

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Navazující magisterské studium adiktologie



Bc. Jana Scherberová

Harm reduction strategie užívání konopných drog z pohledu jejich uživatelů

Harm reduction strategies of cannabis drugs use from the point of view of their users

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jaroslav Vacek, Ph.D.

Praha, 2021

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 31. 5. 2021

Jana SCHERBEROVÁ

.....

Podpis

Identifikační záznam:

SCHERBEROVÁ, Jana. *Harm reduction strategie užívání konopných drog z pohledu jejich uživatelů. [Harm reduction strategies of cannabis drugs use from the point of view of their users]*. Praha, 2021. 80s., 3 příl. Diplomová práce (DP). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Jaroslav Vacek, Ph.D.

ABSTRAKT

Východiska: Konopné drogy jsou v České republice nejčastěji užívané nelegální drogy. Užívá je přibližně 1,78 milionů lidí, a to převážně mladí lidé ve věku 15-34 let (Mravčík et al., 2020). Právě užívání v mladém věku, ale také pravidelné a intenzivní užívání velkého množství konopí bývá spojováno s negativními dopady na zdraví a život uživatelů. Přístup HR se zaměřuje na minimalizaci těchto dopadů. Na základě předchozích výzkumů známe jednotlivé HR strategie, méně je však prozkoumán relativní výskyt těchto strategií, zejména v českém prostředí.

Cíle: Cílem výzkumu bylo zjistit, zda a jaké strategie HR používají uživatelé konopných drog.

Metody: Výzkum byl realizován jako kvantitativní. Jednalo se o mapující výzkum, cílem bylo popsat chování uživatelů ve vztahu k používání HR strategií a zjištění relativní četnosti těchto strategií. Metodou získávání dat bylo dotazníkové šetření.

Výsledky: HR strategie, které se u uživatelů konopí objevují nejčastěji, jsou ve vztahu k dopadům užívání na fyzické zdraví. Z těchto strategií se jich nejvíce zaměřuje na minimalizaci škod v souvislosti s kouřením konopí, zejména tzv. jointů. Strategie zaměřené na psychické zdraví pak vycházejí z konceptu setu, kdy uživatelé často neužívají, pokud u sebe pozorují negativní pocity a emoce, a settingu, kde uživatelé často kladou důraz na užívání ve známém a bezpečném prostředí, v přítomnosti lidí, které znají, nebo kteří jsou také uživatelé konopí. Aby se uživatelé vyvarovali sociálním dopadům užívání, dodržují strategie, které upravují především dobu, kdy užívají a okruh osob, v jejichž přítomnosti užívají. Respondenti neužívají v době, kdy mají plnit povinnosti v práci nebo škole. Často se objevují strategie zaměřující se na osobní vztahy uživatelů, kdy se uživatelé vyhýbají užívání v přítomnosti dětí, rodičů nebo partnerů. HR strategie dodržované největším počtem respondentů výzkumu byly ty, které souvisely s právními důsledky užívání.

Závěr: Ve výsledkové části práce najdeme komplexní popis HR strategií u uživatelů konopí, který v odborné literatuře zatím chyběl. Získané poznatky práce je možné využít v rámci specifické primární prevence, ke zkvalitnění informací pro uživatele konopí ohledně využívání HR, které by pro uživatele měli být snadno dostupné a komplexní, a také při přímé práci s uživateli konopí.

Klíčová slova: konopné drogy, harm reduction, minimalizace rizik, negativní dopady užívání

ABSTRACT

Background: Cannabis drugs are the most used illicit drug in the Czech Republic. About 1,78 million people use cannabis, most of them are young people aged 15-34 years (Mravčík et al., 2020). Use in the young age, regular and intensive use of large amounts of cannabis is associated with the negative impact on health and life of users. Previous studies have described the harm reduction strategies, less is known about relative occurrence of the harm reduction strategies, especially in the Czech environment.

Aims: The aim of the study was to investigate what kind of harm reduction strategies are used by cannabis users.

Methods: The research was conducted as a quantitative study. This mapping study was aimed to explore the relative occurrence of these strategies. As a method of data collection was used a questionnaire survey.

Results: Most frequently emerged harm reduction strategies among cannabis users are in relation to the effects of use on physical health. Most of these strategies focus on minimising the harms associated with smoking cannabis, particularly marijuana cigarettes. Mental health strategies are based on the concept of set, where users often do not use if they observe negative feelings and emotions, and setting, where users often emphasise use in a familiar and safe environment, in the presence of people they know or who are also cannabis users. In order to avoid the social consequences of use, users follow strategies that primarily regulate the times when they use and the circle of people in whose presence they use. Respondents do not use when they have work or school commitments. Strategies focusing on users' personal relationships are often found, therefore users avoid using in the presence of children, parents or partners. Harm reduction strategies followed by the largest number of survey respondents were those related to the legal consequences of use.

Conclusion: The results section of the study provides a complex description of the harm reduction strategies of cannabis users, which is missing in the research literature. The findings of this study can be used in specific primary prevention, or to provide better information on harm reduction to cannabis users, this information should be complex and easy to obtain. These findings can be also used when working with users in contact with addiction services.

Keywords: cannabis drugs, harm reduction, risk minimization, negative impacts of drug use

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala vedoucímu mé práce Mgr. Jaroslavu Vackovi, Ph.D. za odborné vedení mé práce, za podnětné a cenné rady, připomínky a postřehy. Děkuji také Michalovi za podporu a motivaci, bez které by tato práce nevznikla. Dále děkuji všem respondentům za jejich čas a účast ve výzkumu. Rodině a přátelům děkuji za trpělivost a povzbuzování při psaní této práce.

Obsah

1. Úvod.....	12
2 Konopné drogy	15
2.1 Formy konopných drog.....	15
2.2 Psychoaktivní látky obsažené v konopí.....	17
2.3 Intoxikace konopnými drogami	19
2.4 Prevalence užívání konopných drog v České republice	20
2.4.1 Prevalence pravidelných a rizikových uživatelů	26
2.4.2 Studie školní populace ČR.....	28
2.4.3 Uživatelé konopných drog jako žadatelé o léčbu	31
2.4.4 Užívání konopí pro léčebné účely a užívání CBD konopí.....	39
3 Uživatelé konopných drog	41
3.1 Typologie uživatelů	42
3.2 Vybrané osobnostní charakteristiky.....	44
3.3 Motivace uživatelů konopných drog k užívání.....	45
3.4 Uživatelé konopných drog v kontaktu se službami	46
3.5 Služby pro uživatele konopí v ČR	48
4 Rizika spojená s užíváním konopných drog	51
4.1 Riziko rozvoje afektivních a psychotických onemocnění	52
4.2 Riziko narušení kognitivních funkcí.....	53
4.3 Riziko somatických onemocnění	55
4.4 Riziko dopravních nehod.....	56
4.5 Riziko rozvoje závislosti.....	57
5 Harm reduction	60
5.1 Harm reduction konopných drog	62
5.2 Strategie harm reduction užívání konopí.....	64
5.2.1 Strategie harm reduction zaměřené na zdravotní dopady	64

5.2.1.1 Strategie harm reduction zaměřené na psychické zdraví	64
5.2.1.2 Strategie harm reduction zaměřené na fyzické zdraví	68
5.2.2 Harm reduction strategie zaměřené na ostatní dopady užívání	72
5.3 Harm reduction uživatelů konopí	73
6 Výzkumný problém	79
7 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	79
8 Metodologický rámec	80
8.1 Metody získávání dat	80
8.1.1 Dotazník.....	80
8.2 Metody zpracování a analýzy dat	81
8.3 Základní soubor	82
8.4 Výzkumný soubor.....	83
8.4.1 Charakteristika výzkumného souboru	83
9 Etické aspekty	88
10 Výsledky	89
10.1 Vzorce užívání	89
10.2 Harm reduction strategie uživatelů konopí.....	96
10.2.1 Strategie zaměřené na minimalizaci zdravotních dopadů.....	96
10.2.2 HR strategie zaměřené na ostatní důsledky užívání	105
10.3 Vnímání harm reduction startegií uživatelů vzhledem k jejich užívání	109
11 Diskuze	114
12 Závěr	119
13 Použitá literatura	121

1. Úvod

V České republice je konopí ilegální drogou, přesto patříme v Evropě mezi země s vysokým počtem jejich uživatelů a vysokou mírou prevalence v populaci (EMCDDA, 2008). V drogové politice můžeme sledovat změkčování represivních opatření, v masových médiích i u veřejnosti se objevují pozitivní postoje k jejímu rekreačnímu užívání. Výsledky studie ESPAD potvrzují, že konopné látky jsou nejrozšířenější drogou mezi dospívající populací v České republice, zkušenost s užíváním konopných drog přiznalo 44 % dotázaných. Podobně vysoké prevalence nedosahuje žádná z dalších sledovaných ilegálních návykových látek (Mravčík et al., 2017).

Užívání konopí s sebou nese jisté riziko negativních dopadů. Může se rozvinout do syndromu závislosti, děje se tak u jednoho z deseti uživatelů. Pravidelní uživatelé mají dvakrát vyšší riziko rozvoje psychotických symptomů, pokud se v osobní nebo rodinné anamnéze vyskytuje psychotické onemocnění a pokud začali s užíváním mezi patnáctým a sedmnáctým rokem. Pravidelné užívání marihuany v adolescenci také zvyšuje riziko kognitivních poruch. Mezi somatické následky užívání patří zvýšené riziko bronchitidy, u dospělých ve středním věku zvyšuje riziko infarktu myokardu a jiných kardiovaskulárních onemocnění. (Hall, 2014) Krménčík (in Miovský et al., 2008) mluví o poškození epitelální výstelky průdušnice a průdušek, poškození dýchacích cest, zápalu plic a celkové větší náchylnosti k infekcím respiračního systému. Dále dochází také k ovlivnění imunitního, reprodukčního a trávicího systému, a to díky kanabinoidním receptorům v orgánech těchto systémů. S užíváním konopí bývá též spojován amotivační syndrom, který bývá pozorován jak okolím, tak uživateli, do této doby je však diskutovaným tématem, chybí zde jednoznačná diagnostická vodítka. (Gabrhelík in Miovský et al., 2008)

Možností jak tyto dopady minimalizovat je využití strategií harm reduction. Mezi harm reduction intervence využívané v souvislosti s užíváním konopí patří motivování uživatelů k bezpečnějším způsobům užívání marihuany, podpora uživatelů v kontrolování jejich užívání vzhledem k četnosti a množství, dále motivování uživatelů k neuzívání více látek najednou, prevence řízení během intoxikace, edukace ohledně

symptomů problémového užívání a self-screening problémového užívání (EMCDDA, 2008).

Avšak nejlepší způsob, jak zabránit negativní dopadů užívání konopí, je abstinence, někteří uživatelé konopí však nejsou připraveni, nechtějí, anebo momentálně nejsou schopni s užíváním přestat. Harm reduction je tak alternativou k tradiční na abstinenci orientovanou léčbu (Holland, 2010). Základem filosofie harm reduction je akceptování faktu, že lidé užívají látky měnící vědomí. Harm reduction se soustřeďuje na podporu a motivaci uživatelů, aby dělali vědomá a zodpovědná rozhodnutí ohledně jejich užívání (IHRA, 2010). V rámci tohoto přístupu je pak úkolem uživatelů vybudovat si takový vztah ke konopí a k jeho užívání, který jim umožní plně využít výhody užívání konopí a minimalizovat jeho negativní dopady. To znamená, omezit užívání, užívat bezpečněji, z jiných důvodů, osvojit si jiné vzorce užívání, anebo s užíváním zcela přestat (Holland, 2010).

Harm reduction strategie u uživatelů konopí se tak zaměřují na minimalizaci negativních důsledků a rizik vyplívajících z akutních účinků konopí a dlouhodobého užívání konopí (Holland, 2010). V rámci aplikace těchto strategií se jedná o doporučení týkající se setu a settingu před intoxikací (osobnost uživatele, momentální nálada, prostředí), způsobu aplikace konopí (kouření, konzumace v jídle), výběru vhodných parafernálií k užívání (filtry, papírky, fajfky, bongy, dýmky, vaporizéry) a druhu (indica/sativa)/typu (obsah THC) konopí, kombinování konopí s jinými návykovými látkami a vzorců užívání (množství, četnost, délka užívání)(EMCDDA, 2008).

Součástí harm reduction přístupu pro uživatele konopí je i koncept kontrolovaného užívání konopí, ten je výhodný zejména proto, že zakázka uživatelů konopí v odborné péči bývá spíše právě kontrolované užívání než abstinence. Výhodiskem pro tento model obecně, ale i při práci s uživateli konopných drog je skutečnost, že vedle populace závislých uživatelů drog existují i populace pravidelných uživatelů, kteří netrpí závislostí, případně předcházejí nepříznivým důsledkům užívání. Morávek (2013) shrnuje teorii kontrolovaného užívání drog pomocí faktorů, které spoluurčují rozsah drogových problémů a kontroly uživatele nad nimi.

Jedním z problémů přístupu harm reduction u užívání konopí je fenomén získávání informací ohledně bezpečnějšího užívání přes neoficiální zdroje spíše než od adiktologických služeb, uživatelé konopí přijímají informace od jiných uživatelů nebo je hledají na internetu, kde je spousta mýtů a málo relevantních informací. Je tedy důležité, aby uživatelé konopí měli dobrý přístup k informacím, vycházejícím z odborné

literatury a nejnovějších studií, které pro ně budou srozumitelné a snadno dostupné. To velmi úzce souvisí s faktem, že uživatelé konopných drog jsou skrytou populací a jsou pouze minimálně v kontaktu s odbornými službami.

V roce 2015 realizovalo NMS online dotazníkové šetření (Drbohlavová & Mravčík, 2016), kterého se zúčastnilo 68 programů, 57 z nich uvedlo, že jejich klienty jsou i uživatelé konopných drog (8 terénních programů, 44 poradenských a léčebných ambulantních programů a 5 rezidenčních programů). 86% respondentů uvedlo, že faktor, který podmiňuje nízkou míru kontaktu uživatelů konopí se službami, je jejich nízký zájem o intervence, protože nevnímají vlastní užívání konopí jako problém. Téměř polovina se domnívá, že uživatelé nechtějí být spojováni s problémovými uživateli drog, kteří také patří mezi cílovou skupiny těchto programů.

2 Konopné drogy

2.1 Formy konopných drog

Konopné drogy jsou produkty zpracování rostliny *cannabis sativa*, *cannabis indica* a *cannabis ruderalis*. Pomocí šlechtitelství dochází u rostlin k potlačování nežádoucích vlastností a naopak k posílení vlastností s ohledem na užívání konopí jako psychoaktivní drogy. Díky tomuto šlechtění existuje několik desítek různých odrůd, které se od sebe liší účinky po užití, obsahem THC a jiných kanabinoidů, chutí, vůní, množstvím vyprodukované drogy tzv. výnosem aj. (Gabrhelík, Zábranský a Miovský, 2008). Hlavními formami konopných drog po zpracování rostliny konopí jsou marihuana, hašiš a hašišový olej.

Marihuana (nebo také ganja, marjánka, tráva, Marry Jane aj.) je označení pro sušeného květenství samičí rostliny konopí tzv. paličky. Právě tato část rostliny obsahuje největší obsah THC, potence jednotlivých odrůd se může značně lišit. Méně potentní modely mají obsah THC kolem 2-8 %, silnější odrůdy kolem 6-14 %, některé speciálně vyšlechtěné odrůdy dokonce i přes 20 % účinných látek (Mioviský, 2003). Před užitím bývá marihuana uživateli očištěna o zbytky listů, stonků a semínek, a poté bývá nadrcena buď pomocí drtičky, nebo mezi prsty, nastříhána pomocí nůžek na menší části. Pro tu část uživatelů, kteří konopí pěstují, je tato forma obstarávání konopí nejenom prostředkem jak si obstarat drogu, ale také koníčkem. Pěstování a šlechtění konopí může být náročný koníček, kdy je potřeba mít velké množství odborných znalostí a věnovat mu velké množství času.

Další konopnou drogou je hašiš (nebo také haš, shit, čokoláda aj.), který vzniká zpracováním pryskyřice usušených květenství konopí. Hašiš může mít různou barvu od tmavě zelené přes světle hnědou až do temně hnědé nebo černé a různou konzistenci (Gabrhelík, Zábranský & Mioviský, 2008). Také kvalita se různí v souvislosti na kvalitě konopí a způsobu zpracování. Hašiš mívá oproti marihuaně asi pětikrát vyšší koncentraci THC než marihuana, v průměru kolem 20 % THC (Mioviský, 2003). Způsobů výroby je několik, základem je však oddělení pryskyřice z konopných paliček a její následné

zpracování pomocí tepla a tlaku. Pryskyřice se dá oddělit mláčením nebo přesíváním květenství přes síto nebo tkaninu, také se používá tření mezi dlaněmi.

Hašiš lze vyrobit také i v domácím prostředí, na internetu najdeme velké množství návodů. Nejoblíbenější domácí metodou na výrobu hašiše je za použití jemného síta, kterým propadá jemná pryskyřice. Pryskyřici se pak za působením tepla a tlaku stlačí do hašišové kostky. Další oblíbená metoda je za pomoci pytlů na hašiš a velkého množství ledu. Palice, listy se dají do studené vody a velkého množství ledu a pak stačí míchat, díky ledu se pryskyřice snadněji oddělí od rostlin. Vše se pak přecedí a nechá proschnout, takto vzniká tzv. bubble hash nebo ice water hash. Také je možné použít metodu za použití plynu. Lze použít plyn do zapalovačů, který je volně prodejný v každé trafice. K této výrobě je potřeba zakoupit BHO extraktor, což je nádoba vyrobená ze skla nebo plastu s jedním otvorem nahoře a několika malými otvory na straně druhé. Do extraktoru se vloží usušený rostlinný materiál a do otvoru se vloží ventil plynové nádoby. Butan se prožene přes sušinu celým BHO extraktorem a spodními otvory jde ven rozpuštěný rostlinný materiál. Tato hmota se pak nechá na teplém místě, aby se vypařily zbytky použitého rozpouštědla. Výsledkem je hašiš mazlavé konzistence tzv. butan hash (Gabrhelík, Zábranský a Miovský, 2008).

Pokud je provedena extrakce hašiše, vzniká konopný (hašišový) olej. Konopný olej je hustá kapalina získaná extrakcí květenství samičích rostlin. Obsah THC je velmi variabilní, rozmezí je od 15 % do 50 % (Miovský, 2003). Konopný olej se může přidávat do marihuanových nebo klasických cigaret nebo také do jídla, většinou stačí množství kolem dvou kapek. Extrakce hašišového oleje se provádí z pryskyřice za pomoci rozpouštědel, nejčastěji alkoholu, který se poté filtruje a nechá vypařit (Gabrhelík, Zábranský a Miovský, 2008).

V domácích podmínkách uživatelé také používají metodu za použití plynu. Lze použít plyn do zapalovačů, který je volně prodejný v každé trafice. K této výrobě je potřeba zakoupit BHO extraktor, což je nádoba vyrobená ze skla nebo plastu s jedním otvorem nahoře a několika malými otvory na straně druhé. Do extraktoru se vloží usušený rostlinný materiál a do otvoru se vloží ventil plynové nádoby. Butan se prožene přes sušinu celým BHO extraktorem a spodními otvory jde ven rozpuštěný rostlinný materiál. Tato hmota se pak nechá na teplém místě, aby se vypařily zbytky použitého rozpouštědla. Výsledkem je hašiš mazlavé konzistence tzv. butan hash (Gabrhelík, Zábranský a Miovský, 2008).

Mezi méně obvyklé formy konopných drog patří konopné mléko, himka (tabák namořený hašišem), shit (usazeniny seškrábané z dýmek a jiných používaných pomůcek pro kouření) a syntetické kanabinoidy, které jsou vyvíjeny za účelem zkoumání mechanismu účinku psychoaktivních látek na centrální nervovou soustavu (Gabrhelík et al., 2008).

Syntetické kanabinoidy se objevily i na nelegálním drogovém trhu pod názvem Spice nebo K2 jako reakce na legislativní omezování marihuany. Jako nová látka totiž v řadě zemí obcházejí legislativní regulaci návykových a psychoaktivních látek. Syntetické kanabinoidy se obvykle aplikují na rostlinný nosič, který se poté užívá stejným způsobem jako marihuana. Protože jde o látky s vyšší afinitou k receptorům i s vyšší mimetickou aktivitou, je účinek těchto látek značně silnější (EMCDA, 2008).

V ČR se v posledních letech také objevuje tzv. CBD konopí. Kanabidiol (CBD) není psychoaktivní látka a není kontrolován mezinárodními úmluvami ani českou legislativou v oblasti OPL, v ČR tak můžeme vidět snahy o uvádění na trh náhradních náplní do elektronických cigaret a bylinných výrobků určených ke kouření s obsahem CBD (Mravčík et al., 2019). Tyto výrobky se snaží působit dojmem, že jde o zdraví prospěšné produkty. Volný prodej těchto výrobků v ČR je však v rozporu s právními předpisy upravujícími podmínky pro uvádění náhradních náplní do elektronických cigaret a bylinných výrobků ke kouření na trh. Přesto volný prodej zmíněných produktů v ČR roste, podle ministerstva zdravotnictví je jedním z důvodů nedostatek lidských zdrojů dozorujících prodej těchto výrobků (Mravčík et al., 2019).

V roce 2020 se v ČR v řadě měst objevily prodejní automaty s konopím a konopnými produkty s obsahem CBD převažujícím nad obsahem THC (tzv. CBD konopí a CBD produkty), tzv. CBD-maty. Je možné v nich koupit sušené rostliny s obsahem CBD a extrakty. Velká nabídka CBD konopí a CBD produktů je na internetu. CBD konopí a CBD produkty jsou také v maloobchodních prodejnách zejména v Praze nabízeny jako dárkové předměty (zřejmě ve snaze vyhnout se obvinění ze šíření toxikomanie) (Mravčík et al., 2020).

2.2 Psychoaktivní látky obsažené v konopí

V konopí setém (*Cannabis sativa* L.) bylo identifikováno 533 látek, z nichž 103 patří mezi kanabinoidy, které nalezneme pouze v konopí (Krměčık in Miovský et al., 2008). Hlavní aktivní psychotropní látkou konopí je THC (delta9-tetrahydrocannabinol), lipofilní látka, které snadno proniká přes hematoencefalickou bariéru. V organismu se váže na CB1 kanabinoidní receptory v centrální, a poté v periferní nervové soustavě (Iversen, 2006). Intenzita účinku THC závisí na faktorech jako kvalita, množství a forma drogy, způsob aplikace a dosažená koncentrace v organismu. Vazba THC na endogenní kanabinoidní systém vyvolává euforický účinek, ve vyšších dávkách jsou psychotropní účinky rozdílné, objevuje se dezorientace, zmatenost, zrakové a sluchové halucinace a rizikem jsou také panické záchvaty. Co se týká fyzických projevů, zvyšuje se tepová a dechová frekvence (Linhart, 2012). Samotný THC v čisté formě vyvolává úzkost až paniku, cannabidiol (CBD), který je další komponentou konopí, však účinek THC vyvažuje a proto kouření konopí zpravidla úzkostné stavy nevyvolává, CBD sám působí anxiolyticky (Linhart, 2012). Z toho vyplývá, že pokud marihuana obsahuje méně THC a více CBD, navodí zpravidla útlum a pocity slabosti až otupělosti co se týká tělesné i psychické stránky (Dupal, 2004).

Psychoaktivně účinnější než THC je jeho metabolit 11-hydroxy-delta9-THC vznikající při oxidaci. Postupně se metabolizuje na příslušnou karboxylovou kyselinu a oxidací delta8-THC, vzniká biotransformací 11-hydroxy-delta8-THC, který má vyšší kanabinoidní a analgetickými účinky než oba isomery THC (Linhart, 2012). Produktem oxidace THC je také cannabinol (CBN), který vzniká při nevhodném skladování marihuany nebo během výroby hašiše. CBN dosahuje maximálně 10 % psychoaktivity THC, může vyvolat závratě a stav vnitřní rozpolcenosti (Dupal, 2004).

Kanabinoidy mají také terapeutický potenciál. Podle nejnovějších poznatků NASEM (2017) se terapeutický efekt kanabinoidů rozděluje podle jeho prokazatelnosti na značný, mírný a omezený. Značný terapeutický efekt má na léčbu chronické bolesti u dospělých, používá se jako antiemetický prostředek – na potlačení zvracení a nevolnosti při chemoterapii, zlepšení spastických symptomů u roztroušené sklerózy. Mírný terapeutický efekt je na zlepšení spánku u pacientů s roztroušenou sklerózou, chronickou bolestí, syndromem spánkové apnoe a fibromyalgií u mimokloubního revmatismu. Pouze omezený terapeutický efekt pak má při zvýšení chuti k jídlu a snížení ubývání na váze u pacientů s HIV/AIDS, zlepšení symptomů Tourettova syndromu, posttraumatické stresové poruchy a úzkosti.

2.3 Intoxikace konopnými drogami

Akutní intoxikace je přechodný stav, který se objevuje po užití psychoaktivních látek a který způsobuje změny ve fyziologických, psychických nebo behaviorálních funkcích (Vacek In Miovský et al., 2008). Intoxikace konopnými drogami je zmíněna jako diagnostická kategorie v MKN-10, patří tedy mezi duševní poruchy, její označení je pak F12.0.

Nejčastějšími tělesnými účinky konopí je zvýšená chuť k jídlu, zarudlé oči a zvýšená srdeční frekvence. Intoxikovaný může pociťovat sucho v ústech. Je snížen svalový tonus, což může napomáhat rychlejšímu usínání. Vedle pocitů pohody, relaxace a klidu může naopak konopí vyvolat pocity znepokojenosti, stísněnosti či dokonce úzkost (Kalina 2008).

Faktory ovlivňující stupeň akutní intoxikace jsou zkušenost uživatele, množství užitá látka, technika kouření a kombinace s jinými drogami. Důležité je osobní psychické nastavení (tzv. set) uživatele v době užití. Vliv na intoxikaci má také fyzické prostředí a společnost, ve které k intoxikaci dochází (tzv. setting)(Vacek in Miovský et al., 2008). Délka intoxikace je kolem 2 hodin, doba trvání je ovlivněna mimo jiné i tolerancí uživatele. V průběhu intoxikace dochází často ke změně intenzity, změny přicházejí postupně ve vlnách. Odeznění účinků trvá 3 - 5 hodin, závisí na zkušenost uživatele (Kalina 2008).

Miovský (2008) rozlišil 3 odlišné způsoby vnímání. Dělí se podle zaměření pozornosti uživatele. První je tzv. vnější aktivita, kdy je činnost zaměřena ven, projevuje se upovídaností, smíchem, přísunem energie a pohybem. Další je tzv. vnitřní aktivita, při té je člověk přemýšlivý, vnímavější nebo používá více fantazii, cítí vnitřní klid a pozitivní emotivní ladění. Třetí varianta se objevuje nejčastěji při silné intoxikaci, projevuje se pasivitou, uživatel má pocit, že má prázdnou hlavu, cítí se unavený, tělo je bezvládné. Během intoxikace může uživatel zažívat všechny tyto způsoby vnímání. Zážitky uživatelů jsou vždy subjektivní a skupiny pouze obecné, každý uživatel prožívá a hodnotí tyto stavy individuálně. Preference jednotlivých stavů jsou individuální a vycházejí z motivace uživatelů pro užívání konopí.

Intoxikace konopím může způsobit i velmi nepříjemné fyzické a psychické prožitky. Tato zkušenost se nazývá tzv. bad trip a je spíše výjimečná. V těchto případech může dojít k paranoii, zmatenosti, depersonalizaci, agresivitě nebo halucinacím. Fyzicky může člověk zažívat nepříjemné pocity, zažívací potíže, návaly horka, mdloby. Může se projevit panická ataka, která je spojená s pocity úzkosti a silným strachem (Kalina 2008).

2.4 Prevalence užívání konopných drog v České republice

Užívání konopí se v Československu objevilo ve 30. letech, jeho rozšíření souviselo s uvolněním atmosféry ve společnosti a s novými myšlenkovými směry, které se k nám dostávaly koncem 60. let. V důsledku represe spojené s normalizací bylo konopí dlouho užíváno v malých uzavřených skupinách, do širších kruhů společnosti se dostalo až v polovině 80. let, kdy během krize socialistického Československa došlo k rozpadu kontrolních systémů. Po roce 1989 se užívání konopí rychle šířilo a dnes je konopí nejrozšířenější nelegální látkou (Nožina, 1997).

První studie užívání návykových látek v obecné populaci byla provedena už v roce 1993 Centrem pro výzkum veřejného mínění (CVVM) Sociologického ústavu Akademie věd ČR, ta odhalila celoživotní prevalenci v dospělé populaci 5 %. V roce 2002 to už však bylo 14 %. (Miovská a Miovský, 2008).

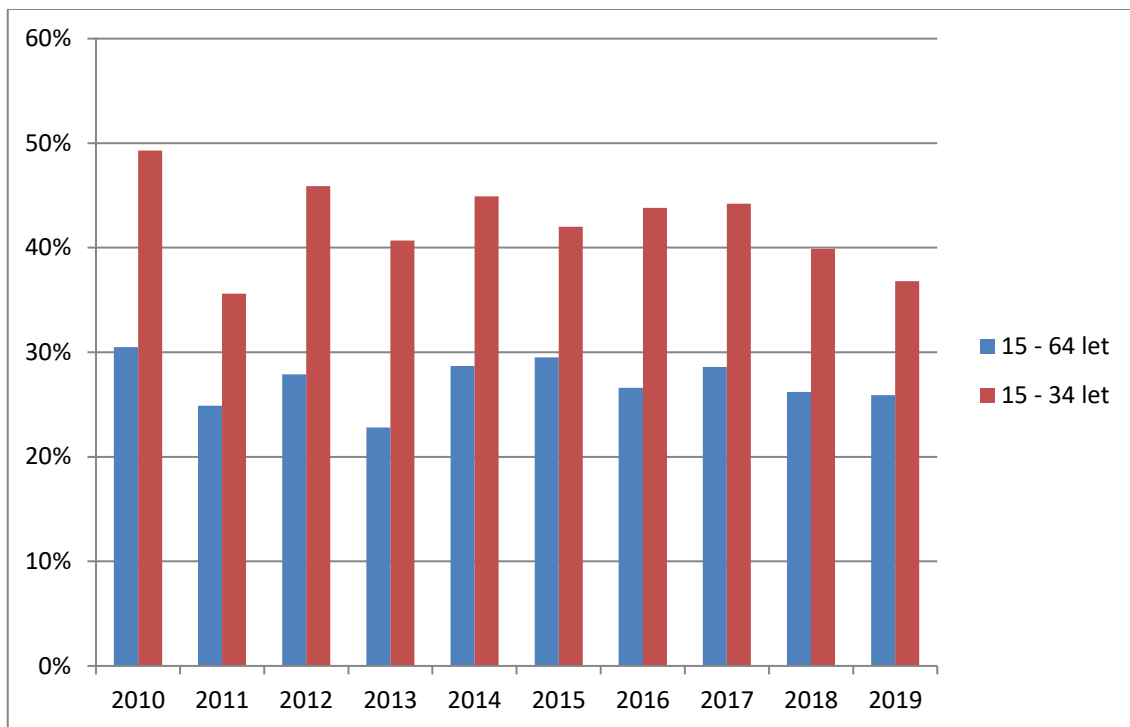
V roce 1996 se celopopulačním studiím začalo věnovat také Psychiatrické centrum Praha (PCP) a Státní zdravotní ústav (SZÚ), jak uvádí Miovská a Miovský (2008) výsledky těchto studií v porovnání s výsledky CVVM jsou vyšší, výsledky CVVM jsou podle nich podhodnocené. V roce 2002 PCP realizovalo mezinárodní studii *Gender, Alcohol and Culture: An International Study*, výsledky ukázaly, že zkušenost někdy v životě s konopím má již 21,1 % (26,3 % mužů, 16,1 % žen) dotázaných tady asi 1,7 milionu dospělých osob. V letech 1999 a 2002 provedl ÚZIS šetření o zdravotním stavu populace ČR, součástí byly také otázky týkající se užívání drog. V roce 1999 bylo nejužívanější nelegální látkou konopí, 81 % osob starších 15 let, kteří měli zkušenost s nelegální drogou, měli zkušenost právě s konopím. V roce 2002 pak bylo nejčastější užívanou nelegální drogou opět konopí, užilo ho 5,6 % respondentů a z toho 87,1 % v posledních 12 měsících. Důvod takto nízkého množství zkušeností

s konopnými drogami lze u této studie podle Miovské a Miovského (2008) vysvětlit tím, že sběr dat probíhal přes rozhovory a respondenti nebyli anonymní – bylo známo jejich jméno i bydliště. V roce 2004 provedl ÚZIS na popud Národního monitorovacího střediska (NMS) celopopulační studii, která se zabývala také problematikou užívání drog u osob starších 18 let. Výzkum odhalil celoživotní prevalenci užití konopných drog u 20,6 % dotázaných (26,0 % mužů a 15,2 % žen) a prevalenci užití v posledních 12 měsících u 9,3% respondentu (12,5 % mužů a 6,1 % žen), z toho 44% respondentů (51% mužů a 37% žen), majících zkušenost s konopnými látkami bylo ve věkové skupině 18–24 let.

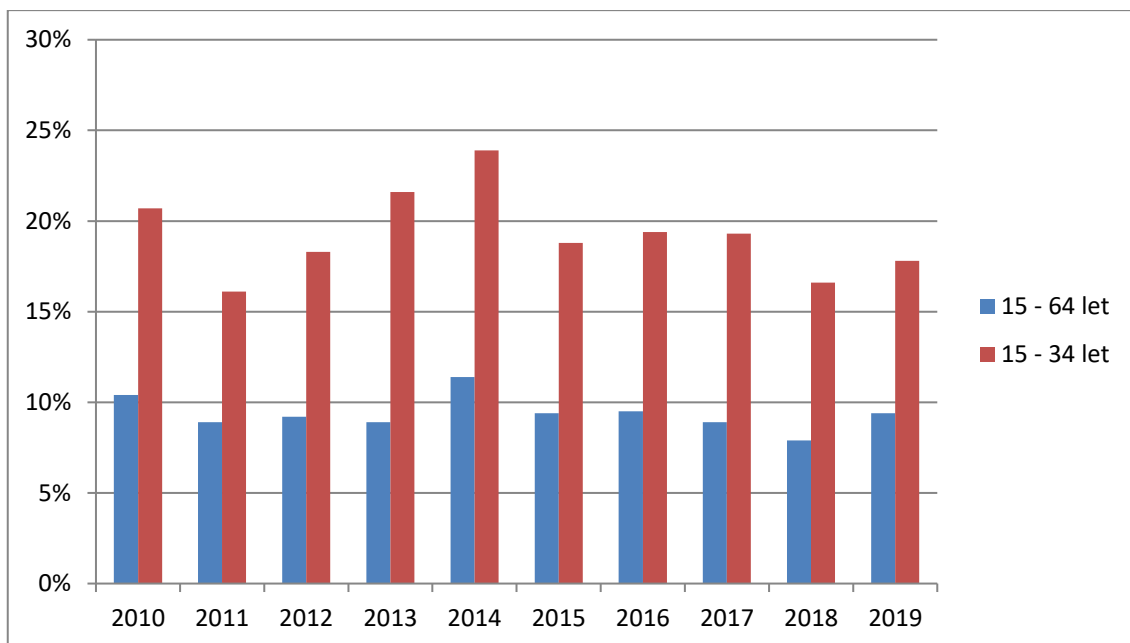
Další celopopulační studie byly provedeny v roce 2008 populace starší 15 let, *Celopopulační studie užívání psychotropních látek a Evropské výběrové šetření o zdraví*. Mezi studii jsou však rozdíly v metodologii i výsledcích. Podle průzkumu na vzorku ve věku 15–64 let zaměřeného výhradně na drogy má alespoň jednu zkušenost s užitím konopných drog 34 %, v posledním roce konopné látky užilo 15 % respondentů, v posledních 30 dnech 9 %. Podle průzkumu zaměřeného na zdraví obyvatel ve věku 15 a více let užilo konopné látky 15 % respondentů. Oba průzkumy ukazují, že stejně jako v minulých letech procento osob, které mají v populaci zkušenost s konopnými drogami, roste a to nejvíce z nelegálních drog právě u konopí. V letech 2002 a 2004 uvedla alespoň jednu zkušenost s konopnými látkami pětina dospělých respondentů, v roce 2008 ve studii zaměřené na užívání nelegálních drog to byla třetina. Rostoucí trend vykazují také studie zaměřené obecně na zdravotní stav obyvatel, i když jimi naměřené prevalence jsou nižší (Mravčík et al., 2009). V *Celopopulační studii užívání psychotropních látek* byla sledována míra rizikového užívání konopných látek. Do kategorie střední riziko bylo zařazeno 26 % a do kategorie vysoké riziko 12 % respondentů, kteří užili konopnou drogu v posledním roce. Nejvíce ohroženými skupinami jsou muži a osoby ve věku 25–34 let. Po extrapolaci na celou českou populaci lze počet intenzivních uživatelů konopných látek ve významném riziku odhadnout na cca 150 tis. osob, přičemž zhruba dvě třetiny z nich jsou ve věku 15–29 let.

Od roku 2010 se pak studie zaměřující se na zkušenosti obecné populace s užíváním konopných látek realizovaly každý rok, jejich výsledky najdeme přehledně v *Grafech č. 1 -6*.

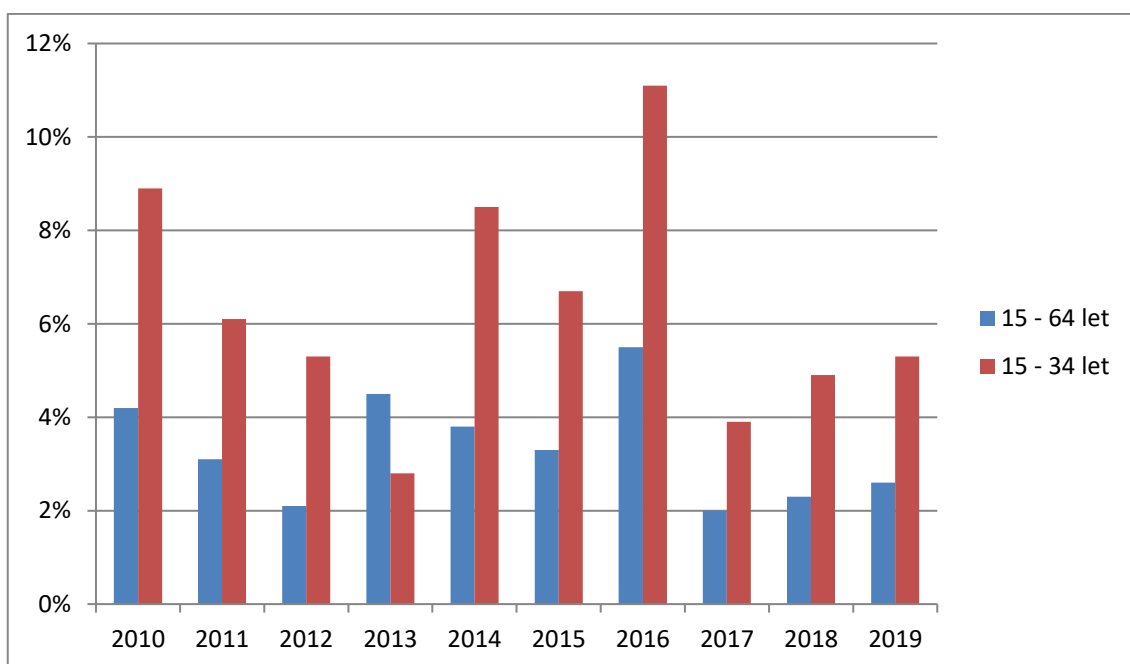
Graf 1: Celoživotní prevalence užívání konopných drog (Mravčík et al., 2011-2020)



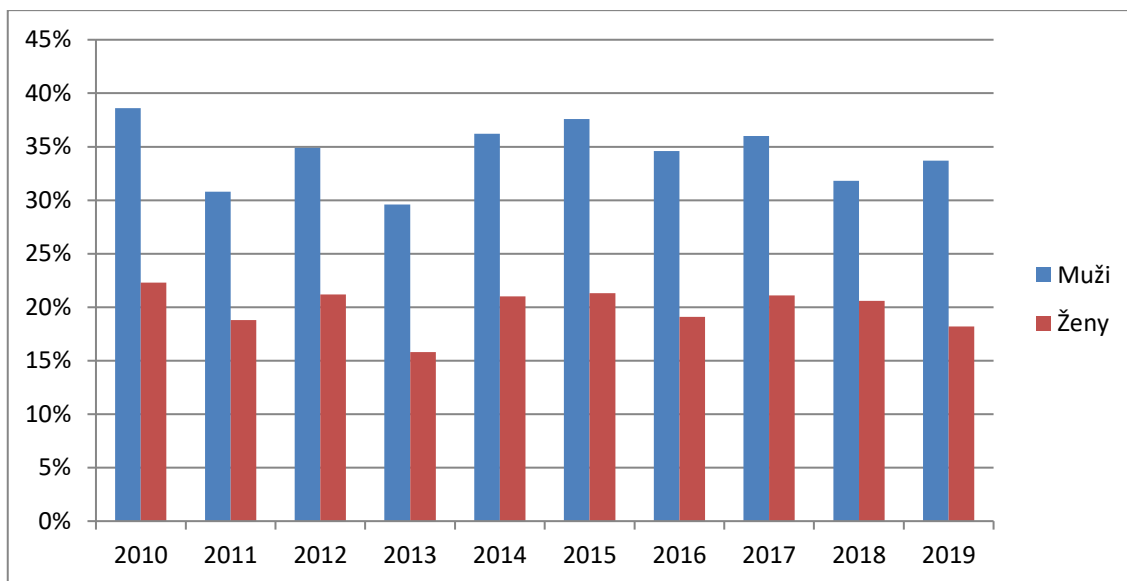
Graf 2: Prevalence užívání konopných drog v posledních 12 měsících (Mravčík et al., 2011-2020)



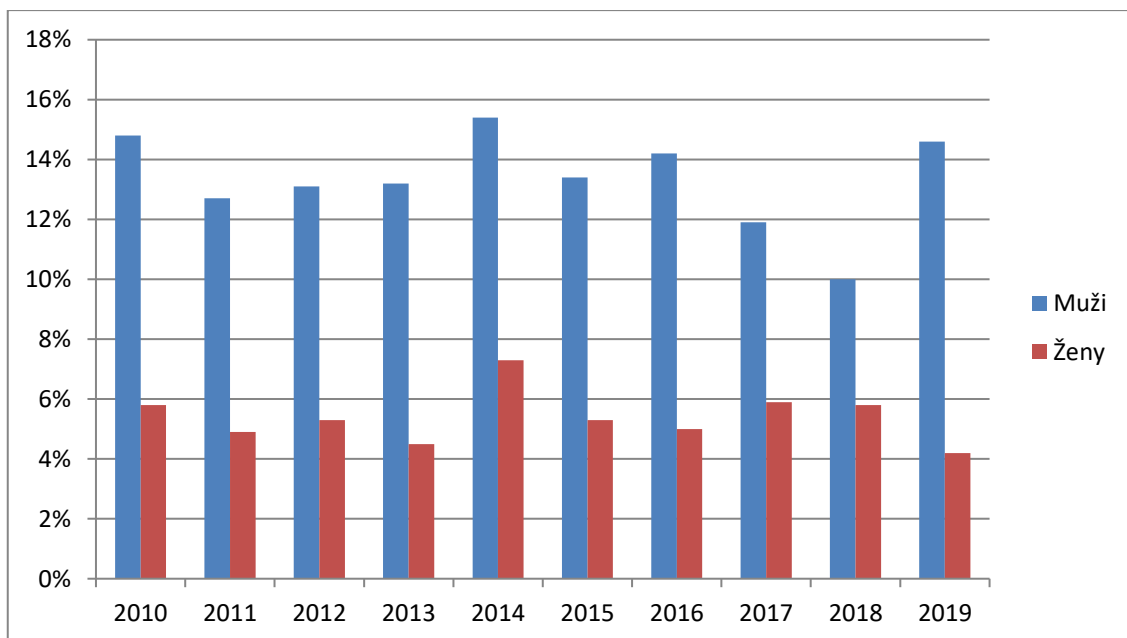
*Graf 3: Prevalence užívání konopných drog v posledních 30 dnech
(Mravčík et al., 2011-2020)*



*Graf 4: Celoživotní prevalence užívání konopí – muži vs. ženy
(Mravčík et al., 2011-2020)*

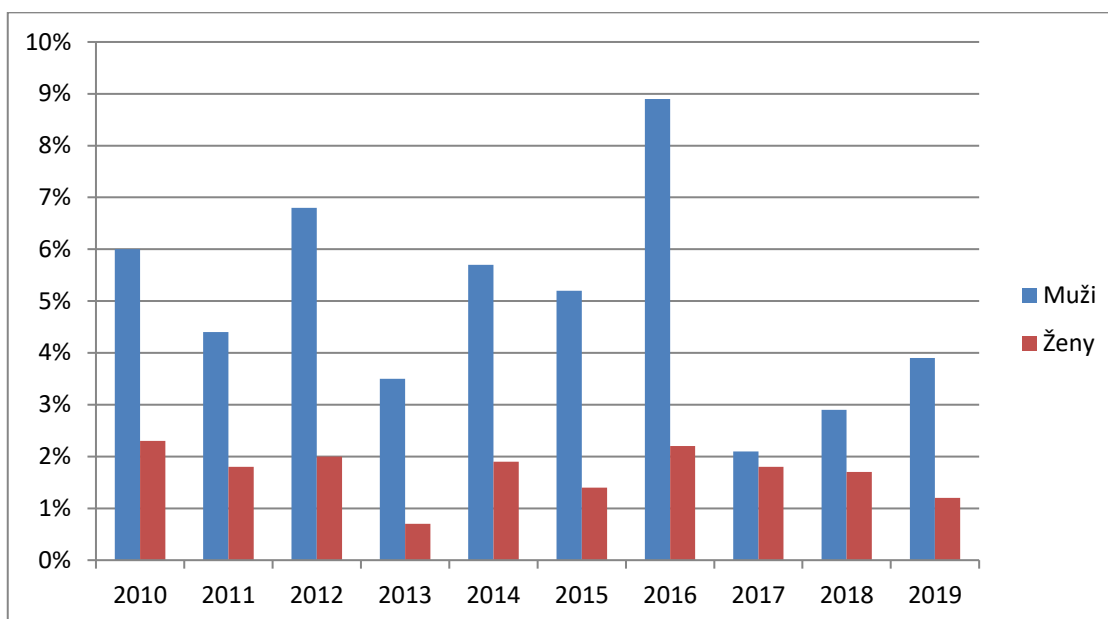


*Graf 5: Prevalence užití konopných drog v posledních 12 měsících – muži vs. ženy
(Mravčík et al., 2011-2020)*



Graf 6: Prevalence užívání konopných drog v posledních 30 dnech – muži vs. ženy

(Mravčík et al., 2011-2020)



Jak můžeme z grafů vidět, prevalence užívání konopí v České republice je vysoká, nejvyšší je pak ve věkové skupině 15-34 let a mezi muži.

Zatím poslední výzkum *Prevalence užívání drog v populaci ČR* realizovalo NMS v roce 2019, výběrový soubor tvořilo 1009 respondentů z celé ČR starších 15 let, z toho bylo 833 ve věku 15–64 let. Tento výzkum uvádí jako nejčastěji užitou nelegální drogu konopné látky a to 25,9 % respondentů. Zkušenost s užitím konopných drog uváděli častěji respondenti ve věkové skupině 25–34 let a muži, a to zkušenost někdy v životě, v posledních 12 měsících i posledních 30 dnech.

Ve stejném roce proběhl také pod hlavičkou NMS *Výzkum občanů 2019*, ve kterém jsou i otázky na zkušenosti s užitím nelegálních drog. Podle tohoto výzkumu užilo nelegální drogu v životě celkem 40,4 % respondentů ve věku 15–64 let, z toho bylo 47,6 % mužů a 32,8 % žen. Nejčastěji užitou nelegální drogou byly konopné látky, užilo je 39,1 % osob nad 15 let. Míra užívání nelegálních látek v posledních 12 měsících a posledních 30 dnech je v obecné populaci nízká s výjimkou konopných látek, jejichž užití uvedlo 11,2 %, resp. 3,8 % dotázaných (Mravčík et al., 2020).

Jak NMS (2020) uvádí *Výzkum občanů 2019* tak potvrzuje výsledky studie *Prevalence užívání drog v populaci ČR 2019* - uváděná míra užívání drog je přibližně 2–3krát vyšší u mladých dospělých ve věku 15–34 let, 18,5 % respondentů užilo konopné látky v posledních 12 měsících a 7,6 % v posledních 30 dnech. Při pohledu

na dlouhodobé trendy je patrný stabilní odhad prevalence užití konopných látek v obecné populaci ve věku 15–64 let i mezi mladými dospělými ve věku 15–34 let. Pokud se podíváme na ČR v porovnání s ostatními zeměmi Evropské unie, objevuje se na předních místech mezi státy s nejvyšší prevalencí užívání konopných drog (EMCDDA, 2015-2020).

2.4.1 Prevalence pravidelných a rizikových uživatelů

Definice problémových uživatelů byla EMCDDA v roce 2013 revidována a rozšířena o další drogy užívané s vysokou frekvencí - u konopí jde o užívání denně nebo téměř denně a/nebo přinášející uživatelům zdravotní či sociální problémy (Thanki & Vicente, 2013). Za pravidelného uživatele konopí je podle EMCDDA považován ten, kdo užívá konopnou drogu minimálně 4x týdně nebo vícekrát po dobu nejméně jednoho měsíce.

V roce 2010 byli screeningovým šetřením prostřednictvím dotazníku CAST (Cannabis Abuse Screening Test) dotazováni respondenti, kteří uvedli užití konopí v posledních 12 měsících, dotazováni na šest položek zkoumajících problémové aspekty užívání konopných látek - užívání dopoledne, užívání o samotě, problémy s pamětí, přítomnost doporučení ze strany přátel nebo rodiny směrem k redukci užívání nebo abstinenci, neúspěšné pokusy o abstinenci, problémy kvůli užívání (Mravčík et al., 2011). Dotazník ukázal, že pro 71,2 % uživatelů konopných drog představuje užívání malé riziko, naopak pro 9,5 % uživatelů (12,2 % mužů a 5,0 % žen) může užívání konopných drog představovat riziko. Pokud tato data vztáhneme na celou populaci ČR, znamená to cca 1,0–1,5 % dospělé populace, tj. 75–110 tis. uživatelů konopných látek ve vysokém riziku.

Odhad problémových uživatelů v roce 2012 byl stanoven na 116 000 (Mravčík et al., 2013). Podle škály CAST dosáhl v r. 2012 podíl osob ve vysokém riziku cca 1,2 % populace ve věku 15–64 let a dalších 1,6 % ve středním riziku v souvislosti s užíváním konopí. Mezi mladými dospělými ve věku 15–34 let bylo přibližně 1,8 % osob ve vysokém riziku a 3,8 % ve středním riziku. Oproti r. 2010 mírně poklesl podíl osob v riziku užívání konopných látek (z 3,1 % populace na 2,8 %). Došlo také k poklesu podílu osob v mírném nebo středním riziku, ale zároveň vzrostl podíl

populace ve vysokém riziku v souvislosti s užíváním konopí. Podíl osob ve vysokém riziku vzrostl především mezi muži (z 1,6 % na 2,3 %) a ve věkových skupinách 15–24 let a 35–44 let (Mravčík et al., 2013).

V roce 2013 uvádí Mravčík (2014) spadalo do kategorie mírného/středního rizika celkem 17,5 % respondentů (17,2 % mužů a 18,2 % žen) a 12,0 % (15,6 % mužů a 3,6 % žen) spadalo do kategorie vysokého rizika v souvislosti s užíváním konopných látek. Podíl osob ve vysokém riziku v důsledku užívání konopných látek cca 1,1 % populace ve věku 15–64 let (2,0 % mužů a 0,2 % žen), podíl osob ve středním riziku je pak 1,6 % populace (2,2 % mužů a 1,0 % žen). Odhadem je 80 tisíc uživatelů konopných látek ve vysokém a 120 tis. ve středním riziku v souvislosti s užíváním konopných látek.

Odhadovaný počet problémových uživatelů konopí byl v roce 2014 přibližně 180 tis. osob, z nich 23 tisíc do 18 let. V tomto roce proběhl průzkum mezi lékaři ČR, z iniciativy NMS byly do průzkumu zařazeny otázky na prevalenci problémového užívání návykových látek, na které odpovídali praktičtí lékaři pro dospělé a pro děti a dorost. Tento průzkum uvádí odhad problémových uživatelů konopí v přepočtu na počet obyvatel ČR na necelých 200 tisíc (Mravčík et al., 2015).

Na problémové uživatele konopných drog v kontaktu se službami se zaměřila studie NMS z roku 2015. Většina problémových uživatelů konopí v kontaktu se službami byli mladí lidé do 30 let a většinou muži - více jak 90 % (Drbohlavová & Mravčík, 2016).

Výsledky screeningové škály CAST v roce 2016 ukazují, že v kategorii rizika v souvislosti s užíváním konopných látek se nacházelo celkem 4,4 % populace ve věku 15–64 let (7,6 % mužů a 1,5 % žen), z nich 2,7 % (4,3 %, resp. 1,1 %) spadalo do kategorie nízkého rizika a 1,8 % (3,3 %, resp. 0,3 %) spadalo do kategorie vysokého rizika v souvislosti s užíváním konopí (Mravčík et al., 2017). Dále výroční zpráva za rok 2016 uvádí odhad, po zúžení pouze na respondenty, kteří užili konopné látky v posledních 12 měsících, že do kategorie rizikového užívání spadá 48,3 % osob (55,5 % mužů a 31,0 % žen), z nich 28,9 % (30,9 %, resp. 23,9 %) spadá do kategorie nízkého rizika a 19,4 % (24,1 %, resp. 7,0 %) spadá do kategorie vysokého rizika. Odhad počtu intenzivních uživatelů konopných látek v roce 2016 to byl 48,3 %, tedy necelá polovina uživatelů konopí. K nárůstu podílu intenzivních uživatelů došlo u mužů i u žen a ve všech věkových kategoriích. Nejvyšší podíl intenzivních uživatelů byl mezi uživateli, kteří užili v posledních 30 dnech, ve věkové skupině 25–34 let. Mezi staršími

věkovými skupinami (35–44, 45–54 a 55–64 let) je méně uživatelů konopných látek (prevalence užívání v posledních 12 měsících), ale častěji spadají do kategorie rizikových uživatelů (Mravčík et al., 2017).

V roce 2018 bylo opět provedeno šetření mezi praktickými lékaři pro dospělé a mezi lékaři pro děti a dorostl z celé ČR. Lékaři byli dotazováni na počet problémových uživatelů návykových látek mezi registrovanými osobami. Střední odhad počtu problémových uživatelů v tomto šetření je přibližně 81–93 tisíc problémových uživatelů konopí, z nich 15–18 tisíc bylo odhadnuto praktickými lékaři pro děti a dorost, tj. pravděpodobně do věku kolem 18 let, oproti roku 2016 jde o pokles počtu těchto uživatelů (Mravčík et al., 2019).

Vzhledem k datům, které jsou zde uvedené, můžeme říct, že mezi uživateli konopných drog je asi 10 % těch, jejichž užívání je rizikové. Konkrétně jsou rizikovou skupinou mladí muži do 34 let.

2.4.2 Studie školní populace ČR

Česká republika se v roce 2010 popáté zúčastnila mezinárodní studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), kterou pořádá WHO. Jedná se o studii zaměřenou na zdraví, životní styl a chování ve vztahu k vlastnímu zdraví mezi dětmi, otázky na zkušenosti s užitím nelegálních drog byly zahrnuty pouze do dotazníku pro žáky ve věku 15 let a byly zahrnuty pouze konopné látky. Alespoň jednou v životě vyzkoušelo konopné látky 30,5 % dotázaných (31,3 % chlapců a 29,8 % dívek), v posledním roce konopné látky vyzkoušelo 21,5 % žáků (21,4 % chlapců a 21,6 % dívek). Zkušenosti s konopnými drogami v posledním měsíci mělo 10,9 % respondentů (12,1 % chlapců a 9,7 % dívek). Přibližně polovina respondentů uvádí užití konopných látek 1–2krát. Častější užití konopných látek (3krát a častěji v posledním měsíci) uvedlo celkem 5,0 % dotázaných (Mravčík et al., 2011).

Popáté se ČR v roce 2011 zúčastnila Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) mezi šestnáctiletými studenty. Alespoň jednu zkušenost s užitím konopných drog uvedlo 42,3 % respondentů. Studenti také udávali subjektivně vnímanou dostupnost konopných látek, tu udávalo jako snadnou nebo velmi snadnou 59

% dotázaných. Mezi regiony však můžeme vidět významné rozdíly. Zkušenost s užitím marihuany uvedlo 53,8 % studentů z Prahy a téměř polovina studentů v Karlovarském, Olomouckém a Ústeckém kraji, významně nižší zkušenosti uváděli studenti ze Zlínského kraje, Kraje Vysočiny, Plzeňského a Moravskoslezského kraje - méně než 40 % (Csémy a Chomynová, 2012).

V roce 2014 proběhl Výzkum zdravotně rizikového chování mládeže ve věku 14–15 let koordinované Katedrou sociální geografie a regionálního rozvoje Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Konopné látky alespoň jednou v životě užilo celkem 24,8 % dotázaných (25,0 % chlapců a 24,5 % dívek). V posledních 12 měsících užilo konopí 23,4 %, z nich polovina je užila jednou nebo dvakrát, druhá polovina (11,3 % ze všech dotázaných) užila konopné látky v posledních 12 měsících více než dvakrát. V období od září 2013 do února 2014 byla prováděna dotazníková studie zaměřenou na vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování českých žáků a žákyň 6.–9. třídy základních škol a primy až kvarty víceletých gymnázií, kterou realizovala Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci (Dolejš et al., 2014). Žáci uváděli jednorázový experiment s konopnými látkami v 11 %, přesněji – 12,6 % žáků ZŠ a 8,3 % studentů gymnázií (Spilková et al., 2015). Dále v roce 2014 také proběhlo další kolo studie HBSC, čeští žáci ve věku 15 let měli vysoké procento zkušeností s užitím konopných látek – zkušenost alespoň jednou v životě uvedlo v ČR 23 % chlapců i dívek (evropský průměr je 15 %). Vyšší zkušenosti uváděli chlapci ve Francii, Estonsku, Švýcarsku, Polsku, Belgii a Itálii, zatímco dívky byly na 2. místě za Francií. V případě prevalence užití konopných látek v posledních 30 dnech, neliší se čeští žáci od evropského průměru - 8 % v ČR, evropský průměr 7 % (Mravčík et al., 2015).

V roce 2015 proběhla v ČR další vlna studie ESPAD, alespoň jednu zkušenost s užitím konopných drog v životě uvedlo 36,8 % dotázaných 16letých studentů. Vyrovnali se rozdíly v prevalenci užití mezi chlapci a dívkami. V posledních 12 měsících užilo konopí 27,0 % dotázaných, 13,4 % užilo v posledních 30 dnech (Mravčík et al., 2016). Jako další byl v roce 2015 realizován celonárodní průzkum zaměřený na vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování českých studentů gymnázií ve věku 11-19 let (VRCHA) pod hlavičkou Katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, kdy 45 % respondentů udalo zkušenost s konopnými látkami.

S ohledem na překvapivé výsledky v některých sledovaných oblastech, byla v roce 2016 provedena opakovaná studie s cílem ověřit výsledky zjištěné ve studii ESPAD 2015. Studie v roce 2016 potvrdila výsledky zjištěné ve studii ESPAD 2015. Nejčastěji užitou nelegální látkou bylo opět konopí. Výsledky naznačují, že trendy v oblasti užívání návykových látek mezi 16letými studenty sledované v letech 2011–2015 dále pokračovaly, došlo tak k poklesu celoživotní prevalence užívání konopných látek a také k vyrovnání rozdílů v užívání návykových látek mezi pohlavími. Celoživotní prevalence konopí je v tomto roce 32,0 % (32,7 % chlapců a 31,1 % dívek), užívání v posledních 12 měsících uvádí 23,9 % respondentů (24,1 % chlapců a 23,6 % dívek), užívání v posledních 30 dnech pak uvádí 10,2 % dotázaných (12,0 % chlapců a 8 % dívek)(Mravčík et al., 2016).

V roce 2017 proběhla další vlna studie VRCHA, ukazuje, že mezi žáky a studenty mírně klesá výskyt užívání návykových látek, zkušenost s užitím konopných látek v životě udává 8,5 % respondentů (Dolejš a Orel, 2017).

Studie HBSC proběhla opětovně v roce 2018 i tato studie přichází se zjištěním, že v ČR dochází ke snížení prevalence užívání konopných drog mezi školáky. Zkušenost s užitím konopných látek někdy v životě uvedlo 20,0 % chlapců a 17,0 % dívek ve věku 15 let, v posledních 30 dnech pak užilo konopné látky celkem 8,0 % chlapců a 7,0 % dívek (Mravčík et al., 2019). V téže roce proběhla také validizační studie ESPAD 2018, kterou realizovalo NMS u 17–18letých studentů středních škol všech typů. Zkušenosti s konopnými drogami uvedlo 53,5 % respondentů, v posledních 12 měsících uvedlo užívání konopí 40,8 % studentů, v posledních 30 dnech pak 14,6 % studentů. Opět nebyly významné rozdíly mezi chlapci a dívkami. Celoživotní prevalence zkušeností s konopnými látkami se zvýšila z uváděných 34,5 % mezi 16letými v roce 2016 na 53,5 % mezi 18letými v roce 2018. Zatímco mezi chlapci a dívkami byla situace vyrovnaná již v jejich 16 letech, v 18 letech se vyrovnaly také rozdíly mezi jednotlivými typy středních škol (Mravčík et al., 2019). V roce 2018 proběhla také studie UPOL mezi českými adolescenty, výzkumný soubor studie byl rozdělen na dvě skupiny podle věku žáků na skupinu 11–15 let a 15–19 let. Zkušenost s konopnými látkami uvedlo 8,5 % respondentů ve věku 11-15 let, užívání v posledních 12 měsících pak uvedlo 5,5 % žáků. Ve věkové skupině 15-19 let zkušenost s konopnými látkami udává 42,9 % respondentů, 24,4 % pak uvádí zkušenost s konopím v posledních 12 měsících. Míra zkušeností s konopnými látkami roste s věkem respondentů a ročníkem studia, z pohledu typu školy se ukázala vyšší celoživotní prevalence užívání

konopných látek mezi žáky ZŠ, ale užití v posledních 12 měsících uváděli častěji studenti víceletých gymnázií. Studie potvrdila, že mezníkem v užívání návykových látek je přechod ze základní na střední školu, velkou roli hraje také typ studované školy, to potvrzují dlouhodobě také výsledky studie ESPAD v ČR. Kolem 18. roku věku pak dochází ke stabilizaci míry užívání návykových látek, zejména jeho intenzivnějších forem (Mravčík et al., 2019).

Zatím poslední kolo studie ESPAD proběhlo v roce 2019, zkušenosti s užitím konopné látky uvedlo 28,4 % dotázaných, v posledních 12 měsících užilo konopí 23,1 % a v posledních 30 dnech 11,6 % studentů. Trendy poklesu prevalence užívání konopných drog dále pokračuje, zkušenosti s užitím u chlapců a dívek jsou vyrovnané, zkušenosti s konopnými látkami byly nejnižší mezi studenty gymnázií a naopak nejvyšší mezi studenty odborných učilišť (Mravčík et al., 2020). Také můžeme pozorovat od roku 2007 nárůstu průměrného věku prvního užití návykových látek, u konopí je to kolem 14. roku (Chomynová a kol., 2020). Výsledky screeningové škály CAST používané pro odhad výskytu intenzivního užívání konopí v populaci ukazují, že riziko v souvislosti s užíváním konopných látek je u 6,6 % populace 16letých studentů, shodně chlapců a dívek. Z nich 4,9 % (4,8 % chlapců a 5,1 % dívek) spadalo do kategorie nízkého rizika a 1,7 % (1,8 %/1,6 %) spadalo do kategorie vysokého rizika. Riziko v souvislosti s užíváním konopí je nejnižší mezi studenty gymnázií a naopak nejvyšší mezi studenty odborných učilišť. Pokud bychom výsledky vztáhli na populaci dospívajících ve věku 15–16 let jde odhadem o 11–14 tis. osob v riziku v souvislosti s užíváním konopí, z nich odhadem 2–4 tis. osob ve vysokém riziku. V roce 2011 bylo za použití stejné screeningové škály odhadnuto 8,6 % populace 16letých v riziku v souvislosti s užíváním konopí (11,6 % chlapců a 5,9 % dívek), z nich 3,4 % spadalo do kategorie vysokého rizika v souvislosti s užíváním konopných látek (Mravčík et al., 2020).

2.4.3 Uživatelé konopných drog jako žadatelé o léčbu

V následujícím textu uvidíme poměr a počty uživatelů konopí jako žadatelů o léčbu v letech 2010-2019, jak je uvádí Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR v letech 2010-2019.

Rok 2010:

Registru žádostí o léčbu spravovaný hygienická služba (HS):

- počet všech žadatelů o léčbu 1050 osob, počet prvožadatelů 695 - uživatelé konopných látek tvoří 15,9 % všech prvožadatelů o léčbu,
- nejmladšími žadateli jsou uživatelé konopných drog - průměrný věk žadatelů je 22,4 let, prvožadatelů 21,2 let, vysokou prevalenci konopných drog ve skupině mladistvých a mladých dospělých potvrzují také data z průzkumů v obecné populaci,
- nejvyšší podíl mužů je mezi všemi léčenými u uživatelů konopných látek,
- nejvyšší podíl uživatelů konopných látek mezi žadateli o léčbu vykazuje Vysočina (26,5 %), Plzeňský (24,1 %) a Moravskoslezský kraj (21,1 %).

Ostatní registry uvádějí v roce 2010:

- v ambulantních zdravotnických zařízeních oboru psychiatrie bylo léčeno 1477 osob,
- ambulantní léčbu zajišťovanou nestátními neziskovými organizacemi (NNO) absolvovalo 193 klientů užívajících konopí,
- rezidenční léčbu absolvovalo - detox 145 klientů, psychiatrie lůžková odd. 199 osob - 160 mužů a 39 žen.

Rok 2011

Registru žádostí o léčbu spravovaný hygienická služba (HS):

- počet všech žadatelů 1214 osob, počet prvožadatelů 839 osob - 18,6 % prvožadatelů uvádí jako primární drogu konopí,
- průměrný věk všech žadatelů – uživatelů konopí byl 22,8 let, prvožadatelů 21,9 let - jsou nejmladší skupinou ze všech žadatelů o léčbu,
- muži vykazují nejvyšší podíl mezi všemi léčenými, mezi uživateli konopných látek je to 76 %,

- podíl žadatelů - uživatelů konopných drog byl nejvyšší v Plzeňském kraji (37 %), na Vysočině (26 %), v Moravskoslezském (23 %) a Zlínském (21 %) kraji,

Ostatní registry uvádějí v roce 2011:

- mezi uživateli nealkoholových drog tvoří pacienti-uživatelé konopí 9 % léčených,
- v ambulantních zdravotnických zařízeních oboru psychiatrie bylo léčeno 1 446 osob,
- v ambulantní léčbě poskytují NNO bylo 136 klientů – uživatelé konopí tak tvořili 8,9 % všech léčených,
- rezidenční léčba - detox podstoupilo 196 osob, na psychiatrickém lůžkovém odd. bylo hospitalizováno 185 osob, 162 mužů a 23 žen.

Rok 2012

Registru žádostí o léčbu spravovaný hygienická služba (HS):

- léčbu z důvodů užívání konopí tvořilo 12,4 % všech léceb, přesně 1111 osob, 747 osob tvoří prvožadatelé, osob - 17,3 % prvožadatelů uvádí jako primární drogu konopí,
- dlouhodobě nejmladší skupinou jsou uživatelé konopných drog, jejich průměrný věk je 22,9, věk prvožadatelů pak 21,7 let,
- muži vykazují nejvyšší podíl mezi všemi léčenými uživateli, mezi žadateli-uživateli konopí tvoří 72,6 %,
- nejvyšší podíl uživatelů konopných drog v léčbě byl hlášen v Plzeňském kraji (29,5 %), na Vysočině (25,7 %), v Pardubickém (25,3 %) a Moravskoslezském (20,5 %) kraji.

Ostatní registry uvádějí v roce 2012:

- v ambulantních zdravotnických zařízeních oboru psychiatrie bylo léčeno 1426 pacientů užívajících konopí,
- v ambulantní léčbu poskytujících NNO bylo 125 klientů užívajících konopí, tvořili tak 9 % všech léčených,
- rezidenční zařízení - detox 213 osob, odd. lůžkové psychiatrie 215 osob.

Rok 2013

Registru žádostí o léčbu spravovaný hygienická služba (HS):

- léčbu z důvodů užívání konopí tvořilo 11 % všech léceb, přesně 1077 osob, 763 osob jsou prvožadatelé,
- uživatelé konopných látek jsou v průměru nejmladší - 23 let,
- muži vykazují nejvyšší podíl mezi léčenými uživateli konopí,
- nejvyšší podíl uživatelů konopných drog v léčbě byl hlášen v Moravskoslezském, Plzeňském, Zlínském kraji a kraji Vysočina.

Ostatní registry uvádějí v roce 2013:

- v ambulantních zdravotnických zařízeních oboru psychiatrie bylo léčeno 1366 pacientů užívajících konopí, podíl pacientů léčených pro užívání konopných látek dosáhl 10 %,
- rezidenční zařízení - detox 277 osob, hospitalizace na lůžkovém odd. psychiatrie 261 osob,
- v léčbě ve všech zařízeních byl výraznější poměr mužů,
- v terapeutických komunitách tvořili uživatelé konopí 3,6 %.

Rok 2014

Registru žádostí o léčbu spravovaný hygienická služba (HS):

- léčbu z důvodů užívání konopí tvořilo 11,8 % všech léceb, přesně 1195 osob, 776 osob jsou prvožadatelé,
- nejvyšší podíl uživatelů konopných drog v léčbě byl hlášen v Praze, Vysočině a Moravskoslezském kraji,
- uživatelé drog stárnou a tento trend se týká uživatelů všech drog, přesto jsou uživatelé konopných látek v průměru nejmladší - 24 let.

Ostatní registry uvádějí v roce 2014:

- počet léčených pro užívání konopných látek v ambulantních zdravotnických zařízeních v roce 2014 není znám
- rezidenční zařízení - detox 233 osob, hospitalizace na lůžkovém odd. psychiatrie 230 osob

- v TK byl podíl léčených uživatelů konopných látek 4 %.

Rok 2015

V rocš 2015 ÚZIS spustil Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD), který spojil dva do té doby samostatné informační systémy – Registr žádostí o léčbu hygienické služby a Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL). Kvůli změnám v systému hlášení a také kvůli technickým komplikacím, chybí v registru data z významné části léčebné sítě za rok 2015 i 2016 (Mravčík et al., 2016).

Registr NRLUD:

- Celkem bylo evidováno 562 žadatelů z důvodu problémů s konopnými látkami, z celkového počtu je to 7 %, prvožadatelů bylo 235,
- denní užívání konopných látek uvádí 33,5 % klientů,
- nejvíce žádostí o léčbu s důvodu užívání konopí má Ústecký kraj a Praha,
- čtvrtina uživatelů konopných látek podstoupila léčbu včetně podpůrné farmakoterapie, necelá pětina detoxifikaci a stejný podíl klientů poradenství,
- do léčby se hlásilo 71,9 % mužů a 28,1 % žen, u prvožadatelů 69,4 % mužů a 30,6 % žen,
- průměrný věk 25,4 let, nejvíce žadatelů bylo ve věkové skupině 15-34 let, 29,9 % žadatelů pak ve skupině 15-19 let,
- více než třetina uživatelů konopných látek přišla do léčby sama, poté na doporučení rodina a blízkých a také zdravotních služeb.

Ostatní registry uvádějí v roce 2015:

- psychiatrické ambulance udávají 1569 pacientů léčených pro užívání konopných látek, je to tedy dosáhl 12 % z celkového počtu,
- rezidenční zařízení uvádějí - detox 291 osob, lůžková odd. psychiatrie 244, což jsou 4 % všech pacientů,
- v terapeutických komunitách se léčilo 5 % klientů kvůli problémům s konopím,

Rok 2016

NRLUD:

- žádostí o léčbu ve vztahu s konopím bylo 723, tvořili 10 % všech žádostí, prvožadatelů bylo 360,
- denních uživatelů konopní bylo 39 % tedy 259 osob, 99,3 % uživatelů konopí kouřili,
- nejčastější další drogou byly konopné látky, více než 29 % uživatelů pervitinu uvedla užívání konopných látek, klienti, kteří se léčili primárně pro užívání konopných látek, uváděli v téměř 59 % případů jako další drogu pervitin,
- nejvíce léceb ve vztahu ke konopí mě Ústecký kraj
- Více než 29 % uživatelů konopných látek podstoupilo léčbu včetně podpůrné farmakoterapie, necelá čtvrtina poradenství a 17 % klientů detoxifikaci,
- žadatelé o léčbu byli v 72,5 % muži a v 27,5 % ženy, u prvožadatelů pak bylo 75,6 % mužů a 24,4 % žen,
- průměrný věk uživatelů konopných drog byl 25,9 let, nejvíce ve skupině 15-34 let, přesněji 24,5 % ve věku 15-19, 26 % ve věku 25-29 let.

Ostatní registry v roce 2016:

- v ambulantní psychiatrické léčbě bylo 1627 osob kvůli užívání konopí
- rezidenčních zařízeních bylo - detox 370 osob, uživatelé a konopných látek tvořili 5 % hospitalizovaných - celkem tedy 279 osob,
- většina žadatelů přichází sama – 258 osob, dále na doporučení rodiny a blízkých – 132 osob,
- v TK bylo kvůli léčbě problémů s konopím 3 % klientů.

Rok 2017

NRLUD:

- 1141 osob se léčilo s problémy s užíváním konopných látek, tvořili 13 % všech léčených, prvožadatelů se léčilo 587 osob,
- 70,6 % léčených tvořili muži, 29,4 % ženy, z 587 prvožadatelů 69,8 % byli muži, 30,2 % ženy
- průměrný věk byl 26,3 let, většina léčených byla v letech 15-34 let, přesněji 24,7 % ve skupině 15-19 let, 21,6 % ve skupině 20-24 let, 20 % ve skupině 25 - 29 let a 17,4 % ve skupině 30-34 let,

- denní užívání konopné látky uvedlo 46 % osob, kouření pak 98,6 % uživatelů konopí,
- klienti, kteří se léčili primárně pro užívání konopných látek, uváděli v 61 % případů jako další drogu pervitin,
- nejvíce žádostí o léčbu vzhledem ke konopí uvedli Praha, Ústecký, Jihomoravský a Moravskoslezský kraj,
- 389 vyhledalo léčbu samo, poté na doporučení rodiny a blízkých nebo zdravotní a sociální služby,
- více než čtvrtina uživatelů konopných látek podstoupila detoxifikaci, léčbu včetně podpůrné farmakoterapie 22 % klientů a poradenství využilo 21 % klientů,
- v roce 2017 významně vzrostl počet žadatelů i prvožadatelů kvůli léčbě problémů s užíváním konopí.

Ostatní registry v roce 2017:

- pacientů v ambulantní psychiatrické péči bylo 1480,
- rezidenční zařízení - detox 263, tedy 5 % pacientů na detoxifikačních jednotkách,
- dlouhodobě je patrný nárůst případů spojených s konopnými látkami v lůžkové psychiatrické péči – 307 osob,
- konopí bylo primární droga u 24 klientů programů následné péče.

Rok 2018

NRLUD: Potřebná data nejsou ve výroční zprávě uvedena.

Ostatní registry v roce 2018:

- pacienti užívající konopí tvoří v ambulantní psychiatrické péči 1433 osob,
- rezidenční služby udávají - detox 312 osob, odd. lůžkové psychiatrie 295 osob, tedy 5 % hospitalizací jsou uživatelé konopí, přesto pokračuje trend nárůstu hospitalizací s konopnými látkami,
- TK uvádí, že počet klientů s problémem s konopím tvoří 7 % z celkového počtu,
- primární droga u klientů programů následné péče je konopí ze 4 %, tedy 29 osob,

- nízkoprahové programy uvádějí 2,1 tis. uživatelů konopných látek, ti tvoří 6 % jejich klientů,
- adiktologické ambulance pro děti a dorost udávají nejčastějším důvodem kontaktování služby pro užívání konopí - 37 % klientů, nejčastěji ve věku 15–17 let - 51,3 % osob,

V roce 2018 narůstá aktivita adiktologických harm reduction programů v prostředí zábavy, zvyšuje se počet navštívených akcí i kontaktů, tyto služby nabízejí pro uživatele konopí informační servis, uhlíkové filtry, filtry Rolls atd.

Rok 2019

NRLUD:

- 922 žadatelů o léčbu kvůli problémům s konopím, 521 prvožadatelů,
- průměrný věk žadatelů o léčbu je 29,7, nejvíce ve skupině 15-34 let, konkrétně tvořilo 15-19 let 24,2 %, 25-29 let 22,0 % , 20-24 17,9 % a 30-34 let 13,2 %
- podíl mužů byl 76,5 %, žen 23,5 %, mezi prvožadateli pak bylo 76,2 % mužů a 23,8 % žen,
- denní užívání konopné látky uvádí 369 osob, tedy 45%, kouření konopí jako formu užívání 92,3 % osob,
- nejčastější intervence, které uživatelé konopí podstoupili, byla léčba a léčba s podpůrnou farmakologií, poté poradenství a detoxifikace
- 48,9 % uživatelů konopí neužívá jiné NL, 37,1 % uvádí jako další látku pervitin,
- nejvíce žádostí o léčbu vzhledem ke konopí uvedli Ústecký kraj, kraj Vysočina, Praha a Středočeský kraj,
- nejčastěji klient přichází sám, poté na doporučení rodiny nebo zdravotní služby.

Ostatní registry v roce 2019:

- v ambulantní psychiatrické péči bylo 1468 osob užívajících konopí,
- v rezidenční péči bylo - detox 300 osob, v lůžkové psychiatrické péči 343 osob,
- TK uvádějí 8 % uživatelů konopných látek - více než uživatelů opioidů
- následná péče uvádí 4 % uživatelů konopí, tedy 40 osob.

COVID-19

Po skončení nouzového stavu spustilo NMS ve spolupráci on-line část pravidelné celopopulační studie *Národní výzkum užívání návykových látek*. Do dotazníku byl zařazen modul otázek na změny ve spotřebě a frekvenci užívání návykových látek v období nouzového stavu. Ukázalo se, že intenzivní uživatelé, tj. ti, kteří užívali návykové látky denně nebo téměř denně nebo vykazali závislostní chování v posledních 12 měsících, svou míru užívání během nouzového stavu spíše zvýšili, zatímco méně intenzivní uživatelé ji spíše snížili. Došlo k celkovému mírnému snížení spotřeby konopných, avšak zjištěné údaje je potřeba vnímat jako odhady vzniklé extrapolací a aproximací kategorických dat z dotazníkové studie, některé skupiny a mezi nimi i uživatelé konopí byly velmi malé. (Mravčík a Chomynová, 2020).

Šeblová (2020) se ve své práci zkoumala změny v užívání marihuany. On-line dotazník vyplnilo 640 osob (102 žen), většina dotázaných byla ve věku 18–29 let. Bylo zjištěno, že za nouzového stavu se mírně zvýšila četnost užívání v kategoriích denně nebo téměř denně. Většina respondentů nepocítila změny na trhu s konopím (74 %) a nenakoupila marihuanu do zásoby (70 %).

2.4.4 Užívání konopí pro léčebné účely a užívání CBD konopí

NMS v roce 2019 také provedlo výzkumy samostatně sledující užívání konopí pro účely samoléčby. Poprvé byla otázka na užívání za účelem samoléčby zahrnuta do *Výzkumu občanů* v roce 2018, v r. 2019 pak i do studie *Prevalence užívání drog v populaci*. Do dotazníku obou studií bylo zařazeno také užívání konopí a konopných produktů s vysokým obsahem CBD tzv. CBD konopí a CBD produkty. Užití konopí pro samoléčbu někdy v životě uvedlo v roce 2019 celkem 17,9 %/14,6 % (*Prevalence užívání drog v populaci/ Výzkumu občanů*) dospělé populace. Po vyloučení osob, které užily konopí také pro jeho psychoaktivní účinky, uvedlo užití konopí pouze důvodů samoléčby 10,6 %/5 % respondentů, nejvyšší prevalenci uváděli respondenti v nejstarších věkových skupinách 55–64 a 65+ let. Užívání konopných látek pro účely samoléčby v posledních 12 měsících uvedlo 9,2 %/7,5 % respondentů. Výhradně pro účely samoléčby v posledních 12 měsících 4,7 %/2,7 % respondentů. Zatímco míra užívání pro psychoaktivní účinky konopí významně klesá s věkem respondentů, užívání konopí čistě z důvodu samoléčby naopak s věkem respondentů roste (NMS, 2020).

Zkušenosti s užitím CBD konopí a produktů někdy v životě uvedlo celkem 4,3 %/7,1 % V přepočtu na celou populaci ve věku 15 a více let lze odhadnout, že CBD konopí nebo CBD produkty někdy v životě užilo cca 380–640 tis. osob, v posledních 12 měsících cca 150–220 tis. osob. Zkušenosti uváděli častěji muži a respondenti v mladších věkových skupinách. V posledních 12 měsících užilo CBD konopí nebo CBD produkty celkem 1,7/2,5 % respondentů. Užití CBD konopí a produktů v posledních 30 dnech uvedlo pouze 0,3 %/0,9 % respondentů. V přepočtu na celou populaci ve věku 15 a více let lze odhadnout, že CBD konopí nebo CBD produkty někdy v životě užilo cca 380–640 tis. osob, v posledních 12 měsících cca 150–220 tis. osob (NMS, 2020).

NMS (2020) dále uvádí odhad počtu osob, které užívají konopí za účelem samoléčby v roce 2018, kdy byl proveden pravidelný průzkum mezi lékaři ČR, v tomto průzkumu byl odhadnut na 97–118 tisíc osob.

Užívání konopných látek pro účely samoléčby bylo sledováno už v roce v 2012 a 2016 v rámci *Národního výzkumu užívání návykových látek*. V roce 2012 užilo konopí z léčebných důvodů alespoň jednou v životě 16,5 %, v roce 2016 15,2 % osob starších 15 let, v posledních 12 měsících pak 10,7 % Užívání konopí čistě z důvodu samoléčby v posledních 12 měsících uvedlo 7,4 % respondentů starších 15 let. V přepočtu na celou populaci ve věku 15 a více let šlo v roce 2016 přibližně o 880 tis. osob, které uváděly užití konopí pro samoléčbu v posledním roce, z toho cca 660 tis. užilo konopí výhradně z důvodu samoléčby (NMS, 2020).

Na základě výsledků z let 2018–2019 jak je uvádí NMS (2020), samoléčbu konopím v posledních 12 měsících uvedlo 7,5/9,2 % populace, odhadem tedy cca 670–825 tis. osob. Konopí výhradně jako samoléčbu pak užilo v posledním roce odhadem 240–420 tis. osob - 2,7/4,7 % populace.

3 Uživatelé konopných drog

Je těžké definovat typického uživatele konopných drog, jde o velmi nehomogenní skupinu, která reprezentuje značně široké spektrum společnosti (Miovská in Miovský et al., 2008). Na jedné straně se jedná o uživatele, kteří užívají rizikovým způsobem, na druhé straně jsou tzv. kontrolující se uživatelé (Morávek et al., 2008).

Na konci 60. a v 70. letech proběhly studie, které se zabývaly osobností uživatelů konopných drog, ty ukazují, že rozdíly jsou nejenom mezi uživateli

a neuživateli konopí, ale také mezi uživateli, kteří užívají pravidelně a často, a těmi kteří užívají zřídka nebo jsou pouze experimentátoři (Miovská in Miovský et al., 2008).

3.1 Typologie uživatelů

K rozdělení uživatelů konopných drog můžeme použít obecnou typologii užívání nelegálních drog, která vychází z charakteristik uživatelů vůči obecné populaci, se kterou přišel Simon (1997):

- z obecné populace má určitá část lidí zkušenost s nelegální drogou – užíli ji alespoň jednou v životě,
- aktuální uživatelé – užívají aktuálně opakovaně s různou frekvencí,
- problémoví uživatelé - intravenózní uživatelé, uživatelé opiátů a/nebo stimulantů, ale také uživatelé, kteří kvůli svému užívání vyhledali odbornou pomoc,
- závislí uživatelé - tvoří je ta část problémových uživatelů, která splňuje diagnostická kritéria závislosti,
- těžcí dlouhodobí uživatelé - pro které je charakteristická i. v. aplikace drog a kvůli své závislosti mají značné problémy v oblasti sociálního života, psychického a fyzického zdraví, užívají vysoce rizikově.

Vedle těchto uživatelů existuje ještě tzv. skrytá populace uživatelů – ti, kteří nikdy kvůli svému užívání nikdy nevyhledali žádnou odbornou pomoc, Miovský a Urbánek (2001) tyto uživatele rozdělují podle charakteru jejich užívání na:

- experimentátory - užíli návykovou látku více než jednou, ale užívají v dlouhých časových intervalech, bez tendence k pravidelnému užívání a užívají různé typy návykových látek,
- rekreační uživatelé - drogy užívají s cílem pobavit se, uvolnit, dostat se do dobré nálady, je pro ně typické užívání v rámci určitého setu a settingu,
- závislé uživatelé – takoví, kteří mají stabilizované sociální zázemí a vzorce užívání, jsou součástí tzv. skryté populace uživatelů, naplňují kritéria závislosti, ale nedostávají se do konfliktu se zákonem, nemívají

zdravotní a sociální problémy, a tak kvůli svému užívání nevyhledávají odbornou pomoc.

Typologii uživatelů konopných drog vytvořili také Kandel a Chen (2000), rozdělili uživatele konopí na čtyři typy na základě začátku a frekvence užívání - těžcí uživatelé s časným začátkem užívání, lehcí uživatelé s časným začátkem užívání, těžcí uživatelé s pozdějším začátkem užívání a lehcí uživatelé s pozdním začátkem užívání.

Miovská (In Miovský et al., 2008) navrhuje členění uživatelů konopí podle dvou kritérií:

- podle frekvence užívání: lehký (1-2x týdně), střednětěžký (2-4x týdně), těžký uživatel (minimálně 5x týdně),
- podle celkové délky užívání: krátkodobý (0-4 měsíce), střednědobý (4 měsíce- 2 roky), dlouhodobý uživatel (déle než 2 roky).

Jak dále uvádí, díky kombinaci těchto kritérií je možné uživatele dělit do devíti kategorií: lehký krátkodobý uživatel, lehký střednědobý uživatel, lehký dlouhodobý uživatel, střednětěžký krátkodobý uživatel, střednětěžký střednědobý uživatel, střednětěžký dlouhodobý uživatel, těžký krátkodobý uživatel, těžký střednědobý uživatel, těžký dlouhodobý uživatel.

V odborné literatuře a především pak v epidemiologických studiích se můžeme setkat také s pojmem pravidelní uživatelé konopí, podle EMCDA jsou to takoví uživatelé konopí, kteří užívají minimálně 4x týdně nebo vícekrát po dobu nejméně jednoho měsíce. V roce 2013 EMCDDA také revidovala a rozšířila definici problémového užívání a problémových uživatelů drog. Pojem problémoví uživatelé drog nahradila pojmem vysoce rizikovní uživatelé drog a zároveň rozšířila definici o další drogy užívané s vysokou frekvencí tedy i o konopí. Mezi vysoce rizikové uživatele konopí tak patří uživatelé konopí, kteří užívají denně nebo téměř denně, nebo je jejich užívání takové, jehož důsledkem jsou zdravotní či sociální problémy (Thanki, & Vicente, 2013).

Závěry studií uživatelů návykových látek ukazují, že vedle populace závislých uživatelů existuje také populace pravidelných uživatelů drog, u kterých se závislost nerozvine a/nebo se u nich nerozvíjí problémy spojené s užíváním, uživatelé, kteří předcházejí negativním důsledkům užívání tzv. kontrolující se uživatelé. (Morávek,

2007). Více informací o kontrolujících se uživatelích najdeme v kapitole 4.2 Typologie kontrolujících se uživatelů.

Jak můžeme vidět, v odborné literatuře neexistuje jednotná typologie uživatelů konopí, a tak není možný ani odhad počtu jednotlivých typů uživatelů.

3.2 Vybrané osobnostní charakteristiky

Vzhledem k tomu, že většina uživatelů konopných drog je zároveň uživateli alkoholu, tabáku či jiných drog, je obtížné popsat jedinečné vlastnosti osobnosti, které by uživatele konopných drog charakterizovaly (Miovská in Miovský et al., 2008).

Na základě výzkumů Martina et al. (2002) a Silinse et al. (2013) se dá říct, že u uživatelů konopných drog můžeme pozorovat společný prvek - zvýšenou potřebu vyhledávat nové, intenzivní a vzrušující zážitky (sensation seeking) a zvýšenou potřebu vyhledávání zábavy (fun-seeking). Blagov (2003), který navázal na Franziniho a McDonald (1973) popsal uživatele konopných drog jako osobnosti toužící po novém zážitku a po dobrodružství, s vysokou mírou otevřenosti novým věcem, schopností empatie, neuznávající autoritářství, kdy ve srovnání s běžnou populací se více zajímají o duchovní rozměr svého života, jógu a meditaci.

Výzkum Charváta (2009) v českém prostředí ukázal u dlouhodobých a pravidelných uživatelů konopí snížení svědomitosti, zvýšení extravertze a zvýšenou otevřenost. Wells a Stacey (1976) srovnávali skupinu lidí užívajících konopné drogy s neuživateli. Čím bylo užívání intenzivnější, tím vyšší úroveň úzkosti, neuroticismu a psychoticismu byla nalezena. Konzumace kanabinoidů souvisela s častějšími potížemi v interpersonálních vztazích, problémy v zaměstnání a větší spotřebou alkoholu. Autoři na základě těchto výsledků vyjádřili názor, že neuživatelé, příležitostní uživatelé a pravidelní uživatelé se od sebe liší v osobnostních charakteristikách.

Jak uvádí Miovská (in Miovská et al., 2008), z přehledu výzkumů vyplývá, že u těžkých dlouhodobých uživatelů konopných drog můžeme najít takové osobnostní charakteristiky, které je možné považovat za rizikové vzhledem ke vztahu k jejich užívání. Především uživatelé s časným začátkem užívání jsou z hlediska psychologie osobnosti populací se zvýšeným rizikem vzniku komplikací a syndromu závislosti. U experimentátorů a lehkých uživatelů konopí a u uživatelů s pozdním začátkem

užívání nejsou výsledky výzkumů vzhledem rizikovým osobnostním charakteristikám jednoznačné. Poznatky z výzkumů osobnosti uživatelů konopí mohou mít využití v diagnostice a léčbě uživatelů konopných drog, ale také v primární prevenci.

3.3 Motivace uživatelů konopných drog k užívání

Užívání drog souvisí s hlubší lidskou motivací a potřebami, patří mezi ně také potřeba vyhnout se bolesti nebo dosáhnout uklidnění, potřeba energie a radosti, anebo potřeba transcendence (Kudrle, 2008). Drogy jsou umělým zdrojem odměny, na rozdíl od těch přirozených přináší rychlou, jednoduchou a intenzivní odměnu. (Dvořáček in Miovský et al., 2008).

Newcombe a Woods (1999) přišli s následujícími 4 faktory, podle kterých se dá posoudit motivace k užívání drog:

- posílení pozitivních pocitů,
- zvládání negativních pocitů,
- sociální soudržnost,
- závislost.

Motivy pro užívání uživatelů konopí zkoumali Simons, Correia a Carey (2000), pomocí dotazníků zjišťovali od samotných uživatelů, jaká je jejich motivace pro užívání konopí. Výsledky ukázaly, že hlavním motivem bylo rozšíření vědomí. Ženy uváděly, že užívají především kvůli zintenzivnění pozitivních pocitů. Jednotlivé motivy pro užívání jsou podle pořadí, jak často je uváděly sami uživatelé, následující:

- posílení pozitivních pocitů,
- sociální motivy,
- rozšíření vědomí,
- zvládání negativních emočních stavů,
- konformita.

Vacek (2004) ve svém výzkumu uvádí, že s prodlužující se délkou uživatelské kariéry se motivace k užívání může proměňovat od rekreační („užívám, aby mi bylo lépe“) přes poznávací („užívám, abych lépe poznal sebe a svět - smyslově nebo

rozumově“) a kreativní („užívám, abych byl tvořivější“) až ke zvládnutí („užívám, abych zvládl pracovat nebo aby mi nebylo špatně“).

3.4 Uživatelé konopných drog v kontaktu se službami

V roce 2015 realizovalo NMS online dotazníkové šetření (Drbohlavová & Mravčík, 2016), kterého se zúčastnilo 68 programů, 57 z nich uvedlo, že jejich klienty jsou i uživatelé konopných drog. Nejvíce zařízení se identifikovalo jako program pro adiktologické klienty. Další velkou skupinou byly sociální služby a zařízení psychiatrické zdravotní péče, byla oslovena také nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (NZDM), která se s mladými uživateli konopí často setkávají.

Výsledky tohoto šetření ukázaly, že většina problémových uživatelů konopí jsou mladí muži do 29 let, kromě konopí většinou užívají pravidelně i tabák a alkohol, jiné návykové látky spíše příležitostně. U těchto klientů se častěji objevují psychické problémy ve vztahu k užívání než somatické. Přibližně polovina klientů má problémy v rodinných vztazích, v práci nebo škole. Nejčastěji se do služeb dostávají na vlastní žádost, často také přicházejí s příbuznými.

Uživatelé do 25 let se do služeb dostávají často nedobrovolně – na nátlak rodičů, školy nebo Orgánu sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD). Velká část klientů se do kontaktu se službami dostane v souvislosti s problémy se zákonem nebo s pravidly instituce, například když jsou ve škole přistiženi pod vlivem nebo při držení drogy. Často jsou klienti přivedeni rodiči osobně. Rodiče si se situací obvykle neví rady a u odborníků vyhledávají pomoc.

I mezi mladší uživatele vyhledávají služby dobrovolně nebo využijí nabídky terénních pracovníků. Jsou to mladí lidé, kteří nemají přímo problém s užíváním konopných drog, ale řeší jiné problémy v životě a užívání konopí je s nimi spojené. Tito uživatelé často užívají, aby byli součástí nějaké sociální skupiny, jejichž členi konopí užívají ostatní.

Věková kategorie nad 25 let se podle pracovníků pomáhajících zařízení potýká s odlišnými problémy, do služeb je přivádí jiné důvody. S postupujícím věkem mnoho mladých přestává konopné drogy užívat ve vysoké míře a ti, kteří pokračují, se již potýkají s vážnějšími problémy. Mohou to být problémy vztahové, například užívání

konopí vadí partnerovi/partnerce, což může být motivací k abstinenci. Služby často vyhledávají také čerství otcové, jimž už partnerky odmítají užívání konopí tolerovat kvůli dítěti. Pracovníci zmínili, že do poraden a jiných zařízení často chodí páry společně.

U starších klientů je důvodem využití služeb potřeba udržet si práci nebo řidičský průkaz, pro ty pravidelné užívání konopí představuje problém. Někteří dlouhodobí uživatelé konopných drog dlouho potřebu vyhledat služby necítily, po 10-20 letech na sobě pozorují zhoršující se psychické problémy, což bývá dalším důvodem, proč vyhledají adiktologické služby. Mezi staršími uživateli jsou také takový, kteří za sebou mají dlouhou drogovou kariéru, užívání konopí se vzdát nechtějí, kontaktují služby spíše za účelem regulace užívání.

Poměry mezi muži a ženami se mohou lišit napříč službami podle toho, jaké typy pomoci nabízejí. Právní poradenství je často využíváno muži - řidiči, kteří čelí odebrání řidičského oprávnění poté, co jim bylo zjištěno řízení pod vlivem.

V souvislosti s opatrovnickým řízením se do služeb dostávají častěji ženy. Při rozvodu a následném rozhodování o tom, do péče kterého z rodičů bude potomek svěřen, se mohou objevit „udání“ na jednoho či oba z rodičů, že užívají konopí. V těchto případech jsou rodiče na přítomnost drogy v těle testováni. Na tato testování klienty odesílá Probační a mediační služba, častěji jde o muže.

Do služeb se dostávají uživatelé napříč sociálními vrstvami, je však potřeba zohlednit typ služby. NZDM uváděla vyšší výskyt klientely ze sociálně slabších vrstev. Děti z finančně lépe situovaných rodin necítí potřebu využívat služeb nízkoprahového zařízení. Takoví uživatelé se do služeb dostanou spíše skrze poradny, ambulance nebo terénní pracovníky, kteří je sami kontaktují.

Právní poradnu také kontaktuje široké spektrum klientů, poradenství funguje anonymně. Pro některé z uživatelů je pěstování a distribuce jedním ze zdrojů příjmů, na kterém může být závislá i jejich rodina. Ta potom takové praktiky schvaluje a podporuje. Tito uživatelé mají větší problémy s odvykáním užívání. Ti to klienti často chtějí jen přestat užívat, ale nechtějí se vzdát možnosti distribuce.

Strategie získávání mohou být ale různé. Někteří uživatelé si musí drogu kupovat, jiní ji získají zadarmo – prostřednictvím partnerů, přátel. Ten, kdo drogou disponuje a poskytuje ji ostatním, mívá ve svém okolí prestižní status. U mladších

uživatelů se na pořízení potřebné dávky skládají ve skupině. Zvyšuje-li jedinec časem svou konzumaci, zvyšují se přímo úměrně i jeho náklady.

Vzorci užívání konopí lze rozdělit na průběžné a víkendové užívání. Průběžné užívání pravděpodobně negativně ovlivňuje školní výsledky, když klienti užívají ráno před začátkem výuky. Víkendoví uživatelé naopak užívají spíše jen ve volném čase, ale konopí kombinují s alkoholem a často i pervitinem.

Klienti užívající konopí nemívají dluhy ani kriminální kariéru, naopak mívají materiální a sociální zázemí. V kontaktu jsou otevřenější, droga nenarušuje jejich komunikační schopnosti. Společnými rysy s osobami závislými na jiných látkách je to, že droga je pro uživatele únikem od starostí, problému nebo diskomfortu. Po požití se cítí lépe, pomáhá jim začlenit se do některé ze sociálních skupin. Jako i uživatelé jiných látek, ke konzumaci nacházejí pro sebe ospravedlnitelné a logické důvody, jdou cestou nejmenšího odporu, problémy řeší zjednodušeně a zkratkovitě. Pro své užívání si dokážou najít důvod, typické je pro ně obhajování užívání a racionalizace svého chování.

3.5 Služby pro uživatele konopí v ČR

Specializovaných služeb pouze pro uživatele konopí je v ČR pouze minimální počet. Nabídka služeb nebo metod práce s těmito klienty je poskytována v rámci adiktologických služeb pro uživatele drog obecně. Služby pro uživatele konopí jsou poskytovány v čase a prostoru odděleném od ostatních klientů zařízení, případně v přizpůsobení se nižšímu věku klientů v poradenské a terapeutické práci, jinak probíhá běžné poradenství a další postupy podobně jako u problémových uživatelů jiných drog (Drbohlavová & Mravčík, 2017).

Síť adiktologických služeb tvoří zařízení a programy různých typů, které jsou zakotvené v různých oborech a resortech. Mezioborovost je silnou stránkou adiktologických služeb, naopak jejich meziresortnost je často překážkou jejich fungování v praxi, poskytování různých typů služeb - zdravotní, sociální, výchovně-pedagogické v jednom programu naráží na vzájemnou obtížnou slučitelnost a nízkou vzájemnou propustnost (Mravčík et al., 2020).

Většina krajů ČR popisuje stávající síť služeb jako minimální a nedostačující. Často je zmiňované nedostatečné finanční zajištění primární prevence. Geografické i časové nedostatky v dostupnosti hlásí kraje zejména u ambulantní léčby. Nedostatky jsou hlášeny i v poskytování péče pro klienty s duálními diagnózami. Některé kraje opakovaně poukazují na nedostatek ambulantních psychoterapeutů, psychiatrů a dalších lékařů ochotných pracovat s uživateli návykových látek a na absenci adiktologických programů specializovaných na děti a mládež (Mravčík et al., 2020).

Podle údajů ze závěrečné zprávy NMS v roce 2019 bylo celkem 278 specializovaných kontaktních, ambulantních a pobytových adiktologických center. Konkrétně 22 detoxifikací, 51 terénních služeb, 56 kontaktních center, 99 ambulantní služeb, 2 denní stacionáře, 28 krátkodobých a střednědobých rezidenčních léceb, 15 terapeutických komunit a 35 doléčovacích programů. Nejčastěji šlo o poskytovatele sociálních služeb (68 %), poskytovatele zdravotnických služeb (35 %), školská a církevní zařízení (obojí 1 %). Programy poskytovaly služby obvykle více cílovým skupinám, nejčastěji uživatelům nelegálních drog (88 %) a osobám užívajícím více látek současně (77 %). Uživatelů konopných látek v roce 2019 v kontaktu s těmito zařízeními bylo 2000 osob (Mravčík et al., 2020).

KC ani TP obvykle nejsou svými službami specificky zaměřené na mladé uživatele, což je velké procento právě uživatelů konopí. Pokud jim to pracovní vytížení a personální obsazení dovoluje, pracují i s klienty v této věkové kategorii. Přestože obecně průměrný věk klientů nízkoprahových služeb stoupá, v některých lokalitách zaznamenali pracovníci KC a TP značný nárůst mladých uživatelů. Snaží se aktivně oslovovat potenciální klienty od věku 15 let, a to nejen na ulici, ale také virtuálně prostřednictvím sociálních sítí (Mravčík et al., 2016). V posledních letech využívají nízkoprahové programy v rámci kontaktní práce více sociální sítě, zejména Facebook, Instagramu, ale i diskusní fóra na svých webových stránkách. Pro tuto práci se v praxi vžilo označení virtuální terén (Matula, 2017).

Uživatelé konopí mohou také využívat specifické programy zaměřené na snižování rizik užívání návykových látek v prostředí nočního života. NMS uvádí, že v roce 2019 poskytovalo služby na tanečních akcích celkem 10 programů. Programy působily na 157 akcích a vykázaly 38 450 kontaktů, při kterých proběhly poradenské a informační intervence, distribuce harm reduction materiálu nebo dechové zkoušky na alkohol. Služby dlouhodobě spolupracují s 54 majiteli klubů či organizátory a promotéry akcí z toho polovinu (28) uvedl specializovaný program Hard & Smart

Společnosti Podané ruce. Z nelegálních substancí klienti programu Hard & Smart uvedli užívání konopných látek v 1110 případech.

Na Mostecku (Ústecký kraj) realizuje organizace Most k naději THC terén, zaměřený na poskytování intervencí a kontaktování uživatelů konopných látek v prostředí nočních barů a klubů. Nabídka harm reduction materiálu se osvědčila jako nástroj pro navazování prvních kontaktů. Také na Děčínsku (Ústecký kraj) se terénní pracovníci zaměřují na práci s uživateli konopných látek (Mravčík et al., 2019).

Ambulantní zdravotnická péče o uživatele drog je poskytována především v psychiatrických ambulancích, a specializovaných AT ambulancích. V posledních letech narůstá počet nelékařských adiktologických ambulančí. Dále v ČR funguje řada ambulantních programů na bázi sociálních služeb. Ambulantní léčbu a poradenství poskytují také programy indikované prevence a jiné programy působící v rezortu školství jako např. střediska výchovné péče, pedagogicko-psychologické poradny. Specializované adiktologické programy poskytují typicky multidisciplinární péči s přítomností zdravotní, sociální a výchovné složky (Mravčík et al., 2019).

V ČR se také rozvíjí síť ambulantní adiktologické péče specializované na děti a mládež. Sekce Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP uváděla v roce 2020 celkem 69 adiktologických ambulantních programů pro děti a dorost, z nichž však většina nepatří mezi ambulance specializované výhradně na tuto věkovou cílovou skupinu (Mravčík et al., 2020).

SANANIM od roku 2013 provozuje internetové stránky (S)končím s hulením, které poskytují informace, on-line poradenství a léčbu uživatelům konopí, včetně přímého referování klientů do léčby na základě výsledku sebehodnoticích testů. V roce 2015 stránka zaznamenala 20 143 návštěvníků a bylo provedeno 7442 testů ke zjištění závažnosti problémů spojených s užíváním konopí. Z provedených testů 23,5 % bylo v kategorii rizikového užívání, tito klienti byli indikováni pro zahájení on-line léčebného programu, který stránky nabízejí. Součástí on-line léčby je kontakt s garantem, který zahrnuje korespondenční kontakt (v prostředí aplikace nebo emailem) a pravidelné konzultace jednou týdně prostřednictvím chatu. Garant také průběžně sleduje postup klienta 8-týdenním programem, kontroluje plnění úkolů, doplňuje program s ohledem na individuální potřeby klienta a vede kartu klienta. On-line léčbu v průběhu roce 2015 zahájilo 31 mužů a 8 žen s věkovým průměrem 29 let. Program úspěšně dokončilo 8 klientů, více než půlku léčebného programu absolvovalo 19

klientů. Bylo uskutečněno celkem 120 přímých kontaktů pracovníka s klientem prostřednictvím chatu (Šedivý et al., 2016).

V dotazníkovém šetření NMS z roku 2017 uváděli nízkoprahová zařízení pro uživatele drog, že klienti užívající konopí jsou pro ně těžko zařaditelní mezi ostatní klienty. Často nepatří mezi primární cílové skupiny těchto zařízení, nepracují s nimi zároveň s problémovými uživateli jiných drog, protože sami klienti užívající konopí se takto nevnímají. Hlavní překážkou v intenzivnější práci s klienty užívajícími konopí byl názor, že nevnímají své užívání jako problém, a to také v souvislosti s všeobecně tolerantním postojem vůči konopí. Zařízení, která se chtěla této práci věnovat více, nejčastěji narážela na nedostatek financí, lidských zdrojů a možností vzdělávání v této oblasti.

Pro nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, kam často patří uživatelé konopí věkově, je naopak náročné s nimi pracovat hlouběji. Pracovníci v dotazníku uváděli, že by potřebovali vybavit znalostmi a dovednostmi pro práci s touto specifickou a skupinou klientů. Většina zařízení by ocenila spolupráci s dalšími typy zařízení či jinými odborníky, což by přispělo k výměně zkušeností a komplexnější spolupráci. Zařízení zmiňovala nedostatky v infrastruktuře zařízení, pracovníci terénních programů, kontaktních center a AT ambulancí se domnívají, že je zde nedostatečný počet nízkoprahových zařízení pro děti a mládež nebo se tato zařízení potýkají s nedostatečně způsobilými pracovníky, kteří by mladým uživatelům konopných látek, ale i jiným problémovým mladistvým poskytl odpovídající pomoc a podporu.

Pracovníci služeb především uváděli, že by pro intenzivnější práci s konopnými klienty potřebovali větší lidské, finanční, materiální a vzdělávací zdroje. S klienty lze pracovat v zásadě podobně jako s uživateli jiných drog, přesto má práce s touto klientelou svá specifika jak v metodách, tak ve znalostech, které by pracovníci potřebovali (Drbohlavová & Mravčík, 2017).

4 Rizika spojená s užíváním konopných drog

V odborné literatuře jsou popsány hlavně zdravotní rizika užívání konopí, sociální, ekonomické a právní pak pouze omezeně. To souvisí i s teoriemi ohledně dopadů užívání konopí na uživatele, v popředí zájmu jsou zdravotní dopady.

Sociální důsledky užívání konopí vyplívají z možného selhání v některé ze sociálních rolí ve vztazích a rodině, v zaměstnání, škole, ve společnosti. Ekonomické dopady pak souvisejí s cenou konopí, jeho průměrná cena na drogovém trhu je 200 Kč za 1 gram, ekonomická zátěž pro uživatele pak může být velká, záleží však na vzorcích užívání a ekonomické situaci uživatelů. Právní důsledky užívání pak souvisejí především se zákonem č. 40/2009 Sb., kdy největší problém pro uživatele plyne z pěstování rostlin pro vlastní potřebu.

Zdravotní důsledky a rizika užívání konopí jsou pak možnost vzniku afektivních a psychotických stavů, narušení kognitivních funkcí, somatické komplikace. Psychosociální rizika mohou souviset se schopností řízení motorového vozidla při intoxikaci a syndrom závislosti.

Ukázalo se, že pravděpodobnost výskytu problémů spojených s užíváním konopných látek se zvyšuje s frekvencí jejich užívání – zatímco polovina (47,9 %) z těch, kteří užili konopné látky v posledních 12 měsících, nevykazuje žádné známky rizika spojeného s užíváním konopí, ti, kteří užili konopí v posledních 30 dnech, spadají nejčastěji (v 33,8 %) do kategorie nízkého rizika (1–2 body) a ti, kteří užívají konopí pravidelně s frekvencí alespoň jednou týdně nebo častěji, spadají nejčastěji (v 34,6 %) do kategorie mírného nebo středního rizika (3–6 bodů). Denní uživatelé konopných látek častěji dosahují skóre 7 a více bodů, a spadají tak nejčastěji (v 80,6 %) do kategorie vysokého rizika spojeného s užíváním konopných látek (Mravčík et al, 2014).

4.1 Riziko rozvoje afektivních a psychotických onemocnění

Užívání konopných drog bývá spojováno s výskytem psychotických poruch, poruch nálady, úzkostných poruch a poruch osobnosti. Nejvíce se diskutuje vztah mezi užíváním konopných drog a psychotickým onemocněním, kauzální vztah je ale obtížné dokázat, to je jeden z důvodů nejednoznačnosti výsledků studií (Miovský, Miovská, 2008). Souhrn výsledky výzkumů od Fišara (2008) ukázal, že užívání konopných látek zvyšuje riziko vzniku psychotických onemocnění. Užívání konopí má také vliv na časnější počátek psychotických poruch (Helle et al., 2016). Obdobně i shrnutí

výzkumů od NASEM (2017) hodnotí vliv užívání konopných drog na rozvoj psychóz jako významný.

S užíváním konopí jsou dávány do spojitosti především poruchy nálady. Výzkumy ukazují, že u 30 % pacientů s bipolární poruchou se objevuje užívání konopí nebo dokonce závislost na konopí (Strakowski, DelBello, Fleck et al., 2007). Bally, Zullino, & Aubry (2014) říkají, že je větší pravděpodobnost výskytu manické epizody u osob v mladším věku, pokud užívají konopí a zároveň dochází k rychlejšímu střídání depresivních a manických fází. Podobně výsledky metaanalýzy NASEM (2017) uvádí, že u uživatelů se častěji objevuje bipolární afektivní porucha. Ve vztahu depresivní poruchy a užívání konopí podle ní nejsou výsledky výzkumů jednoznačné. Užívání konopných drog může zvyšovat riziko deprese nebo naopak deprese může vést k užívání marihuany. Také poukazuje na spojitost mezi užíváním konopí a pouze mírným zvýšením rizika rozvoje depresivních poruch.

NASEM (2017) se zabýval výskytem úzkostných poruch uživatelů konopí, přišel se zjištěním, že užívání není spojeno s častějším výskytem těchto poruch. Oproti tomu ale uvádí, že existuje zvýšený výskyt suicidálních myšlenek, pokusů o sebevraždu a dokonaných sebevražd. Longitudinální výzkum prováděný ve Švédsku přišel s výsledky, které dokazují, že depresivní a úzkostné poruchy jsou multifaktoriálně podmíněné, pokud tedy byly zohledněny charakteristiky na straně respondentů, vliv užívání konopí na výskyt těchto poruch nebyl statisticky významný (Danielsson, Lundin, Agardh, Allebeck, & Forsell, 2016).

4.2 Riziko narušení kognitivních funkcí

Díky moderním zobrazovacím metodám dnes již víme, že dlouhodobým a intenzivním užíváním konopných drog dochází k mírnému narušení kognitivních funkcí. Toto narušení je selektivní a projevuje se sníženou funkcí krátkodobé paměti. Není jasné, jestli v případě abstinence jde o změnu reverzibilní a jestli poté dochází k obnovení kvality kognitivních funkcí. Nejasné je také do jaké míry kognitivní deficit narušuje fungování v každodenním běžném životě uživatelů konopí (Miovská, Miovský, & Šulcová, 2008).

Pomocí magnetické rezonance Wilson et al. (2000) zjistil, že ti uživatelé konopných drog, kteří začali užívat před 17. rokem života, mají menší podíl šedé kůry mozkové a větší podíl bílé kůry mozkové. Pope et al. (2003) zkoumal dvě skupiny uživatelů, v jedné byli uživatelé, kteří začali s užíváním před 17. rokem života, ve druhé uživatelé se začátkem užívání v pozdějších letech, v rámci výzkumu přišel na, že čím dřívější zkušenost s konopím tím chudší je kognitivní projev uživatelů. Na základě výzkumů tedy můžeme vidět, že čím dříve začínají uživatelé s konopím, tím větší je dopad na jejich kognitivní funkce.

Shrnutí výsledků studií na téma dopadů užívání na kognitivní funkce představuje Miovská (in Miovský et al. 2008), podle ní studie došly k závěru, že akutní intoxikace má minimální vliv na kognitivní výkon. Výzkum celkem 122 uživatelů konopí ve věku od 21 do 37 let neprokázal zvýšení výskytu poruch paměti u uživatelů oproti normě. Vedle těchto výzkumů jsou i zde i takové, které se věnují hodnocení výkonu uživatelů po určité době abstinence. Těžcí uživatelé konopí vykazovali změny v mozkové aktivitě a deficity ve schopnosti rozhodovat se po 25 dnech dlouhé abstinence (Bolla, Eldreth, Matochik & Cadet, 2005). Block a Ghoneim (1993) se zaměřili na rozdíl v kvalitě kognitivní funkcí uživatelů před a v průběhu užívání konopí. U těžkých uživatelů zaznamenali deficit v matematických schopnostech, verbálním vyjadřování a selektivní narušení procesu vybavování. Oproti nim vykazovali střednětěžcí uživatelé pouze snížené schopnosti abstrakce. Můžeme vidět, že v závislosti na frekvenci a rozsahu má užívání konopných drog efekt na kognitivní funkce, výzkumy prokázaly zhoršení paměti, exekutivních funkcí a snížení psychomotorického tempa. U dlouhodobějších účinků a účinků po vysazení konopí studie nepřináší shodné výsledky, lze ale usuzovat, že deficity jsou po delší době abstinence reverzibilní. Nicméně čím déle uživatelé konopí konzumují, tím zřetelnější mohou narušení kognitivních funkcí být a tím více mohou zasahovat do každodenního života uživatelů (Miovská in Miovský et al., 2008).

4.3 Riziko somatických onemocnění

Psychoaktivní látky obsažené v konopí ovlivňují jak nervový systém, tak systém kardiovaskulární, imunitní, reprodukční a trávicí. Zdravotní rizika užívání konopí většinou souvisejí s jeho dlouhodobým užíváním a způsobem jeho aplikace kouřením - kouř obsahuje velké množství dráždivých a rakovinotvorných látek. Dochází tak často k poškození respiračního systému (Krménčík in Miovský et al., 2008). Důsledkem kouření konopí je pak zúžení dýchacích cest, zmenšení dýchací kapacity a objevují se také akutní nebo chronické bronchitidy (NASEM, 2017). Experimentální studie ukazují, že kouření konopí vystavuje organismus zvýšenému množství dehtu a to hlavně kvůli způsobu, jakým uživatelé konopí kouří – hluboké vdechy, zadržování kouře v plicích, nepoužívání filtrů aj. Všechny tyto okolnosti umožňují průnik velkých částic dehtu do plic (Matthias et al., 1997). Dlouhodobé dráždění pak vede k histopatologickým změnám, které se projevují kašlem, nadprodukcí hlenu, a sípáním. U kuřáků konopí se také může v ojedinělých případech vyvinout emfyzém, CHOPN nebo rakovina plic (Krménčík in Miovský et al., 2008).

Látky obsažené v konopí mohou ovlivňovat i imunitní systém, působí jako imunomodulátory, tedy látky schopné měnit imunitní odpověď lidského těla. Bylo ale provedeno pouze malé množství epidemiologických studií, které by se zabývaly vlivem dlouhodobého pravidelného užívání konopných drog na imunitní systém. Vzhledem k tomu, že neexistuje jednoznačný průkaz v reálné populaci uživatelů konopí, není možné považovat problematiku negativního působení užívání konopných drog na imunitní systém za dostatečně prokoumanou (Krménčík in Miovský et al., 2008).

Jednorázové užití konopí způsobuje periferní vazodilataci, tachykardii, hypotenzi a snížení tělesné teploty, tyto jevy následně vedou ke zvýšení srdečního výdeje, periferního průtoku krve a změně krevního tlaku (Ashton, 1999). Zvýšení srdečního rytmu se objevuje hlavně u občasného užívání konopí, u pravidelných uživatelů můžeme pozorovat vznik tolerance vůči těmto efektům. Díky vzniku tolerance má poté užívání konopí malý efekt na srdce (Hall, Degenhardt, Lynsley, 2001). Přesto mohou být tyto nepříznivé kardiovaskulární účinky rizikové pro skupinu chronických uživatelů konopí, kteří užívají až do 40 - 50 let, což je nejrizikovější věk pro výskyt srdečních chorob (Krménčík in Miovský et al., 2008). Celkově mohou být účinky THC ohrožující pro osoby trpící hypertenzí, ischemickou chorobou srdeční, cerebrovaskulárními potížemi a koronární aterosklerózou (WHO, 1997). Avšak

u zdravých osob nebyl dosud popsán žádný případ kardiovaskulárního selhání po intoxikaci konopím (Vyskočilová, Praško, 2015).

Užívání konopí ovlivňuje u jeho uživatelů produkci testosteronu a má tak nepřímý vliv na reprodukční systém (Krménčik in Miovský et al., 2008). U mužů chronických uživatelů se vyskytují nižší koncentrace spermatu, tento jev je reverzibilní, po 5 - 6 týdnech abstinence dosahuje koncentrace spermatu opět běžných hladin (Brown et al., 2002). U žen dochází ke změně hladin hormonů při užívání konopí také vzhledem k fázi menstruačního cyklu. Užívání konopných drog vede ke zkrácení menstruačního cyklu a/nebo k výskytu anovulačních cyklů (Krménčik in Miovský et al., 2008).

Užívání konopí v těhotenství kouřením může poškodit plod podobně jako u kouření, dochází totiž k zvýšení oxidu uhelnatého v krvi matky a vede tak k nedostatku kyslíku pro plod (Ashton, 1999). Behaviorální a vývojové odlišnosti u dětí narozených uživatelkám konopných látek nebyly prokázány (Hall et al., 2001). Některé studie ukazují, že děti uživatelů konopí mívají nižší porodní váhu (NASEM, 2017). Není jasný vztah mezi užíváním konopných drog a vrozenými vadami, epidemiologické studie nezjistily zvýšený výskyt vrozených abnormalit u dětí žen, které během těhotenství užívaly konopí (Hall et al., 2001). Ovšem i přesto je dobré dodržovat doporučení a především během těhotenství, ale i před jeho začátkem, se vyhýbat užívání konopí. Tato doporučení se týkají také kojení, vzhledem k tomu, že do mateřského mléka přechází THC ve vysokých koncentracích (Krménčik in Miovský et al., 2008).

4.4 Riziko dopravních nehod

Jak jsme se již dozvěděli v předchozí kapitole, užívání konopných drog může způsobovat narušení kognitivních funkcí, tím může také negativně ovlivňovat schopnost řízení motorových vozidel. Velké množství epidemiologických studií, které se zabývaly přítomností kanabinoidů v krvi řidičů motorových vozidel, prokázalo zvýšení rizika dopravních nehod. (Krménčik in Miovský et al., 2008). Experimenty s uživateli konopí prováděné v kontrolovaných podmínkách bezprostředně po užití konopí prokázaly vliv konopí na paměť, pozornost, psychomotorické tempo, reakční čas a koordinaci pohybů (Kurzthaler et al., 1999).

Compton a Berning (2015) uvádí výsledky metaanalýzy, která přináší nejednoznačné závěry, tvrdí, že některé studie vyhodnocují vliv užívání konopí na zvýšení pravděpodobnosti dopravních nehod jako minimální, jiné odhadují pouze malé zvýšení rizika dopravní nehody.

Bondallaz et al., (2016) také přichází s tvrzením, že uživatelé jsou si omezení vůči jejich schopnosti ovládat motorová vozidla vědomi a snaží se je kompenzovat opatrnější a pomalejší jízdou. Dále sděluje, že většina projevů narušujících psychomotorické funkce se vyskytuje v prvních dvou hodinách po užití konopí a vymizí do čtyř až šesti hodin od užití. Přesto uvádí, že mnohé analýzy poukazují na vyšší riziko nehody při užití konopí, jednotlivé odhady se však liší. Důvod nejednoznačných výsledků spatřuje v nejednotné metodologii provádění jednotlivých výzkumů.

4.5 Riziko rozvoje závislosti

Závislost na konopných drogách je stále diskutovaným tématem, je problematické přesně a jednoznačně definovat závislost na konopí. Přesto, že výzkumy naznačují, že konopné drogy mají určitý návykový potenciál, aplikace poznatků z těchto výzkumů do klinické praxe je u lidí složitá. V současné době panuje shoda, že látky obsažené v konopí působí podobně jako jiné návykové látky na dopaminový systém odměny v mozku (Dvořáček, Miovský a Šulcová, 2008).

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 uvádí tato kritéria pro posouzení závislosti (WHO, 1992):

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky,
- přítomnost somatického odvykacího stavu,
- průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků původně vyvolaných nižšími dávkami,

- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané látky,
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

Aby bylo možné stanovit u uživatelů konopí diagnózu závislosti, je potřeba, aby splňoval alespoň tři z těchto kritérií během posledních 12 měsíců. Dvořáček In Miovský et al., 2008) udává, že jednotlivá kritéria pro naplnění diagnózy závislosti je nutné pozorně posoudit, protože mnohá z nich není jednoduché u uživatelů konopí stanovit.

Diagnostický manuál Americké psychologické asociace DSM-V přímo obsahuje kategorii závislosti na konopí a doplňuje pak ke kritériím, které můžeme najít v MKN-10 ještě následující (APA, 2013):

- přetrvávající přání nebo neúspěšné pokusy zastavit nebo kontrolovat užívání,
- opakované užívání vedoucí k problémům při plnění důležitých povinností v zaměstnání, škole nebo rodině,
- pokračování v užívání navzdory vědomí přetrvávajících nebo opakovaných sociálních nebo interpersonálních problémů,
- pokračování v užívání navzdory vědomí přetrvávajících nebo opakovaných somatických a/nebo psychických problémů, které jsou způsobené konopím.

Grinspoon a Bakalar (1996) se dívají na problém závislosti u uživatelů konopí z pohledu problémů, které jsou typické pro závislost na jiných návykových látkách a uvádí, že se u uživatelů konopných drog vyskytují pouze ojedinelé. Podle nejpoužívanějšího dělení drog podle míry rizika v tělesné, duševní a sociální oblasti bývá konopí označováno jako droga s nízkou mírou rizika. V rámci rozdělení drog podle účinku na psychiku jsou konopné drogy řazeny spolu s halucinogeny, u těchto látek vzniká pouze slabá psychická závislost, somatická závislost se nevyskytuje a nárůst tolerance je mírný (Minařík, 2015).

Ovšem Nešpor a Csémy (2012) tvrdí, že konopí vyvolává slabou psychickou závislost, kritizují. Podle nich je toto tvrzení nepřesné a to hlavně kvůli faktu, že nebere do úvahy věk uživatelů, délku užívání, užívané dávky, frekvenci užívání aj.

Studie provádějící metanalýzu dostupných dat shrnuje výsledky experimentálních studií a klinických pozorování, a uvádí následující projevy syndromu z odnětí konopí: podrážděnost, nervozita, tenze, neklid, ztráta chuti k jídlu a kvůli tomu mírné snížení hmotnosti, problémy se soustředěním a poruchy spánku (Budny et al., 2004).

Odhad počtu uživatelů konopí, u kterých se užívání rozvine do závislosti, je 8-10 % z této populace (Zábranský, 2008). Dvořáček (In Miovský et al., 2008) shrnuje dostupné informace a uvádí, že ve skupině pravidelných uživatelů konopí, to jsou takoví, kteří užívají 4x týdně nebo více, se závislost může vyskytovat u přibližně až 10-20 %, celoživotní prevalence závislosti pak u této skupiny může dosahovat dokonce 50 %. Zábranský (2008) říká, že vyvozovat závěry ze statistických údajů není snadné, protože data jsou zkreslena tím, že uživatelé nastupující do léčby ji často nenastupují dobrovolně, ale je jim určena soudem jako alternativa k výkonu trestu odnětí svobody.

Můžeme tedy říct, že vzhledem k uvedeným informacím se závislost na konopných drogách vyskytuje u pouze malé skupiny pravidelných těžkých uživatelů. Ve většině případů jsou stavy spojené se závislostí na konopí lehké a syndrom z odnětí konopí nevyžaduje farmakologickou intervenci. Také vzhledem k množství chronických uživatelů konopí v České republice není závislost na konopných drogách závažný problém pro veřejné zdraví (Dvořáček in Miovský et al., 2008).

5 Harm reduction

Harm reduction (HR) je zastřešující pojem pro koncepce, programy a činnosti, které směřují k minimalizaci negativních zdravotních, sociálních, ekonomických a právních dopadů užívání návykových látek u osob, které nemohou nebo nechtějí s užíváním přestat, doplňuje tak přístupy zaměřené na léčbu a směřující k abstinenci od návykových látek (IHRA, 2010). Tato definice ukazuje, že se v rámci HR přístupu zaměřujeme na všechny oblasti života osob užívajících návykové látky a můžeme tak vidět paralelu s bio-psycho-socio-spirituálním modelem rozvoje závislosti (Janíková in Kalina et al., 2015). V rámci všech těchto oblastí, ve kterých se snažíme HR uplatňovat, můžeme vidět dvě roviny ochrany před nežádoucími dopady užívání návykových látek – ochranu jednotlivce a ochranu společnosti, HR tak také pracuje s konceptem ochrany veřejného zdraví a ochrany lidských práv (Inciardi, 2000).

HR bychom pak měli brát především jako optiku, skrze kterou se na problematiku užívání návykových látek díváme, je pak protikladným přístupem k válce proti drogám, která vidí užívání drog vždy jako patologii a vyznačuje se nulovou tolerancí (Janíková in Kalina et al., 2015). Oproti tomu přístup HR pracuje s myšlenkou, že ne pro všechny uživatele návykových látek představuje jejich užívání problém a potřebují léčbu, ale jsou i takoví, kteří jsou schopni své užívání v různé míře kontrolovat (Zinberg, 1984).

Podle *International harm reduction asociation* (2010) by se hlavní zásady harm reduction daly shrnout následovně:

- Cílené zaměření na rizika a negativní následky – negativní dopady a jejich míru určuje mnoho faktorů, patří sem chování a rozhodování na straně jednotlivců, prostředí, právní úpravy a politiky, proto je nutný adresný přístup zaměřující se na konkrétní rizika a škody, jejich příčiny a možné kroky ke snížení těchto rizik a škod.
- Opora ve vědeckých důkazech a ekonomické aktivitě – opatření podle principů HR jsou realistická, praktická, účinná, bezpečná, zároveň efektivní z hlediska návratnosti vynaložených nákladů. HR vyvíjí koncepce a převádí je do praxe na základě evidence based přístupu.
- Postupné kroky k lepšímu – pracovníci v oblasti HR přikládají význam každé pozitivní změně, které klient dosáhne. Práce s klientem vychází

z jeho aktuálních konkrétních potřeb, bez nátlaku na okamžitou změnu. Malé změny k lepšímu u většího počtu lidí mají větší přínos pro společnost.

- Důstojnost a empatie – pracovníci (nejenom z oblasti HR) berou klienty takové, jací jsou, vyhýbají se tomu, aby je soudili. Zároveň se staví proti stigmatizaci uživatelů drog, která brání poskytování potřebné pomoci. To se promítá i do jazyka, kterým o uživatelích mluví, ten by měl odrážet respekt a toleranci.
- Univerzálnost a provázanost práv – lidská práva se vztahují na všechny, i na uživatele drog, tato práva kvůli svému užívání nepozbývají. Filozofie HR se staví proti pronásledování a násilí na uživatelích drog, kterému čelí kvůli protidrogovým opatřením a válce proti drogám.
- Vystupování proti politikám, které zvětšují škody – rizika a škody související s užíváním ovlivňují také právní úpravy a politiky zaměřené na kontrolu užívání drog, mnohé z nich vědomě i nevědomě vytvářejí nebo zvyšují rizika a negativní důsledky. Patří mezi ně kriminalizace užívání drog, diskriminace, přístup policie, restriktivní a represivní zákonné úpravy a politiky, odepírání zdravotní péče a služeb HR, sociální nerovnost. Politika a praxe v oblasti HR by měli jedince podporovat ve změně jeho chování.
- Transparentnost, odpovědný přístup a aktivní účast – odborní pracovníci ale také ti, kteří mají pravomoc rozhodovat o politikách a právních úpravách, nesou odpovědnost za své intervence a rozhodnutí. V rámci HR by měli všechny zainteresované subjekty vést otevřený dialog, zejména by se nemělo zapomínat do této diskuze zapojit samotné uživatele drog, jejichž života se to dotýká nejvíce.

Vzhledem k takto širokému rozsahu HR do tolika oblastí, poskytuje HR také široké spektrum služeb a intervencí (Gerra, 2009):

- Poradenství a edukace – a to i takové, které zahrnuje rady, návody a vysvětlení, jak drogu bezpečněji aplikovat, jak používat a dezinfikovat parafernálie apod.
- Dostupná nízkoprahová substituční léčba a farmakologické intervence.

- Sociální asistence a doprovázení klienta.
- Prevence a služby zaměřené na hepatitidy, včetně testování a vakcinačních programů.
- Dostupná medikace pro zvládnání předávkování.
- Programy výměny a distribuce sterilního injekčního materiálu.
- Testování na HIV, včetně před- a po- testového poradenství a případná následná léčba.
- Prevence a služby zaměřené na sexuálně přenosné nemoci.
- Vzdělávání všech odborníků, kteří přijdou s klienty do kontaktu.
- Dobře vybavené terénní pracovníky ale i dobrovolník z řad uživatelů.
- Dostupné služby a opatření pro prevenci a zvládnání akutních následků užití drog v prostředí zábavy.
- Poradenství a pomoc pro osoby blízké závislých.

V užším pojetí můžeme HR chápat jako soubor strategií, které umožňují uživatelům snižovat negativní dopady užívání a zároveň pracovníkům, kteří jsou s nimi v kontaktu, dávají do rukou srozumitelné a dobře použitelné postupy pro práci s klientem „tady a teď“ Tyto strategie se soustředí především na příčiny rizik a negativních důsledků užívání, pojmenovává konkrétní negativní důsledky a jejich příčiny tak, aby bylo možné poskytnout odpovídající intervence. (Janíková in Kalina et al., 2015). Právě strategie HR jsou předmětem zájmu této diplomové práce, přesněji nás zajímá, jaké strategie používají sami uživatelé a jaký je jejich pohled na HR, v tomto případě jde konkrétně o uživatele a užívání konopných drog.

Minimalizace rizik a škod je také uvedené v *Národní strategii protidrogové politiky na období 2019 – 2027* jako součást čtyř základních pilířů protidrogové politiky ČR společně s primární prevencí, léčbou a resocializací, a snižováním dostupnosti drog.

5.1 Harm reduction konopných drog

Harm reduction strategie se zaměřují na minimalizaci negativních důsledků a rizik vyplívajících z akutních účinků konopí a dlouhodobého užívání konopí (IHRA, 2010). Jedná se o doporučení týkající se setu a settingu před intoxikací (osobnost uživatele, momentální nálada, prostředí), způsobu aplikace konopí (kouření, konzumace

v jídle), výběru vhodných parafernálií k užívání (filtry, papírky, fajfky, bongy, dýmky, vaporizéry) a druhu (indica nebo sativa)/typu (obsah THC) konopí, kombinování konopí s jinými návykovými látkami a vzorců užívání (množství, četnost, délka užívání)(EMCDDA, 2008).

Nejlepší způsob, jak snížit rizika a negativní dopady užívání konopí, je přestat s užíváním a abstinovat, někteří uživatelé konopí však nejsou připraveni, nechtějí, anebo momentálně nejsou schopni s užíváním přestat. Harm reduction je tak alternativou k tradiční na abstinenci orientovanou léčbu (Holland, 2010). Základem filosofie harm reduction je akceptování faktu, že lidé užívají látky měnící vědomí. Harm reduction se soustřeďuje na podporu a motivaci uživatelů, aby dělali vědomá a zodpovědná rozhodnutí ohledně jejich užívání. V rámci tohoto přístupu je pak úkolem uživatelů vybudovat si takový vztah ke konopí a k jeho užívání, který jim umožní plně využít výhody užívání konopí a minimalizovat jeho negativní dopady. To znamená, omezit užívání, užívat bezpečněji, z jiných důvodů, osvojit si jiné vzorce užívání, anebo s užíváním zcela přestat (Holland, 2010).

Harm reduction v sociálním životě uživatelů vyplývá ze sociálních důsledků užívání konopí, tedy z možného selhání v některé ze sociálních rolí ve vztazích a rodině, v zaměstnání, škole, ve společnosti aj. Ekonomické dopady pak souvisejí s cenou konopí, jeho průměrná cena na drogovém trhu je 200 Kč za 1 gram, ekonomická zátěž pro uživatele pak může být značná, záleží však na vzorcích užívání a ekonomickém statusu uživatelů. Právní důsledky užívání pak souvisejí převážně s porušováním zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, kdy jsou často postihováni uživatelé, kteří pěstují konopí pro svou vlastní potřebu, a v případě řízení motorového vozidla pod vlivem konopí pak hrozí trestní stíhání pro trestný čin ohrožení pod vlivem návykové látky podle zákona č. 40/2009 Sb. § 274 trestního zákoníku.

V odborné literatuře jsou dobře popsány zdravotní dopady užívání konopí, sociální, ekonomické a právní pouze okrajově. To souvisí i s teoriemi ohledně dopadů užívání na uživatele, které byly zmíněny v předchozí kapitole, můžeme tak vidět, že v popředí zájmu jsou zdravotní dopady užívání konopí. Také nalezneme pouze málo komplexních informací ohledně harm reduction konopí, které by se zaměřovali na to, jak užívat konopí bezpečněji, a na všechny aspekty možných negativních dopadů ne pouze na ty zdravotní.

5.2 Strategie harm reduction užívání konopí

V následujícím textu jsou uvedeny konkrétní strategie harm reduction, vždy spjaté k určitému typu rizika vzhledem k užívání konopí, některé z nich vycházejí ze strategií užívaných u jiných návykových látek např. alkoholu. Doposud však nebyly provedeny studie, které by zkoumaly efektivitu těchto doporučení.

5.2.1 Strategie harm reduction zaměřené na zdravotní dopady

5.2.1.1 Strategie harm reduction zaměřené na psychické zdraví

Strategie zaměřené na HR užívání konopí vzhledem k psychickému zdraví souvisejí s riziky vyplývajícími z účinků konopí při intoxikaci i z dopadů dlouhodobého a pravidelného užívání. Rizika vyplývající z účinků konopí při intoxikaci jsou negativní psychologické reakce jako úzkost, paranoia, pocit strachu, pocity ztráty kontaktu s realitou, pocit, že člověk nemá stav pod kontrolou, nepříjemné nebo vtíravé myšlenky aj., a také narušené kognitivní funkce, jako je učení, pozornost, koncentrace, paměť, vnímání času a dále snížení psychomotorického tempa a reakčního času.

Holland (2010) ve své knize *The Pot Book* uvádí následující HR strategie, jak předejít nebo zvládnout nepříjemné stavy, které se objevují při intoxikaci:

- Uvědomte si, že tyto pocity jsou pouze dočasné a skončí spolu s účinky konopí.
- Pokud užíváte konopí, které neznáte, užíjte nejprve pouze malé množství a počkejte, až se dostaví účinek, abyste znali jeho sílu.
- Neužívejte konopí spolu s jinými návykovými látkami, včetně alkoholu.
- Pokud trpíte psychickým onemocněním, vyhýbejte se užívání konopí.
- Neužívejte konopí před aktivitami, které vyžadují nenarušené kognitivní funkce, např. před prací, školou, pohovorem aj.
- Po užití konopí neřid'te motorová vozidla ani neobsluhujte stroje. (také EMCDDA, 2008)
- Pokud jste užili konopí, počkejte alespoň 4-6 než budete řídit nebo obsluhovat stroje. (také CNA, 2017)

Pozornost je pak také věnována HR v souvislosti s možností rozvinutí psychózy, především vzhledem k mladistvým uživatelům, jelikož právě v tomto věku se psychotické poruchy často poprvé objevují.

EMCDDA (2008, 2010) a Kanadská asociace sester (CNA, 2017) pak nabádá uživatele:

- Neužívejte konopí tzv. vysokopotentní konopí (konopí s vysokým obsahem THC), které bývá dáváno do spojitosti s vyšší pravděpodobností výskytu psychotických onemocnění.
- Vyhněte se pravidelnému intenzivnímu užívání konopí, které zvyšuje pravděpodobnost rizika rozvoje psychóz u mladých lidí (EMCDDA, 2010).
- Vyhněte se užívání konopí, pokud se ve vaší rodinné anamnéze objevují psychotická nebo jiná psychická onemocnění (EMCDDA, 2010).

Podobné doporučení zmiňuje ve svém manuálu *Harm reduction for non-medical cannabis use* CNA (2017):

- Odložte užívání konopí až do dospělosti, riziko rozvoje závislosti a dalších negativních zdravotních dopadů užívání je vyšší u mladých lidí a může být sníženo nebo se mu dá předejít, pokud své užívání odložíte do dospělosti.
- Vyhněte se užívání velkého množství konopí, konopí s vysokým obsahem THC a užívání syntetických kanabinoidů.

V některých ojedinělých případech se může v průběhu intoxikace proměnit v tzv. bad trip, tedy extrémně nepříjemný zážitek, ten může být vyvolán v důsledku jedné nebo několika z následujících příčin - špatná nálada nebo rozčilení před konopí, nástup nebo průběh působení účinků konopí na stresujícím nebo neznámém místě, snaha bránit se účinku, problémy mezi uživatelem a lidmi v jeho okolí, užití většího množství než obvykle (předávkování) nebo opětovné vyvolání tíživých myšlenek nebo vzpomínek.

NORML (2003) proto upozorňuje na důležitost tzv. setu a settingu. Set je označení pro komplexní psychologické nastavení jedince, tedy jeho aktuální náladu, životní situaci (čím více psychicky náročná, tím rizikovější při intoxikaci), očekávání, únavu, odlišnou neurochemickou citlivost vůči dané substanci a zároveň případná

nezpracovaná traumata z minulosti a jiné proměnné, z nichž každá může změnu vědomí během intoxikace zásadně proměňovat. Setting pak znamená místo a sociálního prostředí, kde je látka užitá, konkrétně hraje roli ne/znalost prostředí, jeho ne/příjemnost pro uživatele či experimentátora a výběr osob, s kterými je substance užitá (čím méně důvěryhodných, tím větší nebezpečí potíží), včetně celého kontextu konzumace, výběru hudby atd. (Kalina et al., 2003).

NORML (2003) tedy doporučuje:

- Při užívání konopí se chovejte zodpovědně, zvažte, jestli je vhodný set a setting pro užití konopí, podle toho upravte svoje užití.

U Holland (2010) najdeme také doporučení:

- Užívejte pouze na známém místě a se známými lidmi.

EMCDDA ve své monografii *A cannabis reader: global issues and local experiences* (2008) uvádí následující tipy:

- Vyhněte se užití silných druhů konopí, po jejichž užití můžete zažívat nepříjemné stavy.
- Vyhněte se užití, pokud se cítíte špatně, je možné, že byste se poté cítili ještě hůř.

Tato doporučení bychom mohli doplnit o rady uživatelům jak zvládat tzv. bad trip u jiných návykových látek (nejčastěji halucinogenů), uživatelé je snadno mohou dohledat i na internetových stránkách, zde z webu České psychedelické společnosti (czeps.org/badtrip), která zní:

- Nezůstávejte o samotě, svěřte se se svými pocity přátelům, nejlépe těm, kteří mají s podobnými stavy zkušenosti nebo k nimž máte důvěru, a požádat je, aby s vámi zůstali do doby, kdy účinek drogy ustoupí.
- Pokuste se přenést pozornost na něco příjemného.
- Změňte něco v daném prostředí nebo o to někoho požádejte, např. změňte hudbu, nejlépe na nějakou známou a oblíbenou, přejděte do jiné, klidnější místnosti apod.

- Strach je často posilován napětím. Je možné ho snížit relaxací při soustředěném počítání nádechů a výdechů.

Uživatelé konopí by se také měli snažit snížit rizika plynoucí z dlouhodobého a pravidelného užívání, mezi které patří i riziko závislosti. Přestože riziko rozvoje závislosti je relativně nízké, objevuje se u cca 10 % populace uživatelů konopí, je dobré dodržovat následující tipy a snažit se toto riziko minimalizovat.

EMCDDA (2008) radí dodržovat následující:

- Neužívejte příliš velké množství a příliš často, neužívejte každý den.
- Užívejte méně často a menší množství konopí.
- Během svého užívání zařazujte období abstinence.

V jejich monografii *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (2010) pak ještě doplňují:

- Neužívejte častěji než jednou za týden, častější užívání zvyšuje riziko rozvoje závislosti a dalších zdravotních komplikací.

Holland (2010) také radí uživatelům:

- Zjistěte, jaké jsou vaše vzorce užívání.
- Pozorujte, v jakých situacích dostáváte chuť užít konopí.
- Ptejte se sami sebe, jestli je zrovna v tuto chvíli dobré užít konopí.
- Stanovte si jasná pravidla, za jakých okolností chcete konopí užívat.
- Zařazujte do svého užívání delší období abstinence.

Obdobně uvádí ve svém manuálu Kanadská asociace sester (CNA, 2017):

- Pokuste se ukončit užívání konopí, pokud pro vás začne být těžké mít ho pod kontrolou.

5.2.1.2 Strategie harm reduction zaměřené na fyzické zdraví

Velké množství HR strategií je zaměřeno na vzorce užívání konopí, přesněji na způsob aplikace, kdy její nejčastější formou je kouření. Právě kouření je ovšem nejvíce rizikové vzhledem k vysokému riziku negativních dopadů a to především na dýchací soustavu.

EMCDDA (2010) proto doporučuje:

- Vyhnete se kouření jako způsobu aplikace konopí.
- Pokud konopí kouříte, nezadržujte kouř dlouho v plicích, nedojde tak k většímu vstřebání THC ale dehtu a jiných škodlivých a karcinogenních látek.
- Nenatahujte kouř do plic hlubokými nádechy, které dostávají škodlivé látky hlouběji do plic a vy tak vdechujete více dehtu.
- Nekuřte konopí spolu s tabákem.

Nejčastější a u uživatelů nejoblíbenější je kouření tzv. jointů, které je bohužel také značně rizikové vzhledem k množství škodlivých látek, které se touto cestou dostávají do plic. U kouření marihuanových cigaret je důležitá jak příprava samotné marihuany, tak i jaká parafernalia uživatel pro její výrobu použije.

EMCDDA (2008) uvádí následující tipy:

- Očistěte řádně marihuanu od stonků, listů a semínek, největší obsah THC mají květenství rostliny.
- Vyhnete se používání příliš velkého množství papírku a tím vdechování velkého množství spáleného materiálu.

Aby se zabránilo vdechování drobných částic při kouření marihuanových cigaret, používají uživatelé nejčastěji filtry vyrobené ze srolovaného papíru. EMCDDA (2008) udává, že jointy s papírovým/kartonovým filtrem vycházejí nejlépe ve smyslu obsahu THC vs. dehtu v kouři a jejich absorpci v plicích. Po použití papírového filtru obsahuje kouř vyšší obsah THC než při použití cigaretových filtrů, které kromě dehtu a jiných škodlivých látek zachycují také část THC. Výsledkem pak je, že uživatel nadechuje kouř hluboko do plic, což poté zvyšuje množství vdechnutého dehtu.

Proto EMCDDA radí uživatelům:

- Používejte papírové filtry místo cigaretových, které mohou zachycovat větší množství THC.
- Vyhněte se používání papíru s potiskem, z tiskařského inkoustu se při zahřátí uvolňují škodlivé látky.

Pokud jde o množství THC a dehtu nebo jiných škodlivých látek v kouři, je mezi uživateli rozšířeno, že vodní dýmky tyto látky zachytávají a jejich používání je tak bezpečnější. EMCDDA (2008) však uvádí, že vodní dýmky odfiltrují více THC než dehtu, uživatelé tak musí vykouřit více, aby dosáhli požadovaného efektu.

Doporučení pro uživatele tedy je:

- Nepoužívejte vodní dýmky a bongy, ty odfiltrují více THC než dehtu, je pak potřeba vykouřit větší množství konopí.
- Nepoužívejte vodní dýmky a bongy, voda v nich ochladí kouř, to vede k tomu, že je vdechováno větší množství kouře a je déle držen v plicích.

Pro uživatele vodních dýmek a bong má EMCDDA (2008) ještě následující doporučení:

- Čistěte vodní dýmky a bongy po každém použití, abyste zabránili množení bakterií, které by mohli infikovat vás nebo vaše přátele.

Jako nejbezpečnější forma užívání konopí je považována valorizace. Vaporizér umožňuje uvolňování THC za pomoci nahřívání konopí místo spalování, výsledná směs vzduchu a kouře obsahuje vysoké koncentrace THC a pouze minimální obsah nežádoucích látek.

EMCDDA (2008, 2010) i Holland (2010) proto doporučují uživatelům:

- Místo kouření konopí použijte vaporizér, vaporizéry konopí místo spalování zahřívají, dochází tak k uvolňování THC z konopí bez toxických produktů spalování.

Doporučení ohledně vysokopotentního konopí nejsou jednotná. V předchozí části jsme viděli doporučení neužívat konopí s vysokým obsahem THC, abychom předešli možným negativním dopadům na psychické zdraví. Ale EMCDDA (2008) i Holland (2010) uvádějí jako HR strategii směrem ke snížení množství užívaného konopí právě užívání konopí s vyšším obsahem THC.

Konkrétně toto doporučení zní:

- Užíváním vysokopotentního konopí můžete snížit celkové množství konopí, které kouříte. Užívejte však menší množství, abyste snížili riziko negativních dopadů na psychiku. (Holland, 2010).

Součástí rituálů uživatelů konopí je mimo jiné sdílení konopných cigaret, dýmek, bongů a vaporizérů. Sdílení však sebou také nese rizika v podobě přenosu bakterií, virů a jiných infekčních onemocnění.

Proto EMCDDA (2008), Holland (2010) i CAN (2017) doporučují uživatelům:

- Nesdílejte jointy a bongy aj. s jinými lidmi.
- Pokud sdílíte jointy, nedotýkejte se jejich konce svými rty. Pokud sdílíte bongy, očistěte ho před každým použitím.

Někteří uživatelé jsou ve výběru pomůcek pro užívání kreativní a používají tak věci a materiály, které nejsou k užívání konopí určené a často ani vhodné. Jedná se např. o plechovky, pet lahve, aluminiovou fólii, kýbl aj.

Před tímto varujte uživatele EMCDDA (2008):

- Nepoužívejte ke kouření konopí plastové láhve, plechovky, aluminiové fólie ani jiné předměty z PVC, všechny tyto věci uvolňují do kouře toxické látky.

Další možností jak snížit riziko zdravotních dopadů užívání konopí je zvolit bezpečnější formu aplikace než kouření např. užívání perorálně nebo rektálně. Mezi uživateli však není rektální užívání rozšířené. Perorální užívání konopí je mezi uživateli

používanou a rozšířenou alternativou, jak dokládá také velké množství konopných kuchařek a podrobných manuálů, jak připravit jídlo nebo pití s obsahem THC.

Proto doporučení od Holland (2010) zní:

- Abyste předešli rizikům spojených s kouřením konopí, užívejte konopí ve formě jídla nebo pití. Buďte ale opatrní při dávkování, efekt se dostavuje pomaleji, ale trvá déle a je intenzivnější. Užijte nejprve malé množství a počkejte na dostavení účinku, které trvá déle než při kouření konopí, abyste předešli předávkování.

CNA (2017) pak navíc udává:

- Abyste předešli předávkování, začněte s malým množstvím a počkejte alespoň dvě hodiny, než užijete další dávku.

V českém prostředí bohužel nenajdeme žádný souhrnný manuál určený uživatelům konopí, který by obsahoval podobná doporučení a tipy. NMS v roce 2010 vydalo publikaci Efektivní regulace užívání marihuany – jak pracovat s lidmi, aby omezili nebo přestali užívat konopí, která je však určena jako manuál pro pracovníky v kontaktu s uživateli konopí. Obsahuje také informační arch, který se věnuje minimalizaci škod užívání konopí, celá publikace je zaměřena hlavně na zastavení užívání, přesto obsahuje velké množství harm reduction strategií pro uživatele.

Další harm reduction strategie pro uživatele můžeme najít na internetových stránkách zařízení pro uživatele drog – na stránkách organizace SANANIM drogovaporadna.cz a koncimshulenim.cz (která je zaměřená primárně na léčbu), společnosti Podané ruce extc.cz. Informace zde však nejsou kompletní a nejsou dostatečná vzhledem k harm reduction, neposkytují uživatelům všechny potřebné informace.

Na webových stránkách společnosti Podané ruce můžeme najít následující doporučení, která neobsahuje předchozí souhrn:

- Pokud se předávkujete THC a dojde k nevolnosti, popijte teplé nealkoholické nápoje s vysokým obsahem vitamínu C, buďte v klidném prostředí, pokud možno na čerstvém vzduchu a mějte u sebe někoho blízkého, komu důvěřujete a kdo je schopen se o vás postarat. Pomáhá také zchladit hlavu, krk a podpaží.

- Používejte speciální uhlíkové filtry, které snižují nejen vdechování rakovinotvorných látek, ale i pravděpodobnost výskytu astmatu, chronické bronchitidy, kašle, bolestí v krku a zánětů nosních dutin.

5.2.2 Harm reduction strategie zaměřené na ostatní dopady užívání

Jak už jsme se dočetli v předchozím textu, většina harm reduction strategií je zaměřená na zdravotní dopady užívání konopí. Vzhledem k ekonomickým dopadům neexistují žádná doporučení. Také strategie, jak předcházet možným problémům ve vztahu k právu je pouze málo.

Jedním z nich je doporučení, které uvádí EMCDDA (2008), CNA (2017) i Holland (2010):

- Po užití konopí neřid'te motorová vozidla.

Toto doporučení najdeme již v předchozí části textu, které se věnuje dopadům užívání na psychické zdraví, přesto je důležité i ve vztahu k právním důsledkům užívání a to v situaci, kdy by byl uživatel pod vlivem konopí zastaven hlídkou policie a testován na přítomnost drog.

Holland (2010) pak uvádí ještě obecné pravidlo:

- Pamatujte, že konopí je stále ilegální drogou, užívejte a chovejte se celkově tak, abyste se vyhnuli možným potížím s právem.

Harm reduction strategie vzhledem k sociálním důsledkům užívání jsou směřované hlavně ke vztahu k lidem v okolí uživatele, kteří sami konopí neužívají.

NORML (2003) apeluje na uživatele:

- Respektujte a neporušujte práva druhých lidí a těch, kteří se rozhodli konopí neužívat.
- Užívání konopí je pouze pro dospělé, je nezodpovědné ho nabízet, prodávat nebo užívat s mladistvými a dětmi.

I toto doporučení by mohlo předcházet právním důsledkům, pokud by šlo o osoby mladší 15 let.

Obdobné doporučení uvádí také EMCDDA (2008):

- Respektujte druhé a nekuřte v jejich přítomnosti, převážně v přítomnosti dětí.

Některé z těchto HR strategií se zaměřují na ochranu uživatele v rizikových situacích ve vztahu k užívání konopí.

EMCDDA (2008) proto doporučuje:

- Vyhněte se sexuálním situacím, kterých byste mohli později litovat. Dodržujte pravidla bezpečného sexu.
- Pokud se snažíte přestat s užíváním, vyhýbejte se lidem, kteří užívají konopí a místům, kam chodí.

5.3 Harm reduction uživatelů konopí

Bylo realizováno pouze omezené množství výzkumů, které by se zaměřovaly primárně na harm reduction strategie uživatelů konopí a které by je popsaly ve vztahu ke všem oblastem možných dopadů užívání konopí na život jeho uživatelů.

Nejkomplexnější z nich pak provedli Lau et al. (2015), kdy se zabývali harm reduction strategiemi uživatelů konopí v rámci Zinbergově teorii setu a settingu, pomocí rozhovorů provedli kvalitativní studii pravidelných dlouhodobých uživatelů konopí. Výzkum probíhal v San Francisku a účastnilo se ho 97 respondentů ve věku 48 – 68 let, 62 mužů a 35 žen. Během rozhovorů se tazatelé zaměřili na všechny oblasti možných negativních dopadů užívání, tedy na zdravotní, sociální a právní aspekty. Výsledky této studie najdeme podrobně v následujícím textu, vždy vztažené k možným dopadům, kterým se uživatelé snaží předejít.

Aby respondenti minimalizovali zdravotní rizika spojená s užíváním, zaměřili se především na vzorce užívání konopí. Nejčastěji uváděli omezování frekvence užívání a množství užívaného konopí, někteří respondenti se také snažili nevedechovat příliš velké množství kouře do plic. Uživatelé se také shodli, že od začátku jejich užívání se

zvýšila potence konopí, to jim umožňuje kontrolovat množství užívaného konopí, protože k dosažení požadovaného efektu jim stačí menší množství konopí.

Většina účastníků jako způsob aplikace preferovala kouření jointů, někteří z nich se obávali rizik ohledně vdechování chemikálií z papírků, proto používali tenké papírky bez příchutí, menšina z nich od kouření jointů upustila úplně. Jako alternativu tito uživatelé používali dýmky, vodní dýmky, vaporizéry a nebo konopí konzumovali v jídle. Část uživatelů věřila, že používání vodních dýmek odfiltruje z kouře dehet a další škodlivé látky a také, že chladnější kouř ochrání jejich plíce. Současně tito uživatelé uvádí, že takto kouř obsahuje dostatek THC a dojde tak k požadovanému efektu účinků. Ti, kteří používali vaporizéry udávají, že to u nich snížilo výskyt respiračních problémů a také oceňovali, že pak nejsou po konopí cítit. Některé respondenty však odrazovala vysoká cena vaporizérů. Přesto se většina účastníků shodla, že vaporizéry jsou účinná forma harm reduction. Skupina účastníků uvedla užívání extraktů konopí, aby omezili množství užívaného konopí. Extrakt buď přidávali do konopí nebo ho kouřili samotný.

Uživatelé, kteří konzumovali konopí ve formě jídla, udávali jako nejdůležitější znát svou dávku, aby nedošlo k předávkování. Shodují se, že lepší je nekonzumovat jídlo z konopí vyráběné doma, ale to vyráběné pro lékařské účely, kde je na obalu uveden obsah účinných látek. Dále doporučovali počkat 30 min až 2 hodiny po užití, než se dostaví účinky.

Někteří uživatelé uvádějí jako důležité si zvolit vhodný druh (indica vs. sativa)/model (obsah THC) konopí. Vybírají takový, který jim nejlépe vyhovuje vzhledem k tomu, jakých účinků chtějí dosáhnout, nebo naopak jakým účinkům se chtějí vyhnout. Respondenti udávají, že konopí druhu sativa je lepší užívat během dne a pokud chcete užívat pro zlepšení nálady a energii, druh konopí indica naopak večer a pokud chcete relaxovat, pro její spíše sedativní účinky.

Aby respondenti předešli nechtěným dopadům na psychické zdraví a vyhnuli se pocitům úzkosti a paranoi, kterou velké procento z nich uvádělo po užití konopí, dávají přednost užívání doma nebo na známých místech, vyhýbají se naopak místům, kde se shromažďují velké počty lidí nebo na místech, na kterých by se museli obávat, že někdo pozná, že jsou pod vlivem konopí např. v práci. Také se vyhýbají užívání v přítomnosti cizích lidí. Někteří také uvádějí, že neužívají, pokud se cítí depresivně, aby se vyhnuli zhoršení těchto stavů.

Z celého počtu participantů uvedlo pouze pět, že během svého užívání v jistém období ztratili kontrolu. Část uživatelů tak do svého užívání zařazuje období abstinence, aby snížili svou toleranci k účinkům a vyhnuli se případnému abstinenčnímu syndromu. Respondenti také uváděli, aby se vyhnuli rozvoji závislosti, nastavili si pravidla, v jakých určitých situacích budou užívat. Místo denního užívání, užívají v situacích, kdy chtějí relaxovat, pro zlepšení apetitu nebo zvýšení kreativity a také v rámci sebededikace na snížení úzkosti, deprese, stresu a bolesti.

Mezi účastníky byl rozdíl v tom, jak přistupovali k rizikům ve vztahu k právu. Uživatelé, kteří užívali konopí na lékařský předpis, měli minimální nebo žádné obavy z rizik ve vztahu k právu. Uživatelé, kteří užívali konopí jako nelegální drogu, se pak vyhýbali tomu, mít u sebe konopí na veřejných místech nebo nosit u sebe větší množství konopí než je třeba pro jedno užití. Část respondentů z důvodu zlegalizování svého užívání zažádali o lékařský předpis konopí, tím se vyhnuli shánění konopí na nelegálním trhu na ulici, kde jim mimo rizika zatčení hrozilo také riziko přepadení. Další výhodou lékařsky předepisovaného konopí je kontrola jeho kvality a jeho čistota, konopí na ulici může být kontaminované chemikáliemi, plísní, roztoči nebo jinými drogami. Přesto čtvrtina účastníků zatajila své užívání konopí svým lékařům a to z důvodu, aby předešli stigmatizaci a pocitu studu.

Jedním z možných sociálních dopadů užívání může být stigmatizace uživatelů. Velká část uživatelů vnímá, že užívání konopí je stále stigmatizováno, proto téměř polovina z nich nechce, aby se o jejich užívání konopí dozvěděli kolegové v práci, aby se vyhnuli problémům v zaměstnání, anebo rodina, aby se vyhnuli, že budou za své užívání souzeni nebo budou jejich blízcí zklamaní. Proto užívají konopí zásadně doma, po užití si umyjí ruce, použijí kapky do očí, vyčistí si zuby a vezmou žvýkačku a také o užívání konopí s nikým nemluví. Někteří z nich místo kouření užívají konopí ve formě potravin, aby z nich nebylo cítit, zvláště na místech, kde užívání není vhodné, nebo vydechují kouř z okna a zapalují různé vůně na přebytí pachu konopí, několik participantů uvedlo, že kouří v autě. Další strategie, které uživatelé konopí používají, aby jejich užívání nebylo odhaleno, je užívání doma, u přátel nebo na místech venku, kde mohou být sami. Většina respondentů užívá sama nebo se svým partnerem, užívání ve skupině je méně časté. Aby ochránili svou identitu a vyhnuli se stigmatizaci, někteří respondenti upravili své sociální kontakty a okruh lidí, se kterými se stýkají, nejsou tak v kontaktu s lidmi, kteří jejich užívání konopí neschvalovali nebo odsuzovali. Část klientů se pak snažila ospravedlnit své užívání a vysvětlit lidem ve svém okolí,

jaké má konopí účinky a poukázat na jeho bezpečnost ve srovnání s alkoholem nebo jinými nelegálními drogami. U některých uživatelů užívání konopí negativně ovlivnilo jejich intimní vztahy, proto se rozhodli již v začátcích navazování vztahů o svém užívání protějšku říct, část respondentů se však rozhodla své užívání tajit.

Pro většinu respondentů bylo důležité, aby svým užíváním neobtěžovali okolí a osoby, které konopí neužívají, hlavní pro ně byla ohleduplnost, užívání konopí se pro ně proto stalo osobní intimní věcí, kterou dělali v soukromí a také se vyhýbali tomu, aby byli pod vlivem konopí v něčí přítomnosti.

Značná část uživatelů uvádí, že po užití konopí bývají unavení, bez energie, méně produktivní v práci nebo ve škole, užití také ovlivňuje jejich motivaci, aby se tomuto vyhnuli, upravili své vzorce užívání – neužívají před prací, školou nebo když je čekají povinnosti, užívají spíše večer, a když mají hotové veškeré povinnosti

Další studie, ve kterých můžeme najít HR strategie uživatelů konopí, jsou studie kontrolovaného užívání. Kontrolované užívání a HR jsou postupy, které spolu souvisejí a vzájemně se prolínají. Uživatelé, kteří užívají kontrolovaně, používají strategie harm reduction. Uživatelé, kteří používají strategie harm reduction, ale nemusí užívat kontrolovaně, tedy jejich užívání jim může způsobovat problémy ve zdravotní, sociální, ekonomické nebo právní rovině. V rámci konceptu kontrolovaného užívání je důležitá existence pravidel užívání, která si uživatelé nastavují. V těchto pravidlech pak můžeme najít prvky harm reduction a identifikovat harm reduction strategie. Většinou jsou to však pravidla zaměřená převážně na sociální kontext užívání, což pro problematiku HR, která se zaměřuje na všechny oblasti života uživatelů konopí, není dostatečné.

Brochu, Lépine, Patenaude a Erickson (2018) realizovali kvalitativní studii, kde pomocí rozhovorů s 164 respondenty ze 4 největších měst v Kanadě (Vancouver, Toronto, Montreal, and Halifax) zjišťovali prvky jejich kontroly užívání s ohledem na právní a sociální dopady užívání konopí. Respondenti byli pravidelní uživatelé konopí ve věku od 20 do 49 let, 51 % byli muži a 49 % mělo vysokoškolské vzdělání.

Aby se účastníci vyvarovali jak právním, tak sociálním dopadům užívání, vyhýbají se užívání na veřejných místech a užívání na místech, kde je velká koncentrace lidí. Jako strategie jak předejít dopadům na sociální fungování respondenti uváděli, že neužívají na veřejných místech, aby neobtěžovali osoby kolem sebe, neužívají v přítomnosti cizích lidí. Užívají pouze v přítomnosti lidí, se kterými se cítí příjemně a bezpečně. Také neužívají před lidmi, o nichž vědí, že užívání konopí neschvalují, aby se vyvarovali tomu, že je budou soudit. Někteří z uživatelů dávají přednost užití

v soukromí, aby se vyvarovali, že je okolí označí za uživatele a v určitou denní dobu, většinou večer.

Několik uživatelů uvedlo, že se neužívají v přítomnosti rodiny a blízkých, kteří užívání konopí obecně neschvalují a to i v tom případě, že rodina o jejich užívání ví. Respondenti dále uváděli, že neužívají v přítomnosti svých ani jiných dětí a také na místech, kde se děti vyskytují – v parcích, před školou aj., důvod je také to, že nechtějí poškodit jejich zdraví nebo ovlivňovat jejich volbu užívat konopí. Část respondentů neužívá předtím, než mají jít do práce nebo školy, nechtějí být pod vlivem konopí v přítomnosti kolegů nebo nadřízených, aby nepřišli na to, že užívají konopí a nezískali špatnou reputaci, také nechtějí, aby byl ovlivněn jejich výkon a produktivita. Někteří účastníci neužívají, pokud mají plnit povinnosti nebo podat určitý výkon, mentální (ve škole nebo v práci) nebo sexuální, mají se potkat s novými lidmi aj. Část účastníků také udává, že neužívají konopí, pokud jsou pod vlivem negativních emocí jako vztek nebo smutek, aby předešli prohloubení těchto stavů.

Cohen, Hendrien a Kaal (2001) provedli výzkum, ve kterém zkoumali drogové kariéry zkušených uživatelů konopí ve třech městech – Amsterdamu, San Francisku a Brémách, v rámci výzkumu kontrolovaného užívání uživatelů konopí se také zabývali pravidly, která mají pro své užívání nastavená. Právě tato pravidla obsahují harm reduction strategie, díky kterým uživatelé konopí kontrolují své užívání. Ve všech třech městech bylo pro uživatele nejdůležitějším pravidlem neužívat v práci a ve škole, s tím souviselo pravidlo neužívat během dne a ráno, kdy respondenti museli plnit své povinnosti. V San Francisku bylo druhé nejdůležitější pravidlo neužívat v přítomnosti dětí a poté během řízení motorových vozidel.

Další strategie, které respondenti ve všech městech uváděli, byly:

- neužívají v přítomnosti rodiny,
- neužívají příliš často,
- užívají pouze, pokud nemají povinnosti,
- neužívají, pokud musejí mít „čistou hlavu“,
- neužívají na veřejnosti,
- neužívají v kombinaci s alkoholem,
- užívají pouze s přáteli nebo partnerem.

Respondenti také udávali, že neužívají v určitých situacích, kdy by jim to nebylo příjemné nebo by to nebylo vhodné, tyto situace byly:

- v přítomnosti dětí,
- na veřejných místech,
- v přítomnosti lidí, které neznají nebo se s nimi necítí příjemně,
- když jdou ven s přáteli,
- v přítomnosti neuživatelů nebo lidí, kteří užívání konopí neschvalují,
- když jdou sportovat.

Dále se uživatelé vyhýbali užívání, pokud cítili negativní emoce, nejvíce z nich uvádělo, že neužívají, pokud cítí následující emoce a pocity: deprese, smutek, strach, úzkost, nervozita, vztek.

Aby někteří účastníci přešli ekonomickým dopadům, mají nastavený měsíční limit, kolik za nákup konopí utratí peněz, tento limit mělo nastaveno 31 % uživatelů z Amsterdamu, 41 % ze San Franciska a 22 % z Brém.

6 Výzkumný problém

Jak už víme z předchozího textu, konopí je v České republice nejčastěji užívanou nelegální drogou. Užívá ho přibližně 1,78 milionů lidí a to převážně mladí lidé ve věku 15-34 let (Mravčík et al., 2020). Právě užívání v mladém věku, ale také pravidelné a intenzivní užívání velkého množství konopí bývá spojováno s negativními dopady na zdraví a život uživatelů. Výzkumy ukázaly, že aby se uživatelé těmto negativním důsledkům užívání vyvarovali, osvojili si postupy a chování, kterými své užívání kontrolují. Nejlepší možností, jak se vyhnout negativním dopadům je neužívat, abstinence však pro uživatele konopí často není preferovanou možností.

Na základě předchozích výzkumů známe jednotlivé HR strategie, méně je však prozkoumán relativní výskyt těchto strategií, nevíme, jaká část uživatelů konopí strategie HR používá, zejména v českém prostředí. Za tímto účelem vznikl výzkum v rámci této diplomové práce, aby doplnil chybějící data problematiky harm reduction uživatelů konopí.

7 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zjistit, zda a jaké strategie harm reduction používají uživatelé konopných drog.

Výzkumné otázky jsou:

- Jaká jsou vzorce užívání u uživatelů konopí?
- Jaké harm reduction strategie ve vztahu ke zdravotním dopadům uživatelé konopných drog používají?
- Jaké harm reduction strategie ve vztahu k ostatním (nezdravotním) možným dopadům uživatelé konopných drog používají?
- Jak uživatelé konopných drog vnímají své užívání vzhledem k přístupu harm reduction?

V rámci této diplomové práce se jedná o mapující výzkum, jehož cílem je popsat jev – chování uživatelů konopí ve vztahu k používání harm reduction strategií.

Vzhledem k tomu nebude použito statistické testování, proto nebyly stanoveny hypotézy, které by byly následně ověřovány.

8 Metodologický rámec

Vzhledem k povaze zkoumaných fenoménů, kdy z předchozích výzkumů jsou známy dílčí jevy - jednotlivé strategie harm reduction užívání konopných drog, jde v rámci této práce o zjištění relativní četnosti těchto jevů, byl zvolen kvantitativní design výzkumu.

8.1 Metody získávání dat

Jako metoda získávání dat bylo použito dotazníkové šetření, které umožňuje sesbírat velké množství dat za krátký časový úsek, bez vynaložení větších finančních prostředků. Aby bylo možné dotazník dostat k co možná největšímu počtu potenciálních účastníků, byla zvolena online forma dotazování.

Odkaz na dotazník byl zveřejněn na internetu prostřednictvím 2 informačních kanálů: sociálních sítí a diskuzních fór. V případě sociálních sítí se jednalo o Facebook a Nyx, kde byl dotazník zveřejněn pod osobním profilem autorky práce a bylo dále využito sdílení dotazníku dalšími osobami - přáteli autorky a následně jejich přáteli. V rámci diskuzních fór byl dotazník zveřejněn spolu s výzvou o vyplnění na fóru určenému pro uživatele konopí www.grower.cz a www.free-grower.cz, poté také na obecných diskuzních fórech www.zpovednice.cz a sver.cz, kde bylo možné nalézt skupiny zaměřené na užívání návykových látek.

8.1.1 Dotazník

Dotazník byl vytvořen prostřednictvím nástroje Formuláře Google. Celkem obsahoval 41 otázek, otázky s možností výběru jedné odpovědi, otázky s možností výběru více možných odpovědí a posuzovací škály (čtyř- a pětistupňové). Součástí byla

také otevřená otázka, kde měli respondenti možnost doplnit strategie, který nebyly uvedeny, na konci dotazníku měli respondenti možnost připsat poznámky k tématu harm reduction užívání konopí. Žádná z otázek nebyla povinná, respondenti mohli jako odpověď zaškrtnout možnost jiné/nechci uvádět nebo nevím/nedokážu posoudit.

V úvodu dotazníku jsou informace o účelu studie, její anonymitě, způsobu nakládání se získanými daty, předpokládaná doba vyplnění a kontakty na autorku. Dotazník je rozdělen podle zaměření na sedm sekcí, které obsahovaly otázky s následujícím zaměřením:

- sociodemografické charakteristiky respondentů - pohlaví, věk, bydliště, vzdělání, ekonomický status,
- užívání návykových látek – rozděleno do 6 kategorií, užívání tabáku, alkoholu, léků na předpis, stimulantů, opioidů, halucinogenů + tanečních drogy,
- vzorce užívání konopí – věk 1. užití, počet užití za život, prevalence, frekvence užívání, formy a typy konopí, polyvalentní užívání, kariéry užívání konopí (tato otázka vycházela z typů kariéry uživatelů konopí, které popsal Cohen a Kaal v roce 2001)
- kouření konopí – formy kouření, obsah tabáku a konopí, množství konopí,
- strategie snižování možných negativních dopadů užívání konopí – konkrétní strategie užívané uživateli na minimalizaci zdravotních, sociálních a právních dopadů užívání,
- vnímání rizik spojených s užíváním konopí – informovanost o HR, využívání HR, důslednost v HR.

Tyto sekce byly zvoleny tak, pokryly všechny dílčí oblasti problematiky harm reduction u uživatelů konopí. Struktura dotazníku pak vychází ze stanovených výzkumných otázek.

8.2 Metody zpracování a analýzy dat

Získaná data byla částečně zpracována již systémem Formuláře Google, byla exportována ve formě datové matice v programu MS Excel. V tomto programu také probíhalo zpracování a vlastní analýza dat. Jako nástroj pro zpracování dat byla použita

kontingenční tabulka, výsledná data byla poté pro přehlednost uspořádána do tabulek a grafů (výsečové a sloupcové). Výsledky jsou prezentovány ve formě popisné statistiky.

8.3 Základní soubor

Základní soubor tvořili lidé žijící na území ČR, kteří měli v posledních 12 měsících alespoň jednu zkušenost s užitím konopných látek. Toto kritérium bylo zvoleno, aby získaná data byla aktuální a co nejvíce přesná (aby nedošlo ke zkreslení, pokud by respondenti vypovídali o událostech starých několik let). Věkový limit nebyl stanoven. Přestože je užívání drog u osob mladších 18 let eticky citlivé téma, jsou tato data důležitá pro pochopení, jakým způsobem užívá konopí právě tato věková skupina uživatelů konopí, u nichž může jejich užívání spíše způsobit negativní dopady zejména ve vztahu ke zdraví. Na základě získaných dat pak bude možné vyhodnotit, jakým způsobem by měli k této věkové skupině, ale také obecně k uživatelům konopí, přistupovat adiktologické služby.

Následující charakteristika vychází z dat NMS, která jsou uvedena ve *Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2019*, podle které byly konopné drogy nejčastěji užitou nelegální drogou v roce 2019, užilo ji 25,9 % osob ve věkové kategorii 15–64 let tedy cca 1,78 milionu osob (Mravčík et al., 2020). Výskyt užívání konopných látek v této věkové kategorii je vysoký i v posledních 12 měsících - 9,4 % osob (646 tisíc osob) a posledních 30 dnů - 2,6 % (179 tisíc osob).

Prevalence užívání konopných drog je ve všech kategoriích (celoživotní, v posledních 12 měsících, v posledních 30 dnech) nejvyšší ve věkové skupině 15-34 let. V této věkové kategorii tvoří celoživotní prevalence 38,6 %, užití konopných látek v posledních 12 měsících 17,8 % a posledních 30 dnech 5,3 %. Užívání v posledních 12 měsících bylo nejčastější mezi nejmladší věkovou kategorií 15–24 let a to 27,6 %.

Ve všech kategoriích i vzhledem k věku byla prevalence užívání vyšší u mužů. U celoživotní prevalence ve věkové skupině 15-34 let tvořili muži 33,7 % a ženy 18,2 %, v posledních 12 měsících užilo konopí 14,6 % mužů a 4,2 % žen, v posledních 30 dnech pak bylo 3,9 % mužů a 1,2 % žen.

8.4 Výzkumný soubor

Vzhledem k tomu, že populace uživatelů konopných drog je skrytou populací, neznáme její přesné parametry a velikost (pracujeme pouze s odhady), je náročné dosáhnout reprezentativnosti výběrové souboru. Proto v rámci této diplomové práce nebyl stanoven požadavek na stanovení reprezentativity. Jako metoda výběru respondentů byl zvolen samovýběr. Tato metoda unožuje zachování anonymity respondentů, a zároveň je vhodná pro oslovení skryté populace uživatelů.

Pro účely diplomové práce byl stanoven cíl minimálně 100 respondentů, který se povedlo naplnit – celkem se studie účastnilo 125 osob.

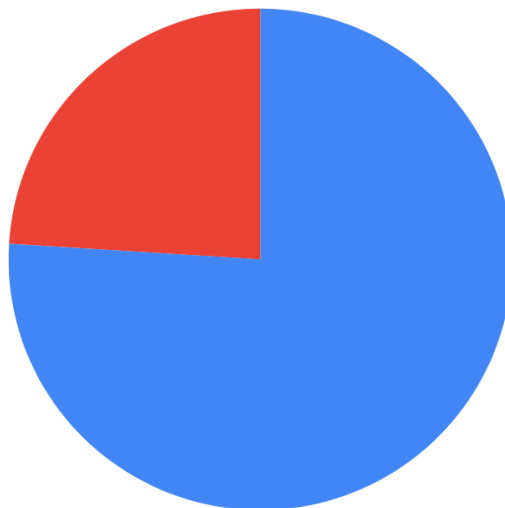
8.4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem 125 respondentů (n=125), převažovali muži (obdobně jako v prevalenčních studiích NMS), kteří představovali tři čtvrtiny výzkumného souboru. Přesný počet a procentuální zastoupení mužů a žen ukazuje *Graf č. 7*.

Graf č. 7: Zastoupení mužů a žen

Pohlaví

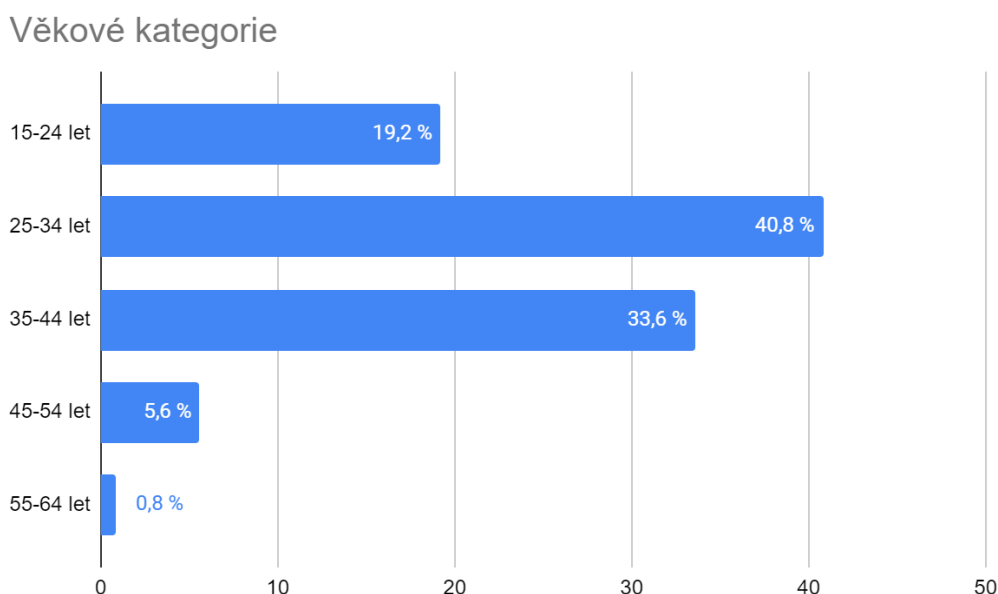
- Muži 76 % (95)
- Ženy 24 % (30)



Největší zastoupení měla věková kategorie 25-34 let, do které spadalo celkem 51 respondentů, následovala skupina 35-44 let (42 osob) a poté skupina 15-24 let (24),

věkový průměr výzkumného souboru je 32,5 let (vyšší v porovnání s prevalenčními výzkumy). Celkový počet respondentů v jednotlivých věkových kategoriích uvádí *Graf č. 8*, průměrný věk mužů a žen, a další údaje ohledně věku respondentů najdeme přehledně v *Tabulce č. 1*.

Graf č. 8: Věkové složení výzkumného souboru v %

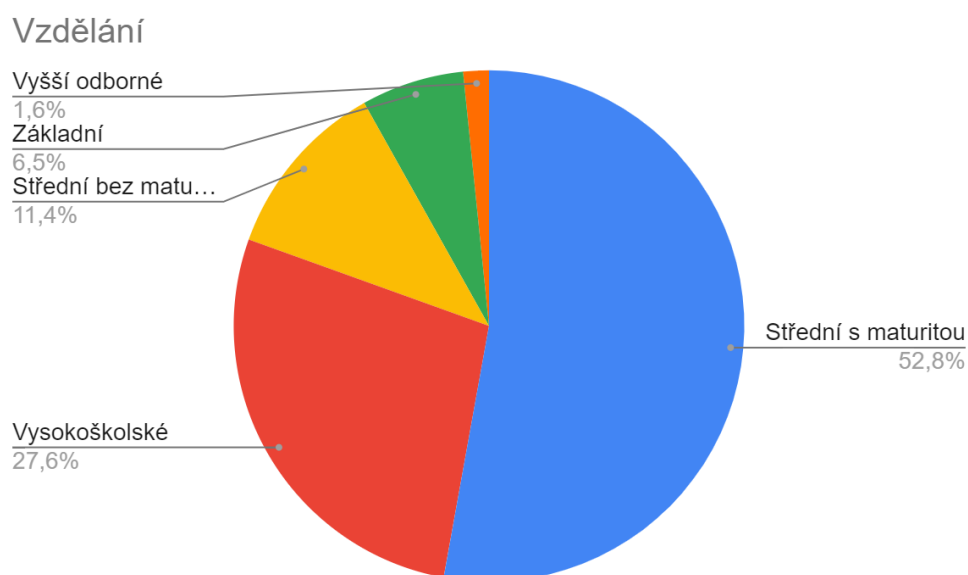


Tabulka č. 1: Věkové složení výzkumného souboru

Pohlaví	Průměrný věk	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum	Medián
Muži	33,7	7,3	18	50	34
Ženy	28,4	9,2	18	56	26
Celkem	32,5	8,1	18	56	32

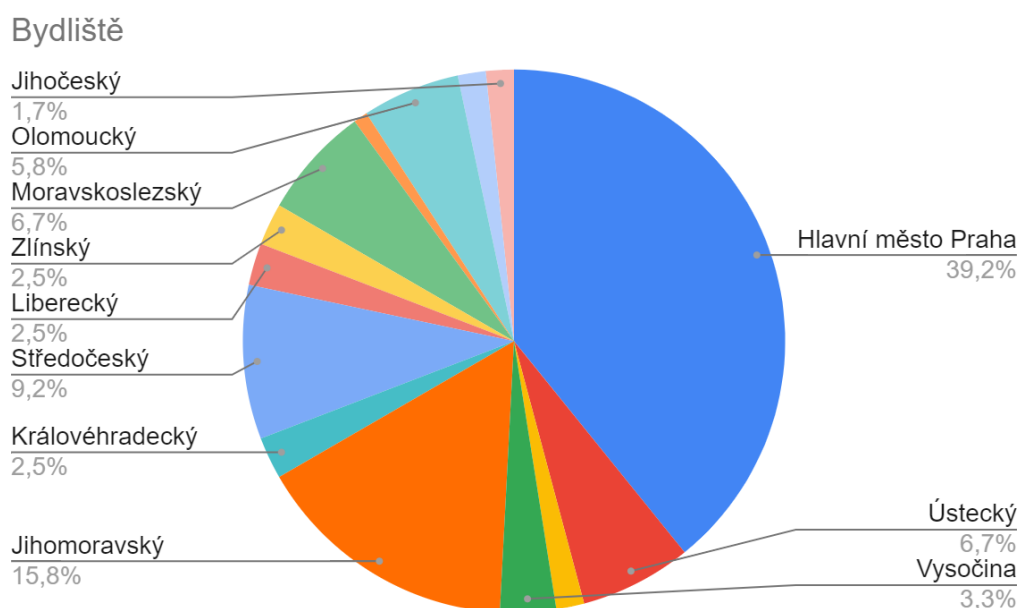
Většina respondentů má středoškolské vzdělání, z nich více jak polovina uvádí středoškolské s maturitou, přes čtvrtinu účastníků pak udává vzdělání vysokoškolské. Konkrétní procentuální zastoupení jednotlivých stupňů vzdělání nalezneme v *Grafu č. 9*.

Graf č. 9: Vzdělání v %



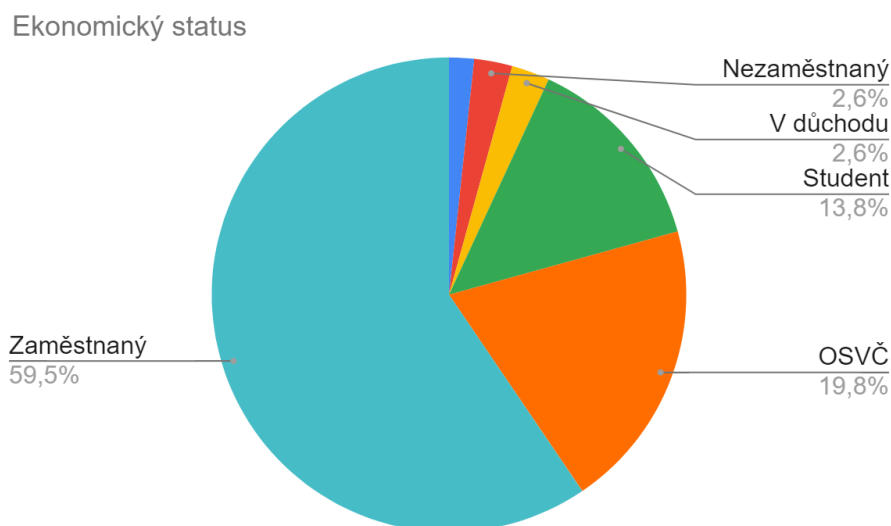
Největší zastoupení účastníků studie má hlavní město Praha, ze kterého pochází 39 % osob, poté následuje Jihomoravský kraj s 16 %, z těchto dvou krajů tak pochází více jak polovina účastníků, druhou polovinu tvoří ostatních 12 krajů, přesné procentuální zastoupení respondentů z jednotlivých krajů ukazuje Graf č. 10.

Graf č. 10: Místní příslušnost podle krajů v %



Status zaměstnance má největší část z respondentů – 59,5 % (69 osob), 19,8 % (23 osob) se pak řadí mezi OSVČ a 13,8 % (16 osob) jsou studenti. Dále respondenti uváděli, že pobírají starobní důchod (3 osoby), jsou na rodičovské dovolené (2 osoby) a bez zaměstnání (3 osoby). Souhrn ekonomického statusu pak najdeme v *Grafu č. 11*.

Graf č. 11: Ekonomický status respondentů v %



Z hlediska užívání jiných nelegálních návykových látek než konopných drog nebyly sledovány prevalence užívání konkrétních substancí, ale skupiny látek – léky na předpis, stimulantia, opioidy, halucinogeny a taneční drogy. Sledována byla také prevalence užívání tabáku a alkoholu, jejichž užívání spolu s konopím udávají statistiky nejčastěji.

U tabáku a alkoholu můžeme pozorovat vysokou prevalenci užití v posledních 30 dnech. Účastníci studie uvádějí užití tabáku v posledních 30 dnech v 59 %, užití alkoholu v posledních 30 dnech v 75 %.

Léky na předpis jsou míněny léky se sedativním a hypnotickým účinkem, léky s obsahem opioidů, anxiolytika a antidepresiva. Celoživotní prevalence je u respondentů 26,4 %, užití v posledních 12 měsících 9,6 % a v posledních 30 dnech pak činí 10,4 %.

Prevalence užívání stimulantů je u respondentů vysoká, celoživotní prevalence činí 32,8 %, v posledních 12 měsících 16 % a v posledních 30 dnech také 16 %. Respondenti udávali vyšší celoživotní prevalenci a to 18,4 %, užití v posledních 12 měsících uvádí 3,2 % a v posledních 30 dnech pak 4,8 % respondentů. Sledováno bylo

také užívání halucinogenů a tanečních drog, vzhledem k tomu, že dvě skupiny látek byly sledovány v rámci jedné kategorie, bude míra jejich užívání mezi respondenty vyšší. Také u této kategorie můžeme vidět vysokou prevalenci užití, někdy v životě užilo halucinogeny nebo taneční drogy 33,6 % respondentů, v posledních 12 měsících 24 % a v posledních 30 dnech 16 % osob. Celkový přehled užívání jednotlivých skupin návykových látek u respondentů této studie najdeme přehledně v *Grafu č. 12*.

Graf č. 12: Prevalence užívání návykových látek v %



9 Etické aspekty

V průběhu studie bylo postupováno tak, aby byly dodrženy etické zásady a principy uplatňované ve výzkumu fenoménů spojených s užíváním návykových látek. Užívání návykových látek je často spojeno s porušováním platných zákonů, proto byla důsledně zachována anonymita respondentů.

V rámci online dotazníkového šetření nebyly zaznamenávány IP adresy ani emailové adresy, nebyly v jeho rámci zjišťovány žádné informace, které by mohly vést k identifikaci respondentů. Získané informace sloužily pouze k výzkumným účelům, nebyly předány jiným osobám nebo institucím. Nebyly na jejich základě publikovány žádné výsledky na individuální úrovni, pouze souhrnná data. Účast ve studii byla bez nároku na honorář a zcela dobrovolná, respondenti ji mohli kdykoli ukončit.

Respondenti byli v úvodu dotazníku informováni o účelu a cíli výzkumu, o anonymitě a dobrovolnosti účasti ve výzkum. Součástí dotazníku byl informovaný souhlas, kde byly znovu uvedeny všechny tyto informace, souhlas bylo nutné potvrdit, bez něho nebylo možné ve vyplňování dotazníku pokračovat. Naopak žádná z otázek dotazníku nebyla povinná, respondenti ji mohli nechat nevyplněnou nebo zvolit možnost nevím/nechci uvádět.

10 Výsledky

10.1 Vzorce užívání

V této kapitole jsou prezentovány výsledky, které se váží k první výzkumné otázce: *Jaké jsou vzorce užívání u uživatelů konopí?* Pro sběr dat a získání informací o vzorcích užívání uživatelů konopí byla vytvořena sekce v dotazníku *Vzorce užívání konopí*.

Průměrný věk prvního užití konopí byl u respondentů 16,5 let, nejnižší věk užití konopí poprvé byl 11 let, nejvyšší naopak až v 45 letech. Pokud bychom se podívali na věk prvního užití vzhledem k pohlaví, muži uváděli častěji nižší věk než ženy. Ženy udávaly vyšší věk prvního užití a to v průměru 18,5 let. Celkový přehled i rozdíl mezi pohlavími ukazuje *Tabulka č. 2*.

Tabulka č. 2: Věk prvního užití konopí

Pohlaví	Průměr	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum	Medián
Muž	15,9	2,9	11	34	15
Žena	18,5	5,7	14	45	17
Celkem	16,5	4,0	11	45	16

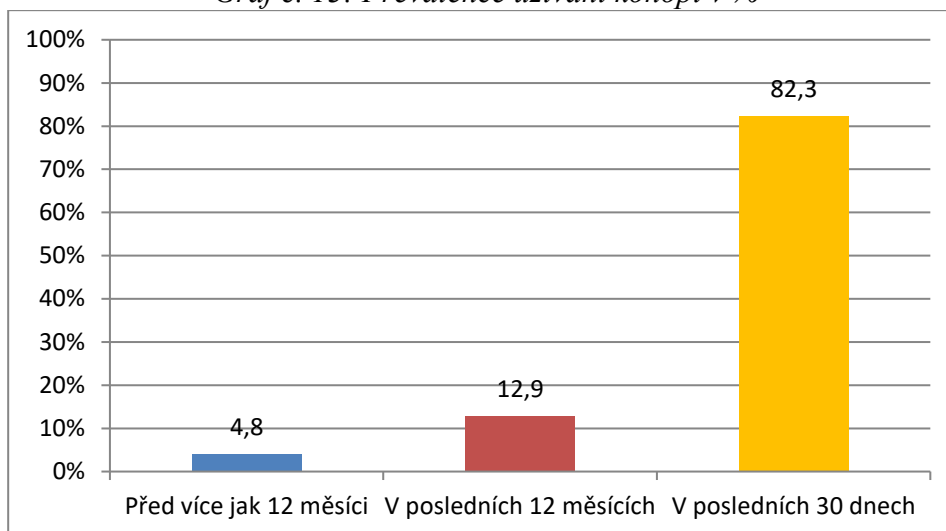
Součástí dotazníku byla otázka na počet užití konopí za život, kde respondenti měli uvést svůj odhad, jedno užití odpovídalo jednomu vykouřenému jointu/dýmce, nebo jednomu použití vaporizéru. Průměrný počet užití činí 4702, pokud se na data díváme z hlediska pohlaví, muži udávali významně vyšší množství užití a to 5525, ženy udávaly průměrný počet užití 1985. Konkrétní hodnoty a rozdíl mezi muži a ženami ukazuje *Tabulka č. 3*.

Tabulka č. 3: Počet užití konopí v životě

Pohlaví	Průměr	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum	Medián
Muž	5524,8	7686,6	4	40000	2800
Žena	1984,5	7228,7	5	35000	200
Celkem	4702,3	7694,5	4	40000	1368

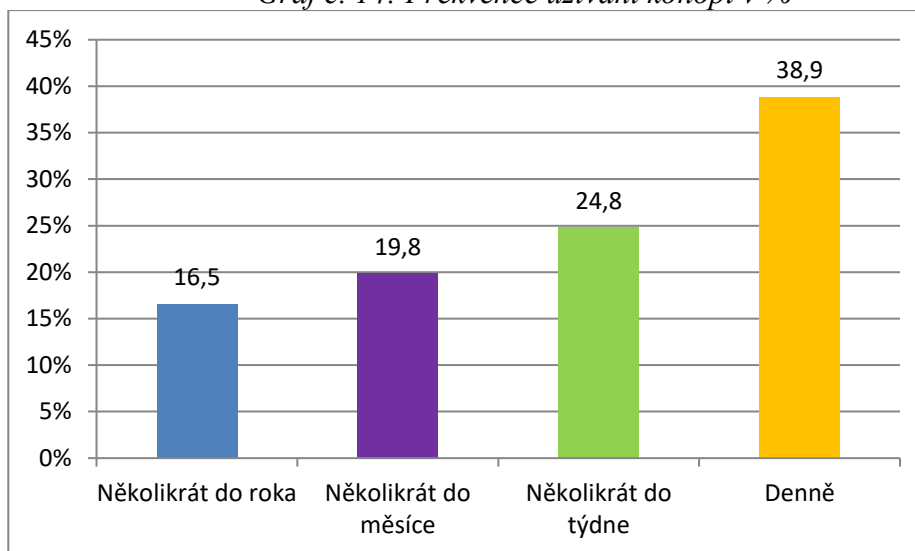
Prevalence užívání konopí je nejvyšší v kategorii užívání v posledních 30 dnech, kdy ji uvedlo 82 % respondentů, jak uvádí *Graf č. 13*.

Graf č. 13: Prevalence užívání konopí v %



Frekvence užívání byla u respondentů nejčastěji udávána denní a to u 38,9 % uživatelů. Že se jedná o pravidelné uživatele konopí, ukazuje také údaj o frekvenci užívání několikrát do týdne, kterou uvádí 24,8 % respondentů. Ve výzkumném souboru jsou také zastoupeni příležitostní uživatelé konopí, frekvenci užití několikrát do měsíce uvádí 19,8 % respondentů, užití několikrát do roka pak 16,5 % osob. Přehled nabízí Graf č. 14.

Graf č. 14: Frekvence užívání konopí v %



Uživatelé v rámci dotazníku odpovídali, kolik jointů/dýmek vykouří nebo kolikrát použijí vaporizér. Respondenti v průměru udávali 3 užití při jedné příležitosti,

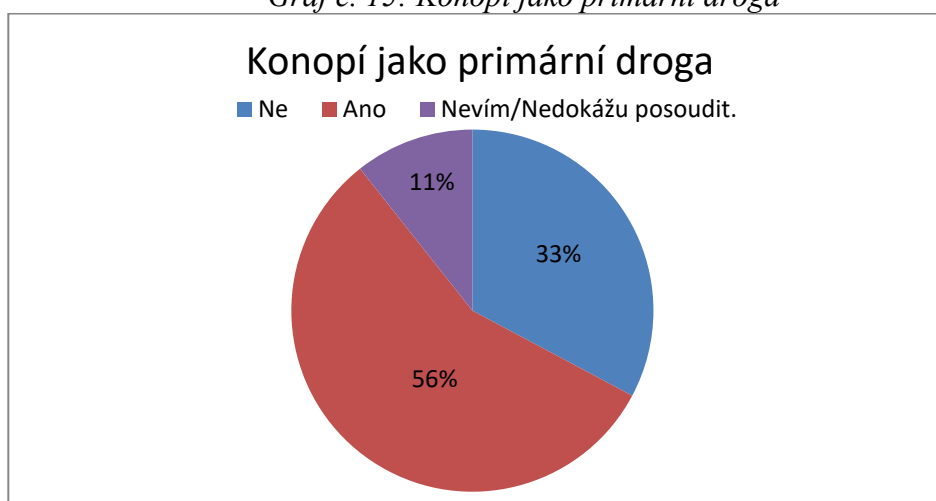
respondenti z řad intenzivních uživatelů však uváděli také 6 nebo 10 užití při jedné příležitosti. Souhrn ukazuje *Tabulka č. 4*.

Tabulka č. 4: Počet užití konopí při jedné příležitosti

	Průměr	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum	Medián
Počet užití/příležitost	3,2	9,1	1	10	2

Součástí dotazů na vzorce užívání byla také otázka, zda respondenti považují konopí za svou primární drogu. Jak ukazuje *Graf č. 15*, celkem 56 % respondentů považuje konopí za svou primární drogu, 33 % konopí za svou primární drogu nepovažuje a 11 % účastníků zaškrtno odpověď nevím.

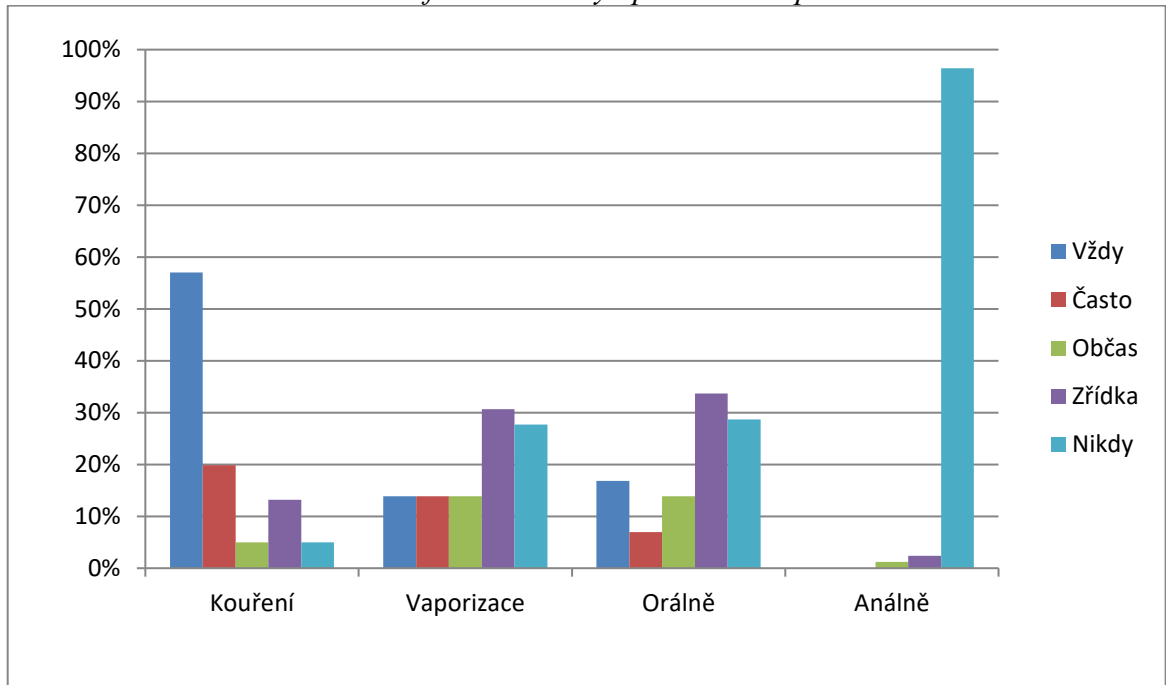
Graf č. 15: Konopí jako primární droga



Nejčastější formou aplikace konopí bylo kouření, používá ji 95 % respondentů, z toho 57 % používá výhradně tuto formu aplikace. Jsou však i uživatelé, pro které je kouření okrajová forma užívání konopí, 13 % uživatelů kouří konopí pouze zřídka a 5 % konopí nekouří. Také vaporizaci využívá vysoký počet respondentů a to 72 %, z toho 14 % používá výhradně tuto formu aplikace a 14 % ji využívá většinou, současně 28 % účastníků tuto aplikaci využívá pouze zřídka nebo vůbec. Orální aplikace je spíše doplňkovou formou, 17 % respondentů využívá výhradně aplikaci per os, 34 % respondentů pouze zřídka a 29 % ji nepoužívá nikdy. Anální aplikace není respondenty

využívaná, pouze 1 % ji využívá občas a 2 zřídka. Jaké formy aplikace uživatelé používají, ukazuje *Graf č. 16*.

Graf č. 16: Formy aplikace konopí

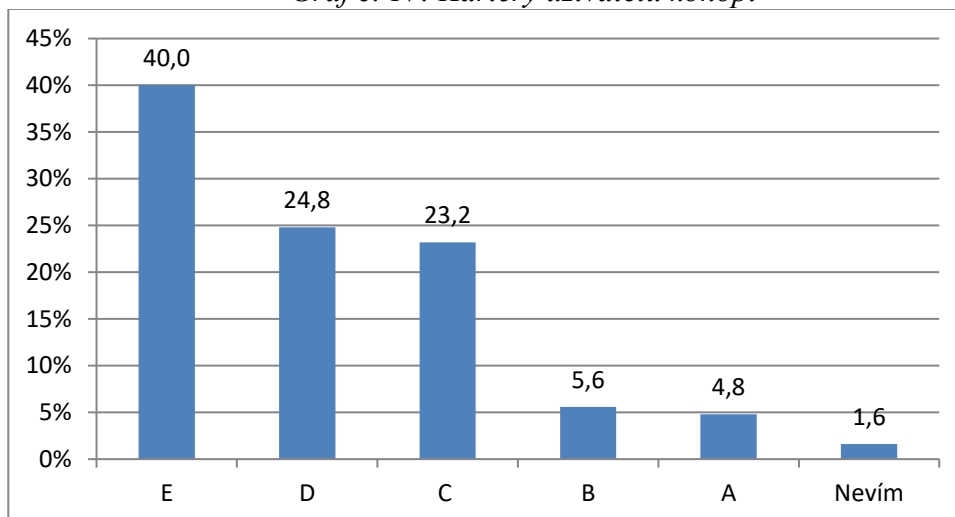


Do dotazníku byla zařazena otázka, jak by sami uživatelé popsali své užívání vzhledem k užívanému množství konopí. K tomuto účelu byla vytvořena schémata (*Příloha č. 1*), které znázorňovala průběh užívání konopí v čase. Tato schémata byla následující:

- A - postupné navýšení užívaného množství,
- B - nejdříve velké užívané množství, postupně méně,
- C - stabilní užívané množství,
- D - zvyšující se užívané množství, které dosáhlo vrcholu a poté se snižovalo,
- E - proměnlivé užívané množství.

Nejvíce respondentů by svoji kariéru užívání konopí popsalo schématem E a to 40 %, další byla nejvíce zastoupena schémata C s 25 % a D s 23 %. Konkrétní zastoupení všech schémat ukazuje *Graf č. 17*.

Graf č. 17: Kariéry uživatelů konopí



Následující *Tabulka č. 5* nám ukazuje kolik v průměru uživatelé utratí peněz za nákup konopí za jeden kalendářní měsíc nebo jaké jsou jejich náklady na pěstování konopí rozpočítané na jeden měsíc. Respondenti uváděli velmi rozdílné částky od desítek korun po desítky tisíc, v průměru utratí uživatel za konopí za jeden kalendářní měsíc 1182 Kč.

Tabulka č. 5: Náklady za konopí za jeden kalendářní měsíc

	Průměr	Směrodatná odchylna	Minimum	Maximum	Medián
Finance/měsíc	1182	2098,5	0	16000	500

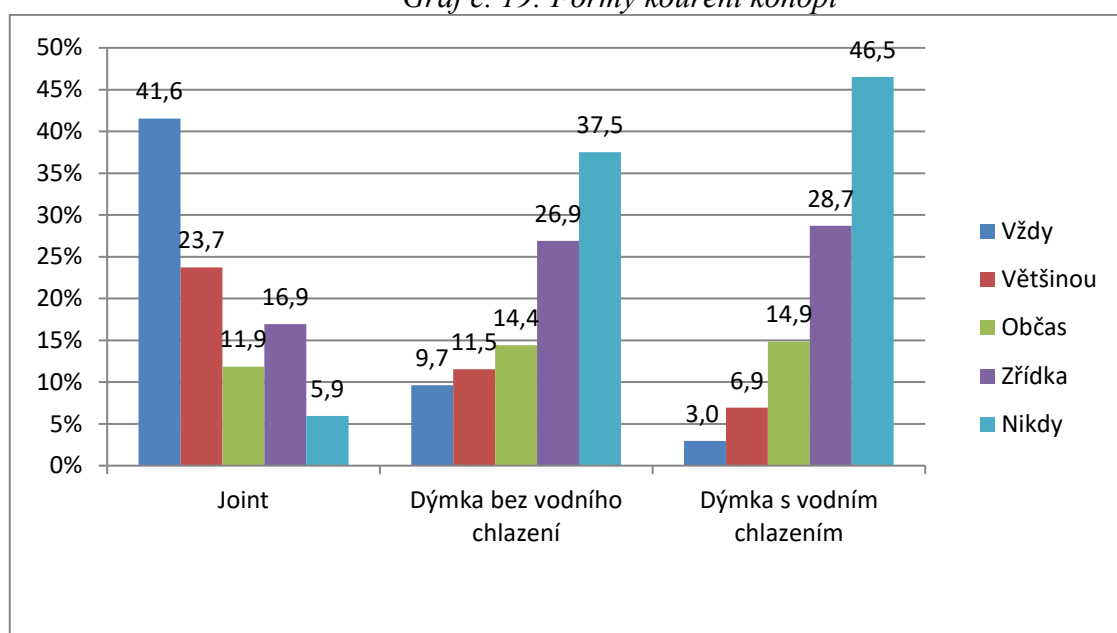
Jak znázorňuje *Graf č. 18*, téměř tři čtvrtiny respondentů ví, jaký model/odrůdu konopí užívá.

Graf č. 18: Užívaný druh/typ konopí



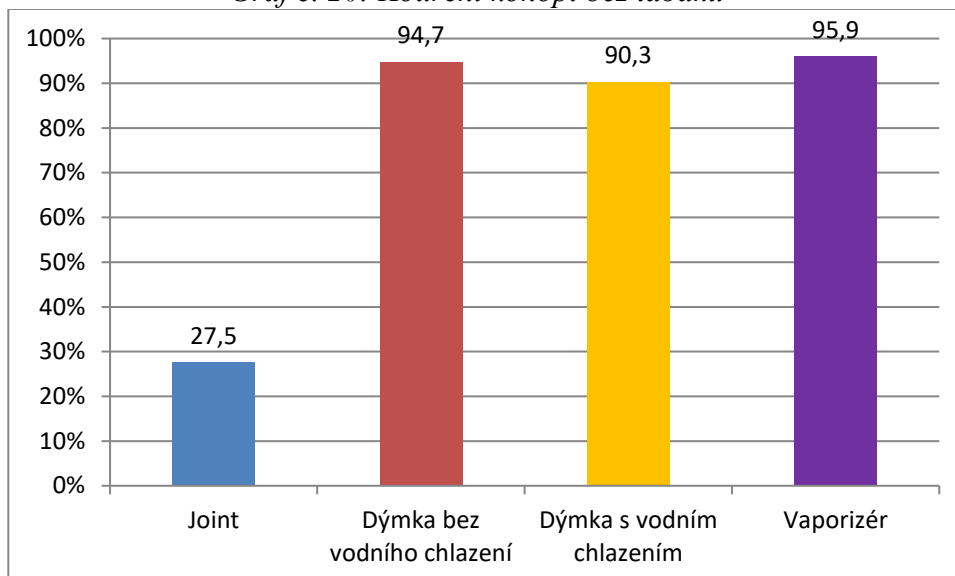
Nejužívanější formou užívání konopí je kouření tzv. jointů, používá ji 94 % uživatelů, jako svou výhradní formu užívání ji pak uvádí 42 % respondentů, uživatelé ji však často doplňují o kouření dýmek a to bez nebo s vodním chlazením. Použití dýmek však není uživateli preferováno, jejich používání při každém užití konopí uvádí 7 % respondentů, použití vodních dýmek pak 3 %. Současně vysoké procento uživatelů dýmky nepoužívá vůbec, konkrétně 38% a 47 %, zřídka je pak používá 27% a 29 %. Konkrétní procentuální zastoupení používání jednotlivých forem kouření konopí najdeme v *Grafu č. 19*.

Graf č. 19: Formy kouření konopí



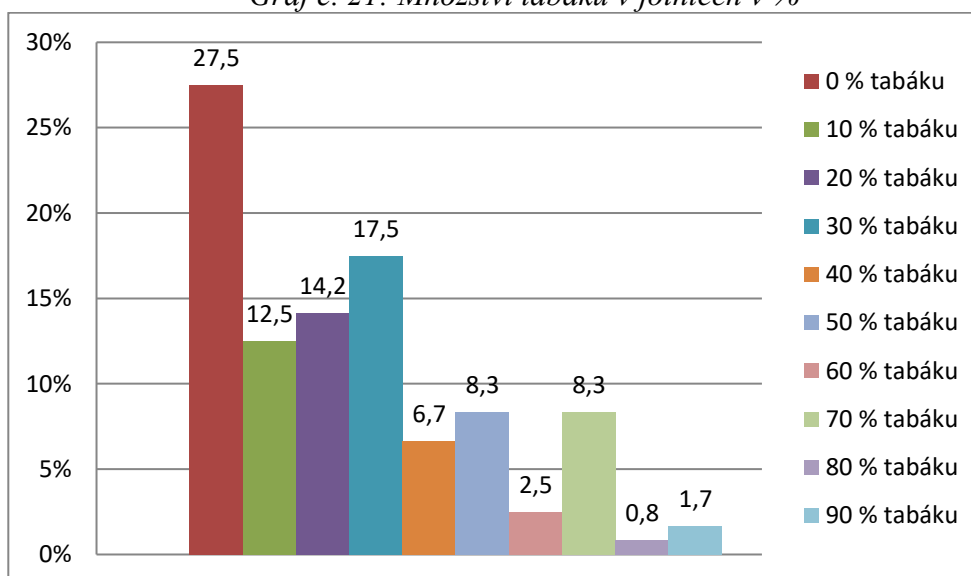
Užívání konopí s tabákem u jednotlivých forem kouření ukazuje *Graf č. 20*. U kuřáků jointů kouří konopí spolu s tabákem 27,5 % uživatelů, u kuřáků dýmek bez vodního chlazení 94,7 % respondentů, u dýmek s vodním chlazením pak 90,3 %. Největší množství respondentů 95,9 % pak udává užívání konopí bez tabáku u vaporizace.

Graf č. 20: Kouření konopí bez tabáku



Množství tabáku přidávané ke konopí kuřáky jointů udává *Graf č. 21*. Většina uživatelů přidává do marihuanových cigaret do 30 % tabáku. Jsou však také uživatelé, u kterých množství tabáku převládá nad množstvím konopí, u 8 % respondentů tvoří tabák 50 % a taktéž u 8 % tvoří tabák dokonce 70 %.

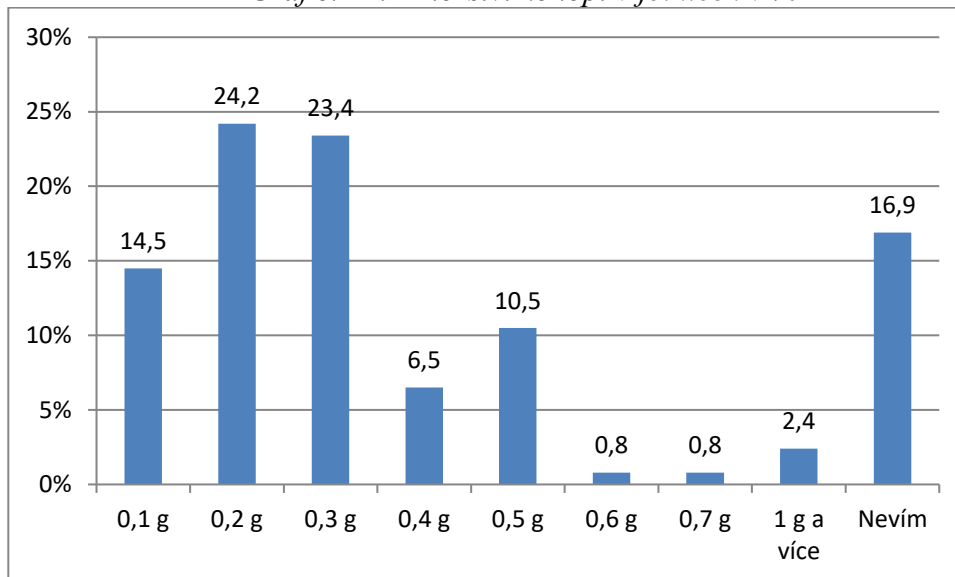
Graf č. 21: Množství tabáku v jointech v %



V rámci vzorců užívání bylo také sledováno, jaké množství konopí uživatelé užívají v marihuanových cigaretách. Nejobvyklejší množství bylo 0,2 g a 0,3 g konopí, toto množství udává 24 % respektive 23 % respondentů, poté 0,1 g, které do jointů dává 15 % uživatelů. Poměrně velké množství 0,5 g užívá v jointech 11 % uživatelů.

Část uživatelů, konkrétně 17 %, nemá přehled, kolik konopí do jointů dává. Přehled množství konopí v marihuanových cigaretách můžeme vidět v *Grafu č. 22*.

Graf č. 22: Množství konopí v jointech v %



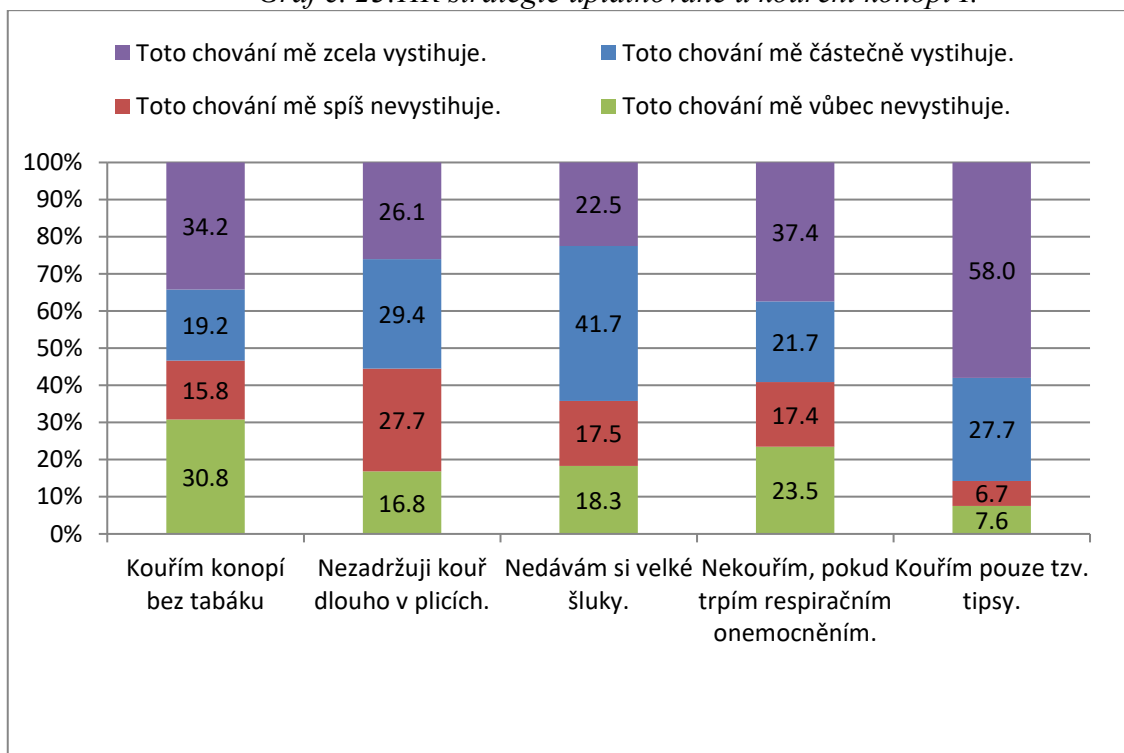
10.2 Harm reduction strategie uživatelů konopí

10.2.1 Strategie zaměřené na minimalizaci zdravotních dopadů

V této kapitole budou představeny výsledky, které vycházejí z výzkumné otázky *Jaké harm reduction strategie ve vztahu ke zdravotním dopadům uživatelé konopných drog používají?*. Každá ze strategií je hodnocena na čtyřstupňové škále. Respondenti mohli vybírat u každé strategie z těchto možností: toto chování mě zcela, toto chování mě částečně vystihuje, toto chování mě spíš nevystihuje, toto chování mě vůbec nevystihuje.

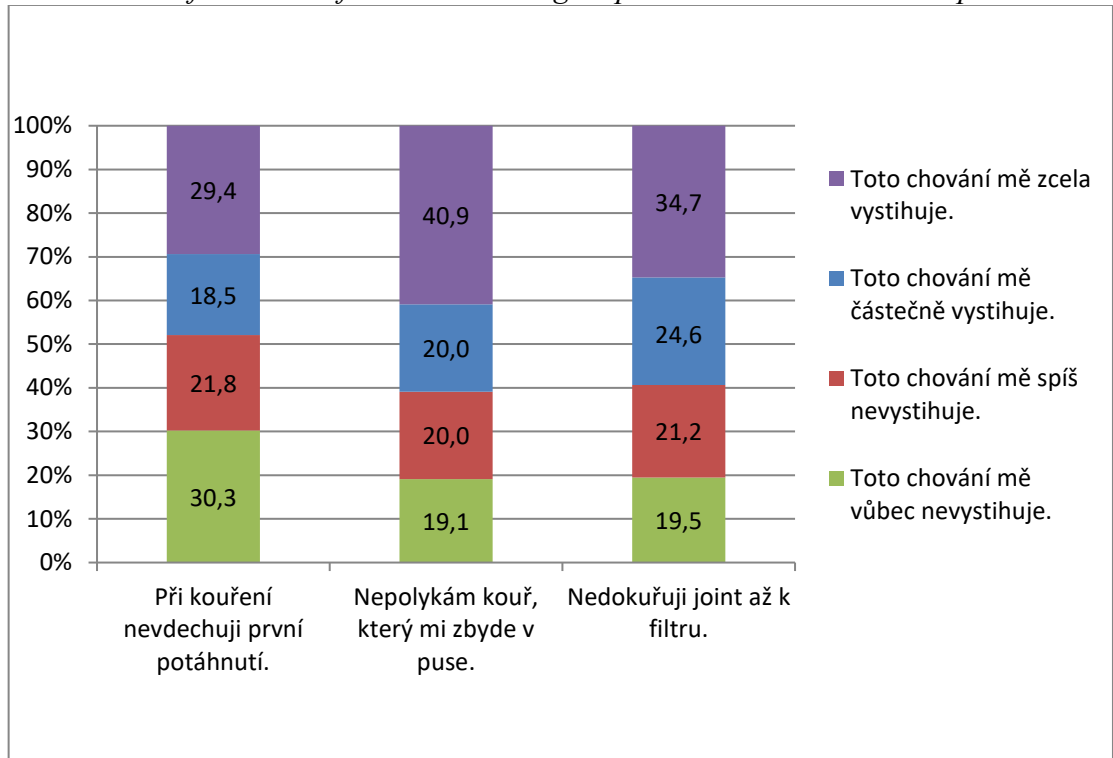
Následující *Graf č. 23* představuje HR strategie uživatelů konopí vzhledem k užívání konopí formou kouření. Jak uvidíme v následném textu, nejvíce strategií se zaměřuje právě na HR kouření konopí. U strategie kouření konopí bez tabáku je poměr uživatelů, kteří ji používají a kteří ne téměř vyrovnaný. Přes polovinu (55,5 %) respondentů nezadržuje při kouření konopí kouř v plicích, 64 % respondentů nevdechuje velké množství kouře. Většina uživatelů (86 %) pak konopí před kouřením očistí, aby nespalovali nadbytečné množství rostlinného materiálu.

Graf č. 23: HR strategie uplatňované u kouření konopí I.



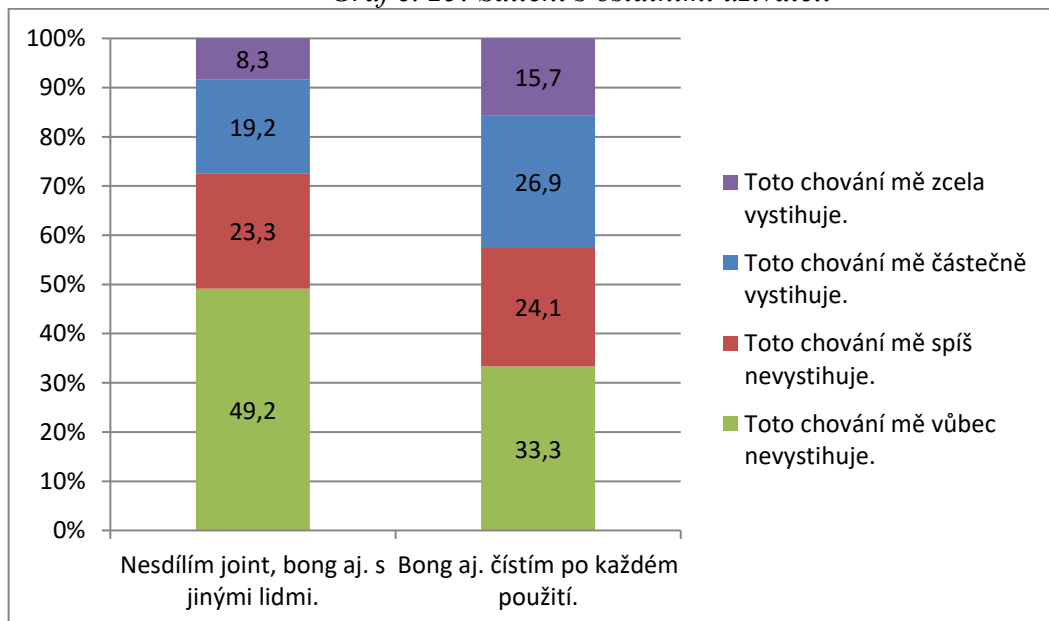
Další strategie, které uživatelé uplatňují u kouření konopí, shrnuje *Graf č. 24*. Aby se někteří uživatelé vyhnuli vdechování toxických látek při zapalování jointu zápalkami nebo zapalovačem, případně při spalování přebytku papírku na konci jointu. Tuto strategii využívá necelá polovina (47,9 %) respondentů. Ze stejného důvodu, tedy aby nevdechovali zbytečné množství škodlivých látek, které se hromadí především v posledních milimetrech jointu před filtrem, více jak polovina (59 %) uživatelů nedokuřuje joint až do konce. V případě, že si uživatel potáhne příliš velké množství kouře, který mu zbyde v ústech (toto je typické spíš pro nezkušené kuřáky), nepolyká přebytečný kouř 60 % uživatelů.

Graf č. 24: Graf č. 23: HR strategie uplatňované u kouření konopí II.



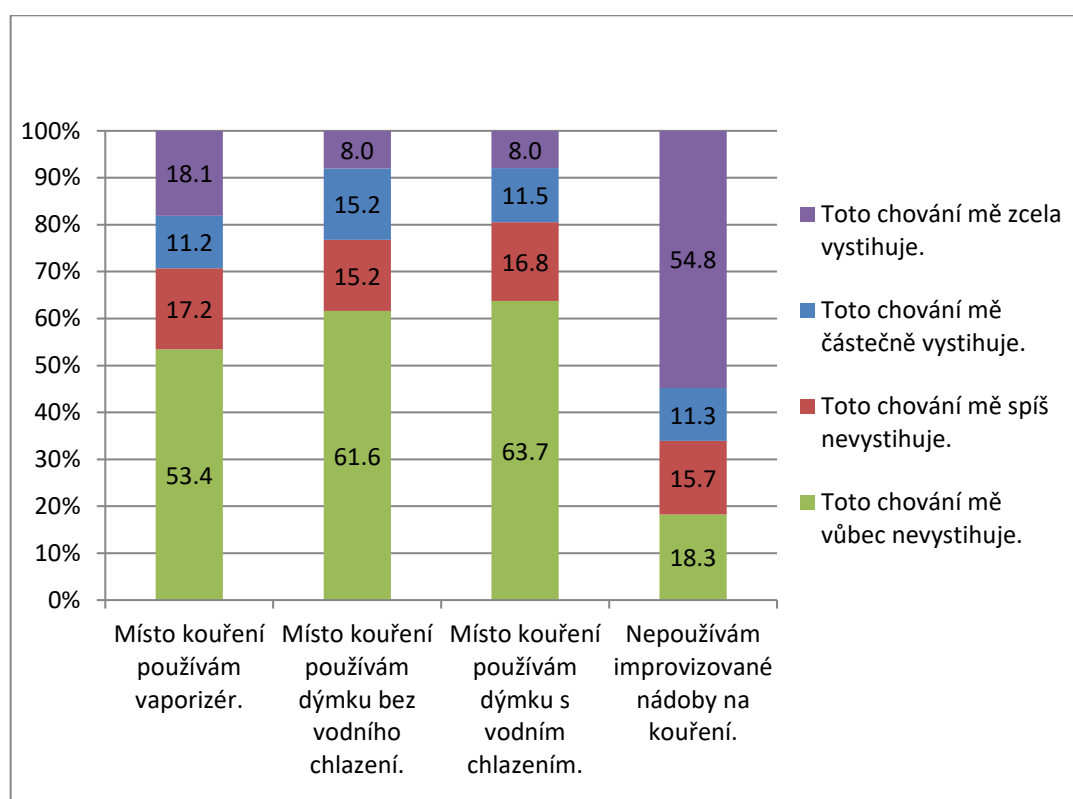
Sdílení jointu (bongů/dýmek) je mezi uživateli běžnou praxí, přesto vzhledem k HR je dobré se tomuto chování vyhnout z důvodu přenosu bakterií, virů a jiných onemocnění, přesto tuto strategii využívá pouze 27,5 % respondentů. Ze stejného důvodu by se měli také čistit pomůcky pro užívání (bong/dýmka), po užití paraferniálie čistí 42,6 % respondentů. Přesná procenta u jednotlivých odpovědí ukazuje Graf č. 25.

Graf č. 25: Sdílení s ostatními uživateli



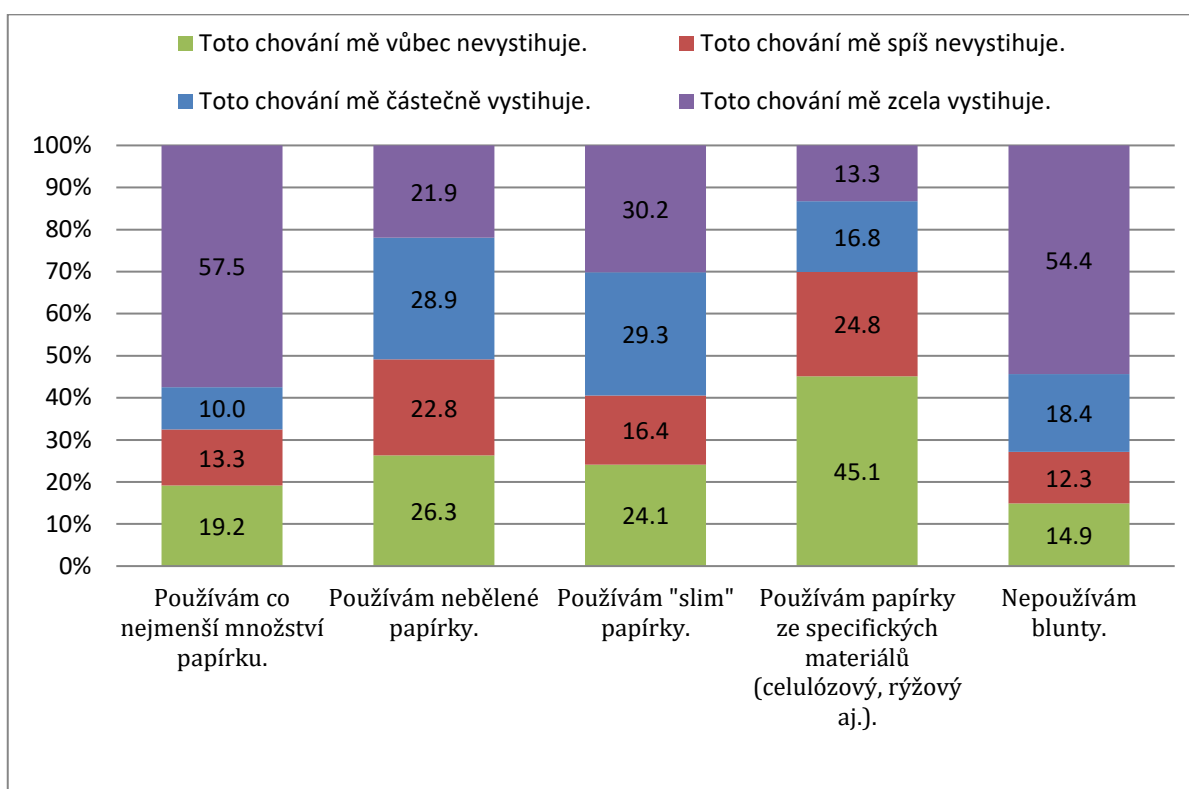
Některé výzkumy HR u uživatelů konopí uvádějí, že jako HR strategii část uživatelé používají kouření dýmek bez/s vodního místo jointů. V tomto výzkumu nahrazuje kouření marihuanových cigaret dýmkami 23,2 %, respektive 19,5 % respondentů. Použití vaporizéru jako bezpečnější formy aplikace konopí udává téměř třetina (29,3 %) uživatelů. Improvizované nádoby (často z nevhodných materiálů, které při kouření uvolňují toxické látky) na kouření konopí nepoužívá 66 % respondentů. Přesná čísla najdeme v *Grafu č. 26*.

Graf č. 26: Pomůcky pro kouření konopí



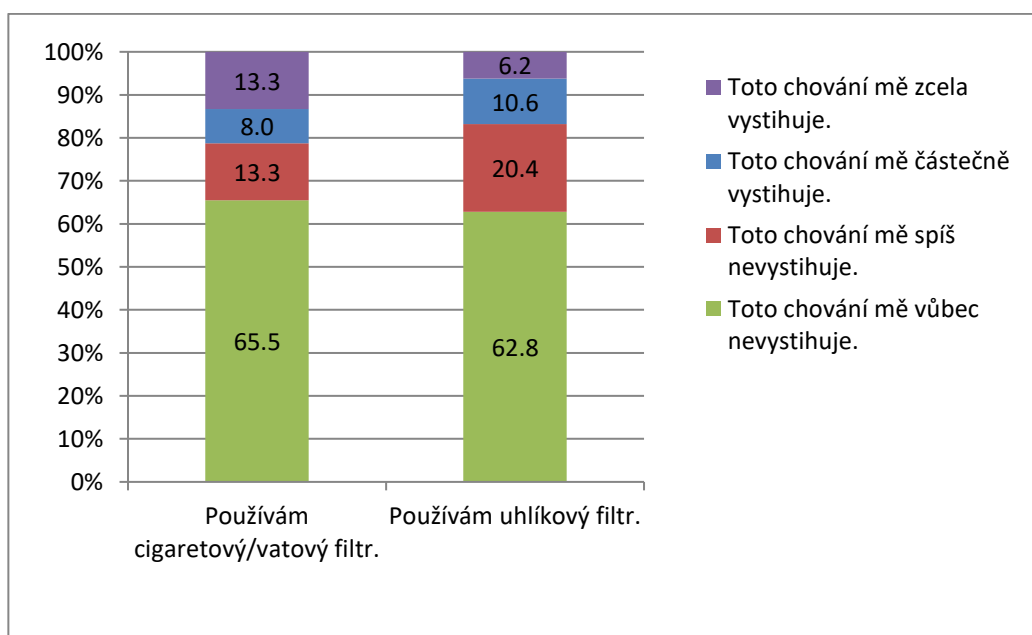
Někteří uživatelé dávají při balení marihuanových cigaret přednost určitým typům papírků, ať už vzhledem k jejich materiálům, rozměrům nebo přidaným látkám. Respondenti v tomto výzkumu se zaměřují především na to, aby používali co nejmenší množství papírku, a to konkrétně 67 % respondentů. Dále uváděli, že užívají „nebělené“ papírky v 50,8 %, „slim“ papírky v 59,5 %, a papírky ze specifických materiálů v 30,1 %. Téměř tři čtvrtiny (72,8 %) respondentů nepoužívá k balení jointů blunty. Konkrétní údaje shrnuje *Graf č. 27*.

Graf č. 27: Papírky používané k balení jointů



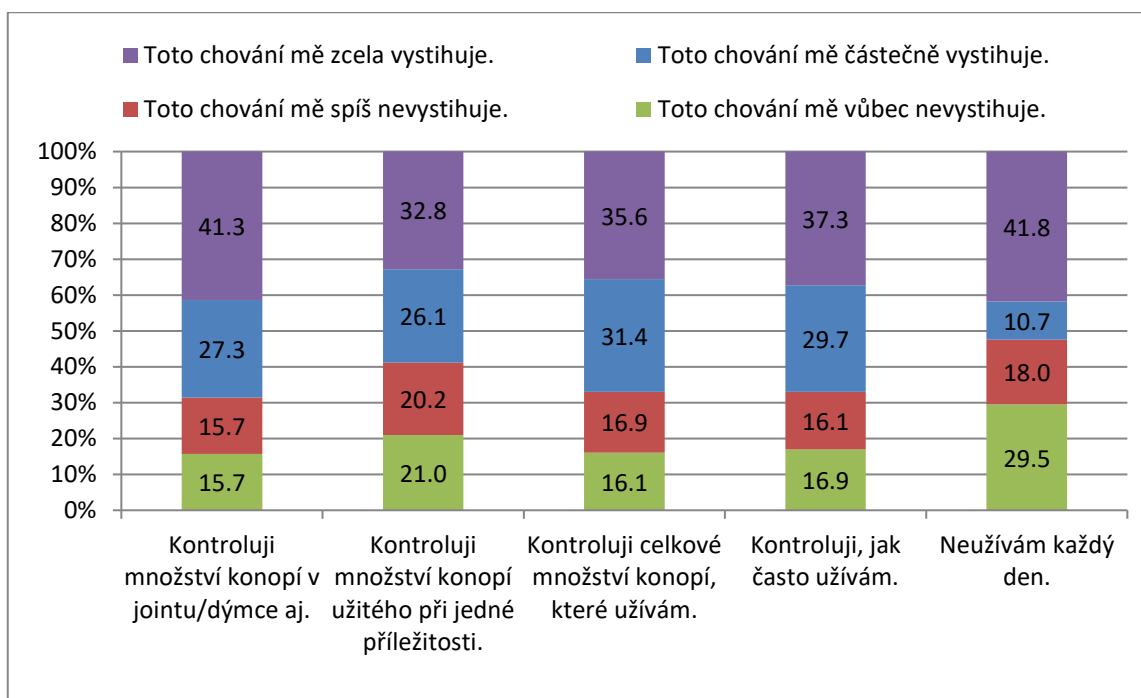
Nejčastěji používají uživatelé konopí papírový/kartonový filtr. Jak ukazuje Graf č. 28, filtry s lepší filtrací škodlivých látek spalování konopí používají uživatelé v malé míře, cigaretové/vatové filtry používá 21,3 %, uhlíkové pak 16,8 % respondentů.

Graf č. 28: Filtry používané v jointech



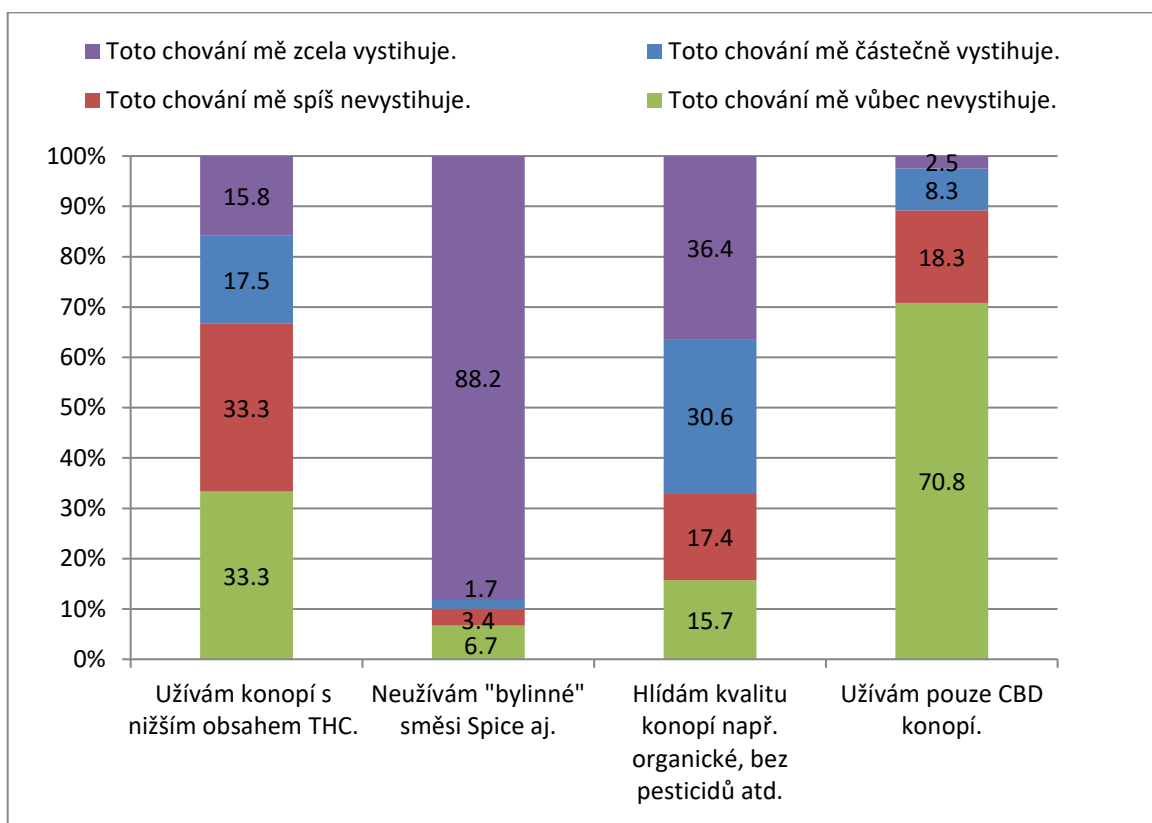
Uživatelé konopí kontrolují množství konopí, které užívají. Přehled o celkovém množství konopí, které užijí má 67 % respondentů. Dále uživatelé kontrolují množství konopí, které dávají do jointů (dýmek atd.) a to 67 % respondentů, množství užití při jedné příležitosti kontroluje 58,9 % respondentů. Uživatelé také kontrolují, jak často konopí užívají, konkrétně 67 % respondentů, 52,5 % uživatelů pak neužívá každý den. Kompletní souhrn udává *Graf č. 29*.

Graf č. 29: Kontrola užívaného množství konopí



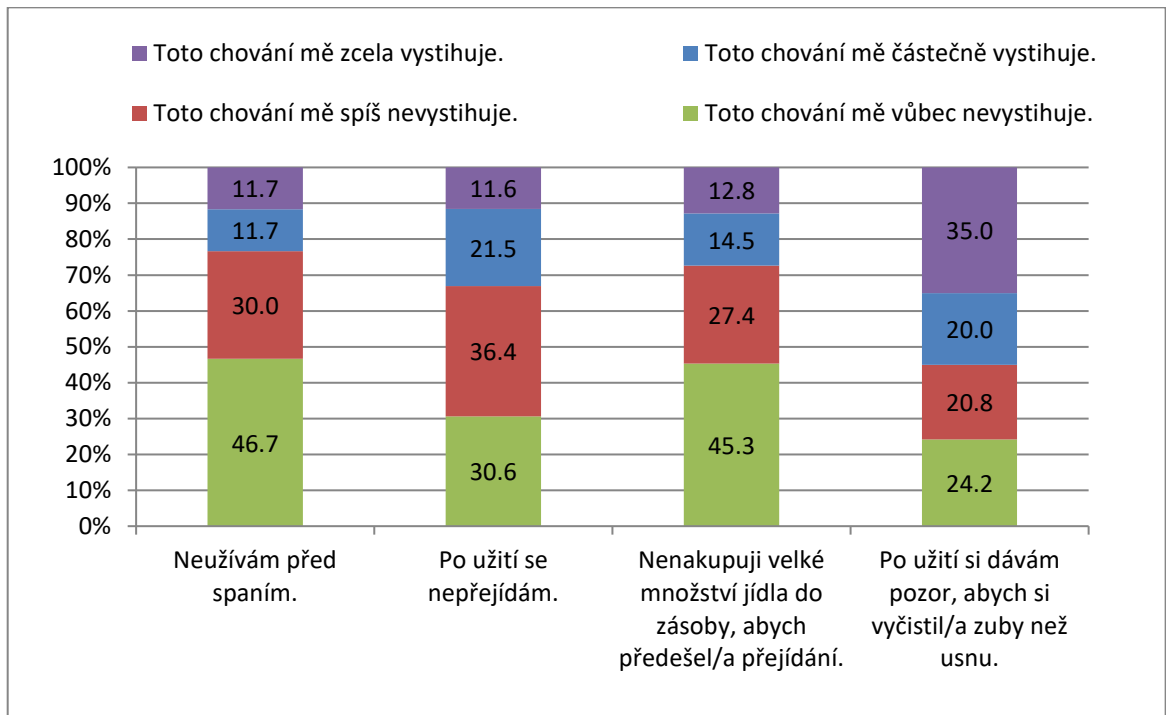
Respondenti také kontrolují kvalitu konopí, které užívají, celkem 67 % uživatelů kontroluje, zda konopí neobsahuje pesticid, hnojiva aj., případně užívá organické konopí. Pro uživatele je také důležité, jak potentní konopí užívají, pouze 33 % respondentů užívá raději konopí s nižším obsahem THC, 10,8 % respondentů užívá pouze tzv. CBD konopí, 92 % respondentů pak neužívá „bylinné“ směsi Spice, K2, které obsahují syntetické kanabinoidy. Přehled odpovědí najdeme v *Grafu č. 30*.

Graf č. 30: Kvalita konopí a obsah účinných látek



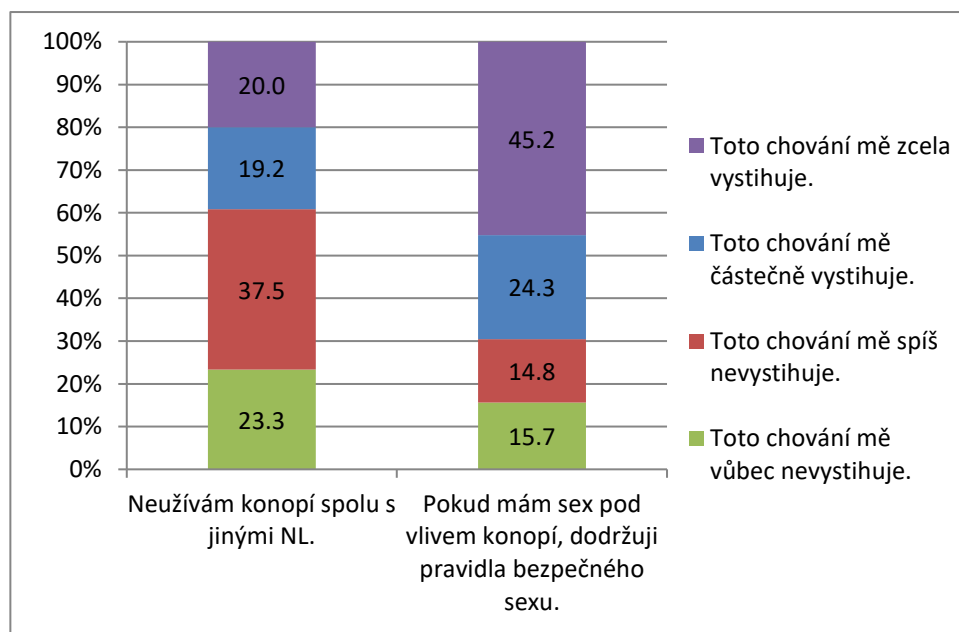
Následující Graf č. 31 udává některé další strategie HR, které uživatelů používají. Před spaním neužívá 23,4 % respondentů, 33 % se snaží po užití vyhnout tzv. munchies, tedy přejídání po užití konopí, aby tomuto uživatelé předešli, 27,3 % nenakupuje před užitím velké množství jídla. Více jak polovina (55 %) respondentů si pak dává pozor, aby si po užití před spánkem vyčistili zuby.

Graf č. 31: HR strategie vzhledem k fyzickému zdraví



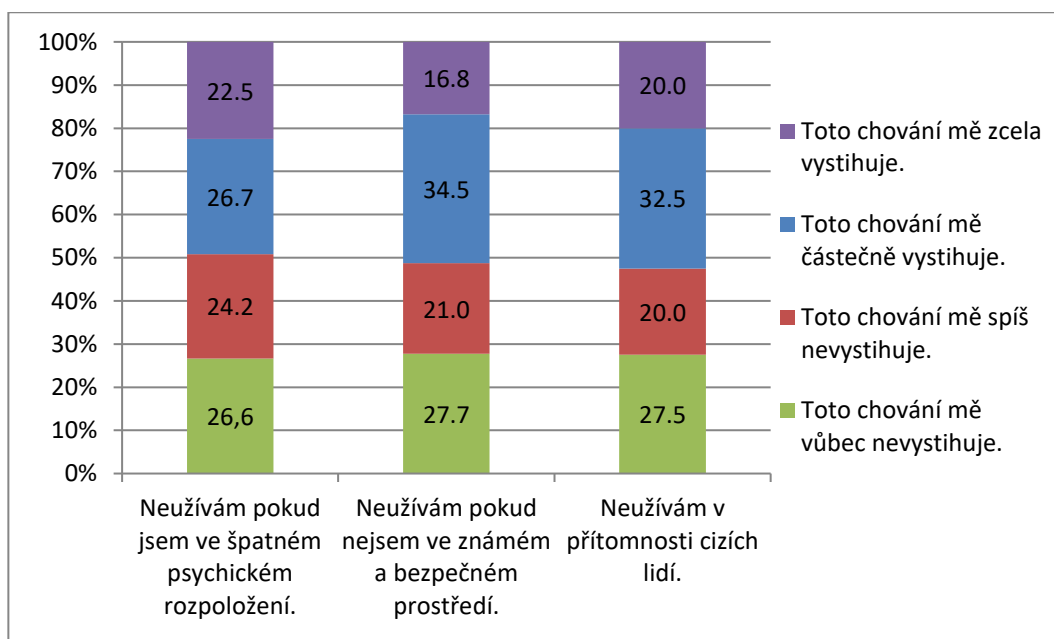
Uživatelé konopí užívají konopí spolu s jinými návykovými látkami, a to až v 60 %, pouze 20 % respondentů neužívá spolu s konopím jiné látky. Velké množství respondentů se však vyhýbá rizikové chování pod vlivem konopí při sexu, 69,5 % z nich dodržuje zásady bezpečného sexu.

Graf č. 32: Rizikové chování



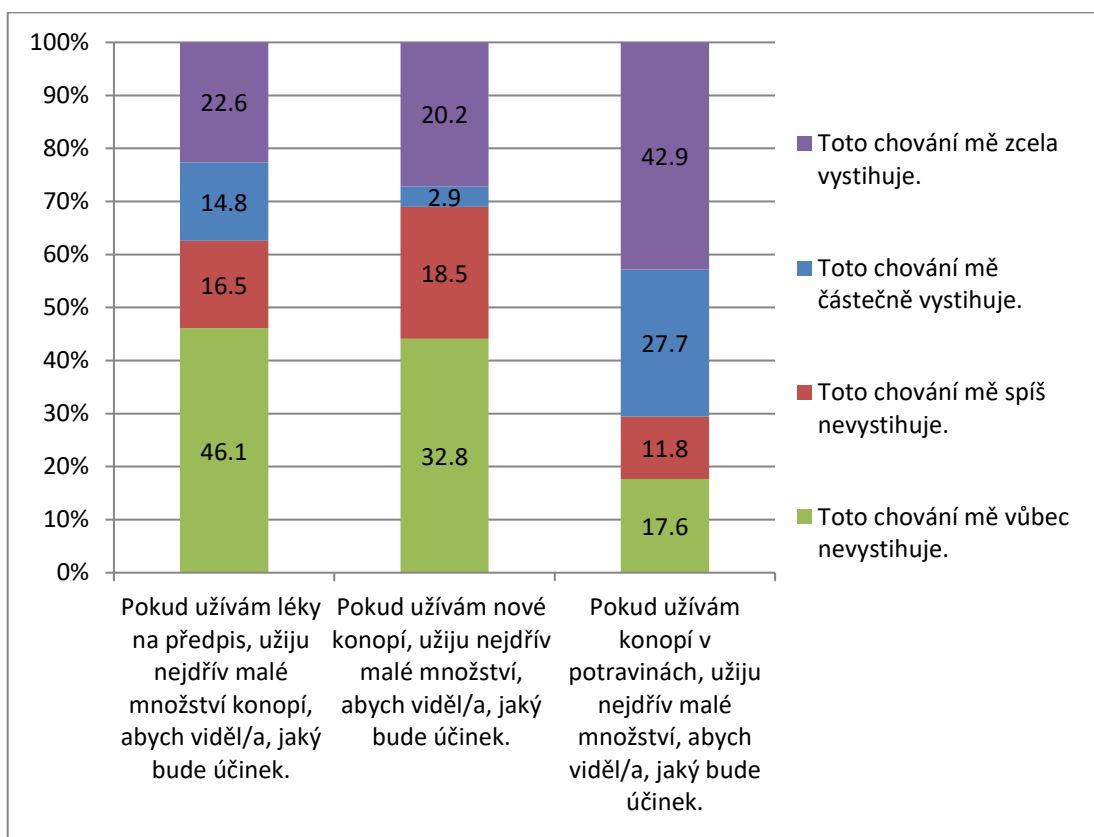
Uživatelé konopí používají také strategie HR zaměřené na psychické zdraví, jak můžeme vidět na *Grafu č. 33*, 49,2 % respondentů neužívá, pokud jsou ve špatném psychickém rozpoložení, naopak pro 50,8 % respondentů emoce jako smutek, vztek nejsou překážka k užívání konopí. Přes polovinu respondentů pak neužívá, pokud nejsou ve známém a bezpečném prostředí (51,3%), a pokud jsou v přítomnosti cizích lidí (52,5%).

Graf č. 33: HR strategie zaměřené na psychické zdraví



Aby se respondenti vyhnuli nečekanému účinku nebo nechtěným interakcím s léky, osvojili si strategie HR, které shrnuje *Graf č. 34*. Pokud užívají léky na lékařský předpis, 37,4 % respondentů užije nejprve malé množství konopí, aby viděli, jaké účinky tato kombinace bude mít. Pokud užívají účastníci nové konopí, 23,1 % z nich užije nejprve menší množství, aby zjistili, jaký na ně bude mít účinek. Při užívání v potravinách 70,6 % uživatelů užije nejdřív malé množství, aby viděli, jak silný bude účinek tohoto množství.

Graf č. 34: Účinek konopí na uživatele

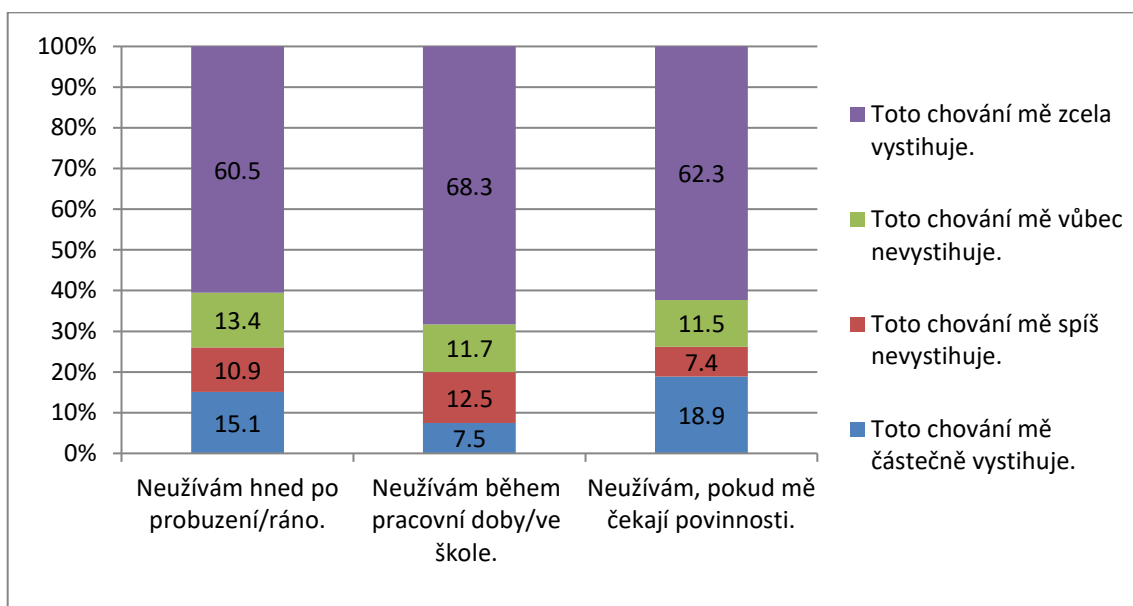


10.2.2 HR strategie zaměřené na ostatní důsledky užívání

V této kapitole budou představeny výsledky spjaté s výzkumnou otázkou *Jaké harm reduction strategie ve vztahu k ostatním (nezdravotním) možným dopadům uživatelé konopných drog používají?*. Jedná se o HR strategie zaměřené na sociální a právní dopady užívání konopí.

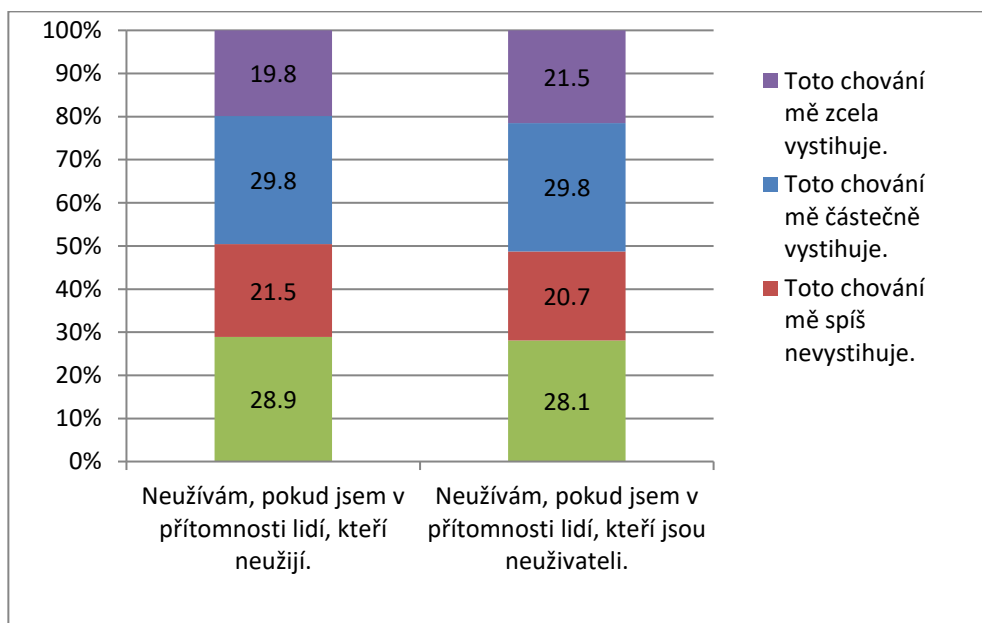
Pro uživatele konopí je důležitý sociální kontext, ve kterém konopí užívají, za jistých situací se užívání raději vyhýbají. Téměř tři čtvrtiny respondentů (73,9 %) neužívá konopí hned po probuzení/ráno, 80 % respondentů neužívá během pracovní doby nebo ve škole, 73,8 % pak neužívá, pokud je čekají povinnosti. Přesná čísla můžeme vidět v *Grafu č. 35*.

Graf č. 35: HR strategie ve vztahu k sociálnímu kontextu



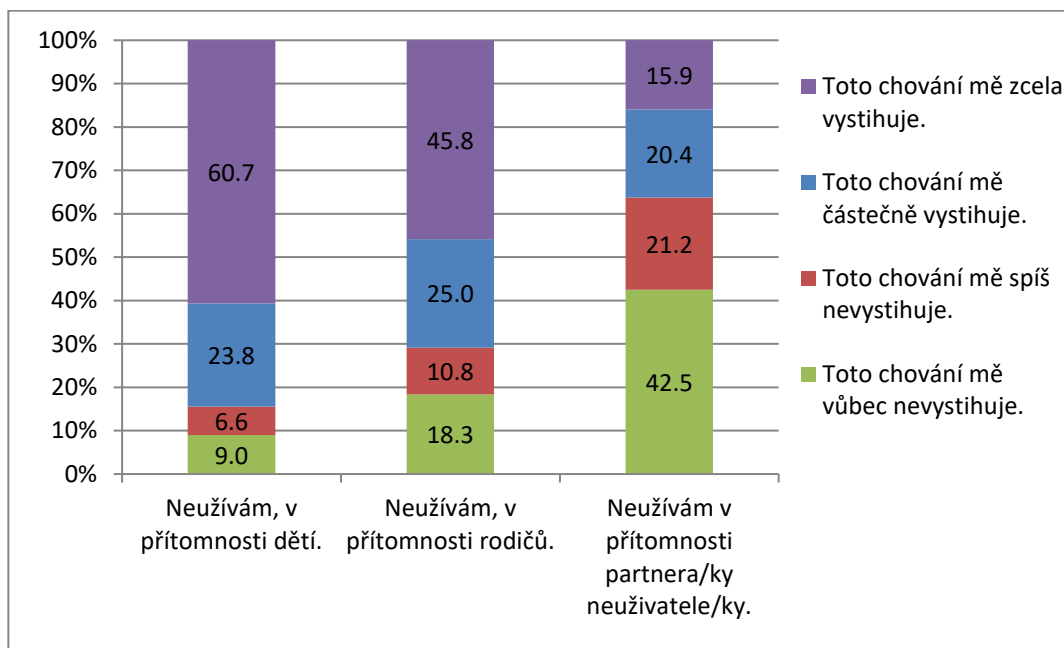
Většina uživatelů konopí neužívá v určitých situacích. Dle Grafu č. 36 téměř polovina (49,6 %) respondentů neužívá, pokud jsou v přítomnosti osob, které v danou chvíli konopí také neužijí (ale jsou uživateli konopí). Pokud jsou pak v přítomnosti neuživatelů, neužívá 51,3 % respondentů.

Graf č. 36: Sociální situace, ve kterých uživatelé konopí neužívají



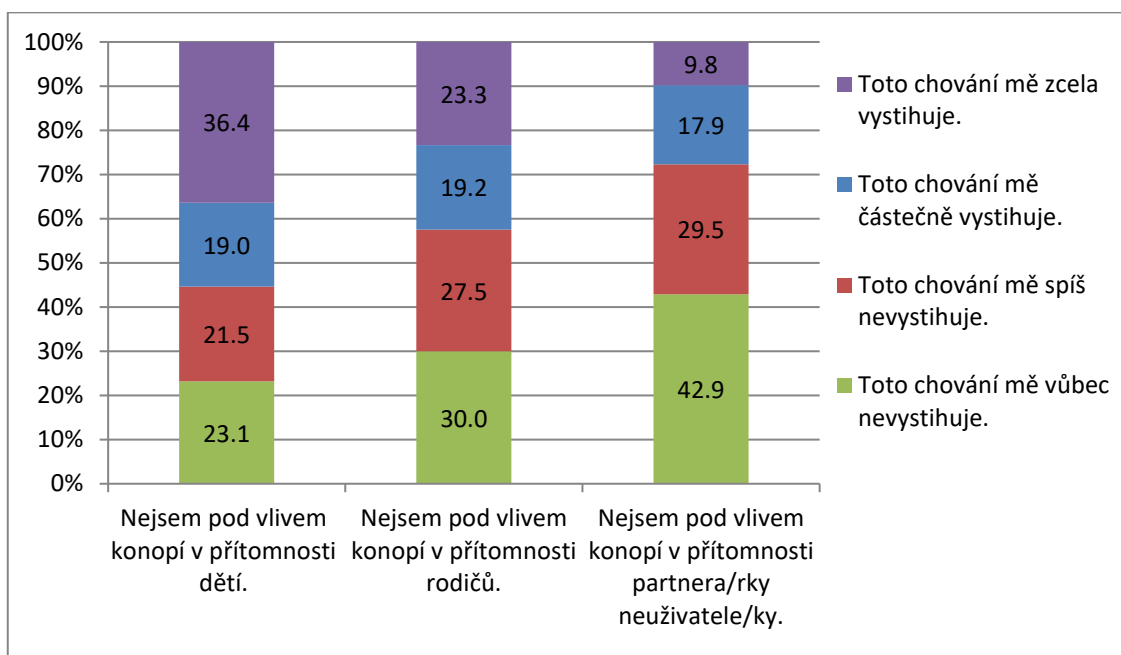
Pro respondenty je důležité, aby užívání negativně neovlivňovalo jejich osobní vztahy. Některé situace považují pro užívání za nevhodné, viz *Graf č. 36*. Většina uživatelů (84,5 %) neužívá konopí v přítomnosti dětí, 70,8 % neužívá v přítomnosti rodičů a 36,3 % respondentů neužívá v přítomnosti partnera/ky, kteří nejsou uživatelé konopí.

Graf č. 36: HR zaměřené na osobní vztahy



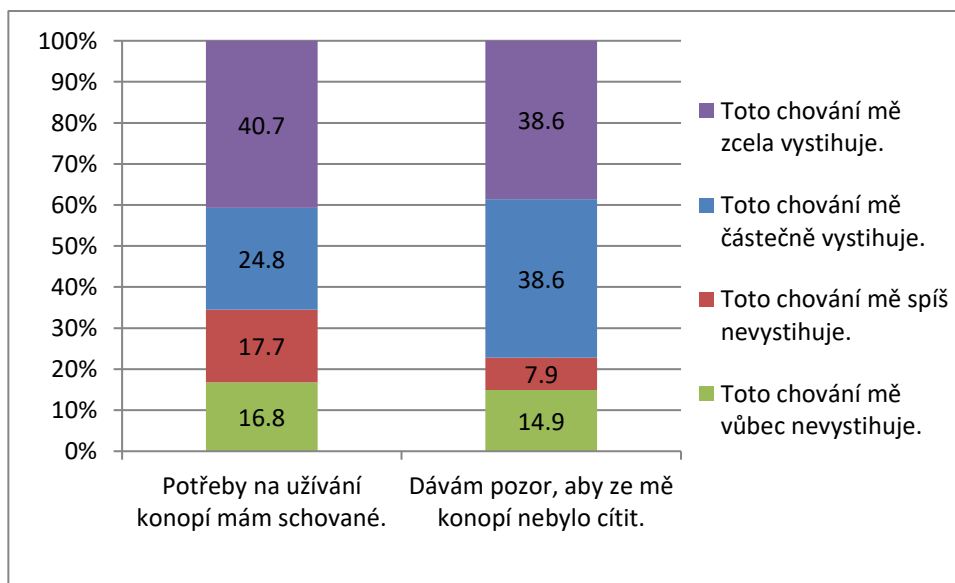
Existují také situace, ve kterých není vhodné jenom užít konopí, ale také být pod jeho vlivem, jejich příklad ukazuje *Graf č. 37*. Více jak polovina (55,4 %) respondentů se vyhýbá intoxikaci v přítomnosti dětí, 42,5 % respondentů není pod vlivem konopí v přítomnosti rodičů a 27,7 % není intoxikováno v přítomnosti partnera/ky, kteří neužívají konopí.

Graf č. 37: Situace nevhodné pro užívání



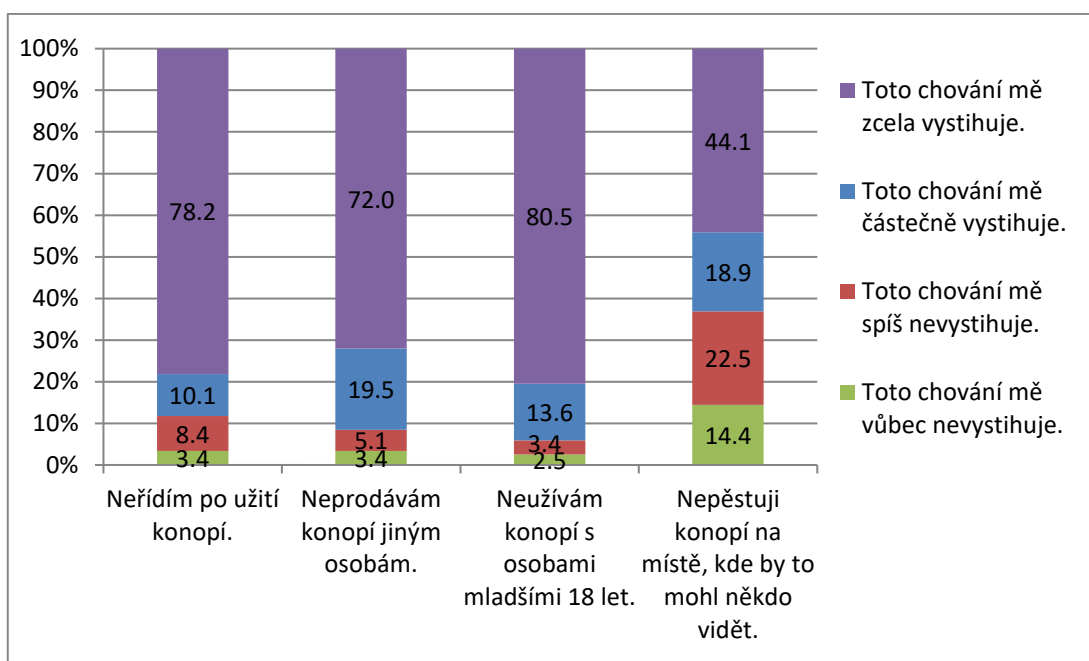
Některé HR strategie se týkají potřeb pro užívání konopí, jak ukazuje Graf č. 38, 65,5 % uživatelů má potřeby pro užívání konopí schované, aby se vyhnuli situaci, že je najde někdo, kdo o jejich užívání neví. Více jak tři čtvrtiny (77,2 %) respondentů si dává pozor, aby z nich konopí nebylo cítit, zejména v nevhodném prostředí např. MHD nebo v práci, aby se vyhnuli nepříjemným situacím.

Graf č. 38: Paraferniálie



Harm reduction strategie, které dodržovali respondenti v nejvyšší míře, byly ty, které měly zabránit právním důsledkům užívání, jak můžeme vidět v *Grafu č. 38*. Většina uživatelů (88,3 %) po užití konopí neřídí motorová vozidla, 91,5 % konopí neprodává jiným osobám, 94 % respondentů neužívá konopí spolu s osobami mladšími 18 let. Pokud uživatelé pěstovali konopí, 63 % z nich nepěstovalo na místě, kde by ho mohli vidět jiní lidé, aby se vyhnuli udání na policii.

Graf č. 39: HR ve vztahu k právním důsledkům užívání

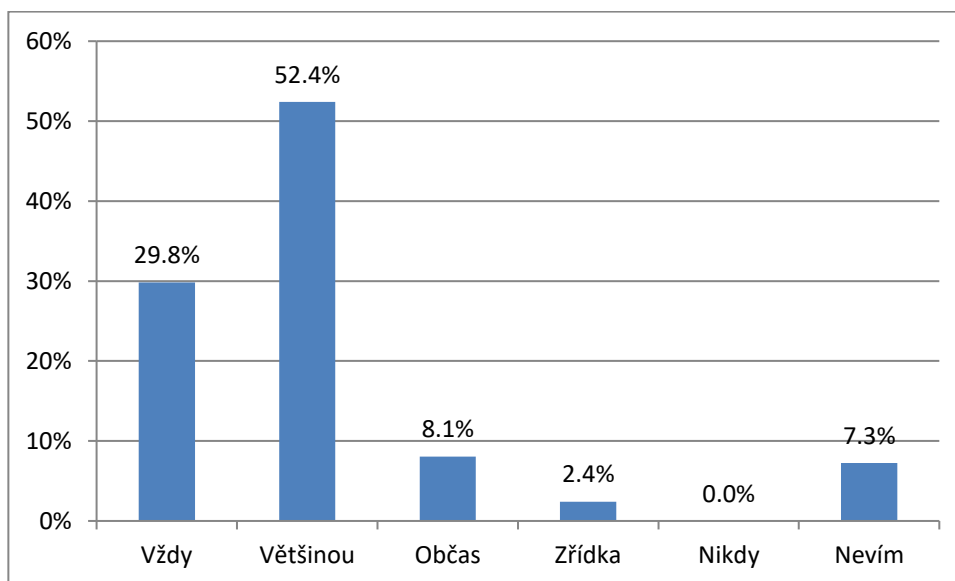


10.3 Vnímání harm reduction strategií uživatelů vzhledem k jejich užívání

Následující kapitole je vztažena k výzkumné otázce *Jak uživatelé konopných drog vnímají své užívání vzhledem k přístupu harm reduction?*. V online dotazníku odpovídala této výzkumné otázce sekce *Vnímání rizik spojených s užíváním konopí*, respondenti v ní měli především zhodnotit, jaké je jejich užívání vzhledem k HR, jak důsledně strategie HR dodržují a jak na sobě vnímají dopady užívání konopí.

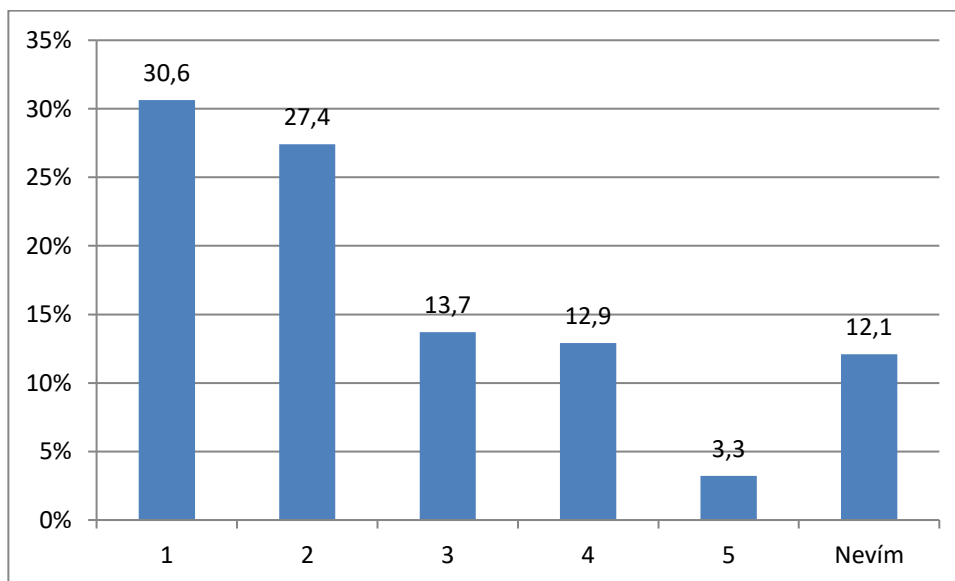
Většina uživatelů (82,2 %) odpověděla, že dodržují HR strategie a pravidla, která si vzhledem k užívání konopí nastavili, konkrétně 29,8 % respondentů odpovědělo, že tyto strategie dodržuje vždy, 52,4 % pak většinou. Přesná čísla najdeme v *Grafu č. 40*.

Graf č. 40: Dodržování HR strategií



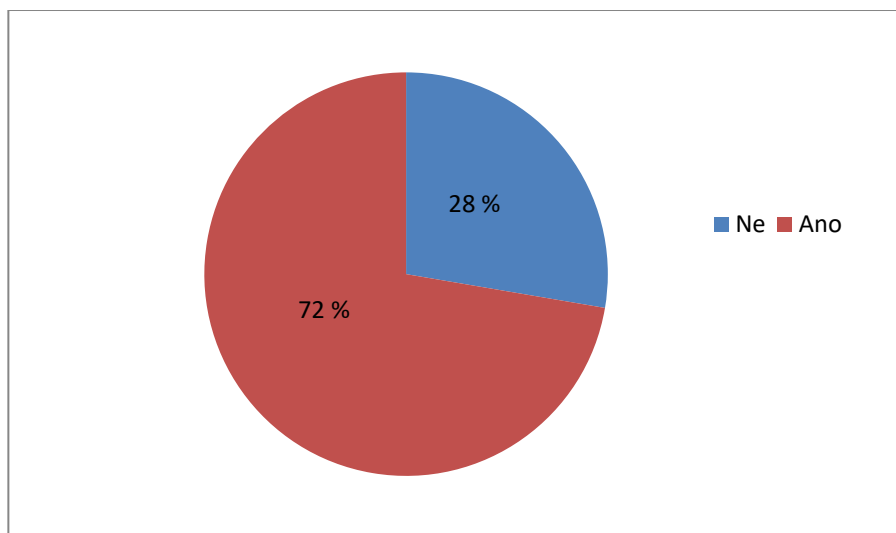
Respondenti měli zhodnotit, jak dobré informace ohledně možnostech HR u užívání konopí mají. K tomuto posouzení měli pětistupňovou škálu od 1 do 5, kde hodnota 1 znamenala, že má veškeré dostupné informace o možnostech HR u užívání konopí, hodnota 5 pak, že nemají informace o snižování možných negativních dopadů. Nejvíce respondentů 30,6 %, si myslí, že má všechny dostupné informace, na škále vybrali hodnotu 1, následně 27,4 % respondentů vybralo hodnotu 2 (dohromady 58 % respondentů). Přehled a počty jednotlivých odpovědí ukazuje Graf č. 41.

Graf č. 41: Informovanost uživatelů o HR strategiích



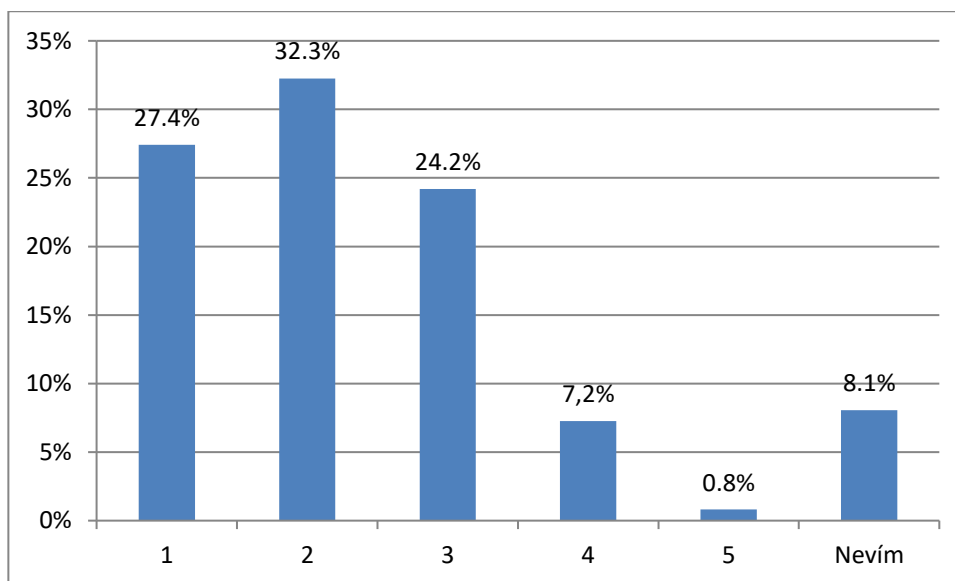
Jak ukazuje *Graf č. 42*, pokud se u uživatelů objevili některé z negativních dopadů užívání konopí, bylo to pro 72 % z nich důvodem, aby své užívání změnili.

Graf č. 42: Negativní dopady - změna užívání



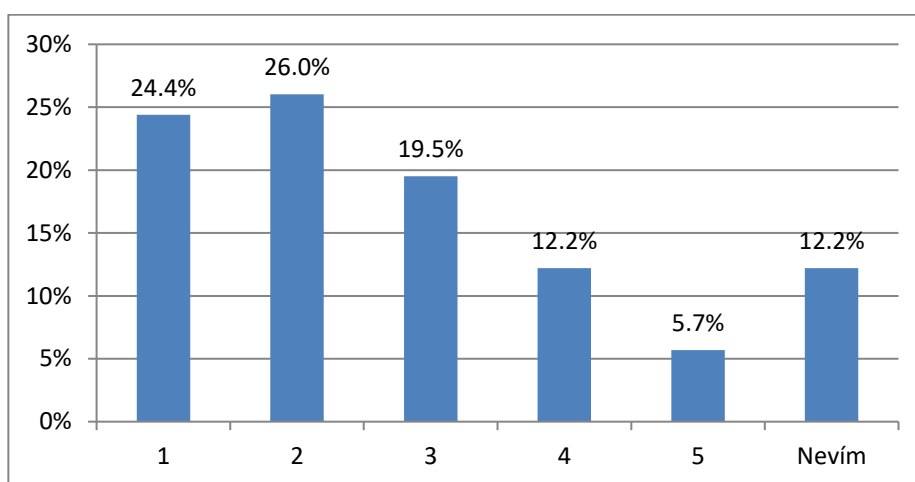
Respondenti byli požádáni, aby na škále od 1 do 5 zhodnotili své užívání z hlediska HR, aby posoudili, jak bezpečně užívají. Hodnota 1 na škále znamenala, že užívají co nejvíce bezpečně, hodnota 5 pak, že neuvívají bezpečně. Jak ukazuje *Graf č. 43*, hodnotu 1 zvolilo 27,4 % respondentů, hodnotu 2 si vybralo 32,3 % respondentů, 24,2 % uživatelů si vybralo hodnotu 3.

Graf č. 43: Bezpečnost užívání vzhledem k HR



Uživatelé měli také zhodnotit, do jaké míry a jak důsledně užívají HR strategie vzhledem ke svému užívání konopí. Ke zhodnocení byla použita škála od 1 do 5, kde hodnota 1 znamená, že dělám maximum pro snižování možných negativních dopadů užívání, hodnota 5 pak, že nevyužívám postupy snižování rizik. Jak vidíme na *Grafu č. 44*, 24,4 % respondentů podle nich dělá maximum pro snižování škod, 26 % uživatelů pak zvolilo hodnotu 2 a 19,5 % hodnotu 3. Dalo by se tak říct, že většina (69,9 %) respondentů se snaží HR strategie dodržovat důsledně.

Graf č. 44: Důslednost využívání HR strategií



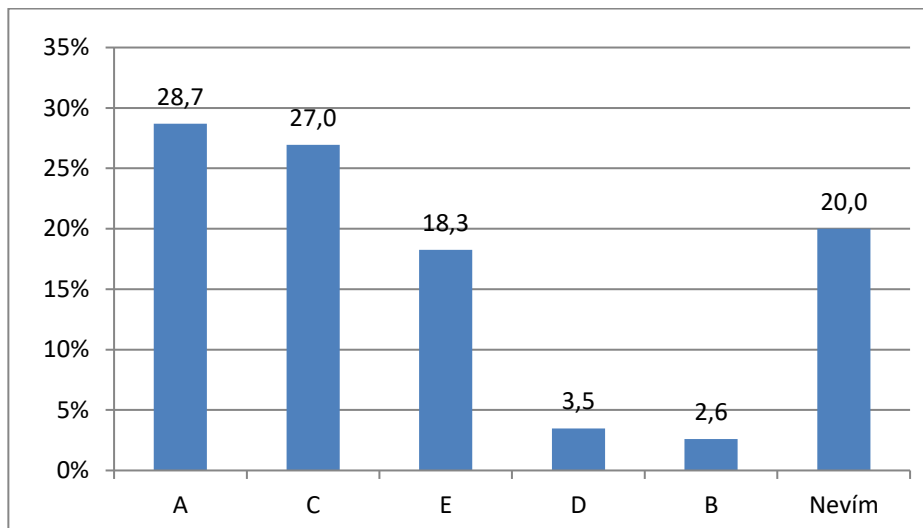
Aby mohli uživatelé co nejlépe zhodnotit svou kariéru užívání konopí vzhledem k používání HR strategií, měli v poslední otázce na výběr schémata, které znázorňovala, jak důsledně nebo intenzivně respondenti využívali HR strategie (obdobně jako u posouzení kariéry užívání konopí, vycházela ze schémat, která uvedl Cohena a Kaala, 2001). Tato schémata byla následující:

- A - postupem času jsem dodržoval/a postupy snižování možných negativních dopadů užívání více důsledně/intenzivně,
- B - nejdříve jsem dodržoval/a postupy snižování možných negativních dopadů užívání důsledně/intenzivně, postupem času pak méně,
- C - používám postupy snižování možných negativních dopadů užívání stále stejně důsledně/intenzivně,

- D - postupně jsem dodržoval/a postupy snižování možných negativních dopadů užívání více důsledně/intenzivně, poté jsem je začal/a dodržovat méně důsledně/intenzivně
- E - důslednost/intenzita dodržování postupů snižování možných negativních dopadů užívání se u mě různě měnila.

Jak ukazuje *Graf č. 45*, nejvíce respondentů 28,7 % by své užívání konopí vzhledem k používání HR strategií charakterizovala schématem A, 27 % schématem C a 18,3 % pak schématem E.

Graf č. 44: Důslednost využívání HR strategií



11 Diskuze

V porovnání výzkumného souboru se statistikami vychází shodně poměr mužů a žen, ovšem rozdíl najdeme ve věkovém složení, kdy respondenti spadali častěji do starších věkových kategorií, než populace uživatelů konopí v populačních studiích. Nejvíce respondentů spadá do věkové kategorie 25-34 a 35-44 let, zatímco statistiky uvádějí, že nejvíce uživatelů ve věkové skupině 15-24 let. Také průměrný věk prvního užití konopí je u respondentů vyšší a to 16,5 let, zatímco statistiky uvádějí věk 14,5 let.

U tabáku a alkoholu můžeme pozorovat u respondentů vyšší prevalenci užití v posledních třiceti dnech než u obecné populace. Účastníci studie uvádějí užití tabáku v posledních 30 dnech dvojnásobné oproti obecné populaci, užití alkoholu v posledních 30 dnech udávají respondenti vyšší o 12 % než obecná populace. Prevalence užívání léků na lékařský předpis v posledních 30 dnech je u respondentů více jak dvojnásobná než u obecné populace. Prevalence užívání ostatních nelegálních návykových látek (kromě konopných drog) je v obecné populaci velmi nízká. Naopak u respondentů je prevalence užívání nelegálních drog značně vysoká a to především u stimulancií, ale také u opioidů, a to jak prevalence celoživotní, tak v posledních 12 měsících i 30 dnech. Také prevalence užívání halucinogenů a tanečních drog je u respondentů vyšší, ale vzhledem k tomu, že dvě skupiny látek byly sledovány v rámci jedné kategorie, bude míra jejich užívání tímto zkreslená. Tyto skutečnosti mohou mimo jiné souviset s faktem, že třetina účastníků studie nepovažuje konopí za svou primární drogu.

Vzhledem k průměrnému počtu užití, které činí 4702, můžeme říct, že se jednalo zejména o pravidelné dlouhodobé uživatele konopí, s tím také souvisí vysoký průměrný věk respondentů, který je 32,5 let. Pokud se na data podíváme z hlediska pohlaví, muži udávali významně vyšší množství užití. Vzhledem k tomu, že udávali nižší věk prvního užití, mají za sebou delší kariéru užívání. Ženy udávaly průměrný počet užití 1985, tedy značně nižší než muži, dá se tak předpokládat, že nejsou tak intenzivní uživatelé jako muži a mají také kratší kariéru užívání konopí. Přesto i mezi ženami jsou intenzivní dlouhodobí uživatelé, jak ukazuje údaj maximálního počtu užití 35000. Také údaj o frekvenci užívání nám může napovědět, jaký typ uživatelů se studie účastnil. Frekvence užívání byla většinou respondentů udávána denní, jak již víme z předchozího textu, právě u těchto uživatelů je vyšší riziko výskytu možných negativních dopadů na zdraví, a to i vzhledem k rozvoji závislosti. Že se jedná o pravidelné uživatele konopí,

ukazuje také údaj o frekvenci užívání několikrát do týdne, kterou uvádí čtvrtina respondentů. Ve výzkumném souboru jsou také zastoupeni příležitostní uživatelé konopí, frekvenci užití několikrát do měsíce uvádí téměř čtvrtina respondentů. Prevalence užívání konopí je nejvyšší v kategorii užívání v posledních 30 dnech, uvedlo ji 82 % respondentů, výzkumu se tedy účastnili aktuální uživatelé konopí.

Jaký typ uživatelů se studie účastnil, nám může také napovědět počet jednotlivých užití při jedné příležitosti. Respondenti v průměru udávali 3 užití (jointů/dýmek nebo vaporizérů) při jedné příležitosti, jedná se tak spíše o pravidelné než příležitostné uživatele konopí, vzhledem k tomu, že někteří respondenti uváděli až 6 nebo 10 užití při jedné příležitosti je mezi respondenty i část dlouhodobých těžkých uživatelů.

Nejčastější formou aplikace konopí je také ta nejrizikovější z pohledu harm reduction, a to kouření (zejména jointů), které používá 95 % respondentů, z toho 57 % používá výhradně tuto formu aplikace. Důvodem může být jednoduchost použití této formy aplikace, rychlost dostavení účinků i finanční nenáročnost. Téměř tři čtvrtiny respondentů uvedli také využívání vaporizace, z toho 28 % ji využívá vždy nebo většinou. Výhody této aplikace jsou především v minimalizaci vdechování toxických a škodlivých látek, vzhledem k vysoké čistotě vaporizátu (kolem 95 %). Sami uživatelé ve výzkumech na toto téma, hodnotí vaporizaci kladně. Oceňují čistotu a chuť vdechovaného média, že nedráždí dýchací cesty a nejsou cítit konopím, jsou také spokojeni se silou účinku a rychlostí s jakou se dostaví (Shiplo, Asbridge, Leatherdale & Hammond, 2016). Nevýhodou této aplikace však může být delší čas, který je potřeba při obsluze vaporizéru a finanční náročnost jeho pořízení, to by také mohlo být důvodem, že téměř třetina účastníků studie tuto aplikaci nepoužívá, přestože tato forma aplikace se jeví jako nejbezpečnější a je doporučovaná uživatelům v rámci harm reduction strategií.

Užívání konopí s tabákem, je spolu s užíváním konopí prostřednictvím kouření, jedna z nejrizikovějších forem užívání konopí vzhledem k výskytu negativním dopadů užívání konopí na zdraví. Přesto konopí spolu s tabákem užívá 72 % respondentů, to souvisí s faktem, že 69 % respondentů je také uživateli tabáku.

Téměř tři čtvrtiny respondentů ví, jaký model/odrůdu konopí užívá. Většina uživatelů tak má možnost zjistit, jaký bude pravděpodobný účinek konopí, které užijí. Přesto 27 % procent uživatelů neví, jaké konopí užívá a jeho účinek tak pro ně může být překvapivý ne jenom jeho silou a může tak být pro některé uživatele nepřijemný.

Nejvíce strategií harm reduction, které se u uživatelů konopí objevují, je ve vztahu k minimalizaci negativních dopadů užívání na zdraví, především na to fyzické. Z těchto strategií se jich nejvíce zaměřuje na minimalizaci škod v souvislosti s formou aplikace konopí kouřením tzv. jointů. V rámci těchto strategií velké více jak polovina uživatelů nevdechuje velké množství kouře a nezadržují ho dlouho v plicích a vyhýbá se užívání, pokud trpí respiračním onemocněním. Běžnou praxí u uživatelů je nevdechovat první potáhnutí při zapálení jointu, aby se vyhnuli vdechnutí toxických látek a nedokuřování konopné cigarety až k jejímu konci, kde se hromadí dehet a další škodlivé látky. V rámci harm reduction se uživatelům konopí doporučuje nesdílet jointy nebo dýmky s ostatními, vzhledem k tomu, že tato praktika je rozšířeným rituálem mezi uživateli, dodržuje toto doporučení polovina respondentů. Ze stejného důvodu je doporučováno čistit po každém užití dýmky a bongy, to dodržuje ani ne polovina respondentů.

V některých výzkumech je zmíněna jako strategie harm reduction, kterou praktikuje část uživatelů, aby se vyhnuli vdechování škodlivých látek, použití bongů a vodních dýmek místo jointů. Důvodem je, že si uživatelé myslí, že voda filtruje kouř od dehtu a jiných škodlivin. V této studii se však tento jev vyskytuje pouze u minima respondentů.

Aby uživatelé předešli spalování a následně vdechování zbytečného množství materiálu, očistí před užitím konopí od zbytků listů a stonků, a při balení samotné cigarety používají co možná nejmenší množství papírků (např. tzv. back roll balení). Při výběru parafernálií se více jak polovina respondentů zaměřuje na výběr nebělených a tzv. slim papírků, valná většina se pak vyhýbá používání ovoněných, barevných papírků, které mohou obsahovat škodlivé látky. Většina uživatelů také nepoužívá pro balení jointů tzv. blunty. Převážná většina respondentů používá papírový/ kartonový filtr, který je podle harm reduction doporučení pro uživatele nejlepší vzhledem k poměru vdechovaného THC/dehtu.

Uživatelé se také snaží mít pod kontrolou množství konopí, které užívají, a to jak množství, které vykouří v jointu, ale také množství užití při jedné příležitosti. Kontrolují také, jak často užívají, polovina respondentů neužívá každý den. Důležitá je také kvalita konopí (organické, bez hnojiv, pesticidů aj.) a to pro tři čtvrtiny uživatelů. Téměř všichni respondenti pak neužívají bylinné směsi Spice, K2 atd., rozšířené není ani užívání CBD konopí.

Respondenti používají také strategie harm reduction zaměřené na psychické zdraví. Polovina účastníků neužívá, pokud je ve špatném psychickém rozpoložení, aby se jejich stav nezhoršil, pokud nejsou ve známém a bezpečném prostředí nebo pokud jsou v přítomnosti cizích lidí, aby se vyhnuli možnému nepříjemnému prožitku během intoxikace. Co se týká účinků konopí a jeho síly, respondenti preferují konopí s vyšším obsahem THC. Pokud uživatelé současně užívají léky na lékařský předpis, 40 % z nich nejprve testuje, jaký bude účinek, pokud užívají nové konopí, pak tuto strategii využívá pětina respondentů. Téměř tři čtvrtiny respondentů při požívání konopí v jídle užívají pouze malé množství a čekají na dostavení účinků.

Aby se uživatelé vyvarovali sociálním dopadům užívání konopí, dodržují strategie harm reduction, které upravují především dobu a prostředí, ve kterém užívají. Tři čtvrtiny uživatelů neužívají hned po probuzení a ráno, nebo pokud je čekají povinnosti, většina respondentů pak neužívá během pracovní doby nebo ve škole. Polovina uživatelů neužívá v přítomnosti osob, které také aktuálně neužijí nebo nejsou uživateli konopí. Často se objevovaly strategie zaměřující se především na osobní vztahy uživatelů. Polovina respondentů neužívá v přítomnosti partnera, který sám není uživatelem, a téměř tři čtvrtiny neužívají v přítomnosti rodičů, většina respondentů pak neužívá v přítomnosti dětí. Tyto strategie se týkají také interakce uživatelů s blízkými osobami během intoxikace, avšak v menší míře. Dvě pětiny respondentů nejsou v přítomnosti rodičů pod vlivem konopí, polovina uživatelů pak v přítomnosti dětí. Důvody těchto strategií, které zmiňovali respondenti v jiných výzkumech, může být, že blízcí respondentů nevědí, že jsou uživateli konopí, nebo užívání konopí neschvalují a tímto se uživatelé vyhýbají potenciálním konfliktům (Lau et al., 2015).

Harm reduction strategie, které dodržovalo nejvíce respondentů výzkumu, byly ty, které souvisely s právními důsledky užívání. Téměř všichni uživatelé odpověděli, že neužívají spolu s osobami mladšími 18 let a neprodávají konopí dalším osobám. Většina respondentů pak neřídí po užití konopí. Více jak polovina uživatelů, pokud pěstují konopí, ho nepěstují na místě, kde by ho mohl někdo vidět (soused, kolemjdoucí, spolubydlíci).

Uživatelé byli také dotazováni, jak vnímají své užívání konopí vzhledem k problematice HR. Většina respondentů dodržuje harm reduction strategie, které si nastavili. Tři pětiny respondentů odpověděli, že užívají bezpečně a že strategie harm reduction dodržují důsledně. Stejně množství uživatelů také uvádí, že má dostatek potřebných informací o možnostech snižování negativních dopadů užívání konopí.

Hlavním přínosem této práce je vhléd do problematiky harm reduction užívání konopí v českém prostředí, výsledky provedené studie nám umožňují udělat si představu, jaké konkrétní strategie uživatelé konopí používají a jaký je relativní výskyt jednotlivých strategií snižování dopadů užívání. Ve výsledkové části práce najdeme komplexní popis harm reduction strategií u uživatelů konopí, který v odborné literatuře zatím chyběl. Vzhledem k omezenému počtu výzkumů na zkoumané téma je obtížné zasadit výsledky do rámce poznatků, které o této problematice máme.

Rámec kvalifikačních prací neumožňuje zpracovat data pomocí náročnějších metod, proto byla data získaná z dotazníkového šetření popsána pomocí popisné statistiky. Získaná data by však bylo možné využít k dalším analýzám. Vzhledem k povaze těchto dat by bylo přínosné srovnání harm reduction strategií u mužů a u žen.

Získané poznatky této práce je možné využít v rámci specifické primární prevence, ke zkvalitnění informací pro uživatele konopí ohledně využívání harm reduction, které by pro uživatele měli být snadno dostupné a komplexní, a také při práci s uživateli, kteří jsou v kontaktu s adiktologickými službami.

Provedený výzkumu má také své limity. Uživatelé konopných drog představují do určité míry skrytou populaci, není tedy jasné, nakolik je výzkumný soubor v dotazníkovém šetření vzhledem k charakteristikám populace uživatelů konopí reprezentativní (běžně popisovanému obrazu uživatelů se ovšem blíží).

S tímto souvisí další limit, který je spojen s věkem respondentů. Ve výzkumném souboru nejsou uživatelé mladší 18 let, z populačních statistik ale víme, že u těchto uživatelů je vysoká prevalence užívání konopí. Současně největší množství respondentů spadá do věkové kategorie 25-34 (a poté 35-44 let), zatímco statistiky uvádějí, že nejvíce uživatelů konopí je ve věkové kategorii 15-24 let. Jednou z příčin může být způsob sběru dat prostřednictvím sociálních sítí a diskuzních fór, kde se nacházejí určité specifické skupiny osob. Uvedené limity pak mohou být překážkou v generalizaci výsledků studie na populaci uživatelů konopí.

12 Závěr

Harm reduction strategie, které se u uživatelů konopí objevují nejčastěji, jsou ve vztahu k minimalizaci negativních dopadů užívání na zdraví, především na to fyzické. Z těchto strategií se jich nejvíce zaměřuje na minimalizaci škod v souvislosti s formou aplikace konopí kouřením, zejména marihuanových cigaret.

Strategie harm reduction uživatelů konopí zaměřené na psychické zdraví pak vycházejí z konceptu setu, kdy uživatelé často neužívají, pokud u sebe pozorují negativní pocity a emoce, a settingu, kde uživatelé často kladou důraz na užívání ve známém a bezpečném prostředí, v přítomnosti lidí, které znají, nebo kteří jsou také uživatelé konopí.

Aby se uživatelé vyvarovali sociálním dopadům užívání konopí, dodržují strategie harm reduction, které upravují především dobu, kdy užívají a okruh osob, v jejichž přítomnosti užívají. Respondenti neužívají v době, kdy mají plnit povinnosti v práci nebo škole. Často se objevují strategie zaměřující se na osobní vztahy uživatelů, kdy se vyhýbají užívání v přítomnosti dětí, rodičů nebo partnerů.

Harm reduction strategie dodržované největším počtem respondentů výzkumu, byly ty, které souvisely s právními důsledky užívání.

Uživatelé konopí vnímají své užívání vzhledem k problematice harm reduction jako bezpečné a myslí si, že harm reduction strategie dodržují důsledně. Většina respondentů dodržuje harm reduction strategie, které si nastavili, a domnívá se, že má dostatek potřebných informací o možnostech snižování negativních dopadů užívání konopí.

Hlavním přínosem této práce je vzhled do problematiky harm reduction užívání konopí v českém prostředí, výsledky provedené studie nám umožňují udělat si představu, jaké konkrétní strategie uživatelé konopí používají a jaký je relativní výskyt jednotlivých strategií snižování dopadů užívání. Ve výsledkové části práce najdeme komplexní popis harm reduction strategií u uživatelů konopí, který v odborné literatuře zatím chyběl. Vzhledem k omezenému počtu výzkumů na zkoumané téma je však obtížné zasadit výsledky do rámce poznatků, které o této problematice máme.

Získané poznatky této práce je možné využít v rámci specifické primární prevence, ke zkvalitnění informací pro uživatele konopí ohledně využívání harm

reduction strategií, které by pro uživatele měli být snadno dostupné a komplexní, a také při práci s uživateli, kteří jsou v kontaktu s adiktologickými službami.

13 Použitá literatura

- Archer, J., & Lopata, A. (1979). Marijuana Revisited. *Personnel & Guidance Journal*, 57(5), 244-250.
- Ashton, C. H. (1999). Adverse effects of cannabis and cannabinoids. *British Journal of Anaesthesia*, 83(4), 637-649. doi: 10.1093/bja/83.4.637
- Bally, N., Zullino, D., & Aubry, J. M. (2014). Cannabis use and first manic episode. *Journal of Affective Disorders*, 165, 103-108. doi: 10.1016/j.jad.2014.04.038
- Becker, H. S. (1970). Marijuana: A Sociological Overview. In D. Solomon (Ed.), *The Marijuana Papers. An examination of marijuana in society, history and literature* (94-134). London: Panther Books.
- Block, R. I., & Ghoneim, M. M. (1993). Effects of chronic marijuana use on human cognition. *Psychopharmacology*, 110(1), 219-228. doi: 10.1007/BF02246977 115
- Bolla, K. I., Brown, K., Eldreth, D., Tate, K., & Cadet, J. L. (2002). Dose-related neurocognitive effects of marijuana use. *Neurology*, 59(9), 1337-1343. doi: 10.1212/01.WNL.0000031422.66442.49
- Bondallaz, P., Favrat, B., Chtioui, H., Fornari, E., Maeder, P., & Giroud, Ch. (2016). Cannabis and its effects on driving skills. *Forensic Science International*, 268, 92-102.
- Budney, A. J., Hughes, J. R., Moore, B. A., & Vandrey, V. (2004). Review of the Validity and Significance of Cannabis Withdrawal Syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 161(11), 1967-1977. doi: 10.1176/appi.ajp.161.11.1967
- Cohen, P. D. A., & Kall, H. L. (2001). *The Irrelevance of Drug Policy. Patterns and careers of experienced cannabis use in the populations of Amsterdam, San Francisco and Bremen*. Amsterdam: CEDRO / UvA
- CNA. (2017). Harm reduction for non-medical cannabis use. Ottawa: CNA.
- Compton, R. P., & Berning, A. (2015). Drug and alcohol cash risk. *Journal of Drug Addiction, Education, and Eradication*, 11(1), 29-46.
- Connolly, S. (2007). *Marijuana*. North Mankato: Smart Apple Media.
- Dalgarno, P., & Shewan, D. (2005). *Reducing the risks of drug use: The case for set and setting*. *Addiction Research and Theory*, 13(3).
- Danielsson, A. K., Lundin, A., Agardh, E., Allebeck, P., & Forsell, Y. (2016). Cannabis use, depression and anxiety: A 3-year prospective population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 193, 103-108. doi: 10.1016/j.jad.2015.12.045 116
- Danning, P., Jeannie, L., & Glickman, A. (2004). *Over the Influence: the harm reduction guide for managing drugs and alcohol*. New York: The Guilford Press.

- Decorte, T. (2001). Drugusers' perceptions of 'controlled' and 'uncontrolled' use. *International Journal of Drug Policy*, 12.
- Drbohlavová, B. & Mravčík, V. (2016). *Uživatelé konopí jako klienti pomáhajících služeb – souhrnná zpráva z dotazníkové a kvalitativní studie*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Dupal, L. (2004). *Kniha o marihuaně*. Praha: Mat'á.
- Dvořáček, J. (2008). Neurobiologie závislosti. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (25-40). Praha: Grada.
- Dvořáček, J., Miovský, M., & Šulcová, A. (2008). Závislost na konopných drogách. In M. Miovský (Ed.), *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium* (273-291). Praha: Grada.
- EMCDDA (2008). A cannabis reader: global issues and local experiences. Perspectives on cannabis controversies, treatment and regulation in Europe. Monograph series 8, Volume 1 Lisbon: EMCDDA.
- EMCDDA. (2010). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Lisbon: EMCDDA.
- Feingold, D., Weiser, M., Rehm, J., & Lev-Ran, S. (2015). The association between cannabis use and mood disorders: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 172, 211-218. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.006
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Swain-Campbell, N. (2002). Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction*, 97(9), 1123-1135. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00103.x 117
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- Fišar, Z. (2008). Kanabinoidy a duševní poruchy. *Česká a slovenská psychiatrie*, 104(6), 297-307.
- Gabrhelík, R. (2004). Amotivační syndrom a konopné drogy. *Adiktologie*, 4(1), 54-63.
- Gabrhelík, R. (2008). Amotivační syndrom u uživatelů konopných drog. In M. Miovský (Ed.), *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium* (365-372). Praha: Grada.
- Gabrhelík, R., Miovský, M., Záborský, T., & Kubů, P. (2008). Inhalační vzorce užívání konopných drog a parafernália využívaná za tímto účelem. *Adiktologie*, 8(2), 98-111.
- Gabrhelík, R., Kubů, P., Miovský, M., & Záborský, T. (2008). Vzorce užívání konopných drog a parafernálie. In M. Miovský (Ed.), *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium* (132-145). Praha: Grada.

Gruber, S. A., Sagar, K. A., Dahlgren, M. K., Racine, M., & Lukas, S. E. (2012). Age of onset of marijuana use and executive function. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(3), 496-506. doi: 10.1037/a0026269

Grund, J. P. C. (1993). *Drug Use as a Social Ritual. Functionality, Symbolism and Determinants of Self-Regulation*. Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek (IVO).

Hathaway, A. D. (2004). Cannabis careers reconsidered: transitions and trajectories of committed long-term users. *Contemporary Drug Problems*, 31, 401-423.

Hall, W. (2014). What has research over past two decades revealed about adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*, 110.

Helle, S., Ringen, P. A., Melle, I., Larsen, T. K., Gjestad, R., Johnsen, E.,... Løberg, E. M. (2016). Cannabis use is associated with 3 years earlier onset of schizophrenia spectrum disorder in a naturalistic, multi-site sample (N = 1119). *Schizophrenia Research*, 170, 217-221. doi: 10.1016/j.schres.2015.11.027

Holland, J. (2010). *The Pot book: A complete guide to Cannabis – its role in medicine, politics, science and culture*. Vermont: Park Street Press.

Horáček, J. (2008). Užívání konopných drog a problematika psychotických stavů a schizofrenie. In M. Miovský (Ed.), *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium* (300-312). Praha: Grada.

Charvát, M. (2009). Vybrané osobnostní charakteristiky dlouhodobých a pravidelných uživatelů konopných drog. *Adiktologie*, 9(3), 140-150.

Chomynová, P. (2013). Národní výzkum užívání návykových látek 2012. *Zaostřeno na drogy*, 2(11), 1-16.

IHRA (2010). What is harm education? A position statement from the International Harm Reduction Association. London: IHRA

Inciardi, J. A., Harrison, L. D. (2000). *Harm Reduction: national and international perspectives*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Iversen, L. L. (2000). *The science of marijuana*. New York: Oxford University Press.

Iversen, L. (2006). *Léky a drogy. Průvodce pro každého*. Praha: Dokořán.

Janíková, B. (2008). Harm reduction: častné intervence v nízkoprahových službách. In Kalina, K. (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (99-110). Praha: Grada.

Jessor, R., Chase, J. A., & Donovan, J. E. (1980). *Psychosocial Correlates of Marijuana Use and Problem Drinking in a National Sample of Adolescents*. *American Journal of Public Health*, 70(6), 604-613. doi: 10.2105/AJPH.70.6.604

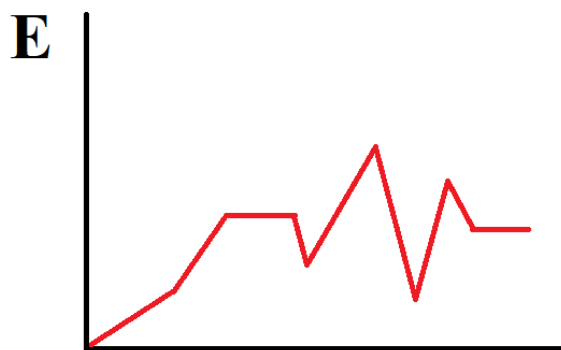
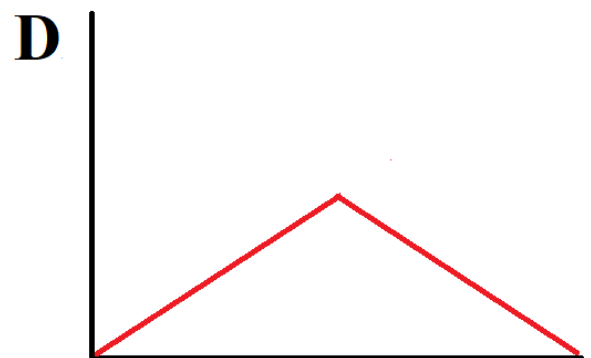
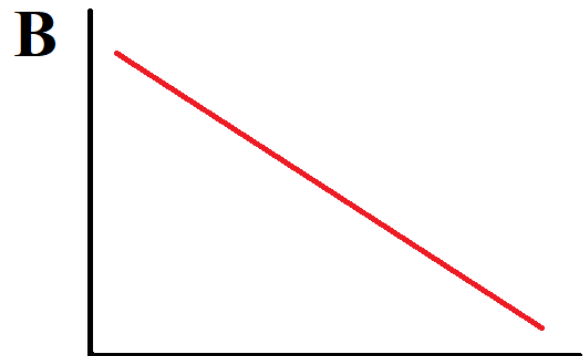
- Kalina, K., Adameček, D., Bartošíková, I., Bayer, D., Bém, P., Broža, J., ... Zábanský, T. (2003). *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K., Adameček, D., Broža, J., Dvořáček, J., Dobiášová, D., Frouzová, M., ... Zábanský, T. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Kandel, D. B., & Chen, K. (2000). Types of marijuana users by longitudinal course. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(3), 367-378. doi: 10.15288/jsa.2000.61.367
- Kolansky, H., & Moore, W. T. (1972). Toxic Effects of Chronic Marijuana Use. *Journal of the American Medical Association*, 222(1), 35-41. doi: 10.1001/jama.1972.03210010017004
- Krmenčík, P. (2008). Somatická rizika spojená s kouřením marihuany. *Adiktologie*, 8(2), 112-126.
- Kudrle, S. (2008). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (17-24). Praha: Grada.
- Lau, N., Sales, P., Averill, S., Murphy, F., Sato, S.-O., & Murphy, S. (2015). Responsible and controlled use: Older cannabis users and harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 26(8), 709-718. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.03.008
- Lindesmith, A. R. (1970). The Marijuana Problem: Myth or Reality? In D. Solomon (Ed.), *The Marijuana Papers. An examination of marijuana in society, history and literature* (50-68). London: Panther Books.
- Linhart, I. (2012). *Toxikologie. Interakce škodlivých látek s živými organismy, jejich mechanismy, projevy a důsledky*. Praha: VŠCHT.
- Lozano, B. E., Stephens, R. S., & Roffman, R. A. (2006). Abstinence and moderate use goals in the treatment of marijuana dependence. *Addiction*, 101(11), 1589-1597. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01609.x
- Martin, C. A., Kelly, T. H., Rayens, M. K., Brogli, B. R., Brenzel, A., Smith, W. J., & Omar, H. A. (2002). Sensation Seeking, Puberty, and Nicotine, Alcohol, and Marijuana Use in Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1495-1502.
- Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum. (1996). Praha: Psychiatrické centrum.
- Minařík, J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (339-367). Praha: Grada. 121
- Miovska, L., Miovský, M., & Šulcová, A. (2008). Vliv užívání konopných drog na kognitivní funkce. In M. Miovský (Ed.), *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium* (354-365). Praha: Grada.

- Miovská, L., Vacek, J., & Gabrhelík, R. (2008). Uživatelé konopných drog. In M. Miovský (Ed.), *Konopí a konopné drogy, Adiktologické kompendium* (162-168). Praha: Grada.
- Miovský, M., & Urbánek, T. (2001). *NEAD 2000. Zprávy z výzkumu za jednotlivé okresy*. Boskovice: Nakladatelství Albert.
- Miovský, M. (2003). Konopné drogy. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup* (174-179). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Miovský, M., & Miovská, L. (2008). Psychiatrická komorbidita u uživatelů konopných drog. In M. Miovský (Ed.), *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium* (298-299). Praha: Grada.
- Morávek, J. (2007). Kontrolované užívání drog: co nám přináší výzkum uživatelů, kteří s drogami umějí zacházet. *Adiktologie*, 7(4), 445-455.
- Morávek, J., Drbohlavová, B., Dvořák, J., Kluchová, R., Královcová, O., Musilová, B., & Petrenko, R. (2008). *Kontrolované užívání marihuany: rituály a neformální normy u mladých pravidelných uživatelů* [PowerPoint prezentace]. Získáno 20. května 2020 z www.jan-moravek.cz/download/moravek-et-al_kontrolovane-uzivani-marihuany.pdf
- Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Chomynová, P., Šťastná, L., ... Koňák, T. (2011-2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010-2019*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Murray, J. B. (1986). Marijuana's Effects on Human Cognitive Functions, Psychomotor Functions, and Personality. *The Journal of General Psychology*, 113(1), 23-55. doi: 10.1080/00221309.1986.9710540
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). *The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research*. Washington, DC: The National Academies Press. doi: 10.17226/24625
- Nechutný, T., & Morávek, J. (2010). Konec konopné kariéry očima někdejších náruživých uživatelů. *Adiktologie*, 10(4).
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
- Nešpor, K., & Csémy, L. (2012). Marihuana: rizika a krátká intervence. *Praktický lékař*, 92(8), 455-459.
- NORML. 2007. *Principles of Responsible Cannabis Use* [online]. Washington, DC: National Organization for the Reform of Marijuana Laws. Dostupné z WWW:<http://www.norml.org/index.cfm?Group_ID=3417>.
- Oreský, J. (2015). *Prvky kontroly a rituály uživatelů konopí* (Bakalářská práce). Získáno 10. dubna 2017 z <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/138377/>

- Pol, P., Liebrechts, N., Graaf, R., Korf, D. J., Brink, W., & Laar, M. (2013). Predicting the transition from frequent cannabis use to cannabis dependence: A three-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*, *133*(2), 352-359. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.06.009
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Hudson, J. I., Cohane, G., Huestis, M. A., & Yurgelun-Todd, D. (2003). Early-onset cannabis use and cognitive deficits: what is the nature of the association? *Drug and Alcohol Dependence*, *69*(3), 303-310. doi: 10.1016/S0376-8716(02)00334-4
- Satinder, K. P., & Black, A. (1984). Cannabis Use and Sensation-Seeking Orientation. *The Journal of Psychology*, *116*(1), 101-105. doi: 10.1080/00223980.1984.9923623
- Serge Brochu, Patrice Lépine, Catherine Patenaude & Patricia Erickson (2018). *Formal and Informal Control of Cannabis: Regular Users' Experience*, Substance Use & Misuse, 53:10, 1657-1665, DOI: 10.1080/10826084.2018.1424911
- Silins, E., Hutchinson, D., Swift, W., Slade, T., Toson, B., & Rodgers, B. (2013). Factors associated with variability and stability of cannabis use in young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, *133*(2), 452-458. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.07.003
- Simons, J., Correia, Ch. J., & Carey, K. B. (2000). A comparison of motives for marijuana and alcohol use among experienced users. *Addictive Behaviors*, *25*(1), 153-160. doi: 10.1016/S0306-4603(98)00104-X
- Strakowski, S. M., DelBello, M. P., Fleck, D. E. et al. (2007). Effects of Co-occurring Cannabis Use Disorders on the Course of Bipolar Disorder After a First Hospitalization for Mania. *Arch Gen Psychiatry*, *64*(1), 57-64. doi: 10.1001/archpsyc.64.1.57 125
- Swift, W., Coffey, C., Carlin, J. B., Degenhardt, L., Calabria, B., & Patton, G. C. (2009). Are adolescents who moderate their cannabis use at lower risk of later regular and dependent cannabis use? *Addiction*, *104*(5), 806-814. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02534.x
- Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Höfler, M., & Wittchen, H. U. (2002). What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, *68*(1), 49-64. doi: 10.1016/S0376-8716(02)00102-3
- Thanki, D., & Vicente, J. (2013). *PDU (Problem drug use) revision summary*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Vacek, J. (2004). Klasifikace prožitku akutní intoxikace konopnými drogami: klinické souvislosti s drogovou kariérou. *Adiktologie*, *4*(4), 526-542.
- Vacek, J. (2008). Prožitek akutní intoxikace. In M. Mioviský (Ed.), *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium* (220-240). Praha: Grada.

- Vyskočilová, J., & Praško, J. (2015). Psychické a somatické komplikace závislosti na kanabinoidech. *Česká a slovenská psychiatrie*, *111*(1), 14-22.
- Wallace, G. B. (1970). The Marijuana Problem in the City of New York. Summary. In D. Solomon (Ed.), *The Marijuana Papers. An examination of marijuana in society, history and literature* (382-390). London: Panther Books.
- Wells, B., & Stacey, B. (1976). A Further Comparison of Cannabis (Marijuana) Users and Non-Users. *Addiction*, *71*(2), 161-165. doi: 10.1111/j.1360-0443.1976.tb00074.x
- Wiesbeck, G. A., Schuckit, M. A., Kalmijn, J. A., Tipp, J. E., Bucholz, K. K., & Smith, T. L. (1996). An evaluation of the history of a marijuana withdrawal syndrome in a large population. *Addiction*, *91*(10), 1469-1478. doi: 10.1046/j.1360-0443.1996.911014696.x
- Williamson, A. (2010). *The everything marijuana book*. Avon: F + W Media.
- Wilson, W., Mathew, R., Turkington, T., Hawk, T., Coleman, E., & Provenzale, J. (2000). Brain Morphological Changes and Early Marijuana Use. A Magnetic Resonance and Positron Emission Tomography Study. *Journal of Addictive Diseases*, *19*(1), 1-22. doi: 10.1300/J069v19n01_01
- Zábranský, T. (2008). Potence kultivace konopí. In M. Miovský (Ed.), *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium* (70-80). Praha: Grada.
- Zábranský, T., & Hanuš, L. O. (2008). Využití látek z konopí v současné medicíně. In M. Miovský (Ed.), *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium* (406-421). Praha: Grada.
- Zimmer, L., Morgan, J. P., 2003. *Marihuana: mýty a fakta*. [přeložil Jindřich Bayer]. Praha: VolvoxGlobator.
- Zinberg, N. E. (1984). *Drug, Set and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press.

Příloha č. 1



Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis