

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

Marihuana a důsledky jejího užívání

Diplomová práce

Autor: Bc. Zdeňka Uhrová

Vedoucí práce: Mgr. Pavel Vácha

Datum odevzdání práce: 28.5. 2007

Abstract

Marihuana is a drug that arouses never-ending discussions in the society. Mass media perceive it in different ways, too. On one hand, it is taken for a very dangerous drug with effects and impacts similar to those of hard drugs. On the other hand, sometimes the risks of its use are underestimated and it is considered almost harmless. The objective of my thesis is to make a serious research on marihuana and, in connection with the known risks, alert against possible consequences of its use.

The theoretical part of the thesis reveals the history of Cannabis, gives basic characteristics of Cannabis-based drugs and their sorts. Hereafter, the active substances of marihuana and manifestations of intoxication are quoted. The main emphasis is put on the description of risks related to the use of this soft drug. The medical, mental and social risks are commented. One chapter is dedicated to applicable legislation. Consecutively, various approaches of drug politics and its specifics are mentioned.

Cannabis sativa, unlike Cannabis indica that is grown for drug production purposes, is used as a plant with wide range of industrial applications. Some of them are described in the thesis. Although the Czech legislation doesn't permit to use marihuana as a medicament, in some countries it is allowed. Therefore, the thesis presents the cases when the therapeutic potential of marihuana can be exploited.

In connection with the increasing number of Cannabis-based drugs users the attention is also paid to the prevention and subsequently to the assistance to the drug users. In the thesis the possibilities of intervention applied in the Czech Republic and other European countries, are described, too.

The practical part of the thesis is focused on the public and professional opinion referring to the possible risks of marihuana use. The attention is paid to the general attitude to this drug as well. Subsequently, the opinions of both contrary parties are compared.

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 28. 5. 2007

.....
podpis

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Pavlu Váchovi za odborné vedení této práce, za cenné rady a připomínky. Děkuji také Bc. Jaroslavu Koldovi za poskytnutí cenných materiálů. Dále patří dík mému příteli a rodině, kteří mě při psaní diplomové práce podporovali.

1	Současný stav.....	- 8 -
1.1	Obecné dějiny konopí	- 9 -
1.2	Popis a zařazení konopí	- 13 -
1.3	Konopné drogy	- 15 -
1.3.1	Charakteristika konopných drog	- 15 -
1.3.2	Formy konopných drog	- 15 -
1.3.3	Způsoby užívání a doba působení drogy	- 17 -
1.3.4	Počet uživatelů konopných drog	- 18 -
1.4	Marihuana	- 19 -
1.4.1	Účinné látky	- 19 -
1.4.2	Mechanismus účinku	- 19 -
1.5	Intoxikace marihuanou	- 21 -
1.5.1	Faktory ovlivňující intoxikaci	- 21 -
1.5.2	Projevy intoxikace	- 21 -
1.5.3	Interakce s jinými návykovými látkami	- 22 -
1.6	Zdravotní rizika užívání marihuany	- 23 -
1.6.1	Onemocnění dýchacího systému	- 23 -
1.6.2	Oslabení imunitního systému	- 23 -
1.6.3	Pokles mužské plodnosti	- 24 -
1.6.4	Negativní vliv na plod	- 24 -
1.7	Psychická a sociální rizika užívání marihuany	- 26 -
1.7.1	Poruchy kognitivních funkcí	- 26 -
1.7.2	Depresivní a úzkostné stavy	- 26 -
1.7.3	Amotivační syndrom	- 27 -
1.7.4	Flashbacky	- 28 -
1.7.5	Marihuana jako „startovací droga“	- 29 -
1.7.6	Závislost	- 30 -
1.7.7	Rozvoj latentních duševních onemocnění	- 31 -
1.7.8	Vliv na psychomotoriku a řízení vozidel	- 32 -
1.8	Další možnosti využití konopí	- 34 -
1.8.1	Využití v průmyslu	- 34 -
1.8.2	Využití v medicíně	- 36 -
1.9	Marihuana a legislativa	- 42 -
1.10	Drogová politika	- 47 -
1.10.1	Složky drogové politiky	- 47 -
1.10.2	Strategie v drogové politice	- 49 -
1.10.3	Typy drogové politiky	- 50 -
1.11	Prevence a odborná pomoc uživatelům marihuany	- 52 -
2	Cíle a hypotézy	- 55 -
3	Metodika	- 56 -
3.1	Použité metody a techniky sběru dat	- 56 -
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	- 57 -
4	Výsledky	- 60 -
4.1	Interpretace získaných dat u zkoumaného vzorku „A“ – laická veřejnost	- 60 -

4.2	Interpretace získaných dat u zkoumaného vzorku „B“ – odborná veřejnost - 70
4.3	Vzájemná komparace získaných dat vzorku „A“ se vzorkem „B“- 82 -
5	Diskuse- 85 -
6	Závěr- 91 -
7	Seznam použitých zdrojů- 93 -
8	Klíčová slova- 97 -
9	Přílohy- 98 -

Úvod

Téma této diplomové práce zní “Marihuana a důsledky jejího užívání“. Vybrala jsem si je proto, že marihuana je droga, kolem které se ve společnosti vedou neutichající debaty. Bývá také v různém světle medializována. Na straně jedné se na ni pohlíží jako na velmi nebezpečnou drogu, jejíž účinky a dopady se srovnávají s tvrdými drogami. Na straně druhé bývají rizika této drogy zlehčována a bývá považována téměř za neškodnou. Cílem mé diplomové práce je proto seriózním způsobem zmapovat problematiku marihuany v návaznosti na rizika spojená s jejím užíváním.

Práce je zaměřena v první řadě na obecnou definici konopných drog. Dále je pozornost věnována účinným látkám marihuany, projevům intoxikace a možným rizikům jejího užívání. Obecně jsou za nejzávažnější považována rizika v oblasti duševního zdraví. Nelze ale opomenout ani negativní vliv užívání marihuany na tělesné zdraví. V neposlední řadě je důležité zamyslet se i nad riziky sociálními, která také mohou mít nedozírné důsledky.

Drogová politika je komplexní soubor preventivních, léčebných, sociálních a dalších opatření, jejichž konečným cílem je snížit užívání drog a také škod, které mohou v důsledku užívání drog nastat. V každé zemi je uplatňován takový typ drogové politiky, který je považován za nejúčinnější. Koncepce drogové politiky je v České republice obecně postavena na principu prevence a represivních opatření. Otázkou je, zda tento přístup je v případě marihuany tím nejefektivnějším. Existují i úvahy o tom, že v případě marihuany je prevence vedena nesprávným způsobem. Často dochází k tomu, že nejsou objektivně předkládána rizika jejího užívání a dochází k jakési demonizaci jejich opravdových účinků. Jsou podávány informace, které neodpovídají realitě. Nebezpečí tímto způsobem zkreslených informací vede potom k tomu, že prevence obecně ztrácí svůj smysl. Stále dochází k jakémusi stírání hranice nebezpečnosti mezi měkkými a tvrdými drogami. Toto je potřeba změnit.

V práci je nastíněn systém prevence užívání marihuany, a také odborná pomoc uživatelům v případě, kdy se užívání marihuany pro ně stane vážným problémem, který přesáhne možnosti jejich řešení.

Praktická část bude věnována pohledu laické a odborné veřejnosti na to, jaké mohou být podle jejich názoru důsledky užívání marihuany. Následně bude provedena vzájemná komparace získaných názorů.

1 Současný stav

Drogy se staly globálním problémem. Určitá forma nabídky a poptávky se objevuje prakticky ve všech zemích světa. Užívání drog poškozuje zdraví a kvalitu života samotných uživatelů, ale i celé společnosti v důsledku negativních zdravotních, psychických a sociálních rizik, které s užíváním drog souvisejí.

Podle EMCDDA (Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost) je marihuana nejužívanější drogou v Evropě. Česká republika je v užívání konopí v rámci Evropské unie na prvním místě. Podle průzkumů výskyt uživatelů mezi školní mládeží neustále stoupá a zároveň se snižuje věk dětí, kdy přichází do prvního kontaktu s touto nelegální drogou. Důležitou součástí preventivních aktivit je proto podávání objektivních informací o rizicích spojených s užíváním marihuany.

V minulosti existovaly různé informační kampaně, které hranice mezi měkkými a tvrdými drogami záměrně stíraly. Rizika užívání všech drog byla dávana na stejnou úroveň. Takové povědomí zůstává z části zakotveno i v dnešní společnosti. Je třeba tyto rigidní postoje odstranit. Ne zřídka je možné setkat se s tím, že rizika užívání marihuany jsou stavěna na úroveň heroinové závislosti. V tom je právě kámen úrazu. Užívání každé drogy má svá rizika, je však nutno si uvědomit, že zastrašováním se situace nevyřeší.

Existuje jakási teorie, kdy je marihuana považována za „startovací drogu“ k tvrdým drogám. Předpokládá se tedy, že člověk, který někdy v životě vyzkouší marihuanu, přejde pak snáze na tvrdé drogy. K takovému zkreslení informací dochází proto, že prevalence marihuany je zaznamenávána do statistik. Je zde zaznamenán i člověk, který užil marihuanu byť i jedenkrát za život. Proto mohou být údaje o spojitosti marihuany s užíváním tvrdých drog minimálně diskutabilní. Stále více odborníků upozorňuje na to, že je potřeba zaměřit se i na rizika nevině se tvářících legálních drog, které mohou být daleko větším nebezpečím.

1.1 Obecné dějiny konopí

Konopí je jednou z nejstarších kulturních rostlin. Dnes už je rozšířeno po všech světadílech. Existují mnoho tisíc let staré důkazy jeho pěstování jako suroviny pro výrobu tkanin, provazů, olejů atd. Znamé jsou i důkazy jeho používání jako psychotropní látky. Konopí je často zmiňováno v tradiční a alternativní medicíně jako léčivá rostlina.

Původním domovem konopí je pravděpodobně Střední Asie a odtud se postupem času rozšířilo dále. Asi nejstarším případem užívání konopí jsou vykopávky z prehistorického naleziště odkrytého v Jang-ming-šanu na ostrově Tchaj-wan.

Byla zde objevena stará neolitická lokalita, která obsahovala pozůstatky hrubé, písčité keramiky. Povrch keramiky byl ozdoben stopami konopného provázku. Odborníci odhadují tyto nálezy mezi desáté a třetí tisíciletí před n.l. (Booth, 2004).

Konopí mělo v Číně už ve starověku velký hospodářský význam. Zmínku o něm najdeme i v různých rukopisech. Zde se píše o tom, jak se má konopí zasít, jak se má hnojit, zavlažovat, kdy je optimální doba sklizně a jakým způsobem vyrobit kvalitní konopná vlákna..

Za vlády dynastie Chan (207před n. l.-220 po n. l.) se z konopí rozemletého spolu s kůrou morušovníku vyráběl levný trvanlivý papír. Tento papír byl ohebný, pevný a odolný vůči vlhku. Proto byl preferován pro psaní oficiálních dokumentů, knih a kaligrafii. Konopí se rovněž pěstovalo jako obilovina. Zralá konopná semena se buď pražila, nebo rozemílala na mouku. Z té se pak připravovala hustá kaše. Konopný olej ze semen se začal lisovat o něco později (Booth, 2004).

Jako lék začali konopí využívat šamani. Vyháněli z těl lidí zlé duchy, o nichž se věřilo, že jsou původci nemocí. Měli je zapudit tím, že stěny i lůžko nemocného obcházel s otýpkou konopných stonků a všechno jimi šlehali. Ve 2. století našeho letopočtu byla čínská medicína velmi vyspělá a lékař Chua-tuo přišel na to, že konopná pryskyřice smíchaná s vínem působí jako analgetikum (Booth, 2004).

Poznatky o konopí se rozšířily i do Japonska. Tady se podobně jako v Číně používalo k zahánění zlých duchů. Z Číny se dále konopí šířilo s přičiněním obchodníků směrem na západ, na indický subkontinent. Kolem roku 2000 před n.l. sem přicházeli ze Střevní Asie kočovné kmeny. Prvními takovými kočovníky byly Árijové (Booth, 2004).

V Indii využívali konopnou pryskyřici především posvátní mužové. Věřili, že jim konopí pomůže přiblížit se bohům a zároveň jim pomůže překonat hlad a bolest. Konopí údajně užívali také fakíři, chodící po žhavém uhlí a uléhající na ostří hřebů. Veřejnost měla ke konopí přístup pouze při důležitých náboženských obřadech (Booth, 2004).

Užívání konopí se začalo čím dál více rozšiřovat a s tím se také vyvinuly tři základní způsoby přípravy drogy (Booth, 2004):

- Bhang
- Ganga (gandža)
- Charas (čaras)

Nejméně psychoaktivních látek obsahuje bhang. Jsou to sušené nadrcené listy a občas i semena a květy. Připravuje se z něj odvar nebo se přidává do pokrmů.

Ganga (gandža) se připravuje ze sušených květenství samičích rostlin. Obvykle se kouří a je dvakrát až třikrát silnější než bhang. Konopná droga nejvyšší síly se v Indii nazývá charas (čaras). Jedná se o vysoce kvalitní hašiš. Obvykle se kouří ve vodních dýmkách nebo nadrolený do tabáku a ručně zabalený do cigarety.

Konopnou kulturu poznal i arabský svět. Přestože korán považuje za hříšné užívání jakýchkoliv omamných látek, hašiš se stal jakousi výjimkou a byl považován za méně nebezpečný než alkohol, který způsoboval opilost. Hašiš také používali muslimští lékaři jako analgetikum. Snažili se stanovit optimální dávku, která by tišila bolest. S přispěním Arabů se konopí šířilo Afrikou dál na sever, jih a také na východ. Když začali do východní Evropy přicházet Evropané, mělo již konopí v tamní kultuře také své místo. Bylo využíváno jak při náboženských účelech, tak i pro zábavu (Booth, 2004).

V 16. století, kdy se z Nového světa dovezl tabák, propadl Střední východ a celá Evropa vášni kouření. Hašiš, který se do té doby výhradně pojídal, se začal

nacpávat do dýmek. Jakmile začali uživatelé drogu kouřit, zjistili, že její účinky se dostavují mnohem dříve, než kdyby drogu požili ústy, kdy se účinek dostavil až během několika hodin. Jako jedni z prvních přivezli hašiš do Evropy Portugalci, kteří obsadili důležité obchodní křižovatky. O svých poznatcích se začali zmiňovat v knihách, které se dostaly do rukou mimo jiné také evropským lékařům, a ti se začali dívat na konopí v jiném světle. Konopí neomezeně dováželi do země cestovatelé, a tak se jak lékaři, tak i prostí lidé rozhodli jeho účinky na sobě vyzkoušet. V druhé polovině 18. století se konopí začalo objevovat v příručkách pro lékaře a lékárníky a v lékařských předpisech. Konopí se nejčastěji doporučovalo jako analgetikum a antibiotikum (Booth, 2004).

Světlem se začaly šířit zvěsti o léku se zázračnými účinky, který užívají v Indii, a který se připravuje z konopí. K jeho největším zastáncům patřil irský lékař William Brooke O'Shaughnessy. Uvědomil si, jak velký léčebný potenciál hašiš skýtá. Začal studovat původní orientální rukopisy a dále na toto téma diskutoval s lékaři a dalšími odborníky. Po té začal účinky látky ověřovat na zvířatech, konkrétně na psech. Když viděl, že droga na nich nezanechává žádné negativní důsledky, začal ji zkoušet také na lidech. Vybíral si mezi pacienty trpícími revmatismem, tetanem, cholerou a epilepsií. Hašiš sice neléčil nic konkrétního, ale osvědčil se jako účinné analgetikum a sedativum. Dále ho O'Shaughnessy označil za nejúčinnější prostředek proti křečím. V roce 1842, při návštěvě Anglie obdaroval hašišem londýnského lékárníka Petera Squirea a požádal jej, jestli by z něho nezískal léčivý extrakt. Lékárník Squire tehdy připravil první výluh hašiše v alkoholu. Pod názvem Squire's Extrakt si ho nechal patentovat a nabízel ho jako analgetikum. Ani další lékárníci neváhali a recept okopírovali. Přípravek pak prodávali pod vlastními jmény. Squireho extrakt a další podobné léky se velmi brzy dostali do obliby a začali se užívat ve velkém, protože jediný další prostředek proti bolesti, který měli lékaři k dispozici, bylo silně návykové opium. To bylo navíc i příliš drahé. Velmi brzy se přišlo na to, že konopí nevyvolává fyzickou závislost a kromě pocitů euforie, občasné ospalosti a halucinací vedlejší účinky nemá (Booth, 2004).

Konopí se prodávalo většinou ve formě tinktur, ale na pultech byly běžné k vidění i hašišové pilulky obalené v cukru. K dostání byla též šňupací směs konopí s tabákem určená pro astmatiky. V Anglii se v roce 1887 objevila i první reklama na

marihuanové cigarety smíchané s tureckým tabákem, tedy v podstatě „jointy“ (Booth, 2004).

V polovině 19. století byl v Paříži založen klub, kde se scházeli umělci k užívání hašiše, tzv. Le Club des Hachichins – Spolek hašišínů (Booth, 2004). Věřili, že hašiš pomůže rozšířit jejich vnímání a zlepší jejich tvořivost. K jeho členům patřili např. Charles Baudelaire, Alexandr Dumas a Viktor Hugo.

V USA se konopí stalo populární v době alkoholové prohibice. V 60. letech 20. století se marihuana a hašiš stali populárními ve všech sociálních vrstvách, zejména díky "beat generation" a hippies. Přestože jsou produkty konopí v současné době v mnoha zemích drogami nelegálními, jejich obliba je stálá.

1.2 Popis a zařazení konopí

Schultes a Emboden (In: Rätsch, 1994, s. 13-14) dělí konopí na tři druhy:

1. *Cannabis sativa* (Linné 737)

Rostliny jsou velmi vysoké (až 4 m), mají silný, vláknovitý stonek, jsou jen málo rozdvojeny a mají řidší listoví. Obsah psychoaktivních látek je velmi nízký, mnohdy se vůbec nevyskytují.

2. *Cannabis indica* (Lamarck 1783)

Rostliny jsou nízké (do 1,2 m) a velmi husté, stonek není tolik vláknitý, jsou silně rozdvojeny a mají velmi husté listí. Obsah psychoaktivních působících látek je velmi vysoký.

3. *Cannabis ruderalis* (Janischewsky 1924)

Rostliny jsou velmi malé (60 cm), mají tenký, slabě vláknovitý stonek, nejsou téměř vůbec rozdvojeny a listoví není příliš husté, oproti tomu listy jsou poměrně velké. Obsah působících látek není ani nízký ani vysoký.

Všechny druhy konopí jsou dvoudomé, tedy vytvářejí jak samčí, tak samičí rostliny. Samčí rostliny jsou z pravidla menší a jsou také méně rozvětvené. Můžeme se však setkat i s rostlinami oboupohlavními. Z kulturního hlediska jsou samičí rostliny mnohem důležitější. Vytvářejí silnější vlákna a obsahují více psychoaktivních látek, stejně jako výživných semen (Rätsch, 2000).

„Původně bylo konopí přiřazováno do řádu Urticaceae (kopřivovité). Konopí patří ale podle novějších výzkumů do řádu Cannabaceae (konopné), čeledi Moraceae (morušovité)“ (Rätsch, 1994, s. 14).

Původním domovem konopí je pravděpodobně centrální část Asie, odkud se díky své pěstitelské nenáročnosti rozšířilo do celého světa. Konopí roste prakticky po

celém světě, především pak v oblastech s teplým klimatem. Pěstuje se však i v evropských podmínkách včetně České republiky.

1.3 Konopné drogy

1.3.1 *Charakteristika konopných drog*

Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1969 definovala drogu jako „jakoukoli látku (substanci), která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí“ (In: Nožina, 1997, s. 9).

Konopné drogy(cannabinoidy) patří mezi nelegální drogy, což znamená, že je zakázána jejich výroba a distribuce. Dále jsou řazeny k tzv. měkkým drogám (drogám s akceptovatelným rizikem), kam dále patří např. káva, alkohol a tabákové výrobky.

Cannabinoidy se řadí mezi látky s halucinogenním účinkem. Tento účinek spočívá v kvalitativní změně vědomí. Po požití těchto drog dochází často k výrazným změnám psychiky v hloubce a intenzitě vnímání. Objevují se sluchové a zrakové halucinace, projevy depersonalizace, deformace času a prostoru. Největší obsah psychoaktivních látek má druh Cannabis indica. Obsah THC je v suché hmotě vyšší než 0,3 % a pěstuje se pouze pro tento účel (Enpsyro, Základní dělení drog).

1.3.2 *Formy konopných drog*

Existují tři formy této ilegální drogy:

- marihuana (tráva, zelí, gandža, hulení apod.)
- hašiš (haš, čokoláda apod.)
- hašišový olej

Marihuana

Marihuana jsou sušené a rozmělněné listy smíchané se sušeným květenstvím samičí rostliny. Marihuana (marijuana) označuje mexicko španělský název této směsi. V indickém prostředí má název bhang, v Alžíru a Maroku kif, v Turecku habak (Nožina, 1997).

Barva je podle kvality zpracování. Při kvalitní zpracování je barva tmavě zelená. Při vlhkém sběru, rychlém sušení atd. se může hmota zabarvit až do odstínů

černo-zelené. Při dobrém zpracování je látka v menších, jemně lepících kouscích držících při sobě a má velmi specifické aroma (Miovský, In: Kalina a kol., 2003).

Marihuana domácí produkce se dle oblasti svého původu pohybuje v mezích 2 – 8 % obsahu aktivních látek. Zahraniční pak někde v rozmezí 6 – 14 % a ve výjimečných případech i více (Miovský, In: Kalina a kol., 2003).

Obsah účinných látek závisí také na způsobu pěstování rostliny. Vedle tzv. „outdoorového“ pěstování, což je pěstování pod širým nebem, je dnes velmi populární pěstování při umělém osvětlení za použití hydroponických systémů (tzv. „indoorové“ pěstování). Tyto systémy umožňují pěstování rostliny bez půdy, tzn. pouze v živném roztoku. Tento způsob pěstování přispívá k rychlejšímu růstu rostliny, a tak je možné uskutečnit více sklizní v roce. Marihuana vypěstovaná tímto způsobem má potom daleko větší obsah účinných látek. Podle Miovského (In: Kalina a kol., 2003) přesahuje tento obsah až hranici 20 %. Tímto způsobem vypěstovaná marihuana nese někdy označení „skunk“.

Hašiš

Hašiš se získává z pryskyřičného sekretu, prosakujícího z květů a listů v horních částech rostliny. Hlavním centrem produkce je oblast Středního východu. V Indii je znám jako čaras. Kannabisová pryskyřice se sbírá a hněte do formy kvádrů, tablet, koulí nebo kostek. Před vyschnutím se balí do listů anebo celofánu. V takové formě se objevuje v ilegálním obchodě. Když vyschne, stává se z ní drolivá hmota. Bývá zbarvena do různých odstínů hnědi, přes tmavě zelenou až černou, podle místa původu. Koncentrace THC je v hašiši přibližně pětikrát vyšší než v marihuaně (Nožina, 1997).

„V Himalájích domorodci vyrábějí čaras tak, že mnou mezi dlaněmi čerstvou palici konopí, až se jim dlaně a prsty pokryjí lepkavou vrstvou aromatického a (zatím) mazlavého oleje. Ten pak seškrábou a uhnětou do válečků substance zvané čaras, ve které je minimum celulózy a maximum oleje“ (Doležal, 1998, s. 10).

Hašišový olej

Jedná se o tekutý koncentrát získávaný chemickou cestou z konopné pryskyřice za pomoci rozpouštědel typu acetonu nebo benzinu. Hašišový olej dnes stojí mimo zákon a řadí se mezi nebezpečné látky, a to dokonce i v Nizozemí, jehož postoj je jinak k drogám velmi benevolentní. Důvodem toho není ani tak vysoký obsah THC, jako spíš přítomnost nežádoucích vedlejších produktů použitých rozpouštědel, které mohou negativně působit na lidské zdraví (Booth, 2004).

1.3.3 *Způsoby užívání a doba působení drogy*

Konopné drogy jsou užívány především kouřením. Kouří se buď samostatně nebo smíchané s tabákem v ručně stočených cigaretách, tzv. jointech. Název pochází ze skutečnosti, že cigareta je sdílena několika kuřáky mezi sebou. V menším měřítku se objevuje perorální užití, tzn. ústy (např. jako součást pokrmů či nápojů). Určitým omezením z hlediska úpravy je rozpustnost účinných látek především v tucích a naopak velmi malá rozpustnost ve vodě (Miovský, In: Kalina a kol., 2003).

Dalším způsobem užití konopných drog je vodní dýmka. Při tomto způsobu užití dochází k ochlazení kouře a ochraně plic kuřáka před většími částicemi, které se z jointu dostávají do plic (Dupal, 2004).

Účinek při vykouření drogy nastupuje většinou během několika desítek sekund až minut (záleží na obsahu aktivních látek). Celková doba účinku po vykouření drogy se pohybuje zhruba od 3 do 6 hodin. Při užití ústy nastupuje účinek pomaleji a později, ale trvá déle (Miovský, In: Kalina a kol., 2003).

„Droga se z těla vylučuje jen velmi pomalu, má tendenci se ukládat v tukové tkáni. Po vykouření jedné cigarety lze prokázat 40 až 50 % THC v buněčných membránách po 4 - 8 dnech, 10 – 20 % drogy po 30 dnech a 1 % dokonce po 48 - 138 dnech. Je tedy pochopitelné, že při pravidelnějším zneužití se droga hromadí v těle. To může mít nepříznivé účinky na tělesné i na duševní zdraví“ (Nešpor, Csémy, 2003, s. 28).

Konopí je v Evropě nejčastěji užívanou nelegální drogou. K nárůstu v jejím užívání došlo prakticky ve všech zemích EU v průběhu 90. let 20. století zejména mezi mládeží. Celoživotní prevalence užívání konopí je v Evropě podle nejméně 65 milionů neboli každý pátý dospělý Evropan. Konopné drogy užilo v posledním roce 22,5 milionu dospělých Evropanů neboli jedna třetina osob. V posledních třiceti dnech užilo konopné drogy 12 milionů Evropanů (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Výroční zpráva za rok 2006: stav drogové problematiky v Evropě).

Celoživotní prevalence užívání konopí mezi studenty ve věku 15 – 16 let je největší v České republice (44 %) a ve Španělsku (41 %). Odhady prevalence u studentů ve věku 15 – 16 let by se neměly zobecňovat na studenty starší, a to vzhledem k tomu, že i s mírně rostoucím věkem může docházet k výraznému nárůstu uživatelů. U sedmnácti až osmnáctiletých dosahují odhady celoživotní prevalence více než 50 % v České republice, ve Španělsku, a také ve Francii (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Výroční zpráva za rok 2006: stav drogové problematiky v Evropě).

Ačkoliv je užívání konopí rozšířené převážně mezi mládeží, údaje získané ze Španělska a Spojeného království naznačují, že užívání drogy může pokračovat i po třicátém a čtyřicátém roce života. Může se tak jednat o změnu ve vzorcích užívání konopí, která zasluhuje bližší pozornost. Stejně jako v případě dalších nelegálních drog je míra i užívání konopí značně vyšší u mužů než u žen (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Výroční zpráva za rok 2006: stav drogové problematiky v Evropě).

1.4 Marihuana

1.4.1 *Účinné látky*

„Z přibližně 460 známých chemických složek konopí jich více než šedesát odpovídá molekulární stavbou cannabinoidu, ale nejdůležitější z nich je delta-9-tetrahydrocannabinol, známý spíše jako tetrahydrocannabinol nebo zkráceně THC. Právě tato látka, samozřejmě v kombinaci s ostatními cannabinoidy, zodpovídá za psychoaktivní účinek rostliny.

Kromě THC obsahuje konopí ještě cannabidiol (CBD) a cannabinol (CBN), které se objevují až s postupným stárnutím pryskyřice. CBD psychoaktivně nepůsobí vůbec, avšak CBN mírně psychoaktivní je. Vedle cannabinoidů obsahuje konopí ještě šest éterických olejů (silic), nejméně osm alkaloidů, flavonoidy a cukry“ (Booth, 2004, s. 16-17).

Mezi další významné cannabinoidy patří tetrahydrocannabivarin (THCV) a cannabichromen (CBC). Tyto nevytváří rostlina jako taková, ale vznikají při rozkladu nebo odbourávání THC a ostatních cannabinoidů (Booth, 2004).

1.4.2 *Mechanismus účinku*

„THC působí přímo na některé části mozku. Má vliv na mozeček, jenž zajišťuje koordinaci pohybu a rovnováhu, dále na hippocampus, jenž obstarává lineární myšlení a paměť, a na prodlouženou míchu, z níž vycházejí signály bolesti. V roce 1922 se přišlo na to, že stejně jako si mozek vytváří opiátům podobné sloučeniny nazývané endorfiny, produkuje také vlastní obdobu cannabinoidu, které se říká anandamid – obsažen rovněž v kakaových bobech a červeném víně – a která zřejmě hraje jistou úlohu při ovládání bolesti, má vliv na spánkové návyky a považuje se za neurotransmitter přenášející informace o příjemných pocitech. Výzkum prokázal, že THC se umí „navázat“ na stejný receptor – molekula bílkoviny přítomná na povrchu buněk vyskytujících se převážně v hippocampu a mozkové kůře – jako anandamid, jehož

nedostatek nebo úbytek vyvolává nervové poruchy a pravděpodobně i choroby, jako je roztroušená skleróza“ (Booth, 2004, s. 23).

1.5 Intoxikace marihuanou

1.5.1 *Faktory ovlivňující intoxikaci*

Jako u všech psychotropních látek, nikdy nelze přesně říct, jak bude intoxikace probíhat. Kromě samotného vlivu látky se totiž na průběhu a charakteru stavů účastní ještě další faktory, a to celkové „nastavení“ (setting) jedince, očekávání, prostředí, únava, individuálně odlišná citlivost a mnoho dalších faktorů (Miovský, In: Kalina a kol., 2003).

Účinek psychoaktivní látky (THC) je samozřejmě také závislý na množství, způsobu a frekvenci užívání. Jestliže je kanabis kouřen, jeho účinek je daleko rychlejší než v případě polykání (Nožina, 1997).

Dalším faktorem, který podstatně ovlivňuje průběh intoxikace je to, zda je droga užívána ve skupině nebo ji uživatel užívá o samotě. Pokud je droga užívána v kolektivu, velmi také záleží na vztazích, které mezi účastníky panují. Intoxikace v přítomnosti neznámých osob nemusí mít pozitivní dopad. Minimálně může způsobit silné negativní prožitky. Uživatelé často uvádějí, že kouří pouze v přítomnosti osob, které znají a s nimiž mají přátelské vztahy. Také aktuální psychický stav je důležitým faktorem. Je známo, že požití drogy ve stavu psychické nepohody může nepříjemné pocity ještě více umocnit.

1.5.2 *Projevy intoxikace*

Mezi nejcharakterističtější účinky konopných látek patří sucho v ústech, jemný pocit chladu a hlad. Na první pohled je patrné překrvení spojivek (tzv. králičí oči“) (Miovský, In: Kalina a kol., 2003). Dále lze zaznamenat nárůst krevního tlaku, což může představovat určité riziko pro lidi s cévními problémy (Booth, 2004).

Typická pro konzumaci konopných produktů je deformace ve vnímání času. Čas se zdá být delší, vše ubíhá pomaleji a i velmi krátký okamžik se může zdát jakoby uběhly celé hodiny. Objevují se i deformace ve vnímání prostoru a sluchové, hmatové a nejčastěji zrakové iluze (začínající často jako zostřené vnímání barev). Intoxikace

konopnými drogami je ve většině případů doprovázena stavem lehké euforie a příjemné nálady, která může občas přejít do bouřlivého a nezadržitelného dlouhého smíchu. Agresivita či depresivní stavy, stejně tak jako panické a úzkostné stavy (tzv. „bad trip“) se vyskytují jen výjimečně a většinou spíše u osob k tomu nějakým způsobem disponovaných. Celkový stav se blíží k mírně meditativnímu ponoření do vlastních pocitů, myšlenek, nálad a fantazií. Stav velmi svádí k zabývání se jimi a k hloubání (Miovský, In: Kalina a kol., 2003). Narůstá představivost, ale zároveň se prokazatelně snižuje schopnost soustředit se (Booth, 2004). Rovněž se uvádí, že konopné drogy mohou navozovat únavu a ospalost.

1.5.3 *Interakce s jinými návykovými látkami*

Marihuana a hašiš jsou často pro dosažení silnějšího efektu zneužívány společně s alkoholem a jinými psychoaktivními látkami. Kombinované zneužívání se vyskytuje častěji ve skupinách (Nožina, 1997). Nešpor a Csémy (2002) uvádějí, že kombinace konopí s alkoholem ještě pronikavěji zhoršuje schopnost řídit motorové vozidlo a kombinace konopí s pervitinem pronikavě zvyšuje riziko úzkostných stavů a přechodných nebo i dlouhodobějších duševních poruch. Dále uvádějí, že dospívající si může mírnit jinými návykovými látkami nepříjemné duševní stavy související s konopím (např. úzkost za pomoci tlumivých léků). Goodyer (2001) říká, že nadměrná konzumace alkoholu spolu s užíváním konopí může vyvolat zvracení a způsobit mdloby.

1.6 Zdravotní rizika užívání marihuany

1.6.1 *Onemocnění dýchacího systému*

Nešpor, Pernicová a Csémy (1998) uvádějí, že užívání marihuany způsobuje např. záněty průdušek nebo zhoršuje tuberkulózu. Dále zmiňují, že spory houby *Aspergillus* obsažené v marihuanových cigaretách se při kouření neničí a mohou se dostávat do plic a způsobovat plicní onemocnění.

Je obecně známo, že marihuanový kouř obsahuje stejně jako kouř cigaretový rakovinotvorné látky. Nešpor ve svém článku upozorňuje na to, že rakovinotvorně nepůsobí pouze THC, ale také další látky obsažené v marihuanovém kouři a dle výzkumů jedné studie lze účinek dvou marihuanových cigaret na dýchací systém srovnat s dávkou 28 tabákových cigaret (Nešpor, Marihuana má velká rizika).

Opačný názor má Conrad (2001), který srovnává kuřáky cigaret a cannabisu. Podle něho tabák způsobuje několik tisíc úmrtí ročně, naproti tomu účinky marihuany nepůsobí ročně ani jedno úmrtí. Vysvětluje to tím, že pacienti závislí na nikotinu potahují z cigarety doslova do posledního dechu. Uvádí, že kuřáci marihuany si samozřejmě do jisté míry dráždí plíce, ale skoro nikdo si nezapaluje jednu cigaretu od druhé. Obvyklá léčebná dávka je podle něj pár potáhnutí o víkendu nebo joint, dva denně.

1.6.2 *Oslabení imunitního systému*

Nešpor (2003) tvrdí, že drogy z konopí způsobují oslabení imunitního systému. Stejně tak Riesel (1999) tvrdí, že důsledkem užívání marihuany je zvýšení náchylnosti k infekčním chorobám. V literatuře jsou často zmiňovány souvislosti mezi užíváním marihuany a jejím negativním vlivem na imunitu HIV pozitivních jedinců. Některé výzkumy nachází přímou souvislost mezi nemocnými AIDS a jejich následným úmrtím na selhání imunitního systému. Zastánci legálního využití marihuany v lékařství argumentují tím, že marihuana naopak výrazně tlumí vedlejší účinky léků užívaných při léčbě AIDS.

Je známo, že nevolnost a nechutenství jsou jedny z nepříjemných projevů této nemoci a následkem je samozřejmě ubývání na váze. Conrad (2001) shrnuje výsledky provedených výzkumů, kdy lidé trpící AIDS nebyli schopni přijímat za normálních okolností dostatečné množství potravy. Mnoho nemocných s AIDS potvrdilo, že se jim po kouření marihuany zvýšila chuť k jídlu.

1.6.3 *Pokles mužské plodnosti*

Nešpor a Csémy (2003) označují neplodnost u mužů jako jedno z možných rizik užívání marihuany. Conrad (2001) zmiňuje také výsledky dvou studií. U první z nich bylo sledováno snížení hladiny mužského hormonu testosteronu na skupině silně kouřících „začátečníků“. Prokázalo se, že opravdu došlo k mírnému snížení hladiny tohoto hormonu. Tato hladina se však po přerušení užívání „rychle vrátila do normálu“. V druhé studii skupina dvaceti sedmi mladých mužů kouřila cannabis v průměru pět, šest let. Byla testována poté, co všichni na čtrnáct dní užívání přerušili. Jedenatřicet dní byli na pozorování v nemocnici, z toho šest dnů měli marihuanu zakázanou. Hladina testosteronu byla po této době v horní části rozmezí normálních dospělých jedinců. Ve zbývajících jednadvaceti dnech muži postupně zvyšovali konzumaci cannabisu až po velmi vysoké hodnoty, ale množství hormonů zůstávalo stabilizováno. Pokles hladiny testosteronu vidí autor osobně v úplně jiných souvislostech. Podle studie prováděné vědci kodaňské univerzity, jejíž výsledky byly uveřejněny v roce 1996 v časopise *Lancet* vychází najevo, že za skutečného viníka tohoto problému jsou s největší pravděpodobností považovány pesticidy.

1.6.4 *Negativní vliv na plod*

Nešpor a Müllerová (2004) uvádějí, že u žen, které v těhotenství kouřily marihuanu, je vyšší nebezpečí poškození plodu.

Ve svém článku Nešpor dále uvádí, že děti matek, které kouřily v těhotenství marihuanu, měly více problémů s chováním, horší paměť a soustředění a nižší

výkonnost při jazykových a perceptivních úlohách, nižší IQ a poruchy spánku, a že se u těchto dětí uvádí i vyšší riziko nádorových onemocnění (Nešpor, Marihuana má velká rizika).

Drobná a Velemínský (2000) také zmiňují sníženou porodní hmotnost, zvýšené riziko vrozených vývojových vad, podobě jako u fetálního alkoholového syndromu.

Naproti tomu Zimmerová s Morganem (2003) uvádějí, že při studiích novorozenců, kojenců a dětí nebyly prokázány žádné fyzické, vývojové či kognitivní nedostatky spojené s vystavením účinkům marihuany v prenatálním období. Podle jejich názoru marihuana nemá na velikost novorozence ani na neurologický vývoj či výskyt abnormalit prokazatelný vliv.

1.7 Psychická a sociální rizika užívání marihuany

1.7.1 *Poruchy kognitivních funkcí*

Při dlouhodobém, velmi častém a nadměrném užívání konopných drog se dostavují poruchy některých kognitivních funkcí. Zejména se jedná o zhoršení v oblasti krátkodobé paměti a schopnosti soustředění. Tyto poruchy se vyskytují u akutní intoxikace (Miovský, In: Kalina a kol., 2003). Nešpor, Pernicová a Csémy (1998) také zmiňují jako další rizika užívání marihuany poruchy paměti, které spolu s apatií a nezájmem zhoršují školní prospěch nebo přizpůsobení v práci.

Zimmerová s Morganem (2003) se také zmiňují o tom, že marihuana vytváří změny myšlení, vnímání a zpracování informací, ale tyto změny popisují jako okamžité a krátkodobé. V laboratorních studiích, kdy byla zkoumána krátkodobá paměť, si účastníci pod vlivem marihuany bez potíží pamatovali, co se dříve naučili. Z toho lze usuzovat, že schopnost učit se a vybavit si nové informace je sice oslabená, ale pouze po dobu intoxikace. Autoři došli proto k závěru, že nejsou k dispozici přesvědčivé důkazy o tom, že silné a dlouhodobé užívání marihuany trvale oslabuje paměť či jiné kognitivní funkce.

1.7.2 *Depresivní a úzkostné stavy*

Nepředvídaně se u uživatelů marihuany objevují úzkostné a jiné nepříjemné stavy. Tyto stavy jsou však většinou přechodného rázu a vyskytují se častěji u začátečníků (Nešpor, Pernicová, Csémy, 1998).

Miovský (In: Kalina a kol., 2003) také upozorňuje na to, že u predisponovaných osob může dojít k rozvoji velmi intenzivních, hlubokých depresivních stavů či stavů úzkosti a napětí. Tyto stavy se mohou vystupňovat a přejít až do panického stavu, kdy hrozí nebezpečí sebepoškození či naopak agrese k okolí. Občas se to může stát při požití drogy s velmi vysokým obsahem THC. V podstatě neexistuje možnost si drogu předem ověřit a zjistit tak, kolik účinné látky vlastně obsahuje. Konzument tak nikdy přesně neví, jaké množství účinné látky pozře.

Výsledky některých studií vedou ke vzrůstajícímu podezření na souvislost užívání marihuany a vzniku deprese a úzkosti. Dlouhodobí uživatelé udávají pocit úzkosti, depresi, únavnost a nízkou motivaci. Z jedné nedávné studie je zřejmé, že více než třetina příznaků deprese se objevovala v souvislosti s užíváním marihuany. Mechanismus této souvislosti není zatím známý. Nelze vyloučit určitý společný faktor, který zvyšuje pravděpodobnost vzniku sklonu k užívání konopí a zároveň je příčinou rizika vzniku duševní poruchy. Jinou možností může být přítomnost určitých psychických preexistujících příznaků, které vedou k užívání marihuany jako samoléčby. Jinou otázkou je, jaké přímé riziko představuje užívání konopí pro vznik deprese a úzkostných stavů (Kostiuk, Kouření marihuany, deprese a úzkost).

1.7.3 *Amotivační syndrom*

Definicí amotivačního syndromu není v literatuře mnoho. Podle Wellera (In: Gabrhelík, 2007) se amotivační syndrom projevuje „změnou nebo poklesem ambicióznosti, neproduktivitou, marností, nízkou školní docházkou, nedostatkem cílů, špatnými studijními výsledky, apatií a netečností v mentálních i fyziologických reakcích, dezorientací, nestálostí emocí, ztrátou zájmu o osobní vzhled, fyzickým vyčerpáním, ztrátou orientace v čase, problémy s krátkodobou pamětí, duševním zmatkem a depresí“.

To znamená, že uživatelé jsou si vědomi, že se s nimi „něco“ děje, a to „něco“ je také objektivně pozorovatelné. Jako příčina amotivačního syndromu je označována dlouhodobá a intenzivní konzumace konopných drog. Touto konzumací se obecně rozumí užívání drogy ne méně než jeden rok a s intenzitou alespoň třikrát týdně (Gabrhelík, Amotivační syndrom a popis životního stylu těžkých uživatelů konopných drog).

U amotivačního syndromu se nejčastěji vyčleňuje ztráta ambicí a zájmu. Byly proto provedeny různé studie, kdy se zkoumal vliv marihuany na pracovní výkon a celkově na motivaci ať už k práci nebo ke studiu. Zimmerová s Morganem (2003) se také zmiňují o výsledcích takových studií. Podle nich se amotivační syndrom vyvolaný

užíváním marihuany snaží vědci prokázat už pětadvacet let, ale dosud se jim to nepodařilo. Marihuana nemá žádný negativní účinek na ztrátu ambicí a životního elánu. V laboratorních studiích, kdy se zkoumali jedinci požívající několik dnů nebo týdnů vysoké dávky drogy se pracovní motivace či produktivita nesnížila. Pracující uživatelé marihuany vydělávají ve srovnání s neuživateli dokonce více. Vysokoškolští studenti užívající marihuanu dosahují stejných studijních výsledků jako ti, co ji neužívají. U středoškolských studentů se také zkoumalo, zda má marihuana na ně negativní vliv. Prokázalo se, že školní neúspěchy nejsou způsobeny užíváním marihuany, ale tyto neúspěchy jejímu užívání často předcházejí.

Z logického úsudku lze konstatovat, že pokud je jedinec opravdu ve stavu intoxikace několikrát denně nebo týdně, pravděpodobně dochází k poklesu jeho volných vlastností a k pasivitě, což se může projevit i sníženou motivací docházky do školy či zaměstnání. Těžko také posoudit, do jaké míry by byl v takovém stavu schopen plnit si pracovní či školní povinnosti. V takovém případě potom některé studie docházejí k závěru, že užívání marihuany vede jednoznačně k vyloučení ze školy a ke ztrátě zaměstnání.

Otázkou i nadále zůstává, zda lze užívání marihuany považovat za příčinu amotivačního syndromu nebo spíše za jeho následek. Při posuzování tohoto problému by se primárním aspektem měla stát osobnost jedince a jeho systém hodnot.

1.7.4 *Flashbacky*

Flashback (flešbek) je „stav jako po požití drogy, i když droga nebyla aplikována. Někdy může nastat až za dva roky po poslední dávce. Dochází k němu nejčastěji po halucinogenech, marihuaně nebo pervitinu“ (Nešpor, Provazníková, 1999, s. 14).

„Jedná se o spontánní návraty halucinací a iluzí (zrakových, prostorových a ve vnímání času i vlastní osoby). Vrací se silné emoční prožitky a pocity (pronásledování), které již jedince prožíval dříve, v době, kdy užíval drogu. Takové stavy trvají krátce, ale mohou být relativně časté“ (Pavlas, 2001, s. 25).

Jestli je marihuana opravdu branou do světa tvrdých drog se dnes pokouší zjistit celá řada odborníků. Názory na toto téma se však různí. Stále se provádějí nové studie, které mají toto tvrzení potvrdit nebo vyvrátit. Ty novější studie však spíše ukazují to, že marihuana asi opravdu nebude v tomto případě tím největším zlem. Objevují se informace o tom, že opravdovým kamenem úrazu by mohl být, do této doby zcela nevinně se tvářící, alkohol.

Na tvrzení, že konopí je vstupní branou do světa jiných drog, se vždy nahlíželo poněkud skepticky, avšak ani jeden zkoumaný subjekt neposkytl jediný důkaz, který by to buď doložil nebo vyvrátil. Lidé závislí na heroinu kupříkladu často připouštěli, že z drog jako první okusili marihuanu, ale to ještě neznamenovalo, že je to dohnalo k heroinové závislosti. Výsledky holandských studií říkají, že většina uživatelů konopí by ani neuvažovala o tom přecházet na jiné drogy. Nápad by to u nich byl asi stejně častý jako u lidí, které pijí např. alkohol. Závěrem těchto výzkumů je sdělení, že zneužívání tvrdých drog se neodvíjí od předešlého užívání měkkých drog, ale od povahy jednotlivce a jeho způsobilosti k těmto experimentům (Booth, 2004).

Goodyer (2001) také zmiňuje výsledky australských výzkumů, které naznačují, že alkohol a tabák mohou být přímější cestou k amfetaminům a heroinu nebo jiným nepovoleným drogám, než konopí.

Zimmerová a Morgan (2003) dokonce uvádějí, že pro většinu lidí je marihuana drogou „konečnou“, nikoliv „vstupní“.

I přes aktuálně prováděné studie o účasti marihuany jako „startovací drogy“, které tuto teorii spíše nepotvrzují, se někteří autoři přesto domnívají, že konopné drogy mohou opravdu být tím odrazovým můstkem. Nešpor a Csémy (2003) jsou toho názoru, že užívání marihuany sice automaticky nevede k užívání jiných drog, marihuana však toto riziko pronikavě zvyšuje.

Obecně je odborníky sdílen názor, že marihuana fyzickou závislost nevyvolává. Spíše se hovoří o možnosti vzniku psychické závislosti. Podle Nožiny (1997) je psychická závislost duševní stav vzniklý konzumací drogy, který se projevuje přáním drogu opět požívat. Také podotýká, že vznik psychické závislosti je vázán na zakusení jistých požitků. Nestačí tedy jen pasivní konzumace drogy, pokud těmito zážitky není provázena automaticky. Psychická závislost na droze je vlastně často závislostí na určitých okolnostech, které užívání drogy provázely. Těmito okolnostmi autor míní např. určitou společnost, dobu, prostředí, formu drogy nebo rituál spojený s jejím užitím.

Jak uvádí Miovský (In: Kalina a kol., 2003) podle 10. Mezinárodní klasifikace nemocí se psychická závislost dostavuje u 8 – 10 % dlouhodobých uživatelů. Není popisován ani vzestup tolerance, který by vedl ke vzrůstajícím potřebným dávkám, ani odvykací příznaky.

Grinspoon a Bakalar (1996) navíc vidí určitý rozdíl mezi pojmy „návyk“ a „závislost“. Podle nich jsou dva uznané příznaky „návyku“ tolerance a abstinenční příznaky. Podotýkají ale, že ty jen málokdy představují pro uživatele marihuany vážný problém.

Trochu jiná situace je u dlouhodobých uživatelů, kdy se po dlouhodobém silném užívání vyvíjí tolerance jak na fyziologické, tak na psychologické účinky. Zdá se však, že i zde jsou značné individuální rozdíly. Téměř nikdo nehlásí naléhavou potřebu zvýšit dávku proto, aby znovu zažil původní pocity. Co se nazývá tolerance v chování, znamená pravděpodobně naučit se nějakým způsobem kompenzovat účinky opojení. Možná to vysvětluje, proč zemědělci v některých zemích třetího světa jsou schopni vykonávat těžkou fyzickou práci v době, kdy kouří velké množství marihuany a proč pacienti se zeleným zákalem, kteří kouří desetkrát denně mohou vést normální život, aniž jim v tom droga brání. Tolerance v chování značně redukuje účinky opojení na pozornost a pohybovou koordinaci u dlouhodobých uživatelů (Grinspoon, Bakalar, 1996).

Pojem „závislost“ ve vážnějším slova smyslu znamená nezdravé a často nechtěné zaujetí drogou na úkor skoro všeho jiného. Lidé, kteří jsou psychologicky závislí na nějaké droze zjistí, že na ni neustále myslí, užívají ji nebo se zotavují z jejich účinků. Tento návyk nepříznivě ovlivňuje jejich duševní a fyzické zdraví a škodí jejich rodině, práci a přátelským vztahům. Jsou si často vědomi nadměrného užívání drogy a opakovaně se to snaží bez úspěchu omezit nebo s ní přestat. Zdá se, že tyto problémy postihují poměrně méně kuřáky marihuany než uživatele tabáku, alkoholu, heroinu, kokainu nebo dokonce benzodiazepinů (Grinspoon, Bakalar, 1996).

Je často nesnadné rozlišit rozdíl mezi užíváním drogy jako příčinou problémů a užíváním drogy jako důsledkem problémů. To platí zejména pro marihuanu. Většina lidí, kteří se stanou na ní závislími, by se asi stali závislími na jiných látkách, protože trpí úzkostí, depresí nebo pocitem neschopnosti. Původní stav je pravděpodobně důležitější než snaha jej zlepšit pomocí drogy (Grinspoon, Bakalar, 1996).

1.7.7 *Rozvoj latentních duševních onemocnění*

Zda může užívání marihuany nějakým způsobem ovlivnit duševní stav člověka a vyvolat u něho onemocnění je častým tématem odborníků. Ve světě jsou prováděny různé studie, ale nelze říct, že by všechny přinášely shodné výsledky.

Ze statistických údajů vyplývá, že lidé, užívající marihuanu, trpí častěji duševními poruchami a chorobami. Souvislost je nápadná především u schizofrenie. Odborníci nabízejí hned trio teorií. Podle první spouští marihuana schizofrenii u lidí, kteří jsou k této duševní chorobě nějakým způsobem náchylní. Druhá teorie říká, že příčinná souvislost je přesně opačná. Lidé postižení schizofrenií hledají úlevu od své nemoci právě v marihuaně. Podle třetí teorie je souvislost mezi výskytem schizofrenie a konzumací marihuany výsledkem pouhé shody okolností. (Petr, Dvě tváře marihuany).

Je pravda, že každý uživatel marihuany do jisté míry riskuje vypuknutí duševního onemocnění (psychózy). Marihuana ale sama duševní chorobu nezpůsobí, jen může přispět k jejímu vypuknutí, pokud je člověk predisponován. Ovšem nikdo o sobě nemůže stoprocentně říci, že takové dispozice nemá. Také hladina stresu, která stačí

k probuzení duševního onemocnění, je u každého člověka jiná. U někoho je to jeden, případně několik experimentů s marihuanou, jiný neonemocní psychózou ani po letech užívání nejrozumnějších drog (Hulík, Marihuana neškodí).

Zimmerová a Morgan (2003) zdůrazňují, že neexistují přesvědčivé vědecké důkazy o tom, že užívání marihuany ať už u dospívajících nebo u dospělých vyvolává duševní poruchy či choroby. Dále se autoři zmiňují o tom, že u některých uživatelů dochází po požití marihuany ke stavům psychologické tísně včetně pocitů paniky, úzkosti či paranoie. Jedná se však o krátkodobý stav. Po požití velmi vysokých dávek marihuany se může objevit přechodná toxická psychóza. Dochází k ní však velmi zřídka a téměř vždy po perorálním požití, nikoliv po jejím kouření. Autoři usuzují, že v lidském chování marihuana výrazné změny nevyvolává.

1.7.8

Vliv na psychomotoriku a řízení vozidel

Konopí vyvolává v závislosti na dávce poruchy orientace a chování, které mohou nepříznivě ovlivňovat schopnost řízení vozidla, nebo práci u strojů. Tyto poruchy jsou větší a déle trvají při obtížných úkolech, které vyžadují soustavnou pozornost. Nejzávažnějším následkem akutního požití konopných drog jsou dopravní nehody, způsobené intoxikovanými řidiči. Podle některých výzkumů je účinek rekreačních dávek konopných drog na schopnosti řidiče, měřený na simulátorech jízdy, podobný vlivu 0,07-0,1 % koncentrace alkoholu v krvi. Studie účinku konopí prokázaly však v reálných podmínkách při řízení vozidla mnohem slabší vliv. Snad je tomu tak proto, že řidič si lépe uvědomuje vliv konopí a méně riskuje, než pod vlivem alkoholu. Výsledky epidemiologických studií dopravních nehod jsou sporné, neboť většina řidičů s nálezem kanabinoidů v krvi měla zároveň vysokou koncentraci alkoholu v krvi. Ve dvou studiích u dostatečného počtu řidičů, kteří užili pouze konopí, nebyla zřetelná závislost nehody na intoxikaci. Konopí se asi uplatňuje pouze zesílením alkoholové opilosti, neboť často bývají obě drogy užity současně (Plesník, Projevy užívání konopí).

Nešpor a Müllerová, (2004) uvádějí, že při testech na leteckých trenažérech se prokázala zhoršená schopnost pilotovat letadlo i 24 hodin po vykouření jedné marihuanové cigarety.

1.8 Další možnosti využití konopí

1.8.1 Využití v průmyslu

Konopí pro technické využití se legálně, i když s určitými obtížemi, pěstuje na území ČR od roku 1999. Jde o odrůdy konopí setého (*Cannabis sativa*), které obsahují maximálně 0,2 % účinné složky THC a nelze je tedy použít jako drogu.

K výrobě drog se používá jiná odrůda konopí, a to konopí indické (*Cannabis indica*), které má vyšší obsah psychoaktivních látek (Enpsyro, Popis a výskyt)

Konopné textilie

Konopí bylo po staletí oblíbenou textilií. Oděvy z konopí byly mezi prvními výrobky, které si našly své místo i na dnešním módním trhu. Konopí má v textilním průmyslu oproti bavlně několik výhod. Jeho vlákna jsou dlouhá až 4,5 m, kdežto bavlněná jen 2 cm, což údajně konopí propůjčuje osminásobnou pevnost v tahu a čtyřnásobnou trvanlivost ve srovnání s bavlnou. Má také přirozený lesk a dobře se barví (Robinson, 2004).

Bavlna má oproti konopí ještě jednu velkou nevýhodu. Spotřebuje totiž obrovské množství pesticidů, zatím co konopí se nemusí nijak zvlášť ošetřovat. Z konopných tkanin se vyrábějí různé plachty, koberce, lana apod (Enpsyro, Další využití konopí).

Papír

Jako průmyslová rostlina se konopí uplatňuje i při výrobě papíru. V tomto případě ho lze vyrábět ekologickou cestou a zároveň tak zabránit likvidaci lesů. Výhodou takového papíru je odolnost, pružnost a trvanlivost.

Polovina všech kácených stromů je používána k výrobě papíru a odlesňování je vážným ekologickým problémem. Dochází k oslabení ekosystémů, povrchových vrstev půdy a vodních zdrojů, jakož i zhoršování skleníkového efektu (Robinson, 2004).

Stavebnictví

Z rozdrčených konopných stonků se vyrábějí stavební tepelné a zvukové izolace, řezivo, překližka či dřevotřískové desky. Upravená konopná vlákna se využívají také jako levnější náhrada skelné vaty (Enpsyro, Další využití konopí).

Zdroj paliva a energie

Stonky konopí stejně jako kukuřice, cukrová třtina nebo stromy obsahují dřevitou část – rostlinnou buničinu vhodnou pro výrobu biomasových paliv, benzinu a dřevěného uhlí. Vytvořená biomase je dvakrát výhřevnější než hnědé uhlí a má nižší obsah popelovin. Také olej ze semen lze zpracovat na motorové palivo. Tato paliva mají téměř nulový obsah síry a znečišťujících látek, které jsou běžně obsaženy v ropě, a tak při jejich spalování nedochází k znečištění ovzduší (Enpsyro, Další využití konopí).

Barvy a laky

Konopné semeno obsahuje až 35 % oleje, který slouží k výrobě laků a fermeží. Tento olej se přidával do nátěru k urychlení schnutí, lakovalo se jím dřevo. Používal se také k přípravě tiskařských barev. Také dnes se z něj vyrábějí netoxická barviva. Konopí může nahradit umělé hmoty, případně je možné je z konopí přímo vyrobit. Cokoliv, co se vyrábí z uhlovodíků obsažených v ropě se dá vyrobit i z uhlovodíků obsažených v zemědělských plodinách. Takovým příkladem je i automobil, který v roce 1937 sestrojil Henry Ford ze 70% z plastické hmoty z konopných polymerů a poháněl jej energií získanou z konopné biomasy (Enpsyro, Další využití konopí).

Krmivo a podestýlka pro zvířata

Konopná semena jsou oblíbenou potravou pro exotické ptactvo. Conrad (2001) také tvrdí, že kvalitní krmení dobytka je cestou k podpoře imunitního systému a upevnění celkového zdravotního stavu zvířat i bez užívání antibiotik, pokud ovšem není jejich užívání nezbytné. Takto krmená zvířata jsou podle jeho názoru zdravější a odolnější vůči nemocem. Díky vysokému obsahu celulózy v dřevité části stonku je konopí vysoce savé a proto je využíváno jako podestýlka pro zvířata.

Kosmetika

Konopný olej je využíván v kosmetice, neboť má obdobné účinky jako olej avokádový, mandlový nebo jojobový. Vyrábí se z něj řada kosmetických produktů (např. masážní oleje, šampony, masti, pleťové vody a krémy, mýdla apod.) I na českém trhu existují dnes firmy propagující konopnou kosmetiku.

1.8.2 *Využití v medicíně*

Skutečnost, že je konopí mocná léčivá rostlina zjistili lidé už před staletími. Kdekoli se pěstovalo, používalo se k léčebným účelům. Ještě dnes po něm sahají v mnoha zemích lidové léčitelé. Konopí si našlo své místo také v naší zemi, a možná si ani nedokážeme představit, kolik lidí je kvůli němu ochotno porušovat zákon a kolik lidí po něm dnes sahá, aby využilo jeho léčebných účinků, které jsou nesporné. (Uhrová, 2005).

Moderní bylinkáři přišli na to, že léčivá hodnota rostliny spočívá v interakci více obsažených látek. Zahrnuje nejen hlavní účinnou látku, ale také různé minerály, těkavé a esenciální oleje, vitaminy a další známé i neznámé substance. Rostliny působí v různých formách, ať už je to přímo čerstvá bylina nebo tablety, kapsle, extrakty, pastilky, masti, obklady, čípky, sirupy, čaje, infuze či tinktury. Rostlinu je také možné kouřit nebo přidávat do jídla (Conrad, 2001).

Čerstvý cannabis se pro použití nehodí, neboť cenné cannabinoidy se začnou uvolňovat teprve v oleji. Tinktury jsou tvořeny louhováním v alkoholu rozpuštěnými koncentrovanými extrakty. Jejich chuť je často velmi silná a nepříjemná. Alkohol také pomáhá konzervaci účinných látek i jejich snadnějšímu vstřebávání. U cannabisu je vhodné, aby se lék před podáním ohřál. Uvolní se tím další látky, které pomáhají lepšímu vstřebávání léku do organismu. Právě proto by se cannabis měl kouřit, inhalovat nebo péci. Masti, obklady a emulze a balzámy se aplikují zevně, často v kombinaci s různými dalšími léčivými substancemi (Conrad, 2001).

Určitým rizikem při požití nebo kouření marihuany je, že si lidé sami určují jakousi sebemedikaci, aniž by věděli, jaká dávka je pro jejich organismus účinná a dostačující. V tomto případě může dojít i k předávkování a mohou se objevit další zdravotní nebo psychické komplikace. Někteří autoři tvrdí, že předávkování marihuanou je prakticky nemožné a není u jejího užívání zapotřebí lékařského dohledu. Robinson (1998) označuje marihuanu dokonce 40 000krát bezpečnější než aspirin.

Je sice známo, že dosud nebyl zaznamenán žádný případ úmrtí spojeného s užíváním konopí, ale i přesto by bylo jistě rozumnější konzultovat dávkování této drogy s lékařem. Užívání konopí jako léku ovšem naše legislativa neumožňuje.

Bolest

Asi vůbec nejčastěji je marihuana využívána k tišení nejrozličnějších druhů bolestí.

Jako analgetikum (lék proti bolesti) se konopí používá už po tisíciletí. V 19. století se stala marihuana nejoblíbenějším lékem na bolest hlavy a tisíce lidí ji k tomuto účelu i dnes používají. Stále více starších lidí také objevuje schopnost marihuany tišit artritické bolesti (Robinson, 1998).

Silné chronické bolesti jsou většinou tišeny opiátovými narkotiky a různými syntetickými analgetiky, ale tyto léky mají mnoho nedostatků. Opiáty jsou návykové a postupně se u nich vytváří tolerance, což znamená, že se musí zvyšovat dávky léku. Nenávyková syntetická analgetika nejsou vždy dost silná (Grinspoon, Bakalar, 1996). Robinson (2004) dodává, že alkoholový extrakt z konopí zvyšuje efekt jiných analgetik.

Zelený oční zákal (glaukom)

Zelený oční zákal je nemoc, při které dochází k nedostatečnému odtoku oční tekutiny. Tím se v oku zvyšuje tlak, který může poškodit oční bulbus, a dokonce způsobit slepotu. Kouřením marihuany dochází ke snížení nitroočního tlaku. Její výhodou je to, že na rozdíl od běžných způsobů léčby glaukomu nepoškozuje játra a ledviny (Robinson, 1998).

Rakovina

Dosud neexistuje proti rakovině stoprocentně účinný lék. Je proto důležité umožnit lidem, kteří trpí tímto onemocněním, vést v co nejvyšší míře důstojný život. Je známo, že vedle používaných chemoterapeutických látek, které mají také řadu nebezpečných vedlejších účinků a mohou tak organismus nemocného i poškodit, trpí nemocní také úpornou nevolností a zvracením. Také ozařování představuje pro organismus velkou zátěž.

Problém je v tom, že jak ozařování, tak i chemoterapie neničí pouze rakovinné buňky, ale také zdravou tkáň a pacient při tom trpí strašlivými bolestmi. Tělo reaguje na podání léčiv často také nekontrolovatelným zvracením (Conrad, 2001).

Chemoterapii podstupující pacienti, kteří také zároveň medicínálně užívají konopí, dávají většinou přednost kouření marihuany před polykáním syntetického THC (Marinol). Zvrací totiž obvykle ještě předtím, než začne pilulka účinkovat. Studie zveřejněná v New England Journal of Medicine uvádí, že THC snížilo žaludeční nevolnost a zvracení u 81 % pacientů. Syntetický THC ztrácí svou účinnost po několika užitích a navíc je drahý (Robinson, 2004).

AIDS a HIV

Stejně účinky jako u nemocných rakovinou má konopí u mnoha pacientů se syndromem získaného selhání imunity (AIDS) a virem lidské imunodeficiency (HIV). Tělo reaguje na vniknutí viru HIV podobně jako na nádor. Potřebuje hodnotnou výživu, a pokud se mu této výživy nedostává v potravě, začne čerpat bílkoviny uložené ve svalech. Pacienti jsou proto nabádáni k tomu, aby zvýšili svůj energetický příjem a zabránili tak ztrátám na váze, které postihují až 98 % případů napadení virem HIV. Aby se kompenzovala zvýšená potřeba bílkovin, měl by jich jíst dvakrát více než zdravý člověk. Mnoho lidí s AIDS potvrdilo, že se jim po kouření konopí zvýšilo chuť k jídlu (Conrad, 2001).

Dalším projevem AIDS je i častá nevolnost. Tu marihuana spolu s nechutenstvím odstraňuje a člověk je chopen opět přijímat stravu (Robinson, 1998).

Nespavost

Cannabis má dlouhé dějiny jako hypnotikum (lék, který vyvolává spánek) a mnoho lidí ho také dnes za tímto účelem používá. Existují experimentální důkazy, že hypnotický účinek je spíše vyvolán cannabidiolem než THC. U legálně dostupných hypnotik se může vyvinout tolerance, některé jsou návykové a u všech je riziko smrtelného předávkování (Grinspoon, Bakalar, 1996).

Deprese a jiné poruchy nálady

Pro většinu lidí je deprese přechodná nálada, pro některé jedince je to však vysilující chronická nemoc. Pokud je deprese hluboká a trvalá, aby byla překážkou v práci, v rodině, přátelství, nebo dokonce fyzickému zdraví, je považována za psychiatrickou nemoc. Deprese může trvat několik týdnů až let. Některé osoby trpící depresí se vyhýbají společnosti, ztrácejí veškerý zájem o život a nejsou schopni pociťovat radost. Lidé v depresi postrádají energii, mohou trpět nespavostí, ztrátou chuti k jídlu, bolestmi hlavy a dalšími negativními symptomy (Grinspoon, Bakalar, 1996).

Běžně se deprese léčí různým množstvím antidepresiv. Tyto však mohou mít celou řadu nežádoucích účinků. V současné době někteří z pacientů trpící depresí, kteří nereagují na žádné ze standardních antidepresiv nebo pro které jsou vedlejší účinky nesnesitelné objevili, že cannabis je prospěšnější než kterýkoliv legální lék (Grinspoon, Bakalar, 1996).

Roztroušená skleróza

Roztroušená skleróza (sclerosis multiplex) je nemoc, při níže je na různých místech zničen myelin (ochranný kryt nervových vláken) v mozku a v míše, a normální funkce samotných nervových vláken je přerušena. Zdá se, že se jedná o autoimunitní reakci, kdy obranný systém těla nakládá s myelinem jako s cizím vetřelcem. Příznaky této nemoci obvykle začínají na začátku dospělosti a pak se nepředvídatelně po léta objevují. Onemocnění je charakteristické střídáním atak (prudkých záchvatů nemoci) a remisí (vymizení příznaků a projevů onemocnění). Ataky trvají týdny až měsíce a remise jsou často neúplné, dochází k postupnému zhoršení stavu a může dojít až k trvalé

invaliditě. Mozek a mícha řídí činnost celého těla, příznaky onemocnění se tudíž mohou objevit téměř všude. Objevuje se např. oslabený zrak, snížená citlivost, obtíže s mluvením, bolestivé křeče svalů, ztráta koordinace a rovnováhy, únava, slabost nebo obrna, třesy, neschopnost udržování moče, hluboké deprese atd. (Grinspoon, Bakalar, 1996).

Dosud není známa žádná účinná léčba. Různé druhy léků mají značné nežádoucí účinky. Jsou určité náznaky, že konopí nejen zmírňuje příznaky roztroušené sklerózy – svalové křeče, třes, ztráta svalové koordinace, ovládání močového měchýře, nespavost, ale také zpomalí postup nemoci (Grinspoon, Bakalar, 1996).

Parkinsonova choroba

Z médií jsou známy především případy několika lidí, zejména důchodového věku, kteří si pár rostlin konopí pěstovali právě kvůli léčebným účinkům na Parkinsonovu chorobu. V několika případech byla dokonce udělena prezidentská milost. Logicky se můžeme domnívat, že kdyby konopí pozitivní účinky nemělo, neriskovali by tito lidé problémy se zákonem.

Parkinsonova choroba postihuje centrální nervový systém, nemocným se neovladatelně chvějí ruce a nohy, nemohou psát, sami se najíst, jejich chůze se stává pomalou až nemožnou. Intelekt však není nijak zasažený, tudíž pacient může s plným vědomím sledovat zhoršování svého zdravotního stavu. Účinný lék neexistuje. Lékaři dokážou v nejlepším případě pouze potlačovat projevy onemocnění. Někteří pacienti užívají kromě předepsaných medikamentů i konopí (Tuček, Nezákonné, ale léčivé konopí).

Kvůli možnému ovlivnění zdravotního stavu u pacientů s Parkinsonovou chorobou jsou prováděny nejrůznější studie.

Jedna z takových studií proběhla také na neurologické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, kde léčili pacienta s Parkinsonovou chorobou, který užíval konopí. Po domluvě s lékaři, aby marihuanu na čas vysadil, se jeho pohyblivost zhoršila. Jakmile se pacient vrátil k pravidelnému užívání této rostliny, byl na tom opět lépe. Tato skutečnost se udála před čtyřmi lety. Od té doby bádání neurologů na této

klinice pokročilo. Jak uvádí odborník na Parkinsonovu chorobu docent Evžen Růžička, byla provedena dotazníková studie mezi 630 pacienty, 85 z nich se svěřilo, že užívá konopí a 53 z nich sdělilo, že díky němu mají méně potíží spojených s nemocí. Pokud ale nebude provedena oficiální studie, nelze říci nic víc a ani pacientům konopí doporučovat. Docent Evžen Růžička se také domnívá, že je řada důvodů pro solidní hypotézu, že marihuana může těmto lidem pomáhat (Ribauerová, Marihuana: proklínaná i obdivovaná).

Alzheimerova choroba

Španělští vědci identifikovali aktivní složku marihuany, která může sloužit jako prevence proti poklesu duševních a kognitivních funkcí, spojenému s Alzheimerovou chorobou. K výzkumu používal lidskou mozkovou tkáň a laboratorní hlodavce. Autoři studie porovnávali mozkovou tkáň lidí, kteří zemřeli v důsledku Alzheimerovy choroby, a lidí, kteří zemřeli ve stejném věku na jinou chorobu. Výsledky prokázaly, že kannabinoidy působí preventivně proti zánětu a chrání mozek, což znamená, že mohou časem najít uplatnění při léčbě lidí postižených Alzheimerovou chorobou. Studie byla publikována v únoru v časopise Journal of Neuroscience (Marihuanou proti Alzheimerově chorobě, Psychologie dnes).

1.9 Marihuana a legislativa

Ke konopným drogám se vztahují paragrafy Trestního zákona č. 140/1961 Sb., a to konkrétně § 187, § 187a, § 188 a § 188a.

První tři paragrafy tohoto zákona hovoří o nedovolené výrobě a držení omamných a psychotropních látek a jedů. Paragraf 187 hovoří o tom, že ten, kdo neoprávněně vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabízí, zprostředkuje, prodá nebo jinak jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku, přípravek obsahující omamnou nebo psychotropní látku, prekursor nebo jed, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let. Tento paragraf byl začátkem roku mírně pozměněn. U některých lidí to mohlo vyvolat reakci, že pěstování konopí je legální. Není tomu ale tak.

Marihuana, přesněji řečeno rostlina konopí setého (*Cannabis sativa*), je sama o sobě omamnou látkou podle zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách. Nejvyšší soud zaujal následující stanovisko: „Samotné pěstování rostliny konopí (*Cannabis sativa*) nelze zároveň ztotožňovat s pojmem „výroba“ omamné a psychotropní látky podle § 187 odst. 1 trestního zákona, tedy že samotné vypěstování rostliny konopí není výrobou marihuany ve smyslu jednoho ze znaků trestného činu čin nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek podle § 187 odst. 1 trestního zákona, který však lze spáchat i jinými způsoby než jen výrobou omamné nebo psychotropní látky či jedu. Proto samotné pěstování rostliny konopí může být posouzeno jako jiný znak tohoto trestného činu spočívající v „opatření“ omamné látky, které je uvedeným trestným činem za předpokladu, že pachatel opatřil rostlinu konopí jiné osobě, nikoli pro sebe. Vypěstování rostlin konopí pro sebe je pak mírnějším trestným činem podle § 187a trestního zákona za předpokladu, že jde o množství větší než malé“ (Pěstovat marihuanu není legální, Nejvyšší soud).

„O výrobu, resp. některou její fázi, by mohlo jít v případě, pokud by rostlina konopí byla sklizena a následně by došlo k jejímu neoprávněnému zpracování v procesu, v němž by tato rostlina byla jako vstupní komponent dále upravována, a to

bud' do stavu způsobilého ke spotřebě (marihuana) anebo k získání psychotropní látky tetrahydrokannabinolu(THC)“ (Pěstovat marihuanu není legální, Nejvyšší soud).

Samotné pěstování konopí by mohlo být považováno za „výrobu“ též v případě, kdyby pěstování této rostliny sice směřovalo k uskutečnění výroby (tj. k dalšímu zpracování), avšak z určitých důvodů k ní nedošlo. Takové jednání by podle okolností mohlo být posuzováno jako pokus eventuálně jako příprava trestného činu nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů.

V paragrafu č. 187a je uvedeno, že ten, kdo bez povolení přechovává omamnou nebo psychotropní látku nebo jed v množství větším než malém, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo peněžitým trestem.

Paragraf č.188 hovoří o tom, že kdo vyrobí, sobě nebo jinému opatří anebo přechovává předmět určený k nedovolené výrobě omamné nebo psychotropní látky, přípravku obsahujícího omamnou nebo psychotropní látku nebo jedu, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let nebo zákazem činnosti nebo peněžitým trestem nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.

Šíření toxikomanie je paragraf 188a. Zde je obsaženo to, že kdo svádí jiného ke zneužívání jiné návykové látky než alkoholu nebo ho v tom podporuje anebo kdo zneužívání takové látky jinak podněcuje nebo šíří, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti nebo peněžitým trestem.

Dalším zákonem vztahujícím se ke konopným drogám je zákon č. 200/1990 Sb. o přestupcích. V tomto případě je to konkrétně § 30 s názvem Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi. Zde se uvádí, že přestupku se dopustí ten, kdo neoprávněně prodá, podá nebo jinak umožní druhé osobě škodlivé užívání jiné návykové látky než jsou omamné látky, psychotropní látky a alkohol, nepodrobí se opatření postihujícímu nadměrné požívání alkoholických nápojů nebo užívání jiných návykových látek nebo úmyslně umožňuje požívání alkoholických nápojů nebo užívání jiných návykových látek než látek omamných a psychotropních osobě mladší osmnácti let, ohrožuje-li tím její tělesný nebo mravní vývoj.

V zákoně č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích (silniční zákon) je uvedeno, že řidič nesmí řídit vozidlo pod vlivem alkoholických látek. Stejně

tak nesmí usednout za volant, pokud je pod vlivem omamných a psychotropních látek. Tak, jako má policie k dispozici přístroje, které odhalí u řidičů přítomnost alkoholu, existují dnes i detekční přístroje, které odhalí, zda řidič nepožil nějaké psychotropní či omamné látky. Pokud se tedy za volant posadí člověk, který užil před jízdou, v posledních hodinách či dnech marihuanu, existuje u něho potenciální riziko toho, že se dopustí trestného činu řízení pod vlivem omamné látky. Řečeno jazykem zákona bude ve „stavu vylučujícím způsobilost k řízení“. Tato skutečnost rozpoutala i u občasných uživatelů velkou vlnu rozporů. Neví, za jakou dobu po užití marihuany je opět bezpečné řídit vozidlo. Mají obavy, že u nich bude objevena účinná látka THC, i když už několik dní marihuanu nekouřili.

Klíčovým termínem jsou „metabolity THC“. THC je účinná látka marihuany, metabolit je látka, v níž organismus onu do těla vpravenou účinnou látku metabolismem proměňuje. THC se dostává do krevního oběhu a vzápětí do mozku téměř okamžitě, jakmile začne konzument marihuanu užívat a v průběhu asi dvanácti hodin jej tělo přemění v neaktivní metabolity THC - konkrétně v její sůl THCOOH. Ta je v těle dohledatelná asi týden po vykouření jedné marihuanové cigarety člověkem, který obvykle nekouří. U chronického kuřáka je detekovatelná asi šest týdnů. Přitom však THCOOH psychoaktivní není. To znamená, že i když je obsažena v krvi, není nijak narušena schopnost řídit motorové vozidlo. Aktivní metabolity by měly z krve zmizet do dvanácti hodin po konzumaci, schopnost řídit motorové vozidlo by měla být v pořádku nejpozději osmnáct hodin po konzumaci (Doležal, Marihuana a nový silniční zákon).

Postup policie je tedy takový, že pokud zjistí řidiči ve slinách přítomnost THC, jeho metabolitu nebo jiné příbuzné látky, (což slinný test neumí odlišit), musí postupovat dál. Tento test je pouze orientační a nemá sílu důkazu. Řidič je poté odvezen na odběr krve a z ní v toxikologické laboratoři jasně rozliší aktivní a neaktivní metabolity. Pokud bude mít řidič v krvi pouze neaktivní metabolity, laboratoř policii pouze sdělí, že v krvi nebylo nalezeno THC. Řidič je tedy bez sankce. Pokud ale někdo krevní odběr a laboratorní test odmítne, bude se na něj hledět, jako kdyby byl

marihuanou intoxikovaný a přijde na místě řidičský průkaz (Doležal, Marihuana a nový silniční zákon).

Příloha k Závaznému pokynu policejního prezidenta č. 12/1999

Orientační hodnoty malého množství omamných a psychotropních látek

Látka	Hmotnost (g)
Heroin	maximálně 0.3
Kokain	maximálně 0.5
Amfetamin	maximálně 0.5
Metamfetamin	maximálně 0.5
MDMA	maximálně 1.0
LSD	maximálně 0.0005
THC	maximálně 0.3

Zdroj: <http://www.dropin.cz>

Maximální množství omamné a psychotropní látky, které je uvedeno v tabulce a jehož držení je ještě považováno za přestupek, zpravidla odpovídá:

Heroin – 10 dávek (zpravidla distribuováno v psaníčkách o hmotnosti kolem 100 mg, koncentrace 30 % – obsah účinné látky se pohybuje od 8 do 30 %).

Kokain – 10 dávek (zpravidla distribuováno v psaníčkách s obsahem cca 50 mg účinné látky, uvedené množství se vztahuje k hydrochloridu, u báze – cracku – se určí přepočtem).

Amfetamin – 10 dávek (zpravidla distribuováno v psaníčkách s obsahem cca 50 mg účinné látky).

Metamfetamin – 10 dávek (zpravidla distribuováno v psaníčkách s obsahem cca 50 mg účinné látky).

MDMA (extáze) – 10 dávek (zpravidla distribuováno v tabletách s obsahem cca 100 mg účinné látky).

LSD – 10 dávek (zpravidla distribuováno ve formě tripů s obsahem cca 50 mg účinné látky).

Marihuana (THC) – 20 cigaret – jointů (u konopí pěstovaného v našich podmínkách s koncentrací okolo 1,5 % v sušině použitelné části konopí, při váze jointu cca 1 g).

Příloha č. 1 k Závaznému pokynu policejního prezidenta č. 12/1999 – výňatek

Doporučené sankce pro postih mladistvých a dospělých jsou rozlišené podle toho, zda jde o první přestupek nebo opakovaný přestupek.

Sazebník pokut za nález drogy s obsahem THC

Množství (g)	Sankce v Kč - poprvé	Sankce v Kč - opakovaně
Mladiství do 18 let		
do 0,1	napomenutí až 500,-	500,- až 2 000,-
od 0,11 do 0,2	napomenutí až 1 000,-	1 000,- až 2 000,-
od 0,21 do 0,3	napomenutí až 1 500,-	1 500,- až 2 000,-
Dospělý nad 18 let		
do 0,1	napomenutí až 5 000,-	5 000,- až 15 000,-
od 0,11 do 0,2	napomenutí až 7 500,-	7 500,- až 15 000,-
od 0,21 do 0,3	napomenutí až 10 000,-	10 000,- až 15 000,-

Zdroj: <http://www.dropin.cz>

1.10 Drogová politika

Drogová politika je podle Radimeckého a Stimsona (In: Zábranský, 2003) definována jako „komplexní soubor preventivních, léčebných a sociálních, represivních a dalších opatření uskutečňovaných na strukturální (makro), komunitní (mezzo) a individuální (mikro) úrovni, jejichž konečným cílem je snížit užívání drog a/nebo škody, které jednotlivcům a společnosti mohou v důsledku užívání drog nastat“. Drogové politiky můžeme chápat jako kulturní a sociální produkty jednotlivých společností. Jsou výsledkem toho, jaký hlavní koncept daná společnost pro drogový problém a uživatele uplatňuje (Zábranský, 2003).

1.10.1 *Složky drogové politiky*

Řídící silou drogové problematiky jsou tržní mechanismy, tedy nabídka a poptávka a také volná soutěž o místo na černém trhu. Tak jako na kterémkoliv jiném trhu jsou i zde nabídky s poptávkou provázány a vzájemně na sebe reagují. Složky drogových politik se obvykle člení do dvou velkých okruhů, a to preventivního a represivního (Zábranský, 2003).

Primární prevence

Cílem primární prevence je předcházení užití drogy u populace, která s ní dosud nepřišla do kontaktu nebo alespoň odložení kontaktu s drogou do vyššího věku (Kalina, 2003). U dosud nezasažené populace se snaží odradit od užívání nelegálních drog, resp. poskytnout podklady k vědomému rozhodnutí abstinovat od užívání nelegálních psychotropních látek. V rámci snížení poptávky je cílem přesvědčit dospívající mládež o škodlivosti užívání těchto látek. Toto je v praxi realizováno formou různých přednášek a besed s odborníky, zřízením funkce protidrogového koordinátora z řad učitelů na všech typech škol (Pavlas, 2001).

Další aktivitou v této oblasti je vytváření tzv. „Peer programů“. Tyto jsou často realizovány na základních školách. Jedná se o programy za aktivní účasti vrstevníků.

Filozofií tohoto přístupu je, že pro děti a mládež je mnohdy vhodnější a věrohodnější, když informace o drogové problematice získávají od svých předem připravených vrstevníků. Tito pozitivně a neformálně působí na formování postojů ostatních dětí.

Sekundární prevence

Cílem je prostřednictvím kvalitních programů léčby a resocializace pomoci problémovým uživatelům drog a drogově závislým vést smysluplný a spokojený život. Existují dva typy těchto programů (Zábranský, 2003):

- nízkoprahové – nevyžadují na klientech bezpodmínečnou abstinenci jako podmínku vstupu do programu. Nabízejí léčbu somatických škod, psychologické a sociální poradenství atd.
- vysokoprahové – účast v programu je již podmíněna abstinencí. Nabízejí např. psychologickou a psychiatrickou pomoc a v některých případech sociální pomoc s cílem vytvořit nebo posílit abstinenci chování a návyky.

Terciární prevence

Tento typ prevence je zaměřen na ty uživatele drog, kteří nejsou ochotni nebo schopni s užíváním drog přestat. Cílem intervencí je předejít či změnit rizikové chování, jehož následkem může dojít k poškození či zhoršení jejich zdravotního stavu nebo jejich sociální situace (Zábranský, 2003).

Represe

Represe je široká škála aktivit, jejichž cílem je zastavit nebo podstatně omezit výrobu a distribuci nelegálních drog. Zaměřuje se na výrobce drog, dopravce a jejich distributory. Represe v sobě obsahuje vždy dva prvky: prohibiční a regulační. Ty jsou v různých státech vyjádřeny různě silně, a to podle prosazované drogové politiky (Zábranský, 2003).

Prohibice znamená vynucování a kontrolu absolutního zákazu nakládání s některými drogami, popřípadě také udělování sankcí za porušení takového zákazu. Regulace představuje omezení dostupnosti některých drog tak, aby byly společenské

škody co možná nejnižší (množstvím, podle věku potencionálních konzumentů, jejich zranitelnosti rizikům apod.) a vyloučení drog z některých situací (ovládání těžkých strojů, řízení vozidel apod.) (Zábranský, 2003).

Mezi hlavní represivní intervence patří (Zábranský, 2003):

- prosazování prohibičního práva (vyhledávání a potlačování výroby, dopravy a distribuce drog a následný postih pachatelů podle platné legislativy)
- prohibiční a regulační kontrola státních hranic (vyhledávání, kontrola a postih neoprávněného převážení a pašování psychotropních látek, pomocných látek a prekurzorů)
- regulace a kontrola chemických látek (např. povinné licencování výroby a zacházení s omamnými a psychotropními látkami, pomocnými látkami a prekurzory)
- regulace dostupnosti (např. omezená dostupnost některých psychotropních látek prostřednictvím lékárníků a lékařů)

V České republice jsou hlavními výkonnými složkami represivní části protidrogové politiky (Zábranský, 2003):

- Inspektorát pro omamné a psychotropní látky Ministerstva zdravotnictví České republiky
- Policie (všechny složky s důrazem na koordinační roli Národní protidrogové centrály policie České republiky)
- Státní zastupitelství a soudy
- Celní služba Ministerstva financí
- Vězeňský systém Ministerstva spravedlnosti České republiky

1.10.2 Strategie v drogové politice

Stimson (In: Zábranský, 2003) uvádí že současné drogové politiky jsou tvořeny třemi širokými strategiemi:

1. potlačování nabídky (represe a regulace)

2. snižování poptávky (prevence a kauzální léčba)
3. minimalizace rizik a škod (terciární prevence a kauzální léčba)

Cílem první strategie je snížit dostupnost drog prostřednictvím potlačování nabídky. Intervence se zaměřují zejména na výrobu a distribuci drog. Cílem druhé strategie je snížit poptávku a tím předejít , zastavit nebo snížit užívání, snížit počty všech uživatelů a především těch problémových. Intervence jsou zaměřeny na užívání drog. Cílem třetí strategie je minimalizace škod z užívání látek u jedinců a ve společnosti. Preventivní a léčebné intervence jsou zaměřeny především na rizikové způsoby, jimiž jsou drogy užívány.

1.10.3 Typy drogové politiky

Typ drogové politiky je tím, jaký má konkrétní společnost cíl ve vztahu k užívání drog, dále charakterem realizovaných opatření a definicí problému, který daná společnost pro užívání drog a jejich uživatele používá (Zábranský, 2003).

Cohen (In: Zábranský, 2003) uvádí tři základní modely:

- represivní model
- model minimalizace rizik a škod
- model kulturní integrace

Represivní model

Jeho hlavním cílem je potlačení užívání všech nelegálních drog. Drogový problém znamená pro zastánce tohoto modelu více či méně problém celoživotní prevalence, tedy počtu osob, které někdy v životě přišli alespoň jednou do kontaktu s nějakou nelegální drogou (Cohen, In: Zábranský, 2003). Jako ukazatel úspěšnosti tohoto modelu používají jeho zastánci také kriminoepidemiologické údaje (množství zabavených nelegálních drog, počet usvědčených a odsouzených pachatelů) (Kalina, 2003). Příznivcem tohoto modelu jsou např. Spojené státy americké. Mají však nejvyšší

celoživotní prevalenci užívání nelegálních drog i jiné ukazatele (problémové užívání, zdravotní poškození, sociální škody), což mluví v neprospěch tohoto přístupu (Zábranský, 2003).

Model minimalizace rizik a škod

Jedním z cílů tohoto modelu je snížení užívání všech (zákonných i nezákonných) drog. Důraz se už ale neklade na trestní zásahy proti uživatelům, nýbrž na prevenci potenciálně škodlivých účinků drog a pohybu drog. Měřítkem úspěšnosti tohoto modelu je počet uživatelů drog, kteří trpí zdravotními, psychickými nebo socioekonomickými škodami, které jim vznikly v souvislosti s užíváním drog (Zábranský, 2003).

Model kulturní integrace

U třetího modelu drogové politiky je obecným cílem podřídít užívání drog normálním regulačním mechanismům, které byly společností vytvořeny, aby kontrolovali přijatelné chování a přiřazovaly chování smysl (Cohen, In: Zábranský., 2003).

V Holandsku se tento model nazývá „normalizace užívání drog“ (Engelsman, In: Zábranský, 2003). To znamená, že problémy, ke kterým dochází nebo může dojít ve spojení s užíváním drog, nejsou považovány za mimořádné nebo zásadně odlišné od dalších forem problémového chování typu alkoholismu a jiných nutkavých návyků neúplných rodin, bezdomovectví apod. K zvládnutí těchto problémů jsou přijímána systémově obdobná opatření (Zábranský, 2003).

1.11 Prevence a odborná pomoc uživatelům marihuany

Prevence užívání marihuany

Kvalitně realizované programy všeobecné prevence mohou u mladých lidí časově posunout či omezit první užití látek, jako jsou alkohol, tabák a konopí. Objevují se totiž informace, že u uživatelů, kteří s užíváním drog začínou v brzkém věku (v předpubertálním až středně pubertálním věku) existuje značně vyšší riziko vzniku drogových problémů, a to včetně závislosti. Dalším důvodem pro prevenci či posunutí prvního užití konopí je skutečnost, že adolescenti jsou citlivější na intoxikaci konopím. Profily mladých uživatelů konopí se alespoň v úvodní fázi neliší od profilů uživatelů alkoholu a tabáku. Proto by se všeobecná prevence mezi mladými lidmi neměla zaměřovat pouze na konopí, ale jejím cílem by měla být rovněž prevence užívání alkoholu a tabáku. Řada evropských intervencí selektivní prevence se přiklání zejména k poskytování informací. Některé další přístupy např. kurzy asertivity, motivace a stanovení cílů nebo např. uvedení mýtů na pravou míru se doposud nestaly standardní součástí programů prevence u konopí (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Výroční zpráva za rok 2006:stav drogové problematiky v Evropě).

Odborná pomoc uživatelům marihuany

Uživatelé konopných drog obvykle sami nevyhledávají odbornou pomoc v zařízeních pro problémové uživatele drog a závislé. Při masivním rozšíření zejména marihuany však není výjimkou kontakt iniciovaný většinou rodinou, školou nebo motivovaný výskytem psychických komplikací. (Miovský, In: Kalina a kol, 2003).

Podobně jako u halucinogenních drog zde můžeme rozlišit tři nepříliš početné skupiny potenciálních klientů. Kromě již uvedené skupiny, přicházející na popud rodiny, školy, partnera apod. se jedná také o skupinu klientů tvořenou nezkušenými experimentátory, u nichž droga během intoxikace vyvolá nepříjemný a nečekaný stav. Tito klienti často přicházejí s obavami, zda se „něco nemohlo během intoxikace stát“, zda to „nemůže mít nějaké následky“ apod. V těchto případech je obvykle zcela dostačující citlivá poradenská intervence (individuální a rodinné poradenství). Na tuto

intervenci může eventuálně navázat i krátkodobá psychoterapie zaměřená na práci s důvody, které vedly klienta k experimentům apod. (Miovský, In: Kalina a kol., 2003).

Závažnější je třetí skupina klientů, u nichž se v souvislosti s intoxikací vyskytují závažné psychické komplikace. Tito klienti jsou indikováni pro psychiatrickou léčbu (včetně farmakoterapie) a v jejich případě nelze díky vysokému riziku výskytu komplikací brát na lehkou váhu ani krátkodobé experimenty s konopnými drogami. Ústavní léčba v zařízeních pro drogově závislé je pro uživatele konopných drog nevhodná. Lze o ní uvažovat pouze v případě, že uživatelé kombinují užívání konopných drog ještě s jinými drogami (Miovský, In: Kalina a kol., 2003).

Dalším přístupem využívaným zejména v některých evropských zemích je tzv. "Krátká intervence pro uživatele konopí". Jedná se o přístup, který se snaží přimět člověka zamyslet se nad užíváním drog a vybavit ho dovednostmi v jeho zvládnutí. Tato koncepce vychází hlavně z motivačních rozhovorů nesoudícího, nekonfrontačního přístupu, který zkoumá hodnoty a cíle klienta a jeho vlastní náhled na užívání drog a poskytuje mu zpětnou vazbu o rozporech mezi klientovým sebevnímáním a skutečností. Často se také zaměřuje na rané stadium užívání alkoholu nebo drog s cílem předejít vzniku následných závažných drogových problémů. Existují již důkazy o efektivnosti krátké intervence při prevenci zneužívání alkoholu a tabáku a narůstá zájem využití tohoto přístupu i u dalších látek. Krátká intervence se osvědčila jako velmi užitečná v opatřeních selektivní prevence, zaměřených na uživatele konopí, kteří by běžně do kontaktu s léčebným zařízením nepřišli. Osvětové programy, které kladou důraz na abstinenci nemusí být totiž v případě intenzivních uživatelů konopí účinné (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Výroční zpráva za rok 2006: stav drogové problematiky v Evropě).

Krátké intervence jsou nákladově nenáročné a mohou být zvláště vhodné pro uživatele konopí, protože se dobře osvědčili v případě uživatelů drog, kteří:

- mají s užíváním drog málo problémů,
- mají nízký stupeň závislosti,
- mají krátkou historii užívání drog,

- mají stabilní zázemí (rodinné, školní, sociální),
- mají nevyhraněný nebo rozpolcený názor na změnu vžitého užívání drog.

Tento přístup se nyní používá v několika zemích včetně Německa, Rakouska, Nizozemska a Velké Británie, kde intervence mohou mít podobu poradenství, „kurzů pro uživatele konopí“, nebo dokonce svépomocných internetových stránek (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Výroční zpráva za rok 2006: stav drogové problematiky v Evropě).

2 Cíle a hypotézy

Cílem mé diplomové práce je seriózně zmapovat problematiku marihuany v návaznosti na rizika jejího užívání. Zajímají mě proto názory jak laické, tak i odborné veřejnosti na možnost vzniku těchto rizik, a také další jejich mínění o této měkké droze. Dalším cílem mého výzkumu je srovnání názorů obou skupin na tuto problematiku.

Vzhledem k tomu, že se jedná se o kvalitativní výzkum, nejsou hypotézy předem stanoveny.

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Pro svou diplomovou práci jsem si zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Tuto metodu považuji vzhledem k tématu mé diplomové práce „Marihuana a důsledky jejího užívání“ za vhodnější, jelikož díky ní mohu proniknout do hloubky této problematiky a narazit tak na skutečnosti, které by jinak odhaleny nebyly.

Studie byla provedena během měsíců března a dubna roku 2007. Prostředí pro rozhovor bylo voleno dle přání respondentů. Byla použita technika polostandardizovaného rozhovoru. Rozhovor obsahoval osm otázek (viz. Příloha č. 1). Byly použity otevřené otázky. Záleželo tedy zcela na respondentovi, jak odpověděl. Administrace celého šetření byla zajišťována pouze jedním tazatelem, aby nedocházelo ke zkreslení získaných údajů na základě rozdílnosti tazatelů. Vzorek respondentů byl volen na základě kvótního výběru.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Rozhovor byl proveden se čtyřiceti respondenty. Tento základní soubor byl rozdělen na dva soubory, a to vzorek A a vzorek B. Vzorek A byl tvořen dvanácti laiky. Vzorek B byl tvořen dvanácti odborníky, tzn. lidmi, kteří se zabývají či v poslední době zabývali prevencí, léčbou či resocializací a v poslední době byli či stále jsou v přímém kontaktu s uživateli drog.

U obou vzorků bylo dodrženo procentické zastoupení dotazovaných respondentů dle pohlaví (50 % mužů a 50 % žen). Všechny respondenty jsem nejprve telefonicky či osobně oslovila, zda by byli ochotni poskytnout mi na toto téma rozhovor a domluvila se na jeho konkrétním termínu.

V úvodu rozhovoru jsem respondenty seznámila s jeho cílem. Laikům jsem zároveň vysvětlila, že nepůjde o znalosti drogové problematiky, ale pouze o vyslovení vlastních názorů. Byla zaručena anonymita získaných odpovědí. Tyto odpovědi jsem si zaznamenávala písemně. S uvedením křestního jména, věku a vzdělání všichni souhlasili.

Rozhovory s odborníky byly zaznamenávány na diktafon a následně převedeny do písemné podoby. Také jsem si vyžádala písemný souhlas s poskytnutím zvukového záznamu a jeho následným využitím pouze pro účely diplomové práce, který mi respondenti stvrdili svým podpisem (viz. Příloha č. 2). Následně byly výsledky obou vzorků navzájem komparovány z důvodu naplnění předem stanovených cílů diplomové práce.

Základní informace o jednotlivých respondentech:

Výzkumný vzorek „A“ – laická veřejnost

1. Milan, 30 let, vysokoškolské vzdělání
2. Tomáš, 25 let, středoškolské vzdělání
3. Zuzana, 23 let, středoškolské vzdělání

4. Dominika, 26 let, středoškolské vzdělání
5. Pavel, 30 let, středoškolské vzdělání
6. Věra, 31 let, středoškolské vzdělání
7. Jaroslav, 34 let, středoškolské vzdělání
8. Petra, 24 let, vysokoškolské vzdělání
9. Veronika, 26 let, středoškolské vzdělání
10. Marie, 24 let, vysokoškolské vzdělání
11. Radim, 30 let, středoškolské vzdělání
12. Zbyněk, 29 let, středoškolské vzdělání

Výzkumný vzorek „B“ – odborná veřejnost

1. Bc. Jaroslav Kolda, bývalý vedoucí Kontaktního centra pro drogově závislé v Břeclavi
2. Mgr. Jindřich Vobořil Pg. Dip., předseda Sdružení Podané ruce, o. s. v Brně
3. MUDr. Miroslava Zavřelová, pracovnice Krajské hygienické stanice Jihomoravského kraje se sídlem v Brně
4. Helena Šestáková, sociální koordinátorka na Oddělení sociálně-právní ochrany dětí a sociálních služeb Městského úřadu v Břeclavi
5. Mgr. Roman Pešek, poradenský pracovník a terapeut v Kontaktním a doléčovacím centru pro drogovou závislost, o. s. Háječek v Českých Budějovicích
6. RNDr. Miloslav Rakovič, sociální koordinátor na Oddělení sociálně-právní ochrany dětí a sociálních služeb Městského úřadu v Břeclavi
7. Jiří Kučera, bývalý streetworker Kontaktního centra pro drogově závislé v Břeclavi
8. Mgr. Štěpán Žáček, vedoucí Kontaktního centra a terénního programu v Břeclavi
9. Olga Hynoušová, kontaktní pracovnice v Kontaktním a doléčovacím centru pro drogovou závislost, o. s. Háječek v Českých Budějovicích

10. Jitka Kyselová, kontaktní pracovnice v Kontaktním a doléčovacím centru pro drogovou závislost, o. s. Háječek v Českých Budějovicích
11. MUDr. Dagmar Stehlíková, psychiatr pro děti a dorost na poliklinice v Břeclavi
12. Mgr. Alena Jurkovičová, učitelka Základní školy Slovácká v Břeclavi

4 Výsledky

4.1 Interpretace získaných dat u zkoumaného vzorku „A“ – laická veřejnost

V rámci výzkumu ve své diplomové práci jsem u respondentů zjišťovala, jaká jsou podle nich zdravotní rizika užívání marihuany.

Všichni respondenti se až na dvě výjimky shodli na tom, že marihuana má každopádně negativní vliv na plíce, může způsobit nějaké plicní onemocnění a má karcinogenní účinky, stejně jako cigarety. Jaroslav si nemyslí, že by měla marihuana nějaká velká zdravotní rizika.

Jaroslav: „*Je to spíš otázka psychiky a hlavně je tam riziko návyku*“.

Zbyněk si myslí, že zdravotní rizika jsou u marihuany ve srovnání s kouřením cigaret minimální.

Říká: „*Čím lepší vzorek, tím menší rizika, proto je dobré zavádění nových technologií*“.

Další otázkou bylo, co si respondenti myslí o tom, jaký má užívání marihuany dopad na psychiku.

Prevažovaly názory, že marihuana má každopádně negativní vliv na krátkodobou paměť a může vyvolat i psychické onemocnění, např. schizofrenii.

Tomáš říká: „*Když to někdo s hulením přehání, může se rozvinout třeba i schizofrenie nebo nějaké psychické problémy. Běžně se to nestává, něco v tom člověku není v pořádku, možná by se to u něho projevilo, i kdyby nekouřil, ale ne tak rychle. Marihuana asi dokáže tu nemoc nějak vyprovokovat*“.

Pavel má z této oblasti dokonce osobní zkušenost.

Pavel: „*Znám jednoho člověka, který si zahulil a pak se díval tři dny do stěny. Skončil v psychiatrické léčebně. Vyvolalo mu to nějakou psychickou nemoc. Předtím už hulil několikrát, ale ne sám. Pak si zahulil doma sám a nezvládl to. Záleží na každém člověku, kdo a jak to přijme*“.

Často se v literatuře uvádí, že marihuana dokáže jakýmsi způsobem umocnit momentální náladu, což znamená, že pokud je člověk naladěn pozitivně, jeho nálada by se neměla užitím marihuany výrazně zhoršit. V opačném případě je tu však nebezpečí, že u člověka, který není v psychické pohodě, může marihuana tento stav ještě více prohloubit a člověk se může dostat např. do deprese.

Milan říká: „*Když máš deprese a zahulíš si, tráva ti depresi prohloubí, než aby ti pomohla*“.

Zuzana vidí psychický dopad užívání marihuany v tom, že je zde vyšší možnost rozvinutí paranoie a schizofrenie. Podotýká, že všechno záleží na síle THC a na tom, jak často člověk marihuanu užívá. Dále říká: „*V jiných kulturách ji používají třeba šamani, pomáhá k sebepoznání. Je to jakési otevření třinácté komnaty. To může být ale nebezpečné. Člověk může tak přijít na něco, co třeba neunes. Bez marihuany je to potlačené*“.

Věra a Petra si dokonce myslí, že marihuana může vyvolat až rozvrat osobnosti. Zase je tento stav podle nich ale limitován množstvím užívané marihuany a frekvencí užívání.

Dominika si myslí, že užívání marihuany vede k „celkovému zpomalení vnímání okolí“.

Pro Jaroslava je největším rizikem právě riziko návyku, kdy člověk má užívání této drogy spojeno s příjemnými pocity. Pokud bude chtít tyto pocity opakovaně zažívat, tak bude nucen marihuanu užívat. Pokud ji mít nebude, bude podrážděný. Také si myslí, že psychika se s užíváním marihuany mění, a to nejen bezprostředně po požití drogy, ale i celkově.

Veronika, kromě toho, že si myslí, že marihuana může vyvolat psychické onemocnění, což podle ní zase záleží na množství a frekvenci užívání, vidí dále riziko v tom, že když marihuanu kouří děti, může to narušit jejich následný psychický vývoj.

Marie vidí nebezpečí kromě zhoršení paměti a možnosti vzniku schizofrenie také v tom, že při užívání marihuany se u člověka může změnit i žebříček hodnot.

Radim má spojený dopad na psychiku s osobností Jiřího X. Doležala. Říká: „*Znám lidi huliče, co jsou v pohodě a znám lidi huliče, co nejsou v pohodě. Jsou roztěkaní a*

nervózní. Když jsem ještě pracoval na benzínce, potkal jsem tam toho Jiřího X. Doležala. Ten mně taky jako moc normální nepřípadal. Z toho člověka to prostě nějak vycítíš, je jiný“.

Zbyněk z vlastní zkušenosti podotýká, že při pravidelné nadměrnější konzumaci dochází ke zhoršování vyjadřovacích schopností a mizí slovní zásoba.

Dále mě zajímalo, jaká může mít dle respondentů marihuana sociální rizika.

O marihuaně se všeobecně tvrdí, že je to droga společenská. Už samotný název „joint“ znamená „spojení“. Není to o tom, že si člověk dá toho jointa sám, ale člověk vyhledává společnost, kde se tato droga konzumuje. Většinou opravdu můžeme vidět skupinku lidí, mezi nimiž joint doslova „koluje“.

Z odpovědí také vyplívá, že většina respondentů marihuanu za společenskou drogu považuje. V tom je ale podle respondentů právě její riziko. Člověk vyhledává lidi, kteří kouří a nějakým způsobem k těmto lidem inklinuje.

Druhým nejčastějším názorem bylo, že marihuana může vyvolat nechuť k práci a vůbec nechuť lidí cokoli dělat. Takové jednání bývá v literatuře popisováno jako amotivační syndrom. Může to dojít až do takové fáze, kdy člověka zajímá opravdu jenom marihuana a má potřebu ji neustále užívat. Pokud takový stav nastane u studenta, může dojít k zanedbávání školní docházky, potažmo až k jeho vyloučení ze školy. V tomto případě je velké nebezpečí vzniku dalších sociálně patologických jevů, např. napojení na nevhodnou partu, kriminalita spojená s tím, jakým způsobem sehnat na drogu peníze a na druhé straně mohou nastat potencionální problémy se zákonem při její distribuci. Rizikem je také to, že nastane situace, kdy se mladý člověk ke studiu už nevrátí. Se základním vzděláním však těžce najde na trhu práce uplatnění nebo takovou práci, která by ho nějak naplňovala. Pokud se jedná o člověka v pracovním poměru, tak může nastat situace, kdy přestane svou práci zvládat a nebude dosahovat takových pracovních výsledků, jaké se od něj očekávají. Na základě takové skutečnosti může snadno o práci přijít. Nezaměstnanost pak na sebe váže další sociální problémy jako je menší finanční příjem, trávení volného času ne zrovna produktivním způsobem apod. U takového člověka je opět nebezpečí vzniku dalších sociálně patologických jevů

spojených např. s distribucí marihuany, s možností přechodu na tvrdé drogy apod. V případě, že má uživatel marihuany rodinu, má to na ni samozřejmě negativní dopad.

K tomuto Radim ještě dodává: „*Funguje tu známé heslo: „Zahulíme - uvidíme“.*

Obecně větší sociální rizika ale vidí Radim i spolu s Milanem u alkoholu. Alkohol je podle nich daleko horší než marihuana. Tímto způsobem bych shrnula odpovědi respondentů.

Marihuana je v literatuře často označována jako tzv. „startovací“ neboli „vstupní droga“. Podle některých odborníků existuje předpoklad, že lidé, kteří mají zkušenosti s marihuanou přejdou pak snáze na tvrdé drogy. Marihuana se pro ně stává jakýmsi odrazovým můstkem. Respondentů jsem se tedy ptala, jaký mají názor na to, že je marihuana často považována za „startovací drogu“.

V osmi případech respondenti rozhodně nepovažovali marihuanu za „startovací drogu“. Častým dodatkem v tomto případě bylo, že záleží na osobnosti jedince. Tu stavěli na první místo. Zazněly i odpovědi, že pokud člověk chce vyzkoušet tvrdé drogy, tak do toho půjde i bez toho, aniž by před tím vyzkoušel marihuanu. Věra uvedla, že zná člověka, který užívá několik let pervitin a předtím marihuanu nikdy nekouřil. Petra zná zase spoustu lidí, kteří kouří marihuanu a na tvrdé drogy by nikdy nepřešli.

Dominika, Jaroslav a Marie vidí situaci tak, že člověk může z marihuany přesedlat na tvrdé drogy, ale také nemusí. Podle Jaroslava je přechod z marihuany na tvrdé drogy možný pouze v tom případě, že je člověk na ní opravdu závislý, přestane mu stačit a zároveň se vyskytuje v partě, kde je přístup i k jiným drogám. Z jeho pohledu je to vázáno na skupinu lidí, s kterými přichází do styku.

Marie v tomto případě přikládá důležitost několika okolnostem. Na prvním místě je podle ní důležité, jaké má člověk doma zázemí, dále jakým způsobem se k marihuaně dostal a hlavně, jestli je v dobrém psychickém stavu a zkouší kouřit jenom tak z legrace nebo už tím řeší nějaký problém.

Dominika říká: „Myslím, že je to první droga, se kterou se člověk potká. Záleží to ale na síle osobnosti, na výchově a rodině, jak se k tomu kdo postaví“.

Radim jednoznačně souhlasil s tím, že marihuana je „startovací droga“.

Zajímavý postřeh jsem zaznamenala u Zuzany a Pavla. Marihuanu neoznačili za „startovací drogu“, ale za drogu „konečnou“.

Zuzana: „Spíš bych to viděla naopak. Seznámila jsem se s lidmi, kteří měli tvrdé drogy za sebou. Marihuanu hulí teď proto, že hledají jakousi náhradu, lépe se jim z toho dostává. Přebíjejí tím abstinenci příznaky“.

Pavel: „Nemyslím si, že je to startovní droga. Pro někoho to může být i konečná droga, vlastně návrat od tvrdých drog alespoň k měkkým“.

Další otázka směřovala k často zmiňované psychické závislosti na marihuaně.

Milan si myslí, že závislost na marihuaně je nulová.

Zbylých jedenáct respondentů shodně uvedlo, že možnost vzniku psychické závislosti tady je. Častým argumentem opět bylo, že záleží na osobnosti uživatele.

Pavel: „Záleží opravdu na osobnosti uživatele. Znáám lidi opravdu psychicky závislé. Jeden kamarád, ještě než spáchal sebevraždu, říkal, že je na tom psychicky závislý. I teď znám pár takových lidí, co bez toho nemůžou být ani jeden den. Základem je pro ně si zahulit“.

Tomáš: „Když nechci, tak si gandžu nedám. Když se chci odreagovat, dám si prda. Jinak třeba nepotřebuji týden kouřit. Je to prostě relax. Nemyslím si, že u normálního člověka může vyvolat psychickou závislost. Když k té závislosti dojde, je v tom člověku ještě nějaký jiný problém“.

Veronika si myslí, že psychická závislost může vzniknout hlavně kvůli pocitu uvolnění, který marihuana nabízí, např. ve stresových životních situacích.

V poslední době se stále častěji vyskytují různé studie, které se snaží zjistit, zda má marihuana léčebné účinky. Dokonce už existuje několik knih, kde jsou tyto účinky přesně popsány, a také se objevují recepty na různé léčivé masti, tinktury, extrakty apod. V některých zemích mohou lidé po této formě léčby s čistým svědomím sáhnout. V České republice je však takové jednání protizákonné.

Zajímalo mě, jaký budou mít respondenti názor na potenciální léčebný účinek marihuany.

Všichni respondenti se k této problematice postavili velmi kladně. Musím říct, že jsem byla dost překvapena, kolik informací o této oblasti mají. O tom, že se marihuana používá jako lék měli informace převážně z médií. Podle nich se marihuana nejčastěji používá při léčbě Alzheimerovy a Parkinsonovy choroby. Také měli povědomí o tom, že marihuana dokáže tlumit bolest. Většina se jich také zmínila o konopné kosmetice, kterou je už dnes možné běžně koupit v lékárnách. Někteří z respondentů znají buď z doslechu nebo dokonce osobně někoho ze svého okolí, kdo marihuanu na různé zdravotní neduhy používá, i když tím vlastně porušuje zákon. Dominika má osobní zkušenost s konopnou kosmetikou. Tady uvádím vyjádření některých respondentů.

Tomáš: „*Marihuana je dobrá na Alzheimeru. Znáám pár starých babiček, co si z toho varí čaje*“.

Zuzana: „*Dnes už se dá v lékárně koupit kosmetika z konopí. Znáám pár lidí s ekzémem. Říkají, že jim tato kosmetika pomáhá*“.

Dominika: „*Mám s tím osobní zkušenost. Vyléčilo mně to opar a ekzém*“.

Pavel: „*Od kamaráda matka dělala z marihuany mast, dávala ji jeho babičce a léčila jí tím bolesti kloubů. Proto marihuanu pěstovali. Kamarádova žena má zase roztroušenou sklerózu, marihuanu kouří hlavně když má bolesti, taky jí pomáhá celkově uvolnit svalstvo*“.

Věra: „*Léčitel mně řekl, že když se marihuana jí, je to jediná bylina, která dokáže vyléčit tlusté střevo. Je také dobrá na Alzheimeru. Kamarád říkal, že to užívá jeho babička*“.

Jaroslav: „*Znáám jednoho pána, který má Alzheimeru. Když v sobě neměl marihuanu, nepoznával lidi. Prostě mu to očividně pomáhá. Je to alternativní medicína, což je podle mého lepší než chemie. Dát si třeba nějakou tinkturu, proč ne? Dokáže to povzbudit fungování mozku a působí to dobře i na kloubní problémy*“.

Veronika: „*Marihuana je využitelná u Alzheimerova a při Parkinsonově chorobě. Znáám paní, která si tím léčila Parkinsona, ten třes. Pravděpodobně jí to pomáhalo, proto to dělala. Určitě se dá marihuana využít při výrobě různých mastí, léků ...*“.

Radim: „*Dokonce mám kamaráda, kterému doporučili lékaři používat marihuanu na zmírnění epileptických záchvatů*“.

Zbyněk: „*Dělají se z ní různé masti na revmatické potíže, lupénku, průdušky. Znáám pána, co to kvůli tomuto pěstuje. Dál je marihuana dobrá na zelený zákal, astma. Určitě při rakovině je dobrá na snížení stresu. Dokonce zmírňuje i její průběh. Pak je dobrá na poruchy spánku*“.

Také mě zajímaly názory respondentů na legalizaci marihuany.

Pro úplnou legalizaci se vyslovalo sedm respondentů. Podle mého názoru někteří respondenti často mluvili o legalizaci, ale mysleli tím vlastně dekriminizaci či depenalizaci držení drog pro vlastní potřebu. Nesouhlasili např. s trestním postihem, pokud si někdo pěstuje pár rostlin marihuany pro vlastní potřebu a nedistribuuje ji dál. Někteří respondenti měli k problematice ještě nějaké dodatky, čímž vysvětlovali, co jim na dnešní legislativě vadí a jak by si to do budoucna představovali.

Tomáš je pro legalizaci, ale má výhrady k silničnímu zákonu. K tomu dodává: „*Štve mě momentálně to, že si občas zahulím, pojedu autem, stopnou mě policajti a budu mít problémy. THC se dá zjistit i několik dní po kouření a já přitom za volant zhulený nesesám*“.

Častým dodatkem bylo to, že pokud se marihuana zlegalizuje, tak je potřeba seriózním způsobem lidem říct, jaká jsou vlastně rizika spojená s jejím užíváním.

Zuzana by jako jeden ze způsobů takového sdělení viděla přednášky s odborníky na školách a celkovou osvětu mezi veřejností.

Dominika si myslí, že by u teenagerů měla zafungovat určitá prevence v rodině.

Pavel a Jaroslav si zase myslí, že každý je zodpovědný sám za sebe.

Věra je také pro legalizaci marihuany a říká: „*Když mně bylo devatenáct, jezdila jsem za kamarádem do Holandska. Studoval v Brně a říkal, že nechápe, proč chceme legalizaci, když tady si každý hulí jak chce a kde chce. V Holandsku toto*

nehrozí. Zahulili jsme si v kofišopu. Za to, že jsme hulili na nádraží nám hrozili vězením. U nich si to nikdo nedovolí. Legalizace není o tom, že si někdo vypěstuje a mění s druhým vzorky. Je to o tom, že bude vydělávat jenom stát. Bude se moci kouřit jenom na místech k tomu určených a kdo bude hulit jinde, tak za to budou daleko větší postihy. Jsem pro legalizaci. Ať si to stát hlídá“.

Radim k legalizaci dodává: „Měla by být, zakázané ovoce nejvíc chutná. Když má stát peníze z alkoholu a cigaret, proč by nemohl mít i z marihuany? Jsem pro legalizaci měkkých drog, je to kontrolovatelné, dealeri by přestali vydělávat, stát by měl z toho peníze“.

S dekriminizací, depenalizací či legalizací marihuany pro léčebné účely souhlasili Milan, Petra, Veronika a Zbyněk.

Milan: „Jsem každopádně proti legalizaci. Platily by se daně, začne se podvádět. Rád bych to viděl v lékárnách, spoustě lidí to pomáhá. Nedělal bych z pěstování žádné problémy, když by si to někdo pěstoval pro vlastní potřebu, ale když bude mít někdo pět hektarů, tak... „.

Petra: „Je mi to docela jedno, ale myslím, že pokud si to někdo chce pěstovat jenom pro svoje vlastní užívání, tak je to jeho věc. Pokud to teda pak nebude prodávat dál“.

Veronika: „Marihuanu bych legalizovala pro léčebné účely. Společnost se této drogy stejně nezbaví, bude tady pořád. Připadá mi nespravedlivé zavřít člověka do vězení kvůli tomu, že si pěstuje sám pro sebe a nedistribuuje to dál. Mělo by být vymezeno nějaké množství, které by bylo povoleno si doma pěstovat pro vlastní potřebu. Pokud by člověk porušil zákon, nadále by už nesměl pěstovat“.

Zbyněk by také uvítal pěstování pro vlastní potřebu, aniž by za to byl nějakým způsobem postihován.

Marie nemá na problematiku legalizace jednoznačný názor. Spíše se ale přiklání k tomu, že by marihuanu nelegalizovala. Podle ní by se jenom více zneužívala.

Rozhovor byl uzavřen otázkou, co považují respondenti za mýty okolo marihuany.

Dočkala jsem se opravdu různorodých odpovědí. Podle většiny respondentů je největší mýtus to, že je marihuana považována za škodlivější než alkohol. Někteří respondenti udávali, že marihuana a alkohol jsou na stejné úrovni nebezpečnosti. Někteří ale také tvrdili, že legální alkohol je daleko větším zlem, než by se mohlo zdát. Častým argumentem v tomto případě bylo např. to, že alkohol vyvolává agresivitu. I tak se podle názorů respondentů při srovnávání těchto rizik nesmí zapomínat na další okolnosti, jako je osobnost jedince, kombinace marihuany a jiných drog apod. Častým postřehem také bylo, že je rozdíl, jak často a v jakém množství se obě drogy užívají. Tady uvádím některá sdělení:

Tomáš: *„Nevím o tom, že by někdo na základě toho, že kouřil marihuanu, zemřel. Alkohol je jednoznačně horší než marihuana. Alkohol tě ničí víc. I z hlediska kriminality, co je člověk všechno schopen udělat, když je pod vlivem alkoholu“.*

Pavel: *„Myslím si, že marihuana není určitě škodlivější než alkohol, tak jak se to všude píše. Ale tvrdý alkohol a marihuana je smrtící kombinace. Na druhou stranu, kolik toho vykouříš? Musíš rozlišovat alkoholika a člověka, který si zajde občas na pivo, stejně tak někoho, kdo si dá jednoho prda po práci třikrát týdně a někdo, kdo hulí, sotva se probudí. Ten, kdo nechce ani usínat, aby mohl pořád hulit“.*

Veronika: *„Myslím si, že závislost může vzniknout jak na alkoholu, tak na marihuaně, ale samozřejmě záleží na psychickém stavu jedince. Alkohol je totiž společensky tolerovanou drogou, ale mnohdy může u „relativně bezproblémového a vyrovnaného jedince“ škodit více, než užívání marihuany“.*

Radim: *„Nesouhlasím s tvrzením, že je marihuana škodlivější než alkohol. Alkohol je sociální droga, daleko dostupnější a škodlivější. Kdyby deset let alkoholik pil a kuřák marihuany by užíval marihuanu, tak bys viděla ty rozdíly. Myslím, že uživatel alkoholu by na tom byl daleko hůř“.*

Zbyněk: *„U alkoholu a marihuany je nesrovnatelná společenská nebezpečnost. S marihuanou nejsou žádné náklady na léčbu. Maximálně pár jedinců, kteří onemocní“.*

schizofrenií. U chlastu jsou šílené výdaje od havárií, kriminality až po léčbu alkoholiků. Sociální rizika alkoholu jsou fakt šílená. Rozvody, agresivita atd.“.

Věra: „Záleží na osobnosti, ale marihuana a alkohol jsou na stejné úrovni. Alkohol ti ničí ještě játra, mozek, pokud teda moc piješ. Záleží, jaké má člověk vůči marihuaně a alkoholu dispozice. V někom vzbuzuje alkohol agresivitu. Marihuana ne. Marihuana spíš utlumuje“.

Zajímavé bylo, že Dominika viděla rizika těchto dvou drog právě naopak. Myslí si, že je marihuana škodlivější než alkohol a je daleko horší s jejím užíváním přestat. Podle ní se může marihuana stát u slabších jedinců „vstupní drogou“ k tvrdým drogám. Nebezpečí obou drog však považuje ve finále za dost hrozné.

Milan považuje za mýty obecně to, co si myslí starší generace. Ta má podle něho o marihuaně zkreslené informace, nezná opravdové její účinky. Proto se podle něho dívá hodně takových lidí na marihuanu přes dva prsty.

Zuzana s Jaroslavem považují za největší mýtus to, že se o marihuaně často říká, že způsobuje euforii a člověk je po ní vždycky „vysmátý“. To je podle nich velký omyl. Marihuana může navodit pohodovou atmosféru, ale stejně tak dokáže strhnout člověka do depresivních stavů.

Podle Marie se tvrdí, že na marihuaně vzniká velmi rychle závislost. Považuje to za mýtus, podle ní to se závislostí tak rychlé není.

Petra, Milan a Zbyněk považují za mýtus také to, že je marihuana „startovací droga“.

4.2 Interpretace získaných dat u zkoumaného vzorku „B“ – odborná veřejnost

Stejně jako u vzorku „A“ – laiků jsem nejprve chtěla zjistit, co si odborná veřejnost myslí o rizicích spojených s užíváním marihuany.

Z oblasti zdravotních rizik užívání marihuany vyplynuly následující odpovědi:

V šesti případech se odborníci shodli na tom, že kouřená marihuana může mít stejně jako cigarety negativní vliv na plíce.

Bc. Kolda za dobu své zhruba osmileté praxe ve funkci vedoucího v Kontaktním centru v Břeclavi mohl jednoznačně u několika případů pozorovat, že marihuana má velký negativní vliv na urychlení nebo iniciaci epileptických záchvatů u lidí, kteří už předtím měli zjištěno, že tento problém mají. Dále si myslí, že ze zdravotního hlediska je daleko větším zlem alkohol.

MUDR. Zavřelová se zmiňuje o tom, že marihuana do značné míry ovlivňuje imunitní systém. Dále je při intenzivním nadužívání negativně ovlivněn také systém hormonální, a to zejména u velmi mladých dívek. Tento problém zdůvodňuje následujícím způsobem: *„Může docházet k vynechání menstruace nebo může být menstruace spojena se značnou bolestivostí. Je-li dívka k těmto poruchám velmi citlivá, tak se určité poškození může projevit po mnoha letech, kdy ona už marihuanu neužívá. Určitá hormonální disbalance ve velmi mladém věku nebo v dospívání se může projevit potom negativně v nepravidelnosti cyklu a problémech s početím dítěte“.*

Sociální koordinátorka paní Šestáková si je jistá tím, že užívání marihuany zcela jistě má negativní zdravotní dopady. Blíže by je však nespecifikovala, nechala by to na posouzení svého kolegy, který má zdravotnickou erudici.

Mgr. Pešek vidí riziko v tom, že někomu první zkušenost s marihuanou příliš „nesedne“. U některých uživatelů může dojít k rozkolísání krevního tlaku nebo dokonce i ke kolapsu. V tomto vidí určité pozitivum, protože pokud k tomuto dojde při první konzumaci, tak se většinou jedinci od marihuany odtahují. Dalším přidruženým problémem jsou dle jeho názoru žaludeční problémy, protože marihuana zvyšuje chuť

k jídlu a člověk ho pak sní větší množství. Zdravotní a sociální rizika užívání marihuany jsou podle Mgr. Peška vyšší, při splnění čtyř faktorů. Prvním z nich je věk, ve kterém začne marihuanu užívat. Samozřejmě čím nižší věk, tím se tato rizika zvyšují. Dalším faktorem je intenzita užívání. Něco jiného je, když člověk kouří obden a něco jiného, když kouří jednou za měsíc. Třetí faktor je psychický problém uživatele. V dospívání bývají časté sociální fobie, problémy s navazováním kontaktů s druhými lidmi, vystupování před druhými lidmi apod. Posledním faktorem je nějaká psychiatrická diagnóza v rodině. Může se jednat např. o rodinu, kde otec je alkoholik.

Podle RNDr. Rakoviče je hlavním zdravotním rizikem to, že marihuana poškozuje naprosto nekontrolovatelně buňky šedé kůry mozkové.

MUDr. Stehlíková srovnává zdravotní rizika marihuany a alkoholu. Zdůrazňuje, že opět záleží na množství a frekvenci užívání. *„Když si někdo dá skleničku alkoholu jednou za čas, tak se nic neděje. Když začne pít denně půl litru rumu, tak se z něj záhy stane troska. A u té marihuany to vidím taky tak“.*

Dopad marihuany na psychiku, ovlivnění psychických procesů považovali odborníci za největší nebezpečí jejího užívání. Dočkala jsem se širokého spektra odpovědí.

Bc. Kolda uvedl, že u pravidelných uživatelů bylo určitě zjevné, že krátkodobá paměť byla v útlumu. *„S takovým tím zahulíme – uvidíme se vytrácela odpovědnost a měli spoustu věcí tak říkajících na háku a příliš si z toho nedělali, když postupně přišli o práci a neměli vůli ani stát u úřadu práce a čekat na registraci“.*

Mgr. Vobořil zmínil výsledky studií, které se zabývají pravidelnými každodenními kuřáky marihuany. Tyto studie upozorňují na to, že u pravidelných každodenních uživatelů jsou rizika některých potíží v oblasti duševního zdraví vyšší, než u většiny ilegálních látek, a to včetně pervitinu. Dodává: *„V praxi se setkává s tím, že lidé, kteří pravidelně užívají marihuanu, každodenně a vícekrát denně, tak si subjektivně stěžují na nějaké problémy z oblasti duševního zdraví, jako jsou různé paranoidní stavy“.*

Podle MUDr. Zavřelové dochází k ovlivnění kapacity paměti, výbavnosti, případně ovlivnění nálady u predisponovaných osob. K tomuto dodává: „*Marihuana poskytuje lidem příjemný prožitek, pocit sounáležitosti, naplňuje jakési rituály, že si půjčují jointa mezi sebou, sbližuje, lépe se navazují kontakty. Depresivně predisponované osobnosti, zvláště když jsou aktuálně depresivně naladěny ve chvíli, kdy se jdou bavit, tak jim marihuana může nastartovat těžkou depresi a vlastně jim může uvolnit i verbální agresi. U systematických huličů je problém ten, že jsou vlastně ještě v systému vzdělávání, takže by měli chodit na střední školu, jsou třeba ve třetím, čtvrtém ročníku a na těch studijních výsledcích záleží. Objektivně se jim zhoršuje výbavnost a paměť. Školní výsledky jsou v důsledku toho horší, než odpovídá reálným znalostem*“.

Sociální koordinátorka paní Šestáková si myslí, že marihuana má negativní dopad na psychiku. U dlouhodobých uživatelů vidí zejména nebezpečí přechodu na tvrdé drogy.

Mgr. Pešek se zmiňuje o provokacích úzkostných poruch, a také o amotivačním syndromu. Pravidelní uživatelé jsou podle jeho mínění k různým činnostem demotivováni, může se vyskytnout i problém s docházkou do zaměstnání.

RNDr. Rakovič: „*Dopad na psychiku je ten, že tak jak při každé drogové závislosti i u člověka užívajícího marihuanu postupně vzniká abstinенční syndrom. To znamená, že musí zvyšovat dávky. Já osobně vidím největší riziko v tom, že každá droga včetně marihuany posune vnímání někam trošku jinam. Člověk začne jinak přemýšlet, má jiná životní kritéria*“.

Podle bývalého streetworkera Jiřího Kučery umocňuje marihuana momentální náladu. Nebezpečí je podle jeho slov v tom, že pokud ji někdo kouří a je v depresi, tak ono ho to stáhne ještě víc do deprese.

Podle Mgr. Žáčka je poměrně závažným rizikem to, že marihuana může být spouštěčem některých duševních onemocnění a poruch, které mohou být v organismu přítomné latentně.

Kontaktní pracovnice Olga vidí riziko nadměrného užívání marihuany v tom, že člověk často zapomíná. Také uvádí možnost rozvinutí psychické nemoci, jako je třeba schizofrenie.

Názor kontaktní pracovníce Jitky je ten, že dochází k poruchám paměti, zapomnětlivosti a ke ztrátě motivace.

Podle MUDr. Stehlíkové se při opakovaném užívání oslabuje vůle, zhoršuje paměť a soustředění. V praxi se setkává s tím, že i sama marihuana dokáže vyvolat psychózy. Můžou se objevit halucinace a bludy.

Mgr. Jurkovičová vidí problém v tom, že marihuana se stane jakýmsi doprovodem k řešení problémů. Člověk podle ní nebere problém tak vážně, je nad věcí. Pak se ale stává problémem to, že marihuanu potřebuje.

Další otázkou bylo stejně jako u vzorku laiků posouzení sociálních rizik spojených s užíváním marihuany. Tato oblast se proplétá s oblastí psychiky.

Bc. Kolda: „Mohu říci, že to bylo velmi individuální v tom ohledu, jak to na koho působí. Převážně jsem vnímal, že daleko zákeřnější to bylo u osob, které neměly ještě vyvinutý nějaký denní režim a byly navíc mladistvé. U nich by to určitě mohlo být i tím, o čem sociologové mluvili, že se marihuana stala drogovým můstkem do světa těch ostatních tvrdších drog. Na druhou stranu jsem se setkal, jak na půdě K-centra tak i mimo něj, s rekreačními uživateli, kteří měli svá zaměstnání, studium při práci nebo rodinu, kteří to všechno velmi dobře zvládali“.

Podle Mgr. Vobořila, jestli se o nějakých takových rizicích dá mluvit, tak jediné u každodenních kuřáků marihuany. Spíše ale vidí problém v oblasti duševního zdraví.

MUDr. Zavřelová: „Obecně se marihuana bere jako pozitivní, sbližující faktor, který lidem umožňuje rychlý vstup do velmi přátelské nálady, kdy jsou empatičtí, veselí, šťastní, spokojení a přející, takže k sobě nechovají nějaké averze. Je ale pravda, že je to společnost, která je trošku na okraji a možná někteří jedinci mají potřebu být ještě odvážnější, a když je marihuana nelegální, tak to je možná to, co je na ní hodně láká. Kdyby byla legální, tak by je to nebavilo a nedělali by to. Pro tyhle lidi to může znamenat jakousi cestičku k experimentům s tvrdými drogami. Pokud existuje pevná bariéra mezi tvrdými a měkkými drogami, a ta u většiny experimentujících je, tvrdé drogy oni užívat nebudou. Pro tyto lidi je marihuana rekreační záležitost a tvrdé drogy

jsou jejich mantinely. Ale pro lidi, co to berou jako projev revolty vůči autoritám apod., pro ty by to mohla být cestička k dealerovi, který jim může sehnat třeba pervitin“.

Sociální koordinátorka paní Šestáková zahrnuje do sociálních rizik i finanční hledisko. Užívání marihuany zpočátku jedince nijak zvlášť nezatěžuje. Ovšem pokud by přesedlal z marihuany na tvrdé drogy, třeba na pervitin, situace by se změnila. Jak sama říká, rodiče přijdou na to, že dítě užívá drogy většinou tak, že se jim začnou ztrácet věci.

Jak jsem již uvedla, Mgr. Pešek se zmiňuje o amotivačním syndromu, který může vést až k problému s docházkou do zaměstnání. Jak sociální, tak i zdravotní rizika jsou podle jeho názoru vyšší se splněním čtyř již zmíněných faktorů.

RNDr. Rakovič: *„Díky tomu, že marihuana je droga společenská, to znamená, že málo kdo ji kouří sám, tak v těch partách vzniká potom podhoubí k dalším sociálně patologickým jevům. To znamená, že děti inklinují k záškoláctví, k trestné činnosti. Postupně se na tyto skupinky, tzv. „nevinných experimentátorů“ nabalují lidé, kteří nabízejí i tvrdší drogy. Marihuana není po stránce finanční zase tak drahá. Ale vzhledem k riziku nabalení dalších sociálně patologických jevů vzniká riziko trestné činnosti. Měl jsem několik klientů, kteří začínali v partách jako kuřáci marihuany a postupně se propracovali právě přes toluen, pervitin až k heroinu. Tam už je to potom po finanční stránce o něčem jiném“.*

Bývalý streetworker Jiří Kučera neshledává u marihuany žádná sociální rizika.

Podle Mgr. Žáčka je největší sociální riziko v tom, že člověk by mohl být nějakým způsobem trestně popotahován. Myslí si, že člověku může způsobit problémy právě zařazení marihuany mezi nelegální drogy.

Kontaktní pracovnice Olga vidí sociální riziko hlavně v tom, že člověk chce zapadnout do party. Marihuanu kouří, aby nebyl výjimkou. Podle ní může marihuana způsobit ztrátu nebo narušení vztahů s rodinou a přáteli. Dále si myslí, že marihuana může vést až ke ztrátě zaměstnání a motivace. Říká: *„Takovým lidem se nic nechce, upřednostňují konzumní trávení volného času. Najdou si party, ve kterých se vyskytují různé patologické jevy a s těmito lidmi tráví svůj volný čas“.*

Jitka si myslí, že celkově dochází ke změně životního stylu. Člověk získá jiný pohled na svět. Marihuana se zkrátka stává nedílnou součástí jeho života, vyhledává ji.

MUDr. Stehlíková uvádí, že marihuana při opakovaném užívání oslabuje vůli, zhoršuje paměť a soustředění. Protože se její užívání týká většinou středoškoláků, tak sekundárně to může mít i takové sociální důsledky, že se ve škole zhorší, s poklesem vůle do ní přestanou třeba i chodit, začne jim to být všechno jedno.

Sociální riziko vidí Mgr. Jurkovičová hlavně v tom, že pokud člověk marihuanu opravdu potřebuje, je na ní závislý, tak na ni potřebuje sehnat peníze. U dítěte se mohou objevit krádeže, dospělý může obětovat část své výplaty.

Když jsem se respondentů ptala, jaký mají názor na skutečnost, že je marihuana často označována jako „startovací droga“, vyvolala jsem touto otázkou u mnohých z nich úsměv na tváři.

Bc. Kolda si myslí, že největší roli nehraje marihuana jako droga samotná, ale v první řadě je to o té společnosti, která marihuanu kouří. Zde může být pak blíže k jiným drogám. Tou prvotní drogou může být stejně tak alkohol a nikotin. K tomu dodává: *„Poznal jsem spoustu lidí, kteří přešli třeba na pervitin aniž by před tím měli jediného jointa. Někteří dokonce ani nekouřili tabák a dostali se k pervitinu oklikou. Je pravda, že mnohdy měli uživatelé pervitinu, heroinu nebo psychofarmak jako druhotnou látku marihuanu. Zároveň však měli většinou jako druhotnou látku i alkohol a hlavně nikotin“.*

Podle Mgr. Vobořila teorie o tom, že někdo vyzkoušel marihuanu, a proto vyzkouší i jiné drogy rozhodně prokázána není. V praxi se o tom také nepřesvědčil. Podle jeho názoru je „startovací drogou“ většinou alkohol a tabák.

MUDr. Zavřelová je přesvědčena o tom, že pokud existuje u experimentátorů s marihuanou pevná bariéra mezi tvrdými a měkkými drogami, a ta podle ní u většiny experimentujících je, tvrdé drogy užívat nebudou. Marihuana je pro ně rekreační záležitost. Ale pro lidi, co to berou jako projev revolty vůči autoritám apod., pro ty by to mohla být cestička k dealerovi, který jim může sehnat třeba pervitin. MUDr. Zavřelová také eviduje závislé na tvrdých drogách a v údajích, které zpracovává je dosti často uvedena marihuana jako „vstupní droga“ pro tvrdé drogy. Chybí jí tu ale jeden údaj o jiné droze – alkoholu. Tak by se dle jejích slov zjistilo, že „vstupní droga“ není

marihuana, ale alkohol. Sama je o této skutečnosti přesvědčena, jenom to, podle jejích slov, nemůže bohužel doložit.

Podle Mgr.Peška záleží na čtyřech známých faktorech, tzn. užívání marihuany v nízkém věku, užívání ve velkém množství, psychický problém uživatele a problémové rodinné zázemí. Neplatí dle jeho slov ale vůbec to, že kdo kouří marihuanu, tak se nějak extrémně zvyšuje pravděpodobnost toho, že se dostane k tvrdým drogám. Naše kultura je podle něho založena na užívání alkoholu. Říká: *„Když se zeptáte lidí, kteří se léčili ze závislosti na heroinu, tak vám devadesát pět procent lidí řekne, že začínali s marihuanou. Když se ptáte dál, tak zjistíte, že ještě předtím byl alkohol“.*

Bývalý streetworker Jiří Kučera v žádném případě nesouhlasí s tím, že je marihuana „startovací droga“. Tou startovací drogou jsou jednoznačně alkohol a cigarety. Říká: *„Nikdo ti nenabídne drogu v pondělí ráno v devět hodin. Všichni, tím myslím kamarádi, přítel, přítelkyně ti nabídnou drogu v pátek, v sobotu večer, když sedíš v hospodě, piješ a kouříš“.*

I Mgr. Žáček je toho názoru, že „startovací drogou“ je alkohol či nikotin. Myslí si, že většina lidí, kteří užívají tvrdé drogy marihuanu předtím určitě kouřila, ale stejně tak by otázka mohla znít, jestli někdy kouřili cigarety nebo pili alkohol. A tyto legální drogy také určitě vyzkoušeli dřív, než začali užívat nějakou tvrdší drogu jako pervitin nebo něco podobného.

Kontaktní pracovnice Jitka také nemá pocit, že všichni klienti by přešli z marihuany na tvrdé drogy. „Startovací drogou“ může být podle ní alkohol.

Mgr Jurkovičová: *„Jsou dva, kteří to zkusili, jeden se stane závislý a druhý ne. Zkusil to a k životu to nepotřebuje. Zase to záleží na konkrétní osobnosti“.*

O tom, že marihuana je „startovací droga“ jsou přesvědčeni čtyři respondenti. Sociální koordinátorka paní Šestáková zmiňuje výsledky statistik, kdy z deseti narkomanů jich začínalo sedm na marihuaně.

Sociální koordinátor RNDr. Rakovič považuje marihuanu za „startovací drogu“ hlavně ve smyslu společenském. Jednak podle něho uživatel marihuany touží po zvyšování dávek a jednak chce vyzkoušet nějakou tvrdší drogu.

Kontaktní pracovnice Olga to vidí také tak, že každý začíná s kouřením marihuany. Říká: „*Protože je to droga společenská a kouří se většinou ve skupině, tak je tu nebezpečí toho, že někdo bude mít u sebe něco lepšího, a to pak nabídne ostatním*“.

MUDr. Stehlíková si myslí, že ne úplně každý, kdo vyzkouší marihuanu skončí na tvrdých drogách. Většina drogově závislých však začínala marihuanou, ale také alkoholem nebo obojím. Proto v tomto smyslu marihuanu za „startovací drogu“ považuje.

Respondentů jsem se dále ptala na to, co si myslí o možném vzniku psychické závislosti.

Na tom, že marihuana způsobuje psychickou závislost buď na droze samotné nebo na okolnostech spojených s jejím užíváním se shodli všichni respondenti.

Bc. Kolda si myslí, že psychická závislost může vzniknout na jakýkoliv úkon, člověka nebo věc. U lidí, kteří začali kouřit marihuanu vznikl návyk, který by stejně tak vznikl na sklenici vína, cigaretu, zkrátka na to, co je dostupné. Myslí si, že lidé, kteří přestali marihuanu kouřit neměli nějaké velké psychické problémy, ale bylo to právě nutkání po tom rituálu spojeném s jejím užíváním. Na druhou stranu ale člověk nachází v životě určité hodnoty, které se pro něho stávají důležitější než právě kouření marihuany. Bc. Kolda má za to, že se velmi snadno oproti jiným drogám podaří zvětšit interval kouření nebo s ním jedinci dokáží přestat bez nějakých problémů a strádání.

Mgr. Vobořil říká, že pokud se člověk vyskytne v nějaké nepříznivé životní situaci, má obtíže z oblasti duševního zdraví apod., tak v tomto případě si dovede představit, že jakákoliv látka, která člověku v této situaci zlepší náladu může být návyková. V podstatě se dá psychicky zvyknout na cokoliv, co člověku dělá dobře. Dodává: „*Marihuana se tomu nabízí třeba u lidí, kteří jsou v životní fázi, kdy se jim zrovna nic nedaří. Britové říkají, že v tu chvíli člověk selfmedikuje. Bere nějakou látku, která mu dělá dobře. Kdyby se místo toho dostavil k lékaři a ten mu předepsal něco na uklidnění, něco, co mu zpříjemňuje náladu, tak by možná užíval tohle*“.

Mgr. Pešek vidí riziko psychické závislosti jednak v sociálním kontextu, tzn. závislost na životním stylu spojeném s kouřením marihuany, ale lze se podle něho

setkat i s případy, kdy lidé kouří pouze marihuanu, kouří ji většinou dlouhodobě a skutečně vykazují psychickou závislost, čili bažení po marihuaně. Pokud je člověk motivován a chce s užíváním marihuany přestat, lze podle jeho slov využít psychologických nebo psychoterapeutických metod, případně i psychofarmakoterapie.

Bývalý streetworker Jiří Kučera: *„Jedna věc je víkendové hulení trávy, kdy se lidi sejdou a hulí trávu. Druhá věc je, že když člověk projde jakýmkoliv tvrdšími drogami a pak si řekne, že přejde jenom na tu trávu a začne hulit tu trávu, tak tam se může ta závislost i dostavit s tím, že mu to může samozřejmě nastartovat flešbaky z těch drog. Tam si myslím, že určitá závislost vzniká“.*

Mgr. Žáček: *„Spousta lidí vám řekne: Ráno vstanu, zahulím, pak nějak funguju, pak zahulím. Tam by se o té psychické závislosti dalo určitě mluvit“.*

Podle kontaktní pracovníce Olgy závisí riziko vzniku psychické závislosti na osobnosti a věku uživatele.

MUDr. Stehlíková vidí nebezpečí v tom, že mladí lidé se stanou závislí ani ne tak na samotném užívání marihuany, jako právě na stylu života, jaký uživatelé marihuany vedou. Dodává: *„Právě ti náctiletí, kteří se v tomto shlédnou a nasměrují se tímhle směrem, se hodně těžko vrací zpátky“.*

Velmi mě také zajímalo, jaký názor budou mít respondenti na léčebné účinky marihuany.

Všichni respondenti se shodli na tom, že léčebné účinky zajisté má. Častou obavou bylo to, aby se marihuana opravdu užívala jako lék a ne, aby se zneužívala. Tato otázka je však brána spíše z hlediska teoretického, poněvadž marihuana je v naší zemi řazena mezi nelegální drogy. Je však nesporné, že léčebné účinky má, ale nikomu se ještě nepodařilo oddělit nelegální užívání od toho legálního. Přesto jsou lidé, kteří legislativu nerespektují a se strachem si pěstují pár rostlin konopí, aby ulevili svým zdravotním potížím.

Bc. Kolda uvedl, že stejně tak jako mák setý, tak i konopí slouží ve většině kultur k léčebným účelům. Jde o to, aby se to k těmto účelům využívalo a nezneužívalo. Určitě by souhlasil s tím, aby byla pro léčebné využití marihuana přístupná.

Mgr. Vobořil si myslí, že by bylo lepší dostat z marihuany léčivé látky a vyrobit z nich léky. Podle něho by to bylo zajisté lepší, než konzumovat drogu kouřením a užívat ji bez lékařského dohledu.

MUDr. Zavřelová považuje léčebné účinky za nesporné a velmi pozitivní. Podle ní je velká škoda, že neexistuje nějaký legální režim kontrolovatelného terapeutického užívání. Marihuana je podle ní látka, která velice pozitivně ovlivňuje bolest a uklidňuje těžce léčitelný třes, např. u Parkinsonovy choroby. Léků na Parkinsonovu chorobu je dle jejích slov sice dost, ale všechny jsou nesmírně nákladné a marihuana by byla velmi dobrá podpůrná léčba. Další velké pozitivum vidí v tom, že marihuana významně posiluje chuť k jídlu u lidí, kteří ji už ztratili, např. u chronických nemocí jako je rakovina. *„Ti už opravu chuť k jídlu nemají a mít nebudou a marihuana jak kouřená, tak podávaná v jídle, by jim chuť k jídlu sice v plném rozsahu nevrátila, ale rozhodně posílila“.*

RNDr. Rakovič nepochybuje o tom, že marihuana má analgetické účinky např. u lidí těžce nemocných rakovinou se značnými metastázami do celého těla. Může podle jeho slov mírnit tomuto člověku bolesti, může jeho trápení nějak ulehčit, přesto se ale podle jeho slov nejedná o klasické léčivo.

Mgr. Žáčkovi jsou známy pozitivní účinky marihuany třeba u roztroušené sklerózy, zeleného zákalu, a také anestetické účinky. Marihuanu není nutné jenom kouřit, proto je to podle něho rostlina jako každá jiná léčivá rostlina.

Kontaktní pracovnice Olga má informace z médií o pozitivním vlivu marihuany na zelený oční zákal, a také u lidí podstupujících chemoterapii či trpících AIDS.

MUDr. Stehlíková věří, že marihuana léčivé účinky má, ale ve specifických případech. U nevléčitelně nemocných, u neztížitelných bolestí v terminálních stádiích některých nemocí, ať už rakoviny, roztroušené sklerózy apod.

Následně jsem se respondentů ptala, jaký by byl jejich názor na legalizaci.

Pro legalizaci by v žádném případě nebyli dva respondenti. Nechali by situaci tak, jak je. Také Mgr. Pešek považuje momentální nastavení právního systému za docela vyhovující. K tomuto dodává: *„Držení drog je vlastně přestupkem nebo trestným*

činem, podle množství a koncentrace. Když má někdo u sebe větší množství marihuany, tak to asi pravděpodobně prodává. V tomto případě si myslím, že je nějaký postih v pořádku. Od určité míry by se to nemělo tolerovat“.

Tři respondenti by byli pro legalizaci pro léčebné účely. To by se ale muselo právně ošetřit, a není vyloučeno, že by to bylo zneužitelné.

Marihuanu by dekriminalizovali čtyři z respondentů.

MUDr. Zavřelová považuje legalizaci za dávno vyřešený problém. Tehdejší Československá republika podepsala mezinárodně závazné úmluvy, které legalizaci prakticky znemožňují, takže se podle jejích slov není o čem bavit.

MUDr. Stehlíková: *„Jsem spíše odpůrcem restrikcí, protože ty nefungují. Jestli si někdo myslí, že když se to zakáže, že se tím problém vyřeší, tak to není pravda. To se ukazuje v praxi i v ostatních státech. Legalizace má takové svoje riziko, že se budou zase děcka ohánět tím, že je to legální. Ale když to srovnám s tím alkoholem, ten legální taky je a má úplně stejná rizika jako ta marihuana. Nevím, kdybych měla zvednout ruku, pro co bych ji zvedla. Rozhodně nejsem pro represe, zákazy a postihy. Nejsem pro to, aby se kouření marihuany nebo přechovávání postihovalo stejně jako přechovávání heroinu, to v žádném případě. Ale pro legalizaci bych taky úplně nebyla“.*

V závěru rozhovoru jsem se respondentů ptala, co považují za mýty okolo marihuany.

Ve čtyřech případech považovali respondenti za velký mýtus to, že je marihuana „startovací droga“ k tvrdým drogám.

Tři respondenti v žádném případě nesouhlasí s obecným tvrzením, že je marihuana škodlivější než alkohol. Mgr. Žáček k tomu dodává: *„To si myslím, že je silný omyl. Alkohol je ve svých důsledcích mnohem nebezpečnější než marihuana. Jak zdravotními dopady, tak těmi sociálními. Možná se vyskytne případ někoho, kdo si zakouří marihuanu, a pak se popere, ale rozhodně si myslím, že je pravděpodobnější, že se ten člověk nejdřív napije a pak provádí takové věci“.*

Dva respondenti uvedli, že omylem je také to, že marihuana za každou cenu vyvolává příjemné stavy a člověk po jejím užití má vždycky dobrou náladu. Podle jejich

vyjádření marihuana vždycky umocní psychický stav, ve kterém se člověk nachází. Může zesílit pozitivní náladu stejně tak, jako může zesílit negativní.

Tři respondenti si myslí, že velmi rozšířeným mýtem je, že marihuana je droga jako každá jiná. Vidí to zejména u starší generace. Rodiče a starší lidi to příliš nerozlišují. MUDr. Zavřelová si myslí, že k tomuto mýtu došlo vlivem informačních kampaní, které hranice nebezpečnosti drog v minulost záměrně stíraly. Říká: *„Když u dítěte rodiče objeví jointa, mohou propadnout naprosto stejné panice, jako by u něho našli pervitin“*. Hovoří také o tom, že od některých lidoveckých poslanců slýchala, že neexistují tvrdé drogy, ale že jsou jenom drogy. Takhle zněly oficiální informace do veřejnosti. V závěru rozhovoru dodává: *„Děsit se kvůli tomu, že se dítěti přišlo na marihuanu je neadekvátní“*.

4.3 Vzájemná komparace získaných dat vzorku „A“ se vzorkem „B“

Na otázku zdravotních rizik odpovědělo deset respondentů vzorku „A“, že marihuana má negativní vliv na plíce. Totéž si mysleli i respondenti vzorku „B“, ale pouze v šesti případech. Další negativní vliv marihuany vidí respondenti vzorku „B“ v tom, že negativně působí na mozek a může také negativně narušit hormonální systém.

U otázky možného vlivu marihuany na psychiku převažovali jak u vzorku „A“, tak i vzorku „B“ názory, že marihuana má každopádně negativní vliv na paměť a může vyvolat i psychické onemocnění, např. schizofrenii.

V případě sociálních rizik z odpovědí vzorku „A“ vyplývá, že marihuana je droga společenská. V tom vidí většina respondentů její riziko. U uživatelů marihuany to vede k tomu, že vyhledávají lidi, kteří také marihuanu užívají a nějakým způsobem k těmto lidem inklinují. Další riziko spatřují v tom, že marihuana může vyvolat nechuť k práci a vůbec nechuť lidí cokoliv dělat. Tyto znaky jsou v literatuře řazeny mezi projevy amotivačního syndromu. Respondenti často uváděli, že může docházet k problémům se školní docházkou, potažmo až k vyloučení ze školy, a také s docházkou do zaměstnání, kdy člověk přestane svou práci zvládat a může o ni přijít. V takových případech vidí respondenti jako další možná rizika např. kriminalitu spojenou s distribucí drogy, shánění peněz na drogu nelegální cestou či nezaměstnanost. Pokud je člověk nezaměstnaný, nemá určitý denní režim a čas tráví neproduktivním způsobem. Z tohoto důvodu vzniká podle respondentů vzorku „A“ riziko toho, že se takový člověk napojí na nevhodnou partu a může z marihuany přejít na tvrdé drogy.

Vzorek „B“ také do jisté míry souhlasí s tím, že marihuana může působit problémy typu amotivačního syndromu. Pokud k nim ale dochází, tak u opravdu pravidelných uživatelů. Dalším rizikem je to, že za určitých okolností (např. u jedinců, kteří tráví volný čas konzumním způsobem, u jedinců, kteří nemají jasně vymezenou hranici mezi tvrdými a měkkými drogami či u jedinců, kteří nemají vyvinutý denní režim) se může marihuana stát obávaným můstkem do světa tvrdých drog. Pokud se tak

stane, je problémem to, jakým způsobem člověk peníze na tvrdé drogy sežene. Toto s sebou přináší riziko kriminálního chování.

O tom, že marihuana je jednoznačně „startovací droga“ je přesvědčen pouze jeden respondent ze vzorku „A“ a čtyři respondenti ze vzorku „B“. K názoru, že marihuana může být za určitých okolností „startovací drogou“ se přiklonili tři respondenti ze vzorku „A“ a pět respondentů ze vzorku „B“. Častým dodatkem bylo, že marihuana se za určitých okolností může stát „startovací drogou“. Respondenti vzorku „A“ uváděli, že toto riziko existuje v případě, kdy člověk je na marihuaně opravdu závislý a přestane mu stačit a pokud se zároveň vyskytuje v partě, kde je přístup i k jiným drogám. Za další negativní faktor považovali špatné rodinné zázemí. Respondenti vzorku „B“ udávali různé faktory, při jejichž splnění se riziko přechodu z marihuany na tvrdé drogy zvyšuje. Byly to např: absence pevné bariéry mezi tvrdými a měkkými drogami, nízký věk užívání marihuany, špatný psychický stav jedince, špatné rodinné zázemí atd. Názor, že marihuana není v žádném případě „startovací drogou“ zastávalo osm respondentů ze vzorku „A“ a tři ze vzorku „B“. Všichni tři respondenti ze vzorku „B“ v tomto případě souhlasně uvedli, že „startovací drogou“ je alkohol a nikotin.

Na tom, že marihuana způsobuje psychickou závislost buď na droze samotné nebo na okolnostech spojených s jejím užíváním se shodlo jedenáct respondentů vzorku „A“ a všech dvanáct respondentů vzorku „B“. Častým argumentem u vzorku „A“ bylo, že ale záleží na osobnosti uživatele. Vzorek „B“ vidí určité riziko této závislosti v tom, že dochází k závislosti na životním stylu spojeném s užíváním marihuany.

Ke skutečnosti, že marihuana má léčebné účinky se postavili kladně všichni respondenti vzorku „A“ i „B“. Laici měli o této problematice informace převážně z médií, ale byli mezi nimi i tací, kteří ze svého okolí znali buď z doslechu nebo osobně někoho, kdo si marihuanu za tímto účelem pěstuje nebo si ji sežene někde jinde a v obou případech ji kvůli jejím léčebným účinkům užívá. Někteří měli dokonce osobní zkušenost s pozitivním účinkem konopné kosmetiky, která je dnes běžně na českém

trhu. Častou obavou odborníků bylo to, aby se marihuana opravdu užívala jako lék a ne, aby se zneužívala.

Pro legalizaci marihuany by bylo sedm respondentů vzorku „A“. Častým dodatkem bylo, že pokud se marihuana zlegalizuje, tak je potřeba seriózním způsobem lidem sdělit, jaká jsou vlastně rizika spojená s jejím užíváním. S dekriminalizací, depenalizací či legalizací marihuany pro léčebné účely souhlasili čtyři respondenti. Jeden respondent nemá na problematiku legalizace jednoznačný názor. Nebezpečí legalizace vidí v tom, že by se marihuana ještě více zneužívala. U vzorku „B“ by pro legalizaci nebyli dva respondenti. Jeden respondent si myslí, že současná legislativa je nastavena docela vyhovujícím způsobem. Tři respondenti by byli pro legalizaci pro léčebné účely. Dodávají však, že by se to muselo právně ošetřit, a není vyloučeno, že by to bylo zneužitelné. Pro dekriminalizaci se vyslovili čtyři respondenti. Jeden z respondentů není rozhodně příznivcem represivního přístupu, ale není si jistý také tím, zda by byla legalizace tím správným řešením. Názor zbylého respondenta je takový, že tehdejší Československá republika podepsala mezinárodně závazné úmluvy, které legalizaci prakticky znemožňují. Považuje proto tyto úvahy za bezpředmětné.

Jako největší mýtus se respondentům vzorku „A“ jevilo to, že společnost marihuanu považuje za škodlivější drogu než alkohol. S tím přímo nesouhlasili čtyři respondenti. Dva respondenti stavěli v tomto případě marihuanu na stejnou úroveň jako alkohol. U vzorku „B“ ve čtyřech případech považovali respondenti za velký mýtus to, že je marihuana „startovací droga“ k tvrdým drogám. Tři respondenti ze vzorku „B“ v žádném případě nesouhlasili podobně jako laici s obecným tvrzením, že je marihuana škodlivější než alkohol. Dva respondenti uvedli, že omylem je také to, že marihuana za každou cenu vyvolává příjemné stavy a člověk po jejím užití má vždycky dobrou náladu. Tři respondenti si myslí, že velmi rozšířeným mýtem je, že marihuana je droga jako každá jiná. Tato neinformovanost je podle nich zejména u starší generace a je mimo jiné také způsobena vlivem informačních kampaní, které hranice nebezpečnosti drog v minulost záměrně stíraly.

5 Diskuse

V teoretické části své diplomové práce jsem se věnovala problematice marihuany, kdy jsem popsala její účinky a snažila se seriózním způsobem zmapovat možná rizika spojená s jejím užíváním. Dotkla jsem se i léčebného potenciálu marihuany. Také jsem zmínila platnou legislativu, prevenci a následnou odbornou pomoc při užívání této nelegální drogy.

Ve svém výzkumu jsem zjišťovala, jaké názory budou mít respondenti laické a odborné veřejnosti na rizika spojená s užíváním marihuany, jaký budou mít postoj k často zmiňované teorii „startovací drogy“, a jak se budou dívat na možný vznik psychické závislosti. V neposlední řadě mě také zajímalo, jestli mají respondenti povědomí o léčebném potenciálu marihuany, jaký postoj by zaujali k legalizaci a co považují za mýty okolo této nelegální drogy. Zajímala mě vzájemná komparace názorů odborné i laické veřejnosti.

V oblasti zdravotních rizik je mimo jiné častou výtkou to, že marihuana obsahuje stejně jako cigaretový kouř rakovinotvorné látky a může tudíž způsobovat onemocnění plic včetně rakovinotvorného onemocnění. Tohoto názoru byla také většina respondentů laické i odborné veřejnosti.

Při dlouhodobém, velmi častém a nadměrném užívání konopných drog se dostavují poruchy některých kognitivních funkcí. Zejména se jedná o zhoršení v oblasti krátkodobé paměti a schopnosti soustředění. Tyto poruchy se vyskytují u akutní intoxikace (Miovský, In: Kalina a kol., 2003). Tento názor byl zároveň potvrzen i mým výzkumem. Na otázku možného vlivu užívání marihuany na psychiku převažovaly jak u laiků, tak i u odborníků názory, že marihuana má každopádně negativní vliv na paměť.

Miovský (In: Kalina a kol., 2003) také upozorňuje na to, že u predisponovaných osob může dojít k rozvoji velmi intenzivních, hlubokých depresivních stavů či stavů úzkosti a napětí. Tyto názory jsem zaznamenala jak u některých laiků, tak i u odborníků. Tvrdili, že marihuana dokáže jakýmsi způsobem umocnit momentální náladu. Pokud tedy člověk není v dobrém psychickém stavu, popřípadě má sklon k úzkosti či depresím, může u něho marihuana tyto stavy ještě více prohloubit. Také se

objevovaly názory, že marihuana může u predisponovaných osob vyvolat duševní onemocnění, jako je např. schizofrenie.

Ve spojitosti s psychickými i sociálními riziky se v literatuře objevuje pojem amotivační syndrom. Jedná se o stav, jehož charakteristikami jsou např. změna nebo pokles ambicióznosti, neproduktivita, nízká školní docházka, nedostatek cílů, špatné studijní výsledky, apatie apod. (Weller, In: Gabrhelík, 2007). Jako příčina amotivačního syndromu je označována dlouhodobá a intenzivní konzumace konopných drog. Touto konzumací se obecně rozumí užívání drogy ne méně než jeden rok a s intenzitou alespoň třikrát týdně (Gabrhelík, Amotivační syndrom a popis životního stylu u těžkých uživatelů konopných drog). U laické veřejnosti se objevovaly názory, že může docházet k problémům se školní docházkou, potažmo až k vyloučení ze školy, a také s docházkou do zaměstnání, kdy člověk přestane svou práci zvládat a může o ni i přijít. Odborníci také do jisté míry souhlasili s tím, že marihuana může působit problémy typu amotivačního syndromu. Pokud k nim ale dochází, tak u opravdu pravidelných uživatelů.

Z odpovědí jak laiků, tak i odborníků vyplývá, že marihuanu považují za drogu společenskou. V tom vidí právě její riziko. Člověk vyhledává lidi, kteří kouří a nějakým způsobem k těmto lidem inklinuje. Dalším nebezpečím je to, že v těchto partách může vznikat podhoubí k dalším patologickým jevům (např. k záškoláctví, k přechodu na tvrdé drogy, kriminalitě apod.).

Nešpor a Csémy (2003) jsou toho názoru, že užívání marihuany sice automaticky nevede k užívání jiných drog, marihuana však toto riziko pronikavě zvyšuje. Naproti tomu zcela opačný názor zastává (Booth, 2004), který uvádí výsledky výzkumů, kde vychází najevo, že zneužívání tvrdých drog se neodvíjí od předešlého užívání měkkých drog, ale od povahy jednotlivce a jeho způsobilosti k těmto experimentům. Také Goodyer (2001) také zmiňuje výsledky australských výzkumů, které naznačují, že alkohol a tabák mohou být přímější cestou k amfetaminům a heroinu nebo jiným nepovoleným drogám, než konopí.

Stejně jako v případě zmiňovaných autorů zastávají i respondenti různá stanoviska. To, že je marihuana „startovací droga“ si myslí pouze jeden respondent

laické a čtyři respondenti odborné veřejnosti. Ti, kdo se spíše přiklonili k tomu, že marihuana může být „startovací drogou“ argumentovali tím, že člověk musí být na marihuaně opravdu závislý a tato droga mu přestane stačit. Zároveň má také možnost přístupu k jiným drogám. Za další negativní faktor považovali v tomto případě např. špatné rodinné zázemí, absenci pevné bariéry mezi tvrdými a měkkými drogami, špatný psychický stav jedince atd. Poměrně velká část (osm respondentů) laické veřejnosti uvedla, že marihuana není v žádném případě „startovací drogou“. Častým dodatkem v tomto případě bylo, že záleží na osobnosti jedince. Pohrávali si také s myšlenkou, že oním odrazovým můstkem do světa tvrdých drog může být alkohol a nikotin. Tři odborníci jednoznačně uvedli, že „startovací drogou“ je alkohol a nikotin nikoliv marihuana.

Zimmerová a Morgan (2003) uvádějí, že pro většinu lidí je marihuana drogou „konečnou“, nikoliv „vstupní“. S tímto názorem jsem se setkala také u dvou laiků. Demonstrují toto přesvědčení na lidech, kteří prošli užíváním tvrdých drog. Marihuana je podle nich pro ně jakousi náhradou za tvrdé drogy. Také jim pomáhá zvládat abstinenční příznaky.

Podle Nožiny (1997) je psychická závislost duševní stav vzniklý konzumací drogy, který se projevuje přáním drogu opět požívat. Také podotýká, že vznik psychické závislosti je vázán na zakusení jistých pozitivů. Nestačí tedy jen pasivní konzumace drogy, pokud těmito zážitky není provázena automaticky. Psychická závislost na droze je vlastně často závislostí na určitých okolnostech, které užívání drogy provázely. Těmito okolnostmi autor míní např. určitou společnost, dobu, prostředí, formu drogy nebo rituál spojený s jejím užitím.

Na skutečnosti, že marihuana může u jedince způsobit psychickou závislost buď na droze samotné nebo na okolnostech spojených s jejím užíváním se shodlo jedenáct respondentů laické a všichni respondenti odborné veřejnosti. Častým argumentem opět bylo, že záleží na osobnosti uživatele. Odborníci se obávali toho, že nedochází jen k závislosti na marihuaně samotné, ale v podstatě na životním stylu, jaký uživatelé marihuany vedou.

Skutečnost, že je konopí mocná léčivá rostlina zjistili lidé už před staletími. Kdekoli se pěstovalo, používalo se k léčebným účelům. Ještě dnes po něm sahají v mnoha zemích lidové léčitelé. Konopí si našlo své místo také v naší zemi, a možná si ani nedokážeme představit, kolik lidí je kvůli němu ochotno porušovat zákon a kolik lidí po něm dnes sahá, aby využilo jeho léčebných účinků, které jsou nesporné. (Uhrová, 2005).

V teoretické části práce zmiňuji konkrétní možnosti léčebného využití marihuany. Určitým rizikem požití či kouření marihuany je dle mého názoru to, že si lidé sami určují jakousi sebemedikaci, aniž by věděli, jaká dávka je pro jejich organismus účinná a dostačující. V tomto případě může dle mého názoru dojít i k předávkování a mohou se objevit další zdravotní nebo psychické komplikace. Někteří autoři však tvrdí, že předávkování marihuanou je prakticky nemožné. Robinson (1998) označuje marihuanu dokonce za 40 000krát bezpečnější než aspirin.

U laiků vyvolala tato otázka velkou vlnu nadšení, nikoliv však fanatismu. Nikdo neměl ve věci léčebných účinků marihuany pochybnosti. Měli o této problematice informace převážně z médií. Zde nejčastěji zjistili nebo zaslechli, že marihuana je využitelná u léčby Alzheimerovy a Parkinsonovy choroby. Také měli povědomí o tom, že marihuana dokáže tišit bolesti. Vyskytli se ale mezi nimi i tací, kteří ze svého okolí znají buď z doslechu nebo osobně někoho, kdo si marihuanu za tímto účelem pěstuje nebo si ji sežene někde jinde a v obou případech ji kvůli jejím léčebným účinkům užívá. Někteří popisovali dokonce osobní pozitivní zkušenost s konopnou kosmetikou, která je dnes běžně na českém trhu k dostání. Také všichni odborníci se postavili k této otázce kladně. Požadovali by však, aby byla marihuana v tomto případě užívána pod lékařským dohledem. Možnosti jejího využití viděli u léčby Parkinsonovy choroby, roztroušené sklerózy, dále u tlumení bolesti lidí v terminálním stádiu života (např. u nemocných rakovinou či AIDS), u lidí trpících díky své nemoci nechutenstvím apod. Častou obavou u nich však bylo to, aby se marihuana opravdu užívala jako lék a ne, aby se zneužívala.

Další porovnání výsledků jsem prováděla u názorů na legalizaci marihuany. Pro úplnou legalizaci marihuany se vylovalo sedm laiků. Kdyby byla marihuana zcela legální, bylo by podle nich velmi důležité seriózním způsobem seznámit společnost s tím, jaká jsou rizika užívání této měkké drogy. Podle respondentů by bylo vhodné zprostředkovat tyto informace formou odborných přednášek na školách a udělat celkovou osvětu mezi veřejností. Čtyři respondenti laické veřejnosti by uvítali dekriminalizaci, depenalizaci či legalizaci marihuany pro léčebné účely. U odborné veřejnosti by pro úplnou legalizaci marihuany nebyl žádný z respondentů. Tři respondenti by byli pro legalizaci pro léčebné účely. Marihuanu by dekriminalizovali čtyři z respondentů.

Rozhovor jsem vždy uzavřela otázkou, jaké znají respondenti mýty okolo marihuany. Podle většiny respondentů laické veřejnosti je největším mýtem to, že je marihuana považována za škodlivější než alkohol. Častým dodatkem také bylo, že je rozdíl, jak často a v jakém množství se obě drogy užívají. Ve čtyřech případech považovali odborníci za velký mýtus především to, že je marihuana „startovací droga“ k tvrdým drogám. Tři respondenti odborné veřejnosti v žádném případě nesouhlasí s obecným tvrzením, že je marihuana škodlivější než alkohol. Ve třech případech je dle odborníků velmi rozšířeným mýtem i to, že marihuana je droga jako každá jiná. Toho si všímají zejména u starší generace, která rozdíly mezi jednotlivými drogami příliš nerozlišuje. Tento stav je podle odborníků velmi často způsoben vlivem informačních kampaní, které hranice nebezpečnosti drog v minulost záměrně stíraly.

Po vyhodnocení výsledků výzkumu musím konstatovat, že až na jedinou výjimku jsou všichni respondenti laické i odborné veřejnosti přesvědčeni o tom, že marihuana může u jedince způsobit psychickou závislost buď na droze samotné nebo na okolnostech spojených s jejím užíváním.

Další skutečností je, že marihuanu jako „startovací drogu“ označil s naprostou jistotou pouze jeden respondent laické a čtyři respondenti odborné veřejnosti. Podle zbylého počtu (devatenácti) respondentů záleží na spoustě jiných faktorů, při jejichž splnění a za určitých okolností se marihuana může stát předstupněm k tvrdým drogám.

Devatenáct respondentů tedy nesouhlasí s názorem, že marihuana je sama o sobě „startovací drogou“ k tvrdým drogám.

Z výsledků výzkumu také vyplývá, že obě skupiny respondentů se shodli na tom, že užívání marihuany má značná sociální rizika. Jak odborníci, tak laici viděli spojitost mezi užíváním marihuany a možným vznikem dalších sociálně patologických jevů.

6 Závěr

Stanovené cíle

Cílem mé diplomové práce je seriózně zmapovat problematiku marihuany v návaznosti na rizika jejího užívání. Dalším cílem výzkumu bylo tedy získat názory na tuto problematiku jak laické, tak odborné veřejnosti a jejich následná komparace.

Zpracováním výsledků výzkumu byly stanovené cíle splněny.

Závěrem je možné konstatovat, že z kvalitativního výzkumu v diplomové práci na téma „**Marihuana a důsledky jejího užívání**“ vyplynuly tyto tři základní problémové okruhy.

1. Marihuana způsobuje u jedince psychickou závislost buď na droze samotné nebo na okolnostech spojených s jejím užíváním.
2. Marihuana sama o sobě není „startovací drogou“.
3. Užívání marihuany má značná sociální rizika.

Jak laická, tak odborná veřejnost nachází u užívání marihuany řadu rizik. Za nejzávažnější riziko je považován negativní dopad na psychické zdraví člověka. V tomto případě vidím největší nebezpečí v tom, že při dlouhodobém užívání marihuany může dojít k manifestaci různých negativních psychických stavů, které mohou být bohužel do určité míry ireversibilní. Velkým problémem je i psychická závislost, která může být vázána na samotné užívání drogy či na okolnosti spojené s jejím užíváním.

Často je marihuana označována jako „startovací droga“. Ukazuje se však, že tyto informace mohou být do jisté míry zkreslené. Také mým výzkumem se podařilo prokázat, že marihuana sama o sobě „startovací drogou“ není. Tuto nálepku má s největší pravděpodobností proto, že je jedna z nejdostupnějších nelegálních drog.

Určitým lákadlem může být právě to, že je nelegální. Mnoho jedinců po ní sahá z pouhé zvědavosti. Někteří s ní mají pouze jedinou zkušenost. Ovšem i tato zkušenost se zaznamenává do statistik. Otázka potom je, nakolik jsou tyto údaje validní. Můj osobní názor je, že nesrovnatelně větším zlem je v tomto ohledu nikotin a především alkohol. Protože jsou v naší společnosti tyto drogy legální, nikdo se příliš nepozastavuje nad mírou jejich nebezpečnosti.

Všeobecným problémem naší společnosti je, že nedokáže správně vymezit hranice nebezpečnosti drog a zprostředkovávat seriózním způsobem informace o jejich rizicích. Někdy můžeme narazit dokonce na jakousi démonizaci účinků drog. To je typické právě pro marihuanu. Tento postup však přináší právě opačný efekt. Účinnost tímto způsobem prováděné prevence je potom velmi diskutabilní.

V mé diplomové práci jsem se snažila seriózním způsobem zmapovat problematiku marihuany, upozornit na rizika jejího užívání a přispět tak alespoň malým dílem k objektivnímu pohledu na tuto drogu.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BOOTH, M. *Konopí: dějiny*. Přel. J. Kočová. 1. vyd. Praha: BB/art s. r. o., 2004. 347 s. Přel. z: Cannabis: A History. ISBN 80-7341-348-5
2. CONRAD, CH. *Konopí pro zdraví*. Přel. M. Procházková. 1. vyd. Praha: Pragma, 2001. 210 s. Přel. z: Hemp for Health, ISBN 80-7205-834-7
3. DOLEŽAL, J. X. *Jak se berou drogy*. 1. vyd. Praha: Formát, 1998. 176 s.
4. Doležal, Jiří. X. Marihuana a nový silniční zákon. Reflex č. 28/2006 (on line) Platný <http://www.reflex.cz/Clanek26193.html>, March 8, 2007
5. DROBNÁ, H., VELEMÍNSKÝ, M. *Problematika drogových závislostí matiek a novorodencov*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2000. 128 s. ISBN 80-7040-407-8
6. DUPAL, L., *Kniha o marihuaně*. 2. vyd. Praha: Mat'a, 2004. 136 s. ISBN 80-7287-082-3
7. Enpsyro, Další využití konopí (on line) Platný <http://www.biotox.cz/drogy/>, January 15, 2007
8. Enpsyro, Popis a výskyt. (on line) Platný: <http://www.biotox.cz/drogy/>, January 15, 2007
9. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, Výroční zpráva za rok 2006: stav drogové problematiky v Evropě (on line) Platný: <http://ar2006.emcdda.europa.eu/download/ar2006-cs.pdf>, March 17, 2007
10. Gabrhelík Roman, Amotivační syndrom a popis životního stylu u těžkých uživatelů konopných drog (on line) Platný <http://www.adiktologie.cz/publications/cz/232/875/Amotivacni-syndrom-a-popis-zivotniho-stylu-tezkych-uzivatelu-konopnych-drog.html>), January 20, 2007
11. GOODYER, P. *Drogy a teenageři*. Přel. R. Kuncová. 1. vyd. Praha: Slovanský dům, 2001. 168 s. ISBN 80-86421-44-9

12. GRINSPOON, L., BAKALAR, J. B. *Marihuana: zakázaná medicína*. Přel. A. Rohan. 1. vyd. Bratislava: Cad Press, 1996. 176 s. Přel z: Marihuana, the forbidden medicine 176 s. ISBN 80-85349-57-4
13. Hulík, Martin. Marihuana neškodí (on line) Platný
<http://www.odrogach.cz/index.php?disp=texty&sess=&p=3&shw=100069>,
March 3, 2007
14. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1*, mezioborový přístup. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 320 s. ISBN 80-86734-05-6
15. Kostiuk, Pavel. Kouření marihuany, deprese a úzkost (on line) Platný
http://www.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s_id=5188&s_ts=38536,3382407407,
January 15, 2007
16. Marihuanou proti Alzheimerově chorobě. Psychologie dnes. (on line) Platný
<http://www.dropin.cz/zmedii.shtml?x=230986>, January 26, 2007
17. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. 5. vyd. Praha: Sportpropag, 2003. 83 s. (on line) Platný <http://www.plbohnice.cz/nespor/adde03.doc>, January 14, 2007
18. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Průchozí drogy*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002. 28 s. ISBN 80-7071-198-1
19. NEŠPOR, K., MÜLLEROVÁ, M. *Jak přestat brát drogy*. 5. vyd. Praha: Sportpropag, 2004, 133 s. (on line) Platný
<http://www.plbohnice.cz/nespor/shd06w.pdf>, January 27, 2007
20. NEŠPOR, K., PERNICOVÁ, H., CSÉMY, L. *Problémy s návykovými látkami ve školním prostředí*. Praha: Sportpropag, 1998, 108s. (online) Platný
<http://www.plbohnice.cz/nespor/skint17w.doc>, February 25, 2007
21. NEŠPOR, K., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami*. 3. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. 54 s. ISBN 80-7071-123-X
22. Nešpor, Karel. Marihuana má velká rizika. (on line) Platný
<http://www.rodina.cz/clanek2244.htm>, November 27, 2006

23. NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd. Praha: Koniasch Latin Press, 1997. 348 s. ISBN 80- 85917-36-X
24. PAVLAS, I. *Člověk a drogové závislosti*. 1. vyd. Ostrava: Centrum dalšího vzdělávání, 2001. 116 s. ISBN 80-7042-197-5
25. Pěstovat marihuanu není legální (on line) Platný <http://www.nsoud.cz/zpravy.php>, February 10, 2007
26. Petr, Jaroslav. Dvě tváře marihuany (on line) Platný http://www.vtmscience.cz/Modules/_Common/Print.aspx?Id=1426&sid=5, February 25, 2007
27. Plesník, Vladimír. Projevy užívání konopí (on line) Platný <http://www.uszscb.cz/sativa.htm>, March 7, 2007
28. Příloha č. 1 k Závaznému pokynu policejního prezidenta – výňatek (on line) Platný <http://www.dropin.cz/prilohakzp.shtml>, March 10, 2007
29. Příloha k Závaznému pokynu policejního prezidenta č. 12/1999: Orientační hodnoty malého množství omamných a psychotropních látek (on line) Platný <http://www.dropin.cz/prilohakzp.shtml>, March 10, 2007
30. RÄTSCH, CH. *Konopí jako lék*. Přel. V. Čadský. 1. vyd. Praha: Volvox Globator, 2000. 216 s. Přel. z: Hanf als Heilmittel. ISBN 80-7207-391-5
31. RÄTSCH, CH. *Konopí: léčebný prostředek v dějinách lidstva*. Přel. M. Sanollová. 1. vyd. Brno: Datel, 1994. 159 s. Přel. z: Hanf als Heilmittel.
32. Ribauerová, Martina. Marihuana: proklínaná i obdivovaná. Mladá fronta Dnes. (on line) Platný <http://www.dropin.cz/zmedii.shtml?x=137368>, January 26, 2007
33. RIESEL, P. *Lesk a bída drog*. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1999. 94 s. ISBN 80-7198-348-9
34. ROBINSON, R. *Konopný manifest*. Přel. J. Klímovský. 1. vyd. Praha: Volvox Globator, 1998, 111 s. Přel. z: Hemp manifesto. ISBN 80-7207-146-7
35. ROBINSON, R. *Velká kniha o konopí*. Přel. M. Bobysud. 3. vyd. Praha: Volvox Globator, 2004. 281 s. Přel. z: The Great Book of Hemp. ISBN 80-7207-532-2
36. Tuček, Josef. Nezákonné, ale léčivé konopí. příloha Hospodářských novin Věda a lidé. (on line) Platný <http://www.ereska.cz/>, November 20, 2006

37. UHROVÁ, Z. *Marihuana – droga nebo lék?*. Bakalářská práce. Ostravská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Ostrava, 2005
38. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 96 s. ISBN 80-244-0709-4
39. Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon (on line) Platný
<http://www.sagit.cz/pages/sbirkasrch.asp?cd=76&typo=r&typ=s&refresh=yes>,
February 4, 2007
40. Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách (on line) Platný
<http://www.sagit.cz/pages/sbirkasrch.asp?cd=76&typo=r&typ=s&refresh=yes>,
February 4, 2007
41. Zákon č. 200/ 1990 Sb., o přestupcích (on line) Platný
<http://www.sagit.cz/pages/sbirkasrch.asp?cd=76&typo=r&typ=s&refresh=yes>,
February 11, 2007
42. Zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích (on line) Platný
<http://www.sagit.cz/pages/sbirkasrch.asp?cd=76&typo=r&typ=s&refresh=yes>,
February 11, 2007
43. ZIMMEROVÁ, L., MORGAN, E. J. P. *Marihuana: mýty a fakta*. Přel. J. Bayer. 1. vyd. Praha: Volvox Globator, 2003. 242 s. Přel. z: Marihuana – Myths and facts. ISBN 80-7207-463-6

8 Klíčová slova

Marihuana

Intoxikace

Rizika užívání

Prevence

Drogová politika

9 Přílohy

Příloha č. 1 – Otázky k rozhovoru

Příloha č. 2 – Souhlas s poskytnutím zvukové nahrávky

Otázky k rozhovoru

1. Jaká jsou podle Vás zdravotní rizika užívání marihuany?
2. Jaký má podle Vás užívání marihuany dopad na psychiku?
3. Jaké jsou podle Vás sociální rizika užívání marihuany?
4. Jaký je Váš názor na to, že je marihuana často označována jako tzv. „startovací droga“?
5. Jaký názor máte na, v literatuře často zmiňovaný, vznik psychické závislosti?
6. Co si myslíte o často zveřejňovaných léčebných účincích marihuany?
7. Jaký máte názor na legalizaci marihuany?
8. Co považujete za mýty okolo marihuany?

Souhlas s poskytnutím zvukové nahrávky

Souhlasím s tím, aby rozhovor mezi mnou a studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity Zdeňkou Uhrovou byl zaznamenán na diktafon a záznam byl poté použit pouze pro účely diplomové práce.

Podpis: