปลี่ยนแปลงของสังคม และปรับปรุงกระบวนการยุติธรรมให้สามารถจัดการกับคดีเกี่ยวกับกัญชาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ค. มาตรการด้านอื่นสำหรับใช้ในการควบคุมการบริโภคกัญชา

นอกจากมาตรการทางกฎหมายที่เน้นการควบคุมการผลิต จำหน่าย และเสพกัญชาดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังมีมาตรการอื่น ๆ ที่มีผลในการป้องกันและลดความเสี่ยงจากการบริโภคกัญชาทั้งในระดับประชากรและระดับปัจเจกบุคคลที่อาจนำมาปรับใช้ในประเทศไทยได้เช่นกัน ได้แก่

- **มาตรการด้านภาษีและราคา** ได้แก่ การกำหนดให้มีการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตจากกัญชา และผลิตภัณฑ์จากกัญชา โดยคำนึงถึงประเภทของผลิตภัณฑ์ ราคา และระดับความเข้มข้นของสาร THC และ CBD และปรับอัตราภาษีเป็นประจําเพื่อให้สูงกว่าอัตราเงินเฟ้อของประเทศ เก็บภาษีพิเศษสำหรับผลิตภัณฑ์ขนมอาหารหรือเครื่องดื่มที่ผสมกัญชา โดยแยกประเภทจากขนม อาหาร หรือเครื่องดื่มประเภทอื่น ๆ ที่ไม่มีส่วนผสมของกัญชา กำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำต่อหน่วยปริมาณ THC กำหนดให้รายได้บางส่วนจากภาษีกัญชาต้องนำมาใช้ในกิจกรรมด้านสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม
- **มาตรการให้ความรู้และการสื่อสารสาธารณะ** ได้แก่ ออกข้อกำหนดให้ร้านค้ากัญชาต้องแสดงข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้กัญชาอย่างชัดเจน เช่น ฉลากเตือนและคำแนะนำการใช้ จัดทำข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับกัญชาในรูปแบบที่เข้าใจง่ายและกระจายไปยังกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ และหลักสูตรการเรียนรู้ในโรงเรียนและในชุมชนเกี่ยวกับประโยชน์และโทษของกัญชาในเชิงวิทยาศาสตร์ เพื่อให้ประชาชนสามารถตัดสินใจใช้กัญชาได้อย่างมีข้อมูลที่ถูกต้อง จัดอบรมและรณรงค์ให้ความรู้เพื่อสร้างความ

ตระหนักให้กับบุคลากรทางการแพทย์ ประชาชนทั่วไป ผู้ประกอบการ สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่าง ภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรภาคประชาสังคม เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจ เกี่ยวกับภัยสุขภาพ เปิดเวทีสาธารณะเพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกภาคส่วน เช่น ผู้ป่วย ผู้ค้า ภัยสุขภาพ นักวิชาการ และองค์กรทางสังคม

- **มาตรการคัดกรองและบริการบำบัดรักษา** ได้แก่ จัดบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อแก่ผู้เสพที่เสี่ยง บริการ ถอนพิษ จิตสังคมบำบัด การรักษาด้วยยา และจัดให้ผู้เสพที่เสี่ยงเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน พัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้กัญชา รวมถึงผู้ที่มีโรคร่วมทางจิตเวชให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และระบบดูแลรักษา และเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากการใช้กัญชา หรือกัญชาร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่น พัฒนาโปรแกรม ฟื้นฟูสำหรับผู้ที่เคยกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับการเสพกัญชาแล้วซ้ำซ้ำ จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการวินิจฉัย และดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ใช้กัญชา โดยครอบคลุมประเด็นทั้งในด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเป็นพิษจาก กัญชาอันตรกิริยาของกัญชากับยารักษาโรคอื่น ๆ จัดสรรงบประมาณเพื่อเพิ่มบุคลากรและทรัพยากรในระบบ สาธารณสุขเพื่อรองรับผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการใช้กัญชา เช่น บุคลากรทางการแพทย์และศูนย์รับเรื่อง ฉุกเฉิน
- **มาตรการระดับชุมชน** ได้แก่ ขยายผลการพัฒนาชุมชนปลอดภัยจากปัญหาและผลกระทบจากใช้กัญชาในทางที่ ผิดสู่ชุมชนอื่น โดยการจัดตั้งคณะกรรมการระดับชุมชน เพื่อกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการใช้กัญชาในทางที่ผิดในพื้นที่ของตนเอง สนับสนุนการจัดกิจกรรมที่สร้างสรรค์ ส่งเสริมการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชนต่างๆ เพื่อนำเอาแนวปฏิบัติที่ดีมาปรับใช้และพัฒนาต่อยอด บูรณาการการ ทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในและระหว่างชุมชน เช่น ตำรวจ ป้องกันและบรรเทาสาธารณ ภัย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ความสำคัญกับการเยียวยาและฟื้นฟู ผู้ที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรม เพื่อให้สามารถกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งจัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติ เพื่อบูรณาการการ ทำงานของทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหานี้ จัดสรรงบประมาณที่เพียงพอ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตาม แผนปฏิบัติการ และประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการทำงานให้มี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอเชิงวิจัย พัฒนา ประเมินผล และกำกับติดตาม

จากข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของนโยบายกัญชาปลดกัญชาออกจากยาเสพติดให้โทษในประเทศไทย มีความจำเป็นอย่าง ยิ่งที่จะต้องดำเนินการวิจัยและกำกับติดตามเพื่อประเมินผลในระยะยาว และกำหนดแนวทางปรับปรุงนโยบายให้ เหมาะสมยิ่งขึ้น ทีมวิจัยขอเสนอข้อเสนอแนะเชิงการวิจัยและการกำกับติดตามดังนี้:

- **พัฒนาระบบข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลจัดการผลกระทบจากการใช้กัญชา** ตัวอย่างของ ระบบข้อมูลเหล่านี้ เช่น ระบบข้อมูลการเจ็บป่วย การมาห้องฉุกเฉิน การส่งตรวจของศูนย์พิษวิทยา ข้อมูลด้าน คดีอาชญากรรมของสถานีตำรวจ โดยพัฒนาให้เป็นระบบมาตรฐาน สามารถสืบค้นได้ง่าย และเปิดโอกาสให้ นักวิจัยที่สนใจสามารถขออนุญาตใช้ข้อมูลเหล่านั้นเพื่อวิเคราะห์ผลของการเปลี่ยนแปลงนโยบายต่าง ๆ ได้
- **ลงทุนในการสำรวจในประชากรระดับชาติที่ทำเป็นประจำทุกปีหรือทุกช่วงเวลา และการศึกษาติดตามระยะ ยาว** โดยจัดสรรงบประมาณและหน่วยงานที่มีภาระหน้าที่ในการควบคุมการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแบบ ผิดแผน เช่น หน่วยงานภายใต้สำนักงาน ป.ป.ส. หรือหน่วยงานที่มีภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ได้รับผลกระทบจาก

การใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแบบผิดแผน เช่น หน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข หรือมอบหมายให้หน่วยงานที่มีภาระหน้าที่ด้านวิจัยและวิชาการ เช่น มหาวิทยาลัยต่าง ๆ สำหรับการดำเนินการชุดโครงการสำรวจหรือติดตามระยะยาวประเภทนี้เป็นประจำ และเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมทั้งในประเด็น แบบแผนการใช้ ผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตของผู้ใช้ และต่อผู้อื่น รวมถึงการเข้าถึงบริการบำบัดรักษาและบริการช่วยเหลือทางสังคม

- เสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกระดับชาติในการกำกับติดตามการเพาะปลูก การผลิต อุตสาหกรรม การค้า กัญชา และการโฆษณาสื่อสารการตลาด โดยจัดงบประมาณและหาหน่วยงานที่ทำหน้าที่กำกับติดตามข้อมูลเหล่านี้ วิเคราะห์ผล จัดแสดงผลที่เข้าใจง่ายและน่าสนใจ เพื่อให้หน่วยงานที่ใช้ข้อมูลนำไปใช้งานได้ตลอดเวลา โดยอาจแสดงเป็น online dash board ที่เข้าถึงได้เฉพาะผู้ที่ได้รับสิทธิ
- สนับสนุนการวิจัยเกี่ยวกับกัญชาในประเด็นต่าง ๆ ตัวอย่างของโจทย์วิจัยที่ยังต้องการคำตอบอยู่ ได้แก่
 - การศึกษาพฤติกรรมผู้บริโภค: ควรมีการศึกษาพฤติกรรมผู้บริโภคกัญชาเชิงลึก ศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทัศนคติของประชาชนต่อกัญชา
 - การศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพ: ควรมีการศึกษามลกระทบระยะยาวของการบริโภคกัญชาต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิต โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน และผลกระทบต่อสุขภาพจิต การเชื่อมโยงระหว่างการใช้กัญชากับอาการจิตเวช และผลจากการใช้กัญชาร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่น
 - การศึกษาแนวทางการแพทย์และสาธารณสุขในการป้องกันและลดความเสี่ยง: เช่น การวิจัยหาวิธีการค้นหา ป้องกันและลดความเสี่ยงจากใช้กัญชา ผลของการใช้แนวทาง (guidelines) ทางสาธารณสุขในการควบคุมกัญชา และประสิทธิภาพของเครื่องมือหรือวิธีการในการตรวจวินิจฉัยผู้มีความบกพร่องทางสมอง และร่างกายจากการใช้กัญชา ผลต่อสุขภาพจากผลิตภัณฑ์กัญชาชนิดใหม่ ๆ ที่ผลิตออกสู่ท้องตลาด และความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการใช้และผลที่เกิดขึ้น (dose-response relationships) ของผลิตภัณฑ์กัญชาชนิดต่าง ๆ
 - การวิจัยผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจ: ควรมีศึกษาผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจของการปลดล็อกกัญชาต่อภาคการเกษตร ภาคอุตสาหกรรม และภาคบริการ
 - การวิจัยการใช้กัญชาเพื่อการแพทย์: ศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการใช้กัญชาในการรักษาโรคต่างๆ
 - การวิจัยเกี่ยวกับการตลาดกัญชา: ศึกษาพฤติกรรมของผู้บริโภคกัญชา และกลยุทธ์ทางการตลาดของผลิตภัณฑ์กัญชา
 - การวิจัยเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมาย: ศึกษาประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับกัญชา และปัญหาอุปสรรคในการบังคับใช้กฎหมาย
 - การวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบของกัญชาต่อการขับขี่ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนามาตรการป้องกันที่เหมาะสม การวิจัยและพัฒนาในประเด็นนี้อาจประกอบด้วย การพัฒนาวิธีตรวจวัด THC ในเลือด อุปกรณ์ตรวจวัดที่พกพาได้ ระบบตรวจจับ THC ในรถยนต์แอปพลิเคชันแจ้งเตือน: พัฒนาแอปพลิเคชันที่แจ้งเตือนให้ผู้ใช้ทราบถึงผลกระทบของการเสวกัญชาและระยะเวลาที่ควรหลีกเลี่ยงการขับขี่
 - การประเมินผลกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ สื่อประชาสัมพันธ์: เช่น การศึกษาประสิทธิผล ต้นทุน และมูลค่าทางสังคมของโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการใช้กัญชา

- การเปรียบเทียบกับประเทศอื่น: ควรมีการเปรียบเทียบนโยบายและผลกระทบของการปลดล็อกกัญชาในประเทศไทยกับประเทศอื่นๆ เพื่อนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศ

สรุป การศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงก้าวแรกในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชาในประเทศไทย ข้อมูลในรายงานนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของภาพรวมสถานการณ์กัญชาในประเทศไทย การตีความและนำไปใช้ควรพิจารณาจากข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม ยังมีประเด็นที่ต้องศึกษาและพิจารณาเพิ่มเติมอีกมาก เพื่อให้สามารถกำหนดนโยบายและแนวทางในการใช้กัญชาได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย นโยบายกัญชาในประเทศไทยเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และมีผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ ออกสู่ท้องตลาดอยู่เสมอ ถึงแม้ว่า การเปลี่ยนแปลงนโยบายนี้จะเป็นโอกาสสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ แต่ในขณะเดียวกันก็มีความท้าทายในการควบคุมและป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น รัฐบาลและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการกำหนดนโยบายที่รอบคอบและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การใช้กัญชาเป็นไปอย่างปลอดภัยและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคมในระยะยาว

Executive Summary

Thailand underwent a significant shift in its cannabis policy with the legalisation of cannabis in 2022. This policy change was aimed at unlocking the potential of cannabis for medical purposes and stimulating the economy. However, this policy change has brought about opportunities and challenges in various dimensions, including health, society, and the economy.

This study was conducted to analyse the impacts of cannabis legalisation by examining the cannabis usage behaviours of the population, attitudes towards cannabis, and societal impacts. The goal was to gather data that could inform the development of policies and measures related to cannabis in the future.

This research project comprises nine sub-projects, employing a variety of research methodologies, including quantitative and qualitative research. Primary data was collected from the general population and specific groups such as chronic patients, cannabis users, cannabis producers, distributors, and service providers. Data were collected between 2023 and 2024. The objective of this project was to present a comprehensive picture of Thai society in terms of cannabis distribution, usage patterns, access to cannabis, attitudes towards cannabis, and some of the impacts that have occurred in Thailand within two years after the Ministry of Public Health's announcement on June 9, 2022, which categorised cannabis as a non-narcotic substance.

Key Findings:

- **Increase in Cannabis Sales Outlets:** As of December 6, 2023, there were 10,535 cannabis sales outlets in Thailand, according to the weed.th website. The number of outlets has steadily increased since August 2023, when there were approximately 5,600 outlets. In addition to physical stores, there has been a significant increase in online sales and marketing of cannabis products on platforms like X (Twitter), Facebook, Line, and e-commerce platforms like Shopee and Lazada. Products sold include cannabis resin, cannabis oil, cannabis blocks, dried cannabis, cannabis joints, cannabis-infused food and beverages, and cannabis consumption accessories such as bongs and e-vaping devices.
- **Increased Prevalence of Cannabis Use:** The prevalence of cannabis use in Thailand has risen significantly. In 2023–2024, approximately 20% of the population had used cannabis at least once in the past 12 months (20–35% among men and 10–15% among women). Among these users, 60% cited recreational purposes, 34% used it for relaxation or to aid sleep, and only 6% used it for medical purposes. Additionally, 11.81% of high school students, 47.60% of out-of-school youth, 17.1% of university students (36.5% male and 6.8% female), and 79.1% of youth in juvenile detention centres reported having tried cannabis. High school and university students who used cannabis mainly consumed it in edible or beverage forms, often for recreation during social gatherings. In contrast, youth in detention centres used raw or dried cannabis leaves or flowers. Surveys before 2022 showed cannabis use prevalence below 5% in both general and student populations, indicating a sharp rise since 2022.
- **Easier Access to Cannabis:** Approximately 24% of the population reported having at least one cannabis sales or production site within a 400-meter radius of their residence, reachable within five minutes. Those living near such sites were 2.8 times more likely to be current cannabis users, and the likelihood increased to 4.2 times with three or more sites nearby. Additionally, 9% of households reported cultivating cannabis, primarily growing fewer than 15 plants. Individuals in cannabis-cultivating households were 4.4

times more likely to use cannabis (67.2% vs. 15.4%). This highlights the direct relationship between accessibility and cannabis use.

- **Changing Knowledge and Attitudes:** After June 9, 2022, negative sentiments toward cannabis increased on social media, viewing it as a political issue or a source of crime. Most people perceive cannabis as more harmful than alcohol, tobacco, or kratom but less harmful than methamphetamine, heroin, or other illegal drugs. While 82.8% of university students know cannabis can be addictive, only 25–33% are aware of its effects on brain function, mental health, and increased risks of aggression and suicidal ideation. Over 50% know about hallucinations. Only 15% of the public believe cannabis legalisation has been more beneficial than harmful, and over 90% support stricter regulations prohibiting youth from possessing or using cannabis.
- **Increased Social Impacts:** Cannabis-related crime news increased significantly following its policy legalisation—from 0–3 cases per month (22 total) between January 2021 and June 2022 to 1–9 cases per month (95 total) from June 2022 to December 2023. Public exposure to secondhand cannabis smoke in various locations, including government buildings, schools, health facilities, and public transport, has risen. Cannabis cultivation and use have strained community relationships, family dynamics, and public services, with unclear regulations complicating law enforcement efforts.
- **Rising Health Impacts:** Cases of cannabis poisoning (T40.7) and cannabis-related mental disorders (F12) have tripled from 2022 to 2023. The most common conditions include cannabis dependence (F12.2) and cannabis-induced psychosis (F12.5). About 6% of patients with chronic illnesses (e.g., diabetes, hypertension) used cannabis within three months, primarily for health reasons like sleep aid. However, these patients showed less adherence to medical treatment. Cannabis can interact with medications like warfarin, glipizide, and immunosuppressants, leading to serious side effects.
- **Economic Costs Exceed Benefits:**
 - **Micro-Level:** Household costs related to healthcare, property damage, absenteeism, and anxiety due to cannabis use amounted to 56.3 billion THB monthly, outweighing the 33.1 billion THB from cannabis-related income, resulting in a net loss of 23.1 billion THB monthly.
 - **Macro-Level:** Societal costs, including healthcare, productivity loss, and premature death, totalled 174.3 billion THB annually, with intangible costs of 41.8 billion THB. Benefits from cannabis-related industries were valued at 179 billion THB annually, leaving a net loss of 37.2 billion THB.
- **Community-Centred Prevention Models:** In diverse communities (urban, rural, and ethnic), 41% cultivated cannabis for medicinal, culinary, or ornamental purposes, and 20.9% used cannabis within a year. Most opposed cannabis liberalisation, advocating for medical use and clear regulations. Successful prevention requires community-driven initiatives, shared vision, and creative activities fostering safe environments supported by mutually accepted local laws.

Policy options for cannabis control in Thailand

A synthesis of data on the impacts of legalising cannabis has revealed a wide range of complex and potentially severe social and health consequences. Consequently, policy measures to address these impacts should encompass control measures, safety promotion, and public education.

- **Medical cannabis policy:** Although cannabis has some potential medical benefits, the evidence supporting its efficacy in treating specific diseases or conditions is limited. A relatively small proportion of cannabis users consume it for medical purposes, and chronic patients who use cannabis tend to have lower rates of treatment adherence and poorer health outcomes compared to non-users. Additionally, cannabis use can increase the risk of harmful drug interactions with other medications. Therefore, the research team recommends the following:
 - The implementation of policies promoting access to medical cannabis should be approached with caution, carefully balancing potential benefits against risks to individual patients, society, and the overall health system.
 - A clear framework for medical cannabis treatment should be established, requiring use under the supervision of physicians or other qualified healthcare professionals.
 - Standards for the quantity and quality of medical cannabis products should be developed and regularly evaluated.
 - Guidelines for the safe and effective use of medical cannabis should be created and updated based on the latest scientific evidence, including information on potential drug interactions.
 - Education on the benefits and risks of medical cannabis should be provided to healthcare professionals, patients, and the general public to promote informed decision-making.
 - Research should be supported to develop high-quality and safe cannabis products for medical use.
- **The development of laws to control cannabis for non-medical purposes:** Although reclassifying all parts of the cannabis plant—including flowers, buds, leaves, and resin—as a Category 5 narcotic and subject to the Narcotics Act may have certain advantages, such as aligning Thailand's legal status with international conventions like the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs as amended by the 1972 Protocol, this approach might face political challenges in the current Thai context. Therefore, the research team suggests:
 - A comprehensive law should be developed to regulate cannabis, classifying it as a non-legal substance that can still be addictive and harmful to both the individual user and society as a whole. Medical use, however, should be permitted under the supervision of licensed physicians or healthcare professionals. This would limit recreational use.
 - The policy should prioritise public health, combining elements of tobacco and alcohol control policies to reduce overall cannabis consumption among all age groups, minimise harm to both users and society and promote social order.
 - The Government should regulate the legal cannabis market, limiting its size and the informal market while ensuring access to medical cannabis under the supervision of qualified medical professionals.
 - The law should encompass all stages of the cannabis supply chain, from production, processing, and sale to consumption, advertising, and direct and indirect marketing. It should also address issues related to driving under the influence, violence, and household economic problems.

- Strict enforcement of the law is necessary. Law enforcement personnel and the justice system should be equipped with the knowledge and understanding of the law, their roles, and powers in law enforcement. Additionally, continuous public education is crucial to promote public understanding and compliance with the law.
- The cannabis law should be regularly reviewed and updated to ensure it remains relevant and responsive to changing societal conditions. The justice system should also be improved to handle cannabis-related cases effectively.

- **Other measures to control non-medical cannabis use**

In addition to legal measures aimed at controlling the production, distribution, and consumption of cannabis, other measures can be implemented to prevent and reduce the risks associated with cannabis use at both the population and individual levels in Thailand. These include:

- **Tax and pricing measures:** Imposing excise taxes on cannabis and cannabis products, considering the product type, price, and concentration of THC and CBD. The tax rate should be adjusted regularly to exceed the country's inflation rate. Special taxes should be imposed on food or beverages containing cannabis, differentiating them from other foods or beverages without cannabis. A maximum retail price per unit of THC should be set, and a portion of cannabis tax revenue should be allocated to public health and welfare activities.
- **Education and public communication:** Requiring cannabis retailers to display information about the potential harms of cannabis use, such as warning labels and usage instructions. Providing accurate information about cannabis in an easy-to-understand format and disseminating it to a wide range of target groups. Developing educational curricula in schools and communities about the benefits and harms of cannabis from a scientific perspective to empower individuals to make informed decisions about cannabis use. Organising training and campaigns to raise awareness among healthcare professionals, the general public, and businesses. Creating networks between the government, private sector, and civil society organisations to promote education and understanding about cannabis jointly. Organising public forums to gather input from stakeholders, such as patients, cannabis vendors, academics, and social organisations.
- **Screening and treatment services:** Brief screening and intervention services for at-risk users, detoxification services, psychosocial therapy, medication-assisted treatment, and peer support groups. Developing a system for managing patients with cannabis-related problems, including those with co-occurring mental health disorders, and a system for caring for and rehabilitating those affected by cannabis use or cannabis combined with alcohol and developing clinical guidelines for the diagnosis and treatment of patients who use cannabis, covering issues such as cannabis poisoning and drug interactions, and allocating budgets to increase the number of healthcare personnel and emergency response centres to support patients affected by cannabis use.
- **Community-level measures:** Expanding the development of communities free from the problems and impacts of cannabis misuse to other communities by establishing community committees to develop policies and action plans for prevention.

Recommendations for Research and Development of Monitoring and Evaluation System for the Impact of Thailand's Cannabis Policy

Based on the data regarding the impacts of Thailand's policy to legalise cannabis, there is an urgent need to conduct research and monitoring to evaluate the long-term effects and determine appropriate policy adjustments. The research team proposes the following research and monitoring recommendations:

- **Develop an integrated data system:** Establish a standardised data system across relevant agencies involved in managing the impacts of cannabis use. This system would include illness data, emergency room visits, toxicology reports, and crime statistics from police stations. Such a system should be easily searchable and provide access to researchers for analysis.
- **Invest in regular national surveys and long-term studies:** Allocate budget and designate agencies responsible for controlling the misuse of psychoactive substances (e.g., Office of the Narcotics Control Board) or caring for those affected by the misuse of psychoactive substances (e.g., Ministry of Public Health). Alternatively, universities can be assigned to conduct a series of regular surveys or long-term studies. Data collection should cover usage patterns, physical and mental health impacts on users and others, and access to treatment and social services.
- **Strengthen the national mechanism for monitoring cultivation, production, industry, cannabis trade, and advertising:** Allocate the budget and identify an agency responsible for monitoring this data, analysing results, and presenting findings clearly and engagingly for ongoing use by relevant agencies. This could be displayed as an online dashboard accessible only to authorised personnel.
- **Support cannabis research:** Research topics that require further investigation include:
 - **Consumer behaviour studies:** Conduct in-depth studies on cannabis consumer behaviour, examining factors influencing changes in public attitudes and behaviours towards cannabis.
 - **Health impact studies:** Conduct long-term studies on the physical and mental health impacts of cannabis use, especially among youth, as well as the impact on mental health, the link between cannabis use and mental disorders, and the effects of combined cannabis use with other substances.
 - **Medical and public health approaches to prevention and risk reduction:** Research methods for identifying, preventing, and reducing cannabis-related risks, the effectiveness of public health guidelines for cannabis control, and the efficiency of tools or methods for diagnosing brain and physical impairments caused by cannabis use, as well as health impacts from new cannabis products on the market.
 - **Economic Impact Research:** Study the economic impact of cannabis legalisation on the agricultural, industrial, and service sectors.
 - **Research on Medical Cannabis Use:** Study the effectiveness and safety of cannabis in treating various diseases.
 - **Research on Cannabis Marketing:** Study the behaviour of cannabis consumers and the marketing strategies of cannabis products.
 - **Research on Law Enforcement:** Study the effectiveness of cannabis law enforcement and the challenges in law enforcement.
 - **Research on the Impact of Cannabis on Driving:** Use the information to develop appropriate prevention measures. Research and development in this area may include the development of methods for measuring THC in blood, portable testing devices, THC detection systems in vehicles, and warning applications

(applications that notify users of the effects of cannabis use and the time they should avoid driving).

- **Evaluation of Outreach and Communication Activities:** For example, studying the effectiveness, cost, and social value of educational programs on the risks of cannabis use.
- **Comparison with Other Countries:** There should be a comparison of cannabis policies and their impacts in Thailand with those of other countries to adapt them to the country's context.

Summary

This study is just the first step in understanding the impact of cannabis policy changes in Thailand. The information in this report is only a part of the overall cannabis situation in Thailand. Interpretation and use should be considered, along with additional relevant information. There are still many issues that need to be studied and considered further to determine appropriate and safe cannabis policies and guidelines. Cannabis policy in Thailand is changing rapidly, and new products are constantly entering the market. Although this policy change is a significant opportunity for economic development and innovation, there are challenges in controlling and preventing potential impacts. The government and all relevant sectors should pay attention to the formulation of prudent and effective policies to ensure that cannabis use is safe and benefits society in the long term.

○

คำนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ยุคใหม่ของการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านกัญชาอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม เมื่อมีการถอดกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษตั้งแต่มีกฎหมาย 2565 การตัดสินใจครั้งนี้ได้เปิดประตูสู่โอกาสใหม่ ๆ ทั้งในด้านการแพทย์ เศรษฐกิจ และสังคม แต่ในขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดความกังวลและคำถามเกี่ยวกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมา ทั้งในด้านสุขภาพ สังคม และความสงบเรียบร้อยของบ้านเมือง

เพื่อทำความเข้าใจผลกระทบที่เกิดขึ้นจริงจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายดังกล่าวอย่างรอบด้าน จึงได้มีการจัดทำชุดโครงการวิจัยนี้ขึ้นมา เพื่อศึกษาผลกระทบในห้วงเวลาสองปีหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบาย โดยครอบคลุมประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับกัญชาในหลากหลายมิติ ทั้งด้านอุปทาน อุปสงค์ ผลกระทบต่อสุขภาพ อาชญากรรม และการมีส่วนร่วมของชุมชน โครงการวิจัยนี้ประกอบด้วยโครงการย่อยเก้าโครงการ ที่ดำเนินการศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย อาทิ ประชาชนทั่วไป นักเรียน นักศึกษา เยาวชนนอกระบบการศึกษา เยาวชนในสถานพินิจ ผู้ป่วยคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน และชุมชน

รายงานฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลการศึกษาที่ได้จากโครงการวิจัยชุดนี้ โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็นสี่บท ดังนี้

- บทที่หนึ่ง กล่าวถึงที่มาและเหตุผลของการศึกษา กรอบเวลาของการเปลี่ยนแปลงนโยบาย และสถานการณ์ด้านนโยบายในปัจจุบัน กรอบแนวคิดการวิจัย และวิธีการศึกษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้อ่านเข้าใจบริบทและกระบวนการดำเนินงานของโครงการวิจัยได้อย่างชัดเจน
- บทที่สอง นำเสนอผลการศึกษาที่สำคัญจากโครงการย่อยทั้งเก้าโครงการ โดยครอบคลุมประเด็นต่างๆ เช่น สถานการณ์ด้านอุปทานและอุปสงค์ของกัญชา ผลกระทบต่อสุขภาพและอาชญากรรม และการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษาดังกล่าวจะช่วยให้เห็นภาพรวมของสถานการณ์กัญชาในประเทศไทยหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบาย
- บทที่สาม เป็นบทสรุปและข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา โดยจะนำเสนอข้อค้นพบที่สำคัญ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การศึกษาวิจัย และแนวทางการจัดทำระบบเฝ้าระวัง กำกับติดตามผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชาต่อไป
- ภาคผนวก นำเสนอรายละเอียดของแต่ละโครงการย่อย เพื่อให้ผู้อ่านที่สนใจสามารถศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมได้

รายงานฉบับนี้คาดว่าจะประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายด้านกัญชา เช่น นักวิชาการ ผู้กำหนดนโยบาย หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนทั่วไปในการทำความเข้าใจผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชา และสามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ในการวางแผนและดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับกัญชาในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทีมวิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาโครงการ นายเพิ่มพงษ์ เขาวลิต นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล นพ.ค่านวณ อึ้งชูศักดิ์ และ นางสาวสุพจน์ ชุตินารัง ที่ให้คำแนะนำในการวางแผนโครงการและข้อเสนอเชิงนโยบายจากผลการวิจัย รวมทั้งหัวหน้าโครงการวิจัยย่อยในชุดโครงการนี้ทุกคน

สารบัญ

บทที่ 1	บทนำ	1
	กรอบเวลาของการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชา	2
	ผลกระทบของนโยบายกัญชาเสรีในประเทศที่เปิดให้มีการขายและใช้กัญชาเพื่อนันทนาการ	19
	มาตรการทางเลือกในการควบคุมกัญชาในประเทศที่อนุญาตให้ใช้กัญชานอกเหนือจาก	20
	วัตถุประสงค์ทางการแพทย์	
	วัตถุประสงค์ของชุดโครงการ	22
	กรอบแนวคิดการวิจัย	23
บทที่ 2	ข้อค้นพบที่น่าสนใจ	30
	การจำหน่ายและการตลาดกัญชาในประเทศไทย	30
	พฤติกรรมการใช้กัญชาในประชากรกลุ่มต่าง ๆ	36
	แหล่งที่มา และการเข้าถึงกัญชา	40
	การใช้สารเสพติดชนิดอื่น	41
	ความคิดเห็นและทัศนคติต่อกัญชา และการควบคุมกัญชา	42
	ผลกระทบต่อสังคมหลังการประกาศนโยบายกัญชาไม่เป็นยาเสพติดให้โทษ	47
	การพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อสร้างพื้นที่ปลอดภัยจากปัญหาและผลกระทบจากใช้กัญชา	67
	ในทางที่ผิด	
	บรรณานุกรม	69
บทที่ 3	บทสรุปและข้อเสนอจากผลการวิจัย	72
	สถานการณ์การจำหน่ายและการตลาดกัญชาในประเทศไทย	72
	พฤติกรรมการใช้และความคิดเห็นต่อกัญชาในประชากรไทย	72
	ผลกระทบทางสุขภาพและสังคมหลังมีนโยบายปลดกัญชาออกจากยาเสพติดให้โทษ	73
	การสร้างพื้นที่ปลอดภัยจากปัญหาและผลกระทบจากใช้กัญชาในทางที่ผิดในชุมชน	73
	ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อจัดการผลกระทบจากนโยบายปลดกัญชาออกจากยาเสพติดให้โทษ	74
	ข้อเสนอเชิงวิจัย พัฒนา ประเมินผล และกำกับติดตาม	87
	ข้อเสนอต่อแนวทางการจัดทำระบบเฝ้าระวัง กำกับติดตามและประเมินผลกระทบจากการ	89
	เปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชา	
	บรรณานุกรม	100
ภาคผนวก		101

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1	สรุปความเคลื่อนไหว “ปลดล็อกกัญชา” ในสังคมไทย	4
ภาพที่ 2	ความเคลื่อนไหวทางการเมืองเรื่องนโยบายกัญชา	7
ภาพที่ 3	กรอบแนวคิดของชุดโครงการประเมินผลกระทบของนโยบายกัญชาเสรี	27
ภาพที่ 4	แผนที่แสดงร้านขายกัญชาทั่วประเทศ และเว็บไซต์แนะนำร้านขายกัญชา	30
ภาพที่ 5	เว็บไซต์แนะนำร้านขายกัญชาในประเทศไทย	31
ภาพที่ 6	สัดส่วนของการตลาดกัญชาในแพลตฟอร์มต่าง ๆ ก่อนและหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบาย	33
ภาพที่ 7	โพสต์ขายและโฆษณาผลิตภัณฑ์กัญชาบนอินเทอร์เน็ต	34
ภาพที่ 8	ชนิดของผลิตภัณฑ์กัญชาที่ขายในแพลตฟอร์มต่าง ๆ บนอินเทอร์เน็ต	34
ภาพที่ 9	แนวโน้มการเติบโตของตลาดกัญชาในประเทศไทย	35
ภาพที่ 10	อัตราความชุกของการใช้กัญชาใน 12 เดือนที่ผ่านมา ของประชากรไทยอายุ 18-65 ปี พ.ศ. 2562, 2563, 2564, 2565 และอายุ 20 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2566-2567	36
ภาพที่ 11	อัตราความชุกของการใช้กัญชาในเยาวชนไทย	38
ภาพที่ 12	โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการใช้กัญชาและสารเสพติดชนิดอื่นของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษา	40
ภาพที่ 13	การเข้าถึงจุดจำหน่ายกัญชาใกล้บ้าน และการปลูกกัญชาภายในครัวเรือน	41
ภาพที่ 14	ความชุกของการใช้สารเสพติดชนิดอื่นในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษา พ.ศ. 2563-2564 และ พ.ศ.2566-2567	42
ภาพที่ 15	มุมมองของสังคมต่อกัญชา จากการสำรวจสื่อสังคมออนไลน์ พ.ศ. 2561-2562 และ พ.ศ. 2564-2566	43
ภาพที่ 16	ทัศนคติและความรู้เกี่ยวกับกัญชาในประชากรทั่วไปและนักศึกษามหาวิทยาลัย พ.ศ.2566-2567	44
ภาพที่ 17	ผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อนโยบายกัญชา พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2564	46
ภาพที่ 18	จำนวนข่าวอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับกัญชาในหนังสือพิมพ์ก่อนและหลังออกนโยบายกัญชาไม่ เป็นยาเสพติด	48

ภาพที่ 19 จำนวนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเป็นพิษจากกัญชาหรืออนุพันธ์ของกัญชา (Poisoning by cannabis, T40.7) พ.ศ. 2563-2566	49
ภาพที่ 20 จำนวนผู้ป่วยที่มีประวัติสัมผัสกัญชาที่ถูกส่งมารับการปรึกษาที่ศูนย์พิษวิทยา คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี ในเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2561, 2563, 2564, และ 2565	51
ภาพที่ 21 จำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศด้วยภาวะความผิดปกติทางจิตจากการใช้กัญชา (Mental and behavioural disorders due to cannabis use; F12) พ.ศ. 2563-2566	52
ภาพที่ 22 จำนวนคน และสัดส่วนของผู้ที่ได้รับควันกัญชามือสองตามสถานที่สาธารณะ ในช่วงเดือน พฤษภาคมกันยายน 2566 และกุมภาพันธ์ 2567	53
ภาพที่ 23 ภาพสรุปกลไกและประเภทของอันตรกิริยาระหว่างกัญชากับยารักษาโรคเรื้อรังบางชนิด	62
ภาพที่ 24 ต้นทุนและผลได้ทางเศรษฐกิจระดับครัวเรือนและประเทศหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชา	66
ภาพที่ 25 รูปแบบทางเลือกของการควบคุมกัญชา	76
ภาพที่ 26 ขั้นตอนในการควบคุมกัญชาตามกรอบนโยบายสาธารณสุข	77
ภาพที่ 27 รูปแบบนโยบายกัญชาถูกกฎหมายที่ใช้ในประเทศต่าง ๆ	78
ภาพที่ 28 แผนภูมิแสดงแหล่งข้อมูลและตัวแปรที่สามารถหาได้จากแหล่งข้อมูลเหล่านั้น	90

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	กรอบเวลาของการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านกัญชาของประเทศไทย	8
ตารางที่ 2	ร่างพระราชบัญญัติกัญชา ที่ได้รับการเสนอเข้าพิจารณาในที่ประชุมสภาผู้แทนราษฎร	14
ตารางที่ 3	รายชื่อโครงการย่อยในชุดโครงการ	29
ตารางที่ 4	อัตราความชุกของการใช้กัญชาใน 12 เดือนที่ผ่านมา ในประชากรไทย จากการสำรวจในประชากรทั่วไป พ.ศ. 2550 ถึง พ.ศ. 2567	37
ตารางที่ 5	มาตรการทางกฎหมายที่อาจนำมาปรับใช้เพื่อควบคุมการบริโภคกัญชา	81
ตารางที่ 6	ตัวแปรที่ควรเฝ้าระวัง แหล่งข้อมูล และเหตุผล/ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชา	91

บทที่ 1 บทนำ

สืบเนื่องจากประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 ลงใน ราชกิจจานุเบกษาวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565 ซึ่งมีผลบังคับใช้วันที่ 9 มิถุนายน 2565 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565 ประกาศ ณ วันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2565 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 16 มิถุนายน 2565 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป (วันที่ 17 มิถุนายน 2565) ส่งผลให้สารสกัดจากทุกส่วนของพืชกัญชาหรือกัญชง ซึ่งเป็นพืชในสกุล Cannabis ที่มีปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก เฉพาะที่ได้รับอนุญาตให้สกัดจากพืชกัญชาหรือกัญชงที่ปลูกภายในประเทศ และสารสกัดจากเมล็ดของพืชกัญชาหรือกัญชงที่ได้จากการปลูกภายในประเทศ ไม่ถูกจัดให้เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด แต่กลายเป็นสมุนไพรควบคุม ซึ่งอนุญาตให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ยี่สิบปีขึ้นไปสามารถครอบครอง ใช้ประโยชน์ ดูแล เก็บรักษา ขนย้าย จำหน่ายสมุนไพรควบคุมนี้ได้ ยกเว้นการกระทำดังต่อไปนี้ (1) การใช้ประโยชน์ในที่สาธารณะโดยการสูบ (2) การใช้ประโยชน์กับสตรีมีครรภ์หรือสตรีให้นมบุตร (3) การจำหน่ายให้กับผู้ที่มีอายุต่ำกว่ายี่สิบปี สตรีมีครรภ์หรือสตรีให้นมบุตร รวมทั้งอนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน และหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย สามารถใช้ประโยชน์จากสมุนไพรควบคุมนี้ให้กับผู้ป่วยของตน และอนุญาตให้ผู้ป่วยของผู้ประกอบวิชาชีพเหล่านี้สามารถครอบครอง ขนย้าย ดูแล เก็บรักษา ใช้ประโยชน์ ในปริมาณที่จ่ายให้สำหรับการใช้ประโยชน์เป็นเวลาสามสัปดาห์

ประกาศทั้งสองฉบับนี้ก่อให้เกิดกระแสการวิพากษ์วิจารณ์ที่ได้รับความสนใจอย่างมากภายในสังคมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ส่งผลให้ประเทศไทยมีภาพลักษณ์เป็นประเทศที่มีเสรีภาพด้านกัญชา ที่นอกจากสามารถนำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์แล้วยังใช้ทางสันตนาการได้ด้วย ประชาชนทั่วไปสามารถปลูก ซื้อหา ครอบครองได้อย่างเสรี มีการจำหน่ายกัญชาและผลิตภัณฑ์ในรูปแบบต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง และมีผลต่อพฤติกรรมความคิดเห็น และทัศนคติของผู้คนในสังคมทั้งฝ่ายที่เห็นด้วยกับการ “เปิดเสรีกัญชา” หรือการปลดกัญชาออกจากการเป็นยาเสพติดให้โทษตามกฎหมาย และฝ่ายที่เห็นต่าง ด้วยเกรงว่า การเปิดเสรีในขณะที่ยังไม่มีกฎหมายควบคุมการผลิต การจำหน่าย การโฆษณา และการเสวกัญชาจะทำให้มีการใช้กัญชาเพื่อนันทนาการมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ใช้ โดยเฉพาะผู้ใช้ที่เป็นเด็กและเยาวชน และความสงบเรียบร้อยของสังคม

แม้กัญชาจะถูกยอมรับว่ามีประโยชน์ทางการแพทย์ และสามารถเป็นพืชเศรษฐกิจสร้างรายได้ให้ครัวเรือน ชุมชน และประเทศได้ แต่ในขณะเดียวกันเกิดข้อถกเถียงในสังคมถึงนโยบายที่ทำให้กัญชาไม่เป็นยาเสพติดให้โทษตามกฎหมาย หรือ “นโยบายปลดล็อกกัญชา” ที่ทำให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงอย่างขาดการควบคุมกำกับที่เหมาะสม ก่อให้เกิดบรรทัดฐานสังคมใหม่ที่มองว่า การใช้กัญชา หรืออาจรวมไปถึงสารเสพติดต่าง ๆ เป็นเรื่องปกติ ภาครัฐขาดการประชาสัมพันธ์และสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ดังนั้นการติดตามสถานการณ์ ประเมินผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชา ทั้งนี้รวมถึงผลกระทบต่อสังคม ประชาชนทั่วไป ตลอดจนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย สำหรับวางระบบการเฝ้าระวังทั้งการใช้ทางการแพทย์และและทางสังคม จึงเป็นสิ่งจำเป็น

รายงานฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะแสดงภาพสถานการณ์ของสังคมไทยในด้านการจำหน่าย พฤติกรรมการใช้ การเข้าถึงกัญชา ทัศนคติต่อกัญชา และผลกระทบบางด้านที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ภายในระยะเวลาสองปีหลังประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 มีผลบังคับใช้ ณ วันที่ 9 มิถุนายน 2565 รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์แต่ละด้าน เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาหรือข้อมูลสถิติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลในรายงานนี้ได้มาจากการทบทวนองค์ความรู้จากงานวิจัยและบทความต่าง ๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ร่วมกับผลการศึกษาเบื้องต้นของชุดโครงการประเมินและกำกับติดตามผลกระทบต่อ

สังคมและสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชาในประเทศไทย ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กรอบเวลาของการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชา

กัญชาถูกจัดเป็นยาเสพติดให้โทษตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงมาตลอด โดยในพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้กำหนดให้ กัญชา พืชกระท่อม พืชฝิ่น และพืชเห็ดขี้ควายเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ซึ่งห้ามมิให้ผู้ใดผลิต นำเข้า หรือ ส่งออก ครอบครอง แสพหรือนำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วย หรือนำไปใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ และยังกำหนดโทษทั้งการจำคุกและปรับแก่ผู้แสพและผู้ครอบครอง¹

การเรียกร้องให้ “ปลดล็อกกัญชา” เพื่อนำมาใช้ในการรักษาโรคหรือใช้ในทางการแพทย์ไม่ใช่เรื่องใหม่ในสังคมไทย เพราะมีการกล่าวถึงกันมาแล้วอย่างน้อยเป็นสิบปี แต่เริ่มปรากฏอย่างเป็นรูปธรรมครั้งแรกในปี 2562 หลังการประกาศใช้ พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 7² รวมทั้งประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้แสพเพื่อการรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ ซึ่งประกาศครั้งแรก ณ วันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2562 ครั้งที่สอง และครั้งที่สาม ณ วันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2562 และ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2562 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมล่าสุด ประกาศ ณ วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564³ ซึ่งสาระสำคัญของกฎหมายนี้ คือ การอนุญาตหรือ “ปลดล็อก” ให้นำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ สำหรับการรักษา การศึกษาวิจัย หรือการพาณิชย์ได้ แต่ยังคงกำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดประเภทที่ 5 อยู่ และกำหนดให้การผลิต นำเข้า ส่งออก ซื้อขาย รวมถึงการใช้กัญชาในชีวิตประจำวัน ต้องอยู่ภายใต้กำกับของรัฐ อย่างไรก็ตาม มาตราดังกล่าวนี้ก็ยังไม่ใช่การ “เปิดเสรี” เพราะบุคคลทั่วไปหรือครัวเรือนยังไม่สามารถใช้ประโยชน์จากกัญชาได้อย่างเต็มที่ อาทิ กลุ่มเกษตรกรรายย่อย เนื่องจากกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องไม่ได้อนุญาตให้ “ใครปลูกก็ได้” แต่กำหนดให้เกษตรกรต้องรวมตัวเป็นวิสาหกิจชุมชนจึงจะสามารถขออนุญาตปลูกกัญชาได้

ในวันที่ 14 ธันวาคม 2563 กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศ เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 โดยระบุให้ “กัญชา” (Cannabis) พืชในสกุล Cannabis วัตถุประสงค์หรือสารที่อยู่ในพืชกัญชา เช่น ยาง น้ำมัน เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ยกเว้น เปลือก ลำต้น และใบกัญชา (ที่ไม่มีช่อดอก) และสารสกัดกัญชาที่มีสาร Tetrahydrocannabinol-THC หรือ Cannabidiol-CBD ไม่เกิน 0.2% จะไม่ถือเป็นยาเสพติด⁴ หลังจากนั้น ในปี 2564 รัฐบาลได้เสนอร่างพระราชบัญญัติประมวลกฎหมายยาเสพติด เข้าสู่ที่ประชุมของรัฐสภาในฐานะ “กฎหมายปฏิรูป” และที่ประชุมของรัฐสภาได้มีมติเห็นชอบให้ประกาศใช้เป็นกฎหมาย ประกาศในราชกิจจานุเบกษาในวันที่ 8 พฤศจิกายน 2564 และมีผลบังคับใช้ในวันที่ 9 ธันวาคม 2564⁵ ซึ่งตามกฎหมายให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกประกาศระบุชื่อยาเสพติดให้โทษได้ภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และในยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ 5 ก็มีการถอดกัญชาออกไป

ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศเรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 โดยมีใจความสำคัญคือ การระบุให้กัญชาทุกส่วน ไม่ถือเป็นยาเสพติด และสารสกัดกัญชาที่มีสาร THC

¹ <https://shorturl.asia/F3OOba>

² พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนที่ 19 ก วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2562 https://www.ratchakittha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/019/T_0001.PDF.

³ ราชกิจจานุเบกษา. กำหนดตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ที่ให้แสพเพื่อการรักษาโรคหรือการศึกษาวิจัยได้ พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนที่พิเศษ 35 ง ลงวันที่ 16 มิถุนายน 2565.

⁴ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2563 เล่ม 137 ตอนที่พิเศษ 290 ง วันที่ 14 ธันวาคม 2563 https://www.ratchakittha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/290/T_0033.PDF

⁵ ประมวลกฎหมายยาเสพติด ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนที่ 73 ก วันที่ 8 พฤศจิกายน 2564 https://www.ratchakittha.soc.go.th/DATA/PDF/2564/A/073/T_0001.PDF

หรือ CBD ไม่เกิน 0.2% ไม่ถือเป็นยาเสพติด ประกาศนี้มีผลบังคับใช้หลังเผยแพร่ประกาศ 120 วัน หรือในวันที่ 9 มิถุนายน 2565⁶ ซึ่งถือเป็นการเริ่มต้นการ “ปลดล็อกกัญชา” ในประเทศไทยอย่างเป็นทางการ

หลังจากประกาศฉบับนี้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 9 มิถุนายน 2565 ทำให้กัญชาต้องตกอยู่ในสถานะ “สัญญาทางกฎหมาย” กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศ เรื่อง กำหนดให้การกระทำให้เกิดกลิ่น หรือควัน กัญชา กัญชง หรือพืชอื่นใดเป็นเหตุร้ายกาจ พ.ศ. 2565⁷ และให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน 2565 โดยสาระสำคัญคือให้เจ้าพนักงานท้องถิ่น อาทิ ผู้ว่าราชการจังหวัดมีอำนาจในการระงับยับยั้งเหตุร้ายกาจดังกล่าวได้ และออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565 ประกาศ ณ วันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2565 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป (วันที่ 17 มิถุนายน 2565)⁸ ส่งผลให้สารสกัดจากทุกส่วนของพืชกัญชาหรือกัญชง ซึ่งเป็นพืชในสกุล Cannabis ที่มีปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก เฉพาะที่ได้รับอนุญาตให้สกัดจากพืชกัญชาหรือกัญชงที่ปลูกภายในประเทศ และสารสกัดจากเมล็ดของพืชกัญชาหรือกัญชงที่ได้จากการปลูกภายในประเทศ ไม่ถูกจัดให้เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด แต่กลายเป็นสมุนไพรควบคุม ซึ่งอนุญาตให้ผู้ที่อายุตั้งแต่ยี่สิบปีขึ้นไปสามารถครอบครอง ใช้ประโยชน์ ดูแล เก็บรักษา ขนย้าย จำหน่ายสมุนไพรควบคุมนี้ได้ ยกเว้นการกระทำดังต่อไปนี้ (1) การใช้ประโยชน์ในที่สาธารณะโดยการสูบ (2) การใช้ประโยชน์กับสตรีมีครรภ์หรือสตรีให้นมบุตร (3) การจำหน่ายให้กับผู้ที่มีอายุต่ำกว่ายี่สิบปี สตรีมีครรภ์หรือสตรีให้นมบุตร รวมทั้งอนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนจีน และหมอยาพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย สามารถใช้ประโยชน์จากสมุนไพรควบคุมนี้ให้กับผู้ป่วยของตน และอนุญาตให้ผู้ป่วยของผู้ประกอบวิชาชีพเหล่านี้สามารถครอบครอง ขนย้าย ดูแล เก็บรักษา ใช้ประโยชน์ ในปริมาณที่จ่ายให้สำหรับการใช้ประโยชน์เป็นเวลาสามสิบวัน

การกำหนดให้ทุกส่วนของกัญชาไม่ถือเป็นยาเสพติด ในมุมมองหนึ่งคือการเปิดให้มีการใช้กัญชาเพื่อนันทนาการได้อย่าง “เสรี” ไม่มีขอบเขต นอกเหนือจากการนำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ ทำให้ประชาชนทั่วไปสามารถปลูก ซื้อหา ครอบครองได้อย่างเสรี ส่งผลให้มีการจำหน่ายกัญชาและผลิตภัณฑ์ในรูปแบบต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง ซึ่งก็มีข้อดีคือทำให้เกิดการผลิตที่มากขึ้น คนที่ต้องการใช้เข้าถึงได้ง่าย และกระตุ้นการพัฒนาธุรกิจด้านนี้ได้มาก แต่ก็มีข้อเสียในกรณีที่ผู้ใช้กัญชาจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพหรือสังคม โดยเฉพาะผู้ใช้ที่เป็นเด็กและเยาวชน และความสงบเรียบร้อยของสังคม

อนึ่ง พรรคภูมิใจไทยได้เสนอ ร่างพระราชบัญญัติกัญชา กัญชง ให้สภาพิจารณาตั้งแต่วันที่ 27 มกราคม 2564 ซึ่งเป็นเวลากว่าหนึ่งปีก่อนมีประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้กัญชาไม่มียาเสพติด แต่กลับได้รับการบรรจุเข้าสู่การพิจารณาของสภาในปี 2565 และเปิดรับฟังความคิดเห็นระหว่างวันที่ วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 19 เมษายน 2565 โดยเหตุผลสำคัญของการเสนอร่าง พ.ร.บ. ดังกล่าวคือ ถึงแม้ประมวลกฎหมายยาเสพติดไม่ได้กำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษ แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ส่งผลกระทบต่อโอกาสในการนำไปใช้ในประโยชน์ จึงควรสนับสนุนการนำกัญชา กัญชงมาใช้ในการศึกษาวิจัย การใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ สุขภาพ การใช้ตามวิถีชีวิตชุมชน ตลอดจนเปิดโอกาสให้มีการผลิต ขาย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองเพื่อส่งเสริมเกษตรกรรม อุตสาหกรรม และเศรษฐกิจของประเทศ และเพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคให้มีการบริโภคกัญชา กัญ

⁶ ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139 ตอนพิเศษ 35 ง ลงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565.

⁷ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดให้การกระทำให้เกิดกลิ่น หรือควันกัญชา กัญชง หรือพืชอื่นใดเป็นเหตุร้ายกาจ พ.ศ. 2565 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139 ตอนพิเศษ 134 ง วันที่ 14 มิถุนายน 2565.

<https://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFCENTER3/DRAWER091/GENERAL/DATA0002/00002523.PDF>

⁸ ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139 ตอนพิเศษ 137 ง ลงวันที่ 16 มิถุนายน 2565.

ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้บริโภค สมควรกำหนดมาตรการกำกับดูแล ควบคุมการขาย การโฆษณา และการบริโภคกัญชาที่ถูกต้อง เพื่อคุ้มครองสุขภาพของบุคคล

อย่างไรก็ตาม สภาเพ็งจะมีมติรับหลักการร่างกฎหมายดังกล่าวในวันที่ 8 มิถุนายน 2565 หรือก่อนวันประกาศ “ปลดล็อก” กัญชาเพียงวันเดียวเท่านั้น ร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวมีสาระสำคัญว่า อนุญาตให้ประชาชนสามารถปลูกกัญชาเพื่อบริโภคในครัวเรือนได้ แต่ต้องขออนุญาตจากรัฐเสียก่อน รวมถึงการผลิต นำเข้า ส่งออก หรือจำหน่ายกัญชาต้องได้รับใบอนุญาต นอกจากนี้ ยังห้ามขายกัญชาเพื่อการบริโภคแก่ผู้อายุต่ำกว่า 20 ปี สตรีมีครรภ์ สตรีให้นมบุตร เว้นแต่แพทย์อนุญาต การที่ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ เข้าสู่การพิจารณาและเดินไปอย่างล่าช้า จนไม่ทันกับความเปลี่ยนแปลง จึงเป็นเหตุสำคัญที่สร้างภาวะสุญญากาศทางกฎหมาย ทำให้การซื้อขาย และเสพกัญชาไร้การควบคุมใด ๆ ในประเทศไทย จนกระทั่งในวันที่ 14 กันยายน 2565 หรือหลังผ่านไปเกือบสี่เดือนที่กัญชาอยู่ในภาวะสุญญากาศ ที่ประชุมสภาผู้แทนราษฎรจึงได้นัดพิจารณาร่างพระราชบัญญัติกัญชา กัญชง ที่คณะกรรมการการวิสามัญฯ (กมธ.) ได้พิจารณาแก้ไขเป็นที่เรียบร้อยแล้ว แต่ทว่า การพิจารณากฎหมายดังกล่าวกลับต้องสะดุดตั้งแต่ยังไม่เริ่ม เนื่องจากพรรคประชาธิปัตย์ พรรคพลังประชารัฐ และพรรคเพื่อไทย รวมถึงพรรคอื่น ๆ ต่างยื่นขอให้ลงมติเพื่อถอนร่างกฎหมายดังกล่าวออกไป และผลสุดท้ายเสียงข้างมากของสภาก็ลงมติให้ถอนร่างออกไปเพื่อแก้ไขใหม่ เพราะเห็นว่า กฎหมายยังมีความหละหลวม ทำให้ร่าง พระราชบัญญัติกัญชา กัญชง ที่จะออกมาเพื่อเป็นกลไกในการกำกับดูแลการใช้กัญชาต้องเลื่อนออกไปอีก ต่อมา ในการประชุมสภาผู้แทนราษฎร ครั้งที่ 3 สมัยสามัญ ระหว่างวันที่ 2-4 พฤศจิกายน 2565 ก็ยังไม่มีการบรรจุร่างพระราชบัญญัติกัญชา กัญชง (ฉบับที่...) พ.ศ. ... ซึ่งเป็นร่างกฎหมายที่คณะกรรมการการวิสามัญฯ (กมธ.) พิจารณาแปรญัตติ จำนวน 95 มาตรา เข้าสู่การพิจารณาวาระ 2-3 ในสภา เนื่องจากการประสานเสียงคัดค้านจากพรรคร่วมรัฐบาลเอง อย่างพรรคประชาธิปัตย์ และฝ่ายค้าน พรรคเพื่อไทย⁹

ภาพที่ 1 สรุปความเคลื่อนไหว “ปลดล็อกกัญชา” ในสังคมไทย



⁹ <https://www.bbc.com/thai/articles/crgjxk0yv89o>

หลังจากการเลือกตั้งทั่วไปในวันที่ 14 พฤษภาคม 2566 ก็มีกระแสการปรับให้กัญชากลับไปเป็นยาเสพติดให้โทษ เช่นเดิมจากพรรคการเมืองบางพรรค โดยในวันที่ 25 พฤษภาคม 2566 น.ส.ศิริกัญญา ตันสกุล รองหัวหน้าพรรคก้าวไกลซึ่งเป็นพรรคเสียงข้างมากที่ได้โอกาสจัดตั้งรัฐบาลในช่วงนั้น ได้แถลงถึงความชัดเจนเกี่ยวกับนโยบายที่จะมีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเพื่อนำกัญชากลับไปเป็นยาเสพติดว่า การที่จะออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขเพื่อนำกัญชากลับไปเป็นยาเสพติดนั้น ก็เพื่อให้เจ้าพนักงานยาเสพติด ทั้งตำรวจ และ ป.ป.ส. สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ แต่ยืนยันว่า จะดูแลไม่ให้เกิดผลกระทบกับผู้ที่ทำถูกต้องตามกฎหมาย ณ เวลานี้แน่นอน ซึ่งในขั้นตอนต่อไปอาจจะมีการพูดคุยกันเพื่อออกประกาศเพื่อคุ้มครองผู้ประกอบการ ทั้งผู้ปลูกที่จดทะเบียนถูกต้อง ทั้งผู้จำหน่ายที่ลงทะเบียนถูกต้องในการเป็นผู้ขายสมุนไพรควบคุม¹⁰

ต่อมาในวันที่ 14 พฤศจิกายน 2566 ที่กระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ชลน่าน ศรีแก้ว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานการประชุมพิจารณาทบทวนร่างพระราชบัญญัติกัญชา กัญชง พ.ศ.... ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยร่างพระราชบัญญัติฉบับใหม่นี้ เป็นนำร่างพระราชบัญญัติเดิมที่ไม่ผ่านสภามาปรับปรุง เติมเต็มในส่วนที่เป็นปัญหา และปิดช่องโหว่ที่เป็นข้อห่วงใยของสังคม โดยเฉพาะการนำกัญชาไปใช้ผิดประเภท ทั้งนี้ ได้มีการลดจำนวนตัวบทเดิมลงจาก 94 มาตรา เหลือ 77 มาตรา และได้แก้ไขสาระสำคัญในแต่ละหมวดเป็นจำนวนมาก โดยพิจารณาปรับแก้ตั้งแต่บทนิยาม มาตราทางกฎหมายในแต่ละหมวด ไปจนถึงบทเฉพาะกาล โดยเฉพาะมาตรการควบคุมไม่ให้ใช้กัญชาผิดประเภท การขออนุญาตและการอนุญาต เช่น ผู้ที่จะปลูกกัญชา เดิมต้องไปจดแจ้งแต่เมื่อเป็นสมุนไพรควบคุม จึงต้องมีการอนุญาต ตลอดจนบทกำหนดโทษ โทษปรับต่างๆ และใบอนุญาตเดิมที่มีอยู่ก็ให้ใช้ต่อจนสิ้นอายุ เป็นต้น¹¹ ทั้งนี้ ที่ประชุมได้ยืนยันว่า “หากมีค่า THC เกิน 0.2 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถือเป็นยาเสพติด” และจะระบุดังกล่าวห้ามใช้ในเชิง “สันหนากการ หรือการสูบเสพ”

หลังจากนั้น ในวันที่ 6 มกราคม 2567 นายแพทย์ชลน่าน ศรีแก้ว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ลงนามร่าง พ.ร.บ.กัญชา ซึ่งมี 70 มาตรา ส่งให้เลขาธิการคณะรัฐมนตรีเพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการพิจารณาแล้ว โดยในวันที่ 12 มกราคม 2567 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดประชุมรับฟังความคิดเห็นต่อร่าง พ.ร.บ.กัญชา และจะเสนอร่าง พ.ร.บ.กัญชา เข้าที่ประชุมคณะรัฐมนตรีอีกครั้งเพื่อให้ความเห็นชอบ ก่อนจะเสนอลงมติในที่ประชุมสภาผู้แทนราษฎรภายในเดือนมีนาคม 2567 เพื่อที่จะออกกฎหมายห้ามใช้กัญชาเพื่อสันหนากการ “ภายในสิ้นปี 2567” โดยเน้นย้ำการห้ามใช้กัญชาเพื่อสันหนากการ และอนุญาตเฉพาะกัญชาทางการแพทย์เท่านั้น เพราะ “ต้น ดอก ราก ใบ ถือเป็นยาเสพติด”¹²

วันที่ 8 พฤษภาคม 2567 นายเศรษฐา ทวีสิน นายกรัฐมนตรี เปิดเผยว่า ที่ประชุมแก้ไขปัญหายาเสพติดได้พิจารณาแนวทางนำกัญชากลับไปเป็นยาเสพติด โดยขอให้กระทรวงสาธารณสุขแก้ไขประกาศกระทรวงโดยดึงกัญชากลับไปเป็นยาเสพติดประเภท 5 และเร่งออกกฎกระทรวงอนุญาตให้ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์และสุขภาพเท่านั้น นอกจากนี้ยังพิจารณาเรื่องยาบ้า โดยให้ปรับลดปริมาณที่ให้สันนิษฐานว่า เป็นการครอบครองเพื่อเสพจากห้าเม็ด เป็นหนึ่งเม็ดอีกด้วย และให้สำนักงานตำรวจแห่งชาติสื่อสารกับผู้ปฏิบัติงานให้เข้าใจชัดเจนว่า ไม่ว่าจะมียาเสพติดกี่เม็ดก็ผิดหากพิสูจน์ไม่ได้ว่า เป็นการครอบครองเพื่อเสพ รวมทั้งให้กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงยุติธรรมยกระดับประสิทธิภาพยาเสพติดทั้งในศูนย์บำบัด เรือนจำ และระบบคุมประพฤติ¹³

หลังจากที่นายกรัฐมนตรีได้มีนโยบายให้นำกัญชากลับไปเป็นยาเสพติดให้โทษตามกฎหมาย ก็มีการขับเคลื่อนทั้งจากฝั่งสนับสนุนและคัดค้านการนำกัญชากลับไปเป็นยาเสพติดให้โทษเกิดขึ้นมากมายในสังคมไทย ที่เห็นชัดเจน ได้แก่ วันที่ 16 พฤษภาคม 2567 เครือข่ายเขียนอนาคตกัญชาไทย ได้รวมตัวกันไปยื่นหนังสือต่อ นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ข้อเสนอเพื่อการปฏิบัติต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในกรณีการ

¹⁰<https://www.pptvhd36.com/news/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%80%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%87/197207>

¹¹ <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/74727>

¹²<https://shorturl.asia/uaJ4V>

¹³ https://www.thebangkokinsight.com/news/politics-general/politics/1320838/#google_vignette

นำกัญชากลับสู่ยาเสพติด เพื่อคัดค้านการนำกัญชากลับไปเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด¹⁴ วันที่ 11 มิถุนายน 2567 เครือข่ายเยาวชนไม่เน่จะกัญชาและยาเสพติด (Youth Network Against Cannabis: YNAC) และเครือข่ายแพทย์ นักวิชาการ ภาคประชาชน ด้านกัญชาเสพติด นำรายชื่อจำนวน 207,977 ราย มาเสนอต่อรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) เพื่อให้การสนับสนุนนโยบายรัฐบาลให้นำกัญชากลับไปเป็นยาเสพติด โดยให้ใช้เพื่อการแพทย์เท่านั้น¹⁵

ต่อมาในวันที่ 11 มิถุนายน 2567 ในเว็บไซต์ ระบบกลางทางกฎหมาย ได้มีการเผยแพร่ ร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. เพื่อรับฟังความเห็นจากประชาชน ระหว่างวันที่ 11-25 มิ.ย. 2567 ซึ่งหากร่างประกาศนี้มีผลใช้บังคับ จะทำให้ช่อดอกกัญชา กัญชง เป็นยาเสพติดประเภท 5 เพิ่มเติมจากประกาศฉบับเดิมที่ออกเมื่อวันที่ 8 ก.พ. 2565 และมีผลใช้บังคับวันที่ 9 มิ.ย. 2565 ที่ประกาศให้กัญชา กัญชงเป็นยาเสพติด เฉพาะสารสกัดที่มี THC เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก ประกาศนี้ระบุรายละเอียดคือ¹⁶ มีการกำหนดกัญชา กัญชง พืชฝิ่น เห็ดขี้ควายหรือพืชเห็ดขี้ควาย ให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 โดยในส่วนของกัญชา กำหนดรายละเอียดไว้ว่า กัญชา (cannabis) พืชในสกุล Cannabis และวัตถุหรือสารต่างๆ ที่มีอยู่ในพืชกัญชา เช่น ยาง กัญชง (hemp) พืชซึ่งมีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis sativa L. subsp. sativa อันเป็นชนิดย่อยของพืชกัญชา (Cannabis sativa L.) และวัตถุหรือสารต่างๆ ที่มีอยู่ในพืชกัญชง จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (ยกเว้นวัตถุหรือสารดังต่อไปนี้ เปลือก ลำต้น เส้นใย กิ่งก้าน และราก ใบ ซึ่งไม่มียอดหรือช่อดอกติดมาด้วย สารสกัดที่มีสารเตตระไฮโดรแคนนาบินอล (tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก และเมล็ด ไม่จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5) โดยประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2568 เป็นต้นไป

วันที่ 31 กรกฎาคม 2567 เครือข่ายแพทย์ นักวิชาการ และภาคประชาชนด้านกัญชาเสพติด 67 คน เรียกร้องให้นายกรัฐมนตรีซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (บอร์ด ป.ป.ส.) เร่งเห็นชอบร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุขเพื่อนำกัญชากลับไปเป็นยาเสพติดทันที โดยมี 2 ทางเลือก

ทางเลือกที่ 1 “ใช้กฎหมายกัญชาควบคุม โดยไม่นำกัญชากลับไปเป็นยาเสพติด”

ทางเลือกที่ 2 “นำกัญชากลับไปเป็นยาเสพติดทันที แล้วเร่งทำกฎหมายกัญชา” เพื่อให้กัญชาจะกลับไปอยู่ภายใต้การควบคุมของประมวลกฎหมายยาเสพติด ที่ห้ามใช้กัญชาเพื่อสันตนาการ แต่ให้ใช้กัญชาเพื่อการแพทย์ได้¹⁷

เมื่อวันที่ 18 กันยายน 2567 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศเชิญประชาชนให้ความเห็นต่อร่างพระราชบัญญัติกัญชา กัญชง พ.ศ..... ผ่านเว็บไซต์ระบบกลางทางกฎหมาย (<https://law.go.th>) ตั้งแต่วันที่ 18 กันยายน 2567 จนถึง 30 ก.ย. 2567 โดยสอดคล้องกับนโยบายของนางสาวแพทองธาร ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ที่แถลงต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 12 ก.ย. 2567 ซึ่งระบุส่วนหนึ่งของนโยบายว่า “การใช้กัญชาเพื่อการแพทย์ที่สร้างมูลค่าเพิ่มในทางเศรษฐกิจและควบคุมผลกระทบทางสังคม โดยการตรากฎหมาย” โดยสาระสำคัญของ พ.ร.บ. ฉบับนี้คือ จะมีการควบคุมเข้มงวดในส่วนของช่อดอกมากกว่าส่วนราก กิ่งก้าน ใบ ลำต้น หรือเมล็ด โดยที่จะต้องขออนุญาตจำหน่าย ผลิตหรือส่งออก ขณะที่ส่วนอื่น ๆ นั้นไม่ต้องขออนุญาตห้ามโฆษณา หรือทำการสื่อสารการตลาดเกี่ยวกับช่อดอกหรือยางของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด หรือเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบกัญชา ห้ามจำหน่ายแก่บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่า 20 ปี สตรีมีครรภ์ สตรีให้นมบุตรและบุคคลอื่นใดตามที่รัฐมนตรีประกาศ ห้ามจำหน่ายโดยใช้เครื่องจำหน่าย หรือวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ รวมถึง ห้ามจำหน่าย ใน วัดหรือสถานที่สำหรับประกอบพิธีกรรมทางศาสนา สถานศึกษา หอพัก สวนสาธารณะ สวนสัตว์ สวนสนุก และสถานที่อื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด อีกทั้ง ห้ามขับขี่ยานพาหนะในขณะที่มีเมื่อกัญชา กัญชง สาร

¹⁴ <https://www.hfocus.org/content/2024/05/30524>

¹⁵ <https://www.hfocus.org/content/2024/06/30752>

¹⁶ https://law.go.th/listeningDetail?survey_id=Mzc0OERHQV9MQVdfRUPTURFTkQ=

¹⁷ <https://shorturl.asia/CYLFE>

สกัด หรืออาหาร และที่สำคัญที่สุด ห้ามบริโภคกัญชา กัญชง หรือสารสกัด เว้นแต่เป็นการบริโภคเพื่อวัตถุประสงค์ในการบำบัด รักษา และบรรเทาความเจ็บป่วยของมนุษย์ หรือป้องกันโรค ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์ ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีนหรือหมอพื้นบ้าน การศึกษาวิเคราะห์หรือวิจัยที่ดำเนินการโดยหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ ศึกษาวิจัยหรือจัดการเรียนการสอนสาขาที่เกี่ยวข้อง และผลิตภัณฑ์สมุนไพร ยา อาหาร เครื่องสำอาง หรือผลิตภัณฑ์อื่นใดตามที่มิถุนายนเฉพาะที่บัญญัติไว้¹⁸

ในเวลาต่อมา วันที่ 19 กันยายน 2567 นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้สัมภาษณ์ถึงกรณีร่างพระราชบัญญัติกัญชา กัญชง พ.ศ.... ว่า ในนโยบายรัฐบาลให้ออกเป็น พ.ร.บ. มาใช้ดำเนินการทางกระทรวงสาธารณสุขก็ดำเนินการตามนโยบายรัฐบาลไป ชัดไม่ได้ ดังนั้น ต้องดูในเนื้อหาของ พ.ร.บ. ให้สอดคล้องกับในส่วนที่ต้องการจะดำเนินการในช่วงที่จะประกาศให้เป็นกัญชาเป็นยาเสพติด ซึ่งสามารถดำเนินการได้แต่จะต้องเขียนละเอียดมากขึ้น จะต้องอาศัยผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญเรื่องของกฎหมายว่าจะเพิ่มเติมอะไร อย่างไร ก็จะต้องเป็นเช่นนั้น ทั้งนี้ต้องเริ่มต้นที่กรมการแพทย์แผนไทยฯ หลังจากรับฟังความคิดเห็นแล้วสามารถเพิ่มเติมหรือลดหย่อนเนื้อหาบางส่วนได้¹⁹

ภาพที่ 2 ความเคลื่อนไหวทางการเมืองเรื่องนโยบายกัญชา



¹⁸ <https://www.hfocus.org/content/2024/09/31692>

¹⁹ <https://www.hfocus.org/content/2024/09/31705>

กรอบเวลาของการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านกัญชาของประเทศไทย

ตารางที่ 1 กรอบเวลาของการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านกัญชาของประเทศไทย

วันที่	ชื่อกฎหมาย/นโยบาย เนื้อหา/เจตนารมณ์หลัก
2522	พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 กัญชาและพืชกระท่อมเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ที่ห้ามมิให้ผู้ใดผลิต นำเข้า หรือส่งออก ครอบครอง เสนพหรือนำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยหรือนำไปใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์และยังกำหนดโทษทั้งผู้เสพและผู้ครอบครอง มีโทษ คือ การจำคุกและปรับ
2560	กฎกระทรวงการขออนุญาตและการอนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 หรือในประเภท 5 พ.ศ. 2559 อนุญาตมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 หรืออนุญาตผลิต จำหน่าย นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการเป็นรายไป
พฤษภาคม 2561	คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณานำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์เพื่อทำหน้าที่เสนอแนะนโยบายและแผนการพัฒนา การนำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และการศึกษาวิจัยภายในประเทศต่อกระทรวงสาธารณสุข พัฒนาและวางระบบการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ให้ครบวงจรตั้งแต่การปลูก การปรับปรุงสายพันธุ์ การผลิตสารสำคัญที่ได้จากกัญชา การพัฒนาผลิตภัณฑ์ และการนำไปใช้ประโยชน์รวมถึงการวางระบบการควบคุม
11 ธันวาคม 2561	คณะทำงานเพื่อพิจารณานำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ (ชุด 3) กระทรวงสาธารณสุข ได้สรุปข้อมูล แบ่งการใช้ประโยชน์ของกัญชาทางการแพทย์ออกเป็นสามกลุ่มตามหลักฐานวิชาการเชิงประจักษ์
17 กุมภาพันธ์ 2562	พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 เปิดโอกาสให้สามารถนำกัญชาและพืชกระท่อมไปทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ และสามารถนำไปใช้ในการรักษาโรคภายใต้การดูแลและควบคุมของแพทย์ได้ รวมถึงการเกษตรกรรม พาณิชยกรรม วิทยาศาสตร์ หรือ อุตสาหกรรม เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ด้วย
25 กุมภาพันธ์ 2562	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562 - ฉบับที่ 1 เรื่อง การแจ้งการมีไว้ในครอบครองกัญชา สำหรับผู้มีคุณสมบัติตามมาตรา 26/5 และบุคคลอื่นที่มีผู้ป่วย ตามมาตรา 22 (2) ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับ ให้ไม่ต้องรับโทษ กำหนดให้หน่วยงานหรือบุคคลผู้ครอบครองกัญชาก่อนกฎหมายมีผลใช้บังคับ เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ การรักษาผู้ป่วย การใช้รักษาโรคเฉพาะตัว หรือการศึกษาวิจัย ต้องแจ้งลักษณะและปริมาณกัญชาที่มีไว้ในครอบครองภายในเก้าสิบวันนับแต่พระราชบัญญัติดังกล่าว ใช้บังคับ - ฉบับที่ 2 เรื่อง การครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชา สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้ เพื่อรักษาโรคเฉพาะตัว ก่อนพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ใช้บังคับให้ไม่ต้องรับโทษ พ.ศ. 2562 ให้แสดงเอกสารหรือหลักฐานที่แสดงอาการความเจ็บป่วยจากผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือ

วันที่	ชื่อกฎหมาย/นโยบาย เนื้อหา/เจตนารมณ์หลัก
	<p>หมอบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และให้ผู้ป่วยหรือผู้แทนแจ้งการมีไว้ในครอบครอง ภายในกำหนดเก้าสิบวัน และให้ใช้กัญชาดังกล่าวในการรักษาโรคเฉพาะตัวต่อไปได้ ทั้งนี้ ปริมาณของกัญชาที่มีไว้ในครอบครองในการรักษาโรคเฉพาะตัวต้องเหมาะสมกับลักษณะของโรค ปริมาณที่จำเป็นต้องใช้ ต้องไม่เกินเก้าสิบวัน</p> <p>- ฉบับที่ 3 เรื่อง การกำหนดให้ยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 เฉพาะกัญชาตกเป็นของกระทรวงสาธารณสุขหรือให้ทำลายกัญชาที่ได้รับมอบจากบุคคล ซึ่งไม่ต้องรับโทษ ตามมาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562</p>
กุมภาพันธ์ 2562	<p>กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข จัดทำคู่มือการดำเนินการสำหรับแจ้งการครอบครองกัญชาตามมาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 และเปิดรับแจ้งการขอครอบครองฯ ที่สำนักงานอาหารและยาสำหรับพื้นที่ส่วนกลาง และที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสำหรับพื้นที่ส่วนภูมิภาค โดยผู้ที่มีความจำเป็นต้องใช้กัญชาในการรักษาโรคต้องมาแจ้งการครอบครองต่อเจ้าหน้าที่ภายในระยะที่เวลาที่กำหนดคือ 21 พฤษภาคม พ.ศ. 2562</p>
24 มีนาคม 2562	<p>การเลือกตั้งทั่วไป พรรคภูมิใจไทยซึ่งเป็นพรรคที่นำเสนอนโยบาย “กัญชาเสรี” อย่างชัดเจนที่สุดในช่วงการเลือกตั้ง ได้ร่วมจัดตั้งรัฐบาล และหัวหน้าพรรค คุณอนุทิน ชาญวีรกูล ได้ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และขับเคลื่อนนโยบาย “กัญชาทางการแพทย์เสรี” เป็นหนึ่งในนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขทันที โดยมีเป้าหมายกระจายกัญชาทางการแพทย์ให้กับผู้ป่วยทั่วประเทศผ่านช่องทางของสถานพยาบาลของรัฐ</p>
11 เมษายน 2562	<p>กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ในตำราการแพทย์แผนไทย โดยคำแนะนำของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและสภาการแพทย์แผนไทย โดยเป็นตำรับยาที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตในประเทศ ภายใต้การรักษาโรคกรณีจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย และเป็นตำรับยาที่ได้รับอนุญาตภายใต้โครงการศึกษาวิจัย ที่ได้รับอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ตำรับยาที่หมอบ้านปรุงขึ้นจากองค์ความรู้ และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจน และได้รับการรับรองจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งนี้ วัตถุประสงค์จากกัญชาต้องไม่สามารถแยกเป็นช่อดอก ใบ เพื่อนำไปใช้ในทางที่ผิดได้</p>
สิงหาคม 2562	<p>กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มนำร่องเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยใช้สารสกัดน้ำมันกัญชาทางการแพทย์ขององค์การเภสัชกรรม โดยบุคลากรทางการแพทย์ แพทย์ทันตแพทย์ เภสัชกรที่ผ่านการอบรมในโรงพยาบาล 12 แห่งทั่วประเทศ</p>
30 สิงหาคม 2562	<p>ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 สารสกัดหรือผลิตภัณฑ์จากสารสกัดที่มีสารแคนนาบินอยด์ (cannabidiol, CBD) เป็นส่วนประกอบหลัก และมีสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอยด์ (tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกินร้อยละ 0.2 จัดเป็นยาหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพรตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพร และต้องใช้ตามวัตถุประสงค์ทางยาหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพร เท่านั้น</p>

วันที่	ชื่อกฎหมาย/นโยบาย เนื้อหา/เจตนารมณ์หลัก
2 กันยายน 2562	เริ่มให้บริการรักษาโดยแพทย์แผนไทย ด้วยน้ำมันกัญชาสูตรตำรับแพทย์แผนไทย 2 ตำรับ คือ ตำรับสุขไสยาสน์ และตำรับทำลายพระสุเมรุ เปิดนำร่องโรงพยาบาล 13 แห่ง
14 ธันวาคม 2563	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2563 ให้กัญชา (cannabis) พืชในสกุล Cannabis กัญชง (hemp) วัตถุหรือสารต่าง ๆ ที่มีอยู่ในพืชกัญชา เปลือก ลำต้น เส้นใย กิ่งก้าน และราก ใบ ซึ่งไม่มียอดหรือช่อดอกติดมาด้วย สารสกัด กากหรือเศษที่เหลือจากการสกัดกัญชา เมล็ดกัญชง (hemp seed), น้ำมันจากเมล็ดกัญชง (hemp seed oil) หรือสารสกัดจากเมล็ดกัญชง (hemp seed extract) ที่มีสารแคนนาบินอยด์ (cannabidiol, CBD) เป็นส่วนประกอบและต้องมีสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก เฉพาะที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตในประเทศ ไม่จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5
9 ธันวาคม 2564	พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 เป็นการรวบรวมกฎหมายเกี่ยวกับการป้องกันปราบปรามและควบคุมยาเสพติด รวมถึงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่กระจายอยู่ในกฎหมายหลายฉบับ และมีการดำเนินการตามกฎหมายโดยหลายองค์กร ทำให้การบังคับใช้กฎหมายไม่มีความสอดคล้องกัน อีกทั้งบทบัญญัติของกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดบางประการไม่เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้
20 มกราคม 2565	คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด มีมติเสียงส่วนใหญ่เห็นชอบ (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การระบุชื่อยาเสพติดให้โทษประเภท 5 พ.ศ. ซึ่งไม่มีการระบุ “พืชกัญชา” เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ถือว่าเป็นการปลดล็อกกัญชา ตอบสนองนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลในการพัฒนาพืชกัญชา กัญชง เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และสุขภาพ ตลอดจนพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์สินค้าอุตสาหกรรมต่างๆ ให้เกิดประโยชน์ในการเสริมสร้างรายได้ของประชาชน
25 มกราคม 2565	คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ที่มีนายวิษณุ เครืองาม รองนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน มีมติเห็นชอบร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุขให้กัญชาและกัญชงพ้นจากยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามที่คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษเสนอให้พิจารณา
9 กุมภาพันธ์ 2565	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 ระบุให้ สารสกัดจากทุกส่วนของพืชกัญชาหรือกัญชง ซึ่งเป็นพืชในสกุล Cannabis ไม่เป็นยาเสพติดให้โทษ ประเภท 5 ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ยกเว้น สารสกัดที่มีปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก เฉพาะที่ได้รับอนุญาตให้สกัดจากพืชกัญชาหรือกัญชงที่ปลูกภายในประเทศ และสารสกัดจากเมล็ดของพืชกัญชาหรือกัญชง ที่ได้จากการปลูกภายในประเทศ โดยให้ประกาศนี้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

วันที่	ชื่อกฎหมาย/นโยบาย เนื้อหา/เจตนารมณ์หลัก
กุมภาพันธ์ 2565	ร่างพระราชบัญญัติกัญชา กัญชง พ.ศ. เสนอโดยนายอนุทิน ชาญวีรกูล สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร กับคณะ ได้เปิดรับฟังความคิดเห็นระหว่างวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 19 เมษายน 2565
9 มิถุนายน 2565	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 มีผลบังคับใช้ ส่งผลให้สารสกัดจากทุกส่วนของพืชกัญชาหรือกัญชง ที่มีปริมาณสาร THC ไม่เกิน ร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก เฉพาะที่ได้รับอนุญาตให้สกัดจากพืชกัญชาหรือกัญชงที่ปลูกภายในประเทศ และสารสกัดจากเมล็ดของพืชกัญชาหรือกัญชงที่ได้จากการปลูกภายในประเทศ ไม่ถูกจัดให้เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด
14 มิถุนายน 2565	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดให้การกระทำให้เกิดกลืน หรือควั่นกัญชา กัญชง หรือพืชอื่นใด เป็นเหตุร้าย พ.ศ. 2565 การกระทำให้เกิดกลืน หรือควั่นเป็นเหตุร้าย เนื่องจากการใช้กัญชา กัญชง หรือพืชอื่นใด ในทางที่ไม่เหมาะสม เช่น สันทนาการ อาจส่งผลกระทบต่อสภาวะความเป็นอยู่โดยปกติสุขหรืออาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยควั่นจะมีอนุภาคขนาดเล็กสามารถเข้าสู่ปอดได้ด้วยการหายใจเอาควั่นเข้าไป ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เช่น โรคมอด หอบหืด หลอดลมอักเสบ
16 มิถุนายน 2565	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565 มีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป (วันที่ 17 มิถุนายน 2565) ทำให้กัญชากลายเป็นสมุนไพรควบคุม ซึ่งอนุญาตให้ผู้ที่มิใช่ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ยี่สิบปีขึ้นไปสามารถครอบครอง ใช้ประโยชน์ ดูแล เก็บรักษา ขนย้าย จำหน่ายสมุนไพรควบคุมนี้ได้ ยกเว้นการกระทำดังต่อไปนี้ (1) การใช้ประโยชน์ในที่สาธารณะโดยการสูบ (2) การใช้ประโยชน์กับสตรีมีครรภ์หรือสตรีให้นมบุตร (3) การจำหน่ายให้กับผู้ที่มีอายุต่ำกว่ายี่สิบปี สตรีมีครรภ์หรือสตรีให้นมบุตร รวมทั้งอนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ผู้ประกอบโรคศิลปะ สาขากายการแพทย์แผนจีน และหมอพื้นบ้านตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการแพทย์แผนไทย สามารถใช้ประโยชน์จากสมุนไพรควบคุมนี้ให้กับผู้ป่วยของตน และอนุญาตให้ผู้ป่วยของผู้ประกอบวิชาชีพเหล่านี้สามารถครอบครอง ขนย้าย ดูแล เก็บรักษา ใช้ประโยชน์ ในปริมาณที่จ่ายให้สำหรับการใช้ประโยชน์เป็นเวลาสามสิบวัน
4 กรกฎาคม 2565	ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับกัญชาหรือกัญชงในสถานศึกษา ส่วนราชการ หรือหน่วยงานในสังกัดและในกำกับของกระทรวงศึกษาธิการ สถานศึกษา ส่วนราชการ หรือหน่วยงานในสังกัดและในกำกับของกระทรวงศึกษาธิการ ห้ามใช้กัญชาหรือกัญชงกับนักเรียน นักศึกษา หรือบุคลากรโดยเด็ดขาด เพราะอาจมีผลต่อการพัฒนาสมอง หรือใช้เพื่อการนันทนาการอาจเกิดผลกระทบต่อสุขภาพได้ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว เช่น อាកารทางจิต และระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายของนักเรียน นักศึกษา หรือ บุคลากร

วันที่	ชื่อกฎหมาย/นโยบาย เนื้อหา/เจตนารมณ์หลัก
25 สิงหาคม 2565	ประกาศกรมอนามัย เรื่อง กำหนดหัวข้อวิชา การใช้กัญชา หรือกัญชง ในการทำ ประกอบ หรือปรุงอาหารที่ปลอดภัย ในการจัดการอบรมผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร พ.ศ. 2565 เพื่อให้ผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร มีความรู้ ความเข้าใจ ในการนำ กัญชา หรือกัญชง มาใช้เป็นส่วนประกอบในการทำ ประกอบ หรือปรุงอาหาร เพื่อการ จำหน่าย ให้มีความเหมาะสมและปลอดภัย
18 มกราคม 2566	ประกาศกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เรื่อง กำหนดแบบตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565 เพื่อกำหนดให้ผู้รับ อนุญาตจำหน่ายกรอกข้อมูลตามแบบการรายงานข้อมูลแหล่งที่มา การนำไปใช้ และ จำนวนที่เก็บไว้ ณ สถานประกอบการ และแบบการแจ้งรายละเอียดการส่งออกสมุนไพร ควบคุมรายครั้ง (กัญชา) เพื่อปฏิบัติการให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565
14 พฤษภาคม 2566	มีการเลือกตั้งทั่วไป หลังจากนั้นเริ่มมีกระแสการปรับให้กัญชากลับไปเป็นยาเสพติดให้โทษ เช่นเดิมจากพรรคการเมืองบางพรรค
14 พฤศจิกายน 2566	นายแพทย์ชลน่าน ศรีแก้ว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานการประชุม พิจารณาทบทวนร่างพระราชบัญญัติกัญชา กัญชง พ.ศ.... ของกรมการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ ได้นำร่างพระราชบัญญัติเดิมที่ไม่ผ่านสภา มาปรับปรุง เติมเต็มในส่วนที่เป็นปัญหา และปิดช่องโหว่ที่เป็นข้อห่วงใยของสังคม โดยเฉพาะการนำกัญชาไปใช้ผิดประเภท ทั้งนี้ ได้มีการลดจำนวนตัวบทเดิมลงจาก 94 มาตรา เหลือ 77 มาตรา และได้แก้ไขสาระสำคัญในแต่ละหมวดเป็นจำนวนมาก โดย พิจารณาปรับแก้ตั้งแต่บทนิยาม มาตราทางกฎหมายในแต่ละหมวด ไปจนถึงบทเฉพาะกาล โดยเฉพาะมาตรการควบคุมไม่ให้ใช้กัญชาผิดประเภท การขออนุญาตและการอนุญาต เช่น ผู้ที่จะปลูกกัญชา เดิมต้องไปจดแจ้งแต่เมื่อเป็นสมุนไพรควบคุม จึงต้องมีการอนุญาต ตลอดจนบทกำหนดโทษ โทษปรับต่างๆ และใบอนุญาตเดิมที่มีอยู่ก็ให้ใช้ต่อจนสิ้นอายุ เป็น ต้น เนื่องจากพืชกัญชานำไปใช้ผิดประเภทอาจทำให้เกิดการเสพติดได้
6 มกราคม 2567	นพ.ชลน่าน ได้ลงนามร่าง พ.ร.บ.กัญชาฯ ซึ่งมี 70 มาตรา ส่งให้เลขาธิการคณะรัฐมนตรี เพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการพิจารณา โดยในวันที่ 12 ม.ค. 2567 กระทรวงสาธารณสุขจัดประชุม รับฟังความคิดเห็นต่อร่าง พ.ร.บ.กัญชาฯ และวันที่ 6 ก.พ. 2567 ได้มีการพิจารณาร่างที่ ผ่านการรับฟังความคิดเห็น และจะนำเข้าสู่ที่ประชุมคณะรัฐมนตรีในสัปดาห์ต่อไป โดยเน้น ย้ำการห้ามใช้กัญชาเพื่อสันหนนาการ และอนุญาตเฉพาะกัญชาทางการแพทย์เท่านั้น เพราะ “ต้น ดอก ราก ใบ ถือเป็นยาเสพติด”
16 พฤษภาคม 2567	เครือข่ายเขียนอนาคตกัญชาไทย ได้รวมตัวกันไปยื่นหนังสือต่อ นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ข้อเสนอเพื่อการปฏิบัติต่อรัฐมนตรีว่าการ กระทรวงสาธารณสุข ในกรณีการนำกัญชากลับสู่ยาเสพติด เพื่อคัดค้านการนำกัญชา กลับไปเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด

วันที่	ชื่อกฎหมาย/นโยบาย เนื้อหา/เจตนารมณ์หลัก
1 มิถุนายน 2567	นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานการประชุมรับฟังความคิดเห็น นักวิชาการ สมาคม ราชวิทยาลัย และเครือข่ายภาคประชาสังคม ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหากัญชาในสังคมไทย โดยกล่าวว่า รัฐบาลมีแนวทางนำกัญชากลับเข้าไปเป็นยาเสพติด แต่การจะประกาศยาเสพติดประเภทที่ 5 เพิ่มเติมจากสิ่งที่มีอยู่ ก็ต้องรับฟังความคิดเห็นของประชาชน โดยเห็นด้วยกับข้อเสนอ ที่ให้เปิดเวทีให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยด้านสาธารณสุขของกัญชา พร้อมขอย้ำว่า ไม่ห้ามทางการแพทย์
11 มิถุนายน 2567	เครือข่ายเยาวชนไม่แตะกัญชาและยาเสพติด (Youth Network Against Cannabis: YNAC) และเครือข่ายแพทย์ นักวิชาการ ภาคประชาชน ด้านกัญชาและยาเสพติด นำรายชื่อจำนวน 207,977 ราย มาเสนอต่อรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) เพื่อให้การสนับสนุนนโยบายรัฐบาลให้นำกัญชากลับไปเป็นยาเสพติด โดยให้ใช้เพื่อการแพทย์เท่านั้น
11 มิถุนายน 2567	<p>ในเว็บไซต์ ระบุกลางทางกฎหมาย ได้มีการเผยแพร่ ร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. เพื่อรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน ระหว่างวันที่ 11-25 มิ.ย. 2567 ซึ่งหากร่างประกาศนี้มีผลใช้บังคับ จะทำให้ช่อดอกกัญชา กัญชง เป็นยาเสพติดประเภท 5 เพิ่มเติมจากประกาศฉบับเดิมที่ออกเมื่อวันที่ 8 ก.พ. 2565 และมีผลใช้บังคับวันที่ 9 มิ.ย. 2565 ที่ประกาศให้กัญชากัญชงเป็นยาเสพติด เฉพาะสารสกัดที่มี THC เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก ประกาศนี้ระบุรายละเอียดคือ ให้ยาเสพติดให้โทษที่ระบุชื่อดังต่อไปนี้เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กัญชา (cannabis) พืชในสกุล Cannabis และวัตถุหรือสารต่าง ๆ ที่มีอยู่ในพืชกัญชา เช่น ยาง (ยกเว้นเปลือก ลำต้น เส้นใย กิ่งก้าน และราก ใบ ซึ่งไม่มียอดหรือช่อดอกติดมาด้วย สารสกัดที่มีสารเตตระไฮโดรแคนนาบินอล (tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกิน ร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก เมล็ดกัญชาไม่จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5) ● กัญชง (hemp) พืชซึ่งมีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า Cannabis sativa L. subsp. sativa อันเป็นชนิดย่อยของพืชกัญชา (Cannabis sativa L.) และวัตถุหรือสารต่าง ๆ ที่มีอยู่ในพืชกัญชง (ยกเว้นเปลือก ลำต้น เส้นใย กิ่งก้าน และราก ใบ ซึ่งไม่มียอดหรือช่อดอกติดมาด้วย สารสกัดที่มีสารเตตระไฮโดรแคนนาบินอล (tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกิน ร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก เมล็ดกัญชง ไม่จัดเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5) ● พืชฝิ่น พืชซึ่งมีชื่อพฤกษศาสตร์ว่า Papaver somniferum L. และ Papaver bracteatum Lindl. หรือที่มีชื่ออื่นในสกุลเดียวกันที่ให้ฝิ่นหรือแอลคาลอยด์ของฝิ่น ● เห็ดขี้ควายหรือพืชเห็ดขี้ควาย ซึ่งมีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า Psilocybe cubensis (Earle) Singer หรือที่มีชื่ออื่นในสกุลเดียวกันที่ให้สาร psilocybin หรือ psilocin ● กรณียาเสพติดให้โทษดังกล่าวนี้เป็นสารควบคุมคุณภาพในการตรวจวิเคราะห์ และควบคุมคุณภาพของการตรวจสารเสพติดในร่างกาย ซึ่งเป็นเครื่องมือแพทย์ตามกฎหมายว่าด้วยเครื่องมือแพทย์ และต้องใช้ตามวัตถุประสงค์ของเครื่องมือแพทย์นั้น ให้ยกเว้นจากการเป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5

ร่างพระราชบัญญัติกัญชา ที่ได้รับการเสนอเข้าพิจารณาในที่ประชุมสภาผู้แทนราษฎร

ตารางที่ 2 ร่างพระราชบัญญัติกัญชา ที่ได้รับการเสนอเข้าพิจารณาในที่ประชุมสภาผู้แทนราษฎร

	สาระสำคัญ
<p>ร่างพระราชบัญญัติกัญชา กัญชง พ.ศ.</p> <p>เสนอโดย นายอนุทิน ชาญวีรกูล สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร กับคณะ รับฟังตั้งแต่วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2565 ถึง วันที่ 19 เมษายน 2565²⁰</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● กำหนดให้รัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการมีอำนาจประกาศกำหนดเกี่ยวกับกัญชา กัญชง โดยกำหนดให้มี “คณะกรรมการกัญชา กัญชง” ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา เป็นกรรมการและเลขานุการ มีหน้าที่และอำนาจ เช่น กำหนดนโยบายและมาตรการส่งเสริม วิจัย พัฒนา การใช้กัญชา กัญชง ทั้งในด้านการแพทย์ อุตสาหกรรม ให้ความเห็น คำแนะนำหรือข้อเสนอแนะต่อรัฐมนตรี หรือผู้อนุญาตในการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ และการกำหนดสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (tetrahydrocannabinol) ในกัญชง เป็นต้น ● กำหนดให้มีการผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร ยา อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนและสาธารณสุขโดยใช้กัญชา กัญชง เป็นวัตถุดิบหรือส่วนประกอบในผลิตภัณฑ์สำเร็จของผู้ผลิตให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น ● กำหนดให้ผู้ประสงค์จะผลิต นำเข้า ส่งออก หรือขายต้องได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต ผู้ประสงค์จะเพาะ ปลูก ต้องจัดแจ้งต่อผู้รับจดทะเบียน ให้เจ้าหน้าที่ บุคคล องค์กร หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่ประเมิน ตรวจสอบ และพิจารณาอนุญาต กำหนดให้เงินค่าธรรมเนียมการจดทะเบียนที่จัดเก็บได้ให้ตกเป็นของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กำหนดให้ผู้อนุญาตว่ากล่าวตักเตือนผู้รับอนุญาตที่ฝ่าฝืน สั่งพักใช้ใบอนุญาต หรือเพิกถอนใบอนุญาตตามสมควรแก่กรณี โดยผู้ถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตจะขอรับใบอนุญาตใด ๆ ในระหว่างถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตอีกไม่ได้ ● กำหนดห้ามผู้ใดโฆษณาเว้นแต่ได้รับใบอนุญาตจากผู้อนุญาต กรณีฝ่าฝืน ให้ผู้อนุญาตมีอำนาจออกคำสั่งให้ผู้โฆษณาดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใด เช่น แก้ไขข้อความ ห้ามใช้ข้อความ ระงับการโฆษณา เป็นต้น ● กำหนดห้ามผู้รับอนุญาตขายกัญชา กัญชง เพื่อการนำไปบริโภคแก่บุคคล เช่น ผู้มีอายุต่ำกว่ายี่สิบปี สตรีมีครรภ์ สตรีให้นมบุตร เป็นต้น และกำหนดโทษแก่ผู้ฝ่าฝืน
<p>ร่างพระราชบัญญัติส่งเสริมการใช้ประโยชน์กัญชา กัญชง พ.ศ.</p> <p>เสนอโดย นางพรรณสิริ กุลนาถศิริ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร กับคณะ รับฟังตั้งแต่วันที่ 10 มีนาคม 2565 ถึง</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● กำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายกัญชา กัญชงแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์หรือแผนงานเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ประโยชน์กัญชา กัญชง ในด้านการแพทย์ เกษตรกรรม อุตสาหกรรม พาณิชยกรรม รวมทั้งการใช้ประโยชน์ด้านอื่น ๆ รวมทั้งการส่งเสริม สนับสนุนการตลาดหรือวิจัยเกี่ยวกับกัญชา กัญชง ● กำหนดมาตรการควบคุมและใช้ประโยชน์กัญชา กัญชง เช่น การขออนุญาต และการอนุญาตผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย หรือมีไว้ในครอบครอง การกำหนดหลักเกณฑ์การจดทะเบียนและการรับจดทะเบียน การใช้ประโยชน์กัญชา กัญชง สำหรับผู้ประกอบการทางการแพทย์หรือสาธารณสุข รวมถึงหน่วยงานของรัฐและสภาวิชาชีพ การปลูกกัญชา กัญชง เพื่อใช้ประโยชน์ในครัวเรือน การปลูกกัญชงเพื่อใช้ประโยชน์จากเส้นใย

²⁰ https://www.parliament.go.th/section77/survey_detail.php?id=193

	สาระสำคัญ
<p>วันที่ 5 เมษายน 2565²¹</p>	<p>ตามประเพณี วัฒนธรรม หรือวิถีชีวิต ตลอดจนหลักเกณฑ์การฟักไข่หรือเพิกถอนใบอนุญาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กำหนดไม่ให้มีการบริโภคกัญชา กัญชง เว้นแต่เป็นกรณีการบริโภคเพื่อการรักษาโรค ตามคำสั่งของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ การบริโภคเพื่อการศึกษาวิจัย หรือที่เป็นการใช้ประโยชน์ในครัวเรือนเพื่อรักษาสุขภาพของตนเองและครอบครัว ● กำหนดหลักเกณฑ์การขออนุญาต และการอนุญาตโฆษณา เกี่ยวกับกัญชา กัญชง ● กำหนดให้มีพนักงานเจ้าหน้าที่ มีหน้าที่และอำนาจในการเข้าไปตรวจสอบ สถานที่ผลิต สถานที่นำเข้าหรือส่งออกกัญชา กัญชง รวมถึงยานพาหนะที่บรรทุกกัญชา กัญชง เพื่อตรวจสอบ ยึดหรืออายัดซึ่งกัญชา กัญชง ที่ได้มาโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย และดำเนินการควบคุมเท่าที่จำเป็น ● กำหนดบทลงโทษทางอาญาสำหรับผู้ฝ่าฝืนผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย มีไว้ในครอบครอง บริโภค หรือโฆษณาซึ่งกัญชา กัญชง โดยไม่ได้รับอนุญาต ไม่ได้จัดแจ้ง หรือฝ่าฝืนเงื่อนไขตามที่กำหนด และกำหนดให้บรรดาความผิดที่มีโทษปรับสถานเดียว สามารถให้ผู้อนุญาตหรือผู้ซึ่งผู้อนุญาตมอบหมายมีอำนาจเปรียบเทียบปรับได้ ● กำหนดบทเฉพาะกาลเพื่อรองรับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในเรื่องต่าง ๆ และรองรับสิทธิของบุคคลที่ได้รับมาโดยผลของกฎหมายเดิม
<p>ร่างพระราชบัญญัติ กัญชา กัญชง พ.ศ. เสนอโดย นายอนุทิน ชาญวีรกูล สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร กับคณะ รับฟังตั้งแต่วันที่ 3 ตุลาคม 2566 ถึง วันที่ 15 พฤศจิกายน 2566²²</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● กำหนดให้ผู้ประสงค์จะเพาะปลูกกัญชาหรือกัญชง หรือการผลิต นำเข้า ส่งออก หรือขายกัญชา กัญชง หรือสารสกัด เพื่อใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์ หรือทางวิทยาศาสตร์ การศึกษา วิเคราะห์ วิจัย หรือเพื่อประโยชน์ในเชิงพาณิชย์หรืออุตสาหกรรม รวมทั้งการเพาะปลูกกัญชาหรือกัญชงเพื่อใช้ประโยชน์ในครัวเรือนหรือใช้ในสถานพยาบาลต้องได้รับอนุญาตหรือได้รับจัดแจ้งก่อนจึงจะดำเนินการดังกล่าวได้ ● กำหนดพื้นที่เพาะปลูกกัญชาหรือกัญชง ได้แก่ (1) พื้นที่ขนาดเล็ก ไม่เกิน 5 ไร่ (2) พื้นที่ขนาดกลาง เกิน 5 ไร่ ขึ้นไป แต่ไม่เกิน 20 ไร่ และ (3) พื้นที่ขนาดใหญ่ เกิน 20 ไร่ ขึ้นไป ● กำหนดให้การนำเข้าหรือส่งออกกัญชา กัญชง หรือสารสกัด ต้องได้รับอนุญาตเฉพาะคราวจากผู้อนุญาตทุกครั้ง กำหนดประเภท คุณสมบัติ และหน้าที่ของบุคคลที่สามารถได้รับใบอนุญาติหรือใบรับจัดแจ้งเพาะปลูกกัญชาหรือกัญชง หรือการผลิต นำเข้า ส่งออก หรือขายกัญชา กัญชง หรือสารสกัด และหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการฟักไข่ ใบอนุญาติ การเพิกถอนใบอนุญาติหรือใบรับจัดแจ้ง และการเลิกกิจการ ● กำหนดการโฆษณาหรือการสื่อสารการตลาดเกี่ยวกับกัญชา กัญชง สารสกัด เครื่องมือ อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบกัญชา ● กำหนดความคุ้มครองบุคคลที่อาจได้รับอันตรายจากการบริโภคกัญชา กัญชง หรือสารสกัด โดยห้ามขายกัญชา กัญชง สารสกัด หรืออาหารที่มีกัญชา กัญชง หรือสารสกัด เป็นวัตถุดิบหรือส่วนประกอบ ให้แก่บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี สตรีมีครรภ์หรือสตรีให้นมบุตร ห้ามขายโดยวิธีการหรือในลักษณะใช้เครื่องขาย โดยวิธีการทาง

²¹ https://www.parliament.go.th/section77/survey_detail.php?id=209

²² https://www.parliament.go.th/section77/survey_detail.php?id=309

	สาระสำคัญ
	<p>อิเล็กทรอนิกส์ โดยวิธีการแจก แลก ให้ หรือแลกเปลี่ยนกับสินค้าอื่น เราชายช่อดอก หรือยาง หรือห้ามขายในบางสถานที่ ได้แก่ ในวัดหรือสถานที่ปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา สถานศึกษา หอพัก สวนสาธารณะ สวนสัตว์ สวนสนุก หรือสถานที่อื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ห้ามสูบบุหรี่ กัญชา กัญชง หรือสารสกัดในสถานที่สาธารณะและสถานที่บริเวณ ดังนี้ (1) วัดหรือสถานที่ปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา (2) สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและสถานพยาบาล เว้นแต่บริเวณที่จัดไว้สำหรับผู้ป่วยหรือที่พักส่วนบุคคล (3) ร้านขายยา (4) สถานที่ราชการ เว้นแต่บริเวณที่จัดไว้เป็นที่พักส่วนบุคคล (5) สถานศึกษา เว้นแต่เพื่อการเรียน การสอนหรือการวิจัย (6) สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิงหรือร้านค้าในบริเวณสถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง (7) สวนสาธารณะ สวนสัตว์ สวนสนุก และ (8) ร้านอาหารหรือสถานที่ของผู้รับอนุญาต และยานพาหนะ ● ห้ามผู้มีเมากัญชา กัญชง สารสกัด หรืออาหารที่มีกัญชา กัญชง หรือสารสกัดเป็นวัตถุดิบหรือส่วนประกอบขับชี่ยานพาหนะ รวมทั้งการอนุญาตให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายสามารถทดสอบผู้ขับชี่ยานพาหนะได้
<p>ร่างพระราชบัญญัติ กัญชา กัญชง ม่าง พ.ศ. เสนอโดย นายวิเชียร ศรีสุด กับผู้มีสิทธิเลือกตั้ง จำนวน 11,779 คน รับฟังตั้งแต่วันที่ 30 มกราคม 2567 ถึง วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567²³</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● เพื่อกำหนดให้มีมาตรการส่งเสริม สนับสนุน ให้นำกัญชา กัญชง และสารสกัดไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดทางการแพทย์ การพาณิชย์ อุตสาหกรรม แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เกษัชกรรม การนวดไทย การผดุงครรภ์ สัตวแพทย์ การเลี้ยงสัตว์ หมอพื้นบ้าน การท่องเที่ยว สถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ และการใช้ประโยชน์ในครัวเรือน วิจัยและพัฒนา สร้างนวัตกรรม แปรรูปผลิตภัณฑ์ ตลอดถึงการสร้างองค์ความรู้ บูรณาการร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน ทั้งส่งเสริม สนับสนุน ควบคุมการนำเข้า ส่งออก สกัด จำหน่าย แปรรูป ● กำหนดให้มีมาตรการทางกฎหมาย ควบคุมการนำกัญชา กัญชง และสารสกัด ไปใช้ในทางที่ผิด โดยเฉพาะเด็กและเยาวชน สตรีมีครรภ์ สตรีให้นมบุตร และบุคคลอื่นใดที่อาจก่อให้เกิดอันตราย ทั้งควบคุม ดูแล คุ้มครองสถานที่ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคลอื่น เช่น วัดและสถานปฏิบัติพิธีทาง ศาสนา หอพัก สถานศึกษา มหาวิทยาลัย สวนสาธารณะ สวนสัตว์ และสวนสนุก ● ที่ผ่านมามีการนำบรวมน้ำมันกัญชาของกัญชาที่มีลักษณะคล้ายกันกับกัญชา กัญชง คือ พืชมาง รวมเข้าด้วยกันโดยไม่ได้คำนึงถึงวัตถุประสงค์การใช้ประโยชน์และความเป็นมา ตลอดจนความผูกพันของพืชมางกับระบบวิถีชีวิตตามประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ และภูมิปัญญาของกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งเป็นการลดทอนคุณค่าของพืชมางที่จำเป็นต้องมีได้ เป็นเหตุให้เกิดผลกระทบต่อกลุ่มชาติพันธุ์มางมาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น จึงต้องมีการส่งเสริม และคุ้มครองพืชกัญชาชนิดอื่นที่โดยถูกนำบรวมนเป็นกัญชา กัญชง ซึ่งเป็นการปลูกเพื่อเอาเส้นใยมาทำเป็นเส้นด้ายผลิตเสื้อผ้า และใช้ประโยชน์ในการดำรงชีพเท่านั้น แต่มิได้ถูกใช้ในการเอาสารสกัดแต่อย่างใด ให้คงมีอยู่คู่กับวิถีชีวิตของท้องถิ่นตลอดไป ● กำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายกัญชา กัญชง ม่างแห่งชาติ

²³ https://www.parliament.go.th/section77/survey_detail.php?id=345

	สาระสำคัญ
	<ul style="list-style-type: none"> ● กำหนดให้มีการขออนุญาตและอนุญาตแก่ผู้ประสงค์จะผลิต นำเข้า ส่งออก หรือจำหน่ายกัญชา กัญชง หรือสารสกัด การขออนุญาตเพาะปลูกกัญชา กัญชง การจัดแจ้งและการรับแจ้ง การใช้ประโยชน์จากกัญชา กัญชงในครัวเรือน และการกำหนดกระบวนการพิจารณาอนุญาต การพักใช้ใบอนุญาต การเพิกถอนใบอนุญาต หรือใบรับจัดแจ้ง ● กำหนดการโฆษณา การกำหนดบทบาทหน้าที่ของพนักงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการกำหนดการอุทธรณ์กรณีผู้อนุญาตหรือผู้รับจัดแจ้งไม่ออกใบอนุญาต ใบรับจัดแจ้ง หรือไม่อนุญาตให้ต่อใบอนุญาต หรือใบรับจัดแจ้ง และกระบวนการพิจารณาอุทธรณ์ การกำหนดให้มีมาตรการคุ้มครองบุคคล ซึ่งอาจได้รับอันตรายจากการบริโภคกัญชา ยาง หรือสารสกัด และการป้องกันการใช้ในทางที่ผิด มาตรการคุ้มครองในสถานที่ ยานพาหนะ ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคลอื่นจากการใช้กัญชา ยาง และสารสกัดกัญชา และบทกำหนดโทษ การกำหนดให้มีการส่งเสริมและคุ้มครองมัง บทเฉพาะกาล และอัตราค่าธรรมเนียมในการออกใบอนุญาตและการอนุญาต
<p>ร่างพระราชบัญญัติ ควบคุมกัญชา กัญชง พ.ศ. เสนอโดย นายประสิทธิ์ชัย หนูนวน กับผู้มีสิทธิ เลือกตั้ง จำนวน 10,125 คน รับฟัง ตั้งแต่วันที่ 22 มีนาคม 2567 ถึง วันที่ 19 เมษายน 2567²⁴</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● กำหนดให้การใช้กัญชา กัญชง หรือสารสกัด เป็นวัตถุประสงค์หรือส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์สมุนไพรตามกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร ยาตามกฎหมายว่าด้วยยาอาหารตามกฎหมายว่าด้วยอาหาร เครื่องสำอางตามกฎหมายว่าด้วยเครื่องสำอาง หรือผลิตภัณฑ์อื่นใดตามที่กฎหมายเฉพาะบัญญัติไว้ รวมถึงการนำเข้า การส่งออก การขาย และการโฆษณา ซึ่งผลิตภัณฑ์ดังกล่าวให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น เว้นแต่กรณีเข้าข้อยกเว้น ● กำหนดบทนิยามความหมายของคำว่า กัญชา กัญชง กระบวนการสกัด สารสกัด ผลิต นำเข้า ส่งออก ขาย บริโภค ใช้ประโยชน์ในครัวเรือน โฆษณา การสื่อสารการตลาด ● กำหนดให้มีคณะกรรมการกัญชา กัญชง ● กำหนดให้มีการขออนุญาตและการอนุญาตในการเพาะปลูกกัญชา กัญชง หรือผลิต นำเข้า ส่งออกหรือขาย การกำหนดให้มีการขอจัดแจ้งและการรับจัดแจ้งในการเพาะปลูกเพื่อประโยชน์ในครัวเรือน รวมถึงการกำหนดหน้าที่ของผู้อนุญาตและผู้จัดแจ้ง การกำหนดให้มีการพักใบอนุญาต การเพิกถอนใบอนุญาตหรือใบรับจัดแจ้ง และการเลิกกิจการ ● กำหนดให้มีข้อห้ามการโฆษณา หรือทำการสื่อสารการตลาดเกี่ยวกับช่อดอกหรือยางของกัญชา สารสกัด หรือเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบกัญชา รวมถึงข้อยกเว้น ● กำหนดให้มีการอุทธรณ์กรณีผู้อนุญาตหรือผู้รับจัดแจ้งไม่ออกใบอนุญาตหรือใบรับจัดแจ้ง หรือไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบอนุญาตหรือไม่ต่ออายุใบรับจัดแจ้ง ● กำหนดให้มีการคุ้มครองบุคคลซึ่งอาจได้รับอันตรายจากการบริโภคกัญชา กัญชง หรือสารสกัดและการป้องกันการใช้กัญชา กัญชง หรือสารสกัดในทางที่ผิด และการกำหนดให้มีบทกำหนดโทษกรณีฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้

²⁴ https://www.parliament.go.th/section77/survey_detail.php?id=370

	สาระสำคัญ
<p>ร่างพระราชบัญญัติ กัญชา กัญชง พ.ศ. เสนอโดย นายเท่าพิภพ ลิ้มจิตร กร สมาชิกสภาผู้แทน ราษฎร กับคณะ รับ ฟังตั้งแต่วันที่ 22 มีนาคม 2567 ถึง วันที่ 22 เมษายน 2567²⁵</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● โดยที่ประมวลกฎหมายยาเสพติดไม่ได้กำหนดให้กัญชา กัญชง เป็นยาเสพติด ซึ่งเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงการปลูก การผลิต การใช้กัญชา กัญชง เช่นเดียวกับพืช โดยทั่วไป การปลูกและการผลิต จึงเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนเทียบเท่ากับการปลูกพืชโดยทั่วไป หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงไม่อาจปฏิบัติ ต่อประชาชนที่ปลูก ผลิต ใช้ กัญชา กัญชงตามวิถีของชุมชนในลักษณะที่แตกต่างจากพืชทั่วไป กฎหมายฉบับนี้ มีเจตนารมณ์ในการรักษาสีติพื้นฐานของประชาชนในการเข้าถึง การปลูก การผลิต การใช้ ตามวิถีของชุมชน ได้อย่างมีเสรีภาพ โดยมีกฎหมายการใดกีดกันจากหน่วยงาน รัฐ สถาบันวิชาการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรอื่นใดในการเข้าถึงการ ปลูก ผลิต การใช้ตามวิถีชุมชน ● กฎหมายฉบับนี้มุ่งเน้นการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อให้มีการใช้กัญชา กัญชง ได้อย่างเหมาะสม การดำเนินการใดเกี่ยวกับ การผลิต การแปรรูปใด ๆ จากกัญชา กัญชง ให้ ปฏิบัติตามประมวลกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการผลิต แปรรูปกัญชา กัญชง ซึ่งมี มาตรการให้ปฏิบัติตาม ประมวลกฎหมายนั้นอยู่แล้ว ข้อกำหนดของกฎหมายฉบับนี้ ตลอดจนกฎหมายประกอบอื่นใดตามพระราชบัญญัตินี้ จะกำหนดมาตรการใดในการ กีดกันประชาชนในการปลูก ผลิต การใช้ตามวิถีชุมชนไม่ได้ เว้นแต่เป็นมาตรการจัด แจ้งเพื่อเป็นประโยชน์สำหรับการเป็นฐานข้อมูลเท่านั้น ● ข้อกำหนดในกฎหมายฉบับนี้มุ่งเน้นการส่งเสริมให้เกิดการวิจัย และพัฒนา การรักษา และพัฒนาสายพันธุ์ท้องถิ่น การกระจายประโยชน์ทางเศรษฐกิจ ตลอดจนมาตรการ ควบคุมคุณภาพผลิตภัณฑ์เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค ให้มีการใช้กัญชา กัญชง อย่าง เหมาะสม
<p>ร่างพระราชบัญญัติ กัญชา กัญชง พ.ศ. เสนอโดย กรมการแพทย์แผน ไทยและการแพทย์ ทางเลือก กระทรวง สาธารณสุข รับฟังตั้งแต่วันที่ 18 กันยายน 2567 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2567²⁶</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้มีคณะกรรมการกัญชา กัญชง โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็น ประธาน มีหน้าที่และอำนาจ เสนอนโยบายและยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการควบคุมและ ส่งเสริม กัญชา กัญชง และสารสกัด และการคุ้มครองสุขภาพของประชาชน ต่อ กรม. เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ กำหนดมาตรการการส่งเสริม วิจัย พัฒนา การใช้ กัญชา กัญชง และสารสกัด ทั้งในด้านการแพทย์ เกษตรกรรม อุตสาหกรรม พาณิชยกรรม และประโยชน์อื่น ๆ ● ในการเพาะปลูกกัญชาหรือกัญชง หรือผลิต นำเข้า ส่งออก หรือจำหน่าย กัญชา กัญชง หรือสารสกัด ต้องได้รับใบอนุญาต แต่ไม่ใช่บังคับแก่การจำหน่าย ผลิตหรือ ส่งออกส่วนของราก กิ่ง ก้าน ใบ ลำต้น หรือเมล็ดของกัญชา หรือกัญชง และการส่ง จำหน่ายหรือแจกจ่ายกัญชา กัญชง หรือสารสกัด เพื่อการบำบัดรักษาและบรรเทาความ เจ็บป่วยของมนุษย์ หรือป้องกันโรค รวมถึงการนำไปใช้เพื่อให้เกิดผลต่อสุขภาพหรือ การทำงานของร่างกายให้ดีขึ้น เสริมสร้างโครงสร้างหรือการทำงานของร่างกายหรือ ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคของผู้ประกอบวิชาชีพที่กำหนด ● การขอรับใบอนุญาตเพาะปลูกกัญชาหรือกัญชง จะแบ่งตามขนาดพื้นที่เพาะปลูก 3 ขนาด คือ (1) พื้นที่ขนาดเล็ก ไม่เกิน 5 ไร่ (2) พื้นที่ขนาดกลาง เกิน 5 ไร่ ขึ้นไป แต่ไม่ เกิน 20 ไร่ และ (3) พื้นที่ขนาดใหญ่ เกิน 20 ไร่ ขึ้นไป แต่ไม่เกิน 400 ไร่ ในส่วนของ

²⁵ https://www.parliament.go.th/section77/survey_detail.php?id=373

²⁶ https://law.go.th/listeningDetail?survey_id=NDM0NURHQV9MQVdfRUPTIRFTkQ=

	สาระสำคัญ
	<p>ผู้ขอรับใบอนุญาตทั้งเพาะปลูกกัญชาหรือกัญชง หรือผลิต นำเข้า ส่งออก หรือจำหน่าย กัญชา กัญชง หรือสารสกัด ต้องเป็นบุคคลสัญชาติไทย หรือ นิติบุคคลที่มีสัญชาติไทย มีสำนักงานตั้งอยู่ในประเทศไทย หรือเป็นวิสาหกิจชุมชน หรือสภาเกษตรกรไทยหรือหน่วยงานของรัฐหรือหน่วยงานในกำกับของรัฐที่มีภารกิจเกี่ยวข้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ห้ามโฆษณา หรือทำการสื่อสารการตลาดเกี่ยวกับช่อดอกหรือยางของกัญชา กัญชง หรือสารสกัด หรือเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูบกัญชา ● ห้ามจำหน่ายกัญชา กัญชง หรือสารสกัดเพื่อการบริโภค ไม่ว่าจะนำไปเพื่อประโยชน์ในทางการค้าหรือให้โดยมีสิ่งตอบแทนหรือผลประโยชน์อื่นใดหรือไม่ก็ตาม แก่บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่า 20 ปี สตรีมีครรภ์ สตรีให้นมบุตร และบุคคลอื่นใดตามที่รัฐมนตรีประกาศ และจะต้องแจ้ง ณ สถานที่จำหน่ายหรือผ่านช่องทางการจำหน่ายอื่น รวมทั้งค่าเตือนในการบริโภค ● ห้ามจำหน่ายโดยใช้เครื่องจำหน่าย หรือวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ วิธีการแจก แคม ให้แลกเปลี่ยนกับสินค้าอื่น หรือเสนอให้สิทธิในการเข้าชมการแข่งขัน การแสดง การให้บริการ การชิงโชค การชิงรางวัล หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดเป็นการตอบแทนแก่ผู้ซื้อ รวมถึง ห้ามจำหน่าย ใน วัดหรือสถานที่สำหรับประกอบพิธีกรรมทางศาสนา สถานศึกษา หอพัก สวนสาธารณะ สวนสัตว์ และสวนสนุกและ สถานที่อื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด อีกทั้ง ห้ามขบขี้ยานพาหนะในขณะที่มีเมามากัญชา กัญชง สารสกัด หรืออาหาร ● ห้ามบริโภคกัญชา กัญชง หรือสารสกัด เว้นแต่เป็นการบริโภค โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. การบำบัด รักษา และบรรเทาความเจ็บป่วยของมนุษย์ หรือป้องกันโรค รวมถึงการนำไปใช้กับมนุษย์ เพื่อให้เกิดผลต่อสุขภาพหรือการทำงานของร่างกายให้ดีขึ้น เสริมสร้างโครงสร้างหรือการทำงานของร่างกายหรือลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์ ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีนหรือหมอพื้นบ้าน 2. การศึกษาวิเคราะห์หรือวิจัยที่ดำเนินการโดยหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ศึกษาวิจัยหรือจัดการ เรียนการสอนสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์หรือเภสัชกรรม สภาเกษตรกรไทย หรือสถาบันอุดมศึกษาเอกชน ที่ศึกษาวิจัยและจัดการเรียนการสอนทางการแพทย์หรือเภสัชศาสตร์ 3. ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ยา อาหาร เครื่องสำอาง หรือผลิตภัณฑ์อื่นใดตามที่มิถุนายนเฉพาะที่บัญญัติไว้

ผลกระทบของนโยบายกัญชาเสรีในประเทศที่เปิดให้มีการขายและใช้กัญชาเพื่อนันทนาการ

ประเทศที่มีการอนุญาตให้มีการจัดหาและการใช้กัญชาเพื่อนันทนาการอย่างถูกกฎหมายนอกจากประเทศไทยแล้ว ได้แก่ ประเทศอูรุกวัย ซึ่งเป็นประเทศแรกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ประเทศสหรัฐอเมริกาเฉพาะ 21 รัฐเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 และประเทศแคนาดาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 การมีนโยบายกัญชาเสรีในประเทศเหล่านี้ทำให้เกิดผลกระทบแบ่งออกเป็น 5 ด้าน²⁷ ได้แก่

²⁷ UNODC, World Drug Report 2022 (United Nations publication, 2022).

- **ผลกระทบด้านสาธารณสุข** พบว่า การใช้กัญชาในประชากรผู้ใหญ่เพิ่มสูงขึ้นในรัฐหรือประเทศที่มีการอนุญาตให้ใช้กัญชาเสรี โดยอัตราการใช้ในประชากรชายและหญิงมีความใกล้เคียงกันมากขึ้น และในประเทศแคนาดา พบว่าหลังจากมีนโยบายกัญชาเสรี ประชากรที่ใช้กัญชามีการรับรู้ว่า กัญชาเป็นสารเสพติดเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ในรัฐที่อนุญาตให้ใช้กัญชาเสรีในประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา การใช้กัญชาเพื่อนันทนาการเพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่ก่อนจะออกนโยบายกัญชาเสรีแล้ว โดยส่วนใหญ่เพิ่มขึ้นตั้งแต่เมื่อมีการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ ซึ่งทำให้คนเข้าถึงกัญชาได้ง่ายขึ้นจึงนำไปใช้สำหรับนันทนาการได้มากขึ้น ส่วนการใช้กัญชาในวัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดาถึงแม้จะมีอัตราสูงกว่าในประเทศอื่น ๆ แต่ยังคงมีแนวโน้มคงที่หรือลดลงเล็กน้อย แต่การใช้เป็นประจำทุกวันและการใช้แบบ vaping มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

นอกจากนั้น พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มาห้องฉุกเฉินและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงปีแรก ๆ หลังการเปิดเสรี โดยส่วนใหญ่เกิดจากการกินผลิตภัณฑ์อาหาร ขนม เครื่องดื่มที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม โดยเฉพาะในเด็ก และแนวโน้มของการเป็นโรคจากการใช้กัญชา (cannabis use disorders) และโรคจิตเวชอื่นรวมทั้งการฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ส่วนอัตราการใช้สารเสพติดชนิดอื่นไม่พบว่า การตีตราลดลงในรัฐที่เปิดเสรีกัญชา และหลักฐานวิชาการที่ยังสรุปไม่ได้ว่ากัญชาได้ถูกนำไปใช้แทนที่สารเสพติดชนิดอื่น แต่มีหลักฐานวิชาการที่บ่งชี้ว่า การเปิดเสรีกัญชาน่าจะทำให้มีการใช้กัญชาพร้อมกับสารเสพติดชนิดอื่นมากกว่าการใช้ทดแทนสารอื่น

- **ผลกระทบต่อตลาดกัญชา** แสดงให้เห็นได้ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ผลผลิต ความสำเร็จของสารออกฤทธิ์ และราคา ซึ่งมีความแตกต่างกันมากในแต่ละแหล่ง แต่ผลผลิตที่มีความเข้มข้นมาก และผลผลิตในรูปแบบที่กินได้เข้าสู่ตลาดเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนหลังมีกฎหมายกัญชาเสรี ระดับเฉลี่ยของ THC ในกัญชาเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ หลังเปิดเสรี พร้อม ๆ กับการลดลงของระดับ CBD ซึ่งอาจเป็นผลจากความสนใจของกลุ่มธุรกิจกัญชา และความหลากหลายของตลาด เช่นเดียวกันกับที่เกิดขึ้นกับผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ

ขนาดของตลาดใต้ดินมักจะยังคงอยู่หลังการเปิดเสรี แต่มีขนาดแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การเปิดเสรีไม่ได้ทำให้ตลาดใต้ดินหายไป แต่อาจจะมีขนาดลดลงเท่านั้น การที่ตลาดใต้ดินยังคงเป็นที่สนใจอยู่อาจเป็นเพราะว่า ราคา คุณภาพของกัญชา และการเข้าถึงอาจจะง่ายกว่าตลาดที่ถูกกฎหมาย

อย่างไรก็ตาม นโยบายที่กำหนดให้กัญชาถูกกฎหมายก็ทำให้รัฐมีรายได้จากการเรียกเก็บภาษีกัญชาเพิ่มมากขึ้นในรัฐหรือประเทศที่มีนโยบายนี้

- **ผลกระทบด้านความปลอดภัยของสังคม** ปัญหาในการขับรถภายใต้ฤทธิ์ของกัญชา การตายจากอุบัติเหตุจราจร และการเข้ารับการรักษาจากปัญหานี้เพิ่มขึ้นหลังเปิดเสรีกัญชาในประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา การละเมิดกฎข้อบังคับของโรงเรียนที่เกี่ยวข้องกับกัญชากลายเป็นเหตุผลหลักของการถูกให้ออกจากโรงเรียน การระงับการเรียน หรือการส่งต่อนักเรียนไปยังหน่วยงานทางกฎหมาย และเพิ่มมากขึ้นหลังการเปิดเสรีกัญชา
- **ผลกระทบด้านอาชญากรรม** การถูกจับกุมและดำเนินคดีจากการเสพหรือครอบครองกัญชาลดลงอย่างชัดเจนในผู้ใหญ่ แต่ลดลงเล็กน้อยอย่างไม่มีนัยสำคัญในเยาวชน ส่วนความรุนแรงหรืออาชญากรรมต่อทรัพย์สินที่ไม่เกี่ยวข้องกัญชายังไม่เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนหลังการเปิดเสรีกัญชา แต่พบว่า การกระทำความรุนแรงในสถานที่รอบ ๆ จุดจำหน่ายกัญชา โดยเฉพาะในชุมชนที่มีเศรษฐกิจต่ำเพิ่มมากขึ้น
- **ผลกระทบด้านธุรกิจ** นโยบายกัญชาเสรีทำให้กลุ่มอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ให้ความสนใจลงทุนมากขึ้นอย่างชัดเจน รวมทั้งอุตสาหกรรมสุราและยาสูบที่หันมาลงทุนในกัญชาเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

มาตรการทางเลือกในการควบคุมกัญชาในประเทศที่อนุญาตให้ใช้กัญชานอกเหนือจากวัตถุประสงค์ทางการแพทย์

กัญชาเป็นพืชที่มีผลผลิตสูง การผลิตในที่ร่มพื้นที่ 1 ตารางเมตรให้ผลผลิตกัญชาแห้งประมาณ 400 กรัมต่อการเก็บเกี่ยว 1 ครั้ง ซึ่งเป็นปริมาณที่เพียงพอสำหรับผู้บริโภคแม้จะเป็นผู้เสพในปริมาณมากในเวลาหนึ่งปี ด้วยเหตุนี้การผลิตใน

ระดับครัวเรือนและการผลิตเชิงพาณิชย์ในร่มจึงสามารถทำได้ การผลิตกัญชาจึงไม่แตกต่างจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สามารถผลิตได้จากพืชหลายชนิด ผลิตได้ในครัวเรือน และเป็นปัญหาของรัฐบาลประเทศต่าง ๆ มาอย่างยาวนาน มาตรการทางเลือกในการควบคุมสารเสพติดถูกกฎหมาย เช่น กัญชา โดยพิจารณาตามระดับของขอบเขตการผลิต²⁸ ได้แก่

- **การปลูกที่บ้าน** รูปแบบการอนุญาตผลิตที่จำกัดที่สุด คือ การอนุญาตให้ผลิตในครัวเรือนและอาจให้เป็นของขวัญได้แต่ไม่อนุญาตให้จำหน่ายให้ผู้อื่น สิทธิการปลูกกัญชาในบ้านได้รับอนุญาตในรัฐออลาสกาโดยระบุอยู่ในรัฐธรรมนูญของรัฐมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1975 นอกจากนี้ พื้นที่หลายแห่งที่ยอมให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ก็อนุญาตให้ปลูกกัญชาที่บ้าน และเป็นมาตรการภายใต้นโยบายลดทอนโทษทางอาญาหรือนโยบายกัญชาถูกกฎหมายของประเทศต่าง ๆ การประเมินผลของมาตรการดังกล่าวยังมีไม่มาก เนื่องจากมักจะเป็นมาตรการที่มาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงนโยบายอื่น ๆ จากข้อมูลที่มี ไม่ปรากฏว่ามาตรการดังกล่าวกระตุ้นการใช้ที่เพิ่มขึ้น แต่ก็ยังไม่ส่งผลลดการค้าในตลาดมืดอย่างมีนัยสำคัญ กัญชาจากตลาดมืดมีราคาไม่แพง และหาซื้อได้ง่ายในประเทศตะวันตกส่วนใหญ่ ผู้ใช้หลายคนจึงชอบที่จะซื้อกัญชาจากตลาดมืดมากกว่าจะต้องยุ่งยากกับการปลูกด้วยตนเอง
- **ชมรม (คลับ) กัญชา** เป็นการยกระดับจากการอนุญาตให้ปลูกที่บ้านขึ้นมาหนึ่งระดับ คือ การให้กลุ่มคนขนาดเล็กสามารถใช้สิทธิการปลูกกัญชามาปลูกในพื้นที่เดียวกันในลักษณะ ‘ชมรมหรือคลับกัญชา’ โดยไม่สามารถจำหน่ายจ่ายแจกให้กับผู้ที่ไม่ใช่สมาชิกของคลับ ซึ่งเป็นรูปแบบที่พบในประเทศสเปน เบลเยียม และอูรุกวัย การปลูกรวมกันที่ละ 25-100 ต้น มีข้อได้เปรียบเมื่อเทียบกับการปลูกที่บ้าน เนื่องจาก การปลูกร่วมกันในคลับใช้แรงงานสมาชิกเพียงไม่กี่คนเท่านั้นที่รับผิดชอบการดูแลต้นกัญชา ซึ่งช่วยให้สะดวกในการปลูกกัญชาที่มีสายพันธุ์หลากหลาย อย่างไรก็ตาม การปลูกในรูปแบบคลับกัญชาก็ยังอยู่ในขอบเขตขนาดที่เล็กเกินไปที่จะได้ประโยชน์ทางเศรษฐศาสตร์แบบเดียวกับขนาดที่ผลิตในระดับอุตสาหกรรม ข้อจำกัดที่สำคัญของการอนุญาตให้ผลิตในรูปแบบคลับกัญชา คือ การที่ผู้ประกอบการจะหลีกเลี่ยงการใช้การดำเนินงานของคลับไปเพื่อการผลิตและจำหน่ายให้กับผู้ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกเพื่อหวังผลกำไร สิ่งนี้ได้ก่อให้เกิดความกังวลอย่างมากต่อคลับกัญชาในประเทศสเปน
- **การผูกขาดโดยรัฐบาล** สำหรับสินค้าอุปโภคบริโภคที่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ใช้หรือผู้อื่น เศรษฐกิจในระบบตลาดเสรีมักปล่อยให้อุปทานของสินค้าเป็นไปตามกลไกตลาดเสรี ซึ่งมีแนวโน้มที่ก่อให้เกิดนวัตกรรมและมีความสร้างสรรค์มากกว่าการดูแลอุปทานโดยภาครัฐ แต่สำหรับผลิตภัณฑ์ที่มีความละเอียดอ่อนที่มีแนวโน้มจะนำไปสู่ปัญหาในตลาดเสรี สังคมก็มักจะยินยอมให้การผลิต จัดจำหน่าย หรือการค้าปลีกให้อยู่ในการดูแลของรัฐบาลอย่างน้อยก็บางส่วน ซึ่งสินค้าเหล่านี้อาจรวมถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ และยารักษาโรค ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับยุคสมัยและขึ้นกับว่าเป็นประเทศใด ทางเลือกนี้ได้ถูกใช้ในการควบคุมตลาดค้าปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแคนาดา ยกเว้นในหนึ่งจังหวัด ในหลายรัฐ เขตปกครอง และเมืองของสหรัฐอเมริกา สี่ในห้าประเทศนอร์ดิก และยังเป็นวิธีการที่ถูกใช้ในการควบคุมลอตเตอรี่และการพนันอื่น ๆ (รวมถึงเครื่องพนันอัตโนมัติ) ในบางประเทศ รัฐบาลหลายประเทศเคยผูกขาดตลาดยาสูบ และประเทศจีนซึ่งเป็นประเทศผู้ผลิตบุหรี่รายใหญ่ที่สุดในโลกก็ยังคงผูกขาดอยู่

มีหลายเหตุผลสนับสนุนการผูกขาดโดยรัฐ การผูกขาดมีแนวโน้มที่จะสร้างรายได้ให้กับรัฐมากกว่าการเก็บภาษีจากบริษัทเอกชน (ซึ่งเป็นเหตุผลหลักที่การผูกขาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรัฐยังคงอยู่จนถึงทุกวันนี้ ในยุคที่โดยทั่วไปมองว่ากลไกดังกล่าวไม่เหมาะสม) แต่เหตุผลหลักที่การผูกขาดโดยรัฐในการจำหน่ายสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทถูกนำมาใช้แทนการค้าผ่านตลาดเสรี คือ การที่รัฐมีโอกาสมากกว่าในการออกแบบโครงสร้างตลาดเพื่อผลประโยชน์ด้านสาธารณสุข ความสงบสุขของสังคม และลดอันตรายจากการใช้สารดังกล่าว การผูกขาดการค้าปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยรัฐส่งผลให้เกิดปัญหาจากแอลกอฮอล์ในอัตราที่ต่ำกว่าการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยธุรกิจเอกชน

²⁸ สาวิตรี อัญญากรชัย, รัตมน กัลยาศิริ. (2563) นโยบายสารเสพติดกับประโยชน์สาธารณะ ฉบับปรับปรุงและพิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด และสาขาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- **องค์กรเอกชนไม่แสวงหากำไร** อีกทางเลือกหนึ่งคือ การไว้วางใจให้องค์กรพัฒนาเอกชน ที่มีคณะกรรมการและพันธกิจที่บังคับให้ต้องพิจารณาประเด็นสวัสดิการสังคม และไม่ใช้การบริหารจัดการองค์กรเพียงเพื่อผลกำไรสูงสุด เป็นผู้ดูแลการผลิตและการจัดจำหน่ายสินค้าที่สามารถจัดหาได้อย่างถูกกฎหมายแต่เป็นสินค้าที่มีเงื่อนไขพิเศษ
- **กิจการเชิงพาณิชย์ที่มีการกำกับควบคุม** ตัวอย่างเช่น การออกใบอนุญาตในการประกอบกิจการเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งโดยทั่วไปต้องมีการขอใบอนุญาตทุกขั้นตอน ทั้งการผลิต การขนส่ง และการจำหน่าย มีการแบ่งแยกระหว่างผู้ผลิต ผู้ค้าส่ง และผู้ค้าปลีก วิธีการนี้เป็นวิธีในการลดอำนาจทางเศรษฐกิจและการเมืองของธุรกิจลง การจำกัดจำนวนผู้ได้รับใบอนุญาตยังช่วยลดการแข่งขันในตลาดซึ่งนำไปสู่การขายมากเกินไป และทำให้ผู้ได้รับใบอนุญาตมีแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎหมาย

วัตถุประสงค์ของชุดโครงการ

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ด้านอุปสงค์ อุปทาน ผลกระทบ และมาตรการที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ภายในระยะเวลาสองปีหลังประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 มีผลบังคับใช้ ณ วันที่ 9 มิถุนายน 2565 รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์แต่ละด้าน เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาหรือข้อมูลสถิติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในช่วง 1-2 ปีแรกหลังการอนุญาตให้ใช้กัญชาทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2562 โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะต่อไปนี้

1.1) เพื่อสำรวจความชุก และประมาณการจำนวนของผู้ใช้กัญชา แบบแผนและวัตถุประสงค์ของการใช้กัญชาและสารเสพติดชนิดอื่น (การใช้ทดแทนหรือใช้ร่วมกัน) แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงความชุกการใช้กัญชาและสารเสพติดชนิดอื่น ลักษณะของประชากรผู้ใช้กัญชา ความรู้/ทัศนคติต่อกัญชาและมาตรการควบคุม ในประชากรทั่วไป นักเรียน นักศึกษา เยาวชนนอกสถานศึกษา และเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

1.2) เพื่อสำรวจรูปแบบการเข้าถึงกัญชา การเข้าถึงโฆษณา/กิจกรรมการตลาด ชนิดผลิตภัณฑ์ ราคา รายได้จากการผลิต/ปลูก ค่าใช้จ่ายในการบริโภค/จัดการกับผลกระทบ ในมุมมองของประชากรทั่วไป นักเรียน นักศึกษา เยาวชนนอกสถานศึกษา และเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

1.3) เพื่อสำรวจความชุกและลักษณะของผลกระทบจากการใช้กัญชาต่อตนเองและผู้อื่น โดยรวมถึงผลกระทบด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิต และสังคมในประชากรทั่วไป นักเรียน นักศึกษา เยาวชนนอกสถานศึกษา และเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

1.4) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่อไปนี้

1.4.1) การปลูก/ผลิตกัญชาที่บ้าน การรับรู้ความยากง่ายในการเข้าถึงกัญชา การอยู่ในแหล่งผลิต/จำหน่ายกัญชา ความรู้/ทัศนคติต่อกัญชาและนโยบาย/มาตรการควบคุม กับ การใช้และผลกระทบทางสุขภาพและสังคมจากการใช้กัญชา

1.4.2) แบบแผนการใช้กัญชา (ปริมาณ ความถี่ ชนิดผลิตภัณฑ์ และความเข้มข้นของสารออกฤทธิ์ ระยะเวลารวมทั้งใช้และใช้ครั้งสุดท้าย) กับ ปัญหาสุขภาพฉับพลัน (การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร/การทำร้ายร่างกายตนเองหรือผู้อื่น ภาวะเป็นพิษ/ใช้เกินขนาด) ปัญหาสุขภาพเรื้อรังและการจัดการตนเอง (การดำเนินโรค การติดตามการรักษา/ร่วมมือในการกินยา อันตรกิริยากับยารักษาโรคเรื้อรัง)

1.5) เพื่อเฝ้าระวังอุบัติการณ์การเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐด้วยอาการเมากัญชา และอาการต่าง ๆ ที่มีสาเหตุมาจากการใช้กัญชา

1.6) เพื่อประเมินต้นทุนสุทธิของครัวเรือน (รายได้จากการผลิต/จำหน่ายกับรายจ่ายจากการซื้อหา/รักษา/ดำเนินคดี) และต้นทุนทางสังคมของประเทศจากการบริโภคกัญชา

2) เพื่อพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง กำกับติดตาม หรือประเมินผลกระทบของนโยบายกัญชาเสรีในประเทศไทยต่อไปในอนาคต

3) เพื่อพัฒนารูปแบบพื้นที่นำร่อง “ธรรมนุญสุขภาพกัญชา” เพื่อเป็นต้นแบบของพื้นที่กำกับดูแลควบคุม การบริโภค การผลิตและจำหน่าย และลดผลกระทบจากกัญชาโดยประชาชนในพื้นที่เอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ชุดโครงการนี้ใช้กรอบแนวคิดของการกำกับติดตามและประเมินผล (monitoring and evaluation) โดยพิจารณาว่า การเปลี่ยนแปลงของนโยบายด้านกัญชาของประเทศไทย จากเดิมที่กัญชาเป็น “ยาเสพติดให้โทษ” ตาม พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ที่มีการปรับปรุงต่อมาหลายฉบับ ซึ่งกำหนดว่า กัญชาและพืชกระท่อม เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ห้ามมิให้ผู้ใดเสพหรือนำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วย หรือนำไปใช้ประโยชน์ ในทางการแพทย์ และยังกำหนดโทษทั้งผู้เสพและผู้ครอบครองด้วย จนมาถึงการออกพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 และบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 16 มิถุนายน 2562 ในราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ซึ่งเปิดโอกาสให้มีการอนุญาตให้ประชาชนใช้กัญชาและพืชกระท่อมเพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคและ ประโยชน์ในทางการแพทย์ได้ หรือจัดว่า เป็นการเริ่มต้นของการใช้ “นโยบายกัญชาทางการแพทย์” มาจนกระทั่งมี การออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 ลงใน ราชกิจจานุเบกษาวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565 ซึ่งมีผลบังคับใช้วันที่ 9 มิถุนายน 2565 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สมุนไพรควบคุม (กัญชา) พ.ศ. 2565 ประกาศ ณ วันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2565 และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 16 มิถุนายน 2565) ส่งผลให้สารสกัดจากทุกส่วนของพืชกัญชา หรือกัญชง ซึ่งเป็นพืชในสกุล Cannabis ที่มีปริมาณสารเตตราไฮโดรแคนนาบินอล (tetrahydrocannabinol, THC) ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก เฉพาะที่ได้รับอนุญาตให้สกัดจากพืชกัญชาหรือกัญชงที่ปลูกภายในประเทศ และสาร สกัดจากเมล็ดของพืชกัญชาหรือกัญชงที่ได้จากการปลูกภายในประเทศ ไม่ถูกจัดให้เป็นยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด แต่กลายเป็นสมุนไพรควบคุม หรือจัดว่า เป็นการจุดเริ่มต้นของการใช้ “นโยบาย กัญชาเสรี”

การเปลี่ยนแปลงของนโยบายด้านกัญชาดังที่กล่าวมาย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม และ ความคิดเห็นของประชาชน รวมทั้งสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในสังคม ซึ่งแบ่งออกได้เป็นสี่กลุ่มใหญ่²⁹ ได้แก่ (ภาพที่ 1)

- ผลกระทบทางสุขภาพ

ตัวแปรที่แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศ ได้แก่ ความชุกและแบบ แผนพฤติกรรมการใช้กัญชา (ปริมาณ ความถี่ ชนิดของกัญชาที่ใช้ และวิธีการใช้) ความชุกและแบบแผนการใช้สาร เสพติดชนิดอื่น ความชุกของภาวะความผิดปกติจากการใช้กัญชา (cannabis use disorder) โรคหรือภาวะความ ผิดปกติทางจิตเวชชนิดอื่น จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มาห้องฉุกเฉิน และการ โทรศัพทส์ายด่วนถึงศูนย์พิษวิทยาหรือแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลด้วยปัญหาสุขภาพแบบฉับพลัน เช่น ภาวะเป็น พิษจากกัญชาหรือการใช้เกินขนาด ซึ่งอาจเกิดจากการกินอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ THC เข้าไปปริมาณ มาก การใช้แบบเสี่ยง (เช่น การสูดควันจากน้ำมันหรือยางกัญชา) หรือพฤติกรรมเสี่ยงขณะเมากัญชา เช่น การขับรถ และปัญหาสุขภาพระยะยาว ที่เกิดจากการใช้กัญชามาเป็นเวลานาน (เช่น โรคของระบบทางเดินหายใจจากการสูบ กัญชา)

ความชุกของการใช้กัญชาอาจจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงหลังการมีนโยบายกัญชาเสรีก็ได้ โดยขึ้นกับปัจจัยประกอบ อื่น ๆ ด้วย เช่น หากมีการเปิดเสรีการใช้กัญชาเพื่อนันทนาการ แต่มีการควบคุมตลาดแบบเข้มงวด ก็อาจทำให้การ เข้าถึงกัญชาของเด็กและเยาวชนทำได้ยาก ความชุก รวมทั้งปริมาณและความถี่ของการใช้กัญชาก็จะไม่เพิ่มขึ้น หรือ

²⁹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2020), Monitoring and evaluating changes in cannabis policies: insights from the Americas, Technical report, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

อาจจะลดลงก็ได้ อย่างไรก็ตาม ผลกระทบสุทธิของนโยบายกัญชาเสรีต่อระบบสาธารณสุขจะขึ้นกับการใช้กัญชาทดแทนหรือใช้ร่วมกับสารเสพติดที่เป็นอันตรายชนิดอื่นด้วย เช่น ถ้าผู้เสพยาใช้กัญชาพร้อมกับสุบบุหรี่ การเปิดเสรีกัญชาก็จะไม่ช่วยลดการใช้ยาสูบ ถ้าผู้เสพเปลี่ยนจากการดื่มสุรามาเป็นการใช้กัญชาทดแทน ผลต่อสุขภาพบางส่วนอาจจะลดลง เช่น ความรุนแรงในครอบครัว หรือโรคตับจากแอลกอฮอล์ แต่ถ้าผู้เสพใช้ทั้งสุราและกัญชาด้วยกัน ผลกระทบทางสุขภาพก็มักจะเพิ่มรุนแรงขึ้นหลังมีนโยบายกัญชาเสรี เช่น อุบัติเหตุจราจร และความเสี่ยงต่อหัวใจ

ส่วนอัตราการเกิดภาวะความผิดปกติจากการใช้กัญชา ก็อาจจะเปลี่ยนแปลงได้หลังการมีนโยบายกัญชาเสรีโดยขึ้นกับ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้อย่างหนักและอัตราการเข้ารับการบำบัดรักษา กัญชาอาจจะไม่ได้เป็นสาเหตุของโรคทางจิตเวชโดยตรง แต่ก็อาจเพิ่มความเสี่ยงและทำให้เริ่มต้นเป็นโรคบางโรค เช่น โรคจิตเภท และโรคจิตชนิดอื่นที่อายุน้อยลง การมีนโยบายกัญชาเสรีจึงอาจมีผลต่อการเพิ่มขนาดของประชากรที่เป็นโรคเหล่านี้ ซึ่งขึ้นกับปริมาณความถี่ และระดับของ THC ในกัญชาที่ใช้อีกด้วย อย่างไรก็ตาม การลดลงของจำนวนคดีที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาก็อาจจะทำให้จำนวนคนที่ถูกส่งต่อให้รับการบำบัดรักษาลดลง แต่ในทางกลับกัน การเปิดเสรีก็อาจจะทำให้ผู้ใช้กัญชามีความสะดวกใจและกล้ามากขึ้นที่จะเปิดเผยตนเองและเข้ารับการบำบัดรักษาก็ได้ นอกจากนี้ ถ้าการเปิดเสรีกัญชาทำให้การเสพยาเพิ่มมากขึ้น ความชุกของภาวะความผิดปกติจากการใช้กัญชาก็มักจะเพิ่มขึ้นด้วย ทำให้จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้น แต่ถ้าผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเดิมส่วนใหญ่มาจากผู้ถูกจับกุมหรือต้องคดีตามกระบวนการยุติธรรม การเปิดเสรีก็จะทำให้จำนวนการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการใช้กัญชาลดลง เพราะไม่เกิดการส่งต่อผู้มีคดีอีกต่อไป

การมาทำงาน เรียนหนังสือ หรือการขาดงาน/ขาดเรียน เป็นผลมาจากการใช้กัญชาได้ โดยเฉพาะหากใช้ก่อนหรือในเวลาทำงานหรือเรียน ซึ่งจะมีผลกระทบต่อผลผลิต และรายได้จากภาษีในระยะยาวของประเทศ การติดตามการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเรียนและการจ้างงานก่อนและหลังนโยบายกัญชาเสรี จะช่วยให้เห็นความจำเป็นที่จะต้องมีนโยบายด้านสถานประกอบการหรือโรงเรียนเพิ่มเติม หรือมาตรการเฉพาะที่มุ่งเป้าต่อในการควบคุมการใช้กัญชาในประชากรกลุ่มนี้

- **ผลกระทบด้านอาชญากรรมและระบบยุติธรรม**

การเปิดเสรีกัญชาจะทำให้จำนวนสุทธิของคดีจับกุมที่เกี่ยวข้องกับกัญชาลดลง แต่ก็จะไม่ลดลงจนเหลือศูนย์คดี เนื่องจาก มีการห้ามการใช้กัญชาในเด็กและเยาวชน และตลาดกัญชาใต้ดินมักจะยังคงทำงานอยู่ต่อไปอีกระยะหนึ่งหลังจากการออกนโยบาย ข้อมูลคดีจับกุมจะทำให้เข้าใจถึงผลตอบแทนด้านการลดต้นทุนของระบบยุติธรรมที่เกิดจากการเปิดเสรี และข้อมูลปริมาณของกลางที่ยึดได้จะช่วยให้เห็นถึงแรงจูงใจด้านกำไรจากการค้ากัญชาในตลาดใต้ดิน และเหตุผลที่ตลาดใต้ดินยังคงมีอยู่ (เช่น ผลิตภัณฑ์บางชนิดอาจจะไม่มีในตลาดบนดิน หรือประชากรบางกลุ่มอาจจะเข้าไม่ถึงตลาดบนดิน)

การติดตามข้อมูลการทำงานของตำรวจที่เกี่ยวข้องกับกรณีกัญชา รวมทั้งงานที่เกี่ยวข้องกับการจับกุมดำเนินคดี การยึดของกลาง ค่าใช้จ่ายของกระบวนการยุติธรรมในการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกัญชา จำนวนคดีและผู้ต้องหาจากอาชญากรรมอื่น ๆ และข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบมือสองจากการใช้กัญชาของผู้อื่น หลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายจะช่วยให้ทราบถึงผลกระทบต่อความสงบเรียบร้อยของสังคม ซึ่งอาจจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงก็ได้ ขึ้นอยู่กับว่า การเปลี่ยนแปลงนโยบายนี้มีผลต่อการใช้สารเสพติดชนิดอื่นด้วยหรือไม่ ต้นทุนในการบังคับใช้กฎหมายใหม่ และงบประมาณสุทธิในด้านอาชญากรรมและการรักษาความสงบเรียบร้อยของสังคม

ปัญหาในการขั้บรถที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาน่าจะพบมากขึ้นหลังการเปิดเสรีกัญชา โดยขึ้นกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น จำนวนรถในท้องถนน ผลของบังคับใช้กฎหมายในการป้องปราม และประสิทธิภาพของการรณรงค์เรื่องการเสพยา/ไม่ขับ เนื่องจากผู้ขับขีที่มีปัญหาอาจจะไม่ถูกจับทุกคน ข้อมูลจากการรายงานด้วยตนเองจึงมีประโยชน์ให้เข้าใจว่าประชากรกลุ่มใดมีปัญหา และพฤติกรรมนี้มักเกิดขึ้นที่ไหน เมื่อไร ส่วนจำนวนคดีเสพยาและขับจากรายงานของตำรวจจะบอกถึงปริมาณของผู้ที่มีความบกพร่องในการขั้บรถจากฤทธิ์ของกัญชา หรือแอลกอฮอล์ และระดับของการบังคับใช้กฎหมาย ต้นทุนของระบบยุติธรรมหลังการเปิดเสรี

นอกจากนี้ การเปิดเสรีกัญชาอาจจะทำให้คนเข้ามาผลิต/สกัดสารจากกัญชามากขึ้น โดยใช้วิธีการที่ไม่ได้มาตรฐาน และสารเคมีหรือวัตถุไวไฟ จึงทำให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น การระเบิดหรือไฟไหม้ขึ้นมาได้ ซึ่งเป็นผลกระทบต่อความปลอดภัยของประชาชนและทรัพย์สิน การติดตามจำนวนเหตุการณ์การระเบิดหรือไฟไหม้ที่เกิดจากการผลิตกัญชาที่ผิดกฎหมายจึงมีความสำคัญด้วย

- **ผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์**

ตัวแปรที่แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐศาสตร์ของประชาชนในประเทศได้แก่ ค่าใช้จ่ายรวมในการซื้อกัญชาของประชาชน ขนาดของแหล่งผลิตและปริมาณของกัญชาที่ผลิตถูกกฎหมาย ราคาของผลิตภัณฑ์กัญชา จำนวนจุดจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาถูกกฎหมาย ภาษีที่เก็บได้จากการขายกัญชาถูกกฎหมาย การจ้างงานในอุตสาหกรรมกัญชา และต้นทุนการออกและบังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคกัญชา

ข้อมูลเหล่านี้มักเปลี่ยนแปลงหลังการเปิดเสรีกัญชา เนื่องจากตลาดถูกกฎหมายจะทดแทนตลาดผิดกฎหมาย ค่าใช้จ่ายรวมในการซื้อกัญชาของประชาชนจะช่วยให้ทราบถึงปริมาณภาษีที่น่าจะเก็บได้ หากมีการเก็บภาษีกัญชา ระบบติดตามปริมาณของกัญชาที่ผลิตถูกกฎหมาย รวมทั้งชนิดของผลิตภัณฑ์ และความเข้มข้นของสารมีประโยชน์หลายด้าน ได้แก่ บอกรวมของกัญชาทั้งหมดในตลาด (ซึ่งถ้ารวมกับการประมาณอุปสงค์ จะช่วยบอกราคาของตลาดผิดกฎหมาย) ใช้ประมาณค่าภาษีที่จะเรียกเก็บได้จากการขาย (ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับภาษีที่เก็บได้จริงก็จะบอกรายได้ที่เก็บไม่ได้) การติดตามผลิตภัณฑ์ที่ขายในท้องตลาดจะช่วยบอกรายได้ต่อสุขภาพที่ผู้บริโภคจะได้รับ (ซึ่งจะได้ช่วยแจ้งเตือนหรือเรียกคืนผลิตภัณฑ์ได้ทันการ) และช่วยให้ประเมินผลกระทบของนโยบายต่อตลาดได้ต่อไป

- **ผลกระทบด้านอื่น ๆ ได้แก่**

- ลักษณะของผู้บริโภค ซึ่งอาจจะเปลี่ยนแปลงจาก ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันมาเป็น ผู้ใช้กัญชาเพื่อรักษาโรค หรือเปลี่ยนจากผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์มาเป็นผู้ใช้แบบนันทนาการมากขึ้น
- ความคิดเห็นหรือการสนับสนุนของสังคมต่อกัญชาและนโยบายกัญชา การรับรู้ความยากง่ายในการเข้าถึงกัญชา การรับรู้และความรู้เรื่องประโยชน์และโทษของกัญชา ทศนคติต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์หรือนันทนาการ ความคิดเห็นต่อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมกัญชา ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยบอกรายได้มาตรฐานสังคมที่มีต่อกัญชา ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงตามนโยบาย การบังคับใช้กฎหมาย และเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งทางบวกและทางลบในสังคม
- การโฆษณา/การตลาดหรือส่งเสริมการขาย/บริโภคกัญชา ซึ่งขึ้นอยู่กับกฎหมายที่ควบคุมการโฆษณาว่า จะมีความเข้มงวดและชัดเจนมากน้อยเพียงใด รวมทั้งการรณรงค์ การให้ความรู้เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหลังการเปิดเสรีกัญชา

ตัวแปรที่ใช้แสดงผลกระทบเหล่านี้ สามารถหาได้จากการวิจัย หรือการติดตามข้อมูลสถิติของหน่วยงานต่าง ๆ เช่น การวิจัยเชิงสำรวจในประชากรทั่วไป และประชากรกลุ่มเฉพาะ เช่น นักเรียน นักศึกษา เยาวชนนอกสถานศึกษา ผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การศึกษาแบบครอบครัวในพื้นที่เฉพาะ การศึกษาเชิงคุณภาพ การเก็บตัวอย่างส่งตรวจระดับหรือปริมาณสารออกฤทธิ์ของกัญชา (THC หรือ CBD) ในผลิตภัณฑ์อาหาร เครื่องดื่ม และยารักษาโรค การสำรวจตลาด แหล่งผลิต ขาย และโฆษณาของผลิตภัณฑ์กัญชาทางกายภาพและออนไลน์ และการวิเคราะห์ข้อมูลของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น บันทึกคดีของตำรวจ ศาล เวชระเบียนของโรงพยาบาล สถิติของการโทรศัพท์สายด่วนของแผนกฉุกเฉิน หรือศูนย์พิษวิทยา หน่วยบริการสังคม ข้อมูลการออกใบอนุญาตผลิตหรือจำหน่ายกัญชา และภาษีที่เรียกเก็บได้ ซึ่งหากต้องการทำเป็นระบบกำกับติดตามและประเมินผล (monitoring and evaluation system) ก็ควรมีการสำรวจ หรือติดตามวิเคราะห์ข้อมูลเหล่านี้ซ้ำ ๆ ในระยะยาว เพื่อจะให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ที่อาจเป็นผลจากนโยบายกัญชาเสรีที่เกิดขึ้นในประเทศไทย

ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดของชุดโครงการประเมินผลกระทบของนโยบายกัญชาเสรี



(สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย 2565. ดัดแปลงจาก European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2020), Monitoring and evaluating changes in cannabis policies: insights from the Americas, Technical report, Publications Office of the European Union, Luxembourg.)

ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน

รูปแบบการวิจัย

เป็นชุดโครงการที่ประกอบด้วยโครงการย่อย 10 โครงการ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยหลากหลาย ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ การวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการเก็บข้อมูลปฐมภูมิในประชากรกลุ่มต่าง ๆ การพัฒนาพื้นที่นำร่องที่มีกระบวนการสร้างพื้นที่ปลอดภัยจากปัญหาและผลกระทบจากใช้กัญชาในทางที่ผิด การจัดประชุมทีมทำงานวิชาการเพื่อสังเคราะห์ข้อมูล และผลการศึกษาของโครงการย่อยทุกโครงการ รวมทั้งข้อมูล/สถิติของโครงการหรือหน่วยงานอื่น จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และแนวทางการพัฒนาระบบกำกับติดตามและประเมินผลกระทบของนโยบายกัญชาเสรี ประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งเป็นผู้ที่นำองค์ความรู้และข้อมูลจากโครงการไปใช้ประโยชน์ต่อ และการจัดเวทีวิชาการและแลกเปลี่ยน เพื่อเผยแพร่ข้อมูลความรู้ที่ได้จากชุดโครงการให้กับผู้เกี่ยวข้องและผู้สนใจทั่วไป

กระบวนการวิจัยในชุดโครงการนี้เป็นเพียงการดำเนินงานระยะแรกเท่านั้น เพื่อเก็บข้อมูลสถานการณ์ในช่วงเวลาหนึ่งถึงสองปีแรกหลังการมีนโยบายกัญชาเสรี และศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบกำกับติดตามและประเมินผล (ระบบ M & E) ของนโยบายกัญชาเสรีที่จะต้องทำต่อเนื่องระยะยาว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรทั่วไป และประชากรกลุ่มเฉพาะ เช่น นักเรียนนักศึกษา เยาวชนนอกสถานศึกษาและในสถานพินิจและคุ้มครอง หรือศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน ผู้ป่วยของห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีทั้งผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์หรือนันทนาการ ผู้ไม่ใช้กัญชา รวมทั้งอาจมีผู้ผลิต จำหน่าย หรือผู้ให้บริการผลิตภัณฑ์กัญชาด้วย (ดูรายละเอียดในโครงการย่อย)

วิธีการเก็บข้อมูล

วิธีการเก็บข้อมูลมีความแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของโครงการย่อยแต่ละโครงการ โดยประกอบด้วย การสำรวจ โดยใช้การสัมภาษณ์แบบต่อหน้าตามแบบสอบถามที่มีโครงสร้าง การสำรวจแบบให้ตัวอย่างอ่านและตอบเองในสถานที่หรือทางออนไลน์ การสัมภาษณ์เชิงลึก การเก็บข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์และหนังสือพิมพ์ การเก็บปัสสาวะหรือเลือดเพื่อส่งตรวจระดับสารออกฤทธิ์ และการเก็บข้อมูลจากระบบบันทึกข้อมูลของหน่วยงาน เช่น บันทึกการแจ้งความของตำรวจ บันทึกคดีของศาล ฐานข้อมูลเวชระเบียนของระบบสุขภาพ โดยสถานที่เก็บข้อมูลก็จะมี ความแตกต่างกันตามลักษณะของโครงการย่อยด้วย เช่น บ้านหรือครัวเรือนของตัวอย่าง ชุมชน โรงเรียน มหาวิทยาลัย ห้องฉุกเฉิน และคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล สถานีตำรวจ ศาล และสถานพินิจฯ แหล่งผลิตและจัดจำหน่ายกัญชา (ดูรายละเอียดในโครงการย่อย)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของโครงการย่อยแต่ละโครงการจะขึ้นอยู่กับชนิดของตัวแปรที่เก็บข้อมูลได้ ซึ่งแบ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งจะแสดงออกมาเป็น อัตราความชุก จำนวน ความถี่ ค่าเฉลี่ยของปริมาณ หรือระดับความรุนแรง และอัตราความเสี่ยง (odds ratio) รวมทั้งโมเดลเชิงโครงสร้าง (structural equation model; SEM) และข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งจะวิเคราะห์ตามขั้นตอนของการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และการจับประเด็นหลัก

ตารางที่ 3 รายชื่อโครงการย่อยในชุดโครงการ

	ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์	นักวิจัยและสังกัด
1	การเฝ้าระวังพฤติกรรมกรรมการ ใช้ การเข้าถึงกัญชาและสารเสพติดชนิดอื่น ผลกระทบจากการใช้ การรับรู้และความคิดเห็นต่อมาตรการด้านกัญชาในประชากรทั่วไป	เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง 3 รอบ โดยมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้ 1) เพื่อบรรยายแบบแผนของพฤติกรรมการใช้กัญชา 2) เพื่อบรรยายวิธีการเข้าถึงกัญชา 3) เพื่อบรรยายผลกระทบจากการใช้กัญชาต่อตนเองและครัวเรือน 4) เพื่อบรรยายการรับรู้โฆษณา-การตลาดของกัญชา การรับรู้และความคิดเห็นต่อกัญชา และมาตรการด้านกัญชาในประเทศไทย 5) เพื่อบรรยายความแตกต่างของความชุกของพฤติกรรมกรรมการใช้กัญชา การเข้าถึง ผลกระทบ และการได้รับโฆษณา-การรับรู้-ความคิดเห็นต่อกัญชา ตามลักษณะประชากรศาสตร์และเศรษฐกิจสังคม	รศ.ดร.วิทย์ วิชัยดิษฐ สาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2	สำรวจพฤติกรรมกรรมการใช้ กัญชาและสารเสพติดชนิดอื่น ความรู้และทัศนคติต่อกัญชาในนักเรียนระดับ	เพื่อสำรวจพฤติกรรมกรรมการใช้กัญชาและสารเสพติดชนิดอื่น การเข้าถึง ความรู้ และทัศนคติต่อกัญชาในนักเรียนระดับ	รศ.ดร.วิไลลักษณ์ ลังกา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

	ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์	นักวิจัยและสังกัด
	มัธยมศึกษา และเยาวชนนอกสถานศึกษา	<p>มัธยมศึกษา และเยาวชนนอกสถานศึกษา มีวัตถุประสงค์ย่อย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้กัญชาและสารเสพติด การเข้าถึงแบบอย่างการใช้ การรับรู้ ประโยชน์/โทษ ผลกระทบของการใช้กัญชาต่อตนเองและผู้อื่น และทัศนคติต่อกัญชาในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษา 2) เพื่อวิเคราะห์โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการใช้กัญชาและสารเสพติด ชนิดอื่น ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา และเยาวชนนอกสถานศึกษา 3) เพื่อค้นหาคำอธิบายเชิงลึกเกี่ยวกับสาเหตุของพฤติกรรมการใช้กัญชาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษา ทั้งในมิติภูมิหลังสาเหตุ กระบวนการ และผลกระทบทางพฤติกรรมศาสตร์ 4) เพื่อสร้างข้อเสนอแนวทางการป้องกันการเกิดพฤติกรรมการใช้กัญชาในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษา 	
3	ผลของนโยบายกัญชาเสรีทางการแพทย์ต่อนักศึกษามหาวิทยาลัย เยาวชน ผู้กระทำความผิด และสถานบริการของรัฐ	<p>เพื่อศึกษาผลกระทบจากนโยบายกัญชาเสรีต่อทัศนคติ ความรู้ การเข้าถึงพฤติกรรมการใช้กัญชาในสามกลุ่มประชากร แบ่งเป็น 3 โครงการย่อย ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) นักศึกษามหาวิทยาลัย 2) เยาวชนผู้กระทำความผิด 3) บุคคลอื่น ๆ ที่ได้รับผลกระทบจากผู้ใช้กัญชา รวมถึงหน่วยงานบริการของรัฐที่ต้องดูแลผู้ได้รับผลกระทบดังกล่าว 	รศ.ดร.พญ.รัศมี โชติพันธุ์วิทยากุล สาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์
4	สำรวจความคิดเห็นสาธารณะในสื่อสังคมออนไลน์ และข่าวอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับกัญชาในหนังสือพิมพ์ ก่อน	<ol style="list-style-type: none"> 1) เพื่อสำรวจความคิดเห็นและวาทกรรมทางสังคมเกี่ยวกับกัญชาในสื่อสังคมออนไลน์ก่อนและหลังการออกนโยบายกัญชา 2) เพื่อวิเคราะห์ข่าวอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับกัญชาในหนังสือพิมพ์ 	ผศ.ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สภ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

	ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์	นักวิจัยและสังกัด
	และหลังการออกนโยบาย กัญชา	ออนไลน์ก่อนและหลังการออก นโยบายกัญชา 3) เพื่อเปรียบเทียบผลกระทบจากการใช้ กัญชาก่อนและหลังการออกนโยบาย	
5	การเฝ้าระวังอาการจากการ ใช้กัญชาในผู้ป่วยที่เข้ารับ การรักษาในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลของรัฐ	เพื่อติดตามเฝ้าระวังการปฏิบัติและ ประเมินผลกระทบของนโยบายกัญชา ทางการแพทย์ต่อระบบสาธารณสุขของ ประเทศไทย ได้แก่ การเมากัญชา การ เกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บที่มี ความสัมพันธ์กับการใช้กัญชา ที่พบใน ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลรัฐ ทั้งกัญชา การเมากัญชาที่เกิดจากการใช้กัญชาเพื่อ วัตถุประสงค์ทางการแพทย์และการใช้ เพื่อวัตถุประสงค์อื่น	รศ.ดร.นพ.ชัยสิริ อังกระวารานนท์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
6	การศึกษารูปแบบการใช้ ผลิตภัณฑ์จากกัญชาใน ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดสงขลา ประเทศไทย	1) เพื่ออธิบายรูปแบบพฤติกรรมการใช้ ผลิตภัณฑ์กัญชา และผลกระทบจากการ ใช้กัญชาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน จังหวัดสงขลา และการสร้างเครื่องมือ สำหรับประเมินลักษณะพฤติกรรมการ ใช้กัญชาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน จังหวัดสงขลา 2) เพื่อศึกษาผลของการใช้กัญชาเพื่อ รักษาโรคต่อความร่วมมือในการรักษาใน ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัด สงขลา	นพ.ศุภกร ศรีแผ้ว สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและ เวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
7	การศึกษาต้นทุนและผลได้ ของผู้บริโภค ผู้ผลิตและ จำหน่ายกัญชา และสังคม ภายหลังการแก้ไขกฎหมาย กัญชา	1) เพื่อศึกษาต้นทุนและผลได้ของ ผู้บริโภค ผู้ผลิตและจำหน่ายกัญชาใน ระดับครัวเรือน 2) เพื่อศึกษาต้นทุนและผลได้ของสังคม ภายหลังการแก้ไขกฎหมายกัญชา	ผศ.ดร.ภญ.ณัฐธิญา คำผล คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปกร
8	การศึกษาผลกระทบจาก อันตรกิริยาของกัญชากับยา ที่ใช้รักษาโรคเรื้อรัง	1) เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ เส้นทางการแปรสภาพ (metabolic pathway) ของกัญชาและสารสำคัญ ชนิด กลไก และผลกระทบที่เกิดจาก อันตรกิริยาของยาแผนปัจจุบันกับกัญชา 2) เพื่อรวบรวมกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่ใช้ ยาแผนปัจจุบันเพื่อบรรเทา/รักษาโรคใน กลุ่ม NCDs ร่วมกับการใช้กัญชาและ ผลิตภัณฑ์ โดยเน้นไปที่กลุ่มยาที่มี	ผศ.ดร.วันดี อุดมอักษร ภาควิชาเภสัชวิทยา สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและ วิทยาศาสตร์ประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

	ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์	นักวิจัยและสังกัด
		<p>เส้นทางของการแปรสภาพยาซ้อนทับกันกับกัญชาและมีช่วงการรักษาของยาที่แคบ เช่น warfarin หรือ clopidogrel เป็นต้น หรือเป็นยาที่อาจมีอาการไม่พึงประสงค์ที่เป็นอันตราย เช่น glipizide เป็นต้น</p>	
9	<p>พัฒนารูปแบบชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิด</p>	<p>1) เพื่อพัฒนาศักยภาพและการสร้างพลัง (Empowerment) ให้กับชุมชนเพื่อสร้างพื้นที่ปลอดภัยจากปัญหาและผลกระทบจากการใช้กัญชาในทางที่ผิด</p> <p>2) เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ (Knowledge) และสร้างพื้นที่ต้นแบบ (Model development) จากการปฏิบัติพัฒนารูปแบบชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิด</p> <p>3) เพื่อพัฒนาแนวทางการหาทางออก (Solution) จากปัญหาการใช้กัญชาในทางที่ผิดด้วยวิธีการที่สร้างสรรค์ให้กับสังคมไทย</p> <p>4) เพื่อพัฒนาข้อเสนอต่อนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (Participatory Public Policy) ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ ในการพัฒนารูปแบบชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิด</p>	<p>ผศ.ดร.นพ.อภิรักษ์ อร่ามรัตน์ ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่</p>

บทที่ 2 ข้อค้นพบที่น่าสนใจ

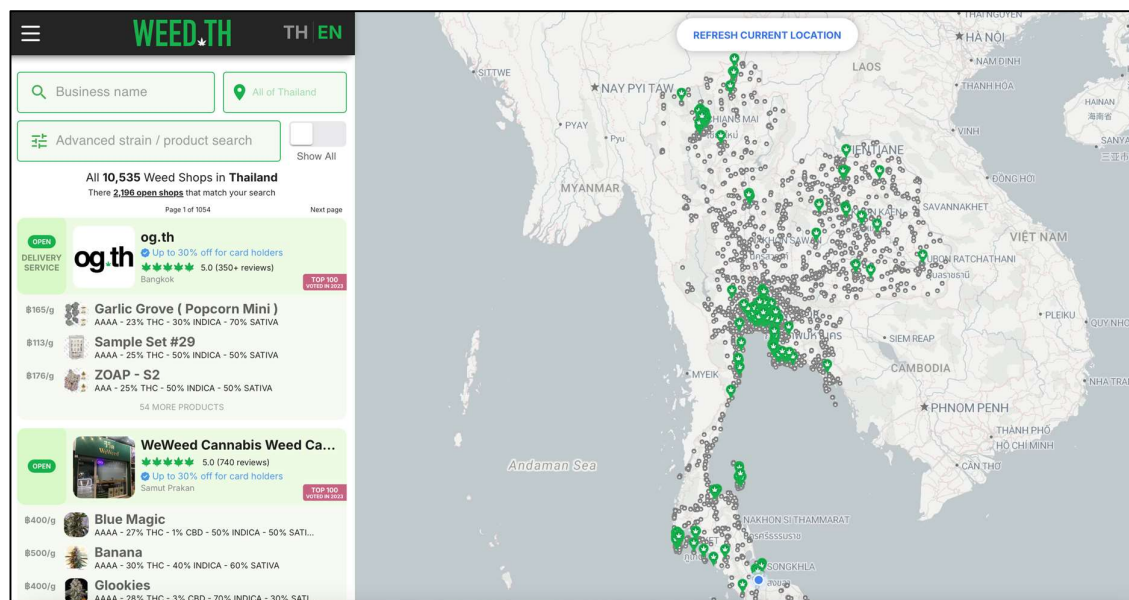
ในบทนี้เป็นการสรุปข้อมูล/ข้อค้นพบที่สำคัญที่ได้จากงานวิจัยย่อยในชุดโครงการนี้ทั้ง 9 โครงการ รวมทั้งข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้องที่ได้มาจากการค้นคว้าทบทวนงานวิจัยโครงการอื่น ๆ หรือสื่อที่เผยแพร่ทางเว็บไซต์หรือโซเชียลมีเดีย ในประเทศไทย เพื่อให้เห็นภาพที่ครอบคลุมของสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของอุปทาน อุปสงค์ของกัญชา และผลกระทบของนโยบายออกกัญชาออกจากยาเสพติดให้โทษที่มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 9 มิถุนายน 2565 เป็นต้นมา

1. การจำหน่ายและการตลาดกัญชาในประเทศไทย

“จุดจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาโผล่ขึ้นมาเป็นดอกเห็ดทั่วประเทศไทย เปิดขายอย่างเสรี ธุรกิจเกี่ยวกับกัญชาเกิดขึ้นมากมาย การตลาดบนโลกออนไลน์ขยายตัวอย่างรวดเร็ว ใช้แพลตฟอร์มที่คนนิยม และเข้าถึงคนทั่วไปได้ทุกเพศทุกวัย ส่วนใหญ่ขายกัญชาพร้อมกับยาเสพติดชนิดอื่น ผลิตภัณฑ์หลากหลายมากขึ้น แต่ราคาถูกลงเรื่อย ๆ”

- จุดจำหน่ายกัญชา ข้อมูลจากเว็บไซต์ weed.th รายงานว่า ณ วันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีจุดจำหน่ายกัญชาอยู่ทั้งสิ้น 10,535 จุด ในจำนวนนี้เป็นจุดจำหน่ายในกรุงเทพฯ 2,027 จุด และในจังหวัดท่องเที่ยวได้แก่ เชียงใหม่ 597 จุด พัททยา 967 จุด ภูเก็ต 989 จุด กระบี่ 247 จุด เกาะสมุย 668 จุด นครราชสีมา 273 จุด สงขลา 128 จุด¹ (ภาพที่ 4) จำนวนจุดจำหน่ายทั่วประเทศเพิ่มขึ้นจากเมื่อวันที่ 16 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ซึ่งมีอยู่ทั้งสิ้น 8,223 จุด² และในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งมีประมาณ 5,600 จุด

ภาพที่ 4 แผนที่แสดงร้านขายกัญชาทั่วประเทศ และเว็บไซต์แนะนำร้านขายกัญชา³ วันที่ 6 ธันวาคม 2567



¹ <https://weed.th> เข้าถึง 6 ธันวาคม 2567.

² <https://weed.th/cannabis/all-of-thailand>. เข้าถึง 16 มิถุนายน 2567.

³ <https://www.storehub.com/th/blog/top-10-cbd-shops-in-thailand/>



10 ร้านสายเขียว

ของดี ชื่อง่าย ขายคล่อง
#ต้องไปเช็किनด่วน!

- **ราคาเฉลี่ยของดอกกัญชา** จากการวิเคราะห์ของ Thailandthc ราคาเฉลี่ยต่อกรัมของดอกในประเทศไทยอยู่ที่ 579 บาท (ทิสัยราคาอยู่ที่ 250 – 1,000 บาทต่อหนึ่งกรัม) หลังจาก 340 วันที่กัญชาถูกกฎหมาย โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากจุดจำหน่าย (Dispensary) 91 แห่ง 9,354 ราคาจาก 1,784 สายพันธุ์ ส่วนราคาซื้อขายจริงตามจุดจำหน่ายดอกทั้ง Outdoor และ Indoor อยู่ที่ประมาณ 250 – 1,000 บาทต่อหนึ่งกรัม ขึ้นอยู่กับวิธีการผลิต คุณภาพ รูปทรง ขนาดกลีบของดอก ความเข้มข้นของสาร ความนิยมและความต้องการของตลาด⁴
- **ผลิตภัณฑ์ที่ได้รับอนุญาต** หลังจากที่มีการปลดล็อกกัญชา กัญชงออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษประเภท 5 ตั้งแต่วันที่ 9 มิ.ย. 2565 มีการดำเนินการธุรกิจที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะที่เป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพจำนวนมาก จากการสืบค้นในฐานระบบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ณ วันที่ 9 พ.ค. 2567 ทั้งคำค้นกัญชา กัญชง แคนนาบิส แคนนาบิไดออล และ Hemp พบว่ามีผลิตภัณฑ์ที่ได้รับอนุญาตรวมกันกว่า 1,400 รายการทั้งที่เป็นอาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องมือแพทย์ และเครื่องสำอาง โดยผู้ที่ยื่นขออนุญาตมีทั้งวิสาหกิจชุมชน บริษัทจำกัด บริษัทจำกัดมหาชน ประกอบด้วย
 - คำค้นกัญชา 43 รายการ เป็นอาหาร 26 รายการ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร 14 รายการ เครื่องสำอาง 1 รายการ เครื่องมือแพทย์ 2 รายการ
 - คำค้นกัญชง 13 รายการ เป็นอาหาร 3 รายการ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร 3 รายการ และเครื่องสำอาง 7 รายการ
 - คำค้นแคนนาบิส 287 รายการ เป็นอาหาร 14 รายการ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร 4 รายการ เครื่องสำอาง 269 รายการ
 - คำค้นแคนนาบิไดออล เป็นเครื่องสำอาง 35 รายการ

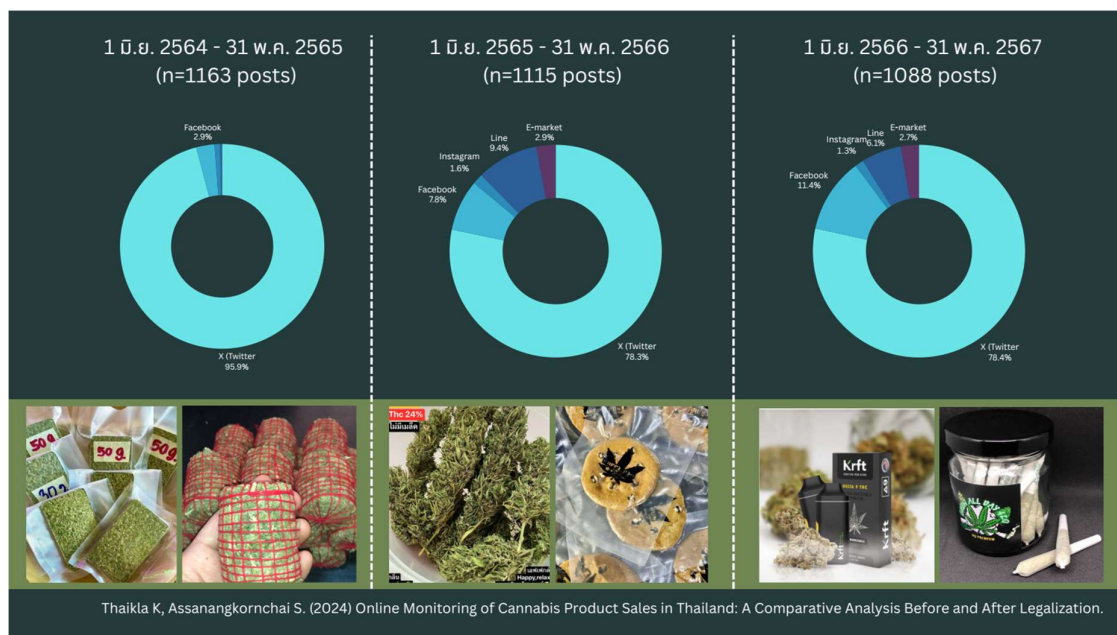
⁴<https://growstuffshop.com/%e0%b8%a3%e0%b8%b2%e0%b8%84%e0%b8%b2%e0%b8%81%e0%b8%b1%e0%b8%8d%e0%b8%8a%e0%b8%b2-average-cannabis-price-in-thailand.> เข้าถึง 2 ตุลาคม 2567.

- คำค้น Hemp 1,032 รายการ เป็นอาหาร 125 รายการ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร 4 รายการ เครื่องมือแพทย์ 2 รายการและเครื่องสำอาง 901 รายการ⁵
- **ผลิตภัณฑ์อาหารเครื่องดื่ม** ในตัวอย่างอาหารและเครื่องดื่ม เครื่องปรุงและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่มีส่วนผสมของกัญชา/กัญชง เช่น บะหมี่สำเร็จรูป ทอดมัน ไก่ย่างสมุนไพร กระเพาะไก่ใบกัญชา ใบกัญชาปะหน้าข้าวไข่ดาว คุกกี้ ชา ไอศกรีม จำนวน 129 ตัวอย่างในช่วงเวลาหลังการปลดกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2565 พบว่า ผลิตภัณฑ์เหล่านี้แบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มที่ 1 ไม่พบสาร THC จำนวน 39 ตัวอย่าง (ประมาณร้อยละ 30) กลุ่มที่ 2 พบปริมาณสาร THC น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (0.20% โดยน้ำหนัก) และกลุ่มที่ 3 พบสาร THC มากกว่า 0.20% โดยน้ำหนักซึ่งเกินกฎหมายกำหนด จำนวน 17 ตัวอย่าง (ร้อยละ 13.18) ในจำนวนนี้ พบสาร THC มากกว่า 50% โดยน้ำหนัก 1 ตัวอย่าง ซึ่งเป็นปริมาณที่สูงมาก[7]
- **การตลาดออนไลน์** นอกจากจุดจำหน่ายกัญชาบนดินแล้ว ยังมีการจำหน่ายและการโฆษณาการตลาดกัญชาบนโลกออนไลน์อีกมากมาย โดยแพลตฟอร์มที่มีการโพสต์จำหน่ายหรือโฆษณาผลิตภัณฑ์กัญชามากที่สุด ได้แก่ X (Twitter) [8] รองลงมาได้แก่ เฟซบุ๊ก และไลน์ นอกจากนี้ ยังพบว่า แม้แต่แพลตฟอร์มตลาดจำหน่ายสินค้า เช่น Shopee และ Lazada ก็ยังมีการจำหน่ายและโฆษณาขายผลิตภัณฑ์กัญชา ผลิตภัณฑ์ที่ขายมีทั้งยาง น้ำมัน กัญชาก่อน กัญชาอัดแท่ง กัญชาสด ขนมหรืออาหารที่มีส่วนผสมของกัญชา และอุปกรณ์สำหรับเสพกัญชา เช่น บ้องกัญชา โดยในแต่ละเว็บไซต์อาจจะขายกัญชาอย่างเดียว หรือขายร่วมกับยาเสพติดชนิดอื่น หรือวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท [9]
- **การเปลี่ยนแปลงของตลาดออนไลน์** ตลาดกัญชาออนไลน์มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบผลิตภัณฑ์ ราคา และแพลตฟอร์มหลังการออกนโยบายกัญชาไม่ใช่ว่าจะชัดเจน ในการติดตามเฝ้าระวังการตลาดกัญชาออนไลน์ในช่วงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 จนถึงปัจจุบัน [10] พบว่า ในช่วงหนึ่งปีก่อนการออกนโยบายฯ (1 มิถุนายน 2564 ถึง 31 พฤษภาคม 2565) หนึ่งและสองปีหลังการออกนโยบายฯ (1 มิถุนายน 2565 ถึง 31 พฤษภาคม 2566 และ 1 มิถุนายน 2566 ถึง 31 พฤษภาคม 2567) มีโพสต์ที่เกี่ยวข้องกับกัญชา 1,163, 1,115 และ 1,088 โพสต์ตามลำดับ โดยในช่วงหนึ่งปีก่อนนโยบายฯ แพลตฟอร์มหลักที่ลงโพสต์เหล่านี้ ได้แก่ X (Twitter) ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 96 ของโพสต์ทั้งหมด รองลงมาคือ Facebook (ร้อยละ 2.9) Line (ร้อยละ 0.3) และ Instagram (ร้อยละ 0.9) แต่หลังออกนโยบายฯ มีการลงโพสต์ในแพลตฟอร์มที่ผู้คนทั่วไปเข้าถึงมากขึ้น ได้แก่ Facebook (ร้อยละ 7.7 กับร้อยละ 11.2) และตลาดจำหน่ายสินค้าออนไลน์ เช่น Shopee และ Lazada (ร้อยละ 2.9 กับร้อยละ 2.7) ข้อความที่ใช้โพสต์มีลักษณะเชิญชวน แสดงรูป ลักษณะและราคาของผลิตภัณฑ์แบบโจ่งแจ้ง (**ภาพที่ 6 และ ภาพที่ 7**) ผลิตภัณฑ์ที่นำมาขายก็มีความหลากหลายมากขึ้น จากเดิมก่อนออกนโยบายฯ โพสต์ร้อยละ 96 เป็นกัญชาแห้งอัดแท่ง แต่หลังออกนโยบายฯ ผลิตภัณฑ์กัญชาในตลาดออนไลน์มีความหลากหลายมากขึ้น โดยโพสต์ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50-57) เป็นช่อดอกแห้ง และมีผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ เช่น กัญชาไฟฟ้าหรือกัญชาพอด (ร้อยละ 6-7) ขนมของขบเคี้ยว (ร้อยละ 7-12) และกัญชามวนหรือพันลำ (ร้อยละ 6-7) เป็นต้น (**ภาพที่ 8**) นอกจากนี้ พบว่า หลังออกนโยบายฯ โพสต์ส่วนใหญ่เป็นการขายกัญชา ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่น (เช่น ยาบ้า เฮโรอีน ไอซ์ ยาไอ้ คีตามีน เห็ดเมา ไบกระท่อม บุหรี่ไฟฟ้า) ยารักษาโรค (เช่น ยานอนหลับ ยาแก้ไอ ยาแก้ปวด) และอุปกรณ์ในการเสพ ประเด็นที่น่าสนใจคือ ราคาของผลิตภัณฑ์กัญชาลดลงเรื่อย ๆ หลังออกนโยบายฯ ตัวอย่างเช่น ดอกกัญชาแห้ง ราคาเฉลี่ยในช่วงก่อนออกนโยบายฯเท่ากับ 284 บาทต่อหนึ่งกรัม ลดลงมาเป็น 215 และ 97 บาทต่อกรัมในช่วงหนึ่งและสองปีหลังออกนโยบายฯ ตามลำดับ กัญชาก่อนอัดแท่ง ลดจาก 6,053 บาทต่อกิโลกรัม เป็น 3,892 และ 3,322 บาท และยางกัญชาลดจาก 1,500 บาทต่อกรัม เป็น 1,107 และ 443 บาท [10]

⁵ <https://www.bangkokbiznews.com/health/public-health/1126057>. เข้าถึง 2 ตุลาคม 2567.

- ข้อมูลการตลาดออนไลน์นี้แสดงให้เห็นว่า การจำหน่ายกัญชาในโลกออนไลน์มีลักษณะเปิดเผยมากขึ้น จากแพลตฟอร์มที่ค่อนข้างเฉพาะกับคนรุ่นใหม่มาสู่แพลตฟอร์มที่คนทั่วไปทุกเพศทุกวัยนิยมเข้าถึง ผลิตภัณฑ์มีความหลากหลายมาก ขายร่วมกับยาเสพติดชนิดอื่น ราคาถูกลงสองถึงสามเท่าในช่วงปัจจุบันเมื่อเทียบกับช่วงหนึ่งปีก่อนออกนโยบายกัญชาไม่เป็นยาเสพติด การตลาดกัญชาในแพลตฟอร์มออนไลน์เหล่านี้เป็นปรากฏการณ์ที่น่ากลัว เนื่องจากคนเข้าถึงได้อย่างไร้พรมแดน ควบคุมได้ยาก ถึงแม้จะมีกฎหมายห้ามขายแก่คนอายุต่ำกว่า 20 ปี หรือหญิงตั้งครรภ์ หรือผู้มีภาวะเมากัญชาก็ตาม แต่การสั่งซื้อสินค้าทางออนไลน์ในประเทศไทยในปัจจุบันยังไม่สามารถตรวจสอบและควบคุมอายุของผู้ซื้อได้เลย นอกจากนี้ แพลตฟอร์มบางอันก็มักจะทำ algorithm ที่สามารถจับความสนใจและส่งเนื้อหาที่ตรงกับความสนใจ หรือเจาะกลุ่มเป้าหมายได้โดยตรง สิ่งเหล่านี้นอกจากจะทำให้คนโดยเฉพาะเด็กและเยาวชนเข้าถึงกัญชาได้ง่ายแล้ว ยังหล่อหลอมให้ผู้ที่เห็นภาพการโฆษณาการขายกัญชาบ่อย ๆ รู้สึกว่า กัญชาหรือยาเสพติดชนิดอื่นที่ขายร่วมกันเป็นสินค้าธรรมดา ไม่ใช่สินค้าที่ก่อผลเสียต่อสุขภาพและสังคม การควบคุมการตลาดทั้งออนไลน์และออฟไลน์จึงเป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่ง

ภาพที่ 6 สัดส่วนของการตลาดกัญชาในแพลตฟอร์มต่าง ๆ ก่อนและหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบาย (ข้อมูลจาก [9])



ภาพที่ 7 โปสต์ขายและโฆษณาผลิตภัณฑ์กัญชาบนอินเทอร์เน็ต (ข้อมูลจาก [9])

การขายกัญชาออนไลน์

“...Roll เริ่มเพียงแค่ 100 บาท เท่านั้น!!! สนใจสินค้าจากฟาร์มเรา ส่ง-ปลีก



“... ราคาเบาๆ เข้าถึงง่าย สมายกระเป๋ ฟันลำ ๓๐ ดอก อัดเม็ด เริ่มต้นที่ 25฿ ✓👉 ส่งของจิมตรงนี้ ส่งขั้นต่ำ 100฿ ค่าส่ง30฿ 📦 มีของแถมให้ทุกคน 📦



“...บรานี่อีมหวาน Bruce Banner The 29% S 60฿ L 80฿ (2 Free 1)



กณิษฐา ไทยกล้า. (2567) โครงการการตลาดและการขายยาเสพติดบนออนไลน์. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

ภาพที่ 8 ชนิดของผลิตภัณฑ์กัญชาที่ขายในแพลตฟอร์มต่าง ๆ บนอินเทอร์เน็ต (ข้อมูลจาก [9])

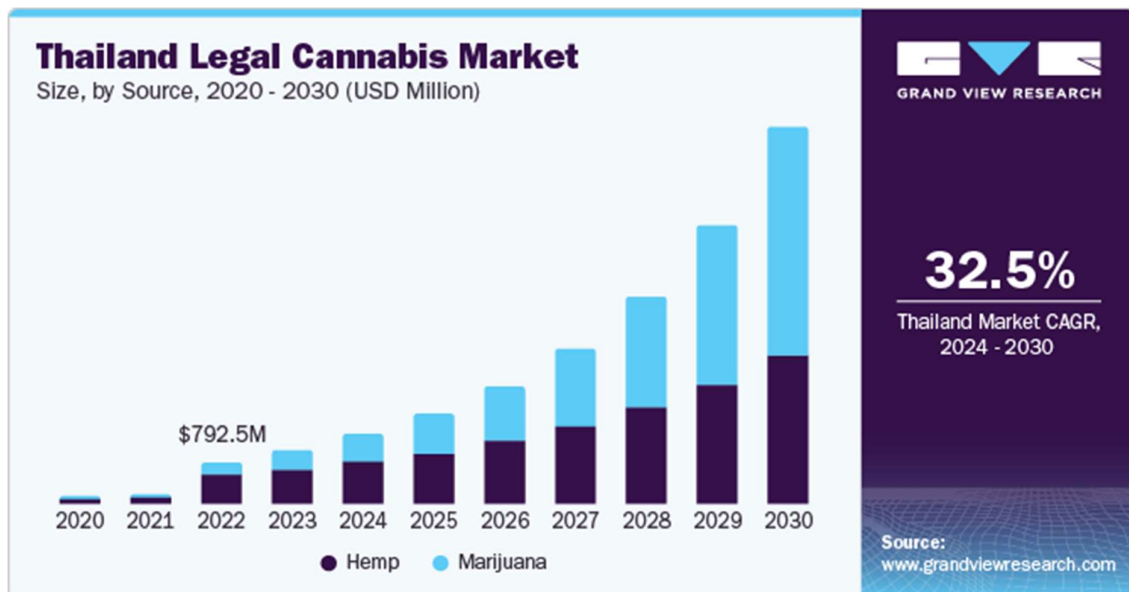


- การเติบโตของตลาดกัญชาถูกกฎหมาย เว็บไซต์ Grand View Research⁶ รายงานว่า ขนาดของตลาดกัญชาถูกกฎหมายในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2566 ประมาณเท่ากับ USD 1.02 billion และคาดว่าจะเติบโต 32.5% จากปี 2567 ถึงปี 2573 (ภาพที่ 9) การเติบโตของตลาดนี้เกิดขึ้นจากการทำให้กัญชาถูกกฎหมาย การรับรู้ที่เพิ่มขึ้น

⁶ <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/thailand-legal-cannabis-market-report>

เกี่ยวกับประโยชน์ทางการแพทย์ของผลิตภัณฑ์กัญชา และการใช้กัญชาเชิงนันทนาการที่เพิ่มมากขึ้นอีกด้วย อีกปัจจัยหนึ่งคือ ความต้องการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของ CBD ที่เพิ่มมากขึ้นอีกด้วย เช่น ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม น้ำมันกัญชา เครื่องดื่ม กัมมี่ ยาเม็ดแคปซูล เป็นต้น การปลดล็อกกัญชาทำให้อุตสาหกรรมหลายชนิดหันมาผลิตสินค้าที่มีส่วนผสมของกัญชา ตัวอย่างเช่น ในเดือนเมษายน 2567 บริษัท SAPPE หรือ Sappe PCL ได้เปิดตัวน้ำดื่ม CBD (CBD water) ภายใต้ชื่อการค้า “SAPPE Keaf” ซึ่งมีสองรส ได้แก่ น้ำดื่ม CBD รสพีช ซึ่งมีส่วนผสมสำคัญเป็น vitamin B complex ได้แก่ B5, B3, B6 และ B12 เพื่อเพิ่มสมาธิในการทำงาน และรสน้ำผึ้งยูซุ (honey-yuzu flavored CBD Water Chamomile) ซึ่งมีรสหวานอมเปรี้ยว และช่วยให้ผ่อนคลาย การออกผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ เหล่านี้เป็นตัวขับเคลื่อนการเติบโตของตลาดกัญชาอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ ประเทศไทยยังกลายเป็นจุดหมายปลายทางของนักท่องเที่ยวสายกัญชาที่ได้รับความนิยมทั่วโลก แม้ว่าการท่องเที่ยวเพื่อบริโภคกัญชาในประเทศไทยจะยังอยู่ในช่วงเริ่มต้น แต่ก็ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในหมู่นักท่องเที่ยวที่แสวงหาประสบการณ์ใหม่ ๆ และกิจกรรมที่น่าตื่นเต้น กัญชาสามารถหาได้ง่ายในกรุงเทพฯ และเชียงใหม่ อย่างไรก็ตาม ภาวะในภาคใต้ของไทย เช่น กระบี่ ไร่เลย์ เกาะลันตา เกาะพะงัน และเกาะลันตา มีร้านกาแฟกัญชา (cannabis cafes) ซึ่งเป็นที่นิยม สถานที่เหล่านี้มีพื้นที่พักผ่อนมากมายสำหรับผู้บริโภคกัญชา ซึ่งเป็นปัจจัยขับเคลื่อนความต้องการผลิตภัณฑ์

ภาพที่ 9 แนวโน้มการเติบโตของตลาดกัญชาในประเทศไทย



2. พฤติกรรมการใช้กัญชาในประชากรกลุ่มต่าง ๆ

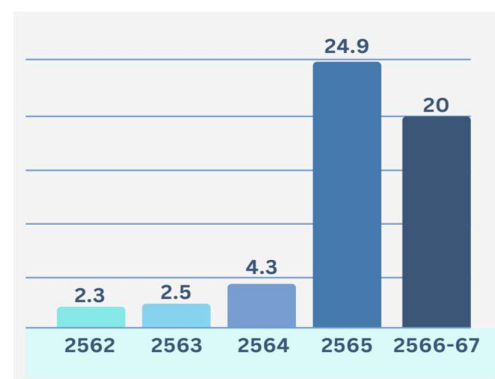
2.1 การใช้กัญชาในประชากรทั่วไป

“ประชาชนไทยหนึ่งในห้าคนใช้กัญชาในปัจจุบัน ผู้ใช้ส่วนใหญ่ใช้กัญชาเพื่อนันทนาการในรูปแบบกินหรือดื่ม ผสมในอาหารหรือเครื่องดื่ม ความชุกของการใช้กัญชาในประชากรไทยเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ประมาณปี พ.ศ. 2565”

- อัตราความชุกของการใช้กัญชา จากการสำรวจในช่วงเดือนพฤษภาคม 2566 กันยายน 2566 และกุมภาพันธ์ 2567 ในโครงการศึกษาของวิทย์ วิชชัชวาล และคณะ [4] พบว่า ประชาชนไทยร้อยละ 15, 23 และ 22 ใช้กัญชาอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงเวลา 12 เดือนก่อนการสำรวจแต่ละครั้ง (ร้อยละ 20-35 ในประชากรชาย และร้อยละ 10-15 ในประชากรหญิง) คิดเป็นความชุกรวมของการใช้กัญชาในประชากรไทยทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2566-2567 ประมาณร้อยละ 20 หรือประมาณเป็นจำนวนประชากรไทยอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ใช้กัญชาในปัจจุบันเท่ากับ 10.5 ล้านคน

- การเปลี่ยนแปลงความชุกของการใช้ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจการใช้กัญชาในประชากรทั่วไปหลายครั้งที่ผ่านมาในโครงการวิจัยต่าง ๆ จะพบว่า ประชาชนไทยมีอัตราการใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนตั้งแต่ประมาณช่วงปี พ.ศ. 2565 ซึ่งแสดงให้เห็นได้จากการสำรวจของศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด [1, 2] ทั้งนี้ อัตราความชุกของการใช้กัญชาในประชากรทั่วไปในประเทศไทยในการสำรวจก่อนปี 2565 จะอยู่ที่ต่ำกว่าร้อยละ 5 ทุกครั้ง [11] (ตารางที่ 1 และ ภาพที่ 6) แสดงว่า ในอดีต กัญชาไม่ได้เป็นยาเสพติดที่เป็นที่นิยมของประชาชนไทยมากนัก แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายโดยการปลดกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษ ประชาชนสามารถเข้าถึงกัญชาได้ง่าย การใช้จึงเพิ่มมากขึ้นอย่างก้าวกระโดด

ภาพที่ 10 อัตราความชุกของการใช้กัญชาใน 12 เดือนที่ผ่านมา ของประชากรไทยอายุ 18-65 ปี พ.ศ. 2562, 2563, 2564, 2565 [1, 2] และอายุ 20 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2566-2567 [4]



- วัตถุประสงค์ของการใช้ ในการศึกษาของวิทย์ วิชชัชวาล และคณะนี้ยังพบว่า ผู้ใช้กัญชาในปัจจุบัน ร้อยละ 60 ระบุว่า ใช้กัญชาใน 12 เดือนที่ผ่านมาเพื่อวัตถุประสงค์ด้านนันทนาการ ร้อยละ 34 ใช้เพื่อผ่อนคลาย และช่วยให้นอนหลับ มีเพียงร้อยละ 6 เท่านั้นที่ระบุว่า ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ [12] ดังนั้น หากคิดเป็นความชุกของการใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์นอกเหนือจากการแพทย์ในปัจจุบันจึงเท่ากับร้อยละ 18.8 ของประชากรไทยอายุ 20 ปีขึ้นไป หรือประมาณเท่ากับ 9.911 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2566-2567) [4]
- วิธีการใช้ ผู้ใช้ในปัจจุบันนิยมใช้วิธีกินหรือดื่มมากที่สุด (ร้อยละ 55-66) ตามมาด้วยวิธีสูบ (ร้อยละ 27-39) ผู้ใช้ในปัจจุบันประมาณร้อยละ 40-50 ใช้กัญชามากกว่าสัปดาห์ละครั้ง อย่างไรก็ตาม การใช้กัญชาร่วมกับสารเสพติดอื่นพบได้ค่อนข้างน้อย (ร้อยละ 0.3-4.3) โดยสารที่ผู้ใช้กัญชารายงานว่า ใช้ร่วมมากที่สุดได้แก่ สุรา และกระท่อม [4]
- ผลสำรวจก่อนออกนโยบายฯ ในการสำรวจของศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติดครั้งล่าสุดเมื่อเดือนธันวาคม 2565 [2] รายงานความชุกของการใช้กัญชาเพื่อนันทนาการใน 12 เดือนก่อนการสำรวจในประชากรอายุ 18

- 65 ปีเท่ากับร้อยละ 24.9 หรือคิดเป็นประมาณ 11.1 ล้านคน ซึ่งเป็นจำนวนที่เพิ่มขึ้นมากจากปีก่อนหน้านั้นที่มีเพียง 1.9 ล้านคน (ร้อยละ 4.3 ของประชากรไทยอายุ 18-65 ปีในปี พ.ศ. 2564) ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า ประชาชนไทยเริ่มที่จะเปิดเผยสถานะการใช้กัญชาของตนเองมาตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2565 และในการสำรวจในปี พ.ศ. 2566-2567 นี้ [4] ผู้ใช้กัญชาส่วนใหญ่ก็ยอมรับว่า ตนเองใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์อื่นนอกเหนือจากการใช้ทางการแพทย์หรือใช้โดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง ถึงแม้ว่า ความชุกของการใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์อื่นนอกเหนือจากการแพทย์ในการสำรวจในปี พ.ศ. 2566-2567 นี้จะต่ำกว่าที่รายงานในปี 2565 เล็กน้อยก็ตาม เนื่องจากฐานประชากรที่ใช้มีอายุต่างกัน

ตารางที่ 4 อัตราความชุกของการใช้กัญชาใน 12 เดือนที่ผ่านมา ในประชากรไทย จากการสำรวจในประชากรทั่วไป พ.ศ. 2550 ถึง พ.ศ. 2567

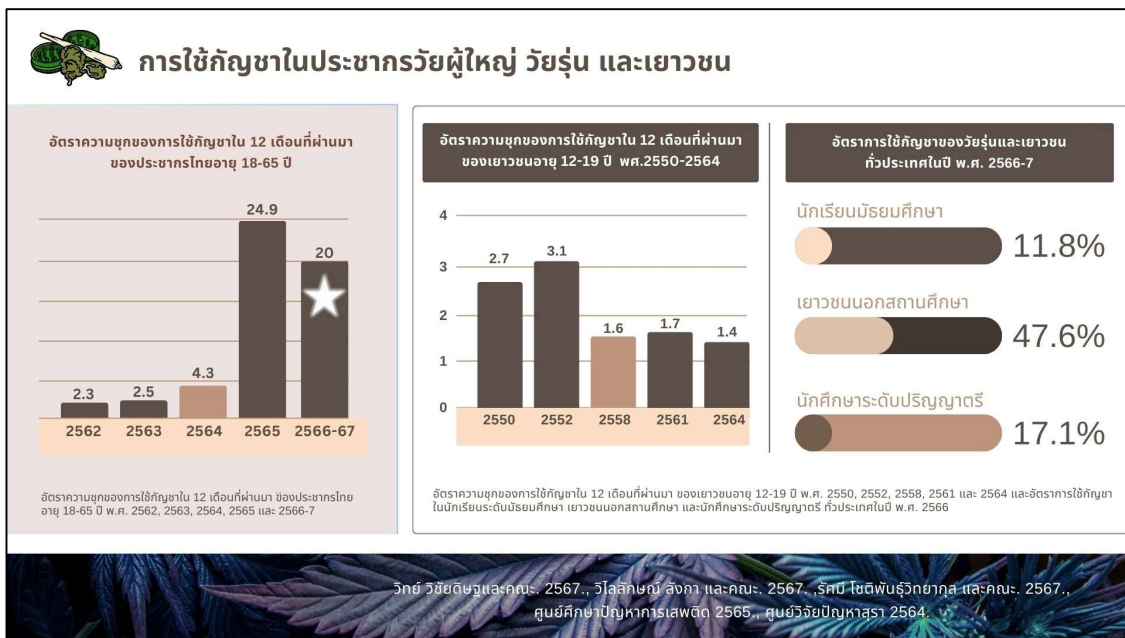
พ.ศ.	ลักษณะประชากร ขนาดตัวอย่าง คณะวิจัย	ความชุก (%)	จำนวน (ล้านคน)
2550	ประชากรไทยอายุ 12-65 ปีจาก 27 จังหวัดทั่วประเทศ สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิห้าขั้นตอน จำนวนตัวอย่างครั้งละประมาณ 27,000 - 33,000 คน เก็บข้อมูล ม.ค. - พ.ค. ของแต่ละปี ดำเนินงานโดย เครือข่ายองค์กรวิชาการสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม [11]	0.124	0.057
2554		0.226	0.109
2559		0.419	0.209
2562		1.329	0.668
2562	ประชากรไทยอายุ 18-65 ปีจาก 20 จังหวัดทั่วประเทศ สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิหลายขั้นตอน จำนวนตัวอย่างครั้งละประมาณ 5,002 - 5,669 คน เก็บข้อมูล พ.ย. - ธ.ค. ของทุกปี ดำเนินงานโดย ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [1, 2]	2.3	1.131
2563		2.5	1.116
2564		4.3	1.899
2565		24.9	11.106
พ.ศ. 66	ประชากรไทยอายุ 20 ปีขึ้นไป จาก 12 จังหวัดทั่วประเทศ สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิหลายขั้นตอน จำนวนตัวอย่างครั้งละประมาณ 2,200 คน เก็บข้อมูลสามครั้งในเดือน พ.ศ. 2566, ก.ย. 2566 และ ก.พ. 2567 ดำเนินงานโดย วิทยาลัยดุสิต และ คณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ [4]	15	7.908
ก.ย. 66		23	12.125
ก.พ. 67		22	11.598

2.2 การใช้กัญชาในเยาวชน นักเรียน นักศึกษา

“เยาวชนไทยอย่างน้อยหนึ่งในสิบคนเคยใช้กัญชามาแล้วในชีวิต ส่วนใหญ่ใช้เพื่อนันทนาการสังสรรค์กับเพื่อน”

- **อัตราความชุกของการใช้** การศึกษาของ วิไลลักษณ์ ลังกา และคณะ และ รัศมี โชติพันธ์วิทยากุล และคณะ [3, 13] ในปี พ.ศ. 2566-2567 พบว่า นักเรียนระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 11.81 เยาวชนนอกสถานศึกษา ร้อยละ 47.60 นักศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 17.1 (เพศชาย ร้อยละ 36.5 เพศหญิง ร้อยละ 6.8) และเยาวชนในสถานพินิจหรือศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน ร้อยละ 79.1 เคยลองใช้กัญชาในชีวิต นักเรียนมัธยมและนักศึกษามหาวิทยาลัยที่เคยใช้กัญชามาก่อนส่วนใหญ่ใช้ในรูปแบบอาหารหรือเครื่องดื่มผสมกัญชา และเกือบทั้งหมดใช้เพื่อนันทนาการโดยใช้ร่วมกับเพื่อนหรือในงานสังสรรค์ ส่วนเยาวชนในสถานพินิจ ส่วนใหญ่ใช้เป็นใบสด ใบแห้ง หรือ ดอกกัญชา
- **การเปลี่ยนแปลงความชุกของการใช้** เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2550, 2552, 2558, 2561 และ 2564 ของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ก็พบลักษณะที่คล้ายคลึงกับในประชากรผู้ใหญ่ นั่นคือ การศึกษาในปี พ.ศ. 2566-2567 นี้ พบว่าเยาวชนไทยมีอัตราการใช้กัญชาเพิ่มสูงมาก ทั้งนี้ การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาทั่วประเทศในปี 2550, 2552, 2558, 2561 และ 2564 ของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา พบว่า นักเรียนระดับมัธยมศึกษาในประเทศไทยมีอัตราความชุกของการใช้กัญชาในช่วง 12 เดือนที่อยู่เพียงร้อยละ 1.4 ถึง 3.1 เท่านั้น (ภาพที่ 11) [14]

ภาพที่ 11 อัตราความชุกของการใช้กัญชาในเยาวชนไทย



อัตราความชุกของการใช้กัญชาใน 12 เดือนที่ผ่านมาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาทั่วประเทศ พ.ศ. 2550, 2552, 2558, 2561, 2564 ได้จาก [14] อัตราความชุกของการใช้กัญชาในวัยรุ่นและเยาวชนในปี 2566-2567 ได้จาก [3, 13]

“เยาวชนไทยเริ่มใช้กัญชาตั้งแต่อยู่ในวัยเรียนระดับมัธยมศึกษา ด้วยความอยากรู้อยากลอง เพื่อนชวน และรับรู้ว่าเป็น “กัญชาถูกกฎหมาย” หรือ “เปิดเสรีกัญชาแล้ว”

- **การเริ่มใช้กัญชา** ในการศึกษาของ วิไลลักษณ์ ลังกา และคณะ [13] กลุ่มวัยรุ่นหรือนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่ใช้กัญชา เริ่มใช้ตั้งแต่ในช่วงอายุประมาณ 14 ปี หรือชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โดยเริ่มจากการใช้บั้งไม้ไผ่ หรือขวดที่ดัดแปลงทำขึ้นเองแบบท่อ การยำ และอัดแท่ง โดยทดลองกับกลุ่มเพื่อน รุ่นน้องรุ่นพี่ เหตุผลของการลองคืออยากรู้อยากลอง และเพราะ “กฎหมายเปิดเสรีแล้ว” ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของตัวอย่างสองรายนี้

“เพื่อน ๆ ชวนไปก็ไปดูด ตอนแรกก็กลัวอยู่ ก็ไม่กล้าดูด ก็ตอนเด็ก พอรู้ว่า เสรีเราลองเขาดูดกัน ไอ้เราก็อยากรองบ้าง...ปกติก็ไม่กล้าดูดถ้าไม่เสรี แต่นี่ก็แอบดูดเหมือนเดิมไม่ให้ใครเห็น แต่กลัวน้อยลง” (A3)

“กัญชามันปลดล็อคแล้วครับเลยอยากรอง” (A9) (อ่านรายละเอียดได้ในรายงานของวิไลลักษณ์ ลังกา [13])
- เช่นเดียวกับผลการศึกษาของรัตมี โชติพันธ์วิทยากุล และคณะ [3] ซึ่งพบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยระดับปริญญาตรีมากกว่าครึ่ง เริ่มหันใช้กัญชาในช่วงอายุ 13-18 ปี (ตั้งแต่เรียนอยู่ในระดับมัธยมศึกษา) โดยเหตุผลในการเริ่มใช้กัญชาครั้งแรกสี่อันดับแรก ได้แก่ อยากรอง เพื่อนชวน คิดว่าช่วยให้ผ่อนคลาย และคิดว่าช่วยลดความเครียด อย่างไรก็ตาม นักศึกษาร้อยละ 12.5 ให้เหตุผลว่า เริ่มใช้กัญชาเนื่องจากการประกาศให้กัญชาถูกกฎหมาย ส่วนในและเยาวชนผู้กระทำความผิดที่อยู่ในสถานพินิจฯ พบว่า เริ่มใช้กัญชาครั้งแรกตั้งแต่อายุ 13-15 ปี (มัธยมศึกษาตอนต้น ก่อนที่จะเข้ามาอยู่ในสถานพินิจฯ) และเหตุผลในการใช้ครั้งแรกก็คล้ายคลึงกัน ได้แก่ อยากรอง เพื่อนชวน และคิดว่ากัญชาช่วยเพิ่มความสุข ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของเยาวชนฯ บางคน

“คืออยากรองอะครับ เพื่อนชวน สอนดูด ก็เลยดูด”

“ตอนนั้นใช้กัญชาเพราะเครียดครับ เรื่องตาด้วยครับ ตาชอบตี เหมือนมันเก็บกดครับ แล้วหาความสุขไม่ได้เลยไปดูดกัญชาแทน”

โดยเยาวชนเหล่านี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67) ใช้กัญชาในรูปแบบใบสด ใบแห้ง ใบอบแห้ง หรือดอกกัญชา โดยประมาณร้อยละ 29 ใช้ในรูปแบบอาหารและเครื่องดื่มผสมกัญชา และร้อยละ 10 ใช้ในรูปแบบน้ำมันกัญชา (ซึ่งเป็นรูปแบบที่ใช้ในทางการแพทย์) ซึ่งบ่งชี้ชัดเจนว่า การใช้กัญชาของเยาวชนเป็นไปเพื่อสันถนาการมากกว่าเพื่อการรักษาทางการแพทย์ (อ่านรายละเอียดได้ในรายงานของ รัตมี โชติพันธ์วิทยากุล และคณะ [3])
- ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นชัดเจนว่า เยาวชนไทยที่ใช้กัญชาเริ่มใช้ตั้งแต่อยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงที่สมองกำลังพัฒนา โดยรับรู้หรือเข้าใจว่า กฎหมายเปิดเสรีกัญชาในประเทศไทย จึงทำให้วัยรุ่นไทยกล้าใช้กัญชา ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าเป็นห่วง เพราะหากเยาวชนจำนวนมากรับรู้เช่นเดียวกัน ก็อาจจะมีเยาวชนใช้ลองใช้กัญชามากขึ้น

2.3 สาเหตุ ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้กัญชา

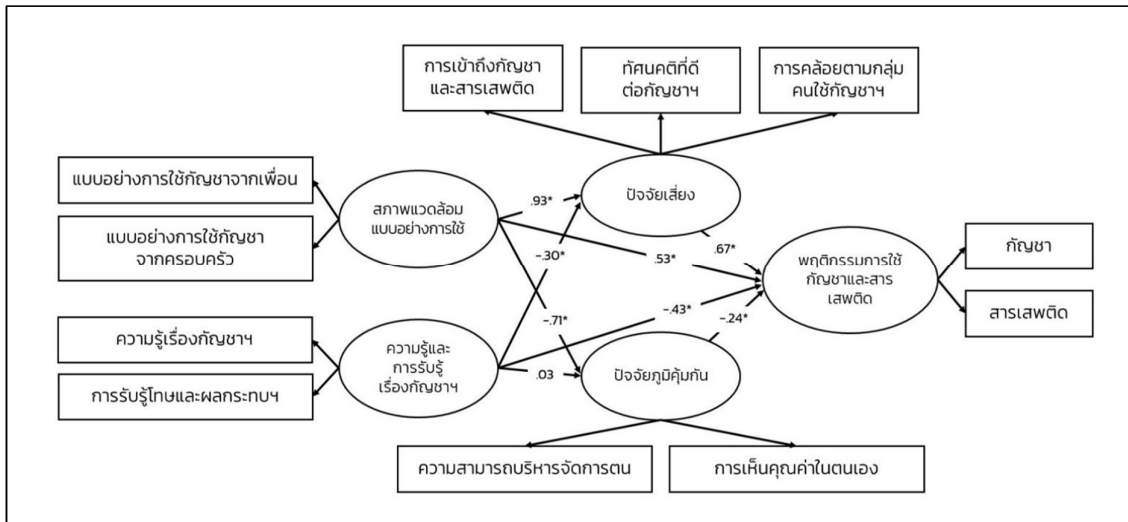
“สาเหตุอันดับต้นของการเริ่มใช้กัญชาในเยาวชนยังเป็นความอยากรู้อยากลอง แต่เพื่อนชวน ลดเครียด ช่วยผ่อนคลายและเจริญอาหาร ก็ยังเป็นสาเหตุสำคัญ”

- **เหตุผลที่เริ่มใช้กัญชา** นักศึกษาสองในสามคน (ร้อยละ 66.8) เริ่มใช้กัญชาครั้งแรกด้วยความอยากรู้อยากลอง ประมาณหนึ่งในสามคนใช้เพราะเพื่อนชวน (ร้อยละ 32.7) คิดว่าลดความเครียด (ร้อยละ 32.7) คิดว่าช่วยการนอน (ร้อยละ 33.3) หรือคิดว่าเพิ่มความสุข (29.1) ประมาณหนึ่งในสี่คน (ร้อยละ 23.5) ใช้เพราะคิดว่า ช่วยการรับประทานอาหารให้ดีขึ้น มีนักศึกษาส่วนน้อยเท่านั้น (ร้อยละ 13.3) ที่เริ่มใช้กัญชาด้วยเหตุผลทางการแพทย์

นอกจากนั้น การประกาศให้กัญชาถูกกฎหมาย (ร้อยละ 13.8) และการเห็นโฆษณา กัญชา (ร้อยละ 4.6) ก็เป็นสาเหตุที่นำไปให้เยาวชนจำนวนหนึ่งเริ่มใช้กัญชา [3]

- **ปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้กัญชา** สำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการใช้กัญชาหรือสารเสพติดชนิดอื่น ได้แก่ การคล้อยตามกลุ่มเพื่อน การมีทัศนคติที่ติดต่อกัญชา และการเข้าถึงกัญชาได้ง่าย ซึ่งมีอิทธิพลให้วัยรุ่นลองใช้กัญชาหรือสารชนิดอื่นมากกว่าปัจจัยป้องกัน ซึ่งได้แก่ การเห็นคุณค่าของตนเอง และความสามารถบริหารจัดการตนเอง ทั้งนี้ สภาพแวดล้อมและแบบอย่างการใช้กัญชาของเพื่อนและครอบครัวมีผลอย่างมากต่อปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้กัญชา และพฤติกรรมการใช้โดยตรงอีกด้วย รวมทั้งยังมีผลลดปัจจัยภูมิคุ้มกันต่อการใช้กัญชาด้วย ในขณะที่ความรู้เรื่องกัญชาเกือบไม่มีผลเพิ่มปัจจัยภูมิคุ้มกันเลย ถึงแม้จะมีผลในด้านลดปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมการใช้กัญชาอยู่บ้างก็ตาม (ภาพที่ 12) [13]

ภาพที่ 12 โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการใช้กัญชาและสารเสพติดชนิดอื่นของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา และเยาวชนนอกสถานศึกษา



3. แหล่งที่มา และการเข้าถึงกัญชา

“ประชาชนไทยอย่างน้อยหนึ่งในสี่คนเข้าถึงจุดจำหน่ายหรือผลิตกัญชาอย่างน้อยหนึ่งจุดในรัศมี 400 เมตร รอบบ้านได้ และหนึ่งในสิบเอ็ดคน อยู่ในครัวเรือนที่มีการปลูกกัญชาในบ้าน เข้าถึงง่ายโอกาสใช้เพิ่ม”

- **จุดจำหน่ายใกล้บ้าน** ในการสำรวจครั้งแรกในเดือนพฤษภาคม 2566 ในโครงการของวิทย์ วิชชดิษฐ์ และคณะ [4] ประชาชนประมาณร้อยละ 24 ระบุว่า ในรัศมี 400 เมตรรอบบ้านตนเอง ซึ่งสามารถจะเดินถึงได้ภายในเวลาห้านาที มีจุดจำหน่ายหรือผลิตกัญชาอย่างน้อยหนึ่งจุด ร้อยละ 28 และ 31 รายงานว่า มีจุดจำหน่ายหรือผลิตกัญชาอย่างน้อยหนึ่งจุด ในรัศมี 800 และ 1,200 เมตร รอบบ้านตนเอง (สามารถจะเดินถึงได้ภายในเวลาสิบและสิบห้านาที ตามลำดับ) [4]
- **ความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงจุดจำหน่ายกับการใช้** ผู้ที่ระบุว่า มีจุดจำหน่ายหรือผลิตกัญชาอย่างน้อยหนึ่งจุด ในรัศมี 400 เมตรรอบบ้านตนเองมีโอกาสที่จะเป็นผู้ใช้กัญชาในปัจจุบันมากกว่าผู้ที่เข้าถึงไม่ได้ 2.8 เท่า และ

ผู้ที่รายงานว่ามีสามจุดจะมีโอกาสมากขึ้นถึง 4.2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีจุดจำหน่ายหรือผลิตกัญชาในบ้าน แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ทางตรงระหว่างการเข้าถึงกัญชาได้ง่ายกับการใช้กัญชา [4]

- การปลูกกัญชาในครัวเรือน ประชาชนร้อยละ 9 รายงานว่า ในบ้านของตนมีการปลูกกัญชา โดยในกลุ่มดังกล่าว ร้อยละ 50 ปลูก 1-2 ต้น และเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99) ปลูกไม่เกิน 15 ต้น ผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่ปลูกต้นกัญชามีโอกาสที่จะเป็นผู้ใช้กัญชาในปัจจุบันมากกว่าผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่ไม่ปลูกกัญชา 4.4 เท่า (67.2% เทียบกับ 15.4%, OR = 4.40; 95% CI = 4.08, 4.75) [4] (ภาพที่ 13)

ภาพที่ 13 การเข้าถึงจุดจำหน่ายกัญชาใกล้บ้าน และการปลูกกัญชาภายในครัวเรือน (ข้อมูลจาก [4], [11])



4. การใช้สารเสพติดชนิดอื่น

“เยาวชนไทยใช้สารเสพติดชนิดอื่นเพิ่มมากขึ้น และกัญชามักถูกใช้ร่วมกับสุรา ยาสูบ กระท่อม และ/หรือ ยาบ้า”

- การใช้สารชนิดอื่นร่วมกับกัญชา ประชาชนที่ใช้กัญชาในปัจจุบันเพียงจำนวนน้อย (ไม่เกินร้อยละ 5) รายงานว่า ตนเองใช้กัญชาพร้อมกับสุรา (ร้อยละ 1.2-4.3) กระท่อม (ร้อยละ 2.0-3.6) หรือยาบ้า (ร้อยละ 0.3-0.4) เนื่องจากการสำรวจในปี 2566-2567 นี้ไม่สามารถถามถึงการใช้อาหารเสริมชนิดอื่นจึงไม่สามารถจะบอกได้ว่า หลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชา อัตราการใช้สารเสพติดชนิดอื่นในประชาชนไทยมีการเปลี่ยนแปลงด้วยหรือไม่ [4]
- สำหรับนักเรียนระดับปริญญาตรี กัญชามักจะถูกใช้ร่วมกับ ผลิตภัณฑ์ยาสูบมากที่สุด (ร้อยละ 57.5) รองลงมา คือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 39.7) บุหรี่ไฟฟ้า (ร้อยละ 26.4) ใบกระท่อม/ สารผสมน้ำต้มใบกระท่อม (ร้อยละ 17.8) และยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ร้อยละ 3.4) [3]
- จากข้อมูลการสำรวจทั้งในประชากรทั่วไปและนักศึกษามหาวิทยาลัยนี้ แสดงแนวโน้มไปในทิศทางว่า กัญชาไม่ได้ถูกใช้เป็นสารทดแทนสารเสพติดชนิดอื่น แต่กัญชามักถูกใช้ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่น เช่น สุรา กระท่อม

หรือยาบ้า ดังนั้น การมีนโยบายกัญชาถูกกฎหมายจึงไม่น่ามีผลในการช่วยลดความชุกของการใช้สารเสพติดชนิดอื่น

- **อัตราการใช้สารเสพติด** แต่สำหรับนักเรียนมัธยมและเยาวชนนอกสถานศึกษา หากไม่นับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้ว (นักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษาร้อยละ 49.9 เคยใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์) กัญชากลายเป็นสารเสพติดที่วัยรุ่นไทยเคยใช้มากที่สุด รองลงมาได้แก่ ใบและน้ำกระท่อม (เคยใช้ร้อยละ 18.25 และ 10.1) และยาสูบ (เคยใช้ร้อยละ 12.96) [13] ซึ่งเมื่อเทียบกับการสำรวจในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.ปีที่ 2) ในปี 2561 แล้ว [14] นักเรียนมัธยมในปี 2566-2567 มีแนวโน้มการใช้สารเสพติดทุกชนิดเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (ภาพที่ 14) [13]

ภาพที่ 14 ความชุกของการใช้สารเสพติดชนิดอื่นในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษา พ.ศ. 2563-2564 และ พ.ศ.2566-2567 (ข้อมูลการใช้สารเสพติด พ.ศ. 2566-2567 ได้จาก [13] ข้อมูลการใช้สารเสพติด พ.ศ. 2563-2564 ได้จาก [14])



5. ความคิดเห็นและทัศนคติต่อกัญชา และการควบคุมกัญชา

5.1 มุมมองต่อกัญชาในสื่อสังคมออนไลน์

“มุมมองของสังคมต่อกัญชาเปลี่ยนแปลงตามกระแสนโยบาย จากกัญชาเป็นยาวิเศษ และพืชแก้จน เป็นกัญชาเป็นเกมการเมืองและผลประโยชน์”

จากการสำรวจสื่อสังคมออนไลน์ 3 ประเภท ได้แก่ เฟซบุ๊ก (Facebook) ทวิตเตอร์ (Twitter) และยูทูบ (YouTube) ในช่วงหนึ่งปีครึ่งก่อนและหลังการ “ปลดล็อกกัญชา” (เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 8 มิถุนายน พ.ศ. 2565 และตั้งแต่วันที่ 9 มิถุนายน 2565 ถึง 31 ธันวาคม 2566) ในการศึกษาของนริศรา พังโพธิ์สก และคณะ [15] พบว่า จำนวนข้อความที่กล่าวถึงกัญชาในช่วงก่อนและหลังออกนโยบายมีถึง 78,175 และ 301,646 ข้อความตามลำดับ

- **ความคิดเห็นต่อกัญชาในสื่อออนไลน์** ความคิดเห็นของประชาชนต่อกัญชาตั้งแต่ช่วงปี 2564 เป็นต้นมา มีแนวโน้มทิศทางไปทางลบมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ช่วงหลัง 9 มิถุนายน 2565 โดยคนในสื่อสังคมออนไลน์มองว่า กัญชาเป็นเกมการเมืองและผลประโยชน์ สถานศึกษาควรเป็นพื้นที่ปลอดกัญชา กัญชาเป็นต้นตอของอาชญากรรม กัญชาถูกปล่อยเสรีมากกว่าสุรา แต่ก็มีผู้ที่มีมุมมองว่า โทษของการเสพกัญชาควรเบากว่าข้อหาอื่น และกัญชาเป็นสิ่งผิดกฎหมายในต่างประเทศ [15]
- **แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของความคิดเห็น** เมื่อเปรียบเทียบกับมุมมองของสังคมที่สะท้อนจากการรายงานข่าวเรื่องกัญชาทางการแพทย์ของสื่อมวลชนในประเทศไทยก่อนและประกาศพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 [16] จะเห็นว่า มุมมองเรื่องกัญชาในสังคมไทยเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน โดยในช่วงตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2561 จนถึงเดือนตุลาคม 2562 (ก่อนและหลังประกาศฯ 8 เดือน) สังคมมีแนวโน้มที่จะมองกัญชาในทางบวก โดยมองว่า กัญชาคือยาวิเศษที่สามารถรักษาได้สารพัดโรค กัญชามีโทษน้อยกว่าเหล้า บุหรี่ และสิ่งเสพติดอื่น กัญชาคือภูมิปัญญาไทยแต่โบราณ กัญชาคือพืชเศรษฐกิจสร้างความร่ำรวย อย่างไรก็ตาม ในช่วงนั้นก็มีมุมมองว่า กัญชาคือยาเสพติด และกัญชาเป็นเรื่องผลประโยชน์เฉพาะกลุ่ม อยู่ด้วยเช่นกัน (ภาพที่ 15) [16]

ภาพที่ 15 มุมมองของสังคมต่อกัญชา จากการสำรวจสื่อสังคมออนไลน์ พ.ศ. 2561-2562 และ พ.ศ. 2564-2566 (วาทกรรมในสื่อสังคมออนไลน์ พ.ศ. 2561-2562 ได้จาก [15] และ พ.ศ. 2564-2566 ได้จาก [16])



5.2 ทศนคติต่อการใช้กัญชา และความรู้เรื่องกัญชากับสุขภาพ

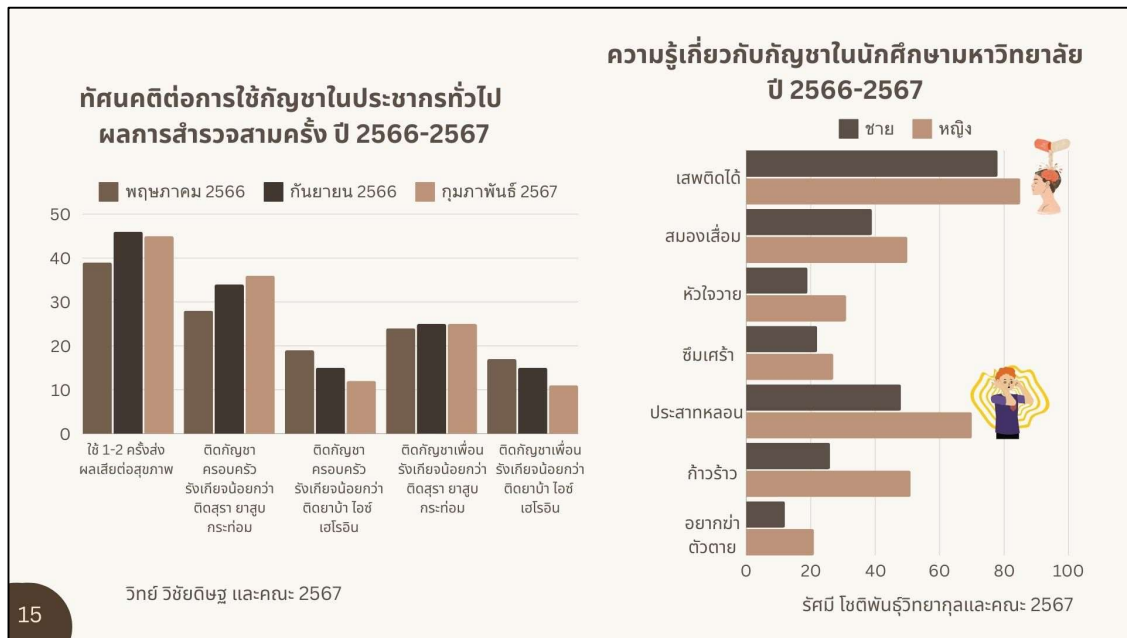
“ประชาชนน้อยกว่าครึ่งหนึ่งมองว่า การใช้กัญชาส่งผลเสียต่อสุขภาพ และการติดกัญชาน่ารังเกียจมากกว่า การติดสุรา ยาสูบ กระท่อม แต่น้อยกว่า การติดยาบ้า เฮโรอีน”

- ในช่วงปี 2566-2567 ประชาชนที่มองว่า การใช้กัญชาเพียง 1-2 ครั้ง ส่งผลเสียต่อสุขภาพได้มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในการสำรวจแต่ละครั้ง (ร้อยละ 39.2, 46.2 และ 44.7) ในโครงการของวิทย์ วิชชดิษฐ์ และคณะ[4] ส่วนประชาชนที่มองว่า การติดกัญชาเป็นที่น่ารังเกียจของครอบครัวหรือเพื่อนมากกว่าการติดสุรา ยาสูบ กระท่อมมี

สัดส่วนสูงกว่ากลุ่มที่มองว่า การติดกัญชาเป็นที่น่ารังเกียจของครอบครัวหรือเพื่อนมากกว่าการติดยาไอซ์ ยาบ้า เฮโรอีน ยาเค ยาอี หรือสารเสพติดผิดกฎหมายอื่น ๆ แสดงว่า ในมุมมองของประชาชนส่วนใหญ่ กัญชาเป็นสารเสพติดที่น่ารังเกียจมากกว่า สุรา ยาสูบ กระท่อม แต่น้อยกว่า ยาไอซ์ ยาบ้า เฮโรอีน ยาเค ยาอี หรือสารเสพติดผิดกฎหมายอื่น ๆ [4]

- ทศนคติต่อการใช้กัญชามีความสัมพันธ์แบบผกผันกับพฤติกรรมการใช้กัญชาของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในภาพรวม ผู้ที่ไม่เคยใช้กัญชามีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเชิงลบต่อกัญชา เช่น มองว่าการใช้กัญชาส่งผลเสียต่อสุขภาพ หรือการติดกัญชาเป็นที่น่ารังเกียจของครอบครัวหรือเพื่อน สูงกว่าผู้ที่เคยใช้กัญชา (ใช้ในวงชีวิต แต่ไม่ได้ใช้ในวง 12 เดือนก่อนการสำรวจ) และผู้ที่ใช้กัญชาปัจจุบัน (ใช้ในวง 12 เดือนก่อนการสำรวจ) อย่างมีนัยสำคัญ [4]
- นักศึกษามหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.8) ทราบว่า กัญชาเสพติดได้ แต่มีนักศึกษาประมาณหนึ่งในสี่ถึงหนึ่งในสามคนเท่านั้นที่ทราบว่า กัญชามีผลกระทบต่อการทำงานของสมอง เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และส่งผลต่อสุขภาพจิต อารมณ์ก้าวร้าว อายากฆ่าตัวตาย เป็นต้น และนักศึกษามากกว่าครึ่งหนึ่งทราบว่า กัญชาทำให้เกิดหูแว่ว ภาพหลอนได้ (ภาพที่ 16) [3]

ภาพที่ 16 ทศนคติและความรู้เกี่ยวกับกัญชาในประชากรทั่วไปและนักศึกษามหาวิทยาลัย พ.ศ.2566-2567 (ข้อมูลจาก [4] และ [3])



5.3 ความคิดเห็นต่อนโยบายกัญชา

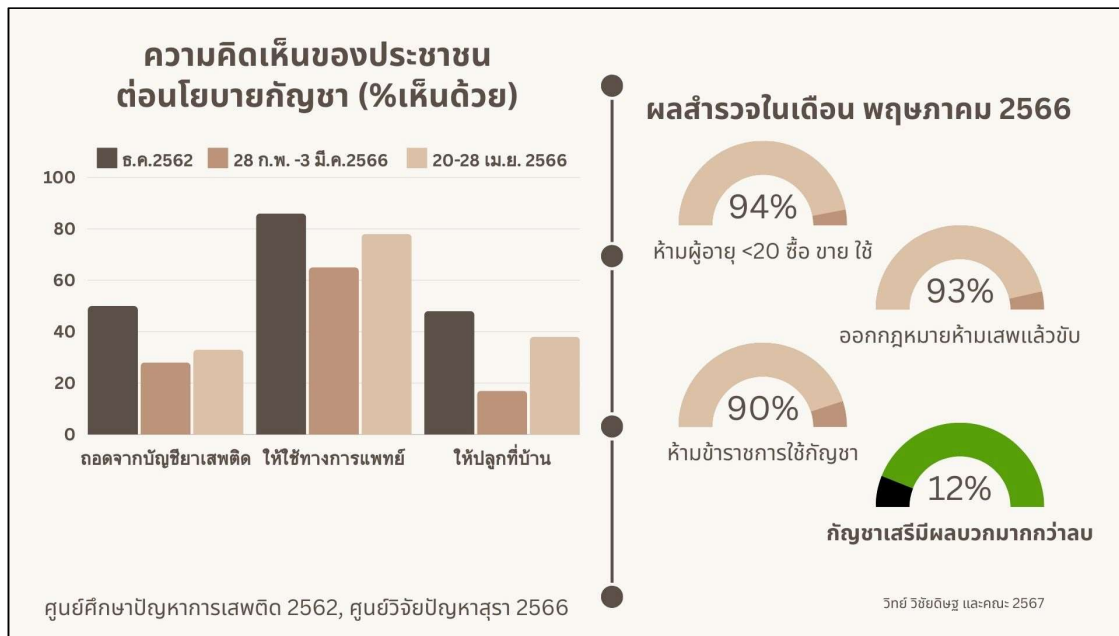
“ในปัจจุบัน ประชาชนไทยรวมทั้งนักศึกษามหาวิทยาลัย 9 ใน 10 คนไม่เห็นด้วยกับนโยบายกัญชาเสรี โดยมองว่า นโยบายดังกล่าวทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี ในขณะที่เมื่อประมาณ 4-5 ปีที่แล้ว ประชาชนประมาณครึ่งหนึ่งเห็นด้วยกับการถอดกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษ”

- ในช่วงปี พ.ศ. 2566-2567 ประชาชนไทยร้อยละ 87 ถึง 90 ไม่คิดว่า การปลดล็อกกัญชาหรือนโยบายกัญชาเสรี จะทำให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย และมากกว่าร้อยละ 90 เห็นว่า รัฐบาลควรออกมาตรการเร่งด่วน เพื่อควบคุม และห้ามมิให้เด็กและเยาวชนที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ซื้อมาขาย แจก ครอบครอง และใช้กัญชา หรือควรมีบทลงโทษ ข้าราชการที่เสพหรือเมากัญชาในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่ราชการ หรือเกิดเรื่องเสียหายเช่นเดียวกับการเมาสຸຣາ มากกว่าร้อยละ 85 มองว่า รัฐบาลควรมีกฎหมายเรื่องการใช้กัญชาแล้วซ้บรณนดหรือรณนดจรรยณนด เช่นเดียวกับกฎหมายการดื่มสุราและซ้บรณนด มีเพียงร้อยละ 15 ที่เห็นว่าธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ ควรขยายสินเชื่อการเกษตรให้ครอบคลุมกัญชาเพื่อสนับสนุนการ (ภาพที่ 17) [4]
- ในทำนองเดียวกัน นักศึกษามหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.2 ถึงร้อยละ 96.3) ไม่เห็นด้วยกับมาตรการกัญชาเสรีใดๆ เช่น การปลูก จำหน่าย บริโภค หรือโฆษณา กัญชาเสรี [3]
- ในขณะที่ เยาวชนผู้กระทําผิดที่อยู่ในสถานพินิจมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 50-70) เห็นด้วยกับนโยบายอนุญาตให้ ปลูกกัญชาเสรี การจำหน่ายกัญชาเสรี การมีสื่อโฆษณาส่งเสริมการขายกัญชาเสรี การมีผลิตภัณฑ์ผสมกัญชาขาย เสรี
 - “มีกัญชาในพวกอาหารเครื่องดื่ม มันก็ไม่ต้องเสียดังมาก ไม่ต้องไปหาบ้องสูบ อะไรพวกนี้ครับ”
 - “ผมว่ามันดี บางคนก็ไปต้มใส่ไก่ ใส่กับข้าวอะไรแบบนี้ ผมว่ามันดี แต่ผมก็ลอง เคยกินนะต้มไก่ใส่ไปกัญชา มันก็อร่อยดี บางคนเขาก็บอกว่ามันเป็นยา”อย่างไรก็ตาม เยาวชนเหล่านี้เพียงร้อยละ 37 เท่านั้นที่เห็นด้วยกับการอนุญาตให้บริโภคกัญชาได้อย่างเสรี เช่น เด็กหรือวัยรุ่นสูบกัญชาได้ สูบที่ใดก็ได้ เวลาไหนก็ได้ และมีเยาวชนบางคนระบุอย่างชัดเจนว่า ควรทำให้กัญชา กลับไปผิดกฎหมายเหมือนเดิม [3]
 - “แบบเดิมมันดีอยู่แล้ว ให้ผิดกฎหมายไปเลย”
 - “ผมแนะนำว่าน่าจะกลับไปผิดกฎหมาย หรือว่าใช้ได้ทางการแพทย์ คือในทางการแพทย์เลย ถ้ามาใช้ อย่างนี้ผมว่าไม่น่าถูกครับ”
 - “เอา กัญชา กลับไปผิดกฎหมาย หรือว่าเอามาใช้แค่ทางการแพทย์ให้มันถูกต้องเลย ซี้ซี้ดไปเลยว่ามันจะต้อง อย่างนี้ละ ไม่ใช่แบบว่าคุณปล่อยให้มันเสรีแล้วมันมาทำลายเยาวชน เดียวนี้ชาวมันก็เยอะ คนคลังบ้าง ลูกฆ่าพ่อ ฆ่าแม่ แล้วก็แม่ฆ่าลูก มันแย่ขึ้นทุกวัน ๆ ครับ”
- เมื่อเปรียบเทียบกับ การสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในปี พ.ศ. 2562 ถึง 2565 ก็จะพบการเปลี่ยนแปลง ความคิดเห็นและทัศนคติของประชาชนทั่วไปต่อเรื่องกัญชาเช่นเดียวกันกับการสำรวจในโลกออนไลน์ กล่าวคือ ในการสำรวจประชาชนทั่วประเทศในการศึกษาของศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด ในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นปีเดียวกันกับการออกพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2562 ที่ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ณ วันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 โดยอนุญาตให้ใช้ประโยชน์จากกัญชาและกระท่อมเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ การรักษาผู้ป่วย หรือการศึกษาวิจัยและพัฒนา พบว่า ประชาชนไทยที่เห็นด้วยกับการถอดกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษ หรือการ “ปลดล็อกกัญชา” มีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ จากร้อยละ 49.9 และร้อยละ 42.9 ในปี 2562 และ 2563 เป็นร้อยละ 18.8 ในปี 2565 [1, 2, 17] ประชาชนประมาณเกือบครึ่ง เห็นด้วยกับการอนุญาตให้ปลูกกัญชาได้บ้านละ 6 ต้น โดยมีการขึ้นทะเบียน แต่มีเพียงร้อยละ 31 เท่านั้นที่เห็นด้วยหรือค่อนข้างเห็นด้วยต่อการอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อนันทนาการ ในขณะที่ร้อยละ 86 เห็นด้วยกับการนำ

กัญชามาใช้ทางการแพทย์ [17] แต่ในการสำรวจแบบเดียวกันในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 เมื่อถามว่า การถอดกัญชากอกจากบัญชียาเสพติดทำให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย ประชาชนเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่เห็นด้วย และสัดส่วนนี้ยิ่งลดลงอีกในการสำรวจครั้งปัจจุบัน นอกจากนี้ ประชาชนร้อยละ 41 เห็นว่า การนำกัญชามาใช้ส่งผลเสียมากกว่าผลดี เพราะเป็นสารเสพติด เด็กและเยาวชนเข้าถึงง่าย คนเสวมมากขึ้น ควบคุมไม่ได้ และเป็นอันตรายต่อสังคม และเพียงร้อยละ 19 ที่เห็นด้วยกับ “นโยบายกัญชาเสรี” โดยให้เหตุผลว่า ช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจ ปลุกเพื่อสร้างรายได้ เป็นสมุนไพร นำมาใช้ในทางการแพทย์เพื่อรักษาโรคได้ [2]

- นอกจากนี้ ประชากรผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ในช่วงปี พ.ศ. 2562-2563 ในการศึกษาของสาวิตรี อัจฉางค์กรชัย และคณะ ซึ่งสนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ก็พบว่า ในช่วงดังกล่าว ผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95) เห็นด้วยกับนโยบายอนุญาตให้ใช้ ขาย หรือปลุกกัญชาเพื่อใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ แต่ประมาณร้อยละ 61-65 เท่านั้นที่เห็นด้วยกับนโยบายที่อนุญาตให้ขายหรือปลุกกัญชาเพื่อนันทนาการ [18]

ภาพที่ 17 ผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อนโยบายกัญชา พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2564



ผลสำรวจเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 ได้จาก [4] ผลสำรวจเดือนธันวาคม 2562 ได้จาก [17] ผลสำรวจปี พ.ศ. 2566 ได้จาก [19]

- ผลการศึกษาเหล่านี้ น่าจะชี้ให้เห็นว่า ในช่วงแรกที่เริ่มมีกระแสเคลื่อนไหวเรื่องกัญชาทางการแพทย์ จนกระทั่งการออกพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2562 อนุญาตให้ใช้ประโยชน์กัญชาทางการแพทย์และการวิจัย การเลือกตั้งทั่วไป พ.ศ. 2562 และการสนับสนุนการใช้กัญชาทางการแพทย์โดยกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงดังกล่าว ประชาชนมีความสนใจและมีทัศนคติที่ดีต่อกัญชาเป็นอย่างมาก รวมทั้งสนับสนุนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ แต่ประมาณสี่ถึงห้าปีหลังจากนั้น ซึ่งเป็นช่วงปัจจุบัน ประชาชนไทยกลับมีมุมมองที่เปลี่ยนไปต่อกัญชา โดยกลับไม่เห็นประโยชน์ของการปลดล็อกกัญชาเหมือนกับช่วงก่อนหน้านี้ เหตุผลหนึ่งที่น่าจะเป็นไปได้คือ คนในสังคมเริ่มมองเห็นผลกระทบทางลบของการปลุก การขาย และการใช้กัญชาอย่างเสรีที่เกิดขึ้นในสังคมไทย และอาจจะไม่ได้รับประโยชน์จากนโยบายนี้โดยตรง จึงทำให้ประชาชนส่วนใหญ่มีมุมมองเชิงลบต่อการมีกัญชาเสรีในประเทศไทย

6. ผลกระทบต่อสังคมหลังการประกาศนโยบายกัญชาไม่เป็นยาเสพติดให้โทษ

“หลังออกนโยบายกัญชาไม่เป็นยาเสพติด คดีอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับกัญชาเพิ่มขึ้น 3-4 เท่าของช่วงก่อนออกนโยบาย จำนวนผู้ป่วยที่มาห้องฉุกเฉินด้วยอาการเป็นพิษจากกัญชา และผู้ป่วยที่มารับการรักษาคือโรงพยาบาลหรือส่งปรึกษาไปยังศูนย์พิษวิทยาพุ่งกระฉูดหลังออกนโยบายกัญชาไม่เป็นยาเสพติด”

6.1 ชาวคดีอาชญากรรม

- **จำนวนชาวอาชญากรรม** หลังการออกนโยบายกัญชาไม่เป็นยาเสพติดให้โทษตั้งแต่ 9 มิถุนายน 2565 คดีอาชญากรรมที่เป็นข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ ที่มีผู้อยู่ในเหตุการณ์เกี่ยวข้องกับกัญชา ไม่ว่าจะเป็นผู้ก่อเหตุหรือเหยื่อเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน เมื่อเทียบกับระยะเวลาหนึ่งปีก่อนออกนโยบายฯ ทั้งนี้ ในช่วงก่อนออกนโยบายฯ (1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 8 มิถุนายน พ.ศ. 2565) มีชาวอาชญากรรมจำนวน 22 ข่าว และในช่วงหลังออกนโยบายกัญชา (9 มิถุนายน พ.ศ. 2565 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566) มีจำนวน 95 ข่าว โดยพบว่า ก่อนออกนโยบายฯ จะมีชาวอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับกัญชาเพียงเดือนละ 0-3 แต่หลังออกนโยบายฯ จำนวนข่าวเพิ่มขึ้นเป็นเดือนละ 1-9 ข่าว คดีอาชญากรรมเหล่านี้เป็นการกระทำผิดภายหลังการใช้กัญชาที่มีผลต่อชีวิตหรือร่างกายของผู้อื่น การแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม และสร้างความเสียหายต่อทรัพย์สิน โดยผู้กระทำผิดในข่าวอาจจะใช้กัญชาร่วมกับสารเสพติดอื่น ๆ โดยเฉพาะน้ำกระท่อมหรือใบกระท่อมซึ่งพบสูงสุด รองลงมาคือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาบ้า หรือใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน และผู้กระทำผิดอาจจะเคยใช้กัญชามาก่อนตั้งแต่ก่อนออกนโยบายฯ หรือประวัติการเจ็บป่วยทางจิตร่วมด้วย (**ภาพที่ 18**) [15]
- **พฤติกรรมชาว** ในจำนวนชาวการกระทำผิดภายหลังการใช้กัญชาที่กล่าวมาข้างต้นนี้ เป็นชาวที่รายงานว่ามีผู้ใช้กัญชากระทำความรุนแรงต่อชีวิตร่างกายของผู้อื่นเป็นสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 29.9) รองลงมาคือ แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม (เช่น อาละวาด พุดจาเสียงดัง ไม่สุภาพ) (ร้อยละ 4.5) และกระทำความเสียหายต่อทรัพย์สิน (ร้อยละ 12.8) โดยผู้เกี่ยวข้องในข่าวนอกจากจะใช้กัญชาแล้วยังใช้สารเสพติดอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยเฉพาะน้ำกระท่อม/ใบกระท่อมมีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 11.1) รองลงมาคือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาบ้า และใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน (ร้อยละ 10.3 ร้อยละ 10.3 ร้อยละ 9.4 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังออกนโยบายกัญชาพบว่า หลังออกนโยบายกัญชามีสัดส่วนของชาวที่รายงานเรื่องการกระทำผิดภายหลังการใช้กัญชาทั้งต่อชีวิตร่างกายของผู้อื่น แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม และสร้างความเสียหายต่อทรัพย์สินเพิ่มขึ้นจากก่อนออกนโยบายกัญชา [15]
- ข้อมูลประเด็นนี้แสดงถึงบทบาทของกัญชาในฐานะปัจจัยเสี่ยงของการมีพฤติกรรมรุนแรง การใช้กัญชาร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่นจะทำให้เกิดการเสริมฤทธิ์ (interaction) ที่ทำให้พฤติกรรมรุนแรงเพิ่มระดับมากขึ้น และกัญชายังเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเป็นโรคจิต (psychosis) โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และโรคโพลาร์ด้วย ทั้งนี้ การใช้กัญชาอย่างต่อเนื่อง การใช้ในปริมาณมาก การเริ่มใช้ตั้งแต่อายุน้อย และการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาที่มีความเข้มข้นสูง จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงและความรุนแรงของการเป็นโรคจิตและพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่เพิ่มภาระต่อบุคลากรสุขภาพจิต และสังคมเป็นอย่างมาก [20-25] การเข้าถึงกัญชาได้ง่ายซึ่งเป็นผลจากการอนุญาตให้ใช้กัญชาได้เสรี จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดปัญหาสุขภาพและคดีอาชญากรรมเหล่านี้มากขึ้น [26, 27]

ภาพที่ 18 จำนวนชาวอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับกัญชาในหนังสือพิมพ์ก่อนและหลังออกนโยบายกัญชาไม่เป็ยยาเสพติด [15]



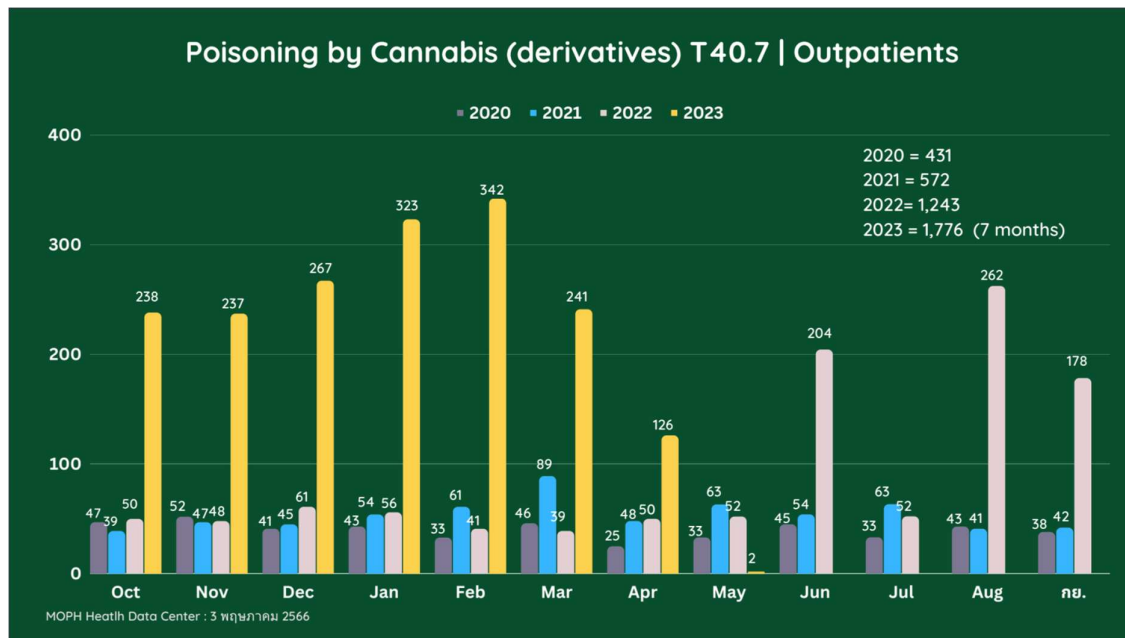
6.2 ผู้ป่วยที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล

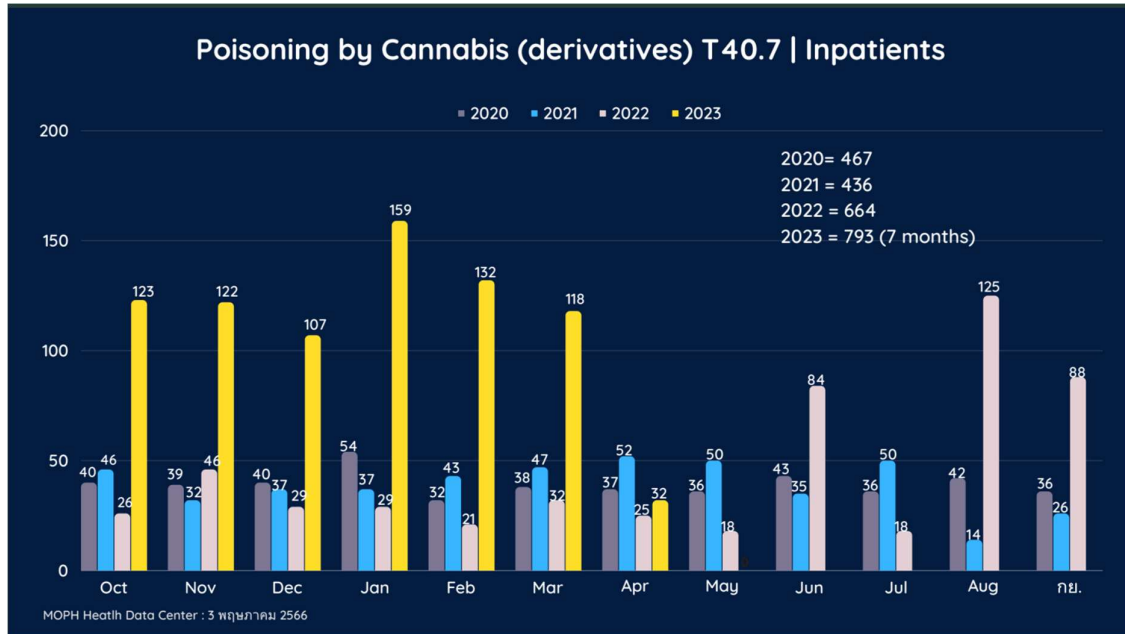
“ผู้ป่วยจากพิษกัญชาหนึ่งในสิบคนไม่ทราบว่า มีกัญชาเป็นส่วนผสมของอาหารที่ได้รับเข้าไป จำนวนผู้ป่วยจากพิษกัญชา และผู้ป่วยด้วยภาวะจิตเวชจากการใช้กัญชาทั่วประเทศเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในปีงบประมาณ 2566 ร้อยละ 18 ของผู้ป่วยจากพิษกัญชาเป็นเยาวชนอายุน้อยกว่า 18 ปี”

- **ผู้ป่วยฉุกเฉิน** ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินที่มีประวัติการใช้กัญชา หรือพบว่า มีอาการที่เกิดจากพิษกัญชา (cannabis intoxication) ในโรงพยาบาลรัฐจำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาสารคาม นครเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จ.ปทุมธานี และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จ.สงขลา ในโครงการของชัยสิริ อังกรวรรณานท์ และคณะ [28] ระยะเวลาเฝ้าระวังทั้งหมด 12 เดือน ในช่วงวันที่ 16 กันยายน 2566 ถึง วันที่ 15 กันยายน 2567 มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ 51 คน (ชาย 35 คน หญิง 16 คน) อายุเฉลี่ย 30.04 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53) ใช้กัญชาด้วยการสูบร้อยละ 39.22 รับประทานหรือขนมที่ผสมกัญชา (คุกกี้ เยลลี่ และบราวน์) ร้อยละ 9.80 ใช้น้ำมันกัญชา และร้อยละ 3.92 ใช้กัญชาในรูปแบบของยาสมุนไพรหรือยาเม็ด ส่วนใหญ่ใช้กัญชาเพื่อนันทนาการ ช่วยให้นอนหลับ หรือช่วยให้อารมณ์ดี โดยผู้ป่วยร้อยละ 9.80 ใช้โดยไม่ทราบว่า มีกัญชาเป็นส่วนประกอบ ผู้ป่วย 25 คนตรวจพบ THC ในเลือดหรือปัสสาวะ ผู้ป่วยเกือบทุกรายมีอาการทางกาย ได้แก่ ใจสั่นและปากแห้ง ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และง่วงซึม ส่วนอาการทางจิต (ร้อยละ 33) ที่พบ ได้แก่ อารมณ์ผิดปกติ กลัว แพนิค การรับรู้ที่ผิดปกติ และอาการโรคจิต (psychosis) อย่างไรก็ตาม จำนวนตัวอย่างที่รายงานนี้ต่ำกว่าจำนวนที่น่าจะเป็นจริงมาก ทั้งนี้เพราะการตรวจระดับสารกัญชา (THC) ในเลือดหรือในปัสสาวะของผู้ป่วยต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ยินยอม เพราะกลัวจะมีประวัติการใช้สารเสพติดติดตัว เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินหรือตำรวจที่นำผู้ป่วยบางรายมาส่งก็ไม่มีอำนาจที่จะส่งตรวจ เพราะไม่มีกฎหมายกำหนดไว้ นอกจากนี้ เมื่อมีการใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้นในสังคม ผู้เสพยาจำนวนมากก็ทราบว่า อาการเป็นพิษจากกัญชาส่วนใหญ่ไม่รุนแรงและหายเองได้ จึงไม่มาโรงพยาบาล [28]

- ผู้ป่วยด้วยภาวะเป็นพิษจากกัญชา ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นเช่นเดียวกันว่า จำนวนผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ด้วยภาวะเป็นพิษจากกัญชา ทั้งที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2565 เป็นต้นมา โดยจำนวนผู้ป่วยนอกที่มาด้วยภาวะดังกล่าวในช่วงตั้งแต่เดือนมกราคม 2564 ถึงพฤษภาคม 2565 จะมีจำนวนเดือนละ 50-60 ราย แต่หลังจากเดือนมิถุนายน 2565 เป็นต้นมา จำนวนผู้ป่วยนอกต่อเดือนเพิ่มขึ้นเป็นเดือนละ 2-300 ราย สำหรับผู้ป่วยในก็เช่นเดียวกัน จำนวนผู้ที่เข้านอนในโรงพยาบาลด้วยภาวะเป็นพิษจากกัญชาเพิ่มขึ้นจากเดือนละไม่เกิน 50 ราย เป็นเดือนละมากกว่า 100 ราย หลังออกนโยบายกัญชาไม่เป็นยาเสพติด การที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาลด้วยภาวะเป็นพิษจากกัญชา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน แสดงว่า ภาวะดังกล่าวต้องมีความรุนแรงมากจนผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรืออาการต่าง ๆ ไม่หายไปเองในเวลาสั้น (ภาพที่ 19)

ภาพที่ 19 จำนวนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเป็นพิษจากกัญชาหรืออนุพันธ์ของกัญชา (Poisoning by cannabis, T40.7) จากระบบข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563-2566

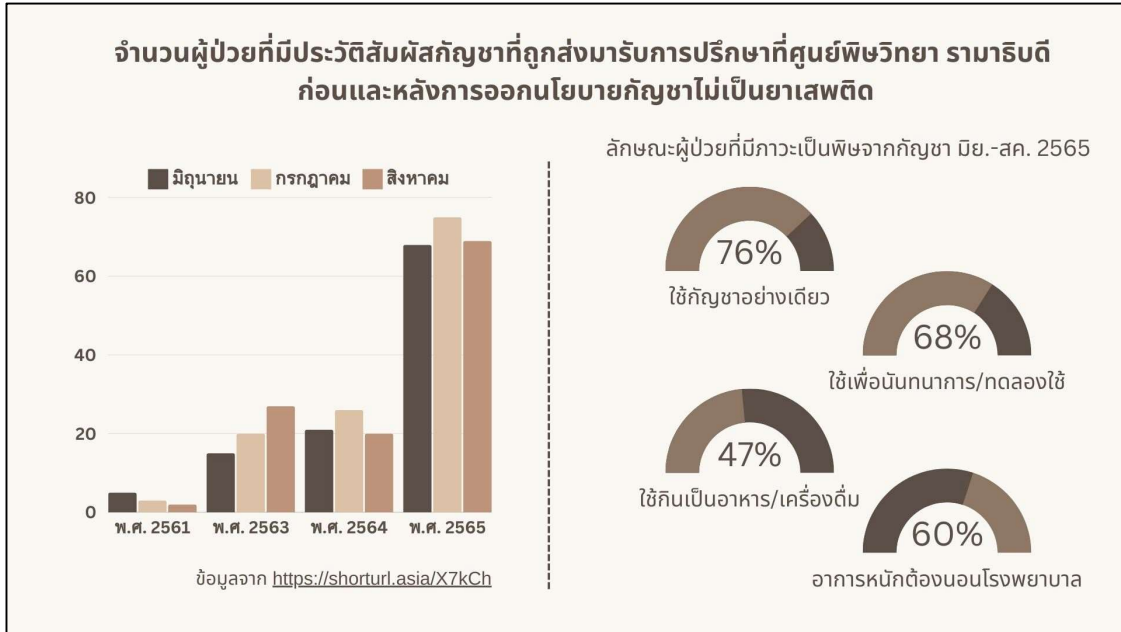




- ผู้ป่วยของศูนย์พิษวิทยา ข้อมูลเหล่านี้สอดคล้องกับการรายงานของศูนย์พิษวิทยา คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติสัมผัสพิษจากพืชที่ถูกส่งมารับการปรึกษาที่ศูนย์ในช่วงสามเดือนหลังการออกนโยบาย ปรึกษาไม่เป็นยาเสพติด (มิถุนายน ถึง สิงหาคม 2565) มีจำนวนสูงกว่าในช่วงสามเดือนเดียวกันของสองปีที่ผ่านมาถึงมากกว่าสามเท่า โดยก่อนหน้าการออกนโยบายนั้น จำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งมารับการปรึกษาที่ศูนย์มีประมาณ 15-27 รายต่อเดือน แต่ในปี 2565 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 68-75 รายต่อเดือน โดยผู้ป่วยเหล่านี้ ร้อยละ 76 ใช้กัญชาอย่างเดียว ร้อยละ 47 ใช้ในรูปแบบกินเป็นอาหารหรือเครื่องดื่ม ร้อยละ 68 ยอมรับว่า ใช้เพื่อนันทนาการหรือทดลองใช้ และร้อยละ 60 มีอาการรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน (ภาพที่ 20) ในจำนวนผู้ป่วยของปี 2565 นี้ มีผู้น้อยกว่า 18 ปี ถึง 39 คน (ร้อยละ 18) ซึ่งใช้กัญชาเพื่อนันทนาการ 21 คน และมีคนตาย 1 คน ซึ่งเกิดจากการใช้กัญชาพร้อมกับสารเสพติดอื่นที่เสริมฤทธิ์กัน⁷

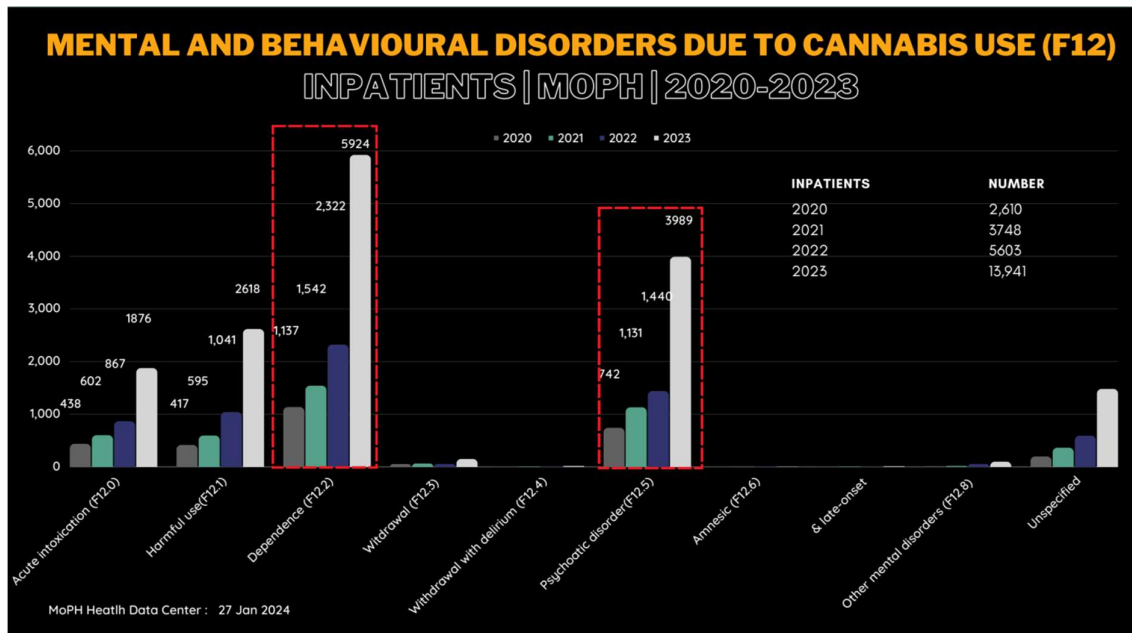
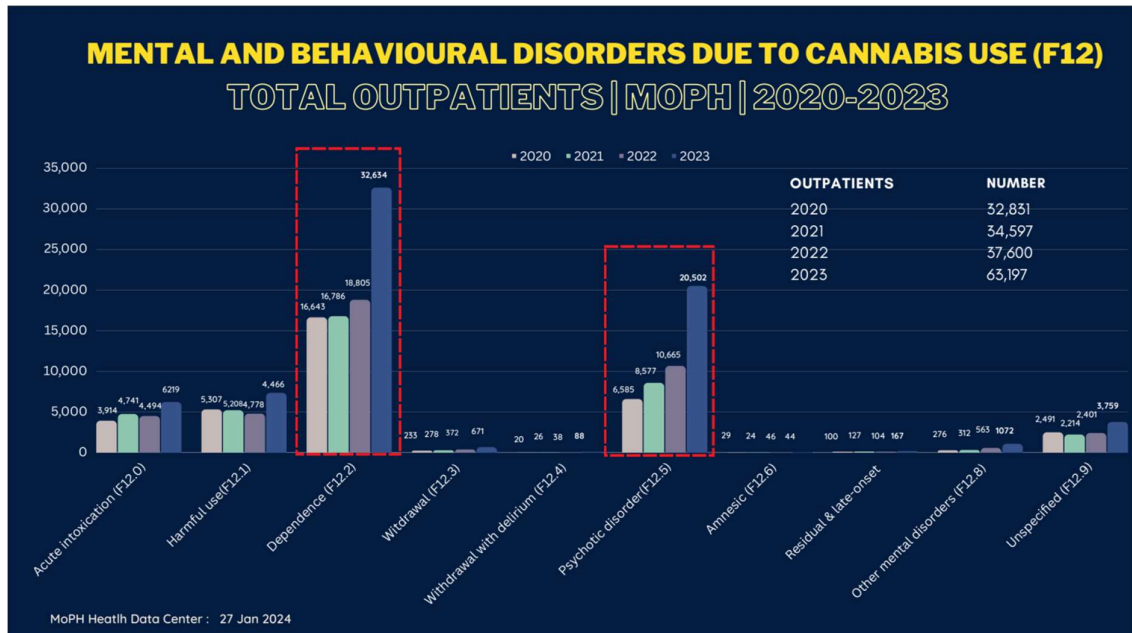
⁷ <https://shorturl.asia/X7kCh>

ภาพที่ 20 จำนวนผู้ป่วยที่มีประวัติสัมผัสกัญชาที่ถูกส่งมารับการปรึกษาที่ศูนย์พิษวิทยา คณะแพทยศาสตร์รามาริบัติในเดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2561, 2563, 2564, และ 2565



- ผู้ป่วยจิตเวช** จากระบบข้อมูลของศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุข จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความผิดปกติทางจิตจากการใช้กัญชา (mental and behavioural disorders due to cannabis use; F12) ในระหว่างปี 2563 ถึง 2566 ก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกันทั้งในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยในปี 2566 จำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในด้วยภาวะดังกล่าวเพิ่มขึ้นจากจำนวนในปีก่อนหน้านั้นเกือบสองเท่า ภาวะที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากที่สุดได้แก่ ภาวะติดกัญชา (cannabis dependence, F12.2) และภาวะโรคจิตจากกัญชา (psychotic disorders, F12.5) (ภาพที่ 21) ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า การป้องกันการเข้าถึงกัญชาในเด็กยังไม่ดีพอ การออกนโยบายกัญชาไม่เป็นยาเสพติด โดยที่ยังไม่มีกฎหมายควบคุมการผลิต การขาย และการเข้าถึง ทำให้เกิดผลกระทบทางลบต่อสุขภาพและชีวิตของประชาชน บุคลากรทางการแพทย์มีภาระงานเพิ่มขึ้น และสูญเสียทรัพยากรของสังคม

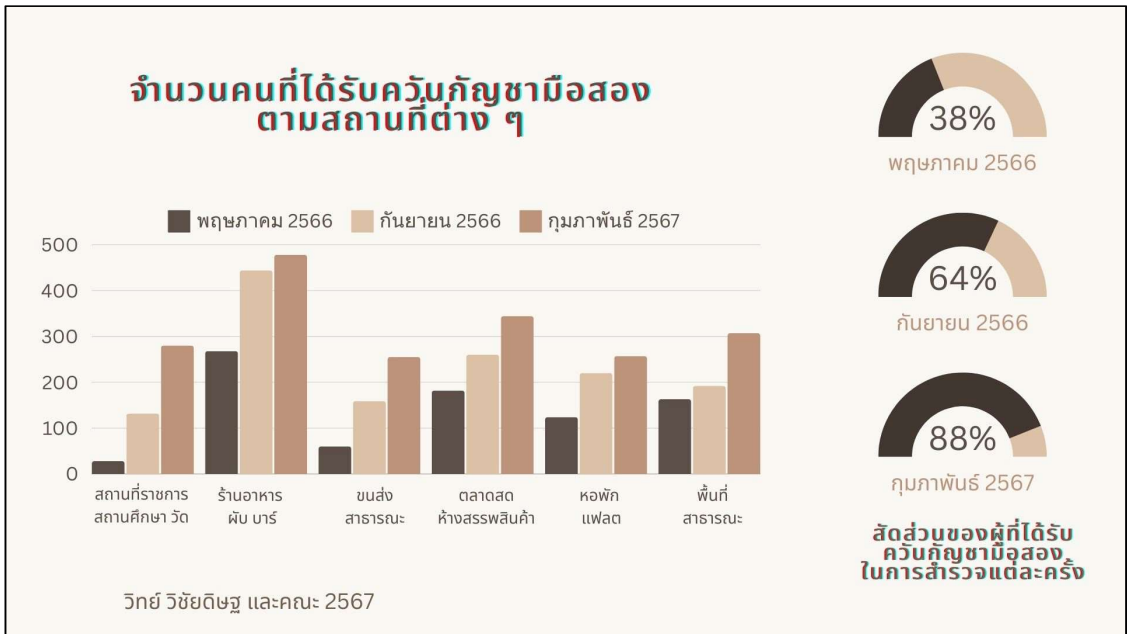
ภาพที่ 21 จำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศด้วยภาวะความผิดปกติทางจิตจากการใช้กัญชา (Mental and behavioural disorders due to cannabis use; F12) จากระบบข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563-2566



6.3 การได้รับควันกัญชามือสองในพื้นที่สาธารณะ

- แนวโน้มการได้รับควันกัญชามือสองในพื้นที่สาธารณะต่าง ๆ เช่น อาคารสถานที่ราชการ สถานศึกษา วัด หน่วยบริการสุขภาพ ตลาดสด ห้างสรรพสินค้า ร้านอาหาร ผับบาร์ หอพัก และบริการขนส่งสาธารณะเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนจากการสำรวจสามครั้งในโครงการของวิทย์ วิจัยดิษฐ์ และคณะ โดยในเดือนพฤษภาคม 2566 ประชาชนร้อยละ 38 เท่านั้นที่รายงานว่า ได้รับควันกัญชามือสอง แต่ในเดือนกันยายน 2566 และกุมภาพันธ์ 2567 สัดส่วนดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 64 และร้อยละ 88 ตามลำดับ โดยสถานที่ที่มีควันกัญชามากที่สุด ได้แก่ ร้านอาหาร ผับบาร์ ตลาดสด และห้างสรรพสินค้า อย่างไรก็ตาม จะเห็นว่า แม้แต่ในสถานที่ราชการ สถานศึกษา และศาสนสถานก็ยังมีควันกัญชา แสดงว่า การสูบกัญชาในพื้นที่สาธารณะเพิ่มสูงขึ้น และประชาชนมีการรับรู้เพิ่มขึ้นถึงการได้รับควันกัญชามือสอง (ภาพที่ 22) [4]

ภาพที่ 22 จำนวนคน และสัดส่วนของผู้ที่ได้รับควันกัญชามือสองตามสถานที่สาธารณะ ในช่วงเดือนพฤษภาคม กันยายน 2566 และกุมภาพันธ์ 2567 (ข้อมูลจาก [4])



6.4 ปัญหาการเงินและการประกอบอาชีพในครัวเรือน

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากสมาชิกครอบครัวที่มีผู้ใช้กัญชาในโครงการของรศ.ดร. ชาติพันธุ์วิทยากุล และคณะ [3] ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ให้บริการที่สถานีตำรวจ สถานีบำบัดยาเสพติด และแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล มาจากภาคกลางจำนวน 7 คน ภาคเหนือ 4 คน ภาคใต้ 10 คน และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3 คน รวมเป็น 24 คน พบว่า การมีคนเสพกัญชาในครอบครัวทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจในครอบครัวได้หลายด้าน เช่น พ่อแม่ที่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ขาดงาน เพราะต้องนำลูกไปบำบัด ผู้เสพขาดความรับผิดชอบในการประกอบอาชีพ ลักขโมยเงิน หรือใช้เงินเปลือง ซึ่งกลายเป็นภาระที่หนักอึ้งที่ครอบครัวต้องแบกรับ ดังตัวอย่างในกล่องข้อความข้างล่างนี้

ปัญหาการเงินและการประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาของสมาชิกครอบครัว

● ครอบครัวเสียค่าใช้จ่าย ขาดงาน เพราะต้องนำลูกไปบำบัด ขาดรายได้ จนต้องเป็นหนี้

“ผมต้องเสียเงินเสียทอง ในการรักษาหมดเป็นหลายบาทอยู่ครับ” “ผมมาโรงพยาบาลรัฐญารักษ์สองหนแล้วครับ น่าจะหมดเป็นแสนแล้วครับ เงินที่ผมได้จากการรับจ้างกับเมียก็ต้องมารักษาลูก ซึ่งไปกลับอยู่ต้องเติมน้ำมัน” “ไปที่ผมก็ไม่ได้ทำงาน ผมก็ต้องขาดงานไป” “ผมขาดรายได้ไปเยอะ พองานไม่ค่อยได้ทำ เงินก็ไม่สะดวกในครอบครัว ตั้งแต่ลูกติดกัญชามันนั้นแหละครับ” “ครอบครัวผมจนลงเพราะกัญชานี้มากเลยครับ” “เดี๋ยวนี้ผมไม่มีเงินพอใช้เลยครับ ผมต้องไปยืมเขา”

● ผู้เสพยาความรับผิดชอบในการประกอบอาชีพ หรือไม่ประกอบอาชีพ

“ตอนที่เขาไม่ได้ดูแลเขา ก็พอคุยเรื่อง เขาก็ไปหาซื้อวัวมาเป็นพ่อค้าวัว ซื้อมาขายไป แต่พอมาดอนนี้เหมือนสมองไม่ได้แล้ว... แม่บอกว่า ‘ววยังไม่ได้กินนม’ เขาตอบว่า ‘ไม่กินก็ปล่อยให้มันตาย อยากรอดให้มันตายไป’ ... เขาทำอะไรไม่มีผลสำเร็จสักอย่าง อยากร้างแม่ซื้อกระบือให้ อยากร้างวัว อ้าวแม่ซื้อวัวมาให้ปลูกกล้วย ปลูกอะไรนี่คือให้ทำอะไร คือไม่เป็นผลสำเร็จ... เหมือนครึ่ง ๆ กลาง ๆ พอได้ประมาณแค่นี้ กูไม่เอาแล้ว กูไม่เอา ก็คือ กูทิ้งเลยละ”

“เมื่อก่อนก็รับเหมาก่อสร้างที่สงขลา รับเหมาหลังละเป็นแสน ๆ แต่เงินไม่เหลือสักบาท ทะเลาะกับเมีย ผมเคยให้รถไปคันนึงแต่ไม่ส่งสักบาทเดียว เอาไปเล่นยา (เสพติด) หมด” “พอเริ่มทำมาหากิน มีเมียผมก็ซื้อรถให้ ให้เขาผ่อนต่อเดือนละ 5,000- 6,000 แต่ก็ไม่ผ่อน จนผมต้องเอารถไปขายเพราะทุกอย่างรบกวนผมหมดไม่ว่าจะต่อทะเบียนรถ เติมน้ำมัน มาขอตลอด”

“ทำงานไม่ได้ ไม่ได้ทำงานเลยมา 2 อาทิตย์ จากเดิมทำงานก่อสร้างได้วันละ 400 บาท” “ตอนที่คนใช้ (ผู้เสพกัญชาจนป่วยทางจิต) มาทำงานกับผม (ทำงานกับพ่อตัวเอง) คือตอนนั้นเขาทำอะไรไม่ได้แล้ว ไปทำกับใครไม่ได้แล้ว ไปไหนไม่รอดแล้ว ผมก็ต้องช่วย”

“พวกนี้ส่วนมากจะไม่ทำงาน พอสูบกัญชามันก็จะซี้เกียจใช้ใหม่คะ กินเยอะด้วย กินเยอะ พวกนี้เป็นกับข้าวกินกันเรื่อย ๆ กัญชามันช่วยให้หิว ช่วยให้กินได้เยอะคะ ไม่ทำงานหรอก” “คนที่เสพมันเป็นวัยรุ่นเยอะ คนที่ไม่ทำงาน มีอย่างเดียว คือขอจากครอบครัวคะ”

● ผู้เสพขอเงิน ขโมยเงิน ใช้เงินเปลือง

“แม่กรีดยางตอนกลางคืน เราจะนอนกลางวัน ก็มาเคาะหน้าต่าง ประตู บัง บัง ขอดัง” “พาไปเที่ยวชายทะเล เคาะประตูขอเงินแม่ทั้งคืน” “พอขอดังแม่ไม่ได้ก็เอาของในบ้านไปขาย” “เอาตุ๋นไก่ ไก่โครเวฟ เครื่องซักผ้า เต้าแก๊ส ในบ้าน เครื่องเสียงของแม่ ไปขายหมด” “แต่ก่อนเค้าทำงาน ลูกก็มีรายได้ พอเค้าประกาศใช้กัญชาลูกเลยไปเสพ ทำงานก็ซี้เกียจ เอาเงินที่ได้จากการรับงานนี้ไปซื้อกัญชาสูบ”

“ขโมยเงิน แล้วก็ขโมยเงินขายด้วย ลามไปบ้านยายแล้ว” “มะ (แม่) หารายได้หืดหนึ่ง (เล็กน้อย) ไม่ทันกับที่แกขอ ถ้าว่ามะ (แม่) ไม่ให้ แกอารมณ์เสีย” “ตั้ง (เงิน) ไม่ใช่ได้ ต้องไว้ติดตัว ถ้ามันไม่ของมันลัก (ขโมย) เบี้ยไทรต้องหอบ (ต้องแอบเงินไว้)” “เขามีพฤติกรรมลักเล็กขโมยน้อยด้วย เพราะเราไม่ให้ให้เบี้ย (เงิน) เพราะเขาต้องการเอาไปซื้อยา มันจะหนักกับยา พอเสพยาแล้วก็มาเสพกัญชา”

6.5 ภาระงานของเจ้าหน้าที่รัฐ

จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาแล้วแสดงให้เห็นว่า จำนวนคดีอาชญากรรมและผู้ป่วยที่มีภาวะที่เกี่ยวข้องกับกัญชาที่ต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ตั้งแต่มิถุนายน พ.ศ. 2565 หลังการออกนโยบายกัญชาไม่เป็ดยาเสพติดให้โทษ ในส่วนนี้จะบรรยายข้อมูลเชิงลึก เพื่อแสดงให้เห็นภาพภาระงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจและบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้มีปัญหาจากกัญชาที่เพิ่มขึ้น ในโครงการของรศมี โขติพันธ์วิทยากุล และคณะ [3] ได้มีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มกับ เจ้าหน้าที่รัฐ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ตำรวจ จำนวน 37 คน จากจังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง ปัตตานี สงขลา อุดรธานี ขอนแก่น บุรีรัมย์ สมุทรปราการ พิษณุโลก ลพบุรี สุพรรณบุรี เพชรบูรณ์ ปทุมธานี และกรุงเทพมหานคร บุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน จำนวน 8 คน จากจังหวัดลำปาง เชียงใหม่ สงขลา หนองคาย บุรีรัมย์ และกรุงเทพมหานคร และบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จำนวน 19 คน จากจังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน สงขลา ขอนแก่น อุดรธานี และกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น จำนวน 64 คน ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2566 - กุมภาพันธ์ 2567 พบว่า หลังการประกาศนโยบายฯ เจ้าหน้าที่ของรัฐมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น และมีข้อจำกัดด้านกฎหมายที่ทำให้ทำงานยากขึ้นในด้านต่าง ๆ

- **เจ้าหน้าที่ตำรวจ** มีภาระงานที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ คดีความที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายร่างกายเพิ่มมากขึ้น จากเยาวชนเมากัญชาแล้วรวมกลุ่มนัดตีกัน และผู้ป่วยจิตเวชที่เพิ่มขึ้น ต้องใช้กำลังพลเป็นจำนวนมากในการควบคุมสถานการณ์ ส่งผลให้การดูแลความปลอดภัยในเขตรับผิดชอบลดลง และไม่สามารถดำเนินการทางกฎหมายกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับกัญชาได้เหมือนเดิม เนื่องจากข้อจำกัดของกฎหมาย ดังตัวอย่างคำพูด

“พอเราเข้าไปในสถานที่เข้าไปตรวจสอบพื้นที่ สิ่งที่เราได้พบก็คือเด็กนั่งสูบกัญชาโชว์” “กัญชาเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมายแล้วนะครับ เราไม่สามารถที่จะดำเนินการกับเค้าได้”

“พอหลังจากเสร็จแล้วเนี่ย สถิติการทำร้ายร่างกายมันเพิ่มมากขึ้น การรับแจ้งว่ามีกรรวมกลุ่มกันตรงนั้นตรงเนี่ยมีมากขึ้นครับ”

“เรามีเรื่องของการไปดูแลคนที่เป็ยวิกลจริต... เรามีที่ที่แจ้งมาเนี่ยเยอะมาก เข้ามารับเหตุเยอะมาก แล้วก็แทบจะรายวันด้วยเข้าไปเลยนะครับ ทุกอาทิตย์เนี่ยมีบางที่ก็มี มีถึงตายก็มี มีเจ็บก็มี” “รับแจ้งเหตุคุ้มครอง เยอะขึ้น วันละ 5-10 รายต่อวัน”

- **บุคลากรทางสุขภาพที่ให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก/ฉุกเฉิน** ต้องให้บริการผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวช ผู้ที่มีอาการเป็นพิษจากกัญชา เช่น อาการแน่นหน้าอก เวียนศีรษะ ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว ผู้รับบริการที่ใช้กัญชาร่วมกับยาบำบัดให้มีอาการมากที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยซึ่งใช้กัญชาแล้วมีอาการหลอนมาโรงพยาบาลด้วยทำร้ายร่างกายตนเอง เพราะรู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า

“เยอะมากขึ้นกว่าเดิม เยอะมากขึ้น ซึ่งแต่ก่อนนี้โรงพยาบาล...เนี่ยเราไม่มีหอจิตเวช ผู้ป่วย จิตเวชตอนนี้เรามีตึกจิตเวช 17 เตียง ไม่เพียงพอ แล้วบางวันก็จะมีมา 3 คนก็มี ซึ่งอยู่ในห้องฉุกเฉินยังไม่ไปไหนไม่ได้ Refer ไม่ได้” “มันเยอะขึ้น เยอะขึ้นผิดปกติ แล้วเราก็ไม่รู้ว่ามันเกิดจากเพราะอะไร... แต่ก่อนนี้คนไข้จิตเวชมันไม่ได้เยอะขนาดนี้ เดิมนั้นคนไข้มีอาการทางจิตมันมากขึ้น บางวันมี 3 เคส 4 เคส นอนรออยู่ ER อย่างนี้เหมือนจะเป็น ER จิตเวชไปแล้ว”

“ตอนที่นโยบายประกาศใหม่ ๆ กลุ่มผู้สูงอายุหรือกลุ่มวัยทำงานคะ ที่อยากจะลองใช้ ส่วนมากจะใช้ในการประกอบอาหาร แต่อาจจะเกินขนาดนิดนึง ส่วนมากก็จะมาด้วยอาการแน่นหน้าอก เวียนศีรษะ ใจสั่นคะแต่ว่าไม่เยอะคะ” “จะมีเรื่องน้ำมันกัญชาที่คนไข้หยอดแล้วมัน over dose แล้วคนไข้ก็มีคลื่นไส้อาเจียน ก็ admit ไป แต่ก็ไม่ได้ทำอะไรเพิ่มเติมคะ” “จะเจอในกลุ่มคนไข้มะเร็งหรือคนไข้ระยะสุดท้ายมากกว่าคะ หรือคนไข้ที่มีเรื่อง pain คะ จะใช้กันมากกว่า”

“Cannabis อย่างเดียว ที่เป็น cannabis-induced psychotic disorder ไม่ได้เยอะมาก ส่วนใหญ่ที่ต้องถึงขั้นมา ER เลยนี่จะเป็น cannabis บวก amphetamine หรือว่ามีกระท่อม แต่ว่าส่วนใหญ่ทางนี้

amphetamine จะเยอะครับ ก็คือเป็นเหมือนตัวเสริม คือถ้า 2 ตัวนี้มารวมกัน จะยิ่งอาการเยอะมาก มากกว่าแค่ amphetamine ตัวเดียว”

“คนที่ได้รับผลกระทบจากกัญชาช่วงแรกจะเยอะครับ ช่วงนโยบายออกมาใหม่ ๆ จะเยอะ” “ส่วนมากที่มาก็จะมีประวัติเสพยาพิษกันเยอะอยู่นะคะใน Mild Depress ในวัยรุ่นผู้ชายค่ะ” “แล้วก็มีหลอน บางคนก็เลิกได้แต่ส่วนมากก็จะเลิกไม่ได้ค่ะแล้วก็มาด้วยทำร้ายร่างกายตัวเองจะมีกรี๊ดแชน มีรับประทานยาเกินขนาด รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่าแล้วก็หันไปใช้สารเสพติดอย่างอื่นเพิ่มมากขึ้นด้วยอย่างนี้ค่ะ”

“จากการสอบถามวัยรุ่น เขาบอกว่าตั้งแต่มีนโยบายมา เขาตีความว่าเสรีไม่ใช่แค่การแพทย์ แต่คือการสามารถที่จะสูบจะเสพยาอดัดแปลงเป็นสารเสพติดที่รุนแรงให้มันเสรีได้อย่างนี้ค่ะ มันก็เลยทำให้ทั้งผู้หญิงผู้ชายหรือบางทีก็มีเด็กอายุหน่อย ๆ ก็เลียนแบบคุณพ่อคุณแม่ หรือเสพด้วย หรือได้รับผลกระทบก็คือควันที่เขาเสพด้วยค่ะ”

“คิดว่ามันก็มีผลกระทบทำให้เราทำงานมากขึ้น เพราะว่าบางทีคนไข้อาจไม่เกิดภาวะก็ได้ ถ้าเค้าไม่ไปใช้สารเสพติด ไม่ใช่กัญชา แต่ว่าพอเค้าใช้ก็ทำให้คนไข้ต้องมาโรงพยาบาล พอมาโรงพยาบาลเราก็ต้อง observe ก็ต้องเข้าหน่วยสังเกตอาการ เพราะเราไม่ได้ปล่อยกลับ มันก็จะเพิ่มภาระงานเรา ทั้ง ๆ ที่เราไม่จำเป็นต้องดูแลคนไข้กลุ่มนี้เลยก็ได้ถ้าเค้าไม่ใช้”

- **บุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลธัญญารักษ์** รายงานว่า อุบัติการณ์การใช้กัญชาของผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลก็เพิ่มสูงขึ้น การใช้สารเสพติดของเยาวชนไทยในปัจจุบันเปลี่ยนไปจากเดิม คือมีพฤติกรรมใช้ยาหลายชนิดรวมกันเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเข้าถึงได้ง่าย นำไปสู่อาการทางจิตเวชเพิ่มขึ้น ร่วมกับรักษายาก และมีความซับซ้อนขึ้น การบำบัดให้เลิกกัญชาใช้ระยะเวลายาวนานกว่ายาเสพติดชนิดอื่น ผู้รับบริการที่เข้ามารับบริการมีอายุเฉลี่ยต่ำลง ผู้รับบริการที่มีอาการทางจิตรุนแรงเพิ่มขึ้น และผู้รับบริการมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจากการใช้กัญชาร่วมกับยาบ้ามารับการบำบัด

“แนวโน้มสูงขึ้นค่ะ และอันนี้ก็เท่าที่ฟังผู้ป่วยและญาติพูดถึงนะคะ บอกว่า สารเสพติดราคาถูกลงในปริมาณที่เขาสามารถหยิบจับได้เยอะ อย่างยาบ้าราคาตกลง แล้วก็กัญชาที่ปลูกได้เองอะไรประมาณนี้”

“จริง ๆ ลักษณะของการใช้สารเสพติดของประชาชนคนไทยจะเปลี่ยนไปจากเดิม คือ จากเดิมเนี่ยจะใช้สารเสพติดเป็นอย่าง ๆ ไป เช่น ใช้ยาบ้า ใช้กัญชา ใช้ไอซ์ แต่ว่าพอสถานการณ์ตอนนี้มันต้องบอกว่ามันเปิดโอกาสของการเข้าถึงง่ายเนี่ย เลยทำให้พฤติกรรมการใช้ยาของคนไข้เนี่ยจะเป็นลักษณะของ multiple drug นะคะ... สิ่งก็ตามมา คือ เกิดอาการจิตเวชเกิดขึ้นเยอะกว่าเดิม ก็เลยทำให้การดูแลรักษาเนี่ยมีความซับซ้อนแล้วก็ยากลำบากมากกว่าเดิมค่ะ”

“การดูแลคนไข้ เมื่อก่อนจะมีเป้าหมายว่า ประมาณ 1 สัปดาห์ 1 เดือนดีขึ้นพันผั่งถอนพิษยาแล้วอาจจะย้ายไปฟื้นฟู แต่ตอนนี้ 1 เดือนคนไข้เพิ่งอาการสงบ ถึงจะดีขึ้นแต่อาจจะไม่สามารถที่จะไปฟื้นฟูได้ การดูแลในตึกก็จะยาวนานขึ้น ภาระงานก็จะเยอะขึ้น แต่ก่อนนี้ฉีดยาแค่ครั้งเดียวก็คืออาการทุเลาดีขึ้น แต่ตอนนี้ต้องเป็น 2 ครั้ง 3 ครั้ง หรือ 4 ครั้งต่อคน”

“กัญชาล้วน ๆ ไม่ค่อยมีครับ แต่มีอยู่เคสหนึ่งที่ใช้กัญชาเป็นหลักแต่ก็ใช้อย่างอื่นร่วมด้วยนะ เขามาบำบัดค่อนข้างนานแล้ว ตัวอื่นเลิกได้หมดเลย แต่กัญชาอย่างเดียวที่ยังเลิกไม่ได้ ก็เลยต้องมา admit ระยะเวลาอยู่ตอนนี้ที่โรงพยาบาลได้รับผลกระทบค่อนข้างเยอะ

“ตอนนี้นั้นคนที่มาบำบัดตั้งแต่ปลดล็อกมา อายุต่ำลงเรื่อย ๆ สิบลีตสิบสองก็ยังมี สิบลีตย้าบิดกัญชาแล้ว มันก็จะเห็นกลุ่มนี้เยอะขึ้น ซึ่งแต่ก่อนมันก็จะอยู่ในกลุ่มวัยทำงาน หลัง ๆ นี้ มันจะเป็นกลุ่มวัยประณมมัธยมบ่อยขึ้น ที่ติดหนักจนต้องมาบำบัด”

“ส่วนอาการในเรื่องของ Psychotic อันนี้ค่อนข้างรุนแรงเพิ่มขึ้นค่ะ แล้วก็ส่วนใหญ่ก็จะเป็นในเรื่องที่ตำรavn่าสงแล้วก็ญาติ คนไข้ค่อนข้างมองว่าไม่ได้เป็นปัญหา เป็นในเรื่องของสมุนไพรรักษาการใช้ งั้นก็จะเจอในกลุ่มของพวกวัยรุ่นแล้วก็คนไข้ที่เริ่มวัยทำงานค่ะ”

“คนไข้ที่มีอุบัติการณ์เรื่องของ SMI-V เพิ่มอย่างนี้ค่ะอาจารย์ ก็จะมีใช้สารเสพติดประเภทกัญชานะคะ ร่วม คนไข้มีอาการเมา หนูว่าประสาทหลอน หงุดหงิดก้าวร้าวมากขึ้น คุณอารมณ์ตัวเองไม่ได้ค่ะ” “เคสที่เจอจะเป็นเฮโรอีน แล้วก็ใช้กัญชาไปด้วย มีอาการเมาควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ หงุดหงิด ก้าวร้าวรุนแรง ก็จะมีไม่เกิน 1-3 รายต่อเดือนค่ะ จากอุบัติการณ์ที่ว่า SMI-V แล้วก็เรื่องของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงนะค่ะ” “แต่ส่วนใหญ่ทุกวันนี้ คนที่ใช้กัญชากับยาบ้าร่วมกัน พวกนี้มันจะมีโรคแฝงมาค่ะ แล้วคนไข้พวกนี้ไม่ได้มีการดูแลตนเองนะ ค่ะก็จะมีที่เกิดภาวะที่เกิด SVT เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้”

กรณีศึกษา สถานการณ์ด้านผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงนโยบาย [3]

ความสงบเรียบร้อยของสังคม

หลังจากมีการซื้อขายกัญชาในสังคมทั่วไป อาทิ มีรถจอดตั้งขายกัญชาข้างถนน ตามตรอกซอกซอย และการบริโภคกัญชาอย่างเปิดเผยในสังคม เราเห็นเด็กและเยาวชนยืนรอหน้าร้านขายกัญชาและสูบกัญชาในที่สาธารณะในเวลาที่เราเรียนหนังสือ มีวิดีโอเผยแพร่ในสื่อสังคมออนไลน์ที่เด็กประถมศึกษาหรือมัธยมศึกษาตอนต้นสูบกัญชาด้วยกันในโรงเรียน โดยใช้อุปกรณ์ที่ประดิษฐ์กันเอง เด็กหญิงที่สวมใส่ชุดนักเรียนดูดกัญชาและหัวเราะ เดินไม่ตรงทาง ประคองตัวเองไม่อยู่ มีข่าวที่นักเรียนชมชู้ครูที่ห้ามไม่ให้สูบกัญชา และบุตรชายวัยรุ่นคลั่งหลังเสพกัญชา ผู้ปกครองต้องขอกำลังเจ้าหน้าที่ตำรวจจับกุมพร้อมอาวุธป้องกันตัวเองครบมือเข้าไปควบคุมสถานการณ์

ความเดือดร้อนรำคาญของเพื่อนบ้านและชุมชน

ปัจจุบันหากมีผู้ได้รับความเดือดร้อนจากผู้อื่นที่เสพกัญชา อาทิ ควันจากการสูบกัญชาบริเวณเพื่อนบ้าน การปลูกกัญชาปริมาณมากเพื่อการวิจัยและทดลองในชุมชนอันส่งผลต่อสุขภาพของผู้ร่วมอาศัยในชุมชน โดยได้สุดดมละองเกรสจากกัญชาจนมีอาการเจ็บป่วย ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อรับการรักษาพยาบาล ทั้งนี้เจ้าของกิจการเพาะปลูกกัญชาดังกล่าวแจ้งว่า ได้รับการอนุญาตอย่างถูกต้องตามกฎหมาย หรือการเปิดร้านขายกัญชาใกล้ชุมชน มีทั้งกลิ่นควันกัญชา ทั้งเพลงเสียงดังรบกวนผู้อาศัยในบริเวณเดียวกันจนตึกตื้น ผู้ได้รับผลกระทบเหล่านี้ไม่ทราบว่าจะร้องทุกข์ต่อผู้ใด ต้องพยายามหาทางแก้ปัญหาเอง เนื่องจากเจ้าหน้าที่ตำรวจไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เหมือนเดิม เพราะผลิตภัณฑ์กัญชาหรือการบริโภคกัญชาไม่ป็นสิ่งผิดกฎหมายอีกต่อไป และหากเจ้าหน้าที่ตำรวจดำเนินการใดๆ ก็อาจส่งผลกระทบหรือถูกร้องเรียนจากการปฏิบัติงานที่ไม่มีกฎหมายรองรับในการปฏิบัติหน้าที่อีกด้วย นอกจากนี้ ยังพบว่า กรณีเกิดอุบัติเหตุจราจรและสงสัยว่า มีการเสพกัญชาด้วยนั้น เจ้าหน้าที่ไม่สามารถส่งตรวจกัญชาได้ เพราะกัญชาไม่จัดเป็นยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายแล้ว

ครอบครัวยุ่งเหยิง

ที่สถานบำบัดสารเสพติด เราพบเห็น ว่าที่คุณพ่อ (ภรรยาตั้งครรภ์ลูกคนแรก) เสพติดกัญชา สูบกัญชาในบ้านและบกพร่องต่อหน้าที่การงานรุนแรงขึ้นทุกวัน คุณพ่อที่มีลูกสาววัยเตาะแตะต้องติดตามไปสถานบำบัดตามที่แพทย์นัดเพื่อติดตามการรักษาการเสพติดกัญชา ลูกชายวัยยี่สิบกว่าที่ต้องออกจากโรงเรียนเพราะไม่สามารถเรียนหนังสือ และยังไม่สามารถทำการงานใดๆ ได้ มีเพียงคุณแม่ที่เป็นแม่เลี้ยงเดี่ยวดูแล เอาต้องกลางานและพาบุตรชายไปรักษาการเสพติดกัญชา ผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจนต้องถูกจับกุมเพื่อส่งโรงพยาบาล ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงและอันตรายต่อเจ้าหน้าที่ แพทย์และพยาบาลในการให้การดูแลรักษาพยาบาล ตลอดจนผู้ป่วยอื่นๆ ที่อยู่ในสถานบริการเดียวกัน

ภาระงานของหน่วยบริการสุขภาพและสังคม

ผู้เสพติดกัญชาและจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพราะสร้างความเดือดร้อนและเป็นภาระให้กับครอบครัวและสังคมมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ จนสถานบำบัดหลายแห่งมีสถานที่ไม่เพียงพอต่อการให้การรักษาพยาบาล ถึงแม้จะพยายามขยายจำนวนเตียงแล้วก็ตาม เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์มีปริมาณไม่เพียงพอ มีความเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้าทางร่างกายและอารมณ์ แต่ยังมีความตั้งใจที่ดีและพยายามทำหน้าที่อย่างดีที่สุด ความเครียดจากการทำงานส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย คุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ในครอบครัวของบุคลากรดังกล่าวอย่างชัดเจน

6.6 ผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCDs) เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรไทย ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยราวหนึ่งในสามคนใช้สมุนไพรเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง [29] และด้วยกัญชาไม่ใช่สมุนไพรแปลกหน้าในชุมชน [30] หลังการออกนโยบายกัญชาไม่เป็นยาเสพติดให้โทษ ประชาชนทั่วไปและผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถเข้าถึงกัญชาได้มากขึ้น จึงอาจนำกัญชามาใช้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาโรคหรือใช้แทนรูปแบบการรักษาเดิม พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปนี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และอาจก่อให้เกิดผลอันไม่พึงประสงค์เนื่องจากการลองผิดลองถูกด้วยตนเอง ในการศึกษาของศุภกร ศรีแผ้วในช่วงปี พ.ศ.2566-2567 [5] จึงพยายามวิเคราะห์ประเด็นนี้ โดยการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 90.7 ของผู้ป่วย NCDs ทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 62.1) โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 8.6) โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง หรือโรคมะเร็ง (ร้อยละ 4.3) จากคลินิก NCD ที่ดำเนินการโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์) โรงพยาบาลหาดใหญ่ (โรงพยาบาลศูนย์) โรงพยาบาลสงขลา (โรงพยาบาลขนาดกลาง) และโรงพยาบาลจะนะ (โรงพยาบาลขนาดเล็ก) ในจังหวัดสงขลา สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย NCDs เหล่านี้โดยตรง และผู้ปลูก เตรียมผลิตภัณฑ์ หรือจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาที่อยู่ในชุมชนเดียวกันกับผู้ป่วย (รวมผู้ป่วยในการศึกษาเชิงคุณภาพ 11 คน เชิงปริมาณ 280 คน ซึ่งแบ่งเป็นผู้ที่ใช้และไม่ใช้กัญชากลุ่มละ 140 คน) ข้อค้นพบที่สำคัญจากโครงการนี้ คือ

- ผู้ป่วยร้อยละ 6.4 ในคลินิก NCDs ใช้กัญชา ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่รับรู้ระดับสุขภาพ และมีความเข้าใจโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลางถึงดี มีความพึงพอใจต่อการรักษาโรคเรื้อรังอยู่ในระดับดี ยาที่รักษาโรคเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ simvastatin, glipizide และ aspirin โดยคิดเป็นร้อยละ 73.9 ร้อยละ 30.7 และร้อยละ 29.4 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มสามารถควบคุมโรคเรื้อรัง กล่าวคือ ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่แตกต่างกัน และมีอาการไม่พึงประสงค์ไม่ต่างกัน อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ไม่ใช้กัญชาร่วมมือในการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (ร้อยละ 57.9 และร้อยละ 44.3) รวมทั้งมาติดตามการรักษาดีกว่าผู้ที่ป่วยใช้กัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<0.001)
- ในจำนวนผู้ป่วยที่ใช้กัญชา 140 คน ใช้กัญชานานเฉลี่ย 2.1 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.1) โดยเริ่มใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2565 ร้อยละ 85.7 มีความเสี่ยงในการใช้อ้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.6 ใช้ด้วยวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ โดยระบุว่า ใช้เพื่อรักษาโรคเรื้อรังให้หาย (ร้อยละ 72.4) ช่วยการนอนหลับ (ร้อยละ 69.0) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยร้อยละ 43.6 ยอมรับว่า ใช้กัญชาเพื่อนันทนาการ มีผู้ป่วยถึงร้อยละ 21.4 ที่ปลูกกัญชาในครัวเรือน และมีเพียงร้อยละ 1.4 ที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาจากสถานพยาบาลของรัฐ รูปแบบผลิตภัณฑ์กัญชาส่วนใหญ่ คือ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งระบุว่า ตนเองมีความตระหนักถึงผลของการใช้กัญชา ร่วมกับยารักษาโรคเรื้อรังจึงใช้อย่างระมัดระวัง เช่น หลีกเลี่ยงการใช้กัญชาในเวลาเดียวกับยารักษาโรคเรื้อรัง

“จากใน (ข้อสื่อสารสังคมออนไลน์) บ้างพบว่ามันก็ช่วยรักษาความดัน... ผมว่า ผมอาจจะไม่ได้คุมอาหาร แล้วเราถ้าเราใช้ควบคู่แล้วก็เราปรับปรุงตัวเองผมว่าน่าจะดีอยู่แล้ว... เป็นที่ชัดเจนว่าการบริโภคมากเกินไปสิ่งใดไม่ดี แต่ผมว่าถ้า เราควบคุมปริมาณ (การสูบกัญชา) ได้ก็จะให้ประโยชน์มากมาย เช่น นอนหลับดี เจริญอาหาร หัวใจนี้ผมไม่ไม่ค่อยเป็น ปีนึงน่าจะชักรั้งแต่ก่อนที่ผมไม่ดูด (กัญชา) ผมจะเป็นบ่อยมาก” [CBNCD01]

“เราไม่กินมั่ว ๆ นะ ตอนเช้าเรากินยาของโรงพยาบาล แต่ตอนเที่ยงนั้นแหละเราจะกินมัน พอบ่ายโมงบ่ายสองโมง เราเอาไปใส่น้ำร้อน เพราะช่วงนั้น เบาหวานมันไม่มียา มีแต่ตอนเช้ากับตอนเย็น” [CBNCD06]

อาหารหรือเครื่องดื่ม (ร้อยละ 75.6) เช่น ใช้น้ำมันกัญชาต้มกับน้ำ (ชาสมุนไพร) หรือประกอบอาหาร เป็นต้น และใช้ในลักษณะสูบรองลงมา (ร้อยละ 19.3) สารชนิดอื่น ๆ ที่มักใช้ร่วมกับกัญชาคือกระท่อม (ร้อยละ 24.3)

- ผู้ที่ใช้กัญชาส่วนใหญ่มีมุมมองที่มีทิศทางต่างกับผู้ใช้ที่ไม่ใช่กัญชา ผู้ใช้กัญชาส่วนใหญ่มองว่า การใช้กัญชาไม่ได้ขัดต่อหลักความเชื่อและมีสรรพคุณต่อสุขภาพ ทั้งการใช้ในวัตถุประสงค์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาโรคเรื้อรังมากกว่าความเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งความเสี่ยงต่อสุขภาพของตนเองและต่อคนรอบข้าง ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้มองว่า ในปัจจุบัน สามารถเข้าถึงกัญชาได้ง่ายในชุมชนของตนและควรส่งเสริมให้กัญชาเป็นพืชเศรษฐกิจของประเทศ อย่างไรก็ตาม ในภาพรวมทั้งผู้ใช้และไม่ใช้กัญชามองในทิศทางเดียวกันว่า การกัญชาอาจเพิ่มผลข้างเคียงที่ได้รับจากยาของแพทย์ กัญชาไม่ควรถูกใช้แทนยาของแพทย์ และไม่ได้ช่วยให้ผู้ที่ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ลดการใช้สารดังกล่าวลงได้ รวมทั้งมองว่า กัญชามีประโยชน์ในการประกอบอาหาร แพทย์ไม่น่าจะระแวงหรือตำหนิผู้ใช้กัญชา รวมถึงเห็นด้วยว่า การใช้กัญชาควรอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์
- โดยสรุป หลังการออกนโยบายกัญชาไม่เป็นยาเสพติดให้โทษ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้าถึงกัญชาได้มากขึ้นและใช้กัญชาโดยมิได้รับดูแลจากแพทย์ ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในแง่การติดตามการรักษา กับแพทย์ นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในช่วงเดียวกันกับที่ใช้ยารักษาโรคเรื้อรังหลายชนิด ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอันตรกิริยาระหว่างยารักษาโรคเรื้อรังกับสารออกฤทธิ์ทั้ง THC และ CBD ในกัญชาได้

ผู้ให้ข้อมูลมองว่ากัญชาเป็นทางเลือกหนึ่งทางการแพทย์ในการรักษาโรคเรื้อรังหรืออาการผิดปกติต่าง ๆ บางรายเชื่อว่าการใช้กัญชาดีกว่ายาแผนปัจจุบัน เนื่องจากกัญชาเป็นพืชสมุนไพร ไม่ใช่สารเคมี จึงใช้กัญชาแทนยาแผนปัจจุบันที่ได้รับจากแพทย์ (หยุดใช้ยาที่แพทย์สั่ง) บางรายรับรู้ว่าการใช้กัญชาไม่ได้ผลในการรักษาโรค ต้องพิจารณาปัจจัยอื่นด้วย

“(แพทย์จ่ายยา) แต่ผมไม่กิน ผมนึกว่ามันเป็นเพราะตอนจะตรวจ เรากินอาหารทั้งหลายของต่าง ๆ มากมาย แต่ตอนนี้หยุดหมดแล้ว... คิดว่าสาเหตุมันน่าจะเป็นจากเรื่องเหล่านี้เรื่องอะไรที่กินมากกว่า... และอีกอย่างน่าจะหาสมุนไพรหาใบท่อม หาอะไร กินกัญชา แบบนั้นน่าจะลดครับ [CBNCD05]”

“เขาบอกว่า (ยาแผนปัจจุบัน) ทำลาย (อวัยวะในร่างกาย) ไม่ว่าจะพารา ไม่ว่าจะอะไร... หมอรักษาเบาหวาน กินไหมยาเบาหวาน เป็นเบาหวานเขาไม่กิน” [CBNCD05]

“แต่ก่อนเคยกินใบกระท่อมเหมือนกันแล้ว พอกินมาประมาณ 2 ปี กินใบกระท่อมแล้ว ผลเลือดก็ไม่ผ่านเหมือนกัน มันอยู่ที่เราด้วย เราต้องเซฟหลายอย่างไง ไอตัว (กัญชา) อย่างเดียวไม่ได้” [CBNCD07]

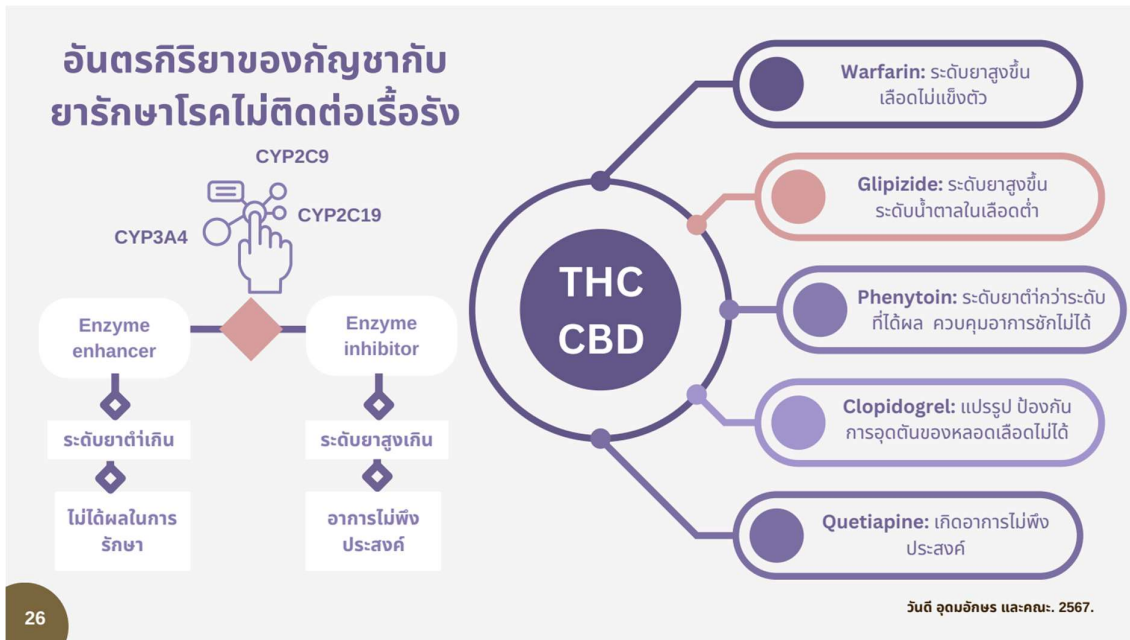
(ข้อมูลจากโครงการ รูปแบบการใช้ผลิตภัณฑ์จากกัญชาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสงขลา ประเทศไทย [5])

6.7 อันตรกิริยาจากการใช้กัญชาร่วมกับยารักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

นอกจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชาจะมีผลต่อความร่วมมือในการติดตามการรักษาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว การใช้กัญชาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาแผนปัจจุบันเป็นประจำ และไม่สามารถหยุดยาได้ ก็อาจมีโอกาสดังกล่าวอันตรกิริยาระหว่างกัญชาหรือผลิตภัณฑ์หรือสารสำคัญกับยาแผนปัจจุบันที่ใช้รักษาโรคดังกล่าว ดังที่รายงานในโครงการของวันดี อุดมอักษร และคณะ [6]

- อันตรกิริยาดังกล่าวนี้อาจเกิดได้ด้วย 1) กลไกทางเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetics) ซึ่งมีผลกระทบต่อระดับยาในเลือด โดยอาจจะทำให้เกิดการยับยั้งเอนไซม์ที่แปรรูปยา หรือตัวขนส่งยาทั้งขาเข้าหรือขาออกทั้งที่ตับหรือไต หรืออวัยวะที่นำไปออกฤทธิ์ เพื่อไปออกฤทธิ์ หรือทำลายยาเพื่อขับออกจากร่างกาย ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาของยา (drug efficacy) และอาการไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction) และ 2) กลไกทางเภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamics) ซึ่งมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษาของยา และอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดจากการเสริมฤทธิ์หรือต้านฤทธิ์กัน
- ความรุนแรงของการเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัญชากับยาแผนปัจจุบัน ขึ้นอยู่กับชนิดของยาแผนปัจจุบันนั้น ๆ ว่าเป็นชนิดที่มีช่วงของการออกฤทธิ์รักษา (therapeutic index) กว้างหรือแคบ การเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัญชากับยาแผนปัจจุบันชนิดที่มี therapeutic index แคบจะสามารถก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้มากกว่า และอาจจะทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงระดับยาในเลือดเพียงเล็กน้อย อาจจะทำให้ระดับยาดังระดับที่เป็นพิษได้ เช่น ยาด้านการแข็งตัวของเลือด warfarin ซึ่งถูกแปรรูปโดยเอนไซม์ CYP2C9 หากระดับยาในเลือดเปลี่ยนแปลงไป จะทำให้เกิดอาการเลือดออกได้ง่าย ส่งผลให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้หากไม่สามารถช่วยชีวิตหรือแก้พิษได้ทัน
- สารออกฤทธิ์ที่สำคัญของกัญชา ได้แก่ CBD หรือ THC จะถูกแปรรูปด้วยเอนไซม์หลักได้แก่ CYP3A4, CYP2C9 และ CYP2C19 ซึ่งทำให้เกิดการแย่งจับกันระหว่าง CBD หรือ THC กับยาแผนปัจจุบันที่ใช้รักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตัวอย่างเช่น
 - Warfarin ซึ่งเป็น substrate ของ CYP2C9 ทำให้ warfarin ถูกแปรรูปได้น้อยลง ระดับยา warfarin สูงขึ้น อาจส่งผลให้มีเลือดออกนอกค่า INR ที่เพิ่มสูงขึ้นได้
 - Glipizide ซึ่งเป็น substrate ของ CYP2C9 เช่นกัน ใช้สำหรับลดน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อาจส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าปกติ ซึ่งอาจเกิดอาการเป็นลม หหมดสติได้
 - Phenytoin เป็น substrate ของ CYP2C9 และจะถูกเปลี่ยนเป็น active form ดังนั้นหาก CYP2C9 ลดลงจากการใช้กัญชาด้วยกัน จะมีโอกาสทำให้ระดับยา phenytoin ที่เป็น active form ต่ำกว่าระดับยาที่ให้ผลในการรักษา ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ หรืออาจจะควบคุมได้ไม่ดี
 - Clopidogrel ซึ่งเป็น substrate ของ CYP2C19 และเป็นยาที่ใช้ป้องกันการอุดตันของหลอดเลือด ในผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมองอุดตัน ซึ่งสามารถทำให้การรักษาด้วย clopidogrel ไม่มีประสิทธิภาพได้เนื่องจาก clopidogrel จะถูกเปลี่ยนเป็น active metabolite ด้วยเอนไซม์ CYP2C19
 - Quetiapine ซึ่งเป็น substrate ของ CYP3A4 และเป็นยาที่ใช้รักษาโรคทางจิตเวช อาจทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้ (ภาพที่ 23)

ภาพที่ 23 ภาพสรุปกลไกและประเภทของอันตรกิริยาระหว่างกัญชา กับยารักษาโรคเรื้อรังบางชนิด



- จากกรณีศึกษาตัวอย่างที่รายงานนี้ พบว่า ผู้ป่วย NCD ที่มีอันตรกิริยาจากการใช้กัญชา ร่วมกับยาชนิดอื่นส่วนใหญ่ใช้พืชกัญชาในรูปแบบน้ำต้มใบและดอก หรือใบสด โดยอาจจะได้พืชเหล่านี้มาจากต้นที่ปลูกเองในครัวเรือนหรือซื้อหาจากในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งก็มักจะกินยาหลายชนิดเป็นประจำอยู่แล้ว โอกาสที่จะเกิดอันตรกิริยาจึงพบได้ง่าย แพทย์ในคลินิก NCD หรือคลินิกโรคอื่นจึงควรจะต้องมีความรู้และตระหนักถึงผลอันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยารักษาโรคร่วมกับกัญชา และซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องนี้ เพื่อจะได้ปรับยาและติดตามอาการได้แม่นยำ ประชาชนทั่วไปก็ควรทราบถึงผลกระทบนี้หากใช้กัญชาเมื่อต้องกินยารักษาโรคชนิดอื่นอยู่ด้วย และควรรายงานให้แพทย์ทราบและมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

อันตรกิริยาจากการใช้ยา warfarin ร่วมกับกัญชา

กรณีศึกษาผู้ป่วย 3 ราย มีอายุ 60-65 ปีป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคไขมันในเลือดสูง ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (atrial fibrillation with CHA2DS2-VASc score 2 และ atrial fibrillation with CHA2DS2-VASc score 3) และโรคหัวใจล้มเหลว ทั้ง 3 ราย มีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ได้รับยา warfarin ขนาด 10.5 - 25.5 mg/week ก่อนใช้กัญชา ระดับค่าความแข็งตัวของเลือด (INR) อยู่ในช่วง 1.5 - 2.6, 2.46 - 2.97 และ 2.3 - 3.0 ตามลำดับ (ระดับ INR ช่วงปกติเท่ากับ 2 - 3.5) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้กัญชาร่วมกับยา warfarin ดังนี้

- **รายแรก** ต้มน้ำต้มใบและดอกกัญชาวันละครั้งเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด ใช้มาเป็นเวลา 1 เดือน มาพบแพทย์ตามนัดพบว่าค่า INR เป็น 4.92 ไม่มีอาการเลือดออกผิดปกติ หลังจากเภสัชกรแนะนำให้หยุดกัญชา ค่า INR เป็น 2.5 และเริ่มต้มกัญชาอีก 1 เดือน พบว่าค่า INR เป็น 4.59 หลังจากนั้นเภสัชกรแนะนำให้หยุดกัญชาอย่างจริงจัง พบว่า ค่า INR ลดลงอยู่ในช่วง 1.42 - 3.5
- **รายที่สอง** ต้มน้ำต้มช่อดอกแทนน้ำทุกวัน เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด เป็นเวลา 1 เดือน ค่า INR 3.49 หลังจากเภสัชกรแนะนำให้หยุดใช้กัญชา พบว่าค่า INR ลดลงมา 1.79 - 2.39
- **รายที่สาม** ต้มน้ำต้มดอกกัญชาเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ เป็นเวลา 1 เดือน พบว่า ค่า INR เพิ่มขึ้นเป็น 3.59 และ 4.29 ตามลำดับ หลังจากนั้นเภสัชกรแนะนำให้หยุดใช้กัญชา ค่า INR กลับมาอยู่ในช่วง 1.38-2.61

(ข้อมูลจากโครงการศึกษาผลกระทบจากอันตรกิริยาของกัญชากับยารักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [6])

อันตรกิริยาจากการใช้ยา glipizide ร่วมกับกัญชา

กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย รายแรกมีอายุ 75 ปีป่วยเป็น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (old MI) และโรควิตกกังวล (unspecified anxiety disorder) ได้รับการรักษาด้วยยา Glipizide (5mg/ tab) 2 tabs เช้า และ 1 tab เย็น รายที่สองมีอายุ 51 ปีป่วยเป็น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรคหัวใจ (Recovered ischemic stroke และ ไขมันในเลือดสูง ได้รับการรักษาด้วยยา Glipizide (5mg/ tab) 70 mg/week ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้กัญชาร่วมกับยา glipizide ดังนี้

- **รายแรก** เริ่มใช้กัญชาแบบชา ชงใบกัญชาช่วงเริ่มต้นและเปลี่ยนเป็นน้ำมันกัญชา หยดใต้ลิ้น 1 หยดก่อนนอน หรือทาดมแทนยาดม เพื่อลดความเครียด ช่วยให้นอนหลับดี ใช้แทนยาดมแล้วรู้สึกสดชื่น หลังจากใช้ไป 1 เดือน พบว่า มีอาการอารมณ์ดีผิดปกติ (euphoria) บ้านหมุน (dizziness) เหงื่อออก (sweating) สูญเสียการควบคุมตนเอง (loss of social inhibition) การคิดและการตัดสินใจเสื่อม (impair of cognition and judgement) ใจสั่น อาเจียน (1 ครั้งและได้มาโรงพยาบาล) ท้องเสีย (2 ครั้งในเดือนดังกล่าว) มีเสมหะ (productive sputum) โดยระบุว่า มักมีอาการของระบบอัตโนมัติในช่วง 1.00 น. ด้วยความถี่ 1 ครั้ง ใน 2 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้า เวลา 18.00 น. เป็นประจำ อาการดังกล่าวดีขึ้นหลังได้รับน้ำตาล หรือน้ำหวาน ในช่วงเดือนนั้นแพทย์ไม่ได้ปรับยารักษาโรคเบาหวาน และผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง หลังจากนั้น ผู้ป่วยยังไม่มีอาการผิดปกติอีก และยังคงใช้น้ำมันกัญชาเพียงชนิดเดียวอย่างต่อเนื่อง

จนถึงวันให้ข้อมูล ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการใช้กัญชา DTX=152 (ค่าปกติ 70-100 mg/dl) หลังจากใช้กัญชา มี HbA1c 6.5 (ผู้ที่เป็นเบาหวาน > 7 mg%) FBS 148 (ค่าปกติ <100 mg/dl) และมีการติดตาม DTX ทุก 2-3 เดือน มีค่าน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 133 - 201 Chest X-ray พบหัวใจโต (cardiomegaly) ผลการตรวจร่างกายในการพบแพทย์ครั้งล่าสุด ปกติ และผลทางห้องปฏิบัติการปกติ ยกเว้น HbA1C 7.3, FBS 154, DTX 176, Cholesterol 214 (ค่าปกติ < 200 mg/dl), TG 481 (ค่าปกติ 40-150 mg/dl), HDL 34 (ค่าปกติ >60 mg/dl), LDL 146 (ค่าปกติ < 160 mg% และ < 130% ในผู้ที่เป็นเส้นเลือดหัวใจตีบ)

- **รายที่สอง** เริ่มใช้กัญชาได้ 1 ปี (มิถุนายน 2566) ได้รับใบกัญชาสดมาลอง โดยการต้มใบกัญชาสด 1-2 ใบ ต้มวันละ 3 แก้ว แทนการดื่มน้ำเปล่า เพื่อช่วยนอนหลับและลดอาการอ่อนเพลีย บางครั้งใช้ใบผสมในอาหารที่ตนเองทาน ร่วมกับใช้น้ำมันกัญชาสูตรของวัดแห่งหนึ่ง 1 หยดได้ลิ้นก่อนนอน เพื่อช่วยให้สบายใจ และช่วยให้นอนหลับ ในบางวันที่ไม่มีใบกัญชาบริโภคจะบริโภคใบกระท่อม ในช่วงแรกหลังเริ่มใช้ผู้ป่วยรู้สึกว่า ตนเองมีอาการอารมณ์ดีผิดปกติ บ้านหมุน ใจสั่น ปวดศีรษะ การคิดและการตัดสินใจเสื่อม และรู้สึกคล้ายมีมดเดินที่ริมฝีปากบน (ระบุว่ามีอาการหลังบริโภคใบกระท่อม) มักมีอาการของระบบอัตโนมัติใน ช่วง 11.00 น. ไม่ได้มาพบแพทย์หลังมีอาการ โดยอาการดังกล่าวดีขึ้นหลังได้รับน้ำตาลหรือน้ำหวาน ซึ่งในช่วงเดือนดังกล่าวแพทย์ไม่ได้ปรับยาของโรคเบาหวานและผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติอีก และยังคงใช้กัญชาทั้งสองชนิดอย่างต่อเนื่องจนถึงวันให้ข้อมูล ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการใช้กัญชา HbA1C 8.2, FBS 187-327 mg/dl, DTX 150 mg/dl หลังจากใช้กัญชา มี FBS 210-222 mg/dl

(ข้อมูลจากโครงการศึกษาผลกระทบจากอันตรกิริยาของกัญชากับยารักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [6])

6.8 ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือนและสังคมหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชา

“ในระดับจุลภาค: ต้นทุนความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการบริโภคกัญชาที่เกิดขึ้นกับครัวเรือนไทยทั่วประเทศสูงถึง 56,256 ล้านบาทต่อเดือน ในขณะที่ผลได้มีมูลค่า 33,115 ล้านบาทต่อเดือน ดังนั้น จึงมีต้นทุนมากกว่ารายได้จำนวน 23,141 ล้านบาทต่อเดือน

ในระดับมหภาค: สังคมแบกรับต้นทุนจากการบริโภคกัญชาที่จับต้องได้ 174,343 ล้านบาทต่อปี ต้นทุนที่จับต้องไม่ได้ 41,779 ล้านบาท รวมเป็นต้นทุนของสังคม 216,122 ล้านบาทต่อปี ส่วนผลได้ทั้งจากภาคเกษตรกรรม พาณิชยกรรม และอุตสาหกรรมมีมูลค่ารวม 178,957 ล้านบาทต่อปี ดังนั้น จึงมีต้นทุนมากกว่าผลได้จำนวน 37,165 ล้านบาทต่อปี”

หลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายที่ทำให้กัญชาไม่เป็นยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2565 ธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาเกิดขึ้นมากมายในประเทศไทย การบริโภคและผลกระทบจากการบริโภคกัญชาก็เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ดังที่สรุปในบทที่ผ่านมา ผลกระทบอีกด้านหนึ่งที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคกัญชาคือ ผลกระทบทางเศรษฐกิจหรือต้นทุนที่สังคมต้องแบกรับจากการบริโภคกัญชาของคนในสังคม ซึ่งเกิดจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคและอาการผิดปกติในและนอกโรงพยาบาล ต้นทุนที่เกิดจาก

การก่อคดีทางกฎหมาย การเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน ต้นทุนที่เกิดเกี่ยวเนื่องกับที่ทำงาน เช่น การขาดงาน และการบาดเจ็บจากการทำงาน เป็นต้น นอกจากนี้ต้นทุนทางสังคมซึ่งจัดเป็นผลกระทบในระดับมหภาคแล้ว ในระดับครัวเรือนก็ต้องแบกรับต้นทุนดังกล่าวนี้ด้วย ซึ่งจัดเป็นผลกระทบระดับจุลภาคอันได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเจ็บป่วยทั้งที่ต้องเข้ารับหรือไม่ต้องรับการรักษาพยาบาล ทรัพย์สินเสียหาย ขาดเรียน/ขาดงาน และความวิตกกังวลของคนในครัวเรือน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ในครัวเรือนที่มีกิจการที่เกี่ยวข้องกับการปลูกและผลิตกัญชาที่อาจมีผลได้หรือรายรับจากกิจการดังกล่าว รวมทั้งในระดับมหภาครายรับของประเทศจากอุตสาหกรรมกัญชาก็จัดเป็นผลได้ทางสังคมเช่นกัน

ในการศึกษาของ ณีฐริฎญา ค้าผล และคณะ ได้รายงานต้นทุนและผลได้ของผู้บริโภค ผู้ผลิตและจำหน่ายกัญชาในระดับครัวเรือน และสังคมภายหลังการแก้ไขกฎหมายกัญชา เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครัวเรือนใน 8 จังหวัด รวม 1,679 ครัวเรือน โดยสอบถามทั้งต้นทุนที่จับต้องได้ เช่น ค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชา และต้นทุนที่จับต้องไม่ได้ได้แก่ ความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล เนื่องจากการที่มีบุคคลในครอบครัวเสพติดกัญชา และข้อมูลจำนวนและค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ที่มีสาเหตุมาจากกัญชาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งรายได้ที่ครัวเรือนได้รับจากการที่บุคคลในครัวเรือนมีความเกี่ยวข้องกับกัญชา เช่น จากการจ้างงานในการผลิตสินค้าหรือบริการที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบ และรายได้จากการปลูกหรือจำหน่ายผลิตภัณฑ์รูปแบบต่าง ๆ ที่มีกัญชาเป็นส่วนประกอบในระดับครัวเรือน และผลได้ที่เกิดขึ้นในภาคเกษตรกรรม ภาคพาณิชย์กรรม และภาคอุตสาหกรรมจากรายงานต่าง ๆ [31] พบว่า

- ครัวเรือนที่เกี่ยวข้องกับกัญชามีทั้งหมด 473 ครัวเรือน ประกอบด้วย มีการบริโภคกัญชา 380 ครัวเรือน (ร้อยละ 80.34) มีการปลูกกัญชา 217 ครัวเรือน (ร้อยละ 45.88) มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนของกัญชา 77 ครัวเรือน (ร้อยละ 16.28) และทำงานในสถานที่จำหน่ายกัญชา 39 ครัวเรือน (ร้อยละ 8.25) โดยแต่ละครัวเรือนอาจมีความเกี่ยวข้องมากกว่า 1 กิจกรรม ผู้ที่บริโภคส่วนของช่อดอกและดอกแห้งจะมีค่าใช้จ่ายต่อเดือนสูงที่สุด คือ ค่าเฉลี่ย 1,783 บาท รองลงมาคือ ผู้บริโภคน้ำมันกัญชามีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1,018 บาท/เดือน และผู้บริโภคใบสด/ใบแห้งมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 984 บาท/เดือน
- **ผลได้ระดับครัวเรือน** ครัวเรือนที่ปลูกกัญชา ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93) เป็นการปลูกเพื่อใช้เองในครัวเรือน มีเพียงร้อยละ 23 ที่ปลูกไว้เพื่อจำหน่าย โดยมีรายได้จากการปลูกและจำหน่ายเฉลี่ย 56,875 บาทต่อเดือน ส่วนครัวเรือนที่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกัญชา มีรายได้จากการขายอาหารและขนมต่อเดือนเฉลี่ย 5,494 บาท ครัวเรือนที่ทำในรูปของร้านจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชา มีรายได้เฉลี่ย 57,543 บาทต่อเดือน นอกจากนี้มีครัวเรือนที่สมาชิกทำงานในร้านจำหน่ายกัญชา มีรายได้เฉลี่ยต่อวัน 651 บาท หรือ 19,530 บาทต่อเดือน
- **ต้นทุนระดับครัวเรือน** ครัวเรือนร้อยละ 10.78 เคยได้รับผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคกัญชา โดยเกิดจากการเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ทรัพย์สินเสียหาย ขาดเรียน/ขาดงาน และครัวเรือนร้อยละ 10.36 ได้รับผลกระทบจากความวิตกกังวลของคนในครัวเรือน
- **ประมาณการต้นทุน-ผลได้ระดับครัวเรือนทั่วประเทศ** เมื่อประมาณการต้นทุนและผลได้จากครัวเรือนทั้งหมดในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับกัญชาจำนวน 31.51% ของครัวเรือนทั้งหมด คิดเป็น ต้นทุนที่จับต้องได้ 14,476 ล้านบาทต่อเดือน ต้นทุนที่จับต้องไม่ได้ 41,779 ล้านบาท รวมเป็นต้นทุนของครัวเรือน 56,256 ล้านบาทต่อเดือน ส่วนผลได้มีมูลค่า 33,115 ล้านบาทต่อเดือน ดังนั้น จึงมีต้นทุนมากกว่ารายได้จำนวน 23,141 ล้านบาทต่อเดือน
- **ต้นทุนทางสังคม** เป็นต้นทุนค่ารักษาพยาบาลทั้งในส่วนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่เกิดจากความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพติดกัญชา รวมถึงการเกิดอุบัติเหตุที่มีสาเหตุจากกัญชา 457 ล้านบาทต่อปี ต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานเนื่องจากความเจ็บป่วย 131 ล้านบาทต่อปี ต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 35 ล้านบาทต่อปี
- **ผลได้ระดับประเทศ** ประกอบด้วย

- ผลได้ที่เกิดขึ้นจากภาคเกษตรกรรม มีใบอนุญาตปลูกกัญชาจำนวน 881 รายการ จำนวนสถานที่ทั้งหมด 1,345 แห่ง พื้นที่ปลูกกัญชาทั้งสิ้น 946,443 ตารางเมตร คิดเป็นจำนวนต้นกัญชาทั้งหมด 995,438 ต้น คิดเป็น รายได้จากการปลูกกัญชาในภาคเกษตรกรรมเฉลี่ย 10,943 ล้านบาท
- ผลได้ในภาคพาณิชย์กรรม มีใบอนุญาตในการส่งออก จำหน่ายหรือแปรรูปกัญชา จำนวน 17,037 ใบอนุญาต จำนวนร้านจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชา 8,773 ร้านทั่วประเทศ คาดการณ์ผลได้ที่เกิดขึ้นในภาคพาณิชย์กรรม 11,192 ล้านบาทต่อปี
- ผลได้ภาคอุตสาหกรรม มีผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนผสมของกัญชาที่ยื่นขออนุญาตจำนวนทั้งสิ้น 60 รายการ ผลได้ที่เกิดขึ้นในภาคอุตสาหกรรมของกัญชามีมูลค่ารวมเท่ากับ 934 ล้านบาทต่อปี
- **ประมาณการต้นทุน-ผลได้ทางสังคมระดับประเทศ** เมื่อรวมต้นทุนและผลได้ของสังคมทั้งหมดตั้งแต่ระดับครัวเรือนถึงระดับอุตสาหกรรมจะพบว่า เป็นต้นทุนที่จับต้องได้ 174,343 ล้านบาทต่อปี ต้นทุนที่จับต้องไม่ได้ 41,779 ล้านบาท รวมเป็นต้นทุนของสังคม 216,122 ล้านบาทต่อปี ส่วนผลได้มีมูลค่ารวม 178,957 ล้านบาทต่อปี ดังนั้น จึงมีต้นทุนมากกว่าผลได้จำนวน 37,165 ล้านบาทต่อปี (ภาพที่ 24)

ภาพที่ 24 ต้นทุนและผลได้ทางเศรษฐกิจระดับครัวเรือนและประเทศหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชา[31]



ผลการศึกษาชี้ชัดว่า มูลค่าของต้นทุนที่ต้องสูญเสียไปจากการบริโภคกัญชาทั้งในระดับครัวเรือนและระดับประเทศ สูงกว่ารายรับที่เกิดขึ้นจากการปลูก ผลิต จำหน่ายหรือการจ้างงานในธุรกิจหรืออุตสาหกรรมกัญชามากนัก ในระดับครัวเรือนคงเป็นเพราะว่า การปลูกกัญชาส่วนใหญ่ได้ผลผลิตเพียงแค่อำเภอบริโภคใช้เองภายในครัวเรือน ซึ่งแทนที่จะสร้างรายได้ให้กับครัวเรือนกลับกลายเป็นการเพิ่มรายจ่ายที่เกิดจากผลกระทบทางลบของการบริโภคกัญชา ส่วนในระดับประเทศการลงทุนในภาคเกษตรกรรมและอุตสาหกรรมก็อาจจะยังไม่ทำให้เกิดรายได้กลับมาเพียงพอ ในขณะที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์จากระบบข้อมูลของหน่วยงานระดับชาติว่า รายจ่ายจากการเจ็บป่วย บาดเจ็บ ตาย หรือคดีความและปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคกัญชาเกิดขึ้นมาแล้ว และทำให้เกิดต้นทุนมูลค่ามหาศาล ข้อค้นพบเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า การสื่อสารให้สังคมรับรู้ ว่า กัญชาเป็นพืชเศรษฐกิจหรือพืชแก้จนอาจจะเป็นภาพลวงตา สังคมควรรับรู้ด้วยว่า ต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการบริโภคกัญชามีราคาแพงกว่ารายรับที่เกิดขึ้นมากมาย

อย่างไรก็ตาม ต้นทุนและผลได้ที่ประมาณค่าในโครงการนี้อาจมีความคลาดเคลื่อนอยู่มาก เพราะเป็นการประมาณจากกลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อย ถึงแม้จะเป็นตัวอย่างที่มีความหลากหลายครอบคลุมครัวเรือนและธุรกิจทุกระดับและทุกภาคของประเทศไทยก็ตาม นอกจากนี้ ที่น่าสังเกตคือ ต้นทุนที่จับต้องไม่ได้ ซึ่งได้จากการสอบถามตัวอย่างถึงความเต็มใจที่จะจ่ายหากสามารถตัดความวิตกกังวลหรือทุกข์ทรมานใจจากการมีคนในครัวเรือนเสพรหรือได้รับผลกระทบจากภัยขามี่ค่าสูงมาก จึงทำให้ต้นทุนที่วิเคราะห์ได้สูงมาก และสูงกว่าต้นทุนทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2564 ซึ่งเท่ากับ 165,450.5 ล้านบาท ทั้งนี้เพราะในการประมาณค่าต้นทุนของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้รวมต้นทุนที่จับต้องไม่ได้เข้าไปด้วย[32] ข้อเท็จจริงนี้ย้าให้เห็นว่า การเสพรก็ไม่ได้มีผลต่อตัวผู้เสพรเท่านั้น แต่ยังสร้างความทุกข์ทรมานใจให้กับบุคคลอื่นในครอบครัวได้อย่างใหญ่หลวงนัก

7. การพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อสร้างพื้นที่ปลอดภัยจากปัญหาและผลกระทบจากใช้กัญชาในทางที่ผิด

จากการศึกษาของอินันท์ อร่ามรัตน์ และคณะ [33] ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงพัฒนาโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางเพื่อสร้างพื้นที่ปลอดภัยจากปัญหาและผลกระทบจากใช้กัญชาในทางที่ผิด ในพื้นที่ชุมชนระดับหมู่บ้านสี่บริบท ได้แก่ ชุมชนเมืองมหานคร (ชุมชนวัดอัมพวา เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร) ชุมชนชาติพันธุ์เขตชายแดน (บ้านหัวน้ำน้หนัก หมู่ที่ 6 ต.ตะนาวศรี อ.สวนผึ้ง จ.ราชบุรี) ชุมชนกึ่งเมือง (บ้านสร้างเม็ก หมู่ที่ 2 ต.วานรนิวาส อ.วานรนิวาส จ.สกลนคร) และชุมชนวิถีชนบท (บ้านปงอ้อ หมู่ที่ 10 ต.ทาบลาดุก อ.แม่ทา จ.ลำพูน) ในระหว่างมกราคม 2566 ถึงมิถุนายน 2567 ซึ่งชุมชนทั้งสี่แห่งนี้เป็นชุมชนที่มีผู้ใช้กัญชาอยู่จำนวนมากและมีการปลูกกัญชาอยู่หลายหลังคาเรือนพบว่า เป้าหมายที่สำคัญที่สุดของหมู่บ้าน/ชุมชน คือ “ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนปลอดภัย ใช้วิถีพอเพียง เลี้ยงอบายมุข มีสุขสามัคคี” โดยกิจกรรมที่ชุมชนดำเนินการเพื่อพัฒนาศักยภาพของชุมชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้แก่

1. ให้ความรู้ ความเข้าใจกับผู้ปกครอง กลุ่มเด็กเยาวชน และคณะกรรมการผู้นำชุมชน ในการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหา
2. จัดกิจกรรมสร้างสรรค์ในรูปแบบต่าง ๆ ที่เน้นให้ทุกคนมีส่วนร่วม มุ่งเฝ้าระวังพื้นที่เสี่ยง พื้นที่สีแดง ทำให้คนในชุมชนรู้สึกปลอดภัย ตัวอย่างเช่น
 - ก. กิจกรรมเสริมศักยภาพเครือข่าย สร้างการเรียนรู้และผลกระทบจากการใช้กัญชาและยาเสพติด
 - ข. กิจกรรมสร้างแผนชุมชน และสำรวจจุดเสี่ยง เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาดูจุดเสี่ยงต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็จุดเสี่ยงปลูกน้ำงูลาย หรือจุดเสี่ยงมั่วสุมาเสพรติด
 - ค. มีกิจกรรมที่ส่งเสริมประเพณีท้องถิ่น เช่น ประเพณีกินข้าวห่อ “อั้งมีถ่อง” (ประเพณีที่สืบทอดของชาวกระเหรี่ยง ในเขต ราชบุรี - เพชรบุรี เป็นพิธีสู่ขวัญกับทุกคน) เชื่อมความสัมพันธ์ของคนในแต่ละรุ่นวัย
 - ง. ส่งเสริมด้านกีฬา การเล่นดนตรี ในกลุ่มเด็กเยาวชน มีโค้ชและครูเพื่อมาสอนเด็ก ช่วงชิงเวลาที่เด็กจะไปเกี่ยวข้องและทดลองใช้กัญชาในทางที่ผิด
 - จ. จัดกิจกรรมเสริมทักษะให้เด็กและเยาวชนเท่าทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของภายนอก เท่าทันข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปปรับใช้ในการป้องกันตนเอง
 - ฉ. จัดกิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองและบุตรหลาน เพื่อให้เกิดช่วงเวลาในการเปิดใจพูดคุยปรึกษา และหาแนวทางร่วมกันในการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิดของเด็ก
 - ช. อบรมเด็กและเยาวชน ให้สามารถสร้างเนื้อหา ตกแต่งภาพ และคลิปวิดีโอ บนมือถือ ช่วยกันประชาสัมพันธ์เตือนภัยเกี่ยวกับโทษของการใช้เสพรเสพรติด ไม่ให้ไปยุ่งกับยาเสพรติด และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

3. กำหนดกฎ กติกาการใช้ภัยาร่วมกันในชุมชน “กติกากการป้องกันการใช้ภัยาในทางที่ผิด” โดยมุ่งเน้นการควบคุมดูแลกลุ่มอายุตั้งแต่ 11-18 ปี ซึ่งเป็นเด็กเยาวชน มีการประชุม ติดตาม สรุปผลเดือนละครั้งเพื่อให้เห็นสถานการณ์ภัยาในพื้นที่หลังจากมีการกำหนดข้อตกลงและกฎกติการ่วมกัน ตัวอย่างเช่น
 - ก. ราษฎรในหมู่บ้านให้ความร่วมมือกับผู้นำคณะกรรมการหมู่บ้าน ในการสำรวจจำนวนภัยาที่มีครอบครองในครัวเรือน และภัยาที่เกิดขึ้นเองโดยธรรมชาติในเขตบริเวณหมู่บ้าน
 - ข. อนุญาตให้ครัวเรือนปลูกภัยาได้ หลังคาเรือนละไม่เกิน 8 ต้น หากครัวเรือนใดหรือผู้ใดที่มีต้นภัยาเกิน 8 ต้น ให้คณะกรรมการหมู่บ้านเชิญตัวมาว่ากล่าวตักเตือน 1 ครั้ง และคณะกรรมการหมู่บ้านทำบันทึกตักเตือนไว้ ให้เจ้าของผู้ปลูกภัยารื้อถอนทำลายต้นภัยาด้วยตนเอง ภายใน 7 วัน เมื่อครบกำหนด 7 วัน หากเจ้าของผู้ปลูกภัยา ยังไม่ดำเนินการรื้อถอนทำลายต้นภัยา ก็จะให้คณะกรรมการหมู่บ้านรื้อถอนทำลายต้นภัยานั้นเอง
 - ค. คณะกรรมการหมู่บ้าน จัดให้มีคณะกรรมการออกสำรวจพืชภัยาทุก 3 เดือน และจัดให้มีทะเบียนควบคุมพืชภัยาในหมู่บ้าน
 - ง. ผู้นำหมู่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน และประชาชนทุกคนในหมู่บ้านต้องมีส่วนร่วมในการควบคุมเฝ้าระวังเด็กและเยาวชนไม่ให้ใช้ภัยาในทุกประเภท ทั้งการสูบควัน ผสมอาหาร หรือการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของภัยาทุกประเภท โดยให้ผู้นำและคณะกรรมการหมู่บ้านสร้างความเข้าใจและประสานความร่วมมือให้ผู้ปกครองให้ทราบถึงผลกระทบต่อสุขภาพและผลกระทบต่อผู้อื่นที่มีต่อบุตรหลาน พร้อมทั้งให้ผู้ปกครองช่วยกันดูแลเยาวชน และบุตรหลานของตนอย่างเข้าใจและสม่ำเสมอ หากมีเด็กหรือเยาวชนลักขโมยภัยาของคนในหมู่บ้าน ขอความร่วมมือให้เจ้าของ/ครัวเรือนที่มีภัยามาแจ้งผู้ใหญ่บ้าน หรือคณะกรรมการหมู่บ้านทราบ เพื่อจะได้หาแนวทางแก้ไขต่อไป
4. พัฒนากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน แนะนำ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับภัยา มุมมองของเด็กเยาวชนในพื้นที่กับกิจกรรมที่กลุ่มเด็กเสนอความคิดเห็นโดยเกือบทุกกิจกรรมจะมีการพ่วงท้ายว่า “ชวนเพื่อน” ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับเพื่อนของเด็กเยาวชนเพื่อนมีความสำคัญและเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเด็กการเลือกรูปแบบกิจกรรมที่ต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของเด็กเยาวชนในพื้นที่

การดำเนินงานในชุมชนเหล่านี้ ชี้ให้เห็นว่า การจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ที่ตอบสนองความต้องการของคนในชุมชนทุกเพศทุกวัยของแต่ละชุมชน และมีกฎกติกาการใช้ภัยาที่ออกแบบร่วมกันและเป็นที่ยอมรับของทุกคนในชุมชน เพื่อป้องกันปัญหาการใช้ภัยาในทางที่ผิด จะสามารถดำเนินการได้อย่างประสบความสำเร็จนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยความคิดริเริ่มมาจากความต้องการของชุมชนนั้น ๆ โดยการมีส่วนร่วมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อคนในชุมชนมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน นั่นคือ การเล็งเห็นปัญหาของการใช้ภัยาในทางที่ผิดไปในทิศทางเดียวกัน และเล็งเห็นประโยชน์ของกิจกรรมที่สร้างสรรค์เพื่อพื้นที่ปลอดภัย มีกฎชุมชน อันจะนำไปสู่การดำเนินการยั่งยืน

บรรณานุกรม

1. Kalayasiri R, Boonthae S. Trends of cannabis use and related harms before and after legalization for recreational purpose in a developing country in Asia. BMC Public Health. 2023;23(1):911.
2. สุริยัน บุญแท้. โครงการสำรวจทัศนคติและพฤติกรรมการใช้สารเสพติด: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 - 65 ปี ใน 20 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ กรุงเทพฯ: แผนงานศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.
3. รัศมี โชติพันธ์วิทยากุล และคณะ. รายงานผลเบื้องต้นโครงการศึกษาผลของนโยบายกัญชาเสรีทางการแพทย์ต่อนักศึกษามหาวิทยาลัย เยาวชนผู้กระทำความผิด และสถานบริการของรัฐ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2567.
4. วิทย์ วิชัยดิษฐ, สาวิตรี อัจฉนาคกรชัย. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการการเข้าถึงกัญชาและสารเสพติดชนิดอื่น ผลกระทบจากการใช้ การรับรู้และความคิดเห็นต่อมาตรการด้านกัญชาในประชากรทั่วไป นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2567.
5. ศุภกร ศรีแผ้ว และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ รูปแบบการใช้ผลิตภัณฑ์จากกัญชาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดสงขลาประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2567.
6. วันดี อุดมอักษร และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การศึกษาผลกระทบจากอันตรายของกัญชากับการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2567.
7. จิตรลดา อารีย์สันติชัย, อุษณีย์ พึ่งปาน, ศิเรศษุทธ เนตรงาม, พรภิรมย์ สุวรรณเลิศ. การวิเคราะห์ปริมาณสารสำคัญของพืชกัญชาในอาหาร เครื่องดื่ม เครื่องปรุงและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่มีส่วนผสมของกัญชา/กัญชง กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยยาเสพติด วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2567
[Available from:
<https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/6189/hs3197.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
8. Lamy FR, Meemon N. Exploring Twitter chatter to assess the type and availability of cannabis-related products in Thailand. J Ethn Subst Abuse. 2024;1-21.
9. กนิษฐา ไทยกล้า. โครงการการตลาดและการจำหน่ายยาเสพติดบนอินเทอร์เน็ต ปี 2567. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2567.
10. Thaikla K, Assanangkornchai S. Online Monitoring of Cannabis Product Sales in Thailand: A Comparative Analysis Before and After Legalization (Poster presentation in SPR Conference 2025). 2024.
11. เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. รายงานผลการสำรวจครัวเรือนเพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรผู้ใช้สารเสพติดของประเทศไทย ปีพ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม; 2562.

12. Wichaidit W, Chapakiya I, Waeuseng A, Chumchuen K, Assanangkornchai S. Density of cannabis outlets vs. cannabis use behaviors and prevalent cannabis use disorder: findings from a nationally-representative survey. *PeerJ*. 2024;12:e17317.
13. วิไลลักษณ์ ลังกา และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการสำรวจพฤติกรรมการใช้กัญชาและสารเสพติดชนิดอื่น การเข้าถึง ความรู้และทัศนคติต่อกัญชาในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา และเยาวชนนอกสถานศึกษา. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2567.
14. สาวิตรี อัจฉางค์กรชัย และคณะ. การเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้สุรา ยาสูบ สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพในนักเรียนมัธยมศึกษาของประเทศไทย พ.ศ. 2550, 2552, 2558, 2561 และ 2564 สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2564.
15. นริสรา พังโพธิ์สมภ, พิชญานี พูนพล, ชนันภรณ์: อารีกุล. การสำรวจความคิดเห็นสาธารณะในสื่อสังคมออนไลน์ และข่าวอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับกัญชาในหนังสือพิมพ์ ก่อนและหลังการออกนโยบายกัญชา. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2567.
16. นิษฐา หุ่นเกษม. การกำหนดวาระทางสังคมของสื่อเรื่องกัญชาทางการแพทย์. สงขลา: ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.); 2564.
17. สุริยัน บุญแท้. โครงการสำรวจความรู้ ความเข้าใจ และความคิดเห็นของประชาชนต่อเรื่องกัญชาทางการแพทย์ และการใช้แบบสันตนาการ: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ. สงขลา: แผนงานศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด (ศศก.) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2563.
18. Assanangkornchai S, Thaikla K, Talek M, Saingam D. Medical cannabis use in Thailand after its legalization: a respondent-driven sample survey. *PeerJ*. 2022;10:e12809.
19. สุริยัน บุญแท้. โครงการสำรวจความคิดเห็นต่อนโยบายของพรรคการเมืองต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนและสังคม: กรณีศึกษาประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปใน 12 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2566.
20. Campeny E, López-Pelayo H, Nutt D, Blithikioti C, Oliveras C, Nuño L, et al. The blind men and the elephant: Systematic review of systematic reviews of cannabis use related health harms. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2020;33:1-35.
21. Hasan A, von Keller R, Friemel CM, Hall W, Schneider M, Koethe D, et al. Cannabis use and psychosis: a review of reviews. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2020;270(4):403-12.
22. Hasin D, Walsh C. Cannabis Use, Cannabis Use Disorder, and Comorbid Psychiatric Illness: A Narrative Review. *J Clin Med*. 2020;10(1).
23. Maggu G, Choudhary S, Jaishy R, Chaudhury S, Saldanha D, Borasi M. Cannabis use and its relationship with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Ind Psychiatry J*. 2023;32(2):202-14.
24. Matheson J, Le Foll B. Cannabis Legalization and Acute Harm From High Potency Cannabis Products: A Narrative Review and Recommendations for Public Health. *Front Psychiatry*. 2020;11:591979.

25. Matheson SL, Laurie M, Laurens KR. Substance use and psychotic-like experiences in young people: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2023;53(2):305-19.
26. Cantor N, Silverman M, Gaudreault A, Hutton B, Brown C, Elton-Marshall T, et al. The association between physical availability of cannabis retail outlets and frequent cannabis use and related health harms: a systematic review. *Lancet Reg Health Am.* 2024;32:100708.
27. Manthey J, Jacobsen B, Hayer T, Kalke J, López-Pelayo H, Pons-Cabrera MT, et al. The impact of legal cannabis availability on cannabis use and health outcomes: A systematic review. *Int J Drug Policy.* 2023;116:104039.
28. ชัยสิริ อังกรสุวรรณนท์. การเฝ้าระวังอาการจากการใช้กัญชาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลรัฐ. เชียงใหม่: ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2567.
29. Peltzer K, Pengpid S. The use of herbal medicines among chronic disease patients in Thailand: a cross-sectional survey. *J Multidiscip Healthc.* 2019;12:573-82.
30. Chuakul W, Soonthornchareonnon N, Boonjaras T, Boonpleng A. Survey on Medicinal Plants in Southern Thailand 2004 [cited 2024 17 Nov]. Available from: <https://repository.li.mahidol.ac.th/handle/123456789/3254>.
31. ณีฎฐิยา ค้าผล และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การศึกษาต้นทุนและผลได้ของผู้บริโภค ผู้ผลิตและจำหน่ายกัญชา และสังคมภายหลังการแก้ไขกฎหมายกัญชา. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2567.
32. Luangsinsiri C, Youngkong S, Chaikledkaew U, Pattanapratchee O, Thavorncharoensap M. Economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2021. *Glob Health Res Policy.* 2023;8(1):51.
33. อภินันท์ อร่ามรัตน์, วัชรพงษ์ พุ่มชื่น, เกรียงไกร พึ่งเชื้อ. โครงการพัฒนารูปแบบชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิด. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2567.

บทที่ 3 บทสรุปและข้อเสนอจากผลการวิจัย

ประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายเกี่ยวกับกัญชาอย่างมีนัยสำคัญในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ก่อนหน้านี้กัญชาได้ถูกจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งห้ามการผลิต การนำเข้า การส่งออก การครอบครอง และการเสพ จุดเปลี่ยนสำคัญ เกิดขึ้นในปี 2562 เมื่อมีการประกาศให้กัญชาสามารถนำมาใช้เพื่อการแพทย์และการวิจัยได้ ทำให้ประชาชนและภาคเอกชนให้ความสนใจและมีการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ในวงกว้างมากขึ้น อย่างไรก็ตาม มาตรการดังกล่าวนี้ก็ยังไม่ใช่การ “เปิดเสรี” เพราะบุคคลทั่วไปหรือครัวเรือนยังไม่สามารถใช้ประโยชน์จากกัญชาได้อย่างเต็มที่ ในปี 2563 มีการปรับเปลี่ยนกฎหมายอีกครั้ง โดยระบุให้ “กัญชา” พืชในสกุล Cannabis และสารสกัดจากกัญชาที่มีสาร THC หรือ CBD ไม่เกิน 0.2% ไม่ถือเป็นยาเสพติด ทำให้ประชาชนสามารถปลูกกัญชาได้มากขึ้น แต่ยังคงมีข้อจำกัดและเงื่อนไขที่ต้องปฏิบัติตาม จนกระทั่ง ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศเรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565 โดยมีใจความสำคัญคือการระบุให้กัญชาทุกส่วน ไม่ถือเป็นยาเสพติด และสารสกัดกัญชาที่มีสาร THC หรือ CBD ไม่เกิน 0.2% ไม่ถือเป็นยาเสพติด ประกาศนี้มีผลบังคับใช้หลังเผยแพร่ประกาศ 120 วัน หรือในวันที่ 9 มิถุนายน 2565¹ โดยที่ยังไม่มีกฎหมายควบคุมกัญชา จึงถือว่าเป็นการเริ่มต้นการ “ปลดล็อกกัญชา” ในประเทศไทยอย่างเป็นทางการ

ผลจากการเปลี่ยนแปลงนโยบาย ทำให้เกิดการพัฒนากิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกัญชาจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดอุตสาหกรรมกัญชา แหล่งผลิต แหล่งจำหน่ายเติบโตอย่างรวดเร็วในประเทศไทย ซึ่งก็ทำให้เกิดความท้าทายหลายประการ เช่น การบริโภคและผลกระทบต่อสุขภาพเพิ่มมากขึ้นตามมา การควบคุมคุณภาพของผลิตภัณฑ์กัญชา การป้องกันการใช้ในทางที่ผิด และการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกัญชาให้กับประชาชน และอาจกล่าวได้ว่า อนาคตของนโยบายกัญชาในประเทศไทยยังคงมีความไม่แน่นอน เนื่องจากยังมีปัจจัยหลายอย่างที่ต้องพิจารณา เช่น ความคิดเห็นของประชาชน การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง และกฎหมายระหว่างประเทศ

จากการสังเคราะห์ผลการศึกษาของโครงการย่อยในชุดโครงการวิจัยประเมินและกำกับติดตามผลกระทบต่อสังคมและสุขภาพจากนโยบายกัญชาเสรี รวมถึงข้อมูลจากโครงการวิจัยอื่น ๆ เว็บไซต์ของหน่วยงาน ร้านค้า และสื่อออนไลน์ สามารถสรุปข้อเท็จจริงและข้อสังเกตที่สำคัญดังนี้

สถานการณ์การจำหน่ายและการตลาดกัญชาในประเทศไทย

หลังจากมีนโยบายปลดกัญชาออกจากยาเสพติดให้โทษ ธุรกิจกัญชาได้เติบโตอย่างรวดเร็วและแพร่หลาย โดยเฉพาะในพื้นที่ท่องเที่ยวและเมืองใหญ่ ส่งผลให้จำนวนสถานที่จำหน่ายกัญชาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงปี 2566-2567 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการของตลาดที่เพิ่มสูงขึ้น ผลิตภัณฑ์กัญชาหลากหลายรูปแบบ เช่น ดอกแห้ง สารสกัด และผลิตภัณฑ์ผสมอื่น ๆ ถูกวางจำหน่ายอย่างกว้างขวาง ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ การตลาดกัญชาในประเทศไทยยังพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว มีความหลากหลายในรูปแบบผลิตภัณฑ์ ราคาถูกลง และใช้ช่องทางออนไลน์อย่างแพร่หลาย ทำให้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้เข้าถึงกลุ่มผู้บริโภคได้ง่ายขึ้น อย่างไรก็ตาม การแข่งขันในตลาดที่สูงขึ้นจากผู้ประกอบการจำนวนมาก ส่งผลให้ราคาสินค้าลดลงและมีโปรโมชั่นเพื่อดึงดูดลูกค้า ทั้งนี้ มีแนวโน้มที่ผู้ขายบางรายจะผสมกัญชากับยาเสพติดชนิดอื่น ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้บริโภคอีกด้วย

พฤติกรรมการใช้และความคิดเห็นต่อกัญชาในประชากรไทย

หลังจากนโยบายปลดกัญชาออกจากยาเสพติดให้โทษ การใช้กัญชาในประชากรไทยทั้งวัยรุ่น เยาวชน และผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการใช้เพื่อนันทนาการ อย่างไรก็ตาม ความคิดเห็นต่อกัญชาในสังคมไทยมีความหลากหลายและเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา ก่อนการปลดล็อก ประชาชนส่วนใหญ่มีมุมมองเชิงบวกต่อกัญชา โดยมองว่าเป็นพืชเศรษฐกิจ ยาวิเศษ และมีประโยชน์ทางการแพทย์ แต่หลังจากการปลดล็อก ความคิดเห็นกลับ

¹ ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง ระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 พ.ศ. 2565. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139 ตอนพิเศษ 35 ง ลงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565.

เปลี่ยนเป็นเชิงลบมากขึ้น โดยเห็นว่า กัญชาเป็นเกมการเมือง เกี่ยวข้องกับอาชญากรรม และควรมีการควบคุมที่เข้มงวด นอกจากนี้ ประชาชนส่วนใหญ่รวมทั้งเด็กและเยาวชนไม่เห็นด้วยกับนโยบายอนุญาตให้ใช้กัญชาเพื่อนันทนาการ แต่มักเห็นด้วยกับนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ซึ่งความคิดเห็นดังกล่าวค่อนข้างคงที่ในสังคมไทยไม่ว่าจะก่อนหรือหลังประกาศถอดกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษมีผลบังคับใช้ในเดือนมิถุนายน 2565 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความคิดเห็นของประชาชน ได้แก่ นโยบายที่กระตุ้นการถกเถียงในวงกว้าง การเผยแพร่ข้อมูลในสื่อออนไลน์ และเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับกัญชา เช่น คดีอาชญากรรม

ผลกระทบทางสุขภาพและสังคมหลังมีนโยบายปลดกัญชาออกจากยาเสพติดให้โทษ

หลังจากการปลดกัญชาออกจากยาเสพติดให้โทษ พบว่า มีจำนวนคดีอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับกัญชาเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะคดีที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่น ซึ่งก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงและก้าวร้าว รวมถึงปัญหาสุขภาพจิต เช่น อาการโรคจิต (psychosis) วิดกกังวล และซึมเศร้า นอกจากนี้ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการใช้กัญชาเพิ่มขึ้น โดยข้อมูลจากโรงพยาบาล 4 แห่ง และศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) ชี้ให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาอาการ เช่น ใจสั่น ปากแห้ง เวียนศีรษะ อารมณ์แปรปรวน และหวาดระแวง

นโยบายนี้ยังสร้างผลกระทบต่อภาระงานของเจ้าหน้าที่รัฐ โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจต้องรับมือกับคดีที่เกี่ยวข้องกับกัญชาเพิ่มขึ้น เช่น คดีทำร้ายร่างกายและการควบคุมสถานการณ์ในพื้นที่ ขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องเผชิญกับจำนวนผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับกัญชาที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ทำให้ระบบบริการสุขภาพต้องปรับตัวเพื่อรองรับภาระงานที่เพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกัน การเข้าถึงกัญชาที่ง่ายขึ้นและความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับผลกระทบของกัญชา ทำให้ประชาชนบางส่วนประมาทในการใช้ ส่งผลให้ทั้งระบบสาธารณสุขและระบบยุติธรรมเผชิญกับแรงกดดันจากทรัพยากรที่มีจำกัด

สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) พบว่า ร้อยละ 6.4 ใช้กัญชาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ใช้เพื่อบรรเทาอาการของโรค เช่น ช่วยให้นอนหลับและบรรเทาอาการปวด แต่ยังไม่มีความชัดเจนว่า การใช้กัญชาช่วยรักษาโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ใช้กัญชาอาจมีปฏิกิริยากับยาชนิดอื่น ซึ่งทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่ใช้กัญชามีแนวโน้มปฏิบัติตามคำแนะนำแพทย์และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า เช่น การออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

จากข้อค้นพบทั้งหมดนี้ ชี้ให้เห็นว่า การดำเนินนโยบายเกี่ยวกับกัญชาต้องพิจารณาถึงผลกระทบเชิงลบที่เกิดขึ้นกับสุขภาพและสังคม พร้อมกับออกมาตรการควบคุมที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

การสร้างพื้นที่ปลอดภัยจากปัญหาและผลกระทบจากใช้กัญชาในทางที่ผิดในชุมชน

งานวิจัยในชุดโครงการนี้ยังพบว่า การให้ความรู้แก่ชุมชน การจัดกิจกรรมสร้างสรรค์ และการกำหนดกฎกติการ่วมกันช่วยลดปัญหาการใช้กัญชาในกลุ่มเยาวชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยชุมชนที่เข้าร่วมโครงการมีการลดลงของจำนวนผู้ใช้กัญชา และมีความตระหนักรู้ถึงโทษของการใช้กัญชาเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดกฎระเบียบยังส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในชุมชนของตนเองมากขึ้น

ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อจัดการผลกระทบจากนโยบายปลดกัญชาออกจากยาเสพติดให้โทษ

จากการสังเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของนโยบายปลดกัญชาออกจากยาเสพติดให้โทษ พบว่า ผลกระทบต่อสังคมและสุขภาพมีความหลากหลายและมีความรุนแรงในหลายมิติ ดังนั้น การกำหนดมาตรการเชิงนโยบายเพื่อจัดการผลกระทบเหล่านี้ควรครอบคลุมทั้งด้านการควบคุม การส่งเสริมความปลอดภัย และการสนับสนุนความรู้ของประชาชน

ก. นโยบายกัญชาทางการแพทย์

ถึงแม้ว่า กัญชาจะมีประโยชน์อยู่บ้างสำหรับการใช้ทางการแพทย์ แต่โรคหรือภาวะที่มีหลักฐานวิชาการที่ยืนยันหนักแน่นว่า กัญชาหรือสาร cannabinoids มีประสิทธิผลในการรักษาหรือบรรเทาอาการก็มีเพียงจำกัด ทั้งนี้ National Academies of Sciences Engineering and Medicine ประเทศสหรัฐอเมริกาสรุปว่า มีเพียงสามภาวะเท่านั้นที่มีหลักฐานวิชาการที่ยืนยันหนักแน่นถึงประสิทธิผลของกัญชาหรือสาร cannabinoids ได้แก่

1. รักษาอาการปวดเรื้อรังในผู้ใหญ่
2. เป็นยาด้านอาการอาเจียน (antiemetics) ในการรักษาภาวะคลื่นไส้อาเจียนที่เกิดจากการได้รับเคมีบำบัด
3. ช่วยทำให้อาการกล้ามเนื้อเกร็ง (spasticity) ที่รายงานโดยผู้ป่วยเอง ในผู้ป่วย multiple sclerosis ดีขึ้น [1]

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ประเทศสหราชอาณาจักร ซึ่งเป็นองค์กรวิชาการที่ได้รับการยอมรับระดับโลก ก็ได้ให้ข้อแนะนำสำหรับการใช้กัญชาในโรคหรือภาวะเพียงสามภาวะเท่านั้น ได้แก่

1. อาการคลื่นไส้อาเจียนรุนแรง (intractable nausea and vomiting) จากยาเคมีบำบัด โดยให้ข้อแนะนำว่า ให้พิจารณาใช้ nabilone เป็นยาเสริมร่วมกับยารักษาอาการคลื่นไส้อาเจียนมาตรฐาน สำหรับผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป โดยให้ระวังผลข้างเคียง และการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาด้วย
2. อาการเกร็ง (spasticity) แนะนำว่า ให้ทดลองใช้ยาพ่น THC : CBD ในการรักษาอาการเกร็งของกล้ามเนื้อแบบรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมากในผู้ใหญ่ที่เป็น multiple sclerosis เป็นเวลาสี่สัปดาห์ ในกรณีที่ใช้ยาอื่นแล้วไม่ได้ผล
3. โรคลมชักรุนแรงที่เกิดจากโรค Lennox-Gastaut syndrome และ Dravet syndrome ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (severe treatment-resistant epilepsy) โดยยังเป็นข้อแนะนำทางการวิจัย (research recommendations) ในการใช้ CBD ร่วมกับยา clobazam

ส่วนอาการปวดเรื้อรัง (chronic pain) นั้น NICE ให้ข้อแนะนำว่า ไม่ให้ใช้ CBD ในการรักษาภาวะนี้ ยกเว้นในกรณีที่ใช้ในงานวิจัยทางคลินิกเท่านั้น รวมทั้งแนะนำว่า ไม่ให้ใช้ Nabilone, Dronabinol, THC และยาผสมของ CBD กับ THC ในการรักษาภาวะนี้ ทั้งนี้ การส่งจ่ายยาจากกัญชาครั้งแรกในการรักษาโรคต้องทำโดยแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนผู้เชี่ยวชาญของแพทย์สภาในการรักษาโรคหรือภาวะนั้นเท่านั้น [2]

สำหรับแนวทางการใช้ประโยชน์ของกัญชาทางการแพทย์ตามที่แนะนำโดยคณะทำงานเพื่อพิจารณานำกัญชามาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ (ชุด 3) กระทรวงสาธารณสุขก็จัดโรค/ภาวะเพียงสี่ภาวะเท่านั้นที่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่า “ได้ประโยชน์” จากการใช้กัญชา [3] ได้แก่

1. ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากเคมีบำบัด
2. โรคลมชักรักษายากในเด็ก & โรคลมชักที่ดื้อต่อการรักษา
3. ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยปลอกประสาทเสื่อมแข็ง
4. อาการปวดประสาทที่รักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ไม่ได้ผล

จากข้อสรุปขององค์กรวิชาการเหล่านี้ อาจกล่าวได้ว่า ประโยชน์ของกัญชาทางการแพทย์ยังจำกัดมาก นอกจากนี้ จากผลการศึกษาในชุดโครงการนี้ก็พบว่า ประชาชนที่ใช้กัญชาเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์โดยตรงเป็นสัดส่วนที่น้อยในประชากรผู้ใช้ทั้งหมด และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ใช้กัญชาร่วมกับมีพฤติกรรมมาราติดตามการรักษาและพฤติกรรมสุขภาพต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้กัญชา รวมทั้งการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชายังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรกิริยากับ

ยารักษาโรคเรื้อรังหลายชนิดที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต โดยเฉพาะโรคที่พบบ่อยในประเทศไทย เช่น เบาหวาน และโรคของหลอดเลือดหัวใจและสมอง ความคาดหวังหรือการสร้างสรรค์ที่ว่า กัญชาจะเป็นยาที่ผลิตได้ภายในประเทศ เพื่อนำมาใช้รักษาโรคได้สารพัดชนิด ทำให้ประหยัคงบประมาณในการสั่งซื้อยาจากต่างประเทศจึงอาจจะไม่เกิดขึ้นได้ง่ายนักภายใต้ข้อความรู้และข้อเท็จจริงที่มีในปัจจุบัน

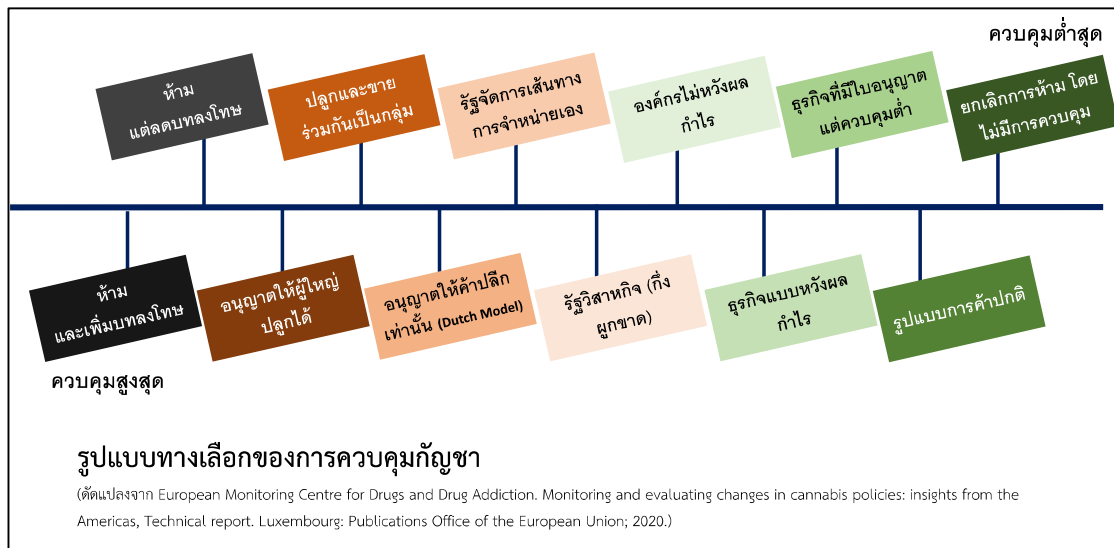
ที่มิวิจัยจึงขอเสนอว่า

- การออกนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ควรทำด้วยความระมัดระวัง โดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่างประโยชน์และความเสี่ยงทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง สังคม และระบบสุขภาพของประเทศ
- ออกแบบระบบบริการบำบัดรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์อย่างชัดเจน โดยต้องมีการควบคุมการใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์ หรือผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์เท่านั้น
- จัดทำมาตรฐานของผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ และมีการตรวจประเมินมาตรฐานเป็นประจำ
- จัดทำแนวเวชปฏิบัติการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคแบบเหมาะสมและปลอดภัย ปรับให้ทันสมัยอิงตามหลักฐานวิชาการที่เชื่อถือได้
- จัดทำคู่มือการใช้พืชกัญชาหรือผลิตภัณฑ์ยารักษาโรคจากกัญชาสำหรับประชาชน ที่รวมข้อแนะนำเกี่ยวกับยาที่มีอันตรกิริยากับกัญชา
- เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และโทษของการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้กับแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และประชาชนทั่วไปเป็นประจำ เพื่อให้บุคคลเหล่านี้ระมัดระวังในการใช้กัญชาร่วมกับยารักษาโรคชนิดอื่น
- สนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์กัญชาที่มีคุณภาพและปลอดภัยสำหรับการรักษาโรค

ข. ทางเลือกในการออกกฎหมายควบคุมกัญชาสำหรับการใช้นอกเหนือจากวัตถุประสงค์ทางการแพทย์

ในปัจจุบัน กัญชาได้กลายเป็นสารเสพติดที่ถูกต้องตามกฎหมายในประเทศไทย เช่นเดียวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาสูบ และพืชกระท่อม การควบคุมกัญชาจึงไม่ได้อยู่ภายใต้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ขณะที่เขียนรายงานนี้ (ธันวาคม 2567) กฎหมายควบคุมกัญชาในประเทศไทยยังอยู่ในภาวะสุญญากาศ นั่นคือ ไร้การควบคุมเกือบทั้งหมด ถ้าพิจารณาตามรูปแบบการควบคุมกัญชาในภาพที่ 25 สถานการณ์ในด้านการควบคุมกัญชาของประเทศไทยน่าจะอยู่เกือบสุดปลายขวามือของภาพ

ภาพที่ 25 รูปแบบทางเลือกของการควบคุมกัญชา



ทีมวิจัยขอเสนอทางเลือกที่เป็นไปได้ในการควบคุมการบริโภคกัญชาในประเทศไทยในปัจจุบัน ได้แก่

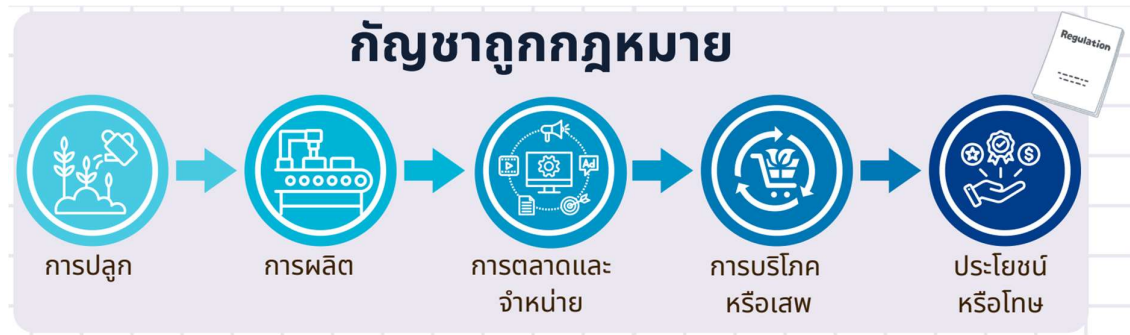
1. การกำหนดให้กัญชาทั้งในส่วนของช่อดอก ผลที่ติดกับช่อดอก ต้นกัญชา ใบกัญชา และยางกัญชา จัดเป็นยาเสพติดให้โทษ และควบคุมในสถานะยาเสพติดผิดกฎหมาย ประเภทที่ 5 ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด เช่นเดิม ทางเลือกนี้จะทำให้สถานะทางกฎหมายของกัญชาในประเทศไทยไม่ขัดแย้งกับข้อกำหนดในอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 แก้ไขโดยพิธีสาร ค.ศ. 1972² ซึ่งกำหนดให้การผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่าย กระจาย ใช้ และครอบครองกัญชาเป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์เท่านั้น แต่ประเทศไทยอาจจะใช้ข้ออนุโลมตามอนุสัญญานี้ในการลดความรุนแรงของบทลงโทษ (depenalization) ในคดีกัญชา โดยใช้มาตรการทางเลือกแทนการจับกุมดำเนินคดีและลงโทษผู้เกี่ยวข้องกับกัญชา ซึ่งจะป้องกันและลดตราบาปที่จะเกิดจากการลงโทษทางอาญาและจำคุก รวมทั้งลดภาวะของกระบวนการยุติธรรมอีกด้วย³ อย่างไรก็ตาม **ทางเลือกในการจะนำกัญชากลับไปอยู่ในบัญชียาเสพติดแต่ลดความรุนแรงของบทลงโทษนี้อาจจะทำให้ยากด้วยเหตุผลทางการเมืองในประเทศไทยในปัจจุบัน**
2. การออกกฎหมายควบคุมกัญชาในสถานะสารเสพติดชนิดหนึ่งที่ไม่ผิดกฎหมาย แต่ยังคงเป็นสารที่ก่อให้เกิดการเสพติดและเกิดผลกระทบที่เป็นอันตรายทั้งต่อตัวผู้ใช้และผู้อื่น รวมทั้งสังคมส่วนรวม โดยอนุญาตให้ใช้ด้วยวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ภายใต้การสั่งจ่ายและกำกับดูแลโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อจำกัดการเข้าถึงกัญชาที่จะนำไปใช้ทางนันทนาการ และออกนโยบายควบคุมทุกขั้นตอน ได้แก่ การปลูก การผลิต การตลาดและการจำหน่าย การใช้หรือเสพ และประโยชน์หรือโทษ (ภาพที่ 26) [4]

² https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf

³ NCB Annual Report 2022. Accessed: 25 March 2023, available from:

https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2022/Annual_Report_Chapters/040_Chapter_I.pdf and https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2022/Annual_Report_Chapters/070_Chapter_IV.pdf

ภาพที่ 26 ขั้นตอนในการควบคุมกัญชาตามกรอบนโยบายสาธารณสุข เพื่อลดผลกระทบ แต่ส่งเสริมให้เกิดประโยชน์ [4]



ในขณะนี้ได้มีร่างพระราชบัญญัติกัญชาที่ผ่านการรับฟังความคิดเห็นทางระบบกลางทางกฎหมาย สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาถึง 7 ฉบับ โดยเป็นร่าง พ.ร.บ.ฯ ที่เสนอจากกลุ่มบุคคล สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และ คณะรัฐมนตรีซึ่งเสนอโดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข⁴ จึงมีความหลากหลายด้านเนื้อหาและเจตนารมณ์ของกฎหมาย ระหว่างนี้อาจจะมีกลุ่มบุคคลหรือสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร เสนอร่าง พ.ร.บ.ฯ อีก จนกว่าร่าง พ.ร.บ.ฯ เหล่านี้ จะถูกส่งเข้ารับการพิจารณาในสภาผู้แทนราษฎรเพื่อรับหลักการในวาระที่หนึ่ง และการพิจารณาในวาระที่สองในชั้นกรรมาธิการฯ ต่อไป

การดำเนินการเพื่อให้เกิดผลทางนโยบายในระยะนี้จึงควรเป็นกระบวนการตามขั้นตอนของการออกกฎหมาย โดยการสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องประโยชน์และโทษของกัญชา และผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบ ของนโยบายปลดล็อกกัญชาให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาร่างกฎหมาย หรือการเสนอร่าง พ.ร.บ.ฯ อีกฉบับที่มีเจตนารมณ์เพื่อควบคุมการผลิต การจำหน่าย และการใช้กัญชาอย่างเข้มงวด โดยเน้นประโยชน์ทางสาธารณสุขและความเป็นอยู่ที่ดีในสังคมมากกว่าผลประโยชน์ทางธุรกิจ และเพื่อป้องกันและลดผลกระทบทางลบต่อสังคมที่จะเกิดจากการบริโภคกัญชาของประชาชน อนึ่ง มาตรา 128 ของรัฐธรรมนูญไทย กำหนดให้ ร่างกฎหมายที่ประชาชนเสนอต้องมีตัวแทนจากประชาชนร่วมคณะไม่น้อยกว่า 1 ใน 3 ของจำนวนคณะกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาร่างกฎหมาย⁵ ดังนั้น การมีภาคประชาชนที่ต้องการควบคุมการบริโภคกัญชาและลดผลกระทบทางลบต่อสังคมเป็นผู้เสนอร่าง พ.ร.บ.ฯ อีกฉบับ ก็จะทำให้มีตัวแทนเข้าไปในคณะกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาร่างกฎหมายด้วย ซึ่งอาจจะช่วยให้ พรบ.ที่จะออกมามีเนื้อหาไปในทิศทางที่มุ่งเน้นประโยชน์ทางสาธารณสุขและสร้างสังคมที่ปลอดภัยมากขึ้น

ค. กรอบแนวคิดในการออกแบบนโยบายควบคุมกัญชา

ก่อนที่จะกล่าวถึงข้อเสนอเชิงนโยบายในการควบคุมกัญชาในประเทศไทย ที่มวิจัยขอเสนอกรอบแนวคิดในการออกแบบนโยบายควบคุมผลิตภัณฑ์เสี่ยงต่อสุขภาพโดยสังเขปก่อน เพื่อเป็นแนวคิดในการพัฒนานโยบายควบคุมกัญชา ในปัจจุบัน จะเห็นว่า นโยบายควบคุมกัญชาในประเทศต่าง ๆ ส่วนใหญ่ยังว่างเปล่า เนื่องจากกัญชายังเป็นสารเสพติดผิดกฎหมายในประเทศส่วนใหญ่ การค้าและการตลาดส่วนใหญ่จึงยังอยู่ในตลาดมืด และยังไม่มียุทธศาสตร์ใหญ่ที่ทรงอิทธิพลมาควบคุมตลาด และแทรกแซงนโยบาย ดังที่เห็นได้ในกระบวนการนโยบายแอลกอฮอล์และยาสูบ

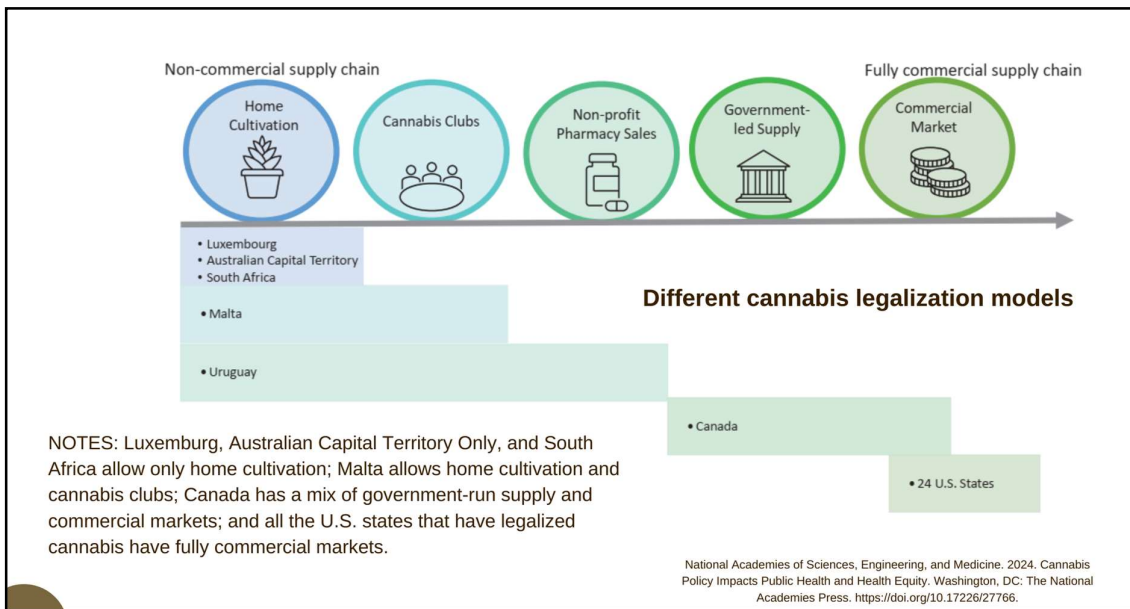
กฎหมายควบคุมสุราและยาสูบมีมาตรการทางสาธารณสุขหลายข้อที่อาจจะนำมาปรับใช้ในการควบคุมกัญชา เช่น การผูกขาดตลาดขายปลีกโดยรัฐบาล การจำกัดการเข้าถึงทางกายภาพ ราคา มาตรการทางภาษี การควบคุมการค้าปลีก การควบคุมการโฆษณาและการตลาด การจำกัดการเข้าถึงของเยาวชน และการป้องปรามการเสพติดแล้วซ้ำชียานพาหนะ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การควบคุมกัญชาเป็นเรื่องที่ทำหายมากกว่าการควบคุมสุราและยาสูบ

⁴ https://law.go.th/listeningDetail?survey_id=NDM0NURHQV9MQVdfRUPTIRfTKQ=
⁵ <https://www.ilaw.or.th/articles/3667>

และเกี่ยวข้องกับหน่วยราชการหลายภาคส่วนนอกเหนือจากภาคสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม นอกจากนี้ พืชกัญชามีสารอัลคาลอยด์มากกว่า 100 ชนิด และกัญชาพันธุ์ผสมบางชนิดยังมีลักษณะทางเคมีและผลต่อสุขภาพที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว รวมทั้งสารสกัดจากพืชกัญชาก็ยังสามารถนำมาผสมทำผลิตภัณฑ์ได้อีกหลายชนิดที่สามารถนำมาใช้ได้หลายทาง มีระดับความเข้มข้นของสาร THC หรืออัลคาลอยด์ชนิดอื่นแตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อภาวะเป็นพิษได้แตกต่างกันอีกด้วย การกำหนดนโยบายที่เหมาะสมตั้งแต่ต้น เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสถานะทางกฎหมายของกัญชา และเมื่อธุรกิจกัญชาเริ่มเปลี่ยนจากตลาดมืดมาเป็นตลาดถูกกฎหมาย โดยเน้นผลประโยชน์ทางสาธารณสุขและความเป็นอยู่ที่ดีในสังคมเป็นหลักมากกว่าผลประโยชน์ทางธุรกิจ จึงเป็นเรื่องจำเป็นและรีบด่วน [4, 5]

ถึงแม้จะมีหลายประเทศที่มีนโยบายอนุญาตให้ใช้กัญชานอกเหนือจากวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ เช่น ประเทศอูรุกวัย แคนาดา โมลตา และรัฐบางรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา แต่ประเทศเหล่านี้มักมีการควบคุมตลาดและการบริโภคกัญชาอย่างเข้มงวด ตัวอย่างเช่น ประเทศอูรุกวัยซึ่งเป็นประเทศแรกในโลกที่ยกเลิกการห้ามขายกัญชาสำหรับวัตถุประสงค์ที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ ตั้งแต่ปลายปี ค.ศ. 2013 แต่อนุญาตให้มีการค้าปลีกกัญชาได้ตั้งแต่กรกฎาคม 2017 โดยใช้รูปแบบในการควบคุมตลาดที่ค่อนข้างเข้มงวด คือ กำหนดให้ผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไปสามารถลงทะเบียนเพื่อรับกัญชาอย่างถูกกฎหมายได้จากหนึ่งในสามช่องทาง โดยสามารถสลับปรับเปลี่ยนไปมาได้หลังจากแจ้งกับทางการแล้ว สามช่องทางดังกล่าว ได้แก่ การปลูกกัญชาเองที่บ้าน การเป็นสมาชิกของโซเซียลคลับ หรือการซื้อจากร้านขายยาที่มีใบอนุญาตในปริมาณที่กำหนด โดยไม่ว่าจะเลือกช่องทางใด ประชาชนแต่ละคนก็มีสิทธิที่จะได้รับกัญชาได้ไม่เกิน 480 กรัมต่อปี และประเทศแคนาดาซึ่งเป็นประเทศที่สองต่อจากอูรุกวัยที่มีกฎหมายกัญชาอนุญาตให้ใช้กัญชาทั้งทางการแพทย์และเพื่อนันทนาการตั้งแต่วันที่ 17 ตุลาคม 2018 โดยอนุญาตการปลูก ครอบครอง ซื้อหา และบริโภคกัญชา และผลิตภัณฑ์จากกัญชาได้อย่างถูกกฎหมาย และมีข้อบังคับในการควบคุมกัญชาซึ่งคล้ายคลึงกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งมีการเรียกเก็บภาษี และมีบทลงโทษอย่างรุนแรงสำหรับผู้ที่ทำผิดกฎหมายกรณีขาย/ให้กัญชาแก่ผู้เยาว์ หรือการขับรถภายใต้ฤทธิ์ของกัญชา [6]

ภาพที่ 27 รูปแบบนโยบายกัญชาถูกกฎหมายที่ใช้ในประเทศต่าง ๆ [4]



วัตถุประสงค์ของนโยบายควบคุมสินค้าเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ภัยพิบัติ สุรา และยาสูบ อาจแบ่งออกได้เป็นสามด้านหลัก ได้แก่ 1) ลดปริมาณการบริโภคในระดับประชากร 2) ลดผลกระทบทางสุขภาพและสังคมจากการบริโภคสินค้านั้น และ 3) ป้องกันการบริโภคในประชากรกลุ่มเปราะบางหรือเสี่ยงสูง เช่น เด็ก เยาวชน และหญิงตั้งครรภ์ กรอบแนวคิดเชิงนโยบายที่มีถูกนำมาใช้ในการออกแบบนโยบายควบคุมสินค้าเหล่านี้ จึงประกอบด้วย [7-9]

1. แนวคิดที่มุ่งเป้าหมายด้านสุขภาพของประชากรเป็นหลัก (Population-health approach) ซึ่งมักจะตั้งวัตถุประสงค์เป็นการลดปริมาณการบริโภคในระดับประชากรลงให้ได้มากที่สุด รวมทั้งลดอันตรายต่อสุขภาพในคนที่บริโภคอยู่แล้ว ผ่านการทำให้สินค้านั้นลดความน่าสนใจและเข้าถึงได้ยากขึ้น เพื่อไม่ให้ประชาชนมองว่าสินค้านี้เป็นสินค้าปกติธรรมดาเหมือนสินค้าอุปโภคบริโภคทั่วไป (ordinary commodities) โดยการทำให้สินค้านั้นมีราคาสูงขึ้น และจำกัดการเข้าถึงทางกายภาพและการตลาด เช่น ในกรณีของการควบคุมการบริโภคสุราและยาสูบ โดยการให้รัฐเป็นผู้ควบคุมตลาดถูกกฎหมาย เก็บภาษี จำกัดวัน เวลา หรือสถานที่ในการขายและการบริโภค ห้ามหรือจำกัดการโฆษณาหรือการสื่อสารการตลาดของสินค้านั้น และการควบคุมผลิตภัณฑ์ เช่น กำหนดให้ใช้ซองบุหรี่แบบเรียบ เป็นต้น รวมทั้งลดอิทธิพลของภาคอุตสาหกรรมในการควบคุมตลาดสินค้านั้น เช่นที่เห็นในกรณีตลาดแอลกอฮอล์ที่มีภาคอุตสาหกรรมรายใหญ่เพียงไม่กี่เจ้าควบคุมตลาดอยู่
2. แนวคิดที่มุ่งเป้าหมายด้านความสงบเรียบร้อยหรือความปลอดภัยของสังคมเป็นหลัก (Public security approach) แนวคิดนี้มีวัตถุประสงค์หลักคือ การลดขนาดของตลาดผิดกฎหมายหรือตลาดนอกระบบภาษี ดังนั้นจึงมักจะเน้นเป้าหมายที่การสนับสนุนการบริโภคแบบพอประมาณหรือมีความรับผิดชอบ (responsible use) หรือลดการบริโภคที่มากเกินไปหรือบริโภคแบบเสี่ยง (excessive consumption) โดยไม่ตั้งเป้าที่การลดปริมาณการบริโภคในระดับประชากร แต่ต้องการจะลดขนาดของตลาดผิดกฎหมายมากกว่า เพราะมองว่า เป็นต้นเหตุของกลุ่มอิทธิพลและปัญหาอาชญากรรมในสังคม ในการวางแผนนโยบายตามแนวคิดนี้จึงมักจะต้องการให้ขยายตลาดถูกกฎหมายเพื่อแข่งกับตลาดผิดกฎหมาย โดยการทำให้สินค้านั้นมีราคาถูกลง ผลิตภัณฑ์มีคุณภาพ มีความหลากหลาย และมีความน่าสนใจมากขึ้น และเข้าถึงได้ง่ายจากหลายช่องทาง ซึ่งอาจจะได้รับอิทธิพลมาจากแนวคิดแบบเสรีนิยมสมัยใหม่ (neoliberalization) ที่ต้องการให้เกิดตลาดเสรีที่มีการแข่งขันสูง เพื่อให้ผู้บริโภคจะได้มีโอกาสเลือกสินค้าที่หลากหลายตรงกับความต้องการ การออกแบบนโยบายตามแนวคิดนี้จึงอาจจะสวนทางกับกับแนวคิดด้านสุขภาพที่ต้องการลดขนาดของตลาดลงทั้งตลาดถูกและผิดกฎหมาย

สำหรับภัยพิบัติซึ่งเป็นสินค้าทำลายสุขภาพชนิดหนึ่ง การสนับสนุนให้เกิดตลาดเสรีที่มีผลิตภัณฑ์ราคาถูกหลากหลาย เข้าถึงง่าย และมีการโฆษณาสื่อสารการตลาดเพื่อเพิ่มความน่าสนใจของสินค้า รวมทั้งเปิดโอกาสให้มีการบริโภคอย่างไม่จำกัด จะทำให้ภัยพิบัติถูกมองว่า เป็นสินค้าธรรมดาในชีวิตประจำวัน (normalization) จะส่งผลให้มีผู้ใช้ภัยพิบัติเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในเด็กและเยาวชน ซึ่งจะเป็อันตรายต่อสุขภาพและก่อให้เกิดผลกระทบทางลบต่อสังคมตามมา

ผลการวิจัยในชุดโครงการนี้ แสดงให้เห็นชัดเจนว่า หลังการออกนโยบายปลดกัญชาออกจากยาเสพติดให้โทษ มีการผลิต การขาย การบริโภค และผลกระทบจากกัญชาเพิ่มมากขึ้นในสังคม การมีร้านจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชาเกิดขึ้นมากมายในประเทศ เปิดให้บริการโดยไม่มีเวลาและสถานที่ มีเพียงการประกาศห้ามขายให้กับบุคคลอายุต่ำกว่า 20 ปีและหญิงตั้งครรภ์เท่านั้น แต่ไม่มีการตรวจจับอย่างเป็นทางการ ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมให้กับผู้เสพและสังคมมากมาย ไม่ว่าจะเป็นการได้รับควันกัญชาเมื่อสอง คดีอาชญากรรม อาการเป็นพิษจากกัญชา และอันตรายจากการใช้กัญชาร่วมกับยารักษาโรคชนิดอื่นซึ่งเกิดขึ้นจากการกินยาหรืออาหารเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของกัญชาทั้งโดยตั้งใจหรือโดยไม่รู้ตัว ในขณะที่ตำรวจหรือเจ้าพนักงานฝ่ายปกครองรับรู้ ว่า กัญชาถูกกฎหมายแล้วจึงไม่สามารถตรวจหรือจับกุมดำเนินคดีผู้ที่เสพแล้วขับ หรือก่อความวุ่นวายภายใต้ฤทธิ์กัญชา รวมทั้งมีการโฆษณาและการขายในช่องทางออนไลน์ โดยไม่มีกฎระเบียบควบคุม ทำให้ประชาชนเข้าถึงกัญชาได้โดยง่าย สิ่งเหล่านี้ย่อมมีผลต่อทัศนคติของประชาชน ทำให้มองว่า กัญชาเป็นสินค้าธรรมดา (ordinary commodity) เช่นเดียวกับน้ำซาวกาแฟ คุกกี้ ขนม เครื่องดื่ม หรืออาหารอื่น ๆ การเข้าถึงกัญชาได้ง่ายนี้มีความสัมพันธ์กับการบริโภค

ที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และนำไปสู่ผลกระทบทางสังคมในวงกว้างทั้งในแง่บวกและแง่ลบ ดังที่แสดงในบทที่สองของรายงานนี้ ดังนั้น เพื่อให้การใช้ประโยชน์จากกัญชาเป็นไปอย่างถูกต้องและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคม

ที่มวิจยจขเสนอว่า

- **ต้องมีการพัฒนากฎหมายเพื่อควบคุมกัญชาอย่างครบวงจร** ด้วยเหตุผลต่อไปนี้
 - **เพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค:** การมีกฎหมายควบคุมจะช่วยให้มั่นใจได้ว่า ผลิตภัณฑ์กัญชาที่จำหน่ายมีความปลอดภัยและมีคุณภาพ
 - **เพื่อป้องกันการใช้ในทางที่ผิด:** การกำหนดช่องทางการจำหน่ายและการเสพที่ชัดเจน จะช่วยลดโอกาสในการใช้กัญชาในทางที่ผิด
 - **เพื่อส่งเสริมการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์:** การมีกฎหมายที่เอื้อต่อการวิจัยและพัฒนา จะช่วยให้กัญชาสามารถนำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - **เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับสังคม:** การมีกฎหมายที่ชัดเจนจะช่วยสร้างความมั่นใจให้กับสังคมว่าการใช้กัญชาจะอยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐ
- **ควรยึดแนวคิดด้านสุขภาพของประชาชนเป็นหลักในการออกแบบนโยบายควบคุมกัญชา** โดยผสมผสานระหว่างมาตรการที่ใช้ในการควบคุมยาสูบกับสุราเข้าด้วยกัน เพื่อวัตถุประสงค์หลักในการลดปริมาณการบริโภคกัญชาแบบนันทนาการในประชากรทุกเพศทุกวัย และลดอันตรายจากการบริโภคทั้งต่อผู้เสพเองและสังคม รวมทั้งเพื่อให้เกิดความสงบเรียบร้อยของสังคม โดยรัฐเป็นผู้ควบคุมตลาดกัญชาถูกกฎหมาย จำกัดขนาดของตลาดเชิงพาณิชย์และตลาดนอกระบบ ในขณะเดียวกันจัดช่องทางเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมด้านการบำบัดรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์เท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการและผลิตภัณฑ์ที่ปลอดภัย
- **กฎหมายดังกล่าวจะต้องครอบคลุมทุกขั้นตอน** ตั้งแต่การผลิต การแปรรูป การขาย การเสพ การโฆษณา และสื่อสารการตลาดทั้งทางตรงและทางอ้อม ไปจนถึงการบำบัดรักษาผู้เสพแบบเสี่ยงและผู้ติดกัญชา ผู้มีโรคร่วมจากการใช้กัญชากับโรคจิตเวชหรือโรคทางกาย ผู้ป่วยที่ใช้กัญชาร่วมกับยารักษาโรคอื่นๆ การป้องกันและลดผลกระทบของการเสพแล้วขับ การก่อความรุนแรง และปัญหาเศรษฐกิจของครัวเรือน (ตารางที่ 5)
- **ต้องมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มงวด** พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ทำหน้าที่บังคับใช้กฎหมายและกระบวนการยุติธรรมให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อกฎหมาย บทบาทหน้าที่และอำนาจของตนในการบังคับใช้กฎหมาย รวมทั้งให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สังคมเข้าใจและปฏิบัติตามกฎหมายอย่างถูกต้องด้วย
- **ควรทบทวนและปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาให้มีความชัดเจน ครอบคลุม และทันสมัย** เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและรองรับการเปลี่ยนแปลงของสังคม และปรับปรุงกระบวนการยุติธรรมให้สามารถจัดการกับคดีเกี่ยวกับกัญชาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 5 มาตรการทางกฎหมายที่อาจนำมาปรับใช้เพื่อควบคุมการบริโภคกัญชา [4, 6-8, 10]

ประเภทการควบคุม	มาตรการ
ผลิตภัณฑ์	
การออกใบอนุญาต	- กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการขออนุญาตผลิต แปรรูป และจำหน่ายกัญชา
การกำกับดูแล	- กำหนดหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ในการกำกับดูแลการผลิต การแปรรูป การขาย และการใช้กัญชาอย่างครอบคลุม - ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพผลิตภัณฑ์และการปฏิบัติตามกฎหมายอย่างสม่ำเสมอ
การผลิต	- กำหนดมาตรฐานการผลิตที่ปลอดภัย มีการควบคุมคุณภาพและปริมาณของสาร THC และ CBD - กำหนดมาตรฐานคุณภาพของผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล เพื่อให้ผู้บริโภคมั่นใจได้ว่า ผลิตภัณฑ์ที่ได้รับมีความปลอดภัยและมีคุณภาพ
การแปรรูป	กำหนดรูปแบบผลิตภัณฑ์ที่อนุญาตให้ผลิต เช่น ยา อาหาร เครื่องดื่ม และกำหนดสัดส่วนของสารสกัดที่ใช้
ชนิดของผลิตภัณฑ์ที่อนุญาตให้ซื้อขาย	อนุญาตให้ขายเฉพาะส่วนประกอบของพืชกัญชาที่นำมาใช้ประโยชน์ทางการแพทย์เท่านั้น (สมุนไพร)
ผลิตภัณฑ์ที่น่าสนใจสำหรับเด็ก	ห้ามผลิตหรือขายผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกัญชาที่มีรูปแบบดึงดูดความสนใจใ้เด็ก อยากรองสำหรับเด็ก เช่น ลูกอมหรือเยลลี่รสผลไม้ ขนม
ฤทธิ์หรือความแรง	กำหนดเพดานค่า THC หรือ CBD สูงสุดในผลิตภัณฑ์
ฉลากผลิตภัณฑ์	- กำหนดให้ใช้บรรจุภัณฑ์แบบเรียบที่ไม่มีเครื่องหมายการค้าหรือยี่ห้อเพื่อลดความน่าสนใจ (เช่นเดียวกับซองบุหรี่) - กำหนดให้ผลิตภัณฑ์กัญชาทุกชนิดต้องมีฉลากที่ระบุรายละเอียดของผลิตภัณฑ์อย่างชัดเจน เช่น ชื่อผลิตภัณฑ์ ส่วนประกอบ ปริมาณสาร THC และ CBD วันผลิต วันหมดอายุ และค่าเตือนด้านสุขภาพ เช่นการห้ามใช้กัญชาในหญิงตั้งครรภ์ เด็ก และผู้ป่วยโรคจิตเวช
บรรจุภัณฑ์	- กำหนดให้ผลิตภัณฑ์กัญชาต้องอยู่ในบรรจุภัณฑ์ที่สามารถปิดได้หลังเปิดใช้ ห่อทึบ และเด็กเปิดไม่ได้ (child-resistant package) - กำหนดขนาดของห่อขนม/อาหารที่เหมาะสมสำหรับการรับประทานแต่ละครั้ง (unit-dose packaging)
การปลูกหรือผลิตกัญชา	ควบคุมการปลูกหรือแปรรูปผลิตภัณฑ์กัญชาอย่างเข้มงวด โดยอาจใช้ทางเลือกต่อไปนี้ - จำกัดการอนุญาตให้ผลิตในครัวเรือนให้เฉพาะสำหรับการใช้เองเท่านั้น โดยไม่อนุญาตให้ขายหรือจ่ายแจกให้ผู้อื่น - อนุญาตให้กลุ่มคนขนาดเล็กมารวมตัวกันเพื่อปลูกกัญชาหรือผลิตผลิตภัณฑ์ที่มีกัญชาสำหรับใช้ทางการแพทย์ภายในสมาชิกกลุ่ม ห้ามขายหรือจ่ายแจกให้กับบุคคลอื่นนอกกลุ่ม และต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรในชุมชนนั้น - ให้อำนาจการควบคุมการผลิต การขาย และการดำเนินธุรกิจกัญชาทุกขั้นตอน

ประเภทการควบคุม	มาตรการ
	<ul style="list-style-type: none"> - ให้องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร มีเป้าหมายในการลดผลกระทบจากการบริโภคกัญชาในสังคม และมีการดำเนินงานที่โปร่งใสตรวจสอบได้ เป็นผู้รับผิดชอบในการผลิตและจำหน่าย - หากอนุญาตให้มีทำธุรกิจกัญชาเป็นกิจการเชิงพาณิชย์ที่แสวงหากำไร ต้องกำหนดให้มีการขอใบอนุญาตทุกขั้นตอน ทั้งการผลิต การขนส่ง และการจำหน่าย รวมทั้งแบ่งแยกการออกใบอนุญาตระหว่างผู้ผลิต ผู้ค้าส่ง และผู้ค้าปลีก
การขาย การให้บริการและผู้ขาย	
ระบบการควบคุมสินค้าคงคลัง	กำหนดให้ผู้รับใบอนุญาตตลอดโซ่การผลิตและขายต้องมีระบบควบคุมสินค้าคงคลัง
อายุของผู้ขายและผู้ให้บริการ	กำหนดให้ผู้ขายและผู้ให้บริการกัญชาในร้านค้าต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 20 ปี (เท่ากับอายุต่ำสุดที่ให้อุปกรณ์แอลกอฮอล์ได้ในประเทศไทย)
การขายให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยง	จำกัดการเข้าถึงกัญชาสำหรับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี รวมถึงกลุ่มที่มีความเสี่ยงจากการใช้ เช่น ผู้ป่วยจิตเวช หญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่ขับขี่ยานยนต์
การอบรมและความรับผิดชอบของผู้ให้บริการและร้านค้า	กำหนดให้มีการอบรมเป็นพิเศษให้ผู้ขายรู้วิธีที่จะแนะนำผู้ซื้อในแง่ของฤทธิ์ของกัญชาและความเสี่ยงที่จะเป็นอันตราย
การขายในจุดจำหน่ายบางประเภทเท่านั้น	- กำหนดให้ผู้ขาดการค้าปลีกกัญชาให้อยู่ภายใต้รัฐบาลเท่านั้น ซึ่งจะทำให้รัฐมีรายได้มากกว่าการเก็บภาษีจากบริษัทเอกชน จำกัดการส่งเสริมการขายและกำหนดเงื่อนไขการขายให้ชัดเจน
ความหนาแน่นและตำแหน่งของจุดจำหน่าย	จำกัดความหนาแน่นของจุดจำหน่ายกัญชาเพื่อไม่ให้เข้าถึงได้มากเกินไปในบางพื้นที่
การขายออนไลน์	ห้ามการขายผ่านออนไลน์และกำหนดมาตรการคัดกรองผู้ซื้อ เพื่อป้องกันการเข้าถึงกัญชาโดยไม่ได้รับอนุญาต
ตู้กดอัตโนมัติ	ห้ามขายผลิตภัณฑ์กัญชาในตู้กดอัตโนมัติ
วันและเวลาขาย	กำหนดเวลาที่ให้จำหน่ายกัญชาในเวลาเดียวกันกับเวลาจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (11.00-14.00 น. และ 17.00-24.00 น.)
กิจกรรมส่งเสริมการขาย	ห้ามขายกัญชาแบบลดแลกแจกแถม ห้ามการให้คูปอง ส่วนลด แจกฟรีกัญชา (เช่น แลกกัญชาพร้อมกับการซื้อสินค้าอื่น) และการจัด Happy hours หรือกิจกรรมส่งเสริมการขายต่าง ๆ
โควตาและการจำกัดการขาย	จำกัดปริมาณกัญชาที่อนุญาตให้ซื้อได้ต่อวันหรือต่อเดือน (เช่น ผูกกับบัตรประจำตัวประชาชน)
การเข้าถึงกัญชาโดยคนต่างถิ่น (Non-resident access)	จำกัดการขายให้เฉพาะกับคนในพื้นที่เท่านั้น ห้ามขายให้กับนักท่องเที่ยวหรือคนจากเมืองอื่น
การจัดวางสินค้า	ห้ามวางสินค้ากัญชาแบบให้หยิบบริการตนเอง และกำหนดให้ผู้ขายต้องเป็นคนหยิบให้เท่านั้น ควรวางสินค้าที่มีส่วนผสมของกัญชาไม่ว่าจะเป็นอาหาร เครื่องดื่ม ขนม หรือผลิตภัณฑ์กัญชาสำหรับเสฟเพื่อนันทนาการ ในมุมที่แยกจากสินค้าชนิดอื่น เด็กหยิบจับเองได้ยาก
ราคาขายปลีกขั้นต่ำ	กำหนดให้กัญชา 1 มิลลิกรัมต้องขายในราคาไม่ต่ำกว่าราคาที่กำหนดไว้

ประเภทการควบคุม	มาตรการ
การโฆษณาและสื่อการตลาด	
ผลิตภัณฑ์เพื่อการแพทย์	กำหนดให้มีการแจ้งข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนเกี่ยวกับส่วนประกอบ สรรพคุณ ผลข้างเคียง และข้อควรระวัง ห้ามมีการโฆษณาที่เกินจริงหรือหลอกลวงผู้บริโภค
ผลิตภัณฑ์เพื่อการนันทนาการ	<p>ควรห้ามโฆษณาอย่างเบ็ดเสร็จ (comprehensive marketing ban) รวมทั้งสื่อการตลาดทางอ้อมทุกรูปแบบ และทุกช่องทาง ซึ่งรวมถึงในสื่อสังคมออนไลน์ และในสถานที่สาธารณะที่เด็กและเยาวชนเข้าถึงได้ เช่น การใช้ตราสินค้ากัญชาทับสินค้าชนิดอื่น (brand stretching and brand extension) การให้ทุนอุปถัมภ์และสื่อสารภาพลักษณ์องค์กร (sponsorship and corporate social responsibility; CSR) การจัดวางสินค้ากัญชาแฝงในรายการโทรทัศน์ เกมออนไลน์ แอปพลิเคชันในโทรศัพท์ มิวสิกวิดีโอ เป็นต้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ห้ามใช้ภาพหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชนในการโฆษณาผลิตภัณฑ์กัญชาโดยเด็ดขาด - ห้ามใช้ภาพการ์ตูน สัตว์ หรือภาพอื่น ๆ ในการโฆษณาเพื่อดึงดูดเยาวชน - ห้ามการให้ทุนอุปถัมภ์ในรายการเกม หรือรายการประกวดต่าง ๆ รายการกีฬา และบันเทิง และกิจกรรมในโรงเรียน โดยบรรจุเป็นข้อกำหนดในการได้รับใบอนุญาต - ห้ามใช้บุคคลผู้มีชื่อเสียง ดารา ศิลปิน ผู้มีอิทธิพลชักจูง (influencer) โปสเตอร์รูปผลิตภัณฑ์กัญชาหรือพฤติกรรมกระเสพ ซึ่งอาจเป็นการชักจูงให้ผู้อื่นสนใจเสพตาม
การครอบครองหรือใช้	
สถานที่เสพ	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดสถานที่ที่อนุญาตให้เสพเช่นเดียวกับสถานที่อนุญาตให้สูบบุหรี่และดื่มสุรา - ห้ามเสพกัญชาในสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ หรือสถานที่สาธารณะทั่วไปด้วย - อนุญาตการเสพกัญชาในสถานที่หรือบริเวณเฉพาะที่จัดสำหรับการเสพกัญชาเท่านั้น
อายุที่ครอบครอง ใช้ หรือซื้อได้	จำกัดการครอบครอง ใช้ ซื้อกัญชาในบุคคลอายุต่ำกว่า 20 ปี
วิธีเสพ และปริมาณที่ใช้	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดปริมาณที่อนุญาตให้เสพต่อครั้งหรือต่อสัปดาห์ - ห้ามขายผลิตภัณฑ์กัญชาในรูปแบบที่จะเอามาใช้สูบ ซึ่งเป็นรูปแบบที่นิยมใช้ทางนันทนาการ
การครอบครองสินค้านอกกฎหมาย	ออกบทลงโทษต่อการครอบครองกัญชาที่ไม่ได้เสียภาษี
การช่วยให้เยาวชนเข้าถึง	ออกบทลงโทษต่อผู้ที่ให้กัญชาแก่เยาวชน และใช้มาตรการให้ผู้ขายหรือผู้ให้บริการกัญชาต้องรับผิดชอบผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้กัญชาของเยาวชนด้วย (commercial host liability และ social-host liability)
การเสพแล้วขับ	
การป้องปราม ควบคุม	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดเพดานระดับ THC ในเลือดของผู้ขับขี่ - ตั้งด่านสุ่มตรวจวัดปริมาณ THC ในเลือดของผู้ขับขี่ หรือตั้งจุดตรวจผู้ขับขี่ เพิ่มความถี่ในการตั้งด่านโดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการใช้กัญชาสูง

ประเภทการควบคุม	มาตรการ
	<ul style="list-style-type: none"> - ยึดหรือพักใช้ใบขับขี่ในผู้ที่เสพแล้วขับ - กำหนดบทลงโทษที่รุนแรงสำหรับผู้ขับขี่ขณะมีสาร THC ในเลือดเกินค่าที่กำหนด เช่น ค่าปรับสูง จำคุก ยึดใบอนุญาตขับขี่ และการบังคับให้เข้ารับการบำบัด - จัดประเภทใบอนุญาตขับขี่สำหรับผู้ขับขี่รายใหม่ให้ต้องมีระดับ THC ในเลือดเป็นศูนย์ - กำหนดให้ผู้เสพแล้วขับเข้าโปรแกรมคุมประพฤติที่เข้มงวด - คำสั่งศาลให้ผู้เสพแล้วขับเข้าชั้นเข้ารับการบำบัด
การประชาสัมพันธ์	<ul style="list-style-type: none"> - ประชาสัมพันธ์กฎหมายและผลกระทบจากการเสพกัญชาแล้วขับขี่ รวมทั้งผลการดำเนินงานในการบังคับใช้กฎหมายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความร้ายแรงและป้องปรามการกระทำผิด - ร่วมมือกับภาคเอกชนในการเผยแพร่ข้อมูลและส่งเสริมพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัย
บทลงโทษ	
การกำหนดบทลงโทษ การตรวจสอบและจับกุม	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับปรุงกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาให้มีความชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น โดยเฉพาะการกำหนดเงื่อนไขการใช้กัญชาในที่สาธารณะ การขับขี่ และการใช้ร่วมกับสารเสพติดอื่นๆ - กำหนดบทลงโทษสำหรับผู้ฝ่าฝืนกฎหมายเกี่ยวกับการผลิต การจำหน่าย และการโฆษณาผลิตภัณฑ์กัญชา - เพิ่มความเข้มงวดในการตรวจสอบและจับกุมผู้ที่กระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับกัญชา - เพิ่มงบประมาณให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบังคับใช้กฎหมายและปราบปรามการกระทำผิดที่เกี่ยวข้องกับกัญชา

มาตรการด้านอื่นสำหรับใช้ในการควบคุมการบริโภคกัญชา

นอกจากมาตรการทางกฎหมายที่เน้นการควบคุมการผลิต จำหน่าย และเสพกัญชาดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังมีมาตรการอื่น ๆ ที่มีผลในการป้องกันและลดความเสี่ยงจากการบริโภคกัญชาทั้งในระดับประชากรและระดับปัจเจกบุคคลที่อาจนำมาปรับใช้ในประเทศไทยได้เช่นกัน ได้แก่

มาตรการด้านภาษีและราคา

มาตรการนี้จัดว่า เป็นมาตรการควบคุมการบริโภคในระดับประชากรที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า และสามารถบังคับใช้ได้ครอบคลุมต่อประชากรทุกเพศทุกวัย และทั่วประเทศ ทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับมาตรการในกลุ่มนี้ [7] ได้แก่

1. การกำหนดให้มีการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตจากกัญชา และผลิตภัณฑ์จากกัญชา โดยคำนึงถึงประเภทของผลิตภัณฑ์ ราคา และระดับความเข้มข้นของสาร THC และ CBD เช่น เป็นผลิตภัณฑ์สำหรับใช้ทางการแพทย์ ผลิตภัณฑ์เชิงอุตสาหกรรมหรือเกษตรกรรม หรือผลิตภัณฑ์ที่ใช้เชิงนันทนาการ และให้มีการปรับอัตราภาษีเป็นระยะ ๆ เพื่อให้สูงกว่าอัตราเงินเฟ้อของประเทศ
2. เก็บภาษีพิเศษสำหรับผลิตภัณฑ์ขนมอาหารหรือเครื่องดื่มที่ผสมกัญชา โดยแยกประเภทจากขนม อาหาร หรือเครื่องดื่มประเภทอื่น ๆ ที่ไม่มีส่วนผสมของกัญชา
3. กำหนดราคาขายปลีกขั้นต่ำต่อหน่วยปริมาณ THC

- กำหนดให้รายได้บางส่วนจากภาษีภักุษาต้องนำมาใช้ในกิจกรรมด้านสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม

การให้ความรู้และการสื่อสารสาธารณะ

การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ และสื่อสารสาธารณะเป็นมาตรการที่สำคัญ นิยมใช้เพื่อป้องกันปัญหาจากการใช้สารเสพติดหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ในมุมมองของสังคมและสาธารณสุข การส่งเสริมให้ผู้ใหญ่หลีกเลี่ยงอันตรายจากการใช้สารเสพติด และการโน้มน้าวให้เด็กและเยาวชนชะลอการเริ่มต้นใช้สุรา ยาสูบ สารเสพติดให้ล่าช้าออกไปให้นานที่สุดเป็นเรื่องที่ถูกต้องและควรทำเพื่อประโยชน์สาธารณะ การรณรงค์สาธารณะเพื่อลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดผ่านสื่อต่าง ๆ และการให้ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดแก่นักเรียนในโรงเรียนเป็นสิ่งที่ยอมรับกันในสังคม มาตรการในกลุ่มนี้มุ่งเป้าไปที่ประชาชนทั่วไปและผู้บริโภคเพื่อให้เกิดผลต่อไปนี้ (1) เปลี่ยนระดับความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดและความเสี่ยงจากการใช้ (2) เปลี่ยนระดับความตั้งใจที่จะใช้เพื่อลดความเสี่ยงจากการใช้ (3) เปลี่ยนพฤติกรรมการเสพโดยตรง (เช่น เยาวชนชะลอการเริ่มใช้) และ (4) ลดความถี่หรือความรุนแรงของปัญหาจากใช้สาร [7] มาตรการในกลุ่มนี้ ได้แก่

- ออกข้อกำหนดให้ร้านค้าภักุษาต้องแสดงข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ภักุษาอย่างชัดเจน เช่น ฉลากเตือนและคำแนะนำการใช้
- จัดทำข้อมูลที่ต้องเกี่ยวกับภักุษาในรูปแบบที่เข้าใจง่ายและกระจายไปยังกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย เช่น เยาวชน ผู้ปกครอง ผู้สูงอายุ และผู้ประกอบการ
- จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ในสื่อกลางแจ้ง สื่อสิ่งพิมพ์ หรือสื่อสังคมออนไลน์ และหลักสูตรการเรียนรู้ในโรงเรียนและในชุมชนเกี่ยวกับประโยชน์และโทษของภักุษาในเชิงวิทยาศาสตร์ เพื่อให้ประชาชนสามารถตัดสินใจใช้ภักุษาได้อย่างมีข้อมูลที่ถูกต้อง
- เกี่ยวกับภักุษาแก่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ประกอบการ และประชาชนทั่วไป
- จัดอบรมให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักให้กับบุคลากรทางการแพทย์
- รณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับอันตรายของการใช้ภักุษาอย่างไม่เหมาะสม เช่น ความเสี่ยงจากการใช้ภักุษาพร้อมกับสารเสพติดชนิดอื่น และผลกระทบต่อสุขภาพจิต กลวิธีลดความเสี่ยง การส่งเสริมให้ประชาชนไม่ใช้ภักุษา หรือใช้ภักุษาพร้อมกับสารเสพติดชนิดอื่น และการใช้ภักุษาที่มีปริมาณสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในระดับสูง
- สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรภาคประชาสังคม เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภักุษา
- เปิดเวทีสาธารณะเพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกภาคส่วน เช่น ผู้ป่วย ผู้ค้าภักุษา นักวิชาการ และองค์กรทางสังคม
- พัฒนาและประเมินประสิทธิผลของการรณรงค์ให้ความรู้ สื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะที่มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายพ่อแม่ ผู้ปกครอง ประชากรกลุ่มเปราะบาง (เด็ก เยาวชน หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ)

การคัดกรองและบริการบำบัดรักษา

การคัดกรองและบำบัดรักษาเป็นหนึ่งในมาตรการตอบสนองต่อปัญหาจากการใช้สารเสพติด ซึ่งมีผลกระทบในระดับปัจเจกบุคคล โดยทำให้เกิดการลดละเลิกใช้สาร หรือลดอันตรายจากการใช้สาร [7, 8] ข้อมูลในชุดโครงการนี้ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทางกายหรือทางจิตที่เกิดจากการใช้ภักุษาเพิ่มขึ้นมากหลังจากการเปลี่ยนนโยบายให้ภักุษาไม่ เป็นยาเสพติดให้โทษ ทำให้บุคลากรสุขภาพมีภาระงานในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการ โปรแกรมบำบัดรักษา และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มาตรการในกลุ่มนี้ ได้แก่

1. จัดบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อแก่ผู้เสพที่เสี่ยง บริการถอนพิษ จิตสังคมบำบัด การรักษาด้วยยา และจัดให้ผู้เสพที่เสี่ยงเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อ
2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้กัญชา รวมถึงผู้ที่มีโรคร่วมทางจิตเวชให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และระบบดูแลรักษาและเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากการใช้กัญชา หรือกัญชาร่วมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่น
3. พัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสำหรับผู้ที่เคยกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับการเสพกัญชาแล้วซ้ำ
4. สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคต่างๆ ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์รองรับ
5. จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการวินิจฉัยและดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ใช้กัญชา โดยครอบคลุมประเด็นทั้งในด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเป็นพิษจากกัญชาอันตรกิริยาของกัญชากับยารักษาโรคอื่น ๆ
6. จัดตั้งหน่วยงานหรือทีมเฉพาะกิจในการเฝ้าระวังเหตุการณ์รุนแรงหรือคดีอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชา และให้การและช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบ
7. จัดสรรงบประมาณเพื่อเพิ่มบุคลากรและทรัพยากรในระบบสาธารณสุขเพื่อรองรับผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการใช้กัญชา เช่น บุคลากรทางการแพทย์และศูนย์รับเรื่องฉุกเฉิน

มาตรการระดับชุมชน

จากการวิเคราะห์ผลสรุปโครงการวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหการใช้กัญชาในทางที่ผิดในชุมชนต่างๆ ในชุดโครงการนี้ พบว่า มีประเด็นสำคัญที่สามารถนำไปสู่การกำหนดนโยบายเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหานี้ได้ ดังนี้

- ขยายผลการพัฒนาชุมชนปลอดภัยจากปัญหาและผลกระทบจากใช้กัญชาในทางที่ผิดสู่ชุมชนอื่น

การแก้ไขปัญหการใช้กัญชาในทางที่ผิดเป็นเรื่องที่ต้องใช้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนถือเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถทำได้ผ่านกระบวนการเช่นที่พบในชุมชนนาร่องในโครงการของอินันท์ อร่ามรัตน์และคณะ[11] ดังที่สรุปในบทที่ 2 ของรายงานนี้ไปแล้ว ได้แก่

- ส่งเสริมการจัดตั้งคณะกรรมการระดับชุมชน: เพื่อกำหนดนโยบายและแผนปฏิบัติการในการป้องกันและแก้ไขปัญหการใช้กัญชาในทางที่ผิดในพื้นที่ของตนเอง
- สนับสนุนการจัดกิจกรรมที่สร้างสรรค์: เช่น กิจกรรมทางวัฒนธรรม กีฬา และการเรียนรู้ เพื่อดึงดูดให้เยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมและห่างไกลจากยาเสพติด
- ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้: ระหว่างชุมชนต่างๆ เพื่อนำเอาแนวปฏิบัติที่ดีมาปรับใช้และพัฒนาต่อยอด
- บูรณาการการทำงานร่วมกัน: ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในและระหว่างชุมชน เช่น ตำรวจ ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ให้ความสำคัญกับการเยียวยาและฟื้นฟู: ผู้ที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรม เพื่อให้สามารถกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- **จัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติ:** เพื่อบูรณาการการทำงานของทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหา
 - **จัดสรรงบประมาณที่เพียงพอ:** เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ
 - **ประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง:** เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอเชิงวิจัย พัฒนา ประเมินผล และกำกับติดตาม

จากข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของนโยบายกัญชาปลดกัญชาออกจากยาเสพติดให้โทษในประเทศไทย มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินการวิจัยและกำกับติดตามเพื่อประเมินผลในระยะยาว และกำหนดแนวทางปรับปรุงนโยบายให้เหมาะสมยิ่งขึ้น *ทีมวิจัยขอเสนอข้อเสนอแนะเชิงการวิจัยและการกำกับติดตามดังนี้:*

พัฒนาระบบข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลจัดการผลกระทบจากการใช้กัญชา

ตัวอย่างของระบบข้อมูลเหล่านี้ เช่น ระบบข้อมูลการเจ็บป่วย การมาห้องฉุกเฉิน การส่งตรวจของศูนย์พิษวิทยา ข้อมูลด้านคดีอาชญากรรมของสถานีตำรวจ เป็นต้น ซึ่งจากที่รายงานในบทที่ 2 จะเห็นว่า ระบบข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center) และระบบข้อมูลของศูนย์พิษวิทยา คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี ที่บันทึกมาต่อเนื่องเป็นเวลานาน ช่วยให้เราเห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงระยะยาวของตัวแปรต่าง ๆ ที่บ่งชี้ถึงผลกระทบของนโยบายกัญชา ทั้งในช่วงก่อนและหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบาย หากประเทศไทยต้องการที่จะติดตามผลกระทบของนโยบายที่สำคัญที่มีผลต่อสุขภาพ สาธารณสุข และสังคม รัฐควรให้ความสำคัญกับระบบข้อมูลด้านสุขภาพ ปัญหาสังคม และการบังคับใช้กฎหมาย (เช่น จำนวนและประเภทของคดีอาชญากรรม คดีจำหน่ายลักลอบขนส่งหรือครอบครอง การลงโทษปรับ คุมประพฤติ หรือจำคุก การใช้มาตรการทางเลือกแทนการจำคุก และลักษณะประชากรของผู้กระทำผิด) ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยพัฒนาให้เป็นระบบมาตรฐาน สามารถสืบค้นได้ง่าย และเปิดโอกาสให้นักวิจัยที่สนใจสามารถขออนุญาตใช้ข้อมูลเหล่านั้นเพื่อวิเคราะห์ผลของการเปลี่ยนแปลงนโยบายต่าง ๆ ได้

ลงทุนในการสำรวจในประชากรระดับชาติที่ทำเป็นประจำทุกปีหรือทุกช่วงเวลา และการศึกษาติดตามระยะยาว

ในประเทศไทยมีการสำรวจระดับชาติที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดเพียงไม่กี่โครงการ และมักเป็นชุดการสำรวจที่ไม่ได้ทำเป็นประจำ เพราะขึ้นอยู่กับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร จากโครงการวิจัยย่อยในชุดโครงการนี้ที่มีการสำรวจในประชากรทั่วไป นักเรียน นักศึกษา ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยที่มาแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล ทำให้เราเห็นขนาดและลักษณะของพฤติกรรมการใช้และปัญหาจากการใช้กัญชาในประชากรกลุ่มต่าง ๆ รัฐจึงควรลงทุนโดยจัดสรรงบประมาณและหน่วยงานที่มีภาระหน้าที่ในการควบคุมการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแบบผิดแผน เช่น หน่วยงานภายใต้สำนักงาน ป.ป.ส. หรือหน่วยงานที่มีภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ได้รับผลกระทบจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแบบผิดแผน เช่น หน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข หรือมอบหมายให้หน่วยงานที่มีภาระหน้าที่ด้านวิจัยและวิชาการ เช่น มหาวิทยาลัยต่าง ๆ สำหรับการดำเนินการชุดโครงการสำรวจหรือติดตามระยะยาวประเภทนี้เป็นประจำ และเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมทั้งในประเด็น แบบแผนการใช้ ผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตของผู้ใช้ และต่อผู้อื่น รวมถึงการเข้าถึงบริการบำบัดรักษาและบริการช่วยเหลือทางสังคม

เสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกระดับชาติในการกำกับติดตามการเพาะปลูก การผลิต อุตสาหกรรม การค้ากัญชา และการโฆษณาสื่อสารการตลาด

การมีรายงานข้อมูลการเพาะปลูก การผลิต และจำหน่ายกัญชาและสื่อสารการตลาดทั้งในระบบออนไลน์และบนดินที่ถูกต้อง ครบคลุม และทันเวลาเป็นสิ่งจำเป็นต่อระบบกำกับติดตามระดับชาติ การเก็บข้อมูลเหล่านี้ต้องมีคุณภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับใช้ในการวิเคราะห์แนวโน้มของอุปทานกัญชา เพื่อใช้วางแผนมาตรการในการจัดการควบคุม และ

ป้องกันการเพิ่มอุปสงค์และผลกระทบได้อย่างมีประสิทธิภาพ รัฐจึงควรจัดงบประมาณและหาหน่วยงานที่ทำหน้าที่กำกับติดตามข้อมูลเหล่านี้ วิเคราะห์ผล จัดแสดงผลที่เข้าใจง่ายและน่าสนใจ เพื่อให้หน่วยงานที่ใช้ข้อมูลนำไปใช้งานได้ตลอดเวลา โดยอาจแสดงเป็น online dash board ที่เข้าถึงได้เฉพาะผู้ที่ได้รับสิทธิ

สนับสนุนการวิจัยเกี่ยวกับกัญชาในประเด็นต่าง ๆ

จากการสังเคราะห์ข้อมูลข้อค้นพบในชุดโครงการนี้ ทำให้เห็นได้ว่า เรายังมีช่องว่างขององค์ความรู้เรื่องกัญชาในประเทศไทยอีกหลายประเด็น การสนับสนุนการวิจัยเกี่ยวกับกัญชาในทุกด้าน ทั้งด้านการแพทย์ การเกษตร และเศรษฐกิจ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการกำหนดนโยบายและพัฒนาประเทศ จึงเป็นเรื่องสำคัญ ตัวอย่างของโจทย์วิจัยที่ยังต้องการคำตอบอยู่ ได้แก่

- **การศึกษาพฤติกรรมผู้บริโภค:** ควรมีการศึกษาพฤติกรรมผู้บริโภคกัญชาเชิงลึก ศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของประชาชนต่อกัญชา เช่น อายุ เพศ การศึกษา รายได้ และประสบการณ์ส่วนตัว เพื่อทำความเข้าใจแรงจูงใจในการบริโภค และกลุ่มเป้าหมายหลักที่แตกต่างกัน และหาแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาต่อเนื่อง
- **การศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพ:** ควรมีการศึกษาผลกระทบระยะยาวของการบริโภคกัญชาต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิต โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน และผลกระทบต่อสุขภาพจิต การเชื่อมโยงระหว่างการใช้กัญชากับอาการจิตเวช เช่น ภาวะจิตหลอน (psychosis) วิตกกังวล และซึมเศร้า และผลจากการใช้กัญชาร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่น เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาบ้า
- **การศึกษาแนวทางทางการแพทย์และสาธารณสุขในการป้องกันและลดความเสี่ยง:** เช่น การวิจัยวิธีการค้นหา ป้องกันและลดความเสี่ยงจากใช้กัญชา ผลของการใช้แนวทาง (guidelines) ทางสาธารณสุขในการควบคุมกัญชา และประสิทธิภาพของเครื่องมือหรือวิธีการในการตรวจวินิจฉัยผู้มีความบกพร่องทางสมองและร่างกายจากการใช้กัญชา ผลต่อสุขภาพจากผลิตภัณฑ์กัญชาชนิดใหม่ ๆ ที่ผลิตออกสู่ท้องตลาดทั้งที่เป็นผลิตภัณฑ์สังเคราะห์ กึ่งสังเคราะห์ (synthetic and semisynthetic cannabinoids) และผลิตภัณฑ์ที่มีความเข้มข้นสูง และความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการใช้และผลที่เกิดขึ้น (dose-response relationships) ของผลิตภัณฑ์กัญชาชนิดต่าง ๆ
- **การวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ:** ควรมีศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจของการปลดล็อกกัญชาต่อภาคการเกษตร ภาคอุตสาหกรรม และภาคบริการ
- **การวิจัยการใช้กัญชาเพื่อการแพทย์:** ศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการใช้กัญชาในการรักษาโรคต่างๆ
- **การวิจัยเกี่ยวกับการตลาดกัญชา:** ศึกษาพฤติกรรมของผู้บริโภคกัญชา และกลยุทธ์ทางการตลาดของผลิตภัณฑ์กัญชา
- **การวิจัยเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมาย:** ศึกษาประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับกัญชา และปัญหาอุปสรรคในการบังคับใช้กฎหมาย
- **การวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบของกัญชาต่อการขับขี่** เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนามาตรการป้องกันที่เหมาะสม การวิจัยและพัฒนาในประเด็นนี้อาจประกอบด้วย
 - **การพัฒนาวิธีตรวจวัด THC ในเลือด:** โดยการใช้เทคโนโลยีที่แม่นยำเพื่อตรวจวัด THC ในเลือดที่ให้ผลลัพธ์ที่แม่นยำ รวดเร็ว และสามารถนำไปใช้ได้ภาคสนาม
 - **อุปกรณ์ตรวจวัดที่พกพาได้:** พัฒนาอุปกรณ์ตรวจวัด THC ในเลือดที่สามารถพกพาได้ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถตรวจสอบผู้ขับขี่ได้สะดวก
 - **ระบบตรวจจับ THC ในรถยนต์:** พัฒนาระบบตรวจจับ THC ในรถยนต์ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ที่เสพกัญชาสามารถสตาร์ทรถได้

- แอปพลิเคชันแจ้งเตือน: พัฒนาแอปพลิเคชันที่แจ้งเตือนให้ผู้ใช้ทราบถึงผลกระทบของการเสพกัญชาและระยะเวลาที่ควรหลีกเลี่ยงการขับขี่
- การประเมินผลกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ สื่อประชาสัมพันธ์: เช่น การศึกษาประสิทธิผล ต้นทุน และมูลค่าทางสังคมของโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของการใช้กัญชา
- การเปรียบเทียบกับประเทศอื่น: ควรมีการเปรียบเทียบนโยบายและผลกระทบของการปลดล็อกกัญชาในประเทศไทยกับประเทศอื่นๆ เพื่อนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศ

ข้อเสนอต่อแนวทางการจัดทำระบบเฝ้าระวัง กำกับติดตามและประเมินผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชา

จากการศึกษาในชุดโครงการวิจัยนี้เห็นว่า ถึงแม้ว่า เราจะพยายามวางกรอบแนวคิดของผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชาให้ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม แต่เรายังไม่สามารถศึกษาวิจัยได้อย่างสมบูรณ์ครบทุกประเด็น เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณ เวลา บุคลากร และระบบข้อมูลที่มีอยู่ในอนาคตหากเราต้องการที่จะประเมินหรือติดตามผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชาอีก ก็ควรที่จะต้องลงทุนพัฒนาระบบกำกับติดตามและประเมินผล (Monitoring and evaluation system) ที่ครอบคลุมตั้งแต่ปัจจุบัน

ทีมวิจัยจะขอเสนอแนวทางและข้อพิจารณาในการพัฒนาระบบกำกับติดตามและประเมินผลกระทบ (Monitor and Evaluation) จากการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชาในประเทศไทย โดยอิงจากข้อมูลที่ได้จากชุดโครงการฯนี้ และการทบทวนบทความวิชาการที่เกี่ยวข้อง จากกรอบแนวคิดของชุดโครงการวิจัยนี้ ผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชาจากการเป็นสารเสพติดผิดกฎหมายตามประมวลกฎหมายยาเสพติดมาเป็นสารที่ไม่มีกฎหมายควบคุมแบ่งออกได้เป็นสี่หมวดใหญ่ ได้แก่ ผลกระทบด้านสุขภาพ ผลกระทบด้านความสงบเรียบร้อยของสังคมรวมทั้งอาชญากรรม ผลกระทบด้านเศรษฐศาสตร์ และผลกระทบด้านอื่น ๆ โดยข้อมูลเหล่านี้สามารถจะเก็บหรือค้นหาได้จากแหล่งต่าง ๆ ดังแสดงในภาพที่ 28 ได้แก่

- การศึกษาวิจัยซึ่งจัดเป็นการเฝ้าระวังทางตรงหรือเชิงรุก (active surveillance) เช่น การสำรวจในประชากรทั่วไป การสำรวจในนักเรียน นักศึกษา ผู้มารับบริการในโรงพยาบาล ห้องฉุกเฉิน โดยอาจจะเป็นการศึกษาเชิงปริมาณภาคตัดขวาง การศึกษาติดตามไปข้างหน้าระยะยาว หรือการศึกษาเชิงคุณภาพ
- ระบบข้อมูล สถิติของหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งจัดเป็นการเฝ้าระวังทางอ้อม (passive surveillance) เช่น ข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล ระบบบันทึกการแจ้งความและดำเนินคดีของตำรวจ ศาล หน่วยงานอื่นในระบบยุติธรรมและสวัสดิการสังคม ระบบข้อมูลการออกใบอนุญาตและชำระภาษี

ภาพที่ 28 แผนภูมิแสดงแหล่งข้อมูลและตัวแปรที่สามารถหาได้จากแหล่งข้อมูลเหล่านั้น



ข้อมูลจากชุดโครงการฯนี้รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยอื่น ๆ ก่อนการเปลี่ยนแปลงนโยบาย และระบบข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ทีมวิจัยรวบรวมมาเปรียบเทียบกับข้อมูลจากชุดโครงการฯนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลสถานการณ์พื้นฐาน (baseline situation) และสถานการณ์ในช่วงหนึ่งปีแรกหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายได้สำหรับในอนาคต หากต้องการทราบสถานการณ์ในแต่ละช่วงหรือแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ในระยะยาว ก็ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมทั้งที่เป็นการศึกษาเก็บข้อมูลปฐมภูมิจากประชากรกลุ่มต่าง ๆ และการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากข้อมูลที่มีอยู่แล้วในระบบต่าง ๆ ดังนั้น เพื่อให้มีข้อมูลสำหรับการประเมินสถานการณ์ในแต่ละช่วงเวลาหรือแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ในด้านต่าง ๆ ในระยะยาว ทีมวิจัยขอเสนอการเก็บข้อมูลตัวแปรต่าง ๆ ที่สะท้อนถึงผลกระทบในแต่ละด้านที่กล่าวมาแล้วดังแสดงในตารางที่ 6 โดยอิงจากแนวทางของ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction[12]

ตารางที่ 6 ตัวแปรที่ควรเฝ้าระวัง แหล่งข้อมูล และเหตุผล/ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชา

ตัวแปร	แหล่งข้อมูล	เหตุผล/ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบาย
ผลกระทบด้านสุขภาพ		
ความชุกของการใช้กัญชา	การสำรวจในประชากรทั่วไป การสำรวจในสถานศึกษา การสำรวจในสถานบริการสุขภาพ	อัตราความชุกของการใช้กัญชารายปีหรือใน 30 วันก่อนการสำรวจมักจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีการอนุญาตให้ใช้กัญชาได้อย่างเสรี การทราบอัตราความชุกของการใช้เพียงอย่างเดียวอาจจะไม่เพียงพอที่จะอธิบายถึงปัญหาสุขภาพที่สัมพันธ์กับการใช้ก็ได้ จำเป็นต้องทราบข้อมูลเกี่ยวกับความถี่ วิธีการ และชนิดของผลิตภัณฑ์ที่ใช้ด้วย ส่วนในเยาวชน อัตราความชุกของการใช้กัญชาอาจเพิ่มขึ้นได้หลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายเช่นเดียวกันกับที่พบในประชากรผู้ใหญ่ แต่ก็อาจจะลดลงได้เช่นกัน หากมีการควบคุมการเข้าถึงของเด็กและเยาวชนอย่างเข้มงวด
ความถี่ของการใช้กัญชา	การสำรวจในประชากรทั่วไป การสำรวจในสถานศึกษา การสำรวจในสถานบริการสุขภาพ	ถ้าความถี่ของการใช้กัญชาเพิ่มขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าใช้ทุกวันหรือเกือบทุกวัน ผลกระทบต่อสุขภาพจะเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ผลกระทบนี้มักขึ้นกับลักษณะประชากรของผู้ใช้ด้วย (เช่น เยาวชนหรือหญิงตั้งครรภ์จะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น) ปริมาณที่ใช้ต่อครั้ง ความแรงและชนิดของสารแคนาบินอยด์ในผลิตภัณฑ์ที่ใช้และวิธีการใช้
ความชุกของภาวะความผิดปกติทางจิตจากการใช้กัญชา (Cannabis use disorders; CUD)	การสำรวจในประชากรทั่วไป สถานศึกษา สถานบำบัดแบบสมัครใจ แผนกฉุกเฉินและผู้ป่วยในของโรงพยาบาล การสัมภาษณ์เชิงลึกในประชากรกลุ่มเฉพาะ การศึกษาติดตามระยะยาวไปข้างหน้าหรือย้อนหลังเพื่อให้ทราบระยะเวลาของการเกิดโรค	อัตรา CUD อาจเพิ่มหรือลดก็ได้หากมีนโยบายกัญชาเสรี โดยขึ้นกับ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้ที่หนักและ อัตราการเข้ารับการบำบัดรักษา การลดลงของจำนวนคดีที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาก็อาจจะทำให้จำนวนคนที่ถูกส่งต่อให้รับการรักษาลดลง แต่ในทางกลับกัน การเปิดเสรีก็อาจจะทำให้ผู้ใช้กัญชามีความระมัดระวังและกล้ามากขึ้นที่จะเปิดเผยตนเองและเข้ารับการบำบัดรักษาก็ได้
ชนิดของผลิตภัณฑ์ที่ใช้	การสำรวจในประชากรทั่วไป การสำรวจในสถานศึกษา การสำรวจใน	ความเสี่ยงจากการใช้กัญชาจะสัมพันธ์กับชนิดของผลิตภัณฑ์ที่ใช้ อากาศไม่พึงประสงค์บางอย่างจะเกี่ยวข้องโดยตรงกับการบริโภค THC หนักๆ แต่บางอากาศก็อาจจะเกิดขึ้นในระยะยาว โดยขึ้นกับวิธีการเสพ เช่นการสูบกัญชาเป็น

ตัวแปร	แหล่งข้อมูล	เหตุผล/ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบาย
	สถานบริการสุขภาพ ข้อมูลการตรวจค้น และการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ใช้หลัก	เวลานานจะเพิ่มโอกาสของการเกิดโรคทางระบบทางเดินหายใจ ดังนั้น ข้อมูลเรื่องชนิดของผลิตภัณฑ์ที่ใช้จึงมีความสำคัญต่อการประเมินติดตามผลกระทบทางสุขภาพของประชากรหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบาย
ปริมาณที่ใช้	การสำรวจในประชากรทั่วไป สถานศึกษา และสถานบริการสุขภาพ การสำรวจทางอินเทอร์เน็ต และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในประชากรกลุ่มเฉพาะเพื่อถามข้อมูลเรื่องความแรงของสารออกฤทธิ์ในผลิตภัณฑ์	ปริมาณการใช้แต่ละครั้งทำให้เข้าใจความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายเฉียบพลัน และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเวชจากการใช้กัญชา หากเป็นไปได้ ควรจะเก็บข้อมูลปริมาณการใช้เพื่อให้ได้รายละเอียดในด้านปริมาณของสาร THC หรือสารออกฤทธิ์ชนิดอื่นที่มีในกัญชา นอกเหนือจากการเก็บข้อมูลจำนวนสูบ (puffs) หรือจำนวนกรัมของพืชกัญชาเท่านั้น
โรคจิตเวชอื่น ๆ	การสำรวจในประชากรทั่วไป สถานศึกษา และสถานบริการสุขภาพ การสำรวจติดตามระยะยาว ข้อมูลการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลและห้องฉุกเฉิน การศึกษาเชิงคุณภาพในประชากรกลุ่มเฉพาะ	ถึงแม้ว่า การใช้กัญชาจะไม่ได้ทำให้เกิดโรคจิตเวชโดยตรง แต่ก็ทำให้การเป็นโรคเกิดขึ้นในอายุน้อยลง นโยบายเปิดเสรีกัญชาจึงมักจะเพิ่มความชุกของโรคจิตเวชบางชนิดด้วย เช่น โรคจิตเภท หรือโรคจิตชนิดอื่น ความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจจะขึ้นกับปริมาณที่เสพเข้าไป ความถี่ของการใช้ และระดับ THC ที่ได้รับ
จำนวนผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล	ข้อมูลจากสถานบำบัด ระบบสุขภาพการสำรวจในประชากรทั่วไป การศึกษาเชิงคุณภาพในประชากรกลุ่มเฉพาะ	ถ้านโยบายเปิดเสรีกัญชาทำให้การเสพเพิ่มขึ้น และเพิ่มความชุกของ CUD ก็อาจทำให้จำนวนผู้ป่วยจากการใช้กัญชาที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเช่นกัน อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการเข้ารับการรักษาถูกส่งมาจากกระบวนยุติธรรมหรือการบังคับบำบัด การเปิดทำให้กัญชาถูกกฎหมายก็อาจจะไม่เพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการบำบัดรักษาก็ได้

ตัวแปร	แหล่งข้อมูล	เหตุผล/ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบาย
การรักษาแบบผู้ป่วยใน และการมาห้องฉุกเฉิน	ระบบข้อมูลของโรงพยาบาล ข้อมูลจากระบบประกันสุขภาพ	การรักษาแบบผู้ป่วยใน และการมาห้องฉุกเฉินอาจเกิดขึ้นจากสามกลไกคือ (1) ผลกระทบเฉียบพลันจากกัญชาที่ใช้ในผู้ที่ใช้ครั้งแรก (เช่น ภาวะเป็นพิษจากกัญชาจากการกินอาหารที่มีส่วนผสมโดยไม่ทราบมาก่อน) (2) วิธีเสพที่มีความเสี่ยง (เช่น การสูบบ้องกัญชาปริมาณมากต่อครั้ง) หรือพฤติกรรมเสี่ยงหลังเสพ (เช่น ขับรถขณะเมากัญชา) (3) ปัญหาสุขภาพระยะยาวที่ถูกกระตุ้นให้รุนแรงขึ้นจากการใช้กัญชา เช่น โรคของระบบทางเดินหายใจ
การโทรศัพท์ปรึกษาศูนย์พิษวิทยา	ระบบข้อมูลของศูนย์พิษวิทยา ข้อมูลสายด่วน	การโทรศัพท์ปรึกษาศูนย์พิษวิทยาส่วนมากมักเกิดจากการได้รับ THC เกินขนาด ซึ่งมักจะเกิดจากการกินอาหาร/เครื่องดื่มซึ่งมักมีปริมาณ THC ที่เป็นส่วนผสมแตกต่างกัน หรือการเสพผลิตภัณฑ์กัญชาที่มีสารออกฤทธิ์เข้มข้น
การเรียนรู้หนังสือและการจ้างงาน	การสำรวจในประชากรทั่วไป สถานศึกษา การสำรวจติดตามระยะยาว ระบบข้อมูลของสถานศึกษาและสถานประกอบการ การตรวจระดับสารด้วยวิธีมาตรฐานในโรงเรียนมัธยมหรือก่อนจบการศึกษา อัตราการจบการศึกษา ระบบข้อมูลคุ้มครองสวัสดิการของสถานประกอบการ	การขาดเรียนหรือขาดงานอาจเกิดจากการใช้กัญชาที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะหากเสพกัญชาก่อนหรือระหว่างการทำงานหรือเรียนหนังสือ พฤติกรรมดังกล่าวอาจมีผลต่อผลิตภาพจากการทำงาน (productivity) และรายได้ของรัฐจากการเก็บภาษี (tax revenues) ในระยะยาว การเก็บข้อมูลการมาทำงานและมาเรียนหนังสือก่อนและหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายจะช่วยให้ทราบความจำเป็นในการวางนโยบายควบคุมการใช้กัญชาในสถานประกอบการและโรงเรียนหรือการสื่อสารข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาอย่างเหมาะสม
ผลกระทบด้านอาชญากรรมและระบบยุติธรรม		
การจับกุมและยึดของกลาง	ระบบบันทึกคดีของตำรวจ	การทำให้กัญชาถูกกฎหมายจะทำให้จำนวนการจับกุมและดำเนินคดีที่เกี่ยวข้องกับกัญชาลดลง แต่ก็ไม่ได้หมดไปจนเป็นศูนย์ ด้วยเหตุผลคือ (1) ประเทศส่วนใหญ่ยังคงห้ามการซื้อและใช้โดยเยาวชน most jurisdictions retain (2) ตลาดผิดกฎหมายยังคงอยู่เป็นระยะเวลาหนึ่งหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบาย ข้อมูลการจับกุมช่วยให้ทราบถึงต้นทุนของระบบยุติธรรมที่เกิดจากการเปิดเสรี และข้อมูลปริมาณของกลางที่ยึดได้จะช่วยให้เห็นถึงแรงจูงใจด้านกำไรจากการค้ากัญชาในตลาดใต้ดิน และเหตุผลที่ตลาดใต้ดินยังคงมีอยู่ (เช่น ผลิตภัณฑ์บางชนิดอาจจะไม่มีในตลาดบนดิน

ตัวแปร	แหล่งข้อมูล	เหตุผล/ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบาย
		หรือประชากรบางกลุ่มอาจจะเข้าไม่ถึงตลาดบนดิน) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการบังคับใช้กฎหมายอาจจะมื่อคติจากการสั่งการภายในและการเปลี่ยนแปลงทรัพยากร ศักยภาพของหน่วยงาน และการรายงาน/แจ้งความของประชาชนที่พบเห็น ดังนั้น การนำข้อมูลนี้ไปใช้จึงควรพิจารณาด้วยความระมัดระวัง
การแจ้งความ/การติดต่อระหว่างตำรวจกับประชาชน	ระบบบันทึกคดีของตำรวจ หลังการทำให้กัญชาถูกกฎหมาย ประชาชนก็ควรเฝ้าระวัง/สังเกต/รายงานการบริโภคกัญชาในที่สาธารณะด้วย	การติดตามข้อมูลการทำงานของตำรวจที่เกี่ยวข้องกับกรณีกัญชาหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายจะช่วยให้ทราบถึงงบประมาณที่ต้องใช้ในการจัดการดูแลผลกระทบด้านคดีอาชญากรรมและความสงบเรียบร้อยของสังคม
อุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับการผลิตกัญชาด้วยกระบวนการที่ไม่ได้มาตรฐาน	สถิติของตำรวจหรือหน่วยป้องกันดูแลอุบัติเหตุ	การเปิดเสรีกัญชาอาจจะทำให้คนเข้ามาผลิต/สกัดสารจากกัญชามากขึ้น โดยใช้วิธีการที่ไม่ได้มาตรฐาน และสารเคมีหรือวัตถุไวไฟ จึงทำให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น การระเบิดหรือไฟไหม้ขึ้นมาได้ ซึ่งเป็นผลกระทบต่อความปลอดภัยของประชาชนและทรัพย์สิน การติดตามจำนวนเหตุการณ์การระเบิดหรือไฟไหม้ที่เกิดจากการผลิตกัญชาที่ผิดกฎหมายจึงมีความสำคัญด้วย
การลงโทษผู้กระทำผิดคดีกัญชา	ระบบบันทึกข้อมูลของศาล หน่วยงานคุมประพฤติ และตำรวจ	การติดตามข้อมูลการบังคับใช้กฎหมายและบทลงโทษหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบาย จะช่วยให้ทราบถึงการทำงานของระบบยุติธรรมที่มีผลต่อสิทธิเสรีภาพ ความเสมอภาคของประชากร และการดูแลความสงบเรียบร้อยของสังคมว่าดีขึ้นหรือไม่ ซึ่งเป็นข้ออ้างประการหนึ่งในการทำให้กัญชาถูกกฎหมาย
ค่าใช้จ่ายของกระบวนการยุติธรรมในการบังคับใช้กฎหมายกัญชา	ระบบบันทึกข้อมูลของศาล หน่วยงานคุมประพฤติ และตำรวจ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการใช้กัญชา	ข้อมูลนี้จะช่วยให้ทราบถึงต้นทุนในการบังคับใช้กฎหมายใหม่ที่เกี่ยวข้องกับกัญชา และงบประมาณสุทธิในการควบคุมอาชญากรรมที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชา และการรักษาความสงบเรียบร้อยของสังคม

ตัวแปร	แหล่งข้อมูล	เหตุผล/ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบาย
ภาวะบกพร่องในการขับรถที่เกี่ยวข้องกับการใช้สัญญาณที่ได้จากการรายงานของผู้ขับขี่เอง	การสำรวจในประชากรทั่วไป สถานศึกษา และสถานบริการ สุขภาพ	ปัญหาในการขับรถที่เกี่ยวข้องกับการใช้สัญญาณจะพบมากขึ้นหลังการเปิดเสรีกัญชา โดยขึ้นกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น จำนวนรถในท้องถนน ผลของบังคับใช้กฎหมายในการป้องปราม และประสิทธิภาพของการรณรงค์เรื่องการเสพ/ไม่ขับ เนื่องจากผู้ขับขี่ที่มีปัญหาอาจจะไม่ถูกจับทุกคน ข้อมูลจากการรายงานด้วยตนเองจึงมีประโยชน์ให้เข้าใจว่า ประชากรกลุ่มใดมีปัญหา และพฤติกรรมนี้มักเกิดขึ้นที่ไหน เมื่อไร ส่วนจำนวนคดีเสพและขับจากรายงานของตำรวจจะบอกถึงปริมาณของผู้ที่มีความบกพร่องในการขับรถจากฤทธิ์ของกัญชา หรือแอลกอฮอล์ และระดับของการบังคับใช้กฎหมาย ต้นทุนของระบบยุติธรรมหลังการเปิดเสรี
คดีขับรถภายใต้ฤทธิ์กัญชา	ระบบข้อมูลของตำรวจ ข้อมูลจากระบบประกันสุขภาพ และการสำรวจเชิงคุณภาพในประชากรกลุ่มเฉพาะ	การถูกจับกุมดำเนินคดีจากการเสพแล้วขับเกิดขึ้นจากความรุนแรงของภาวะบกพร่องในการขับขี่ที่เกิดขึ้นและระดับของการบังคับใช้กฎหมาย จำนวนการจับกุมในคดีเสพแล้วขับที่เพิ่มขึ้นโดยไม่มีการบังคับใช้กฎหมายอื่นเพิ่มขึ้นบ่งบอกว่า ปัญหาจากการเสพแล้วขับเพิ่มขึ้น และจำเป็นต้องสร้างความตระหนักรู้ให้กับผู้ขับขี่ที่มีความเสี่ยง ข้อมูลนี้ยังบอกได้ว่า ต้นทุนของกระบวนการยุติธรรมเพิ่มขึ้นมากน้อยเท่าไร อย่างไรก็ตาม จำนวนคดีการขับรถในขณะที่มีเมามาอาจจะลดลงก็ได้ หากผู้ขับขี่เปลี่ยนจากการดื่มสุรามาเป็นการใช้กัญชา ดังนั้น ข้อมูลการจับกุมกรณีการขับรถในขณะที่มีเมามา (ไม่ว่าจะเป็นแอลกอฮอล์ กัญชาหรือสารชนิดอื่น) นี้จึงช่วยให้ทราบว่า ประชากรกลุ่มใดใช้กัญชาบ้าง
การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร	ฐานข้อมูลจราจรและระบบประกัน	การเปลี่ยนแปลงของจำนวนผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรบ่งถึง จำนวนของผู้ที่มีภาวะบกพร่องจากการขับรถในขณะที่มีเมามาซึ่งอาจจะไม่เห็นในข้อมูลสถิติการจับกุม ข้อมูลนี้จะช่วยให้ทราบถึงการใช้กัญชาเพื่อทดแทนหรือใช้ร่วมกับแอลกอฮอล์
การจับกุมหรือตั้งข้อหาในคดีอาชญากรรมอื่น	ระบบข้อมูลของตำรวจ และศาล	Tracking การติดตามการเปลี่ยนแปลงของจำนวนการจับกุมดำเนินคดีอาชญากรรมอื่น ๆ ช่วยให้ทราบถึงประโยชน์และต้นทุนที่สัมพันธ์กับการทำให้กัญชาถูกกฎหมาย การจับกุมสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงแบบแผนอาชญากรรม (ซึ่งอาจจะสัมพันธ์กับการใช้กัญชา หรือการใช้เพื่อทดแทนหรือเสริมกับสารอื่น)
การโทรศัพท์ถึงหน่วยบริการฉุกเฉิน	ระบบข้อมูลของตำรวจ หน่วยบริการฉุกเฉิน	Since not all การติดตามข้อมูลการโทรศัพท์ถึงหน่วยบริการฉุกเฉิน จะช่วยให้ทราบถึง การเปลี่ยนแปลงของกระบวนการบังคับใช้กฎหมายเพิ่มเติมจากข้อมูลคดีจับกุม เพราะอาชญากรรมทุกชนิดอาจจะไม่ถูกจับกุมก็ได้

ตัวแปร	แหล่งข้อมูล	เหตุผล/ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบาย
เหยื่อผู้ได้รับผลกระทบจากการใช้กัญชาของผู้อื่น	การสำรวจเหยื่อผู้ได้รับผลกระทบมือสอง เวชระเบียนของโรงพยาบาล	ข้อมูลด้านการเปลี่ยนแปลงของการตกเป็นเหยื่ออาชญากรรมหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายกัญชา ทำให้เห็นถึงผลกระทบที่มีต่อความสงบเรียบร้อยของสังคม ข้อมูลจำนวนเหยื่อนี้อาจจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงก็ได้ ขึ้นกับว่า การเปลี่ยนแปลงนโยบายนี้มีผลต่อการใช้สารเสพติดชนิดอื่นด้วยหรือไม่
ผลกระทบทางเศรษฐกิจ		
ค่าใช้จ่ายรวมในการซื้อกัญชาของประชาชน	การสำรวจในประชากรทั่วไป ร้านขายปลีก หรือจุดจำหน่ายอื่น ร่วมกับการประมาณการบริโภคจากการตรวจน้ำทิ้ง และการประมาณราคา THC	ค่าใช้จ่ายรวมในการซื้อกัญชาของประชาชนจะช่วยให้ทราบถึงปริมาณภาษีที่น่าจะเก็บได้ หากมีการเก็บภาษีกัญชาชนิดของผลิตภัณฑ์ที่ขายในท้องตลาด (ทั้งรูปแบบและความแรงของสารออกฤทธิ์ ถ้ามีข้อมูลรายผลิตภัณฑ์) และใช้ประมาณขนาดของตลาดกัญชาได้ ซึ่งจะใช้เป็นวิธีหนึ่งในการวัดผลกระทบของการปรับนโยบายที่มีต่อตลาดกัญชา
แหล่งผลิต/ขายกัญชา	การสำรวจในประชากรทั่วไป การสำรวจออนไลน์ในผู้ใช้หนัก	ข้อมูลด้านแหล่งผลิต/ขายกัญชาช่วยให้ทราบถึงขนาดของตลาดถูกกฎหมายที่มาทดแทนตลาดผิดกฎหมาย
ปริมาณของกัญชาที่ผลิตถูกกฎหมาย	ระบบตรวจสอบติดตาม การสังเกตการณ์	ระบบติดตามปริมาณของกัญชาที่ผลิตถูกกฎหมายมีประโยชน์หลายด้าน ได้แก่ (1) บอกจำนวนรวมของกัญชาทั้งหมดในตลาด (ซึ่งถ้ารวมกับการประมาณอุปสงค์ จะช่วยบอกขนาดของตลาดผิดกฎหมาย) (2) ใช้ประมาณค่าภาษีที่จะเรียกเก็บได้จากการขาย (ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับภาษีที่เก็บได้จริงก็จะบอกถึงภาษีที่เก็บไม่ได้) การติดตามผลิตภัณฑ์ที่ขายในท้องตลาดจะช่วยบอกถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพที่ผู้บริโภคจะได้รับ (ซึ่งจะได้ช่วยแจ้งเตือนหรือเรียกคืนผลิตภัณฑ์ได้ทันการณ์) และช่วยให้ประเมินผลกระทบของนโยบายต่อตลาดได้ต่อไป
ราคาของผลิตภัณฑ์กัญชา	การสำรวจในประชากรทั่วไป สถานบริการสุขภาพ ผู้ถูกจับกุม การสำรวจทางเว็บไซต์ในผู้ใช้หนัก การวิเคราะห์รายการอาหาร ระบบ	ราคาของผลิตภัณฑ์กัญชามีความสำคัญ เพราะราคามีผลต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายหลายด้าน ได้แก่ ขนาดของตลาดผิดกฎหมาย ภาษีที่ได้รับ รายได้จากธุรกิจกัญชาและปริมาณการบริโภค

ตัวแปร	แหล่งข้อมูล	เหตุผล/ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบาย
	ตรวจสอบติดตาม หน่วยบังคับใช้กฎหมาย เว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับกัญชา	
ร้านขายปลีกผลิตภัณฑ์กัญชาถูกกฎหมาย	ข้อมูลของหน่วยงานที่ดูแลการออกและบังคับใช้กฎหมายกัญชา คณะกรรมการขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น	The illicit market for cannabis ตลาดกัญชาผิดกฎหมายจะมีขนาดลดลงได้หากมีระบบใบอนุญาตที่สามารถแยกผู้จำหน่ายถูกกฎหมายจากผิดกฎหมายได้ การบังคับใช้กฎหมายผู้จำหน่ายผิดกฎหมายเป็นส่วนหนึ่งของระบบใบอนุญาต ความหนาแน่นของจุดจำหน่ายยังมีผลต่อการรับรู้ความยากง่ายในการเข้าถึงกัญชา (เปลี่ยนบรรทัดฐานต่อกัญชา) และลดประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกัน ซึ่งมุ่งเป้าที่การลดการเสพในบางกลุ่มประชากร การควบคุมร้านค้าปลีกจะเป็นต้นทุนในการทำให้กัญชาถูกกฎหมาย และมีผลต่อรายรับสุทธิจากการเปลี่ยนแปลงนโยบาย เพราะการมีจุดจำหน่ายมากขึ้นจะเพิ่มจำนวนของพื้นที่ที่ต้องตรวจตรา และเพิ่มงบประมาณ
ภาษีที่เก็บได้จากการขายกัญชาถูกกฎหมาย	ข้อมูลของหน่วยงานที่ดูแลการออกและบังคับใช้กฎหมายกัญชา และหน่วยงานอื่นของรัฐ	การติดตามรายรับที่ได้จากการขายและภาษีกัญชามีความสำคัญในการบอกขนาดของตลาดกัญชา และการเติบโตของภาษีที่เรียกเก็บได้ ภาษีดังกล่าวมักจะถูกกำหนดเพิ่ม (earmarked) สำหรับใช้ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กำกับติดตามนโยบาย และต้นทุนอื่นที่เกิดจากการบริโภคกัญชาในสังคม
การจ้างงานในอุตสาหกรรมกัญชา	ข้อมูลสถิติแรงงาน	ข้อมูลการจ้างงานในอุตสาหกรรมกัญชาช่วยบอกมูลค่าทางเศรษฐกิจที่มีต่อชุมชน รวมทั้งยังบอกให้ทราบถึงความสำคัญของอุตสาหกรรมนี้เมื่อเทียบกับอุตสาหกรรมอื่นในท้องถิ่น การทำให้กัญชาถูกกฎหมายจะมีผลกับเศรษฐกิจส่วนอื่นด้วยที่นอกเหนือจากส่วนที่เกี่ยวข้องกับการค้ากัญชาโดยตรง
ต้นทุนการออกและบังคับใช้กฎหมาย ควบคุมการบริโภคกัญชา	ข้อมูลของหน่วยงานที่ดูแลการออกและบังคับใช้กฎหมายกัญชา ฐานข้อมูลของตำรวจ ศาล และหน่วยงานคุมประพฤติ	การทำให้กัญชาถูกกฎหมายอาจจะลดต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับระบบยุติธรรมอาญา แต่อาจจะเพิ่มต้นทุนในการควบคุม กำกับธุรกิจที่เกี่ยวข้อง ซึ่งต้นทุนนี้จะเท่ากับผลตอบแทนจากการจ้างงานและภาษีที่เรียกเก็บได้หักด้วยค่าใช้จ่ายในการออกและบังคับใช้กฎหมายควบคุมตลาดกัญชาที่เกิดขึ้นใหม่ ข้อมูลนี้มีความสำคัญต่อการประมาณค่าผลกระทบทางเศรษฐกิจสุทธิจากการทำให้กัญชาถูกกฎหมาย

ตัวแปร	แหล่งข้อมูล	เหตุผล/ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบาย
ผลกระทบด้านอื่น		
ลักษณะของผู้บริโภค	ข้อมูลในระบบลงทะเบียน/กำกับดูแลผู้ใช้กัญชา การศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ใช้หลัก	หากประเทศมีข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้ใช้กัญชาที่ลงทะเบียนไว้ (เช่นประเทศอูรุกวัยที่ให้ผู้บริโภคทุกคนต้องลงทะเบียน) จะช่วยให้เข้าใจลักษณะของผู้บริโภค ทั้งในแง่ปัญหาสุขภาพ และลักษณะประชากร และปริมาณกัญชาที่ซื้อหรือเสพในแต่ละปี
ความคิดเห็นหรือการสนับสนุนของสังคมต่อกัญชาและนโยบายกัญชา	การสำรวจความคิดเห็นของประชาชน	ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยบอกถึงบรรทัดฐานสังคมที่มีต่อกัญชา ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงตามนโยบาย การบังคับใช้กฎหมาย และเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งทางบวกและทางลบในสังคม
การโฆษณา/การตลาดหรือส่งเสริมการขาย/บริโภคกัญชา	อาจจะกำหนดให้การโฆษณาทุกชิ้นต้องรายงานต่อหน่วยงานกำกับดูแล หรือการทำการศึกษาล้างการโฆษณา	ผลจากการโฆษณาส่งเสริมการบริโภคกัญชาขึ้นอยู่กับกฎหมายที่ควบคุมการโฆษณาว่า จะมีความเข้มงวดและชัดเจนมากน้อยเพียงใด รวมทั้งการรณรงค์ การให้ความรู้เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหลังการเปิดเสรีกัญชา

สรุปได้ว่า การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นเพียงก้าวแรกในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงนโยบาย
กัญชาในประเทศไทย ข้อมูลในรายงานนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของภาพรวมสถานการณ์กัญชาในประเทศไทย การตีความ
และนำไปใช้ควรพิจารณาจากข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม ยังมีประเด็นที่ต้องศึกษาและพิจารณาเพิ่มเติมอีกมาก
เพื่อให้สามารถกำหนดนโยบายและแนวทางในการใช้กัญชาได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย นโยบายกัญชาในประเท
ศไทยเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และมีผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ ออกสู่ท้องตลาดอยู่เสมอ ถึงแม้ว่า การเปลี่ยนแปลงนโยบายนี้
จะเป็นโอกาสสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ แต่ในขณะเดียวกันก็มีความท้าทายในการ
ควบคุมและป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น รัฐบาลและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการกำหนด
นโยบายที่รอบคอบและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การใช้กัญชาเป็นไปอย่างปลอดภัยและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคมใน
ระยะยาว

บรรณานุกรม

1. National Academies of Sciences Engineering and Medicine. The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research 2022 [cited 2022 9 Dec. Available from: <https://nap.nationalacademies.org/catalog/24625/the-health-effects-of-cannabis-and-cannabinoids-the-current-state>.
2. Chang-Douglass S, Mulvihill C, Pilling S. Cannabis-based medicinal products: summary of NICE guidance. *Bmj*. 2020;369:m1108.
3. กระทรวงสาธารณสุข. กัญชาทางการแพทย์ นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2022 [cited 2022 9 Dec]. Available from: <https://www.medcannabis.go.th>.
4. National Academies of Sciences E, Medicine, Health, Medicine D, Board on Population H, Public Health P, et al. The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health. In: Boyle EB, Hurd YL, Teutsch SM, editors. Cannabis Policy Impacts Public Health and Health Equity. Washington (DC): National Academies Press (US) Copyright 2024 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.; 2024.
5. Rolles S, Murkin G. How to regulate cannabis: a practical guide: Transform Drug Policy Foundation; 2014 [cited 2022 29 December]. Available from: <https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/Civil/Transform-Drug-Policy-Foundation/How-to-Regulate-Cannabis-Guide.pdf>.
6. สาวิตรี อึ้งฉางกรชัย, วิชัยดิษฐ์ วท, สมะตอเล้าะ สกญ. การทบทวนขอบเขตและสังเคราะห์องค์ความรู้เรื่องพัฒนาการล่าสุดของนโยบายด้านกัญชา และผลกระทบของนโยบายอนุญาตให้กัญชาถูกกฎหมายในประเทศที่ใช้นโยบายนี้. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2566.
7. Babor T, Casswell S, Graham K, Huckle T, Livingston M, Österberg E, et al. Alcohol: No Ordinary Commodity Research and public policy. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2022.
8. Babor T, Caulkins J, Fischer B, Foxcroft D, Humphreys K, Medina-Mora ME, et al. Drug Policy and the Public Good: Oxford University Press; 2018 23 Aug 2018.
9. Barry RA. Challenges achieving horizontal coherence across health and public security policies in formulating Uruguay's cannabis regulation. *Health Promot Int*. 2024;39(5).
10. Kilmer B. New developments in cannabis regulation. Vienna: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2017.
11. อภินันท์ อร่ามรัตน์, วัชรพงษ์ พุ่มชื่น, เกரியงไกร พึ่งเชื้อ. โครงการพัฒนารูปแบบชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิด. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2567.
12. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Monitoring and evaluating changes in cannabis policies: insights from the Americas, Technical report. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.

ภาคผนวก

ระเบียบวิธีวิจัยและผลการศึกษาโดยย่อของโครงการวิจัยที่ประกอบในรายงานนี้

<p>โครงการที่ 1: โครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมการใช้ การเข้าถึงกัญชาและสารเสพติดชนิดอื่น ผลกระทบจากการใช้ การรับรู้ และความคิดเห็นต่อมาตรการด้านกัญชาในประชากรทั่วไป</p>	
<p>ชื่อและสังกัดของนักวิจัย: รศ.ดร.วิทย์ วิชัยดิษฐ์ สาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์</p>	
<p>วัตถุประสงค์: สำรวจความชุก แบบแผน พฤติกรรมการใช้กัญชา และสารเสพติด ชนิดอื่น การเข้าถึงกัญชา ผลกระทบจากการใช้ของตนเองหรือผู้อื่น การรับรู้ ประโยชน์ โทษ กิจกรรมการตลาด ความคิดเห็นต่อนโยบาย/มาตรการ และ ประเมินการจำนวนผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์/นันทนาการ</p>	<p>ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการสำรวจพฤติกรรมการใช้กัญชาในประชากรทั่วไปทั่วประเทศสามครั้ง ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2566 กันยายน 2566 และกุมภาพันธ์ 2567 โดยแต่ละครั้งมีประชาชนไทยอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 2,200 คน ใน 12 จังหวัดในทุกภาคของประเทศไทย เข้าร่วมในการศึกษา โดยการตอบแบบสัมภาษณ์แบบต่อหน้า การคัดเลือกประชากรเข้าร่วมในการศึกษาทำโดยการสุ่มตัวอย่างแบบอิสระหลายชั้นภูมิเพื่อให้เป็นตัวแทนของประชากรไทยทั่วประเทศ</p>
<p>ข้อค้นพบที่สำคัญ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จากการสำรวจ 3 ครั้ง ในภาพรวม ประชาชนไทยประมาณร้อยละ 30 เคยใช้กัญชาในช่วงชีวิต โดยร้อยละ 15 หรือครึ่งหนึ่งของผู้ใช้กัญชาในช่วงชีวิต ใช้กัญชาในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ทั้งนี้ เมื่อแยกตามเพศและกลุ่มอายุ พบว่าประชาชนเพศชายและกลุ่มเยาวชน (อายุ 20-24 ปี) มีสัดส่วนผู้ใช้กัญชามากกว่าประชาชนเพศหญิงและกลุ่มผู้สูงอายุ 2. ผู้ตอบแบบสำรวจที่เป็นผู้ใช้กัญชาในปัจจุบัน ใช้กัญชาด้วยวิธีกินหรือดื่มมากที่สุด ตามมาด้วยวิธีสูบประมาณร้อยละ 40-50 ใช้กัญชามากกว่าสัปดาห์และครั้ง แต่การใช้กัญชาพร้อมกับสารเสพติดอื่นมีค่อนข้างน้อย 3. ผู้ตอบแบบสอบถามที่ใช้กัญชาในปัจจุบัน ครึ่งหนึ่งสามารถเข้าถึงกัญชาได้ในเวลาไม่เกิน 10 นาที โดยมีความแตกต่าง-การกระจายตัวของเวลาในการเข้าถึงค่อนข้างน้อย ในการสำรวจทั้งสามครั้ง แหล่งที่มาของกัญชาที่มีการรายงานบ่อยที่สุด คือ เพื่อนหรือคนในชุมชน ตามด้วยการซื้อจากแผงขาย และการปลูกหรือผลิตเอง อย่างไรก็ตาม พบการขายกัญชาน้อยมากในกลุ่มครัวเรือนที่มีคนปลูกกัญชา 4. การได้รับควีนกัญชามีสอง ค่อนข้างหลากหลายในการสำรวจแต่ละครั้ง โดยเฉพาะการได้รับควีนกัญชาในมหาวิทยาลัย อย่างไรก็ตาม การสำรวจทั้งสามครั้งพบว่าฝับ และหอปักหรือแฟลต เป็นพื้นที่ที่มีการรายงานการได้รับควีนกัญชามีสองค่อนข้างมาก 5. ในส่วนของผลกระทบจากการใช้กัญชา พบว่าแม้ว่าผู้ตอบแบบสอบถามที่ใช้กัญชาในปัจจุบันประมาณหนึ่งในหกจะเคยประสบอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บในช่วงปี แต่การรายงานว่าใช้กัญชาในกลุ่มดังกล่าวก่อนเกิดเหตุมีน้อยมาก 6. เมื่อสอบถามเกี่ยวกับมาตรการควบคุมการใช้กัญชาในการสำรวจทั้งสามครั้ง พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเกินร้อยละ 90 เห็นว่าควรมีมาตรการควบคุมการใช้กัญชาที่คล้ายกับการควบคุมแอลกอฮอล์ และเกือบร้อยละ 90 มองว่า "การเปิดเสรีกัญชา" โดยรวมส่งผลเสียมากกว่าผลดี แต่ความคิดเห็นเรื่องการปลูกกัญชาเพื่อการแพทย์และเภสัชกรรมมีความหลากหลาย 7. ทศนคติเกี่ยวกับการใช้กัญชา พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ถึงครึ่งหนึ่งมองว่าการใช้กัญชาเพียง 1-2 ครั้ง ส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ และมองว่าหากตนติดกัญชา ครอบครัวและเพื่อนฝูงของตนจะมองว่าเป็นที่น่ารังเกียจน้อยกว่ายาเสพติดที่รุนแรง (ยาบ้า เฮโรอีน ยาเค ยาอี) 	

8. การพบเห็นโฆษณา ผลการสำรวจชี้ว่า แหล่งโฆษณาที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ ร้านหรือแผงลอยขายผลิตภัณฑ์ ตามด้วยแหล่งอื่นๆ และอินเทอร์เน็ต/สื่อสังคมออนไลน์
9. ความแตกต่างของการโฆษณาตามลักษณะประชากรศาสตร์และเศรษฐกิจ พบว่า ร้านค้าหรือแผงขายผลิตภัณฑ์เป็นแหล่งการโฆษณาที่มีการรายงานมากที่สุด นอกจากนี้ยังมีแหล่งโฆษณาอื่น ๆ ด้วย อย่างไรก็ตาม การพบเห็นโฆษณาเกี่ยวกับกัญชาผ่านระบบอินเทอร์เน็ตหรือสื่อสังคมออนไลน์มีความแตกต่างกันค่อนข้างมากระหว่างประชาชนวัยต่าง ๆ กลุ่มเยาวชน (อายุไม่เกิน 24 ปี) ทั้งเพศชายและหญิง มีการรายงานการพบเห็นโฆษณากัญชาผ่านระบบอินเทอร์เน็ตหรือสื่อสังคมออนไลน์มากใกล้เคียงกับการเห็นร้านหรือแผงขายผลิตภัณฑ์ ในขณะที่ในกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) รายงานว่าตนพบเห็นโฆษณาผ่านระบบอินเทอร์เน็ตค่อนข้างน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุทั้งหมด)
10. ความแตกต่างของความคิดเห็นต่อกัญชาตามลักษณะประชากรศาสตร์และเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะสนับสนุนการควบคุมกัญชามากกว่าเพศชาย และความแตกต่างดังกล่าวเห็นได้ชัดเจนกว่าความแตกต่างระหว่างวัยในกลุ่มคนเพศเดียวกัน

โครงการที่ 2: โครงการสำรวจพฤติกรรมการใช้กัญชาและสารเสพติดชนิดอื่น ความรู้และทัศนคติต่อกัญชาในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา และเยาวชนนอกสถานศึกษา

ชื่อและสังกัดของนักวิจัย: รศ.ดร.วิไลลักษณ์ ลังกา
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วัตถุประสงค์: เพื่อสำหรับพฤติกรรมการใช้กัญชาและสารเสพติดชนิดอื่น การเข้าถึง ความรู้และทัศนคติต่อกัญชาในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์ย่อยได้แก่

- 1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้กัญชาและสารเสพติด การเข้าถึงแบบอย่างการเข้า การรับรู้ ประโยชน์/โทษ ผลกระทบของการใช้กัญชาต่อตนเองและผู้อื่น และทัศนคติต่อกัญชาในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษา
- 2) เพื่อวิเคราะห์โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการใช้กัญชาและสารเสพติดชนิดอื่นของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษา
- 3) เพื่อค้นหาค่าอธิบายเชิงลึกเกี่ยวกับสาเหตุของพฤติกรรมการใช้กัญชาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษา ทั้งในมิติภูมิหลัง สาเหตุ กระบวนการ และผลกระทบทางพฤติกรรมศาสตร์
- 4) เพื่อสร้างข้อเสนอแนะทางการป้องกันการเกิดพฤติกรรมการใช้กัญชาในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยผสมวิธี (Mixed Methods Research) แบบลำดับขั้นเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Design)

งานวิจัยระยะที่ 1 เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 10,583 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) จาก 5 ภูมิภาค โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียน 5 กลุ่มได้แก่ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ระดับอาชีวศึกษา และเยาวชนนอกสถานศึกษา เพื่อสำรวจสถานการณ์พฤติกรรมการใช้กัญชาและสารเสพติดฯ และวิเคราะห์โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการใช้กัญชาและสารเสพติดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษา

งานวิจัยระยะที่ 2 เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นนักเรียน และเยาวชนนอกสถานศึกษาในเขตกรุงเทพฯ นนทบุรี ปทุมธานี และจังหวัดอุทัยธานี รวมจำนวน 29 คน และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการให้ข้อเสนอแนะทางการป้องกันการเกิดพฤติกรรมการใช้กัญชาในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษาจำนวน 11 คน ในระยะนี้เป็นการค้นหาค่าอธิบายเชิงลึกเกี่ยวกับสาเหตุของพฤติกรรมการใช้กัญชาทั้งในมิติภูมิหลัง สาเหตุ แบบแผนการใช้ และผลกระทบของการใช้กัญชาในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษา และสร้างข้อเสนอแนะทางการป้องกันการเกิดพฤติกรรมการใช้กัญชาในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการหาคุณภาพเครื่องมือทั้งในเรื่องของความเที่ยงตรง อำนาจจำแนกและความเชื่อมั่น ในส่วนของกรวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประมาณ ใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอ้างอิงใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบ t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว One-Way-ANOVA และการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างเชิงเส้น (Structural Equation modeling: SEM) ในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ข้อค้นพบที่สำคัญ:

1. ผลการศึกษาพฤติกรรมการใช้กัญชาและสารเสพติดชนิดอื่น ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษา พบว่า นักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษาจำนวน 10,583 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่เคยใช้กัญชา คิดเป็นร้อยละ 70.25 แต่มากกว่าครึ่งหนึ่งเคยใช้สารเสพติดชนิดอื่น คิดเป็นร้อยละ 56.77 และมีผู้ที่ไม่เคยใช้กัญชาและสารเสพติดชนิดใด น้อยกว่าครึ่งหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 39.94 เมื่อพิจารณาการใช้กัญชาแต่ละลักษณะพบว่า “การรับประทานอาหารมีส่วนผสมของกัญชา” เป็นลักษณะที่พบมากกว่า

ลักษณะอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 19.32 สำหรับการใช้อุบัติการณ์อื่น พบว่าสารเสพติดที่ได้รับความนิยมมากกว่าประเภทอื่น ๆ คือ “เครื่องดื่มแอลกอฮอล์” ซึ่งมีผู้ใช้ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.9) ขณะที่สารเสพติดประเภทอื่นที่ได้รับความนิยมรองลงมาคือ “ใบกระท่อม” “ผลิตภัณฑ์ยาสูบ” “สารผสมน้ำกระท่อม” และ “โคเคน”

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้กัญชาและสารเสพติดชนิดอื่น พบว่า เยาวชนที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการใช้กัญชา การใช้อุบัติการณ์อื่น และภาพรวมพฤติกรรมการใช้กัญชาและสารเสพติดอื่น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
3. ผลการวิเคราะห์โมเดลปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการใช้กัญชาและสารเสพติดชนิดอื่นของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษา พบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการใช้กัญชาและสารเสพติดชนิดอื่นของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษา มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพฤติกรรมการใช้กัญชาและสารเสพติดได้รับอิทธิพลทางตรงจากกลุ่มตัวแปรปัจจัยเสี่ยง (การเข้าถึงกัญชา, ทัศนคติที่มีต่อกัญชา และการคล้อยตามกลุ่มคนใช้กัญชา) สูงสุด มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเป็นบวกเท่ากับ 0.67
4. ผลการค้นหาคำอธิบายเชิงลึกเกี่ยวกับสาเหตุของพฤติกรรมการใช้กัญชาของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษา พบว่า ในประเด็นอายุเริ่มต้นที่ใช้กัญชา เหตุผลของการใช้กัญชา สาเหตุของการใช้กัญชา และผลกระทบต่อการใช้กัญชามีลักษณะที่คล้ายกัน คือ เริ่มจากการถูกชักชวนโดยกลุ่มเพื่อนหรือรุ่นพี่ โดยเริ่มจากการใช้บองไม้นี้ หรือขวดที่ดัดแปลงทำขึ้นเองแบบท่อ และมีวิธีการใช้การยำ การอัดแท่ง ด้วยเหตุผลของการลอง คือ การอยากรู้อยากลอง ผลกระทบที่เกิดจากการใช้กัญชา จำแนกเป็นประเด็นผลกระทบต่อด้านการเรียน พบว่า เรียนไม่รู้เรื่อง คิดอะไรไม่ออก สมองคิดช้า ง่วงนอน มาสายหรือขาดเรียนบ่อย ส่งผลให้ผลการเรียนแย่ลง ผลกระทบด้านสุขภาพ ร่างกายเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย คอแห้งและปวดเมื่อยตัว ผลกระทบด้านอารมณ์ความรู้สึก อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด ไม่กล้าแสดงออก แต่ถ้าหากได้สูบกัญชาจะอารมณ์ดี สนุกสนาน กล้าแสดงออก ในส่วนของกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ใช้กัญชา ให้เหตุผลที่ไม่ลองใช้เป็นเพราะกลัวผลข้างเคียง กลัวปัญหาสุขภาพกายและใจ รู้ว่าผลกระทบจากการใช้กัญชาเป็นสิ่งที่น่ากลัว และยังกระทบต่อความรู้สึกของคนในครอบครัว ตระหนักว่ากัญชาเป็นสิ่งไม่ดี มีวิธีการปฏิเสธการใช้กัญชา คือ ใช้การปฏิเสธโดยตรงโดยให้เหตุผลถึงเรื่องสุขภาพ ครอบครัว กฎหมาย และจะพยายามหลีกเลี่ยงไม่เข้าไปข้องเกี่ยวกับผู้ชักชวน เมื่อปฏิเสธได้จะรู้สึกดีกับตัวเอง เห็นคุณค่าในตัวเองที่ไม่เข้าไปเกี่ยวข้องกับสิ่งไม่ดี ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพกายใจและผลการเรียน
5. ข้อเสนอแนะทางการป้องกันการเกิดพฤติกรรมการใช้กัญชาในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษา คณะผู้วิจัยได้เสนอแนะทางการป้องกันการเกิดพฤติกรรมการใช้กัญชาในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษา ที่แบ่งตามระดับระบบนิเวศที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาดูแลและช่วงเหลือกลุ่มเป้าหมาย ตั้งแต่ระดับนโยบาย/กระทรวง ศูนย์กลางพื้นที่ภูมิภาค/จังหวัด องค์กรหน่วยงาน/สถานศึกษา ชุมชนและครอบครัว และจากข้อเสนอแนะทางการป้องกันการเกิดพฤติกรรมการใช้กัญชาในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาและเยาวชนนอกสถานศึกษาที่แบ่งตามระดับระบบนิเวศ ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างการนำข้อเสนอแนะต่างๆ มาบูรณาการในการสร้าง “พื้นที่ปลอดภัยสร้างสรรค์นวัตกรรม ลดความเสี่ยงต่อการใช้กัญชาและสารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชน” โดยเป็นโมเดลพื้นที่เป็นฐานการสร้างนวัตกรรมป้องกันการใช้กัญชาและสารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชนในพื้นที่

<p>โครงการที่ 3: ผลของนโยบายกัญชาเสรีทางการแพทย์ต่อนักศึกษามหาวิทยาลัย เยาวชนผู้กระทำความผิด และสถานบริการของรัฐ</p>	
<p>ชื่อและสังกัดของนักวิจัย: รศ.ดร.พญ.รัศมี โชติพันธ์วิทยากุล สาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์</p>	
<p>วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลกระทบจากนโยบายกัญชาเสรีต่อทัศนคติ ความรู้ การเข้าถึง พฤติกรรมการใช้กัญชาในกลุ่มประชากร แบ่งเป็น 3 โครงการย่อย ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) นักศึกษามหาวิทยาลัย 2) เยาวชนผู้กระทำความผิด 3) บุคคลอื่น ๆ ที่ได้รับผลกระทบจากผู้เสพยาเสพติด รวมถึงหน่วยงานบริการของรัฐที่ต้องดูแลผู้ได้รับผลกระทบดังกล่าว 	<p>ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษานี้แบ่งออกเป็น 3 โครงการย่อย ได้แก่</p> <p>โครงการย่อยที่ 1 ผลของนโยบายกัญชาเสรีทางการแพทย์ต่อนักศึกษามหาวิทยาลัย เป็นการสำรวจความเข้าใจและพฤติกรรมการบริโภคกัญชา หลังจากการประกาศนโยบายกัญชาเสรีทางการแพทย์ ในนักศึกษามหาวิทยาลัย ระดับปริญญาตรี ใน 4 ภูมิภาค 17 มหาวิทยาลัย จำนวนอาสาสมัครทั้งสิ้น 2,880 คน แบ่งเป็น 1) จากมหาวิทยาลัย หรือสถาบันของรัฐ (ภูมิภาคละ 2,141 คน) 2) จากมหาวิทยาลัย เทคโนโลยี ราชมงคล (ภูมิภาคละ 326 คน) และ 3) จากมหาวิทยาลัยเอกชน (ภูมิภาคละ 413 คน) อายุระหว่าง 19-22 ปี โดยใช้แบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ผ่านโปรแกรม Google form ซึ่งนักศึกษาจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จากนั้นระบบจะส่งข้อมูลกลับอัตโนมัติเพื่อบันทึกในแหล่งเก็บข้อมูลของศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาศักยภาพและเยาวชน สาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม โดยใช้โปรแกรม Rstudio</p> <p>โครงการย่อยที่ 2 ผลของนโยบายกัญชาเสรีทางการแพทย์ต่อเยาวชนผู้กระทำความผิดและผู้ดูแลเยาวชน: พฤติกรรมการบริโภคกัญชา สารเสพติดระหว่างการกระทำความผิด และปัญหาสุขภาพจิตในเยาวชน เป็นการสำรวจและสัมภาษณ์เชิงลึก เยาวชนผู้กระทำความผิดและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานพินิจหรือศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนหลังจากวันที่ 9 มิถุนายน 2565 (เก็บข้อมูลช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม – เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566) ในเขตพื้นที่ 4 ภาคและกรุงเทพฯ จำนวนทั้งสิ้น 21 แห่ง แบ่งออกเป็นสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน 11 แห่ง และศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน 10 แห่ง กระบวนการเก็บข้อมูลดำเนินการโดยขอความร่วมมือไปยังสถานพินิจและศูนย์ฝึกฯ ในการอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถามจะไม่มีรายละเอียดที่สามารถระบุตัวตนของอาสาสมัครได้ แบบสอบถามทุกฉบับจะถูกแทนด้วยรหัส มีการปกปิดข้อมูลเป็นความลับ การเก็บข้อมูลเป็น 3 ส่วน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การสำรวจโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 1,220 คน อายุเฉลี่ย 17.1±1.6 ปี อาสาสมัครตอบแบบสำรวจด้วยตนเอง แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลประชากรศาสตร์ แบบวัดการ

	<p>ปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว แบบสอบถามอารมณ์ความรู้สึก บวกและลบ แบบทดสอบคุณลักษณะที่ดี แบบสอบถามเรื่อง ความหมายของชีวิต ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชา ความเห็นต่อนโยบายกัญชาเสรี การรับข้อมูลเกี่ยวกับกัญชา ผลกระทบจาก ผู้ใช้กัญชา พฤติกรรมการใช้กัญชา และผลกระทบของการ บริโภคกัญชา ใช้เวลาในการทำแบบสำรวจประมาณ 20 นาที</p> <p>2. การสัมภาษณ์เชิงลึกเยาวชนฯ กรณีคดีซับซ้อนและมีการใช้ กัญชาระหว่างการกระทำผิด จำนวน 27 คน โดย จิตแพทย์เด็ก และ/หรือ พยาบาลเชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์ และการให้คำปรึกษา การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 45 นาที สัมภาษณ์ในประเด็นประสบการณ์ชีวิตในวัยเด็ก ประสบการณ์ ใช้ยาเสพติด การกระทำผิดและการถูกจับ ชีวิตในสถานพินิจ และคุ้มครองเด็กและเยาวชน/ศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน ผลจากการใช้กัญชา ผลกระทบจากนโยบายกัญชาเสรีทาง การแพทย์ ข้อเสนอแนะต่อนโยบายกัญชาเสรีทางการแพทย์ หากชีวิตย้อนกลับไปได้ การคาดการณ์การดำเนินชีวิตหลังจาก จากสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน/ศูนย์ฝึกอบรมเด็ก และเยาวชน และสิ่งที่อยากบอกเพื่อน</p> <p>3. สัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการสถานพินิจหรือศูนย์ฝึกและอบรม เด็กและเยาวชน จำนวน 15 ท่าน และสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ดูแลเยาวชนผู้กระทำผิดประกอบด้วย นักจิตวิทยา นักสังคม สงเคราะห์ และ/หรือ พ่อบ้าน แม่บ้าน จำนวน 53 คน (15 กลุ่ม) สัมภาษณ์ในประเด็น ปัญหาของเยาวชนสถานพินิจฯและ ศูนย์ฝึกฯ นโยบายกัญชาเสรีทางการแพทย์ในมุมมองของ ผู้อำนวยการฯ ผลกระทบนโยบายกัญชาเสรีทางการแพทย์ต่อ เยาวชน ผลกระทบนโยบายกัญชาเสรีทางการแพทย์ต่อ ประเทศชาติ การปรับเปลี่ยนการดูแลเยาวชนหลังรัฐบาล ประกาศนโยบายกัญชาเสรีทางการแพทย์ การส่งต่อเยาวชน ผู้ใช้กัญชาเพื่อรักษาและฟื้นฟู และข้อเสนอแนะ</p> <p>โครงการย่อยที่ 3 ผลกระทบจากการใช้กัญชาของผู้อื่น และ นโยบายกัญชาต่อภาระงานของสถานบริการของรัฐ เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ ต่อการ ให้บริการของสถานบริการของรัฐ ได้แก่ สถานพยาบาล สถานีตำรวจ สวัสดิการสังคม ในพื้นที่ 4 ภูมิภาคของประเทศไทย อาสาสมัคร 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ได้รับผลกระทบจากกัญชาหรือนโยบายฯ จำนวนทั้งสิ้น 23 คน เก็บข้อมูลในประเด็น ข้อมูลทางประชากรศาสตร์ทั้งผู้ใช้กัญชา และผู้ได้รับผลกระทบ ผู้เสพกัญชา การได้รับผลกระทบจากผู้เสพ กัญชา ความรุนแรงที่ได้รับผลกระทบ นโยบายกัญชาทางการแพทย์ใน</p>
--	--

มุมมองของสมาชิกครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบ ผลกระทบนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อเด็กและเยาวชน และผู้ให้บริการที่สถานบริการของรัฐ จำนวนทั้งสิ้น 20 กลุ่ม เก็บข้อมูลในประเด็น นโยบายกัญชาทางการแพทย์ในมุมมองของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ผลกระทบนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อเยาวชน ผลกระทบนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อประเทศชาติ และข้อเสนอแนะ สัมภาษณ์โดยจิตแพทย์และ/หรือ พยาบาลเชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์และการให้คำปรึกษาและ/ หรือ ผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการอบรมในการทำสัมภาษณ์เชิงลึก หากได้รับอนุญาตจะมีการบันทึกเสียง และจดบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์ ใช้เวลานานประมาณ 45 นาที การสัมภาษณ์จะใช้นามสมมติ เพื่อไม่ให้ทราบตัวตนผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจะถูกถอดเทปคำต่อคำ และส่งให้ผู้สัมภาษณ์หรือนักวิจัยเชิงคุณภาพในการวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปความ

- ข้อค้นพบที่สำคัญ:**
ผลของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อนักศึกษามหาวิทยาลัย (n=2420 คน)
- 1. ความชุก:** นักศึกษามหาวิทยาลัยมีความชุกการใช้กัญชาโดยรวม 15.4% จำแนกเพศชายและเพศหญิง มีความชุกการใช้กัญชา 32.7%, 6.8% ตามลำดับ กลุ่มอายุที่เคยใช้มากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ ระหว่าง 19-22 ปี ความชุก 10.6% อายุ 23-25 ปี 3.6% อายุ 16-18 ปี 1.15%
 - 2. ชนิดผลิตภัณฑ์กัญชาที่ใช้:** นักศึกษามหาวิทยาลัยส่วนใหญ่ใช้กัญชาในรูปแบบ อาหารและเครื่องดื่มผสมกัญชา (53.0%) ดอกกัญชา (52.7%) ใบสด ใบแห้ง ใบอบแห้ง (51.1%) น้ำมันกัญชา/สารสกัดกัญชา (17.9%) ผลิตภัณฑ์ใช้ภายนอกผสมกัญชา เช่น ครีมบำรุงผิว (7.6%) กัญชาไฟฟ้า (7.6%)
 - 3. สารเสพติดอื่น ๆ ที่ใช้ร่วม:** ผลิตภัณฑ์ยาสูบ บุหรี่มวน ยาเส้นแบบสูบ แบบเคี้ยว บาราเก้ ชิการ์ ฯลฯ (53.5%) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เบียร์ ไวน์ เหล้า) (37.9%) บุหรี่ไฟฟ้า (27.2%) ไบกระท่อม/สารผสมน้ำดื่ม ไบกระท่อม (สีคูนร้อย แปดคูนร้อย วันทูคอล ฯลฯ) (17.7%) ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า ยาไอซ์ สปีด ฯลฯ) (2.4%) อื่น ๆ (0.6%)
 - 4. สาเหตุที่ใช้:** อยากรลอง (66.8%) เพื่อนชวน (32.4%) คิดว่าลดความเครียด (31.3%) คิดว่าเพิ่มความสุข (29.7%) คิดว่าช่วยการนอน (33.8%) คิดว่าช่วยการรับประทานอาหารให้ดีขึ้น (27.2%) ใช้ทางการแพทย์ (13.9%) การประกาศให้กัญชาถูกกฎหมาย (12.5%) เห็นโฆษณา (4.6%)
 - 5. การใช้กัญชาครั้งล่าสุด :** 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (12.1%) 2 - 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา (4.1%) มากกว่า 1 - 3 เดือนที่ผ่านมา (12.1%) มากกว่า 3 - 6 เดือนที่ผ่านมา (9.9%) มากกว่า 6 - 12 เดือนที่ผ่านมา (14.0%) และมากกว่า 12 เดือนที่ผ่านมา (47.9%)
 - 6. แหล่งได้รับ:** เพื่อน คนรู้จัก (68.6%) ซื้อจากร้านค้า บุคคลอื่น (34.4%) เก็บจากต้น (27.3%) สั่งซื้อจากร้านค้าออนไลน์ (15.4%) พ่อ แม่ ญาติ (11.0%) แพทย์แผนปัจจุบัน โรงพยาบาล (5.0%) ร้านขายยา (3.0%) แพทย์แผนไทย (3.9%)
 - 7. บุคคลที่ใช้ร่วมกัน:** ร่วมกับเพื่อน (68.3%) คนเดียว (36.1%) กับกลุ่มเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในงานสังสรรค์ (36.4%)
 - 8. สถานที่ที่ใช้ :** บ้าน (77.5%) ร้านอาหาร/ผับ/บาร์/สถานที่รื่นเริง/งานสังสรรค์ (28.1%) ที่สาธารณะทั่วไป (11.4%) มหาวิทยาลัย (9.4%) ที่ทำงาน (4.7%)

9. **ผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้กัญชา:** นักศึกษาที่เคยใช้กัญชาร้อยละ 62.6 ไม่มีผลกระทบหรืออาการข้างเคียงเกิดขึ้นหลังจากใช้กัญชา และหนึ่งในสามได้รับผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตประจำวัน ได้แก่ ใจสั่นหรือหัวใจเต้นเร็ว (22.2%) เบื่อ ไม่อยากทำอะไร รู้สึกเศร้า (8.9%) มีอาการหูแว่ว ภาพหลอน หวาดระแวงหรือหวาดกลัว (10.5%) เรียนหรือทำงานแ่ล้ง ทำงานไม่เสร็จ (7.8%) เกิดภาวะถอน ต้องการใช้กัญชา (4.4%) ไม่สามารถไปเรียน หรือไม่สามารถไปทำงาน (5.3%) ความสัมพันธ์ในครอบครัวแ่ล้ง (1.9%)
10. **ผลกระทบจากผู้อื่นที่ใช้กัญชา:** เหม็นกลิ่นควัน (36.6%) รู้สึกไม่ปลอดภัย (32.2%) มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (14.0%) ให้การดูแลช่วยเหลือ (8.7%) นำส่งโรงพยาบาล (7.0%) ประสบอุบัติเหตุจราจร (4.0%)
11. **ความรู้เกี่ยวกับผลของกัญชาต่อสุขภาพ:** นักศึกษาส่วนใหญ่ทราบว่ากัญชาเสพติดได้ (82.8%) แต่มีนักศึกษาประมาณหนึ่งในสี่หนึ่งในสามเท่านั้นที่ทราบว่ากัญชามีผลกระทบต่อการทำงานของสมอง เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และส่งผลต่อสุขภาพจิต อารมณ์ก้าวร้าว อยากฆ่าตัวตาย เป็นต้น มีนักศึกษามากกว่าครึ่งหนึ่งทราบว่ากัญชาทำให้เกิดหูแว่ว ภาพหลอนได้
12. **ความเห็นต่อนโยบายกัญชาเสรี:** นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับมาตรการกัญชาเสรีต่าง ๆ ดังนี้ ปลุกกัญชาเสรี (73.0%) จำหน่ายกัญชาเสรี (90.4%) สื่อโฆษณากัญชาเสรี (94.0%) บริโภคกัญชาเสรี (96.9%) และไม่เห็นด้วยกับมาตรการเสรีใด ๆ (67.9%)
13. **การได้รับสื่อส่งเสริมการใช้กัญชา:** ร้อยละ 87.3 ของนักศึกษาเคยได้รับสื่อส่งเสริมการใช้กัญชา ที่มาของสื่อเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ สื่อออนไลน์และโซเชียลมีเดีย (72.0%) ร้านขายกัญชา (40.1%) ผับบาร์/ตลาด (24.0%) ป้ายประกาศสาธารณะ (22.2%) ทีวี (21.9%) โรงเรียน/โรงพยาบาล/สถานีดารวจ/สถานที่ราชการ (8.4%) แผ่นพับ/หนังสือพิมพ์/วารสารต่าง ๆ (7.3%) และ วิทยู (4.6%)
14. **การได้รับสื่อผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้กัญชา:** ร้อยละ 91.8 ของนักศึกษาได้รับสื่อผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้กัญชา โดยได้รับจาก สื่อออนไลน์และโซเชียลมีเดีย (81.8%) ทีวี (38.1%) โรงเรียน/โรงพยาบาล/สถานีดารวจ/สถานที่ราชการ (29.9%) ป้ายประกาศสาธารณะ (15.7%) แผ่นพับ/หนังสือพิมพ์/วารสารต่าง ๆ (15.5%) ร้านขายกัญชา (11.1%) ผับบาร์/ตลาด (9.3%) วิทยู (7.5%)
15. **ผลจากนโยบายกัญชาเสรีทางการแพทย์ต่อบริโภคกัญชา:** อยากลองและได้ลอง (17.5%) ใช้มากขึ้น (13.9%) ใช้เท่าเดิม (14.1%) ใช้น้อยลง (8.6%) อยากลองแต่ไม่ได้ลอง (3.6%)
16. **ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมการใช้:** ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาและความเห็นต่อนโยบายฯ ในนักศึกษาที่ใช้และไม่เคยใช้กัญชามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในทุกประเด็น **ในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชา** นักศึกษาที่เคยใช้กัญชาทราบว่ากัญชาเสพติดได้ (72.8%) เห็นด้วยว่ากัญชารักษาโรคได้สารพัดชนิด (57.3%) ทั้งนี้ นักศึกษาที่ไม่เคยใช้ทราบว่ากัญชามีผลกระทบต่อการทำงานของร่างกายโดยรวมมากกว่ากลุ่มที่ใช้กัญชา และในด้านความเห็นต่อนโยบาย นักศึกษาที่ใช้กัญชาเห็นด้วยมาตรการเสรีกัญชามากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้กัญชา โดยนโยบายที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ ปลุกกัญชาได้เสรี (60.1%) ในขณะที่กลุ่มที่ไม่เคยใช้กัญชา 74.4% ไม่เห็นด้วยกับมาตรการเสรีใด ๆ
17. **ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้และผลกระทบ:** นักศึกษาที่มีพฤติกรรมการใช้กัญชาล่าสุดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมารายงานว่า มีผลทำให้มีอาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว (13.3%) เบื่อหน่าย (6.7%) มีอาการหูแว่ว ภาพหลอน หวาดระแวง หรือหวาดกลัว (6.7%)

ผลของนโยบายยักยวษาเสรีทางการแพทยต่อเยวชนผู้กระทำควมผิดและผู้ดูแลเยวชน: พฤติกรรมการบริโภควย ักยวษา สารเสพติดระหว่งการกระทำผิด และปัญหสุขภาพจิตในเยวชน (n=1,219 คน)

- 1. ควมชุก:** เยวชนฯ บริโภควย ักยวษา ร้อยละ 79.1 จำแนกเพศชายและเพศหญิง มีควมชุกการใช้ ักยวษา 80.5%, 67.4% ตามลำดับ ส่วนใหญ่ใช้ในกลุมเยวชนที่มีอายุ อยู่ในช่วงระหว่ง 16-18 ปี (70.1%) ตามด้วยอายุ 19-21 ปี (16.3%) อายุ 11-15 ปี (12.9%) ร้อยละ 19.2 คิดว่าการใช้ ักยวษาของตนเป็นเหตุหนึ่งในการทำให้กระทำผิด และต้องโทษ เยวชนฯ ต้องการเลิกใช้ ักยวษา (22.8%) ไม่ต้องการเลิก (12.4%) เลิก ักยวษาสำเร็จ (42.1%) และยังไม่แนใจ (22.7%)
- 2. ชนิดผลิตภัณฑ์ ักยวษาที่ใช้:** ใบสด ใบแห้ง ใบอบแห้ง (67.8%) ดอก ักยวษา (66.7%) อาหารและเครื่องดื่มผสม ักยวษา (28.9%) น้ำมัน ักยวษา/สารสกัด ักยวษา (10.2%) ักยวษาไฟฟ้า (4.7%) ผลิตภัณฑ์ใช้ภายนอกผสม ักยวษา เช่น ครีมบำรุงผิว (2.6%) อื่นๆ (1.7%)
- 3. สารเสพติดอื่นที่ใชร่วม:** ผลิตภัณฑ์ยาสูบ บุหรี่มวน ยาเส้นแบบสูบ แบบเคี้ยว บาราเก๋ ชิการ์ ฯลฯ (76.3%) ใบกระท่อม/สารผสมน้ำต้มใบกระท่อม (สี่คูณร้อย แปดคูณร้อย วันทูลอด ฯลฯ) (44.5%) บุหรี่ไฟฟ้า (40.0%) ยาระดับประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า ยาอี ไอซ์ สปีด ฯลฯ) (37.3%) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (เบียร์ ไวน์ เหล้า) (35.1%) อื่น ๆ (7.3%)
- 4. สาเหตุที่ใช้:** อยากรอง (83.2%) เพื่อนชวน (52.3%) คิดว่าเพิ่มความสุข (31.6%) คิดว่าลดควมเครียด (25.3%) คิดว่าช่วยการนอน (18.4%) คิดว่าช่วยการรับประทานอาหารให้ดีขึ้น (16.5%) การประกาศให้ ักยวษาถูกกฎหมาย (6.2%) ใช้ทางการแพทย (2.8%) เห็นโฆษณา (2.3%) และ อื่น ๆ (0.9%)
- 5. แหล่งได้รับ:** เพื่อน คนรู้จัก (88.1%) ซื้อจากร้านค้า บุคคลอื่น (19.8%) เก็บจากต้น (34.2%) สั่งซื้อจากร้านค้าออนไลน์ (19.3%) พ่อ แม่ ญาติ (3.6%) แพทยแผนปัจจุบัน โรงพยาบาล (0.7%) ร้านขายยา (2.9%) แพทยแผนไทย (0.6%)
- 6. บุคคลที่ใชร่วมกัน:** ร่วมกับเพื่อน (90.8%) คนเดียว (35.7%) กับกลุ่มเพื่อนหรือคนอื่น ๆ ในงานสังสรรค์ (21.8%)
- 7. ผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้ ักยวษา:** เยวชนผู้กระทำควมผิดได้รับผลกระทบหรืออาการข้างเคียงหลังจากเกิดขึ้นใช้ ักยวษา ได้แก่ ใจสั่น หรือหัวใจเต้นเร็ว (44.2%) ไม่สามารถไปโรงเรียน หรือไม่สามารถไปทำงาน (25.5%) สูญเสียการควบคุมตนเองการตัดสินใจแย่งลง (24.0%) เร็วหรือทำงานแย่งลง ทำงานไม่เสร็จ (22.7%) เกิดภาวะถอน ต้องการใช้ ักยวษา (21.0%) เกิดภาวะถอนมีอาการหูแว่ว ภาพหลอน หวาดระแวง หรือกลัว (18.7%) เบื่อ ไม่อยากรทำอะไร รู้สึกเศร้า (18.6%) ประสบอุบัติเหตุ (10.3%) ความสัมพันธ์ในครอบครัวแย่งลง ทะเลาะกับเพื่อน (9.8%) ทำร้ายตนเอง (6.3%) ถูกนำส่งสถานพยาบาลเพราะได้รับอันตรายจากการใช้ ักยวษา เช่น ซ็อค เกิดภาวะหลอน ใจสั่น แพ้ ักยวษา (3.4%) และอื่น ๆ (23.9%)
- 8. ผลกระทบจากผู้อื่นที่ใช้ ักยวษาเรียงตามลำดับ:** เยวชนผู้กระทำควมผิดเคยได้รับผลกระทบแตกต่างกันได้แก่ เหม็นกลิ่นควันจากการใช้ ักยวษาของผู้อื่น (40.4%) รู้สึกไม่ปลอดภัย ขณะอยู่ใกล้ผู้ใช้ ักยวษา (27.4%) เป็นภาระเพราะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ได้ ขณะเขาใช้ ักยวษา เช่น ไม่ไปเรียน ไม่ไปทำงาน ทำงานไม่ได้ (26.5%) ประสบอุบัติเหตุเพราะผู้ขับขี่ใช้ ักยวษา (21.3%) ต้องดูแลผู้ใช้ ักยวษา (20.8%) ผู้ที่กำลังใช้ ักยวษาแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว หรือกระทำควมรุนแรงต่อท่าน ขณะเขาใช้ ักยวษา (14.3%) ต้องนำส่งสถานพยาบาลเพราะได้รับอันตรายจากการใช้ ักยวษา เช่น ซ็อค เกิดภาวะหลอน ใจสั่น แพ้ ักยวษา (12.0%) อื่น ๆ (19.1%)

9. **ความรู้เกี่ยวกับผลของกัญชาต่อสุขภาพ:** กัญชาเป็นสารเสพติด (65.5%) กัญชาทำให้ตอบสนองช้าลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ (59.5%) กัญชาทำให้การเรียนรู้แย่งลง (47.0%) กัญชาทำให้หัวใจเต้นเร็ว หัวใจวายถึงแก่ชีวิตได้ (41.4%) กัญชาเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า วิดกกังวล ก้าวร้าว และฆ่าตัวตายได้ (32.5%)
10. **ความเห็นต่อนโยบายกัญชาเสรี:** การปลูกกัญชาเสรี ปลูกที่ไหนก็ได้ ใครปลูกก็ได้ (เห็นด้วยที่สุด 41.1%) การมีผลิตภัณฑ์ผสมกัญชาขายเสรี เช่น คุกกี้ เครื่องดื่มต่าง ๆ (เห็นด้วยที่สุด 40.3%) การจำหน่ายกัญชาเสรี เช่น ตามร้านค้า ออนไลน์ ที่สาธารณะ (เห็นด้วยที่สุด 35.0%) การมีสื่อโฆษณาส่งเสริมการขายกัญชาเสรี (เห็นด้วยที่สุด 34.5%) การบริโภคกัญชาเสรี เช่น เด็กหรือวัยรุ่นสูบกัญชาได้ สูบที่ใดก็ได้ เวลาไหนก็ได้ (เห็นด้วยที่สุด 20.5%)
11. **การได้รับสื่อส่งเสริมการใช้กัญชา:** ร้อยละ 87.5 ของเยาวชนผู้กระทำความผิด เคยได้รับสื่อส่งเสริมการใช้กัญชา ที่มาของสื่อเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ สื่อออนไลน์และโซเชียลมีเดีย (60.7%) ร้านขายกัญชา (38.5%) ทีวี (20.7%) ผับบาร์/ตลาด (18.4%) ป้ายประกาศสาธารณะ (8.5%) โรงเรียน/โรงพยาบาล/สถานีตำรวจ/สถานที่ราชการ (5.9%) แผ่นพับ/หนังสือพิมพ์/วารสารต่าง ๆ (3.0%) และวิทยุ (2.8%)
12. **การได้รับสื่อผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้กัญชา:** ร้อยละ 81 ของเยาวชนผู้กระทำความผิด เคยได้รับสื่อผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้กัญชา ที่มาของสื่อเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ สื่อออนไลน์และโซเชียลมีเดีย (58.2%) ทีวี (43.3%) โรงเรียน/โรงพยาบาล/สถานีตำรวจ/สถานที่ราชการ (18.4%) ร้านขายกัญชา (17.4%) ป้ายประกาศสาธารณะ (7.4%) ผับบาร์/ตลาด (7.3%) แผ่นพับ/หนังสือพิมพ์/วารสารต่าง ๆ (7.0%) และวิทยุ (6.1%)
13. **ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรมการใช้:** ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชาและความเห็นต่อนโยบายฯ ในเยาวชนผู้กระทำความผิดที่เคยใช้และไม่เคยใช้กัญชามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกัญชา เยาวชนฯ ที่เคยใช้กัญชาทราบว่ากัญชาเสพติดได้ (64.7%) เห็นด้วยว่ากัญชาทำให้การเรียนรู้แย่งลง (44.8%) ทั้งนี้เยาวชนฯ ที่ใช้กัญชามีความเห็นทางบวกต่อมาตรการนโยบายเสรีมากกว่า ได้แก่ การปลูกกัญชาเสรี การจำหน่ายกัญชาเสรี การมีสื่อโฆษณาเสรี การมีผลิตภัณฑ์ผสมกัญชาขายเสรี และการบริโภคกัญชาเสรี แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ใช้กัญชา
14. **ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้และผลกระทบ:** เยาวชนฯ ที่ใช้กัญชามากกว่าครึ่ง (67.8%, 66.7%) ใช้ในรูปแบบใบ ดอก ซึ่งอาการข้างเคียงที่พบมากที่สุด คือ ใจสั่นหรือหัวใจเต้นเร็ว (47.0%, 42.4%) พบมากในกลุ่มที่ใช้กัญชาน้อยกว่า 3 ครั้งต่อเดือน

ผลจากนโยบายกัญชาเสรีทางการแพทย์ต่อการบริโภคกัญชา: ผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัว

สมาชิกในครอบครัวประเมินระดับความรุนแรงของผลกระทบจากสมาชิกครอบครัวที่ใช้กัญชาให้คะแนน 10/10 คะแนน โดยมีข้อสรุปผลกระทบ ดังนี้

1. ความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง ตลอดจนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ขาดความรับผิดชอบ ไม่ใส่ใจ ไม่ดูแล เหมือนสมองทำงานไม่ได้ มีลักษณะขี้เกียจ เฉยชา รับประทานอาหารเยาะ
2. ใช้เงินเปลือง โดยจะขอเงินจากครอบครัวสำหรับการหาซื้ออาหาร (รับประทานอาหารมากขึ้น) และซื้อของอื่น ๆ หากไม่ได้เงิน จะนำของใช้ในบ้านไปขายเพื่อแลกเงินมาใช้
3. มีอาการจิตเวช เช่น ประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง ตำรวจต้องนำส่งโรงพยาบาล
4. เข้ารับการรักษาบ้ำบัดไม่สม่ำเสมอ

5. การตัดสินใจไม่เหมาะสม หงุดหงิดง่าย ทำลายทรัพย์สิน ก้าวร้าว ข่มขู่จะทำร้ายหรือฆ่าสมาชิกครอบครัว และเพื่อนบ้าน ทำให้ผู้คนรอบข้างหวาดกลัว
6. ไม่รับผิดชอบต่อครอบครัวจนเกิดปัญหาหย่าร้าง ฯลฯ มีลูกแต่ไม่รับผิดชอบดูแล
7. ไม่รับผิดชอบต่อตัวเอง เช่น ไม่อยากเรียนหนังสือ
8. มารดามีภาวะตั้งเครียดตลอดเวลาเหมือนเลี้ยงเด็กอายุ 4 ขวบ
9. การประกาศใช้กฎหมายกัญชาเสรีมีผลกระทบทางลบมาก คือ ไม่ผิดกฎหมาย เข้าถึงง่าย ใช้กันทั่ว มีปริมาณการใช้มากขึ้น และเริ่มใช้ในกลุ่มอายุน้อยลง เด็กก้าวร้าวกับครู ผู้ปกครองและครูไม่สามารถปรามเด็กไม่ให้ใช้ได้ ต้องการให้ยกเลิกกฎหมายดังกล่าว
10. สำหรับประชาชนทั่วไปควรใช้กฎหมายกัญชาเป็นยาเสพติด เหมือนเดิม ยกเว้นเฉพาะหน่วยงานของรัฐที่เขาเอาไปใช้ประโยชน์

ผลกระทบต่อเพื่อนบ้าน

1. กลืนกัญชาครบจน จนเกิดปัญหาสุขภาพ
2. ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่อผู้คนรอบข้างถึงแม้ไม่ได้ใช้กัญชา
3. เพื่อนบ้านผู้ได้รับผลกระทบระบุว่ากฎหมายมีความหละหลวม ไม่ชัดเจน ร้านที่เปิดอยู่ในสถานที่ใกล้บ้านพักอาศัย สร้างบรรยากาศให้ผ่อนคลายในขณะที่ดูดกัญชาในร้าน ตำรวจก็ทำอะไรไม่ได้เพราะถูกกฎหมาย ไม่ควรปล่อยให้กัญชาถูกกฎหมายอย่างที่เป็นอยู่

ผลกระทบต่อภาระงาน/ผู้ให้บริการทางสังคม

เจ้าหน้าที่ดูแลเยาวชนผู้กระทำผิด (Focus group discussion)

1. เยาวชนฯ ใช้กัญชามากขึ้น
2. มีผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์มากขึ้น
3. ให้การดูแลเยาวชนฯ ยากขึ้น
4. เยาวชนฯ มีลักษณะก้าวร้าว
5. เยาวชนฯ เรียนรู้ช้า

เจ้าหน้าที่ตำรวจ (Focus group discussion)

1. เมื่อได้รับแจ้งเหตุ ไม่มีกฎหมายรองรับในการปฏิบัติหน้าที่
2. ไม่สามารถตรวจสอบสารเสพติดกัญชาได้ (ตรวจได้เฉพาะยาบ้า)
3. กรณีอาสาตรวจรุนแรง ต้องใช้กำลังตำรวจมาก ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้รับบริการอื่น ๆ ได้
4. มีความเสี่ยงต่ออันตรายขณะไปบรรเทาเหตุ
5. ไม่ทราบรายละเอียดของกฎหมาย
6. ครูดูแลปฏิบัติงานได้ไม่เต็มที่ และไม่ทราบว่าสอนนักเรียนอย่างไร

<p>โครงการที่ 4: สำรวจความคิดเห็นสาธารณะในสื่อสังคมออนไลน์ และข่าวอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับกัญชาในหนังสือพิมพ์ ก่อนและหลังการออกนโยบายกัญชา</p>	
<p>ชื่อและสังกัดของนักวิจัย: ผศ.ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สก สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ</p>	
<p>วัตถุประสงค์:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อสำรวจความคิดเห็นและวาทกรรมทางสังคมเกี่ยวกับกัญชาในสื่อสังคมออนไลน์ก่อนและหลังการออกนโยบายกัญชา 2. เพื่อวิเคราะห์ข่าวอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับกัญชาในหนังสือพิมพ์ออนไลน์ก่อนและหลังการออกนโยบายกัญชา 3. เพื่อเปรียบเทียบผลกระทบจากการใช้กัญชาก่อนและหลังการออกนโยบาย 	<p>ระเบียบวิธีวิจัย:</p> <p>เป็นการวิจัยเชิงสำรวจข้อมูลขนาดใหญ่จากสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ เฟซบุ๊ก (Facebook) ทวิตเตอร์ (Twitter) YouTube และหนังสือพิมพ์ออนไลน์ ใน 2 ช่วงเวลา คือ ก่อนประกาศนโยบายกัญชาเสรี (เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 8 มิถุนายน พ.ศ. 2565) และหลังประกาศนโยบายกัญชาเสรี (เริ่มตั้งแต่วันที่ 9 มิถุนายน 2565 ถึง 31 ธันวาคม 2566)</p> <p>ประชากรของการศึกษาคั้งนี้ เป็นสื่อสังคมออนไลน์ 4 ประเภท ได้แก่ เฟซบุ๊ก (Facebook) ทวิตเตอร์ (Twitter) ยูทูบ (YouTube) และหนังสือพิมพ์ออนไลน์ สำหรับการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากสื่อสังคมออนไลน์ แม้แต่ละช่องทางมีลักษณะและจุดประสงค์การใช้ที่แตกต่างกัน แต่จุดร่วมกัน คือ ผู้ใช้สามารถแสดงความคิดเห็นผ่านการแสดงความคิดเห็น การแสดงความรู้สึกชอบ ความรู้สึกพอใจด้วยการกดไลค์ กดแชร์ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้การเลือกตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติคือพิจารณาจากจำนวนผู้ติดตาม (Follower) หากชื่อเฟซบุ๊ก (Facebook) ทวิตเตอร์ (Twitter) ยูทูบ (YouTube) และหนังสือพิมพ์ออนไลน์ใดมีจำนวนผู้ติดตามหลักหมื่นขึ้นไป ผู้วิจัยจะเลือกสื่อจากช่องทางนั้น ๆ มาวิเคราะห์ข้อมูล สำหรับหน่วยในการวิเคราะห์ คือ ข้อความทุกข้อความที่โพสต์ในสื่อสังคมออนไลน์ดังกล่าว ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออกของข้อความที่โพสต์ (Exclusion criteria)</p> <p>เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อความความคิดเห็นจากสื่อสังคมออนไลน์ที่ประยุกต์จาก Public Relations Institute of Australia: PRA (n.d.) และ 2) แบบสกัดข้อมูลจากข่าวหนังสือพิมพ์ออนไลน์ สร้างขึ้นโดยประยุกต์หลักการการเล่าเรื่องของ Harvey (2013) เพื่อวิเคราะห์ข่าวอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับกัญชาในหนังสือพิมพ์ออนไลน์</p> <p>การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและตีความตัวบท (Interpretative textual analysis) ตามแนวทางของ Miles & Huberman (1994) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การจัดการข้อมูล 2) การสร้างรหัส และการเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของข้อมูล (Coding and Finding Relation) 3) การหาข้อสรุป การตีความและการตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำตรงของผลการวิจัย (Conclusion, Interpretation and Verification) รวมถึงการตรวจสอบว่าข้อสรุปหรือความหมายที่ได้นั้นมีความถูกต้องน่าเชื่อถือเพียงใด</p>

ข้อค้นพบที่สำคัญ:

1. จากการสำรวจข้อความที่โพสต์จากผู้ใช้อีเมลสังคมออนไลน์ที่มีอิทธิพลในช่วงหนึ่งปีครึ่งก่อนและหลังการ “ปลดล็อกกัญชา” พบว่ามีข้อความที่กล่าวถึงกัญชาในช่วงก่อนและหลังออกนโยบายกัญชาจำนวน 78,175 และ 301,646 ข้อความ ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาพบความคิดเห็นสาธารณะที่ประกอบสร้างเป็นวาทกรรมทางสังคมเกี่ยวกับกัญชาในสื่อสังคมออนไลน์ก่อนและหลังออกนโยบายกัญชาจำแนกได้ 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ การใช้กัญชา นโยบายกัญชา การเข้าถึงกัญชา อาชญากรรมกับกัญชา ผลกระทบจากการใช้กัญชา และประโยชน์และโทษของกัญชา เมื่อเปรียบเทียบวาทกรรมทางสังคมเกี่ยวกับกัญชาในช่วงก่อนและหลังออกนโยบายกัญชา พบว่า หลังออกนโยบายกัญชา วาทกรรมทางสังคมต่อกัญชามีแนวโน้มเป็นทิศทางลบมากขึ้น โดยคนในสื่อสังคมออนไลน์มองว่า “กัญชาถูกนำมาใช้ในทางที่ผิด” “ไม่เอากัญชาเสรี” “นโยบายกัญชาของไทยเสรีแบบไร้ทิศทาง” “สถานศึกษาควรเป็นพื้นที่ปลอดกัญชา” และ “กัญชาเป็นต้นเหตุของอาชญากรรม” อย่างไรก็ตามมีผู้ที่มองกัญชาในทิศทางบวก ดังเช่น “กัญชาเป็นยาทางเลือกเพื่อการรักษา” “กัญชาไม่ใช่พืชยาเสพติด อย่างคิดขัดขวาง” และ เลิกอคติกับกัญชา”
2. จากการศึกษากฤตภาคข่าวเลือกจากหนังสือพิมพ์ออนไลน์จำนวน 4 ฉบับ ได้แก่ ไทรัฐ ข่าวสด ผู้จัดการ และ เดลินิวส์ ในช่วงหนึ่งปีครึ่งก่อนและหลังการ “ปลดล็อกกัญชา” พบว่าอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับกัญชาในหน้าหนังสือพิมพ์ออนไลน์รวมทั้งหมด 117 ข่าว แบ่งเป็นข่าวในช่วงก่อนออกนโยบายกัญชา จำนวน 22 ข่าว และข่าวในช่วงหลังออกนโยบายกัญชา จำนวน 95 ข่าว โดยในช่วงก่อนออกนโยบายฯ พบว่า ในแต่ละเดือนมีจำนวนข่าวอยู่ระหว่าง 0-3 ข่าว ในขณะที่หลังออกนโยบายกัญชามีจำนวนข่าวอยู่ระหว่าง 1-9 ข่าว
3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาพบประเด็นข่าวกระทำผิดภายหลังการใช้กัญชาเป็นข่าวที่รายงานว่า ผู้ใช้กัญชากระทำความรุนแรงต่อชีวิตร่างกายของผู้อื่นเป็นสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 29.9) รองลงมาคือ แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น อาละวาด พุดจาเสียงดัง ไม่สุภาพ (ร้อยละ 4.5) และกระทบความเสียหายต่อทรัพย์สิน (ร้อยละ 12.8) โดยผู้เกี่ยวข้องในข่าวนอกจากจะใช้กัญชาแล้วยังใช้สารเสพติดอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยเฉพาะน้ำกระท่อม/ใบกระท่อมมีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 11.1) รองลงมา คือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาบ้า และใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน (ร้อยละ 10.3 ร้อยละ 10.3 ร้อยละ 9.4 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังออกนโยบายกัญชา พบว่า หลังออกนโยบายกัญชามีสัดส่วนของข่าวที่รายงานเรื่องการกระทำผิดภายหลังการใช้กัญชาทั้งต่อชีวิตร่างกายของผู้อื่น แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม และสร้างความเสียหายต่อทรัพย์สินเพิ่มขึ้นจากก่อนออกนโยบายกัญชา
4. ผลกระทบจากการใช้กัญชา พบว่า ข่าวที่รายงานถึงผลกระทบต่อผู้ใช้กัญชา และผลกระทบต่อผู้เสียหาย ดังนี้ ผลกระทบต่อผู้ใช้กัญชา มีข่าวที่รายงานว่าผู้ใช้กัญชามีอาการก้าวร้าวรุนแรงมีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 44.4) รองลงมา คือ เสียชีวิต (ร้อยละ 9.4) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังออกนโยบายกัญชา พบว่า หลังออกนโยบายกัญชามีสัดส่วนของข่าวที่รายงานถึงผลกระทบต่อผู้ใช้กัญชาเพิ่มขึ้นจากก่อนออกนโยบายกัญชา ได้แก่ ก้าวร้าวรุนแรง แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม บาดเจ็บและเสียชีวิต อย่างไรก็ตาม มีข่าวรายงานว่าเมื่อใช้กัญชาแล้ว ผู้ใช้กัญชาหลับได้นาน รู้สึกผ่อนคลาย และเจริญอาหารทำให้ร่างกายสมบูรณ์ ส่วนผลกระทบต่อผู้เสียหาย กัญชาส่งผลกระทบต่อผู้เสียหายทั้งในด้านความรู้สึก บาดเจ็บ และรุนแรงถึงชีวิต โดยข่าวที่รายงานว่าผู้เสียหายได้รับผลกระทบด้านบาดเจ็บมีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 19.7) รองลงมา คือ ผลกระทบด้านความรู้สึก (ร้อยละ 17.1) และเสียชีวิต (ร้อยละ 15.4) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังออกนโยบายกัญชา พบว่า หลังออกนโยบายกัญชามีสัดส่วนของข่าวที่รายงานถึงผลกระทบต่อผู้เสียหายเพิ่มขึ้นจากก่อนออกนโยบายกัญชา ได้แก่ ผู้เสียหายได้รับบาดเจ็บและรุนแรงถึงเสียชีวิต ได้รับผลกระทบต่อความรู้สึก และทรัพย์สินเสียหายรวมทั้งถูกชักชวนให้กระทำผิด
5. ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานระดับนโยบาย ได้แก่
 - 1) การใช้สื่อสาธารณะมาใช้กำหนดทิศทางการออกนโยบายกัญชาและมาตรการควบคุมกัญชาให้เข้มงวดโดยคำนึงถึงคุณและโทษของกัญชาไปพร้อม ๆ กัน หรือพิจารณาลดผลกระทบที่เป็นอันตราย

และเพิ่มประโยชน์จากการใช้กัญชาให้มากที่สุด รวมทั้งใช้มุมมองด้านการแพทย์และสาธารณสุขวางแผนการดำเนินนโยบายกัญชาอย่างรอบคอบเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อกลุ่มผู้ป่วยและป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั่วไป

- 2) กำหนดนโยบาย มาตรการควบคุมและติดตั้งระบบเฝ้าระวังป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิดและภัยอันตรายจากการใช้กัญชาในกลุ่มนักเรียนนักศึกษาและประชาชนทั่วไป
- 3) ควรร่วมกันสร้างและจัดทำระบบสารสนเทศเรื่องกัญชาเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนรู้เท่าทันกัญชาและลดความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับประโยชน์และโทษจากกัญชา รวมทั้งวางแผนป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาการโฆษณากัญชาและผลิตภัณฑ์กัญชาจากรัฐกิจค้าขายกัญชาทั้งทางออนไลน์และออนไลน์

โครงการที่ 5: การเฝ้าระวังอาการจากการใช้กัญชาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลของรัฐ	
ชื่อและสังกัดของนักวิจัย: รศ.ดร.นพ.ชัยสิริ อังกรสุวรรณนท์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
วัตถุประสงค์: เพื่อติดตามเฝ้าระวังการปฏิบัติและประเมินผลกระทบของนโยบายกัญชาทางการแพทย์ต่อระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ได้แก่ การเมากัญชา ที่พบในห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลรัฐ ทั้งการเมากัญชาที่เกิดจากการใช้กัญชาเพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์และการใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่น	ระเบียบวิธีวิจัย: ทำการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินที่มีประวัติการใช้กัญชาหรือพบว่ามีอาการที่เกิดจากพิษกัญชา (cannabis intoxication) ในโรงพยาบาลรัฐจำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จ.ขอนแก่น โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จ.ปทุมธานี และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จ.สงขลา ระยะเวลาเฝ้าระวังทั้งหมด 12 เดือน แล้วทำการวิเคราะห์อุบัติการณ์และ trend ในการใช้กัญชาและการเกิดพิษกัญชาที่พบในห้องฉุกเฉิน
ข้อค้นพบที่สำคัญ:	
<ol style="list-style-type: none"> จากการดำเนินการเก็บข้อมูลระยะเวลา 12 เดือน มีจำนวนอาสาสมัครทั้งหมด 51 ราย พบว่าอาสาสมัครที่มาตรวจที่ห้องฉุกเฉินจากอาการเมากัญชาเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเป็นเพศชายร้อยละ 68.63 มีอายุเฉลี่ย 30.04 ปี จากจำนวนอาสาสมัคร 40 รายที่ได้รับการตรวจปัสสาวะหาสาร THC พบผลบวก 38 ราย อาสาสมัครส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว อาการทางกายพบได้ในอาสาสมัครเกือบทุกราย โดยอาการใจสั่นและปากแห้งเป็นอาการที่พบได้บ่อยที่สุด พบมากกว่าร้อยละ 50 ของอาสาสมัคร อาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และง่วงซึมพบได้บ่อยรองลงมา (ร้อยละ 30-50 ของอาสาสมัคร) อาการทางจิตพบได้ร้อยละ 33 ได้แก่ อารมณ์ผิดปกติ กลัว แพนิค การรับรู้ที่ผิดปกติ และการทางจิต (psychosis) อาสาสมัคร 43 ราย (ร้อยละ 84.31 ของอาสาสมัคร) ให้ประวัติการใช้กัญชา โดยอาสาสมัครที่มีประวัติใช้กัญชาส่วนใหญ่สูบกัญชา (ร้อยละ 52.94) อาสาสมัครร้อยละ 39.22 รับประทานหรือขนมที่ผสมกัญชา (คุกกี้ เยลลี่ และบราวน์) อาสาสมัครร้อยละ 9.80 ใช้น้ำมันกัญชา และอาสาสมัครร้อยละ 3.92 ใช้กัญชาในรูปแบบของยาสมุนไพรหรือยาเม็ด วัตถุประสงค์ที่ใช้ ได้แก่ เพื่อความบันเทิง (ร้อยละ 39.22) เพื่อช่วยการนอนหลับ (ร้อยละ 19.61) ใช้เพื่อช่วยให้อารมณ์ดี (ร้อยละ 19.61) ใช้โดยไม่ทราบว่ามีกัญชาเป็นส่วนประกอบ (ร้อยละ 9.80) ทดลองใช้ (ร้อยละ 7.84) บรรเทาปวด (ร้อยละ 1.96) บำรุงสุขภาพ (ร้อยละ 1.96) และไม่ทราบวัตถุประสงค์ (ร้อยละ 11.76) อาสาสมัคร 25 รายได้รับการตรวจระดับสาร THC และ CBD และ 11-OH-THC ใน plasma พบว่า ตรวจพบ THC ใน plasma อาสาสมัครทุกราย ระดับ THC เฉลี่ย 1.810 ng/ml (ระดับ THC ต่ำสุด 0.198 ng/ml และสูงสุด 10.473 ng/ml) ตรวจพบ CBD ใน plasma พบว่า ตรวจพบ CBD ใน plasma 24 ราย ระดับ CBD เฉลี่ย 0.344 ng/ml (โดย 14 รายมีระดับ CBD < 1 ng/ml และระดับ CBD สูงสุด 5.073 ng/ml และมีการตรวจพบ 11-OH-THC ใน plasma ในอาสาสมัครทุกราย โดยมีระดับ 11-OH-THC ใน plasma เฉลี่ย 1.600 ng/ml อาสาสมัคร 20 รายได้รับการตรวจระดับ COOH-THC ในปัสสาวะ โดยตรวจพบ COOH-THC ในปัสสาวะของอาสาสมัคร 19 ราย ระดับ COOH-THC ในปัสสาวะเฉลี่ย 196.330 ng/ml (สูงสุด 1318.098 ng/ml) (ตารางที่ 4) ทั้งนี้ระดับ COOH-THC ในปัสสาวะไม่สัมพันธ์โดยตรงกับระดับสาร THC ใน plasma เนื่องจากการขับ COOH-THC ออกจากปัสสาวะมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ คือ การใช้ THC เป็นประจำ จะส่งผลให้มีระดับ COOH-THC ในปัสสาวะได้สูงกว่าและตรวจพบ COOH-THC ในระยะเวลาที่ยาวนานกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ THC เพียงครั้งเดียว 	

6. มีการใช้ยาหรือสารอื่นร่วมกับการใช้กัญชาในอาสาสมัคร 21 ราย (ร้อยละ 41.17 ของอาสาสมัคร) โดยสารที่ใช้ร่วมมากที่สุด คือ แอลกอฮอล์ พบ 12 ราย รองลงมา ได้แก่ กระท่อม 4 ราย ยา tramadol 3 ราย methamphetamine 1 ราย ยาในกลุ่ม opioid 1 ราย และยานอนหลับ 1 ราย

โครงการที่ 6: การศึกษารูปแบบการใช้ผลิตภัณฑ์จากกัญชาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดสงขลา ประเทศไทย

ชื่อและสังกัดของนักวิจัย: นพ.ศุภกร ศรีแผ้ว
 สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

<p>วัตถุประสงค์:</p> <p>1. เพื่ออธิบายรูปแบบพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา และผลกระทบจากการใช้กัญชาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดสงขลา และการสร้างเครื่องมือสำหรับประเมินลักษณะพฤติกรรมการใช้กัญชาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดสงขลา</p> <p>2. เพื่อศึกษาผลของการใช้กัญชาเพื่อรักษาโรคต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดสงขลา</p>	<p>ระเบียบวิธีวิจัย: ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมวิธี (sequential-exploratory mixed methods) ประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสำรวจภาคตัดขวาง (exposure-based cross-sectional survey) ผู้วิจัยเลือกคลินิกโรคเรื้อรังประจำโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลขนาดกลาง โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอย่างละ 1 แห่งเป็นสถานที่ศึกษา โดยมีบุคลากรประจำสถานพยาบาลเป็นผู้ประสานงานเมื่อคัดกรองพบผู้ป่วยที่ระบุว่าใช้กัญชาในช่วง 3 เดือน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่ไม่ใช้กัญชาที่มีลักษณะทางคลินิกคือโรคประจำตัวและแพทย์ตรงกันในอัตรา 1:1 เพื่อวิเคราะห์หาอิทธิพลของการใช้กัญชาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบมีเงื่อนไขตามรหัสการจับคู่</p>
---	--

ข้อค้นพบที่สำคัญ:

การสำรวจมีอาสาสมัคร 280 คนโดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่ใช้กัญชาและผู้ป่วยที่ไม่ใช้กัญชา กลุ่มละ 140 คน อาสาสมัครส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ สมรส จบประถมศึกษาและมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 30,000 บาท ผู้ป่วยที่ใช้กัญชามักเป็นเพศชาย (ร้อยละ 58) ลักษณะทางคลินิกพบโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานร้อยละ 90.7 และร้อยละ 62.1 ตามลำดับ โรคร่วมที่พบบ่อยในผู้ใช้กัญชาคือโรคหลอดเลือดสมองและมะเร็ง ผู้ป่วยใช้กัญชาเฉลี่ย 2.1 ปี ใช้กัญชาตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 ร้อยละ 62.1 ใช้ด้วยวัตถุประสงค์ทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวร้อยละ 40.0 เพื่อการสันทนาการเพียงอย่างเดียวร้อยละ 16.4 และทั้งสองด้านร้อยละ 43.6 ส่วนมากใช้กัญชาในรูปแบบน้ำต้ม (ร้อยละ 81.7) มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 1.4 ที่ได้รับกัญชาจากสถานพยาบาลของรัฐ ผู้ป่วยที่ใช้กัญชามีการขาดการติดตามการรักษาจากแพทย์บ่อยครั้งกว่า ผู้ใช้กัญชามักมีความเข้าใจเกี่ยวกับสรรพคุณของกัญชาด้านการบรรเทาอาการหากแต่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้รักษาโรคและมาตรการควบคุมกัญชา ผู้ป่วยทั้งผู้ใช้และไม่ใช้กัญชาส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าการใช้กัญชาควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังการใช้กัญชามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือการรักษาที่ไม่เพียงพอ (อัตราส่วนอัตราส่วนปรับแล้ว 7.42 (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95% 1.21 - 45.48))

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เข้าถึงกัญชาหลังการเปลี่ยนแปลงนโยบายในเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565 และการค้นหาผลิตภัณฑ์และเรียนรู้การใช้งานด้วยตนเองเป็นหลัก การใช้กัญชาส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา การศึกษาเชิงสำรวจประยุกต์ใช้ข้อมูลเชิงบริบทและเกิดขึ้นในจังหวัดสงขลา ข้อมูลบางส่วนควรถูกแปลผลอย่างระมัดระวังหากนำไปใช้ในประชากรที่แตกต่างออกไป

โครงการที่ 7: การศึกษาต้นทุนและผลได้ของผู้บริโภค ผู้ผลิตและจำหน่ายกัญชา และสังคมภายหลังการแก้ไขกฎหมายกัญชา

ชื่อและสังกัดของนักวิจัย: ผศ.ดร.ภญ.ณัฐธิญา คำผล
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปกร

<p>วัตถุประสงค์:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อศึกษาต้นทุนและผลได้ของผู้บริโภค ผู้ผลิตและจำหน่ายกัญชาในระดับครัวเรือน 2. เพื่อศึกษาต้นทุนและผลได้ของสังคมภายหลังการแก้ไขกฎหมายกัญชา 	<p>ระเบียบวิธีวิจัย: การศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วน</p> <p>ส่วนที่ 1 การศึกษาต้นทุนและผลได้ของผู้บริโภค ผู้ผลิตและจำหน่ายกัญชาในระดับครัวเรือน ใช้การประเมินต้นทุนด้วยวิธีอุบัติการณ์ (incidence-based) โดยเก็บข้อมูลหลายพื้นที่ (multi-stage cluster sampling) เพื่อศึกษาต้นทุนและผลได้ของผู้บริโภค ผู้ผลิตและจำหน่ายกัญชาในระดับครัวเรือน องค์กรประกอบต้นทุนและผลได้ ใช้การเก็บข้อมูลจากครัวเรือนในจังหวัดต่าง ๆ ในประเทศไทย จำนวน 8 จังหวัด อย่างน้อย 400 ครัวเรือน โดยใช้แบบสอบถาม และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ของครัวเรือน</p> <p>ส่วนที่ 2 การศึกษาต้นทุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับการบริโภค ผลิตและจำหน่ายกัญชา ใช้การประเมินต้นทุนทางสังคมโดยวิธีอุบัติการณ์ (incidence-based) โดยเป็นการประเมินต้นทุนและผลได้ที่เกิดขึ้นภายหลังการแก้ไขกฎหมายกัญชา องค์กรประกอบของต้นทุนและผลได้ประกอบด้วย ต้นทุนที่จับต้องได้ (ประกอบด้วย ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล ต้นทุนจากการบังคับใช้กฎหมายและการฟ้องร้องคดี ความที่เกิดจากกัญชา ต้นทุนจากทรัพย์สินที่เสียหาย ต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และต้นทุนการขาดงาน) ต้นทุนที่จับต้องไม่ได้ (จะเป็นต้นทุนเกี่ยวกับความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล ความเครียด กังวลใจ เนื่องจากการที่มีบุคคลในครอบครัวบริโภค ผลิตหรือจำหน่ายกัญชา) ผลที่ได้จากการผลิตและจำหน่ายกัญชา (ประกอบด้วย มูลค่าทางเศรษฐกิจที่เกิดจากบริโภค การผลิต และการจำหน่ายกัญชาตลอดห่วงโซ่คุณค่าของกัญชา ทั้งในภาคอุตสาหกรรมภาคเกษตรกรรม และภาคพาณิชย์กรรม)</p>
---	--

ข้อค้นพบที่สำคัญ:

ส่วนที่ 1 การสำรวจครัวเรือนทั้งหมด 1,679 ครัวเรือนจาก 8 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ อุดรดิตถ์ อุดรธานี บุรีรัมย์ นครปฐม ชลบุรี นครศรีธรรมราช และกระบี่ พบครัวเรือนที่เกี่ยวข้องกับกัญชาอย่างน้อย 1 กิจกรรม จำนวน 529 ครัวเรือน หรือคิดเป็นร้อยละ 31.51 ครัวเรือนส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับการบริโภคกัญชามากที่สุด รองลงมาคือ การปลูกกัญชา

สำหรับข้อมูลต้นทุนและผลได้ ผู้วิจัยมีการเก็บข้อมูลเฉพาะครัวเรือนที่เกี่ยวข้องกับกัญชา จำนวน 473 ครัวเรือน แต่ละครัวเรือนมีความเกี่ยวข้องกับกัญชา คือ มีการบริโภคกัญชา 380 ครัวเรือน (80.34%) มีการปลูกกัญชา 217 ครัวเรือน (45.88%) มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนของกัญชา 77 ครัวเรือน (16.28%) และทำงานในสถานที่จำหน่ายกัญชา 39 ครัวเรือน (8.25%) โดยแต่ละครัวเรือนอาจมีความเกี่ยวข้องมากกว่า 1 กิจกรรม

ข้อมูลการบริโภคกัญชาในครัวเรือน ส่วนของกัญชาที่มีการนำไปใช้บริโภคมากที่สุดคือ ใบ ทั้งในส่วนของใบสดและใบแห้ง รองลงมาคือ ช่อดอกและดอกแห้ง สำหรับแหล่งที่มาของกัญชาที่ใช้ในการบริโภคจะมาจากการปลูกไว้ใช้เองกับมีคนให้มาเป็นส่วนใหญ่ (30%-60%) ยกเว้นน้ำมันกัญชา และช่อดอกที่ประมาณ 20% ของผู้ใช้จะได้มาจากการสั่งซื้อทางอินเทอร์เน็ต ผู้ที่บริโภคส่วนของช่อดอกและดอกแห้งจะมีค่าใช้จ่ายต่อเดือนสูงที่สุด คือค่าเฉลี่ย

1,783 บาท รองลงมาคือ ผู้บริโภคน้ำมันกัญชามีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1,018 บาท/ เดือน และผู้บริโภคใบสด/ ใบแห้งมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 984 บาท/ เดือน

การปลูกกัญชาในครัวเรือน เป็นการปลูกใช้ในครัวเรือน 93% และปลูกไว้เพื่อจำหน่าย 23% โดยมีรายได้จากการปลูกและจำหน่ายเฉลี่ย 56,875 บาทต่อเดือน ส่วนครัวเรือนที่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกัญชา มีรายได้จากการขายอาหารและขนมต่อเดือนเฉลี่ย 5,494 บาท ครัวเรือนที่ทำในรูปของร้านจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชา มีรายได้เฉลี่ย 57,543 บาทต่อเดือน นอกจากนี้มีครัวเรือนที่สมาชิกทำงานในร้านจำหน่ายกัญชา มีรายได้เฉลี่ยต่อวัน 651 บาท หรือ 19,530 บาทต่อเดือน

ในด้านผลกระทบจากกัญชา มีครัวเรือนที่เคยได้รับผลกระทบ 10.78% เป็นผู้ที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล 2.11% ทรัพย์สินเสียหาย 0.42% ขาดเรียน/ขาดงาน 3.59% นอกจากนี้เมื่อประเมินต้นทุนที่จับต้องไม่ได้ พบว่า มีครัวเรือนได้รับผลกระทบจากความวิตกกังวลของคนในครัวเรือน 10.36%

ดังนั้นเมื่อประมาณการต้นทุนและผลได้จากครัวเรือนทั้งหมดในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับกัญชาจำนวน 31.51% ของครัวเรือนทั้งหมด คิดเป็น ต้นทุนที่จับต้องได้ 14,476 ล้านบาทต่อเดือน ต้นทุนที่จับต้องไม่ได้ 41,779 ล้านบาทต่อเดือน รวมเป็นต้นทุนของครัวเรือน 56,256 ล้านบาทต่อเดือน ส่วนผลได้มีมูลค่า 33,115 ล้านบาทต่อเดือน ดังนั้น จึงมีต้นทุนมากกว่ารายได้จำนวน 23,141 ล้านบาทต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องและคำนวณเพื่อหามูลค่าของต้นทุนและผลได้ในระดับสังคม ได้ผลดังนี้

ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลทั้งในส่วนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่เกิดจากความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสกกัญชา รวมถึงการเกิดอุบัติเหตุที่มีสาเหตุจากกัญชา

ต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการขาดงานเนื่องจากความเจ็บป่วย

ต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ส่วนผลได้ที่เกิดขึ้นจากภาคเกษตรกรรม พบมีใบอนุญาตปลูกกัญชาจำนวน 881 รายการ จำนวนสถานที่ทั้งหมด 1,345 แห่ง พื้นที่ปลูกกัญชาทั้งสิ้น 946,443 ตารางเมตร คิดเป็นจำนวนต้นกัญชาทั้งหมด 995,438 ต้น เมื่อนำราคาจำหน่ายส่วนต่าง ๆ ของต้นกัญชามาคำนวณรายได้ที่เกิดจากการปลูกกัญชาทั้งหมดในภาคเกษตรกรรม จะพบว่ารายได้จากการปลูกกัญชาในภาคเกษตรกรรมเฉลี่ย 4,546.36 ล้านบาท เมื่อหักต้นทุนในการดำเนินการจะเป็นกำไรสุทธิเฉลี่ยเท่ากับ 1,046.12 ล้านบาท

ผลได้ในภาคพาณิชย์กรรม พบว่า มีใบอนุญาตในการส่งออก จำหน่ายหรือแปรรูปกัญชา จำนวน 17,037 ใบอนุญาต และพบรายงานจำนวนร้านจำหน่ายผลิตภัณฑ์กัญชา 8,773 ร้าน คาดการณ์ผลได้ที่เกิดขึ้นในภาคพาณิชย์กรรม 5,987 ล้านบาทต่อปี ส่วนผลได้ภาคอุตสาหกรรม พบว่า มีผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนผสมของกัญชาที่ยื่นขออนุญาตจำนวนทั้งสิ้น 60 รายการ ผลได้ที่เกิดขึ้นในภาคอุตสาหกรรมของกัญชาจะมีมูลค่ารวมเท่ากับ 934.46 ล้านบาทต่อปี

โครงการที่ 8: การศึกษาผลกระทบจากอันตรกิริยาของกัญชากับยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อรัง	
<p>ชื่อและสังกัดของนักวิจัย: ผศ.ดร.วันดี อุดมอักษร</p> <p>ภาควิชาเภสัชวิทยา สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและวิทยาศาสตร์ประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์</p>	
<p>วัตถุประสงค์:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกลไกและผลกระทบที่เกิดจากอันตรกิริยาของกัญชากับยาแผนปัจจุบันที่ใช้ในการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2. เพื่อรวบรวมข้อมูลกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่ใช้ยา warfarin ร่วมกับกัญชา และยา qlipizide ร่วมกับกัญชาและวิเคราะห์ผลกระทบและอธิบายกลไกที่เกิดขึ้น 	<p>ระเบียบวิธีวิจัย:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) โดยสืบค้นจากฐานข้อมูลทางวิชาการในประเทศและต่างประเทศ เช่น PubMed, Scopus, Web of Science, ThaiJo เป็นต้น กำหนดช่วงระยะเวลาของการตีพิมพ์ตั้งแต่ปี 2000-2022 มีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก โดยงานวิจัยจะต้องกล่าวถึงอันตรกิริยาระหว่างกัญชากับยา warfarin หรือ qlipizide ในเชิงเภสัชวิทยา 2. เก็บรวบรวมกรณีรายงาน (case report) การติดตามผลกระทบของอันตรกิริยาของกัญชากับยารักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีการตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับค่า INR สำหรับผู้ป่วยที่ใช้ยา qlipizide ที่มา follow up หากมีค่าผิดปกติ หรือมีอาการผิดปกติและสัมพันธ์กับการใช้กัญชา
<p>ข้อค้นพบที่สำคัญ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยา warfarin ร่วมกับกัญชาในรูปแบบของการสูบ หรือรับประทานเป็นรูปของยาหรือผลิตภัณฑ์ ได้รับผลกระทบคือทำให้ค่า INR เพิ่มขึ้นจาก 2.5-3.5 เป็น 4.6-5.2 ซึ่งคาดว่าเป็นผลจากการยับยั้งเอนไซม์ CYP2C9 ของสารสำคัญในกัญชาคือ CBD ทำให้การกำจัดยา warfarin ช้าลง ส่งผลให้ระดับยา warfarin ในเลือดสูงและเป็นสาเหตุให้ค่า NR เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบยาที่น่าจะเกิดผลกระทบจากการใช้กัญชาหรือผลิตภัณฑ์ ได้แก่ Brivaracetam, Tacrolimus, Everolimus, Carbamazepine ซึ่งจะเพิ่มระดับยาในเลือด 2. จากการสรุปรวบรวมกรณีรายงาน (case report) ทั้ง 3 cases ของผู้ป่วยที่ใช้ยา warfarin พบว่าการใช้กัญชาร่วมกับยา warfarin จะมีผลทำให้ค่า INR เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งอาจจะมีผลทำให้เกิดอาการเลือดออกไม่หยุดได้ หากยังคงให้ผู้ป่วยใช้กัญชา ร่วมกับการใช้ยา warfarin คาดว่าจะเป็นอันตรายกับผู้ป่วยอย่างมาก 3. กรณียา qlipizide กับกัญชา สามารถรวบรวม case report จำนวน 2 cases โดย qlipizide ซึ่งเป็นยาลดระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า การใช้กัญชาร่วมกับยา qlipizide อาจจะมีผลทำให้ระดับยา qlipizide เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งอาจจะส่งผลทำให้เกิดอาการ hypoglycemia ซึ่งปรากฏอาการในผู้ป่วยชัดเจน แต่ยังมีข้อจำกัดที่ว่าผู้ป่วยไม่สามารถตรวจระดับน้ำตาลขณะมีอาการได้ รวมทั้งผลเลือดที่รวบรวมได้เมื่อผู้ป่วยมาตรวจติดตามยังไม่เห็นระดับน้ำตาลเปลี่ยนแปลงชัดเจน ดังนั้นจึงไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าอาการ hypoglycemia ที่เกิดขึ้น เกิดจากการใช้กัญชาร่วมกับยา qlipizide หรือไม่ จึงควรมีการติดตามและควรให้ผู้ป่วยตรวจระดับน้ำตาล และหากยังคงให้ผู้ป่วยใช้กัญชา ร่วมกับยาดังกล่าว คาดว่าอาจจะเป็นอันตรายกับผู้ป่วยได้ จึงควรแนะนำผู้ป่วยให้หยุดใช้กัญชาไปก่อน หรืออาจจะเลือกใช้ยาตัวอื่นในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย: <ol style="list-style-type: none"> 1) ควรมีการใช้กัญชาเฉพาะประโยชน์ทางการแพทย์เท่านั้น 2) การใช้ยารักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บุคลากรทางการแพทย์ ควรมีการซักประวัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้กัญชา ทั้งนี้เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกให้ยาที่เหมาะสม 	

- 3) ควรให้คำแนะนำหากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยาที่มีคุณสมบัติเป็น substrate ของ CYP2C9, CYP2C19, CYP3A4 ซึ่งเป็นเอนไซม์ชนิดเดียวกันกับวิธีการแปรรูปสารสำคัญจากกัญชา โดยจะต้องมีการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการใช้กัญชาระหว่างการใช้ยาในการรักษาโรคไม่ติดเรื้อรัง เช่น หากมีการใช้ warfarin ควรหลีกเลี่ยงการใช้กัญชา หรือหากมีการใช้ glipizide ควรหลีกเลี่ยงการใช้กัญชา เป็นต้น
- 4) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ที่จะสั่งยาให้ผู้ป่วย หากซักประวัติได้ว่าผู้ป่วยมีการใช้กัญชาอย่างสม่ำเสมอ ไม่สามารถหยุดได้ ควรหลีกเลี่ยงการสั่งยาที่ใช้วิถีแปรรูปเพื่อกำจัดยาออกจากร่างกายชนิดเดียวกับกัญชา หรือมีการปรับขนาดยาให้เหมาะสม

โครงการที่ 9: พัฒนารูปแบบชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิด	
ชื่อและสังกัดของนักวิจัย: ผศ.ดร.นพ.อภิวัฒน์ อร่ามรัตน์ ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
วัตถุประสงค์: 1. เพื่อพัฒนาศักยภาพและการสร้างพลัง (Empowerment) ให้กับชุมชนเพื่อสร้างพื้นที่ปลอดภัยจากปัญหาและผลกระทบจากการใช้กัญชาในทางที่ผิด 2. เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ (Knowledge) และสร้างพื้นที่ต้นแบบ (Model development) จากการปฏิบัติพัฒนารูปแบบชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิด 3. เพื่อพัฒนาแนวทางการหาทางออก (Solution) จากปัญหาการใช้กัญชาในทางที่ผิดด้วยวิธีการที่สร้างสรรค์ให้กับสังคมไทย 4. เพื่อพัฒนาข้อเสนอต่อนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม (Participatory Public Policy) ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ ในการพัฒนารูปแบบชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิด	ระเบียบวิธีวิจัย: ใช้กระบวนการ Collaborative action research โดยเลือกจาก 4 บริบทพื้นที่/หมู่บ้าน/ชุมชน ได้แก่ ชุมชนเมืองมหานคร ชุมชนชาติพันธุ์เขตชายแดน ชุมชนกึ่งเมือง ชุมชนวิถีชนบท คือ <ol style="list-style-type: none"> 1. ชุมชนเมืองมหานคร: ชุมชนวัดอัมพวา เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 2. ชุมชนชาติพันธุ์เขตชายแดน: บ้านห้วยน้ำหนัก หมู่ที่ 6 ต.ตะนาวศรี อ.สวนผึ้ง จ.ราชบุรี 3. ชุมชนกึ่งเมือง: บ้านสร้างเม็ก หมู่ที่ 2 ต.วานรนิวาส อ.วานรนิวาส จ.สกลนคร 4. ชุมชนวิถีชนบท: บ้านปงอ้อ หมู่ที่ 10 ต.ทาปลาตุก อ.แม่ทา จ.ลำพูน มาร่วมทำกิจกรรม 9 ชั้น สร้างชุมชนปลอดภัย ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้นำชุมชนจัดให้มีเวทีประชุมชาวบ้านเพื่อสร้างการรับรู้และเพิ่มความเข้าใจต่อประเด็นกัญชา และให้ข้อมูลถึงแนวทางการขับเคลื่อนงานวิจัยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) พัฒนาทีมงานขับเคลื่อนงานโครงการพัฒนารูปแบบชุมชนเป็นศูนย์กลางในการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิดในระดับชุมชน 3) ทีมงานชุมชน และทีมพี่เลี้ยงคือ รพ./รพ.สต.ในพื้นที่ดำเนินการเก็บข้อมูลสุขภาพและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกัญชาในทุกมิติ 4) จัดเวทีคืนข้อมูลให้กับชาวบ้านและเปิดพื้นที่ให้ชาวบ้านสะท้อนความคิดเห็นเพื่อเติมเต็มข้อมูลที่เป็นประโยชน์ 5) คณะกรรมการชุมชน ผู้นำชุมชน และทีมพี่เลี้ยงร่วมพัฒนาแผนงานกิจกรรมสร้างสรรค์ทั้งในมิติแผนป้องกันและเฝ้าระวังทางสุขภาพ และแผนป้องกัน/เฝ้าระวังทางสังคม 6) คณะกรรมการชุมชน ผู้นำชุมชน และทีมพี่เลี้ยง ตั้งคณะทำงานเพื่อยกร่างธรรมนูญชุมชน หรือ กติกาสร้างสรรค์เพื่อป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิด (มีกระบวนการขั้นตอนในเชิงรายละเอียด) 7) จัดประชาคมเพื่อให้ประชาชนในชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องมาลงประชามติเพื่อรับรองธรรมนูญชุมชน หรือ กติกาสร้างสรรค์เพื่อป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิด 8) คณะกรรมการชุมชน ผู้นำชุมชน และทีมพี่เลี้ยง ร่วมประกาศใช้ธรรมนูญชุมชน หรือ กติกาสร้างสรรค์เพื่อป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิด โดยจัดในรูปแบบเวทีสาธารณะพร้อมทั้งเชิญหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องมาร่วมเป็นสักขีพยาน

	9) ชุมชนขับเคลื่อนกิจกรรมสร้างพื้นที่ปลอดภัยที่เกิดจากขั้นตอนที่ 5 และดำเนินการป้องกันการใช้กัญชาในทางที่ผิดโดยมีธรรมนูญชุมชน หรือ กติกาสร้างสรรค์ฯ เป็นเครื่องมือในชุมชน
--	---

<p>ข้อค้นพบที่สำคัญ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผลสำรวจประสบการณ์การใช้กัญชาและการปลูกกัญชาในพื้นที่ศึกษา: จากการสำรวจ 600 ครัวเรือน ใน 4 พื้นที่ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร 100 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ราชบุรี 200 ครัวเรือน คิดเป็น ร้อยละ 33.3 สกลนคร 231 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 38.5 และ ลำพูน 69 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 11.5 พบว่า มีการใช้กัญชาในครัวเรือนอยู่ 247 ครัวเรือน ซึ่งในกลุ่มครัวเรือนมีการปลูกกัญชาในครัวเรือนทั้งสิ้น 82 ครัวเรือน โดยจำนวนต้นกัญชาที่ปลูกในครัวเรือนมีตั้งแต่ 1 ต้น มากที่สุดที่สุด 12 ต้น ในส่วนของเหตุผลในการปลูกกัญชาในครัวเรือนนั้น มีทั้ง ปลูกไว้เพื่อทำยาผสมแก้มะเร็ง ต้มเป็นน้ำ ผสมในการปรุงอาหาร ปลูกในเชิงใบใหญ่ที่หลังบ้าน ปลูกไว้ขายช่อดอก มีลูกค้ามารับช่อดอกไปทำผลิตภัณฑ์สำหรับสูบมวน รวมถึง ปลูกไว้เพื่อความสวยงาม เพราะมองแค่ว่าเป็นต้นไม้ชนิดหนึ่งที่มีช่อดอก 2. จากจำนวนผู้ให้ข้อมูล 1,830 คน พบว่า ต้มเครื่องต้มแอลกอฮอล์จำนวน 535 คน ร้อยละ 29.2 สูบบุหรี่ 421 คน ร้อยละ 32.0 เคยใช้กัญชาในชีวิต 427 คน ร้อยละ 23.3 และยังใช้กัญชาภายใน 1 ปีที่ผ่านมา 383 คน ร้อยละ 20.9 คิดเป็นผู้ที่เคยใช้กัญชาในชีวิตและยังคงใช้ใน 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 89.7 3. รูปแบบการใช้กัญชาของผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามเพศ พบว่า ทั้งเพศชายและหญิงมีพฤติกรรมการใช้กัญชาโดยผสมในอาหารสูงสุด คือ 151 และ 107 ราย ตามลำดับ รองลงมาสำหรับเพศชาย ใช้แบบมวนบุหรีสูบ 85 ราย สำหรับเพศหญิงใช้ชงเป็นน้ำชาต้ม 73 ราย เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุต่ำกว่า 24 ปี และ กลุ่มอายุ 45-60 ปี นิยมใช้แบบมวนบุหรีสูบมากที่สุด รองลงมา คือ ผสมในอาหาร ส่วนกลุ่มอายุ 25-44 ปี และ 60 ปี ขึ้นไปใช้กัญชาโดยผสมในอาหารมากที่สุด รองลงมา คือ มวนบุหรีสูบ 4. จากผู้ให้ข้อมูลที่รายงานจำนวนปีที่ใช้กัญชามาแล้วจนถึงปัจจุบัน 361 คน พบว่า เป็นผู้ที่ใช้กัญชาจนถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปี จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 41.3 ใช้กัญชาจนถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลาน้อยกว่า 5 ปี 212 คน คิดเป็นร้อยละ 58.7 ซึ่งในกลุ่มผู้ใช้กัญชาเป็นระยะเวลาน้อยกว่า 5 ปี นั้น เป็นที่น่าสนใจว่าเป็นผู้ที่เริ่มใช้กัญชาไม่ถึง 2 ปี ร้อยละ 26.9 5. ผลกระทบจากการใช้กัญชา จำนวน 237 คน รายงานว่า ร้อยละ 34.59 นอนมากกว่าปกติ ร้อยละ 21.51 มีอาการอยากของหวาน ร้อยละ 13.92 มีอาการวิงเวียนศีรษะ ร้อยละ 13.92 มีอาการปากแห้ง ร้อยละ 8.43 มีอาการหายใจเร็ว 3.79 มีอาการหงุดหงิด ร้อยละ 2.10 มีอาการตาแดง ร้อยละ 1.68 มีอาการความดันโลหิตสูง นอกจากนี้มีรายงานในพื้นที่กรุงเทพฯ มีผลกระทบของอาการวิงเวียนศีรษะจากการที่คนใกล้ตัวสูบกัญชา 6. ประเด็นสำคัญที่ได้จากเวที Focus group <ol style="list-style-type: none"> 1) มีมุมมองความคิดเห็นของคนในพื้นที่ต่อการใช้กัญชาเป็น 2 ฝ่าย คือ ฝ่ายที่เห็นว่ากัญชามีประโยชน์ เชื่อว่าสามารถใช้เป็นยารักษาโรคบางชนิดได้ เช่น รักษา มะเร็ง รักษาอาการภูมิแพ้ ลดอาการเครียด ทำให้นอนหลับง่าย และเพิ่มรสชาติอาหาร อีกฝ่ายเห็นว่ากัญชามีโทษ ให้มุมมองว่ากัญชาเป็นยาเสพติดที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ใช้ โดยเฉพาะส่งผลต่อจิตประสาทและสมอง ทำให้เกิดอาการหลอน อารมณ์แปรปรวนของผู้ใช้ ปัญหาคลื่นเหิมจากการสูบในที่สาธารณะ สร้างความหวาดระแวงและหวานกลัวของคนรอบข้าง คนในครอบครัว คนในชุมชน 2) คนในพื้นที่ส่วนใหญ่ไม่ยอมให้กัญชาถูกปลดล็อกด้วยเหตุผลว่า “เร็วเกินไป” โดยมีข้อเสนอว่า ไม่ควรให้กัญชาเป็นพืชเสรี ต้องมีกฎระเบียบ ข้อกฎหมายที่จำกัดการเข้าถึงที่ชัดเจน จำกัดอายุของผู้ใช้ มีกฎหมายการขาย-เสพที่ชัดเจน และต้องมีการขึ้นทะเบียนกัญชา/แบ่งประเภทในกรณีนี้คนในชุมชนอยากปลูก

- 3) อยากให้ยกเลิกการปลดล็อกกัญชาเสรี (ถ้าไม่สามารถยกเลิกได้ก็ควรมีการออกกฎหมายควบคุมที่ดี) ควรจะมีการวางระบบรวมกลุ่มผู้ใช้ประโยชน์จากกัญชาเพื่อเป็นยารักษาโรค
- 4) เสนอให้ใช้ทางการแพทย์เท่านั้น ระบุรูปแบบการรักษา ระบุโรคที่จะใช้รักษาให้ชัดเจน
- 5) มีการจัดทำข้อตกลงการป้องกันยาเสพติด และรักษาความสงบเรียบร้อยในหมู่บ้าน มีการกำหนดกฎกติการ่วมกัน เพื่อสร้างความเข้าใจให้ความรู้ด้านการป้องกันและความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับยาเสพติด พร้อมกำหนดเงื่อนไขที่ทุกคนต้องมีส่วนร่วม