

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Lucie Nikolovová

Kvalita života uživatelů marihuany

Olomouc 2016

vedoucí práce: Mgr. Miluše Hutýrová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a že jsem použila jen uvedené zdroje a literatury.

V Olomouci dne

.....
Lucie Nikolovová

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Miluši Hutyrové, Ph.D., za vstřícnost, odborné vedení mé bakalářské práce a poskytování věcných připomínek a rad. Také děkuji všem, kteří byli ochotni věnovat mi čas poskytnutím rozhovoru a umožnili tak realizovat praktickou část této práce.

Obsah

I ÚVOD.....	6
II TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1 Marihuana.....	7
1.1 Popis a formy užívání.....	7
1.2 Účinky drogy.....	8
1.3 Vznik závislosti.....	9
1.4 Marihuana jako lék.....	10
1.5 Historie.....	10
1.6 Marihuana a zákony ve světě.....	11
1.6.1 Evropa.....	11
1.6.2 Severní a Jižní Amerika.....	12
1.6.3 Asie.....	13
1.6.4 Afrika.....	13
1.6.5 Austrálie.....	14
1.7 Marihuana a zákony v České republice.....	14
2 Kvalita života.....	15
2.1 Vymezení.....	15
2.2 Oblasti kvality života.....	16
2.3 Kvalita života a zdraví.....	17
2.4 Vliv společnosti na životní spokojenost.....	18
2.5 Profesní kvalita života.....	19
2.6 Metody měření QOL.....	19
3 Období dospívání a mladé dospělosti.....	21
3.1 Pozdní adolescence.....	21
3.1.1 Tělesný vývoj.....	22
3.1.2 Duševní vývoj.....	22
3.1.3 Sociální vztahy.....	22
3.1.4 Příprava na povolání.....	23
3.1.5 Adolescence a marihuana.....	23
3.2 Mladá dospělost.....	23
3.2.1 Kognitivní a emoční vývoj.....	24
3.2.2 Partnerství a rodina.....	25

3.2.3 Profesní život	26
III PRAKRICKÁ ČÁST	28
1 Cíle šetření.....	28
2 Výběr a tvorba metod šetření.....	28
3 Výběr účastníků a harmonogram šetření	29
4 Analýza výsledků.....	29
5 Interpretace dat	29
4 Závěr šetření	53
VI ZÁVĚR	56
Seznam bibliografických citací	57
Seznam elektronických zdrojů	58
Seznam tabulek a grafů	60
Přílohy	62
Anotace	66

I ÚVOD

V současné době je užívání marihuany velmi oblíbené a rozšířené, především u dospívajících. Tato droga je velmi snadno dostupná a některými lidmi dokonce i tolerovaná. Často se o ní říká, že je to startovní droga. To znamená, že patří k prvním psychoaktivním látkám, které jsou dospívajícími vyzkoušeny a její užívání vede k tvrdým drogám. To však nemusí být vždy pravda, protože jsou i takoví uživatelé, kteří zůstávají pouze u této „přírodní“ drogy a její užívání považují za svůj životní styl. Z důvodu, že i v mém okolí je velký počet uživatelů konopí a mnoho z nich patří mezi mé blízké kamarády, jsem si vybrala toto téma bakalářské práce. Jejím cílem je zjištění životní spokojenosti uživatelů marihuany a vliv konopí na jednotlivé oblasti života.

Práce je rozdělena do části teoretické a praktické. Teoretická část má tři kapitoly. První z nich se zaměřuje na marihuanu obecně. Jsou zde popsány účinky, formy užívání, vznik závislosti, možné léčebné účinky, historie konopí a zákony vztahující se ke konopí ve vybraných zemích z celého světa a také v České republice. Druhá kapitola popisuje pojem kvality života. Jednotlivé oblasti, životní spokojenost a její spojitost se zdravím, společností, profesí a dále některé metody měření, kterými je kvalitu života možné měřit. Poslední kapitola je věnována vymezení období adolescence a mladé dospělosti a je v práci proto, že praktická část se zaměřuje právě na toto věkové vymezení. Z hlediska psychologie je zde popsán tělesný a duševní vývoj adolescenta, sociální vztahy, příprava na povolání a krátce je zmíněna i adolescence a marihuana. Je zde popsána i mladá dospělost a kognitivní a emoční vývoj, partnerství, rodinný a profesní život.

Praktická část je zaměřena na uživatele marihuany v období adolescence a mladé dospělosti a jejich kvalitu života. Šetření bylo realizováno formou rozhovorů a dotazníků s celkem šestnácti dlouhodobými, z většiny také pravidelnými, uživateli marihuany. Cílem bylo zjistit obecné informace o účastnících a dále se dozvědět o délce, formách, četnosti užívání atd. V neposlední řadě zájmu byla také míra zásahu užívání konopí do jednotlivých oblastí života těchto osob a celková životní spokojenost.

II TEORETICKÁ ČÁST

1 Marihuana

1.1 Popis a formy užívání

Co si představit pod pojmem droga? Droga je jakákoliv látka, která je přírodní nebo syntetická a má vliv na psychiku člověka, má tzv. psychotropní účinky. Dalším znakem je to, že může vyvolávat závislost. Drogy nás obklopují vždy a všude, protože jimi jsou i běžné látky jako káva nebo čaj. Ty však naše společnost akceptuje. Větší problém jsou drogy nelegální, mezi které patří i marihuana. (Presl, 1995)

Konopí je nejbližší příbuzné chmelu a existují tři druhy: konopí seté, indické a rumištní. Květ této rostliny průměrně produkuje více než šedesát kannabinoidů. Dosáhnout vyššího obsahu THC (tetrahydrocannabinol) lze samozřejmě zvýšit větší péčí o rostlinu. Čím více THC marihuana obsahuje, tím větší má vliv na psychiku. Přesto se marihuana zařazuje mezi skupinu lehkých drog, tzn. s menším rizikem. (Stafford, 1997, Presl, 1995)

Termín marihuana se používá pro označení vysušených listů, semen a květů rostliny konopí. Mezi další slangové názvy patří výrazy: marjánka, tráva, zeli, skéro, brko, hulení, gandža apod. Další forma této drogy je hašiš, který je silnější. Účinná látka je stejná, ale rozdíl je v úpravě. Hašiš je vyschlá pryskyřice z květů samičí rostliny. Pryskyřice obsahuje velké množství THC a hojně se vyskytuje na chloupkách květů. Marihuana patří mezi halucinogeny, tzn. látka, která pozměňuje vnímání okolního světa. Látka obsažená v marihuaně se nazývá THC. (Foundation for a drug-free world, 2009, Miovský a kol., 2008, Presl, 1995)

Nejčastěji se marihuana užívá kouřením tzv. jointů nebo v dýmce. Dalším způsobem je její užívání v jídle. Méně známými formami užívání je podávání pod jazyk a rektální aplikace. Tyto dva způsoby jsou využívány pro léčebné využití. (Foundation for a drug-free world, 2009, Miovský a kol., 2008)

Kromě marihuany a hašiše jsou i jiné možnosti užívání konopí. Konopný a hašišový olej je tuhá hmota, jejímž zahřátím se dosáhne kapalného stavu. Tato tekutina se potom dává do cigaret nebo jídla. Užívání konopí v jídle může být velice rozmanité a existuje řada receptů. Jedním z nich je konopné mléko, které vzniká varem mléka s konopím. Dále se může přímo vypít, nebo použít při vaření. Uživatelé také často kouří tzv. „shit“. Jsou to

usazeniny, které se vytvářejí při kouření marihuany. Tato hmota velmi zapáchá, ale stále obsahuje psychoaktivní látky. (Miovský a kol, 2008)

Obsah THC v marihuaně je přibližně 10 mg, ale může ho být i více, což je závislé na druhu. Po užití tato látka zůstává v těle různě dlouho a vylučuje se velmi pomalu. Doba, po kterou lze přítomnost látky v těle určit se pohybuje od několika týdnů až po měsíce. Pokud člověk užívá marihuanu pravidelně, THC se potom v organismu začíná hromadit. (Nešpor, Provazníková, 1999)

1.2 Účinky drogy

Po užití dochází ke zvýšení srdečního tepu. Dalšími známkami jsou vysušené oči a ústa, začervenání očí, stav „snící“ myslí, dezorientace a ospalost. Mezi dlouhodobé účinky patří zhoršení paměti a celkově mentálních schopností jedince a poškození imunitního systému, změny nálad a osobnosti. K dalším škodlivým účinkům při dlouhodobém užívání patří poškození spermatu, které může vést i k dočasné neplodnosti. U žen, které kouří marihuanu v těhotenství může proběhnout předčasný porod dítěte s nízkou porodní váhou. Dále se zhoršuje schopnost soustředit se, oslabuje se imunitní systém a mohou vznikat záněty spojivek nebo dýchacích cest. Kouření marihuany má také špatný vliv na plíce, jelikož se vdechuje více kouře než u cigaret a také je v plicích držen delší dobu. Kouř obsahuje přibližně o 50-70% více rakovinotvorných látek než kouř z cigaret. Po užití zůstává THC v těle několik týdnů i měsíců. (Foundation for a drug-free world, 2009, Nešpor, Provazníková, 1999, Stafford, 1997)

Při prvním užití se mohou objevovat rozdílné účinky. Ty mohou být jak očekávané, kam patří smích a uvolněnost, tak nežádoucí, jako například pocity nevolnosti. Tyto účinky se však nemusí poprvé dostavit vůbec. Velmi často se nevolnost či zvracení objevuje v kombinaci s užitím alkoholu. Při užívání marihuany kouřením se intoxikace objevuje velmi brzo po užití. Asi do hodiny po užití její intenzita nejsilnější a poté klesá. U užívání v jídle je nástup účinků pomalejší, ale celková intoxikace trvá i několik hodin. (Miovský a kol., 2008, Presl, 1995)

V případě intoxikace je ohrožení života menší než u jiných látek. Nastávají poruchy vnímání a člověk je citlivější k vnějším podnětům. Mohou se objevit i halucinace a paranoia, v horším případě i úzkost a panika. (Kalina, 2008)

1.3 Vznik závislosti

Užívání psychoaktivních látek může být jednorázové a nemusí vést k žádným obtížím. Dále může být užívání škodlivé, u kterého dochází k poškození fyzickému nebo psychickému. Nad tím stojí syndrom závislosti, který je dle MKN-10 popisován jako „skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více“ (Kalina, 2008, s. 54). K hlavním projevům závislosti patří velmi silná touha brát drogu a k dalším patří postupné zvyšování tolerance na drogu a odvykací stavy. Závislost může být dvojího charakteru, a to psychická nebo fyzická. Psychická je dána především neschopností osoby kontrolovat nebo zamezit užívání, i v tom případě, že užívání bude mít nepříznivé následky. Závislost fyzická je spojena především se zvýšenou tolerancí a stavem odvykání. Při nedostatku drogy v těle se bažení po látce projevuje i fyzicky. (Kalina, 2008)

Vznik závislosti na psychoaktivních látkách může mít mnoho příčin. Některé kognitivně behaviorální teorie ji přisuzují nepříznivému vlivu primární rodiny nebo vrstevníků. Psychodynamické teorie dávají příčinu nejistotě člověka v sobě samém, ale i v ostatních a absenci pocitu bezpečí. (Kalina, 2008)

Závislost na marihuaně je psychická, pokud k ní vůbec dojde, protože není tak častá. Riziko vzniká nejvíce u osob, které ji užívají denně po delší časové období. Závislost vede k postupné ztrátě kontroly nad užíváním. Dlouhodobá závislost může vést až k narušení sociálních vztahů, pracovních činností či procesu učení a dalším problémům. Dalším rizikem je možnost, že člověka může marihuana vést k dalším tvrdším drogám. Samotné konopí k jiným drogám přímo nevede, ale hlavní problém je v tom, že člověk, který ho užívá z důvodu potlačení různých nepříjemných pocitů, může sáhnout po tvrdší droze z důvodu, že marihuana na toto utlumení již nestačí. (Engelander et al., 2010, Foundation for a drug-free world, 2009, Kalina, 2008, Vágnerová, 2004)

Léčba závislosti na marihuaně se zaměřuje na změnu v životním stylu a jejím účelem je abstinence. Někdy je potřeba i rodinná terapie. Lidé se většinou do léčby dostávají později a spíše pod nátlakem okolí nebo kvůli psychickým obtížím. Farmakologické léčení se ve většině případech nepodstupuje. U odvykání se může projevit úzkost, poruchy pozornosti či podrážděnost. Tyto stavy většinou nevyžadují odbornou lékařskou pomoc. (Kalina, 2008, Nešpor, Müllerová, 1997)

1.4 Marihuana jako lék

Léčebné účinky konopí jsou známé už stovky, ne-li tisíce let. Nejčastěji se používalo k utlumení bolesti nebo horečky, nespavosti apod. Francouzští lékaři sestavili v roce 1923 seznam nemocí, o kterých si mysleli, že by se k jejich léčbě dala použít marihuana. Mezi tyto choroby patřili psychické obtíže, potíže v oblasti genitálií a močového měchýře, problémy respiračního ústrojí, potíže žaludku, střev a kůže a infekční choroby. (Stafford, 1997)

V současnosti se používá například jako antiemetikum (lék potlačující pocit zvracení) při chemoterapii nebo při léčbě roztroušené sklerózy a při odstraňování zeleného zákalu. Je dokázáno, že užívání marihuany také pomáhá lidem s epilepsií. Avšak měla by se užívat jen u epilepsie se záchvaty grand mal, naopak u záchvatů petit mal s tzv. absencemi může dojít ke zhoršení stavu. Dále se uvádí léčebné účinky konopí například u Parkinsonovi nemoci, při bolestech atd. Zda se má konopí využívat jako léčivo je však velmi sporné, hlavně kvůli jeho psychoaktivním účinkům. (Engelander et al., 2010, Miovský a kol., 2008, Stafford, 1997)

1.5 Historie

Konopí se pěstuje už více než 2 000 let. S postupem času a díky novým technikám je obsah THC v rostlině vyšší než v minulosti. (Foundation for a Drug-Free World, 2009)

Původně tato rostlina pochází ze Střední Asie, odkud se rozšířila do Číny a Indie. Číňané z konopí splétali provazy a dokonce vyráběli první papír. Pravděpodobně první písemná zmínka o marihuaně pochází z herbáře čínského císaře Šen Nunga, ten je však dnes ztracen. Tento čínský císař ve svém díle doporučoval, aby byly pěstovány samičí rostliny, jelikož podle něj měly lepší léčivé účinky než rostliny samčí. Dalším písemným záznamem je hinduistická véda Atharva (2. tisíciletí př.n.l.), tehdy ji Indové uctívali jako posvátnou rostlinu. Tradice užívání marihuany je v Indii pevně zakořeněná a přetrvává dodnes. V Evropě se o konopí poprvé zmiňuje Hérodotos (450 př.n.l.), který napsal, že kmeny Skytů házely na kameny v saunách konopí a poté „řičeli blahem“. Skytové tedy tuto rostlinu rozšířili do Evropy, kde byla cenná pro svá vlákna a semena a později i jako prvek v lékařství. Díky archeologickým nálezům je však patrné, že se konopí objevovalo v Evropě už o mnoho let dříve, ještě než se o něm zmiňují Řekové. Z Dálného východu se mezitím dostala i do Egypta a Persie a odtud postupně i mezi téměř všechny africké kmeny.

V Egyptě objevili hašiš vojáci Napoleona Bonaparta a přinesli ho do Francie, kde se stal múzou intelektuálů, ale i básníků. K těm slavným patří například Honoré de Balzac nebo Charles Baudelaire. Jako další to byl filozof Walter Benjamin, který o svých zkušenostech s drogou sepsal memoáry. Do Nového světa se konopí dostalo poprvé na španělských galeonách v 16. století. Jsou ale i zmínky o tom, že mohlo být známé už před příchodem Španělů a to u některých domorodých kmenů. V 17. století začali pěstovat marihuanu Britové v Kanadě. Mezi slavné pěstitele patřil například Thomas Jefferson nebo George Washington, není však dokázáno, že by patřili i mezi rekreační uživatele. Konopí bylo nejvíce pěstováno pro účely výroby látek, papíru apod. Po skončení války o nezávislost však zájem o tuto hospodářskou rostlinu klesl. Konzumace pro rekreační účely se v Americe začala objevovat v New Orleans na začátku 20. století, kam je přinesli dělníci z Mexika, kde se takto užívala už dříve. Odtud se pak šířila dále po Americe. Poté začaly vznikat zákony, které zakazovaly užívání marihuany pro jiné než léčebné účely. Důležitou osobností v boji proti užívání marihuany byl Harry J. Anslinger, který napsal články a publikace jako například „Marihuanu-vrah mládeže“ nebo „Droga zabiják“, a tím se zasloužil o zakázání marihuany téměř ve všech státech Unie. Později proti marihuaně bojoval i na mezinárodní úrovni a dosáhl toho, že celkem šedesát států se uvázalo, že do příštích dvaceti pěti let s užíváním skončí. V 60. letech se situace začínala měnit a objevovalo se čím dál více lidí, kteří bojovali za legalizaci. Tyto snahy o dekriminizaci pokračují dodnes. (Miovský a kol., 2008, Stafford, 1997, Weinberg, 2011)

1.6 Marihuana a zákony ve světě

V úmluvách OSN o drogách patří konopí mezi látky způsobující závislost, představují velké riziko zneužití a také je na seznamu čtyř nejnebezpečnějších látek a to z důvodu rizika zneužití a škodlivým vlastnostem. (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2005)

1.6.1 Evropa

V Evropské unii je možné pěstovat konopí pouze pro průmyslové užití, a to jen rostliny, které obsahují méně než 0.2% THC. Sankce za užívání drog není odpovědností Evropské unie, ale jednotlivých států. Užívání konopných drog je trestným činem například ve Francii, Finsku, Řecku, Švédsku, Norsku a na Kypru. Jako přestupek je považováno například ve Španělsku, Portugalsku, Lotyšsku a Estonsku. Ve všech státech EU je

zakázáno držení drog. Záleží také na množství a účelu držení, podle toho se potom ukládají tresty. V Itálii mohou za držení konopí odebrat řidičský průkaz na jeden až tři měsíce a u prvního přistižení je osoba pouze napomenuta. V Lucembursku se za držení uděluje pokuta a v případě užívání nebezpečného pro jiné osoby i trest odnětí svobody. V Irsku za držení konopí hrozí při prvním provinění pokuta, při druhém provinění se pokuta zvýší a při třetím je i možnost odnětí svobody až na tři roky. V Německu nevede držení konopí k trestnímu stíhání, ale pouze v případě, že jsou splněny určité podmínky. Mezi ně patří to, že má člověk u sebe pouze malé množství a pro vlastní spotřebu, dále se jedná jen o příležitostného uživatele a také nebyla způsobena újma někomu dalšímu. Ve Velké Británii vede držení od varování až po odnětí svobody. Ve Francii jsou sankcí za držení marihuany pokuty nebo odnětí svobody v rozsahu maximálně jednoho roku. Nizozemí je legalizací marihuany velmi známo, ale i zde jsou jistá omezení. Pokud má člověk u sebe do pěti gramů drogy, nemůže být stíhán. V coffee-shopech, neboli kavárnách je povoleno užívání, prodej i držení, kavárna však musí splňovat podmínky pro provozování. Nejvíce těchto coffee-shopů je v hlavním městě Amsterdamu. Užívání marihuany ve venkovních prostorách již legální není. Ve Švýcarsku je konopí zakázáno, ale v posledních letech se zde objevují snahy o dekriminizaci, které ale neprošly ve federálním shromáždění. (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2005, Miovský a kol, 2008, Weinberg, 2011)

1.6.2 Severní a Jižní Amerika

Ve Spojených státech Amerických jsou zákony o drogách jedny z nejpřísnějších. Konopí zde patří mezi drogy, které se nepředpokládají k lékařskému využití, na rozdíl od opiátů, u kterých tomu tak je. Od roku 1965 bylo více než dvacet milionů lidí odsouzeno. U velkých překupníků a pěstitelů je dokonce možný i trest smrti. V Jižní Americe došlo k dekriminizaci v Kolumbii, Venezuele a Brazílii. Na Jamajce vzniklo rastafariánské hnutí, které se stalo symbolem konopné kultury a rozšířilo ji do světa. Marihuana se zde však užívala už dávno před jeho vznikem. Největší ikonou se stal Bob Marley, který kromě jiného velice propagoval užívání marihuany. Na Jamajce se konopí prodává otevřeně na ulicích, i když za držení může hrozit pobyt ve vězení. V Mexiku zákony nemluví příliš jasně a rozhodnutí o trestu je více méně na soudci. Trestem může být pokuta, ale i vězení. V Brazílii držení marihuany v malém množství pro svoji vlastní potřebu od roku 2006 znamená trest „sociálním vzděláváním“, to však bývá udělováno jen vzácně a v případě

turistů tomu tak nebývá skoro vůbec. K dekriminalizaci marihuany došlo i v Kolumbii v roce 1994. Držení malého množství je de facto legální. Užívání na veřejnosti není tolerováno. V Kanadě je od roku 2002 drogová politika založena na principu „harm reduction“ tzn. snižování škod a není tak soustředována na právo. Užívání veřejně na ulici je však zakázáno a člověk za něj může být zatknut. (Weinberg, 2011)

1.6.3 Asie

Neúprosné zákony jsou v Číně, Malajsii, Indonésii a Filipínách. Zde je možné dostat trest smrti i za pouhé držení drogy. V Nepálu se užívá hašiš především v období jarního svátku Holi. Konopí zde však není legální a mohou být uděleny tresty odnětí svobody. V Thajsku jsou zákony velice přísné. Za menší množství hrozí dlouhý pobyt ve vězení a v případě tvrdých drog i trest smrti. V Afghánistánu bývají kuřáci hašiše veřejně bičováni. Další zemí, kde jsou zákony přísné je Indonésie. Za držení marihuany je trest až dvacet let ve vězení. V Indii patří konopná kultura k jedné nejstarší na světě. Konopí je propojené i s náboženstvím, bůh Šiva je s ním často spojován. Tradice užívání marihuany je zde už přes 4000 let. Nejužívanější je tzv. bhang, což je speciální konopný preparát a nejčastěji se užívá při náboženských rituálech. Na některých místech se dokonce prodává legálně. Ze zákona je však držení malého množství marihuany trestáno pokutou nebo vězením, někdy i obojím. (Weinberg, 2011)

1.6.4 Afrika

V Jižní Africe je držení konopí trestným činem a trestem i za malé množství držení může být až patnáct let, i když tato doba se ukládá jen vzácně. Konopí v Maroku legální není a trestem může být až desetiletý pobyt ve vězení. I přes to je velkým zdrojem financí právě hašiš. Keňa je velmi přísná co se týče drog. Navzdory tomu je tato země jedním z hlavních producentů v regionu. Za držení konopí, a to v jakémkoliv množství, je trest deset až dvacet let. U tvrdých drog to může být i doživotí. Například bratr amerického prezidenta George Obama byl zatčen, protože měl u sebe jednoho jointa. Toto obvinění bylo nakonec staženo, protože policie rozhodla, že nepatřil jemu, ale jednomu z jeho přátel. (Weinberg, 2011)

1.6.5 Austrálie

V Austrálii patří marihuana mezi ilegální drogy. Zakázáno je její držení, užívání,

pěstování i prodej. V některých teritoriích je dokonce zakázáno i vlastnit nebo prodávat výrobky určené ke kouření. Při porušení zákona může být udělena pokuta, uvěznění nebo zákaz řízení. V některých teritoriích se provádí program pro lidi, kteří mají problém s drogami. Jeho obsahem je léčba a vzdělávací programy, které jsou v některých případech užitečnější než právní systém. (Dostupné z: <http://www.druginfo.adf.org.au/topics/drug-law-in-australia>)

1.7 Marihuana a zákony v České republice

V České republice je konopí nelegální. Výroba a jakákoliv distribuce jsou trestány pokutou nebo odnětím svobody na dobu až pěti let. U přechovávání většího než je malé množství, je trestem zákaz činnosti, propadnutí věci nebo jednoleté odnětí svobody. U většího množství až pět let, v krajním případě i osm let. V případě pěstování je u většího množství trestem pokuta, propadnutí věci nebo odnětí svobody od šesti měsíců až po pět let. Nelegální je také šíření toxikomanie, tedy podporování zneužívání nelegálních látek. V tomto případě hrozí peněžitý trest a odnětí svobody až na pět let. Pokud spáchá člověk tento čin vůči dítěti, které je mladší patnácti let, může se výše trestu vyšplhat až na osm let. (Trestní zákoník, 2009)

U řízení vozidel pod vlivem marihuany může být udělena pokuta nebo odebrán řidičský průkaz na dobu až jednoho roku, v horším případě i odnětí svobody. Policie nebo lékař mohou použít testery na THC ve slinách nebo v moči, kde je obsaženo ještě týden po užití. (Most k naději, 2013, Trestní zákoník, 2009)

Dalším důležitým zákonem je Zákon o návykových látkách, který zakazuje pěstovat konopí s obsahem větším než 0,3% kanabinoidů. Součástí je také seznam podle Jednotné Úmluvy o omamných látkách. Konopí se nachází v seznamu IV. Za větší než malé množství marihuany se považuje patnáct gramů a u hašiše je to pět gramů. (Zákon o návykových látkách, 1998)

2 Kvalita života

2.1 Vymezení

Kvalita života (QOL, quality of life), nebo také životní spokojenost, well-being, štěstí či blaho. Popsání tohoto pojmu není jednoduché a setkáváme se s velkou řadou definic. Definice zdraví podle Světové zdravotnické organizace udává, že je to stav kompletní psychické, fyzické a sociální pohody, a ne jen absence nemoci či poruchy. Toto vymezení zdraví úzce souvisí i s pojmem kvality života. (Zemanová, Dolejš, 2015, WHO, 1946)

Mezi řadu definic kvality života patří například od Světové zdravotnické organizace, která ji popisuje následovně: „*jako jedincova percepce jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám*“ (WHO; in Ludíková, 2014, s.103). Například Campbell (in Salajka, 2006) vidí kvalitu života jako rozdíl mezi tím, čeho chceme ve svém životě dosáhnout, a tím, čeho jsme ve skutečnosti dosáhli. Pokud je rozdíl mezi těmito dvěma skutečnostmi malý, znamená to, že kvalita života je vysoká, a naopak. (Ludíková a kol., 2014, Salajka, 2006) Další definice kvalitu života popisuje jako „*subjektivní globální hodnocení vlastního života*“. (Sláma; in Payne, 2005, s. 288)

Pojem kvalita života se začal objevovat v literatuře ve 20. letech 20. století ve Spojených státech amerických. Původně ale směřoval do ekonomiky. Postupně se o tuto problematiku začalo zajímat více oborů, i humanitních, a v současné době je již tato problematika multidisciplinárního charakteru. Nejvíce je však spojována se zdravím a medicínou. (Ludíková a kol., 2014)

K hlavním aspektům, které QOL ovlivňují patří zdravotní a psychický stav, vztahy s lidmi a okolím, zaměstnání a tak dále. Tyto faktory a mnohé další se vzájemně propojují a mají vliv na celkovou kvalitu života. (Hnilicová; in Payne, 2005, Siedel, Zannon; in Ludíková a kol., 2014)

Pro každého člověka mají různé faktory ovlivňující kvalitu života odlišný význam. Pro jednoho je nejdůležitější zdraví, ale pro druhého má větší význam například rodina. Jsou však i takové, které jsou společné všem. Například zajištěné bydlení či příjem. Kvalita života a to, jak ji člověk hodnotí, však nesouvisí pouze s přítomností a možnostmi do budoucna, vliv má také to, co se člověku událo v minulosti. (Blatný, 2010, Salajka, 2006)

Existují také různé strategie, které pomáhají udržet si kvalitu života takovou, abychom s ní byli spokojeni. Patří k nim například hledání pozitivního na nepříjemnostech, se kterými se setkáváme. Jde vlastně o to, že bychom měli ve všem negativním vidět i něco pozitivního, tím se můžeme vyhnout stresovým situacím a svou životní spokojenost si udržet. (Sirgy; in Blatný, 2010)

2.2 Oblasti kvality života

Dle WHO (Světová zdravotnická organizace) patří mezi základní oblasti kvality života fyzické a psychické zdraví, vztahy a prostředí. Mezi častější dělení však patří rozdělení na rovinu objektivní a subjektivní. Objektivním pojetím QOL se myslí například ekonomické vlivy, zákonodárství daného státu, prostředí ve kterém člověk žije atp. Subjektivní znamená osobní prožívání jedince, jako např. pocity spokojenosti, úspěchu či neúspěchu atd. Tyto dvě roviny však nelze od sebe oddělit, jelikož se vždy prolínají. (Ludíková a kol., 2014)

Objektivní rovina je lépe měřitelná, než subjektivní. Ovlivňuje ji velké množství faktorů, mezi které patří veškeré podmínky, které má člověk pro svůj život. Mezi ty hlavní patří dostupnost potřebných služeb, jako je zdravotnictví, vzdělání, dále možnost pracovního uplatnění, kvalita životního prostředí a tak dále. Rovina subjektivní se posuzuje velmi těžko, protože se můžeme setkat s neochotou tázaných osob svěřovat se cizímu člověku. (Heřmanová, 2012)

Někteří autoři dělí kvalitu života na tři roviny. První z nich pohlíží na životní spokojenost a její hodnocení jako na celek. Druhá úroveň sleduje jednotlivé oblasti spadající do kvality života. A třetí se zaměřuje na všechny složky jednotlivých oblastí z druhé úrovně. (Salajka, 2006) Naproti tomu například Dufková (in Heřmanová, 2012) dělí kvalitu života také na tři roviny, ale jejich obsah se od výše uvedeného liší. Nejobecnější makrostruktura chápe životní spokojenost spíše kvantitativně a je možné ji srovnávat mezi jednotlivými národy. Mezostruktura se jí zabývá na úrovni menším sociálních skupin a mikrostruktura je už zaměřená na jednotlivce a jeho subjektivní hodnocení kvality života.

Jako další možnost dělení je na dvě složky. První z nich je složka kognitivní a patří do ní hodnocení jedince svého vlastního života na vědomé úrovni. Druhá je emoční složka, kam patří veškeré emoce a prožívání štěstí. (Diener a kol.; in Blatný a kol., 2010)

2.3 Kvalita života a zdraví

HRQOL neboli Health-Related Quality of Life, v překladu tento pojem znamená kvalita života související se zdravím. Zdraví je pravděpodobně nejdůležitější pro dobrou kvalitu života. Už Maslow ve své hierarchii potřeb uváděl fyziologické potřeby na první místo a tvrdil, že bez jejich uspokojení nemůžeme naplňovat potřeby vyšší. (Mareš a kol., 2007, Salajka, 2006)

Tento způsob pojetí životní spokojenosti se zaměřuje především na spojitost s fyzickým zdravím. Právě nemoc může kvalitu života snižovat, například tím, že osobu omezuje v jejích běžných činnostech. V souvislosti z medicínou byla kvalita života původně středem zájmu u pacientů s onkologickým onemocněním a psychiatrickou diagnózou. Z důvodu, že stav těchto pacientů může být neměnný, změnil se přístup k těmto osobám. Jelikož jejich zdravotní stav nemusí být možné změnit, cílem může být zlepšení alespoň jejich kvality života. (Hnilicová; in Payne, 2005, Ludíková a kol., 2014)

Pokud má člověk zdravotní problém, snižuje tento stav většinou i kvalitu života. Tato osoba má představu takovou, že po vyléčení či potřebném zákroku se skutečnost vrátí do normálu a jeho životní spokojenost bude zase vyšší. To ale nemusí být vždy pravdou a rozdíl mezi očekáváním a výsledkem má na QOL také vliv, protože zlepšení zdravotního stavu je jen jedním prvkem pro celkovou změnu. Pacient může svou nízkou spokojenost přisuzovat špatnému zdravotnímu stavu a tudíž má očekávání, že po léčbě bude všechno lepší než dříve. Avšak v případě somatických změn, se ne vždy dostaví i změny na psychické úrovni. V takovém případě mohou být reakce pacienta dvojího charakteru. Buď léčbu pokládá za neúspěšnou, nebo příčinu své nespokojenosti přičítá výsledku léčení. V jistém pohledu má pacient pravdu, jelikož jeho požadavek nebyl jen odstranění tělesného problému, ale také změna k lepšímu v jeho životní spokojenosti. Nicméně faktem je, že tímto způsobem to vidí jen pacient, ale ne lékař, který vidí úspěch v odstranění fyzických obtíží. Například člověka, který má zdravotní problém či postižení a celý život se setkává s jeho negativními dopady si vytvoří určité vzorce chování vůči okolí. Lékařský zákrok ale změní pouze fyzické problémy a ne ty psychické. Psychika člověka zůstává stejná, stejně jako jeho chování a postoje ke společnosti. Pacient tak nedojde ke svému cíli, a proto považuje léčení za neúspěšné. Tento neúspěch potom přisuzuje lékaři. Z těchto důvodů je velmi důležité, aby si už na začátku léčby lékař vyjasnil, co od ní přesně pacient očekává. A pokud pacientovi ke spokojenosti nestačí pouze fyzická změna, může lékař doporučit i

jinou péčí, například psychoterapii. (Vavrda; in Payne, 2005)

U dlouhodobě nemocných lidí závisí kvalita života také na tom, jak se na svou nemoc adaptují. Na tuto adaptaci mají vliv například zdravotní péče, která je člověku poskytována, podpora jeho blízkého okolí i celé společnosti a samozřejmě příznaky nemoci a to, jak je člověk vnímá sám. Každý jedinec vnímá nemoc jinak, a právě toto subjektivní prožívání ovlivňuje kvalitu života nemocného nejvíce. (Salajka, 2006)

Z výše uvedeného je samozřejmé, že zdravotní stav člověka může ovlivňovat objektivní i subjektivní rovinu kvality života. Zdravý člověk je více soběstačný a je schopen se větší mírou zapojovat do společenského života. U hodnocení kvality života spojené se zdravím se jedná v první řadě o zaměření na zdravotní stav. Mimo to se zjišťují také například spokojenost se vzhledem a životní élan. (Heřmanová, 2012)

2.4 Vliv společnosti na životní spokojenost

Postavení člověka ve společnosti a jeho sociální role také ovlivňují kvalitu života. Souvisí to například se vzděláním, které má vliv na lepší uplatnění, s tím související vyšší finanční ohodnocení a více možností jak se svým životem naložit. Dalším prvkem, který kvalitu ovlivňuje je partnerství nebo blízkost jiné osoby. Lidé jsou společenší a k životu potřebují jiné lidi. Proto člověk, který je osamělý, může ve svém životě pociťovat nespokojenost. K životní spokojenosti také neodmyslitelně patří rodinné a přátelské vztahy, které člověka kvalitu života ovlivňují po celý život. Z pravidla není ani důležité kolik vztahů člověk naváže, ale mnohem důležitější je jejich kvalita. (Křížová; in Payne, 2005, Mareš a kol., 2007, Nezlek; in Blatný, 2010)

Jako další ovlivňující faktor jsou životní události. Velkou mírou zasahují do psychického prožívání člověka a tím také mění subjektivní složku kvality života, protože mění i život. Pokud jsou tyto události zvláště negativní, způsobují člověku stresovou zátěž, a tím také negativně ovlivňují jeho zdraví. Kromě událostí, které se v našem životě odehrávají, jsou dalším faktorem i naše vlastní cíle, které si v životě utváříme. Právě dosahování našich cílů nás naplňuje a také zvyšuje kvalitu života. S tím jsou však spojená i rizika, která nastávají, pokud si zvolíme cíle těžko dosažitelné. V případě, že cíle nedosáhneme, kvalita našeho života klesá. Riziko může vycházet také z toho, že si cíle nestanovíme, anebo jsou příliš malé nebo snadné. V takovém případě mohou u člověka nastat pocity nudy a tím pádem klesá i životní spokojenost. (Csikszentmihalyi; in Blatný,

2010, Janečková; in Payne, 2005)

Kvalitu života společnosti je možné měřit na různých úrovních. Je možné ji měřit na úrovni státu, kraje, okresu nebo jednotlivých měst. Pokud se zaměřujeme na větší celky, než je stát, mluvíme o úrovni globální. V případě měst, obcí nebo podobných lokalit je možné kvalitu života změřit do jisté míry kvalitně. Pokud jde o větší územní celky, není již možné přesně zohlednit jednotlivé osoby. Na globální úrovni je již nemožné zachytit subjektivní kvalitu života. Pokud máme zájem zachytit subjektivní životní spokojenost, je tedy zřejmé, že bude účinnější zaměřit se na menší počet lidí. (Heřmanová, 2012)

2.5 Profesionální kvalita života

Oblast profesionální kvality života je součástí celkové životní spokojenosti. K objektivnímu hodnocení lze přiřadit finanční ohodnocení, pracovní dobu, forma uzavřené smlouvy se zaměstnavatelem, pracovní možnosti a tak dále. Za subjektivní rovinu se považují například vztahy s kolegy, náročnost a další. Zjišťování subjektivní spokojenosti se zjišťuje na základě hodnocení jednotlivých pracovníků. (Vinopal; in Ludíková a kol., 2014)

Jak náš pracovní život zasahuje do životní spokojenosti je dáno i pracovní náplní. Souvisí s tím například rutinní práce, která nemusí člověka uspokojovat. Pokud jsou však zaměstnání a pracovní úkony různorodé, může tomu být naopak. Spokojenost v zaměstnání také souvisí se seberealizací, nebo se smyslem života. V práci také můžeme uspokojovat své potřeby setkávat se s jinými lidmi. A neopomenutelnou výhodou zaměstnání je finanční přínos, který je podstatný pro materiální zajištění. Pro dospělého člověka je spokojenost s prací velmi důležitá, jelikož v ní tráví podstatnou část svého života. Práce také zvyšuje sociální status osoby. (Heřmanová, 2012, Tait, Padgett, Baldwin; in Blatný a kol., 2010, Hnilica; in Payne, 2005)

2.6 Metody měření QOL

Zpočátku se tato měření soustředila na zdravotní stav pacienta. Původně se v medicíně měřila kvalita života u lidí starých a dlouhodobě nemocných. Tyto popisy pacientových stavů dále lékaře vedli k vytváření dalších metod, které by tuto kvalitu života pacienta co nejlépe zhodnotily. (Křivohlavý; in Payne, 2005)

U kvality života zaměřené na zdraví existuje velké množství měřících metod především prostřednictvím dotazníku. Jeden z používaných dotazníků je SF-36, který

zjišťuje dopad léčebné terapie na životní spokojenost a je spíše obecný. Další metody jsou také zaměřené na specifické typy nemocí. Například kvalitu života onkologických pacientů věnuje velkou pozornost Evropská organizace pro výzkum a léčbu rakoviny (European Organisation for Research and Treatment of Cancer). Objevuje se však i kritika k těmto způsobům měření, která poukazuje na to, že není možné přesně stanovit jaký přesně je kvalitní život. (Hnilicová; in Payne, 2005)

V případě měření subjektivní kvality života se zaměřujeme na jedince a jeho spokojenost se životem. Na život jedince se pohlíží ze všech hledisek a nejdůležitější je jeho vlastní sebereflexe. Sledují se osobní pocity, prožívání štěstí, životní smysl, sociální vztahy a mnohé další faktory ovlivňující životní spokojenost jedince. Měřením subjektivní QOL se zabývá například organizace World Values Survey, která na základě svých šetření zjistila, že životní spokojenost v letech 1990 až 2010 vzrostla. Ve Spojených státech amerických se touto problematikou zabývá National Opinion Research Center sídlící v Chicagu. Na půdě Evropy se měření subjektivní kvality života zabývá Eurobarometr Evropské komise. (Heřmanová, 2012)

Na celém světě je velké množství institucí, které se o kvalitu života zajímají. K organizacím zaměřených na kvalitu života ze zdravotnického hlediska se patří Department of Palliative Care Policy and Rehabilitation, Health & Quality of Life Research Center, které patří pod Plymouth University ve Velké Británii. Další organizace, které již nejsou především zaměřené na zdraví, ale pohlíží na životní spokojenost komplexně jsou například Australian Centre of Quality of Life nebo International Society for Quality-of-Life studies, které vydává i své vlastní periodikum. Na úrovni České republiky se kvalitou života zabývá Centrum pro sociální a ekonomické strategie při Univerzitě Karlově v Praze, Sociologický ústav AV ČR a dalším důležitým pracovištěm je Centrum pro výzkum veřejného mínění, které sídlí také v Praze. Tyto instituce nejsou samozřejmě jediné. V České republice se problematikou životní spokojenosti zabývají i mnohé menší instituce. Uvedené tři jsou však nejdůležitější. (Heřmanová, 2012)

3 Období dospívání a mladé dospělosti

Z pohledu věd lze život člověka rozdělit na vývojové etapy, které se podle různých autorů liší. Tyto periodizace jsou rozdílné na základě zaměření jejich autorů. Na rozdělení se lze dívat z pohledu anatomie, fyziologie, či psychologie, kde se dále liší například biopsychologická periodizace V. Příhody, psychoanalytická S. Freuda, vývojová J. Piageta nebo psychosociální E. H. Eriksona. (Šimíčková-Čížková, 2003)

Období dospívání lze rozdělit na dvě části. První z nich je raná adolescence, nebo též pubescence, která trvá asi od 11 do 15 ti let. Druhá je pozdní adolescence a ta pokračuje od 15 do 20 let. (Vágnerová, 2005)

Dospělost můžeme rozdělit na tři vývojové období. První období navazuje na pozdní adolescenci a trvá dvě desetiletí, tzn. od 20 do 40 let. Dále navazuje střední dospělost trvající od 40 do 50 let. A jako poslední období před nástupem stáří je starší dospělost, která trvá od 50 do 60 let. (Vágnerová, 2007)

3.1 Pozdní adolescence

V tomto období se člověk dostává na přelom mezi dětstvím a dospělostí. Je to takzvaná přípravná fáze dospělosti. V současnosti se však hranice dospělosti posouvá výše, jelikož jsou na adolescenta kladeny vyšší nároky. Hlavním vývojovým úkolem je v tomto období vytváření identity. Člověk přijímá společenské hodnoty a normy typické pro společnost, ve které žije a postupně je přijímá za své. Adolescent si vytváří svoji vlastní sociální roli. Než ji utvoří, tak s různými rolemi experimentuje a zkouší více možností, jak se v daných situacích zachovat. Při tomto experimentování sleduje reakce okolí, a pokud je úspěšný, tyto způsoby si upevňuje. Největší vliv má rodina a škola. (Plevová, 2006, Šimíčková-Čížková, 2003)

Na utváření identity nemá vliv jen okolí adolescenta, ale také takové vzorce chování, které má vrozené. (Atkinson in Šimíčková-Čížková, 2003) Důležité je v tomto období vytvoření si nezávislosti, což může být ovlivňováno jak primární rodinou, tak dalšími dospělými z okolí. Jak uvádějí studie, společnost vytváří větší tlak související s osamostatněním u chlapců. Naopak u dívek tomu tak není, protože mají větší sklon ke svým matkám. Obracejí se k nim při řešení ženských záležitostí a tak je jejich závislost delší. (Šimíčková-Čížková, 2003)

3.1.1 Tělesný vývoj

Z hlediska tělesného vývoje je v adolescenci typické jeho ukončení, a to jak pohlavní zralost, tak tělesný vzrůst. Fyzicky jde o nejvýkonnější období, kdy je člověk na vrcholu svých sil. Právě proto, že biologické proměny jsou již u konce, má toto období spíše psychosociální charakter. (Langmeier, Krejčířová, 1998, Plevová, 2006, Šimíčková-Čížková, 2003)

Pro teenagery, jak si adolescenti říkají, je důležitý ideál krásy, kterého chtějí dosáhnout. Pokud se jim to nedaří, může se objevit dysmorfofobie. Tento pojem značí stav, kdy osoba negativně prožívá svůj celkový vzhled. To může vést až ke strachu z kontaktu s jinými lidmi, a pokud se z ní stane celoživotní problém, pak bude mít tato osoba pocity méněcennosti. (Plevová, 2006)

3.1.2 Duševní vývoj

V adolescenci se projevuje prosazování vlastních názorů, nekomplexní pohled na skutečnosti a nepředvídatelnost následků. Převažuje introspekce, což znamená, že se svými myšlenkami směřuje spíše do svého nitra, než do svého okolí. Důležité je vytváření identity. Člověk by se měl naučit rozumět sobě samému. V myšlení adolescenta se objevuje abstrakce a je schopen přemýšlet o různých hypotézách i možnostech, a to i nereálných. Emoce se pomalu začínají zklidňovat a teenager je schopen své chování ovládat i ve vyhocených situacích. Někdy se ještě objevují znatelné pochybnosti o sobě samém, ale sebejistota se postupně upevňuje. K tomu, aby mohla být identita jedince vytvořena, je podstatná i skupinová identita, kterou adolescent získává ve skupině, které je součástí. (Šimíčková-Čížková, 2003, Vágnerová, 2005)

3.1.3 Sociální vztahy

V rámci socializace jsou vztahy velmi rozvíjeny a objevuje se silná potřeba někam patřit, čímž se myslí různé skupiny mimo rodinu. Vytváření vztahů s vrstevníky také napomáhá k odpoutání se od rodiny a dále také představují přípravu na vytváření vztahů v dospělosti. Vznikají a rozpadají se první vztahy, čímž se utváří i sebevědomí. Důležitou součástí je také navazování vztahů erotických. (Langmeier, Krejčířová, 1998, Plevová, 2006, Šimíčková-Čížková, 2003)

Přichází také první zamilovanost a potencionální partner bývá velmi idealizován. Svůj význam získává i sexualita. Ta přechází z autoerotiky a prvních sexuálních zkušeností

až k pohlavnímu styku. To je pro teenagera velká sociální událost, která má i význam ve skupině vrstevníků, jelikož zvyšuje prestiž. Mezi adolescenty se objevuje promiskuita, která má svůj význam pro získání zkušeností. Vážné vztahy se tak často neobjevují. (Vágnerová, 2005)

3.1.4. Příprava na povolání

Jako další úkol je pro adolescenta výběr budoucího povolání. Zde může docházet ke konfliktům například s rodiči. K dalšímu příkoří patří to, že si adolescent musí vybrat, i když s ním dochází v období, kdy má zkrácené představy a není zájmově vyhraněn. (Langmeier, Krejčířová, 1998, Šimíčková-Čížková, 2003)

Někteří teenageri už ukončují vzdělání a začínají pracovat. Prožívání této změny může být různé. K jedné z výhod patří samozřejmě ekonomická nezávislost. Zaměstnání s sebou však přináší i změnu režimu, adolescent musí dodržovat pracovní dobu a má méně času pro své zájmy. Také se nachází v novém kolektivu, který nemusí být tak přátelský jako ten třídní. V zaměstnání má roli nováčka a jeho sebevědomí tak může být potlačováno kolegy s většími znalostmi a zkušenostmi. (Vágnerová, 2005)

3.1.5 Adolescence a marihuana

Právě v období adolescence je typické pro první užívání marihuany. Pokud k tomu dojde, je zde větší riziko, že vznikne závislost. (Miovský a kol., 2008)

Užívání drog je zátěž pro adolescenta, ale i pro společnost. Stalo se globálním problémem a je příčinou zdravotních a společenských problémů. (Škoda & Fisher; in Zemanová, Dolejš, 2015)

3.2 Mladá dospělost

Na to, kdy se člověk stane dospělým, lze pohlížet z několika úhlů.

- **Biologická dospělost:** fyzický vývoj je u konce a také se mění význam sexuality. Ta je důležitou součástí partnerství a také se může objevovat potřeba mít dítě. Tím pádem má sex i význam reprodukční.
- **Psychosociální dospělost:** v tomto směru se dospělost vyznačuje stabilitou emocí, přijmutím zodpovědnosti, větší sebejistotou a sebedůvěrou, nezávislostí vůči primární rodině, navazováním přátelských a partnerských vztahů, profesní rolí atd.
- **Ekonomická dospělost:** ta nastává, když je jedinec finančně samostatný, má vlastní

příjem a dokáže sám sebe zabezpečit.

- **Právní dospělost:** ta je v České republice dosažena ve věku 18 let.

(Vágnerová, 2007)

V mladší dospělosti je jedinec stále na vrcholu svých fyzických sil. Tuto část života představuje osamostatnění se, začátek profesního života a zakládání vztahů a rodiny. Po psychické stránce dochází ke zklidnění emocí a zvýšení sebevědomí. Identita je již upevněna a člověk se dostává na vrchol své produktivity. Ve většině případů je již plně samostatný a zodpovědný. (Langmeier, Krejčířová, 1998, Šimíčková-Čížková, 2003)

Jedná se však o jakýsi „ideál“, a ne každý člověk jej může splňovat. Základním znakem je zralost, což znamená, že jsou již překonány rozpory mezi dětstvím a dospíváním. Zralost také značí nezávislost a vytváření partnerských i přátelských vztahů a jejich udržování. Dospělí člověk si také umí zorganizovat svůj čas jak pracovní, tak i volný. (Langmeier, Krejčířová, 1998)

3.2.1 Kognitivní a emoční vývoj

Změna nastává i v emocích. Dřívější introverze se mění na extravertu a realismus. I do tohoto období však může zasahovat radikalismus uvažování, který byl typický pro adolescenci. K rozvoji v myšlení přispívají především zkušenosti, kterých stále přibývá. Postupně se myšlení stává zralé a vykazuje určité znaky. K těmto znakům patří například schopnost vytvářet kompromis, uvažovat o věcech z různých pohledů a souvislostí, sebekritika, zodpovědnost za své chování a činy atd. Co se týče sebevědomí dospělého, nemělo být příliš malé, ale ani přehnané. Celkově se emoce zklidňují a dochází k jejich stabilitě. V této etapě je dospělí člověk ještě stále otevřený novým názorům a ochoten měnit své postoje. V následujících obdobích se tato ochota může postupně snižovat. (Langmeier, Krejčířová, 1998, Špatenková, Petřková, 2013)

Myšlení mladého dospělého je ovlivňováno zkušenostmi. Tímto se stále rozvíjí a je schopen přijímat různé alternativy při řešení problémů či životních situací. Dospělý už ví, že jeho názor není ten jediný a pravdivý, ale přijímá fakt, že je jen jeden z mnoha. To znamená že je více tolerantní a schopen kompromisu. (Vágnerová, 2007)

Citové prožívání by mělo být ustáleno a dospělý by měl být schopen je vědomě regulovat a zvládat větší zátěže než v adolescenci. To vše je zahrnuto v emoční inteligenci,

kteřá je důležitá pro navazování vztahů a její součástí je dále i empatie, tedy schopnost vnímat emoce jiných lidí. (Neyer; in Vágnerová, 2007)

3.2.2. Partnerství a rodina

K vytváření partnerských vztahů patří i manželství a zakládání rodiny. Aby bylo manželství uspokojivé, měli by oba partneři být dostatečně zralí, sdílet alespoň podobné životní cíle. Důležité je samozřejmě také to, aby oba jedinci měli mezi sebou hluboké citové pouto. Další nezbytnou součástí je sexuální život, který je u kladného vztahu partnerů uspokojující a přínosný. Při založení rodiny a narození dítěte se mění role obou partnerů a celkově jejich život. Probouzejí se rodičovské instinkty, potřeby a nový smysl jejich života. S dítětem přicházejí ale i nové povinnosti a starosti. Partneři si musí přeorganizovat svůj čas a přizpůsobit jej dítěti. (Langmeier, Krejčířová, 1998)

Pokud se založení rodiny nedaří, vyvolává to u ženy negativní emoce jako smutek, strach, zlost či dokonce deprese. Tyto ženy se mohou izolovat od okolí, které jim tuto skutečnost připomíná. Další možností je i cílená volba bezdětnosti. U lidí, kteří se sami rozhodli nemít děti však taky může docházet ke konfliktům. K těm může docházet mezi partnery, nebo také s rodiči, kteří si přejí mít vnoučata. (Špatenková, Petřková, 2013)

U mužů a žen se mohou názory na partnerství od sebe lišit. Muži si více zakládají na fyzickém vzhledu a bývají více iniciativnější a dominantní. Nejsou tak citliví jako ženy a také o svých pocitech neradi mluví. Naopak ženy jsou více emočně založeny a ve větší míře vztah prožívají. Jsou více romantické a vztah je pro ně spíše emoční záležitostí. Proto se jej snaží ze všech sil udržet, jelikož jeho rozpad by představoval velkou ztrátu. (Vágnerová, 2007)

Uzavření manželství a založení rodiny není podmínkou dospělosti. Ne všichni mají tuto potřebu a raději zůstávají bez partnera či bezdětní. I přesto mohou být se svým životem spokojeni a mohou nacházet svůj životní smysl někde jinde. Mohou se zaměřit na kariéru nebo se plně věnovat svým zájmům. Výhodou dnešní doby je, že to co v minulosti bylo přípustné pouze v manželství, mohou dnes mít i bez něj. Zde je na mysli především sex, který byl dříve spojován jen s manželstvím, nebo také soužití partnerů bez svazku. Jak všichni víme, v současnosti již manželský svazek nemá takovou hodnotu, jakou měl v minulých dobách, a rozvodovost je fenoménem dnešní doby. (Langmeier, Krejčířová, 1998, Špatenková, Petřková, 2013)

3.2.3 Profesní život

Pokud se tomu nastalo již dříve, začíná v této fázi zahájení pracovního života. Výběr zaměstnání je založen na dřívějším studiu a dalších faktorech, jako například motivace najít si zaměstnání finančně výhodné, které do budoucna přinese ekonomickou samostatnost a dostatečné prostředky pro zajištění rodiny. Dále to může být potřeba navazovat nové vztahy nebo výběr pomáhající profese, která by uspokojovala potřebu pomáhat. U prvního zaměstnání člověk hodnotí, zda si vybral správně a práce mu vyhovuje. Pokud zjistí, že tomu tak není, může uvažovat o svém dalším zaměření a popřípadě práci změnit. Práce je pro mladého dospělého velkou hodnotou, která uspokojuje i psychické potřeby a také představuje smysl života. Velký význam mají také volnočasové aktivity, které si dospělí vybírají na základě svých zájmů a možností. Ekonomická nezávislost je pro dospělého důležitá, ale může být omezována z důvodu investic, které dospělý potřebuje k osamostatnění, jako například na byt apod. (Langmeier, Krejčířová, 1998, Špatenková, Petřková, 2013)

U mladých pracovníků se může v prvním zaměstnání objevovat „šok z reality“, který nastává pokud nastane rozdíl, mezi realitou a původními představami. U lidí s vysokoškolským vzděláním tomu tak může nastat například v souvislosti s platem, který nemusí být takový, jaký byl očekáván. (Vágnerová, 2007)

Odlisný pohled je na profesní roli ženy. Pro ně při výběru zaměstnání dochází k několika problémům. Jedním z nich jsou nerovné příležitosti. K tomu se vztahuje i mateřství, které má na pracovní život vliv. Žena, která chce mít dítě odejde na mateřskou dovolenou a i po jejím ukončení má stále povinnosti vůči dítěti, které do jejího pracovního života zasahují. Také platy žen jsou nižší než u mužů, i v případě stejného povolání. (Špatenková, Petřková, 2013)

Vztah ženy k jejímu povolání je možné rozdělit do tří kategorií.

1. Role manželky a matky je na prvním místě. V tomto případě je zaměstnání chápáno jen jako doplnění a má význam pouze finanční. Tyto ženy nemají zájem kariérně stoupat či soupeřit. Hlavní funkci zastávají v rodině.
2. Role manželky a matky má stejnou hodnotu jako zaměstnání. U tohoto modelu musí ženy vyřešit soulad mezi oběma rolemi a organizovat si čas, aby byly schopné obě role zvládat. Většinou jsou to ženy, které dosáhly vyššího vzdělání.

3. Role profesní má největší význam. Tato varianta není tak častá jako předchozí dvě, ale může se také objevovat. U těchto žen je typická dominance a vysoká míra ambicí pro postup v kariéře. Tyto ženy dosahují vyšších postaveních ve své profesi.

(Vágnerová, 2007)

III PRAKRICKÁ ČÁST

1 Cíle šetření

Cílem praktické části bakalářské práce Kvalita života uživatelů marihuany je zjistit, jaký má užívání marihuany vliv na osobní a společenský život uživatelů. Nahlédnout do života lidí, kteří pravidelně užívají konopné látky a zjistit jakým způsobem ovlivňuje jejich fungování v běžném životě a životní spokojenost. Také bych chtěla přispět ke zvýšení informovanosti o dané problematice.

Formou dotazníků a rozhovorů budu zjišťovat informace od dlouhodobých uživatelů v období adolescence a mladé dospělosti. Zajímat se budu především o oblasti života, jako jsou práce, finance, volný čas, bydlení, partnerství apod. Dále budu zjišťovat, jaký má marihuana vliv na účastníky, kde ji získávají, jestli ji kombinují i s jinými návykovými látkami atd. Směřovat budu dále k tomu, jakým způsobem a do jaké míry, zda pozitivně či negativně, zasahuje užívání marihuany do jednotlivých oblastí života uživatelů konopí.

2 Výběr a tvorba metod šetření

Hlavní metodou šetření je dotazník, který byl vyplňován na základě rozhovoru s účastníky. Dotazník je tvořen otázkami, které jsem sestavila pro účel zjištění základních informací o uživatelích konopí a jejich subjektivního hodnocení kvality života. Dotazník byl vypracován formou uzavřených otázek, přičemž u některých byla možnost dalšího vyjádření. Dvě otázky byly otevřené. Závěr dotazníku tvořily Likertovy škály, kde účastníci vyjadřovali spokojenost s některými oblastmi života a dále míru ovlivnění jednotlivých oblastí života užíváním marihuany. Poslední otázku tvořila škála od 0 do 10, na které byla vyjádřena celková životní spokojenost. Jednotlivé rozhovory trvaly 20 až 30 minut.

Otázky č. 1 až 7 jsou zaměřené na obecné informace o účastnících. Zjišťují informace o pohlaví, věku, zaměstnání, bydlení a rodinném stavu účastníků. Následující otázky od č. 8 do č. 19 jsou specificky zaměřené na užívání marihuany. Zjišťují dobu prvního užití, délku a četnost užívání, získávání a způsob užívání, působení marihuany na zdraví, stavy, které způsobuje, možnost kombinování s jinými návykovými látkami a možnosti ukončení jejího užívání. Otázky č. 20 až 22 vyjadřují spokojenost s oblastmi práce či studia, financí a bydlení. Dále otázky č. 23 až 30 určují míru vlivu užívání

marihuany na další oblasti života a poslední otázka znázorňuje škálu hodnocení životní spokojenosti, jak ji subjektivně pocítují jednotliví účastníci.

3 Výběr účastníků a harmonogram šetření

Účastníky šetření jsem volila na základě věku a jejich zkušeností s marihuanou. Na základě osobního kontaktu jsem jednotlivce oslovila s žádostí o vyplnění dotazníku formou rozhovoru a seznámila je s cílem bakalářské práce. S poskytnutím rozhovoru souhlasilo celkem 16 osob, které podepsaly informovaný souhlas a následně s nimi byl vyplněn dotazník. V první polovině března 2016 jsem oslovila prvního účastníka a na konci tohoto měsíce posledního. Výsledky šetření jsem zpracovávala v dubnu 2016.

4 Analýza výsledků

Šetření je zpracováno formou rozboru jednotlivých otázek a hledáním nejčastějších odpovědí. Z výsledků je jasné, že ve většině se jednalo o muže. Mezi účastníky byli nejčastěji lidé s maturitou nebo vyučením a v současné době zaměstnaní. Doba prvního užití marihuany je uváděna velmi často mezi patnácti a osmnácti lety a získávána je nakupováním nebo dostáváním. Užívání je typické pro skupiny kamarádů a ve většině případů kouření. Co se týče účinků jsou často vnímány pozitivně a kombinace s nelegálními návykovými látkami je spíše příležitostná a u malého množství účastníků. Vliv marihuany na zdraví je pocítován často a také se objevuje velmi časté tvrzení, že je možné ukončení užívání. V oblasti práce či studia a také bydlení je uváděna spokojenost, u financí už méně. U vlivu užívání na psychický stav, soustředění, pracovní život či studium, vztahy s rodinou, sociální a partnerské vztahy a sexuální život jsou nejčastější hodnoty malého nebo žádného zásahu. U financí je zásah přiměřený. Celková kvalita života dosahuje vyšších hodnot. Účastníci tedy nepokládají užívání marihuany jako nějakou nevýhodu ve svém životě a cítí se spokojeni. Tam, kde je nejvíce patrný vliv užívání, je oblast zdraví, především špatné působení na plíce. Druhou oblastí jsou finance.

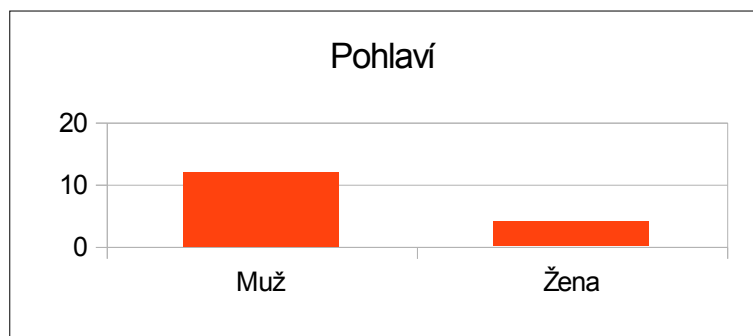
5 Interpretace dat

1. Pohlaví

Celkový počet lidí, kteří vyplnili dotazník, je 16. Z toho 12 mužů a 4 ženy. Vyjádřeno v procentech, se tedy zúčastnilo 75% mužů a 25% žen.

Pohlaví	Počet	Počet v %
Muž	12	75,00%
Žena	4	25,00%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 1 Pohlaví



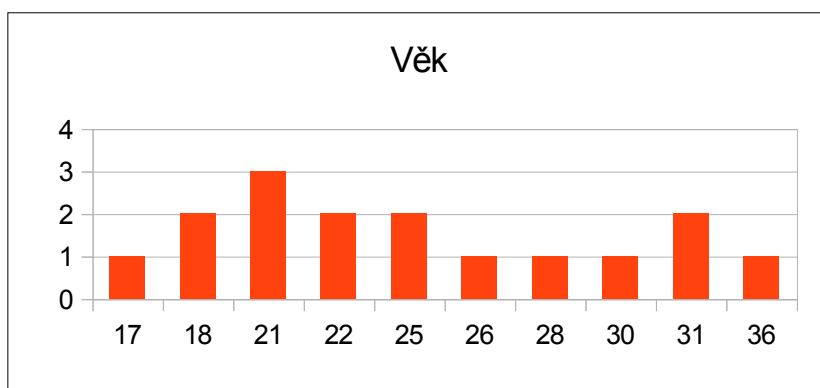
Graf č. 1 Pohlaví

2. Věk

Věk účastníku se pohybuje od 17 do 36. Ve věku 17 let je jeden účastník (6,25%), 18 let dva (12,50%), 21 let tři lidé (18,75%), 22 let dva (12,50%), 25 let také dva (12,50%), 26, 28 a 30 let vždy jeden (6,25%), 31 let dva účastníci (12,50%) a 36 let také jeden (6,25%).

Věk	Počet	Počet v %
17	1	6,25%
18	2	12,50%
21	3	18,75%
22	2	12,50%
25	2	12,50%
26	1	6,25%
28	1	6,25%
30	1	6,25%
31	2	12,50%
36	1	6,25%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 2 Věk



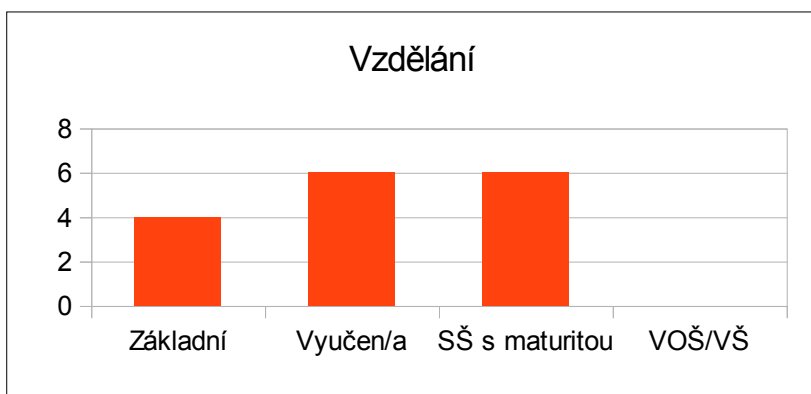
Graf č. 2 Věk

3. Dosažené vzdělání

Při zjišťování dosaženého vzdělání účastníků vyplynulo, že 4 z nich (tedy 25%) mají vzdělání základní, přičemž 3 ze 4 ve vzdělávání dále pokračují a 1 je zaměstnán na plný úvazek. Vyučeno je 6 osob (37,50%) a všichni mají zaměstnání na plný úvazek. Posledních 6 (37,50%) absolvovalo střední školu s maturitou, přitom 4 z nich také pracují na plný úvazek, 1 pokračuje ve studiu a 1 je nezaměstnaný.

Vzdělání	Počet	Počet v %
Základní	4	25,00%
Vyučen/a	6	37,50%
Střední škola s maturitou	6	37,50%
VOŠ/VŠ	0	0,00%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 3 Vzdělání



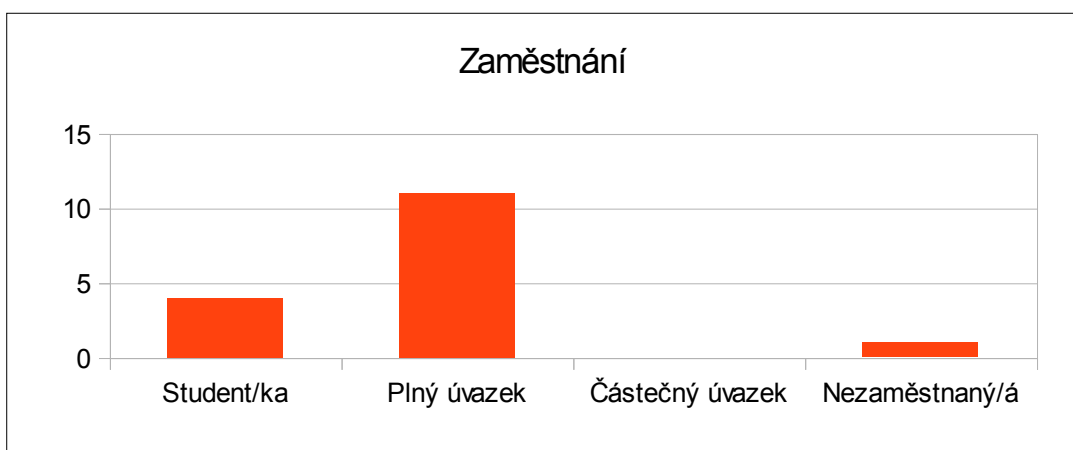
Graf č. 3 Vzdělání

4. Zaměstnání

Z celkového počtu účastníků jsou 4 studenti (25%), zaměstnáno na plný úvazek je 11 (68,75%), částečný úvazek nemá nikdo a 1 je nezaměstnaný (6,25%).

Zaměstnání	Počet	Počet v %
Student/ka	4	25,00%
Plný úvazek	11	68,75%
Částečný úvazek	0	0,00%
Nezaměstnaný	1	6,25%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 4 Zaměstnání



Graf č. 4 Zaměstnání

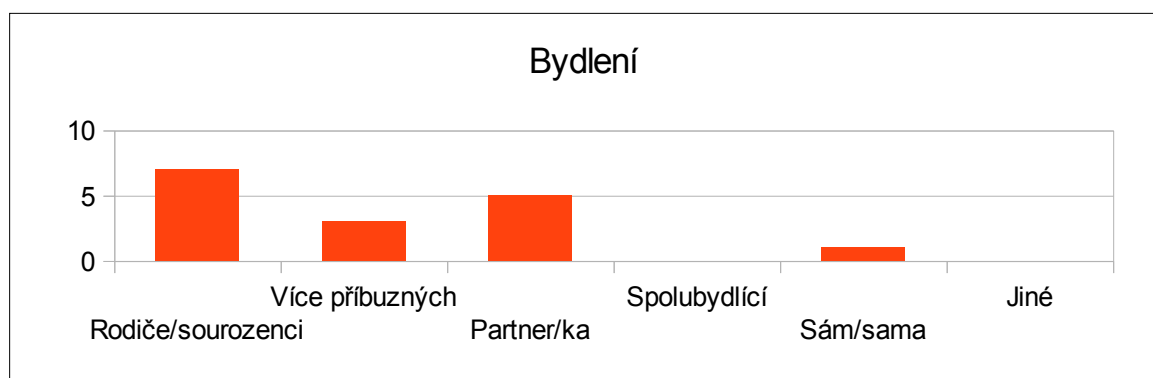
5. Bydlení

Nejvíce účastníků, v počtu 7 (43,75%), bydlí s rodiči, popřípadě také se sourozencem. S více příbuznými, ve většině případů s rodiči a prarodiči, bydlí 3 (18,75%). S partnerem či partnerkou má společné bydlení 5 osob (31,25%). Možnost bydlení se spolubydlícím nevedl nikdo a pouze jediný účastník uvedl, že bydlí sám (6,25%).

Bydlení	Počet	Počet v %
---------	-------	-----------

S rodiči/rodičem, popř. se sourozencem	7	43,75%
S více příbuznými	3	18,75%
S partnerem/partnerkou	5	31,25%
Se spolubydlícím	0	0,00%
Sám/sama	1	6,25%
Jiné	0	0,00%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 5 Bydlení



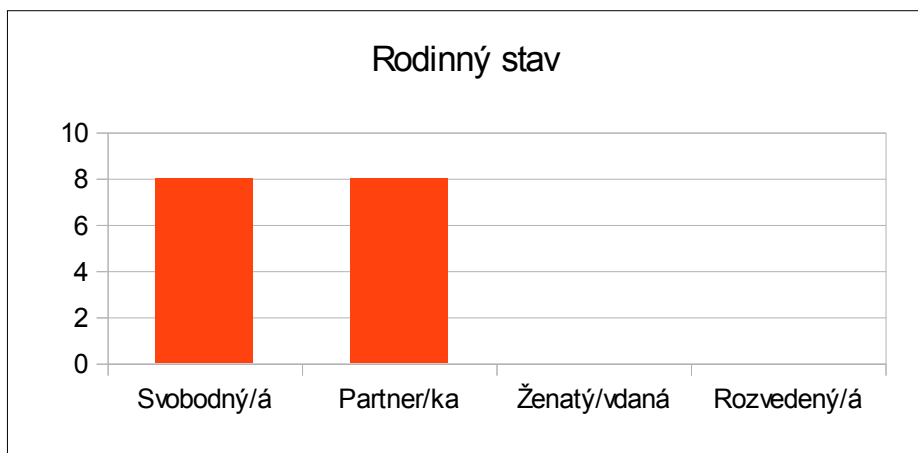
Graf č. Bydlení

6. Rodinný stav

V otázce rodinného stavu se počet účastníků rozdělil přesně na polovinu. Zatímco 8 lidí (50%) uvádí, že jsou svobodní, zbylých 8 (50%) odpovědělo, že mají partnera nebo partnerku. Další dvě možnosti, které byly ženatý/vdaná a rozvedený/á, ne zvolil nikdo z dotázaných.

Rodinný stav	Počet	Počet v %
Svobodný/á	8	50,00%
Partner/partnerka	8	50,00%
Ženatý/vdaná	0	0,00%
Rozvedený/á	0	0,00%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 6 Rodinný stav



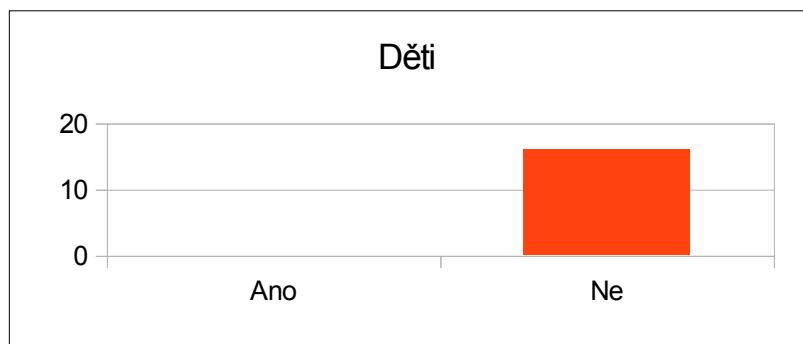
Graf č. 6 Rodinný stav

7. Děti

Na dotaz, zda mají účastníci děti, se všech 16 (100%) dotazovaných shodlo v jedné odpovědi, která byla ne. Tudíž ani jeden z účastníků děti nemá, ani nečeká.

Děti	Počet	Počet v %
Ano	0	0,00%
Ne	16	100%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 7 Děti



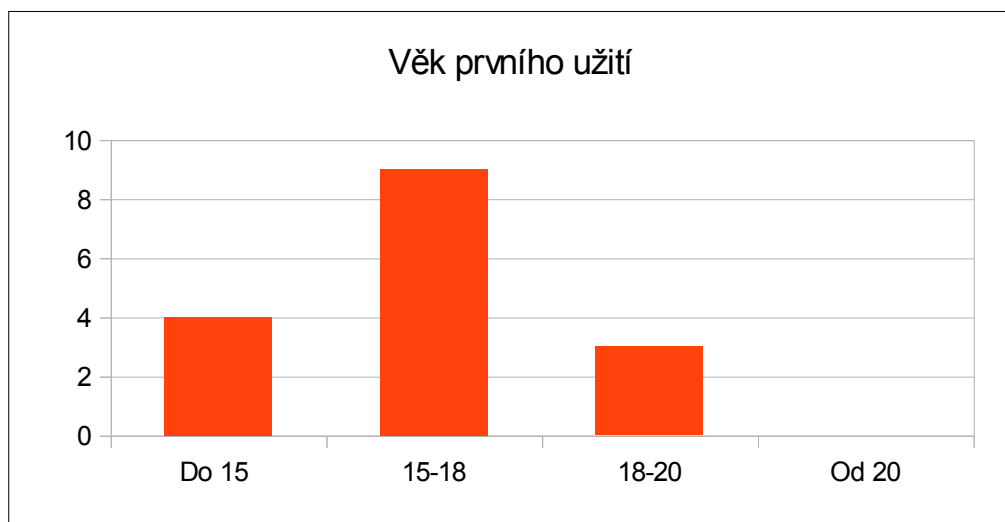
Graf č. 7 Děti

8. První užití marihuany

Ve věku do 15 let poprvé užívali 4 (25%) zúčastnění. Více než polovina, tedy 9 (56,25%), odpovědělo, že poprvé zkusili marihuanu ve věku od 15 do 18 let. Možnost od 18 do 20 let zvolili 3 lidé (18,75%). Věk prvního užití nad 20 let nezmohl nikdo.

Věk prvního užití	Počet	Počet v %
Do 15 let	4	25,00%
Od 15 do 18 let	9	56,25%
Od 18 do 20 let	3	18,75%
Od 20 let	0	0,00%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 8 Věk prvního užití



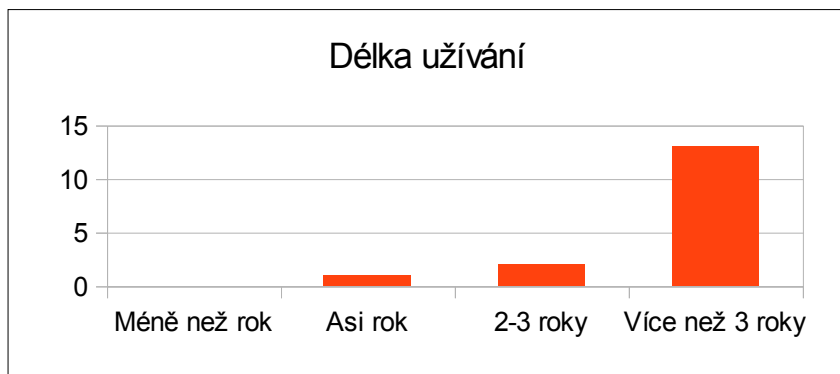
Graf č. 8 Věk prvního užití

9. Délka užívání

Pouze jediný účastník (6,25%) uvedl délku užívání marihuany přibližně jeden rok. V délce dvou až tří let marihuanu užívají 2 (12,50%) a největší počet dotazovaných, což je 13 osob (81,25%), momentálně užívá více než 3 roky.

Délka užívání	Počet	Počet v %
Méně než rok	0	0,00%
Asi rok	1	6,25%
2 až 3 roky	2	12,50%
Více než 3 roky	13	81,25%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 9 Délka užívání



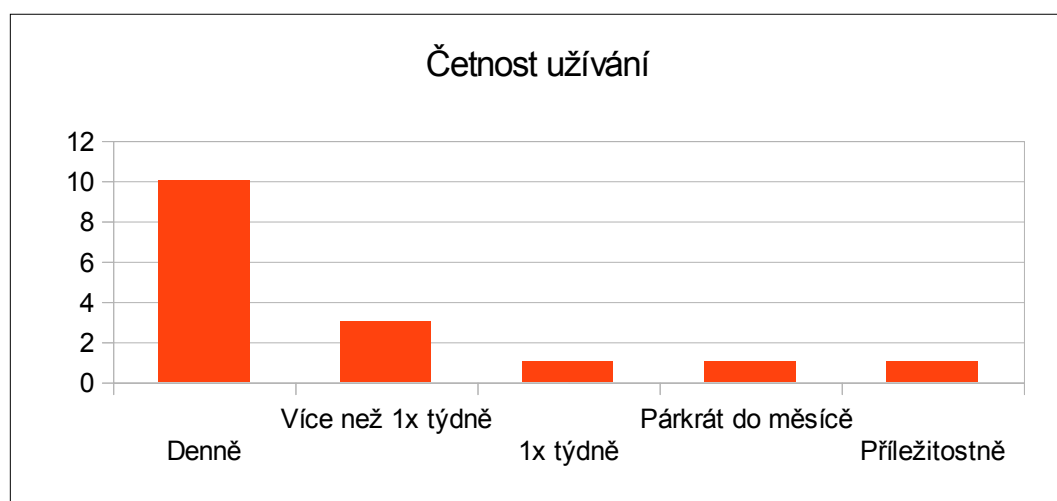
Graf č. 9 Délka užívání

10. Četnost užívání

Nejčastější odpověď na otázku četnosti užívání, je užívání denně. Takto odpovědělo 10 účastníků (62,50%). Více než jedenkrát týdně užívají marihuanu 3 (18,75%). Ke zbylým odpovědím, tedy užívání c) jedenkrát týdně, d) několikrát za měsíc a e) příležitostně, se hlásil vždy jeden účastník (6,25%).

Četnost užívání	Počet	Počet v %
Denně	10	62,50%
Více než 1x týdně	3	18,75%
1x týdně	1	6,25%
Párkrát do měsíce	1	6,25%
Jen příležitostně	1	6,25%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 10 Četnost užívání



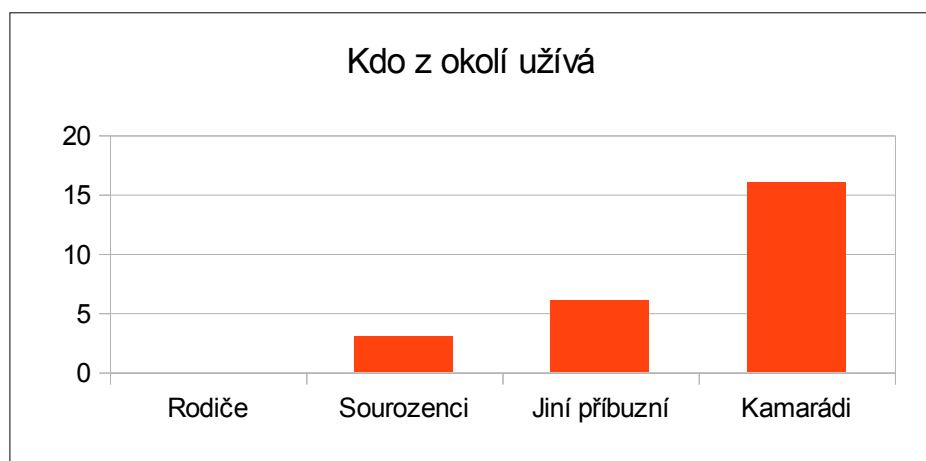
Graf č. 10 Četnost užívání

11. Kdo z okolí užívá marihuanu

Na tuto otázku všichni dotazovaní, tedy 16 (64%) , odpověděli, že z jejich okolí užívají kamarádi. Někteří také uvedli i další možnosti. Možnost užívání marihuany u sourozenců vybrali účastníci 3 (12%) a u dalších příbuzných 6 (24%). Z jiných příbuzných byli uvedeni bratrance a sestřenice a jednou byl uveden strýc.

Kdo z okolí užívá	Počet	Počet v %
Rodiče	0	0,00%
Sourozenci	3	12,00%
Jiní příbuzní	6	24,00%
Kamarádi	16	64,00%
Celkem	25	100%

Tabulka č. 11 Kdo z okolí užívá



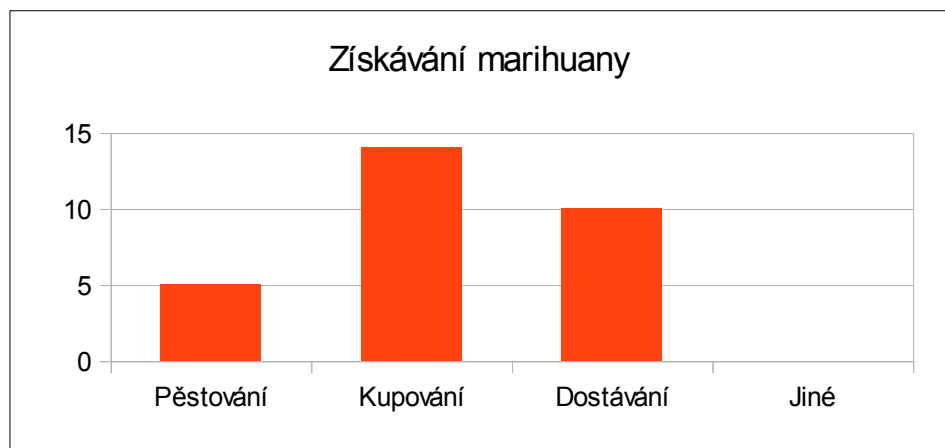
Graf č. 11 Kdo z okolí užívá

12. Získávání marihuany

Nejčastěji je účastníky marihuana získávána nakupováním u dealera. Takto odpovědělo 14 (48,28%). Druhá nejčastější odpověď byla ta, že marihuanu dostávají, a tu zvolilo 10 (34,48%). Možnost pěstování zvolilo 5 (17,24%).

Získávání marihuany	Počet	Počet v %
Pěstování	5	17,24%
Kupování	14	48,28%
Dostávání	10	34,48%
Jiné	0	0,00%
Celkem	29	100%

Tabulka č. 12 Získávání marihuany



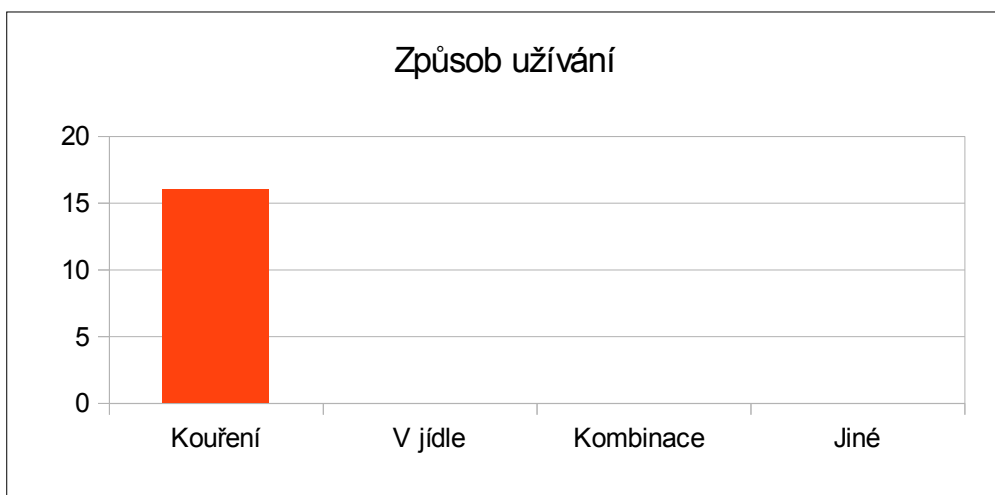
Graf č. 12 Získávání marihuany

13. Způsob užívání

U této otázky všichni účastníci odpověděli, že užívají kouřením. Jinou možnost, jako například užívání v jídle, nevedl nikdo.

Způsob užívání	Počet	Počet v %
Kouření	16	100%
V jídle	0	0,00%
Kombinace předchozích	0	0,00%
Jiné	0	0,00%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 13 Způsob užívání



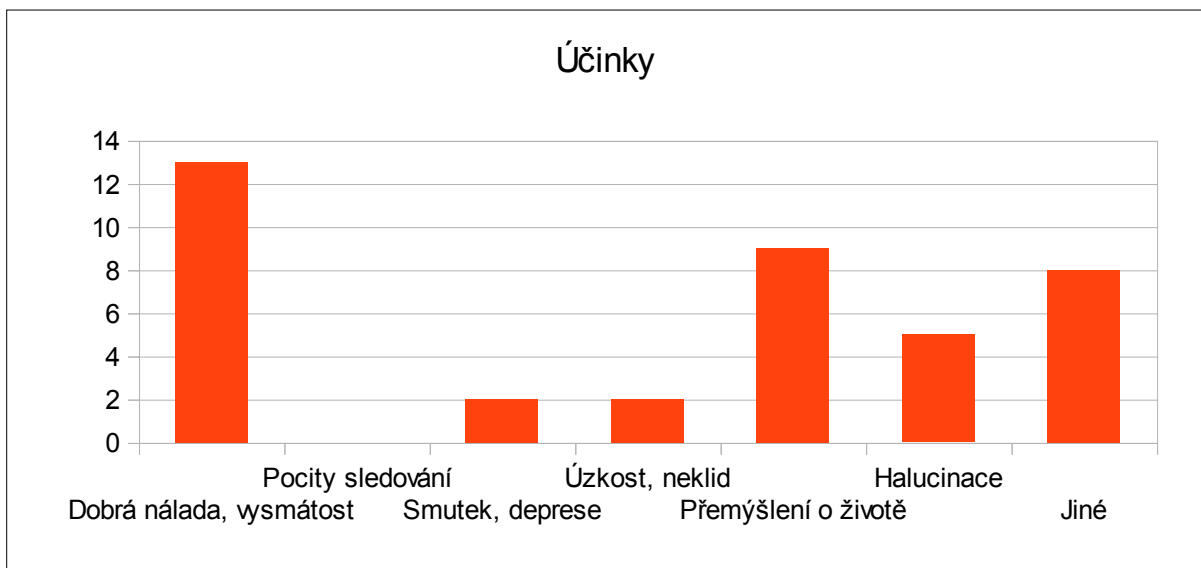
Graf č. 13 Způsob užívání

14. Jaké má marihuana účinky

Nejčastěji dotazovaní uváděli, že po užití mají dobrou náladu a jsou „vysmátí“. Tuto možnost uvedlo 13 (33,33%). Další častou odpovědí, u 9 (23,08%), bylo, že po užití přemýšlí o životě. Z dotazovaných 5 (12,82%) uvedlo, že mají i halucinace. Pocity smutku a deprese uvedli 2 (5,13%), stejně tak jako u pocitů úzkosti a neklidu. Účastníci také mohli zvolit odpověď, kde měli možnost uvést další účinky marihuany, které nebyly uvedeny v předchozích možnostech. Tuto možnost zvolilo 8 (20,51%) a mezi jejich odpovědi patřili 4 krát únava, 3 krát uklidnění, 2 krát hlad, a dále nerozhodnost, relaxace a dokonce i motivace ke hře na herním automatu.

Účinky	Počet	Počet v %
Dobrá nálada, vysmátost	13	33,33%
Pocity, že mě někdo sleduje	0	0,00%
Smutek, deprese	2	5,13%
Úzkost, neklid	2	5,13%
Přemýšlení o životě	9	23,08%
Halucinace	5	12,82%
Jiné	8	20,51%
Celkem	39	100%

Tabulka č. 14 Účinky



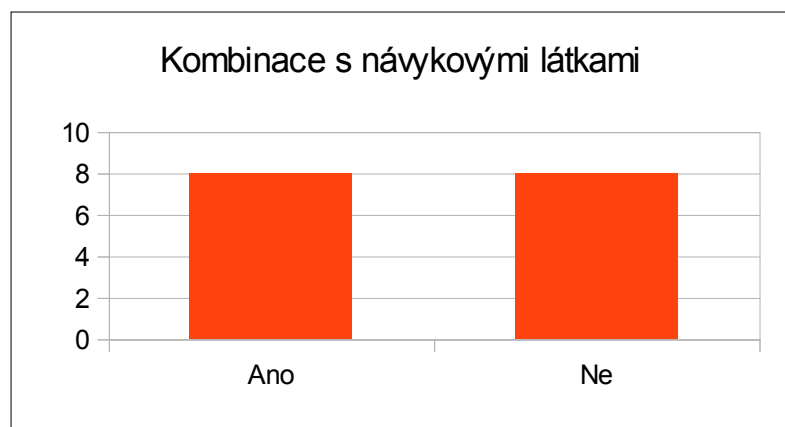
Graf č. 14 Účinky

15. Kombinace s návykovými látkami

Přesně polovina účastníků odpověděla, že marihuanu nekombinuje s jinou návykovou látkou. Druhá polovina uvedla, že ano a mezi uvedené návykové látky patřil 6 krát alkohol, 4 krát tabák, 3 krát extáze, a 1 krát byli uvedeny LSD, lysohlávky (houbičky) a dokonce i kokain.

Kombinace s návykovými látkami	Počet	Počet v %
Ano	8	50,00%
Ne	8	50,00%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 15 Kombinace s návykovými látkami



Graf č. 15 Kombinace s návykovými látkami

16. Možnost ukončení užívání marihuany

Téměř všichni účastníci (15-93,75%) si myslí, že by za určitých okolností mohli s užíváním konopí přestat. Pouze jediný (6,25%) účastník uvedl, že by s užíváním přestat nemohl.

Ukončení užívání	Počet	Počet v %
Ano	15	93,75%
Ne	1	6,25%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 16 Ukončení užívání



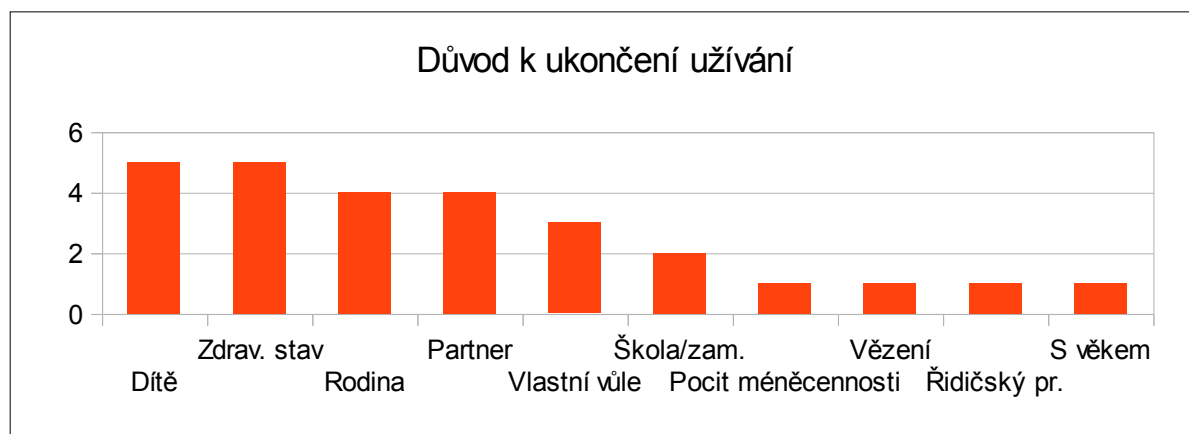
Graf č. 16 Ukončení užívání

17. Důvod ukončení užívání marihuany

Účastníci dotazníkového šetření uváděli ve většině případů více než jeden důvod, který by je vedl k tomu, aby konopí přestali užívat. Nejčastěji, a to 5 krát (18,52%) bylo uvedeno otěhotnění nebo narození dítěte. Také 5 krát (18,52%) bylo důvodem zhoršení zdravotního stavu. Osobní nebo rodinné důvody, jako například nátlak rodičů, byly uvedeny 4 krát (14,81%). Dalším důvodem pro 4 účastníky (14,81%) bylo přání partnera nebo partnerky, kvůli kterému by byli ochotni přestat s užíváním. Rozhodnutí z vlastní vůle přestat bylo uvedeno 3 krát (11,11%). Problémy ve škole nebo v zaměstnání by vedlo k ukončení s užíváním 2 dotázané (7,41%). K dalším důvodům patřily pocity méněcennosti, výkon trestu odnětí svobody, získání řidičského průkazu a postupné přestávání s přibývajícím věkem (3,70%).

Důvod k ukončení užívání	Počet	Počet v %
Otěhotnění/narození dítěte	5	18,52%
Zhoršení zdravotního stavu	5	18,52%
Osobní a rodinné důvody	4	14,81%
Přání partnera/partnerky	4	14,81%
Z vlastní vůle	3	11,11%
Problémy ve škole/zaměstnání	2	7,41%
Pocit méněcennosti	1	3,70%
Výkon trestu odnětí svobody	1	3,70%
Zisk řidičského průkazu	1	3,70%
S přibývajícím věkem	1	3,70%
Celkem	27	100%

Tabulka č. 17 Důvod k ukončení užívání



Graf č. 17 Důvod k ukončení užívání

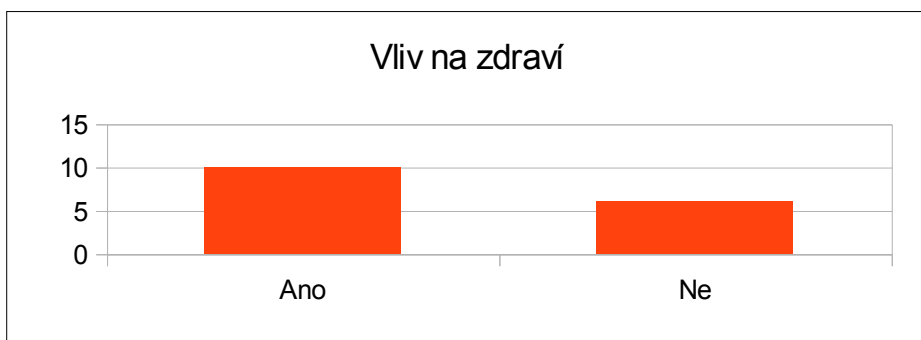
18. Vliv konopí na zdravotní stav

Větší část účastníků, přesněji 10 z nich (62,50%), si myslí, že užívání marihuany ovlivňuje jejich zdraví. Negativní vliv na plíce, kvůli kouření marihuany, bylo uvedeno 6 krát, vliv na psychický stav 3 krát, zapomínání z důvodu užití marihuany 2 krát, dále přejídání. Jeden účastník uvedl, že v důsledku užívání marihuany je méně aktivní a nesportuje tak, jak tomu bylo v době, kdy marihuanu neužíval, což považuje za negativní vliv na své zdraví.

Zbýlých 6 (37,50%) účastníků si myslí, že jejich zdravotní stav užíváním marihuany ovlivněn není.

Vliv na zdraví	Počet	Počet v %
Ano	10	62,50%
Ne	6	37,50%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 18 Vliv na zdraví



Graf č. 18 Vliv na zdraví

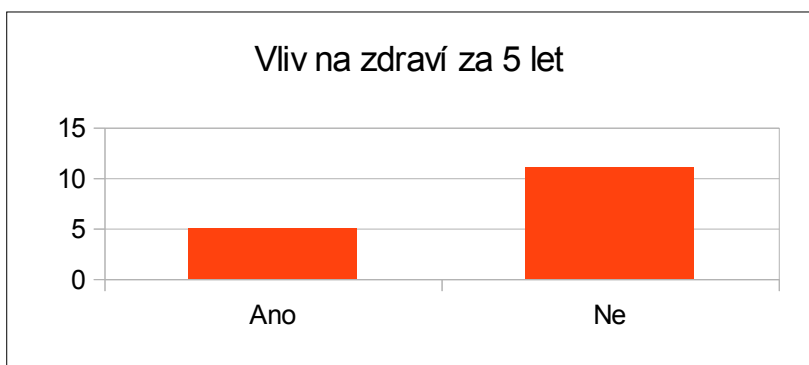
19. Vliv konopí na zdravotní stav za 5 let

Na otázku, zda si účastníci myslí, jestli se užívání marihuany projeví na jejich zdraví za pět let, odpovědělo 5 (31,25%) ano. Důvody byly stejné jako v otázce číslo 18 s tím, že za 5 let nastane jejich prohloubení. Dva lidé, kteří v předchozí otázce uvedli pouze negativní vliv na plíce, v této otázce ke zhoršení obtíží s plícemi, přidali také možnost, že za 5 let bude marihuanou ovlivněna také jejich psychika.

Větší část, tedy 11 (68,75%) odpovědělo, že si myslí, že za 5 let se na nich užívání marihuany neprojeví. Z toho 6 v předchozí otázce uvádělo, že marihuana jejich zdravotní stav neovlivňuje ani v současnosti. Zbýlých 5, kteří v otázce č. 18 odpověděli, že je jejich zdraví konopím ovlivňováno v současné době, si myslí, že za 5 let se užívání na jejich zdravotním stavu neprojeví. Z nich 3 neuvedli důvod, proč si to myslí a 2 svou odpověď odůvodnili tím, že za 5 let pravděpodobně marihuanu už uživat nebudou.

Vliv na zdraví za 5 let	Počet	Počet v %
Ano	5	31,25%
Ne	11	68,75%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 19 Vliv na zdraví za 5 let



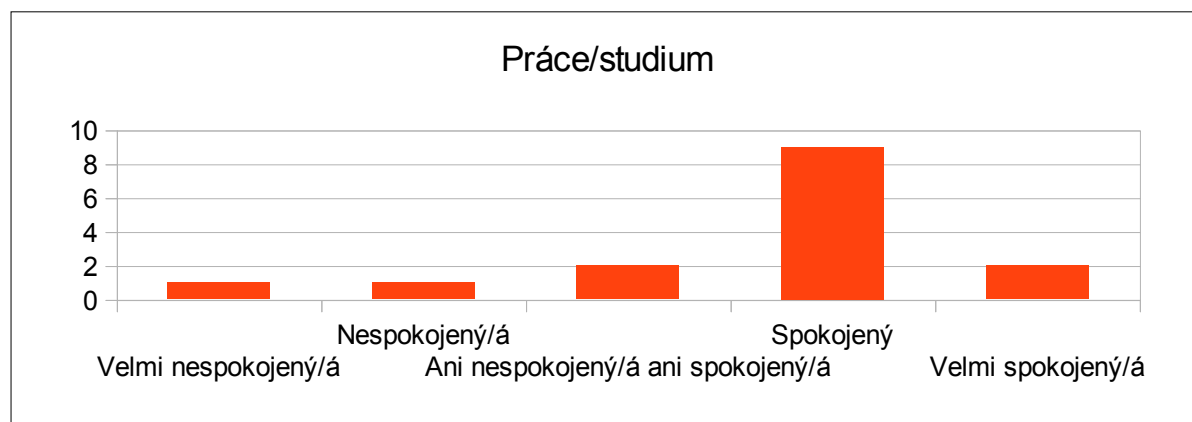
Graf č. 19 Vliv na zdraví za 5 let

20. Spokojenost s prací/studiem

Možnost velmi nespokojený, a to se studiem, byla uvedena jednou (6,67%). Nespokojený se cítí jeden účastník (6,67%) s prací. Ani spokojeni ani nespokojeni s prací jsou 2 (13,33%) účastníci. Nejvíce dotazovaných (9-60,00%) se cítí spokojeně, z nich 3 se studiem a 6 s prací. Velmi spokojeni jsou 2 (13,33%) s prací.

Práce/studium	Počet	Počet v %
Velmi nespokojený/á	1	6,67%
Nespokojený/á	1	6,67%
Ani nespokojený/á ani spokojený/á	2	13,33%
Spokojený/á	9	60,00%
Velmi spokojený/á	2	13,33%
Celkem	15	100%

Tabulka č. 20 Práce/studium



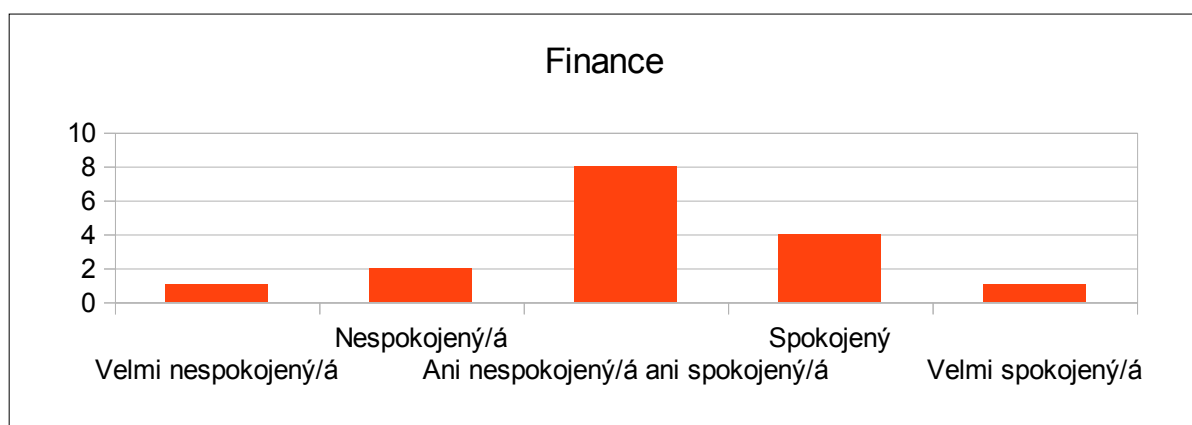
Graf č. 20 Práce/studium

21. Spokojenost s financemi

Velmi nespokojený s financemi je 1 (6,25%) účastník, který pracuje. Nespokojení jsou 2 (12,50%), z nich jeden student a jeden pracující. Ani spokojených ani nespokojených je celkem 8 (50%), z toho 1 nezaměstnaný, 2 studenti a 5 zaměstnaných. Spokojeni s financemi jsou 4 (25%), z nichž jsou 3 zaměstnaní a jeden student. Velmi spokojený se cítí 1 (6,25%) zaměstnaný.

Finance	Počet	Počet v %
Velmi nespokojený/á	1	6,25%
Nespokojený/á	2	12,50%
Ani nespokojený/á ani spokojený/á	8	50,00%
Spokojený/á	4	25,00%
Velmi spokojený/á	1	6,25%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 21. Finance



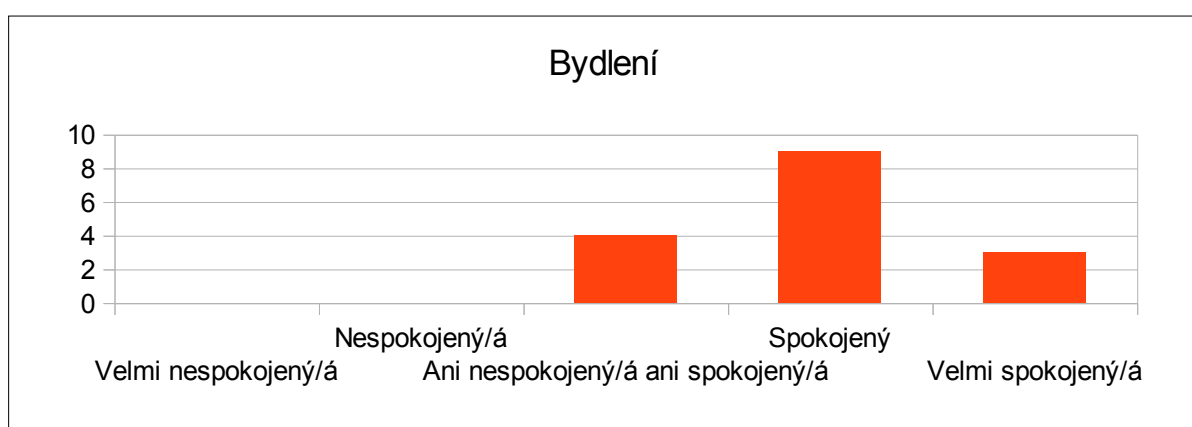
Graf č. 21 Finance

22. Spokojenost s bydlením

Ani spokojeni ani nespokojeni jsou 4 (25%), z nich 2 bydlí s rodiči, 1 sám a 1 s partnerem. Nejvíce účastníků se v oblasti bydlení cítí spokojeni, v počtu 9 (56,25%). Z nich 5 bydlí s rodiči, 1 s více příbuznými a 3 s partnerem či partnerkou. Velmi spokojení jsou 3 (18,75%), 2 z nich bydlí s více příbuznými a 1 s partnerkou.

Bydlení	Počet	Počet v %
Velmi nespokojený/á	0	0,00%
Nespokojený/á	0	0,00%
Ani nespokojený/á ani spokojený/á	4	25,00%
Spokojený/á	9	56,25%
Velmi spokojený/á	3	18,75%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 22 Bydlení



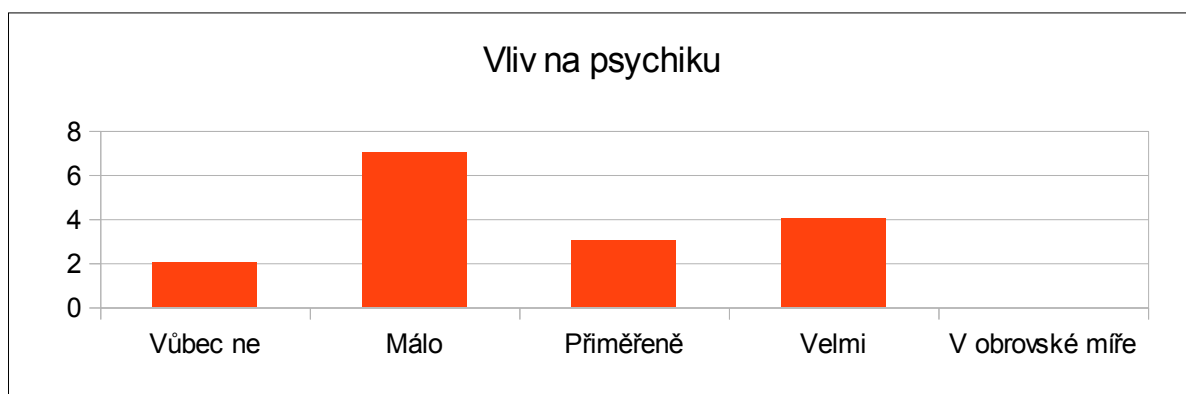
Graf č. 22 Bydlení

23. Vliv užívání marihuany na psychický stav

Vůbec žádný vliv marihuany na psychiku uvedli 2 (12,50%) a nejvíce (7-43,75%) ovlivňuje jen v malé míře, přičemž 1 uvádí, že v pozitivním smyslu. Vliv na psychiku v přiměřené míře udávají 3 (18,75%) a velký vliv 4 (25%), z těchto 4 je to v pozitivním smyslu u 2.

Vliv na psychiku	Počet	Počet v %
Vůbec ne	2	12,50%
Málo	7	43,75%
Přiměřeně	3	18,75%
Velmi	4	25,00%
V obrovské míře	0	0,00%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 23 Vliv na psychiku



Graf č. 23 Vliv na psychiku

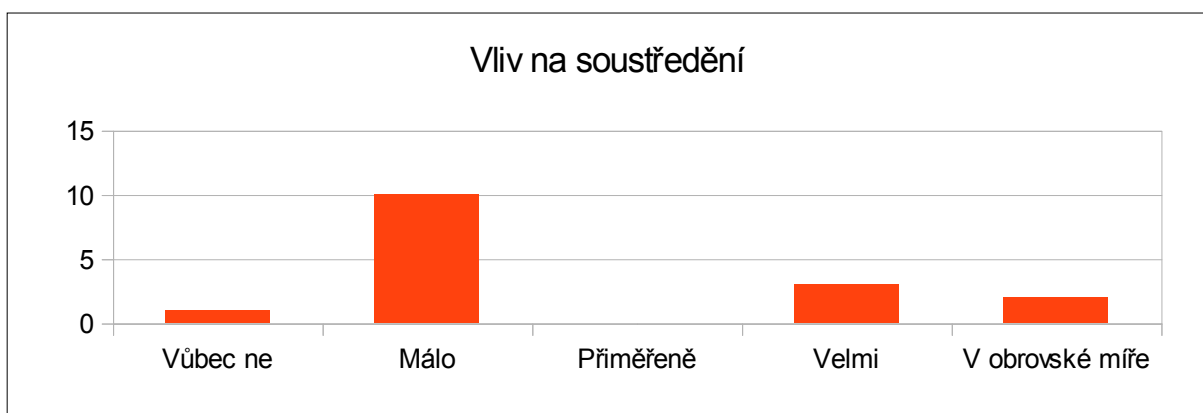
24. Vliv užívání marihuany na soustředění

Nejčastější odpověď byla malé ovlivnění, kterou uvádí 10 (62,50%) účastníků, přičemž u 2 v negativním smyslu a u 3 je tomu různě u různých činností, to znamená, že se na některé věci dokáží velmi dobře soustředit, ale na jiné vůbec ne.

Velký vliv na soustředění uvádí 3 (18,75%), z toho 2 pozitivní a 1 negativní. V obrovské míře ovlivňuje užívání marihuany soustředění u 2 (12,50%) a jen 1 pozitivně. Pouze u 1 (6,25%) nemá marihuana na soustředění žádný vliv.

Vliv na soustředění	Počet	Počet v %
Vůbec ne	1	6,25%
Málo	10	62,50%
Přiměřeně	0	0,00%
Velmi	3	18,75%
V obrovské míře	2	12,50%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 24 Vliv na soustředění



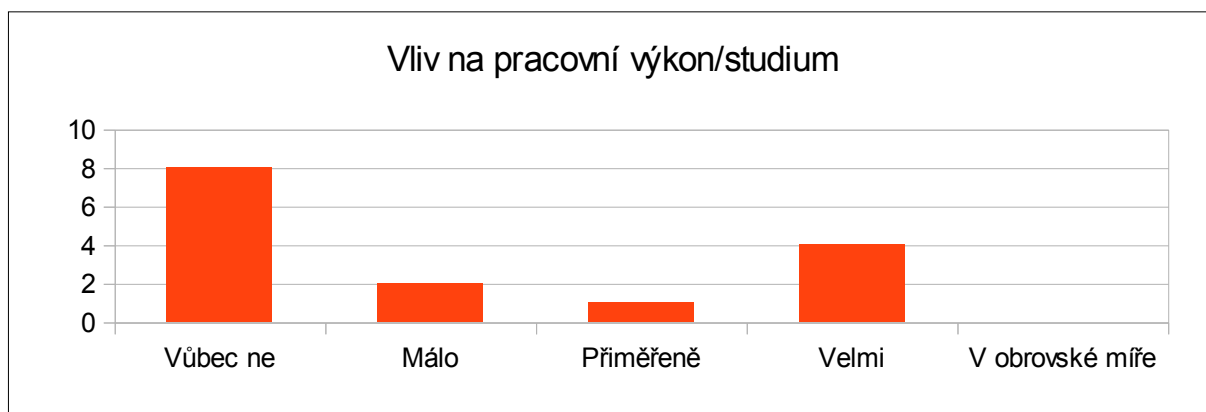
Graf č. 24 Vliv na soustředění

25. Vliv užívání marihuany na pracovní výkon/studium

Nejčastější vybranou možností je žádný vliv u 8 (53,33%), většinou z důvodu, že ve škole/práci nejsou pod vlivem drogy. Malý vliv na práci uvádějí 2 (13,33%). Přiměřený vliv na práci je uvedený 1 krát (6,67%) a velký vliv u 3 pracujících a 1 studenta, celkem tedy 4 krát (26,67%).

Vliv na pracovní výkon/studium	Počet	Počet v %
Vůbec ne	8	53,33%
Málo	2	13,33%
Přiměřeně	1	6,67%
Velmi	4	26,67%
V obrovské míře	0	0,00%
Celkem	15	100%

Tabulka č. 25 Vliv na pracovní výkon/studium



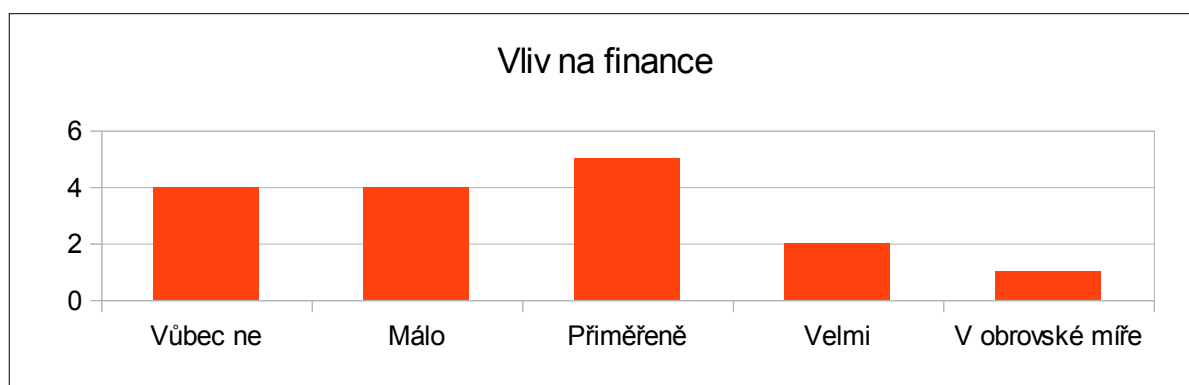
Graf č. 25 Vliv na pracovní výkon/studium

26. Vliv užívání marihuany na finance

Žádný vliv na finance je uveden 4 krát (25%), stejně tak, jako jen malý vliv. U obou předchozích takto odpověděli 3 zaměstnaní a 1 student. Nejčastější odpověď je přiměřený vliv, který uvedlo 5 osob (31,25%), a to 3 zaměstnaní, 1 student a 1 nezaměstnaný. U 2 zaměstnaných (12,50%) má užívání marihuany na finance velký vliv. Pouze 1 (6,25%) student uvádí vliv užívání marihuany na finance v obrovské míře.

Vliv na finance	Počet	Počet v %
Vůbec ne	4	25,00%
Málo	4	25,00%
Přiměřeně	5	31,25%
Velmi	2	12,50%
V obrovské míře	1	6,25%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 26 Vliv na finance



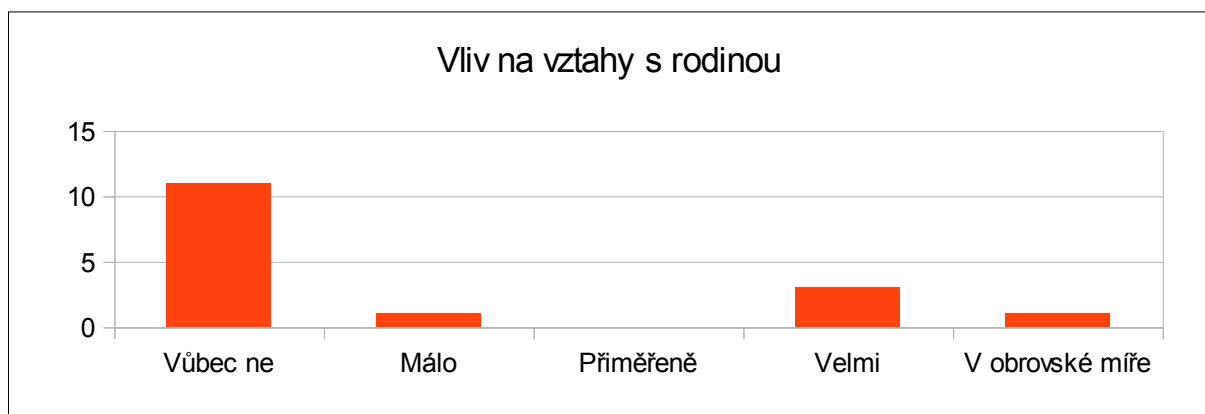
Graf č. 26 Vliv na finance

27. Vliv užívání marihuany na vztahy s rodinou

Nejčastěji účastníci odpověděli, že užívání konopí nemá žádný vliv na vztahy s rodinou, ve většině případů tomu tak je, protože o tom rodiče nevědí. Tato odpověď se objevila 11 krát (68,75%). Pouze jedna odpověď (6,25%) se objevila u možnosti malého vlivu a u vlivu v obrovské míře. Velký vliv na rodinné vztahy má užívání u 3 (18,75%) účastníků.

Vliv na vztahy s rodinou	Počet	Počet v %
Vůbec ne	11	68,75%
Málo	1	6,25%
Přiměřeně	0	0,00%
Velmi	3	18,75%
V obrovské míře	1	6,25%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 27 Vliv na vztahy s rodinou



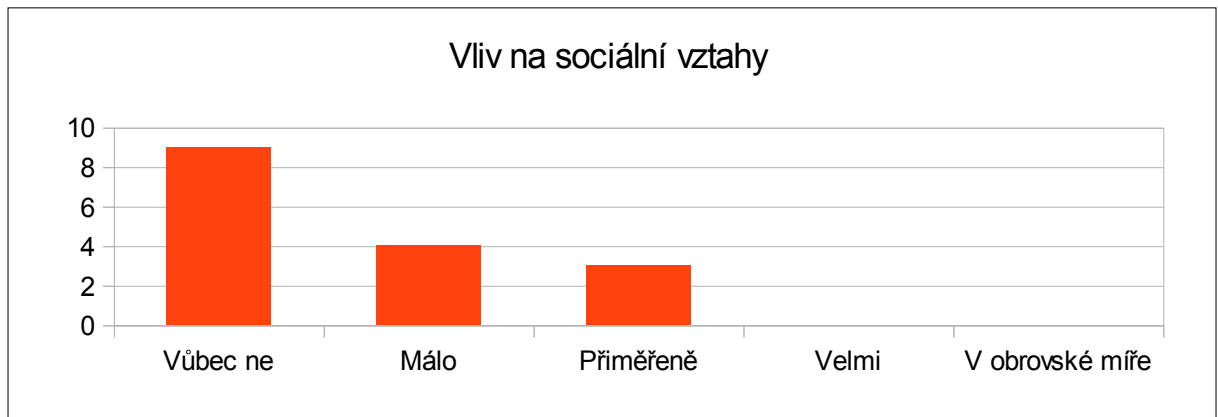
Graf č. 27 Vliv na vztahy s rodinou

28. Vliv užívání marihuany na sociální vztahy

Žádný vliv uvádí 9 (56,25%) účastníků, malý vliv 4 (25%) a přiměřený vliv 3 (18,75%). U poslední odpovědi byl jednou uveden pozitivní vliv v přiměřené míře, z toho důvodu, že osoby z okolí marihuanu také užívají, a tak je užívání marihuany považováno za normu.

Vliv na sociální vztahy	Počet	Počet v %
Vůbec ne	9	56,25%
Málo	4	25,00%
Přiměřeně	3	18,75%
Velmi	0	0,00%
V obrovské míře	0	0,00%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 28 Vliv na sociální vztahy



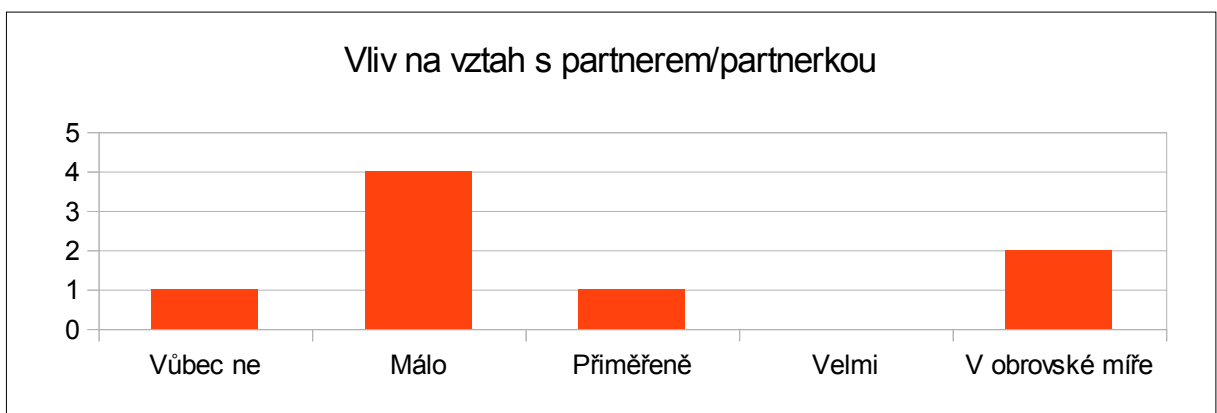
Graf č. 28 Vliv na sociální vztahy

29. Vliv užívání marihuany na vztah s partnerem/partnerkou

Z počtu 16 účastníků uvedlo 8, že má partnera nebo partnerku. V této otázce je tedy počet 8 bráno jako 100%. Žádný vliv na vztah uvádí jen 1 (12,50%). Malý vliv 4 (50%), z toho 1 negativně. Přiměřený vliv uvádí 1 (12,50%) a vliv na vztah v obrovské míře v negativním smyslu 2 (25%).

Vliv na vztah s partnerem/partnerkou	Počet	Počet v %
Vůbec ne	1	12,50%
Málo	4	50,00%
Přiměřeně	1	12,50%
Velmi	0	0,00%
V obrovské míře	2	25,00%
Celkem	8	100%

Tabulka č. 29 Vliv na vztah s partnerem/partnerkou



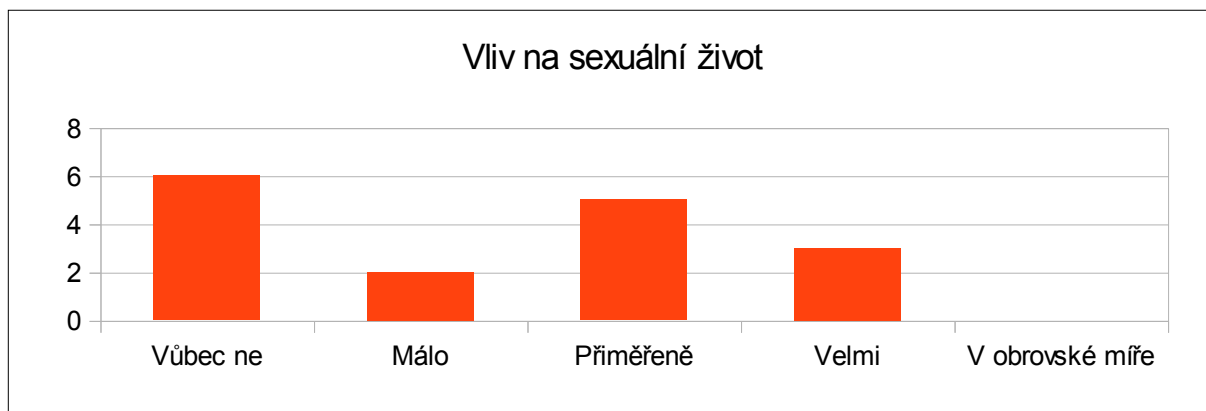
Graf č. 29 Vliv na vztah s partnerem/partnerkou

30. Vliv užívání marihuany na sexuální život

Vůbec žádný vliv na sexuální život uvádí 6 (37,50%) účastníků, malý vliv 2 (12,50%). Ovlivnění v přiměřené míře uvádí 5 (31,25%), z nich 1 negativně a 2 pozitivně. Velké ovlivnění marihuanou uvádějí 3 (18,75%) a stejně jako u předchozí odpovědi 1 negativně a 2 pozitivně.

Vliv na sexuální život	Počet	Počet v %
Vůbec ne	6	37,50%
Málo	2	12,50%
Přiměřeně	5	31,25%
Velmi	3	18,75%
V obrovské míře	0	0,00%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 30 Vliv na sexuální život



Graf č. 30 Vliv na sexuální život

31. Celková životní spokojenost

Na škále od 0 do 10, kde 0 znamená nejmenší spokojenost a 10 největší, se nejčastěji objevuje číslo 8, tedy nadprůměrná spokojenost. Tuto možnost vybralo 6 (37,50%) dotazovaných. Druhou nejčastěji vybranou možností bylo jen o stupeň nižší hodnocení, které zvolilo 5 (31,25%) účastníků. Průměrné hodnocení, číslo 5, bylo vybráno 3 krát (18,50%). O jeden stupeň výše zvolil 1 (6,25%) účastník. Poslední dotazovaný (6,25%) zvolil téměř nejnižší hodnotu, číslo 1.

Životní spokojenost	Počet	Počet v %
0	0	0,00%
1	1	6,25%
2	0	0,00%
3	0	0,00%
4	0	0,00%
5	3	18,50%
6	1	6,25%
7	5	31,25%
8	6	37,50
9	0	0,00%
10	0	0,00%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 31 Životní spokojenost



Graf č. 3 Životní spokojenost

4 Závěr šetření

Šetření se zúčastnilo více mužů než žen, z toho důvodu, že při výběru možných

účastníků ve věkovém období adolescence a mladé dospělosti se mezi uživateli marihuany vyskytují více muži. Největší počet dotazovaných dosáhl ve vzdělání vyučení nebo maturity a více než polovina má zaměstnání na plný úvazek. Ohledně bydlení je na prvním místě soužití s rodiči a druhá nejčastější odpověď je bydlení s partnerem nebo partnerkou. Partnerský vztah má přesně polovina účastníků a děti nemá žádný z dotazovaných.

Více než polovina uvádí, že poprvé užila marihuanu ve věku od 15 do 18 let a zároveň nikdo nezvolil možnost prvního užití nad 20 let. To znamená, že právě období adolescence je pro první zkušenosti s marihuanou typické. Mezi účastníky byla většina dlouhodobých a pravidelných uživatelů. Při zjišťování, kdo z okolí užívá marihuanu, všichni uvedli kamarády. V případě rodiny byli zmíněni sourozenci, bratřenci a sestřenice, jednou strýc. Nejčastější možností zisku marihuany je uváděno nakupování a dostávání, v menší míře také pěstování. Všichni účastníci užívají marihuanu kouřením. U účinků marihuany jsou velmi často popisovány stavy dobré nálady a smíchu, dále přemýšlení o životě či halucinace. K dalším účinkům, které jsou popisovány jako pozitivní, jsou relaxace a uklidnění. Tyto pocity však vyjádřili pouze čtyři z účastníků. K negativním účinkům patří smutek, neklid či únava, přičemž negativní pocity vyjadřuje pouze malé procento zúčastněných. Kombinaci s jinými návykovými látkami uvádí polovina. Z toho většina legální drogy, jako alkohol a tabák. Z nelegálních drog byla třikrát uvedena extáze a jednou LSD, lysohlávky a kokain. U těchto ilegálních drog se v případě účastníků jedná o rekreační užívání. Téměř všichni, kromě jediného zúčastněného, si myslí, že by s užíváním konopí mohli přestat. Mezi nejčastější důvody patří otěhotnění nebo narození dítěte a zhoršení zdravotního stavu. Dále jsou to rodinné nebo osobní důvody a přání ze strany partnera. Zajímavé je, že pouze tři zúčastnění věří, že by dokázali přestat z vlastní vůle. V otázce vlivu marihuany na zdravotní stav, má více než polovina pocit, že užívání konopí má negativní vliv na zdraví, a to především na plíce. Pokud se užívání projeví na zdravotním stavu za pět let, odpovědělo ano, pouze pět účastníků. Jen dva tuto odpověď zdůvodnili tím, že do pěti let s užíváním přestanou.

V oblasti práce či studia a také bydlení se nejčastěji účastníci cítí spokojeni. U financí je hodnota nižší, polovina není ani spokojená ani nespokojená, ale čtvrtina se cítí spokojeně. Vliv na psychický stav je nejčastěji uváděn v malé míře a druhou nejčastější hodnotou je velký vliv. Ve třech případech je brán tento vliv jako pozitivní, protože dochází ke zlepšení nálady a psychickému klidu. Působení na soustředění je u více než poloviny

malé. Tento vliv je různorodý a některých jedinců se soustředění zhoršuje a u jiných zlepšuje. Někteří také uvedli, že se toto působení mění podle druhu činnosti, kterou vykonávají. S tím souvisí další otázka, která zjišťuje vliv užívání na práci nebo studium. Největším problémem je právě špatné soustředění, které činnost v práci nebo škole ztěžuje. Polovina účastníků v pracovní době nebo v průběhu vyučování marihuany neužívá, a proto tato oblast užíváním ovlivněna není. Do financí zasahuje užívání marihuany nejčastěji v přiměřené míře. Další nejčastější hodnoty jsou vůbec ne a málo. Do vztahů s rodinou u více než poloviny nezasahuje marihuana vůbec. Hlavní důvod je většinou nevědomost rodičů o tom, že jejich potomek konopí užívá. Žádný zásah je častou odpovědí i u sociálních vztahů. Těmi jsou na mysli především kamarádi, spolužáci, kolegové atd. V jednom případě, kdy účastník uvedl přiměřený vliv na sociální vztahy, dodal, že je tento vliv pozitivní. V jeho okolí je marihuana běžně užívána a jejím užíváním se zvyšuje prestiž ve skupině. U partnera nebo partnerky má konopí na vzájemný vztah v polovině případů malý vliv, u dvou je to však velký vliv, který má na vztah negativní dopad. V sexuálním životě nepocítuje žádný vliv užívání téměř polovina. U těch, kteří uvedli přiměřený a velký vliv, byl častěji pozitivní, a to spíše u mužů.

Pokud se jedná o celkovou spokojenost se životem, téměř většina nezvolila hodnotu menší než průměr. Pouze jediný účastník zvolil hodnotu 1 a můžeme říct, že je jeho životní spokojenost opravdu velice nízká. Nejvíce byla vybírána čísla 7 a 8, přičemž hodnota 8 byla volena nejvíce. Znamená to tedy, že subjektivně uživatelé marihuany hodnotí svůj život jako velmi kvalitní.

VI ZÁVĚR

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Část teoretická je složena ze tří kapitol. První se věnuje marihuaně a jejím účinkům či formám užívání. Zmíněna je zde i závislost nebo některé léčebné účinky. Dále je zde stručně popsána historie konopí a také legislativní vztahy k této droze v některých zemích světa a samozřejmě i v České republice. V další kapitole je popisována problematika kvality života a je zmíněna propojenost s některými oblastmi, jako například se zdravím nebo zaměstnáním. Dále jsou zde uvedeny možnosti měření životní spokojenosti. Ve třetí kapitole jsou popisovány období adolescence a mladé dospělosti. Popsány jsou znaky typické pro toto období, fyzický a psychický vývoj a další důležité oblasti těchto období. Poslední kapitola je v práci z toho důvodu, že následná praktická část práce se zaměřuje na tuto věkovou skupinu.

Šetření, které bylo uskutečněno formou rozhovorů s dotazníky, se zúčastnilo šestnáct uživatelů marihuany ve věkovém rozmezí adolescence a mladé dospělosti. Obecné informace a informace vztahující se k užívání marihuany byly zpracovány a popsány a pro přehlednost také uvedeny v tabulkách a grafech.

Cílem bakalářské práce bylo zjištění vlivu konopí na oblasti života uživatelů marihuany a celková životní spokojenost uživatelů. Ve velkém množství se objevovali především možnosti vůbec žádného nebo malého vlivu na jednotlivé oblasti. Takto odpovídala vždy větší část účastníků. Pouze u vlivu užívání marihuany na finance, byl častěji volen přiměřený vliv. Jelikož se ve většině případů jedná o pravidelné a denní uživatele, je logické, že oblast financí bude touto skutečností značně zatížena. Celková kvalita života byla popsána účastníky jako velmi dobrá. Všechny hodnoty, kromě jediné, nebyli nižší než průměr a nejčastěji byla volena hodnota osm. Škála byla postavena od nuly do deseti a číslo 0 představovalo nejmenší možnou spokojenost se životem a číslo 10 tu nejvyšší možnou. Číslo 8 na této škále tedy představuje skvělou hodnotu životní spokojenosti.

Seznam bibliografických citací

- BLATNÝ, M. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3434-7.
- ENGELANDER, M., CASH, R., LACY, R., LANG, E. *Efektivní regulace užívání marihuany: Jak pracovat s lidmi, aby omezili nebo přestali užívat konopí*. Přeložil Jiří Bareš. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010. ISBN 978-80-7440-041-4.
- EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST. *Užívání drog v EU-legislativní přístupy*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. ISBN 92-9168-215-2.
- HEŘMANOVÁ, E. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.
- KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd., v Grada Publishing 1. vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X.
- LUDÍKOVÁ, L. *Výzkum kvality života vybraných skupin osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4296-9.
- MAREŠ, J. *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. Brno: MSD, 2007. ISBN 978-80-7392-008-1.
- MIOVSKÝ, M. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-0865-2.
- NEŠPOR, K., MÜLLEROVÁ, M. *Jak přestat brát (drogy). Svépomocná příručka*. Sportpropag, a. s., pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha, 1997.
- NEŠPOR, K., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami: pro rodiče a pedagogy*. 3. rozš. vyd. Praha: Fortuna, 1999. ISBN 80-7071-123-X.
- PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

- PLEVOVÁ, I. *Kapitoly z vývojové psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1412-0.
- PRESL, J. *Drogová závislost: může být ohroženo i vaše dítě?*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. Medica. ISBN 80-85800-25-X.
- SALAJKA, F. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1306-3.
- STAFFORD, P. ČÁP, H. *Encyklopedie psychedelických látek*. Praha: Volvox Globator, 1997. 495 s. ISBN 80-7207-057-6.
- ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. 2. nezm. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0629-2.
- ŠPATENKOVÁ, N., PETŘKOVÁ, A. *Psychologie dospělých: studijní text pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3662-3.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. rozš. a přeprac., Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- WEINBERG, B. *Cannabis Trips: Globální průvodce, zhulený na každém kroku i strážce*. Praha: Volvox Globator, 2011. 128 s. ISBN 978-80-7207-807-3.
- ZEMANOVÁ, V., DOLEJŠ, M. *Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4492-5.

Seznam elektronických zdrojů

- AUSTRALIAN DRUG FOUNDATION. *Drug law in Australia* [online]. 2015. [cit. 20.5.2015]. Poslední revize 2014-06-13. Dostupné z <http://www.druginfo.adf.org.au/topics/drug-law-in-australia>.
- ČESKO. *Zákon č. 40 ze dne 8. ledna 2009 trestní zákoník*. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2009. Částka 11, s. 354-

461. [cit. 20.5.2015] Dostupné také z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=40~2F2009&rpp=15#seznam>.

- ČESKO. *Zákon č. 167 ze dne 11. června 1998 o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů*. In: Sbírnka zákonů České republiky. 1998. Částka 57, s. 6770-6800. [cit. 20.5.2015] Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zakon-c-sb_1965_1051_3.html.
- FOUNDATION FOR A DRUG-FREE WORLD (NADACE PRO SVĚT BEZ DROG), OBČANSKÉ SDRUŽENÍ ŘEKNI NE DROGÁM-ŘEKNI ANO ŽIVOTU. *Pravda o marihuaně* [online]. 2009. [cit. 9.5.2015] Dostupné z: <http://www.marihuana.cz/downloads/marihuana.pdf>.
- MOST K NADĚJI, o.s. *Drogy a Zákon*, MONA, 2013. [cit. 19.5.2015] Dostupné z: <http://www.mostknadeji.eu/uploads/ruzne-dokumenty/drogy-a-zakon---Ceska-verze.pdf>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1946). *Constitution of The World Health Organization*. [cit. 18.3.2016] Dostupné z: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1 Pohlaví.....	29
Tabulka č. 2 Věk.....	30
Tabulka č. 3 Vzdělání.....	31
Tabulka č. 4 Zaměstnaní.....	31
Tabulka č. 5 Bydlení.....	32
Tabulka č. 6 Rodinný stav.....	33
Tabulka č. 7 Děti.....	33
Tabulka č. 8 Věk prvního užití.....	34
Tabulka č. 9 Délka užívání.....	35
Tabulka č. 10 Četnost užívání.....	36
Tabulka č. 11 Kdo z okolí užívá.....	36
Tabulka č. 12 Získávání marihuany.....	37
Tabulka č. 13 Způsob užívání.....	38
Tabulka č. 14 Účinky.....	39
Tabulka č. 15 Kombinace s návykovými látkami.....	39
Tabulka č. 16 Ukončení užívání.....	40
Tabulka č. 17 Důvod k ukončení užívání.....	41
Tabulka č. 18 Vliv na zdraví.....	42
Tabulka č. 19 Vliv na zdraví za 5 let.....	43
Tabulka č. 20 Práce/studium.....	43
Tabulka č. 21 Finance.....	44
Tabulka č. 22 Bydlení.....	45
Tabulka č. 23 Vliv na psychiku.....	46
Tabulka č. 24 Vliv na soustředění.....	46
Tabulka č. 25 Vliv na pracovní výkon/studium.....	47

Tabulka č. 26 Vliv na finance.....	48
Tabulka č. 27 Vliv na vztahy s rodinou.....	49
Tabulka č. 28 Vliv na sociální vztahy.....	49
Tabulka č. 29 Vliv na vztah s partnerem/partnerkou.....	50
Tabulka č. 30 Vliv na sexuální život.....	51
Tabulka č. 31 Životní spokojenost.....	52
Graf č. 1 Pohlaví.....	29
Graf č. 2 Věk.....	30
Graf č. 3 Vzdělání.....	31
Graf č. 4 Zaměstnaní.....	32
Graf č. 5 Bydlení.....	32
Graf č. 6 Rodinný stav.....	33
Graf č. 7 Děti.....	34
Graf č. 8 Věk prvního užití.....	34
Graf č. 9 Délka užívání.....	35
Graf č. 10 Četnost užívání.....	36
Graf č. 11 Kdo z okolí užívá.....	37
Graf č. 12 Získávání marihuany.....	37
Graf č. 13 Způsob užívání.....	38
Graf č. 14 Účinky.....	39
Graf č. 15 Kombinace s návykovými látkami.....	40
Graf č. 16 Ukončení užívání.....	40
Graf č. 17 Důvod k ukončení užívání.....	41
Graf č. 18 Vliv na zdraví.....	42
Graf č. 19 Vliv na zdraví za 5 let.....	43
Graf č. 20 Práce/studium.....	44
Graf č. 21 Finance.....	44
Graf č. 22 Bydlení.....	45
Graf č. 23 Vliv na psychiku.....	46
Graf č. 24 Vliv na soustředění.....	47
Graf č. 25 Vliv na pracovní výkon/studium.....	47
Graf č. 26 Vliv na finance.....	48

Graf č. 27 Vliv na vztahy s rodinou.....	49
Graf č. 28 Vliv na sociální vztahy.....	50
Graf č. 29 Vliv na vztah s partnerem/partnerkou.....	50
Graf č. 30 Vliv na sexuální život.....	51
Graf č. 31 Životní spokojenost.....	52

Přílohy

Dotazník

Tento dotazník je součástí bakalářské práce na téma Kvalita života uživatelů marihuany. Prosím o upřímné vyplnění. Dotazník je anonymní, tudíž nikdo nebude vědět jsi na otázky odpovídal/a.

1. Pohlaví
 - A) muž
 - B) žena

2. Věk.....

3. Jakého jsi dosáhl/a vzdělání?
 - A) základní
 - B) vyučen/a
 - C) střední škola s maturitou
 - D) VOŠ/VŠ

4. Jaké máš zaměstnání?
 - A) student/ka
 - B) plný úvazek
 - C) částečný úvazek
 - D) nezaměstnaný

5. S kým bydlíš?
 - A) s rodiči/rodičem, popř. se sourozencem
 - B) s více příbuznými
 - C) s partnerem/partnerkou nebo manželem/manželkou
 - D) se spolubydlící/m
 - E) sám/sama
 - F) jiné.....

6. Jaký je tvůj rodinný stav?
 - A) svobodný/á
 - B) mám partnera/partnerku
 - C) ženatý/vdaná
 - D) rozvedený/á

7. Máš děti?
- A) ano Pokud ano, tak kolik:
- B) ne
8. Kdy jsi poprvé užil/a marihuanu?
- A) do 15 let
- B) od 15 do 18 let
- C) od 18 do 20 let
- D) od 20 let
9. Jak dlouho užíváš?
- A) méně než rok
- B) asi rok
- C) 2 až 3 roky
- D) více než 3 roky
10. Jak často užíváš?
- A) denně
- B) více než 1x týdně
- C) 1x týdně
- D) párkrát do měsíce
- E) jen příležitostně
11. Kdo z tvého okolí také užívá?
- A) rodiče
- B) sourozenci
- C) jiní příbuzní.....
- D) kamarádi
12. Kde ji získáváš?
- A) pěstuji
- B) kupuji
- C) dostávám
- D) jiné.....
13. Jak užíváš?
- A) kouření
- B) v jídle
- C) kombinace předchozích
- D) jiné.....

14. Jak na tebe působí?

- A) dobrá nálada, vysmátost
- B) mám pocity, že mě někdo sleduje
- C) smutek, deprese
- D) úzkost, neklid
- E) přemýšlím o životě
- F) mám halucinace
- G) jiné.....

15. Kombinuješ marihuanu i s jinou návykovou látkou?

- A) ano S jakou?
- B) ne

16. Myslíš si, že by jsi mohl/a s užíváním přestat?

- A) ano
- B) ne

17. Co by tě vedlo k tomu, abys přestal?

.....
.....

18. Myslíš si, že užívání marihuany ovlivňuje tvé zdraví?

- A) ano Jak?
- B) ne

19. Myslíš si, že se užívání projeví na tvém zdraví za 5 let?

- A) ano
- B) ne

Proč?

Následující otázky se ptají na míru spokojenosti v níže uvedených třech oblastech. Vyber tu odpověď, která je ti nejbližší.

		1 velmi nespokojený/ á	2 nespokojený/ á	3 ani nespokojený/á ani spokojený/á	4 spokojený/ á	5 velmi spokojený/ á
20.	Práce/studium					
21.	Finance					
22.	Bydlení					

Tyto otázky zjišťují do jaké míry zasahuje užívání marihuany do některých oblastí tvého života.

Vyber tu odpověď, která je ti nejbližší.

		1 vůbec ne	2 málo	3 přiměřeně	4 velmi	5 v obrovské míře
23.	Psychický stav					
24.	Soustředění					
25.	Pracovní výkon/studium					
26.	Finance					
27.	Vztahy s rodinou					
28.	Sociální vztahy					
29.	Vztah s partnerem/partnerkou					
30.	Sexuální život					

31. Jak by jsi zhodnotil míru své životní spokojenosti na škále od 0 do 10, přičemž 0 je nejméně spokojený/á a 10 nejvíce. Číslo, které by jsi zvolil/a zakroužkuj.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Děkuji za vyplnění. Lucie Nikolovová

Anotace

Jméno a příjmení:	Lucie Nikolovová
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Miluše Hutýrová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Kvalita života uživatelů marihuany
Název v angličtině:	Quality of life among cannabis users
Anotace práce:	Bakalářská práce je zaměřena na uživatele marihuany. V teoretické části je popsána marihuana, její účinky, možnosti užívání, historie a zákony o drogách ve světě i v České republice. Dále je popsána kvalita života a poslední kapitola se zaměřuje na období adolescence a mladé dospělosti. Cílem praktické části bylo zjistit obecné informace o účastnících a také znát délku, formu, četnost užívání atd. Další informace byly zjišťovány o velikosti vlivu užívání konopí na jednotlivé oblasti života těchto osob a o jejich celkové životní spokojenosti.
Klíčová slova:	Marihuana, konopí, kvalita života, životní spokojenost, QOL, adolescence, mladá dospělost
Anotace v angličtině:	Bachelor work is focused on cannabis users. Cannabis is described in theoretical part. There are also its effects, options of usage, history and laws about drugs from the world and from the Czech Republic. It is also described quality of life and the last chapter focuses on period of adolescence and young adulthood. The aim of the practical part was ascertain general informations about participants and also know the span, form, frequent of usage etc. More informations was determined about the size of impact of cannabis usage on every single parts of these people's life and about general quality of life.
Klíčová slova v angličtině:	Marijuana, cannabis, quality of life (QOL), contentment with life, adolescence, young adulthood
Přílohy vázané v práci:	Příloha - dotazník

Rozsah práce:	66 stran
Jazyk práce:	český