**บทคัดย่อ**

บทความนี้ต้องการชี้ให้เห็นว่ารัฐไทยใช้อำนาจปิตานิยมเบ็ดเสร็จในการบัญญัติกฎหมายกัญชา พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2562 ที่ลิดรอนและแทรกแซงเสรีภาพของประชาชนด้วยการควบคุมเจตนาในการใช้ และวิธีการเข้าถึงกัญชาภายใต้สถาบันรัฐบนเงื่อนไขของการจัดแบ่งจุดประสงค์การใช้กัญชาออกเป็นเพื่อสันทนาการและเพื่อการแพทย์ และ นโยบายผูกขาดการเข้าถึงกัญชาไว้ที่รัฐทั้งหมด กฎหมายฉบับนี้สร้างความชอบธรรมให้แต่การใช้เพื่อการแพทย์ที่รัฐกำกับเท่านั้น และปฏิเสธการใช้กัญชาด้วยตนเองของประชาชนทุกรูปแบบซึ่งไม่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทการใช้ของประชาชน นอกจากนี้กฎหมายดังกล่าวยังบัญญัติขึ้นโดยไม่ได้สอดคล้องกับแนวทางของภาคีประเทศในอนุสัญญาเดี่ยวตามที่รัฐกล่าวอ้าง

**คำสำคัญ** ปิตานิยม กัญชา กฎหมายกัญชา

**จาก ปลดล็อก สู่ เปลี่ยนล็อค : อำนาจปิตานิยมเบ็ดเสร็จของรัฐในการควบคุมกัญชาในประเทศไทย**

ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมากัญชาถูกรื้อถอนมายาคติการเป็นยาเสพติดจากงานศึกษามากมายทั้งในทางสังคมศาสตร์ วิทยาศาสตร์ การแพทย์ เป็นต้น งานเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า กัญชาตกเป็นเครื่องมือทางการเมือง และอคติทางชาติพันธุ์ที่ใช้ในการกีดกันคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เป็นการโฆษณาชวนเชื่อจากการร่วมมือกันระหว่างนักการเมืองและนักธุรกิจที่ต้องการกีดกันการเติบโตของอุตสาหกรรมกัญชา รวมทั้งเป็นการจัดประเภทขึ้นบนความขาดแคลนของข้อเท็จจริงทางวิทยาศาสตร์ เป็นต้น อย่างไรก็ตามเมื่อมีการศึกษาค้นคว้าพืชชนิดนี้มากขึ้นพบว่าประกอบไปด้วยสรรพคุณในการรักษาโรคหลายชนิด เช่น โรคลมชัก โรคไขข้ออักเสบ อาการปวด หรือ อาการคลื่นไส้จากการแพ้เคมีบำบัด ฯลฯ นอกจากนี้ยังมีงานศึกษาหลายชิ้นที่ค้นพบว่ากัญชาไม่ได้มีฤทธิ์เสพติด หรือ เป็นสิ่งที่นำไปสู่การใช้สารเสพติดร้ายแรงประเภทอื่น (gateway drug) หรือเสียชีวิตเมื่อได้รับในปริมาณมาก เมื่อข้อค้นพบทางการแพทย์เหล่านี้ผนวกรวมกับการเติบโตของอุตสาหกรรมยา ธุรกิจเพื่อสุขภาพ และยาสมุนไพร ทำให้กัญชากลายเป็นพืชเศรษฐกิจมูลค่าสูงในตลาด หลายประเทศได้แก้ไขกฎหมายควบคุมกัญชาขึ้น เช่น ประเทศอูรุวัย อาร์เจนตินา แคนาดา เนเธอแลนด์ และหลายรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นต้น

ในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยได้มีการแก้ไขแนวทางการควบคุมกัญชา ซึ่งถือเป็นประเทศแรกในอาเซียนที่อนุญาตให้ประชาชนใช้กัญชาในทางการแพทย์ได้ และอนุญาตให้หน่วยงานรัฐสามารถศึกษา และการพัฒนากัญชาได้ การแก้ไขแก้ไขพระราชบัญญัติยาเสพติดดังกล่าว นำมาซึ่งนโยบายนิรโทษกรรมที่ยกเว้นโทษแก้ผู้ครอบครองกัญชาทีมาแจ้งภายใน 90 วัน มีการใช้เป็นนโยบายพรรคการเมืองเรียกคะแนนนิยมในช่วงหาเสียงเลือกตั้ง ประชาชนหลายฝ่ายต่างมีความหวังว่าการแก้ไขกฎหมายนี้จะทำให้ลืมตาอ้าปากได้จากการปลูกพืชเศรษฐกิจดังกล่าว อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณากฎหมายที่ได้รับการแก้ไขดังกล่าวกลับพบว่ารัฐมิได้เปลี่ยนแปลงมุมมองที่ว่ากัญชาเป็นยาเสพติดหรือภัยสังคมแต่อย่างใด มุมมองเช่นนี้ประกอบสร้างความชอบธรรมให้แก่การใช้อำนาจปิตานิยมที่มิได้เป็นการ “ปลดล็อก” หากแต่เป็นการ “เปลี่ยนล็อค” เท่านั้น

บทความนี้ต้องการชี้ให้เห็นเทคนิควิธีของการควบคุมกัญชาในกฎหมายฉบับใหม่ที่ยังคงใช้อำนาจปิตานิยมอย่างเบ็ดเสร็จโดยแทรกแซงเป้าหมายการใช้และบีบบังคับที่มิได้บัญญัติขึ้นอย่างสอดคล้องกับหลักอนุสัญญาภาคีระหว่างประเทศ และ กฎหมายควบคุมกัญชาของประเทศอื่นที่มีการประนีประนอมกับเสรีภาพของประชาชนมากกว่ามุ่งปราบปรามแบบกฎหมายไทย นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องการชี้ให้เห็นว่าแนวทางการควบคุมของกฎหมายไทยตั้งอยู่บนกรอบการจัดแบ่งจุดประสงค์การใช้กัญชาออกเป็นเพื่อสันทนาการและเพื่อการแพทย์ และ นโยบายควบคุมกัญชาแบบรัฐเป็นผู้จัดหาให้ทั้งหมด (government supply) แนวทางนี้มิได้สอดคล้องกับบริบทการใช้และความต้องการของประชาชน ปราบปรามประชาชนที่ปลูกในครัวเรือน และกลุ่มที่จัดตั้งเพื่อแปรรูปและผลิตเพื่อการรักษาโรคด้วยตนเอง

**แนวคิดเรื่องปิตานิยม**

ปิตานิยม (paternalism) หมายถึง ทัศนคติหรือการกระทำของปัจเจก หรือ กลุ่มคน ที่เข้าแทรกแซงการตัดสินใจ หรือจำกัดเสรีภาพของปัจเจกอีกฝ่าย โดยปราศจากความยินยอม เพื่อรักษาผลประโยชน์ หรือป้องกันผลเสียที่จะเกิดแก่บุคคลที่ถูกแทรกแซงนั้น มีการแปลเป็นภาษาไทยหลายรูปแบบ เช่น ระบบพ่อขุน (ทักษ์ เฉลิมเตียรณ 2552). พ่อปกครองลูก ปิตาธรรม ในที่นี้ผู้เขียนจะใช้คำว่าปิตานิยมเป็นหลัก รากศัพท์ของคำว่า paternalism มาจากคำว่า pater ในภาษาละติน แปลว่า พ่อ การกระทำดังกล่าวคล้ายคลึงกับพฤติกรรมของพ่อแม่ที่จำกัดเสรีภาพของลูกโดยมีเจตนาเพื่อปกป้องหรือเลือกสรรสิ่งที่ตนคิดว่าดีที่สุดแก่ลูก แม้ว่าจะเป็นสิ่งที่ลูกไม่ต้องการก็ตาม การกระทำปิตานิยมเป็นสิ่งที่สามารถพบได้ทั่วไปในชีวิตประจำวัน เช่น การโกหกเพื่อสร้างความสบายใจแก่อีกฝ่าย การตั้งกฎให้อีกฝ่ายปฏิบัติตาม หรือ การสร้างสถานการณ์ที่ส่งอิทธิพลในการตัดสินใจของอีกฝ่าย เป็นต้นการกระทำเหล่านี้มักตั้งอยู่บนความสัมพันธ์ที่มีลำดับชั้น และการอนุมานว่าบุคคลที่ถูกแทรกแซง ไม่มีวิจารณญาณ หรือ ความสามารถในการตัดสินใจ การเลือกของบุคคลดังกล่าวนำไปสู่การตัดสินใจผิดพลาด หรือความล้มเหลวในการบรรลุจุดมุ่งหมายหรือคุณค่าบางอย่าง (N/A 2019) กรอบคิดเช่นนี้ถูกกล่าวถึงครั้งแรกในปลายศตวรรษที่ 19 โดยกลุ่มนักคิดเสรีนิยมที่วิพากษ์การใช้อำนาจของหัวหน้าครอบครัว หรือเหล่าผู้ปกครองที่ใช้อำนาจลิดรอนเสรีภาพ การปกครองตนเอง (autonomy) ของผู้ใต้ปกครองในนามของการสวัสดิภาพ และความปลอดภัย อีกทั้งยังสะท้อนให้เห็นถึง วัฒนธรรมชายเป็นใหญ่ในสังคมที่เพศชายเป็นผู้มีอำนาจบังคับใช้อำนาจปิตานิยมต่อผู้ใต้ปกครอง หรือสมาชิกในครอบครัว(Ben-Ishai, E. 2010).

สังคมสมัยใหม่รัฐยังคงมีการใช้หลักการปิตานิยมในการปกครอง รัฐใช้อำนาจปิตานิยมผ่านนโยบายและกฎหมายในการยกเลิกสิทธิ เสรีภาพ การปกครองตนเองของประชาชน ณ บริบทหนึ่ง รวมทั้งแทรกแซงการตัดสินใจของประชาชน อำนาจปิตานิยมของรัฐเหล่านี้มีลักษณะที่สำคัญสองประการ กล่าวคือ ประการแรก อำนาจปิตานิยมมีเพื่อปกป้องคุ้มครองสวัสดิภาพ และความปลอดภัยของประชาชน หรือระงับเหตุที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง นอกจากนี้ยังเพื่อปกป้องบุคคลที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจ เช่น เด็ก ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ขาดสติ เป็นต้น ประการที่สอง คือ รัฐไม่เชื่อหรือไว้วางใจการตัดสินใจของประชาชน รัฐเห็นว่าประชาชนไม่อาจตัดสินใจด้วยตนเองได้อย่าง “ถูกต้อง” หากปราศจากการแทรกแซงจากรัฐ การเลือกของประชาชนก่อความผิดพลาด ล้มเหลว และไม่เป็นไปในทิศทางของการส่งเสริมสวัสดิภาพของตนเองตามที่รัฐกำหนดนิยามไว้ (Grand, J. L., & New, B., 2020) นอกจากนี้ยังหมายความถึง การที่รัฐเชื่อว่าประชาชนไม่มีศักยภาพ หรือ ความสามารถในการดูแลตนเองหรือตัดสินใจด้วยตนเองได้อย่างสำเร็จ ลุล่วง หรือไม่เทียบเท่ากับการถูกแทรกแซงจากรัฐ จะเห็นได้ว่าอำนาจเช่นนี้สะท้อนการตั้งตนเป็นพ่อแม่ของรัฐต่อประชาชน หรือที่เรียกว่า “คุณพ่อรู้ดี”

ในชีวิตประจำวันเราสามารถพบตัวอย่างการใช้อำนาจปิตานิยมของรัฐไทยจากกฎหมายและนโยบายหลายรูปแบบ เช่น การประกาศงดจำหน่ายสุรา และการกำหนดเคอร์ฟิวส์ในช่วงโรคระบาด การกำหนดเวลาปิดเปิดและตำแหน่งที่ตั้งของสถานบันเทิง การหักเงินเดือนของประชาชนในนโยบายกองทุนเงินประกันสังคม หรือ กฎหมายห้ามค้าประเวณี เป็นต้น อำนาจเช่นนี้อนุญาตให้รัฐสามารถแทรกแซงได้ทั้งวิธีการ (means) ในการกระทำการเพื่อเข้าถึง ลุล่วงเป้าหมายบางอย่างของประชาชน ตลอดจนอนุมาน กะเกณฑ์ ปรับเปลี่ยน ความต้องการหรือเป้าประสงค์ (ends) ของประชาชนให้เป็นไปในทิศทางที่รัฐเห็นว่าเหมาะสม ถูกต้อง หรือปลอดภัย แม้ว่าจะเป็นการลิดรอนการปกครองตนเองของประชาชนก็ตาม

อย่างไรก็ตามกฎหมายและนโยบายปิตานิยมมีระดับการบังคับใช้อำนาจ และวิธีการแทรกแซงของรัฐผ่านข้อกำหนดปลีกย่อย รวมทั้งการยึดโยงเข้ากับความรู้ คุณค่า ที่แตกต่างกันออกไป ในการศึกษานโยบายและกฎหมายมีการจัดเป็นหมวดหมู่ของการใช้อำนาจผ่านกฎเกณฑ์อย่างอย่างหลากหลาย แม้ว่ากฎหมายหรือนโยบายปิตานิยมหนึ่งๆ จะผสมรวมลักษณะที่ยากจะการจำแนกออกเป็นข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน แต่หมวดหมู่ดังกล่าวช่วยในการวิเคราะห์ และสำรวจตรวจสอบความชอบธรรมของการบังคับใช้อำนาจรัฐที่ลิดรอนเสรีภาพและการปกครองของประชาชน ในที่นี้ผู้วิจัยหยิบยกเกณฑ์การจัดแบ่ง 2 ลักษณะมาอภิปราย กล่าวคือ การจัดแบ่งผ่านลักษณะการแทรกแซง และการจัดแบ่งผ่านวิธีการบังคับใช้อำนาจ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์และสร้างข้อถกเถียงเรื่องกฎหมายกัญชาของไทยในลำดับต่อไป

เกณฑ์การจัดแบ่งแบบแรก คือ การการแบ่งอำนาจปิตานิยมตามลักษณะการควบคุม ประกอบไปด้วย 2 รูปแบบ กล่าวคือ อำนาจปิตานิยมที่แทรกแซงวิธีการในการเข้าถึงเป้าหมาย (means-based paternalism) และ อำนาจปิตานิยมที่มุ่งกำกับควบคุมเป้าหมาย (ends-based paternalism) อำนาจปิตานิยมที่แทรกแซงวิธีการเข้าถึงเป้าหมายมักจะมีลักษณะอำนวยความสะดวก หรือ ชี้แนะจากภาครัฐให้ประชาชนเข้าถึงจุดประสงค์ที่ตนต้องการ หลักการเช่นนี้อธิบายได้ผ่านแนวคิดของเดวิด ฮูม (Devid Hume) ที่เสนอว่า ความปรารถนา (passion) เรียกร้องให้วิธีการ หรือ เหตุผล เป็นทาสรับใช้นำพาไปสู่การเติมเต็มความต้องการ เหตุผลมิใช่อำนาจสูงส่งที่ต้องเชื่อฟัง หรือ รับใช้มัน ในแง่นี้อำนาจปิตานิยมของรัฐคือการส่งเสริม จัดสรรเหตุผล หรือวิธีการต่าง ๆ ให้ประชาชนบรรลุความต้องการของตนเองโดยไม่แทรกแซงความความปรารถนาของประชาชน ทั้งนี้แต่ละคนล้วนมีแผนการ คุณค่า ความเชื่อ ที่เฉพาะตัวและแตกต่างในแต่ละสถานการณ์ของชีวิต เมื่อประชาชนอาจประสบกับข้อจำกัดในการเลือกวิธีการบรรลุจุดประสงค์ รัฐมีหน้าที่ใช้อำนาจเข้ามาช่วยเหลือ หรือ อำนวยความสะดวก ตัวอย่างนโยบายและกฎหมายลักษณะนี้ในประเทศไทย ได้แก่ การบังคับใส่หมวกกันน็อค คาดเข็มขัดนิรภัย หรือ มาตรการเมาไม่ขับ ที่ช่วยปกป้องให้ประชาชนไปถึงที่หมายได้อย่างสวัสดิภาพ การกำหนดมาตรฐานการผลิตสินค้าอุปโภค บริโภค ที่ช่วยให้ประชาชนสามารถใช้สินค้าที่ต้องการได้อย่างปลอดภัย หรือ การรณรงค์ให้ใส่ถุงยางอนามัยหากต้องการมีคู่นอนหลายคน เพื่อป้องกันโรคติดต่อ มากกว่าการห้ามไม่ให้กระทำการดังกล่าว เป็นต้น (Grand, J. L., & New, B., 2020)

ในขณะที่อำนาจปิตานิยมแบบแทรกแซงวิธีการ ส่งเสริมให้ประชาชนเติมเต็มความปรารถนาอันเฉพาะตัว อำนาจปิตานิยมแบบกำกับควบคุมเป้าหมายกลับตั้งคำถามต่อความปรารถนา หรือเป้าหมายเหล่านั้นของประชาชน อำนาจลักษณะนี้มักมีนัยยะของศีลธรรม และควบคุมอย่างเข้มงวด ซึ่งบางครั้งเรียก อำนาจปิตานิยมเบ็ดเสร็จ (perfectionism) กล่าวคือ รัฐใช้อำนาจแทรกแซง ลิดรอนเสรีภาพ และการปกครองตนเองของประชาชน เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีชีวิตที่ “ดี” ตามมุมมองของรัฐ โดยไม่ยอบรับว่าปัจเจกต่างมีคุณค่า และ มุมมองต่อเป้าหมายอย่างเฉพาะตัว รวมทั้งความเชื่อว่าสิ่งที่ ดี ดังกล่าวมีลักษณะตายตัว เป็นภววิสัยอยู่เหนือ ทัศนคติ หรือ ความคิดเห็นของประชาชนที่แตกต่างกันออกไป จุดยืนของรัฐเช่นนี้ทำให้รัฐสร้างความชอบธรรมในการตัดสินว่ากิจกรรมใดที่ควรส่งเสริม หรือ ขัดขวาง ตลอดจนการอนุมานว่ากิจการใดเหมาะสมกับประชนกลุ่มหนึ่งๆ (อ้างแล้ว 2020) ตัวอย่างของนโยบายและกฎหมายลักษณะที่ใช้ในประเทศไทย ได้แก่ กฎหมายห้ามยุติการตั้งครรภ์ กฎหมายห้ามค้าประเวณี กฎหมายห้ามจำหน่ายสุราในวันสำคัญทางศาสนา กฎหมายห้ามกระทำการการุณญฆาตในทางการแพทย์ จะเห็นได้ว่ากฎหมายเหล่านี้บังคับใช้โดยไม่สนใจเป้าหมายและความต้องการอันจำเพาะของปัจเจก และบัญญัติขึ้นบนมุมมองของศีลธรรมมากกว่าเรื่องความปลอดภัย รวมทั้งเป็นการจำกัดวิธีการเข้าถึงเป้าหมายโดยปริยาย

นอกจากลักษณะของการแทรกแซงของจะเป็นคุณลักษณะโดดเด่นที่ถูกนำมาใช้จำแนกกฎหมายและนโยบายแบบปิตานิยมแล้ว เทคนิควิธีการบังคับใช้ยังเป็นลักษณะสำคัญอีกประการที่ใช้ทำความเข้าใจอำนาจดังกล่าว นักนโยบายเสนอว่า เทคนิควิธีการบังคับใช้อำนาจปิตานิยมส่งผลต่อการบัญญัติกฎหมายที่ประนีประนอมกับการลิดรอนเสรีภาพ และการเคารพสิทธิของปัจเจก นอกจากนี้เทคนิควิธีของการใช้อำนาจยังสะท้อนให้เห็นถึงความแยบยลในการสร้างอิทธิพลเพื่อชักจูง โน้มน้าว ให้ประชาชนกระทำการในทิศทางที่รัฐต้องการ ตลอดจนกลายเป็นช่องโหว่ในการใช้อำนาจโดยมิชอบของเจ้าหน้าที่รัฐและผู้ใต้อำนาจปิตานิยม เกณฑ์การจัดแบ่งแบบที่สองนี้ คือ การจัดแบ่งตามวิธีการบังคับใช้อำนาจ ซึ่งประกอบด้วย การบีบบังคับ (coercive) และ การบังคับทางอ้อม (noncoercive) (อ้างแล้ว 2020)

กฎหมายหรือนโยบายปิตานิยมที่ใช้อำนาจบีบบังคับ คือ อำนาจปิตานิยมที่ประชาชนปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงไม่ได้ มักจะมาในรูปของการกำหนดโทษสำหรับผู้ฝ่าฝืน เช่น โทษปรับ จำคุก หรือ บำเพ็ญสาธารณประโยชน์ เป็นต้น ตัวอย่างการใช้อำนาจบีบบังคับของรัฐมีหลายรูปแบบ ทั้งที่เห็นได้ชัดเจนอย่าง การบังคับด้วยโทษปรับในกรณีที่ไม่สวมหมวกกันน็อค หรือคาดเข็มขัดนิรภัย โทษจำคุกแก่แพทย์ที่รักษาผู้ป่วยโดยไม่มีใบประกอบโรค ไปจนถึงรูปแบบที่เห็นไม่ชัดเจนอย่าง การปกปิดข้อมูล การบังคับให้เสพข้อมูลที่ไม่ต้องการ หรือ การกำหนดรูปแบบเอกสารที่บังคับให้กรอกรายละเอียดตามที่ต้องการ เป็นต้น (อ้างแล้ว 2020)

ส่วนกฎหมายหรือนโยบายที่ใช้อำนาจปิตานิยมแบบไม่บีบบังคับ คือ การสร้างอิทธิพลให้ประชาชนเกิดความโน้มเอียงในการตัดสินใจหรือมีพฤติกรรมบางอย่างในทิศทางที่รัฐต้องการ แต่ยังเปิดช่องให้กับการเลือกหรือการกระทำแบบอื่นที่อนุญาตให้ประชาชนได้ใช้เสรีภาพ บางครั้งเรียกวิธีการนี้ว่า nudge หรือ Libertarian paternalism นโยบายหรือกฎหมายเหล่านี้มักจะมุ่งออกแบบวิธีการที่ดึงดูด โน้มน้าว ประชาชน ที่เรียกว่าสถาปัตยกรรมของการเลือก (the architecture of choice) เช่น การสร้างแบบฟอร์มที่เปิดช่องให้เลือบริจาคอวัยวะ ซึ่งพบว่าการเพิ่มเติมตัวเลือกดังกล่าวมักนำไปสู่การเลือกบริจาค หรือ การสร้างข้อกำหนดในเรื่องการเสียภาษีหรือค่าใช้จ่ายรูปแบบต่าง ๆ หรือ ข้อเสนออุดหนุน สมทบทุน ในกิจกรรมบางประเภทที่โน้มน้าวความต้องการของประชาชนได้ เป็นต้น (อ้างแล้ว 2020)

จะเห็นได้ว่ารัฐใช้อำนาจปิตานิยมในการลิดรอนเสรีภาพของประชาชนเพื่อส่งเสริมสวัสดิภาพและความปลอดภัยของประชาชนในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งการแทรกแซงวิธีการเข้าถึงเป้าหมาย การกะเกณฑ์เป้าหมาย การใช้อำนาจบีบบังคับ และ การโน้มน้าวทางอ้อม กฎหมายหรือนโยบายหนึ่งอาจมีการผนวกรวมวิธีการใช้อำนาจปิตานิยมหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับบริบทที่บังคับใช้ กรอบคิดเหล่านี้สะท้อนให้เห็น เทคนิควิธีการประนีประนอมของรัฐต่อเสรีภาพของประชาชน และ ตำแหน่งแห่งที่ของรัฐในความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ในส่วนต่อไปผู้วิจัยจะใช้กรอบคิดดังกล่าวในการอภิปรายว่ารัฐใช้อำนาจปิตานิยมลักษณะใดในการบัญญัติกฎหมายกัญชาของไทย ในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2562

**อำนาจปิตานิยมเบ็ดเสร็จของกฎหมายกัญชาในประเทศไทย**

เกือบหนึ่งศตวรรษที่รัฐไทยมองกัญชาเป็นภัยของสังคม และควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างกัญชากับประชาชนทุกรูปแบบไม่ว่าจะ การเสพ ครอบครอง ปลูก แปรรูป จำหน่าย นำเข้า ส่งออก ให้เป็นความผิดทางอาชญากรรม นับตั้งแต่พระราชบัญญัติยาเสพติดปี พ.ศ. 2465 เป็นต้นมาที่สร้างการรับรู้ให้กัญชาเป็นยาเสพติดขึ้น ในช่วงหลังสงครามเย็น มีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายกัญชาในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษปี พ.ศ. 2522 รัฐจัดประเภทสถานะยาเสพติดของกัญชาให้อยู่ในประเภทที่ 5 และสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในกัญชา เททราไฮโดรแคนนาบินอล (Tetrahydrocannabinol THC) ให้อยู่ในประเภทที่ 1 โดยมีบทลงโทษร้ายแรงสำหรับผู้ฝ่าฝืน เช่น การครอบครองที่ต้องโทษ จำคุกในระหว่าง 1-15 ปี และปรับในวงเงินไม่เกินหนึ่งหนึ่งล้านห้าแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ เป็นต้น กฎหมายเหล่านี้สะท้อนให้เห็นการใช้อำนาจปิตานิยมอันเข้มงวดของรัฐ และถูกวิพากษ์วิจารณ์หลายแง่มุม ไม่ว่าจะเป็นการกีดกันการใช้ประโยชน์ของบุคลากรการแพทย์ (พีรพจน์ ปิ่นทองดี, 2018: 1194) การบัญญัติกฎหมายอาญาโดยใช้หลักศีลธรรมและเจตนารมณ์ทางการแพทย์ การจับกุมผู้เสพรายย่อยจำนวนมากที่ทำให้เกิดปัญหานักโทษล้นเรือนจำ ตลอดจนการกำหนดให้กัญชาเป็นยาเสพติดที่ขัดแย้งกับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ รวมทั้งการกฎหมายระหว่างประเทศ (อรพินท์ 2557)

จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2562 ได้มีการแก้ไขกฎหมายควบคุมกัญชาขึ้น โดยความเห็นชอบจากสภานิติบัญญัติแห่งชาติภายใต้รัฐบาลคณะรักษาความสงบแห่งชาติ กฎหมายฉบับนี้เปิดให้ประชาชนทั่วไปสามารถใช้ประโยชน์จากกัญชาได้เป็นครั้งแรก โดยอนุญาตให้ใช้แต่ในทางการแพทย์เท่านั้น รัฐผนวกรวมองค์ความรู้ทั้งแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน และ กลุ่มที่ลักลอบผลิตน้ำมันกัญชาผิดกฎหมาย หรือ กลุ่มอาจารย์เดชา มาเป็นส่วนหนึ่งในการผลิต แปรรูป และแจกจ่ายกัญชาให้แก่ประชาชนผ่านช่องทางโรงพยาบาล และคลินิคกัญชาทั่วประเทศ ภายใต้การกำกับควบคุมจากหน่วยงานรัฐทั้งหมด ได้แก่ องค์กรอาหารและยา และ สำนักงานป้องกันปราบปรามยาเสพติด และ กรมการแพทย์แผนไทย การใช้ประโยชน์กัญชานอกเหนือจากการกำกับภายใต้สถาบันรัฐ ถือเป็นการกระทำผิดกฎหมาย เหตุผลในการบังคับใช้อำนาจดังกล่าวก็เพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชนใช้กัญชาในทางที่ “ผิด” หรือ “ใช้เพื่อสันทนการ”

ในกรณีของกฎหมายกัญชา พระราชบัญญัติยาเสพติดปี 2562 รัฐใช้อำนาจปิตานิยมที่มีลักษณะแทรกแซงทั้งวิธีการเข้าถึงและเจตนาการใช้ โดบบังคับใช้ในลักษณะบีบบังคับด้วยบทลงโทษอาญา กล่าวคือ กฎหมายฉบับนี้ถูกแก้ไขให้ประชาชนสามารถใช้ประโยชน์กัญชาในทางการแพทย์ภายใต้การกำกับความคุมของเจ้าหน้าที่รัฐ และสถาบันที่กำหนดเท่านั้น การใช้เพื่อประโยชน์อื่น ยังถือเป็นการกระทำผิดกฎหมาย รัฐอาศัยกรอบการจัดแบ่งกัญชาออกเป็นการใช้เพื่อจุดประสงค์การแพทย์ หรือ สันทนาการ อย่างเป็นทวิลักษณ์ที่เป็นปฏิปักษ์ต่อกัน เป็นมุมมองในการให้ความชอบธรรมแก่การใช้ภายใต้การกำกับของแพทย์ที่ได้รับอนุญาตที่เป็นการใช้ “เพื่อการแพทย์” ในขณะที่การใช้ด้วยตนเองถือเป็น “ใต้ดิน” หรือ “เพื่อนันทนาการ” ที่ผิดกฎหมายบนเงื่อนไขที่ว่ากัญชายังคงเป็นยาเสพติด และ ประชาชนไม่มีความฉลาดทางการแพทย์เพียงพอ หรือ การใช้กัญชาที่ไม่ได้คุณภาพที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

นอกจากนี้รัฐยังได้ป้องกันมิให้ประชาชนใช้กัญชาเพื่อจุดประสงค์อื่นด้วยการใช้นโยบายรูปแบบที่ดำเนินการผลิตจากรัฐทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็น การผลิต แปรรูป แจกจ่าย ผูกขาดการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับกัญชาไว้ภายใต้หน่วยงานของรัฐได้แก่ องค์การเภสัชกรรมสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมการแพทย์แผนไทย และ สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ เป็นต้น เพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชนเข้าถึงกัญชาด้วยตัวเองจากแหล่งอื่น หรือการปลูกในครัวเรือน ทั้งนี้ประชาชนจะสามารถปลูกได้ภายใต้เงื่อนไขของการรวมกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่มีการจดทะเบียนตามกฎหมาย ร่วมมือและดำเนินการเพื่อประโยชน์ของสถาบันรัฐอย่างเคร่งครัดเท่านั้น (พระราชบัญญัติยาเสพติด 2562)

ในกรณีการนำเข้าและส่งออก ประชาชนจะสามารถทำได้ภายหลังจากที่กฎหมายประกาศใช้ไปแล้ว 5 ปีโดยต้องเป็นผู้ประกอบการขนส่งสาธารณะระหว่างประเทศ การกระทำอื่นใดที่นอกเหนือจากเงื่อนไขข้างต้นถือเป็นความผิดอาญาโดยมีโทษความผิดฐาน การเสพ ครอบครอง แปรรูป จำหน่าย ผลิต นำเข้า ส่งออก แตกต่างกันไป มีโทษปรับตั้งแต่สองหมื่นถึงหนึ่งล้านห้าแสนบาท หรือ/และ จำคุกหนึ่งถึงสิบห้าปี (อ้างแล้ว 2562)

จะเห็นได้ว่ากฎหมายฉบับนี้ไม่ได้อนุญาตให้ประชาชนใช้ประโยชน์จากกัญชาด้วยตนเองโดยตรง หรือรวมกลุ่มแปรรูปในชุมชน กฎหมายเพียงแค่เพิ่มเติมหน่วยงานอื่นของรัฐให้มีอำนาจในการควบคุมกัญชามากขึ้นเท่านั้น เช่น ปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ อธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก อธิบดีกรมโรงงานอุตสาหกรรม อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นต้น โดยรัฐเป็นผู้ผูกขาดการดำเนินการทั้งหมด นอกจากนี้รัฐยังใช้อำนาจแทรกแซงจุดประสงค์การใช้กัญชาของประชาชน รัฐให้ความชอบธรรมแต่การใช้ประโยชน์เพื่อการรักษาโรคจากดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่รัฐเท่านั้น ผู้ที่ฝ่าฝืนยังคงถูกจับกุมอย่างต่อเนื่องผ่านหลังจากการแก้ไขกฎหมาย

การควบคุมดังกล่าวสะท้อนให้เห็น การอำนาจปิตานิยมอย่างเบ็ดเสร็จที่ควบคุมทั้งเจตนาการใช้ และวิธีการใช้ และการเข้าถึงกัญชา ที่บีบบังคับด้วยการบัญญัติโทษอาญาแก่ผู้ฝ่าฝืน รัฐให้เหตุผลในการบังคับใช้อำนาจดังกล่าวก็เพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชนใช้กัญชาในทางที่ “ผิด” หรือ “ใช้เพื่อสันทนการ” และเป็นการบัญญัติกฎหมายให้ “สอดคล้อง” กับแนวทางของภาคีประเทศในอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 และแก้ไขโดยพิธีสาร ค.ศ. 1972 ('สมศักดิ์' ยืนยัน 'กัญชา' ในไทยเป็นไปตามหลักสากล 2562)

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาข้อกำหนดของอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 และแก้ไขโดยพิธีสาร ค.ศ. 1972 จะพบว่า มิได้มีการบัญญัติแนวทางที่มุ่งปราบปราม ควบคุมกัญชาในฐานะยาเสพติดให้โทษแต่อย่างใด ตรงกันข้าม องค์การสหประชาชาติกลับส่งเสริมให้ประเทศที่ร่วมภาคี มุ่งเน้นปฏิรูปกฎหมาย ด้วยการยกเลิกความผิดอาญาในฐานเสพและครอบครองกัญชา และมุ่งส่งเสริมให้ใช้การบำบัดรักษาแทนการลงโทษทางอาญา และเป็นไปตามหลักสิทธิมนุษยชน และมาตรฐาน การแพทย์เชิงจริยธรรม (อรพินธุ์ 2557) นอกจากนี้ในอนุสัญญาดังกล่าวมิได้ระบุชัดเจนในกฎหมายว่าให้ควบคุมกัญชาอย่างไร หากแต่อนุญาตให้แต่ละประเทศตีความได้เอง นอกจากนี้ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 องค์การอนามัยโลกได้มีการพิจารณาการถอดกัญชาและสาร THC ออกจากการเป็นยาเสพติดประเภทที่ 5 และ 1 ตามลำดับ เนื่องจากหลักฐานทางการแพทย์ที่พบว่ากัญชาไม่เคยทำให้เสียชีวิตเมื่อเสพเกินขนาด และ สารประกอบในพืชกัญชาสามารถรักษาการเจ็บป่วย เช่น อาการปวด และอาการนอนไม่หลับ เป็นต้น

เมื่อพิจารณาแนวทางการควบคุมกัญชาในประเทศอื่น ๆ จะพบว่าไม่ได้บังคับใช้อำนาจปิตานิยมเบ็ดเสร็จที่แทรกแซงเจตนาการใช้กัญชาของประชาชน และผูกขาดการเข้าถึงไว้ภายใต้รัฐอย่างกฎหมายของไทย กล่าวคือ ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกต่างปรับปรุงแก้ไขกฎหมายควบคุมกัญชาที่มีทั้งการเปิดเสรี (legalize) ลดความผิดอาญา (decriminalize) หรือ ลดโทษ (depanelize) ทั้งนี้แม้หลายประเทศจะไม่ได้เปิดเสรีกัญชา แต่ก็ไม่ได้หวงห้ามมิให้ประชาชนใช้ประโยชน์จุดประสงค์อื่น หรือเข้าถึงกัญชาจากแหล่งอื่น ๆ การใช้อำนาจปิตานิยมของประเทศเหล่านี้ เป็นการสร้างข้อกำหนด หรือเงื่อนไขเพิ่มเติมขึ้นมากกว่ากีดกันจุดประสงค์เพื่อสันทนาการอย่างรัฐไทย เช่น การกำหนดปริมาณที่สามารถครอบครองได้โดยไม่ผิดกฎหมาย การจำกัดอายุผู้ซื้อกัญชา การกำหนดสถานที่สูบกัญชา การออกใบอนุญาตให้แก่ผู้จำหน่าย เป็นต้น ตัวอย่างเช่น ประเทศที่กัญชายังมีความผิดอาญาอย่าง ประเทศเนเธอแลนด์ แต่มีการผ่อนปรนให้มีการจำหน่ายได้ในร้านกาแฟเฉพาะย่านท่องเที่ยวเท่านั้น โดยห้ามติดป้ายโฆษณา ขายให้ผู้ที่อายุต่ำกว่า 18 ปี มากกว่า 5 กรัม และอนุญาตให้ครอบครองได้ไม่เกิน 5 กรัม หรือประเทศที่ลดความผิดอาญาลง อย่างชิลีที่อนุญาตให้ประชาชนควบคุมได้ไม่เกิน 10 กรัม ปลูกได้บ้านละ 6 ต้น สามารถใช้เพื่อสันทนาการได้ หรือ ในสหรัฐอเมริกาที่มีข้อบังคับเรื่องปริมาณที่ครอบครองได้ และ การปลูกเอง แตกต่างกันออกไปในแต่ละรัฐ เช่น รัฐวอชิงตัน ดีซี ที่อนุญาตให้ครอบครองได้ 56 กรัม และปลูกในครัวเรือนได้ไม่จำกัดจำนวน แต่ต้นที่มีดอกสมบูรณ์มีได้ไม่เกิน 3 ต้น (Miles, H. 2019)

นอกจากนี้รูปแบบการจัดหากัญชายังมีหลายแนวทางที่ไม่ได้มีแต่การผูกขาดไว้แต่หน่วยงานของรัฐทั้งหมด เช่น การอนุญาตให้ปลูกในครัวเรือน การจัดตั้งกลุ่มหรือชมรม (social club) หรือการอนุญาตให้เอกชนดำเนินการโดยมีการเสียภาษี (taxed commercial supply) หรือ กรณีของการจัดหาโดยรัฐ ก็ไม่จำเป็นต้องลิดรอนการใช้กัญชาด้วยตนเองของประชาชนซึ่งจะเห็นได้จาก ประเทศอูรุกวัยที่ใช้กำหนดให้ประชาชนมีการลงทะเบียนการปลูก การครอบครองกับรัฐ และสร้างข้อบังคับไม่อนุญาตให้มีการจำหน่ายแต่ชาวต่างชาติ (อ้างแล้ว 2019)

จะเห็นได้ว่ากฎหมายและนโยบายควบคุมกัญชามีหลากหลายแบบ การปกป้องคุ้มครองประชาชนให้ปลอดภัยสามารถกระทำได้โดยไม่จำเป็นต้องที่ลิดรอนเสรีภาพของประชาชน ด้วยการจำกัดเจตนาการใช้แต่เพียงเพื่อการแพทย์ และผูกขาดการเข้าถึงไว้ที่รัฐทั้งหมด นอกจากนี้กฎหมายดังกล่าวยังบัญญัติขึ้นอย่างเข้มงวดโดยมิได้สอดคล้องกับแนวทางระหว่างประเทศตามที่กล่าวอ้าง

รูปภาพประกอบด้วย ในอาคาร, เค้ก, บุคคล, โต๊ะ

คำอธิบายที่สร้างขึ้นโดยอัตโนมัติ

ภาพประกอบการใช้อำนาจปิตานิยมอย่างเข้มงวดของรัฐในการปราบปราม จับกุมผู้ที่ปลูกพืชกัญชาเพียงเล็กน้อยในครัวเรือน

ในส่วนสุดท้ายของบทความผู้เขียนต้องการชี้ให้เห็นว่า กรอบการจัดแบ่งวัตถุประสงค์การใช้กัญชาเป็นคู่ตรงข้ามระหว่างการแพทย์/สันทนยาการ และการผูกขาดการดำเนินการกัญชาไว้ที่รัฐทั้งหมด ละเลยการพิจารณาบริบทการใช้ประโยชน์ และความต้องการของประชาชน รวมทั้งเบียดขับองค์ความรู้และกิจกรรมในการปลูก แปรรูป และการผลิตกัญชาด้วยตนเองของประชาชนให้เป็นการกระทำผิดกฎหมาย กฎหมายปิตานิยมจึงมิเพียงแต่ลิดรอนสิทธิ เสรีภาพของประชาชน แต่ยังเป็นเครื่องมือหล่อเลี้ยงความไม่เท่าเทียม และความสัมพันธ์กดขี่ของรัฐต่อประชาชนไว้ ผู้วิจัยจะนำเสนอผ่านข้อมูลจากการสำรวจภาคสนามของผู้ใช้กัญชา และ กลุ่ม “ใต้ดิน” ที่มีการผลิต แปรรูปและแจกจ่ายกัญชานอกการควบคุมของรัฐ

**ความไม่ลงรอยระหว่างกฎหมายปิตานิยมกัญชาและบริบทการใช้ของประชาชน**

จากที่ได้อภิปรายไปแล้วข้างต้น รัฐไทยอาศัยกรอบทวิลักษณ์ในการจัดแบ่งกัญชาออกเป็นจุดประสงค์ทางการแพทย์/สันทยาการ เพื่อควบคุมการใช้ประโยชน์ของประชาชน รัฐให้ความชอบธรรมจุดประสงค์การแพทย์ และปราบปรามจุดประสงค์เพื่อสันทยาการที่มองว่าเป็นการใช้ไม่เหมาะสม และให้โทษ สมควรต้องได้รับการกำกับจากบุคลากรทางการแพทย์ในสถาบันที่กำหนด กฎหมายดังกล่าวมีลักษณะแทรกแซงจุดประสงค์การใช้ด้วยการบีบบังคับ ซึ่งแตกต่างจากกฎหมายกัญชาประเทศอื่นที่มีการบัญญัติเงื่อนไขเพิ่มเติมเพื่อควบคุมทางอ้อมซึ่งไม่จำกัดจุดประสงค์การใช้ของประชาชน ผู้วิจัยจะชี้ให้เห็นว่าในทางปฏิบัติ กรอบการแบ่งแยกอย่างเด็ดขาดของรัฐไทยมิได้สอดคล้องกับบริบทและการใช้ประโยชน์ในความเป็นจริง โดยจะอภิปรายผ่าน 2 ประเด็นต่อไปนี้ ประการแรก คุณสมบัติอันลื่นไหลและหลากหลายของสาร THC ประการที่สองการประโยชน์บนพื้นที่ทับซ้อนระหว่างเพื่อการแพทย์ และเพื่อสันทยาการของตัวอย่างผู้ใช้รายหนึ่ง

กรอบการจัดแบ่งจุดประสงค์การใช้กัญชาออกเป็นสองขั้วระหว่างการแพทย์และสันทนาการนั้น ผลิแตกมาจากสถานะทางกฎหมายของพืชกัญชาที่ถูกนิยามไว้ในองค์การอนามัยโลกและอนุสัญญายาเสพติดปี ค.ศ. 1961 และ 1971 โดยจัดแบ่งนิยามของกัญชาออกเป็น 3 รูปแบบคือ Cannabis Marijuana และ สาร THC กล่าวคือ Cannabis หมายถึงทุกส่วนของพืชในตระกูลกัญชา ที่มีทั้งกัญชงที่มีสาร THC ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทน้อย และ Marijuana ที่หมายถึงส่วนดอกของกัญชาตระกูล cannabis sativa ที่ก่อให้เกิดสารมึนเมา และ THC ที่เป็นสารประกอบในพืชออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่สร้างปัญหาอิหลักอิเหลื่อในการควบคุมของรัฐ เนื่องจากสารดังกล่าวถูกค้นพบว่ามีสรรพคุณทางการแพทย์สามารถรักษาโรค ลมชัก อาการปวด อารการคลื่นไส้จากการแพ้เคมีบำบัด แต่ในขณะเดียวกันก็ทำให้เกิดอาหารมึนเมาที่ถูกนำไปใช้เพื่อสันทยาการ เมื่อผนวกเข้ากับอิทธิพลทางการเมืองที่ทำให้การเสพกัญชาเพื่อสันทนาการเป็นเรื่องผิดบาป เป็นปีศาจร้ายของสังคม ทำให้สารประกอบดังกล่าวถูกจัดประเภทให้เป็นสารเสพติดร้ายแรงประเภทที่ 1 ที่เทียบเท่ากับเฮโรอีน

อย่างไรก็ตาม ด้วยคุณปการของการศึกษาทั้งสังคมศาสตร์และวิทยาศาสตร์ที่ถอดรื้อมายาคติกัญชาเป็นยาเสพติด และการค้นพบทางวิทยาศาสตร์ว่ากัญชามิได้ทำให้เสพติดหรือมีผลเสียร้ายแรงต่อชีวิต แต่กลับมีสรรพคุณการแพทย์ ผนวกกับการเติบโตของอุตสาหกรรมยารักษาโรค และธุรกิจยาสมุนไพร ส่งผลให้มีการผ่อนปรนกฎหมายขึ้น เส้นแบ่งกัญชาออกเป็นสันทนาการและการแพทย์จึงจึงพร่าเลือนลง หลายประเทศหันไปกำหนดวิธีการครอบครอง ปลูก มากกว่าดังที่อธิบายไปแล้วข้างต้น นอกจากนี้หากพิจารณาในแง่ของตำรับยากัญชาของไทย เช่น ตำรับอาจารย์เดชา ที่แปรรูปดอกของกัญชาให้กลายเป็นน้ำมันเพื่อรักษาโรคจะพบว่า ไม่อาจลากเส้นแบ่งแยกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและการรักษาของยาได้ เนื่องจากตัวยาดังกล่าวประกอบด้วยสารที่มีสรรพคุณการแพทย์หลายชนิดโดยมี THC เป็นหนึ่งในนั้น ผล (ข้างเคียง) เป็นของการรักษาจึงมีอาการมึนเมาด้วย

คุณสมบัติเฉพาะตัวของกัญชาดังกล่าวทำให้ ในทางปฏิบัติผู้ใช้กัญชาจึงไม่ได้แบ่งแยกจุดประสงค์ออกเป็นการแพทย์หรือสันทนาการอย่างที่รัฐไทยเข้าใจ กล่าวคือ ผู้ใช้รายหนึ่งที่มีอาการป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีการใช้กัญชาในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง โดยมีการหยุดยารักษาอาการซึมเศร้าและใช้กัญชาที่จัดหามาจากแหล่งใต้ดิน ผู้ใช้ดังกล่าวพยายามหาวิธีการดูแลสุขภาพในรูปแบบอื่น เมื่อได้ใช้กัญชาเพื่อความมึนเมาก็พบว่าผลที่ตามมาช่วยปรับอารมณ์ให้ดีขึ้นซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรายนี้เชื่อว่าเป็นการ ตัดวงจรของภาวะซึมเศร้าลงได้ที่ละน้อย การใช้ประโยชน์ดังกล่าวถูกเรียกว่า "grey area" (พื้นที่สีเทา)

“...ส่วนใหญ่ก็คิดว่า เพื่อสันทนาการนะคะ มันก็เป็นเส้นที่ไม่รู้คิดขึ้นเองรึเปล่าว่าเออเนี่ย ใช้อันนี้เพื่อรักษาแต่ความหมายของเรามันเป็นอะไรที่ grey area มาก ๆ เช่น เราเลือกรักษาในแบบสภาพอารมณ์อะไรยังงี้ การปรับสภาพอารมณ์ แต่จริง ๆแล้วก็คือด้วยไอเดียที่ว่าอยากเมา หรือว่ามีความรู้สึกแบบสภาพจิตใจไม่ค่อยโอเคก็ไม่รู้ทำไงดีก็จะใช้...”

นอกจากนี้ผู้ใช้ดังกล่าวได้กล่าวถึงวิธีการใช้กัญชาของตนที่สะท้อนให้เห็นว่ามีการสังเกตการณ์ และ ประเมินการใช้ให้สอดคล้องกับร่างกายและสุขภาพของตนเอง และการเลือกใช้กัญชาที่เหมาะสมกับการตอบสนองของร่างกาย และการใช้ชีวิต ซึ่งไม่ได้เป็นการใช้อย่างให้โทษ หรือ ไม่เหมาะสม อย่างที่รัฐเข้าใจ

“...ถ้าอยู่บ้านมีเรื่องเครียดๆ ก็จะพัน joint สักอันแล้วก็ดูด ประมาณนั้น บางทีก็แล้วแต่ ตอนกลางวันก็จะเป็นอารมณ์แบบ กินข้าวเช้าเสร็จแล้วจะทำงาน อารมณ์ขมุกขมัว เครียดๆ ก็จะดูด joint ก่อนหน้านี้ก็จะมีใช้น้ำมันบ้าง ก็จะหยดก่อนนอน เพราะคิดว่าจะช่วยให้หลับสบาย แต่อันที่จริงแล้ว รู้สึกว่าทำให้สมองตื่นตัวมากกว่าจะทำให้แบบสบาย แต่มันก็สบายนะแค่รู้สึกสมองทำงานเยอะ อันนี้คือจากการสังเกตตัวเอง ทดลองเองไปเรื่อย ๆ เพราะ effect ของแต่ละคนมันไม่เหมือนกัน พี่คนนึงที่ไปเอาน้ำมันมาก็บอกว่านี่สบายหยดแล้วหลับได้เลย บางทีมันก็ใช่ แต่สำหรับเรามันทำให้สมองแบบทำงานมากกว่า เลยอ๋อโอเคมันอาจจะไม่ค่อยเหมาะกับการก่อนนอน ใช้เวลานานกว่าจะออกฤทธิ์ แต่ที่เป็น joint ดูดแล้วก็จะรู้สึกถึง effect ได้ทันที...”

นอกจากนี้ การบัญญัติกฎหมายที่ผูกขาดการเข้าถึงกัญชาไว้กับบุคลากรการแพทย์และสถาบันของรัฐยังเป็นการ เบียดขับกิจกรรมที่เกี่ยวกับการปลูก แปรรูปของประชาชนที่มิได้ก่อให้เกิดโทษแต่กลับส่งเสริมสวัสดิภาพของประชาชน กล่าวคือ จากการสำรวจกลุ่มใต้ดินที่ผลิต แปรรูปและแจกจ่ายกัญชาให้แก่ประชาชน พบว่า กลุ่มดังกล่าวมีการให้ข้อแนะนำในการใช้ที่รัดกุม มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพในการให้ข้อมูลของกัญชา และคำแนะนำในการใช้โดยละเอียด บรรยากาศในสถานที่ดังกล่าวคล้ายคลึงกับโรงพยาบาล กล่าวคือ มีโต๊ะประจำการของเจ้าหน้าที่ที่จะเรียกคนมาพบเป็นรายบุคคล มีการสอบถามอาการโรคและซักประวัติผู้มารับ ก่อนจะแนะนำวิธีการ และ วิธีการดูแลสุขภาพ เช่น การงดรับประทานอาหารแปรรูปที่ผ่านการสังเคราะห์ การทำสมาธิ เป็นต้น จะเห็นได้ว่ากลุ่มดังกล่าวมิได้มีการใช้กัญชาในลักษณะที่เสี่ยงอันตราย อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนด้วยซ้ำ นอกจากนี้ เมื่อสอบถามผู้ที่มารับพบว่าส่วนใหญ่ไม่ต้องการรับจากสถาบันการแพทย์เพราะมีความยุ่งยาก และต้องติดต่อประสานกับเจ้าหน้าที่รัฐการแพทย์ การมารับกัญชาที่กลุ่มใต้ดินมีความยืดหยุ่น รวดเร็ว และประนีประนอมมากกว่าโดยอ้างองจากประสบการณ์ส่วนตัวที่แพทย์มักจะเข้มงวดกับการกำกับควบคุม และแนะนำการรักษา รวมถึงความยุ่งยากในเรื่องการเตรียมเอกสารราชการ การลงทะเบียนรับผ่านแอพลิเคชั่น เมื่อเปรียบเทียบกับการรับ ณ กลุ่มใต้ดินนี้

รูปภาพประกอบด้วย บุคคล, โต๊ะ, ชิ้นส่วน, ถือ

คำอธิบายที่สร้างขึ้นโดยอัตโนมัติ รูปภาพประกอบด้วย ข้อความ, โต๊ะ

คำอธิบายที่สร้างขึ้นโดยอัตโนมัติ

ภาพน้ำมันกัญชาที่ผู้วิจัยได้รับ (ถ่ายโดยผู้วิจัย) ภาพคำแนะนำในการดูแลสุขภาพจากกลุ่มใต้ดิน (ถ่ายโดยผู้วิจัย)



ภาพกลุ่มใต้ดินที่มีการแปรรูปและแจกจ่ายกัญชาเพื่อรักษาโรคแก่ประชาชน (ถ่ายโดยผู้วิจัย)

โดยสรุป กฎหมายกัญชาในพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2562 ที่ได้รับการแก้ไขล่าสุดนี้ สะท้อนให้เห็นว่ารัฐใช้อำนาจปิตานิยมเบ็ดเสร็จในการบัญญัติกฎหมายที่เข้ามาลิดรอน แทรกแซงเสรีภาพของประชาชนด้วยการควบคุมเจตนาในการใช้ และวิธีการเข้าถึงกัญชาภายใต้สถาบันรัฐทั้งหมด รัฐให้ความชอบธรรมในการใช้เพื่อการแพทย์ที่รัฐกำกับเท่านั้น และปฏิเสธการใช้กัญชาด้วยตนเองของประชาชนทุกรูปแบบ กฎหมายเช่นนี้บัญญัติขึ้นโดยมิได้สอดคล้องกับแนวทางของภาคีประเทศในอนุสัญญาเดี่ยว นอกจากนี้กฎหมายฉบับนี้ยังไม่เล็งเห็นถึงความต้องการ และบริบทการใช้ของประชาชน ที่ไม่ได้ตั้งอยู่บนการแบ่งแยกจุดประสงค์การใช้อย่างที่รัฐเข้าใจ การจัดตั้งกลุ่มชมรมที่แปรรูป และแจกจ่ายกัญชาในหมู่ประชาชนนั้นเป็นวิธีการที่มิได้ก่อให้เกิดโทษ หรืออันตรายต่อประชาชน แต่กลับส่งเสริมสุขภาพ และมีแนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัยต่อสุขภาพ รวมทั้งสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนมากกว่าการไปรับที่สถาบันของรัฐที่จัดไว้ ปรากฎการณ์เหล่านี้มิควรถูกกำหนดให้เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย และถูกกีดกัน ปราบปรามในฐานะอาชญกรรม แต่ควรมุ่งส่งเสริม และแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนให้ความรู้แก่ประชาชน

**บรรณานุกรรม**

Anonymous. (2018). How Can We (and Why Should We) Analyze the Ethics of Paternalistic Policies in Public Health? Retrieved from https://www.ncchpp.ca/127/Publications.ccnpps?id\_article=1742

Ben-Ishai, E. (2010). The New Paternalism. *Political Research Quarterly*, *65*(1), 151–165. doi: 10.1177/1065912910388183

Grand, J. L., & New, B. (2020). *Government Paternalism: Nanny State or Helpful Friend?* Princeton, New Jersey: Princeton Univ. Press.

Miles, H. (2019, June 27). Countries Where Cannabis Is Legal (or Decriminalized) - 2019 Travel Guide. Retrieved April 16, 2020, from https://greencamp.com/countries-where-weed-is-legal/

ทักษ์ เฉลิมเตียรณ (2552). ใน พรรณี ฉัตรพลรักษ์, ม.ร.ว. ประกายทอง สิริสุข และธำรงศักดิ์ เพชรเลิศอนันต์ (ผู้แปล). การเมืองระบบพ่อขุนอุปถัมภ์แบบเผด็จการ. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์.

อรพินท์ นิรนาทกุล, (2557). การกำหนดความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ศึกษานโยบายทางอาญากรณีการเสพ และการครอบครองกัญชา. คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพ.