

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Diplomová práce

Alexandra Doležalová Hrouzková

SEXUALITA UŽIVATELŮ MARIHUANY

SEXUALITY OF MARIHUANA USERS

Praha, 2010

Vedoucí práce: prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D.

Děkuji svému vedoucímu prof. PhDr. Petru Weissovi, Ph.D. za podporu, cenné rady, vstřícnost a trpělivost při vypracovávání mé diplomové práce. Za pomoc se zpracováním sebraných dat děkuji Mgr. Evě Rozehnalové. Za konzultace a za spolupráci při analýze statistických dat děkuji Petru Boschovi, RNDr., CSc.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně, a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v knihovně psychologických a sociokulturních věd FFUK v Praze, a zde užívána ke studijním účelům za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

V Praze, 26.7.2010

Alexandra Doležalová Hrouzková

DOLEŽALOVÁ HROUZKOVÁ, A. 2010. *Sexualita uživatelů marihuany [Sexuality of Marijuana Users]*. Praha: Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. Katedra psychologie. 2010. 215 s., 5 příl. Vedoucí diplomové práce: prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D.

Abstrakt:

Cíl: Cílem předkládané práce bylo zmapovat dosud minimálně probádanou oblast sexuality pravidelných dlouhodobých starších uživatelů marihuany (heterosexuálních mužů ve věku od 30 do 50 let), a také zjistit, zda mezi nimi existují rozdíly v závislosti na dalších užívaných substancích (alkohol, „párty“ drogy – LSD, extáze, halucinogenní houby, kokain). Dalším cílem bylo srovnání souboru uživatelů marihuany ve vybraných charakteristikách sexuálního chování s věkově srovnatelným souborem reprezentujícím českou populaci.

Metody: Jedná se o výzkum kvantitativní povahy. Ke sběru dat bylo použito k tomu účelu sestaveného anonymního dotazníku, který samostatně vyplnilo 417 respondentů, z nichž bylo na základě vybraných kritérií (věk, frekvence a délka užívání) vybráno 202 respondentů. Data byla zpracována za pomoci statistického programu SPSS.

Výsledky: Se svým sexuálním životem je plně spokojeno 61,7% mužů v souboru. 53,9% respondentů uvedlo, že užívání marihuany nějakým způsobem změnilo jejich sexuální život, z toho u 48,5% se změnil sexuální život k lepšímu – v 51,2% se zlepšil prožitek orgasmu. Někjaký druh potíží v oblasti sexu zažilo v souvislosti s užíváním marihuany 20,8% respondentů. Zkušenost se sexuálním stykem s jiným mužem má 10,8% mužů ze souboru, 12,9% respondentů se považuje za bisexuálně orientované. 32,7% mužů má zkušenost s využitím komerčního sexu. Sex za úplatu někdy poskytlo 3,5% mužů. Respondenti ze souboru uživatelů marihuany se podstatně častěji nechávají testovat na přítomnost viru HIV než respondenti ze souboru české populace. Rozdíly mezi uživateli marihuany v souboru v závislosti na dalších užívaných substancích byly zjištěny ve třech charakteristikách – první sexuální styk s náhodnou, či se stálou partnerkou, počet příležitostných sexuálních partnerek, pohlavně přenosné nemoci.

Závěr: Uživatelé marihuany se v mnoha ohledech odlišují od reprezentativního vzorku české populace, avšak v oblastech závažného sexuálně rizikového chování (aktivní prostituce,

používání ochrany, výskyt hepatitidy typu C) se uživatelé marihuany shodují s muži v české populaci, narozdíl například od uživatelů amfetaminů a opioidů.

Klíčová slova:

Sexualita – sexuální chování – sexuální zdraví – uživatelé drog – uživatelé marihuany – marihuana.

Abstract:

Purpose: The purpose of the study was to map the sexuality of older (between the ages of 30 and 50) heterosexual regular marijuana users, which up to now remains little explored. We tried to find out whether there is a difference between the three groups of marijuana users: 1. users, who use only marijuana, 2. users who use marijuana and alcohol, and 3. users, who use marijuana, alcohol and „party“ substances (LSD, ecstasy, magic mushrooms, cocaine). More over we compared our findings with some characteristics of the same-age sample of the Czech population.

Methods: The research was of quantitative nature. The data were collected by using an original anonymous questionnaire, which was separately answered by 417 respondents – 202 respondents from them satisfied our criteria (age, frequency and length of marijuana use). The data were processed by SPSS.

Results: 61,7 % of respondents – marijuana users – are satisfied with their sexual life. Some kind of change as a result of marijuana abuse noticed 53,9 % of all respondents (48,5% of them noticed change for the better – 51,2% of them noticed higher quality of orgasm). Some kind of difficulties in the sexual life in connection with the marijuana use noticed 20,8% of respondents. 10,8% of respondents have some experience in intercourse with other man, 12,9% of respondents account themselves as a bisexual. 32,7% of respondents have an experience in a commercial sex utilization, 3,5% of respondents provided sometime sex for pecuniary interest. Marijuana users are tested for infection of HIV more often than average Czech men. According to the type of additional substances, the groups differ significantly in three items: 1. users, who use marijuana, alcohol and „party“ substances had first sexual intercourse more often with the random partner than users, who use marijuana and alcohol; 2. users, who use only marijuana, have more sexual partners in their anamnesis than users, who use marijuana and alcohol; 3. users, who use marijuana, alcohol and „party“

substances, have more often experience with some kind of sexually transmitted diseases than users, who use marihuana and alcohol. The prevalence of sexual risk behavior (active prostitution, condom use, prevalence of hepatitis C) in our sample was not higher than in the sample of the Czech men.

Conclusions: There were some differences found in some aspects of the sexual life among marihuana users, and much more in comparison with the sexual life of the Czech men. However there were not found a serious risk factors in sexuality of marihuana users (active prostitution, condom use, prevalence of hepatitis C). The topic of marihuana users' sexuality deserves more attention, presented study represents a basic surveying.

Key words: Sexuality – sexual behaviour – sexual health – drug users – marihuana – marihuana users.

OBSAH

1	ÚVOD	10
2	TEORETICKÁ ČÁST	13
2.1	Klasifikace a obecná charakteristika drogy	13
2.2	Charakteristika konopí a psychoaktivních látek v konopí obsažených	13
2.2.1	Botanika konopí	14
2.2.2	Konopí jako lék.....	16
2.3	Původ a historie užívání konopných drog	17
2.3.1	Přehled významných událostí 20. století.....	21
2.4	Modality konopných drog	23
2.4.1	Marihuana	23
2.4.2	Hašiš	24
2.4.3	Konopný olej	24
2.4.4	Méně obvyklé formy.....	25
2.5	Vzorce užívání (aplikace) konopných drog	25
2.5.1	Aplikace konopných drog inhalací	26
2.5.2	Aplikace konopných drog perorálně	28
2.5.3	Injekční aplikace konopných drog	29
2.5.4	Transdermální aplikace konopných drog.....	29
2.6	Akutní intoxikace konopnými drogami	30
2.6.1	Diagnostická kritéria pro akutní intoxikaci	31
2.6.2	Vliv předešlé zkušenosti s konopnými drogami	32
2.6.3	Faktory ovlivňující prožívání akutní intoxikace	32
2.6.4	Typy akutní intoxikace	33
2.7	Farmakokinetika THC	34
2.7.1	Aplikace a absorpce THC	34
2.7.2	Distribuce THC.....	35
2.7.3	Metabolismus THC.....	36
2.7.4	Exkrece kanabinoidů.....	36
2.8	Farmakodynamika kanabinoidů	37
2.9	Uživatelé konopných drog	38
2.9.1	Typologie uživatelů konopných drog	39
2.9.2	Motivace k užívání konopných drog.....	39
2.9.3	Osobnostní charakteristiky uživatelů konopných drog	40
2.10	Epidemiologie užívání konopných drog v České republice	41
2.11	Závislost na konopných drogách	43
2.11.1	Stupně závislosti a abstinenční příznaky.....	44
2.12	Reprodukční systém a užívání konopných drog	46
2.12.1	Studie na zvířatech	47
2.12.2	Studie mužského hormonálního systému	48
2.12.3	Studie mužské spermatogeneze.....	49
2.13	Sexuální chování a prožívání a psychotropní látky	50

2.13.1	Výzkumy v rámci České republiky	52
2.14	Konopné drogy a sexualita.....	52
2.14.1	Afrodiziakální účinky konopných drog v historii	53
2.15	Prožitek sexuality v kontextu akutní intoxikace	54
2.15.1	Studie prožívání sexuality v kontextu akutní intoxikace.....	55
2.16	Populační výzkumy sexuálního zdraví.....	57
2.17	Studie sexuálních dysfunkcí.....	58
2.18	Rizikovitost sexuálního chování.....	59
2.18.1	Rizikové chování a „sensation seeking orientation“	59
2.18.2	Rizikové sexuální chování a longitudinální studie	60
2.18.3	Užívání antikoncepce.....	62
2.18.4	Počet sexuálních partnerů	63
2.18.5	Pohlavně přenosné nemoci.....	64
3	VÝZKUMNÁ ČÁST	65
3.1	Výzkumný problém a cíle výzkumu.....	65
3.2	Hypotézy.....	67
3.3	Charakteristika výběrového souboru	69
3.4	Metodologický rámec výzkumu.....	75
3.4.1	Metoda získávání dat	75
3.4.2	Metoda zpracování a analýzy dat.....	77
3.5	Výsledky	79
3.5.1	Spokojenost se sexuálním životem	79
3.5.2	První sexuální styk a první sexuální partneři	85
3.5.3	Počet sexuálních partnerek	89
3.5.4	Stálý partnerský vztah a frekvence pohlavního styku	92
3.5.5	Používání ochrany při styku se stálými a náhodnými partnerkami.....	96
3.5.6	Potřeba sexuálního uspokojení	102
3.5.7	Trvání sexuálního styku, vnímání orgasmu	108
3.5.8	Sexuální obtíže a poruchy.....	113
3.5.9	Styk s prostitutkou	123
3.5.10	Aktivní prostituce.....	126
3.5.11	Sexuální styk s mužem, bisexualita.....	129
3.5.12	Pohlavně přenosné nemoci.....	132
3.5.13	Změna chování v důsledku hrozby HIV/AIDS nebo hepatitidy B a C.....	134
3.5.14	Testování na přítomnost pohlavně přenosných nemocí a změna chování v důsledku pozitivních výsledků	136
3.6	Porovnání skupin uživatelů marihuany v závislosti na dalších užívaných substancích	140
3.6.1	První sexuální styk a první sexuální partneři	141
3.6.2	Počet sexuálních partnerek	142
3.6.3	Pohlavně přenosné nemoci	143
3.7	Porovnání výběrového souboru uživatelů marihuany s reprezentativním vzorkem populace ČR..	145
3.7.1	Spokojenost se sexuálním životem	147
3.7.2	První sexuální styk a první sexuální partneři	148
3.7.3	Počet sexuálních partnerek	150
3.7.4	Stálý partnerský vztah a frekvence pohlavního styku.....	152

3.7.5	Používání ochrany při styku se stálými a náhodnými partnerkami	155
3.7.6	Potřeba sexuálního uspokojení	158
3.7.7	Trvání sexuálního styku	160
3.7.8	Sexuální obtíže a poruchy	162
3.7.9	Styk s prostitutkou	164
3.7.10	Sexuální styk s mužem, bisexualita	166
3.7.11	Pohlavně přenosné nemoci	167
3.7.12	Testování na přítomnost pohlavně přenosných nemocí	168
3.8	Diskuze	171
3.8.1	Spokojenost se sexuálním životem	171
3.8.2	První sexuální styk a první sexuální partneři	174
3.8.3	Počet sexuálních partnerek	176
3.8.4	Stálý partnerský vztah a frekvence pohlavního styku	177
3.8.5	Používání ochrany při styku se stálými a náhodnými partnerkami	179
3.8.6	Potřeba sexuálního uspokojení	181
3.8.7	Trvání sexuálního styku, vnímání orgasmu	183
3.8.8	Sexuální obtíže a poruchy	185
3.8.9	Styk s prostitutkou	187
3.8.10	Aktivní prostituce	189
3.8.11	Sexuální styk s mužem, bisexualita	190
3.8.12	Pohlavně přenosné nemoci	191
3.8.13	Změna chování v důsledku hrozby HIV/AIDS nebo hepatitidy B a C	193
3.8.14	Testování na přítomnost pohlavně přenosných nemocí a změna chování v důsledku pozitivních výsledků	195
3.8.15	Prověření hypotéz	196
3.8.16	Limity a nedostatky výzkumu	198
3.8.17	Využití a směřování dalšího výzkumu	200
4	ZÁVĚR	201
5	LITERATURA	204
6	PŘÍLOHY	216
6.1	Příloha 1 (Dotazník sexuálního chování pro uživatele marihuany)	217
6.2	Příloha 2 (Dotazník sexuálního chování v ČR pro muže)	228
6.3	Příloha 3 (Dotazník IIEF-5)	237
6.4	Příloha 4 (Získávání respondentů)	239
6.5	Příloha 5 (Tabulky)	241

1 ÚVOD

Konopné drogy jsou nejužívanějšími ilegálními drogami na světě. Světová zdravotnická organizace odhaduje počet uživatelů na 147 miliónů lidí, respektive 2,5% světové populace (WHO, 2008). Naproti tomu dopad užívání konopných drog na sexuální chování a sexuální zdraví člověka není stále dostatečně prozkoumán. Česká republika patří mezi evropské země s nejvyšší prevalencí užívání konopných látek. Počet uživatelů konopných drog tvoří v České republice, stejně jako v jiných zemích EU, prakticky třetí nejpočetnější skupinu uživatelů návykových látek vůbec. **Po alkoholu a tabáku jsou konopné drogy třetí nejoblíbenější skupinou drog nejen u nás, ale i ve světě.**

V České republice není užívání marihuany trestné, ale na rozdíl od tabáku a alkoholu jsou konopné drogy v kategorii zákonem postihnutelných, tzv. omamných a psychotropních látek, a jejich výroba, držení a distribuce nejsou dovoleny. Od 1. ledna 2010 zde nabývá účinnosti nový trestní zákoník, který zmírňuje postih osob, které pro vlastní potřebu přechovávají konopné látky nebo konopí pěstují. Dle množství je držení marihuany hodnoceno jako přestupek, nebo jako trestný čin (Mravčík et al., 2009).

Navzdory dlouhé historii a současné popularitě konopí jsou naše vědomosti o tom, jaký má vliv jeho užívání na veřejné zdraví, stále ještě omezené. V současné době máme stále více dokladů o potenciální souvislosti mezi užíváním konopí, zejména intenzivním, a celou řadou zdravotních a sociálních problémů. Avšak rozsah a povaha problémů zjištěných u evropských populací uživatelů konopí zůstávají i nadále nejasné. Dle výroční zprávy evropského monitorovacího centra bezmála každý druhý Čech do 24 let někdy kouřil marihuanu, a hrubý odhad intenzivních uživatelů konopí v Evropě ve věku 15-64 let činí okolo 3 miliónů osob (EMCDDA, 2004).

Problematika sexuálního chování a prožívání drogových uživatelů se nachází **na pomezí několika vědních disciplín i praktických oborů.** Adiktologové a další odborníci pracující v prevenci a léčbě drogových závislostí (psychoterapeuti, psychologové, psychiatři, sociální pracovníci) mají obvykle jen základní představu o sexuologii, o možných potížích a jejich řešeních. Výjimku tvoří témata závažných chorob, znásilnění, zneužívání, prostituce. Ta jsou v adiktologické praxi poměrně běžná, a také převážná část dosavadních výzkumů se soustředí pouze na rizikovost sexuálního chování uživatelů. Sexuologové nejsou na druhou

stranu většinou příliš do hloubky obeznámeni s problematikou návykových látek, jejich působením na organismus, psychiku, životní styl a na vztahovou oblast.

Odborná literatura se tématem působení různých látek na sexuální život příliš nezabývá. Existuje dostatek – zejména zahraničních – výzkumů, které mapují rizikovost sexuálního chování drogových uživatelů, jak ale konkrétní drogy ovlivňují kvalitu sexu, jeho vnímání a prožívání můžeme usuzovat spíše z výpovědí uživatelů, zvláště na četných internetových stránkách, kde si uživatelé sdělují své zkušenosti.

Na okolnosti dlouhodobého pravidelného užívání marihuany nebyl dlouhou dobu upřen vědecký zájem také právě proto, že **marihuana nepatří mezi společensky a zdravotně nebezpečné drogy srovnatelné s úrovní nebezpečnosti tvrdých drog**, např. heroinu či pervitinu. Nicméně vzhledem k faktu, že konopné drogy jsou v současné době nejužívanějšími ilegálními drogami na světě, a uživatelé marihuany tvoří prakticky třetí nejpočetnější skupinu (po alkoholu a tabáku) uživatelů návykových látek vůbec, je na místě se souvislostmi užívání konopných drog s dalšími oblastmi života zabývat.

Teoretická část této práce bude zaměřena částečně na charakteristiku konopných drog (modality a vzorce užívání, přehled dosavadních poznatků z výzkumů souvisejících s **účinky psychoaktivních látek** obsažených v konopí na lidský organismus – zejména farmakokinetika a farmakodynamika delta-9-tetrahydrokanabidolu (THC), popíšeme diagnostická kritéria akutní intoxikace, stupně závislosti a abstinenci příznaky), dále zde nabídneme **přehled dosavadních dostupných výzkumů z oblasti sexuálního chování a prožívání uživatelů marihuany** (afrodiziakální účinky konopných drog, účinky konopí na reprodukční systém, prožitek sexuality v kontextu akutní intoxikace, studie sexuálního zdraví a sexuálních dysfunkcí v souvislosti s užíváním konopných drog, výzkumy rizikového sexuálního chování z oblastí užívání antikoncepce, počtu sexuálních partnerů, pohlavně přenosných nemocí).

Výzkumná část práce se bude soustředit jednak na **zmapování a popis sexuálního chování a prožívání pravidelných dlouhodobých starších uživatelů marihuany** (uživatelé ve věku 30 – 50 let) v mnoha oblastech sexuality (spokojenost se sexuálním životem, okolnosti prvního sexuálního styku a počet sexuálních partnerek, používání ochrany, potřeba sexuálního uspokojení, sexuální aktivita, trvání sexuálního styku, sexuální obtíže a poruchy,

styk s prostitutkou, aktivní prostituce, sexuální styk s mužem, pohlavně přenosné nemoci), dále se zde zaměříme na **srovnání výsledků z jednotlivých oblastí sexuality uživatelů marihuany v závislosti na dalších užívaných substancích** (alkohol a tzv. „párty“ drogy – LSD, extáze, halucinogenní houby, kokain). Budeme zde tedy zjišťovat, zda existují podstatné rozdíly mezi uživateli, kteří užívají pouze marihuanu a těmi, kteří užívají i další vybrané návykové látky. Výsledky budeme také ve vybraných charakteristikách sexuálního chování a prožívání porovnávat **s věkově srovnatelným souborem reprezentujícím českou populaci** z výzkumu sexuálního chování obyvatel ČR – IV, který proběhl v roce 2008. Výzkumy sexuálního chování obyvatel České republiky opakovaně provádí každých 5 let (od roku 1993) agentura DEMA, a.s., odborným garantem výzkumů je Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN (prof. Weiss a doc. Zvěřina).

Pro samotný výzkum bylo použito metodologie **kvantitativní povahy**. Data byla sbírána pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníku, který byl sestaven zvláště pro účely tohoto výzkumu, a je **modifikovanou verzí** dotazníku sexuálního chování české populace (Weiss, Zvěřina, 2001). Dotazník vyplnilo 417 respondentů, z nichž bylo na základě zvolených žádoucích kritérií (věk, délka a frekvence užívání marihuany) vybráno **202 respondentů**, jejichž údaje byly dále zpracovávány pomocí počítačového statistického programu SPSS.

Nakonec se v diskuzi budeme věnovat srovnání našich zjištění s vybranými zahraničními výzkumy, a především zde nabídneme **detailní srovnání našich výsledků s výsledky výzkumu sexuality uživatelů amfetaminů (pervitin) a opioidů (Subutex)**, který byl uskutečněn v České republice v roce 2009 (Justinová, 2010).

Rádi bychom zdůraznili, **že cílem této práce nebude hledat kauzální vztah** mezi užíváním marihuany a dopadem užívání na sexualitu uživatelů, nýbrž se budeme v první řadě snažit sexuální chování a prožívání uživatelů především **detailněji popsat**. Naše výstupy budou více než o vlivu užívání marihuany na sexualitu vypovídat o uživatelích marihuany, jejich sexuálním chování a prožívání. Hlavním cílem práce je tedy **prvotní monitoring**, který by mohl dát impuls k dalšímu, podrobnějšímu zkoumání. Protože z dostupných výzkumů nevyplývá mnoho jasných informací o tom, jak dlouhodobí uživatelé marihuany sami prožívají svoji sexualitu, zda jsou s ní spokojeni, či zda mají v tomto směru nějaké jiné problémy, rádi bychom prostřednictvím této práce zdůraznili, že je důležité zabývat se sexualitou osob, které se chovají specificky v tom smyslu, že dlouhodobě užívají psychotropní látku.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Klasifikace a obecná charakteristika drogy

Existuje řada systémů dělení psychotropních látek, v epidemiologii se nejčastěji užívá tři typů klasifikace (Zábranský, 2003):

- 1) podle vzniku (látky přírodní, semisyntetické, syntetické)
- 2) podle typu působení a chemického složení (tlumivé látky, stimulancia, halucinogeny)
- 3) podle stupně společenské nebezpečnosti, tj. dle závažnosti společenských následků (prohibice, dekriminlizace, neprohibiční regulace, legalizace).

Konopné produkty (marihuana, hašiš, hašišový olej atd.) jsou řazeny mezi **přírodní halucinogeny**. Vzhledem k tomu, že vyjádřením společenské nebezpečnosti je zákonný status jednotlivých látek, patří konopné produkty v ČR od 1.1.2010 do skupiny **dekriminlizovaných látek**, tzn. je zakázán jejich prodej, ale držení stanoveného množství drogy a její užívání není trestné (Zábranský, 2003).

2.2 Charakteristika konopí a psychoaktivních látek v konopí obsažených

Znalost konopí jako rostliny, psychoaktivních látek v konopí obsažených a způsobu jejich účinkování v těle, je nutným předpokladem jak pro pochopení současných poznatků o léčivém potenciálu těchto látek, tak pro pochopení mechanismů negativních účinků konopí na psychiku a na lidský organismus. *Cannabis sativa L.*, rostlina užívaná v průběhu historie nejen jako rostlinná vlákna, ale také jako léčivá rostlina, se stala během posledního století středem pozornosti výzkumu. V současné době se svět potýká s problémem, zda používat, či nepoužívat látky obsažené v konopí jako lék, a konopí, jako rostlina i jako lék, je dnes mnohdy zatracováno právě pro svůj poznatý psychoaktivní účinek.

Dle současné české psychiatrie (Raboch, Zvolský, 2001) jsou psychoaktivní substance (hašiš, marihuana) pocházející z tzv. indického konopí – *Cannabis sativa var. indica* –

souhrně označovány jako kanabinoidy. Indické konopí obsahuje více než **400 různých chemických látek a více než 60 druhů kanabinoidů**, některé z nich vykazují výraznější psychotropní efekt. Klíčovou látkou, zodpovědnou za psychotropní efekt marihuany a hašiše je **delta-9-tetrahydrokanabidol (THC)**, a dnes existují šlechtěné kultivary konopí s obsahem THC až 20 %. Marihuana je označení pro květy s okvětními lístky usušené samičí rostliny konopí, obsah THC v marihuaně se běžně pohybuje mezi 0,5 – 11 %. Hašiš se vyrábí z pryskyřičnaté hmoty, produkované květy a listy horních částí konopí, obsah THC zde bývá vyšší než v marihuaně. (Popov, 2001).

Způsob, jakým kanabinoidy účinkují, je komplexní, nicméně dle současné psychiatrie byla prokázána existence specifických receptorů jak v CNS tak i periferně, a předpokládá se i určitý, dosud ne zcela jasný efekt kanabinoidů na opioidní receptory (více viz níže v kapitole 2.7 Farmakokinetika THC a v kapitole 2.8 Farmakodynamika kanabinoidů). Kanabinoidy mají výrazné antikonvulzivní, antiemetické, hypotenzivní a také analgetické účinky (přičemž tyto účinky vykazují spíše ostatní kanabinoidy, než je THC) a z těchto důvodů jsou některé kanabinoidy legálně využívány v zahraničí v přírodní, a někdy i ve výhodnější syntetické formě jako léčiva (Popov, 2001).

2.2.1 Botanika konopí

Konopí je široce rozšířená planá i pěstovaná rostlina, pocházející s největší pravděpodobností z centrální Asie, odkud se lidským přičiněním, a také díky vysoké schopnosti adaptace, rozšířila do celého světa. Konopí řadíme do čeledi *cannabaceae* (konopovité) spolu s jeho nejbližším příbuzným, kterým je chmel. Švédský botanik Carl Linné poprvé odborně popsal *Cannabis sativa L.* v roce 1737 v podhůří Himaláje v Indii. V roce 1785 Jean Baptiste de Lamarck, francouzský biolog, popsal další druh *Cannabis indica L.*, a v roce 1924 objevil botanik D. E. Janischewsky v jihovýchodním Rusku třetí, poslední známý druh *Cannabis ruderalis* (Rätsch, 1994).

Konopí seté (*Cannabis sativa L.*) je nejrozšířenějším druhem konopí a zahrnuje dva podstatně odlišné poddruhy:

- **Konopí plané** (*Cannabis sativa ssp. Spontanea*) je jednoletý plevel přizpůsobený k samovýsevu, je nenáročný na půdu a klima, a odolný proti chorobám a škůdcům.

- **Konopí kulturní** (*Cannabis sativa ssp. Culta*) má vyšší nároky na pěstování a nižší odolnost proti chorobám.

Konopí indické (*Cannabis indica L.*) při dobrých životních podmínkách vytváří bohatě olistěné keřové subkultury, pěstuje se v Íránu, Afghánistánu, Turecku, Sýrii a v severní Africe pro výrobu hašiše z látek obsažených především v pryskyřici samičího květenství.

Konopí rumištní (*Cannabis ruderalis*) dosahuje výšky jen asi 60 cm, nemá příliš husté listoví, obsah psychoaktivních látek je středně vysoký (Gabrielová, Ruman, 2008).

Dnes se často dělá rozdíl mezi tzv. technickým konopím, odrůdami konopí setého se sníženým obsahem THC pěstovanými pro získání vlákniny či oleje a indickým konopím. Zatímco pěstování technického konopí bylo v 90. letech v některých státech povoleno, omamné indické konopí zůstává ve velké části světa zakázáno a jeho pěstování je potíráno (Gabrielová, Ruman, 2008).

Obsah psychotropní složky THC v rostlinném materiálu (marihuany) je obvykle chápán jako potence konopí. Nejvyšší obsah THC je v okvětních lístcích vrcholků rostlin (samičích) a pak postupně klesá v pořadí: horní listy – dolní listy – stonk – kořen – semena. Standardní postup pro určování obsahu THC v rostlině konopí znamená zbavit rostlinu tvrdého materiálu, tj. stonků a kořene, a další analýzu provádět jen se všemi listy a všemi okvětními („palicemi“) rostliny (Zábranský, 2008).

První úspěšný pokus o identifikaci aktivní látky z konopí provedla skupina anglických vědců koncem 19. století. Vědci izolovali z pryskyřice, která se tvoří na indickém konopí, sloučeninu, kterou nazvali kanabinol. Tuto sloučeninu analyzovali a zjistili, že má sumární vzorec $C_{21}H_{26}O_2$. A již tehdy zjistili, že obsahuje hydroxylovou skupinu a benzenové jádro se dvěma pobočnými řetězci v poloze *meta* – jedním z nich byla metylová skupina (Hanuš, 2008).

Nové pokrokové analytické metody a přístroje umožnily izolaci a plnou identifikaci nejen již známých sloučenin (klíčová látka *delta-9-tetrahydrokanabidol*), ale také řady dalších kanabinoidů. Z marihuany byla izolována i méně účinná psychoaktivní látka *delta-8-tetrahydrokanabidol*, je-li však tato sloučenina přírodní látka nebo artefakt vznikající při sušení rostliny (na rozdíl od *delta-9-tetrahydrokanabidolu* je tato látka stabilní), zůstává nevyřešeno. Mezi dalšími novými důležitými izolovanými kanabinoidními látkami byl potenciálně léčebně hodnotný *kanabigerol*, dále např. *kanabichromen*, a řada základních izolovaných neutrálních kanabinoidů byla zakončena izolací *kanabicyklole* (Hanuš, 2008).

Pro lepší pochopení biogeneze kanabinoidních látek v rostlině byla důležitá izolace a identifikace kanabinoidních kyselin, a tak byly izolovány *kyselina kanabinolová* a

kanabigerolová. Následovala izolace *delta-9-tetrahydrokanabinolové kyseliny*, *delta-9-tetrahydrokanabinolové kyseliny B*, *kyseliny delta-8-tetrahydrokanabinolové* a *kyseliny kanabielsoové*. Je možné, že některé přírodní kanabinoidy jsou ve skutečnosti artefaktní látky, které vznikají dekarboxylací odpovídajících kanabinoidních kyselin /alespoň některé neutrální kanabinoidy/, fotochemickou cyklizací /kanabicyklol/, oxidací /např. kyselina kanabielsoová/ nebo izomerací /delta-8-THC a delta-8-THCA/ (Hanuš, 2008).

Izolace sloučenin z rostliny konopí se zvolna přenesla k izolacím přirozených látek z mozku. Veškerý výzkum – syntézy derivátů kanabinoidů a objev strukturálně obdobných látek vyskytujících se v organismu obratlovců včetně člověka (endokanabinoidů), vztahy mezi jejich strukturami a aktivitou, a další související farmakologické studie – směřuje k důležitému cíli – završit úsilí několika vědeckých generací a využít výsledky tohoto výzkumu v lékařství k přípravě účinných léčebných přípravků. Intenzita účinků závisí na řadě faktorů – mimo kvality, množství a formy drogy, také na způsobu aplikace či dosažené koncentraci v jednotlivých částech organismu (Hanuš, 2008).

K této problematice více viz níže v kapitolách 2.5 Vzorce užívání (aplikace) konopných drog, 2.7 Farmakokinetika THC a 2.8 Farmakodynamika kanabinoidů.

2.2.2 Konopí jako lék

Konopné drogy doprovázejí lidstvo již od pradávna a patří k nejstarším užívaným látkám sloužícím nejen k vyvolání změněných stavů vědomí, ale také k léčebným účelům (Miovský et al., 2008).

Konopí se jako lék využívá již nejméně 4000 let. V současné medicíně je předmětem výzkumu a aplikace např. **glaukom, epilepsie, roztroušená skleróza, paraplegie, kvadruplegie, chronické bolesti, migrény, menstruační a porodní bolesti, svědění, AIDS, Parkinsonova choroba a chemoterapie rakoviny**. Účinné látky v této rostlině působí jako svalový a nitrooční relaxant, antiemetikum, prostředek zvyšující chuť k jídlu a lehký euforizant (Blaha, 2005).

V některých zemích je dnes možné získat **medicínský přípravek Dronabinol[®]**, prodávaný pod komerčním názvem **Marinol[®]**. Jedná se o kapsle se syntetickým THC. Důvodem jeho předepsání je nevolnost, zvracení, které jsou spojeny s léčbou rakoviny, a pro zvýšení apetitu a tělesné váhy u pacientů s AIDS a anorexií (Solvay Pharmaceuticals, 2010).

V 90. letech 20. století se podařilo vyvinout i **rektální čípek** obsahující metabolity THC, které se po vstřebání sliznicí a vstupu do krve přeměňují zpět na THC. Díky tomu se aktivní látky vyhnou prvotnímu průchodu ledvinami, v krevním řečišti zůstává větší množství THC a zároveň průběh intoxikace je méně intenzivní. Tento způsob aplikace byl vyvinut zejména pro léčbu nevolnosti a dalších nežádoucích účinků chemoterapie, a také dopadů nemoci AIDS. Účinky se dostavují během 15 minut a mohou trvat až 8 hodin (Gabrhelík, Kubů, Miovský et al., 2008).

2.3 Původ a historie užívání konopných drog

Dnes není prakticky možné stanovit ani přibližné období, odkdy přesně k užívání konopných v minulosti došlo. Z různých nálezů můžeme s jistotou pouze říci, že historie užívání konopí a konopných drog je stejně dlouhá jako historie užívání halucinogenních látek, a že znalost jejich účinku byla rozšířena jak v Asii a Evropě, tak také v severní Africe (Mioviský, Gabrhelík, Vacek et al., 2008).

Na základě archeologických nálezů se můžeme domnívat, že bylo konopí mnohými kulturami využíváno při různých šamanských rituálech a mohlo ovlivnit některé prvky vyvíjejícího se paleolitického a neolitického umění. V tomto období před vznikem písma je možné se opřít pouze o nepřímé důkazy, archeologické nálezy a různé typy archeologických a kulturněantropologických rekonstrukcí účelu užívání různých předmětů, průběhu a účelu rituálů. Z datování vzniku těchto dnes dostupných nálezů se zdá být oprávněné považovat za věrohodně doložené užívání konopí **již přibližně před 6 – 9 tisíci lety**, i když samozřejmě nelze v naprosté většině případů zpětně určit, jaké psychoaktivní látky byly v rámci jednotlivých obřadů a kultur užívány. Otázkou také zůstává, v jakých částech Evropy (či jiných kontinentů) mohlo konopí v daném období růst. Mezi v současnosti vůbec nejstarší archeologické nálezy dokládající kulturní využívání konopí patří nálezy keramiky spolu se semeny konopí z neolitického naleziště Eisenberg v Turýnsku v Německu. Semena byla určena jako *Cannabis sativa* a byla datována do období okolo 5500 let př. n. l. (Mioviský, Gabrhelík, Vacek et al., 2008).

Schultes a Hoffmann (1992) mají za to, že první pokusy o pěstování konopí se datují do období okolo 10 tisíc let př. n. l. Tento předpoklad je podporován faktem, že na základě nálezů semínek konopí na mnoha archeologických nalezištích prehistorické Evropy

(Německo, Švýcarsko, Rakousko a Rumunsko) se lze domnívat, že konopí rostoucí jako plevel okolo pravěkých osad zdomácnělo již velmi brzy (Mioviský, Gabrhelík, Vacek et al., 2008).

Kdy a kde opravdu začalo cílené pěstování konopí, není zcela jisté. **Jako pěstovaná rostlina mělo řadu použití již ve starověké, neolitické Číně.** Nejstarší známý důkaz použití konopí člověkem pochází z oblasti jihovýchodní Asie z ostrova Tchaj-wanu. Archeologové zde odkryli starověkou vesnici z doby kamenné starou asi 10 000 let. Mezi vykopávkami z prehistorické doby našli hliněné střepy, do nichž byly otisknuty konopné provázky. Podle archeologů patří konopí mezi rostliny pěstované v samých počátcích zemědělství, ale nesporné důkazy o tom existují až z doby přibližně před 6 tisíci lety z Číny. Původní lokalita, odkud se konopí šířilo, s výjimkou Arktidy a tropických deštných pralesů do celého zbytku světa, je pravděpodobně někde ve střední Asii, odkud se konopí dále šířilo do ostatních částí Asie, a na blízký východ. Později došlo k rozšíření do Afriky, a až nakonec do Evropy a Ameriky (Mioviský, Gabrhelík, Vacek et al., 2008).

Kdy však došlo k objevení psychotropních účinků konopí nejsme schopni s jistotou určit, nicméně předpokládá se, že tak stalo velmi záhy (Booth, 2004).

Nejstarší písemné doklady užívání konopných drog svědčí o využívání konopí od vzniku prvních starověkých civilizací až po konec středověku a začátek novověku. Prakticky všechny starověké kultury konopí znaly a využívaly je především pro hospodářské a léčebné účely a některé z nich také pro náboženské obřady a rituály (Mioviský, Gabrhelík, Vacek et al., 2008).

Historii konopných drog ve významu, v jakém je chápeme dnes (substance užívané převážně pro intoxikace k rekreačním účelům), je však třeba jasně oddělit od jejich historie coby prostředků léčebných (tedy lékařských i šamanských). Můžeme se oprávněně domnívat, že Číňané, kteří jako jedni z prvních využívali konopí jako lék, byli také prvními lidmi, kteří je používali jako intoxikant, tedy jako drogu ke změně vědomí. Přestože první oblastí, kde došlo konopí širokého zemědělského i lékařského využití, byla Čína, **první opravdu „konopnou kulturu“ představuje Indie**, v níž má užívání konopných drog dlouhou tradici, která přetrvává i do současnosti. V indické posvátné knize Atharva-véda (Umění Atharvany), datované do období 2000-1400 př. n. l. bylo konopí identifikováno jako jedna z pěti posvátných indických rostlin, včleněných do samých základů hinduistického náboženství a používaných k „odstranění úzkosti“ (Mioviský, Gabrhelík, Vacek et al., 2008).

Podle jedné z legend snesl sám Šiva konopí z Himaláje lidem pro potěchu i pro osvětlení. Šiva prý prostřednictvím konopí umocňoval a zpestřoval své sexuální zážitky a

ostatním doporučoval totéž, avšak pouze v případě, že žijí se stálým partnerem v harmonickém svazku, který chtějí obohatit (Herer, 1998).

Konopí bylo také integrální součástí buddhismu hned od jeho prvopočátků (Miovský, Gabrhelík, Vacek et al., 2008).

Pronikání konopných drog dále na blízký východ do oblasti dnešního Íránu je dokumentováno ve Venidadu, jednom z mála dochovaných textů Zend-Avesty, starověkého perského náboženského rukopisu z přibližně 7. století př. n. l. V kultuře Asyřanů bylo konopí využíváno k náboženským účelům a kanabis byl v jejich lékopisu jedním z hlavních léků. Z doby faraónského Egypta pochází jedna z prvních zpráv o drogách a toxických látkách, která se zachovala až do dnešních dnů, je to tzv. Ebersův papyrus. Jeho vznik se datuje přibližně do doby kolem 1500 př. n. l. a je to nejrozsáhlejší lékařský rukopis starého Egypta. Tyto papiry dokládají lékařské použití konopí, nicméně jasný důkaz o obeznámenosti starověkých Egyptanů s psychotropními účinky chybí. Avšak nejstarší nezpochybnitelná zmínka o konopí v Egyptě pochází až z doby římského impéria a spadá do 3. století n. l., kdy císař Aurelián uvalil na egyptské konopí daň (Miovský, Gabrhelík, Vacek et al., 2008).

Vůbec **prvním evropským autorem píšícím o konopí je řecký filozof a historik Hérodotos z Halikarnasu** (asi 484 – 430 př. n. l.). Věhlasný lékař Galén údajně kolem roku 160 n. l. napsal, že Římané završují své hostiny požíváním sladkých zákusků z konopných semen a toto pohoštění prý udržuje konzumenty v živé a radostné náladě, ovšem jejich nadměrná konzumace může vyvolat nadměrné vzrušení, nebo naopak pokleslou náladu a sklíčenost. Podle archeologických nálezů se však zdá, že konopí se v Evropě vyskytovalo mnohem dříve, než o něm psali řečtí učenci. Samotné pěstování konopí se pravděpodobně stalo běžným až s rozmachem Římské říše. Římané s sebou konopí přivezli jako zdroj kvalitních vláken a jeho hojné a systematické pěstování se prosadilo v západní Evropě nejpozději v 5. – 6. století, o čemž svědčí jednak písemné záznamy a jednak četné archeologické nálezy zbytků konopných oděvů, lan, plachet a rybářských sítí z Anglie, Skotska, Islandu, Galie (Francie) a Německa. **Konopí se díky svým pevným a odolným vláknům stalo ve středověku strategickou surovinou i platidlem**, a to přetrvalo až do počátku minulého století. S nástupem středověku bylo tedy konopí rozšířeno prakticky v celém známém světě, jeho technické, oděvní, a lékařské využití je dokladováno mnoha písemnými i hmotnými důkazy, ale o užívání konopných drog takové přímé důkazy víceméně neexistují (Miovský, Gabrhelík, Vacek et al., 2008).

V arabské civilizaci hrály (a dosud hrají) konopné drogy významnou roli. Z hlediska konopných drog je nejvýznamnějším arabským příspěvkem světu vynález (nebo objevení)

hašiše, samotné uměle oddělené pryskyřice z konopí, v níž je nejvyšší obsah účinných látek. Užívání konopí pro jiné než lékařské účely se objevilo spolu s islámským učením na konci 7. století. Neexistují ale žádné písemné doklady o tom, jak se stalo, že se Arabové naučili vyrábět a využívat hašiš. Významnou roli při rozšiřování konopných drog v islámském světě sehráli súfijové, příslušníci mystické islámské sekty, která vznikala na sklonku 7. století. Kam súfijci dorazili, tam s sebou přinesli hašiš a jeho užívání, takže už ve 13. století neexistovala arabská země, kde by užívání konopných drog pro (z dnešního pohledu) rekreační účely nebylo rozšířené. Pro islámskou kulturu představuje užívání konopných drog, a zejména hašiše, již přes tisíc let určitou formu úniku srovnatelnou s popíjením alkoholu v křesťanském světě (Miovský, Gabrhelík, Vacek et al., 2008).

V Africe, ačkoli bylo konopí známé již v egyptském faraónském období, teprve s expandujícími Araby se rozšířilo jeho užívání. Evropští misionáři, kteří do afrických kolonií v raném novověku dorazili, podávali časté zprávy o tom, že domorodci pěstují konopí, pojídají konopné listy nebo v pozdější době konopí kouří (Miovský, Gabrhelík, Vacek et al., 2008).

Objevením Ameriky v roce 1492 nastal významný přelom v obou kulturách na opačných koncích Atlantiku – **z Evropy bylo do Ameriky dovezeno konopí nejprve jako hospodářská plodina, později spolu s africkými otroky také jako intoxikant, který pronikl mezi původní americké indiánské kultury.** Kouření jako způsob užívání psychoaktivních látek vynalezli američtí Indiáni a móda kouření tabáku, která na počátku novověku zachvátila celý Starý kontinent, trvá dodnes. Kouření tabáku velmi rychle integroval také arabský svět, a záhy se přišlo na to, že i konopné drogy je možno kouřit a že tento způsob užívání má své výhody. Kromě písemných svědectví existují i nesporné archeologické nálezy, že již na počátku 16. století se konopí a hašiš kouřily v severní Africe (Miovský, Gabrhelík, Vacek et al., 2008).

Francouzský lékař Jacques Joseph Moreau, který je nejcitovanějším pojítkem mezi konopím a umělci, a který poprvé užil hašiš při své cestě po Středním Východě kolem roku 1830, vyslovil hypotézu, že konopím vyvolané prožitky by mohly být modelem halucinací a falešných představ běžných u psychicky nemocných. V tomto výzkumu mu pomáhal novelistka Pierre Gautier a získal pro něj další francouzské umělce (Baudelaire, Balzac, Dumas, Flaubert). Tato skupina experimentátorů založila kolem roku 1835 Club de hashichins (Spolek hašiše) a setkávali se každá měsíc ve starém sídle v Paříži (Green, 2002).

2.3.1 Přehled významných událostí 20. století

Na následujícím přehledu významných událostí 20. století je zřejmé, že na počátku představovalo konopí jen velmi nevýznamné téma, a že jeho **význam narůstal až v rámci procesu postupného zpřísňování mezinárodních i národních legislativ**. Počátkem 20. století bylo užívání hašiše značně rozšířené na Středním východě. V USA byly v té době léky na bázi konopí běžným prodejním artiklem lékárníků a medikamentem lékařů (Booth, 2003).

Užívání marihuany pro jiné než lékařské účely přišlo do USA s imigrační vlnou z Mexika během diktatury Porfíria Díaze (1877 – 1911), a šířilo se nadále i po ní (Grinspoon, Bakalar, 2001).

Na přelomu let 1911 – 1912 se v holandském Haagu koná druhé setkání Mezinárodního výboru pro opium, kde zástupci Itálie vznášejí požadavek na včlenění konopí do diskuzí o mezinárodní drogové legislativě a představitelé Jihoafrické unie požadují, aby konopí bylo posuzováno jako stejně návykové jako opium, ovšem bez úspěchu (Booth, 2003).

Roku 1914 vstupuje v USA v platnost Harrisonův zákon o narkotikách, vyžadující po lékařích, lékárnících a licencovaných dodavatelích evidenci pohybu drog, tedy i konopných. V roce 1915 je Utah prvním státem USA, kde vstupuje v platnost zákaz prodeje a držení drogy, roku 1919 Texas zakazuje užívání konopí. V roce 1920 staví pěstování konopí mimo zákon řecká vláda. Velká Británie schvaluje v roce 1928 zákon Dangerous Drug Act of 1925 a v zákoně z roku 1920 je rozšířen seznam nelegálních látek o konopí. Roku 1936 vznikají v USA filmy se záměrem varovat mládež před nebezpečím spojeným s užíváním konopí. K tomuto roku 38 států USA zařazuje marihuanu do seznamu nejnebezpečnějších drog. V Tunisku a Francouzském Maroku je konopí v průběhu 40. let předmětem státního monopolu a je běžně k mání v obchodech s tabákem, v Indii je konzumace hašiše stále legální (Miovský, Gabrhelík, Vacek et al., 2008).

V 60. letech nastupuje pragmatickou drogovou politiku nizozemská vláda a obliba užívání konopných drog vzrůstá mezi britskou mládeží. Roku 1968 podle nezávislé podkomise ministerstva vnitra není konopí nebezpečné o nic více než tabák nebo alkohol a je doporučováno snížení sankcí za konzumaci a prodej marihuany, vláda tyto závěry ignoruje. V roce 1972 doporučuje v USA legalizaci marihuany National Commission on Marihuana and Drug Abuse, ale jejím závěrům není prezidentem Nixonem věnována pozornost. V Nizozemsku je ve stejném roce sestavena vládní komise, která zařazuje konopí

do druhé, méně nebezpečné kategorie nelegálních drog a v Amsterdamu je otevřen první licencovaný coffe shop Mellow Yellow (Miovský, Gabrhelík, Vacek et al., 2008).

V 80. letech je za jednoho z největších producentů a vývozců hašiše na světě považováno Maroko. V USA je za Reaganovy vlády zahájena kampaň Válka proti drogám s ústředním sloganem Nancy Reaganové „Say no to drugs“. Pěstování konopí zakazuje západní Německo (1985), hašiš je stále produkován v oblastech severozápadní Číny (Miovský, Gabrhelík, Vacek et al., 2008).

V 90. letech je v zemích bývalého východního bloku po pádu komunistického režimu užívání konopných drog na vzestupu. V roce 1994 je Německo po Nizozemsku druhou zemí Evropské unie, která dekriminalizuje držení malého množství konopí pro rekreační užívání. Britské noviny The Independent 28. září 1997 odstartovaly kampaň pro dekriminalizaci konopí a v roce 1998 vzniká ve Velké Británii GW Pharmaceutical, která jako jediná ve státě může pro lékařské účely pěstovat konopí o obsahu THC větším než 0,3 %, díky čemuž mohou být udělovány granty pro výzkum ve využití konopí pro lékařské účely (Miovský, Gabrhelík, Vacek et al., 2008).

V České republice v roce 1999 vstupuje v platnost zákon, umožňující stíhání každého, kdo drží jakoukoli ilegální drogu včetně marihuany, zatímco v ostatních zemích Evropské unie jsou schvalovány zákony dekriminalizující držení konopí a pěstování konopí pro vlastní potřebu. Podle zprávy OSN z roku 2001 jsou konopné drogy nejvíce užívanou nelegální substancí na světě, celosvětová produkce konopí pro ilegální trh je odhadována na 30 tisíc tun. Podle zprávy OSN z roku 2003 vyprodukovalo Maroko v tomto roce přibližně 3080 tun konopné pryskyřice, v roce 2004 je za největšího producenta konopných drog v Jižní Americe považována Kolumbie, v karibské oblasti je za hlavní zdroj označována Jamajka. Produkce konopí je dále hlášena téměř ze všech zemí afrického kontinentu, pro konopí ze západní Afriky je cílovou destinací především Francie, z Jihoafrické republiky je exportováno zejména do Velké Británie, Irska, Belgie. Západní Evropa je považována za největší světové odbytiště hašiše, který tam proudí především z Maroka. Pro jižní Asii je hlavním zdrojem Indie, pro jihovýchodní Asii pak Kambodža, Thajsko a Filipíny (Miovský, Gabrhelík, Vacek et al., 2008).

Česká republika schválila v roce 2005 návrh rekonstrukce Trestního řádu, rozdělující ilegální drogy do dvou skupin: konopné látky a ostatní, v rámci obou skupin se liší postih za jejich výrobu, distribuci a držení pro vlastní potřebu. **Kanada ve stejném roce uděluje licenci prvnímu konopnému léčivu Sativex, který vyvinula britská společnost GW Pharmaceuticals.** Podle odhadů OSN jsou v roce 2005 konopné rostliny pěstovány ve více

než 176 zemích světa a konopí je vypěstováno až 45 tisíc tun (Miovský, Gabrhelík, Vacek et al., 2008).

2.4 Modality konopných drog

Dobrá znalost forem užívání konopí, vzorců aplikace drogy, stejně tak jako parafernálií (uživatelských pomůcek) a kontextu užívání, je podmínkou pochopení různých souvislostí spojených s konopnými drogami nejen jako prostředku ke změněným stavům vědomí, ale také jako **kulturního, sociálního, psychologického a medicínského fenoménu**. U drog užívaných primárně pro psychotropní účinek kanabinoidů rozeznáváme několik různých forem, v nichž jsou užívány. Dříve než je rostlina zpracována do podoby, v níž ji lze užít jako drogu, dochází k různým pěstitelským a šlechtitelským manipulacím. Z rostliny konopí lze postupnou úpravou získat tři nejznámější typy konopných drog: **marihuanu, hašiš a hašišový olej**. Všechny tyto formy obsahují totožné látky (kanabinoidy), které jsou zodpovědné za psychotropní účinek (Gabrhelík, Zábranský, Miovský, 2008).

2.4.1 Marihuana

Marihuanou rozumíme květy s okvětními lístky usušené samičí rostliny konopí, které jsou popřípadě smíchány s většimi listy. Obecně platí, že čím větší je podíl květů, tím vyšší je potence marihuany, a se vzrůstajícím podílem velkých listů se potence snižuje. Nejnižší obsah THC má stonka konopí a jeho kořen. Stonky konopí obsahuje jen hrubá, netříděná marihuana, respektive marihuana nejnižší kvality. Usušené květy samičí rostliny konopí jsou většinou rozdrobeny na jemnější části, které jsou zbaveny malých stonků, popřípadě semínek. Mezi uživateli se pro marihuanu používají slangové názvy jako ganja (čti gandža), tráva, hulení, zelí, skunk, skaňour, či dnes už méně populární „marjánka“. Marihuana v evropských zemích v průměru obsahuje 2 – 8 % THC. Vysoce propracovanými metodami pěstění lze získat květy konopí o obsahu až okolo 20 % THC (Gabrhelík, Zábranský, Miovský, 2008).

2.4.2 Hašiř

Hařiř se zísává zpracováním zralých květů samiči konopné rostliny. Mezi uřivateli se lze setkat také se slangovými názvy jako hař, čokoláda, čaras nebo shit (čti řit). Nejvhodnější pro zpracování jsou květy rostlin, které mají velké množství chlupů, na nichž je pryskyřice bohatá na THC. Hařiř má různou kvalitu, barvu a konzistenci, často v závislosti na způsobu zpracování, charakteru a kvalitě výchozí suroviny. Stejně tak se liři vůně (často popisovaná jako ostrá) a chuť hařiře. V hařiři bývá koncentrace THC obvykle vyšší než u marihuany, v průměru přibližně 20 %. V zásadě je hařiř vyráběn dvěma způsoby. *Prvním* z nich je mlácením nebo přesíváním skrze pletivo či tkaninu s velmi drobnými oky. V severní Africe se takto produkovanému hařiři říká kif. Nej kvalitnější a nejvíce ceněný je jemný zlatavě-běžový prášek získaný ihned z počátku výrobního procesu. Čím déle je surový materiál zpracováván, tím více roste poměr rostlinného materiálu v droze a hařiř tak ztrácí na kvalitě. Hařiř pak může mít barvu různých odstínů hnědé až po černou. Na výrobu jednoho kilogramu vysoce kvalitního hařiře je třeba přibližně 100 kg rostlinného materiálu. Získaná surovina je zahřívána a lisována do bloků, aby se zamezilo oxidaci. *Druhým* způsobem výroby hařiře je tření květů rukama, na kterých ulpívá pryskyřice. Pro tento druh hařiře se také používá indický název charas (čti čaras). Poté, co se sběrači na rukou vytvoří dostatečně silná vrstva konopné pryskyřice, přeje rukou o ostrou hranu připraveného nástroje. Hařiř je po tomto způsobu výroby obvykle měkčí než po prvně uvedeném způsobu zpracování konopí a má černou až hnědozelenou barvu. Hařiř často obsahuje různé příměsi, od samotného rostlinného materiálu, přes fíky, kávu, henu, zeminu, až po lepidla či léky a další zdraví nebezpečné přísady (Gabrhelík, Zábranský, Miovský, 2008).

2.4.3 Konopný olej

Konopný olej je konopný extrakt. **Hařiřový (medový) olej** je vyráběn extrakcí hařiře. Tyto oleje obsahují přibližně od 15 % do 50 % THC. Množství THC však může ojediněle dosahovat až 70 % THC. Podle způsobu výroby má konopný olej barvu od jantarové po tmavě hnědou. Za pokojové teploty je to lepkavá tuřší hmota, která po zahřátí zkapalní. Psychoaktivní účinky se dostávají již po 1 – 2 kapkách, které se umisťují na tabák nebo cigaretový filtr, popřípadě jako přísada do jídla. Olej se získává rozpouřtěním surového

rostlinného materiálu, respektive konopné pryskyřice v různých druzích rozpouštědel (100 % alkohol, aceton, petrolejový éter, izopropyl-alkohol, butan), která se za rozdílných teplot vypařují. Konopný či hašišový olej se mezi uživateli vyskytuje poměrně vzácně, jeho cena na černém trhu je vyšší než u ostatních forem konopných drog (Gabrhelík, Zábranský, Miovský, 2008).

2.4.4 Méně obvyklé formy

Z méně obvyklých forem konopných drog je známé např. **konopné mléko**, které je extraktem konopí ve smetaně nebo obvykle plnotučném mléce. Vyrábí se varem mléka či smetany s konopím. Takto připravené mléko se dále skladuje a používá k přípravě jiných potravin (máslo, těstoviny, palačinky) nebo se přímo pije. **Himka**, což je podomácku připravený hašišem namožený tabák, který se užívá zejména na Ukrajině a v dalších zemích bývalého Sovětského svazu. **Shit** uživatel získá při čištění dýmky, šlukovky či fajfky, hmota která si i přesto, že je přepálena uchovala značnou část psychoaktivity a svou konzistencí nejvíce připomíná konopný olej, avšak mnohem více zapáchá. Známé jsou v Indii oblíbené **konopné jogurty** či americké **konopné „šejky“ (shake)**, koláčky (Gabrhelík, Zábranský, Miovský, 2008).

2.5 Vzorce užívání (aplikace) konopných drog

Na černém trhu se dnes konopné drogy vyskytují především ve třech formách: *marihuana* (sušina konopí), *hašiš* (surová či různě upravená pryskyřice z konopí), a *hašišový olej*. Syntetické konopné drogy jsou na černém trhu zcela výjimečné. Psychoaktivní látky, které jsou obsaženy v modalitách konopí, lze do těla dopravit různými způsoby. Nejčastějším způsobem aplikace konopných drog je **inhalace** kouře, nicméně stále více se na trhu objevují tzv. vaporizéry umožňující inhalaci THC, aniž by při tom došlo k procesu hoření. Mezi další možné způsoby aplikace patří **perorální užití**, nejčastěji v pokrmech nebo nápojích, **transdermální aplikace** a **injekční aplikace**. Transdermální a injekční aplikace však rozšířené nejsou. Vedle množství samotné drogy, její kvality, tj. obsahu aktivních látek, a

zkušenosti uživatele lze působit na výsledný stav intoxikace také tím, jakým způsobem je droga užitá. Tyto způsoby užití jsou označovány souhrně termínem vzorce užívání a zahrnují jak **technickou** stránku aplikace drogy, tak stránku **sociální, rituální a psychologickou**. V zásadě existují čtyři způsoby aplikace: přes **dýchací trakt, trávící trakt, injekční aplikací (intravenózně/intramuskulárně) a transdermálně** (Gabrhelík, Kubů, Miovský et al., 2008).

Z možných způsobů užívání marihuany má v praxi největší význam aplikace inhalační (kouření spalných zplodin) a perorální (pojídání a popíjení ve formě pokrmů a nápojů připravených z konopí). Další aplikační cesty, jako je např. sublinguální (podání pod jazyk) nebo rektální (podání do konečníku), jsou důležité spíše z hlediska terapeutického (podávání preparátů s obsahem THC k léčbě různých chorobných stavů). Podobně i injekční podání THC má význam spíše jen pro terapeutické využití a výzkum, než pro uživatele, který má obvykle zájem o relaxační, tzv. rekreační účinky drogy. Údaje získané při intravenózním podání THC slouží jako standard, od něhož se odvozují hodnoty absorpce a také biologické dostupnosti pro jiné formy podání (Krménčík, 2008a).

2.5.1 Aplikace konopných drog inhalací

Nejrozšířenějším způsobem, jakým jsou konopné drogy užívány, je **kouření**. Sušina, která je kouřena, může být složena buď z květů a okvětních lístků samičích rostlin, nebo méně často z květenství smíchaného s listy. Vedle rostlinného materiálu se kouří také hašiš a hašišový olej. Účinky při kouření se dostavují relativně rychle, řádově od desítek sekund do minut, a trvají zpravidla od jedné do tří hodin (Gabrhelík, Kubů, Miovský et al., 2008).

Pravděpodobně nejrozšířenějším způsobem konzumace konopí je v tzv. **jointu** (též brko, brčko, špek). Je to vlastnoručně ubalená cigareta obsahující drť z okvětních lístků samičí rostliny konopí, často, avšak ne nutně vždy smíchaná v různém poměru s cigaretovým či dýmkovým tabákem. Vedle marihuany je možno cigaretový papírek naplnit směsí tabáku a na malé kousky nadroleného hašiše v různých poměrech, nebo na tabák nakapat hašišový olej. Často se hašišovým olejem též potírá vnitřní strana papírku, do kterého se tabák balí. Obdobou jointu, jehož stěny tvoří papírek, je **blunt**. Blunt je rozdílný snad jen v tom, že se konopná droga s případnými příměsemi balí do tabákových listů. Pokud se joint/blunt kouří ve skupině o více lidech, dává se obvykle cigareta kolovat – kuřáci si obvykle potáhnou

jednou až třikrát a posílají ji dále. Někteří z uživatelů preferují kouření konopné drogy bez příměsí. K těmto účelům slouží různé druhy „šlukovek“, dýmek, fajfek a bongů. „**Šlukovky**“ (též např. skleněnky) pojmu do svého konce malé množství rostlinného materiálu. V rámci jednoho naplnění si obvykle může potáhnout jeden, maximálně tři kuřáci. Naproti tomu, některé **fajfky** či **bongy**, pojmu značné množství materiálu (1 g i více) a stejně jako tomu je u marihuanových cigaret, se v závislosti na možnostech manipulace nechávají mezi lidmi buď kolovat, nebo se u nich kuřáci střídají. Kouř bývá stejně jako při kouření konopné cigarety vtahován hluboko do plic a následně po zadrženém dechu vydechován až po několika desítkách vteřin ve snaze maximalizovat absorpci psychoaktivních látek obsažených v kouři do krevního oběhu v plicních sklípcích. **Vodní dýmky** či **bongy** část kuřáků konopí používá v domnění, že tak snižují toxicitu vdechovaného kouře, část se domnívá, že tak rychleji dosahuje intoxikace, protože kouř ochlazený studenou vodou, lze po nádechu relativně snadno zadržet až několik minut. Další kuřáci konopí si používáním vodních dýmek spíše zpeřstují stereotyp balení cigaret. Pouze velmi výjimečně se lze setkat s konzumentem konopí, který ke kouření konopí používá klasickou tabákovou **dýmku**. Důvodem je fakt, že obsah dýmky s konopím je při individuální konzumaci či ve skupině vykouřen během několika málo minut. Ojediněle je možné se u kuřáků konopných drog setkat se situací, kdy nemají k dispozici obvyklé kuřácké náčiní a využívají **různých náhradních řešení**, k nimž využívají nestandardních předmětů a pomůcek (plechovky, PET lahve, aluminiové fólie). Někdy je takové chování motiváno pouze snahou vyzkoušet něco jiného. V případě hašiše lze uplatnit výše uvedené postupy, avšak existují také metody, které jsou uzpůsobeny jeho specifickým vlastnostem (plasticita, malý objem, doutnání). Dva nejčastější způsoby jsou slangově zvané **soft drink** a **hot knives**, kdy se – v prvním případě – do kousku tvrdého papíru (často pivní tácek) zapíchne např. špendlík a na něj se napíchne do nudličky uválený kousek hašiše. Dále se použije sklenice (1-4 dcl), pod kterou se položí tvrdý papír s doutnajícím hašišem. Když je sklenice naplněná kouřem, mezerou mezi tvrdým papírem a okrajem sklenice se obsah natáhne do plic. Druhou možností je umístit hašiš mezi dva rozpálené nože, které lze nahřát např. nad plynovým sporákem. Na první, méně horký nůž umístíme hašišovou kuličku. Po přiložení druhého rozpáleného nože se vyvalí oblak dýmu, který je třeba rychle vdechnout. **Kouření hašišového oleje z aluminiové fólie**, probíhá tak, že se hašišový olej nanese na jednu stranu alobalu, kuřák má v ústech umístěnu trubičku (např. brčko), v jedné ruce drží alobal s olejem, ve druhé zapalovač, kterým zdola zahřívá alobal a jakmile začne hašišový olej doutnat, stoupající kouř se pomocí trubičky odchyťává a vtahuje do plic. Zvláštní kategorii představuje inhalace aktivních látek z konopí, aniž by

došlo k procesu hoření. Toho lze dosáhnout tzv. **vaporizací**. Při vaporizaci se nejprve nastaví požadovaná teplota a zapne topné těleso. Po rozsvícení kontrolky signalizující, že bylo dosaženo vaporizační teploty se zapne ventilátor, který začne tlačit teplý vzduch přes rostlinný materiál, a ventilátor se opět manuálně vypne ve chvíli, kdy je igelitový válec zcela naplněn vaporizátem. Po té se válec odpojí od přístroje a na ventil se našroubuje náustek, který po stlačení rty umožňuje inhalaci vaporizátu. Existují však i další typy **vaporizérů** mající jinak technicky vyřešený proces koncentrace uvolněných látek pro vdechnutí (Gabrhelík, Kubů, Miovský et al., 2008).

2.5.2 Aplikace konopných drog perorálně

Další možností, jak aplikovat psychoaktivní látky obsažené v konopí do těla uživatele, je perorální cestou, tedy jejich **požitím** a následným vstřebáním prostřednictvím sliznice trávicího traktu. THC lze pozřít v jídle, lze jej vypít a zcela ojediněle je aplikováno rektálně ve formě čípku. THC je hydrofobní, nicméně pro „kulinářské“ účely důležitou vlastností je rozpustnost v tucích, olejích, alkoholu. Marihuanu, hašiš nebo hašišový olej je možno pozřít i v surovém stavu, avšak k dosažení identických účinků je třeba většího množství materiálu a nástup účinků je pomalejší – navíc další látky obsažené v konopné rostlině mohou působit nevolnost. Obecně je pro požití v jídle třeba většího množství konopných drog (přibližně 4 x více), než je to mu při kouření. Při vaření uživatelé často vedle kvalitních hlav samičí konopné rostliny (paliček) či hašiše upotřebí také usušené listy – jak samičí, tak listy samčí rostliny. Rostlinný materiál je rozdrčen či rozemlet (někdy až na jemný prášek). V zásadě se pak při přípravě úpkrmů vychází ze surovin s vysokým obsahem tuku (olej, sádlo, máslo, mléko) či alkoholu, do kterých se za běžných teplot (nezahřívá se, ale louhuje) nebo vyšších teplot (pražení či pečení) přidává požadované množství konopné drogy. **Nápojů**, které obsahují psychoaktivní konopné látky, lze připravit celou řadu, mohou to být nápoje nealkoholické i alkoholické. Na knižním trhu i na internetu je nespočet „konopných kuchařek“ a jednotlivých receptů a návodů, jak připravit různé druhy nápojů a jídel. Velké oblibě se mezi uživateli těší zejména pokrmy s vyšším obsahem cukru, např. bábovka, karamel či koláčky (Gabrhelík, Kubů, Miovský et al., 2008).

V některých zemích je možné získat **medicínský přípravek Dronabinol[®]**, prodávaný pod komerčním názvem **Marinol[®]**. Jedná se o kapsle se syntetickým THC. Důvodem jeho

předepsání je nevolnost, zvracení, které jsou spojeny s léčbou rakoviny, a pro zvýšení apetitu a tělesné váhy u pacientů s AIDS a anorexií (Solvay Pharmaceuticals, 2010).

Výroba Marinolu[®] je však nákladná a na černém trhu v České republice je jeho výskyt minimální (Gabrhelík, Kubů, Miovský et al., 2008).

Konopné drogy však nemusejí projít nutně žaludkem. V 90. letech 20. století se podařilo vyvinout **rektální čípek** obsahující metabolity THC, které se po vstřebání sliznicí a vstupu do krve přeměňují zpět na THC. Díky tomu se aktivní látky vyhnou prvotnímu průchodu ledvinami, v krevním řečišti zůstává větší množství THC a zároveň průběh intoxikace je méně intenzivní. Tento způsob aplikace byl vyvinut zejména pro léčbu nevolnosti a dalších nežádoucích účinků chemoterapie a dopadů spojených s nemocí AIDS. Účinky se v tomto případě dostavují během 15 minut a mohou trvat až 8 hodin (Gabrhelík, Kubů, Miovský et al., 2008).

2.5.3 Injekční aplikace konopných drog

Přestože je injekční aplikace konopných drog velmi řídkým jevem, je tato aplikace samozřejmě možná v případě extrahovaného či synteticky vyrobeného THC, které je možno tímto způsobem aplikovat jak **intravenózně**, tak **intramuskulárně**. Při intravenózní aplikaci se mohou vyskytnout vedlejší účinky, jako např. nauzea, průjem atd. S tímto způsobem aplikace se však u nás prakticky téměř neseťkáváme a jde spíše o teoretickou možnost nacházející využití spíše ve zdravotnictví a výzkumu (Gabrhelík, Kubů, Miovský et al., 2008).

2.5.4 Transdermální aplikace konopných drog

Další alternativou pro méně nebezpečné formy aplikace, které jsou určeny specifickým skupinám pacientů (zejména s narušenou imunitou), je **přes neporušenou pokožku**. Metoda pekutánní absorpce THC zatím nedosahuje požadovaného efektu, a konopný materiál, respektive jeho aktivní ingredience, se kůží vstřebávají poměrně pomalu a v nedostatečné míře. Na uvedení transdermálních náplastí s THC na trh si budou muset pacienti zřejmě ještě počkat (Gabrhelík, Kubů, Miovský et al., 2008).

2.6 Akutní intoxikace konopnými drogami

Z medicínského hlediska je stav intoxikace řazen mezi duševní poruchy a v MKN-10 je označován jako „**akutní intoxikace vyvolaná užitím kanabinoidů**“ nebo také „**akutní intoxikace konopnými drogami**“. V hierarchické struktuře patří mezi poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek (kódové označení F1), respektive mezi poruchy způsobené užíváním konopných drog (skupina F12). Do této skupiny spadají, a u konopí přicházejí v úvahu, kromě **akutní intoxikace (F12.0)** ještě **škodlivé užívání (F12.1)**, **syndrom závislosti (F12.2)** a **psychotická porucha (F12.5)** (Smolík, 2002).

Diagnostický manuál používaný v USA (DSM-IV) rozeznává kromě akutní intoxikace ještě tyto poruchy: intoxikační delirium, psychotická a úzkostná porucha (se začátkem v intoxikaci), závislost na konopí a zneužívání konopí bez závislosti (Vacek, 2003).

Symptomatologie **akutní intoxikace** kanabinoidy dle současné české psychiatrie (Raboch, Zvolský, 2001) se může projevovat dysfunkčním chováním, změnou nálady, abnormitami vnímání, zhoršením úsudku, pozornosti a zpomalením reakčního času, pocity derealizace a depersonalizace, někdy se objevuje podezíravost nebo paranoidní představy. Schopnost koncentrace je pak narušena i při provádění běžných činností. Typickými příznaky akutní intoxikace kanabinoidy jsou „nastříknuté“ spojivky, zvýšená chuť k jídlu, tachykardie a sucho v ústech (Popov, 2001).

Projevem **škodlivého užívání** mohou být různá poškození dýchacích cest a plic ve formě chronických zánětů, u těžkých kuřáků je riziko vzniku plicního karcinomu, poruchy plodnosti, u mužů snížená produkce testosteronu. Dlouhodobé užívání kanabinoidů může vyvolat u disponovaných osob anxiózně depresivní stavy, pravidelná konzumace vysokých dávek vede k apaticko-abulickému syndromu. **Syndrom závislosti** má podobu psychické, resp. spíše psychologické závislosti. Tolerance se vyvíjí spíše jako adaptační mechanismus CNS, než jako urychlení metabolismu, proto ani při pravidelném dlouhodobém užívání většinou nedochází k výraznému zvyšování dávek. **Odvykací stav** se vyskytuje výjimečně, projevuje se psychomotorickým neklidem, podrážděností, nervozitou, úzkostí, depresivní rozladou, bolestmi hlavy. Nevyžaduje většinou léčbu, během několika dní dochází ke spontánní úpravě stavu (Popov, 2001).

2.6.1 Diagnostická kritéria pro akutní intoxikaci

Diagnostická kritéria dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 2000) pro **akutní intoxikaci** vyvolanou užitím konopných drog jsou:

- Jasný důkaz o stávajícím užívání v dostatečně vysokých dávkách, které odpovídají intoxikaci. Příznaky musí být dostatečně závažné, aby působily klinicky významné narušení úrovně vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování.
- Jsou přítomny poruchy chování nebo vnímání, přičemž se vyskytuje alespoň jeden z následujících znaků: euforie a dezinhibice, úzkost nebo agitovanost, podezíravost nebo paranoidní představy, zpomalení času (pocit, že čas plyne velmi pomalu a/nebo osoba prožívá rychlý tok myšlenek), zhoršený úsudek, zhoršená pozornost, prodloužený reakční čas, sluchové, zrakové nebo hmatové iluze, halucinace se zachovanou orientací, depersonalizace, derealizace, narušení osobních činností.
- Musí být přítomen alespoň jeden z následujících znaků: zvýšená chuť k jídlu, sucho v ústech, zarudlé spojivky, tachykardie.

Akutní intoxikace je v naprosté většině případů vnímána uživateli pozitivně a ovlivňuje zásadním způsobem prožívání člověka. Vyjimečně se mohou vyskytnout komplikace, které lze rozdělit do několika skupin. První skupinu tvoří přechodné depresivní nebo psychotické reakce. Druhou skupinu tvoří akutní úzkostná porucha vyvolaná užitím konopí, která navíc může být komplikována deliriem. Léčba v těchto případech obvykle vyžaduje lékařskou pomoc. **Akutní intoxikace** je stav, který může zvyšovat riziko úrazů u některých činností. Prokázat přítomnost aktivních metabolitů konopí je možné prostřednictvím testu vzorku moči, krve i vlasů (Vacek, 2008).

Smolík (2002) definuje obecně **akutní intoxikaci** jako přechodný stav, který následuje po užití psychoaktivních látek, a který ústí ve změny v charakteristikách fyziologických, psychických či behaviorálních funkcí a odpovědí, s tím, že účinek kterékoli látky se u jednotlivých osob značně různí v závislosti na dávce, okolnostech požití, a také na premorbidní osobnosti.

2.6.2 Vliv předešlé zkušenosti s konopnými drogami

Velice důležitou proměnnou, která byla v počátcích výzkumu akutní intoxikace opomíjena, je předešlá zkušenost s konopnými drogami. Zdá se, že zkušený uživatel má poměrně výraznou možnost se na stav intoxikace adaptovat natolik, že se jeho výkon například v testových úkolech v porovnání se střízlivým stavem může dokonce i zlepšit (Vacek, 2008).

Nejcitovanějším výzkumem, který zohlednil nedrogové faktory, které zahrnují i proces postupného učení se vnímat účinky drogy jako příjemné, byl experiment, který inicioval student medicíny Andrew Weil, z roku 1968: *„Ačkoli nejsou základní účinky konopí zvláště příjemné, lidé se mohou naučit oceňovat pocit jinakosti, který je jimi způsoben.“* (Vacek, 2008, str. 224).

Při porovnání této teorie která tvrdí, že pozitivní prožitky při intoxikaci mohou být výsledkem adaptace na pocit jinakosti, s dalšími teoriemi, jež je vysvětlují predispozicemi zakořeněnými hluboko v osobnosti uživatele, můžeme sledovat, že příjemné prožitky během intoxikace se objeví tehdy a zřejmě jedině tehdy, když jsou splněny podmínky, že kuřák se musí učit kouřit marihuanu správně, a musí se také naučit mít požitky z účinků, které se předtím musel naučit vnímat (Vacek, 2008).

2.6.3 Faktory ovlivňující prožívání akutní intoxikace

Za nejdůležitější faktory ovlivňující prožívání akutní intoxikace jsou považovány zejména **množství, druh a způsob konzumace konopných drog, jejich kombinace s dalšími drogami, dále také nálada, se kterou uživatel do intoxikace vstupuje, a prostředí a sociální nastavení (setting)** během intoxikace. Ze subjektivního hlediska je nejdůležitějším faktorem nepochybně okamžitý psychický a fyzický stav uživatele. Časový průběh konopné intoxikace lze pak posuzovat jak z kvantitativního, tak z kvalitativního hlediska. Jako nejdůležitější faktor se zde jeví způsob užití konopných drog – konopné drogy jsou v drtivé většině případů užívány vdechováním kouře, přičemž se iniciální fáze dostavuje téměř okamžitě – přibližně od dvou do pěti minut od počátku inhalace. Intenzita intoxikace dosahuje svého vrcholu přibližně po patnácti minutách a toto stádium je zároveň považováno za nejpříjemnější část celé intoxikace. Následujících 30 – 60 minut je intenzita největší, pak

začíná relativně prudce klesat. Na celkovou dobu trvání akutní intoxikace má také vliv množství užití drogy – mezi množstvím drogy a délkou intoxikace existuje vztah přímé úměrnosti (Vacek, 2008).

Uživateli popisované typy intoxikace se vyznačují určitými převažujícími fenomény, které lze rozdělit do tří skupin:

- **vnější aktivita** – pozornost a aktivita zaměřená ven – činorodost,
- **vnitřní aktivita** – těžiště aktivity je uvnitř – zadumanost, vnímavost,
- **pasivita** – snížená schopnost ovládnout své myšlenky a tělo – zmoženost (Vacek, 2008).

2.6.4 Typy akutní intoxikace

Pro pojmenování jednotlivých typů intoxikace je zde využito slangové názvosloví. Typickým scénářem „**vysmátosti**“ je rekreační užití ve skupině, kde následně dominuje komunikativnost, smích, euforie, dobrá pohoda. Často se ve vlnách vyskytují záchvaty smíchu, jejichž spouštěčem může být v podstatě cokoliv. Smích může být extrémně nakažlivý a ve skupině má většinou simultánní vývoj, pocit sounáležitosti se může stupňovat. Další typ tvoří skupina fenoménů, jež byly souhrnně nazvány „**přemýšlivost**“. Pro přemýšlivost je typické užití o samotě. V porovnání s vysmátostí zde nedominuje tak čirá radost a aktivita se přesouvá spíše do oblasti vnitřních, převážně poznávacích procesů. Ať už jde o činorodé myšlení, receptivní vnímavost nebo cesty fantazií, pohlcení vnitřním světem se navenek projevuje nejčastěji jako meditativní hloubavost či nehybné vytržení, které může být více či méně emocionálně podbarvené. Ale i pokud se stane, že jsou myšlenky spíše negativní, nemusí být ještě tyto stavy nepříjemné. Pokud se přemýšlivost objeví hned na začátku intoxikace, je typická určitým ponořením a bývá pocíťována buď zvláštní laskavost a vyrovnanost, anebo jakási netečnost a odpoutanost. Další variantou přemýšlivosti může být malátná zadumanost, která je charakteristická spíše zpomalením myšlenek a více či méně příjemnou únavou. Tvoří tak přechod mezi přemýšlivostí a „**výkydem**“. Výkyd se většinou objeví tehdy, když tělo uživatele absorbovalo větší množství drogy a je charakterizován určitou tělesnou i duševní bezvládností. Prožitku dominuje buď zakalená mysl, která je v podstatě prostá veškerých myšlenek, nebo ochablé tělo, jemuž se nedostává žádné energie k pohybu. Ačkoli se může zdát, že malátná bezvládnost není příliš příjemná, zejména těžším

uživatelům se mnohdy zamlouvá. V praxi se často setkáváme s tím, že uživatelé prodlužují akutní intoxikaci užitím další dávky drogy, nejtěžší uživatelé pak stav akutní intoxikace nemusí v bdělém stavu vědomí vůbec opustit, v tom případě hovoříme o tzv. chronické intoxikaci (Vacek, 2008).

2.7 Farmakokinetika THC

V konopí setém bylo identifikováno **533 látek**, z nichž **103 jsou látky tzv. kanabinoidní**, které jsou přítomné pouze v této rostlině. Nejvíce informací o farmakokinetice kanabinoidů pochází ze zkoumání **hlavní psychoaktivní látky THC (delta-9-tetrahydrokanabinol)**. Intenzita účinku THC závisí na řadě faktorů, jako je kvalita, množství, forma drogy, způsob aplikace, dosažená koncentrace v jednotlivých oblastech organismu. Trvání psychotropního účinku závisí na plazmatické hladině THC, na jeho přestupu hematoencefalickou bariérou (odděluje krev od centrálního nervového systému a brání tak průchodu některých látek do CNS), a na vazbě na receptory (Krmencík, 2008a). Kanabinoidy působí prostřednictvím vazby na specifické struktury buněčných membrán – **kanabinoidní receptory**. Vzhledem k rozložení přítomnosti kanabinoidních receptorů, a to nejen v centrálním nervovém systému, ale i v periferních tkáních a orgánech, odhaluje pokračující výzkum zřejmě další fyziologické i patofyziologické role souboru těchto receptorů a endokanabinoidů, tzv. endogenního kanabinoidního systému. Izolace sloučenin z této rostliny se zvolna přenesla k izolacím přirozených látek z mozku. Veškerý výzkum, syntézy derivátů kanabinoidů a objev strukturálně obdobných látek vyskytujících se v organismu obratlovců včetně člověka – **endokanabinoidů**, vztahy mezi jejich strukturou a aktivitou a farmakologické studie směřují ke konečnému cíli – využít výsledky výzkumů v lékařství k přípravě účinných léčebných přípravků (Krmencík, 2008a).

2.7.1 Aplikace a absorpce THC

Z možných způsobů užívání marihuany má prakticky největší význam aplikace inhalační a následně perorální (podrobněji viz výše), v této kapitole se budeme věnovat pouze poznatkům vážícím se k inhalační aplikaci – ke kouření.

Při **inhalační aplikaci – kouření** ručně balených cigaret („jointů“) je pro působení marihuany (přibližně 0,5 – 10% THC, viz výše) na organismus důležitá kromě THC také nepsychotropní kyselina tetrahydrokanabinolová (THCA), která se při teplotě 200 – 210 °C dekarboxyluje na THC. Konopí obsahuje více THCA než THC, je tedy možné, že posuzování „potenciálu“ konopí, založené jen na měření obsahu THC, má nižší validitu, než se obvykle soudí (Krmencík, 2008a).

Množství inhalovaného THC je velmi závislé na inhalační technice a zkušenostech kuřáka. Stupeň expozice ovlivňuje řada faktorů, jako počet vdechů, délka zadržení vdechu v plicích a vdechnutý objem, doba mezi vdechy, doba kouření nebo intenzita hoření. Do hlavního proudu kouře přejde 20 – 30 % THC z rostlinného materiálu. Příležitostní kuřáci marihuany kouří většinou malé dávky marihuany (2 – 3 mg absorbovaného THC). Naproti tomu těžší kuřáci marihuany snesou pět i více jointů za den, intenzivní kuřáci dokáží zkonsumovat přes 420 mg THC za den. Absorbce THC po kouření je extrémně rychlá. Je zajímavé, že po inhalační aplikaci THC se dostavuje vrchol plazmatické koncentrace téměř stejně rychle jako po aplikaci intravenózní, THC je v plazmě detekovatelné již několik sekund po prvním vdechu. Maximální plazmatická koncentrace THC se dostavuje mezi třetí a desátou minutou po inhalaci. Vrchol psychotropního účinku byl popsán 20 – 30 minut po inhalační aplikaci. Hlavními nevýhodami kouření je krátké trvání účinku (což nemusí být všemi uživateli vnímáno jako nevýhoda) a riziko pro dýchací cesty (Krmencík, 2008a).

2.7.2 Distribuce THC

Velký distribuční objem (farmakokinetický parametr uváděn v jednotkách „litry na 1 kg tělesné hmotnosti“) ukazuje na značnou distribuci a ukládání THC v různých tkáních a orgánech. Po průniku do krve se THC silně váže na plazmatické proteiny. Okolo 60 % je vázáno na plazmatické lipoproteiny. Vzhledem k vysoké lipofilitě prostupují kanabinoidy rychle tkáněmi a v dobře prokrvených tkáních dosahují vysokých koncentrací již krátce po podání. Tuková tkáň, jež je špatně prokrvena, se kanabinoidy sytí jen postupně. Ze stejného důvodu se ale THC, respektive jeho metabolity, z tukové tkáně také dlouho uvolňují. Hlavními distribučními místy jsou játra, srdce, plíce, střevo, ledviny, slezina, prsní žláza, placenta, kůra nadledvin, štítná žláza, hypofýza či hnědý tuk, v nichž se nacházejí koncentrace 10 – 1000x vyšší než v plazmě. Menší koncentrace byly nalezeny v mozku, varlatech, plodu. V mozku skončí jen asi 1 % podaného THC (Krmencík, 2008a).

2.7.3 Metabolizmus THC

Metabolizmus THC u lidí je poměrně složitý, bylo identifikováno přes 100 metabolitů THC a vzhledem k účelům této práce tuto část kapitoly velmi zestručníme. Metabolizmus probíhá především v játrech a částečně rovněž v plicích. THC je v první fázi hydroxylováno na uhlících, hydroxylaci na uhlíku C11 provádí cytochrom CYP2C9 a z THC tak vzniká 11-hydroxy-THC. Tvorba tohoto metabolitu je u lidí dominantní. Po počáteční hydroxylaci probíhá oxidace hydroxylových skupin. Metabolity první fáze jsou konjugovány s kyselinou glukuronovou. Převládající metabolit THC po druhé fázi je již dostatečně hydrofilní pro vyloučení ledvinami. Další možnou cestou je tvorba konjugátů s celou řadou mastných kyselin. Tyto složky se podobají složkám buněčných membrán. To vede k domněnkám, že tato forma může umožňovat metabolitům THC zůstat v tkáních po dlouhou dobu (Krménčík, 2008a).

Dle některých prací je 11-OH-THC stejně psychoaktivní jako THC či dokonce potentnější – vzniká velmi rychle, vzápětí po kouření marihuany se objevuje v krevní plazmě. Nejvyšší plazmatická koncentrace THC-COOH se objevuje průměrně po 81 (32 – 133) minutách od začátku kouření. THC-COOH není psychoaktivní, má však analgetické a protizánětlivé účinky. Je, možné že užívání marihuany může ovlivňovat metabolismus některých xenobiotik (látek, které nevznikají v lidském těle, ale ovlivňují ho farmakologicky či toxikologicky), jelikož bylo zjištěno, že THC a kanabidiol jsou inhibitory mnohých cytochromů (Krménčík, 2008a).

2.7.4 Exkrece kanabinoidů

Značná lipofilita a ukládání kanabinoidů a jejich metabolitů v různých tkáních přispívá k pomalejší eliminaci (veškeré pochody vedoucí k odstranění látky z organismu) kanabinoidů a jejich metabolitů. V literatuře popsané eliminační poločasy jsou velmi variabilní (1 – 4 dny), přičemž kompletní eliminace může trvat i přes 5 týdnů. Během tří dnů je vyloučeno průměrně 70 % podané dávky THC (40 % stolicí, 30 % močí). Po pěti dnech je vyloučeno 80 – 90 % celkové podané dávky. Většina absorbovaného THC je eliminována po metabolizaci, jen velmi malá část je vyloučena nezměněná (méně než 5 %). Hlavním metabolitem ve stolici je 11-OH-THC, zatímco většina metabolitů vyloučených ledvinami jsou kyseliny. Nejdůležitějším metabolitem THC v moči je THC-COOH glukuronid, který je

využíván pro detekci a monitorování zneužívání marihuany. Po jednorázové orální dávce je detekovatelné malé množství metabolitů THC déle než 5 týdnů, po kouření je doba kratší (Krménčík, 2008a).

2.8 Farmakodynamika kanabinoidů

První látka, která se váže na kanabinoidní receptory a je možno ji nalézt v těle obratlovců včetně člověka byla izolována v roce 1992 z mozku prasete. Jedná se o arachidonoyol etanolamid, nazvaný **anandamid**. Soubor endokanabinoidů a jejich specifických receptorů je nazýván endokanabinoidním systémem a jeho fyziologické a patofyziologické úlohy je ještě potřeba zcela objasnit (Šulcová, 2008).

V místech působení v organismu je účinek biologicky aktivních složek konopí zprostředkován jejich spojením se specifickými vazebnými místy, kanabinoidními receptory, které stimulují. To vede k dalším změnám, jimiž buňka vybavená receptory odpovídá příslušným efektem. Identifikací chemické struktury THC se otevřela cesta k poznávání principů jeho účinků, tj. vazby **na specifická vazebná místa na buněčných membránách**. Tato znalost také umožňuje syntetizování dalších látek, které budou mít schopnost se na tyto receptory vázat a buď budou rovněž schopny je stimulovat (agonisté), nebo je naopak svou vazbou pouze blokovat (antagonisté). Vazebnými studii byla v buněčných membránách prokázána existence specifických kanabinoidních receptorů spřažených s G proteinem a prostřednictvím nich také s funkcí několika typů vápníkových a draslíkových kanálů buněčných membrán. Relativně brzy byla identifikována rozdílnost přinejmenším dvou podtypů kanabinoidních receptorů (CB receptory) **označovaných jako CB₁ a CB₂**. Velké množství **CB₁ receptorů** je přítomno zejména na **nervových zakončeních**, především v centrálním nervovém systému (v mozkové kůře, hippokampu, bazálních gangliích, hypotalamu, mozečku, spinální míše a gangliích zadních kořenů míšních). **CB₂ receptory** jsou naopak nejhojněji zastoupeny v **periferních tkáních** (jako jsou varlata, sperma, cévní buňky, hladké svaly střeva a řasnaté tělísko oka), a zejména také na buňkách imunitního systému (jako jsou granulocyty, makrofágy, monocyty, polymorfonukleáry, buňky brzlíku a patrových mandlí). Oba podtypy kanabinoidních receptorů byly postupně klonovány,

fyziologické role těchto receptorů a látek tělu vlastních, které je ovlivňují, byly a jsou předmětem dalších výzkumů (Šulcová, 2008).

Stimulováním CB₁ receptorů na těle nervových buněk se zvyšuje exprese BDNF (brain-derived neurotrophic factor), což může být jeden z mechanismů neuroprotektivních účinků kanabinoidů. Funkční CB₂ receptory byly však prokázány i v CNS. Specifické účinky některých endogenních kanabinoidů jsou však zprostředkovány i jinými než CB₁ a CB₂ receptory, jejichž distribuce je obdobná, avšak fyziologické role a afinita ke kanabinoidům jsou zřejmě odlišné (Šulcová, 2008).

S racionálním léčebným využitím různých kanabinoidů se počítá u jednotlivých látek připravených spíše jako čisté substance synteticky nebo u speciálních čištěných extraktů konopí, působících v organismu přes kanabinoidní receptory a aplikovatelných jiným způsobem než kouřením. Jejich působení je vysvětlováno ovlivněním aktivity kanabinoidních receptorových systémů v příslušných nervových drahách či tkáních, kde se nacházejí (Šulcová, 2008).

2.9 Uživatelé konopných drog

Uživatelé konopných drog reprezentují velmi **široké spektrum společnosti**. Vzhledem k jejich počtu i věkovému rozložení není snadné je jakkoli charakterizovat. Na jednom konci škály se můžeme setkat s uživateli chovajícími se velmi **specifickým a rizikovým způsobem s rozsáhlou psychiatrickou komorbiditou**, na druhé straně se můžeme setkat s uživateli, kteří konopí užívají v kontextu rekreačních vzorců užívání a **nevykazují žádné mimořádné či zvláštní odchylky** od populačního průměru (Miovská, Vacek, Gabrhelík, 2008).

Nejčastějším obrazem uživatele konopných drog, jak jej prezentují česká média, jsou mladí lidé mladší 18 let. Média dále také opakovaně zdůrazňují snižování věkové hranice prvního užití drogy. Dostupná data však nasvědčují tomu, že míra užívání konopí se celosvětově zvyšuje nejméně od poloviny 90. let (a s velkou pravděpodobností již podstatně déle), přičemž trh s konopnými drogami v České republice je odhadován v úrovni cca 0,6 – 0,7 % HDP (Miovská, Vacek, Gabrhelík, 2008).

2.9.1 Typologie uživatelů konopných drog

Na konci 60. a v 70. letech byly provedeny studie zabývající se osobností uživatelů konopných drog. Výsledky výzkumů ukazují, že nejen mezi uživateli, konopných drog a neuživateli jsou psychosociální a behaviorální rozdíly, ale odlišnosti jsou také mezi těmi, kteří užívají konopné drogy pravidelně a často, a těmi, kteří je užívají zřídka nebo patří mezi experimentátory (Miovská, Vacek, Gabrhelík, 2008).

Miovský (1998) navrhl typologii uživatelů konopných drog podle dvou kritérií, a to podle frekvence užívání:

- **lehký** (1 – 2 x týdně),
- **střednětěžký** (2 – 4 x týdně),
- **těžký uživatel** (5 x týdně a více),

a dále podle celkové délky užívání:

- **krátkodobý** (0 – 4 měsíce),
- **střednědobý** (4 měsíce – 2 roky),
- **dlouhodobý uživatel** (déle než 2 roky).

Kombinací těchto dvou kritérií lze uživatele konopných drog rozdělit do devíti kategorií. Nicméně kritéria dělení uživatelů jsou velmi nejednotná, a také definice jednotlivých kritérií se často navzájem různě liší (Miovská, Vacek, Gabrhelík, 2008).

2.9.2 Motivace k užívání konopných drog

Obecným principem fungování všech živých bytostí, a tedy i člověka, je motiv dosažení slasti, přičemž **zdroje slasti mohou být velmi rozmanité, stejně jako jsou rozmanité potřeby člověka**. Pro někoho může být užívání drog jedním z aspektů experimentování v adolescenci způsobem, jak se odlišit či vzdorovat, jak zvládat úzkost nebo počínající symptomy psychického onemocnění, a nebo je dále motivem užívání příjemný pocit sám o sobě (Miovská, Vacek, Gabrhelík, 2008).

Motivace k užívání drog obecně lze klasifikovat podle různých hledisek. Příkladem může být studie, ve které byly porovnávány motivy k užívání alkoholu a konopných drog u vysokoškolských studentů, zkušených uživatelů obou druhů drog (Simons, Correia, Carey, 2000). Výsledky ukázaly, že mezi motivy pro pití alkoholu a užívání konopných drog tak, jak je vnímají sami uživatelé, existují významné rozdíly. **Zatímco u alkoholu dominují spíše sociální motivy, konopné drogy jsou užívány spíše za účelem rozšíření vědomí.** Ze studie také vyplývá, že ženy užívají konopné drogy častěji než alkohol k zintenzivnění pozitivních pocitů. V dalších oblastech se ale motivace k užívání těchto dvou drog víceméně shodovaly, a přestože u faktoru, jež nejvíce souvisí se závislostním potenciálem (zvládnutí negativních pocitů), vykázal alkohol vyšší skóry, rozdíl zde nebyl signifikantní.

2.9.3 Osobnostní charakteristiky uživatelů konopných drog

Většina uživatelů konopných drog v populaci kombinuje konopné drogy s dalšími návykovými látkami, ať už je to například tabák, alkohol či halucinogenní drogy. Nalézt mezi uživateli ty, kteří jsou plně oddáni pouze užívání konopných drog, je velmi obtížné, a z tohoto pohledu je proto nesnadné popsat určité jedinečné osobnostní charakteristiky uživatelů konopných drog (Miovská, Vacek, Gabrhelík, 2008).

V dřívějších výzkumech byli dlouhodobí uživatelé konopných drog charakterizováni rozvíjející se pasivitou, obrácením se do nitra, a také nedostatkem motivace (Mcglathlin, West, 1968).

Ve studii uskutečněné o rok později došli autoři k závěru, že studenti, kteří užívají drogy, se popisují jako náladoví a nešťastní mnohem častěji než jejich spolužáci, kteří substance neužívají (Robbins, Robbins, Frosch et al., 1970).

Další z prvních výzkumů osobnosti uživatelů konopných drog (Zinberg, Weil, 1970) přinesl výsledky, ve kterých byli pravidelní dlouhodobí uživatelé popsáni jako výrazně nekonformní, někteří z nich byli také popsáni jako extrémně úzkostní, paranoidní, závislí, sugestibilní a hysteričtí. Uživatelé však sami sebe v tomto výzkumu nehodnotili jako více závislé na drogách než ostatní, a připadali si svobodnější než většina společnosti.

Ve studii autorů Franziniho a McDonalda (1973) byli uživatelé marihuany popsáni jako po zážitku bažící jedinci, kteří se více než neuživatelé marihuany zajímají o jógu, meditaci a mystiku.

V jiné studii (Wells, Stacey, 1976) bylo zjištěno, že čím více se zkoumaní jedinci oddávají užívání, tím více jsou charakterizováni zvýšenou mírou úzkostlivosti, neuroticizmu a psychoticismu, vyskytují se mezi nimi častěji interpersonální problémy, problémy v zaměstnání, a také větší konzumace alkoholu.

V přehledu výzkumů z roku 1979 autoři (Archer, Lopata, 1979) uvádějí, že pravidelní uživatelé mohou být charakterizováni jako nekonformní, spontánní, nekonvenční a zohledňující širší mravní hlediska, a to ve srovnání s neuživateli, kteří jsou více konvenční, socializovanější, mající zábrany, a jejich mravní postoje jsou rigidnější.

Autoři pozdější studie (Satinder, Black, 1984) ověřili na uživatelích konopných drog hypotézu, že tito uživatelé mají obecně zvýšenou potřebu prožívání vzrušení (sensation seeking orientation), která je definována jako potřeba vyhledávat nové, rozmanité, intenzivní prožitky. (Výzkumy vztahující k tzv. „na podněty zaměřenému chování“ (sensation seeking orientation) v souvislosti se sexuálně rizikovým chováním u uživatelů konopných drog viz kapitola 2.18.1 Rizikové chování a „sensation seeking orientation“.)

Studie z roku 1986 (Murray, 1986) pak shrnuje, že mezi pravidelnými uživateli konopných drog existuje větší rozmanitost v osobnostních charakteristikách než u pravidelných uživatelů ostatních nelegálních drog.

2.10 Epidemiologie užívání konopných drog v České republice

Kanabinoidy, u nás zejména marihuana, patří mezi nejčastěji zneužívané psychoaktivní látky na celém světě, a celosvětově jsou také nejužívanějšími ilegálními drogami. Dle údajů OSN konzumuje celosvětově marihuanu v různé formě 200 miliónů lidí (Popov, 2001).

Světová zdravotnická organizace odhaduje počet uživatelů na 147 miliónů lidí, respektive 2,5% světové populace (WHO, 2008).

Počet uživatelů konopných drog tvoří v České republice, stejně jako v jiných zemích EU, prakticky **třetí nejpočetnější skupinu uživatelů návykových látek vůbec**. Vedle alkoholu a tabáku jsou dnes konopné drogy třetí nejčastěji užívanou skupinou drog (Miovský et al., 2008).

Ve 2. polovině 20. století se v České republice marihuana pěstovala a užívala především v rámci uzavřených skupin. **Komerční trh s konopnými produkty (marihuanou, hašišem) se otevřel v 90. letech 20. století.** Politický přístup k pěstování a užívání marihuany je od konce minulého století proměnlivý. Užívání marihuany není trestné a její držení je podle množství hodnoceno jako přestupek nebo jako trestný čin. Od 1. ledna 2010 nabývá účinnosti nový trestní zákoník, který zmírňuje postih osob, které pro vlastní potřebu přechovávají konopné látky nebo pěstují konopí (Mravčík et al., 2009).

Česká republika patří mezi evropské země s nejvyšší prevalencí užívání konopných látek. Jednou z institucí, které se v této zemi celopopulačními studii zabývají, je Centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM) při Sociologickém ústavu Akademie věd ČR. CVVM provedlo první šetření již v roce 1993. Přehled výsledků jednotlivých šetření od roku 1993 odráží výše zmíněný rychlý nárůst obliby nelegálních drog u dospělé populace. Zatímco v roce 1993 dosáhla celoživotní prevalence zkušenosti s nelegálními drogami v dospělé populaci 5 %, v roce 2002 byl tento údaj téměř trojnásobný (14 %). Celoživotní prevalence užití konopných drog v roce 2002 činila 16 % (Miovská, Miovský, 2008).

Dle Výroční zprávy (2009) bylo v rámci celopopulační studie užívání psychotropních látek v ČR v roce 2008 zjištěno, že celoživotní prevalence užití konopných látek (marihuany, hašiše) mezi respondenty ve věku 15 – 64 let byla **34%** (nejvíce, a to 59 %, ve věkové skupině 15 – 24 let). Z respondentů, kteří konopnou látku užívali v posledním měsíci, **jich 57 % užívalo konopnou látku jedenkrát týdně a 9 % denně nebo téměř denně.** Po extrapolaci na populaci ČR ve věku 15 – 64 let lze počet denních nebo téměř denních uživatelů konopných drog odhadnout na cca 57 tisíc osob. Byly také patrné rozdíly mezi muži a ženami ve frekvenci užívání – muži kouřili marihuanu statisticky významně častěji než ženy (Mravčík et al., 2009).

Dalšími institucemi, které se v ČR věnovaly souvisejícím celopopulačním studiím, jsou Státní zdravotní ústav (SZÚ) a Psychiatrické centrum Praha (PCP). Výsledky průzkumů provedených SZÚ a PCP jsou v základních ukazatelích vyšší než výsledky studií CVVM. V roce 2002 realizovalo Psychiatrické centrum Praha mezinárodní studii GENACIS, ve které výběrový soubor čítal 2526 osob a zkušenost s konopnou drogou (celoživotní prevalence) uvedlo 21,1 % dotázaných, tj. přibližně 1,7 milionu dospělých osob v ČR (Miovská, Miovský, 2008).

V roce 2004 provedl Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) celopopulační studii o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice, která byla zaměřená také na problematiku užívání drog, a výsledky jsou srovnatelné s výsledky

ostatních 19 států EU, jež výzkum dle stejné metodiky rovněž provedly. Celoživotní prevalenci užití konopných drog udalo celkem 20,6 % dotázaných (26,0 % mužů, 15,2 % žen) a prevalenci užití v posledních 12 měsících udalo 9,3 % respondentů (12,5 % mužů, 6,1 % žen). Téměř 44 % dotázaných (51 % mužů, 37 % žen), kteří mají zkušenost s konopnými drogami, je ve věkové skupině 18 – 24 let (Miovská, Miovský, 2008).

Celkový prevalenceční odhad počtu pravidelných uživatelů konopných drog (užívajících drogu s minimální frekvencí 2x za měsíc) se v ČR roce 2008 pohyboval okolo 300 tisíc osob, přičemž nejvíce četnostně obsazené jsou věkové kohorty 18 – 26 let. Spodní hranice odhadu je na úrovni 200 tisíc osob, horní hranice 400 tisíc osob (Miovská, Miovský, 2008).

2.11 Závislost na konopných drogách

„Závislost na konopných drogách patří mezi frekventovaně diskutované fenomény po dlouhá desetiletí“ (Dvořáček, Miovský, Šulcová, 2008, s. 273).

Z dosavadního výzkumu je zřejmé, že množství výstupů ze studií realizovaných na subhumánní úrovni poskytuje velmi detailní a kvalitní pohled na problematiku závislosti, současně je ale také zřejmé, že klinický význam některých těchto nálezů je relativně malý, neboť závislost v žádném ohledu nepatří mezi dominantní problémy spojené s užíváním konopných drog (Dvořáček, Miovský, Šulcová, 2008).

Dle současné české psychiatrie (Raboch, Zvolský, 2001) **je nejběžnějším způsobem užívání marihuany užívání nepravidelné (rekreační, víkendové)**, u kterého zůstává (a posléze jej opouští) většina konzumentů kanabinoidů, aniž by u nich vznikla závislost. Problémy pak mohou vznikat nejčastěji při akutní intoxikaci. Většina konzumentů kanabinoidů dále také nepřechází na jiné (tzv. „tvrdé“) drogy, resp. v době, kdy konzument začíná užívat marihuanu, má již s tvrdou drogou (alkoholem) zkušenost (Popov, 2001).

Konopné drogy mají určitý návykový potenciál. Tento návykový potenciál lze zkoumat a nahlížet z více pohledů, jedním z klíčových je případná podobnost účinku konopí na mozkový systém odměny s účinkem dalších návykových látek (Dvořáček, Miovský, Šulcová, 2008).

V níže uvedeném kontextu si budeme skrze neurobiologický model všimnout pouze vztahu biologické látky (kanabinoidů) a biologického substrátu (mozku – přesněji těch částí mozku, které se pravděpodobně podílejí na vzniku závislosti).

Dominujícím neurobiologickým modelem drogové závislosti je v současnosti dopaminová hypotéza, podle které je odměňující efekt drog závislý na činnosti mezolimbického dopaminergního systému. Systém odměny je jedním z vnitřních autoregulačních mechanismů pro kontinuální zajištění potřeb nutných k přežití, reprodukci, a pocitu tělesné pohody. Dopaminové neurony systému odměny se uplatňují obecně v přidělování apetitivní hodnoty prostředí, predikují a detekují odměnu a podílí se na signalizování varujících a motivujících událostí – zjednodušeně lze říci, že tato oblast souvisí s vytvářením strategií účelného a snad i dlouhodobě efektivního chování. Model závislosti na drogách, který odměňující efekt drog a postupný rozvoj závislosti vysvětluje pomocí působení drog na systém odměny s ústřední (ale nikoli dostačující) **rolí dopaminergního systému, je dle studií kompatibilní i s působením kanabinoidů** (včetně podobných mozkových principů rozvoje závislosti). Autoři se dále shodují v tom, že **syndrom odnětí drogy se v případě právě konopí může projevat nejčastěji podrážděností, nervozitou a tenzí, ztrátou chuti k jídlu a mírným snížením hmotnosti, neklidem a roztěkaností, problémy se soustředěním a poruchami spánku**, kdy v naprosté většině případů jsou tyto stavy poměrně lehké ve srovnání s jinými návykovými látkami a nevyžadují až na výjimky žádnou specifickou farmakoterapeutickou intervenci (Dvořáček, Miovský, Šulcová, 2008).

2.11.1 Stupně závislosti a abstinční příznaky

Závislost na konopných drogách byla zařazena jako samostatná diagnostická jednotka do řady diagnostických klasifikačních systémů, od roku 1987 byla např. Americkou psychiatrickou asociací doplněna do Diagnostického manuálu duševních poruch DSM-III a IV. Závislost je hodnocena ve třech stupních:

- **závislost kompulzivní** – charakteristická narušením sociálních aktivit kvůli užívání drogy, které je upřednostňováno na úkor ostatních zájmů a je užívána ve větších množstvích než uživatel zamýšlí,

- **neschopnost ustat v užívání drogy** – ta je přijímána bez schopnosti alespoň snížit dávky, k některým účinkům se rozvinula tolerance a snaha o abstinování je rychle vystřídána návratem k užívání,
- **vysazení konopné drogy** – je spojeno s abstinenčními příznaky a v příjmu drogy se pokračuje i přes potíže, které to přináší (Dvořáček, Miovský, Šulcová, 2008).

Samotný odvykací stav po odnětí kanabinoidů je stále nejasný. MKN-10 u chronických dlouhodobých uživatelů uvádí možnost výskytu úzkosti, předrážděnosti, třes napřažených rukou, pocení a bolesti svalů, avšak současně v diagnostických kritériích pro výzkum autoři klasifikace upozorňují, že se jedná o špatně definovaný syndrom. DSM-IV vychází z charakteristiky škodlivého užívání a formuluje charakteristiky jako pokračování v užívání látky i přes opakující se jednoznačné doklady o zdravotních, sociálních či jiných negativních dopadech a opakované užívání v situacích, ve kterých je to zdraví nebo životu nebezpečné (Dvořáček, Miovský, Šulcová, 2008).

Vzhledem k počtu pravidelných uživatelů u nás i v zahraničí pak problematika závislosti na konopných drogách nepředstavuje vážnější veřejno-zdravotní problém. **Syndrom odnětí se u pravidelného dlouhodobého uživatele může projevit obvykle mezi 2. – 6. dnem po vysazení.** Větší část dnes známých a popsaných symptomů manifestujících se v rámci syndromu odnětí se upravuje v prvních 14 dnech po vysazení, nejdéle pak do měsíce. **Syndrom odnětí se u konopí vyskytuje obvykle pouze u těžších a dlouhodobých uživatelů, tj. uživatelů aplikujících drogu minimálně ve frekvenci 4x týdně nebo více po dobu minimálně jednoho měsíce** (častěji je však výskyt popsán u případů užívání v délce několika let). Obecně převládá názor, že pro vznik a rozvoj závislosti splňující diagnostická kritéria dle DSM-IV či MKN-10 je nutné pravidelné užívání (minimálně 4x týdně) poměrně vysokých dávek THC (odpovídajících užívání hašiše nebo vysoce potentního konopí) po dobu několika týdnů, a ani takové excesivní užívání nemusí nutně ke vzniku závislosti vést. Výrazně se zde podílejí jak genetické, tak fyziologické, psychologické, sociální a v nemalé míře též kulturní faktory (Dvořáček, Miovský, Šulcová, 2008).

Zajímavé zjištění k tomuto tématu přináší také nedávný kvalitativní výzkum provedený v rámci diplomové práce T. Nechutného (2009) na Fakultě sociálních studií v Praze zabývající se problematikou ukončování konopné kariéry u dlouhodobých uživatelů. Autor v analýze rozhovorů **neobjevil koncept závislosti jako jeden z možných faktorů,**

který by mohl ovlivňovat konec užívání. Sami respondenti v rozhovorech problém závislosti vůbec netematizovali (Nechutný, 2009).

Klinicky rozeznatelná a diagnostikovatelná závislost se může vyskytovat u přibližně 10 – 20% současných uživatelů splňujících tato kritéria s tím, že celoživotní prevalence závislosti pak u této skupiny může dosahovat okolo 50%. Odhady výskytu závislosti či samotného syndromu odnětí pro skupiny užívající konopí s nižší frekvencí jsou víceméně sporné díky velmi řídkému výskytu, a přestože nelze pochybovat o tom, že se zde případy závislosti mohou objevit, je na místě zvážit vliv jiných intervenujících faktorů. V naprosté většině případů jsou však stavy spojené se závislostí na konopí poměrně lehké ve srovnání s jinými návykovými látkami. Syndrom odnětí konopné drogy tak až na výjimky nevyžaduje (pokud se ovšem u pacienta neobjevuje jiná psychická či somatická komplikace, např. v podobě výskytu komorbidní poruchy či onemocnění) žádnou specifickou farmakoterapeutickou intervenci (Dvořáček, Miovský, Šulcová, 2008).

2.12 Reprodukční systém a užívání konopných drog

Pohlavní zdraví je ovlivněno řadou enviromentálních faktorů, jako jsou všudypřítomné toxické zplodiny, ionizující záření a samozřejmě životní styl, zahrnující mimo jiné užívání legálních a ilegálních návykových látek a drog. Mezi tyto substance patří i kanabinoidy obsažené v konopí, které mohou ovlivňovat reprodukční systém přímo přes receptory **kanabinoidního systému v celém pohlavním ústrojí** – ve vaječnicích a endometriu u žen, ve varlatech, nadvarlatech, prostatě a spermích u mužů. Jak u samců, tak u samic pokusných zvířat bylo zjištěno, že injekce THC snižuje hladinu pohlavních hormonů a tlumí tak pohlavní chování (Krménčík, 2008b).

Ačkoli však kanabinoidy mohou ovlivnit pohlavní orgány přímo, zdá se, že značný vliv má zasažení osy hypotalamus–hypofýza–gonády. U obou pohlaví je sekrece pohlavních hormonů kontrolována přímo hypofýzou, která produkuje tzv. gonadotropiny – folikuly stimulující hormon (FSH) a luteinizační hormon (LH). Uvolňování gonadotropinů je řízeno gonadoliberinem (GnRH), který se uvolňuje v pulzech z hypotalamu, přičemž FSH a LH ovlivňují sekreci vlastních pohlavních hormonů – testosteronu u mužů a estradiolu a

progesteronu u žen. Tyto hormony poté zpětně ovlivňují hypotalamus a hypofýzu (Krmencík, 2008b).

Kanabinoidní receptory CB₁ (kanabinoidní receptory podrobněji popsány výše viz kapitola 2.8 Farmakodynamika kanabinoidů) **se nalézají i v hypotalamu a hypofýze a mohou se účastnit regulace produkce pohlavních hormonů** (Hall, Degenhardt, Lynskey, 2001).

S výzkumem účinků konopných drog na **hormonální a reprodukční systém** se začalo již na počátku 70. let a výzkumy pokračují dodnes. Během tří desítek let prošly mnoha proměnami. Ohniskem zájmu 70. let byly studie na lidských jedincích. Od poloviny 80. let se výzkum přenesl do laboratoří na **subhumánní úroveň**, přičemž zájem posledních několika let se stále více zaměřuje na **neurotransmitterovou a molekulární úroveň** (Blaha, 2008).

2.12.1 Studie na zvířatech

V pokusech na zvířatech se, na rozdíl od studií **hormonálního systému** na lidech, dostávají poměrně konzistentní výsledky. THC způsobuje snížení plazmatické koncentrace LH a testosteronu u samců. Samci vystavení v pokusu na zvířatech vysokým dávkám konopí, konopnému extraktu nebo THC a také dalším kanabinoidům vykazují **sníženou hladinu testosteronu, opožděné dozrávání spermií, redukci počtu spermií a jejich pohyblivosti a zvýšení výskytu abnormálních spermií**. Ačkoli mechanismus tohoto efektu dosud není přesně znám, je pravděpodobné, že se jedná jak o přímý efekt na varlata, tak o nepřímé působení na hypotalamus. Studie na hlodavcích ukazuje zřetelné snížení hladiny testosteronu a gonadotropinů po akutním podání THC, což je zapříčiněno zřejmě inhibicí uvolnění GnRH z hypotalamu. Efekt chronické expozice je mnohem menší než po jednorázové dávce THC, což je pravděpodobně zapříčiněno vznikem tolerance (Krmencík, 2008b).

Na zvířatech bylo také dříve než na lidech testováno přímé působení kanabinoidů na sperma a zjistilo se, že akutní podání kanabinoidů může **snížit fertilizační kapacitu** (fertilizace = oplodnění) jejich spermatu, což je způsobeno **inhibicí akrozomální reakce**, která je důležitá pro proniknutí spermie do vajíčka (Joy, Watson, Benson, 1999).

2.12.2 Studie mužského hormonálního systému

Pravděpodobně jedny z prvních studií zkoumající vliv konopí na hormonální systém člověka se zabývala vznikem **gynekomastie** (jednostranné nebo oboustranné zvětšení prsní žlázy u muže) u uživatelů marihuany. Tato studie objevila u skupiny těžkých uživatelů konopí tři případy zbytnění prsní žlázy, které připisovala dlouhodobému působení konopí (Harmon, Aliapoulios, 1972).

Pozdější výzkum (Cates, Pope, 1977) však vztah mezi gynekomastií a užíváním konopí nepotvrdil.

V dalších výzkumech se vědci zabývali **hladinou testosteronu u mužů**. Bylo zjišťováno, zda se u uživatelů mění hladina testosteronu a jestliže se mění, na jak dlouhou dobu. Ve výzkumu z počátku 70. let (Kolodny, Masters, Kolodner et al., 1974) bylo zjištěno, že u pravidelných uživatelů konopných drog dochází k signifikantnímu snížení hladiny testosteronu, produkce spermatu, pohyblivosti spermií a zvýšení abnormalit mezi spermii kuřáků marihuany oproti občasným kuřákům.

Výsledky následné studie (Kolodny, Leasin, Tora et al., 1976) provedené na větší, lépe kontrolované skupině chronických uživatelů konopí poukázaly na to, že snížení hladiny testosteronu je pouze přechodné.

Dalším autorům se také snížení hladiny testosteronu nepodařilo prokázat. Ve studii ze stejného období (Mendelson, Kuehnle, Ellingboe et al., 1974) bylo zkoumáno 27 mužů, jejichž průměrná délka užívání byla 5,6 roku. Ti po dobu 14 dnů konopné drogy vůbec neužívali, pak 21 dnů ano (12 z nich kouřilo 1 – 5 jointů denně, 15 z nich kouřilo 1 – 8 jointů denně). Srovnání hladin testosteronu před, během, a po tomto období nevykazovalo v tomto výzkumu žádné signifikantní rozdíly.

Jiná studie, která také nepodporuje zjištění o poklesu hladiny testosteronu, se uskutečnila na Kostarice. Zde byly srovnávány hladiny hormonů u 38 uživatelů (kouřili v průměru 9,6 jointů denně po dobu 17 let) a 38 neuživatelů. Rozdíly nebyly zjištěny ani mezi skupinami navzájem, ani mezi těžkými a lehkými uživateli (Coggins, Swenson, Dawson, 1976).

Také pozdější výzkumy došly k podobným závěrům (např. Cone, Johnson, Moore et al., 1986).

Studie popisující vliv na reprodukční hormony u lidí tedy poskytují na první pohled rozporuplné výsledky. Zpráva světové zdravotnické organizace (Programme on substance abuse, 1997) uvádí, že ačkoli první nálezy u chronických kuřáků marihuany

odhalily ovlivnění reprodukčních funkcí a hladin pohlavních hormonů – byly popsány **nižší hladiny testosteronu** u kuřáků marihuany ve srovnání s nekuřáky, jakož i **akutní snížení LH a testosteronu** po kouření marihuany – následující studie naopak potvrdily, že plazmatické hladiny LH nebyly změněny po kouření jedné nebo dvou cigaret marihuany obsahující 2,8 % THC, a že **denní expozice THC neměla vliv na plazmatickou koncentraci LH nebo testosteronu** u mužů, kteří byli kuřáci konopí. Obdobně v kolísání plazmatických koncentrací LH, FSH, prolaktinu a testosteronu nebyly nalezeny klinické odlišnosti mezi kuřáky a nekuřáky konopí (Programme on substance abuse, 1997).

A ani další, novější studie snížení hladiny testosteronu a LH nepotvrdila (Brown, Dobs, 2002).

Rozdílné výsledky by mohly odrážet rozdíly v experimentálních procesech a možný vliv předchozí expozice konopí (vznik tolerance) u testovaných subjektů. Všeobecně jsou výsledky studií na lidech relativně konzistentně vysvětlitelné hypotézou, že **THC inhibuje LH u krátkodobých či občasných kuřáků marihuany, nikoliv však u habituálních kuřáků**. Dlouhodobé užívání skutečně vede k toleranci na inhibiční efekt THC na produkci LH (Joy, Watson, Benson, 1999).

2.12.3 Studie mužské spermatogeneze

Vědci se nezaměřovali pouze na hladinu testosteronu, ale i na **počet a pohyblivost spermií**. Již výše bylo uvedeno, že THC ovlivňuje produkci gonadotropinů folikulo-stimulačního hormonu (FSH) a luteinizačního hormonu (LH). LH ve varlatech stimuluje produkci mužského pohlavního hormonu testosteronu, FSH stimuluje buňky varlat, které jsou důležité při **spermatogenezi**. Mimoto jsou kanabinoidní receptory i **přímo na vlastních reprodukčních orgánech a spermiích** (Krménčík, 2008b).

Ve studii z roku 1979 byla skupina mužů v laboratoři vystavena po jeden měsíc 20 jointům za den. Po skončení výzkumníci zjistili **sníženou koncentraci a nižší pohyblivost spermií**, které však nevybočovaly z průměru. V průběhu dalšího měsíce se zde obě zkoumané proměnné vrátily na původní hladinu (Hembree, Nahas, Zeidenberg et al., 1979).

Kanabinoidní receptory, konkrétně CB₁ receptory (kanabinoidní receptory podrobněji popsány výše viz kapitola 2.8 Farmakodynamika kanabinoidů), mají spermie na hlavičce a ve své střední části. Rossato, Popa, Ferigo et al. (2005) zjistili, že aktivace tohoto receptoru

inhibuje jak pohyblivost spermií, tak akrozomální reakci, která je důležitá pro proniknutí spermie do vajíčka. Z této studie také vyplývá, že přibližně 0,06 % a 0,02 % podané dávky THC se dostalo do mozku a varlat. Naproti tomu v epididymálním (epididymis: nadvarle) tuku byla koncentrace THC po jedné dávce 8x větší než v mozku a po opakované aplikaci dokonce 80x větší. Jelikož spermie sídlí před ejakulací v nadvarlatech, jsou tak v přítomnosti velmi vysoké koncentrace kanabinoidů, což může ovlivnit jejich funkci (Rossato, Popa, Ferigo et al., 2005).

Další výzkumy na lidských spermiích s nejlepší fertilizační kapacitou ukazují snížení pohyblivosti o 2 – 21 % a redukci spontánní akrozomální reakce o 17 – 35 %. U spermií nižší kvality byly tyto efekty silnější (Whan, West, McClure et al., 2006).

Účinky jsou však zřejmě závislé také na podané dávce. Konkrétně **na dávce závislá oligospermie** byla popsána **u chronických uživatelů**, kdy snížení koncentrace spermatu dosahovalo 58 % u chronických uživatelů kouřících vysoké dávky, aniž by byla snížena hladina LH. Tato oligospermie byla reverzibilní a koncentrace spermií se obnovila po 5 – 6 týdnech od posledního podání marihuany (Brown, Dobs, 2002).

Krmenčík (2008b) uvádí, že po vykouření cigarety marihuany byla detekována koncentrace THC v periferní krvi okolo 0,8 μM . THC má dlouhý biologický poločas, protože je velmi lipofilní, tzn. je snadno ukládáno v tukové tkáni. Je tedy pravděpodobné, že **osoby vystavené chronickému užívání marihuany** budou mít zvýšené koncentrace kanabinoidů v biologických tekutinách, **s možným negativním vlivem na fertilitu** (Krmenčík, 2008b).

2.13 Sexuální chování a prožívání a psychotropní látky

Jak již bylo zmíněno v úvodu, odborná literatura se problematikou působení psychotropních látek na sexuální život příliš nezabývá. Skutečnost, že mnohé přírodní látky byly již odpradáva užívány za účelem ovlivnění sexuálního života jedince se můžeme dočíst převážně v populární literatuře. Naše vědomosti o tom, **jak konkrétní látky ovlivňují kvalitu sexuálního života, jeho vnímání a prožívání, či jaký vliv má jejich užívání na veřejné zdraví**, jsou stále značně omezené.

Ostrow (2000) se pokusil formulovat pět obecných hypotéz, které by alespoň z části mohly osvětlit **vztah mezi užíváním drog a sexuálním chováním**:

- Je možný kauzální vztah mezi užíváním nelegálních drog a sexuálním chováním, kdy drogy mají funkci afrodiziaka.
- Užívání psychoaktivních látek a sexuální chování může být signifikantně spojováno se třetí proměnnou – vyhledáváním podnětů jakožto osobnostní nastavení.
- Drogy mohou oslabit mechanismy kontroly, které inhibují sexuální chování.
- Sociální kontext, ve kterém se drogy objeví, může také podporovat na sex zaměřené chování.
- Existují další multifaktoriální vzájemné vztahy.

Světová zdravotnická organizace uvádí obecně předpokládané vlivy užívání psychoaktivních látek na sexuální chování s přihlédnutím především ke zdravotním důsledkům – ve středu zájmu je proto například přenos infekce HIV, nechtěné těhotenství, či novorozenecký abstinenci syndrom (Rhodes, Fitch, Stimson, 2002).

Užívání psychoaktivních látek může mít obecně jednak **přímou** souvislost se sexuálním chováním, tedy **souvislost vázanou na psychoaktivní účinek drogy**. V tomto případě je podstatné, o jakou látku se jedná, protože účinek jednotlivých látek může být i protichůdný. Obecně pak platí, že psychoaktivní látky mohou mít vliv na sexuální apetenci a aktivitu, a na bezpečnost sexuálního chování – především užívání kondomu a sexuální vztahy. V druhém případě může být užívání návykových látek spojeno se sexuálním chováním **nepřímo** neboli „ne-farmakologicky“. V tomto případě je uvažováno, že **užívání návykových látek, a s tím spojené chování**, ovlivňuje výběr sexuálních partnerů, dále že sociální a ekonomické normy a očekávání ovlivňují nepřímo také chápání vlivu látek na sexuální chování, a konečně, že sociální a fyzické prostředí, ve kterém se odehrává užívání látek se překrývá s prostředím, ve kterém jsou dojednávány sexuální vztahy (Rhodes, Fitch, Stimson, 2002).

2.13.1 Výzkumy v rámci České republiky

V tuzemských, českých, odborných pramenech je zmiňován vliv užívání psychotropních látek na sexuální život jedince pouze okrajově. Avšak co se týče již uskutečněných výzkumů v ČR, první výzkumy zde proběhly v rámci studentských prací – **výzkum sexuality uživatelů drog (pervitinu a Subutexu)** byl proveden v Praze pod záštitou Univerzity Karlovy v roce 2005 (Justinová, 2005) a tento výzkum byl dále rozpracován v rámci disertační práce – **Sexualita uživatelů návykových látek** (Justinová, 2010). */pozn. Výstupy ze studie Justinové (2010) budeme níže porovnávat s výstupy z našeho šetření – viz kapitola 3.8 Diskuze./*

Druhý výzkum proběhl v rámci diplomové práce pod záštitou Univerzity Palackého v Olomouci a zabýval se – za použití kvalitativní metodologie – **vlivem konopných drog na subjektivní vnímání kvality sexuálních prožitků** (Blaha, 2005). */pozn. Více o tomto výzkumu viz kapitola 2.15.1 Studie prožívání sexuality v kontextu akutní intoxikace./*

2.14 Konopné drogy a sexualita

Užívání konopných drog za účelem změny stavu vědomí ve snaze ovlivnit prožitek sexuality je velmi rozšířené. Sexuální vzrušení produkuje fyziologické odpovědi jako růst srdeční frekvence, zvýšenou citlivost, změny v průtoku krve a proudu dechu, a stav změněného vědomí. Neurochemie, hormonální systém a oblasti mozku jsou tedy při intoxikaci zasaženy **jak psychoaktivními složkami marihuany, tak sexuálním vzrušením** (Necco, 1998).

Podobně vidí ve stavu prožívání sexuálního vzrušení a intoxikace konopnými drogami určité podobnosti – konkrétně více či méně intenzivní pohlčení – např. Blaha (2005).

Avšak zatímco s oblibou citované starodávné texty referují především o afrodisiakálních účincích konopných drog, **moderní výzkumy ukazují, že efekty marihuany jsou determinovány jak užitým množstvím drogy, tak osobností a fyziologií jedince a jeho prostředím a kulturou** (Necco, 1998).

Užívání konopí bývá dle dostupných výzkumů nejčastěji spojováno s **dřívější a častější sexuální aktivitou** a s životním stylem který zahrnuje dřívější a častější sexuální aktivitu (Abel, 1981), **s vyšším množstvím příležitostných sexuálních partnerů, s nepravidelným užíváním antikoncepce a s výskytem sexuálně přenosných onemocnění** (např. Boyer, Shafer, Teitle et al., 1999; Smith, Ferris, Simpson et al., 2009).

Následující kapitoly budou věnovány zejména **přehledu dosavadních dostupných studií a poznatků** o souvislostech mezi užíváním konopných drog a sexuálním chováním a prožíváním uživatelů. V naprosté většině zde budeme vycházet ze zahraničních, anglicky psaných, odborných periodik. Vzhledem k **minimálnímu počtu výzkumů orientovaných na dospělou populaci** zahrnuje níže uvedený přehled v drtivé většině studie provedené na dospívající a adolescentní populaci, tématice dostupných výzkumů je přizpůsobena také struktura kapitol.

2.14.1 Afrodiziakální účinky konopných drog v historii

Konopné drogy byly v některých starověkých kulturách cíleně používány ke zvýšení nebo snížení sexuální touhy a ke zvýšení sexuálního uspokojení. Ve **starověké Indii** měly širokou paletu využití – díky víře v jeho afrodiziakální účinky je Indové využívali k tomuto účelu v medicíně, rituálech náboženského charakteru i ke světským účelům. Podle Ajurvědy a Unanni Tibbi (arabského léčebného systému, rozvíjejícího se v Indii) se konopných drog v kombinaci s dalšími látkami užívalo ke zvýšení libida a léčbě impotence. Receptury s nimi měly prodlužovat lubrikaci a uvolňovat zábrany (Blaha, 2008).

Podle starších i současných autorů velmi záleží na formě užití. Za **afrodiziakum** je považován *thandai* či *bhang* (nápoj z konopných drog), kdežto *charas* a *ganja* (formy konopných drog, které se kouří) tzv. spalují sperma, a jsou tudíž spíše **anafrodiziaky**. Proto je také budhističtí mniši užívali k utišení sexuálního pudu. Jakožto afrodiziakum na světové úrovni je doporučovali brahmáni, a v nápojích či sladkostech je užívali mladí novomanželé, prostitutky, a dokonce se také podávaly klisnám a oslicím těsně před připuštěním (Blaha, 2008).

V **arabské kultuře** se zmínky o konopných drogách jako afrodiziaku spojují převážně se jménem Hasana i Sabbaha, učence a mystika, který ve druhé polovině 11. století

stál u zrodu řádu Assassinů. Tento řád dosahoval pomocí hašiše a dalších (neznámých) látek v kombinaci s prostředím a sexuální aktivitou určitých „vrcholných zážitků“. O afrodiziakálních účincích hašiše se zmiňuje také známá sbírka příběhů Pohádky tisíce a jedné noci. Manželky a konkubíny v **Maroku, Egyptě, Libanonu**, a některých kulturách **severní Afriky** si umocňovaly své erotické fantazie *kifem*, směsí několika druhů severoafrických konopných drog. Lidové léčení v **Srbsku 19. století** se taktéž pojí s konopnými drogami a sexualitou. Srbští muži také považovali za silné afrodiziakum směs vyrobenou ze silného hašiše, mandlového másla, sušených okvětních lístků růže a karafiátu, krokusu, muškátového oříšku, kardamonu, medu, cukru a kořene ze středomořské rostliny *Anacylius pyrethrum* (Blaha, 2008).

Konopné drogy, a opět zejména hašiš, byly svými účinky známy také **Anglii 19. a počátku 20. století**. Nejvýznamnější osobou tehdejší doby byl nechvalně proslulý excentrik Aleister Crowley. V tomto kontextu je třeba zmínit i vědecky pojatou esej Psychologie hašiše, kde (podobně jako v Básni o hašiši) Crowley hojně užívá tehdy široce uznávanou metodu introspekce. Tuto zkušenost, ve které vidí hašiš jako královskou cestu k rozšířeným mentálním stavům, posléze využívá ve své sexuální józe (Blaha, 2008).

2.15 Prožitek sexuality v kontextu akutní intoxikace

V rámci akutní intoxikace konopnými drogami zaujímá téma sexuálního prožitku nebo sexuality významné místo, protože o konopných drogách se často v různých souvislostech hovoří jako o účinném **afrodisiaku**. Erotika, vzrušení, sex nebo vyvrcholení jsou témata, kterými se zabírají jednak vědci zkoumající široký kontext užívání a akutní intoxikace konopnými drogami, ale především také sami uživatelé, a to nejen teoreticky ale především prakticky. Vědeckých studií zabývajících se prožitkovými aspekty sexuality při akutní intoxikaci je však v porovnání s jinými oblastmi relativně málo (Blaha, 2005).

2.15.1 Studie prožívání sexuality v kontextu akutní intoxikace

„V 60. letech minulého století se začaly realizovat výzkumy zaměřené na účinky konopných drog na sexualitu jejich uživatelů jako celek, nejen na kvantifikovatelná data“ (Blaha, 2008).

V roce 1967 (E. Good, 1970) proběhl výzkum 200 uživatelů konopí na základě dotazníku zjišťujícího různé aspekty zkušeností s konopím včetně sexuality. Zřetelné zlepšení své sexuální odpovědi uvedlo 68 % respondentů, dále pak 50 % žen a 39 % mužů uvedlo zvýšení své touhy – ovšem za předpokladu, že se týkala žádoucího sexuálního partnera.

Ve studii týkající se 21 mužů a 11 žen (McGlothlin, West, 1968), kteří užívali konopí více než desetkrát, 73 % respondentů, na dotaz proč pokračují v užívání konopí, uvedlo v odpovědi, že uvedená činnost také zvyšuje jejich sexuální uspokojení.

Blaha (2008) uvádí první a dosud jedinou monografii o konopných drogách a sexualitě – *The Sexual Power of Marijuana* – reportérky Barbary Lewisové, kterou vydalo newyorské nakladatelství Wyden v roce 1970. Ta svou knihu chápala jako reportáž a **nikoli jako vědeckou studii**. Přesto si tato publikace získala respekt ve vědeckých kruzích, a to hned ve dvou ohledech – za prvé, jde o první ucelenou zprávu, která se zabývá konopnými drogami se zaměřením výlučně na sexualitu, za druhé, všech 208 účastníků podrobených zhruba tříhodinovému rozhovoru, byli profesionálně úspěšné osoby středního věku ze střední společenské třídy. Autorka v publikaci dochází k závěru, že konopné drogy hrají důležitou roli v sexuálním životě uživatelů, avšak **velmi záleží na již vytvořeném vztahu obou partnerů**, který konopné drogy mohou prohloubit (Lewis, 1970 cit. podle Blaha, 2008, s. 242).

R.A. Wilson (1973) provedl v jednom z prvních výzkumů srovnání sexuálních aktivit pod vlivem a bez vlivu konopí a podobně jako autoři další studie provedené na studentech psychologie (Robbins, Tanck, 1973) dospěl k závěru, že **konopí podporuje sexuální touhu**.

Koff (1974) zjistil na univerzitních studentech, že nálada, očekávání a setting (celkové nastavení) jsou důležitými elementy souvisejícími se sexuálně stimulačními účinky konopí.

Zvýšení sexuální touhy při užití konopí adolescentními studentkami uvádějí Arafat a Yorburg (1973), Dawley, Baxter, Winstead et al. (1979) zaznamenali u studentů při užití marihuany zvýšení sexuálního potěšení.

V sedmdesátých letech vychází kvalitativní studie Ch. T. Tarta (1978), ve které zjistil zvýšení sexuálního nutkání při středních a vyšších stupních intoxikace. Snížení sexuálního nutkání bylo uváděno zřídka, a objevovalo se pouze při vyšších stupních intoxikace. Autor zde však upozorňuje na předjímaní milostné aktivity, a dokládá to tím, že uživatelé nepocítovali zvýšení sexuálního nutkání, dokud nebyli v situaci, která by je za normálních okolností nevzrušila. Ve výzkumu byly rovněž zaznamenávány **nové kvality orgasmu** (u více než 50 % uživatelů) a docházelo k nim při všech stupních intoxikace. Respondenti se dále také vyjádřili, že po užití konopí má člověk **méně zábran, je více vzrušitelný, více prožívá partnerovy emoce a obecně je mu blíže**.

V letech 1969 – 1977 proběhla také rozsáhlá studie, založená na dvou rozhovorech s odstupem 6 let, které se zúčastnilo nejdříve 150 respondentů (100 uživatelů a 50 neuživatelů), podruhé pak 147 respondentů. Výsledky zaměřené na sexuální výkon byly později publikovány Halikasem a jeho kolegy ve dvou člancích (Halikas, Weller, Morse, 1982; Weller, Halikas, 1984). Autoři zde zjistili, že konopí ovlivňuje sexuální zkušenost převážně pozitivním způsobem. Nejčastěji uváděnými efekty byly **pocity sexuální rozkoše a uspokojení, pocity blízkosti a intimity** a obecný souhlas s tím, že konopné drogy působí jako lehké afrodisiakum. Jejich užití se také odrazilo na kvalitě orgasmu, vnímání během pohlavního styku (hlavně dotyk, méně již chuť a vůně, zanedbatelně sluch a zrak) a touze po partnerovi. Autoři také zjistili, že užívání marihuany souvisí s **rostoucí délkou sexuálního styku a sníženým počtem orgasmů**.

Výsledky metaanalýzy (Green, Kavanagh, Young, 2003), která zahrnovala 12 terénních a 18 laboratorních studií, shrnují, že jako často zakoušený efekt uvádělo 56 % uživatelů zvýšení sexuálního potěšení, 33 % zvýšení sexuálního vzrušení a 5 % snížení tohoto vzrušení. Při nižších a středních stupních intoxikace byla zjištěna zvýšená sexuální touha a při vyšších stupních zvýšení sexuálního potěšení, ale snížení touhy.

Výzkum **zabývající se fenomenologií akutního prožitku při užití konopných drog ve spojení se sexuální aktivitou** byl proveden v nedávné době také v **České republice** (Blaha, 2005).

Cílem této práce bylo popsání prožitku vlastní sexuality pod vlivem konopí tak, jak ho vnímá sám uživatel. Data byla získávána polostrukturovaným rozhovorem s ohniskovou skupinou uživatelů (7 mužů, 5 žen) ve věku 19-28 let. Výsledky výzkumu autor dělí do několika oblastí: vnímání v sensorických modalitách (nejvýrazněji subjekty vnímáno u taktilních podnětů, v menší míře pak u čichových), zvýšení intenzity vnímání obecně a

změna vnímání času (zpomalení). Tyto změny byly subjekty **prožívány jako pozitivní pro sexuální prožitek**. Stejně tak byly hodnoceny fenomény pohlčení a řídký výskyt mystických prožitků. Stupeň intoxikace pro zlepšení prožitku sexuality byl označen spíše nižší a střední. Ve výzkumu byly také identifikovány **negativní faktory ovlivňující sexuální prožitek** v rámci akutní intoxikace. Tady dle subjektů patří příliš **hluboká intoxikace**, situace, kdy partner **není intoxikován**, a **nedůvěra k partnerovi**. Tématem studie byly také dotazy na antikoncepci. Ženy ve studii udávaly preferenci hormonální antikoncepce. Víceméně v souladu s tímto pak muži (s odůvodněním větší důvěry k partnerce) preferovali styk bez kondomu (Blaha, 2005).

2.16 Populační výzkumy sexuálního zdraví

Navzdory celosvětově vysoké prevalenci užívání konopí byla souvislost mezi užíváním této drogy a sexuálním zdravím předmětem jen nepárného množství populačních výzkumů. Ty studie, které byly dosud provedeny, se zaměřovaly především **na adolescenty a mladé dospělé** (viz např. Bell, Wechsler, Johnston, 1997; Brodbeck, Matter, Moggi, 2006; Castilla, Barrio, Belza, 1999; Graves, Leigh, 1995; Roberts, Auinger, Ryan, 2004).

Cílem nedávného rozsáhlého australského výzkumu (Smith, Ferris, Simpson et al., 2009) bylo nalézt spojitosti mezi užíváním konopí a sexuálním zdravím. Autoři se dotazovali telefonickým šetřením 8656 Australanů ve věku 15 – 64 let (z nichž 754 užívalo marihuanu v předešlém roce, 126 uvedlo denní užívání, 126 týdenní užívání, 502 méně než jednou týdně) na počet sexuálních partnerů v posledním roce, užívání kondomu, diagnózu sexuálně přenosných nemocí a výskyt rozličných sexuálních potíží. Autoři zjistili, že uživatelé konopí – jak muži tak ženy – měli v předešlém roce **více sexuálních partnerů**, než neuživatelé, denní užívání konopí souviselo u žen s výskytem sexuálně přenosných nemocí, denní užívání u mužů souviselo jednak se **zvýšeným výskytem neschopnosti dosáhnout orgasmu**, dále však i s příliš rychlým a příliš pomalým dosahováním orgasmu. Autoři vyvodili závěr, že **pravidelné užívání konopí souvisí s vyšším počtem sexuálních partnerů u mužů i u žen, a u mužů dále s neschopností dosahovat orgasmu, tak jak by si sami přáli**.

Užívání konopí bylo také ve větší míře spojováno **s ne-heterosexuální identitou, s nižším stupněm dosaženého vzdělání, s nižší pozicí v zaměstnání**, a také s jedinci, kteří

nebyli ženatí či vdané. Dále zde byla zjištěna **silná spojitost mezi frekvencí užívání konopí a frekvencí užívání tabáku** jak u mužů, tak u žen – mezi denními uživateli konopí 70% mužů a 69 % žen bylo zároveň denních kuřáků tabáku, oproti pouhým 18% kuřákům tabáku u neuživatelů konopí obou pohlaví (Smith, Ferris, Simpson et al., 2009).

2.17 Studie sexuálních dysfunkcí

Buffum (1982) ve své studii shrnul, že **velmi vysoké dávky konopí souvisejí s neschopností uskutečnit sexuální styk**, což dával do souvislosti se změnami hladiny plazma testosteronu, jež při nízkých dávkách stoupá a při vysokých dávkách naopak klesá. (Podrobněji o poklesu hladiny testosteronu v souvislosti s kanabinoidy viz také kapitola 2.12.2 Studie mužského hormonálního systému).

Halikas, Weller, Morse (1982) také zjistili, že užívání marihuany souvisí se vzrůstající délkou sexuálního styku a nižším počtem orgasmů.

K jinému výsledku došli Johnson, Phelps, Cottler (2004), kteří ve své studii, která zkoumala komorbiditu sexuálních dysfunkcí s užíváním drog a alkoholu, nepotvrdili souvislost mezi celoživotním užíváním marihuany a inhibovaným sexuálním vzrušením (tj. nedostatečnou erekcí u mužů a nedostatečným vzrušením u žen), **ale potvrdili inhibovaný (častěji nedosažený) orgasmus** v souvislosti s užíváním alkoholu a marihuany.

Cílem dalšího výzkumu (Aversa, Rossi, Francomano et al., 2008) bylo zjistit, zda mohou endoteliální dysfunkce poukazovat na vaskulární erektilní dysfunkce u mladých rekreačních drogových uživatelů. Autoři došli k závěru, že **brzké erektilní dysfunkce mohou být indukovány chronickým užíváním marihuany**, potažmo aktivací endokanabinoidního systému.

Gorzalka, Hill, Chang (2009) shrnuli předpokládanou roli endokanabinoidního systému a užívání konopí na mužské i ženské sexuální funkce. **Vliv užití konopí na sexuální chování a vzrušení se zdá být závislý na dávce drogy**, a dále je zřejmé, že kanabinoidy vyvolaný útlum sexuálního chování je nezávislý na souběžném poklesu hladiny testosteronů.

Již zmiňovaný australský výzkum (Smith, Ferris, Simpson et al., 2009) **nepotvrdil spojitost mezi pravidelným užíváním marihuany a problémy s udržením erekce**, avšak

denní užívání u mužů zde souviselo jednak se **zvýšeným výskytem neschopnosti dosáhnout orgasmu**, dále však i s příliš rychlým a příliš pomalým dosahováním orgasmu.

2.18 Rizikovost sexuálního chování

Vlivu konopných drog na rizikové vzorce sexuálního chování se věnuje mnoho studií. Nejintenzivněji byl tento vliv zkoumán v 90. letech minulého století a pokračuje až dodnes. Impulzem k výzkumu byl častější výskyt pohlavně přenosných chorob v čele s onemocněním AIDS. Existuje však velmi málo výzkumů, kde jsou brány v potaz **pouze konopné drogy**, a většina jich je zaměřena i na další substance, převážně na **alkohol, tabák, extázi, kokain či opiáty** (Blaha, 2008).

Například Scivoletto, Tsuji, Abdo et al. (2002) zkoumali vztah mezi užíváním ilegálních drog a rizikovým sexuálním chováním na vzorku studentů ve věku 14 až 21 let na veřejných školách v Sao Paulu v roce 1997. V rámci sexuálního chování drogových uživatelů a ne uživatelů byl zjišťován věk prvního sexuálního styku, historie sexuálních styků, užívání kondomu, styk s prostitutkou, aktivní prostituce. **Bylo zjištěno, že frekvence sexuálně rizikového chování vzrůstala s výčtem užívaných drog.** S nejvyšším sexuálně rizikovým chováním zde bylo spojováno užívání alkoholu a marihuany.

2.18.1 Rizikové chování a „sensation seeking orientation“

Autoři Satinder a Black (1984) ověřili na uživatelích konopných drog hypotézu, že tito uživatelé mají obecně zvýšenou potřebu prožívání vzrušení (**sensation seeking orientation**). Tato potřeba bývá definována jako potřeba vyhledávat nové, rozmanité, intenzivní prožitky, a „sensation seeking orientation“ je často překládáno jako tzv. **„na podněty zaměřené chování“**.

Možnou rolí tzv. **„na podněty zaměřeného chování“ (sensation seeking)**, se zabýval výzkum, který byl realizován v roce 1990 na náhodně vybraném vzorku 974 subjektů (18 – 30 let), jehož předmětem zájmu byla sexuální aktivita za poslední rok ve

spojitosti s rizikovým chováním. Autorky zde zvažují souvislost tzv. „na podněty zaměřeného chování“ s chováním zvyšujícím riziko přenosu pohlavní nemoci (Graves, Leigh, 1995).

Později také například Donohew, Zimmerman, Cups et al. (2000) zkoumali „sensation seeking“ a užívání psychoaktivních látek včetně konopných drog v souvislosti s rizikovějším sexuálním chováním. **Výsledky potvrdily pozitivní korelaci mezi tzv. „na podněty zaměřeným chováním“ a zvýšeným rizikem přenosu pohlavních onemocnění.**

Podobně bylo „na podněty zaměřené chování“, zkoumáno na více než 5000 náctiletých z pohledu vzniku možných rizik na zdraví člověka v souvislosti s užíváním tabáku, alkoholu a konopných drog, a souvislost byla dle očekávání potvrzena (Stephenson, Hoyle, Palmgreen et al., 2003).

K zajímavému zjištění v této souvislosti došli Roberts, Auinger, Ryan (2004), kteří při výzkumu 4337 adolescentů ve věku 13-18 let našli souvislost mezi užíváním marihuany, rizikovým chováním a výskytem body-piercingu.

2.18.2 Rizikové sexuální chování a longitudinální studie

Jedna z prvních longitudinálních studií (Staton, Leukefeld, Logan et al. 1999) byla zahájena v letech 1987 – 1988 na studentech i nestudujících mladých lidech ve věku 19 – 21 let v USA a trvala následujících pět let. V rámci studie bylo realizováno každoroční dotazníkové šetření na 2071 jedincích, z nichž byly statisticky zpracovány údaje od 952 respondentů (400 mužů, 552 žen), a bylo zde vybráno pět závislých proměnných, potenciálně zvyšujících riziko pravděpodobnosti nakažení se virem HIV – věk prvního pohlavního styku, užití alkoholu nebo jiných drog před pohlavním stykem, počet sexuálních partnerů během svého života, užívání kondomu, užití alkoholu a užití konopných drog během posledního měsíce. Výsledky ukazují, že **věk prvního pohlavního styku byl u pravidelných uživatelů nižší než u neuživatelů.** V užití psychoaktivních látek před souloží jsou signifikantní rozdíly mezi pohlavími – látku užije v průměru více mužů než žen. Rozdíly byly zjištěny i v počtu sexuálních partnerů za život a za poslední tři měsíce. **Více sexuálních partnerů za život než neuživatelé a experimentální uživatelé měla skupina pravidelných mužských uživatelů,** u žen nebyl zaznamenán signifikantní rozdíl mezi jednotlivými kategoriemi. **Kondom za**

poslední tři měsíce užilo více žen než mužů – rozdíly mezi uživatelskými kategoriemi nebyly signifikantní. Nejčastější užití alkoholu a konopných drog za poslední měsíc podle očekávání měla mužská skupina pravidelných uživatelů, dále pak experimentálních uživatelů a neuživatelů. Ze závěrů studie vyplývá, že **mužští pravidelní uživatelé, kteří začali tyto substance užívat v mladším věku**, jsou více než ženy ve stejné skupině a více než experimentátoři a neuživatelé obou pohlaví zaangažováni **v rizikovém sexuálním chování**. Ve studii však nebylo rozlišeno užívání alkoholu a konopných drog a všechny výsledky jsou uváděny pro obě substance dohromady.

Další autoři (Guo, Chung, Hill et al., 2002) doplňují závěry předchozí studie podobným výzkumem, provedeným na 808 studentech z 18 základních škol v Seattlu, kteří pocházeli z lokalit s vysokou kriminalitou. Tyto jedince začali autoři sledovat poprvé ve věku 10 let (r. 1985) a naposledy ve 21 letech (r. 1996), a zaměřili se na zneužívání návykových látek, včetně alkoholu a cigaret a na souvislost tohoto užívání se sexuálním chováním mezi 20. a 21. rokem. V tomto výzkumu byla již každá substance sledována zvlášť, a tak autoři mohli zaznamenat u kategorie **středně těžkých uživatelů konopných drog a u uživatelů nadměrného množství alkoholu největší nepravdivosti v užívání kondomu a nejvyšší počet sexuálních partnerů**. Dalším zjištěním bylo, že uživatelé konopných drog dosahovali vyšších hodnot v sexuálně rizikovém chování, pokud jejich drogová kariéra začala později a naopak.

Coren (2003) na základě dat z výše popsané longitudinální studie (Guo, Chung, Hill et al., 2002) dále upřesnil, že jedinci, kteří začali v průběhu zkoumaných let užívat marihuanu, měli v posledním roce výrazně více sexuálních partnerů a **méně často používali kondom** než jedinci neužívající marihuanu. Autor také spatřuje limit této studie v tom, že zde nebyl zjišťován **možný faktor, který by mohl ovlivňovat obojí – jak tendenci k užívání různých návykových substancí, tak tendenci k sexuálně rizikovému chování**.

Souvislosti mezi užíváním psychoaktivních látek a rizikovým sexuálním chováním byly předmětem zkoumání také pravděpodobně poslední studie (Brook, Adams, Balka et al., 2004), ve které autoři zjišťovali zda 1) časné užívání drog predikuje pozdější sexuálně rizikové chování, 2) časné sexuálně rizikové chování predikuje pozdější užívání drog, 3) existují společné faktory ovlivňující jak užívání drog, tak sexuálně rizikové chování. Studie až na několik výjimek potvrdila vztah mezi **užíváním substancí v nižším věku a vyšším výskytem rizikového sexuálního chování a také mezi vyšším výskytem rizikového sexuálního chování v nižším věku a následným užíváním substancí**. Avšak vliv

jednotlivých substancí na sexuálně rizikové chování zde zkoumán nebyl a výsledky jsou uvedeny opět pro všechny psychoaktivní látky dohromady.

2.18.3 Užívání antikoncepce

Autorky výzkumu, který byl realizován v roce 1990 na náhodně vybraném vzorku 974 subjektů (18 – 30 let), a jehož předmětem zájmu byla sexuální aktivita za poslední rok ve spojitosti s rizikovým chováním, uvádějí, že mezi uživateli a neuživateli konopných drog nebyl zjištěn **rozdíl v použití kondomu** během intoxikace oproti jeho běžnému použití mimo akutní intoxikaci, zjistily však snížené užívání kondomu u těžších pijáků alkoholu (Graves, Leigh, 1995).

V roce 1996 byl ve Španělsku proveden výzkum 5253 respondentů – reprezentativního vzorku španělské populace (ve věku 18 – 39 let) za použití kombinace administrovaného dotazníku a rozhovoru. Rizikové sexuální chování (více než jeden partner a nepravidelné užívání kondomu) bylo častější **u jedinců, kteří užili alkohol, konopí nebo kokain** (Castilla, Barrio, Belza et al., 1999).

V rámci longitudinální studie na studentech i nestudujících mladých lidech ve věku 19-21 let v Kentucky (USA), která trvala pět let, bylo realizováno každoroční dotazníkové šetření na 2071 jedincích, z nichž byly statisticky zpracovány údaje od 952 respondentů (400 mužů, 552 žen). Bylo zde mimo jiné zjištěno, že **kondom za poslední tři měsíce užilo více žen než mužů** – rozdíly však nebyly signifikantní. Ve studii ale nebylo rozlišeno užívání alkoholu a konopných drog a všechny výsledky jsou uváděny pro obě substance dohromady (Staton, Leukefeld, Logan et al. 1999).

Autoři Kingree, Braithwaite, Woodring (2000) se dotazovali adolescentních záškoláků na užívání marihuany, alkoholu a kondomu, a došli k závěru, že **užívání marihuany souvisí s nechráněným pohlavním stykem**, a dále, že úmysl užít marihuanu při příštím styku doprovází úmysl nepoužít ochranu.

Rees, Argys, Averett (2001) zkoumali vliv užití marihuany a alkoholu na pravděpodobnost užití antikoncepce u adolescentů, a naopak došli k závěru, že souvislost je zde slabší než se očekávalo.

Guo, Chung, Hill et al. (2002) ve svém výzkumu sledovali 808 dětí od 10 do 21 let pocházejících z průmyslové čtvrti (Seattle) s vyšším výskytem kriminality. Každá substance

zde byla sledována zvláště, a autoři zaznamenali u kategorie **středně těžkých uživatelů konopných drog a u uživatelů nadměrného množství alkoholu největší nepravidelnosti v užívání kondomu** a nejvyšší počet sexuálních partnerů.

2.18.4 Počet sexuálních partnerů

Počet sexuálních partnerů je – stejně jako užívání antikoncepce či výskyt pohlavně přenosných nemocí – často zkoumaným faktorem sexuálně rizikového chování. Z výzkumu z roku 1990, který zjišťoval sexuální aktivitu za poslední rok ve spojitosti s rizikovým chováním mimo jiné vyplývá, že pohlavní styk s více než jedním partnerem měli za uplynulé období ti, kdo užívali i konopné drogy (Graves, Leigh, 1995).

Bell, Wechsler, Johnson (1997) mapovali období posledních 30 dnů u 17592 studentů. **Více než dva sexuální partnery za jeden měsíc** uvedli respondenti, kteří za uvedené období **užívali také konopné drogy**. Užívání konopných drog však bylo také více rozšířeno mezi jedinci, kteří užívali ve zvýšené míře alkohol než u těch, co tak nečinili.

I další výzkumy, které mapovaly počet sexuálních partnerů za určité období došly k podobným závěrům. Například v již výše zmíněném výzkumu (Castilla, Barrio, Belza, et al., 1999) byl **větší počet sexuálních partnerů spojován s užíváním konopných drog a alkoholu**.

Také v rámci výše zmíněné longitudinální studie (Staton, Leukefeld, Logan et al., 1999) byly mimo jiné zjištěny rozdíly v počtu sexuálních partnerů za život, a za poslední tři měsíce. **Více sexuálních partnerů** za život než neuživatelé a experimentální uživatelé měla skupina **pravidelných mužských uživatelů**, u žen nebyl zaznamenán signifikantní rozdíl mezi jednotlivými kategoriemi. Je však nutné zdůraznit, že ve studii nebylo rozlišeno užívání alkoholu a konopných drog, a všechny výsledky byly uváděny pro obě substance dohromady.

Podobně i autoři Santinelli, Robin, Brener et al. (2001) uvádějí, že užívání psychoaktivních látek za poslední měsíc a při posledním pohlavním styku je v silném vztahu s realizováním pohlavního styku s více než jedním partnerem za předchozí tři měsíce. Tato studie však psychoaktivní látky rozděluje pouze na alkohol a všechny ostatní substance, včetně konopných drog.

Ve studii uskutečněné formou dotazníkového šetření na 9997 kanadských studentech v 9. – 12. třídách veřejných škol (Poulin, Graham, 2001) byly konopné drogy identifikovány

jako nezávislý rizikový faktor u respondentů uvádějících více než jednoho sexuálního partnera za měsíc – na rozdíl od alkoholu, u kterého se tento vztah nepodařilo prokázat.

Nověji například i Brodbeck, Matter, Moggi (2006) uvádějí, že pravidelní mladí (16 – 24 let) uživatelé marihuany **častěji než neuživatelé referují o dvou a více sexuálních partnerech** v uplynulém roce, a autoři dále potvrzují, že sexuálně rizikové chování se u uživatelů vyskytuje častěji než u neuživatelů.

2.18.5 Pohlavně přenosné nemoci

Lowry, Holtzman, Truman et al. (1994) zkoumali na více než 11 tisících středoškolských studentech, zda je u nich užívání drog ve vztahu se sexuálním chováním, které zvyšuje riziko onemocnění virem HIV. **Autoři došli k závěru, že studenti, kteří užívají marihuanu, kokain a další nezákonné substance se chovají zvýšeně rizikově.**

Simeon, Bain, Wyatt et al. (1996) na vzorku 2580 Jamaičanů ve věku 15 – 49 let zjistili, že jedinci, kteří **kouří marihuanu před pohlavním stykem, mají ve své historii více sexuálně přenosných nemocí** než nekuřáci. Rozdíly zde však byly signifikantní pouze u mužů. Ve věku významné rozdíly nalezeny nebyly, kuřáci však byli – ve srovnání s nekuřáky – většinou svobodní, s nižším vzděláním, a spíše nezaměstnaní.

Boyer, Shafer, Teitle et al. (1999) na základě výzkumu 285 mladých lidí, jejichž průměrný věk byl 16,7 let, zjistili, že u těch, kteří **užívali marihuanu 1 – 2 týdně a častěji, se ve větší míře vyskytovaly pohlavně přenosné nemoci.**

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

V následující části diplomové práce je předložen výzkum zabývající se problematikou sexuality uživatelů marihuany. V jednotlivých kapitolách bude nejprve vymezen výzkumný problém a cíle výzkumu, dále budou stanoveny hypotézy vycházející zejména z dostupných studií, a ze studia literatury, bude zde blíže charakterizován výzkumný soubor, dále zde bude popsána metodika získávání a zpracování dat, a poté budou prezentovány tematicky řazené výsledky.

V poslední kapitole výzkumné části pak budou porovnány některé výsledky s výstupy výzkumu sexuálního chování u české populace, provedeného v roce 2008 Weissem a Zvěřinou. Cílem této kapitoly pak bude především zjištění, zda a do jaké míry se uživatelé marihuany liší v jednotlivých charakteristikách sexuálního chování a prožívání od „běžného“ Čecha ve věkově srovnatelném souboru.

V závěru práce budou diskutovány některé souvislosti mezi zjištěnými daty, výstupy budou porovnávány s vybranými obdobnými výzkumy z domova i ze zahraničí, budeme se zde zabývat možnými interpretacemi a zaměříme se také na limity a nedostatky prezentovaného výzkumu a na jeho další možné využití.

3.1 Výzkumný problém a cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu, provedeného v rámci této diplomové práce, bylo na základě dat získaných dotazníkovým šetřením, **monitorovat některé oblasti sexuálního chování a prožívání uživatelů marihuany.**

Obecně se tedy budeme soustředit především na popis sexuálního chování a prožívání pravidelných dlouhodobých uživatelů marihuany, a dále se zaměříme na možná problematická místa v oblasti sexuality, jež mohou vést k nespokojenosti a dalším problémům u těchto osob. Primárním cílem této práce tedy nebude hledat kauzální vztahy určitého chování, ale cílem výzkumu bude snaha zjistit, jak svůj sexuální život popisují sami respondenti, nakolik rizikové je jejich sexuální chování, a tak poukázat na to, že je důležité

zabývat se sexualitou osob, které se chovají specificky v tom smyslu, že dlouhodobě užívají psychotropní látku.

Předložený výzkum byl zaměřen na heterosexuální muže **ve věku od 30 do 50 let**, středně těžké a těžké dlouhodobé uživatele marihuany, tedy dle klasifikace Miovského (1998) na jedince **užívající marihuanu minimálně 2x týdně po dobu delší než 2 roky**, kteří **nejsou** uživateli drog způsobujících silnou fyzickou závislost – nejsou tedy uživateli konkrétně heroinu, Morfinu, Metadonu či pervitinu.

U tohoto výběrového souboru respondentů jsme se pak v souladu s konkrétními jednotlivými cíli výzkumu snažili postihnout tyto oblasti sexuality:

- a) Spokojenost s vlastním sexuálním životem
- b) Okolnosti prvního sexuálního styku
- c) Počet stálých a náhodných partnerek
- d) Okolnosti stálého partnerského vztahu
- e) Používání ochrany při styku se stálými a náhodnými partnerkami
- f) Potřebu sexuálního uspokojení a její změnu v souvislosti s užíváním drog; frekvenci sexuálního styku
- g) Subjektivní vnímání doby trvání sexuálního styku; vnímání orgasmu
- h) Sexuální obtíže a poruchy
- i) Styk s prostitutkou
- j) Provozování aktivní prostituce
- k) Bisexualitu, sexuální styk s mužem
- l) Pohlavně přenosné nemoci
- m) Změnu chování v důsledku hrozby HIV/AIDS nebo hepatitidy B a C
- n) Testování pohlavně přenosných nemocí a změna chování v důsledku pozitivních výsledků

Vzhledem k faktu, že se nám v rámci dotazníkového šetření podařilo získat množství dat od středně těžkých a těžkých dlouhodobých uživatelů marihuany užívajících **kromě marihuany i další substance**, konkrétně alkohol a tzv. „párty“ drogy (tj. LSD, extázi, halucinogenní houby, kokain), rozhodli jsme se, že se pokusíme také zjistit, zda existují významné rozdíly v rámci výše vypsanych jednotlivě zkoumaných oblastí sexuality mezi skupinami uživatelů, kteří užívají různé kombinace těchto substancí.

Dalším dílčím cílem našeho výzkumu bylo tedy **srovnání třech skupin uživatelů marihuany v závislosti na dalších užívaných substancích**, srovnávali jsme skupiny uživatelů, kteří užívají:

- 1) pouze marihuanu,
- 2) marihuanu a alkohol,
- 3) marihuanu, alkohol a „párty“ drogy (LSD, extázi, halucinogenní houby, kokain).

Posledním cílem našeho výzkumu pak bylo **srovnání některých našich výsledků s výstupy výzkumu sexuálního chování u české populace**, provedeného v roce 2008 Weissem a Zvěřinou, který byl již čtvrtým pokračováním výzkumu sexuálního chování obyvatel České republiky (první sběr dat proběhl v roce 1993).

Nakonec jsme pak analýzou získaných dat potvrdili, nebo naopak vyvrátili námi předem stanovené hypotézy (viz kapitola 3.2 Hypotézy) o sexualitě uživatelů marihuany.

3.2 Hypotézy

Na základě studia dostupných výzkumů, četby odborné literatury i zprostředkovaných zkušeností z kontaktu s dlouhodobými uživateli marihuany, jsme stanovili níže formulované hypotézy, jež jsou však pro účely této práce především úvahami nad pravděpodobnými výsledky našeho šetření.

H1: Uživatelé, kteří užívají pouze marihuanu se chovají méně sexuálně rizikově (v používání ochrany proti přenosu pohlavně přenosných chorob při styku s náhodnými partnerkami, v počtu náhodných sexuálních styků a šíření pohlavních nemocí) než uživatelé marihuany, kteří kromě marihuany užívají i alkohol a „párty“ drogy (tj. LSD, extázi, halucinogenní houby, kokain).

H2: Uživatelé marihuany mají větší potřebu sexuálního uspokojení (zvýšená apetence), jsou více sexuálně aktivní a jsou také více spokojeni se svým sexuálním životem než „průměrní“ Češi.

H3: Uživatelé marihuany častěji trpí sexuálními obtížemi a problémy (poruchy dosažení ejakulace, poruchy erekce, užívání léků na podporu erekce) než „průměrní“ Češi.

H4: Uživatelé marihuany mají ve své anamnéze ve srovnání s „průměrnými“ Čechy vyšší celkový počet sexuálních partnerek a také vyšší počet náhodných sexuálních partnerek.

H5: Uživatelé marihuany se neliší od „průměrné“ české populace v sexuálně rizikovém chování, jakým je provozování aktivní prostituce, a není mezi nimi ve srovnání s českou populací vyšší výskyt hepatitidy typu C.

3.3 Charakteristika výběrového souboru

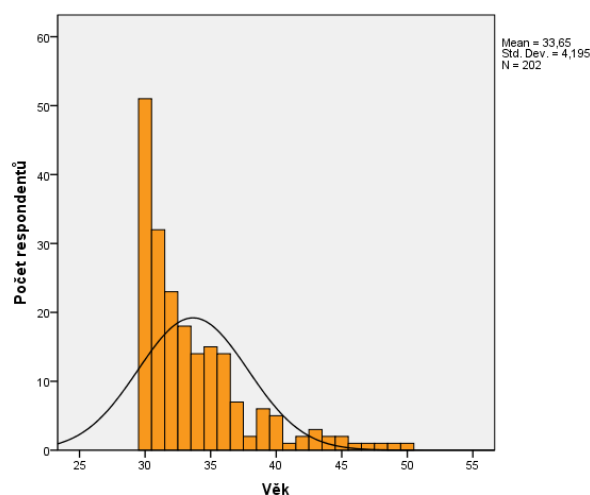
Data byla sbírána pomocí dotazníku, který byl po dobu tří měsíců volně přístupný na příslušné webové adrese (podrobněji viz níže v kapitole 3.4.1 Metoda získávání dat). Tento způsob získávání respondentů se nám v případě osob užívajících marihuanu ukázal jako nejefektivnější, vzhledem k faktu, že získávat respondenty například přes instituce není v případě uživatelů marihuany možné.

Po selekci sebraných dat dle níže uvedených kritérií (viz kapitola 3.4.2 Metoda zpracování a analýzy dat) náš výběrový soubor čítal **202 respondentů – mužů ve věku 30-50 let, středně těžkých a těžkých dlouhodobých uživatelů marihuany** (dle klasifikace Miovského (1998) tedy jedinců, užívajících marihuanu minimálně 2x týdně, po dobu delší než 2 roky), kteří užívají různé kombinace drog – první část respondentů užívá pouze marihuanu, druhá část respondentů užívá marihuanu a alkohol, a třetí část respondentů užívá marihuanu, alkohol a „párty“ drogy (LSD, extázi, halucinogenní houby, kokain).

Výběrový soubor tedy nejprve charakterizují na základě šesti otázek – třech otázek na základní sociodemografická data (věk, nejvyšší dosažené vzdělání a zaměstnání či studium) a třech otázek týkajících se četnosti a délky užívání drog a jejich druhu.

Rozložení respondentů podle věku zobrazuje graf 1. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí 30 – 50 let, nejčastěji udávaný věk byl 30,0 let (25,0% respondentů), průměrný věk činil 33,7 let (SD = 4,2), střední hodnoty jsou uvedeny v tabulce 1.

Graf 1 Věkové rozložení respondentů



Tab. 1 Věk výběrového souboru (v letech)

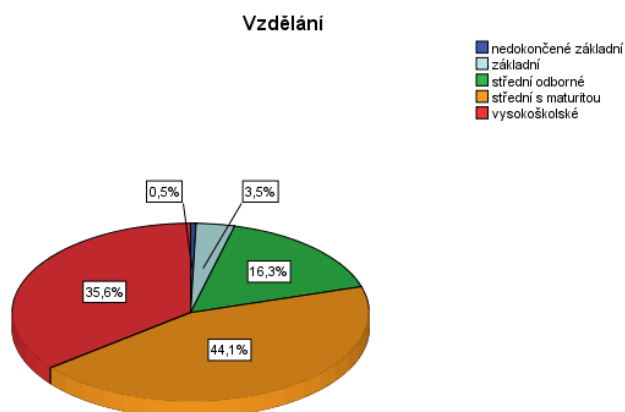
Věk (v letech)		
Průměr		33,65
Medián		32,00
Modus		30
SD		4,195
Minimum		30
Maximum		50
Percentily	25	30,00
	50	32,00
	75	35,00

Mezi respondenty se vyskytovali zástupci všech úrovní vzdělání. Nejčastěji udávané vzdělání bylo vzdělání střední s maturitou, které uvedlo 44,1% respondentů, druhou největší skupinu tvořili respondenti s vysokoškolským vzděláním, to uvedlo 35,6%. Nejméně zastoupeno bylo v souboru nedokončené základní vzdělání, které uvedl pouze jeden respondent (0,5%). Rozdělení respondentů podle vzdělání je uvedeno v tabulce 2 a grafu 2.

Tab. 2 Rozložení respondentů dle vzdělání

		Počet respondentů	%
Vzdělání	nedokončené základní	1	0,5%
	základní	7	3,5%
	střední odborné	33	16,3%
	střední s maturitou	89	44,1%
	vysokoškolské	72	35,6%
	Celkem	202	100,0%

Graf 2 Rozložení respondentů dle vzdělání

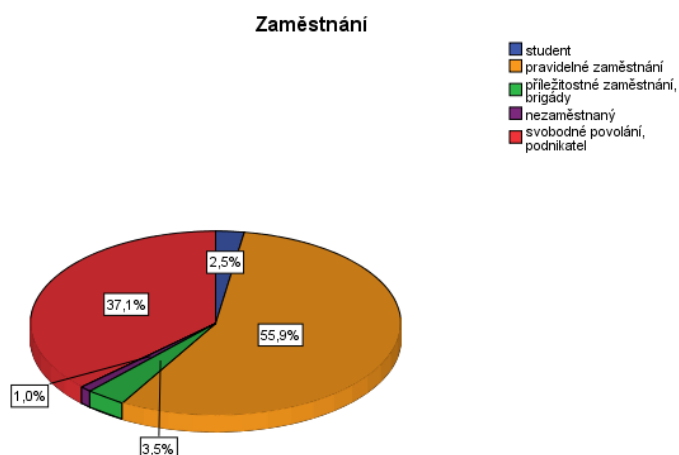


Další sledovanou sociodemografickou charakteristikou bylo zaměstnání respondentů. Respondenti nejčastěji udávali pravidelné zaměstnání (55,9%), dále pak svobodné povolání, podnikatel (37,1%), a naopak pouze dva respondenti uvedli, že jsou nezaměstnaní (1,0%). Zbylí respondenti buď studují (2,5%) nebo mají příležitostné zaměstnání (3,5%). Rozdělení respondentů dle vzdělání je uvedeno v tabulce 3 a grafu 3.

Tab. 3 Rozdělení respondentů dle zaměstnání a studia

		Počet respondentů	%
Zaměstnání či studium	student	5	2,5 %
	pravidelné zaměstnání	113	55,9 %
	příležitostné zaměstnání, brigády	7	3,5 %
	nezaměstnaný	2	1,0 %
	svobodné povolání, podnikatel	75	37,1 %
	Celkem	202	100,0 %

Graf 3 Rozdělení respondentů dle zaměstnání a studia



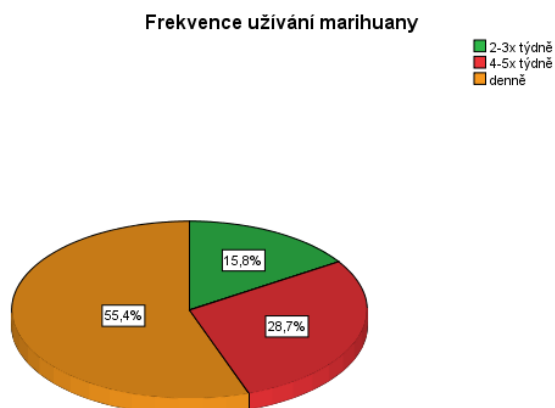
Dále byly sledovány charakteristiky vypovídající o užívání marihuany a dalších substancí. Konkrétně byla sledována frekvence a délka užívání marihuany, a dále také užívání alkoholu a dalších psychotropních látek, tzv. „párty“ drog – pod pojmem „párty“ drogy je zde zahrnuto užívání LSD, extáze, halucinogenních hub a kokainu.

Ze zkoumaného souboru užívá většina respondentů marihuanu denně (55,4%), necelá třetina respondentů užívá marihuanu 4-5x týdně (28,7%), zbylí respondenti (15,8%) užívají marihuanu 2-3x týdně. Frekvenci užívání marihuany zobrazuje tabulka 4 a graf 4.

Tab. 4 Frekvence užívání marihuany

		Počet respondentů	%
Frekvence užívání marihuany	2-3x týdně	32	15,8%
	4-5x týdně	58	28,7%
	denně	112	55,4%
	Total	202	100,0%

Graf 4 Frekvence užívání marihuany

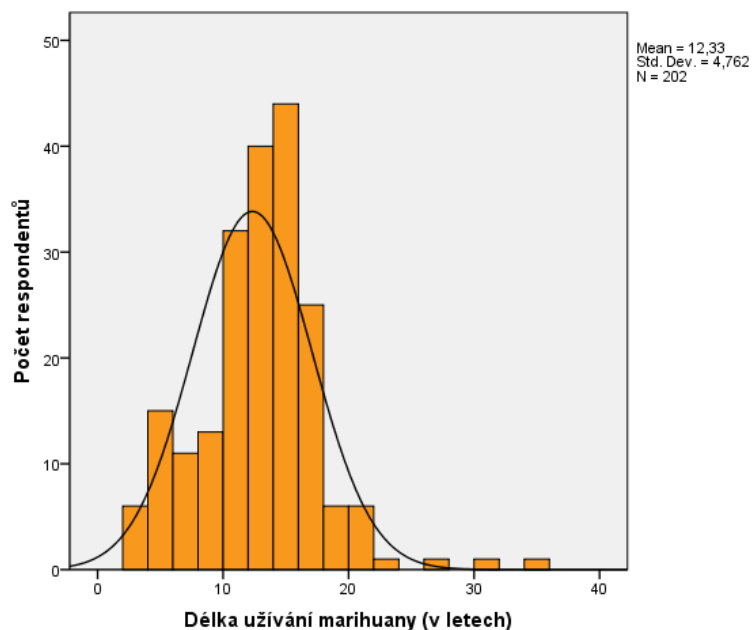


Průměrná délka užívání marihuany v celém souboru činila 12,3 let ($SD = 4,8$), nejčastěji byla udávaná délka užívání 15 let. Minimální uvedená délka užívání činila 3 roky, maximální délka užívání pak činila 35 let. Střední hodnoty délky užívání marihuany a rozložení délky užívání marihuany jsou uvedeny v tabulce 5 a grafu 5.

Tab. 5 Délka užívání marihuany (v letech)

Délka užívání marihuany (v letech)		
Průměr		12,33
Medián		12,00
Modus		15
SD		4,762
Minimum		3
Maximum		35
Percentily	25	10,00
	50	12,00
	75	15,00

Graf 5 Délka užívání marihuany (v letech)

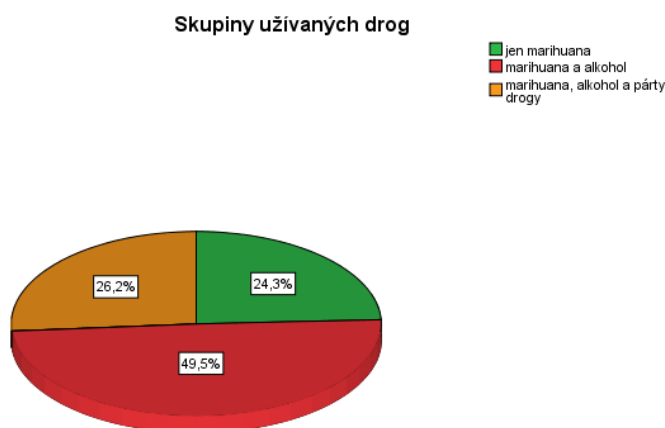


Uživatelé marihuany byli také dotázáni na užívání dalších substancí, konkrétně alkoholu, či jiných drog. V závislosti na dalších užívaných substancích respondenti vytvořili tři skupiny. První skupinu tvořili uživatelé marihuany, kteří užívají pouze marihuanu a představovali 24,3% celého souboru. Druhou skupinu tvořili ti uživatelé, kteří užívají kromě marihuany i alkohol, a tito představovali 49,5% celého souboru. Třetí skupinu tvořili respondenti, kteří užívají marihuanu, alkohol a další substance, tzv. „párty“ drogy (LSD, extázi, halucinogenní houby či kokain), a tato skupina představovala zbylých 26,2% souboru. Rozdělení respondentů dle užívaných substancí je popsáno v tabulce 6 a zobrazeno v grafu 6.

Tab. 6 Rozdělení respondentů dle užívaných substancí

		Počet respondentů	%
Užívané substance	jen marihuana	49	24,3 %
	marihuana a alkohol	100	49,5 %
	marihuana, alkohol a párty drogy	53	26,2 %
	Celkem	202	100,0 %

Graf 6 Rozdělení respondentů dle užívaných substancí



3.4 Metodologický rámec výzkumu

Vzhledem k faktu, že komplexní výzkum, který by se zabýval problematikou sexuality uživatelů marihuany v České republice nebyl dosud uskutečněn (s výjimkou kvalitativní studie Blahy (2005), který se věnoval vlivu konopných drog na subjektivní vnímání kvality sexuálních prožitků), snažili jsme se v našem výzkumu především o zmapování dané oblasti a získání vhledu do problematiky.

3.4.1 Metoda získávání dat

Vzhledem k malému množství předchozích výzkumů a informací z oblasti sexuality uživatelů marihuany, jsme se rozhodli pro kvantitativní typ studie. K výzkumu byl použit nestandardizovaný dotazník, vycházející z dotazníku pro výzkum sexuálního chování v populaci ČR (Weiss, Zvěřina, 2001), který byl dále modifikován – některé pasáže byly vynechány, a naopak jiné byly přidány (plné znění dotazníků viz Přílohy 1 a 2).

Dále byl do dotazníku pro uživatele marihuany zakomponován Dotazník sexuálního zdraví muže IIEF-5 (plné znění dotazníku viz Příloha 3), který se celý skládá z pěti otázek, a který v praxi pomáhá sexuologům zjistit, zda klient netrpí určitým stupněm erektilní dysfunkce.

Respondenti byli kontaktováni prostřednictvím internetu. Tento způsob získávání respondentů se nám v případě osob užívajících marihuanu ukázal jako neefektivnější, vzhledem k faktu, že získávat respondenty například přes instituce není v případě uživatelů marihuany možné. Data byla sbírána pomocí dotazníku, který byl po dobu čtyř měsíců (od 1.11.2009 do 20.2.2010) volně přístupný na příslušné webové adrese (<http://www.vyplnto.cz/databaze-dotazniku/marihuana-a-sex/>).

Respondenti byli v průběhu těchto čtyř měsíců opakovaně vyzýváni k vyplnění dotazníku, výzvy byly šířeny přes internetové stránky, na kterých byla očekávána zvýšená návštěvnost uživatelů marihuany či odborníků z příslušných oborů (např. drogy-info.cz, adiktologie.cz, reflex.cz, cannabiscup.cz), a dále také formou inzerce v časopise Konoptikum, jehož cílovou skupinou jsou právě uživatelé marihuany (plné znění a datování výzev viz Příloha 4).

Množstvím položek v dotazníku pro uživatele marihuany (plné znění dotazníku viz Příloha 1) jsme se snažili zmapovat níže vypsání oblasti. U každé oblasti zde uvádíme pro názornost také některou z položených otázek, která se k dané oblasti vztahovala:

- a) Spokojenost s vlastním sexuálním životem /„*Jste se svým sexuálním životem spokojen?*“/
- b) Okolnosti prvního sexuálního styku /„*Kolik let Vám bylo při prvním sexuálním styku?*“/
- c) Počet stálých a náhodných partnerek /„*S kolika ženami jste za celý život celkem souložil?*“/
- d) Okolnosti stálého partnerského vztahu /„*Máte v současné době stálý partnerský vztah se ženou?*“/
- e) Používání ochrany při styku se stálými a náhodnými partnerkami /„*Používáte ochranu při styku se svou stálou partnerkou?*“/
- f) Potřebu sexuálního uspokojení a její změnu v souvislosti s užíváním drog; frekvenci sexuálního styku /„*Potřebujete v současné době sexuální uspokojení?*“/
- g) Subjektivní vnímání doby trvání sexuálního styku; vnímání orgasmu /„*Na kolik minut odhadujete nyní v průměru délku milostné předehry s partnerkou?*“/
- h) Sexuální obtíže a poruchy /„*Měl jste v době před užíváním marihuany nějaké sexuální obtíže?*“/

- i) Styk s prostitutkou /„Měl jste někdy v životě pohlavní styk s prostitutkou?“/
- j) Provozování aktivní prostituce /„Poskytl jste Vy sám někdy sexuální služby za peníze, drogy či jinou úplatu?“/
- k) Bisexualitu, sexuální styk s mužem /„Měl jste někdy v životě pohlavní styk s mužem?“/
- l) Pohlavně přenosné nemoci /„Měl jste někdy v životě nebo máte nyní některou z pohlavně přenosných nemocí?“/
- m) Změnu chování v důsledku hrozby HIV/AIDS nebo hepatitidy B a C /„Změnil jste své sexuální chování v důsledku hrozby onemocnění AIDS nebo žloutenkou typu B nebo C?“/
- n) Testování pohlavně přenosných nemocí a změna chování v důsledku pozitivních výsledků /„Byl jste testován na HIV?“/

Dotazníkové šetření probíhalo anonymně, respondenti byli stručně informováni o účelu výzkumu, a byla jim také nabídnuta možnost kontaktovat autory výzkumu a získat tak o výzkumu doplňující informace.

3.4.2 Metoda zpracování a analýzy dat

Sebraná data byla zpracována a předpřipravena v aplikaci Microsoft Excel, ke statistickým analýzám bylo využito počítačového programu SPSS.

Dotazníkovým šetřením byly sebrány údaje od 417 respondentů, z nichž mnozí nesplňovali podmínky, které by byly v souladu s cíli našeho výzkumu (podrobně popsané cíle výzkumu viz kapitola 3.1 Výzkumný problém a cíle výzkumu). S pomocí počítačového programu Excel jsme proto nejdříve na základě příslušných položek v dotazníku vyfiltrovali pouze ty respondenty, kteří splňovali podmínky k zařazení do výběrového souboru.

Vzniklý výběrový soubor následně čítal **202 respondentů, heterosexuálních mužů ve věku 30-50 let, středně těžkých a těžkých dlouhodobých uživatelů marihuany** (užívajících marihuanu minimálně 2x týdně, po dobu delší než 2 roky), užívajících tři skupiny drog:

- 1) pouze marihuanu,
- 2) marihuanu a alkohol,
- 3) marihuanu, alkohol a „párty“ drogy (LSD, extáze, halucinogenní houby, kokain).

Pro další statistické zpracování jsme použili statistického programu SPSS. Protože výběrový soubor uživatelů marihuany není reprezentativní pro danou populaci, výsledky vypovídají jen v omezené míře o tom, jaké rozložení proměnných bychom mohli najít v základním souboru. Metody zpracování dat jsme proto volili s ohledem na tento fakt a použili jsme:

- 1) Pro popis výsledků – výstupů z dotazníku pro uživatele marihuany (viz kapitola 3.5 Výsledky) – jsme použili nástroje popisné statistiky a míry středu: **aritmetický průměr, medián, modus, směrodatnou odchylku, četnost a procentuální četnost.**
- 2) Pro porovnání skupin uživatelů v závislosti na dalších užívaných substancích (viz kapitola 3.6 Porovnání skupin uživatelů marihuany v závislosti na dalších užívaných substancích) jsme použili jednak nástroje popisné statistiky a míry středu: **aritmetický průměr, medián, modus, směrodatnou odchylku, četnost a procentuální četnost**, dále pak nástroje zjišťující případný výskyt a míru závislosti mezi proměnnými: **kontingenční tabulky, Chí-kvadrát test nezávislosti proměnných a neparametrický pořadový Kruskal-Wallis test**, kdy v jednotlivých položkách jsme v případě kvalitativních dat používali Chí-kvadrát test nezávislosti proměnných, v případě kvantitativních dat pak neparametrický pořadový Kruskal-Wallis test.
- 3) Pro porovnání dat získaných od uživatelů marihuany s daty získanými v rámci výzkumu sexuálního chování v ČR (viz kapitola 3.7 Porovnání výběrového souboru uživatelů marihuany s reprezentativním vzorkem populace ČR) jsme použili jednak nástroje popisné statistiky a míry středu: **aritmetický průměr, medián, směrodatnou odchylku, četnost a procentuální četnost**, dále pak nástroje zjišťující případný výskyt a míru závislosti mezi proměnnými: **kontingenční tabulky, Chí-kvadrát test nezávislosti proměnných a neparametrický Mann-Whitney test pro dva nezávislé průměry**, kdy v jednotlivých položkách jsme v případě kvalitativních

dat používali Chí-kvadrát test nezávislosti proměnných, v případě kvantitativních dat pak neparametrický Mann-Whitney test pro dva nezávislé průměry.

3.5 Výsledky

V této kapitole budou prezentovány výstupy z výše popsaného dotazníkového šetření. Odpovědi na jednotlivé položky jsou rozčleněny do podkapitol tvořící tématické celky. V každé podkapitole bude pro lepší přehlednost uvedeno i plné znění jednotlivých otázek tak, jak byly tyto otázky formulovány v dotazníku pro uživatele marihuany (celý dotazník viz Příloha 1). Většina výsledků pak bude uspořádána v tabulkách a grafech a komentována v doprovodném textu. V této kapitole bude tedy podán popis výsledků, souvislosti a interpretace budou předmětem diskuze (viz níže v kapitole 3.8 Diskuze).

3.5.1 Spokojenost se sexuálním životem

Respondentů jsme se v této oblasti nejdříve dotázali velmi obecně, zda jsou spokojeni se svým sexuálním životem. Otázka byla formulována takto:

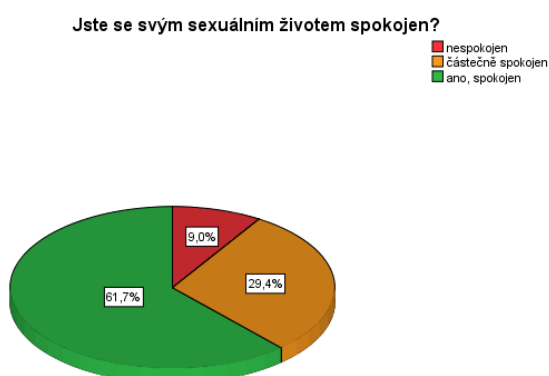
- ⇒ *Jste se svým sexuálním životem spokojen?*
- *ano, spokojen*
 - *částečně spokojen*
 - *nespokojen*

Jak je možno vyčíst z tabulky 7 a také z grafu 7, z respondentů, kteří odpověděli na tuto otázku, odpověděla většina, že je se svým sexuálním životem spokojena (61,7%), téměř třetina respondentů uvedla, že jsou částečně spokojeni (29,4%), a zbylí respondenti (9,0%) se cítí se nespokojeni se svým sexuálním životem.

Tab.7 Spokojenost se sexuálním životem

Jste se svým sexuálním životem spokojen?		Počet respondentů	%
	nespokojen	18	9,0%
	částečně spokojen	59	29,4%
	ano, spokojen	124	61,7%
	Celkem	201	100,0%
	Neuvedeno	1	-
Celkem		202	-

Graf 7 Spokojenost se sexuálním životem



V souvislosti se spokojeností se sexuálním životem nás dále zajímalo, zda respondenti vnímají nějakou změnu v pohlavním životě od té doby, kdy začali užívat marihuanu. Respondentů jsme se dotázali na to, zda se jejich pohlavní život změnil od té doby, co užívají marihuanu, a pokud ano, tak zda se změnil k lepšímu, či k horšímu.

- ⇒ Změnil se nějak Váš pohlavní život od té doby, co užíváte marihuanu?
- ne
 - ano, k lepšímu
 - ano, k horšímu

Z tabulky 8 a grafu 8 je zřejmé, že u téměř poloviny respondentů nedošlo k žádné změně pohlavního života od té doby, co užívají marihuanu (46,0%), necelé polovině respondentů se pohlavní život změnil k lepšímu (48,5%), a zbylým respondentům se pohlavní život změnil k horšímu (5,4%).

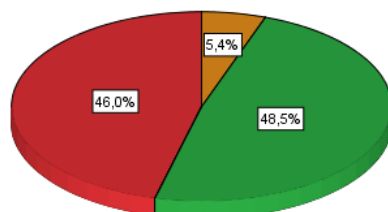
Tab. 8 Změna pohlavního života

Změnil se nějak Váš pohlavní život od té doby, co užíváte marihuanu?	Počet respondentů	%
ano, k horšímu	11	5,4%
ano, k lepšímu	98	48,5%
ne	93	46,0%
Celkem	202	100,0%

Graf 8 Změna pohlavního života

Změnil se nějak Váš pohlavní život od té doby, co užíváte marihuanu?

ano, k horšímu
ano, k lepšímu
ne



Ptali jsme se dále na to, v čem konkrétně se změnil pohlavní život těch respondentů, kteří uvedli, že se jejich pohlavní život změnil k lepšímu:

- ⇒ Pokud se Váš pohlavní život od té doby, co užíváte marihuanu, změnil k lepšímu, co se zlepšilo?
- zvýšila se potřeba pohlavního vybití
 - zvýšila se sexuální vzrušivost
 - zvýšila se frekvence styků
 - zlepšil se prožitek orgazmu (pocitového vyvrcholení)
 - Jiná odpověď:

Jak můžeme vidět v tabulce 9 a grafu 9, u více než poloviny respondentů (51,2%) se od té doby, co užívají marihuanu, zlepšil prožitek orgazmu (pocitového vyvrcholení). Dále respondenti uvedli, že se zvýšila jejich sexuální vzrušivost (16,5%), zvýšila se jejich potřeba pohlavního vybití (5,8%) a zvýšila se frekvence styků (3,3%). Téměř čtvrtina respondentů (23,1%) zvolila možnost jiné odpovědi. Respondenti, kteří zvolili možnost vypsání jiné odpovědi, napsali: „sex trvá dýl, oddaluje mi to ejakulaci“, „větší prožitek“, „délka styku a

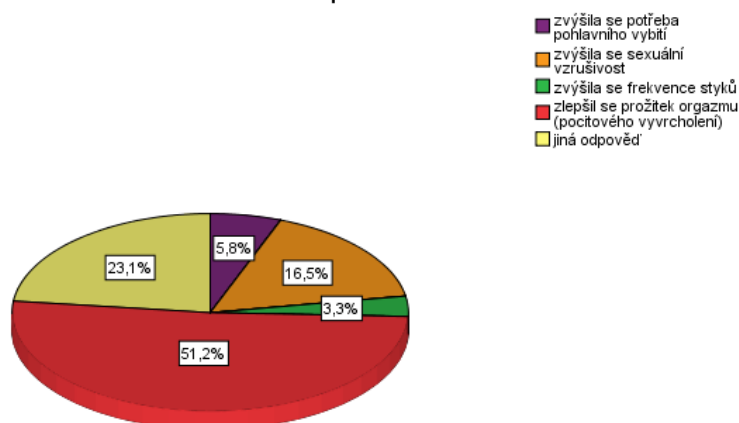
pocitového vyvrcholení“, „zvýšila se sexuální vzrušivost i prožitek orgasmu“, „prodloužila se doba styku“, „prožitek a soustředění“, „dyl to trvá“, „můžu souložit i tři hodiny v kuse“, „empatie“, delší soulož“, „zintenzivnění a prodloužení celé soulože“, „zvýšila se vnímavost vůči partnerce“, „fantazie, lepší prožitek, lépe se mi oddaluje orgasmus“, „vnímám lépe sebe i partnerku, lepší vyvrcholení“, „menší chamtivost, normální touha místo obsese“.

Tab. 9 Změna pohlavního života k lepšímu (% těch, kteří uvedli zlepšení)

Pokud se Váš pohlavní život od té doby, co užíváte marihuanu, změnil k lepšímu, co se zlepšilo?		Počet respondentů	%
	zvýšila se potřeba pohlavního vybití	7	5,8%
	zvýšila se sexuální vzrušivost	20	16,5%
	zvýšila se frekvence styků	4	3,3%
	zlepšil se prožitek orgasmu (pocitového vyvrcholení)	62	51,2%
	jiná odpověď	28	23,1%
	Celkem	121	100,0%
	Neuvedeno	81	-
Celkem		202	-

Graf 9 Změna pohlavního života k lepšímu (% těch, kteří uvedli zlepšení)

Pokud se Váš pohlavní život od té doby, co užíváte marihuanu, změnil k lepšímu, co se zlepšilo?



Na to, v čem konkrétně se změnil pohlavní život těch respondentů, kteří uvedli, že se jejich pohlavní život změnil k horšímu, jsme se ptali také.

- ⇒ *Pokud se Váš pohlavní život od té doby, co užíváte marihuanu, změnil k horšímu, co se zhoršilo?*
- *snížila se potřeba pohlavního vybití*
 - *snížila se sexuální vzrušivost*
 - *snížila se frekvence styků*
 - *zhoršil se prožitek orgasmu (pocitového vyvrcholení)*
 - *Jiná odpověď:*

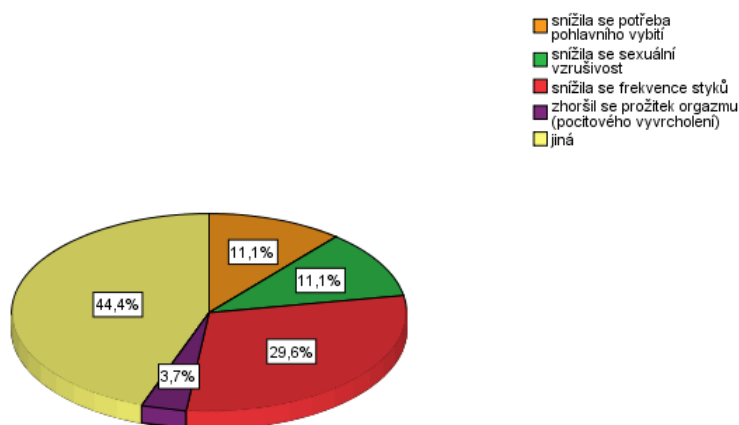
Jak můžeme vidět v tabulce 10 a grafu 10, z respondentů, u nichž došlo ke změně pohlavního života k horšímu od té doby, co užívají marihuanu, osm respondentů (29,6%) uvedlo, že se v jejich případě snížila frekvence styků, tři respondenti (11,1%) uvedli sníženou potřebu pohlavního vybití, další tři respondenti (11,1%) uvedli sníženou sexuální vzrušivost a jeden respondent (3,7%) uvedl zhoršení prožitku orgasmu. Zbýlých dvanáct respondentů (44,4%) uvedlo možnost jiné odpovědi, ti respondenti, kteří jinou odpověď vypsali, napsali: „partnerce nechutná semeno“, „vrstevnice mi už nevoní“.

Tab. 10 *Změna pohlavního života k horšímu (% těch, kteří uvedli zhoršení)*

Pokud se Váš pohlavní život od té doby, co užíváte marihuanu, změnil k horšímu, co se zhoršilo?		Počet respondentů	%
	snížila se potřeba pohlavního vybití	3	11,1%
	snížila se sexuální vzrušivost	3	11,1%
	snížila se frekvence styků	8	29,6%
	zhoršil se prožitek orgasmu (pocitového vyvrcholení)	1	3,7%
	jiná	12	44,4%
	Celkem	27	100,0%
	Neuvedeno	175	-
Celkem		202	-

Graf 10 Změna pohlavního života k horšímu (% těch, kteří uvedli zhoršení)

Pokud se Váš pohlavní život od té doby, co užíváte marihuanu, změnil k horšímu, co se zhoršilo?



V případě změny sexuálního života, ať už k lepšímu či k horšímu, nás zajímalo, zda respondenti přičítají tuto změnu užívání marihuany. Naše otázka zněla takto:

- ⇒ Pokud se Váš pohlavní život změnil, přičítáte tuto změnu užívání marihuany?
- ano, zcela
 - ano, částečně
 - ne
 - Jiná odpověď:

Z níže uvedené tabulky 11 a grafu 11 můžeme vyčíst, že 37,6% respondentů z těch, kteří pociťují nějakou změnu ve svém pohlavním životě, nepřičítá tuto změnu užívání marihuany. Většina respondentů (57,1%) však uvádí, že změnu ve svém pohlavním životě přičítají užívání marihuany částečně. Oproti tomu pouhých 5,3% respondentů přičítá změnu svého pohlavního života užívání marihuany zcela. Možnosti jiné odpovědi nevyužil žádný respondent.

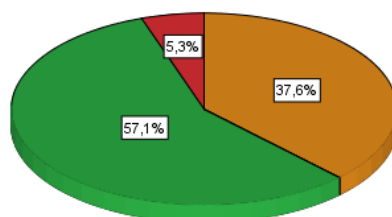
Tab. 11 Změna přičítaná užívání marihuany

Pokud se Váš pohlavní život změnil, přičítáte tuto změnu užívání marihuany?		Počet respondentů	%
	ne	50	37,6%
	ano, částečně	76	57,1%
	ano, zcela	7	5,3%
	Celkem	133	100,0%
	Neuvedeno	69	-
Celkem		202	-

Graf 11 Změna přičítaná užívání marihuany

Pokud se Váš pohlavní život změnil, přičítáte tuto změnu užívání marihuany?

ne
ano, částečně
ano, zcela



3.5.2 První sexuální styk a první sexuální partneři

Uživatelů marihuany jsme se dotazovali na okolnosti prvního sexuálního styku, zajímalo nás, v kolika letech, po jak dlouhé době, a s jakými partnery respondenti uskutečnili první sexuální styk, a zda v té době již měli zkušenost s marihuanou. Respondentů jsme nejdříve zeptali, zda již někdy souložili se ženou:

⇒ Souložil jste již se ženou?

- ano
- ne

Všichni respondenti z našeho souboru – všech 202 mužů – odpověděli na tuto naši otázku zjišťující, zda již měli styk se ženou, kladně. Tedy všichni respondenti uvedli ve své odpovědi na tuto položku možnost „ano“.

Respondentů jsme se dále dotazovali na to, kolik let jim bylo při prvním sexuálním styku, otázka zněla:

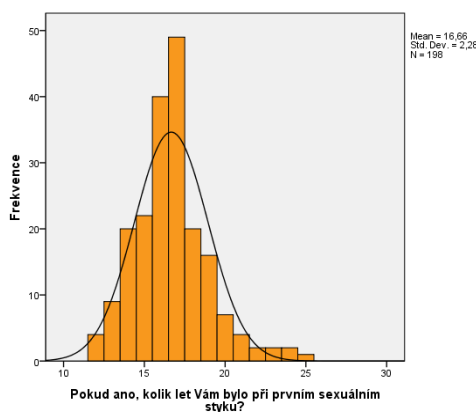
⇒ *Pokud ano, kolik let Vám bylo při prvním sexuálním styku?*

Z tabulky 12 můžeme vyčíst, že respondenti z našeho souboru uživatelů marihuany uskutečnili první sexuální styk průměrně ve svých 16,7 letech (SD = 2,3), přičemž nejnižší uvedený věk při prvním sexuálním styku byl 12 let a nejvyšší 25 let. Medián i modus zde činili 17 let. Rozložení věku při prvním sexuálním styku zobrazuje graf 12.

Tab. 12 *Věk při prvním sexuálním styku*

Pokud ano, kolik let Vám bylo při prvním sexuálním styku?		
N	Odpovědělo	198
	Neuvedeno	4
Průměr		16,66
Medián		17,00
Modus		17
SD		2,280
Minimum		12
Maximum		25
Percentily	25	15,00
	50	17,00
	75	18,00

Graf 12 *Věk při prvním sexuálním styku*



Zajímalo nás také, s kým dotazovaní uživatelé marihuany uskutečnili první pohlavní styk, zda s náhodnou či se stálou partnerkou:

- ⇒ *První pohlavní styk jste uskutečnil:*
- *s náhodnou partnerkou*
 - *se stálou partnerkou*

Jak můžeme vidět v tabulce 13, téměř polovina respondentů (47,5%) uskutečnila svůj první sexuální styk s náhodnou partnerkou, zbylí respondenti (52,5%) uvedli, že první sexuální styk uskutečnili se stálou partnerkou.

Tab. 13 *Partner při prvním pohlavním styku*

První pohlavní styk jste uskutečnil:		Počet respondentů	%
	s náhodnou partnerkou	96	47,5%
	se stálou partnerkou	106	52,5%
	Celkem	202	100,0%

Respondentů, kteří svůj první sexuální styk uskutečnili se stálou partnerkou, jsme se dále dotazovali, po kolika měsících/týdnech známosti tak učinili:

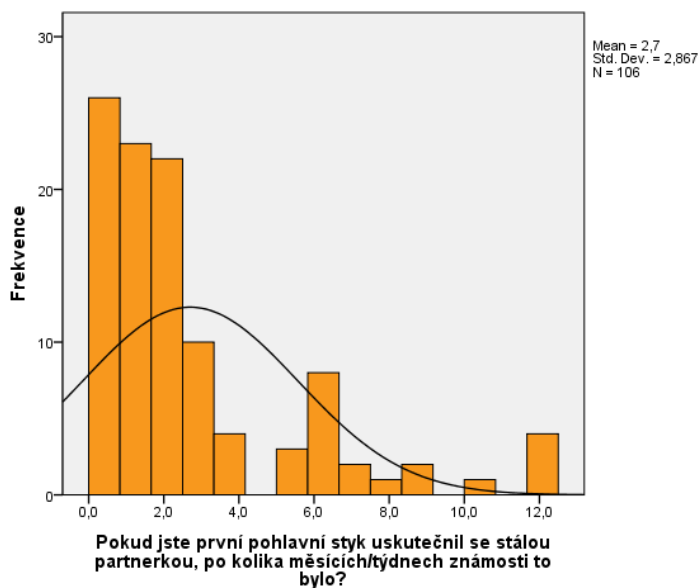
- ⇒ *Pokud jste první sexuální styk uskutečnil se stálou partnerkou, po kolika měsících/týdnech známosti to bylo?*

Odpovědi respondentů, kteří na tuto položku odpovídali v jednotkách dnů nebo týdnů, jsme převedli na společnou jednotku – na měsíce. Jak je patrné z tabulky 14, minimální uvedená doba známosti je 0,0 měsíců, což v tomto případě znamená, že respondenti na naši otázku odpovídali, že ke styku došlo „hned“ či „první večer“. Maximální uvedená doba známosti před prvním pohlavním stykem pak byla 12 měsíců. Průměrná doba známosti se stálou partnerkou před prvním pohlavním stykem činila 2,7 měsíců (SD = 2,9) a nejčastější udávaná doba pak byla 2 měsíce. Rozložení délky známosti se stálou partnerkou před prvním pohlavním stykem v souboru uživatelů marihuany zobrazuje graf 13.

Tab. 14 Po kolika měsících první pohlavní styk

Pokud jste první pohlavní styk uskutečnil se stálou partnerkou, po kolika měsících/týdnech známosti to bylo?		
N	Odpovědělo	106
	Neuvedeno	96
Průměr		2,704
Medián		2,000
Modus		2,0
SD		2,8674
Minimum		0,0
Maximum		12,0
Percentily	25	,938
	50	2,000
	75	3,000

Graf 13 Po kolika měsících první pohlavní styk



V souvislosti s prvním sexuálním stykem nás nakonec zajímalo, zda respondenti měli v době prvního styku již zkušenost s marihuanou:

- ⇒ Měl jste v době prvního styku už zkušenost s marihuanou?
- ano
 - ne

Z tabulky 15 je zřejmé, že necelá polovina uživatelů marihuany (48,5%) měla již v době prvního styku zkušenost s marihuanou, těsná nadpoloviční většina respondentů (51,5%) pak naopak zkušenost s marihuanou v době prvního pohlavního styku neměla.

Tab. 15 *Zkušenost s marihuanou při prvním pohlavním styku*

Měl jste v době prvního styku už zkušenost s marihuanou?	Počet respondentů	%
ano	98	48,5%
ne	104	51,5%
Celkem	202	100,0%

3.5.3 Počet sexuálních partnerek

V souboru uživatelů marihuany nás zajímal celkový počet sexuálních partnerek, a dále pak také počet příležitostných partnerek (partnerek na jednu noc). První otázka k tomuto tématu tedy zněla takto:

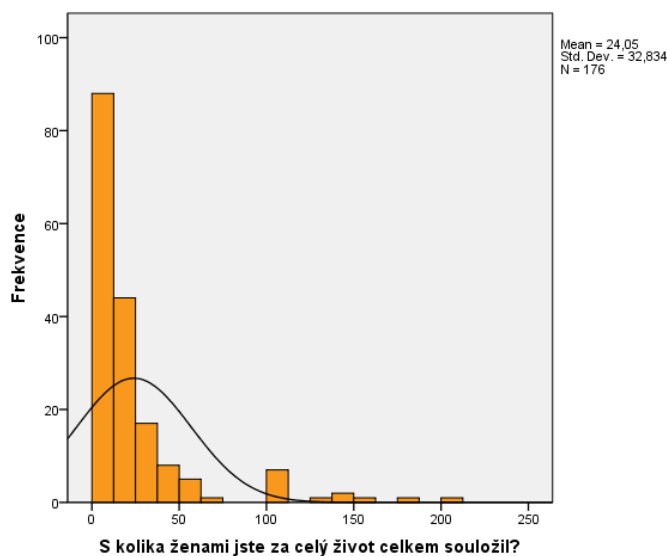
⇒ *S kolika ženami jste za celý život celkem souložil?*

Údaje v tabulce 16 ukazují, že minimální počet sexuálních partnerek, který respondenti uvedli, byla 1 partnerka, maximální počet pak byl 200 partnerek. Respondenti nejčastěji uváděli, že za celý život měli 6 sexuálních partnerek, průměrný počet partnerek pak byl 24,05 (SD = 32,8). Vidíme zde, že průměrný počet sexuálních partnerek se značně liší od nejčastěji udávaného počtu, u průměrné hodnoty tedy musíme vzít v potaz vliv udávaných extrémních hodnot, potažmo vysokou hodnotu standardní odchylky. Rozložení počtu sexuálních partnerek pak zobrazuje také graf 14.

Tab. 16 Celkový počet sexuálních partnerek

S kolika ženami jste za celý život celkem souložil?		
N	Odpovědělo	176
	Neuvedeno	26
Průměr		24,05
Medián		12,50
Modus		6
SD		32,834
Minimum		1
Maximum		200
Percentily	25	7,00
	50	12,50
	75	24,75

Graf 14 Celkový počet sexuálních partnerek



V souvislosti se zkušeností uživatelů marihuany s pohlavním stykem s partnerkou na jednu noc, jsme se tázali:

- ⇒ Měl jste někdy pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc)?
- ano
 - ne

Zkušenost s pohlavním stykem s příležitostnou partnerkou (partnerkou na jednu noc) mělo ve svém životě 85,6% respondentů, zbylí respondenti (14,4%) uvedli, že pohlavní styk s příležitostnou partnerkou dosud neměli. Poměr počtu respondentů zobrazuje tabulka 17.

Tab. 17 Pohlavní styk s příležitostnou partnerkou

Měl jste někdy pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc)?	Počet respondentů	%
ano	173	85,6%
ne	29	14,4%
Celkem	202	100,0%

Respondentů, kteří uvedli, že již někdy měli pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc) jsme se dále ptali, s kolika ženami celkem tak učinili:

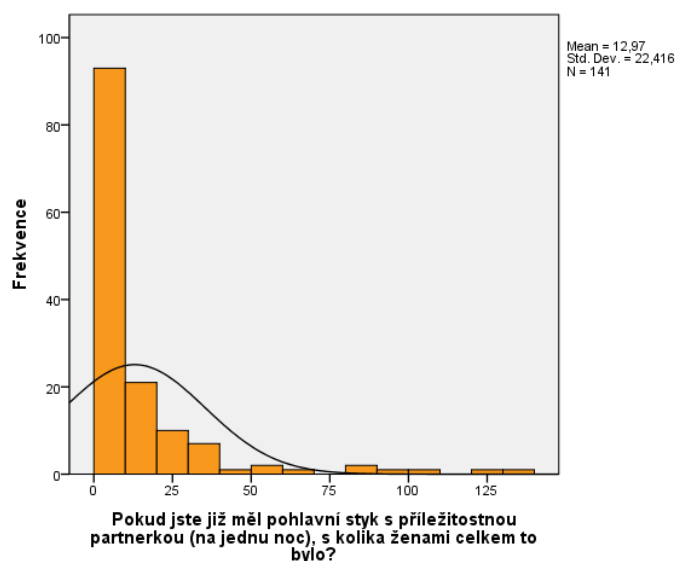
⇒ *Pokud jste již měl pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc), s kolika ženami celkem to bylo?*

Tabulka 18 ukazuje, že minimální počet příležitostných sexuálních partnerek, který respondenti uvedli, byla 1 partnerka, maximální počet pak byl 139 partnerek. Respondenti nejčastěji uváděli, že za celý život měli 2 příležitostné sexuální partnerky, průměrný počet partnerek pak byl 12,97 (SD = 22,4). Vidíme zde opět, že průměrný počet příležitostných sexuálních partnerek se značně liší od nejčastěji udávaného počtu, u průměrné hodnoty tedy musíme vzít v potaz vliv udávaných extrémních hodnot, potažmo vysokou hodnotu standardní odchylky. Rozložení počtu sexuálních partnerek pak zobrazuje také graf 15.

Tab. 18 Počet příležitostných partnerek

Pokud jste již měl pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc), s kolika ženami celkem to bylo?		
N	Odpovědělo	141
	Neuvedeno	61
Průměr		12,97
Medián		5,00
Modus		2
SD		22,416
Minimum		1
Maximum		139
Percentily	25	2,00
	50	5,00
	75	13,50

Graf 15 Počet příležitostných partnerek



3.5.4 Stálý partnerský vztah a frekvence pohlavního styku

Z oblasti stálého partnerského vztahu jsme zjišťovali, zda uživatelé marihuany v našem souboru mají v současné době stálý partnerský vztah se ženou, a jak dlouho tento vztah trvá, a také nás zajímalo, zda respondenti, kteří mají v současné době stálý partnerský vztah, mají se svou partnerkou pohlavní styky, a pokud ano, tak kolikrát měsíčně. V souvislosti se stálým partnerským vztahem nás také zajímalo, zda partnerky uživatelů marihuany užívají marihuanu či nikoli. Naše první dvě otázky týkající se stálého partnerského vztahu tedy zněly takto:

- ⇒ *Máte v současné době stálý partnerský vztah se ženou?*
 - *ano*
 - *ne*

- ⇒ *Máte-li v současné době stálý partnerský vztah se ženou, kolik trvá měsíců? (nemáte-li vztah, nechte otázku nezodpovězenou)*

Mezi dotazovanými byla většina těch, kteří měli v době realizace výzkumu stálý partnerský vztah, tito respondenti tvořili 81,7% z celého souboru, zbylí respondenti (18,3%) uvedli, že stálý partnerský vztah nemají. Tento poměr i s počtem respondentů ukazuje tabulka 19.

Tab. 19 Stálý partnerský vztah

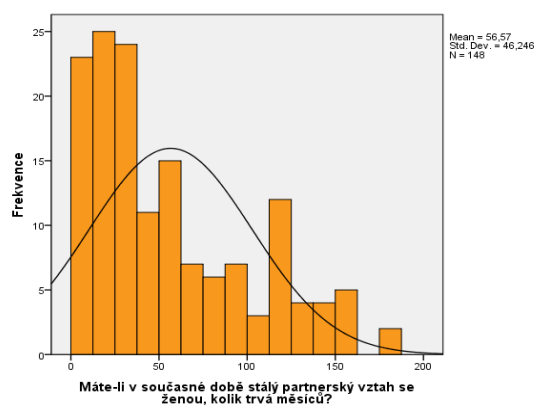
Máte v současné době stálý partnerský vztah se ženou?		Počet respondentů	%
	ano	165	81,7%
	ne	37	18,3%
	Celkem	202	100,0%

Jak je možno vidět v tabulce 20, minimální uvedená doba trvání stálého partnerského vztahu byla 1 měsíc, maximální doba pak 180 měsíců, tedy 15 let. Průměrná doba trvání stálého partnerského vztahu činila 56,6 měsíců/4,7 roku (SD = 46,3), nejčastěji udávaná doba trvání byla 120 měsíců (10 let), střední doba trvání pak 40 měsíců (přibližně 3,3 roku). Rozložení doby trvání stálého partnerského vztahu v našem souboru zobrazuje graf 16.

Tab. 20 Doba trvání stálého partnerského vztahu

Máte-li v současné době stálý partnerský vztah se ženou, kolik trvá měsíců?		
N	Odpovědělo	148
	Neuvedeno	54
Průměr		56,57
Medián		40,00
Modus		120
SD		46,246
Minimum		1
Maximum		180
Percentily	25	18,00
	50	40,00
	75	89,00

Graf 16 Doba trvání stálého partnerského vztahu



Zajímalo nás, zda respondenti mají se svými stálými partnerkami pohlavní styky a pokud ano, kolikrát měsíčně mají pohlavní styky. Položky byly formulovány takto:

- ⇒ *Máte v současné době s Vaší partnerkou pohlavní styky? (nemáte-li vztah, nechte otázku nezodpovězenou)*
- ano
 - ne
- ⇒ *Pokud máte se svou partnerkou pohlavní styky, kolikrát měsíčně? (nemáte-li, nechte otázku nezodpovězenou)*

Jak je možno vyčíst z tabulky 21, naprostá většina respondentů (95,2%) uvedla, že má se svou stálou partnerkou pohlavní styky. Co se týče četnosti pohlavních styků, tabulka 22 ukazuje, že nejnižší udávaná frekvence pohlavních styků byla 1 krát měsíčně, nejvyšší udávaná frekvence pak 60 krát měsíčně. Průměrná frekvence pohlavního styku pak byla 15,14 krát měsíčně (SD = 11,6). Nejčastěji respondenti uváděli, že pohlavní styk se stálou partnerkou mají 20 krát měsíčně. Rozložení četnosti pohlavních styků zobrazuje graf 17.

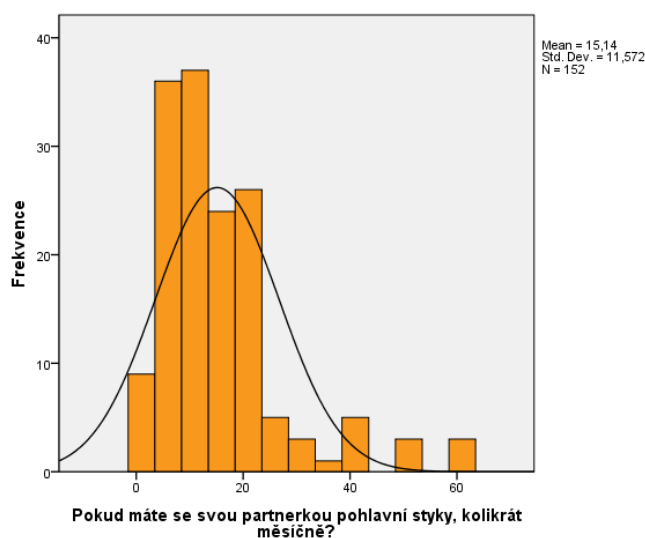
Tab. 21 Pohlavní styky se stálou partnerkou

Máte v současné době s Vaší partnerkou pohlavní styky?	Počet respondentů	%
ano	157	95,2%
ne	8	4,8%
Celkem	165	100,0%
Neuvedeno	37	-
Celkem	202	-

Tab. 22 Četnost pohlavních styků se stálou partnerkou

Pokud máte se svou partnerkou pohlavní styky, kolikrát měsíčně?		
N	Odpovědělo	152
	Neuvedeno	50
Průměr		15,14
Medián		12,00
Modus		20
SD		11,572
Minimum		1
Maximum		60
Percentily	25	8,00
	50	12,00
	75	20,00

Graf 17 Četnost pohlavních styků se stálou partnerkou



V souvislosti s otázkami týkající se stálého partnerského vztahu jsme se také dotázali, zda i partnerky uživatelů marihuany užívají marihuanu:

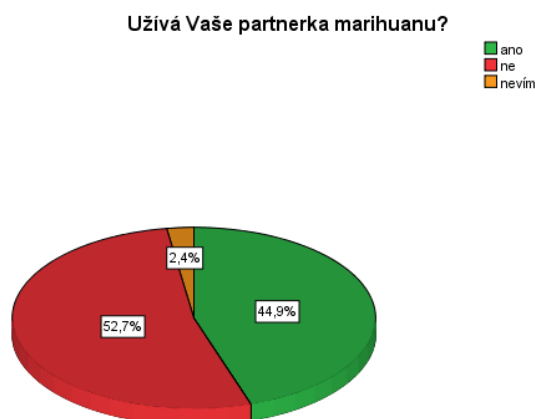
- ⇒ *Užívá Vaše partnerka marihuanu? (nemáte-li partnerku, nechte otázku nezodpovězenou)*
- *ano*
 - *nevím*
 - *ne*

Údaje vypsané v tabulce 23 a zobrazené v grafu 18 ukazují, že nadpoloviční většina (52,7%) uživatelů marihuany uvedla, že jejich partnerka marihuanu neužívá, 44,9% uživatelů uvedlo, že jejich partnerka naopak marihuanu užívá, a zbylí respondenti (2,4%) uvedli, že neví, zda jejich partnerka užívá marihuanu.

Tab. 23 Užívání marihuany partnerkou

Užívá Vaše partnerka marihuanu?		Počet respondentů	%
	ano	75	44,9%
	ne	88	52,7%
	nevím	4	2,4%
	Celkem	167	100,0%
	Neuvedeno	35	-
Celkem		202	-

Graf 18 Užívání marihuany partnerkou



3.5.5 Používání ochrany při styku se stálými a náhodnými partnerkami

Protože používání účinné ochrany proti nákaze pohlavně přenosnými nemocemi je důležitým ukazatelem rizikovosti sexuálního chování, zajímalo nás, jak se v tomto ohledu chovají uživatelé marihuany, jak se stálými, tak i s náhodnými partnerkami. Zjišťovali jsme také, jak se v tomto smyslu uživatelé chovali v době, kdy ještě marihuanu neužívali. První dotaz z této skupiny dotazů zjišťoval užívání ochrany při styku se stálou partnerkou:

- ⇒ *Používáte ochranu při styku se svou stálou partnerkou?*
- *nemám stálou partnerku*
 - *nepoužívám*
 - *používám kondom*
 - *používám přerušovaný styk*
 - *partnerka používá antikoncepční pilulky*
 - *Jiná odpověď:*

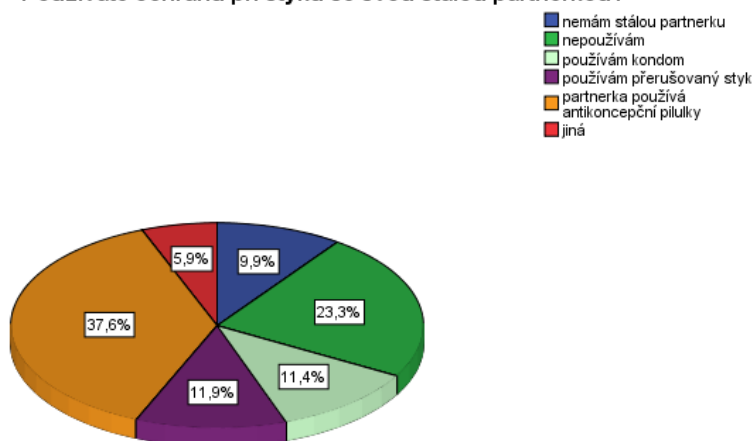
Jak můžeme vidět v tabulce 24 a také v grafu 19, necelá desetina respondentů (9,9%) uvedla, že nemá stálou partnerku, 23,3% respondentů uvedlo, že ochranu nepoužívá, 11,4% respondentů uvedlo, že používá kondom, 11,9% respondentů uvedlo, že používá přerušovaný styk, více než třetina respondentů (37,6%) uvedla, že partnerka užívá antikoncepční pilulky a zbylých 5,9% respondentů uvedlo možnost jiné odpovědi. Respondenti, kteří možnost jiné odpovědi vypsali, napsali: „partnerka má tělísko“, „nitroděložní tělísko“, „vasektomie“, „vaginální globule“, „sledování plodných dnů“, „regulace ejakulace“.

Tab. 24 Používání ochrany se stálou partnerkou

Používáte ochranu při styku se svou stálou partnerkou?	Počet respondentů	%
nemám stálou partnerku	20	9,9%
nepoužívám	47	23,3%
používám kondom	23	11,4%
používám přerušovaný styk	24	11,9%
partnerka používá antikoncepční pilulky	76	37,6%
jiná	12	5,9%
Celkem	202	100,0%

Graf 19 Používání ochrany se stálou partnerkou

Používáte ochranu při styku se svou stálou partnerkou?



V souvislosti s používáním ochrany nás zajímalo, zda respondenti užívali nějaký druh ochrany se stálou partnerkou před užíváním marihuany:

- ⇒ Používal jste ochranu při styku se svou stálou partnerkou před užíváním marihuany?
- neměl jsem stálou partnerku
 - nepoužíval jsem
 - používal jsem kondom
 - používal jsem přerušovaný styk
 - partnerka používala antikoncepční pilulky
 - Jiná odpověď:

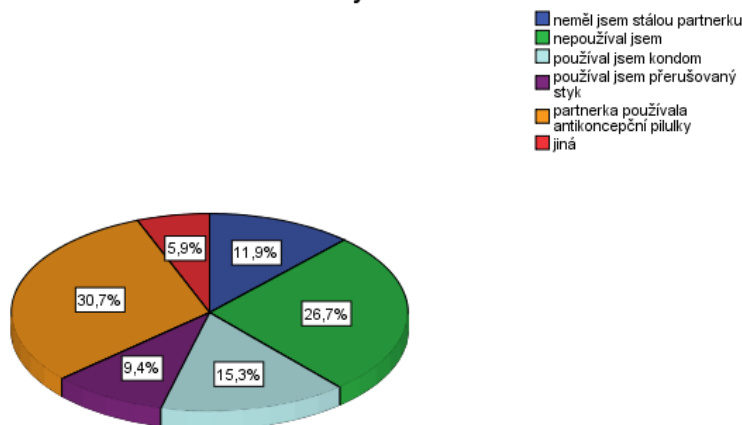
V tabulce 25 a také v grafu 20 vidíme, že 11,9% respondentů nemělo před užíváním marihuany stálou partnerku, tedy o 2,0% více respondentů nemělo stálou partnerku před užíváním marihuany ve srovnání se současností, 26,7% respondentů uvedlo, že ochranu před užíváním marihuany nepoužívalo, což je o 3,4% více oproti současnosti, 15,3% respondentů uvedlo, že používalo kondom, což je o 3,9% více oproti současnosti, 9,4% respondentů uvedlo, že používalo přerušovaný styk, což je o 2,5% méně oproti současnosti, a podobně jako v předchozí položce výrazně větší množství respondentů (30,7%) uvedlo, že partnerka používala antikoncepční pilulky, což je ovšem o 6,9% méně oproti současnosti. Zbylých 5,9% respondentů, stejně jako v předchozí položce, uvedlo jinou odpověď. Respondenti, kteří možnost jiné odpovědi vypsali, napsali: „to si nepamatuju“, „někdy kondom, někdy nic“, „jak kdy a jak s kým“, „užívám marihuanu déle než souložím“, „užíval jsem dřív než souložil“.

Tab. 25 Používání ochrany se stálou partnerkou před užíváním marihuany

Používal jste ochranu při styku se svou stálou partnerkou před užíváním marihuany?	Počet respondentů	%
neměl jsem stálou partnerku	24	11,9%
nepoužíval jsem	54	26,7%
používal jsem kondom	31	15,3%
používal jsem přerušovaný styk	19	9,4%
partnerka používala antikoncepční pilulky	62	30,7%
jiná	12	5,9%
Celkem	202	100,0%

Graf 20 Používání ochrany se stálou partnerkou před užíváním marihuany

Používal jste ochranu při styku se svou stálou partnerkou před užíváním marihuany?



Dále jsme v souvislosti s užíváním ochrany zjišťovali, jak se uživatelé marihuany chrání při styku s náhodnými partnerkami:

- ⇒ *Používáte ochranu při styku s náhodnými partnerkami?*
- *nemám náhodné sexuální styky*
 - *nepoužívám*
 - *používám kondom*
 - *používám přerušovaný styk*
 - *partnerka používá antikoncepční pilulky*
 - *Jiná odpověď:*

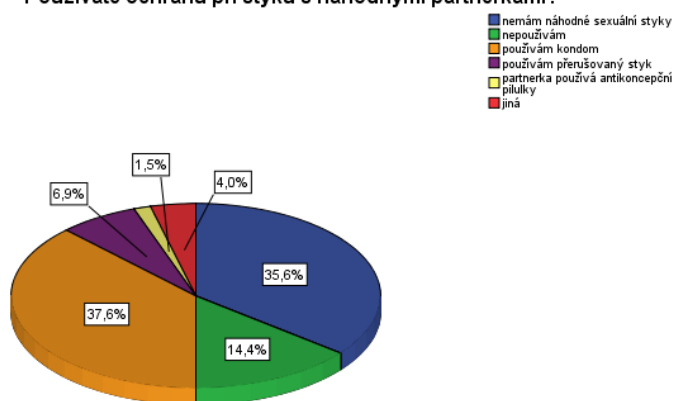
Jak zobrazuje tabulka 26 a také v graf 21, více než třetina respondentů (35,6%) uvedla, že nemá náhodné sexuální styky, 14,4% respondentů uvedlo, že ochranu nepoužívá, 37,6% respondentů uvedlo, že používá kondom, 6,9% respondentů uvedlo, že používá přerušovaný styk, výrazně menší množství respondentů (1,5%) uvedlo, že náhodná partnerka používá antikoncepční pilulky a zbylá 4,0% respondentů uvedla jinou odpověď. Respondenti, kteří možnost jiné odpovědi vypsali, napsali: „někdy“, „jak kdy“, „kondom když je“, „někdy ano“, „jak kdy, někdy ano“, „většinou ano“.

Tab. 26 Používání ochrany s náhodnými partnerkami

Používáte ochranu při styku s náhodnými partnerkami?	Počet respondentů	%
nemám náhodné sexuální styky	72	35,6%
nepoužívám	29	14,4%
používám kondom	76	37,6%
používám přerušovaný styk	14	6,9%
partnerka používá antikoncepční pilulky	3	1,5%
jiná	8	4,0%
Celkem	202	100,0%

Graf 21 Používání ochrany s náhodnými partnerkami

Používáte ochranu při styku s náhodnými partnerkami?



Stejně jako v předchozí položce dotazující se na používání ochrany se stálou partnerkou před užíváním marihuany, zjišťovali jsme používání ochrany před užíváním marihuany i při styku s náhodnými partnerkami:

- ⇒ *Používal jste ochranu při styku s náhodnými partnerkami před užíváním marihuany?*
- *neměl jsem náhodné sexuální styky*
 - *nepoužíval jsem*
 - *používal jsem kondom*
 - *používal jsem přerušovaný styk*
 - *partnerka používala antikoncepční pilulky*
 - *Jiná odpověď:*

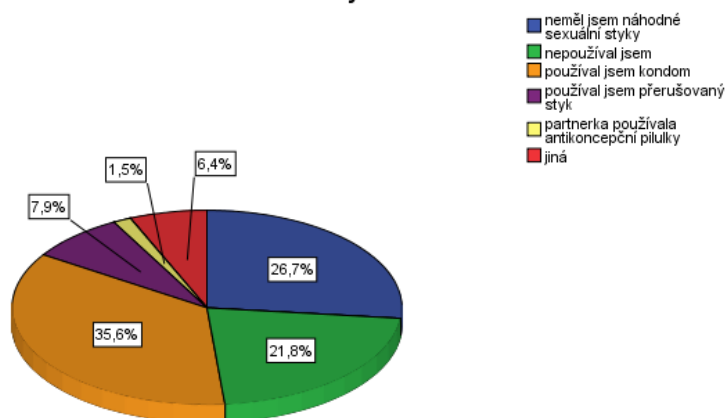
V tabulce 27 a grafu 22 vidíme, že 26,7% respondentů nemělo před užíváním marihuany náhodné sexuální styky, tedy oproti současnosti – kdy 35,6% respondentů uvedlo, že nemá náhodné sexuální styky – činil rozdíl 8,9%. Více než pětina respondentů (21,8%) uvedla, že ochranu před užíváním marihuany při náhodných sexuálních stycích nepoužívala, což je o 6,4% více oproti současnosti, 35,6% respondentů uvedlo, že používalo kondom, což je o 2,0% méně oproti současnosti, 7,9% respondentů uvedlo, že používalo přerušovaný styk, což je o 1,0% méně oproti současnosti, a podobně jako v předchozí položce výrazně menší množství respondentů (1,5%) uvedlo, že náhodná partnerka používala antikoncepční pilulky, což nečiní žádný rozdíl oproti současnosti. Zbýlých 6,4% respondentů, uvedlo jinou odpověď. Respondenti, kteří možnost jiné odpovědi vypsali, napsali: „občas, různě“, „jak kdy, ne vždy byla po ruce“, kondom, když byl k dispozici“, „užíval jsem dřív než souložil“, „jak kdy a jak s kým“.

Tab. 27 Používání ochrany s náhodnými partnerkami před užíváním marihuany

Používal jste ochranu při styku s náhodnými partnerkami před užíváním marihuany?	Počet respondentů	%
neměl jsem náhodné sexuální styky	54	26,7%
nepoužíval jsem	44	21,8%
používal jsem kondom	72	35,6%
používal jsem přerušovaný styk	16	7,9%
partnerka používala antikoncepční pilulky	3	1,5%
jiná	13	6,4%
Celkem	202	100,0%

Graf 22 Používání ochrany s náhodnými partnerkami před užíváním marihuany

Používal jste ochranu při styku s náhodnými partnerkami před užíváním marihuany?



3.5.6 Potřeba sexuálního uspokojení

Zjišťovali jsme, zda respondenti pociťují potřebu sexuálního uspokojení, zda tato potřeba odpovídá jejich aktivitě v sexuálním životě, a zda pociťují změnu potřeby sexuálního uspokojení od té doby, kdy začali užívat marihuanu. Ptali jsme se tedy nejdříve na potřebu sexuálního uspokojení a na její frekvenci:

- ⇒ *Potřebujete v současné době sexuální uspokojení (vybití)?*
 - ano
 - ne
- ⇒ *Pokud sexuální uspokojení (vybití) potřebujete, kolikrát měsíčně?*

Z tabulky 28 můžeme vyčíst, že sexuální potřebu pociťuje 93,6% respondentů, 6,4% respondentů naopak sexuální potřebu nepociťuje. Jak často tuto potřebu respondenti pociťují, uvádí tabulka 29, rozložení četnosti potřeby sexuálního uspokojení zobrazuje graf 23. Vidíme zde, že minimální uvedená potřeba sexuálního uspokojení je 2 krát měsíčně, maximální uvedená potřeba pak 62 krát měsíčně. Průměrná potřeba sexuálního uspokojení pak činí 22,4 krát měsíčně (SD = 11,8), nejčastěji udávaná potřeba sexuálního uspokojení pak byla 30 krát měsíčně.

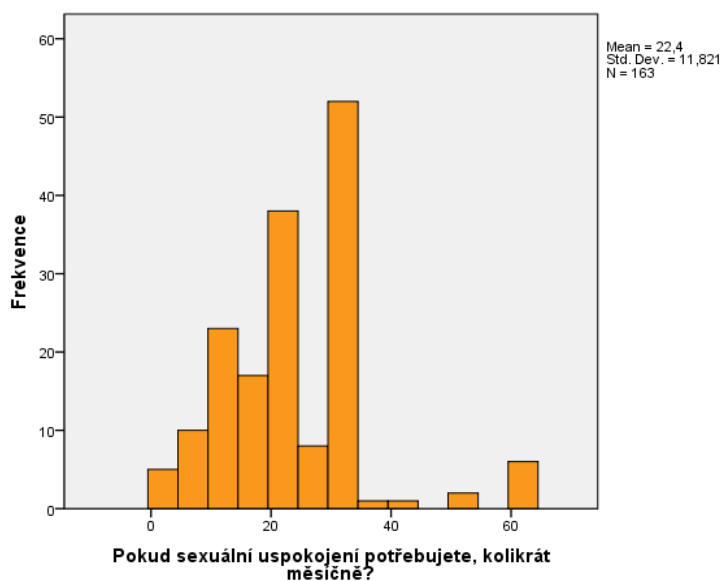
Tab. 28 *Potřeba sexuálního uspokojení*

Potřebujete v současné době sexuální uspokojení (vybití)?		Počet respondentů	%
	ano	189	93,6%
	ne	13	6,4%
	Celkem	202	100,0%

Tab. 29 *Četnost potřeby sexuálního uspokojení*

Pokud sexuální uspokojení (vybití) potřebujete, kolikrát měsíčně?		
	Odpovědělo	163
	Neuvedeno	39
Průměr		22,40
Medián		20,00
Modus		30
SD		11,821
Minimum		2
Maximum		62
Percentily	25	15,00
	50	20,00
	75	30,00

Graf 23 *Četnost potřeby sexuálního uspokojení*



Abychom zjistili, nakolik potřeba sexuálního uspokojení odpovídá sexuální aktivitě, ptali jsme se respondentů:

- ⇒ *Jste v současné době sexuálně aktivní (jakýmkoli způsobem tedy soulož, onanie atd.)?*
- *ano*
 - *ne*
- ⇒ *Jste-li sexuálně aktivní, kolikrát měsíčně?*

Z tabulky 30 můžeme vyčíst, že sexuálně aktivní je 97,0% respondentů, což nám ve srovnání s předchozím výstupem naznačuje, že 3,4% respondentů jsou sexuálně aktivní, přesto, že nepocítují sexuální potřebu (tu pocítuje 93,6% respondentů). Zbývá 3% uvádí, že sexuálně aktivní nejsou. Jak často jsou respondenti sexuálně aktivní, uvádí tabulka 31, rozložení četnosti sexuální aktivity zobrazuje graf 24. Vidíme zde, že minimální uvedená sexuální aktivita je 1 krát měsíčně, maximální uvedená sexuální aktivita pak 70 krát měsíčně. Průměrná udávaná sexuální aktivita činí 23,07 krát měsíčně (SD = 13,05), nejčastěji uvedená sexuální aktivita pak byla 20 krát měsíčně. Vidíme tedy, že průměrná sexuální aktivita je vyšší než průměrná sexuální potřeba, avšak nejčastěji uváděná sexuální aktivita (20 krát měsíčně) je nižší než nejčastěji uváděná potřeba sexuálního uspokojení (30 krát měsíčně).

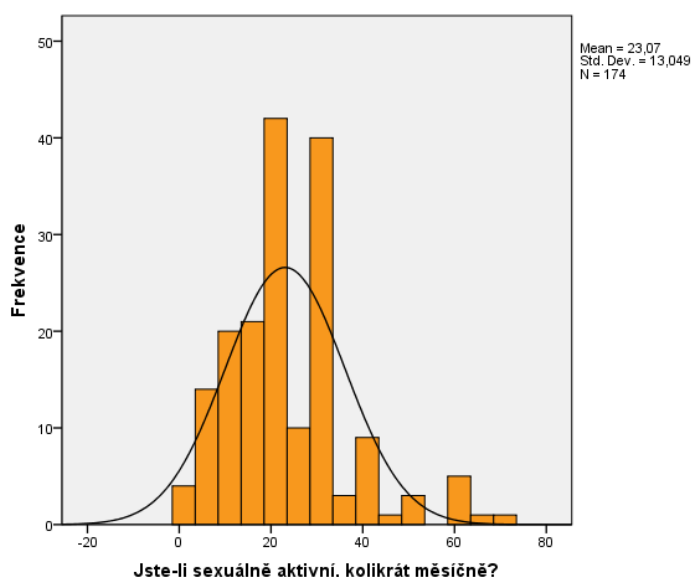
Tab. 30 *Sexuální aktivita*

Jste v současné době sexuálně aktivní (jakýmkoli způsobem, tedy soulož onanie atd.)?	Počet respondentů	%
ano	196	97,0%
ne	6	3,0%
Celkem	202	100,0%

Tab. 31 *Četnost sexuální aktivity*

Jste-li sexuálně aktivní, kolikrát měsíčně?		
	Odpovědělo	174
	Neuvedeno	28
Průměr		23,07
Medián		20,00
Modus		20
SD		13,049
Minimum		1
Maximum		70
Percentily	25	15,00
	50	20,00
	75	30,00

Graf 24 Četnost sexuální aktivity



V souvislosti s potřebou sexuálního uspokojení nás zajímalo, zda uživatelé marihuany potřebovali sexuální uspokojení před tím, než začali pravidelně užívat marihuanu, a kolikrát měsíčně potřebu sexuálního uspokojení potřebovali:

- ⇒ *Potřeboval jste sexuální uspokojení (vybití) před tím, než jste začal pravidelně užívat marihuanu?*
 - *ano*
 - *ne*

- ⇒ *Pokud jste potřeboval sexuální uspokojení (vybití) před tím, než jste začal pravidelně užívat marihuanu, kolikrát měsíčně jste uspokojení potřeboval?*

Z tabulky 32 můžeme vyčíst, že sexuální potřebu před užíváním marihuany pocíťovalo 93,8% respondentů, tedy o 0,2% respondentů více oproti současnosti. 6,3% respondentů naopak sexuální potřebu nepocíťovalo ani před užíváním marihuany. Jak často tuto potřebu respondenti pocíťovali, uvádí tabulka 33, rozložení četnosti potřeby sexuálního uspokojení zobrazuje graf 25. Vidíme zde, že minimální uvedená potřeba sexuálního uspokojení před užíváním marihuany byla 2 krát měsíčně (shodná s minimální uvedenou potřebou v současnosti), maximální uvedená potřeba pak 64 krát měsíčně (vyšší ve srovnání s maximální potřebou v současnosti, ta je 62 krát měsíčně). Průměrná potřeba sexuálního uspokojení před užíváním marihuany pak činí 23,03 krát měsíčně (SD = 12,3), tedy průměrná potřeba sexuálního uspokojení před užíváním marihuany je lehce vyšší (průměrná potřeba sexuálního uspokojení v současnosti je 22,4 krát měsíčně), nejčastěji udávaná potřeba

sexuálního uspokojení před užíváním marihuany pak byla 30 krát měsíčně, což je hodnota stejná jako hodnota potřeby sexuálního uspokojení v současnosti.

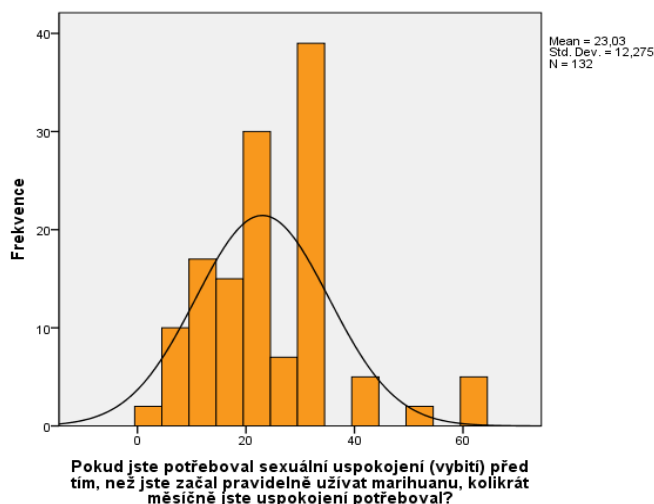
Tab. 32 *Potřeba sexuálního uspokojení před užíváním marihuany*

Potřeboval jste sexuální uspokojení (vybití) před tím, než jste začal pravidelně užívat marihuanu?	Počet respondentů	%
ano	180	93,8%
ne	12	6,3%
Celkem	192	100,0%
Neuvedeno	10	-
Celkem	202	-

Tab. 33 *Četnost potřeby sexuálního uspokojení před užíváním marihuany*

Pokud jste potřeboval sexuální uspokojení (vybití) před tím, než jste začal pravidelně užívat marihuanu, kolikrát měsíčně jste uspokojení potřeboval?		
	Odpovědělo	132
	Neuvedeno	70
Průměr		23,03
Medián		20,00
Modus		30
SD		12,275
Minimum		2
Maximum		64
Percentily	25	15,00
	50	20,00
	75	30,00

Graf 25 *Četnost potřeby sexuálního uspokojení před užíváním marihuany*



Nakonec nás z této oblasti zajímalo, zda sami uživatelé pociťují změnu potřeby sexuálního uspokojení v souvislosti s užíváním marihuany:

- ⇒ *Změnila se nějak Vaše potřeba sexuálního uspokojení (vybití) v souvislosti s užíváním marihuany?*
- *ne*
 - *ano, moje potřeba se snížila*
 - *ano, moje potřeba se zvýšila*
 - *ano, moje potřeba se nejprve snížila a pak zvýšila*
 - *ano, moje potřeba se nejprve zvýšila a pak snížila*
 - *Jiná odpověď:*

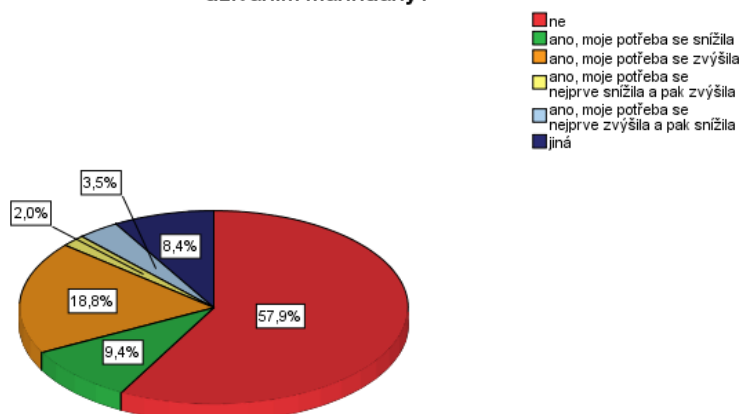
Jak je možno vidět v tabulce 34 a také v grafu 26, nadpoloviční většina uživatelů marihuany (57,9%) uvedla, že se jejich potřeba sexuálního uspokojení v souvislosti s užíváním marihuany nezměnila. Téměř pětina respondentů (18,8%) uvedla, že se jejich potřeba zvýšila, 9,4% respondentů uvedlo, že se jejich potřeba snížila, 3,5% respondentů uvedla, že se jejich potřeba nejprve zvýšila a pak snížila, 2,0% respondentů uvedlo, že se jejich potřeba nejprve snížila a pak zvýšila a zbylých 8,4% zvolilo jinou odpověď. Respondenti, kteří zvolili možnost vypsání jiné odpovědi, napsali: „jsem zestárnul“, „s tím nemá kouření trávy nic společného“, „ano, je to krása“, „ne je to věkem“, „zvýšená fyzická citlivost pod vlivem“, „stárnu, takže se snižuje, blbá otázka“, „pouze aktuálně po užití marihuany bývám nadrženější“, „změny nejsou závislé na marihuaně“, „prostě teď sexuju jako normální člověk“.

Tab. 34 *Změna potřeby sexuálního uspokojení v souvislosti s užíváním marihuany*

Změnila se nějak Vaše potřeba sexuálního uspokojení (vybití) v souvislosti s užíváním marihuany?		Počet respondentů	%
	ne	117	57,9%
	ano, moje potřeba se snížila	19	9,4%
	ano, moje potřeba se zvýšila	38	18,8%
	ano, moje potřeba se nejprve snížila a pak zvýšila	4	2,0%
	ano, moje potřeba se nejprve zvýšila a pak snížila	7	3,5%
	jiná	17	8,4%
	Celkem	202	100,0%

Graf 26 Změna potřeby sexuálního uspokojení v souvislosti s užíváním marihuany

Změnila se nějak Vaše potřeba sexuálního uspokojení (vybití) v souvislosti s užíváním marihuany?



3.5.7 Trvání sexuálního styku, vnímání orgasmu

Uživatelé marihuany byli v oblasti vztahující se k trvání sexuálního styku a vnímání orgasmu dotazováni na délku milostné předehry, a na její změnu v souvislosti s užíváním marihuany, zajímala nás také doba trvání soulože a změna doby trvání soulože v souvislosti s užíváním marihuany, a nakonec jsme se doptali na vnímání pocitového vyvrcholení (orgasmu) v porovnání s dobou před užíváním marihuany. První dvě položky z této oblasti tedy zněly:

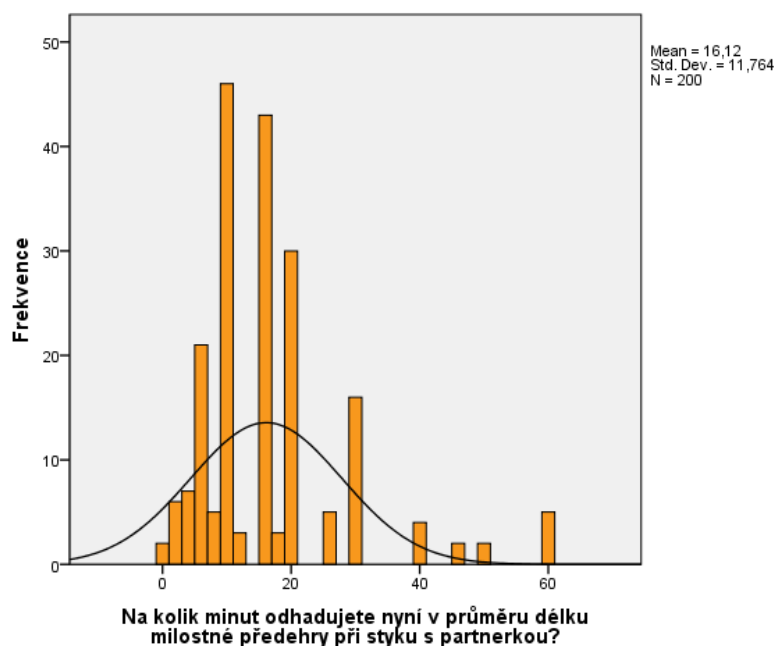
- ⇒ *Na kolik minut odhadujete nyní v průměru délku milostné předehry při styku s partnerkou? (uved'te počet minut)*
- ⇒ *Před užíváním marihuany bývala dle Vašeho odhadu tato doba:*
 - *delší*
 - *kratší*
 - *stejná*

V tabulce 35 můžeme vidět, že průměrná délka milostné předehry uváděná uživateli marihuany je 16,1 minut, přičemž minimální uvedená délka milostné předehry byla 0,0 minut, maximální uvedená doba pak byla 60 minut. Respondenti nejčastěji uváděli trvání milostné předehry v délce 10 minut. Rozložení délky trvání soulože zobrazuje graf 27.

Tab. 35 Doba trvání milostné přede hry (v minutách)

Na kolik minut odhadujete nyní v průměru délku milostné přede hry při styku s partnerkou?		
	Odpovědělo	200
	Neuvedeno	2
Průměr		16,13
Medián		15,00
Modus		10
SD		11,764
Minimum		0
Maximum		60
Percentily	25	10,00
	50	15,00
	75	20,00

Graf 27 Doba trvání milostné přede hry (v minutách)



Jak odpovídali respondenti na otázku, zda délka milostné přede hry před užíváním marihuany byla delší, kratší či stejná, můžeme vidět v tabulce 36 a také v grafu 28. Téměř dvě třetiny respondentů (64,9%) vypověděly, že délka milostné přede hry byla před užíváním marihuany stejná, 23,8% respondentů uvedlo, že délka milostné přede hry byla kratší, 11,4% respondentů uvedlo, že délka milostné přede hry byla delší.

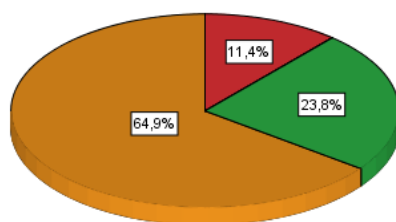
Tab. 36 Změna doby trvání milostné přede hry

Před užíváním marihuany bývala dle Vašeho odhadu tato doba:	Počet respondentů	%
delší	23	11,4%
kratší	48	23,8%
stejná	131	64,9%
Celkem	202	100,0%

Graf 28 Změna doby trvání milostné přede hry

Před užíváním marihuany bývala dle Vašeho odhadu tato doba:

delší
kratší
stejná



Uživatelů marihuany jsme se dále ptali na to, nakolik minut odhadují dobu trvání soulože s partnerkou, a zda se tato doba změnila od té doby, kdy začali užívat marihuanu:

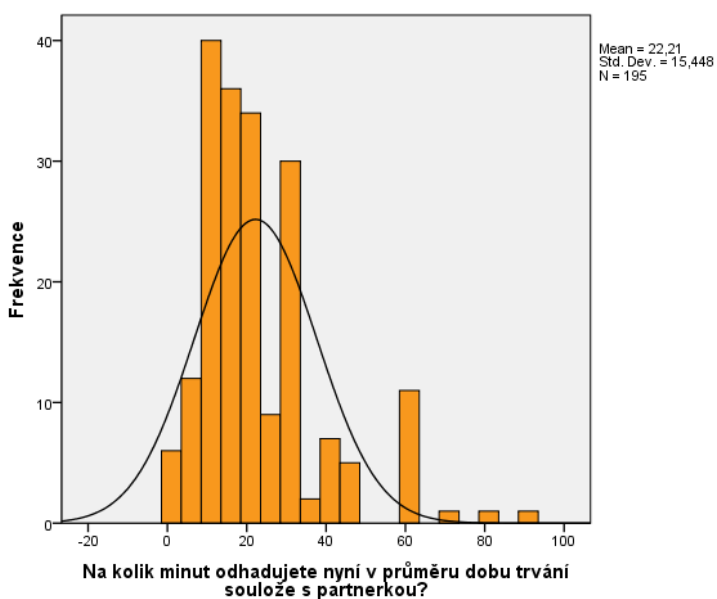
- ⇒ Na kolik minut odhadujete nyní v průměru dobu trvání soulože s partnerkou? (uveďte počet minut)
- ⇒ Před užíváním marihuany bývala dle Vašeho odhadu tato doba:
 - delší
 - kratší
 - stejná

V tabulce 37 můžeme vidět, že průměrná doba trvání soulože je 22,2 minut, přičemž minimální uvedená doba trvání soulože byla 1,0 minuta, maximální uvedená doba pak byla 90 minut. Respondenti nejčastěji uváděli dobu trvání soulože v délce 10 minut. Rozložení doby trvání soulože zobrazuje graf 29.

Tab. 37 Doba trvání soulože

Na kolik minut odhadujete nyní v průměru dobu trvání soulože s partnerkou?		
	Odpovědělo	195
	Neuvedeno	7
Průměr		22,21
Medián		20,00
Modus		10
SD		15,448
Minimum		1
Maximum		90
Percentily	25	10,00
	50	20,00
	75	30,00

Graf 29 Doba trvání soulože



Jak odpovídali respondenti na otázku, zda doba trvání soulože před užíváním marihuany byla delší, kratší či stejná, můžeme vidět v tabulce 38 a také v grafu 30. Více než polovina respondentů (52,5%) vypověděla, že doba trvání soulože byla před užíváním marihuany stejná, 39,6% respondentů uvedlo, že doba trvání soulože byla kratší, 7,9% respondentů uvedlo, že doba trvání soulože byla delší.

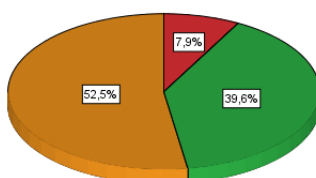
Tab. 38 Změna doby trvání soulože

Před užíváním marihuany bývala dle Vašeho odhadu tato doba:	Počet respondentů	%
delší	16	7,9%
kratší	80	39,6%
stejná	106	52,5%
Celkem	202	100,0%

Graf 30 Změna doby trvání soulože

Před užíváním marihuany bývala dle Vašeho odhadu tato doba:

delší
kratší
stejná



Nakonec jsme zjišťovali, jak uživatelé marihuany vnímají své pocitové vyvrcholení (orgasmus) v porovnání s dobou před užíváním marihuany:

⇒ V porovnání s dobou před užíváním marihuany vnímáte nyní obvykle své pocitové vyvrcholení (orgasmus) při jakékoliv sexuální aktivitě jako:

- podstatně lepší
- lepší
- horší
- podstatně horší
- stejné

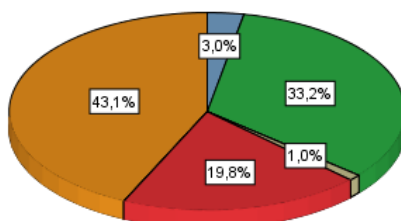
Jak vnímají dotázaní své pocitové vyvrcholené (orgasmus) v porovnání s dobou před užíváním marihuany je zřejmé z tabulky 39 a grafu 31. Svě pocitové vyvrcholení vnímá jako stejné 43,1%, jako lepší a podstatně lepší ho vnímá dohromady 53,0% (součet 33,2% a 19,8%), jako horší a podstatně horší vnímají své pocitové vyvrcholení dohromady 4,0% respondentů (součet 3,0% a 1,0%).

Tab. 39 *Vnímání orgasmu*

V porovnání s dobou před užíváním marihuany vnímáte nyní obvykle své pocitové vyvrcholení (orgasmus) při jakékoliv sexuální aktivitě jako:		Počet respondentů	%
	horší	6	3,0%
	lepší	67	33,2%
	podstatně horší	2	1,0%
	podstatně lepší	40	19,8%
	stejně	87	43,1%
	Celkem	202	100,0%

Graf 31 *Vnímání orgasmu*

V porovnání s dobou před užíváním marihuany vnímáte nyní obvykle své pocitové vyvrcholení (orgasmus) při jakékoliv sexuální aktivitě jako:



3.5.8 Sexuální obtíže a poruchy

Se spokojeností v oblasti sexuality úzce souvisí výskyt zdravotních i psychických obtíží navázaných na oblast sexu. Pomocí několika otázek jsme se proto snažili zjistit, zda se mezi uživateli marihuany vyskytovaly nějaké sexuální obtíže ještě před užíváním marihuany a jaké obtíže to byly, dále nás zajímalo, zda se u dotázaných nějaké sexuální obtíže objevily v souvislosti s užíváním marihuany, a pokud se obtíže objevily, po jak dlouhé době od začátku užívání se tak stalo. Dále jsme se zaměřili na konkrétní obtíže – jednak nás zajímaly případné obtíže s nedostavením se ejakulace (výronu semene) při sexuálním styku, a poté

jsme se zaměřili na problémy s erekcí (se ztopořením). Respondentů jsme se ptali, zda již zažili situaci nedostavení se erekce, zda užívají nějaké prostředky na zlepšení erekce či sexuálního výkonu, a pokud ano, jak často tyto prostředky užívají. Součástí našeho dotazníku – jak již bylo popsáno v kapitole 3.4.1 Metoda získávání dat – byl také *Dotazník sexuálního zdraví muže IIEF-5* (plné znění dotazníku IIEF-5 viz Příloha 3), který pomáhá lékařům zjistit, zda muž trpí či netrpí určitým stupněm erektilní dysfunkce. V této kapitole tedy popíšeme i to, nakolik soubor uživatelů marihuany dle výstupů z tohoto dotazníku trpí určitým stupněm erektilní dysfunkce. První dvě otázky z této oblasti se týkaly výskytu sexuálních obtíží a jejich druhu před užíváním marihuany:

- ⇒ *Měl jste v době před užíváním marihuany nějaké sexuální obtíže?*
 - *ano*
 - *ne*

- ⇒ *Pokud jste měl v době před užíváním marihuany nějaké sexuální obtíže, jaké? (můžete označit více odpovědí)*
 - *příliš malá potřeba sexu*
 - *předčasná ejakulace*
 - *poruchy erekce*
 - *neschopnost dosáhnout vyvrcholení*
 - *příliš velká potřeba sexu*
 - *bolesti a nepříjemné pocity při sexu*
 - *opožděná ejakulace*

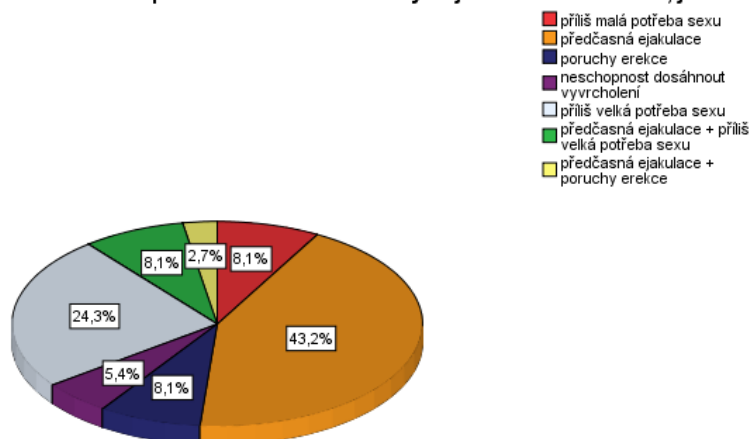
Z tabulky 40 můžeme vyčíst, že 37 respondentů (18,3% z celého souboru) uvedlo, že mělo před užíváním marihuany nějaké sexuální obtíže. Tito respondenti nejčastěji uváděli obtíže s předčasnou ejakulací (43,2%), následovala příliš velká potřeba sexu (24,3%), dále pak příliš malá potřeba sexu (8,1%), poruchy erekce (8,1%) a neschopnost dosáhnout vyvrcholení (5,4%). Jeden respondent (2,7%) uvedl, že měl obtíže s předčasnou ejakulací a zároveň s poruchami erekce, tři respondenti (8,1%) pak uvedli, že měli obtíže s předčasnou ejakulací a zároveň s příliš velkou potřebou sexu. Sexuální obtíže před užíváním marihuany zobrazuje také graf 32.

Tab. 40 Výskyt sexuálních obtíží před užíváním marihuany

Pokud jste měl v době před užíváním marihuany nějaké sexuální obtíže, jaké?	Počet respondentů	%	% (z celého souboru)
příliš malá potřeba sexu	3	8,1%	1,5%
předčasná ejakulace	16	43,2%	7,9%
poruchy erekce	3	8,1%	1,5%
neschopnost dosáhnout vyvrcholení	2	5,4%	1,0%
příliš velká potřeba sexu	9	24,3%	4,5%
předčasná ejakulace + příliš velká potřeba sexu	3	8,1%	1,5%
předčasná ejakulace + poruchy erekce	1	2,7%	0,5%
Celkem	37	100,0%	18,3%
Neuvedeno	165	-	81,7%
Celkem	202	-	100,0%

Graf 32 Výskyt sexuálních obtíží před užíváním marihuany

Pokud jste měl v době před užíváním marihuany nějaké sexuální obtíže, jaké?



Zajímalo nás dále, zda se u respondentů objevily nějaké sexuální obtíže v souvislosti s užíváním marihuany:

- ⇒ Objevila se u Vás některá z níže uvedených sexuálních obtíží v souvislosti s užíváním marihuany? (můžete označit více odpovědí)
- ano, příliš malá potřeba sexu
 - ano, předčasná ejakulace
 - ano, poruchy erekce

- ano, neschopnost dosáhnout vyvrcholení
- ano, příliš velká potřeba sexu
- ano, bolesti a nepříjemné pocity při sexu
- ano, opožděná ejakulace
- ne, žádné potíže se neobjevily

Jak je možno vyčíst z tabulky 41, téměř čtyři pětiny respondentů (79,2%) uvedly, že se u nich žádné sexuální obtíže v souvislosti s užíváním marihuany neobjevily, zbylí respondenti (20,8%) uvedli, že se u nich některé sexuální obtíže vyskytly. Mezi nejčastěji uváděné obtíže byla uváděná příliš velká potřeba sexu, kterou zmínilo celkem 17 respondentů (8,4%) z celého souboru. (Mezi těchto 17 respondentů počítáme 13 respondentů, u kterých se příliš velká potřeba sexu samostatně a 4 respondenty, u kterých se příliš velká potřeba sexu vyskytla v kombinaci s nějakými dalšími obtížemi.) Druhou nejčastěji uváděnou obtíží byla opožděná ejakulace, kterou uvedlo celkem 5 respondentů (4,5%), následovala příliš malá potřeba sexu (3,5%), poruchy erekce (3,5%), neschopnost dosáhnout vyvrcholení (3,0%) a předčasná ejakulace (1,0%).

Tab. 41 Povaha sexuálních obtíží v souvislosti s užíváním marihuany

Objevila se u Vás některá z níže uvedených sexuálních obtíží v souvislosti s užíváním marihuany?	Počet respondentů	%
ano, příliš malá potřeba sexu	7	3,5%
ano, předčasná ejakulace	1	0,5%
ano, poruchy erekce	4	2,0%
ano, neschopnost dosáhnout vyvrcholení	2	1,0%
ano, příliš velká potřeba sexu	13	6,4%
ano, opožděná ejakulace	8	4,0%
ano, neschopnost dosáhnout vyvrcholení + ano, příliš velká potřeba sexu	2	1,0%
ano, poruchy erekce + ano, neschopnost dosáhnout vyvrcholení	2	1,0%
ano, předčasná ejakulace + ano, příliš velká potřeba sexu	1	0,5%
ano, poruchy erekce + ano, příliš velká potřeba sexu	1	0,5%
ano, poruchy erekce + ano, opožděná ejakulace	1	0,5%
ne, žádné potíže se neobjevily	160	79,2%
Celkem	202	100,0%

V rámci problematiky výskytu sexuálních obtíží v souvislosti s užíváním marihuany nás zajímalo, po kolika měsících od začátku užívání marihuany se u našich respondentů sexuální obtíže objevily:

⇒ *Pokud se u Vás objevily sexuální obtíže, uveďte, po kolika měsících od začátku užívání marihuany se obtíže objevily poprvé:*

Z tabulky 42 můžeme vyčíst, že minimální uvedená doba od začátku užívání marihuany, za kterou se u respondentů objevily první sexuální obtíže, byla 2 měsíce, maximální uvedená doba pak 180 měsíců (12 let). Průměrná doba činila 50,9 měsíců (SD = 52,1), a nejčastěji uváděná doba, za kterou se u respondentů objevily první sexuální obtíže, byla 24 měsíců.

Tab. 42 *První výskyt sexuálních obtíží od začátku užívání marihuany*

Pokud se u Vás objevily sexuální obtíže, uveďte po kolika měsících od začátku užívání marihuany se obtíže objevily poprvé:		
	Odpovědělo	14
	Neuvedeno	188
Průměr		50,86
Medián		24,00
Modus		24
SD		52,105
Minimum		2
Maximum		180
Percentily	25	12,00
	50	24,00
	75	79,00

Respondentů jsme se dále dotazovali na konkrétní obtíže v sexuálním životě a na frekvenci jejich výskytu. Zajímalo nás, zda uživatelé marihuany zažili někdy ve svém životě nedostavení se ejakulace. Položka zněla:

- ⇒ *Zažil jste někdy při sexuálním styku situaci nedostavení se ejakulace (výronu semene)?*
- *ne*
 - *ano, někdy*
 - *ano, často*

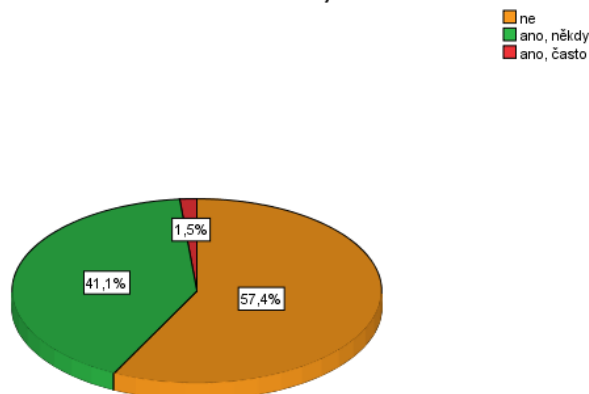
Z tabulky 43 a také z grafu 33 je zřejmé, že nadpoloviční většina respondentů (57,4%) uvedla, že nikdy nezažila při sexuálním styku nedostavení se ejakulace (výronu semene), 41,1% respondentů uvedlo, že nedostavení se ejakulace někdy zažili, a zbylí respondenti (1,5%) uvedli, že situaci nedostavení se ejakulace zažívají často.

Tab. 43 Nedostavení se ejakulace

Zažil jste někdy při sexuálním styku situaci nedostavení se ejakulace (výronu semene)?	Počet respondentů	%
ne	116	57,4%
ano, někdy	83	41,1%
ano, často	3	1,5%
Celkem	202	100,0%

Graf 33 Nedostavení se ejakulace

Zažil jste někdy při sexuálním styku situaci nedostavení se ejakulace (výronu semene)?



Další položenou otázkou jsme se respondentů dotazovali, zda někdy při sexuálním styku zažili situaci nedostavení se erekce (ztopoření):

- ⇒ Zažil jste někdy při sexuálním styku situaci nedostavení se erekce (ztopoření)?
- ne
 - ano, jednou nebo dvakrát
 - občas
 - často

Z tabulky 44 a grafu 34 můžeme vyčíst, že většina respondentů (42,6%) uvedla, že situaci nedostavení se erekce (ztopoření) při sexuálním styku nikdy nezažila, 40,6%

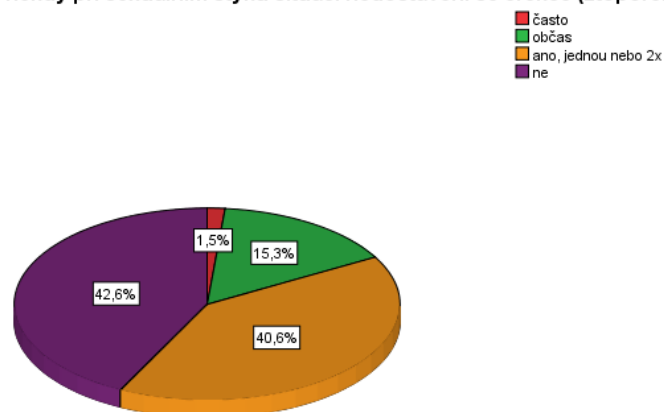
respondentů uvedlo, že situaci nedostavení se erekce zažilo jednou nebo dvakrát, 15,3% respondentů uvedlo, že situaci nedostavení se erekce zažívá občas, a zbylí respondenti (1,5%) uvedli, že situaci nedostavení se erekce zažívají často.

Tab. 44 Nedostavení se erekce (ztopoření)

Zažil jste někdy při sexuálním styku situaci nedostavení se erekce (ztopoření)?	Počet respondentů	%
často	3	1,5%
občas	31	15,3%
ano, jednou nebo 2x	82	40,6%
ne	86	42,6%
Celkem	202	100,0%

Graf 34 Nedostavení se erekce (ztopoření)

Zažil jste někdy při sexuálním styku situaci nedostavení se erekce (ztopoření)?



Vzhledem k faktu, že náš výběrový soubor byl charakterizován vyšším věkem respondentů (viz kapitola 3.3 Charakteristika výběrového souboru), zajímalo nás, zda respondenti již užívají nějaký prostředek na zlepšení erekce či sexuálního výkonu, a jak často tyto prostředky užívají. Respondentům jsme proto v této souvislosti položili tyto otázky:

- ⇒ Užíváte nějaký prostředek na zlepšení erekce či sexuálního výkonu?
- ne
 - ano, potravní doplňky: Tribulus terrestris, Arginmax či jiné podobné prostředky
 - ano, léky na podporu erekce: Levitra, Viagra, Cialis
 - Jiná odpověď:

- ⇒ Pokud užíváte nějaký prostředek na zlepšení erekce či sexuálního výkonu, jak často před souloží tyto prostředky užíváte?
- výjimečně
 - občas
 - často
 - velmi často
 - vždy

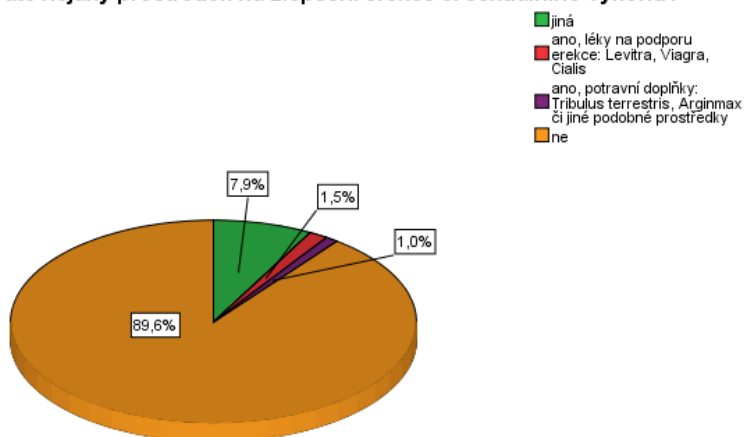
Jak je možno vyčíst z tabulky 45 a grafu 35, naprostá většina (89,6%) respondentů uvedla, že neužívá žádné prostředky na zlepšení erekce či sexuálního výkonu. Tři respondenti (1,5%) uvedli, že užívají léky na podporu erekce, mezi něž patří Levitra, Viagra a Cialis, dva respondenti (1,0%) uvedli, že užívají potravní doplňky typu Tribulus terrestris, Arginmax či jiné podobné prostředky. Zbylí respondenti (7,9%) uvedli možnost jiné odpovědi, z nichž zde přepíši jen ty, které se opakovaly nejčastěji – byly to tyto odpovědi: „konopí“, „jointa“, „marihuanu“, „kokain, marihuanu, alkohol“, „pupečník asijský, káva, čaj“, „zelený čaj“.

Tab. 45 Užívání prostředků na zlepšení sexuálního výkonu

Užíváte nějaký prostředek na zlepšení erekce či sexuálního výkonu?	Počet respondentů	%
ne	181	89,6%
ano, léky na podporu erekce: Levitra, Viagra, Cialis	3	1,5%
ano, potravní doplňky: Tribulus terrestris, Arginmax či jiné podobné prostředky	2	1,0%
Jiná odpověď	16	7,9%
Celkem	202	100,0%

Graf 35 Užívání prostředků na zlepšení sexuálního výkonu

Užíváte nějaký prostředek na zlepšení erekce či sexuálního výkonu?



Z respondentů, kteří odpověděli na otázku týkající se frekvence užívání prostředků na zlepšení erekce či sexuálního výkonu, 58,1% respondentů uvedlo, že tyto prostředky používá výjimečně, 22,6% uvedlo, že tyto prostředky užívá často, 6,5% respondentů uvedlo, že tyto prostředky používá velmi často, stejné množství respondentů (6,5%) uvedlo, že tyto prostředky užívá občas a opět stejný počet respondentů (6,5%) uvedl, že tyto prostředky užívá vždy. Frekvenci užívání prostředků na zlepšení erekce a sexuálního výkonu před souloží je možno vyčíst také z tabulky 46.

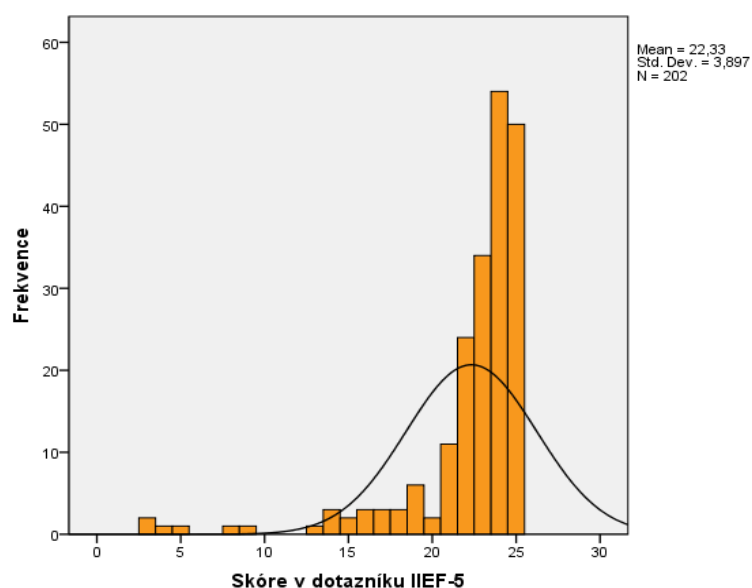
Tab. 46 Frekvence užívání prostředků na zlepšení sexuálního výkonu

Pokud užíváte nějaký prostředek na zlepšení erekce či sexuálního výkonu, jak často před souloží tyto prostředky používáte?		Počet respondentů	%
	vždy	2	6,5%
	výjimečně	18	58,1%
	velmi často	2	6,5%
	často	7	22,6%
	občas	2	6,5%
	Celkem	31	100,0%
	Neuvedeno	171	-
Celkem		202	-

Poslední oblast, o kterou jsme se v souvislosti s výskytem sexuálních obtíží zajímali, se týkala výskytu erektilních dysfunkcí. Zajímalo nás, zda uživatelé marihuany trpí, či netrpí určitým stupněm erektilní dysfunkce. K tomuto účelu jsme do našeho dotazníku zakomponovali Dotazník sexuálního zdraví muže (IIEF-5), který pomáhá lékařům zjistit, zda muž netrpí určitým stupněm erektilní dysfunkce. Dotazník IIEF-5 se skládá z pěti otázek a součtem odpovědí na tyto otázky získá lékař skóre, jehož hodnota mu sdělí, zda by se u konkrétního muže mohlo jednat o určitý stupeň erektilní dysfunkce. Výsledné skóre v Dotazníku IIEF-5 může respondentovi vyjít **v rozmezí 0 – 25 bodů**. Pokud je výsledné skóre konkrétního muže, jež vyplnil Dotazník IIEF-5, **21 bodů nebo méně**, mohlo by se jednat o určitý stupeň erektilní dysfunkce (plné znění dotazníku IIEF-5 viz Příloha 3).

Množství respondentů z našeho souboru, u nichž by se mohlo jednat o určitý stupeň erektilní dysfunkce, můžeme vyčíst z tabulky 47 (viz níže). Víme již, že pokud muž dosáhne v Dotazníku IIEF-5 skóru **21 bodů nebo méně**, mohlo by se u něj jednat o určitý stupeň erektilní dysfunkce. Zaměříme se proto v tabulce 47 na množství respondentů, kteří dosáhli v Dotazníku IIEF-5 skóru **21 bodů nebo méně**. V kolonce kumulativních procent vidíme, že 19,8% respondentů dosáhlo v Dotazníku IIEF-5 skóru **21 bodů nebo méně**, můžeme tedy říci, že u 19,8% respondentů z našeho souboru, by se mohlo jednat o určitý stupeň erektilní dysfunkce. Rozložení skóru z Dotazníku IIEF-5 zobrazuje také graf 36.

Graf 36 Rozložení skóru z Dotazníku sexuálního zdraví muže IIEF-5



Tab. 47 Rozložení skórá z Dotazníku sexuálního zdraví muže IIEF-5

		Počet respondentů	%	Kumulativní %
Skóry v Dotazníku IIEF-5	3	2	1,0%	1,0%
	4	1	0,5%	1,5%
	5	1	0,5%	2,0%
	8	1	0,5%	2,5%
	9	1	0,5%	3,0%
	13	1	0,5%	3,5%
	14	3	1,5%	5,0%
	15	2	1,0%	5,9%
	16	3	1,5%	7,4%
	17	3	1,5%	8,9%
	18	3	1,5%	10,4%
	19	6	3,0%	13,4%
	20	2	1,0%	14,4%
	21	11	5,4%	19,8%
	22	24	11,9%	31,7%
	23	34	16,8%	48,5%
	24	54	26,7%	75,2%
	25	50	24,8%	100,0%
	Celkem	202	100,0%	-

3.5.9 Styk s prostitutkou

Využívání komerčního sexu patří mezi velmi rizikové aktivity zejména v souvislosti s přenosem pohlavně přenosných nemocí jako je HIV/AIDS, či hepatitida typu B a C. Zajímalo nás proto, zda uživatelé marihuany měli někdy v minulosti pohlavní styk s prostitutkou, pokud ano, tak kolikrát se tak stalo, a zda použili při styku s prostitutkou kondom. První položka tedy zněla:

- ⇒ *Měl jste někdy v životě pohlavní styk s prostitutkou?*
- *ano*
 - *ne*

Jak je uvedeno v tabulce 48, více než dvě třetiny respondentů (67,3%) uvedly, že nikdy v životě neměli pohlavní styk s prostitutkou. Necelá třetina respondentů (32,7%) pak

již někdy v životě styk s prostitutkou měla. Poměr odpovědí respondentů na tuto položku zobrazuje také graf 48.

Tab. 48 *Styk s prostitutkou*

Měl jste někdy v životě pohlavní styk s prostitutkou?		Počet respondentů	%
	ano	66	32,7%
	ne	136	67,3%
	Celkem	202	100,0%

Zajímala nás také četnost pohlavních styků s prostitutkou v našem souboru uživatelů marihuany:

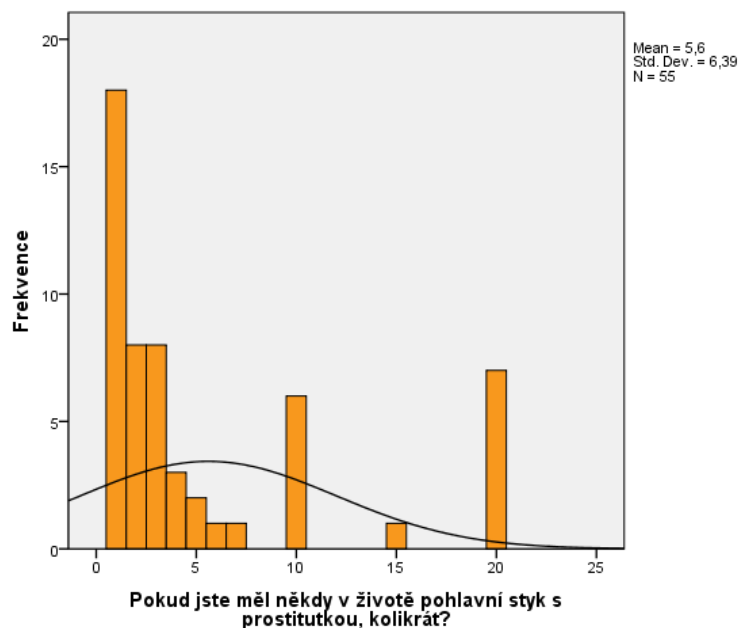
⇒ *Pokud jste měl někdy v životě pohlavní styk s prostitutkou, kolikrát?*

Z tabulky 49 lze vyčíst, že minimální počet styků s prostitutkou uvedený respondenty, byl jeden pohlavní styk, maximální počet pak byl 20 pohlavních styků. Průměrný počet styků s prostitutkou pak čítal 5,6 (SD = 6,4). Nejvíce respondentů však uvedlo, že měli pohlavní styk s prostitutkou jedenkrát. Četnost pohlavních styků s prostitutkou zobrazuje také graf 37.

Tab. 49 *Četnost pohlavních styků s prostitutkou*

Pokud jste měl někdy v životě pohlavní styk s prostitutkou, kolikrát?		
	Odpovědělo	55
	Neuvedeno	147
Průměr		5,60
Medián		3,00
Modus		1
SD		6,390
Minimum		1
Maximum		20
Percentily	25	1,00
	50	3,00
	75	10,00

Graf 37 Četnost pohlavních styků s prostitutkou



V souvislosti s dotazy na výskyt a četnost pohlavních styků s prostitutkou nás nakonec zajímalo, zda respondenti při styku s prostitutkou použili kondom:

- ⇒ Pokud ano, použil jste při styku s prostitutkou kondom?
- ne, nikdy
 - občas ano
 - vždy

Z tabulky 50 a také z grafu 38 je zřejmé, že vždy použila kondom při styku s prostitutkou naprostá většina respondentů (84,8%). Naopak nikdy nepoužili kondom při styku s prostitutkou dva respondenti (3,0%), zbylí respondenti (12,1%) uvedli, že kondom použili občas.

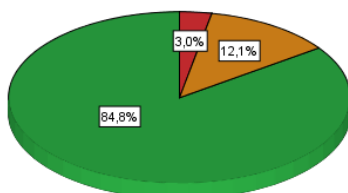
Tab. 50 Používání kondomu při pohlavním styku s prostitutkou

Pokud ano, použil jste při styku s prostitutkou kondom?		Počet respondentů	%
	ne, nikdy	2	3,0%
	občas ano	8	12,1%
	vždy	56	84,8%
	Celkem	66	100,0%
	Neuvedeno	136	-
Celkem		202	-

Graf 38 Používání kondomu při pohlavním styku s prostitutkou

Pokud ano, použil jste při styku s prostitutkou kondom?

■ ne, nikdy
■ občas ano
■ vždy



3.5.10 Aktivní prostitute

Aktivní prostitute je z hlediska zdravotních i psychosociálních rizik ještě závažnějším faktorem než pohlavní styky s prostitutkami, na něž jsme se dotazovali v předchozí kapitole. Zajímalo nás proto také, zda uživatelé marihuany někdy v životě poskytli sexuální služby za peníze či jinou úplatu, a pokud ano, v kolika letech k tomu došlo poprvé. Dále nás zajímalo, komu sexuální služby za peníze poskytli, k čemu takto získané peníze sloužily, kolikrát měsíčně k poskytování služeb docházelo a po jak dlouhou dobu respondenti takto činili. Ptali jsme se tedy:

- ⇒ *Poskytl jste Vy sám někdy sexuální služby za peníze, drogy, či jinou úplatu?*
- ano
 - ne

V tabulce 51 vidíme, že sexuální služby za peníze, drogy či jinou úplatu poskytlo velmi malé množství respondentů, přesně 3,5% všech respondentů z našeho souboru. Zbýlých 96,5% respondentů sexuální služby za peníze, drogy či jinou úplatu nikdy neposkytlo.

Tab. 51 Sexuální služby za peníze, drogy či jinou úplatu

Poskytl jste Vy sám někdy sexuální služby za peníze, drogy či jinou úplatu?	Počet respondentů	%
ano	7	3,5%
ne	195	96,5%
Celkem	202	100,0%

Zajímalo nás dále, v kolika letech respondenti poskytli sexuální služby poprvé:

⇒ *Pokud jste poskytl sexuální služby za peníze, drogy, či jinou úplatu, v kolika letech k tomu došlo poprvé?*

Z tabulky 52 lze vyčíst, že nejnižší věk, ve kterém respondenti poskytli sexuální služby za peníze, drogy či jinou úplatu, byl 14 let, tento věk uvedl jeden respondent. Nejvyšší věk pak činil 25 let a tento věk uvedli dva respondenti. Vzhledem k malému počtu respondentů, kteří sexuální styk za peníze, drogy či jinou úplatu poskytli (celkem 7 respondentů z celého souboru), byl nejčastěji uváděným věkem věk 18 let (uvedli dva respondenti), a zároveň také již zmíněný nejvyšší uvedený věk 25 let.

Tab. 52 *Věk prvního poskytnutí sexuálních služeb za peníze, drogy či jinou úplatu*

Pokud jste poskytl sexuální služby za peníze, drogy či jinou úplatu, v kolika letech k tomu došlo poprvé?		
	Odpovědělo	7
	Neuvedeno	195
Průměr		20,71
Medián		21,00
Modus		18; 25
SD		4,231
Minimum		14
Maximum		25
Percentily	25	18,00
	50	21,00
	75	25,00

Ptali jsme se také, jakému pohlaví respondenti poskytli sexuální služby za peníze, drogy či jinou úplatu:

⇒ *Pokud jste sexuální služby za peníze, drogy, či jinou úplatu někdy poskytl, bylo to:*

- *muži*
- *ženě*
- *oběma pohlavím*

Jak je uvedeno v tabulce 53, sexuální služby za peníze, drogy či jinou úplatu poskytlo 42,9% respondentů muži, stejný počet (42,9%) respondentů poskytlo sexuální služby za peníze, drogy či jinou úplatu ženě a 14,2% respondentů poskytlo sexuální služby za peníze, drogy či jinou úplatu oběma pohlavím.

Tab. 53 Komu byla poskytnuta služba za peníze, drogy či jinou úplatu

Pokud jste sexuální služby za peníze, drogy či jinou úplatu poskytli, bylo to:		Počet respondentů	%
	muži	3	42,9%
	ženy	3	42,9%
	oběma pohlavím	1	14,2%
	Celkem	7	100,0%
	Neuvedeno	195	-
Celkem		202	-

U respondentů, kteří poskytli sexuální služby za peníze, drogy či jinou úplatu, nás zajímalo, k čemu jim takto získané peníze sloužily:

⇒ *Takto získané peníze sloužily k: (vypište k čemu)*

- *nákup stravy*
- *nákup marihuany*
- *nákup jiných drog nebo alkoholu*
- *úhrada dluhů, zaplacení pohledávek*
- *koupě bytu, zařizování bytu*
- *koupě auta*
- *na nic, šlo o obnovení sebevědomí*
- *jiný účel*

Z tabulky 54 můžeme vyčíst, že jeden respondent (14,3%) použil takto získané peníze na úhradu dluhů a zaplacení pohledávek, jeden respondent (14,3%) na koupi bytu, zařízení bytu, dva respondenti (28,6%) peníze nepoužili na nic, ale šlo jim o obnovení sebevědomí a čtyři respondenti (42,8%) peníze použili k jinému účelu.

Tab. 54 K čemu sloužily peníze získané za sexuální služby

Takto získané peníze sloužily k:		Počet respondentů	%
	úhrada dluhů, zaplacení pohledávek	1	14,3%
	koupě bytu, zařizování bytu	1	14,3%
	na nic, šlo o obnovení sebevědomí	2	28,6%
	jiný účel	3	42,8%
	Celkem	7	100,0%
	Neuvedeno	195	-
Celkem		202	-

V souvislosti s poskytováním komerčního sexu nás nakonec zajímalo, kolikrát měsíčně k poskytování sexu za peníze, drogy či jinou úplatu docházelo, a po dobu kolika měsíců tak respondenti činili. Položky byly formulovány takto:

- ⇒ *Pokud jste poskytoval sexuální služby za peníze, drogy, či jinou úplatu, kolikrát měsíčně k tomu docházelo?*
- ⇒ *Pokud jste poskytoval sexuální služby za peníze, drogy, či jinou úplatu, po dobu kolika měsíců jste tak činil?*

Jak je zřejmé z tabulky 55, na položky týkající se frekvence poskytování služeb za peníze, drogy či jinou úplatu nám odpovědělo jen velmi malé množství respondentů, konkrétně na obě položky odpovědělo šest respondentů (3% z celého souboru), a všech těchto šest respondentů uvedlo, že sexuální služby za peníze, drogy či jinou úplatu poskytovalo jednou za měsíc po dobu jednoho měsíce, tedy sexuální službu poskytli tito respondenti všehovšudy jednou.

Tab. 55 *Frekvence poskytování služeb za peníze, drogy či jinou úplatu*

Pokud jste poskytoval sexuální služby za peníze, drogy či jinou úplatu, kolikrát měsíčně k tomu docházelo?		Počet respondentů	%
	1 krát	6	3,0%
	Neuvedeno	196	97,0%
Celkem		202	100,0%
Pokud jste poskytoval sexuální služby za peníze, drogy či jinou úplatu, po dobu kolika měsíců jste tak činil?		Počet respondentů	%
	1 měsíc	6	3,0%
	Neuvedeno	196	97,0%
Celkem		202	100,0%

3.5.11 Sexuální styk s mužem, bisexualita

Ujasněná sexuální orientace je jedním z nejdůležitějších faktorů spokojeného sexuálního života, ptali jsme se proto respondentů také na to, zda měli někdy styk s osobou stejného pohlaví, zda byl tento styk dobrovolný, kde ke styku s mužem došlo, a zda se respondenti považují za bisexuálně orientované či nikoli. První otázka zněla:

- ⇒ *Měl jste někdy v životě pohlavní styk s mužem?*
- *ne*
 - *ano, jednou*
 - *ano, opakovaně*

Z tabulky 56 a také z grafu 40 je zřejmé, že naprostá většina respondentů (89,1%) nikdy v životě neměla pohlavní styk s mužem. Ze zbylých respondentů, kteří někdy v životě pohlavní styk s mužem měli, 5,4% mělo pohlavní styk s mužem jednou a stejný počet (5,4%) mělo pohlavní styk s mužem opakovaně.

Tab. 56 *Sexuální styk s mužem*

Měl jste někdy v životě pohlavní styk s mužem?		Počet respondentů	%
	ano, jednou	11	5,4%
	ano, opakovaně	11	5,4%
	ne	180	89,1%
	Celkem	202	100,0%

Graf 40 *Sexuální styk s mužem*



Zajímalo nás dále, zda byl pohlavní styk s mužem ze strany respondentů dobrovolný či z donucení:

- ⇒ *Pokud jste měl pohlavní styk s mužem, tento styk byl z Vaší strany:*
- *dobrovolný*
 - *z donucení*

V tabulce 57 vidíme, že ve většině případů (86,4%) byl sexuální styk s mužem ze strany našich respondentů dobrovolný, zbylí respondenti (13,6%) podstoupili sexuální styk s mužem nedobrovolně.

Tab. 57 *Dobrovolný sexuální styk s mužem*

Pokud jste měl pohlavní styk s mužem, tento styk byl z Vaší strany:		Počet respondentů	%
	dobrovolný	19	86,4%
	z donucení	3	13,6%
	Celkem	22	100,0%
	Neuvedeno	180	-
Celkem		202	-

Dále nás také zajímalo, na jakém místě či v jakém prostředí k pohlavnímu styku s mužem došlo:

- ⇒ *Pokud jste měl pohlavní styk s mužem, ke styku došlo:*
- *ve vazbě či výkonu trestu*
 - *na vojně*
 - *v léčbě (léčebně, komunitě atd.)*
 - *Jiná odpověď:*

Z tabulky 58 můžeme vyčíst, že respondenti volili v této položce převážně možnost jiné odpovědi – téměř dvě třetiny respondentů (64,7%) uvedlo, že k pohlavnímu styku s mužem došlo „doma“, dva respondenti (11,8%) uvedli, že k pohlavnímu styku s mužem došlo „jinde“, jeden respondent uvedl, že k pohlavnímu styku s mužem došlo „na koleji“, další respondent uvedl, že k pohlavnímu styku s mužem došlo „na chmelu“, stejně tak jeden respondent uvedl, že k pohlavnímu styku s mužem došlo „na vojně“ a jeden respondent uvedl, že k pohlavnímu styku s mužem došlo „venku“.

Tab. 58 *Prostředí sexuálního styku s mužem*

Pokud jste měl pohlavní styk s mužem, ke styku došlo:		Počet respondentů	%
	doma	11	64,7%
	jinde	2	11,8%
	na koleji	1	5,9%
	na chmelu	1	5,9%
	na vojně	1	5,9%
	venku	1	5,9%
	Celkem	17	100,0%
	Neuvedeno	185	-
Celkem		202	-

V souvislosti s problematikou sexuálního styku s mužem nás nakonec zajímalo, zda se respondenti považují za bisexuálně orientované či nikoli:

- ⇒ *Považujete se za bisexuála?*
- *ano*
 - *ne*

V tabulce 59 vidíme, že za bisexuála se většina respondentů (87,1%) nepovažuje. Zbylí respondenti (12,9%) uvedli, že se za bisexuály považují.

Tab. 59 *Bisexualita*

	Považujete se za bisexuála?	Počet respondentů	%
	ano	26	12,9%
	ne	176	87,1%
	Celkem	202	100,0%

3.5.12 Pohlavně přenosné nemoci

Problematiku pohlavně přenosných nemocí považujeme za důležitou nejen kvůli možnosti šíření onemocnění a zdravotním rizikům, které s sebou pohlavně přenosné nemoci přinášejí, ale jsme přesvědčení, že výskyt pohlavně přenosných nemocí se promítá i do kvality sexuálního života jedince. Zajímalo nás proto, zda uživatelé marihuany měli někdy v životě některou z méně závažných pohlavních nemocí. Problematice závažnějších chorob jako je HIV/AIDS a hepatitida typu B a C jsme se věnovali v následující kapitole. Naše otázka týkající se méně závažných pohlavních chorob zněla:

- ⇒ *Měl jste někdy v životě nebo máte nyní některou z pohlavně přenosných nemocí?*
- *ano, měl, jednalo se o kapavku*
 - *ano, měl, jednalo se o syfilis*
 - *ano, měl, jednalo se o kondylomata (fličky)*
 - *ano, měl, jednalo se o muňky (filčky)*
 - *ano, měl, ale nevím, o jakou nemoc šlo*
 - *ne, neměl jsem žádnou pohlavně přenosnou nemoc*

Z tabulky 60 můžeme vyčíst, že více než čtvrtina respondentů (80,2%) uvedly, že nikdy v životě neměli žádnou pohlavně přenosnou nemoc. Z respondentů, kteří někdy měli nebo v nyní mají nějakou pohlavně přenosnou nemoc, 6,9% neví, o jakou nemoc šlo, 4,0%

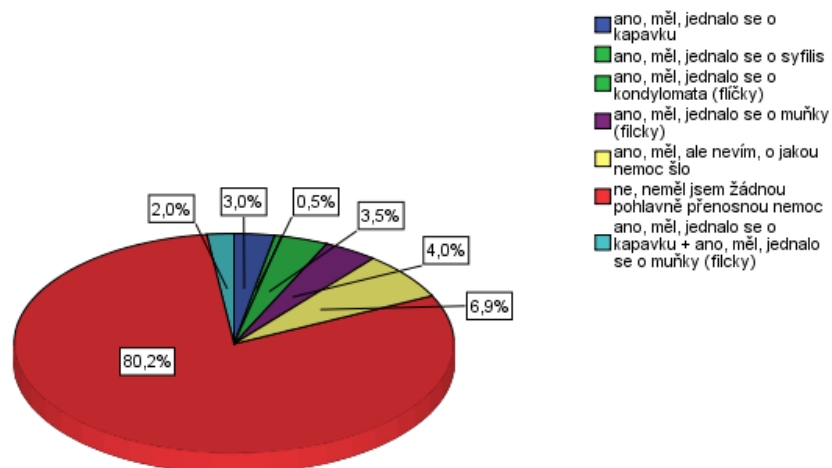
mělo muňky (filcky), 3,5% mělo kondylomata (fličky), 3,0% měla kapavku, a 0,5% (jeden respondent) mělo syfilis. Čtyři respondenti (2,0%) také uvedli, že měli v minulosti dva druhy pohlavně přenosných nemocí, a to kapavku a muňky (filcky). Odpovědi respondentů na tuto položku zobrazuje také graf 41.

Tab. 60 Pohlavně přenosné nemoci

Měl jste někdy v životě nebo máte nyní některou z pohlavně přenosných nemocí?	Počet respondentů	%
ano, měl, jednalo se o kapavku	6	3,0%
ano, měl, jednalo se o syfilis	1	0,5%
ano, měl, jednalo se o kondylomata (fličky)	7	3,5%
ano, měl, jednalo se o muňky (filcky)	8	4,0%
ano, měl, ale nevím, o jakou nemoc šlo	14	6,9%
ne, neměl jsem žádnou pohlavně přenosnou nemoc	162	80,2%
ano, měl, jednalo se o kapavku + ano, měl, jednalo se o muňky (filcky)	4	2,0%
Celkem	202	100,0%

Graf 41 Pohlavně přenosné nemoci

Měl jste někdy v životě nebo máte nyní některou z pohlavně přenosných nemocí?



3.5.13 Změna chování v důsledku hrozby HIV/AIDS nebo hepatitidy B a C

Informovanost společnosti o rizicích spojených s nákazou závažnými pohlavně přenosnými jako je HIV/AIDS a hepatitida typu B a C dosahuje různé úrovně v různých demografických skupinách i sociálních vrstvách. Zajímalo nás proto, zda riziko nákazy těmito onemocněními ovlivnilo sexuální chování uživatelů marihuany a jak. Respondentů jsme se dotázali:

- ⇒ *Změnil jste své sexuální chování v důsledku hrozby onemocnění AIDS nebo žloutenkou typu B nebo C?*
- *ne, nebylo co měnit, protože jsem pohlavní styk dosud neměl*
 - *ne, nebylo co měnit, vždy jsem se choval zodpovědně*
 - *ne, i když by to bylo dobré*
 - *ne, ani jsem o tom neuvažoval*
 - *ano, změnil*

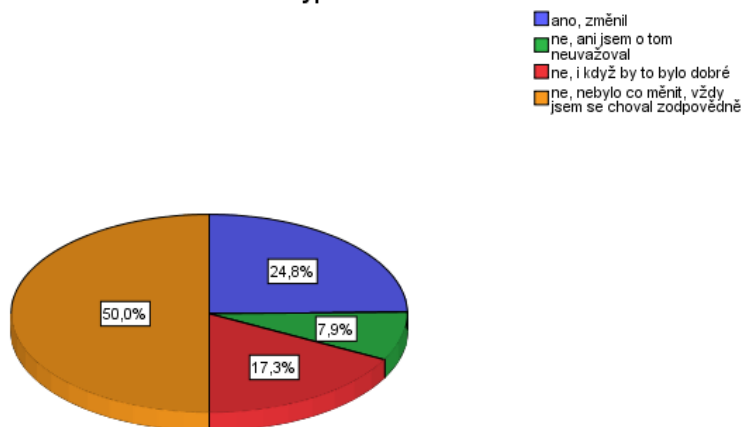
V tabulce 61 a také v grafu 42 vidíme, že polovina respondentů (50,0%) uvedla, že nebylo v jejich sexuálním chování co měnit, protože se vždy chovali zodpovědně. Téměř čtvrtina respondentů (24,8%) naopak uvedla, že své sexuální chování změnili, necelá pětina (17,3%) respondentů uvedla, že své sexuální chování nezměnili, i když by to ale bylo dobré, a zbylí respondenti (7,9%) uvedli, že své sexuální chování nezměnili, a ani o tom neuvažovali.

Tab. 61 *Změna sexuálního chování v důsledku hrozby HIV/AIDS nebo hepatitidy B a C*

Změnil jste své sexuální chování v důsledku hrozby onemocnění AIDS nebo žloutenkou typu B nebo C?	Počet respondentů	%
ano, změnil	50	24,8%
ne, ani jsem o tom neuvažoval	16	7,9%
ne, i když by to bylo dobré	35	17,3%
ne, nebylo co měnit, vždy jsem se choval zodpovědně	101	50,0%
Celkem	202	100,0%

Graf 42 Změna sexuálního chování v důsledku hrozby HIV/AIDS nebo hepatitidy B a C

Změnil jste své sexuální chování v důsledku hrozby onemocnění AIDS nebo žloutenkou typu B nebo C?



Respondentů, kteří své sexuální chování v důsledku hrozby HIV/AIDS a hepatitid typu B a C nějak změnili, jsme se dotázali, v čem se tato změna projevila:

- ⇒ *Jestliže jste své sexuální chování v důsledku hrozby onemocnění AIDS nebo žloutenkou typu B nebo C změnil, jak se to projevilo?*
- přestal jsem být sexuálně aktivní
 - začal jsem používat kondom
 - začal jsem se dotazovat partnerek na zdraví
 - souložil jsem s partnerkou až poté, když mi ukázala výsledky testů
 - snížil jsem počet sexuálních partnerek
 - své chování jsem změnil jinak

Jak můžeme vyčíst z tabulky 62, téměř polovina respondentů (48,4%) z těch, kteří změnili své sexuální chování v důsledku hrozby onemocněním HIV/AIDS nebo hepatitidy B a C, začala používat kondom, 16,1% respondentů uvedlo, že snížili počet sexuálních partnerek, 9,7% respondentů uvedlo, že se začali dotazovat partnerek na zdraví, 6,5% respondentů uvedlo, že své chování změnili dvěma způsoby, a to tak, že začali používat kondom a také snížili počet sexuálních partnerek, 1,6% respondentů (jeden respondent) uvedl, že přestal být sexuálně aktivní, a zbylí respondenti (17,7%) uvedli, že své chování změnili jinak.

Tab. 62 Druh změny sexuálního chování v důsledku hrozby HIV/AIDS nebo hepatitidy B a C

Jestliže jste své sexuální chování v důsledku hrozby onemocnění AIDS nebo žloutenkou typu B nebo C změnil, jak se to projevilo?		Počet respondentů	%
	přestal jsem být sexuálně aktivní	1	1,6%
	začal jsem používat kondom	30	48,4%
	začal jsem se dotazovat partnerek na zdraví	6	9,7%
	snížil jsem počet sexuálních partnerek	10	16,1%
	své chování jsem změnil jinak	11	17,7%
	začal jsem používat kondom + snížil jsem počet sexuálních partnerek	4	6,5%
	Celkem	62	100,0%
	Neuvedeno	140	-
Celkem		202	-

3.5.14 Testování na přítomnost pohlavně přenosných nemocí a změna chování v důsledku pozitivních výsledků

Z hlediska rizikovosti sexuálního chování nás nakonec zajímalo, zda se uživatelé marihuany nechávají testovat na přítomnost viru HIV, a pokud ano, jak často se nechávají testovat. V této souvislosti nás dále také zajímalo, zda byla někdy našim respondentům diagnostikována hepatitida typu C, a pokud ano, jak následkem tohoto onemocnění změnili své sexuální chování. Respondentů jsme se tedy zeptali:

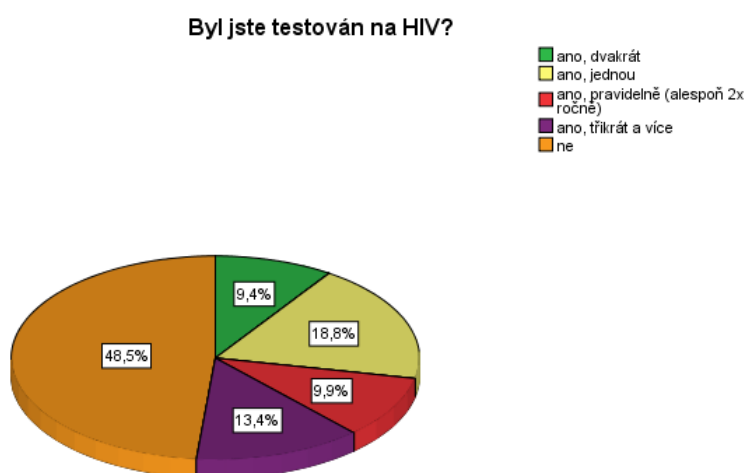
- ⇒ *Byl jste testován na HIV?*
- *ne*
 - *ano, jednou*
 - *ano, dvakrát*
 - *ano, třikrát a více*
 - *ano, pravidelně (alespoň 2x ročně)*

Z tabulky 63 a také z grafu 43 lze vyčíst, že necelá polovina respondentů (48,5%) na přítomnost viru HIV testována nikdy nebyla. Téměř pětina respondentů (18,8%) byla testována jednou, necelá desetina respondentů (9,4%) byla testována na přítomnost viru HIV dvakrát, téměř shodný počet respondentů (9,9%) se nechává testovat pravidelně (alespoň 2x ročně), a zbylí respondenti (13,4%) se nechali testovat třikrát a vícekrát.

Tab. 63 Testování na přítomnost viru HIV

Byl jste testován na HIV?		Počet respondentů	%
	ano, jednou	38	18,8%
	ano, dvakrát	19	9,4%
	ano, pravidelně (alespoň 2x ročně)	20	9,9%
	ano, třikrát a více	27	13,4%
	ne	98	48,5%
	Celkem	202	100,0%

Graf 43 Testování na přítomnost viru HIV



Podobně jsme se respondentů dotázali, zda byli někdy v minulosti testováni na přítomnost hepatitidy typu C:

- ⇒ *Byl jste testován na žloutenku typu C?*
- *ne*
 - *ano, jednou*
 - *ano, dvakrát*
 - *ano, třikrát a více*
 - *ano, pravidelně (alespoň 2x ročně)*

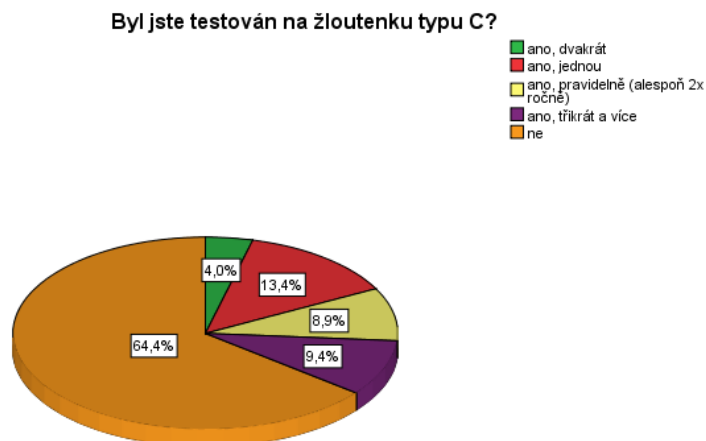
Z tabulky 64 a také z grafu 44 lze vyčíst, že téměř dvě třetiny respondentů (64,4%) na přítomnost hepatitidy typu C testovány nikdy nebyly. Jednou bylo testováno 13,4% respondentů, dvakrát byly testovány na přítomnost hepatitidy C 4,0% respondentů, 8,9%

respondentů se nechává testovat pravidelně (alespoň 2x ročně), a zbylí respondenti (9,4%) se nechali testovat třikrát a vícekrát.

Tab. 64 Testování na přítomnost hepatitidy typu C

Byl jste testován na žloutenku typu C?	Počet respondentů	%
ano, jednou	27	13,4%
ano, dvakrát	8	4,0%
ano, pravidelně (alespoň 2x ročně)	18	8,9%
ano, třikrát a více	19	9,4%
ne	130	64,4%
Celkem	202	100,0%

Graf 44 Testování na přítomnost hepatitidy typu C



Vzhledem k častému výskytu hepatitidy C mezi uživateli tvrdých drog jako je například heroin či pervitin, nás zajímalo, zda bylo toto onemocnění někdy diagnostikováno respondentům z našeho souboru uživatelů marihuany. Uživatelů jsme se proto zeptali:

- ⇒ *Byla Vám někdy diagnostikována žloutenka typu C?*
- *ne*
 - *nevím, neznám výsledek testu*
 - *ano*

Jak můžeme vidět v tabulce 65, naprostá většina respondentů (96,0%) uvedla, že jim nikdy nebyla diagnostikována žloutenka typu C. Čtyři respondenti (2,0%) uvedli, že jim

žloutenka typu C diagnostikována byla, a další čtyři respondenti (2,0%) uvedli, že neví, protože neznají výsledek testu.

Tab. 65 Pozitivní diagnóza hepatitidy typu C

Byla Vám někdy diagnostikována žloutenka typu C?		Počet respondentů	%
	ano	4	2,0%
	ne	194	96,0%
	nevím, neznám výsledek testu	4	2,0%
	Celkem	202	100,0%

V souvislosti s pozitivní diagnózou hepatitidy typu C u našich respondentů nás nakonec zajímalo, zda respondenti změnili své sexuální chování a jak:

⇒ Pokud Vám byla diagnostikována žloutenka typu C, a Vy jste pak své sexuální chování změnil, popište, prosím, jak:

- přestal jsem být sexuálně aktivní
- začal jsem používat kondom
- začal jsem se dotazovat partnerek na zdraví
- pohlavní styk jsem s partnerkou měl až poté, když mi ukázala výsledky testů
- snížil jsem počet sexuálních partnerek
- své chování jsem změnil jinak

V tabulce 66 vidíme, že dva respondenti (50,0%) uvedli, že začali používat kondom, jeden respondent (25,0%) uvedl, že přestal být sexuálně aktivní, poslední respondent (25,0%) uvedl, že se začal partnerek dotazovat na zdraví.

Tab. 66 Změna chování v důsledku pozitivní diagnózy hepatitidy typu C

Pokud Vám byla diagnostikována žloutenka typu C, a Vy jste pak své sexuální chování změnil, popište, prosím, jak:		Počet respondentů	%
	přestal jsem být sexuálně aktivní	1	25,0%
	začal jsem používat kondom	2	50,0%
	začal jsem se dotazovat partnerek na zdraví	1	25,0%
	Celkem	4	100,0%
	Neuvedeno	198	-
	Celkem	202	-

3.6 Porovnání skupin uživatelů marihuany v závislosti na dalších užívaných substancích

Vzhledem k výzkumnému cíli, a také vzhledem k hypotéze H1 (viz kapitola 3.2 Hypotézy) jsme zjišťovali, zda existují statisticky významné rozdíly v odpovědích na jednotlivé položky mezi uživateli marihuany v závislosti na dalších užívaných substancích, tedy zda existují rozdíly v odpovědích na jednotlivé položky mezi uživateli marihuany, kteří užívají pouze marihuanu a těmi, kteří užívají kromě marihuany i alkohol či alkohol a „párty“ drogy (LSD, extázi, halucinogenní houby, kokain).

Pro statistické zpracování jsme použili statistického programu SPSS. Jak už jsme zmínili výše, protože náš výběrový soubor uživatelů marihuany není reprezentativní pro danou populaci, výsledky vypovídají jen v omezené míře o tom, jaké rozložení proměnných bychom mohli najít v základním souboru. Metody zpracování dat jsme proto volili s ohledem na tento fakt a použili jsme tedy:

- nástroje popisné statistiky a míry středu: aritmetický průměr, medián, modus, směrodatnou odchylku, četnost, procentuální četnost;
- nástroje zjišťující případný výskyt a míru závislosti mezi proměnnými: kontingenční tabulky, Chí-kvadrát test nezávislosti proměnných;
- neparametrický pořadový Kruskal-Wallis test.

V jednotlivých položkách jsme v případě kvalitativních dat používali Chí-kvadrát test nezávislosti proměnných, v případě kvantitativních dat pak neparametrický pořadový Kruskal-Wallis test.

Statisticky významné rozdíly mezi uživateli marihuany v závislosti na dalších užívaných substancích (rozdíly v odpovědích na položky mezi uživateli marihuany, kteří užívají pouze marihuanu, mezi uživateli marihuany, kteří užívají marihuanu a alkohol, a mezi uživateli marihuany, kteří užívají marihuanu, alkohol i „párty“ drogy) jsme zjistili u třech položek. Výsledky zjištěné u těchto tří statisticky významných položek podrobně prezentujeme níže (viz kapitoly 3.6.1, 3.6.2, 3.6.3).

3.6.1 První sexuální styk a první sexuální partneři

První ze tří statisticky významných rozdílů mezi uživateli marihuany v závislosti na dalších užívaných substancích patřil do skupiny otázek zjišťujících okolnosti prvního sexuálního styku. Konkrétně jsme se v této položce dotazovali, zda respondent uskutečnil první pohlavní styk s náhodnou partnerkou nebo se stálou partnerkou:

⇒ *První pohlavní styk jste uskutečnil:*

- *s náhodnou partnerkou*
- *se stálou partnerkou*

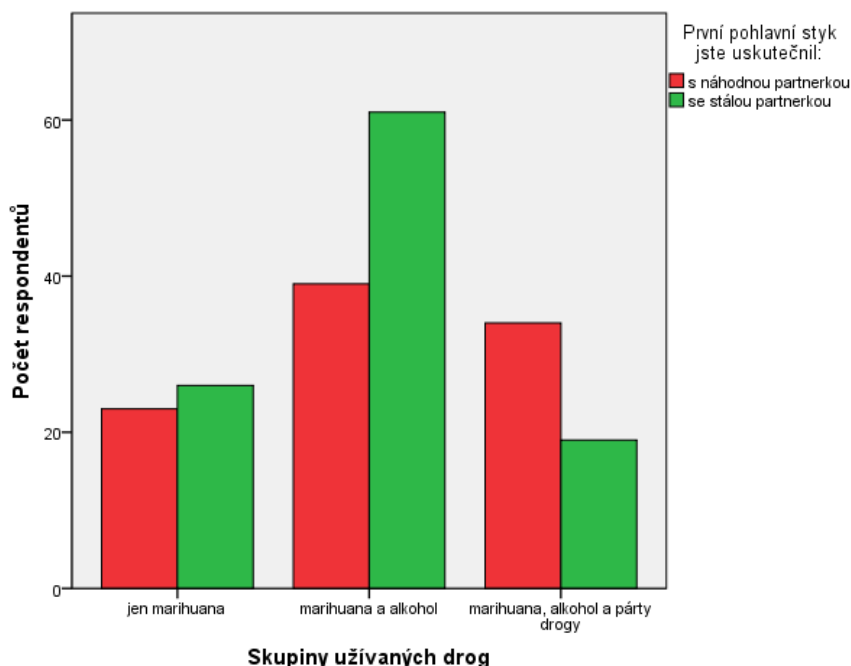
Z výsledků popsaných v tabulce 67 a znázorněných v grafu 45 vidíme, že u skupin uživatelů, kteří užívají pouze marihuanu a marihuanu a alkohol uskutečnila většina respondentů první pohlavní styk se stálou partnerkou – u uživatelů pouze marihuany to bylo 53,1% respondentů, uživatelé marihuany a alkoholu tak učinili v 61,0%. Skupina respondentů užívající marihuanu, alkohol a „párty“ drogy uskutečnila první pohlavní styk většinou s náhodnou partnerkou, těchto uživatelů bylo 64,2%.

Mezi uživateli, kteří užívají marihuanu a alkohol a těmi, kteří užívají marihuanu, alkohol a „párty“ drogy byl zjištěn statisticky významný rozdíl v tom, zda uskutečnili první pohlavní styk s náhodnou nebo se stálou partnerkou ($\chi^2_{(df=2)} = 8,80$; $p = 0,012$).

Tab. 67 *Partner při prvním pohlavním styku*

První pohlavní styk jste uskutečnil:		s náhodnou partnerkou	se stálou partnerkou	Celkem
jen marihuana	Počet respondentů	23	26	49
	%	46,9%	53,1%	100,0%
marihuana a alkohol	Počet respondentů	39	61	100
	%	39,0%	61,0%	100,0%
marihuana, alkohol a párty drogy	Počet respondentů	34	19	53
	%	64,2%	35,8%	100,0%
Celkem	Počet respondentů	96	106	202
	%	47,5%	52,5%	100,0%

Graf 45 Partner při prvním pohlavním styku



3.6.2 Počet sexuálních partnerek

Druhý ze statisticky významných rozdílů mezi uživateli v závislosti na dalších užívaných substancích byl zjištěn u položky řazené do kategorie otázek týkajících se počtu stálých a náhodných partnerek. Položka zněla:

⇒ *Pokud jste již měl pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc), s kolika ženami celkem to bylo?*

Tabulka 68 zobrazuje střední hodnoty, minima a maxima počtů příležitostných partnerek u skupin uživatelů, kteří užívají pouze marihuanu, nebo marihuanu a alkohol, nebo marihuanu, alkohol a „párty“ drogy. Uživatelé užívající pouze marihuanu udávali průměrně nejvyšší počet příležitostných partnerek (průměr činil 19,8; SD = 31,4), uživatelé, kteří užívají marihuanu a alkohol, udávali průměrně nejnižší počet příležitostných partnerek (průměr činil 10,42; SD = 20,3).

Mezi uživateli, kteří užívají pouze marihuanu a těmi, kteří užívají marihuanu a alkohol byl zjištěn statisticky významný rozdíl v počtu příležitostných partnerek ($\chi^2_{(df=2)} = 6,11; p = 0,047$).

Tab. 68 Počet příležitostných partnerek

Užívané substance	N	Průměr	Medián	Modus	SD	Min	Max
jen marihuana	32	19,81	8,50	2,00	31,400	1	139
marihuana a alkohol	72	10,42	3,00	3,00	20,273	1	128
marihuana, alkohol a párty drogy	37	12,03	5,00	2,00	15,455	1	80
Celkem	141	12,97	5,00		22,416	1	139

3.6.3 Pohlavně přenosné nemoci

Třetí statisticky významný rozdíl jsme zjistili u položky týkající se anamnézy pohlavně přenosných nemocí. Položka v dotazníku zněla takto:

- ⇒ *Měl jste někdy v životě nebo máte nyní některou z pohlavně přenosných nemocí?*
- *ano, měl, jednalo se o kapavku*
 - *ano, měl, jednalo se o syfilis*
 - *ano, měl, jednalo se o kondylomata (fličky)*
 - *ano, měl, jednalo se o muňky (filcky)*
 - *ano, měl, ale nevím, o jakou nemoc šlo*
 - *ne, neměl jsem žádnou pohlavně přenosnou nemoc*

Protože při tomto počtu možných odpovědí nebylo vzhledem k počtu respondentů možno položku statisticky vyhodnotit, rozhodli jsme se sloučit odpovědi respondentů, kteří měli jakoukoli pohlavní nemoc v jednu společnou odpověď „*ano, měl jsem pohlavně přenosnou nemoc*“, a po té jsme teprve výpovědi u tohoto nově vzniklého dichotomického znaku u jednotlivých skupin uživatelů porovnali.

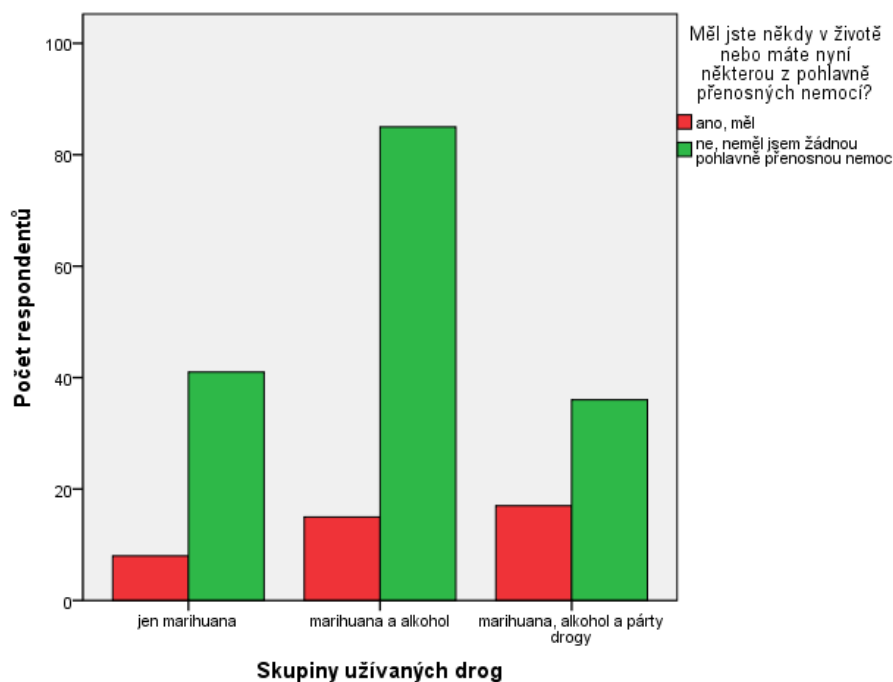
Z výsledků zobrazených v tabulce 69 a grafu 46 je patrné, že z uživatelů, kteří užívají pouze marihuanu mělo pohlavně přenosnou 16,3 %, z těch, kteří užívají marihuanu a alkohol, mělo pohlavně přenosnou nemoc 15,0 %, a z těch, kteří užívají marihuanu, alkohol a „párty“ drogy mělo pohlavně přenosnou nemoc 32,1 % respondentů.

Statisticky významný rozdíl v anamnéze pohlavně přenosných nemocí byl zjištěn mezi uživateli, kteří užívají marihuanu a alkohol a těmi, kteří užívají marihuanu, alkohol a „párty“ drogy ($\chi^2_{(df=2)} = 6,85$; $p = 0,033$).

Tab.69 Pohlavně přenosné nemoci

		Měl jste někdy v životě nebo máte nyní některou z pohlavně přenosných nemocí?		Celkem
		ano, měl jsem pohlavně přenosnou nemoc	ne, neměl jsem žádnou pohlavně přenosnou nemoc	
jen marihuana	Počet	8	41	49
	%	16,3%	83,7%	100,0%
marihuana a alkohol	Počet	15	85	100
	%	15,0%	85,0%	100,0%
marihuana, alkohol a párty drogy	Počet	17	36	53
	%	32,1%	67,9%	100,0%
Celkem	Počet	40	162	202
	%	19,8%	80,2%	100,0%

Graf 46 Pohlavně přenosné nemoci



V souvislosti s nalezenými statisticky významnými rozdíly nás zajímalo, zda existují i případné rozdíly ve věku, frekvenci a délce užívání marihuany v těchto třech skupinách

uživatelů. Mezi těmito kontrolovanými znaky (věk, frekvence a délka užívání marihuany) však statisticky významné rozdíly nebyly zjištěny. Proto statisticky významné rozdíly v jednotlivých položkách popsané výše v této kapitole nemohou být způsobeny tím, že by existovaly rozdíly mezi těmito kontrolovanými znaky (věk, frekvence a délka užívání marihuany) u jednotlivých skupin uživatelů.

3.7 Porovnání výběrového souboru uživatelů marihuany s reprezentativním vzorkem populace ČR

V této kapitole budeme srovnávat některé výsledky výše popsaného výzkumu sexuálního chování uživatelů marihuany s výsledky sexuálního chování obyvatel ČR – IV. Výzkumy sexuálního chování obyvatel České republiky opakovaně provádí každých 5 let (od roku 1993) agentura DEMA, a.s., odborným garantem výzkumů je Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN (prof. Weiss a doc. Zvěřina). Zatím poslední dotazníkové šetření proběhlo v prosinci roku 2008, sběr probíhal prostřednictvím anonymních dotazníků, administrovaných zaškolenými pracovníky. Z celkového počtu 3808 osob bylo zpracováno 2000 dotazníků.

Srovnáním reprezentativního vzorku české populace a vzorku populace uživatelů marihuany jsme se snažili zjistit, jaké jsou rozdíly v jednotlivých oblastech sexuálního chování mezi uživateli marihuany a „průměrnými“ Čechy.

V následujících kapitolách tedy popíšeme výsledky srovnání sexuálního chování uživatelů marihuany s „běžnou“ populací. Konkrétně zde popíšeme porovnání odpovědí respondentů ze souboru uživatelů marihuany z výše prezentovaného výzkumu (viz kapitola 3.5. Výsledky) s odpověďmi věkově srovnatelného souboru „průměrných“ českých mužů, kteří na vybrané položky odpovídali v rámci výzkumu sexuálního chování populace ČR v roce 2008.

Data získaná v obou výzkumech jsme se rozhodli porovnat statistickou analýzou. Pro statistické zpracování jsme použili statistického programu SPSS. Protože však výběrový soubor uživatelů marihuany není reprezentativní pro danou populaci, výsledky vypovídají jen v omezené míře o tom, jaké rozložení proměnných bychom mohli najít v základním souboru. Metody zpracování dat jsme proto volili s ohledem na tento fakt a použili jsme:

- nástroje popisné statistiky a míry středu: aritmetický průměr, medián, směrodatnou odchylku, četnost a procentuální četnost;
- nástroje zjišťující případný výskyt a míru závislosti mezi proměnnými: kontingenční tabulky, Chí-kvadrát test nezávislosti proměnných;
- neparametrický Mann-Whitney test pro dva nezávislé průměry.

V jednotlivých položkách, které byly obsahově srovnatelné (plné znění dotazníků z obou výzkumů je k nahlédnutí v Přílohách 1 a 2) jsme v případě kvalitativních dat používali Chí-kvadrát test nezávislosti proměnných, v případě kvantitativních dat pak neparametrický Mann-Whitney test pro dva nezávislé průměry.

Výběrový soubor uživatelů marihuany není – na rozdíl od výběrového souboru české populace – reprezentativní v sociodemografických ukazatelích jako je věk, vzdělání, místo bydliště atp. Protože však za zásadní proměnnou, která nejvíce ovlivňuje oblast sexuality považujeme věk respondentů, vygenerovali jsme z dat získaných v rámci výzkumu sexuálního chování populace ČR v roce 2008 pomocí generátoru náhodných čísel (počítačový program SPSS) soubor mužů věkově srovnatelný se souborem uživatelů marihuany z našeho výzkumu prezentovaného výše.

Tab. 70 Věkové kategorie v souborech populace ČR a uživatelů marihuany

			Věkové kategorie:		Celkem
			I.	II.	
			30-36 let	37-50 let	
Soubory:	Uživatelé marihuany	Počet respondentů	167	35	202
		%	82,7%	17,3%	100,0%
	Populace ČR	Počet respondentů	146	29	175
		%	83,4%	16,6%	100,0%
Celkem		Počet respondentů	313	64	377
		%	83,0%	17,0%	100,0%

Z tabulky 70 je patrné, že zastoupení uživatelů marihuany jsme dle věku rozdělili do dvou kategorií:

- I. věková kategorie – uživatelé ve věku 30-36 let, která čítala 167 respondentů
- II. věková kategorie – uživatelé ve věku 37-50 let, která čítala 35 respondentů.

Dle těchto kategorií jsme dále ze souboru dat z populačního výzkumu ČR vygenerovali věkově srovnatelný soubor mužů, který byl v jednotlivých kategoriích zastoupen takto:

- I. věková kategorie – muži ve věku 30-36 let, která čítala 146 respondentů
- II. věková kategorie – muži ve věku 37-50 let, která čítala 29 respondentů.

Celkový počet respondentů v souboru uživatelů marihuany tedy činil 202 respondentů, celkový počet respondentů z populačního výzkumu ČR činil 175 respondentů. Je zřejmé, že respondentů v souboru populace ČR je méně, než je počet respondentů v souboru uživatelů marihuany. Rozdíl v počtu respondentů je způsoben skutečností, že v souboru namátkou vybraných respondentů z populačního výzkumu ČR, který splňoval naše kritéria byl k dispozici maximální počet respondentů v I. věkové kategorii (30-36 let) nižší než byl počet respondentů v souboru uživatelů marihuany v této I. kategorii.

Celkový počet respondentů se tedy v jednotlivých souborech liší, co se však týče rozložení věku, oba soubory jsou procentuálně v obou věkových kategoriích zastoupeny rovnoměrně.

3.7.1 Spokojenost se sexuálním životem

V oblasti související se spokojeností respondentů se sexuálním životem jsme porovnávali, jak odpovídali uživatelé marihuany a čeští muži na otázku:

⇒ *Jste se svým sexuálním životem spokojen?*

Protože se však výčet možných odpovědí v této položce v dotazníku, který vyplňovali uživatelé marihuany, lišil od výčtu možných odpovědí, které měli k dispozici čeští muži v dotazníku sexuálního chování (plné znění porovnávaných položek v obou dotaznících viz Přílohy 1 a 2), rozhodli jsme se porovnat pouze odpovědi respondentů, kteří v položce uvedli odpověď „ano, spokojen“ a „nespokojen“ a vytvořili jsme tak dichotomický znak, který jsme následně v obou souborech statisticky srovnali.

Jak je patrné z tabulky 71, zatímco v souboru uživatelů marihuany je se svým sexuálním životem spokojeno 87,3% respondentů, v souboru českých mužů je se svým sexuálním životem spokojeno 75,0%. Ve spokojenosti se sexuálním životem byl mezi uživateli marihuany a českými muži zjištěn statisticky významný rozdíl ($\chi^2_{(df=1)} = 7,55$; $p = 0,004$).

Tab. 71 Spokojenost se sexuálním životem

			Jste se svým sexuálním životem spokojen?		Celkem
			ano	ne	
Soubory:	Uživatelé marihuany	Počet respondentů	124	18	142
		%	87,3%	12,7%	100,0%
	Populace ČR	Počet respondentů	129	43	172
		%	75,0%	25,0%	100,0%

3.7.2 První sexuální styk a první sexuální partneri

Soubor uživatelů marihuany jsme porovnávali se souborem českých mužů i ve třech položkách týkajících se okolností prvního sexuálního styku. První porovnávaná položka zjišťovala věk respondentů v době prvního sexuálního styku, respondenti byli dotázáni na to, kolik let jim bylo při prvním sexuálním styku:

⇒ *Kolik let Vám bylo při prvním sexuálním styku?*

Z tabulky 72 můžeme vyčíst, že zatímco průměrný věk prvního sexuálního styku v souboru uživatelů marihuany je 16,7 let (SD = 2,3), průměrný věk prvního sexuálního styku v souboru českých mužů je 17,6 let (SD = 2,5). Statisticky významný rozdíl ve věku prvního sexuálního styku mezi oběma soubory zjištěn byl ($U = 12835,0$; $p < 0,001$).

Tab. 72 Věk při prvním sexuální styku

		Kolik let Vám bylo při prvním sexuální styku?
Uživatelé marihuany	Počet respondentů	198
	Průměr	16,66
	Medián	17,00
	SD	2,280
Populace ČR	Počet respondentů	169
	Průměr	17,62
	Medián	17,00
	SD	2,459

Ve druhé srovnávané položce jsme se respondentů dotazovali, zda první sexuální styk uskutečnili s náhodnou či se stálou partnerkou:

- ⇒ První pohlavní styk jste uskutečnil:
- s náhodnou partnerkou
 - se stálou partnerkou

Jak je patrné z tabulky 73, zatímco v souboru uživatelů marihuany uskutečnilo první pohlavní styk se stálou partnerkou 52,5% respondentů a 47,5% respondentů uskutečnilo první pohlavní styk s náhodnou partnerkou, v souboru českých mužů uskutečnilo první pohlavní styk se stálou partnerkou 61,0% respondentů, s náhodnou partnerkou 39,0% respondentů. Mezi uživateli marihuany a českými muži však v této oblasti statisticky významný rozdíl zjištěn nebyl.

Tab. 73 Partner při prvním pohlavním styku

			První pohlavní styk jste uskutečnil:		Celkem
			s náhodnou partnerkou	se stálou partnerkou	
Soubory:	Uživatelé marihuany	Počet respondentů	96	106	202
		%	47,5%	52,5%	100,0%
Populace ČR	Populace ČR	Počet respondentů	67	105	172
		%	39,0%	61,0%	100,0%

Co se týče okolností první pohlavního styku, poslední oblastí, ve které jsme srovnávali soubor uživatelů marihuany se souborem českých mužů, byla doba (v měsících), po které respondenti uskutečnili první pohlavní styk se stálou partnerkou:

⇒ *Pokud jste první sexuální styk uskutečnil se stálou partnerkou, po kolika měsících známosti to bylo?*

Jak je zřejmé z tabulky 74, zatímco uživatelé marihuany uskutečnili první pohlavní styk se stálou partnerkou průměrně po 2,7 měsících (SD = 2,9), čeští muži uskutečnili první pohlavní styk se stálou partnerkou průměrně po 4,97 měsících (SD = 6,7). V době před prvním pohlavním stykem, kterou udávali uživatelé marihuany a v době udávané českými muži byl nalezen statisticky významný rozdíl ($U = 3769,0$; $p < 0,001$).

Tab. 74 *Po kolika měsících první pohlavní styk*

		Pokud jste první pohlavní styk uskutečnil se stálou partnerkou, po kolika měsících známosti to bylo?
Uživatelé marihuany	Počet respondentů	106
	Průměr	2,704
	Medián	2,000
	SD	2,8674
Populace ČR	Počet respondentů	102
	Průměr	4,971
	Medián	3,000
	SD	6,7244

3.7.3 Počet sexuálních partnerek

V rámci této kapitoly nás zajímalo, nakolik se uživatelé marihuany liší od českých mužů v celkovém počtu sexuálních partnerek, zda se uživatelé marihuany liší od českých mužů v tom, zda někdy měli pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc) a také, zda se oba soubory v počtu příležitostných partnerek liší. Jako první jsme tedy porovnali položku:

⇒ *S kolika ženami jste za celý život celkem souložil?*

Z tabulky 75 můžeme vyčíst, že zatímco průměrný celkový počet sexuálních partnerek v souboru uživatelů marihuany je 24,1 partnerek (SD = 32,8), průměrný celkový počet sexuálních partnerek v souboru českých mužů je 10,4 (SD = 11,7) partnerky. Statisticky významný rozdíl v celkovém počtu sexuálních partnerek mezi oběma soubory zjištěn byl ($U = 8969,0$; $p < 0,001$).

Tab. 75 Celkový počet sexuálních partnerek

		S kolika ženami jste za celý život celkem souložil?
Uživatelé marihuany	Počet respondentů	176
	Průměr	24,05
	Medián	12,50
	SD	32,834
Populace ČR	Počet respondentů	166
	Průměr	10,43
	Medián	7,00
	SD	11,692

Zajímalo nás dále, zda se respondenti z obou souborů liší v tom, zda někdy v životě měli či neměli pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc):

⇒ *Měl jste někdy pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc)?*

Z tabulky 76 můžeme vyčíst, že zatímco v souboru uživatelů marihuany mělo někdy pohlavní styk s příležitostnou partnerkou 85,6% respondentů, v souboru českých mužů to bylo 71,4% respondentů. Rozdíl mezi uživateli marihuany a českými muži je zde statisticky významný ($\chi^2_{(df=1)} = 11,439$; $p = 0,001$).

Tab. 76 Pohlavní styk s příležitostnou partnerkou

			Měl jste někdy pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc)?		Celkem
			ne	ano	
Soubory:	Uživatelé marihuany	Počet respondentů	29	173	202
		%	14,4%	85,6%	100,0%
	Populace ČR	Počet respondentů	50	125	175
		%	28,6%	71,4%	100,0%

V souvislosti se zkušeností s pohlavním stykem s příležitostnými partnerkami nás nakonec zajímalo, zda se uživatelé marihuany liší od českých mužů v počtu příležitostných partnerek:

⇒ *Pokud jste již měl pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc), s kolika ženami celkem to bylo?*

Jak můžeme vyčíst z tabulky 77, zatímco v souboru uživatelů marihuany činil průměrný počet příležitostných sexuálních partnerek 12,97 partnerek (SD = 22,4), v souboru českých mužů průměrný počet činil 5,45 partnerek (SD = 5,8). Rozdíl v počtu příležitostných sexuálních partnerek mezi oběma soubory je statisticky významný ($U = 7187,50$; $p = 0,021$).

Tab. 77 Počet příležitostných partnerek

		Pokud jste již měl pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc), s kolika ženami celkem to bylo?
Uživatelé marihuany	Počet respondentů	141
	Průměr	12,97
	Medián	5,00
	SD	22,416
Populace ČR	Počet respondentů	122
	Průměr	5,45
	Medián	4,00
	SD	5,801

3.7.4 Stálý partnerský vztah a frekvence pohlavního styku

Z oblasti problematiky stálého partnerského vztahu nás zajímalo, zda respondenti ze souboru uživatelů marihuany ve srovnání s českými muži udržují více, či naopak méně, stálý partnerský vztah se ženou, a zda se odlišují od českých mužů v délce trvání stálého partnerského vztahu. V souvislosti se stálým partnerským vztahem nás dále také zajímalo, zda se uživatelé marihuany liší v tom, zda mají či nemají s partnerkou pohlavní styky, a zda se od souboru českých mužů odlišují v měsíční frekvenci pohlavních styků v rámci stálého partnerského vztahu. Porovnávali jsme proto, jak odpovídali respondenti z obou souborů nejprve na tuto otázku:

⇒ *Máte v současné době stálý partnerský vztah se ženou?*

Jak je možné vyčíst z tabulky 78, ze souboru uživatelů marihuany odpovědělo 81,7% respondentů, že v současné době mají stálý partnerský vztah se ženou, v souboru českých mužů takto odpovědělo 76,6% respondentů. Rozdíl mezi uživateli marihuany a českými muži v tom, zda mají či nemají stálý partnerský vztah se ženou však statisticky významný není.

Tab. 78 *Stálý partnerský vztah*

			Máte v současné době stálý partnerský vztah se ženou?		Celkem
			ne	ano	
Soubory:	Uživatelé marihuany	Počet respondentů	37	165	202
		%	18,3%	81,7%	100,0%
	Populace ČR	Počet respondentů	41	134	175
		%	23,4%	76,6%	100,0%

Zjišťovali jsme dále, zda se uživatelé marihuany odlišují od českých mužů v délce trvání stálého partnerského vztahu:

⇒ *Máte-li v současné době stálý partnerský vztah se ženou, kolik trvá měsíců?*

Z tabulky 79 můžeme vyčíst, že zatímco průměrná délka stálého partnerského vztahu v souboru uživatelů marihuany byla 56,6 měsíců (SD = 46,3), průměrná délka stálého partnerského vztahu v souboru českých mužů byla 81,9 měsíců (SD = 76,6). Rozdíl v délce stálého partnerského vztahu mezi oběma soubory je statisticky významný ($U = 7979,0$; $p = 0,024$).

Tab. 79 *Doba trvání stálého partnerského vztahu*

		Máte-li v současné době stálý partnerský vztah se ženou, kolik trvá měsíců?
Uživatelé marihuany	Počet respondentů	148
	Průměr	56,57
	Medián	40,00
	SD	46,246
Populace ČR	Počet respondentů	128
	Průměr	81,92
	Medián	60,00
	SD	76,594

Zjišťovali jsme dále, zda se uživatelé marihuany od českých mužů liší v tom, zda mají či nemají v rámci stálého partnerského vztahu se svou partnerkou pohlavní styky:

⇒ *Máte v současné době s Vaší partnerkou pohlavní styky?*

V tabulce 80 vidíme, že v souboru uživatelů marihuany má se svou partnerkou pohlavní styky 95,2% respondentů, a také že v souboru českých mužů má se svou partnerkou pohlavní styky 99,3% respondentů. Zda je však rozdíl mezi uživateli marihuany a českými muži v odpovědích na tuto otázku statisticky významný nebylo možno statisticky vyhodnotit z důvodu malého počtu respondentů, kteří na položku odpověděli negativně, tedy odpověděli, že nemají se svou partnerkou pohlavní styky.

Tab. 80 *Pohlavní styky se stálou partnerkou*

			Máte v současné době s Vaší partnerkou pohlavní styky?		Celkem
			ne	ano	
Soubory:	Uživatelé marihuany	Počet respondentů	8	157	165
		%	4,8%	95,2%	100,0%
	Populace ČR	Počet respondentů	1	133	134
		%	0,7%	99,3%	100,0%

Z oblasti stálého partnerského vztahu nás nakonec zajímalo, zda se uživatelé marihuany liší od českých mužů v měsíční frekvenci pohlavních styků, jež mají se stálou partnerkou:

⇒ *Pokud máte se svou partnerkou pohlavní styky, kolikrát měsíčně?*

Z tabulky 81 lze vyčíst, že zatímco uživatelé marihuany mají pohlavní styky se svou partnerkou průměrně 15,1 krát měsíčně (SD = 11,6), čeští muži mají pohlavní styky se svou partnerkou průměrně 10,2 krát měsíčně (SD = 6,3). Rozdíl mezi uživateli marihuany a českými muži v měsíční frekvenci pohlavních styků je statisticky významný ($U = 7109,5$; $p < 0,001$).

Tab. 81 Frekvence pohlavních styků se stálou partnerkou

		Pokud máte se svou partnerkou pohlavní styky, kolikrát měsíčně?
Uživatelé marihuany	Počet respondentů	152
	Průměr	15,14
	Medián	12,00
	SD	11,572
Populace ČR	Počet respondentů	129
	Průměr	10,19
	Medián	10,00
	SD	6,255

3.7.5 Používání ochrany při styku se stálými a náhodnými partnerkami

Užívání antikoncepce a účinné ochrany je důležitým ukazatelem rizikovosti sexuálního chování. Zajímalo nás proto, zda se uživatelé marihuany liší od českých mužů v tom, zda užívají více či méně antikoncepci a ochranu při styku se stálou partnerkou a při styku s náhodnými partnerkami. Co se týče sexuálního styku s náhodnými partnerkami, dále jsme zjišťovali, zda se uživatelé marihuany od českých mužů odlišují v užívání kondomu při styku s náhodnými partnerkami.

Nejprve jsme tedy srovnávali odpovědi respondentů na otázku zjišťující používání ochrany se stálou partnerkou:

⇒ *Používáte ochranu při styku se svou stálou partnerkou?*

Protože se však výčet možných odpovědí na tuto položku v dotazníku, který vyplňovali uživatelé marihuany lišil od výčtu možných odpovědí, které měli k dispozici čeští muži v dotazníku sexuálního chování (plné znění porovnávaných položek v obou dotaznících viz Přílohy 1 a 2), rozhodli jsme se sloučit odpovědi respondentů, kteří používali jakoukoli z nabídnutých možností ochrany v jednu společnou odpověď „*používám ochranu*“ a možnost odpovědi „*nepoužívám*“ jsme pro účely tohoto srovnání pouze přeformulovali na „*nepoužívám ochranu*“, a po té jsme teprve výpovědi tohoto nově vzniklého dichotomického znaku srovnali.

Jak je možno vyčíst z tabulky 82, používání ochrany se stálou partnerkou se v obou souborech lišilo minimálně. Zatímco v souboru uživatelů marihuany používá ochranu se stálou partnerkou 72,4% respondentů, v souboru českých mužů používá ochranu 71,4% respondentů. Rozdíl v používání ochrany mezi oběma soubory není statisticky významný.

Tab. 82 *Používání ochrany se stálou partnerkou*

			Používáte ochranu při styku se svou stálou partnerkou?		Celkem
			nepoužívám ochranu	používám ochranu	
Soubory:	Uživatelé marihuany	Počet respondentů	47	123	170
		%	27,6%	72,4%	100,0%
Populace ČR	Populace ČR	Počet respondentů	48	120	168
		%	28,6%	71,4%	100,0%

Podobně jsme zjišťovali, zda se uživatelé marihuany odlišují od českých mužů v používání ochrany při styku s náhodnými partnerkami, otázka zněla:

⇒ *Používáte ochranu při styku s náhodnými partnerkami?*

Protože se však i v této položce výčet možných odpovědí lišil v dotazníku, který vyplňovali uživatelé marihuany, od výčtu možných odpovědí, který měli k dispozici čeští muži v dotazníku sexuálního chování (plné znění porovnávaných položek v obou dotaznících viz Přílohy 1 a 2), rozhodli jsme se opět sloučit odpovědi respondentů, kteří používali jakoukoli z nabídnutých možností ochrany v jednu společnou odpověď „*používám ochranu*“ a možnost odpovědi „*nepoužívám*“ jsme pro účely tohoto srovnání pouze přeformulovali na „*nepoužívám ochranu*“, a po té jsme teprve odpovědi na tento nově vzniklý dichotomický znak porovnali.

V tabulce 83 vidíme, že v souboru uživatelů marihuany 76,2% respondentů uvedlo, že při styku s náhodnými partnerkami ochranu používají. V souboru českých mužů užívá ochranu při styku s náhodnými partnerkami 72,2% respondentů. Rozdíl v užívání ochrany s náhodnými partnerkami mezi uživateli marihuany a českými muži není statisticky významný.

Tab. 83 Používání ochrany s náhodnými partnerkami

			Používáte ochranu při styku s náhodnými partnerkami?		Celkem
			nepoužívám ochranu	používám ochranu	
Soubory :	Uživatelé marihuany	Počet respondentů	29	93	122
		%	23,8%	76,2%	100,0%
	Populace ČR	Počet respondentů	32	83	115
		%	27,8%	72,2%	100,0%

Nakonec nás v problematice používání ochrany zajímalo, zda se uživatelé marihuany odlišují od českých mužů v používání kondomu při styku s náhodnými partnerkami. Pro srovnání jsme použili položku dotazující se na používání ochrany při styku s náhodnými partnerkami:

- ⇒ *Používáte ochranu při styku s náhodnými partnerkami?*
- *nemám náhodné sexuální styky*
 - *nepoužívám*
 - *používám kondom*
 - *používám přerušovaný styk*
 - *partnerka používá antikoncepční pilulky*
 - *Jiná odpověď:*

V této položce jsme odpověď „*používám kondom*“ pro účely našeho srovnání ponechali ve stejné formulaci, zbylé odpovědi jsme sloučili v jednu a formulovali ji jako „*nepoužívám kondom*“. Podobně jsme zpracovali odpovědi na položku v souboru českých mužů, a takto nově vzniklý dichotomický znak jsme statisticky srovnali.

Jak je zřejmé z tabulky 83, zatímco v souboru uživatelů marihuany 72,4% respondentů uvedlo, že kondom používají, v souboru českých mužů uvedlo používání kondomu 68,8% mužů. Rozdíl v používání kondomu s náhodnými partnerkami mezi oběma soubory však není statisticky významný.

Tab. 83 Používání kondomu s náhodnými partnerkami

			Používáte ochranu při styku s náhodnými partnerkami?		Total
			používám kondom	nepoužívám kondom	
Soubory:	Uživatelé marihuany	Počet respondentů	76	29	105
		%	72,4%	27,6%	100,0%
	Populace ČR	Počet respondentů	33	15	48
		%	68,8%	31,3%	100,0%

3.7.6 Potřeba sexuálního uspokojení

Z oblasti potřeby sexuálního uspokojení nás zajímalo, zda se uživatelé marihuany liší od českých mužů v tom, zda sexuální uspokojení potřebují či nepotřebují, a zda potřebují sexuální častěji v měsíci nebo naopak méně často než čeští muži. Dále jsme také zjišťovali rozdíly v sexuální aktivitě. Zajímalo nás, zda se uživatelé marihuany liší od českých mužů v tom, zda jsou či nejsou sexuálně aktivní, a zda jsou uživatelé marihuany sexuálně aktivní (měsíčně) častěji nebo naopak méně často. Nejprve jsme tedy porovnávali odpovědi na tuto položku:

⇒ *Potřebujete v současné době sexuální uspokojení (vybití)?*

Jak je možno vyčíst z tabulky 84, zatímco v souboru uživatelů marihuany sexuální uspokojení potřebuje 93,6% respondentů, v souboru českých mužů potřebuje sexuální uspokojení 70,3% respondentů. Rozdíl v potřebě sexuálního uspokojení mezi uživateli marihuany a českými muži je statisticky významný ($\chi^2_{(df=1)} = 35,299$; $p < 0,001$).

Tab. 84 *Potřeba sexuálního uspokojení*

			Potřebujete v současné době sexuální uspokojení (vybití)?		Celkem
			ne	ano	
Soubory:	Uživatelé marihuany	Počet respondentů	13	189	202
		%	6,4%	93,6%	100,0%
Populace ČR	Populace ČR	Počet respondentů	51	121	172
		%	29,7%	70,3%	100,0%

Dále nás zajímalo, zda se uživatelé marihuany odlišují od českých mužů v tom, jak často v měsíci sexuální uspokojení potřebují. Otázka zněla:

⇒ *Pokud sexuální uspokojení (vybití) potřebujete, kolikrát měsíčně?*

V tabulce 85 vidíme, že zatímco uživatelé marihuany potřebují sexuální uspokojení průměrně 22,4 krát měsíčně (SD = 11,8), čeští muži potřebují sexuální uspokojení průměrně 13,8 krát do měsíce (SD = 9,1). Rozdíl v tom, kolikrát měsíčně potřebují sexuální uspokojení

uživatelé marihuany ve srovnání s českými muži je statisticky významný ($U = 5180,0$; $p < 0,001$).

Tab. 85 Frekvence potřeby sexuálního uspokojení

		Pokud sexuální uspokojení (vybití) potřebujete, kolikrát měsíčně?
Uživatelé marihuany	Počet respondentů	163
	Průměr	22,40
	Medián	20,00
	SD	11,821
Populace ČR	Počet respondentů	118
	Průměr	13,84
	Medián	11,50
	SD	9,106

Zjišťovali jsme dále, zda se uživatelé marihuany liší od českých mužů v tom, zda a jak často v měsíci jsou sexuálně aktivní. Nejprve jsme porovnávali výpovědi respondentů z obou souborů na tuto otázku:

⇒ *Jste v současné době sexuálně aktivní (jakýmkoli způsobem tedy soulož, onanie atd.)?*

Z tabulky 86 můžeme vyčíst, že zatímco v souboru uživatelů marihuany odpovědělo 97,0% respondentů, že jsou v současné době sexuálně aktivní, v souboru českých mužů odpovědělo 91,8% respondentů, že jsou v současné době sexuálně aktivní. Rozdíl v počtu respondentů, kteří jsou sexuálně aktivní mezi oběma soubory je statisticky významný ($\chi^2_{(df=1)} = 4,967$; $p = 0,023$).

Tab. 86 Sexuální aktivita

			Jste v současné době sexuálně aktivní (jakýmkoli způsobem, tedy soulož onanie atd.)?		Celkem
			ne	ano	
Soubory:	Uživatelé marihuany	Počet respondentů	6	196	202
		%	3,0%	97,0%	100,0%
	Populace ČR	Počet respondentů	14	157	171
		%	8,2%	91,8%	100,0%

Co se týče problematiky sexuálního uspokojení, zjišťovali jsme nakonec, zda se uživatelé marihuany odlišují od českých mužů v tom, kolikrát měsíčně jsou sexuálně aktivní. Položka, kterou jsme zde porovnávali, byla formulována takto:

⇒ *Jste-li sexuálně aktivní, kolikrát měsíčně?*

Jak vidíme v tabulce 86, zatímco respondenti v souboru uživatelů marihuany jsou sexuálně aktivní průměrně 23,1 krát měsíčně (SD = 13,05), respondenti ze souboru českých mužů jsou aktivní průměrně 11,9 krát měsíčně (SD = 8,08). Rozdíl v tom, kolikrát měsíčně jsou sexuálně aktivní uživatelé marihuany ve srovnání s českými muži je statisticky významný ($U = 5912,0$; $p < 0,001$).

Tab. 86 *Frekvence sexuální aktivity*

		Jste-li sexuálně aktivní, kolikrát měsíčně?
Uživatelé marihuany	Počet respondentů	174
	Průměr	23,07
	Medián	20,00
	SD	13,049
Populace ČR	Počet respondentů	155
	Průměr	11,90
	Medián	10,00
	SD	8,077

3.7.7 Trvání sexuálního styku

Respondenti v souboru uživatelů marihuany i respondenti v souboru českých mužů byli dotázáni na průměrnou dobu trvání milostné předehry a soulože s partnerkou. Respondentům byla položena otázka:

⇒ *Na kolik minut odhadujete nyní v průměru délku milostné předehry při styku s partnerkou? (uveďte počet minut)*

Z tabulky 87 můžeme vyčíst, že zatímco průměrná doba trvání milostné předehry uvedená respondenty ze souboru uživatelů marihuany činí 16,1 minut (SD = 11,8), průměrná doba trvání milostné předehry udávaná českými muži činí 14,6 minut (SD = 8,98). Rozdíl

v průměrné době trvání milostné přede hry mezi oběma soubory však není statisticky významný.

Tab. 87 Doba trvání milostné přede hry

		Na kolik minut odhadujete nyní v průměru délku milostné přede hry při styku s partnerkou?
Uživatelé marihuany	Počet respondentů	200
	Průměr	16,13
	Medián	15,00
	SD	11,764
Populace ČR	Počet respondentů	170
	Průměr	14,63
	Medián	10,00
	SD	8,986

Respondentům z obou souborů byla také položena otázka zjišťující průměrnou dobu trvání soulože s partnerkou. Otázka zněla:

⇒ Na kolik minut odhadujete nyní v průměru dobu trvání soulože s partnerkou? (uveďte počet minut)

Jak můžeme vyčíst z tabulky 88, zatímco průměrná doba trvání soulože v souboru uživatelů marihuany je 22,2 minut (SD = 15,4), průměrná doba trvání soulože v souboru českých mužů je 15,3 minut (SD = 12,9). Rozdíl v průměrné době trvání soulože mezi oběma soubory je statisticky významný ($U = 10812,00$; $p < 0,001$).

Tab. 88 Doba trvání soulože

		Na kolik minut odhadujete nyní v průměru dobu trvání soulože s partnerkou?
Uživatelé marihuany	Počet respondentů	195
	Průměr	22,21
	Medián	20,00
	SD	15,448
Populace ČR	Počet respondentů	170
	Průměr	15,25
	Medián	10,00
	SD	12,857

3.7.8 Sexuální obtíže a poruchy

Výskytem sexuálních obtíží a poruch v souvislosti s užíváním marihuany v souboru uživatelů marihuany jsme se podrobně zabývali výše (viz kapitola 3.5.8 Sexuální obtíže a poruchy). Zajímalo nás tedy také, zda se výskyt sexuálních obtíží a poruch v souboru uživatelů marihuany liší od výskytu sexuálních obtíží a poruch v souboru českých mužů. Protože se však položky, zjišťující výskyt sexuálních obtíží a poruch, obsahově lišily, nebylo možno výstupy z výzkumu uživatelů marihuany a výstupy z výzkumu české populace porovnat statistickou analýzou. Rozhodli jsme přesto v této kapitole prezentovat alespoň prosté srovnání odpovědí na položky, které vnímáme jako obsahově si nejbližší. První oblast srovnání se bude týkat výskytu a povahy sexuálních obtíží v obou souborech, druhá oblast se bude zabývat počtem respondentů v obou souborech, kteří léčí své sexuální poruchy léky.

Ve výzkumu sexuálního chování uživatelů marihuany jsme se respondentů dotazovali, zda se u nich některá ze sexuálních obtíží objevila v souvislosti s užíváním marihuany. Ve výzkumu sexuálního chování české populace byli respondenti dotazováni, zda se u nich některá ze sexuálních obtíží vyskytuje v současnosti (plné znění porovnávaných položek v obou dotaznících viz Přílohy 1 a 2).

Z tabulky 89 lze vyčíst, že v souboru uživatelů marihuany uvedlo celkem 7 respondentů, že se u nich v souvislosti s užíváním marihuany objevila příliš malá potřeba sexu, zatímco v souboru českých mužů uvedlo 8 respondentů, že příliš malou potřebou sexu trpí v současnosti, 2 respondenti ze souboru uživatelů marihuany uvedli, že se u nich v souvislosti s užíváním objevila předčasná ejakulace, 4 respondenti ze souboru českých mužů uvedli, že se u nich předčasná ejakulace vyskytuje v současnosti. Dále vidíme, že poruchy erekce se objevily v souvislosti s užíváním marihuany u 8 respondentů ze souboru uživatelů marihuany, zatímco v souboru českých mužů uvedlo 7 mužů, že poruchou erekce trpí v současnosti, 6 respondentů ze souboru uživatelů marihuany uvedlo, že u nich v souvislosti s užíváním marihuany vyskytla neschopnost dosáhnout vyvrcholení, v souboru českých mužů uvedli 2 respondenti, že se u nich neschopnost dosáhnout vyvrcholení objevuje v současnosti. Zatímco dále v souboru uživatelů marihuany uvedlo 17 respondentů, že se u nich v souvislosti s užíváním marihuany objevila příliš velká potřeba sexu, v souboru českých mužů se příliš velká potřeba sexu vyskytuje v současnosti u 6 respondentů.

V souboru uživatelů marihuany uvedlo také 9 respondentů, že se u nich v souvislosti s užíváním marihuany objevila opožděná ejakulace, v souboru českých mužů uvedl 1 respondent, že se u něj v současnosti objevuje opožděná ejakulace. A nakonec žádný z respondentů ze souboru uživatelů marihuany neuvedl, že by se u něj v souvislosti s užíváním marihuany objevily bolesti a nepříjemné pocity, v souboru českých mužů uvedli 2 respondenti, že v současné době trpí na bolesti a nepříjemné pocity při sexu.

Tab. 89 Porovnání výskytu sexuálních obtíží mezi uživateli marihuany a českými muži

Sexuální obtíže a poruchy	Počet respondentů	
	Uživatelé marihuany	Populace ČR
	Výskyt sexuálních obtíží v souvislosti s užíváním marihuany	Výskyt sexuálních obtíží v současnosti
příliš malá potřeba sexu	7	8
předčasná ejakulace	2	4
poruchy erekce	8	7
neschopnost dosáhnout vyvrcholení	6	2
příliš velká potřeba sexu	17	6
opožděná ejakulace	9	1
bolesti a nepříjemné pocity	-	2

V souvislosti s výskytem sexuálních obtíží a poruch jsme dále porovnávali počet respondentů ze souboru uživatelů marihuany, kteří uvedli, že užívají nějaký prostředek na zlepšení erekce či sexuálního výkonu s počtem respondentů ze souboru českých mužů, kteří uvedli, že své sexuální poruchy léčí léky. Jak jsme již zmínili v úvodu kapitoly, z důvodu obsahových odlišností srovnávaných položek (plné znění porovnávaných položek v obou dotaznících viz Přílohy 1 a 2), ani zde neaplikujeme statistickou analýzu a pouze předkládáme prosté srovnání počtu respondentů, kteří na položky odpověděli kladně.

Jak můžeme vyčíst z tabulky 90, užívání léků na zlepšení erekce a sexuálního výkonu uvedli shodně tři respondenti v obou souborech. V souboru uživatelů marihuany navíc uvedli dva respondenti, že na zlepšení erekce či sexuálního výkonu užívají potravní doplňky.

Tab. 90 Porovnání užívání prostředků na sexuální poruchy užívateli marihuany a českými muži

Užívání léků a prostředků na zlepšení sexuálního výkonu	Počet respondentů	
	Uživatelé marihuany	Populace ČR
	Užívání prostředků na zlepšení erekce či sexuálního výkonu	Léčba sexuálních poruch léky
užívání léků (Viagra, Cialis, Levitra)	3	3
užívání potravních doplňků (Tribulus terrestris, Arginmax či jiné)	2	-

3.7.9 Styk s prostitutkou

Protože využívání komerčního sexu patří mezi velmi rizikové aktivity, zejména co se týče přenosu pohlavních nemocí jako je HIV/AIDS a hepatitidy typu B a C, zajímalo nás, zda se uživatelé marihuany od českých mužů odlišují v tom, do jaké míry mají zkušenost s pohlavním stykem s prostitutkou, a dále nás zajímalo také to, zda při styku s prostitutkou užívají ve srovnání s českými muži více či méně kondom. Nejdříve jsme tedy srovnávali, jak respondenti v obou souborech odpovídali na otázku zjišťující zkušenosti s pohlavním stykem s prostitutkou. Otázka zněla:

⇒ *Měl jste někdy v životě pohlavní styk s prostitutkou?*

Jak můžeme vidět v tabulce 90, zatímco v souboru uživatelů marihuany uvedlo 32,7% respondentů, že někdy v životě měli pohlavní styk s prostitutkou, v souboru českých mužů uvedlo 21,1% respondentů, že někdy v životě měli pohlavní styk s prostitutkou. Zjištěný rozdíl mezi užívateli marihuany a českými muži v tom, zda někdy v životě měli pohlavní styk s prostitutkou je statisticky významný ($\chi^2_{(df=1)} = 6,278$; $p = 0,008$).

Tab. 90 Styk s prostitutkou

			Měl jste někdy v životě pohlavní styk s prostitutkou?		Celkem
			ano	ne	
Soubory:	Uživatelé marihuany	Počet respondentů	66	136	202
		%	32,7%	67,3%	100%
	Populace ČR	Počet respondentů	37	138	175
		%	21,1%	78,9%	100%

Respondenti byli také dotazováni, zda při styku s prostitutkou použili kondom vždy, občas a nebo nikdy. Ptali jsme se:

⇒ *Pokud ano, použil jste při styku s prostitutkou kondom?*

Z tabulky 91 můžeme vyčíst, že v souboru uživatelů marihuany uvedla 3% respondentů, že při pohlavním styku s prostitutkou kondom nepoužili nikdy, v souboru českých mužů kondom nepoužilo nikdy 5,4% respondentů. Naopak vždy kondom použilo při pohlavním styku s prostitutkou 84,8% respondentů ze souboru uživatelů marihuany, v souboru českých mužů uvedlo 78,4 % respondentů, že kondom užíli při pohlavním styku s prostitutkou vždy. Zbylí respondenti uvedli, že kondom při styku s prostitutkou použili občas. V souboru uživatelů marihuany použilo občas kondom při pohlavním styku s prostitutkou 12,1% respondentů, v souboru českých mužů použilo při pohlavním styku s prostitutkou kondom občas 16,2% respondentů. Rozdíly mezi uživateli marihuany a českými muži v tom, zda při styku s prostitutkou použili kondom, nebylo v tomto případě možné statisticky vyhodnotit z důvodu malého počtu respondentů, kteří na položku odpověděli, že kondom s prostitutkou nepoužili nikdy.

Tab. 91 Používání kondomu při pohlavním styku s prostitutkou

			Pokud ano, použil jste při styku s prostitutkou kondom?			Celkem
			ne, nikdy	občas ano	vždy	
Soubory:	Uživatelé marihuany	Počet respondentů	2	8	56	66
		%	3,0%	12,1%	84,8%	100,0%
	Populace ČR	Počet respondentů	2	6	29	37
		%	5,4%	16,2%	78,4%	100,0%

3.7.10 Sexuální styk s mužem, bisexualita

Jak jsme již zmínili výše, vyjasněná sexuální orientace je jedním z nejdůležitějších faktorů spokojeného sexuálního života. Zajímalo nás proto, zda se uživatelé marihuany liší od českých mužů ve zkušenosti s pohlavním stykem s mužem, a zjišťovali jsme také, zda se více či méně uživatelů marihuany ve srovnání s českými muži cítí být bisexuály. První položka, kterou jsme v této oblasti porovnávali se tedy dotazovala na zkušenost s pohlavním stykem s mužem v dosavadním životě a byla formulována takto:

⇒ *Měl jste někdy v životě pohlavní styk s mužem?*

Z tabulky 92 můžeme vyčíst, že zatímco v souboru uživatelů marihuany 89,1% respondentů uvedlo, že nikdy neměli pohlavní styk s mužem, v souboru českých mužů uvedlo 96,6% respondentů, že nikdy v životě neměli pohlavní styk s mužem. Rozdíl v tom, kolik respondentů ze souboru uživatelů marihuany ve srovnání s českými muži nemělo nikdy pohlavní styk s mužem je statisticky významný ($\chi^2_{(df=2)} = 7,595$; $p = 0,022$).

Zbylí respondenti uváděli, že styk s mužem měli buď jednou nebo opakovaně. V souboru uživatelů marihuany mělo pohlavní styk s mužem jednou 5,4% respondentů, a stejný počet respondentů (5,4%) měl pohlavní styk s mužem opakovaně. V souboru českých mužů mělo pohlavní styk s mužem jednou 1,7% respondentů a opět stejný počet respondentů (1,7%) mělo v souboru českých mužů pohlavní styk s mužem opakovaně.

Tab. 92 *Sexuální styk s mužem*

			Měl jste někdy v životě pohlavní styk s mužem?			Celkem
			ne	ano, jednou	ano, opakovaně	
Soubory:	Uživatelé marihuany	Počet respondentů	180	11	11	202
		%	89,1%	5,4%	5,4%	100,0%
	Populace ČR	Počet respondentů	169	3	3	175
		%	96,6%	1,7%	1,7%	100,0%

Respondenti v obou souborech byli také dotázáni, zda sami sebe považují za bisexuálně orientované, otázka zněla:

⇒ *Považujete se za bisexuála?*

Jak můžeme vidět v tabulce 92, za bisexuála se v souboru uživatelů marihuany považuje 12,9% respondentů, v souboru českých mužů se za bisexuála považuje 9,5% respondentů. Rozdíl v počtu respondentů mezi uživateli marihuany a českými muži, kteří se považují za bisexuály, není statisticky významný.

Tab. 92 Bisexualita

			Považujete se za bisexuála?		Celkem
			ne	ano	
Soubory:	Uživatelé marihuany	Počet respondentů	176	26	202
		%	87,1%	12,9%	100,0%
Populace ČR		Počet respondentů	153	16	169
		%	90,5%	9,5%	100,0%

3.7.11 Pohlavně přenosné nemoci

Již jsme zmínili výše, že problematiku pohlavně přenosných nemocí považujeme za důležitou nejen kvůli šíření onemocnění a zdravotním rizikům, ale že jsme také přesvědčeni že výskyt pohlavně přenosných nemocí se promítá i do kvality sexuálního života jedince. Zjišťovali jsme proto, zda se respondenti ze souboru uživatelů marihuany budou odlišovat od českých mužů, v tom, zda někdy měli nebo mají nyní nějakou z pohlavně přenosných nemocí. Respondenti byli dotázáni:

⇒ *Měl jste někdy v životě nebo máte nyní některou z pohlavně přenosných nemocí?*

Při statistickém zpracování odpovědí na tuto položku jsme zjistili, že pro širší škálu možných odpovědí není možno vzhledem k počtu respondentů možno položku statisticky vyhodnotit (plné znění porovnávaných položek v obou dotaznících viz Přílohy 1 a 2). Rozhodli jsme se proto sloučit odpovědi respondentů, kteří měli jakoukoli pohlavní nemoc v jednu společnou odpověď představující „*ano, měl jsem pohlavně přenosnou nemoc*“, a po té jsme teprve výpovědi u tohoto nově vzniklého dichotomického znaku mezi jednotlivými soubory respondentů porovnali.

V tabulce 93 vidíme, že zatímco v souboru uživatelů marihuany odpovědělo 19,8% respondentů, že někdy v životě měli některou z pohlavně přenosných nemocí, v souboru českých mužů odpovědělo 9,7% respondentů, že někdy v životě měli některou z pohlavně

přenosných nemocí. Rozdíl mezi uživateli marihuany a českými muži v tom, zda někdy v životě měli některou z pohlavně přenosných nemocí je statisticky významný ($\chi^2_{(df=1)} = 7,435$; $p = 0,004$).

Tab. 93 Pohlavně přenosné nemoci

			Měl jste někdy v životě nebo máte nyní některou z pohlavně přenosných nemocí?		Celkem
			ne	ano	
Soubory:	Uživatelé marihuany	Počet respondentů	162	40	202
		%	80,2%	19,8%	100,0%
Populace ČR		Počet respondentů	158	17	175
		%	90,3%	9,7%	100,0%

3.7.12 Testování na přítomnost pohlavně přenosných nemocí

Z hlediska rizikovosti sexuálního chování nás nakonec zajímalo, zda se uživatelé marihuany liší od českých mužů v tom, zda a jak často se nechávají testovat na přítomnost viru HIV, zjišťovali jsme také, zda se uživatelé marihuany odlišují od českých mužů v tom, zda jim někdy v životě byla diagnostikována hepatitida typu C. Nejdříve jsme zpracovávali odpovědi respondentů na otázku, která zněla:

⇒ *Byl jste testován na HIV?*

Při statistickém zpracování odpovědí na tuto položku jsme zjistili, že pro širší škálu možných odpovědí v dotazníku z výzkumu sexuálního chování uživatelů marihuany není možno tuto položku statisticky vyhodnotit (plné znění porovnávaných položek v obou dotaznících viz Přílohy 1 a 2). Rozhodli jsme se proto sloučit dvě možnosti odpovědi respondentů z výzkumu sexuálního chování uživatelů marihuany v jednu odpověď, konkrétně sloučili jsme odpověď „ano, třikrát a více“ s odpovědí „ano, pravidelně (alespoň 2x ročně)“ v jednu odpověď „ano, třikrát a více“. Poté jsme odpovědi na položku statisticky porovnali.

Jak můžeme vyčíst z tabulky 94, zatímco v souboru uživatelů marihuany nebylo nikdy na testováno na HIV 48,5% respondentů, v souboru českých mužů nebylo na HIV nikdy testováno 75,9% respondentů. Rozdíl mezi oběma soubory v počtu respondentů, kteří nebyli nikdy testováni na HIV je statisticky významný ($\chi^2_{(df=3)} = 45,799$; $p < 0,001$).

Z tabulky 94 můžeme dále také vyčíst, že ze souboru uživatelů marihuany bylo jednou na HIV testováno 18,8% respondentů, a že v souboru českých mužů bylo jednou testováno na HIV podobné množství respondentů (18,4%). Testováno na HIV dvakrát bylo v souboru uživatelů marihuany 9,4% respondentů, mezi českými muži tak vypovědělo 2,9% respondentů. Třikrát a více bylo v souboru uživatelů marihuany testováno 23,3% respondentů, v souboru českých mužů bylo třikrát a více testováno 2,9% respondentů. Rozdíly mezi soubory v počtu respondentů, kteří byli testováni dvakrát a třikrát a více jsou také statisticky významné ($\chi^2_{(df=3)} = 45,799$; $p < 0,001$).

Tab. 94 Testování na přítomnost viru HIV

			Byl jste testován na HIV?				Celkem
			ne	ano, jednou	ano, dvakrát	ano, třikrát a více	
Soubory:	Uživatelé marihuany	Počet respondentů	98	38	19	47	202
		%	48,5%	18,8%	9,4%	23,3%	100,0%
	Populace ČR	Počet respondentů	132	32	5	5	174
		%	75,9%	18,4%	2,9%	2,9%	100,0%

V souvislosti s problematikou testování na pohlavně přenosné nemoci nás zajímalo, zda je mezi uživateli marihuany prevalence žloutenky typu C vyšší či nižší než v souboru českých mužů. Respondentům byla položena otázka:

⇒ *Byla Vám někdy diagnostikována žloutenka typu C?*

Z důvodu odlišné formulace otázek (plné znění porovnávaných položek v obou dotaznících viz Přílohy 1 a 2) a především pak z důvodu malého počtu respondentů, kteří na tuto položku odpověděli kladně, nebylo možno výstupy z obou výzkumů porovnat statistickou analýzou. Rozhodli jsme proto prezentovat alespoň prosté srovnání počtu respondentů, kteří na položku odpověděli.

Jak je možno vyčíst z tabulky 95, v souboru uživatelů marihuany odpověděli čtyři respondenti, že jim někdy byla diagnostikována žloutenka typu C, v souboru českých mužů takto odpověděl jeden respondent. V souboru uživatelů marihuany zbylí respondenti odpověděli v drtivé většině, že jim žloutenka typu C nebyla diagnostikována nikdy (194 respondentů), čtyři respondenti uvedli, že neví, protože neznají výsledek testu. V souboru českých mužů většina respondentů položku vůbec nezodpověděla, šestnáct respondentů pak uvedlo, že jim žloutenka typu C diagnostikována nebyla.

Tab. 95 Pozitivní diagnóza hepatitidy typu C

Byla Vám někdy diagnostikována žloutenka typu C?	Počet respondentů	
	Uživatelé marihuany	Populace ČR
ano	4	1
ne	194	16
nevím, neznám výsledek testu	4	-

3.8 Diskuze

V této části diplomové práce shrneme výsledky výše prezentovaného výzkumu, budou zde diskutovány některé souvislosti mezi zjištěnými daty, výstupy z výzkumu budeme porovnávat s vybranými obdobnými výzkumy z domova i ze zahraničí – zejména se pak budeme soustředit na porovnání našich výsledků s **výsledky studie Justinové (2010)**, která se ve své disertační práci (metodou velmi podobnou metodě z našeho výzkumu) zabývala výzkumem **sexuality pravidelných uživatelů amfetaminů (pervitinu) a opioidů (buprenorfinu)**.

Budeme se zde dále zabývat možnými interpretacemi zjištěných dat, v příslušných kapitolách budeme diskutovat hypotézy, které jsme stanovili na počátku našeho výzkumu (viz kapitola 3.2 Hypotézy), zaměříme se zde na limity a nedostatky námi prezentovaného výzkumu, a nakonec se zamyslíme nad možnostmi využití prezentovaných výsledků a nastíníme zde také možné směřování dalšího výzkumu v této oblasti.

3.8.1 Spokojenost se sexuálním životem

Se svým sexuálním životem je spokojeno 61,7% uživatelů marihuany, 29,4% je spokojeno částečně, a 9,0% uživatelů marihuany je nespokojeno se svým sexuálním životem. V závislosti na dalších užívaných substancích (alkohol a „párty“ drogy – LSD, extáze, halucinogenní houby, kokain) nebyl mezi uživateli marihuany ve spokojenosti se svým sexuálním životem nalezen statisticky významný rozdíl. Při porovnání spokojenosti se sexuálním životem mezi uživateli marihuany a reprezentativním vzorkem populace ČR jsme zjistili, že statisticky významně více uživatelů marihuany je se svým sexuálním životem spokojeno ve srovnání s věkově srovnatelným souborem českých mužů. V souvislosti se spokojeností se sexuálním životem uvedlo 48,5% respondentů, že se jejich pohlavní život od té doby, co užívají marihuanu, změnil k lepšímu. Změnu k horšímu uvedlo 5,4% respondentů, 46% respondentů uvedlo, že se jejich pohlavní život nezměnil. Z uživatelů marihuany, kteří odpověděli, že se jejich pohlavní život změnil k lepšímu, vypovědělo 51,2% respondentů, že se u nich zlepšil prožitek orgasmu. Vzhledem k tomu, že jedním z předpokladů spokojeného sexuálního života je dostatečně uspokojivé prožívání orgasmu, je zřejmé, že pokud sami respondenti pocítují zlepšení orgasmu, bude mít tento pocit jistě vliv

na zvýšení spokojenosti se sexuálním životem. (Jak jsme zjistili dále, uživatelé vnímají své pocitové vyvrcholení (orgasmus) v porovnání s dobou před užíváním marihuany ve 43,1% jako stejné, v 53,0% vnímají své pocitové vyvrcholení jako lepší a podstatně lepší, a jen ve 4,0% respondentů vnímají své pocitové vyvrcholení jako horší a podstatně horší – podrobněji viz kapitola 3.8.7 Trvání sexuálního styku, vnímání orgasmu.)

Příčinu spokojenosti se sexuálním životem však nemůžeme zajisté shledávat pouze v chemickém působení látek obsažených v marihuaně (látek kanabinoidních, potažmo THC), čehož si jsou zřejmě vědomi i naši respondenti. Když jsme se uživatelů marihuany dotázali, zda změnu pohlavního života přičítají užívání marihuany, odpovědělo 57,1% respondentů, že změnu pohlavního života přičítají užívání marihuany částečně, 37,6% respondentů odpovědělo, že změnu pohlavního života nepřičítají užívání marihuany a 5,3% respondentů přičítá změnu ve svém pohlavním životě užívání marihuany zcela.

Musíme se tedy – kromě samotného působení psychoaktivní látky THC na organismus – dále zamyslet nad dalšími faktory ovlivňujícími spokojenost se sexuálním životem, mezi něž bezpochyby patří celkový životní styl, výskyt zdravotních i sociálních problémů, věk respondentů, přítomnost stálého sexuálního partnera, sexuální dysfunkce, pohlavně přenosné nemoci, nevyjasněná sexuální orientace, či provozování aktivní prostituce.

Z dosavadních studií víme, že snížení hladiny testosteronu (jejíž pokles by mohl mít vliv na snížení sexuální touhy a potažmo na snížení spokojenosti se sexuálním životem) se u dlouhodobých uživatelů marihuany nepodařilo prokázat (Brown, Dobs, 2002). Víme však, že studie zabývající prožíváním sexuality v rámci akutní intoxikace relativně konzistentně přináší závěry, že při středních a vyšších stupních intoxikace je běžnou odpovědí zvýšení sexuálního nutkání a nové kvality orgasmu (Tart, 1978), že efektem užití konopí jsou pocity sexuální rozkoše a uspokojení, pocity blízkosti a intimity a obecný souhlas, že užívání marihuany působí jako lehké afrodisiakum (Weller, Halikas, 1984), při nižších a středních stupních intoxikace se objevuje zvýšení sexuální touhy, při vyšších stupních intoxikace se objevuje zvýšení sexuálního potěšení a naopak snížení sexuální touhy (Green, Kavanagh, Young, 2003). Tyto závěry zajisté podporují skutečnost, že uživatelé marihuany jsou se svým sexuálním životem více spokojeni než nespokojeni.

Justinová (2010) ve své studii sexuality pravidelných uživatelů amfetaminů (pervitinu) a opioidů (buprenorfinu) uvádí, že jedním z důvodů nedostatečného uspokojení u problémových uživatelů amfetaminů a opioidů bývá životní styl těchto uživatelů, kteří, nemají často stálé bydlení, soukromí, partnera, a jejich energie a čas jsou spotřebovávány

hlavně sháněním peněz a drog. Nabízí se zde proto srovnání životního stylu respondentů z našeho souboru uživatelů marihuany.

Uživatelé marihuany z našeho vzorku jsou lidé převážně vzdělaní (vzdělání střední s maturitou má 44,1%, vzdělání vysokoškolské má 35,6% respondentů, vzdělání střední odborné má 16,3% respondentů), a lidé převážně s pravidelným zaměstnáním (pravidelné zaměstnání má 55,9% respondentů, svobodné povolání či podnikatelskou činnost vykazuje 37,1% respondentů). Užívání marihuany se dále ve srovnání s amfetaminy a opioidy vyznačuje slabou závislostí na této droze, závislost je spíše psychického než fyzického rázu. Ze všech těchto informací můžeme tedy předpokládat, že uživatelé marihuany z našeho souboru mají své bydlení, potažmo i soukromí, a jejich energie pravděpodobně nebude spotřebována na shánění peněz a drog. Tyto faktory opět přispívají k tomu, že uživatelé marihuany budou více spokojeni než nespokojeni se svým sexuálním životem.

Spokojenost se sexuálním životem zajisté může ovlivňovat také věk. Většina respondentů z našeho souboru uživatelů marihuany se nachází ve věku od 30 do 36 let (82,7%), zbylí respondenti se nacházejí ve věku od 37 do 50 (17,3%). Většina respondentů se tedy nevyznačuje ani příliš nízkým ani příliš vysokým věkem, a je zde tudíž opět eliminován faktor, který by mohl přizpívat k nespokojenosti se sexuálním životem.

Je zřejmé, že faktorů, které mohou mít vliv na spokojenost v sexuálním životě je mnoho, tyto vlivy se mezi sebou mohou dále sčítat či násobit. Již jsme zmínili výše, že mezi faktory, které mohou dále ovlivňovat spokojenost se sexuálním životem může patřit i přítomnost stálého partnera, výskyt sexuálních dysfunkcí, výskyt pohlavně přenosných nemocí, nevyjasněná sexuální orientace a provozování aktivní prostituce. Zjistili jsme, že uživatelé marihuany z našeho souboru se neliší od „průměrných“ Čechů v přítomnosti stálé partnerky, ale liší se v době trvání stálého partnerského vztahu – konkrétně, stálý partnerský vztah v současnosti v souboru uživatelů marihuany trvá v průměru kratší dobu (přibližně 4,7 let) než stálý partnerský vztah „běžného“ Čecha (přibližně 6,8 let). U uživatelů marihuany jsme také ve srovnání s českými muži zjistili vyšší frekvenci pohlavních styků se stálou partnerkou. Tato zjištění by tedy také mohla spíše podporovat vyšší spokojenost uživatelů marihuany se sexuálním životem. Dále jsme zjistili, že v souboru uživatelů marihuany nebyl zvýšený výskyt sexuálních dysfunkcí, ale naopak byl zjištěn zvýšený výskyt pohlavně přenosných nemocí ve srovnání s českými muži – tento zvýšený výskyt by s největší pravděpodobností mohl souviset s vyšším množstvím sexuálních partnerek u uživatelů marihuany. Vzhledem k tomu, že náš výzkum byl zaměřen na heterosexuální muže, byly zde také eliminovány odpovědi od homosexuálně orientovaných mužů, kteří si však nemusí být

jistí svou sexuální orientací, a tudíž nemusí být natolik spokojeni se svým sexuálním životem, a dále jsme k této problematice také zjistili, že v našem souboru uživatelů marihuany nebylo statisticky významně více bisexuálů než mezi českými muži. Uživatelé marihuany také jen v sedmi případech někdy v životě poskytli sexuální služby za peníze či jinou úplatu, což je například výrazně menší množství respondentů ve srovnání s údaji, které uvádí ve své práci na téma sexuality pravidelných uživatelů amfetaminů a opioidů Justinová (2010). Všem tématům zmíněným v posledním odstavci této kapitoly se budeme podrobněji věnovat také v dalších částech diskuze.

3.8.2 První sexuální styk a první sexuální partneri

Uživatelé marihuany uskutečnili svůj první sexuální styk průměrně v 16,7 letech. V závislosti na dalších užívaných substancích se věk prvního sexuálního styku v souboru uživatelů marihuany nelišil, ovšem ve srovnání s českými muži byl rozdíl ve věku prvního sexuálního styku statisticky významný – respondenti z věkově srovnatelného souboru českých mužů uskutečnili svůj první sexuální styk později, v průměru v 17,6 letech.

Je již známo, že věk prvního sexuálního styku bývá průměrně nižší u uživatelů drog než u neuživatelů (např. Staton, Leukefeld, Logan et al., 1999). Také Justinová (2010) ve své studii zjistila, že uživatelé amfetaminů a opioidů začínají s pohlavním stykem v průměru okolo 15 let, což je také ještě nižší průměrný věk prvního sexuálního styku než věk, který uvedli uživatelé marihuany.

Nabízí se zde úvaha, zda může mít užívaná substance již v době prvního sexuálního styku vliv na dřívější zahájení sexuálního života. Jak jsme zjistili, necelá polovina uživatelů marihuany (48,5%) měla v době prvního sexuálního styku zkušenost s marihuanou. Můžeme tedy zvažovat, že vliv na dřívější zahájení sexuálního života může mít akutní užití marihuany, jež může zvyšovat sexuální touhu, a zároveň snižovat možnost racionální kontroly, avšak nesmíme také pominout vlivy prostředí a faktory v osobnosti uživatelů, jež jsou diskutovány níže v souvislosti s výběrem prvního sexuálního partnera.

Co se týče výběru prvního sexuálního partnera, větší polovina respondentů ze souboru uživatelů marihuany (52,5%) uskutečnila svůj první sexuální styk se stálou partnerkou, menší polovina respondentů s náhodnou partnerkou (47,5%). Při srovnání uživatelů marihuany s českými muži, statisticky významný rozdíl v této oblasti zjištěn nebyl. Avšak v závislosti na dalších užívaných substancích byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi uživateli, kteří

užívají marihuanu a alkohol a těmi, kteří užívají marihuanu, alkohol a „párty“ drogy (LSD, extázi, halucinogenní houby a kokain) – uživatelé, kteří užívají marihuanu, alkohol a „párty“ drogy, měli častěji první sexuální styk s náhodnou partnerkou (64,2% respondentů) než uživatelé, kteří užívají marihuanu a alkohol (39,0% respondentů).

Již bylo zjištěno (např. Scivoletto, Tsuji, Abdo et al., 2002), frekvence sexuálně rizikového chování vzrůstá s výčtem užívaných drog. Tento fakt však zřejmě opět bude výsledkem několika faktorů. Jako první se nabízí úvaha na druhem drogy, jejíž užití může mít vliv na uskutečnění prvního sexuálního styku s náhodným partnerem. Dále však také můžeme zvažovat faktory v osobnosti uživatelů a vlivy prostředí. Úvahu nad možnou rolí tzv. „na podněty zaměřeného chování“ (sensation seeking orientation) přinesl již např. výzkum z počátku devadesátých let (Graves, Leigh, 1995).

Vzhledem k našemu nálezu se tedy nabízí nejprve úvaha nad druhem užití drogy, která může mít vliv na výběr partnera při prvním sexuálním styku. Víme, že tzv. „párty“ drogy (LSD, extáze, halucinogenní houby a kokain) jsou užívány především v prostředích, kde se vyskutuje větší množství lidí, v prostředích tzv. uvolněné společenské atmosféry (diskotéky, večírky, společenské akce), tedy v prostředích, kde se vyskytuje větší množství potenciálních sexuálních partnerů. Vlivem drogy může dojít ke zvýšení sexuální touhy, může dojít ke snížení racionální kontroly, a tedy k uskutečnění sexuálního styku. Podobně bychom mohli zvažovat existenci již výše zmíněného faktoru tzv. „na podněty zaměřeného chování“ (sensation seeking) v osobnosti uživatelů marihuany, alkoholu a „párty“ drog. Uživatelé marihuany, kteří navíc užívají alkohol i „párty“ drogy, tedy vyhledávají další substance, které povedou ke vzrušení, mohou mít také tendenci vyhledávat vzrušení prostřednictvím sexuálních aktivit a v navazování náhodných sexuálních známostí.

Uživatelé marihuany, kteří svůj první sexuální styk uskutečnili se svou stálou partnerkou, tak učinili po 2,7 měsících známosti. V závislosti na dalších užívaných substancích se délka známosti se stálou partnerkou před prvním sexuálním stykem v souboru uživatelů marihuany nelišila, avšak ve srovnání s českými muži byl zjištěn statisticky významný rozdíl – věkově srovnatelní čeští muži uskutečnili svůj první sexuální po delší době známosti, průměrně po 4,97 měsících. K tomuto nás opět napadá, že na kratší dobu známosti se stálou partnerkou před prvním sexuálním stykem, může mít vliv jednak užívání marihuany, tedy substance, která může zvyšovat sexuální touhu, a jednak také vliv faktoru „sensation seeking“ v osobnosti uživatelů marihuany ve srovnání s neuživateli.

3.8.3 Počet sexuálních partnerek

Uživatelé marihuany měli za celý život průměrně 24,05 sexuálních partnerek. V závislosti na dalších užívaných substancích se celkový počet sexuálních partnerek nelišil, ovšem ve srovnání s českými muži byl rozdíl v celkovém počtu sexuálních partnerek statisticky významný – respondenti z věkově srovnatelného souboru českých mužů měli za svůj život průměrně 10,4 sexuálních partnerek. Vyšší počet sexuálních partnerek u uživatelů marihuany je jistě ve shodě s dřívějším počátkem sexuálního života, o němž jsme pojednávali v předchozí kapitole a také s rizikovějším chováním uživatelů marihuany, které může být mimo jiné následkem faktoru tzv. „na podněty zaměřeného chování“ (sensation seeking) společného mnohým uživatelům drog (viz také kapitola 3.8.2 První sexuální styk a první sexuální partneři). Zvýšený počet sexuálních partnerů mezi uživateli drog obecně potvrzuje množství výzkumů. Staton, Leukefeld, Logan et al. (1999) zjistili, že více sexuálních partnerů za život měla skupina pravidelných mužských uživatelů než skupina abstinentů a experimentálních uživatelů. V jiném výzkumu byla zjištěna v kategorii středně těžkých uživatelů konopných drog a u uživatelů nadměrného množství alkoholu největší nepravidelnost v užívání kondomu a nejvyšší počet sexuálních partnerů (Guo, Chung, Hill et al., 2002). Vyšší počet sexuálních partnerů u uživatelů konopných drog potvrzují i další autoři (např. Castilla, Barrio, Belza, 1999; Graves, Leigh, 1995; Brodbeck, Matter, Moggi, 2006).

Zajímavé v této souvislosti však jsou výsledky Justinové (2010), která ve svém výzkumu sexuality pravidelných uživatelů amfetaminů a opioidů zjistila, že průměrný počet sexuálních partnerek u uživatelů pervitinu byl 31,0 partnerek, a u uživatelů subutexu činil průměrný počet 20,9 sexuálních partnerek. Zdá se tedy, že i když vezmeme v úvahu mnohdy zkreslující údaje o průměrných hodnotách (vzhledem k často uváděným extrémním hodnotám), uživatelé amfetaminů se projevují jako více promiskuitnější než uživatelé marihuany.

Se zvýšeným počtem sexuálních partnerek jistě souvisí zvýšený počet příležitostných sexuálních partnerek (na jednu noc). Naprostá většina uživatelů marihuany (85,6%) měla někdy pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc). V závislosti na dalších užívaných substancích se uživatelé marihuany v tom, zda někdy měli pohlavní styk s partnerkou na jednu noc nelišili, ovšem ve srovnání s českými muži byl rozdíl statisticky významný – méně respondentů (71,4%) z věkově srovnatelného souboru českých mužů mělo za svůj život pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc). Ze zjištění Justinové

(2010) vyplývá, že zkušenost s příležitostnou partnerkou (na jednu noc) má až 91% uživatelů pervitinu a subutexu ve věku 21-30 let. Opět zde můžeme zvažovat, že uživatelé amfetaminů mají ještě větší zkušenost s náhodnými sexuálními styky než uživatelé marihuany.

Co se týče počtu příležitostných sexuálních partnerek, uživatelé marihuany měli pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc) v průměru s 12,97 ženami. Ve srovnání s českými muži byl rozdíl v celkovém počtu příležitostných sexuálních partnerek statisticky významný – respondenti z věkově srovnatelného souboru českých mužů měli za svůj život průměrně 5,45 příležitostných sexuálních partnerek. V závislosti na dalších užívaných substancích se celkový počet příležitostných sexuálních partnerek lišil mezi uživateli, kteří užívají pouze marihuanu (v průměru 19,8 příležitostných partnerek) a uživateli, kteří užívají marihuanu a alkohol (v průměru 10,4 příležitostných partnerek). V této souvislosti nás na základě dosavadního poznání jednotlivých substancí napadá, že tento rozdíl může souviset s druhem užívané drogy a jejím množstvím. Uživatelé, kteří užívají pouze marihuanu, jsou i přes značné množství zkonsumované drogy schopni navázat kontakt s příležitostnou partnerkou. Uživatelé marihuany, kteří navíc konzumují i alkohol, nemusí být po překročení určitého množství zkonsumovaného alkoholu dostatečně způsobilí k navázání kontaktu s příležitostnou partnerkou.

Kromě značně promiskuitního chování, které může souviset jednak s druhem užívané drogy, a dále také s faktorem tzv. „na podněty zaměřeného chování“ v osobnosti uživatelů, můžeme zvažovat také absenci stálého sexuálního partnera v souboru uživatelů marihuany do určitého věku. Jak jsme zjistili, uživatelé marihuany se neliší od českých mužů v tom, zda v současné době mají stálý partnerský vztah, avšak liší se v délce tohoto stálého partnerského vztahu (podrobněji viz kapitola 3.8.4 Stálý partnerský vztah a frekvence pohlavního styku). Můžeme tedy zvažovat, že pokud uživatelé marihuany neměli do určitého věku stálý partnerský vztah, nacházeli sexuální uspokojení v příležitostných sexuálních známostech.

3.8.4 Stálý partnerský vztah a frekvence pohlavního styku

Většina uživatelů marihuany uvedla, že v současné době žije ve stálém partnerském vztahu se ženou (81,7% respondentů). V závislosti na dalších užívaných substancích se uživatelé marihuany v tom, zda žijí v současné době se ženou mezi sebou neliší, a také se v této oblasti neodlišují od českých mužů – z věkově srovnatelného souboru českých mužů uvedlo 76,6% respondentů, že v současné době mají stálý partnerský vztah.

Průměrná doba trvání stálého partnerského vztahu v souboru uživatelů marihuany činí 56,6 měsíců (přibližně 4,7 let). V závislosti na dalších užívaných substancích se doba trvání stálého partnerského vztahu mezi uživateli marihuany neliší. V porovnání s věkově srovnatelným souborem českých mužů však byl v době trvání stálého partnerského vztahu zjištěn statisticky významný rozdíl – průměrná uvedená doba trvání stálého partnerského vztahu u českých mužů činila 81,9 měsíců (přibližně 6,8 let).

Zde je zajímavé srovnání s výsledky studie Justinové (2010), která ve svém výzkumu sexuality uživatelů amfetaminů a opioidů zjistila, že přibližně třetina uživatelů těchto drog ve věku srovnatelném s naším souborem uživatelů marihuany, uvedla, že v současné době mají stálý partnerský vztah. Co se týče doby trvání stálého partnerského vztahu, uživatelé pervitinu nejčastěji uváděli, že jejich vztah trvá 6 měsíců, uživatelé dalších drog nejčastěji uváděli, že jejich vztah trvá 1 měsíc.

Z těchto údajů se nám nabízí srovnání, že sexuální chování uživatelů marihuany se v oblasti stálého partnerského vztahu více podobá chování „běžného“ českého muže než chování uživatele drog se silnou fyzickou závislostí na droze. Tento fakt bude jistě souviset s druhem užívané drogy, a s tím souvisejícími sociodemografickými charakteristikami výběrových souborů. Jak jsme již podrobně pojednali výše (viz kapitola 4.1 Spokojenost se sexuálním životem), uživatelé marihuany z našeho souboru, jsou převážně středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaní muži s pravidelným zaměstnáním, kteří nemají na marihuaně silnou fyzickou závislost, a neztrácejí tedy pravděpodobně množství energie sháněním drogy a peněz. Uživatelé drog, na které vzniká silná fyzická závislost, často nemají ani základní sociální zázemí, a v případě, že si najdou partnerku, je u nich vysoká pravděpodobnost, že jim vztah nevydrží, a to také bezpochyby i z toho důvodu, že i partnerky těchto uživatelů v naprosté většině také užívají drogy, na které vzniká silná fyzická závislost a nejsou o mnoho lépe sociálně ukotvené. Napadá nás proto, že pro uživatele marihuany je možná i z těchto důvodů snazší nalézt si partnerku a partnerku si i udržet.

Zajímavou otázku zde představuje také užívání drogy partnerkou. Jak jsme zjistili, více než polovina uživatelů marihuany (52,7% respondentů) uvedla, že jejich partnerka marihuanu neužívá, 44,9% respondentů uvedlo, že jejich partnerka naopak marihuanu užívá, 2,4% respondentů neví, zda jejich partnerka užívá marihuanu. Zatímco tedy užívání drogy partnerkou v případě uživatelů amfetaminů a opioidů může vést spíše k destrukci partnerství (Justinová, 2010), u uživatelů marihuany tomu tak už z podstaty drogy být nemusí, a podle zjištěných údajů, tomu tak pravděpodobně ani není.

Naprostá většina uživatelů marihuany, kteří mají v současné době stálý partnerský vztah (95,2%), uvedla, že má v současné době se svou partnerkou pohlavní styky. V závislosti na dalších užívaných substancích se uživatelé marihuany v této oblasti neliší. Ve věkově srovnatelném souboru českých mužů uvedlo 99,3% respondentů, že v současné době mají se svou partnerkou pohlavní styky. Rozdíl mezi oběma soubory však nebyl statisticky zjištěn.

Uživatelé marihuany mají průměrně se svou partnerkou pohlavní styky 15,1 krát v měsíci. V závislosti na dalších užívaných substancích se uživatelé marihuany ve frekvenci pohlavních styků neliší, avšak ve srovnání s českými muži byl ve frekvenci pohlavních styků zjištěn statisticky významný rozdíl – čeští muži uváděli, že pohlavní styk se svou partnerkou mají průměrně 10,2 krát v měsíci. K této problematice nás napadá souvislost s afrodiziakálními účinky konopných drog (viz také kapitola 3.8.1 Spokojenost se sexuálním životem), tedy pokud konopné drogy podporují sexuální touhu, je pravděpodobné, že uživatelé marihuany budou mít vyšší frekvenci sexuálních styků než neuživatelé. Dalším faktorem však může být také délka stálého partnerského vztahu, která je u uživatelů marihuany kratší než u českých mužů. Pokud tedy uživatelé marihuany jsou se svou stálou partnerkou kratší dobu než čeští muži, může se u nich objevovat vyšší apetence než u českých mužů, kteří jsou se svými partnerkami již delší dobu.

3.8.5 Používání ochrany při styku se stálými a náhodnými partnerkami

Většina uživatelů marihuany (72,4%) užívá nějakou formu ochrany při styku se stálými partnerkami, a neliší se v této oblasti od českých mužů – z věkově srovnatelného souboru českých mužů užívá nějakou formu ochrany se stálou partnerkou 71,4% respondentů. Uživatelé marihuany nejčastěji uváděli, že jejich partnerka užívá antikoncepční pilulky, z dalších možností nejčastěji uváděli používání přerušovaného styku a kondomu. V této souvislosti jsme zjistili, že druh a míra používání ochrany se stálou partnerkou v současnosti se nijak výrazně neliší od doby, kdy uživatelé marihuany ještě marihuanu neužívali.

Používání účinné ochrany proti přenosu pohlavně přenosných nemocí je důležitým ukazatelem sexuálně rizikového chování. Mnohé studie se v rámci zkoumání sexuálně rizikového chování zabývaly vztahem mezi užíváním konopných drog a nechráněným pohlavním stykem a většina z těchto výzkumů potvrzuje, že užívání marihuany spíše souvisí

s nechráněným pohlavním stykem a nepravidelnostmi v užívání kondomu (např. Guo, Chung, Hill et al., 2002), avšak například Rees, Argys, Averett (2001) došli k závěru, že vliv užití marihuany na užití antikoncepce je slabší než se předpokládalo. Protože jedinou účinnou ochranou při styku s náhodnými partnerkami je užívání kondomu, zajímalo nás, zda a jak se uživatelé marihuany chrání při sexuálním styku s náhodnými partnerkami.

Zjistili jsme, že nějakou formu ochrany s náhodnou partnerkou užívá 76,2% respondentů ze souboru uživatelů marihuany, a ani v tomto ukazateli se statisticky významně neliší od českých mužů – ve věkově srovnatelném souboru českých mužů užívá nějakou formu ochrany s náhodnou partnerkou 71,4% respondentů. Ve styku s náhodnými partnerkami používají uživatelé marihuany nejčastěji kondom. Protože používání kondomu ve styku s náhodnými partnerkami patří mezi významné faktory sexuálně rizikového chování, porovnávali jsme používání kondomu uživateli marihuany a českými muži, a zjistili jsme, že rozdíl není statisticky významný – kondom při styku s náhodnými partnerkami užívá 72,4% respondentů ze souboru uživatelů marihuany a 68,8% respondentů z věkově srovnatelného souboru českých mužů. I v této oblasti jsme dále zjistili, že míra ani druh užívané ochrany s náhodnými partnerkami v současnosti se neliší od míry a druhu užívané ochrany s náhodnými partnerkami před užíváním marihuany.

Justinová (2010) ve svém výzkumu sexuality uživatelů amfetaminů a opioidů zjistila, že používání kondomu u problémových uživatelů je spíše okrajovou metodou a jednoznačně u těchto uživatelů převládá metoda přerušované soulože, která však nemá vliv na přenos pohlavně přenosných onemocnění, a neplní tedy hlavní úlohu, která je vzhledem k vysoké promořenosti drogové populace infekčními hepatitidami B a C a její promiskuitě mezi injekčními uživateli potřeba.

Nabízí se zde opět porovnání našeho souboru uživatelů marihuany s uživateli drog, na které vzniká silná fyzická závislost, a z výsledků můžeme usoudit, že uživatelé marihuany se v užívání kondomu chovají méně sexuálně rizikově než problémoví uživatelé amfetaminů a opioidů, a můžeme tedy shrnout, že uživatelé marihuany se používání ochrany proti přenosu pohlavních nemocí neliší od českých mužů. Z faktorů, které ovlivňují tuto skutečnost nás podobně jako v předchozích kapitolách napadá, že vliv na užívání účinné ochrany může mít jednak vysoká vzdělanost souboru uživatelů marihuany, kteří mohou být dostatečně obeznámeni s riziky, která s sebou přináší provozování nechráněného sexu a také druh užívané drogy – marihuany, která nemusí snižovat schopnost racionální kontroly v rámci akutní intoxikace natolik, jako drogy typu amfetaminů a opioidů.

Avšak zajímavým ukazatelem v této oblasti je užívání ochrany před začátkem užívání drogy. Justinová (2010) ve výzkumu sexuality uživatelů amfetaminů a opioidů předpokládala, že vzhledem ke zkušenostem s nákazami a onemocněními, která problémoví uživatelé během své kariéry prodělali, budou v současnosti používat ochranu častěji než v době, kdy drogy ještě neužívali. Zjistila však, že existuje korelace mezi tím, zda problémoví uživatelé používali ochranu dříve a tím, zda ji používají nyní, a to bez ohledu na typ sexuálního kontaktu (zda se stálým či náhodným partnerem). V rámci výzkumu uživatelů marihuany jsme došli ke podobným výsledkům – tedy že uživatelé marihuany užívají takový druh ochrany a v takové míře, jak tomu činili před užíváním marihuany.

V souladu s úvahou Justinové (2010), se tedy zdá, že se v problematice užívání účinné ochrany jedná spíše než o nabyté zkušenosti o obecnou tendenci k rizikovému či bezpečnému chování a o přetrvávající návyky, a můžeme zde také zvažovat, zda s touto obecnou tendencí k rizikovému chování v osobnosti uživatelů nesouvisí následně i výběr méně či více rizikové drogy.

3.8.6 Potřeba sexuálního uspokojení

Většina uživatelů marihuany (93,6%) uvedla, že v současné době potřebuje sexuální uspokojení, a že toto uspokojení potřebuje v průměru 22,4 krát měsíčně. Ve srovnání s českými muži byly v těchto hodnotách zjištěny statisticky významné rozdíly – méně českých mužů (70,3%) z věkově srovnatelného souboru uvedlo, že potřebují sexuální uspokojení a toto uspokojení potřebují také méně často (v průměru 13,8 krát v měsíci).

Justinová (2010) ve své studii sexuality uživatelů amfetaminu a opioidů zjistila, že muži užívající Subutex jsou v tomto směru „typickými“ Čechy, ale že muži užívající pervitin pocítují potřebu sexuálního uspokojení jen v 66%, což je v kontrastu např. s tím, kolik sexuálních partnerů uvádějí, i s výpovědmi, že se jejich sexuální život v souvislosti s užíváním pervitinu změnil k lepšímu.

Zajímavé jsou proto údaje o sexuální aktivitě respondentů. Téměř všichni muži (97,0%) ze souboru uživatelů marihuany uvedli, že jsou v současné době sexuálně aktivní (jakýmkoli způsobem, tedy soulož onanie, atd.), a že jsou sexuálně aktivní v průměru 23,1 krát v měsíci. Ve srovnání s českými muži se uživatelé marihuany liší v obou hodnotách statisticky významně – méně českých mužů (91,8%) uvedlo, že jsou v současné době

sexuálně aktivní, a sexuálně aktivní jsou také méně často (v průměru 11,9 krát v měsíci) než uživatelé marihuany.

Z uvedených dat je dále zřejmé, že mezi uživateli marihuany je 3,4% respondentů, kteří jsou sexuálně aktivní, přestože nepocítují sexuální potřebu. Avšak mezi českými muži je tento poměr vyšší – 21,5% českých mužů je sexuálně aktivních, a to přesto, že nepocítují sexuální potřebu. Zdá se tedy, že snížená potřeba sexu nemusí vždy znamenat sníženou sexuální aktivitu. K těmto závěrům došla i Justinová (2010), která především u problémových uživatelů pervitinu vysvětluje tento rozpor faktem, že uživatelky drog používají sex ve vztazích často jako platidlo.

Z výsledků našeho výzkumu je tedy zajímavé, že mezi uživateli marihuany je výrazně vyšší počet mužů, kteří pocítují potřebu sexuálního uspokojení ve srovnání s českými muži. Tento fakt bychom mohli nejpravděpodobněji vysvětlit afrodiziakálními účinky marihuany (podrobněji popsáno výše viz kapitola 3.8.1 Spokojenost se sexuálním životem). Nicméně jsme dále zjistili, že i před užíváním marihuany potřeboval sexuální uspokojení téměř shodný počet respondentů (93,8%) jako v současnosti, a sexuální uspokojení před užíváním marihuany potřebovali uživatelé marihuany průměrně 23,03 krát v měsíci, což značí, že sexuální uspokojení potřebovali uživatelé před užíváním marihuany v průměru i nepatrně častěji než je tomu v současnosti.

Vysvětlit tento fakt by nám mohlo pomoci zjištění vývoje potřeby sexuálního uspokojení v souvislosti s užíváním marihuany, kdy sami respondenti ve většině (57,9%) uváděli, že se jejich potřeba sexuálního uspokojení v souvislosti s užíváním marihuany nezměnila, téměř pětina respondentů (18,8%) však uvedla, že se jejich potřeba zvýšila, 9,4% respondentů uvedlo, že se jejich potřeba snížila, 3,5% respondentů uvedlo, že se jejich potřeba nejdříve zvýšila a pak snížila a 2,0% respondentů uvedlo, že se jejich potřeba nejprve snížila a pak zvýšila. Zbylí respondenti volili možnost jiné odpovědi, které také nebyly bez zajímavosti – uživatelé marihuany uváděli, že snížení potřeby v jejich případě souvisí například s věkem, případně že naopak zvýšení potřeby pocítují pouze při aktuálním užití marihuany.

Zdá se tedy, že se potřeba sexuálního uspokojení v souvislosti s užíváním marihuany příliš nemění. Napadlo nás tedy dále, že uživatelé marihuany mohli mít od počátku sexuálního života shodnou potřebu sexuálního uspokojení jako čeští muži, avšak díky afrodiziakálním účinkům marihuany v souboru uživatelů marihuany tato potřeba s věkem nezačala klesat. Z údajů populačního výzkumu Weisse a Zvěřiny (2008) jsme však zjistili, že čeští muži ve věku od 16-20 pocítují sexuální potřebu v přibližně 75%, ve věku 21-30 let

v 74% a ve věku 31-40 let také přibližně v 74%. Z čehož vyplývá, že respondenti ze souboru uživatelů marihuany, pocítují již od počátku sexuálního života ve větší míře potřebu sexuálního uspokojení ve srovnání s českými muži, a to pravděpodobně nezávisle na užívání marihuany.

Vývoj potřeby sexuálního uspokojení ve výzkumu sexuality uživatelů amfetaminů a opioidů (Justinová, 2010) v souhrnu vypadá tak, že zatímco uživatelé Subutexu častěji uvádějí snížení potřeby sexuálního uspokojení, uživatelé pervitinu nepocítují žádnou změnu, nebo pocítují zlepšení. Je tedy možné, že užívání těchto drog má na vývoj sexuální potřeby větší vliv než jaký vliv má užívání marihuany.

3.8.7 Trvání sexuálního styku, vnímání orgasmu

Subjektivní odhad trvání milostné přede hry v souboru uživatelů marihuany je v průměru 16,1 minut, a ve srovnání s českými muži zde nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl (průměrná doba trvání milostné přede hry ve věkově srovnatelném souboru českých mužů činila 14,6 minut). V subjektivně vnímané délce soulože s partnerkou však statisticky významný rozdíl již zjištěn byl – zatímco v souboru uživatelů marihuany byla uváděná průměrná délka soulože 22,2 minut, ve věkově srovnatelném souboru českých mužů byla uváděná průměrná délka soulože 15,3 minut.

Zajímalo nás, zda uživatelé marihuany vnímají změnu v délce trvání milostné přede hry i soulože s partnerkou v souvislosti s užíváním marihuany. Většina respondentů (64,9%) uvedla, že se doba trvání milostné přede hry v souvislosti s užíváním marihuany nezměnila. 23,8% respondentů uvedlo, že před užíváním marihuany byla doba trvání milostné přede hry kratší, 11,4% respondentů uvedlo, že před užíváním marihuany byla doba trvání milostné přede hry delší. Co se týče doby trvání soulože, více než polovina respondentů (52,5%) uvedla, že se doba trvání soulože v souvislosti s užíváním marihuany nezměnila, 39,6% respondentů uvedlo, že před užíváním marihuany byla doba trvání soulože kratší, a naopak 7,9% respondentů uvedlo, že před užíváním marihuany byla doba trvání soulože delší.

K jiným výsledkům došla ve svém výzkumu sexuality uživatelů amfetaminů a opioidů i Justinová (2010), která zjistila, že uživatelé těchto drog odhadovali milostnou přede hru vesměs jako delší ve srovnání s českými muži. Odhady délky soulože v době užívání drog zde i několikanásobně převyšují republikový průměr. Několikanásobně vyšší

odhady délky soulože i před užíváním drog u těchto uživatelů však vypovídají o výrazném nadhodnocení. Soulož pak vnímají zejména uživatelé pervitinu častěji jako delší než před užíváním drog, což by však mohlo odpovídat působení pervitinu na organismus i na schopnost dosažení orgasmu.

Nabízí se zde opět srovnání uživatelů marihuany s problémovými uživateli amfetaminů a opioidů – z výsledků vidíme, že subjektivní odhady délky milostné přede hry i délky soulože u uživatelů marihuany se více blíží odhadům českých mužů než odhadům uživatelů amfetaminů a opioidů. Napadá nás v této souvislosti, že na vnímanou dobu trvání milostné přede hry i soulože bude mít pravděpodobně největší vliv účinek té které drogy na organismus. Druh užití drogy může mít vliv na schopnost dosažení orgasmu, a tudíž na prodloužení soulože. Co se týče marihuany, v mnohých studiích bylo zjištěno, že např. pravidelné užívání konopí u mužů souvisí s neschopností dosahovat orgasmu tak, jak by si přáli (Smith, Ferris, Simpson et al., 2009), v jiné studii byl potvrzen inhibovaný (častěji nedosažený orgasmus) v souvislosti s užíváním alkoholu a marihuany (Johnson, Phelps, Cottler, 2004). V našem výzkumu jsme však výrazný výskyt problémů s dosažením orgasmu v souvislosti s užíváním marihuany nezjistili – neschopnost dosáhnout vyvrcholení uvedlo celkem šest respondentů, opožděnou ejakulaci uvedlo celkem devět respondentů (podrobněji k tématu sexuálních obtíží viz kapitola 3.8.8 Sexuální obtíže a poruchy). Jako vysvětlení nás napadá, že naši respondenti nemusí vnímat opožděnou ejakulaci jako sexuální problém a prodloužení délky soulože jim vyhovuje.

Vzhledem četným výzkumům vypovídajícím o nových kvalitách orgasmu v souvislosti s užíváním marihuany (Tart, 1978; Weller, Halikas, 1984) nás zajímalo, jak uživatelé marihuany z našeho souboru vnímají své pocitové vyvrcholení (orgasmus) v porovnání s dobou před užíváním marihuany. Zjistili jsme v souladu s očekáváním, že 53,0% vnímá své pocitové vyvrcholení jako lepší a podstatně lepší, 4,0% respondentů vnímají své pocitové vyvrcholení jako horší a podstatně horší a 43,1% vnímá své pocitové vyvrcholení jako stejné.

Zdá se, že výpovědi uživatelů marihuany z našeho výzkumu spíše potvrzují, že užívání marihuany může zlepšit prožívání orgasmu.

3.8.8 Sexuální obtíže a poruchy

Z dosavadních výzkumů by bylo možno soudit, že poruchy některých sexuálních funkcí (zejména poruchy erekce a problémy s dosažením ejakulace) jsou mezi uživateli marihuany častým problémem. Například Buffum (1982) shrnul, že velmi vysoké dávky konopí souvisejí s neschopností uskutečnit sexuální styk, inhibovaný orgasmus v souvislosti s užíváním alkoholu a marihuany potvrdili Johnson, Phelps, Cottler (2004), Aversa, Rossi, Francomano et al. (2008) došli k závěru, že brzké erektilní dysfunkce mohou být indukovány chronickým užíváním marihuany, Smith, Ferris, Simpson et al. (2009) zjistili, že pravidelné užívání konopí souvisí u mužů s neschopností dosahovat orgasmu tak, jak by si sami přáli.

Když jsme se v našem výzkumu dotázali uživatelů marihuany na sexuální obtíže, které měli ještě před začátkem užívání marihuany, zjistili jsme, že 18,3% respondentů mělo již před užíváním marihuany nějaké sexuální obtíže – nejvíce respondentů (7,9%) před užíváním marihuany trpělo předčasnou ejakulací a příliš velkou potřebou sexu (4,5%), nižší počet respondentů trpěl již před užíváním marihuany poruchami erekce (1,5%) a neschopností dosáhnout vyvrcholení (1,0%). Z populačního výzkumu obyvatel ČR (Weiss, Zvěřina, 2009) víme, že čeští muži ve věku 16-30 let trpí v průměru v 10% nějakými sexuálními obtížemi či poruchami (nejčastěji podobně jako uživatelé marihuany předčasným výronem semene a příliš velkou potřebou sexu), a ve věku 31-40 let trpí nějakými obtížemi či poruchami 15,8% českých mužů. Zdá se tedy, že uživatelé již před začátkem užívání marihuany ve větší míře (18,3%) trpěli nějakou sexuální poruchou ve srovnání s českými muži.

Justinová (2010) v rámci výzkumu sexuality uživatelů amfetaminů a opioidů zjistila, že uživatelé pervitinu již před užíváním drogy měli v 35% nějaké sexuální obtíže, uživatelé Subutexu pak ve 40%. U uživatelů pervitinu byla nejčastější předčasná ejakulace a nízká apetence, u uživatelů Subutexu to byla přílišná apetence, a také poruchy s předčasným vyvrcholením. Vzhledem k tomu, že uvedené problémy přechodně a celkem úspěšně řeší právě příslušné drogy, Justinová (2010) zvažuje, že by v případě uživatelů těchto drog mohlo jít o jakousi „automedikaci“, a sexuální poruchy by mohly být jedním z důvodů, proč muži začali drogy užívat.

Úvaha o jakési „automedikaci“ sexuálních poruch by mohla být z určitého úhlu pohledu aplikovatelná i na uživatele marihuany. Když jsme se uživatelů zeptali, jaké sexuální obtíže se u nich objevily v souvislosti s užíváním marihuany, zjistili jsme, že z 20,8% respondentů, u kterých se nějaká porucha objevila, se nejčastěji objevila příliš velká potřeba

sexu (uvedlo 8,4% respondentů), druhou nejčastěji uváděnou obtíží byla opožděná ejakulace (4,5%) následovala příliš malá potřeba sexu (3,5%), poruchy erekce (3,5%), neschopnost dosáhnout vyvrcholení (3,0%) a předčasná ejakulace (1,0%).

Vidíme, že uživatelé marihuany přisuzují užívání marihuany mimo jiné výskyt opožděné ejakulace, neschopnost dosáhnout vyvrcholení i příliš malou potřebu sexu. Je možné, že uživatelům, kteří před užíváním marihuany měli potíže s předčasnou ejakulací a velkou potřebou sexu, užívání marihuany pomohlo tyto obtíže vyřešit.

Také ve srovnání s věkově srovnatelným souborem českých mužů (které jsme však z důvodu nízkého počtu respondentů nemohli provést statistickou analýzou) vidíme, že zatímco v souboru uživatelů marihuany uvedlo v souvislosti s užíváním marihuany výskyt opožděné ejakulace 9 mužů a výskyt neschopnosti dosáhnout vyvrcholení 6 mužů, v souboru českých mužů trpí opožděnou ejakulací pouze jeden muž a neschopností dosáhnout vyvrcholení dva muži.

Co se týče výskytu obtíží v souvislosti s užíváním drog u problémových uživatelů, Justinová (2010) zjistila, že u uživatelů amfetaminů a opioidů dohromady se potíže v souvislosti s užíváním drogy objevily ve více než polovině případů, v případě Subutexu dokonce ve dvou třetinách. Uživatelé pervitinu si nejčastěji stěžují na příliš velkou potřebu sexu a potíže s vyvrcholením, uživatelé Subutexu naopak na malou potřebu sexu a poruchy erekce. Přesto, že se Justinová uživatelů neptala na působení současné drogy, ale na působení drog obecně (užívání Subutexu předcházelo užívání heroinu), zřetelně vidíme, že u uživatelů amfetaminů a opioidů se sexuální obtíže v souvislosti s užíváním drogy vyskytují v mnohem větší míře (polovina až dvě třetiny uživatelů) než u uživatelů marihuany (20,8% respondentů).

Co se týče míry poruchy erekce v souboru uživatelů marihuany, zjistili jsme, že v souboru uživatelů marihuany tři respondenti užívají některý z léků na podporu erekce. Ve věkově srovnatelném souboru českých mužů léky na podporu erekce užívají shodně také tři respondenti. V souboru uživatelů marihuany uvedlo výskyt poruchy erekce 8 respondentů, v souboru českých mužů uvedlo výskyt poruchy erekce v současnosti 7 respondentů. Soubory se tedy výrazně neliší, co se týče užívání léků na podporu erekce a prevalence poruch erekce. Dále jsme však pomocí Dotazníku sexuálního zdraví muže IIEF-5 zjistili, že v souboru uživatelů marihuany je 19,8% respondentů, u kterých by se mohlo jednat o určitý stupeň erektilní dysfunkce.

Z dostupných údajů o výskytu erektilní dysfunkce v České republice víme, že určitý stupeň erektilní dysfunkce postihuje 54% mužů ve věku 35 – 65 let, přičemž středně

závažnou až těžkou poruchou erektilní dysfunkce trpí každý čtvrtý muž v tomto věkovém rozmezí (Beneš, Chaloupka, Kočí et al. 2004). Weiss a Zvěřina (2002) zjistili u reprezentativního vzorku českých mužů mezi 35 a 65 lety výskyt střední a těžké erektilní dysfunkce u 26%, přičemž největší výskyt závažných poruch se objevoval ve věkové kategorii 55 – 65 letých. Co se týče údajů ze světa, z často citované studie o mužském stárnutí (Feldman, Goldstein, Hatzichristou et al., 1994) vyplývá, že výskyt poruch erekce roste s věkem – ve věku 40 let byl výskyt erektilní střední a těžké poruchy erekce u 22% mužů, ve věku 60 let u 40% mužů, a ve věku 70 let u 50% mužů.

Z těchto údajů můžeme jen opatrně vysuzovat, zda je možný výskyt erektilní dysfunkce u 19,8% uživatelů marihuany, jimž je v našem souboru naprosté většině méně než 40 let (82,7% respondentů ze souboru se nachází ve věku 30 – 36 let) zvýšený či snížený oproti běžné populaci. Dotazník IIEF-5 jsme do našeho výzkumu zařadili právě proto, abychom zjistili prevalenci možné erektilní dysfunkce u uživatelů marihuany. Předpokládali jsme zvýšený výskyt erektilní dysfunkce nejen na základě dostupných výzkumů, ale také na základě úvahy, že uživatelé marihuany jsou především také kuřáci tabáku, což je jeden z faktorů přispívající k výskytu erektilních dysfunkcí. Avšak na základě získaných údajů z Dotazníku IIEF-5 nyní nemůžeme potvrdit, že mezi uživateli marihuany je vyšší výskyt erektilních dysfunkcí než v „běžné“ populaci.

Nakonec bychom rádi zdůraznili, že jsme si vědomi, že závažnost obtíží uvedených respondenty v našem souboru uživatelů marihuany se může pohybovat od občasných potíží až po vážné dysfunkce v klinickém slova smyslu. Míru závažnosti obtíží jsme v našem výzkumu na základě položených otázek zajisté nemohli postihnout.

3.8.9 Styk s prostitutkou

Z oblasti využívání služeb komerčního sexu jsme se uživatelů marihuany dotazovali na styk s prostitutkou četnost těchto styků a užívání kondomu při styku s prostitutkou. Zjistili jsme, že téměř třetina uživatelů marihuany (32,7%) měla někdy v životě pohlavní styk s prostitutkou. Zjistili jsme v této oblasti statisticky významný rozdíl ve srovnání s „průměrnými“ českými muži – respondenti z věkově srovnatelného souboru českých mužů měli někdy v životě pohlavní styk s prostitutkou ve 21,1%. Uživatelé marihuany dále uvedli, že měli ve svém životě v průměru 5,6 krát pohlavní styk s prostitutkou, avšak nejčastěji uváděli, že styk s prostitutkou měli pouze jednou v životě (průměrná hodnota zde vychází

výrazně vyšší vzhledem k extrémním hodnotám několika uživatelů). Co se týče užití kondomu, uživatelé marihuany ve většině (84,8% respondentů) uvedli, že kondom použili vždy při styku s prostitutkou, 12,1% respondentů uvedlo, že kondom použilo občas a 3,0% respondentů uvedla, že kondom při styku s prostitutkou nepoužili nikdy. V užívání kondomu při styku s prostitutkou se uživatelé výrazně neliší od českých mužů (ti při styku s prostitutkou použili kondom vždy v 78,4%, občas v 16,2% a nikdy v 5,4%).

Z výzkumu sexuality uživatelů amfetaminů a opioidů Justinové (2010) je zřejmé, že více než polovina těchto uživatelů již má zkušenost s pohlavním stykem s prostitutkou, což je dáno především odlišným životním stylem těchto drogových uživatelů, mezi kterými je běžnou zkušeností používání sexu jako platidla. Co se týče užívání kondomu při styku s prostitutkou, je mezi těmito uživateli ve srovnání s uživateli marihuany vyšší procento těch, kteří nikdy neužili kondom (v průměru 20%), a naopak nižší procento těch, kteří kondom užívali vždy (v průměru 45%).

Nabízí se zde opět srovnání rizikovosti sexuálního chování uživatelů marihuany a uživatelů amfetaminů a opioidů. Z výsledků vyplývá, že přesto, že více uživatelů marihuany než českých mužů mělo již pohlavní styk s prostitutkou, nemají uživatelé marihuany zdaleka takovou zkušenost s pohlavním stykem s prostitutkou, jakou mají uživatelé amfetaminů a opioidů. Dále je zajímavé, že přesto, že více uživatelů marihuany mělo již pohlavní styk s prostitutkou, chovali se tito uživatelé stejně zodpovědně v užívání kondomu jako čeští muži. Naproti tomu, uživatelé amfetaminů a opioidů užívali kondom výrazně méně často.

Vyšší zkušenost ve styku s prostitutkou u uživatelů marihuany ve srovnání s českými muži bychom se mohli pokusit vysvětlit několika faktory. Zjistili jsme již, že uživatelé marihuany pocítují vyšší potřebu sexuálního uspokojení než čeští muži. Je tedy možné, že tato potřeba přiměla některé z uživatelů marihuany k využití komerčního sexu. Dále jsme již také zvažovali, že uživatele marihuany spojuje přítomnost faktoru tzv. „na podněty zaměřeného chování“ v osobnosti, a tudíž vyhledání komerčního sexu může být pro mnohé uživatele také lákavým dobrodružstvím. Nabízí se zde také úvaha nad tím, že uživatelé marihuany už z podstaty toho, že užívají ilegální látku, prokazují jistou nonkonformitu v chování, a tudíž i komerční sex pro ně může mít nižší práh než tomu je u „běžné“ populace.

Nejdůležitějším zjištěním této kapitoly je však fakt, že se uživatelé marihuany i přes větší otevřenost k sexuálnímu styku s prostitutkou, chovají zodpovědně v užívání účinné ochrany proti přenosu pohlavních nemocí, na což může mít vliv (podobně jako při užívání ochrany s náhodnými partnerkami, viz kapitola 3.8.5 Používání ochrany při styku se stálými i

náhodnými partnerkami) vyšší vzdělanost našeho souboru, a tedy také informovanost o rizicích pohlavně přenosných nemocí.

3.8.10 Aktivní prostituce

Provozování aktivní prostituce je z hlediska zdravotních i psychosociálních rizik ještě závažnějším faktorem než pohlavní styky s prostitutkami. Zjistili jsme, že z našeho souboru uživatelů marihuany 7 respondentů (3,5%) poskytlo někdy sexuální služby za peníze, drogy či jinou úplatu. Tyto služby poskytli tito respondenti v průměru ve 21 letech a rovnoměrně tyto služby poskytli ženám a mužům. Takto vydělané peníze sloužily ve více než čtvrtině případů k obnově sebevědomí. Na otázky týkající se frekvence poskytování sexuálních služeb nám odpovědělo šest z těchto sedmi respondentů, a všichni tito respondenti odpověděli, že sexuální služby poskytli všehovšudy jednou (jednou za měsíc po dobu jednoho měsíce).

Justinová (2010) ve své studii sexuálního chování uživatelů amfetaminů a opioidů uvádí, že mezi muži užívajícími pervitin bylo 20% těch, kteří někdy v životě poskytli sexuální služby za peníze či jinou úplatu, z toho 7% uživatelů uvedlo, že tyto služby poskytlo opakovaně. Mezi uživateli Subutexu (dříve heroinu) sexuální služby poskytlo 19% respondentů, z toho 4% opakovaně. I mezi těmito uživateli převládalo poskytnutí sexuálních služeb ženě.

Můžeme opět uvažovat tím směrem, že chování uživatelů marihuany se v provozování aktivní prostituce blíží více chování „běžné“ české populace, ve které se objevuje výskyt aktivní prostituce u žen mezi 3 – 4% (údaje o prevalenci u mužů v současnosti nemáme), než chování problémových uživatelů drog, na které vzniká silná fyzická závislost. Tento jev může vysvětlovat jednak dobrá sociální ukotvenost našeho souboru uživatelů marihuany (vysoká vzdělanost, pravidelné zaměstnání), která do jisté míry zajišťuje, že uživatelé marihuany nejsou nuceni shánět peníze provozováním prostituce, podstatnější vliv však na tuto problematiku bude mít charakter drogy – marihuana nezpůsobuje silnou fyzickou závislost, a také není tak drahá jako například pervitin či heroin. Uživatelé marihuany tehdy nejsou hnáni do shánění drogy trýznivými abstinenciemi stavy při nedostatku drogy, a zároveň k získání drogy nepotřebují získávat velký finanční obnos.

3.8.11 Sexuální styk s mužem, bisexualita

V souboru uživatelů marihuany naprostá většina respondentů (89,1%) nikdy v životě neměla pohlavní styk s mužem. Ze zbylých respondentů mělo 5,4% pohlavní styk s mužem jednou, a zbylých 5,4% mělo pohlavní styk s mužem opakovaně. Ve srovnání s českou populací byl nalezen statisticky významný rozdíl v počtu respondentů, kteří pohlavní styk s mužem nikdy neměli – ve věkově srovnatelném souboru českých mužů pohlavní styk s mužem nikdy nemělo 96,6% respondentů, tedy mnohem více českých mužů nikdy nemělo pohlavní styk s mužem ve srovnání s uživateli marihuany.

Většina z pohlavních styků s muži v souboru uživatelů marihuany (86,4%) byla dobrovolná, 13,6% uživatelů bylo k sexuálnímu styku s mužem donuceno. K pohlavním stykům s mužem v souboru uživatelů marihuany došlo ve většině případů doma (64,7%).

Za bisexuálně orientované se většina uživatelů marihuany nepovažuje (87,1%), zbylí respondenti (12,9%) se cítí jako bisexuálně orientovaní. Ve srovnání s českými muži však mezi uživateli marihuany není statisticky významně více těch, kteří se považují za bisexuálně orientované.

Ve výzkumu sexuality uživatelů amfetaminů a opioidů (Justinová, 2010), bylo zjištěno, že nejasná nebo bisexuální orientace se ukázala především u žen, muži se v tomto směru příliš nelišili od běžné populace, kromě toho, že častěji uváděli zkušenost s pohlavním stykem s mužem. Justinová (2010) je však přesvědčena (na základě dostupných výzkumů a také zkušenosti s uživateli), že je výskyt bisexuality mezi problémovými uživateli vyšší než v normální populaci, a zvažuje dále, nakolik se u problémových uživatelů může jednat o egodystonní poruchu, skutečnou bisexualitu, menší zábrany uživatelů k experimentování, nebo také o nejasné vymezení pojmu – je otázkou, jak by respondenti odpovídali, kdyby byli dotázáni, zda se cítí být stejnou měrou přitahováni oběma pohlavími.

Souhlasíme s tím, že mnozí respondenti mohou být zmateni pojmem „bisexualita“ – pod tímto pojmem si mohou představit také prosté bisexuální chování, tedy sexuální chování v rámci kterého měli jakoukoli sexuální zkušenost jednou či opakovaně s oběma pohlavími. Bisexuální chování tedy nemusí nutně znamenat, že je jedinec bisexuál, a v souladu s úvahou Justinové (2010), připouštíme, že skutečných bisexuálů může být jak v našem souboru uživatelů marihuany, tak v souboru českých mužů podstatně méně. Avšak tato úvaha nám nebrání interpretovat údaje o bisexuálním chování uživatelů marihuany.

Ze zjištěných údajů můžeme vyčíst, že zatímco se uživatelé marihuany neliší od českých mužů v bisexuální orientaci, odlišují se ve zkušenosti s pohlavním stykem s mužem.

Vidíme, že mnohem více uživatelů marihuany (10,8%) mělo alespoň jednu pohlavní styk s mužem, avšak mezi českými muži má tuto zkušenost 3,4% respondentů. Vidíme dále, že mezi uživateli marihuany došlo k pohlavnímu styku s mužem většinou dobrovolně a většinou doma. Odvažujeme se tedy předpokládat, že v souboru uživatelů marihuany bude více tzv. sexuálních experimentátorů, a tato otevřenost vůči nové zkušenosti může opět souviset jak s přítomností faktoru tzv. „na podněty zaměřeného chování“ v osobnosti uživatelů, tak také s možnou jistou mírou nonkonformity v chování uživatelů (viz také kapitola 3.8.9 Styk s prostitutkou), která může také souviset s experimentacemi v oblasti bisexuálního chování.

3.8.12 Pohlavně přenosné nemoci

Mnohé výzkumy naznačují, že užívání marihuany souvisí s rizikovostí sexuálního chování, v tom smyslu, že uživatelé marihuany méně často užívají při sexuálním styku kondom (podrobněji viz kapitola 4.5 Používání ochrany při styku se stálými a náhodnými partnerkami). Avšak přestože některé výzkumy zjistily u uživatelů marihuany zvýšený výskyt pohlavně přenosných nemocí (Boyer, Shafer, Teitle et al., 1999), již méně výzkumů referuje o tom, že by uživatelé marihuany byli ve větší míře ohroženi závažnými sexuálně přenosnými nemocemi jako je například HIV/AIDS či hepatitidy typu B a C (např. Lowry, Holtzman, Truman et al., 1994), a pravděpodobně žádný výzkum nepotvrdil zvýšený výskyt závažných sexuálně přenosných nemocí jako je například HIV/AIDS či hepatitida typu B a C u uživatelů marihuany, kteří nejsou zároveň uživateli drog, na které vzniká silná fyzická závislost (pervitin, heroin).

V našem výzkumu jsme zjistili, že nějakou pohlavně přenosnou nemoc (mimo HIV/AIDS a hepatitidy) někdy v životě mělo 19,8% uživatelů marihuany (nejčastěji se jednalo o muňky, kondylomata a kapavku a jeden respondent (0,5%) uvedl syfilis). Ve srovnání s českými muži jsme ve výskytu pohlavně přenosných nemocí zjistili statisticky významný rozdíl – ve věkově srovnatelném souboru českých mužů mělo pohlavně přenosnou nemoc někdy v životě jen 9,7% mužů, a dokonce žádný z tisíce respondentů populačního výzkumu ČR (provedený Weissem a Zvěřinou v roce 2008) neuvedl syfilis.

Zjistili jsme dále, že výskyt pohlavně přenosných nemocí se liší v souboru uživatelů marihuany v závislosti na dalších užívaných substancích (alkohol a „párty“ drogy – LSD, extáze, halucinogenní houby, kokain). Uživatelé, kteří užívají pouze marihuanu měli někdy v životě pohlavně přenosnou nemoc v 16,3%, uživatelé, kteří užívají marihuanu a alkohol,

měli někdy v životě pohlavně přenosnou nemoc v 15,0%, a uživatelé, kteří užívají marihuanu, alkohol a „párty“ drogy, měli někdy v životě pohlavně přenosnou nemoc statisticky významně častěji – ve 32,1%. Zdá se tedy, že v případě pohlavně přenosných nemocí se v našem souboru uživatelů marihuany potvrzuje předpoklad, že s výčtem užívaných substancí roste sexuálně rizikové chování, jehož následkem může být zvýšený výskyt sexuálně přenosných nemocí (k podobnému závěru došli např. Scivoletto, Tsuji, Abdo, 2002).

Justinová (2010) ve svém výzkumu sexuality uživatelů amfetaminů a opioidů zjistila, že uživatelé pervitinu i Subutexu shodně vykazovali přibližně 17% prevalenci výskytu pohlavně přenosných nemocí, a za alarmující považovala výskyt syfilidy, který zjistila u 4 uživatelů (přibližně 1,5%).

Nabízí se nám opět srovnání uživatelů marihuany s problémovými uživateli amfetaminů a opioidů. A zde vidíme, že přestože se uživatelé marihuany chovají podobně jako čeští muži méně sexuálně rizikově v užívání kondomu než problémoví uživatelé amfetaminů a opioidů (podrobně viz kapitola 3.8.5 Používání ochrany při styku se stálými a náhodnými partnery), co se týče prevalence pohlavních nemocí (s výjimkou HIV/AIDS, hepatitidy B a C) výsledky uživatelů marihuany se více shodují s výsledky problémových uživatelů než s výsledky českých mužů. V souvislosti se zjištěným rozdílem ve výskytu pohlavně přenosných nemocí v závislosti na dalších substancích v souboru uživatelů marihuany nás napadá, že za zvýšený výskyt pohlavně přenosných nemocí v souboru uživatelů marihuany může ve velké míře skupina uživatelů marihuany, kteří užívají kromě marihuany i alkohol a „párty“ drogy. Je možné, že tito uživatelé pod vlivem tzv. „párty“ drog se v souvislosti se sníženou racionální kontrolou po užití těchto drog chovají zvýšeně rizikově, a následkem tohoto chování může být zvýšený výskyt pohlavně přenosných nemocí v této skupině uživatelů. Na druhou stranu však i v dalších dvou skupinách (pouze marihuana a marihuana s alkoholem) je výskyt pohlavně přenosných nemocí poměrně vysoký. Napadá nás proto, že zvýšená prevalence pohlavně přenosných nemocí u uživatelů bude souviset nejen s výčtem užívaných substancí, ale také s nadprůměrným množstvím náhodných sexuálních partnerek v celém souboru uživatelů marihuany (podrobněji viz kapitola 3.8.3 Počet sexuálních partnerek). Myslíme si, že přesto, že se uživatelé marihuany chovají stejně zodpovědně v užívání kondomu jako čeští muži, z důvodu výrazně vyššího počtu sexuálních partnerek je u nich zvýšená pravděpodobnost nákazy pohlavně přenosných nemocí právě z důvodu vysokého množství příležitostných sexuálních styků, vzhledem k tomu, že ani kondom nemusí být 100% ochrana proti přenosu pohlavně přenosných nemocí.

3.8.13 Změna chování v důsledku hrozby HIV/AIDS nebo hepatitidy B a C

Informovanost společnosti o rizicích spojených s nákazou pohlavně přenosnými nemocemi jako jsou HIV/AIDS a hepatitidy typu B a C dosahuje různé úrovně v různých demografických skupinách i sociálních vrstvách. Z hlediska rizikovosti sexuálního chování drogových uživatelů zde porovnáme změny v sexuálním chování u uživatelů marihuany s problémovými uživateli pervitinu a Subutexu. Polovina respondentů ze souboru uživatelů marihuany (50,0%) zodpověděla, že své chování v důsledku hrozby HIV/AIDS a žloutenky typu B nebo C nijak nezměnili, protože se vždy chovali zodpovědně. Přibližně čtvrtina uživatelů (25,2%) své chování také nezměnila (protože o tom buď ani neuvažovali, nebo jen zvažují, že by bylo dobré chování změnit). Téměř čtvrtina uživatelů (24,8%) své chování pak v důsledku hrozby onemocnění změnila – téměř polovina z nich (48,4%) změnila chování v tom, že začali používat kondom, další uvedli, že snížili počet sexuálních partnerek, případně se začali ptát partnerek na zdraví, jeden respondent uvedl (1,6%), že přestal být sexuálně aktivní.

Justinová (2010) ve výzkumu sexuality uživatelů amfetaminů a opioidů zjistila, že své chování nijak nezměnila přibližně třetina těchto problémových uživatelů (uživatelé pervitinu i Subutexu), protože si myslí, že se vždy chovali zodpovědně. Další třetina uživatelů pervitinu a čtvrtina uživatelů Subutexu své chování také nezměnila (protože o tom buď ani neuvažovali, nebo jen zvažují, že by bylo dobré chování změnit). Svě chování naopak nějak změnila čtvrtina uživatelů pervitinu, mezi uživateli Subutexu to bylo 32% respondentů. Z těch, kteří své chování změnili, tak přibližně 41% (u uživatelů pervitinu i Subutexu) začalo používat kondom, další snížili počet partnerů i styků, 10,3% uživatelů pervitinu a 4,5% uživatelů Subutexu uvedlo, že již nesouloží.

Při srovnání uživatelů marihuany a problémových uživatelů amfetaminů a opioidů, je nejvýraznější rozdíl v počtu respondentů, kteří své chování nezměnili, protože si myslí, že vždy chovali zodpovědně – marihuana v 50,%, pervitin v 33,0%, Subutex v 32,4%. Zajímavé jsou také rozdíly v počtu uživatelů, kteří své chování změnili – marihuana v 24,8%, pervitin v 25,2%, Subutex v 32,4%, a také v počtu uživatelů, kteří již nesouloží – marihuana v 1,6%, pervitin v 10,3%, Subutex v 4,5%.

Z těchto údajů můžeme dále vyčíst, že 74,8% uživatelů marihuany se buď chová zodpovědně nebo své chování změnili směrem k větší zodpovědnosti, takových uživatelů je mezi uživateli pervitinu 58,2%, a mezi uživateli Subutexu 64,8%.

Vidíme zde, že mezi uživateli marihuany je nejvíce respondentů, kteří se chovají zodpovědně, nejméně zodpovědných uživatelů je mezi uživateli pervitinu. Co se týče uživatelů Subutexu, Justinová (2010) uvádí, že snížené rizikové chování u těchto uživatelů odpovídá tvrzení Světové zdravotnické organizace, že substituční léčba výrazně snižuje rizikové chování (Subutex substituuje heroin), a dále také uvádí zjištění americké studie mezi injekčními uživateli (Des Jarlais, Friedman, Friedman et al., 1995), že nejučinněji vedou ke změně chování rozhovory s jinými uživateli na téma HIV/AIDS, rozhovory s partnerem/partnerkou, vyšší vzdělání, předchozí testování na HIV a vědomí, že někdo může být infikován a vypadat zdravě.

Vzhledem k zjištěným údajům zvažujeme rozdíly v získávání informací o bezpečném sexuálním chování mezi uživateli marihuany a problémovými uživateli. Problémoví uživatelé pervitinu a Subutexu se s nejvyšší pravděpodobností dovídají o rizikovosti sexuálního chování sami od sebe navzájem (v místech společné intoxikace, nízkoprávních institucích, uživatelé Subutexu také v rámci substituční léčby), a vzhledem k promořenosti drogové populace závažnými pohlavně přenosnými chorobami se dostávají i do kontaktu s takto nemocnými, učí se tedy chovat zodpovědně pravděpodobně na základě zkušenosti. Přesto však u nich nedochází k zodpovědnému chování v takové míře jako mezi uživateli marihuany. Uživatelé marihuany jsou s největší pravděpodobností (vzhledem k sociodemografickým charakteristikám – vyšší vzdělání, pravidelné zaměstnání) v častém kontaktu s „běžnou“ nedrogovou populací, a tak si s opatrností dovoluujeme tvrdit, že jejich zodpovědnější chování bude pravděpodobně více souviset se vzdělaností a informovaností o prevenci než s osobní zkušeností se závažnými pohlavními nemocemi, přestože – jak jsme popsali výše (viz kapitola 3.8.12 Pohlavně přenosné nemoci) – mají výrazně vyšší zkušenost s méně závažnými pohlavními nemocemi než běžná populace. Napovídat tomu může i fakt, že polovina respondentů se chovala zodpovědně vždy.

Z údaje o počtu uživatelů, kteří již nesouloží můžeme – opět s nejvyšší opatrností – usuzovat, že užívání marihuany nebude mít tolik destruktivní vliv na sexualitu, jako tomu je u drog typu pervitinu či heroinu.

3.8.14 Testování na přítomnost pohlavně přenosných nemocí a změna chování v důsledku pozitivních výsledků

Z hlediska rizikovosti sexuálního chování nás také zajímalo, zda se uživatelé marihuany nechávají testovat na přítomnost závažných pohlavně přenosných nemocí (HIV, hepatitida C), a došli jsme k příznivému zjištění, že uživatelé marihuany se v mnohem větší míře a mnohem častěji než čeští muži nechávají testovat na HIV. Zatímco v souboru uživatelů marihuany bylo na přítomnost viru HIV někdy testováno 51,5% respondentů v souboru českých mužů bylo někdy testováno 24,1% respondentů. Co se týče frekvence testování, 32,7% uživatelů marihuany bylo na přítomnost viru HIV testováno více než jednou, v souboru českých mužů tomu tak bylo u 5,8% respondentů, což také představuje statisticky významný rozdíl mezi soubory.

Na přítomnost žloutenky typu C bylo alespoň jednou testováno 35,6% respondentů ze souboru uživatelů marihuany. Zjistili jsme dále, že 4 uživatelům (2,0%) marihuany byla někdy diagnostikována žloutenka typu C (v souboru českých mužů byla žloutenka typu C někdy diagnostikována pouze jednomu respondentovi), a 4 uživatelé neznají výsledek testu. Na dotaz, jak změnili své chování v důsledku pozitivní diagnózy odpověděl jeden respondent, že přestal být sexuálně aktivní, dva začali používat kondom, jeden se začal ptát partnerek na zdraví.

Z výsledků výzkumu sexuality uživatelů amfetaminů a opioidů (Justinová, 2010) je zřejmé, že tito uživatelé byli alespoň jednou testováni na přítomnost viru HIV v mnohem větší míře než uživatelé marihuany (84,3% uživatelů pervitinu, 86,8% uživatelů Subutexu), a to platí také pro testování na přítomnost hepatitidy typu C (82,6% uživatelů pervitinu, 89,7% uživatelů Subutexu). Mezi těmito problémovými uživateli je však dále ve srovnání s uživateli marihuany výrazně větší množství uživatelů, kterým byla diagnostikována žloutenka typu C (31,3% uživatelů pervitinu, 51,5% uživatelů Subutexu). Co se týče změny chování v důsledku pozitivní diagnózy, muži užívající pervitin i Subutex jako nejčastější změnu uváděli snížení počtu partnerek a užívání kondomu.

Justinová (2010) soudí, že co se týče testování na HIV, zdařila se v populaci uživatelů drog včasná prevence, čemuž zřejmě odpovídá také stále nízký a stabilní výskyt nakažených virem HIV v České republice, a že se dále ukazuje, že snaha o včasné podchycení nákazy je i v případě hepatitidy poměrně úspěšná, což bohužel však ne vždy znamená, že se jedince s pozitivními testy podaří získat pro kontinuální lékařskou péči či pro dodržování opatření proti dalšímu šíření nemoci.

Ze srovnání uživatelů marihuany a problémových uživatelů amfetaminů a opioidů vidíme, že mezi uživateli marihuany není ani zdaleka tak rozšířena nákaza žloutenky typu C (2,0% nemocných) jako tomu je mezi uživateli pervitinu (31,3%) a Subutexu (51,5%), a rozšíření žloutenky typu C mezi uživateli marihuany by mohlo být snad jen nepatrně zvýšené oproti běžné populaci (takto soudíme na základě zjištění, že zatímco v souboru českých mužů byl zjištěn 1 respondent s pozitivní diagnózou, mezi uživateli marihuany to byli 4 respondenti). Také je z těchto výsledků zřejmé, že přestože mezi uživateli marihuany nejsou rozšířeny závažné pohlavní nemoci, jsou tito uživatelé oproti běžné populaci zodpovědnější v tom, jak často se na tyto nemoci (HIV, hepatitida C) nechávají testovat. Napadá nás, že zvýšená obezřetnost v tomto směru mezi uživateli marihuany oproti běžné populaci může souviset s tím, že uživatelé marihuany jsou si vědomi rizik, která s sebou přináší zvýšená promiskuita (podrobněji viz kapitola 3.8.3 Počet sexuálních partnerek).

3.8.15 Prověření hypotéz

Již jsme zmínili výše (viz kapitola 3.2 Hypotézy), že námi formulované hypotézy jsme pro účely této práce mínili především jako očekávání o pravděpodobných výsledcích našeho šetření. V této kapitole prověříme platnost našich úvah stanovených v hypotézách.

H1: Uživatelé, kteří užívají pouze marihuanu se chovají méně sexuálně rizikově (v používání ochrany proti přenosu pohlavně přenosných chorob při styku s náhodnými partnerkami, v počtu náhodných sexuálních styků a šíření pohlavních nemocí) než uživatelé marihuany, kteří kromě marihuany užívají i alkohol a „párty“ drogy (tj. LSD, extázi, halucinogenní houby, kokain).

Jak jsme zjistili, mezi uživateli marihuany nebyl v závislosti na dalších užívaných substancích zjištěn rozdíl v používání ochrany s náhodnými partnerkami. V počtu náhodných sexuálních partnerek rozdíl zjištěn byl, avšak jiný než jsme předpokládali – zjistili jsme, v rozporu s očekáváním, že nejvyšší počet příležitostných partnerek uvedli ti uživatelé, kteří užívají pouze marihuanu. Naše očekávání se však potvrdilo v oblasti pohlavně přenosných nemocí – zjistili jsme, že mezi uživateli marihuany, alkoholu a „párty“ drog byl největší

počet respondentů, kteří někdy v životě měli nějakou pohlavní nemoc. Tato hypotéza se tedy potvrdila jen částečně.

H2: Uživatelé marihuany mají větší potřebu sexuálního uspokojení (zvýšená apetence), jsou více sexuálně aktivní a jsou také více spokojeni se svým sexuálním životem než „průměrní“ Češi.

Zjistili jsme, že více uživatelů marihuany než „průměrných“ českých mužů, potřebuje v současné době sexuální uspokojení, uživatelé marihuany mají také vyšší frekvenci potřeby sexuálního uspokojení. Více uživatelů marihuany než průměrných Čechů je v současnosti sexuálně aktivní, mezi uživateli marihuany byla zjištěna také vyšší frekvence sexuální aktivity. Potvrdilo se nám také, že mnohem více uživatelů marihuany než „průměrných“ českých mužů je se svým sexuálním životem spokojeno. Tato hypotéza byla potvrzena.

H3: Uživatelé marihuany častěji trpí sexuálními obtížemi a problémy (poruchy dosažení ejakulace, poruchy erekce, užívání léků na podporu erekce) než „průměrní“ Češi.

Zjistili jsme, že počet uživatelů marihuany, u kterých se v souvislosti s užíváním marihuany objevila opožděná ejakulace a neschopnost dosáhnout vyvrcholení, je vyšší, než jaký je počet českých mužů, kteří těmito poruchami trpí v současnosti (toto srovnání však nebylo provedeno statistickou analýzou, nýbrž prostým srovnáním počtu respondentů). Počet mužů, u nichž se objevily poruchy erekce, byl v obou souborech téměř shodný (rozdíl jednoho respondenta), počet mužů, kteří užívají léky na poruchy erekce byl shodný v obou souborech. Tato hypotéza byla tedy potvrzena jen částečně.

H4: Uživatelé marihuany mají ve své anamnéze ve srovnání s „průměrnými“ Čechy vyšší celkový počet sexuálních partnerek a také vyšší počet náhodných sexuálních partnerek.

Zjistili jsme, že uživatelé marihuany souložili za celý život s více ženami než „průměrní“ Češi, a také bylo potvrzeno, že uživatelé marihuany měli ve své minulosti více pohlavních styků s příležitostnými partnerkami než čeští muži. Tato hypotéza byla potvrzena.

H5: Uživatelé marihuany se neliší od „průměrné“ české populace v sexuálně rizikovém chování, jakým je provozování aktivní prostituce, a není mezi nimi ve srovnání s českou populací vyšší výskyt hepatitidy typu C.

Zjistili jsme, že v souboru uživatelů marihuany poskytlo sexuální služby za peníze, drogy či jinou úplatu 3,5% respondentů. V české populaci se prevalence aktivní prostituce u žen vyskytuje mezi 3 – 4% (u českých mužů údaje o aktivní prostituci v současnosti nemáme). Ze srovnání prevalence aktivní prostituce u uživatelů marihuany s prevalencí u problémových uživatelů drog (20% mezi uživateli pervitinu, 19% u Subutexu), soudíme, že provozování aktivní prostituce uživateli marihuany se blíží míře provozování aktivní prostituce mezi českými muži. Žloutenka typu C byla diagnostikována 4 uživatelům marihuany (2,0%), v souboru českých mužů byla žloutenka typu C diagnostikována 1 muži (0,6%). Počet uživatelů marihuany, kterým byla diagnostikována žloutenka typu C je tedy vyšší než počet českých mužů, nicméně ze srovnání s problémovými uživateli drog (výskyt žloutenky typu C mezi uživateli pervitinu je 31,3%, u Subutexu 51,5%) soudíme, že výskyt hepatitidy typu C u uživatelů marihuany se blíží výskytu v „běžné“ populaci. K potvrzení této hypotézy je potřeba dalšího šetření.

3.8.16 Limity a nedostatky výzkumu

Cílem naší práce nebylo hledat kauzální vztah mezi užíváním marihuany a dopadem užívání na sexuální chování a prožívání. Data, která jsme v rámci našeho výzkumu od uživatelů marihuany získali, vypovídají především o samotných uživateli – o sexuálním chování a prožívání uživatelů marihuany ve věku od 30 do 50 let, kteří byli ochotni vyplnit náš dotazník. Z výsledků výzkumu tedy nelze určit, zda za výše popsaným sexuálním chováním a prožíváním uživatelů stojí v první řadě užívání marihuany či osobnost uživatele, který si volí marihuanu jako pro něj vhodnou drogu, či zda jsou výsledná data souborem dalších, námi neuvažovaných, faktorů.

Za hlavní nedostatek našeho výzkumu považujeme složení výběrového souboru a rozložení věku respondentů v souboru. Respondenti z našeho souboru nekopírují v sociodemografických charakteristikách normální populaci, a ani nevíme, zda reprezentují populaci uživatelů marihuany. Uživatelé marihuany z našeho souboru jsou převážně

nadprůměrně vzdělání lidé s pravidelným zaměstnáním. V současné době neznáme skutečnou velikost populace uživatelů marihuany ani skutečné sociodemografické charakteristiky této populace, a tak se můžeme jen dohadovat, zda marihuanu skutečně užívají spíše vzdělání a zaměstnaní lidé, či zda jsme tuto charakteristiku určili volbou metody. Náš výzkum byl zaměřen na muže ve věku od 30 do 50 let, avšak věkové rozložení výběrového souboru není rovnoměrné – v souboru převládají uživatelé do 36 let (82,7%) – což bylo omezením zejména pro interpretaci položek vztahujících se k výskytu sexuálních dysfunkcí.

Metodou výběru respondentů jsme zajisté ovlivnili některé jejich charakteristiky. Dotazník vyplnili pouze ti respondenti, kteří k tomu byli ochotní a mohli si získat přístup k internetu. Dotazník pravděpodobně nevyplnila část uživatelů, kteří mohli vzhledem k současné legislativě pojmout podezření, že budou monitorováni policií, a také ti respondenti, kteří mají vyšší potřebu si důvěrné informace o sobě chránit.

Ke zkreslení mohlo dojít také stylizací uživatelů, například nadsazováním některých odpovědí. Protože však nebyla přítomna žádná osoba, která by respondentům dotazník administrovala a uživatel měl možnost si dotazník vyplnit anonymně v soukromí u počítače, můžeme předpokládat, že uvedené údaje byly zkreslovány minimálně.

Vzhledem k metodě sběru dat však nevíme, zda byli respondenti v době vyplňování dotazníku intoxikováni některou ze substancí. Avšak vzhledem k charakteristikám drog, které jsme v našem výzkumu brali v potaz, je zde nízká pravděpodobnost, že by data byla zkreslena nereálným úsudkem uživatelů pod vlivem těchto substancí. V případě tzv. „párty“ drog (LSD, extáze, halucinogenní houby, kokain) nepředpokládáme, že by se uživatelé v době intoxikace těmito drogami rozhodli vyplňovat náš dotazník.

Diskutabilním může být statistické srovnání našich výsledků s výsledky výzkumu české populace, který probíhal před dvěma lety. Více než časový odstup mezi oběma výzkumy, zde vidíme jako problematickou mírně odlišnou formulaci některých položek. Avšak myslíme si, že zjištěné rozdíly mezi obsahově shodnými položkami jsou natolik cenné, že toto srovnání bylo tou nejlepší možnou volbou, díky které jsme mohli charakteristiky uživatelů marihuany prvotně monitorovat.

Myslíme si, že vzhledem k vyšší míře vzdělání uživatelů v našem souboru, byla formulace otázek – i přes občasné užití odbornějších pojmů – pro uživatele srozumitelná. Jsme si však vědomi, že některým termínům uživatelé nemuseli plně rozumět, a v těchto případech osoba administrátora dotazníku chyběla. Jsme si také vědomi, že námi předložené alternativy odpovědí mohly v jistém směru predefinovat výstupy z dotazníku. Avšak pro

možnost provedení srovnání získaných dat s daty české populace, byla tato forma dotazníku – pro účely prvotního monitoringu – tou nejlepší možnou metodou.

Možnou slabinou dotazníku může být také menší důraz na psychologické aspekty sexuality či osobnosti uživatelů. Rádi bychom však zdůraznili, že se v našem výzkumu jednalo o prvotní monitoring sexuálního chování a prožívání české populace uživatelů marihuany, který měl za cíl nejprve důležité oblasti v sexualitě těchto uživatelů zmapovat. Také ve srovnání s podobnými zahraničními studii kvantitativního typu, byl počet položek dotazujících se například na prožívání sexuality nadprůměrný. Věříme, že na základě našich zjištění je možné dále sestavit kvalitativní typ studie, prostřednictvím níž bude možno se na nově vzešlé oblasti sexuality uživatelů marihuany dotázat.

3.8.17 Využití a směřování dalšího výzkumu

Hlavním cílem této práce bylo prvotní zmapování problematiky sexuality uživatelů marihuany. Jsme přesvědčeni, že náš průzkum přinesl množství nových otázek k problematice a nebylo by bez zajímavosti zkoumat některé dílčí oblasti sexuality uživatelů také kvalitativními metodami sběru dat.

Vzhledem k věkovému rozložení respondentů v našem souboru se jistě nabízí také zmapování sexuality uživatelů mladších 30 let a srovnání výsledků s našimi daty. Zajímavé by bylo také zjištění, zda se více uživatelů marihuany, kteří drogu užívají spolu s tabákem formou inhalace, potýká se sexuálními obtížemi a poruchami. V této souvislosti by určitě bylo zajímavé také zjištění, zda se mezi mladšími ročníky uživatelů více či méně rozšiřuje inhalace s použitím vaporizéru.

Dále nás napadá, že by bylo přínosné zmapovat, jak souvisí začátky užívání marihuany s následnými problémy v sexualitě, a zda jsou si uživatelé vědomi rizik i výhod užívání marihuany v oblasti sexu.

Věříme, že výsledky naší práce přináší nejen jasnější obraz o sexualitě uživatelů marihuany, ale také o marihuaně jako substanci. Jsme si vědomi, že jen malá část odborné veřejnosti má představu o tom, nakolik nebezpečná či riziková je marihuana jako droga, nakolik problémoví mohou být její uživatelé. Naš výzkum je dalším krůčkem k poznání kontextu užívání substance, jejíž prevalence užívání se nejen v České republice, ale i v celosvětovém měřítku neustále zvyšuje.

4 ZÁVĚR

V diplomové práci jsme se zabývali problematikou sexuality uživatelů marihuany. Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou.

V teoretické části jsme se nejdříve zabývali zejména charakteristikou konopných drog a dosavadnímu vědeckému poznání z oblasti účinné látky THC. Věnovali jsme se historii a modalitám konopných drog, vzorcům užívání konopných drog, popsali jsme diagnostická kritéria akutní intoxikace, farmakokinetiku a farmakodynamiku THC, zabývali jsme se typologií uživatelů konopných drog, jejich motivací a osobnostními charakteristikami. Představili jsme zde dále dosavadní poznání okolností závislosti na konopných drogách, dosavadní vědecké poznání o dopadu užívání konopných drog na reprodukční systém. V další části jsme se věnovali sexuálnímu chování a prožívání v souvislosti s psychotropními látkami obecně, a uvedli jsme výzkumy, jež na téma sexuality v souvislosti s psychotropními látkami byly v nedávné době provedeny v České republice. V poslední části teoretické části jsme se věnovali afrodiziakálním účinkům konopných drog, a předložili jsme zde přehled dostupných výstupů ze světových výzkumů, které se zabývaly problematikou sexuality uživatelů marihuany – předložili jsme výzkumy na téma prožitku sexuality v kontextu akutní intoxikace, studie zabývající se sexuálními dysfunkcemi a sexuálním zdravím, studie přinášející poznatky o rizikovosti sexuálního chování v oblastech užívání antikoncepce, počtu sexuálních partnerů a pohlavně přenosných nemocí.

V první části výzkumné části diplomové práce jsme stanovili cíle našeho výzkumu, formulovali jsme hypotézy. Dále jsme zde popsali metody získávání a zpracování dat, charakterizovali jsme náš výběrový soubor. Výsledky našeho šetření jsme rozčlenili do čtrnácti kapitol. V druhé části výzkumu jsme prezentovali statisticky významné výsledky vzešlé ze srovnání uživatelů marihuany v závislosti na dalších užívaných substancích, ty jsme rozčlenili do tří kapitol. V třetí části výzkumu jsme srovnali výsledky z našeho šetření s výsledky výzkumu sexuálního chování české populace, ty jsou členěny do dvanácti kapitol.

V závěru výzkumné části prezentujeme diskuzi nad výsledky, které jsme zde dále porovnali zejména s výsledky výzkumu sexuality uživatelů amfetaminů a opioidů, a nabízíme zde některé interpretace a možná vysvětlení souvislostí. Na konec naší práce jsme zařadili kapitoly, ve kterých se věnujeme hlavním omezením a nedostatkům našeho výzkumu a zvažujeme oblasti dalšího výzkumu v této problematice.

Mezi nejpodstatnější výsledky našeho šetření patří:

- a) Uživatelé marihuany se liší v závislosti na dalších užívaných substancích (alkohol, „párty“ drogy – LSD, extáze, halucinogenní houby, kokain) ve třech charakteristikách: 1) první sexuální styk s náhodnou partnerkou měli nejčastěji uživatelé, kteří užívají marihuanu, alkohol i „párty“ drogy, 2) největší počet náhodných sexuálních partnerek uváděli uživatelé, kteří užívají pouze marihuanu, 3) nejvyšší výskyt pohlavních nemocí v anamnéze byl zjištěn mezi uživateli, kteří užívají marihuanu, alkohol i „párty“ drogy.
- b) Uživatelé marihuany začínali se sexuálním životem v průměru dříve než „průměrní“ čeští muži.
- c) Uživatelé marihuany mají ve srovnání s „průměrnými“ českými muži větší potřebu sexuálního uspokojení, jsou více sexuálně aktivní a jsou také spokojenější se svým sexuálním životem.
- d) Uživatelé marihuany, kteří uvedli, že se jejich sexuální život v souvislosti s užíváním marihuany zlepšil, uvedli ve většině případů, že se u nich zlepšil prožitek orgasmu.
- e) Uživatelé marihuany měli za celý život více sexuálních partnerek než „průměrní“ Češi a také měli ve své minulosti více pohlavních styků s příležitostnými partnerkami než čeští muži.
- f) Uživatelé marihuany mají v současné době stálý partnerský vztah ve stejné míře, jako čeští muži, tyto vztahy však trvají průměrně kratší dobu. Uživatelé marihuany mají se svými stálými partnerkami častěji pohlavní styky.
- g) Uživatelé marihuany se neliší od českých mužů v používání ochrany se stálými, ani s náhodnými partnerkami.
- h) Uživatelé marihuany uváděli vyšší průměrnou délku trvání soulože než čeští muži.
- i) Uživatelé marihuany měli častěji někdy v životě pohlavní styk s prostitutkou. V používání ochrany s prostitutkou se uživatelé marihuany od českých mužů neliší.
- j) Počet uživatelů marihuany z našeho výběrového souboru, u kterých se v souvislosti s užíváním marihuany objevila opožděná ejakulace a neschopnost dosáhnout vyvrcholení, je vyšší, než jaký je počet českých mužů ve věkově srovnatelném souboru (toto srovnání však nebylo provedeno statistickou

analýzou, nýbrž prostým srovnáním počtu respondentů). Počet mužů, u nichž se objevily poruchy erekce, byl v obou souborech téměř shodný (rozdíl jednoho respondenta), počet mužů, kteří užívají léky na poruchy erekce byl shodný v obou souborech.

- k) Více uživatelů marihuany než českých mužů mělo někdy v životě pohlavní styk s mužem.
- l) Více uživatelů marihuany než českých mužů mělo někdy v životě, nebo má v současnosti některou z pohlavně přenosných nemocí (mimo hepatitid typu B a C a HIV/AIDS).
- m) Uživatelé marihuany se častěji nechávají testovat na přítomnost viru HIV než čeští muži.
- n) Mezi uživateli marihuany se výskyt závažného sexuálně rizikového chování (aktivní prostituce, používání ochrany, výskyt hepatitidy typu C) objevuje ve srovnatelné míře jako v souboru českých mužů.
- o) Uživatelé marihuany se v mnoha ohledech odlišují od reprezentativního vzorku české populace, avšak v oblastech závažného sexuálně rizikového chování (aktivní prostituce, používání ochrany, výskyt hepatitidy typu C) se uživatelé shodují s muži v české populaci, na rozdíl například od uživatelů amfetaminů a opioidů.

5 LITERATURA

EMCDDA 2004. Cannabis problems in context – understanding the increase in European treatment demands. Selected issue. *EMCDDA 2004 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu>

PROGRAMME ON SUBSTANCE ABUSE. *Cannabis: A Health, Perspective and Research Agenda*. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, 1997. Dostupné z: http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_MSA_PSA_97.4.pdf

SOLVAY PHARMACEUTICALS. *Marinol [online]*. Solvay Pharmaceuticals, c2007 – 2010, last upadted: 1/13/2010 [cit. 2010-01-15]. Dostupný z WWW: <http://www.solvaypharmaceuticals-us.com/products/productgroups/productdetails/0,,8944-2-0,00.htm>.

WHO. 2008. Management of substance abuse. *Cannabis: Facts and Figures*. Geneva: World Health Organization, 2008. Dostupné z: http://www.who.int/substance_abuse/facts/cannabis/en/

ABEL, E.L. 1981. Marihuana and sex: a critical survey. *Drug and Alcohol Dependence*. 1981, vol. 8, iss. 1, pp. 1-22.

ARAFAT, I., YORBURG, B. 1973. Drug Use and Sexual Behaviour of College Woman. *The Journal of Sex Research*. 1973, vol. 9, no. 1, pp. 21-29.

ARCHER, J., LOPATA, A. 1979. Marijuana revisited. *Personnel and Guidance Journal*. 1979, vol. 57, no. 5, pp. 244-250.

AVERSA, A., ROSSI, F., FRANCOMANO, D. et al. 2008. Early endothelial dysfunction as a marker of vasculogenic erectile dysfunction in young habitual cannabis users. *International Journal of Impotence Research*. 2008, vol. 20, iss. 6, pp. 566-573.

BELL, R., WECHSLER, H., JOHNSTON, L.D. 1997. Correlates of college student marijuana use: results of a US National Survey. *Addiction*. 1997, vol. 92, iss. 5, pp. 571-581.

BENEŠ, V., CHALOUPKA, V., KOČÍ, K. et al. 2004. *Erektivní dysfunkce, její diagnostika a léčba v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-735-019-4.

BLAHA, T. 2005. *Vliv konopných drog na kvalitu sexuálních prožitků*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta. Katedra psychologie. 2005. 86 s. Vedoucí diplomové práce: Doc. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

BLAHA, T. 2008. Lidská sexualita v kontextu akutní intoxikace konopnými drogami. In M. MIOVSKÝ. (ed.). *Konopí a konopné drogy : Adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. Kapitola 4.3, s. 240-248.

BOOTH, M. 2003. *Cannabis: A History*. London: Transworld, 2003. 354 pp. ISBN 978-0-385-60304-1.

BOOTH, M. 2004. *Konopí: dějiny*. Praha: BB art, 2004. 376 s. ISBN 8073413485.

BOYER, C.B., SHAFER, M.A., TEITLE, E. et al. 1999. Sexually transmitted diseases in a health maintenance organization teen clinic: associations of race, partner's age, and marijuana. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 1999, vol. 153, iss. 8, pp. 838-844.

BRODBECK, J., MATTER, M., MOGGI, F. 2006. Association Between Cannabis Use and Sexual Risk Behavior Among Young Heterosexual Adults. *AIDS and Behavior*. 2006, vol. 10, no. 5, pp. 599-605.

BROOK, J.S., ADAMS, R.E., BALKA, E.B. et al. 2004. Illicit drug use and risky sexual behavior among African-American and Puerto-Rican urban adolescent. *The Journal of Genetic Psychology*. 2004, vol. 165, iss. 2, pp. 203-220.

BROWN, T.T., DOBS, A.S. 2002. Endocrine effects of marijuana. *Journal of Clinical Pharmacology*. 2002, vol. 42, pp. 90-96.

- BUFFUM, J. 1982. Pharmacosexology: the effects of drugs on sexual function a review. *Journal of Psychoactive Drugs*. 1982, vol. 14, iss. 1-2, pp. 5-44.
- CASTILLA, J., BARRIO, G., BELZA, M.J. et al. 1999. Drug and alcohol consumption and sexual risk behaviour among young adults: results from a national survey. *Drug and Alcohol Dependence*. 1999, vol. 56, iss. 1, pp. 46-53.
- CATES, W., POPE, J.N. 1977. Gynecomastia and cannabis smoking. A nonassociation among US Army soldiers. *American Journal of Surgery*. 1977, vol. 134, iss. 5, pp. 613-615.
- COGGINS, W.J., SWENSON, E., DAWSON, W. et al. 1976. Health Status of Chronic Heavy Cannabis Users. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1976, vol. 282, iss. Chronic Cannabis Use, pp. 148-161.
- CONE, E.J., JOHNSON, R.E., MOORE, J.D. et al. 1986. Acute effects of smoking marijuana on hormones, subjective effects and performance in male human subjects. *Pharmacology Biochemistry and Behaviour*. 1986, vol. 24, iss. 6, pp. 1749-1754.
- COREN, C. 2003. Timing, Amount of Teenage Alcohol or Marijuana Use May Make Future Risky Sex More Likely. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2003, vol. 35, no. 1, pp. 49-50.
- DAWLEY, H.H., BAXTER, A.S., WINSTEAD, D.K. et al. 1979. An Attitude Survey of the Effects of Marijuana on Sexual Enjoyment. *Journal of Clinical Psychology*. 1979, vol. 35, iss. 1, pp. 212-217.
- DES JARLAIS, D. C., FRIEDMAN, S. R., FRIEDMAN, P. et al. 1995. HIV/AIDS-related behavior change among injecting drug users in different national settings. *AIDS*. 1995, vol. 9, iss. 6, pp. 611-617.
- DONOHEW, L., ZIMMERMAN, R., CUPP, P.S. et al. 2000. Sensation seeking, impulsive decision-making, and risky sex: implications for risk-taking and design of interventions. *Personality and Individual Differences*. 2000, vol. 28, iss. 6, pp. 1079-1091.

DVOŘÁČEK, J. – MIOVSKÝ, M. – ŠULCOVÁ, A. 2008. Závislost na konopných drogách. In M. MIOVSKÝ. (ed.). *Konopí a konopné drogy : Adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. Kapitola 5, s. 273-286.

FELDMAN, H.A., GOLDSTEIN I, HATZICHRISTOU DG. 1994. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *The Journal of Urology*. 1994, vol. 151, no. 1, pp. 54-61.

FRANZINI, R.L., MCDONALD, R.D. 1973. Marijuana Usage and Hypnotic Susceptibility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1973, vol. 40, iss. 2, pp. 176-180.

GABRHELÍK, R. – KUBŮ, P. – MIOVSKÝ, M. et al. 2008. Vzorce užívání konopných drog a parafernálie. In M. MIOVSKÝ. (ed.). *Konopí a konopné drogy : Adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. Kapitola 3.2, s. 132-144.

GABRHELÍK, R. – ZÁBRANSKÝ, T. – MIOVSKÝ, M. 2008. Modality konopných drog. In M. MIOVSKÝ. (ed.). *Konopí a konopné drogy : Adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. Kapitola 3.1, s. 125-131.

GABRIELOVÁ, H. – RUMAN, M. 2008. Botanika konopí. In M. MIOVSKÝ. (ed.). *Konopí a konopné drogy : Adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. Kapitola 2.1, s. 63-68.

GOODE, E. 1970. *The Marijuana Smokers* [online]. Basic Books, 1970 [cit. 2010-2-20]. Dostupné z: <http://www.druglibrary.org/special/goode/mjismokers.htm>.

GORZALKA, B.B., HILL, M.N., CHANG, S.C. 2009. Male-female differences in the effects of cannabinoids on sexual behavior and gonadal hormone function. *Hormones and Behavior*. 2009, Sep 3.

GRAVES, K.L., LEIGH, B.C. 1995. The Relationship of Substance Use to Sexual Activity Among Young Adults in the United States. *Family Planning Perspectives*. 1995, vol. 27, no. 1, pp. 18-22.

GREEN, B., KAVANAGH, D., YOUNG, R. 2003. Being stoned: a review of self-reported cannabis effects. *Drug and Alcohol Review*. 2003, vol. 22, iss. 4, pp. 453-460.

GREEN, J. 2002. *Cannabis*. New York: Thunder's Mouth Press, 2002. 256 s. ISBN 1560254769.

GRINSPOON, L., BAKALAR, J.B. 2001. *Marihuana : Zakázaná medicína*. Bratislava: Cad press, 2001. 176 s. ISBN 80-85349-57-4.

GUO, J., CHUMG, I., HILL, K. et al. 2002. Developmental relationships between adolescent substance use and risky sexual behavior in young adulthood. *Journal of Adolescent Health*. 2002, vol. 31, iss. 4, pp. 354-362.

HALIKAS, J.A., WELLER, R.A., MORSE, C. 1982. Effects of regular marijuana use on sexual performance. *Journal of Psychoactive Drugs*. 1982, vol. 14, iss. 1-2, pp. 59-70.

HALL, W., DEGENHARDT, L., LYNSKEY, M. 2001. *The health and psychological effects of cannabis use* [online]. Canberra: Commonwealth Dept. of Health and Ageing, 2001, 153 pp. ISBN 0 644 50364 8. [cit. 2010-2-23]. Dostupné z: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/5A648B4BA51D4891CA25703400033ED6/\\$File/mono44.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/5A648B4BA51D4891CA25703400033ED6/$File/mono44.pdf)

HANUŠ, L. 2008. Chemie kanabinoidů a endokanabinoidů. In M. MIOVSKÝ. (ed.). *Konopí a konopné drogy : Adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. Kapitola 2.3, s. 89-93.

HARMON, J., ALIPOULIS, M.A. 1972. Gynecomastia in marihuana users. *New England Journal of Medicine*. 1972, vol. 287, iss. 18, pp. 936.

HEMBREE, W.C., NAHAS, G.G., ZEIDENBERG, P. et al. 1979. Changes in human spermatozoa associated with high dose marihuana smoking. In G. NAHAS, W. PATON. (eds.). *Marihuana: Biological effects*. Oxford : Pergamon, 1979. pp. 429-439. ISBN 0080237502.

HERER, J. 1998. *The Emperor Wears No Clothes* [online]. 1998 [cit. 2009-14-11]. Dostupné z: <http://www.jackherer.com/chapters.html>.

JOHNSON, S.D., PHELPS, D.L., COTTLER, L.B. 2004. The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample. *Archives of Sexual Behavior*. 2004, vol. 33, iss. 1, pp. 55-63.

JOY, J.E., WATSON, S.J., BENSON, J.A. 1999. *Marijuana and Medicine: Assessing the Science Base* [online]. Washington, D.C.: National Academies Press, 1999 [cit. 2010-3-07]. Dostupné z: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=6376

JUSTINOVÁ, J. 2005. *Sexuální chování uživatelů drog*. Praha: Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. Katedra psychologie. 2005. 93 s. Vedoucí diplomové práce: prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D.

JUSTINOVÁ, J. 2010. *Sexualita uživatelů návykových látek [Sexuality of Drug Users]*. Praha: Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta. Psychiatrická klinika. 2010. 213 s., 2 příl. Disertační práce (Ph.D.). Vedoucí disertační práce: prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D.

KINGREE, J.B., BRAITHWAITE, R., WOODRING, T. 2000. Unprotected sex as a function of alcohol and marijuana use among adolescent detainees. *Journal of Adolescent Health*. 2000, vol. 27, iss. 3, pp. 179-185.

KOFF, W.C. 1974. Marijuana and Sexual Activity. *The Journal of Sex Research*. 1974, vol. 10, no. 3, pp. 194-204.

KOLODNY, R.C., LEASIN, P., TORA, G. et al. 1976. Depression of plasma testosterone with acute marijuana administration. In M. C. BRAUDE, S. SZARA. (eds.). *Pharmacology of Marihuana*. New York: Raven Press, 1976. pp. 217-225. ISBN 0890040672.

KOLODNY, R.C., MASTERS, W.H., KOLODNER, R.M. et al. 1974. Depression of plasma testosterone levels after chronic intensive marihuana use. *New England Journal of Medicine*. 1974, vol. 290, iss. 16, pp. 872-874.

- KRMENČÍK, P. 2008a. Farmakokinetika THC. In M. MIOVSKÝ. (ed.). *Konopí a konopné drogy : Adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. Kapitola 2.4, s. 100-107.
- KRMENČÍK, P. 2008b. Somatická rizika spojená s užíváním konopných drog. In M. MIOVSKÝ. (ed.). *Konopí a konopné drogy : Adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. Kapitola 7.1, s. 335-353.
- LEWIS, B. 1970. *The Sexual Power of Marijuana*. New York: P.H.Wyden, 1970. citováno podle BLAHA, T. 2008. Lidská sexualita v kontextu akutní intoxikace konopnými drogami. In M. MIOVSKÝ. (ed.). *Konopí a konopné drogy : Adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. Kapitola 4.3, s. 240-248.
- LOWRY, R., HOLTZMAN, D., TRUMAN, B.L. et al. 1994. Substance use and HIV-related sexual behaviors among US high school students: Are they related?. *American Journal of Public Health*. 1994, vol. 84, iss. 7, pp. 1116-1120.
- MENDELSON, J.H., KUEHNLE, J., ELLINGBOE, J. et al. 1974. Plasma testosterone levels before, during and after chronic marihuana smoking. *New England Journal of Medicine*. 1974, vol. 291, iss. 20, pp. 1051-1055.
- MCGLOTHLIN, W.H., WEST, L.J. 1968. The Marihuana Problem: An Overview. *The American Journal of Psychiatry*. 1968, vol. 125, pp. 370-378.
- MIOVSKÁ, L. – MIOVSKÝ, M. Epidemiologie užívání konopných drog a s ním souvisejících fenoménů v České republice. In M. MIOVSKÝ. (ed.). *Konopí a konopné drogy : Adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. Kapitola 3.6.2, s. 192-204.
- MIOVSKÁ, L. – VACEK, J. – GABRHELÍK, R. Uživatelé konopných drog. In M. MIOVSKÝ. (ed.). *Konopí a konopné drogy : Adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. Kapitola 3.4, s. 162-167.

MIOVSKÝ, M. 1998. *Cannabis : Nejvýznamnější prediktory úspěšnosti (resp. neúspěšnosti) léčby z hlediska individuální systematické psychoterapie uživatelů cannabis*. Brno: Psychologický ústav FFMU, 1998.

MIOVSKÝ, M. et al. 2008. *Konopí a konopné drogy : Adiktologické kompendium*. Praha: Grada Publishing, 2008. 548 s. ISBN 978-80-247-0865-2.

MIOVSKÝ, M. – GABRHELÍK, R. – VACEK, J. et al. 2008. Historie užívání konopí a konopných drog. In M. MIOVSKÝ. (ed.). *Konopí a konopné drogy : Adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. Kapitola 1, s. 21-57.

MKN-10: *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize : Duševní poruchy a poruchy chování : Popisy příznaků a diagnostická vodítka*. 2. vyd. Praha : Psychiatrické centrum, 2000. 305 s. ISBN 80-85121-44-1.

MRAVČÍK, V. et al. 2009. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. 124 s. ISBN 978-80-87041-99-4

MURRAY, J.B. 1986. Marijuana's effects on human cognitive functions, psychomotor functions, and personality. *Journal of General Psychology*. 1986, vol. 113, iss. 1, pp. 23-55.

NECCO, T. 1998. Marijuana and Sex: A Classic Combination [online]. *Cannabis Culture: Marijuana Magazine* [online]. 1998, vol. 14 [cit. 2010-3-07]. Dostupné z: <http://www.cannabisculture.com/v2/articles/1372.html>

NECHUTNÝ, T. 2009. *Konec konopné kariéry: kvalitativní výzkum*. Praha: Univerzita Karlova. Fakulta sociálních věd. Institut sociologických studií. 2009. 119 s. Vedoucí diplomové práce: Mgr. Jan Morávek, Ph.D.

OSTROW, D.G. The Role of Drugs in the Sexual Lives of Men Who Have Sex with Men. *AIDS and Behavior*. 2000, vol. 2, no. 2, pp. 205-219.

POPOV, P. 2001. Návykové poruchy. In J. RABOCH, P. ZVOLSKÝ. (ed.). *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Galén, 2001. Kapitola 5.3, s. 207-210.

POULIN, C., GRAHAM, L. 2001. The association between substance use, unplanned sexual intercourse and other sexual behaviours among adolescent students. *Addiction*. 2001, vol. 96, iss. 4, pp. 607-621.

RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. 2001. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 624 s. ISBN 80-7262-140-8.

RÄTSCH, CH. 1994. *Konopí : Léčebný prostředek v dějinách lidstva*. Brno: Datel, 1994. 159 s.

REES, D.I., ARGYS, L.M., AVERETT, S.L. 2001. New evidence on the relationship between substance use and adolescent sexual behavior. *Journal of Health Economics*. 2001, vol. 20, no. 5, pp. 835-845.

RHODES, T., FITCH, C., STIMSON, G. 2002. *SEX-RAR Guide: The rapid assessment and response guide on substance use and sexual risk behaviour* [online]. Geneva: World Health Organization, 2002. 139 pp. ISBN 92-4-154558-5 [cit. 2010-2-25]. Dostupné z: http://books.google.ie/books?id=vTu_OTuf3HcC&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_v2_summary_r&cad=0#v=onepage&q=&f=false

ROBBINS, E.S., ROBBINS, L., FROSCHE, W.A. et al. 1970. College student drug use. *American Journal of Psychiatry*. 1970, vol. 126, iss. 12, pp. 1743-1751.

ROBBINS, P.R., TANCK, R.H. 1973. Psychological Correlates of Marijuana Use: An Exploratory Study. *Psychological Reports*. 1973, vol. 33, iss. 3, pp. 703-706.

ROBERTS, T.A., AUINGER, P., RYAN, S.A. 2004. Body piercing and high-risk behavior in adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2004, vol. 34, iss. 3, pp. 224-229.

ROSSATO, M., POPA, F.I., FERIGO, M. et al. 2005. Human sperm express cannabinoid receptor CB₁ which activation inhibits motility, acrosome reaction and mitochondrial function. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2005, vol. 90, iss. 2, pp. 984-991.

SANTINELLI, J.S., ROBIN, L., BRENER, N.D. et al. 2001. Timing of Alcohol and Other Drug Use And Sexual Risk Behaviors Among Unmarried Adolescents and Young. *Family Planning Perspectives*. 2001, vol. 33, iss. 5, pp. 200-205.

SATINDER, K.P., BLACK, A. 1984. Cannabis use and sensation-seeking orientation. *Journal of Psychology*. 1984, vol. 116, iss. 1, pp. 101.

SCIVOLETTO, S., TSUJI, R.K., ABDO, C.H. et al. 2002. Use of Psychoactive Substances and Sexual Risk Behavior in Adolescents. *Substance Use & Misuse*. 2002, vol. 37, iss. 3, pp. 381-398.

SCHULTES, R. E., HOFMANN, A. 1992. *Plants of the Gods : Their Sacred, Healing and Halucinogenic Powers*. Rochester, Vermont: Healing Arts Press, 1992. 192 pp. ISBN: 0-89281-406-3.

SIMEON, D.T., BAIN, B.C., WYATT, G.E. et al. 1996. Characteristics of Jamaicans who smoke marijuana before sex and their risk status for sexually transmitted diseases. *The West Indian Medical Journal*. 1996, vol. 45, iss. 1, pp. 9-13.

SIMONS, J., CORREIA, C.J., CAREY, K.B. 2000. A comparison of motives for marijuana and alcohol use among experienced users. *Addictive Behaviors*. 2000, vol. 25, iss. 1, pp. 153-160.

SMITH, M.A., FERRIS, J.A., SIMPSON, J.M. et al. 2009. Cannabis Use and Sexual Health. *The Journal of Sexual Medicine*. 2009, vol. 7, iss. 2pt1, pp. 787-793.

SMOLÍK, P. 2002. *Duševní a behaviorální poruchy*. 1. vyd. Praha : Maxdorf, 2002. 504 s. ISBN 80-85800-33-0.

STATON, M., LEUKEFELD, C., LOGAN, T.K. et al. 1999. Risky Sex Behavior and Substance Use among Young Adults. *Health & Social Work*. 1999, vol. 24, no. 2, pp. 147-154.

STEPHENSON, M.T., HOYLE, R.H., PALMGREEN, P. et al. 2003. Brief measures of sensation seeking for screening and large-scale surveys. *Drug and Alcohol Dependence*. 2003, vol. 72, iss. 3, pp. 279-286.

ŠULCOVÁ, A. 2008. Farmakodynamika kanabinoidů. In M. MIOVSKÝ. (ed.). *Konopí a konopné drogy : Adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. Kapitola 2.5, s. 108-114.

TART, CH.T. 1978. *Sex, Drugs and Altered States of Consciousness* [online]. 1978, nepublikováno. [cit. 2010-2-20]. Dostupné z: http://www.paradigm-sys.com/ctt_articles2.cfm?id=70

VACEK, J. 2003. *Prožitek akutní intoxikace konopnými drogami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická Fakulta. Katedra psychologie. 2003. 177 s. Vedoucí diplomové práce: Doc. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

VACEK, J. 2008. Prožitek akutní intoxikace. In M. MIOVSKÝ. (ed.). *Konopí a konopné drogy : Adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. Kapitola 4.2, s. 220-236.

WEIL, A.T., ZINBREG, N.E., NELSEN, J.M. 1968. Clinical and psychological effects of marihuana in man. *Science*. 1968, vol. 162, pp. 1234-1242.

WEISS, P., ZVĚŘINA, J. 2001. *Sexuální chování v ČR : situace a trendy*. Praha : Portál, 2001. 159 s. ISBN 80-7178-558-X.

WEISS, P., ZVĚŘINA, J. 2002. Vliv věku a somatického zdraví na erektilní funkci mužů středního věku. *Praktický lékař*. 2002, vol. 82, iss. 1, pp. 21-23.

WEISS, P., ZVĚŘINA, J. 2009. *Sexuální chování obyvatel ČR-IV*. (Dosud nepublikovaná výzkumná zpráva).

WELLER, R.A., HALIKAS, J.A. 1984. Marijuana Use and Sexual Behaviour. *The Journal of Sex Research*. 1984, vol. 20, no. 2, pp. 186-193.

WELLS, B., STACEY, B. 1976. A Further Comparison of Cannabis (Marijuana) Users and Non-Users. *British Journal of Addiction*. 1976, vol. 71, iss. 2, pp. 161-165.

WHAN, B.L., WEST, M.C.L., MCCLURE, N. et al. 2006. Effects of of delta-9-tetrahydrocannabinol, the primary psychoactive cannabinoid in marijuana, on human sperm function in vitro. *Fertility and Sterility*. 2006, vol. 85, iss. 3, pp. 653-660.

WILSON, R.A. 1973. *Sex and drugs : a journey beyond limits*. Chicago: Playboy Press, 1973. 296 pp.

ZÁBRANSKÝ, T. 2003. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Lékařská Fakulta Univerzity Palackého, 2003. 96 s. ISBN 80-244-0709-4.

ZÁBRANSKÝ, T. 2008. Potence a kultivace konopí. In M. MIOVSKÝ. (ed.). *Konopí a konopné drogy : Adiktologické kompendium*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. Kapitola 2.2, s. 70-80.

ZINBERG, N.E., WEIL, A.T. 1970. A Comparison of Marijuana Users and Non-users. *Nature*. 1970, vol. 226, pp. 119-123.

6 PŘÍLOHY

6.1 Příloha 1 (Dotazník sexuálního chování pro uživatele marihuany)

<http://www.vyplnto.cz/preview.php?id=3734>

Diplomová práce Alexandry Doležalové Hrouzkové

katedra psychologie **Filozofické fakulty Univerzity Karlovy**

Marhuana a sex

Konec vyplňování **dnes v 00:00:00**, výsledky budou k dispozici pouze autorovi.

Počet otázek: 78 Průměrná doba vyplňování: 00.15:13

Cílem výzkumu je **poznání sexuálního života** chronických **uživatelů marihuany**. Výzkum realizuji jako součást své diplomové práce na katedře psychologie **Filozofické fakulty Univerzity Karlovy**. Dotazník je určen výhradně pro muže starší 30 let a mladší 50 let, kteří užívají několikrát týdně marihuanu. **Dotazník je plně anonymní.**

Vedoucím této diplomové práce je **Prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D.**, psycholog Sexuologického ústavu 1. LF UK a VFN

Vyplnit dotazník

Veškeré údaje jsou uchovávány anonymně a výhradně pro potřeby vědeckého výzkumu. V případě dotazů či nejasností mne kontaktujte na alex.dolezalova@gmail.com

Marihuana a sex

Nepatříte-li do našeho vzorku, to jest neužíváte-li marihuanu několikrát týdně a nejste muž starší 30 a mladší 50 let, prosím nevyplňujte!

Dotazník je plně anonymní.

1. Kolik je Vám let?

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

nedokončené základní

základní

střední odborné

střední s maturitou

vysokoškolské

3. Jaké je Vaše zaměstnání či škola?

student

pravidelné zaměstnání

příležitostné zaměstnání, brigády

nezaměstnaný

svobodné povolání/podnikatel

4. Jak často kouříte marihuanu?

denně

4-5x týdně

2-3x týdně

1x týdně

méně

5. Kolik let pravidelně užíváte marihuanu?

6. Užíváte kromě marihuany nějaké další drogy nebo alkohol?

ANO

NE

7. Pokud užíváte i jiné drogy nebo alkohol upřesněte jaké:

8. Souložil jste již se ženou?

ANO

NE

9. Pokud ano, kolik let Vám bylo při prvním sexuálním styku?

10. První pohlavní styk jste uskutečnil:



s náhodnou partnerkou



se stálou partnerkou

11. Pokud jste první sexuální styk uskutečnil se stálou partnerkou, po kolika měsících/týdnech známosti to bylo?

12. Měl jste v době prvního styku už zkušenost s marihuanou?

ANO

NE

13. S kolika ženami jste za celý život celkem souložil?

14. Měl jste někdy pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc)?

ANO

NE

15. Pokud jste již měl pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc), s kolika ženami celkem to bylo?

16. Máte v současné době stálý partnerský vztah se ženou?

ANO

NE

17. Máte-li v současné době stálý partnerský vztah se ženou, kolik trvá měsíců? (nemáte-li vztah, nechte otázku nezodpovězenou)

18. Máte v současné době s Vaší partnerkou pohlavní styky? (nemáte-li vztah, nechte otázku nezodpovězenou)

ANO

NE

19. Pokud máte se svou partnerkou pohlavní styky, kolikrát měsíčně? (nemáte-li, nechte otázku nezodpovězenou)

20. Užívá Vaše partnerka marihuanu? (nemáte-li partnerku, nechte otázku nezodpovězenou)

ANO

NEVÍM

NE

21. Používáte ochranu při styku se svou stálou partnerkou?

- nemám stálou partnerku
- nepoužívám
- používám kondom
- používám přerušovaný styk
- partnerka používá antikoncepční pilulky
- Jiná odpověď:

22. Používal jste ochranu při styku se svou stálou partnerkou před užíváním marihuany?

- neměl jsem stálou partnerku
- nepoužíval jsem
- používal jsem kondom
- používal jsem přerušovaný styk
- partnerka používala antikoncepční pilulky
- Jiná odpověď:

23. Používáte ochranu při styku s náhodnými partnerkami?

- nemám náhodné sexuální styky
- nepoužívám
- používám kondom
- používám přerušovaný styk
- partnerka používá antikoncepční pilulky
- Jiná odpověď:

24. Používal jste ochranu při styku s náhodnými partnerkami před užíváním marihuany?

- neměl jsem náhodné sexuální styky
- nepoužíval jsem
- používal jsem kondom
- používal jsem přerušovaný styk
- partnerka používala antikoncepční pilulky
- Jiná odpověď:

25. Potřebujete v současné době sexuální uspokojení (vybití)?

ANO
NE

26. Pokud sexuální uspokojení (vybití) potřebujete, kolikrát měsíčně?

27. Jste v současné době sexuálně aktivní (jakýmkoli způsobem tedy soulož, onanie atd.)?

ANO

NE

28. Jste-li sexuálně aktivní, kolikrát měsíčně?

29. Zažil jste někdy při sexuálním styku situaci nedostavení se erekce (ztopoření)?

ne

ano, jednou nebo dvakrát

občas

často

30. Zažil jste někdy při sexuálním styku situaci nedostavení se ejakulace (výronu semene)?

ne

ano, někdy

ano, často

31. Jste se svým sexuálním životem spokojen?

ano, spokojen

částečně spokojen

nespokojen

32. Změnil se nějak Váš pohlavní život od té doby, co užíváte marihuanu?

ne

ano, k lepšímu

ano, k horšímu

33. Pokud se Váš pohlavní život od té doby, co užíváte marihuanu, změnil k lepšímu, co se zlepšilo?

zvýšila se potřeba pohlavního vybití

zvýšila se sexuální vzrušivost

zvýšila se frekvence styků

zlepšil se prožitek orgazmu (pocitového vyvrcholení)

Jiná odpověď:

34. Pokud se Váš pohlavní život od té doby, co užíváte marihuanu, změnil k horšímu, co se zhoršilo?

snížila se potřeba pohlavního vybití

snížila se sexuální vzrušivost

snížila se frekvence styků

zhoršil se prožitek orgazmu (pocitového vyvrcholení)

Jiná odpověď:

35. Pokud se Váš pohlavní život změnil, přičítáte tuto změnu užívání marihuany?

ano, zcela

ano, částečně

ne

Jiná odpověď:

36. Potřeboval jste sexuální uspokojení (vybití) před tím, než jste začal pravidelně užívat marihuanu?

ANO

NE

37. Pokud jste potřeboval sexuální uspokojení (vybití) před tím, než jste začal pravidelně užívat marihuanu, kolikrát měsíčně jste uspokojení potřeboval?

38. Změnila se nějak Vaše potřeba sexuálního uspokojení (vybití) v souvislosti s užíváním marihuany?

ne

ano, moje potřeba se snížila

ano, moje potřeba se zvýšila

ano, moje potřeba se nejprve snížila a pak zvýšila

ano, moje potřeba se nejprve zvýšila a pak snížila

Jiná odpověď:

39. Na kolik minut odhadujete nyní v průměru délku milostné přede hry při styku s partnerkou? (uved'te počet minut)

40. Před užíváním marihuany bývala dle Vašeho odhadu tato doba:

delší

kratší

stejná

41. Na kolik minut odhadujete nyní v průměru dobu trvání soulože s partnerkou? (uved'te počet minut)

42. Před užíváním marihuany bývala dle Vašeho odhadu tato doba:

delší

kratší

stejná

43. V porovnání s dobou před užíváním marihuany vnímáte nyní obvykle své pocitové vyvrcholení (orgasmus) při jakékoliv sexuální aktivitě jako:

podstatně lepší

lepší

horší

podstatně horší

stejně

44. Měl jste v době před užíváním marihuany nějaké sexuální obtíže?

ANO

NE

45. Pokud jste měl v době před užíváním marihuany nějaké sexuální obtíže, jaké? (můžete označit více odpovědí)

- příliš malá potřeba sexu
- předčasná ejakulace
- poruchy erekce
- neschopnost dosáhnout vyvrcholení
- příliš velká potřeba sexu
- bolesti a nepříjemné pocity při sexu
- opožděná ejakulace

46. Objevila se u Vás některá z níže uvedených sexuálních obtíží v souvislosti s užíváním marihuany? (můžete označit více odpovědí)

- ano, příliš malá potřeba sexu
- ano, předčasná ejakulace
- ano, poruchy erekce
- ano, neschopnost dosáhnout vyvrcholení
- ano, příliš velká potřeba sexu
- ano, bolesti a nepříjemné pocity při sexu
- ano, opožděná ejakulace
- ne, žádné potíže se neobjevily

47. Pokud se u Vás objevily sexuální obtíže, uveďte po kolika měsících od začátku užívání marihuany se obtíže objevily poprvé:

48. Jak byste hodnotil svou důvěru v možnost dosažení a udržení erekce v průběhu uplynulých šesti měsíců?

- velmi nízká nízká střední vysoká absolutní

49. Pokud u Vás v průběhu uplynulých šesti měsíců došlo při sexuální stimulaci k erekci, jak často byla dostatečná k penetraci (průniku penisu do pochvy)?

- neměl jsem žádnou sexuální aktivitu
- téměř nikdy/nikdy
- jen ojediněle/v méně než polovině případů
- občas/zhruba v polovině případů
- většinou/více než v polovině případů
- téměř vždy/vždy

50. Pokud u Vás v průběhu uplynulých šesti měsíců došlo k pohlavnímu styku, jak často jste byl schopen udržet erekci i po penetraci?

- žádný pokus o penetraci
- téměř nikdy/nikdy
- jen ojediněle/v méně než polovině případů
- občas/zhruba v polovině případů
- většinou/více než v polovině případů
- téměř vždy/vždy

51. Pokud u Vás v průběhu uplynulých šesti měsíců došlo k pohlavnímu styku, jak obtížné bylo udržet erekci po celou dobu, až do jeho ukončení (do ejakulace)?

- žádný pokus o penetraci
- mimořádně obtížné
- velmi obtížné
- obtížné
- nepříliš obtížné
- snadné

52. Pokud jste se v průběhu uplynulých šesti měsíců pokusil o pohlavní styk, jak často byl pro Vás uspokojivý?

- žádný pokus o pohlavní styk
- téměř nikdy/nikdy
- jen ojediněle/v méně než polovině případů
- občas/zhruba v polovině případů
- většinou/více než v polovině případů
- téměř vždy/vždy

53. Užíváte nějaký prostředek na zlepšení erekce či sexuálního výkonu?

- ne
- ano, potravní doplňky: Tribulus terrestris, Arginmax či jiné podobné prostředky
- ano, léky na podporu erekce: Levitra, Viagra, Cialis
- Jiná odpověď:

54. Pokud užíváte nějaké prostředky na zlepšení erekce, vyjmenujte, prosím, které přesně:

55. Pokud užíváte nějaký prostředek na zlepšení erekce či sexuálního výkonu, jak často před souloží tyto prostředky užíváte?

- výjimečně občas často velmi často vždy

56. Měl jste někdy v životě pohlavní styk s prostitutkou?

ANO

NE

57. Pokud jste měl někdy v životě pohlavní styk s prostitutkou, kolikrát?

58. Pokud ano, použil jste při styku s prostitutkou kondom?

ne, nikdy občas ano vždy

59. Poskytl jste Vy sám někdy sexuální služby za peníze, drogy, či jinou úplatu?

ANO

NE

60. Pokud jste poskytl sexuální služby za peníze, drogy, či jinou úplatu, v kolika letech k tomu došlo poprvé?

61. Pokud jste poskytoval sexuální služby za peníze, drogy, či jinou úplatu, kolikrát měsíčně k tomu docházelo?

62. Pokud jste sexuální služby za peníze, drogy, či jinou úplatu někdy poskytl, bylo to:

muži ženě oběma pohlavím

63. Pokud jste poskytoval sexuální služby za peníze, drogy, či jinou úplatu, po dobu kolika měsíců jste tak činil?

64. Takto získané peníze sloužily k: (vypište k čemu)

- nákup stravy
- nákup marihuany
- nákup jiných drog nebo alkoholu
- úhrada dluhů, zaplacení pohledávek
- koupě bytu, zařizování bytu
- koupě auta
- na nic, šlo o obnovení sebevědomí
- jiný účel

65. Měl jste někdy v životě pohlavní styk s mužem?

ne ano, jednou ano, opakovaně

66. Pokud jste měl pohlavní styk s mužem, tento styk byl z Vaší strany:

dobrovolný z donucení

67. Pokud jste měl pohlavní styk s mužem, ke styku došlo:

- ve vazbě či výkonu trestu
- na vojně
- v léčbě (léčebně, komunitě atd.)
- Jiná odpověď:

68. Považujete se za homosexuála?

- ne nejsem si jist ano

69. Pokud se považujete za homosexuála, máte v současné době trvalý partnerský vztah s mužem?

ANO

NE

70. Považujete se za bisexuála?

ANO

NE

71. Měl jste někdy v životě nebo máte nyní některou z pohlavně přenosných nemocí?

- ano, měl, jednalo se o kapavku
- ano, měl, jednalo se o syfilis
- ano, měl, jednalo se o kondylomata (flíčky)
- ano, měl, jednalo se o muňky (filcky)
- ano, měl, ale nevím, o jakou nemoc šlo
- ne, neměl jsem žádnou pohlavně přenosnou nemoc

72. Změnil jste své sexuální chování v důsledku hrozby onemocnění AIDS nebo žloutenkou typu B nebo C?

- ne, nebylo co měnit, protože jsem pohlavní styk dosud neměl
- ne, nebylo co měnit, vždy jsem se choval zodpovědně
- ne, i když by to bylo dobré
- ne, ani jsem o tom neuvažoval
- ano, změnil

73. Jestliže jste své sexuální chování v důsledku hrozby onemocnění AIDS nebo žloutenkou typu B nebo C změnil, jak se to projevilo?

- přestal jsem být sexuálně aktivní
- začal jsem používat kondom
- začal jsem se dotazovat partnerek na zdraví
- souložil jsem s partnerkou až poté, když mi ukázala výsledky testů
- snížil jsem počet sexuálních partnerek
- své chování jsem změnil jinak

74. Byl jste testován na HIV?

- ne
- ano, jednou
- ano, dvakrát
- ano, třikrát a více
- ano, pravidelně (alespoň 2x ročně)

75. Byl jste testován na žloutenku typu C?

- ne
- ano, jednou
- ano, dvakrát
- ano, třikrát a více
- ano, pravidelně (alespoň 2x ročně)

76. Byla Vám někdy diagnostikována žloutenka typu C?

- ne nevím, neznám výsledek testu ano

77. Pokud Vám byla diagnostikována žloutenka typu C, změnil jste pak své sexuální chování?

- ne, nebylo co měnit, protože jsem pohlavní styk dosud neměl
- ne, nebylo co měnit, vždy jsem se choval zodpovědně
- ne, i když by to bylo dobré
- ne, ani jsem o tom neuvažoval
- ano, změnil

78. Pokud Vám byla diagnostikována žloutenka typu C, a Vy jste pak své sexuální chování změnil, popište, prosím, jak:

- přestal jsem být sexuálně aktivní
- začal jsem používat kondom
- začal jsem se dotazovat partnerek na zdraví
- pohlavní styk jsem s partnerkou měl až poté, když mi ukázala výsledky testů
- snížil jsem počet sexuálních partnerek
- své chování jsem změnil jinak

Odeslat dotazník

Veškeré údaje jsou uchovávány anonymně a výhradně pro potřeby vědeckého výzkumu.

V případě dotazů či nejasností mne kontaktujte na alex.dolezalova@gmail.com.

6.2 Příloha 2 (Dotazník sexuálního chování v ČR pro muže)

Dotazník muž

1. První schůzku s dívkou jste:

dosud neměl 1
již měl 2 a to poprvé v letech

Prvně jste se líbal s dívkou:

dosud nikdy 1
již líbal 2 a to poprvé v letech

Poprvé jste byl do dívky zamilován:

dosud nikdy 1
již byl 2 a to poprvé v letech

První delší partnerský vztah s dívkou (delší než 6 měsíců) jste:

dosud neměl 1
již měl 2 a to poprvé v letech

za celý život jste měl takových vztahů
celkem (uveďte číslem)

2. Poprvé jste onanoval (sám se dráždil na přirození):

dosud nikdy 1
již ano 2 a to poprvé ve věku let

První výron semene (ve spánku, při onanii nebo při styku) jste:

dosud neměl 1
již měl 2 a to poprvé ve věku let

V současné době onanujete:

vůbec ne 1
ano 2 a to v průměru krát měsíčně

3. Poprvé jste zažil necking (mazlení s partnerkou na těle od pasu nahoru)

dosud nezažil 1
již ano 2 a to poprvé ve věku let

Poprvé jste zažil petting (mazlení s partnerkou po celém těle včetně pohlavních orgánů)

dosud nikdy 1
již ano 2 a to poprvé ve věku let

4. Poprvé jste souložil s nějakou ženou:

dosud nikdy 1
již ano 2 a to poprvé ve věku let

při první souloži:

jsem měl potíže se ztopořením 1
neměl jsem potíže 2

První soulož se uskutečnila především z iniciativy:

dosud nikdy 1
z mé iniciativy 2
z iniciativy partnerky 3
z iniciativy obou 4

Vaše partnerka byla při prvním pohlavním styku:

starší než vy 1 a to o let
mladší než vy 2 a to o let
stejně stará 3

První pohlavní styk jste uskutečnil:

s náhodnou partnerkou 1
se stálou partnerkou 2 a to po měsíců známosti

První pohlavní styk jste uskutečnil:

v bytě svých rodičů 1
v bytě rodičů partnerky 2
v přírodě 3

na internátě (koleji) 4
 na chatě, chalupě 5
 jinde 6 a kde?

5. Za celý život jste souložil:

dosud nikdy 1
 ano 2 a to celkem s ženami (uvedte počet)
 z toho za poslední rok s ženami (uvedte počet)
 z toho za posledních pět let s ženami (uvedte počet)

Pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc) jste:

dosud nikdy neměl 1
 měl 2 a to celkem s ženami (uvedte počet)
 z toho za poslední rok s ženami (uvedte počet)

6. První sňatek jste uskutečnil:

dosud nikdy 1
 již ano 2 a to poprvé ve věku let

Poprvé jste se rozvedl:

dosud nikdy 1
 již ano 2 a to poprvé ve věku let po letém manželství

Kolikrát za celý život jste byl ženat: (uvedte počet)

Kolik máte vlastních dětí: (uvedte počet)

7. Máte v současné době stálý partnerský vztah se ženou?

nemám 1
 mám 2 a to v trvání měsíců

Máte v současné době s touto partnerkou pohlavní styky?

nemám 1
 mám 2 a to v průměru krát měsíčně

Jaké používáte praktiky při sexu se ženami?

	<i>vždy</i>	<i>v polovině a více</i>	<i>méně než v polovině</i>	<i>nikdy</i>
penis do pochvy	1	2	3	4
penis do úst	1	2	3	4
ejakulace do úst	1	2	3	4
penis do konečníku	1	2	3	4
penis do ruky	1	2	3	4
penis do jinam	1	2	3	4
ústa na pochvu	1	2	3	4
ústa na konečník	1	2	3	4

8. Jakou antikoncepci jste použil při prvním pohlavním styku se ženou?

žádnou 1
 kondom 2
 partnerka užívala antikoncepční pilulky 3
 přerušovanou soulož 4
 neplodné dny partnerky 5
 jinou antikoncepci 6 a jakou:

Jakou používáte antikoncepci při styku se svou stálou partnerkou?

nepoužívám 1
 používám 2 a to:

	<i>vždy</i>	<i>občas</i>	<i>nikdy</i>
přerušovaný styk	1	2	3
neplodné dny	1	2	3
kondom	1	2	3
antikoncepční pilulky	1	2	3
nitroděložní tělísko	1	2	3
sterilizace moje	1	2	3
sterilizace partnera	1	2	3
jinou	1	2	3

↳ a jakou:

Jakou používáte antikoncepci při styku s náhodnou partnerkou?

nepoužívám 1
 používám 2 a to:

	<i>vždy</i>	<i>občas</i>	<i>nikdy</i>
přerušovaný styk	1	2	3
neplodné dny	1	2	3
kondom	1	2	3

antikoncepční pilulky	1	2	3
nitroděložní tělíčko	1	2	3
jinou	1	2	3

↳ a jakou:

Jaký máte názor na antikoncepci?

- Jsem zásadně proti jakékoliv antikoncepci 1
 Uznávám pouze tzv. přirozené metody 2
 Považuji antikoncepci za nutnou 3

9. V současné době byste potřeboval sexuální vybití:

- nepotřeboval vůbec 1
 potřeboval 2 a to měsíčně krát

V současné době máte pohlavní vybití (z jakéhokoliv zdroje, tedy soulož, onanie atd.):

- nemám žádné 1
 mám 2 a to měsíčně krát

Největší sexuální potřebu jste cítil ve věku let

Nejvíce orgasmů za jeden den jste měl ve věku let

a to celkem kolik: (uveďte počet)

10. Délku milostné přede hry při styku s partnerkou odhadujete v průměru na minut (uveďte počet minut)

Dobu trvání soulože s partnerkou odhadujete v průměru na minut (uveďte počet minut)

Délku trvání svého pocitového vyvrcholení (orgasmu) při jakékoliv sexuální aktivitě odhadujete v průměru na vteřin (uveďte počet vteřin)

Délku pocitového vyvrcholení (orgasmu) své partnerky odhadujete v průměru na vteřin (uveďte počet vteřin)

11. Trpěl jste někdy ve svém životě nějakou sexuální poruchou?

- žádnou 1
 ano 2, a to:

	Ano	Ne	
nedostatkem sex. potřeby, touhy	1	2	pokud ano, ve věku let
předčasným výronem semene	1	2	pokud ano, ve věku let
poruchami ztopoření	1	2	pokud ano, ve věku let
neschopností dosáhnout vyvrcholení	1	2	pokud ano, ve věku let
nadměrnou sexuální potřebou	1	2	pokud ano, ve věku let
bolestmi a nepříjemnými pocity při souloži ..	1	2	pokud ano, ve věku let
opožděnou ejakulací (výronem semene)	1	2	pokud ano, ve věku let
chyběním ejakulace	1	2	pokud ano, ve věku let
jinou poruchou	1	2	pokud ano, ve věku let

↳ uveďte jakou:

Trpíte nějakou sexuální poruchou v současné době?

- žádnou 1
 ano 2, a to:

	Ano	Ne
nedostatkem sex. potřeby, touhy	1	2
předčasným výronem semene	1	2
poruchami ztopoření	1	2
neschopností dosáhnout vyvrcholení	1	2
nadměrnou sexuální potřebou	1	2
bolestmi a nepříjemnými pocity při souloži ...	1	2
opožděnou ejakulací (výronem semene)	1	2
chyběním ejakulace	1	2
jinou poruchou	1	2

↳ uveďte jakou:

Pokud trpíte sexuální poruchou v současné době, tato porucha u vás trvá od doby, kdy jste zahájil sexuální život?

- ano 1
 ne, objevila se později 2

Pokud trpíte sexuální poruchou, komplikuje vám tato porucha partnerské soužití?

- nemám partnerku 1
 komplikuje ho 2, a to: velmi 1
 středně 2
 málo nebo vůbec ne 3

Byl jste někdy v životě léčen pro sexuální poruchu?

- ano 1

ne 2

Pokud jste byl léčen pro sexuální poruchu, byl jste léčen:

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
rozhovorem, nácvikem	1	2
užívala jste léky	1	2
jiným způsobem	1	2

Pokud jste se léčil, považujete léčbu za úspěšnou (vyřešila váš problém)?

ano 1
ne 2

Předstíral jste někdy při pohlavním styku orgasmus?

ano, jednou 1
ano, opakovaně 2
ne, nikdy 3

12. Měla jste někdy v životě pohlavní styk s prostitutkou?

nikdy neměl 1

již měl 2 pokud ano, použil jste při tom tyto praktiky:

	<i>vždy</i>	<i>v polovině a více</i>	<i>méně než v polovině</i>	<i>nikdy</i>
penis do pochvy	1	2	3	4
penis do úst	1	2	3	4
ejakulace do úst	1	2	3	4
penis do konečníku	1	2	3	4
penis do ruky	1	2	3	4
penis do jinam	1	2	3	4
ústa na pochvu	1	2	3	4
ústa na konečník	1	2	3	4

Použil jste při styku s prostitutkou kondom?

ne, nikdy 1
občas ano 2
vždy 3

13. Měl jste někdy v životě pohlavně přenosnou nemoc?

neměl nikdy 1

ano, měl 2 pokud ano, jednalo se o:

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
kapavku	1	2
syfilidu (příjici)	1	2
kondylomata (fíčky)	1	2
opary	1	2
zánět močové trubice	1	2
filcky (muňky)	1	2
svrab	1	2
infekční žloutenku	1	2

14. Měl jste někdy v životě pohlavní styk s mužem?

ne, neměl nikdy 1

ano, měl jednou 2

ano, měl opakovaně 3 a to celkem s partnery (uvedte počet)

Považujete se za homosexuála?

ne 1

nejsem si jist 2

ano 3 pokud ano, trvalý partnerský vztah s mužem

v současné době: máte 1

nemáte 2

Považujete se za bisexuála?

ne 1

ano 2

15. Ve srovnání se svou sexuální partnerkou (partnerem) se považujete za:

sexuálně náročnějšího 1

sexuálně méně náročného 2

naše sexuální potřeby jsou stejné 3

Jste se svým sexuálním životem spokojen?

ano 1

ne 2

16. Měl jste někdy mimomanželské sexuální styky?

nebyl jsem nikdy ženat 1

- nikdy jsem takové styky neměl 2
měl jsem takové styky: výjimečně 3
příležitostně 4
často 5

Pokud jste mimomanželské styky měl, uveďte celkový počet takových partnerek: Jednalo se o:
příležitostný styk 1
delší známost 2
obojí 3

17. Byl jste někdy ve svém dětství (do 15 let) sexuálně zneužit (obtěžován dospělou osobou)?

- nikdy nebyl 1
byl, a to jednou 2 ve věku let
byl opakovaně 3 od let věku

Pokud jste byl sexuálně zneužit, pak pachatelem byl:

- dospělý muž 1
dospělá žena 2

Pokud jste byl v dětství sexuálně zneužit, pak pachatelem byl:

- vlastní otec 1
nevlastní otec 2
matka 3
nevlastní matka 4
bratr 5
sestra 6
strýc 7
teta 8
dědeček 9
babička 10
jiný příbuzný 11
osoba vám známá (učitel, trenér apod.) 12
osoba cizí 13

Pokud jste byl pohlavně zneužit, pak:

	Ano	Ne
pachatel vás osahával po těle	1	2
pachatel vás onanoval rukou	1	2
pachatel vám dráždil ústy penis	1	2
pachatel vyžadoval, abyste ho dráždil na přirození rukou	1	2
pachatel vyžadoval, abyste ho dráždil na přirození ústy	1	2
pachatel vyžadoval soulož do konečníku	1	2
pachatelka vyžadovala soulož do pochvy	1	2

Pokud jste byl pohlavně zneužit:

- nikomu jste to neoznámil 1
řekl jste to pouze rodičům 2
řekl jste to kamarádům 3
řekl jste to ve škole učitelům 4
bylo to oznámeno policii 5

Pokud jste byl v dětství sexuálně zneužit a tento čin byl oznámen na policii, víte, zda byl tento čin vyšetřován a zda byl pachatel odsouzen?

- ano, čin byl vyšetřován a pachatel odsouzen 1
ano, čin byl vyšetřován, ale pachatel odsouzen nebyl 2
ne, čin vyšetřován nebyl 3
nevím 4

Pokud jste byl sexuálně zneužit a neučinil jste oznámení na policii, jaké důvody vás k tomu vedly?

	Ano	Ne
stud	1	2
obava ze msty pachatele	1	2
obava, že by vám nevěřili	1	2
nechtěl jste pachateli ublížit	1	2

18. Mělo sexuální zneužití, které jste prožil, nějaký vliv na váš další život?

- ne, nemělo 1
ano, mělo negativní 2, a to:

	Ano	Ne
strach z žen	1	2
sexuální poruchy	1	2
úzkosti, deprese	1	2
nedostatek sebevědomí	1	2
partnerské problémy	1	2
musela jsem se na následky zneužití psychiatricky či psychologicky léčit	1	2

jiné	1	2
↳ jaké?		
ano, mělo pozitivní 3, a to:		
	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
lepší sexuální prožívání v dospělosti	1	2
zvýšení zájmu o sex	1	2
zvýšení sebevědomí	1	2
jiné	1	2
↳ jaké?		

Pokud mělo zneužití u vás nějaké následky, přetrvávají tyto následky dodnes (jsou trvalého charakteru)?

ano 1
ne, byly jen dočasné 2

19. Nutil jste někdy násilím nebo hrozbami nějakou ženu k pohlavnímu styku?

ne, nikdy 1
ano 2 a to:

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
nutil jsem ji k souloží	1	2
nutil jsem ji k dráždění mého penisu ústy (fellaci)	1	2
nutil jsem ji k masturbaci (dráždění penisu rukou)	1	2
nutil jsem ji k análnímu styku (styku do konečníku)	1	2

K vynucenému sexuálnímu styku došlo:

jen jednou 1, a jednalo se o:

manželku, stálou partnerku 1
jinou známou ženu 2
neznámou ženu 3

opakovaně 2, přičemž:

jednalo se vždy o stejnou partnerku 1
nutil jsem ke styku více žen 2

↳ kolik celkem?

Nutil jste někdy násilím nebo hrozbami nějakého muže k pohlavnímu styku?

ne, nikdy 1
ano, jednou 2
ano, opakovaně 3

20. Byl jste někdy přinucen násilím nebo hrozbami k pohlavnímu styku?

ne, nikdy 1
ano, jednou 2, a to ve věku let, přičemž:
pachatelem byl muž 1
pachatelkou byla žena 2

Jednalo se o:

partnerku, partnera, manželku 1
jinou známou osobu 2
neznámou osobu 3

ano, opakovaně 3, a to poprvé ve věku let, přičemž:

jednalo se vždy o stejného partnera, partnerku 1
byl jsem ke styku přinucen různými partnerkami či partnery ... 2
kolika?

Pokud jste byl přinucen k pohlavnímu styku, ohlásil jste to policii?

ano 1
ne 2, protože (označte hlavní důvod):

jste se styděl 1
nechtěl jste pachatelku/pachatele ztratit, miloval jste ji/ho 2
bál jste se, že se to dozví manželka, partnerka 3
kvůli okolí, odsoudili by vás 4
jiný důvod 5
uveďte jaký:

Pokud jste to ohlásil, pachatel/ka:

byla vypátrána a odsouzena 1
byla vypátrána, ale čin se jí/mu neprokázal 2
nebyla vypátrána 3

Pokud jste byl násilím přinucen ke styku, mělo to vliv na váš další život?

ne, nemělo žádný 1
ano, mělo negativní 2, a to:

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
v oblasti partnerské	1	2

v oblasti sexu (zhoršení sex. života)	1	2
v oblasti psychické (úzkosti, deprese apod.) ...	1	2
jiné	1	2
↳ jaké?		

Přetrvávají tyto následky dodnes (jsou trvalého charakteru)?

ano 1
ne, byly jen dočasné 2

21. Jaký máte názor na interrupci (umělé ukončení těhotenství)?

je naprosto nepřijatelná 1
je přípustná pouze ze zdravotních důvodů (např. ohrožení života a zdraví ženy, malformace plodu) 2
je přípustná i ze sociálních důvodů (např. špatné ekonomické podmínky, svobodná matka apod.) 3
každá žena má právo se svobodně rozhodnout, zda chce donosit dítě 4

22. Jaký máte názor na sexuální styky před manželstvím?

považuji je za naprosto nepřijatelné 1
považuji je za přípustné pouze nedojde-li při tom k souloži 2
považuji je za přípustné v rámci trvalého partnerského vztahu 3
považuji za přípustné i nahodilé pohlavní styky před manželstvím 4

23. Jaký máte názor na prostituci?

je potřeba ji zakázat a trestat prostitutky i jejich klienty 1
je potřeba ji zakázat a trestat jen prostitutky 2
je potřeba ji zakázat a trestat jen jejich klienty 3
povolil bych ji jen ve veřejných domech a s lékařskou kontrolou 4
povolil bych ji bez omezení, je to nutné zlo 5
nemám nic proti prostituci, může být dokonce prospěšná 6

24. Jaký máte názor na pornografii?

je třeba ji zakázat 1
považuji ji za škodlivou, umožnil bych prodej jen ve speciálních obchodech 2
nemám k ní výhrady, umožnil bych však prodej jen ve speciálních obchodech 3
nemám k ní výhrady a její prodej bych neomezoval 4

25. Jaký máte názor na skupinový sex?

považuji jej za morálně nepřijatelný 1
považuji jej za přípustný, ale sám to odmítám 2
považuji jej za přípustný a neodmítám jej 3

Zúčastnil jste se někdy sám skupinového sexu?

nezúčastnil 1
ano, jednou 2
ano, opakovaně 3

26. Jaký máte názor na mimomanželské pohlavní styky?

považuji je za morálně nepřijatelné 1
neodsuzuji je, ale sám bych je neprovozoval 2
je to přirozené a normální 3

27. Jaký máte názor na náhodné pohlavní styky (tzv. na jednu noc)?

považuji je za morálně nepřijatelné 1
neodsuzuji je, ale sám bych je neprovozoval 2
považuji je za přirozenou součást sexuality 3

28. Jaký máte názor na onanii (masturbaci, sebeukájení)?

považuji ji za škodlivou 1
je to zlovyk, který nikomu neškodí 2
je to přirozený projev lidské sexuality 3

29. Jaký máte názor na homosexualitu?

je to zlovyk, který by měl být trestán 1
je to nemoc, za kterou postižený nemůže 2
odchylka od normálu, která může škodlivě působit na mládež 3

odchylka od normálu, která nikomu neškodí 4
je to přirozený projev lidské sexuality 5

Znáte Vy osobně někoho, kdo je homosexuální?

neznám 1
znám 2

30. Informace o sexualitě jste získal zejména (zakroužkujte pouze jednu odpověď):

od rodičů 1
ve škole 2
z filmu, rozhlasu, televize a videa 3
z novin, časopisů 4
z knížek 5
od kamarádů a známých 6
jinde (vypište kde): 7
nebyl jste informován nikde 8

Svou informovanost o sexualitě považujete za:

nedostatečnou 1
průměrnou 2
dobrou 3

31. Myslíte si, že HIV pozitivní jedinec by mohl vykonávat profesi:

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>	<i>Nevím</i>
lékaře (nechirurgického oboru)	1	2	3
chirurga	1	2	3
zdravotní sestry	1	2	3
zubaře	1	2	3
učitele	1	2	3
prodavačky	1	2	3
číšníka	1	2	3
kuchaře	1	2	3

32. Změnil jste své sexuální chování v důsledku hrozby onemocnění AIDS?

Ne, nebylo co měnit, protože jsem pohlavní styk dosud neměl 1
Ne, nebylo co měnit, vždy jsem se choval zodpovědně 2
Ano, změnil 3

Jestliže ano, jak jste změnil své sexuální chování? Šlo o:

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
snížení počtu sexuálních partnerek (partnerů)	1	2
snížení počtu pohlavních styků	1	2
změnu způsobu sexuálního styku	1	2
pohlavní styky pouze s kondomem	1	2
přestal jste s pohlavními styky úplně	1	2
bojíte se zahájit pohlavní život	1	2
něco jiného	1	2

↳ vypište, co:

33. Byl jste testován na HIV?

ne 1
jednou 2
dvakrát 3
třikrát a více 4

A NAKONEC VÁS PROSÍME O NĚKOLIK ÚDAJŮ PRO STATISTICKÉ VYHODNOCENÍ DAT:

34. Kolik je Vám let? (Uved'te číslem)

35. Jaké je Vaše současné zaměstnání? (Uved'te co nejuvstížeňji, tedy i to, zda jste student, důchodce, případně, zda jste nezaměstnaný nebo soukromě podnikáte, hospodaříte.)
.....

36. Jste:

svobodný 1
ženatý 2
rozvedený 3
vdovec 4

37. Vaše nejvyšší dokončené vzdělání:

- základní - nevyučen 1
- základní - vyučen 2
- další bez maturity 3
- vyučen s maturitou 4
- střední s maturitou 5
- vysokoškolské 6

38. Jaký je Váš vztah k náboženství:

- jste římskokatolického vyznání 1
- jste jiného vyznání a jakého (vypište) 2
- věříte v Boha, ale nehlásíte se k žádné církvi 3
- jste nevěřící 4

Sexuologický ústav 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy Vám děkuje za Vaše názory.

Vyplněný dotazník nepodepisujte a nedávejte nikomu k nahlédnutí.
Vložte dotazník do obálky, zalepte ji a zajistěte ještě přelepením
přiloženou samolepkou s naším razítkem.

6.3 Příloha 3 (Dotazník IIEF-5)

Dotazník sexuálního zdraví muže (IIEF-5)

Sexuální zdraví je velmi důležitou součástí celkového zdravotního stavu a kvality života. Erektilní dysfunkce je poměrně častou sexuální poruchou. Dnes je však k dispozici řada léčebných možností. Tento dotazník pomůže i Vašemu lékaři zjistit, zda i Vy netrpíte určitým stupněm erektilní dysfunkce, a prodiskutovat eventuální léčebné možnosti.

U každé z otázek je uvedeno několik možných variant odpovědí. Vaším úkolem je zvolit tu, která nejlépe odpovídá Vaší skutečné situaci. Je třeba zodpovědět všechny otázky, přičemž u každé z nich je třeba zvolit pouze jednu odpověď.

Sebehodnocení – v průběhu uplynulých šesti měsíců

- Jak byste hodnotil svou důvěru v možnost dosažení a udržení erekce?

Velmi nízká	1
Nízká	2
Střední	3
Vysoká	4
Absolutní	5

- Pokud u Vás došlo při sexuální stimulaci k erekci, jak často byla dostatečná k penetraci (pohlavnímu styku)?

Neměl jsem žádnou sexuální aktivitu	0
Téměř nikdy/nikdy	1
Jen ojediněle (v méně než polovině případů)	2
Občas (zhruba v polovině případů)	3
Většinou (více než v polovině případů)	4
Téměř vždy/vždy	5

- Pokud došlo k pohlavnímu styku, jak často jste byl schopen udržet erekci i po penetraci (zavedení penisu do pochvy)?

Žádný pokus o penetraci	0
Téměř nikdy/nikdy	1
Jen ojediněle (v méně než polovině případů)	2
Občas (zhruba v polovině případů)	3
Většinou (více než v polovině případů)	4
Téměř vždy/vždy	5

- Pokud došlo k pohlavnímu styku, jak obtížné bylo udržet erekci po celou dobu, až do jeho ukončení (ejakulace)?

Žádný pokus o penetraci	0
Mimořádně obtížné	1
Velmi obtížné	2
Obtížné	3
Nepříliš obtížné	4
Snadné	5

- Pokud jste se pokusil o pohlavní styk, jak často byl pro Vás uspokojivý?

Žádný pokus o pohlavní styk	0
Téměř nikdy/nikdy	1
Jen ojedinele (v méně než polovině případů)	2
Občas (zhruba v polovině případů)	3
Většinou (více než v polovině případů)	4
Téměř vždy/vždy	5

Pokud je Vaše skóre 21 nebo méně, mohlo by se jednat o určitý stupeň erektilní dysfunkce. Bylo by proto vhodné tyto potíže probrat s lékařem.

6.4 Příloha 4 (Získávání respondentů)

1.11.2009, Facebook.com:

<http://www.facebook.com/home.php#!/posted.php?id=1110535402&start=10&hash=709584ad9b0273e1b98d0a5a8b5f079f>

Alex Dolezalova Hrouzkova: „Prosím všechny muže (30-50 let), kteří pravidelně užívají marihuanu o vyplnění dotazníku pro mou diplomovou práci, kterou píši na téma: Sexualita uživatelů marihuany. Odkaz na můj dotazník zde přikládám, všem kteří mi pomohou, moc děkuji.“

Marihuana a sex | Vyplnto.cz

www.vyplnto.cz

Konec vyplňování 20. 02. 2010 00:00, výsledky budou k dispozici pouze autorovi. Počet otázek: 78 Průměrná doba vyplňování:00.13:24

10.11.2009, Reflex.cz:

<http://www.reflex.cz/Clanek38049.html>

Co zajímá intelektuálky

„Název výzkumu zní „Marihuana a sex“ a ...Link na dotazník zde.“

13.12.2009, Adiktologie.cz:

<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/60/1734/Vyzkum-Marihuana-a-sex-.html?acc=enb>

Výzkum "Marihuana a sex"

Studentka psychologie FF UK Alexandra Doležalová pod vedením prof. Petra Weisse provádí jako první v České republice výzkum sexuality a sexuálního chování starších chronických uživatelů marihuany.

Zveřejnil: MUDr. Tomáš Zábranský, Ph.D.

Poslední úprava: 11.01.2010

Výzkum provádí formou dotazníkového šetření na adrese <http://www.vyplnto.cz/databaze-dotazniku/marihuana-a-sex/>. Po ukončení výzkumu budou výsledky poskytnuty k publikaci serverům www.adiktologie.cz a www.drogy-info.cz.

14.12.2009, Drogy-info.cz:

http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/novy_cesky_vyzkum_marihuana_a_sex

Nový český výzkum: Marihuana a sex

Informace o výzkumu, kontakt na autorku a odkaz na stránky, kde probíhá dotazníkové šetření. Uzávěrka pro vyplňování dotazníku je 20.02.2010 v 00:00 hodin.

Výzkum probíhá v rámci diplomové práce na katedře psychologie FF UK v Praze, pod vedením prof. PhDr. Petra Weisse, Ph.D. (1. LF UK a VFN).

Studentka psychologie Alexandra Doležalová Hrouzková provádí jako první v České republice výzkum sexuality a sexuálního chování starších chronických uživatelů marihuany.

Dotazníkové šetření probíhá na adrese <http://www.vyplnto.cz/databaze-dotazniku/marihuana-a-sex/>.

Uzávěrka pro vyplňování dotazníku je 20.02.2010 v 00:00 hodin. Počet otázek v dotazníku: 78. Průměrná doba vyplňování: 00:14:05 (údaje převzaty z úvodu www stránek tohoto dotazníku, 14.12.2009).

Cílem výzkumu je poznání sexuálního života chronických uživatelů marihuany. Výzkum je realizován jako součást diplomové práce na katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy. Vedoucím této diplomové práce je prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., psycholog Sexuologického ústavu 1. LF UK a VFN. Kontakt na autorku je uveden na stránkách <http://www.vyplnto.cz/databaze-dotazniku/marihuana-a-sex/>

Po ukončení výzkumu budou výsledky poskytnuty k publikaci serverům www.adiktologie.cz a www.drogy-info.cz.

Leden 2010, Konoptikum

Inzerce:

Výzkum marihuana a sex trvá do 20. února

Výzkum probíhá v rámci diplomové práce na katedře psychologie FFUK v Praze, pod vedením prof. PhDr. Petra Weisse, Ph.D. (1. LF UK a VFN). Studentka psychologie Alexandra Doležalová Hrouzková provádí jako první v České republice výzkum sexuality starších chronických uživatelů marihuany. Dotazníkové šetření probíhá na adrese <http://www.vyplnto.cz/databaze-dotazniku/marihuana-a-sex/>. Dotazník je plně anonymní. Je určen výhradně pro muže starší 30 let a mladší 50 let.

...

Cílem výzkumu je poznání sexuálního života chronických uživatelů marihuany.

...

Po ukončení výzkumu budou výsledky poskytnuty k publikaci serverům www.adiktologie.cz a www.drogy-info.cz.

21.1.2010, Reflex č.03/2010:

<http://www.reflex.cz/Clanek38708.html>

2010: Zavládl smír nad českou konopnou krajinou

„V současnosti v Česku probíhají dva zásadní výzkumy kolem marihuanového dění. První z nich je studie Marihuanové trhy v České republice. Hlavní řešitel je výše zmíněný MUDr. Tomáš Zábranský, Ph. D., výzkum koordinuje Ing. Mgr. Vendula Běláčková a jeho pilotní fázi platilo Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Studie si klade za cíl vyhodnotit praktické dopady letošní změny legislativy, popsat a analyzovat tržní procesy a sociální sítě spojené se získáváním marihuany na uživatelské úrovni a vytvořit model marihuanových trhů v České republice. V rámci výzkumu má proběhnout 80 polostrukturovaných rozhovorů, takže hulíte-li a máte chuť si popovídat, pište na belackova@adiktologie.cz nebo na číslo 721 818 692.

Druhý výzkum - a to píšu s hrdostí - realizuje jako svou diplomovou práci na katedře psychologie FF UK moje manželka Alex Doležalová. Práce se jmenuje Marihuana a sex a vedoucím diplomky je prof. PhDr. Petr Weiss, Ph. D., psycholog Sexuologického ústavu 1. LF UK a VFN. Cílem výzkumu je poznání sexuálního života chronických uživatelů marihuany. Takže hulíte-li hodně a dlouho, můžete na www.vyplnto.cz/databazedotazniku/marihuana-a-sex/ vyplnit dotazník.“

6.5 Příloha 5 (Tabulky)

Mann-Whitney Test

		Ranks		
	skup. M	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pokud ano, kolik let Vám bylo při prvním sexuálním styku?	SKUP-M	198	164,32	32536,00
	CZ-POP	169	207,05	34992,00
	Total	367		
Pokud jste první pohlavní styk uskutečnil se stálou partnerkou, po kolika měsících/týdnech známosti to bylo?	SKUP-M	106	89,06	9440,00
	CZ-POP	102	120,55	12296,00
	Total	208		
S kolika ženami jste za celý život celkem souložil?	SKUP-M	176	203,54	35823,00
	CZ-POP	166	137,53	22830,00
	Total	342		
Pokud jste již měl pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc), s kolika ženami celkem to bylo?	SKUP-M	141	142,02	20025,50
	CZ-POP	122	120,41	14690,50
	Total	263		
Máte-li v současné době stálý partnerský vztah se ženou, kolik trvá měsíců?	SKUP-M	148	128,41	19005,00
	CZ-POP	128	150,16	19221,00
	Total	276		
Pokud máte se svou partnerkou pohlavní styky, kolikrát měsíčně?	SKUP-M	152	158,73	24126,50
	CZ-POP	129	120,11	15494,50
	Total	281		
Pokud sexuální uspokojení potřebujete, kolikrát měsíčně?	SKUP-M	163	168,22	27420,00
	CZ-POP	118	103,40	12201,00
	Total	281		
Jste-li sexuálně aktivní, kolikrát měsíčně?	SKUP-M	174	208,52	36283,00
	CZ-POP	155	116,14	18002,00
	Total	329		
Na kolik minut odhadujete nyní v průměru délku milostné přede hry při styku s partnerkou?	SKUP-M	200	190,09	38018,00
	CZ-POP	170	180,10	30617,00
	Total	370		
Na kolik minut odhadujete nyní v průměru dobu trvání soulože s partnerkou?	SKUP-M	195	212,55	41448,00
	CZ-POP	170	149,10	25347,00
	Total	365		

Test Statistics^a

	Pokud ano, kolik let Vám bylo při prvním sexuálním styku?	Pokud jste první pohlavní styk uskutečnil se stálou partnerkou, po kolika měsících/týdnech známosti to bylo?	S kolika ženami jste za celý život celkem souložil?	Pokud jste již měl pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc), s kolika ženami celkem to bylo?
Mann-Whitney U	12835,000	3769,000	8969,000	7187,500
Wilcoxon W	32536,000	9440,000	22830,000	14690,500
Z	-3,896	-3,816	-6,182	-2,314
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,021

a. Grouping Variable: skup_M

Test Statistics^a

	Máte-li v současné době stálý partnerský vztah se ženou, kolik trvá měsíců?	Pokud máte se svou partnerkou pohlavní styky, kolikrát měsíčně?	Pokud sexuální uspokojení potřebujete, kolikrát měsíčně?	Jste-li sexuálně aktivní, kolikrát měsíčně?
Mann-Whitney U	7979,000	7109,500	5180,000	5912,000
Wilcoxon W	19005,000	15494,500	12201,000	18002,000
Z	-2,259	-3,990	-6,661	-8,848
Asymp. Sig. (2-tailed)	,024	,000	,000	,000

a. Grouping Variable: skup_M

Test Statistics^a

	Na kolik minut odhadujete nyní v průměru délku milostné přede hry při styku s partnerkou?	Na kolik minut odhadujete nyní v průměru dobu trvání soulože s partnerkou?
Mann-Whitney U	16082,000	10812,000
Wilcoxon W	30617,000	25347,000
Z	-,911	-5,783
Asymp. Sig. (2-tailed)	,362	,000

a. Grouping Variable: skup_M

Crosstabs

skup_M * Jste se svým sexuálním životem spokojen? Crosstabulation

		Jste se svým sexuálním životem spokojen?		Total
		ano	ne	
SKUP-M	Count	124	18	142
	Expected Count	114,4	27,6	142,0
	% within skup_M	87,3%	12,7%	100,0%
	Adjusted Residual	2,7	-2,7	
CZ-POP	Count	129	43	172
	Expected Count	138,6	33,4	172,0
	% within skup_M	75,0%	25,0%	100,0%
	Adjusted Residual	-2,7	2,7	
Total	Count	253	61	314
	Expected Count	253,0	61,0	314,0
	% within skup_M	80,6%	19,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,547 ^a	1	,006		
Continuity Correction ^b	6,781	1	,009		
Likelihood Ratio	7,782	1	,005		
Fisher's Exact Test				,006	,004
Linear-by-Linear Association	7,523	1	,006		
N of Valid Cases	314				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 27,59.

b. Computed only for a 2x2 table

skup_M * První pohlavní styk jste uskutečnil: Crosstabulation

		První pohlavní styk jste uskutečnil:		Total
		s náhodnou partnerkou	se stálou partnerkou	
SKUP-M	Count	96	106	202
	Expected Count	88,0	114,0	202,0
	% within skup_M	47,5%	52,5%	100,0%
	Adjusted Residual	1,7	-1,7	
CZ-POP	Count	67	105	172
	Expected Count	75,0	97,0	172,0

	% within skup_M	39,0%	61,0%	100,0%
	Adjusted Residual	-1,7	1,7	
Total	Count	163	211	374
	Expected Count	163,0	211,0	374,0
	% within skup_M	43,6%	56,4%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,776 ^a	1	,096		
Continuity Correction ^b	2,438	1	,118		
Likelihood Ratio	2,783	1	,095		
Fisher's Exact Test				,116	,059
Linear-by-Linear Association	2,768	1	,096		
N of Valid Cases	374				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 74,96.

b. Computed only for a 2x2 table

skup_M * Měl jste někdy pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc)? Crosstabulation

		Měl jste někdy pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc)?		Total
		ne	ano	
SKUP-M	Count	29	173	202
	Expected Count	42,3	159,7	202,0
	% within skup_M	14,4%	85,6%	100,0%
	Adjusted Residual	-3,4	3,4	
CZ-POP	Count	50	125	175
	Expected Count	36,7	138,3	175,0
	% within skup_M	28,6%	71,4%	100,0%
	Adjusted Residual	3,4	-3,4	
Total	Count	79	298	377
	Expected Count	79,0	298,0	377,0
	% within skup_M	21,0%	79,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11,439 ^a	1	,001		
Continuity Correction ^b	10,597	1	,001		
Likelihood Ratio	11,480	1	,001		
Fisher's Exact Test				,001	,001
Linear-by-Linear Association	11,408	1	,001		
N of Valid Cases	377				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 36,67.

b. Computed only for a 2x2 table

skup_M * Máte v současné době stálý partnerský vztah se ženou?

Crosstabulation

		Máte v současné době stálý partnerský vztah se ženou?		Total
		ne	ano	
SKUP-M	Count	37	165	202
	Expected Count	41,8	160,2	202,0
	% within skup_M	18,3%	81,7%	100,0%
	Adjusted Residual	-1,2	1,2	
CZ-POP	Count	41	134	175
	Expected Count	36,2	138,8	175,0
	% within skup_M	23,4%	76,6%	100,0%
	Adjusted Residual	1,2	-1,2	
Total	Count	78	299	377
	Expected Count	78,0	299,0	377,0
	% within skup_M	20,7%	79,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,493 ^a	1	,222		
Continuity Correction ^b	1,198	1	,274		
Likelihood Ratio	1,490	1	,222		
Fisher's Exact Test				,252	,137
Linear-by-Linear Association	1,489	1	,222		

N of Valid Cases	377			
------------------	-----	--	--	--

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 36,21.

b. Computed only for a 2x2 table

skup_M * Máte v současné době s Vaší partnerkou pohlavní styky?

Crosstabulation

		Máte v současné době s Vaší partnerkou pohlavní styky?		Total
		ne	ano	
SKUP-M	Count	8	157	165
	Expected Count	5,0	160,0	165,0
	% within skup_M	4,8%	95,2%	100,0%
	Adjusted Residual	2,1	-2,1	
CZ-POP	Count	1	133	134
	Expected Count	4,0	130,0	134,0
	% within skup_M	,7%	99,3%	100,0%
	Adjusted Residual	-2,1	2,1	
Total	Count	9	290	299
	Expected Count	9,0	290,0	299,0
	% within skup_M	3,0%	97,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,262 ^a	1	,039		
Continuity Correction ^b	2,973	1	,085		
Likelihood Ratio	4,966	1	,026		
Fisher's Exact Test				,045	,037
Linear-by-Linear Association	4,248	1	,039		
N of Valid Cases	299				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,03.

b. Computed only for a 2x2 table

skup_M * ANTIKONCEPCE PŘI STYKU SE STÁL. PARTN. Crosstabulation

		ANTI-KONCEPCE PŘI STYKU SE STÁL. PARTN.		Total
		nepoužívá	používá	
SKUP-M	Count	47	123	170
	Expected Count	47,8	122,2	170,0
	% within skup_M	27,6%	72,4%	100,0%
	Adjusted Residual	-,2	,2	
CZ-POP	Count	48	120	168
	Expected Count	47,2	120,8	168,0
	% within skup_M	28,6%	71,4%	100,0%
	Adjusted Residual	,2	-,2	
Total	Count	95	243	338
	Expected Count	95,0	243,0	338,0
	% within skup_M	28,1%	71,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,036 ^a	1	,850	,904	,473
Continuity Correction ^b	,005	1	,946		
Likelihood Ratio	,036	1	,850		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	,036	1	,850		
N of Valid Cases	338				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 47,22.

b. Computed only for a 2x2 table

skup_M * POUŽIL S NÁH. PARTN. KONDOM Crosstabulation

		POUŽIL S NÁH. PARTN. KONDOM		Total
		používám kondom	nepoužívám kondom	
SKUP-M	Count	76	29	105
	Expected Count	74,8	30,2	105,0
	% within skup_M	72,4%	27,6%	100,0%
	Adjusted Residual	,5	-,5	
CZ-POP	Count	33	15	48
	Expected Count	34,2	13,8	48,0

	% within skup_M	68,8%	31,3%	100,0%
	Adjusted Residual	-,5	,5	
Total	Count	109	44	153
	Expected Count	109,0	44,0	153,0
	% within skup_M	71,2%	28,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,212 ^a	1	,645		
Continuity Correction ^b	,072	1	,789		
Likelihood Ratio	,210	1	,647		
Fisher's Exact Test				,702	,391
Linear-by-Linear Association	,211	1	,646		
N of Valid Cases	153				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,80.

b. Computed only for a 2x2 table

skup_M * ANTIKONCEPCE PŘI STYKU S NÁHOD. PARTN. Crosstabulation

		ANTI K O N C E P C E P Ř I S T Y K U S N Á H O D . P A R T N .		Total
		nepoužívá	používá	
SKUP-M	Count	29	93	122
	Expected Count	31,4	90,6	122,0
	% within skup_M	23,8%	76,2%	100,0%
	Adjusted Residual	-,7	,7	
CZ-POP	Count	32	83	115
	Expected Count	29,6	85,4	115,0
	% within skup_M	27,8%	72,2%	100,0%
	Adjusted Residual	,7	-,7	
Total	Count	61	176	237
	Expected Count	61,0	176,0	237,0
	% within skup_M	25,7%	74,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
--	-------	----	-----------------------	----------------------	----------------------

Pearson Chi-Square	,509 ^a	1	,475		
Continuity Correction ^b	,319	1	,572		
Likelihood Ratio	,509	1	,475		
Fisher's Exact Test				,552	,286
Linear-by-Linear	,507	1	,476		
Association					
N of Valid Cases	237				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 29,60.

b. Computed only for a 2x2 table

skup_M * Potřebujete v současné době sexuální uspokojení?

Crosstabulation

		Potřebujete v současné době sexuální uspokojení?		Total
		nepotřebuje	potřebuje	
SKUP-M	Count	13	189	202
	Expected Count	34,6	167,4	202,0
	% within skup_M	6,4%	93,6%	100,0%
	Adjusted Residual	-5,9	5,9	
CZ-POP	Count	51	121	172
	Expected Count	29,4	142,6	172,0
	% within skup_M	29,7%	70,3%	100,0%
	Adjusted Residual	5,9	-5,9	
Total	Count	64	310	374
	Expected Count	64,0	310,0	374,0
	% within skup_M	17,1%	82,9%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	35,299 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	33,682	1	,000		
Likelihood Ratio	36,750	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear	35,205	1	,000		
Association					
N of Valid Cases	374				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 29,43.

b. Computed only for a 2x2 table

skup_M * Jste v současné době sexuálně aktivní (jakýmkoli způsobem, tedy soulož onanie atd.)? Crosstabulation

		Jste v současné době sexuálně aktivní (jakýmkoli způsobem, tedy soulož onanie atd.)?		Total
		ne	ano	
SKUP-M	Count	6	196	202
	Expected Count	10,8	191,2	202,0
	% within skup_M	3,0%	97,0%	100,0%
	Adjusted Residual	-2,2	2,2	
CZ-POP	Count	14	157	171
	Expected Count	9,2	161,8	171,0
	% within skup_M	8,2%	91,8%	100,0%
	Adjusted Residual	2,2	-2,2	
Total	Count	20	353	373
	Expected Count	20,0	353,0	373,0
	% within skup_M	5,4%	94,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,967 ^a	1	,026	,036	,023
Continuity Correction ^b	3,992	1	,046		
Likelihood Ratio	5,030	1	,025		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	4,953	1	,026		
N of Valid Cases	373				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,17.

b. Computed only for a 2x2 table

skup_M * Měl jste někdy v životě pohlavní styk s prostitutkou?

Crosstabulation

		Měl jste někdy v životě pohlavní styk s prostitutkou?		Total
		ne	ano	
SKUP-M	Count	136	66	202
	Expected Count	146,8	55,2	202,0
	% within skup_M	67,3%	32,7%	100,0%

	Adjusted Residual	-2,5	2,5	
CZ-POP	Count	138	37	175
	Expected Count	127,2	47,8	175,0
	% within skup_M	78,9%	21,1%	100,0%
	Adjusted Residual	2,5	-2,5	
Total	Count	274	103	377
	Expected Count	274,0	103,0	377,0
	% within skup_M	72,7%	27,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,278 ^a	1	,012		
Continuity Correction ^b	5,711	1	,017		
Likelihood Ratio	6,356	1	,012		
Fisher's Exact Test				,015	,008
Linear-by-Linear Association	6,262	1	,012		
N of Valid Cases	377				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 47,81.

b. Computed only for a 2x2 table

skup_M * Pokud ano, použil jste při styku s prostitutkou kondom? Crosstabulation

		Pokud ano, použil jste při styku s prostitutkou kondom?			Total
		ne, nikdy	občas ano	vždy	
SKUP-M	Count	2	8	56	66
	Expected Count	2,6	9,0	54,5	66,0
	% within skup_M	3,0%	12,1%	84,8%	100,0%
	Adjusted Residual	-,6	-,6	,8	
CZ-POP	Count	2	6	29	37
	Expected Count	1,4	5,0	30,5	37,0
	% within skup_M	5,4%	16,2%	78,4%	100,0%
	Adjusted Residual	,6	,6	-,8	
Total	Count	4	14	85	103
	Expected Count	4,0	14,0	85,0	103,0
	% within skup_M	3,9%	13,6%	82,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,757 ^a	2	,685
Likelihood Ratio	,737	2	,692
Linear-by-Linear Association	,748	1	,387
N of Valid Cases	103		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,44.

skup_M * Měl jste někdy v životě pohlavní styk s mužem? Crosstabulation

		Měl jste někdy v životě pohlavní styk s mužem?			Total
		ne	ano, jednou	ano, opakovaně	
SKUP-M	Count	180	11	11	202
	Expected Count	187,0	7,5	7,5	202,0
	% within skup_M	89,1%	5,4%	5,4%	100,0%
	Adjusted Residual	-2,8	1,9	1,9	
CZ-POP	Count	169	3	3	175
	Expected Count	162,0	6,5	6,5	175,0
	% within skup_M	96,6%	1,7%	1,7%	100,0%
	Adjusted Residual	2,8	-1,9	-1,9	
Total	Count	349	14	14	377
	Expected Count	349,0	14,0	14,0	377,0
	% within skup_M	92,6%	3,7%	3,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,595 ^a	2	,022
Likelihood Ratio	8,131	2	,017
Linear-by-Linear Association	6,763	1	,009
N of Valid Cases	377		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,50.

skup_M * Považujete se za bisexuála? Crosstabulation

		Považujete se za bisexuála?		Total
		ne	ano	
SKUP-M	Count	176	26	202
	Expected Count	179,1	22,9	202,0
	% within skup_M	87,1%	12,9%	100,0%
	Adjusted Residual	-1,0	1,0	
CZ-POP	Count	153	16	169
	Expected Count	149,9	19,1	169,0
	% within skup_M	90,5%	9,5%	100,0%
	Adjusted Residual	1,0	-1,0	
Total	Count	329	42	371
	Expected Count	329,0	42,0	371,0
	% within skup_M	88,7%	11,3%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,062 ^a	1	,303	,328	,194
Continuity Correction ^b	,750	1	,386		
Likelihood Ratio	1,074	1	,300		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	1,059	1	,303		
N of Valid Cases	371				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,13.

b. Computed only for a 2x2 table

skup_M * MĚL(A) POHL. PŘENOSNOU NEMOC Crosstabulation

		MĚL(A) POHL. PŘENOSNOU NEMOC		Total
		ne	ano	
SKUP-M	Count	162	40	202
	Expected Count	171,5	30,5	202,0
	% within skup_M	80,2%	19,8%	100,0%
	Adjusted Residual	-2,7	2,7	
CZ-POP	Count	158	17	175
	Expected Count	148,5	26,5	175,0
	% within skup_M	90,3%	9,7%	100,0%
	Adjusted Residual	2,7	-2,7	

Total	Count	320	57	377
	Expected Count	320,0	57,0	377,0
	% within skup_M	84,9%	15,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,435 ^a	1	,006		
Continuity Correction ^b	6,670	1	,010		
Likelihood Ratio	7,665	1	,006		
Fisher's Exact Test				,009	,004
Linear-by-Linear Association	7,415	1	,006		
N of Valid Cases	377				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,46.

b. Computed only for a 2x2 table

skup_M * Byl jste testován na HIV? Crosstabulation

		Byl jste testován na HIV?				Total
		ne	ano, jednou	ano, dvakrát	ano, třikrát a více	
SKUP-M	Count	98	38	19	47	202
	Expected Count	123,6	37,6	12,9	27,9	202,0
	% within skup_M	48,5%	18,8%	9,4%	23,3%	100,0%
	Adjusted Residual	-5,4	,1	2,6	5,7	
CZ-POP	Count	132	32	5	5	174
	Expected Count	106,4	32,4	11,1	24,1	174,0
	% within skup_M	75,9%	18,4%	2,9%	2,9%	100,0%
	Adjusted Residual	5,4	-,1	-2,6	-5,7	
Total	Count	230	70	24	52	376
	Expected Count	230,0	70,0	24,0	52,0	376,0
	% within skup_M	61,2%	18,6%	6,4%	13,8%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	45,799 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	51,346	3	,000

Linear-by-Linear Association	44,997	1	,000
N of Valid Cases	376		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,11.

Crosstabs

Skupiny užívaných drog * První pohlavní styk jste uskutečnil: Crosstabulation

		První pohlavní styk jste uskutečnil:		Total
		s náhodnou partnerkou	se stálou partnerkou	
jen marihuana	Count	23	26	49
	Expected Count	23,3	25,7	49,0
	% within Skupiny užívaných drog	46,9%	53,1%	100,0%
	Adjusted Residual	-,1	,1	
marihuana a alkohol	Count	39	61	100
	Expected Count	47,5	52,5	100,0
	% within Skupiny užívaných drog	39,0%	61,0%	100,0%
	Adjusted Residual	-2,4	2,4	
marihuana, alkohol a pářty drogy	Count	34	19	53
	Expected Count	25,2	27,8	53,0
	% within Skupiny užívaných drog	64,2%	35,8%	100,0%
	Adjusted Residual	2,8	-2,8	
Total	Count	96	106	202
	Expected Count	96,0	106,0	202,0
	% within Skupiny užívaných drog	47,5%	52,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,795 ^a	2	,012
Likelihood Ratio	8,872	2	,012
N of Valid Cases	202		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23,29.

Kruskal-Wallis Test

Ranks

Skupiny užívaných drog	N	Mean Rank
Pokud jste již měl pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc), s kolika ženami celkem to bylo?		
jen marihuana	32	82,08
marihuana a alkohol	72	62,90
marihuana, alkohol a párty drogy	37	77,19
Total	141	

Test Statistics^{a,b}

	Pokud jste již měl pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc), s kolika ženami celkem to bylo?
Chi-square	6,108
df	2
Asymp. Sig.	,047

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Skupiny užívaných drog

Crosstabs

Skupiny užívaných drog * Měl jste někdy v životě nebo máte nyní některou z pohlavně přenosných nemocí? Crosstabulation

		Měl jste někdy v životě nebo máte nyní některou z pohlavně přenosných nemocí?		Total
		ano, měl jsem pohlavně přenosnou nemoc	ne, neměl jsem žádnou pohlavně přenosnou nemoc	
jen marihuana	Count	8	41	49
	Expected Count	9,7	39,3	49,0
	% within Skupiny užívaných drog	16,3%	83,7%	100,0%
	Adjusted Residual	-,7	,7	
marihuana a alkohol	Count	15	85	100
	Expected Count	19,8	80,2	100,0
	% within Skupiny užívaných drog	15,0%	85,0%	100,0%
	Adjusted Residual	-1,7	1,7	

marihuana, alkohol a party drogy	Count	17	36	53
	Expected Count	10,5	42,5	53,0
	% within Skupiny užívaných drog	32,1%	67,9%	100,0%
	Adjusted Residual	2,6	-2,6	
Total	Count	40	162	202
	Expected Count	40,0	162,0	202,0
	% within Skupiny užívaných drog	19,8%	80,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	6,852 ^a	2	,033
Likelihood Ratio	6,384	2	,041
Linear-by-Linear Association	4,142	1	,042
N of Valid Cases	202		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,70.