

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Hana Žižková

3. ročník – prezenční studium

Obor: Pedagogika – sociální práce

KONOPI – DROGA I LÉK

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.

OLOMOUC 2016

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu.

V Uherském Hradišti dne 8. 4. 2016

.....
Hana Žižková

Děkuji PhDr. Kamile Holáskové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, vstřícný přístup a cenné rady. Zároveň chci poděkovat všem respondentům za ochotu a čas, který věnovali vyplnění dotazníku. Dále děkuji celé své rodině za podporu a pomoc během studia.

OBSAH

Úvod	6
I. TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Základní charakteristika závislostí	8
1.1 Typy závislostí.....	8
1.2 Patologické závislosti	9
1.3 Mladá dospělost.....	10
2 Rostlina konopí.....	12
2.1 Botanická klasifikace konopí	12
2.1.1 Konopí seté.....	12
2.1.2 Konopí indické	12
2.1.3 Konopí rumištní.....	13
2.2 Popis konopí.....	13
2.2 Konopné psychoaktivní drogy.....	14
2.2.1 Marihuana.....	14
2.2.2 Hašiš	15
2.2.3 Hašišový olej	15
2.3 Formy aplikace konopí.....	16
2.3.1 Aplikace inhalací.....	16
2.3.2 Aplikace perorální	17
2.3.3 Další způsoby aplikace	17
3 Závislost na cannabinoidech.....	18
3.1 Cannabinoidy - účinné látky.....	18
3.2 Intoxikace cannabinoidy.....	20
3.4 Rizika spojená s užíváním cannabinoidů	21
3.5 Teorie vstupní drogy.....	22
3.6 Prevalence.....	23
4 Konopí a legislativa v České republice	25
5 Konopí jako lék	27
5.1 Historie užívání léčebného konopí	27
5.2 Onemocnění léčitelné konopím dle současné medicíny.....	29
5.2.1 Roztroušená skleróza.....	30
5.2.2 Parkinsonova nemoc.....	31
5.2.3 Epilepsie	32

5.2.4 Zelený zákal.....	34
II. PRAKTICKÁ ČÁST	35
1 Cíl výzkumného šetření a stanovení výzkumných otázek.....	35
2 Metoda výzkumného šetření.....	36
2.1 Popis výzkumného vzorku	36
2.2 Popis výzkumného šetření	37
3 Výsledky výzkumného šetření	38
4 Diskuze	59
Závěr.....	65
Literatura	66
Internetové zdroje	69
Periodika.....	70
Anotace.....	71
Seznam příloh.....	72

Úvod

Na úvod své bakalářské práce s názvem Konopí – droga i lék bych chtěla objasnit důvody, proč jsem si toto téma zvolila.

Jedním z hlavních důvodů bylo to, že problematika konopí mě osobně velmi zajímá a tímto způsobem jsem se o této rostlině chtěla dozvědět něco víc. Ve svém okolí jsem se setkala s velmi odlišnými názory na tuto rostlinu. Jedna skupina lidí ji zatracuje jako nebezpečnou a obávanou drogu a další skupina lidí si tuto unikátní rostlinu vychvaluje pro její léčebné účinky, kdy působí zejména proti bolestem a dalším zdravotním problémům. Pozitivní ohlasy jsem však zaznamenala i u konopné kosmetiky nebo u oblečení vyráběného z konopných vláken, které rovněž vlastním.

Dalším podnětem při výběru tohoto tématu pro mě byl fakt, že se jedná o velmi medializovanou, diskutovanou a aktuální problematiku. Tato rostlina má nespočet zastánců v boji za její legalizaci. Převážně z lékařského hlediska se konopí u nás i ve světě čím dál více zviditelňuje. První léčebné konopí vydané na recept si lidé mohli koupit v lékárnách koncem roku 2014, což bylo pro léčebné konopí v České republice velmi zásadním mezníkem. Ačkoli jsou mezi lidmi účinky lékařského konopí stále podceňovány, tak si i přesto začíná získávat své místo v současné medicíně.

Ve své práci se chci touto rostlinou zabývat ze dvou úhlů, a to jak ze strany drogy, tak i léku. Mým záměrem je o této univerzální rostlině podat co nejpřesnější, důležité a objektivní informace.

V úvodu teoretické části vysvětlím, co je závislost a s jakými typy závislostí se můžeme setkat. Vzhledem k tomu, že výzkumným vzorkem v praktické části této bakalářské práce jsou vysokoškolští studenti a konopí v České republice je velmi oblíbené a užívané převážně mladými lidmi, tak se v teoretické části zaměřím na charakteristiku vývojového období mladé dospělosti. Dále se budu zabývat konopím jako rostlinou a její botanickou klasifikací, kde se zaměřím na nejznámější druhy konopí. V kapitole konopné psychoaktivní drogy se podrobně zaměřím na marihuanu, hašiš, hašišový olej a rovněž zmíním různé formy toho, jak se dají aplikovat. Cílem není dát návod k tomu, jak tyto drogy užít, ale jedná se pouze o výčet získaných informací. V následující kapitole se budu zabývat cannabinoidy, procesem intoxikace, riziky při užívání cannabinoidů, teorií vstupní drogy a prevalencí užívání drog. Dále se budu věnovat legislativě týkající se konopí v České republice. V konečné kapitole teoretické

části se zaměřím na konopí z lékařského hlediska, kde se budu zabývat historií léčebného konopí, nemocemi léčitelnými touto rostlinou a na závěr kapitoly poskytnu podrobné informace o čtyřech z těchto nemocí, které mi přišly důležité. O této problematice nelze poskytnout veškeré dostupné informace, ale mým cílem bylo toto téma alespoň nastínit, sdělit základní, podstatné informace a dát podklady i pro jiné práce zabývající se podobnou problematikou.

Praktická část této bakalářské práce si klade za cíl zjistit informovanost studentů učitelských oborů Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci o problematice závislosti na cannabinoidech. Následně druhým důležitým bodem je zkoumání informovanosti respondentů o konopí. Tyto cíle budou zjištěny pomocí metody dotazníku.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Základní charakteristika závislosti

Závislost je komplexní porucha, která se vyznačuje neustále se opakujícím nutkáním užít nějakou specifickou látku nebo se věnovat nějakému specifickému chování i přesto, že si jedinec z těchto činností ponese negativní následky (Kalina, 2015).

V adiktologii se pod pojmem závislost od prvopočátku označuje závislost na psychoaktivních látkách a od 80. let minulého století se v psychiatrické literatuře začal častěji objevovat termín nelátkové či behaviorální závislosti, zřídka také závislost na procesech (Kalina, 2015).

Psychoaktivní látka je taková látka, která má vliv na psychickou činnost lidského jedince. Některé psychoaktivní látky způsobují závislost, která vzniká po rozdílně dlouhém užívání látky. Například závislost na heroinu vzniká po pár týdnech, ale závislost na alkoholu se u dospělého jedince vyvíjí i několik let, u pubescenta však může vzniknout i za půl roku (Malá a Pavlovský, 2002).

1.1 Typy závislosti

Fyzická neboli somatická závislost nastává po úplném vysazení nebo rychlém snížení stálé dávky drogy (Malá a Pavlovský, 2002). Díky fyzické složce závislosti je tělo uživatele neustále nuceno zachovávat mezi každým dalším užitím drogy vždy specifický časový interval, aby u uživatele nenastal rozvoj odvykacího stavu. Tento stav je pro uživatele velmi náročný a nevylučují se ani případy, kdy dochází k přímému ohrožení života. K těžkým fyzickým odvykacím stavům překvapivě nedochází u nelegálních drog, ale převážně u legálních látek jako je alkohol a některé léky – barbituráty, benzodiazepiny. U těchto legálních látek nastávají často mnohem horší obtíže a rozvinutý odvykací stav je nutné řešit hospitalizací postižené osoby (Sananim, 2007). U fyzické závislosti rovněž dochází ke zvyšování tolerance vůči droze. To znamená, že pokud chce uživatel u dané drogy dosáhnout podobných účinků, tak musí její dávku neustále zvětšovat (Göhlert a Kühn, 2001). Během odvykacího stavu dochází k různým fyzickým obtížím, mezi které nejčastěji řadíme křeče, třes, nevolnost, bušení srdce, průjem,

zácpu, vysoký tlak, pocení a další nepříjemnosti. Fyzická závislost může trvat několik dnů až týdnů (Malá a Pavlovský, 2002).

Psychická závislost se vyznačuje intenzivní touhou po opakovaném vyvolání příjemného duševního stavu. Člověk se snaží opatřit si drogu, a to za každou cenu, veškerými možnými prostředky, protože má na ni silnou chuť a nutkání ji pravidelně užívat. Tlak k opětovnému užití drogy se rovněž označuje jako bažení neboli craving. Ačkoli si člověk uvědomuje přítomné nebezpečí, tak i přesto riskuje svůj vlastní život, zdraví nebo přinejmenším sociální postavení ve společnosti (Göhlert a Kühn, 2001). Psychická závislost se může projevit pocitem úzkosti, neklidu, podrážděností, únavou, agresivitou nebo nutkavou touhou vzít si drogu znovu. Psychická závislost může trvat i po celý život (Malá a Pavlovský, 2002).

Fischer a Škoda (2009) uvádí, že příznaky jsou obvykle komplexnější povahy, proto se často mluví o psychosomatické závislosti.

1.2 Patologické závislosti

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (2008) jsou uvedeny jednotlivé závislosti, které se nachází v kapitole s názvem Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. V této kapitole je rozlišena závislost na alkoholu, opioidech, kanabinoidech, sedativech, hypnotikách, kokainu, halucinogenech, tabáku, prchavých rozpouštědlech, jiných stimulantích včetně kofeinu, závislost na více drogách a jiných psychoaktivních látkách. V Mezinárodní klasifikaci nemocí se pojem „závislost“ týká výhradně poruch souvisejících s užíváním psychoaktivních látek.

Dále se do Mezinárodní klasifikace nemocí řadí i patologické hráčství, které se nachází v kapitole s názvem Nutkavé a impulzivní poruchy a nikoliv mezi závislostmi. Podobně je na tom i nadměrné sexuální nutkání (závislost na sexu) či poruchy příjmu potravy (závislost související s příjmem potravy).

V současné době ve světě dochází k objevování stále dokonalejších technologií a změně životního stylu tisíců lidí, díky kterým vznikají neustále nové nelátkové neboli behaviorální závislosti. Kalina (2015) uvádí nejznámější či někdy naopak nejkurióznější z nich. Jedná se o závislost na internetu, pojídání mrkve či čokolády, nakupování, opalování, práci, cvičení, sledování televize, podstupování nebezpečí a mnoho dalších.

1.3 Mladá dospělost

Mladí lidé podle výzkumů patří mezi nejčastější uživatele marihuany, proto jsem se v praktické části této práce zaměřila právě na tuto skupinu osob.

Nakonečný (1993) zařazuje období mladé dospělosti do věkové kategorie od 19 do 30 let, Příhoda (1983) naopak uvádí hranici od 20 do 30 roku života a Vágnerová (2007) udává rozmezí od 20 do 40 let.

Zahájení dospělosti se v naší společnosti neurčuje žádným jasně definovaným mezníkem či rituálem, který by tuto událost stvrdil. Různí lidé dosahují odlišné míry zralosti v jiném tempu a čase. Přejít jedince do dospělosti a získání dospělých rolí trvá jedno dlouhé životní období. Toto období někteří autoři nazývají „vynořující se“, časné nebo nastupující dospělosti (Langmeier a Krejčířová, 2006).

V období mladé dospělosti je jedinec většinou schopný osvojit si a zvládnout jisté vývojové poslání. Týká se to převážně profesní role, pevného partnerského vztahu nebo manželství a rodičovství. Je to období nových zkušeností, zážitků, sociálních přeměn, vyhlídek a nadějí, které jsou v průběhu této doby uskutečňovány. Plány, které si jedinec nastínil do budoucna, může stále realizovat (Vágnerová, 2007).

Etapa mladé dospělosti bývá spjata s dosažením určité míry osobní zralosti. Za dospělého člověka se většinou považuje ten, kdo po ukončení dospívání převzme veškerou občanskou i osobní odpovědnost, postupně získává ekonomickou nezávislost a rozvíjí své vlastní zájmy (Langmeier a Krejčířová, 2006). Dále se jedinec vyznačuje větší sebedůvěrou, sebejistotou, ale i sebekritikou. Mladý člověk se zajímá o své okolí a vytváří si na něj vlastní názor. Nese zodpovědnost za své rozhodnutí a činy, má poměrnou svobodu v rozhodování a chování.

Úplná přeměna v dospělého jedince se projeví převážně v jeho změně vztahu k ostatním lidem. Mladý člověk s lidmi navazuje více nových vztahů, které jsou založené převážně na stabilních, pevných a dlouhotrvajících mezilidských vazbách. Pro mladé lidi jsou velmi důležité symetrické vztahy s vrstevníky, které mnohdy trvají již od adolescence. S rodiči udržují vztah spíše klidnější a vyváženější. Zralost vztahů k ostatním lidem je patrná i v profesní sféře, kdy se za významný mezník psychické dospělosti považuje zvládnutí interakce s osobami nadřízenými či podřízenými. Respekt vůči ostatním autoritám slábne. V tomto období klesá

závislost na své orientační rodině a postupně dochází k plnému osamostatnění jedince, kdy si hledá partnera a zakládá svou vlastní rodinu (Vágnerová, 2007).

Z biologického hlediska se toto období vyznačuje tím, že člověk dosahuje vrcholu svých fyzických sil. Růst je již ukončen a všechny orgány v těle dosáhly své výsledné váhy a velikosti. Chrup je zcela vyvinutý, srůst kostí a jejich osifikace jsou rovněž plně ukončeny (Příhoda, 1983). Mladý člověk se v průběhu celé této etapy snaží o prosazování své osoby jak v psychické, tak i fyzické výkonnosti. V tomto období je velmi podstatná přeměna významu sexuality. Sexualita v dospělosti dosahuje zralosti a je významná pro partnerský vztah. V jisté době vývoje se mění postoje týkající se sexuality dospělého člověka, a to má značný dopad na touhu a potřebu mít své vlastní děti. Na rozdíl od období adolescence už má reprodukce u mladého člověka významnou hodnotu a přestává být nepříjemnou komplikací. Sexuální život je v tomto období často zaměřen na zplození dětí (Vágnerová, 2007).

Intelektuální vývoj je u lidí ukončen přibližně před dvacátým rokem života. Růst ovšem pokračuje pořád ve formě zdokonalování a postupného ustálení rozvinutých mechanismů. Člověk na sobě již nepozoruje žádný významný nárůst schopností. Může ale dojít k vyplnění nedostatků nebo k získání zvýšené pohotovosti v psychických operacích. Dokáže lépe ovládat své emoce, má reálnější pohled na svět, dokáže dělat kompromisy a jeho uvažování je více pragmatické a komplexnější. Myšlení je v tomto období nejvíce ovlivňováno zejména vlastní zkušeností jedince (Příhoda, 1983).

2 Rostlina konopí

Rostlina konopí s největší pravděpodobností pochází ze Střední Asie. Díky činnosti lidí se rozšířila do celého světa a jako rostlina byla kultivovaná po tisíce let. Archeologické nálezy dokazují existenci konopí jako užitkové rostliny již před 12 000 lety. Zásadou rozsáhlého křížení rostlin konopí vzniklo mnoho odrůd s rozdílnými vlastnostmi, kdy jsou některé z nich pěstované pro svůj obsah vláken a jiné naopak pro jejich psychoaktivní látky (Iversen, 2000).

2.1 Botanická klasifikace konopí

Zpočátku konopí patřilo do čeledi kopřivovité – *Urticaceae*, pozdější klasifikace konopí přeřadila do čeledi morušovníkovité – *Maraceae*. Po následném podrobnějším bádání bylo z výzkumů rozhodnuto o přemístění konopí do zcela nové a samostatné čeledi konopovité – *Cannabaceae*, do které společně s konopím můžeme zařadit už jen chmel otáčivý – *Humulus lupulus*. Za oficiálně první botanický popis rostliny je považován až ten od švédského „otce botaniky“ Carla Linného, který jí v roce 1753 přiřadil botanický název konopí seté – *Cannabis sativa* (Booth, 2004).

2.1.1 Konopí seté

Konopí seté (*Cannabis sativa*) patří mezi nejrozšířenější a nejvyšší druh konopí, může dorůst do výšky až šesti metrů. Tato rostlina má listoví spíše řidší, zabarveno převážně do světle zeleného tónu. Dozrává mezi padesáti až sto šedesáti dny po zasetí. Konopí seté je typické pro mírné klimatické pásmo. Obsah psychoaktivních látek v rostlině je nízký. Často se využívá k hospodářským účelům (Ruman, 2014).

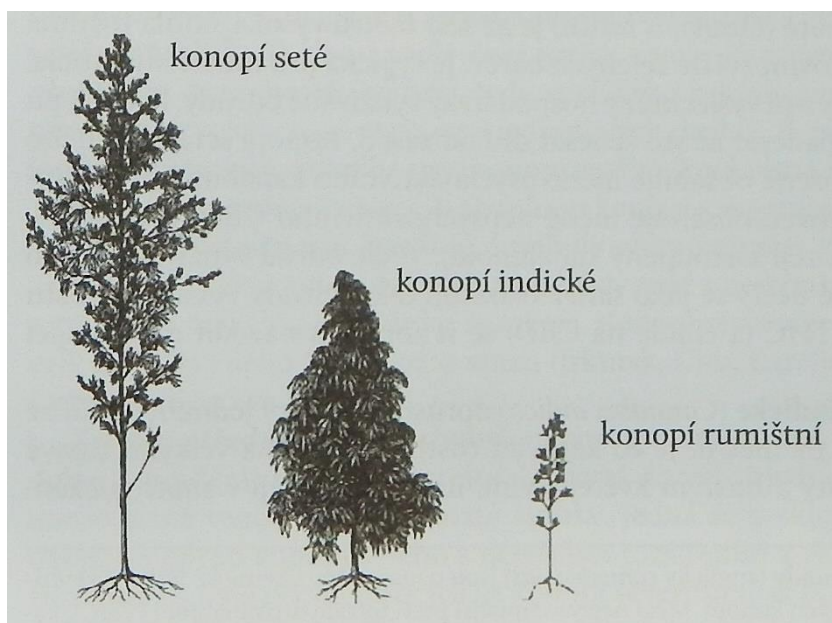
2.1.2 Konopí indické

Konopí indické (*Cannabis indica*) nejčastěji dorůstá výšky okolo jednoho a půl metru, maximálně však může dosáhnout až tří metrů. Tato keřovitá rostlina se vyznačuje velkým počtem tmavě zelených listů, značným větvením a hustým květenstvím. Obvykle dozrává za sto osmdesát dní od zasetí. Tento druh konopí je charakteristický převážně pro subtropické

a tropické pásmo. U tohoto druhu konopí je obsah psychoaktivních látek vysoký. Využívá se převážně k výrobě drog (marihuana, hašiš) nebo k léčebným účelům (Ruman, 2014).

2.1.3 Konopí rumištní

Konopí rumištní (*Cannabis ruderalis*) je rostlina dorůstající maximálně do výšky jednoho metru. Pro konopí rumištní je charakteristický tenký a málo větvený stonek s malým počtem listů. Po zasetí se u této rostliny neklade takový důraz na délku a míru slunečního svitu, na rozdíl od konopí setého a indického, kde jsou tyto podmínky podstatně náročnější. Dozrává zhruba okolo sedmdesátého dne bez větší závislosti na světelné periodě. Tento druh konopí je plevelnatý a divoce roste převážně v Rusku. Obsah psychoaktivních látek této rostliny je zanedbatelný (Ruman, 2014).



Obrázek č. 1: Tři základní druhy konopí (Ruman, 2014, s. 19).

2.2 Popis konopí

Konopí je jednoletá bylina, která se téměř výhradně pěstuje přímo ze semen. Kořen konopí je doširoka větvený, kulovitý a může dosahovat do hloubky až dvou metrů. Stonek je přímý, dutý a může dorůst do výšky až šesti metrů. Listy jsou dlanitě složené, podlouhlé, úzké a u obou konců dlouze zašpičatělé. Nejčastěji jsou tři až třináctičetné s žilnatými lístky, které vyrůstají ze společné stopky. Barva je obvykle sytě zelená (Ruman, 2014).

Konopí je dvoudomá rostlina, což znamená, že jsou rozlišeny buď na samčí anebo samičí rostliny.

Pro samčí (tzv. poskonné) rostliny je typická jejich štíhlost, výška, světlejší zbarvení a časnější květenství o čtyři až šest týdnů dříve než u rostlin samičích. Jejich hlavním cílem je opylit samičí květy, ve kterých později dozrávají semena. Po opylení samci usychají (Dupal, 2004). Obsah psychoaktivních látek je v samčích rostlinách minimální, proto se nevyužívají pro léčebné účely. Své uplatnění můžou najít ve výrobě vlákna a dříve i v průmyslu, kde se používaly na zateplování, karoserie aut či lana pro námořníky (Králová, 2015).

Samičí (tzv. hlavaté) rostliny bývají statnější s temnějším zbarvením a hustším květenstvím. Po dozrání semen samičí rostliny uhynou (Dupal, 2004). Samičí rostliny jsou pro lidi z hlediska psychoaktivních látek podstatnější než rostliny samčí, a proto jsou na rozdíl od samčích rostlin vhodné i pro léčebné účely (Sananim, 2007).

2.2 Konopné psychoaktivní drogy

Mezi psychoaktivní drogy, které získáváme z konopí, zahrnujeme především marihuanu, hašiš a zřídka hašišový olej. Všechny tyto zmíněné produkty mají stejnou účinnou látku, v podstatě se jedná jen o odlišnou formu úpravy konečného produktu a různorodý obsah THC (Booth, 2004).

2.2.1 Marihuana

U uživatelů marihuany se můžeme nejčastěji setkat se slangovým výrazem tráva, travka, hulení, zelenina, zelí, ganja, skunk a anča. Před lety bylo oblíbené pojmenování marjána a marjánka.

Marihuana je označení pro sušené květenství a horní lístky samičí rostliny konopí, které se můžou případně smíchat i s většími listy. Usušené květy samičí rostliny jsou většinou rozdrceny na malé a jemné části, které neobsahují stonky ani semínka. Zpravidla platí, že čím větší je podíl květů, tím vyšší je potence neboli obsah psychoaktivních látek marihuany a s přibývajícím podílem větších listů potence klesá. Pro kuřáky marihuany jsou nejhodnotnější ty rostliny konopí, které mají největší potenci. Při správném zpracování marihuany se její barva mění od tmavě zelené až po černo – zelený odstín. V tomto případě záleží na mnoha

faktorech – způsobu pěstování a sušení, dobou sklizně, typu pěstované odrůdy atd. (Miovský, 2008).

Kalina (2003) uvádí, že se marihuana v domácí produkci podle oblasti svého původu pohybuje okolo 2 – 8 % THC. Zahraniční produkce pak udává rozmezí 6 – 14 % THC a specificky upravená marihuana až 18 % THC. Speciálně šlechtěné vysoce potentní odrůdy konopí mohou obsahovat až okolo 20 % THC.

2.2.2 Hašiš

Mezi uživateli hašiše se lze setkat se slangovými výrazy haš, čokoláda, bahno, bláto, čaras nebo plastik (Miovský, 2008).

Hašiš je konopná pryskyřice, která zpravidla obsahuje malý podíl květenství a jemných nečistot. Barva hašiše je dle jeho čistoty od tmavě zelené po tmavě hnědou. Někdy se barevně odlišuje podle zemí původu. Hašiš z Maroka je obvykle světle hnědé barvy, z Afghánistánu naopak tmavě hnědé barvy. Čím víc je barva hašiše tmavší, tím víc je silnější (Kalina, 2003).

Koncentrace THC v hašiši bývá zpravidla až pětkrát vyšší než u marihuany, zpravidla okolo 20 % (Miovský, 2008).

Miovský (2008) uvádí nejčastější způsoby výroby hašiše. Prvním z nich je mlácení nebo přesívání zralých květů samičí konopné rostliny skrze pletivo či tkaninu s velmi drobnými oky. Další způsob výroby hašiše je tření květů rukama, na kterých ulpívá pryskyřice. V některých oblastech je hašiš získáván i tím způsobem, že sběrači pobíhají nazí nebo v koženém plášti po poli mezi rostlinami a pryskyřice na nich ulpívá.

2.2.3 Hašišový olej

Hašišový olej je někdy označován jako medový olej. Vyrábí se extrakcí hašiše. Miovský (2008) uvádí, že hašišový olej má většinou od 15 – 50 % THC, výjimečně může obsahovat až 70 % THC. Nožina (1997) naopak udává hodnotu 20 % THC.

Hašišový olej je převážně hustá, tužší a lepkavá hmota zbarvená do tmavě hnědé až téměř černé barvy v závislosti na způsobu výroby. Psychoaktivních účinků může člověk

dosáhnout, když si na tabák, cigaretový filtr nebo popřípadě do jídla nakape 1 – 2 kapky hašišového oleje (Nožina, 1997).

2.3 Formy aplikace konopí

Psychoaktivní látky, které obsahuje konopí lze do lidského těla dostat různými způsoby. Mezi dva nejčastější způsoby užívání konopných produktů patří aplikace inhalací nebo aplikace perorální. Existuje ale i řada dalších způsobů užití konopí, které budou v této kapitole popsány.

2.3.1 Aplikace inhalací

Kouření patří mezi nejběžnější způsob užívání konopných látek. Tento způsob užívání je oblíbený, protože se účinky dostaví mnohem rychleji než prostřednictvím jídla nebo pití. Nejčastěji se kouří tzv. joint, slangově špek či brko. Joint je vlastnoručně ubalená cigareta, která obsahuje drť z květenství, horních lístků samičí rostliny konopí a často se míchá s tabákem. Kromě marihuany se kouří i hašiš a hašišový olej (Miovský, 2008).

Při kouření marihuany se první účinky objeví po zhruba pěti minutách. Nejsilněji působí během prvních dvaceti až třiceti minut po vykouření. Zhruba za dvě až tři hodiny účinek odezní. Podle dávky se však dá účinek značně prodloužit. Když vykouříme cigaretu s marihuanou, dostane se 15 – 25 % THC do krevního oběhu, část je pak ztracena postranními proudy a spalováním (Grotenhermen, 2009).

„Vzhledem k pomalému uvolňování THC z tukové tkáně je test v moči pozitivní za 2 – 7 dní u málo frekventovaných kuřáků, u někoho ale i za 10 dní po vykouření cigarety – jointu. Chroničtí kuřáci marihuany mají pozitivní nález v moči za 4 – 6 týdnů po zahájení abstinence.“ (Kalina, 2015, s. 43)

Pokud mají uživatelé konopných drog raději kouření bez příměsí, tak můžou využít vodní dýmky, „šlukovky“ neboli skleněnky, dýmky a fajfky. Často se stává, že si sami uživatelé vlastnoručně vyrábí dýmky z plastových láhví či plechovek (Miovský, 2008).

Zvláštní kategorii inhalace aktivních látek z konopí představuje vaporizace, kdy nedochází k procesu hoření. Jedná se o postup, při kterém se rostlina zahřeje na takovou teplotu (přibližně 182 °C), kdy se uvolňují účinné složky a lidé je vdechují. Pokud se vaporizér

používá správně, neuvolňuje karcinogeny, dehet a ani žádná jiná dráždidla, čímž eliminuje většinu negativních účinků kouření (King, 2008).

2.3.2 Aplikace perorální

Jako druhý nejčastější způsob, jak se do lidského těla můžou dostat psychoaktivní látky z konopí, je perorální cestou. Obvykle tak THC přijmeme ve formě jídla a pití (koláčky, mléko).

U perorálního užití konopí účinky nastupují o něco později a trvají déle, než jak je tomu u kouření. U této formy užití je také potřeba daleko více konopných drog, a to zpravidla až čtyřikrát více než jak je tomu u kouření (Miovský, 2008). První účinky se většinou objeví po třiceti až devadesáti minutách od užití, výjimkou však nejsou ani dvě hodiny. Takto působí většinou čtyři až šest hodin a po větších dávkách může i mnohem déle (Grotenhermen, 2009).

2.3.3 Další způsoby aplikace

Miovský (2008) jako další způsoby aplikace uvádí:

- Injekční – V praxi se používá zředka. Je možná v případě extrahovaného nebo synteticky vyrobeného THC.
- Transdermální – Je vhodná pro určité skupiny pacientů, kteří mají problémy s narušenou imunitou. Aplikace probíhá přes neporušenou pokožku.
- Rektální aplikace (do konečníku) – Aplikace pomocí čípku. Používá se zejména pro léčbu nevolnosti a dalších nežádoucích účinků u chemoterapie a dopadů nemoci AIDS.

Grotenhermen (2009) jako další způsob aplikace popisuje:

- Sublinguální (pod jazyk) – První účinky se objevují rychleji než u orálního užití. Jedná se o konopný extrakt, který je užíván vstříknutím do úst. Kapalina se chvíli drží v ústech a pak je teprve spolknuta. Tím pádem můžou být cannabinoidy přijímány zčásti i skrz ústní sliznici.

3 Závislost na cannabinoidech

V mnohých kulturách se můžeme setkat s tím, že postoj vůči těmto chemickým látkám se může rovnat toleranci, jaká je přikládána v České republice například alkoholu. Fischer a Škoda (2009) uvádí, že konopné drogy jsou považovány za neškodné.

Somatická závislost u konopí doposud nebyla zjištěna. Psychická závislost se podle většiny odborníků objevuje pouze u 8 až 10 % dlouhodobých uživatelů. Dále nebyl popsán ani růst tolerance, který by vedl ke zvětšující se potřebě dávky či odvykací příznaky, které Mezinárodní klasifikace nemocí u cannabinooidů neuvádí (Kalina, 2003).

3.1 Cannabinoidy - účinné látky

Konopí je neobyčejná rostlina, jelikož se řadí mezi jediný známý rostlinný rod, který vytváří chemické látky označované jako cannabinoidy (Dupal, 2004). Již dávno se vědělo, že konopí je psychoaktivní, ale až profesor Hebrejské univerzity Raphael Mechoulam tyto psychicky aktivní látky v konopí v roce 1964 identifikoval (Králová, 2015).

Některé cannabinoidy ovlivňují naši psychiku tak, že přivádí uživatele do stavu opojení. Tento stav se nejčastěji označuje jako „rauš“ a v angličtině se pojí ke slovu „high“. Díky tomuto stavu si konopí u některých lidí získalo velkou popularitu, a to především jako rekreační droga (Dupal, 2004). Mimo to, že jsou cannabinoidy ve společnosti považovány za návykové a nebezpečné látky, tak se ukázaly jako velice účinné při léčbě mnoha lidských nemocí (Holland, 2010).

U rostlin konopí je velmi podstatná její pryskyřice, která je produkována žlázami na listech a zejména pak v samičím květenství. Právě v samičím květenství je nejvyšší koncentrace cannabinooidů z celé rostliny konopí. Pryskyřice je tvořena velice četnou směsí tzv. cannabinooidních látek, které se odlišují stavbou svých molekul (Bečková a Višňovský, 1999). Pryskyřice je olejovitá a tekutá hmota žluté až hnědavě žluté barvy. Velmi zásadní je množství a zastoupení cannabinooidů v rostlině. Od toho se pak odvíjí to, jaké vlastnosti z hlediska psychoaktivních účinků rostlina bude mít, tedy jaká bude její potence (Dupal, 2004).

V následujícím textu uvedu pár převládajících látek, které se vyskytují v pryskyřici, která je produkována rostlinou.

Jedna z nejdůležitějších látek, která se vyskytuje v konopí je označována zkratkou THC neboli delta-9-tetrahydrocannabinol. Patří mezi základní účinnou psychoaktivní složku konopí, která může ovlivňovat náladu, vnímání a chování člověka díky tomu, že působí na centrální nervový systém. S účinky THC se člověk může setkat po vykouření jointa. Projevuje se pocity štěstí, uvolnění, euforie, ale také úzkostí, zpomaleným vnímáním času, paranoidními myšlenkami apod. Předpokládá se, že tato látka způsobuje 70 – 100 % všech psychoaktivních účinků. THC se nachází ve všech odrůdách konopí, kde se vyskytuje v různém množství – od prakticky nulových hodnot až po přibližně 95 % všech přítomných cannabinoidů. THC vykazuje psychoaktivní a analgetické účinky (Dupal, 2004). Tento cannabinoid je důležitý i při léčebném využití konopí. V lidském organismu působí zejména na potlačení svalových křečí, podporu chuti k jídlu, poskytuje úlevu od nevolnosti, zvracení, a také ulevuje od bolesti (Ruman, 2014).

K dalším významným látkám patří cannabidiol (CBD). Podobně jako u THC se vyskytuje u většiny odrůd konopí v koncentraci od téměř 0 – 95 % přítomných cannabinoidů. Na rozdíl od THC u něj neobjevíme žádné psychoaktivní účinky. Tento cannabinoid působí proti povzbudivým efektům THC. Oddaluje nástup účinku THC a zároveň prodlužuje jeho působení. Když konopí obsahuje nízký podíl THC a je naopak vysoké CBD, tak se u člověka můžou projevit pocity slabosti, útlumu až po stav otupělosti. Naopak při patřičném podílu CBN a THC navozuje melancholickou a snivou náladu. Význačným léčebným účinkům CBD se poslední dobou věnuje hodně pozornosti a výzkumů. CBD vykazuje sedativní, analgetické a antibiotické účinky (Dupal, 2004). Dále bylo lékařsky prokázáno, že CBD může v lidském organismu potlačovat růst rakovinotvorných buněk, podporovat růst kostí, zmírňovat záchvaty a křeče, snižovat hladinu cukru v krvi, zmírňovat zánět, snižovat hrozbu ucpávání tepen, přinášet úlevu při nevolnostech, zvracení a bolestech, zmírňovat úzkost, zpomalit bakteriální růst, potlačovat svalové křeče a léčit lupénku (Ruman, 2014). Klinický výzkum v posledních letech rovněž ukázal, že CBD při léčbě akutní schizofrenie působí stejně účinně jako antipsychotika, které se na toto onemocnění běžně používají. Dokonce bylo prokázáno, že CBD má méně nežádoucích účinků, než antipsychotika (Magazín Legalizace, 2012).

Mezi další cannabinoidy patří cannabinol (CBN). Tuto látku neprodukuje rostlina v pryskyřici jako v předchozích případech, ale je oxidačním produktem THC. Čerstvá marihuana ho obsahuje velmi málo, zato nesprávně uchovaná marihuana nebo proces výroby hašiše může zapříčinit oxidaci THC. CBN obsahuje maximálně 10 % psychoaktivity THC. Jeho užití v medicíně je spíše druhořadé a ve srovnání s THC jsou jeho účinky podstatně menší.

Dupal (2004) uvádí, že tato látka patrně navozuje pocity vnitřní rozpolcenosti, únavy, závratě a ztráty orientace.

Jako další látku zde můžeme zahrnout cannabichromen (CBC). Řadí se mezi důležité cannabinoidy, i když se na rozdíl od CBD a THC objevuje v nižších koncentracích. Převažuje názor, že tato látka nemá žádné psychoaktivní účinky. CBC však můžeme najít v rostlinách s vysokou potencí, kde svou přítomností zvyšuje účinky THC (Dupal, 2004). Ruman (2014) uvádí, že tento cannabinoid v lidském organismu potlačuje rakovinotvorné buňky, podporuje růst kostí nebo přináší úlevu od bolesti.

Grotenhermen (2009) uvádí další významné cannabinoidy jako například Cannabigerol (CBG), Delta-8-Tetra-hydrocannabinol (Delta-8-THC), Cannabicyclol (CBL), Cannabielsoin (CBE), Cannabinodiol (CBND), Cannabitriol (CBTL).

3.2 Intoxikace cannabinoidy

Při užití cannabinoidů u uživatele dochází k intoxikaci. Jak již bylo zmíněno ve druhé kapitole, tak se cannabinoidy nejčastěji užívají formou inhalace nebo perorálně. U perorální aplikace se ovšem na rozdíl od inhalace účinek dostavuje později a zároveň při něm hrozí riziko užití nekontrolovatelně velkého množství látky. Projevy u všech psychoaktivních látek jsou vždy závislé na mnoha faktorech. Záleží především na množství užití účinné látky, způsobu užití, frekvenci užití, prostředí, aktuálním zdravotním stavu a náladě uživatele. Důležité je také to, zda se jedná o první užití nebo o opakovanou intoxikaci. Každý z těchto faktorů a mnoho dalších může stav uživatele v průběhu intoxikace nevyhnutelně ovlivnit (Ševela a Ševčík, 2011).

Kalina (2015) uvádí, že se u uživatele po požití cannabinoidů předpokládá stav celkového zklidnění, radosti, relaxace, euforie a zostření smyslového vnímání.

Proces intoxikace má zpravidla tři fáze. První fáze zahrnuje počáteční příznaky, které se týkají převážně pocitů úzkosti a uzavřenosti. Tato fáze platí především pro méně zkušené uživatele. Druhá fáze se týká nejvíce očekávaných efektů, a to euforie, zklidnění a pocitů štěstí. Obvykle je tato fáze dále doprovázena neopodstatněným, intenzivním smíchem a zostřením smyslových vjemů. V poslední fázi probíhá odeznění účinku, které se mnohdy vyznačuje mírnou zmateností, vyčerpáním a otupělostí (Kalina, 2015).

Fischer a Škoda (2009) tvrdí, že pokud jde o krátkodobé nepříznivé účinky intoxikace vyvolané cannabinoidy, tak se nejčastěji projevují zpomaleným vnímáním času, zhoršeným smyslovým vnímáním, poruchami krátkodobé paměti a zhoršenou psychomotorickou koordinací. Grinspoon a Bakalar (1996) uvádí jako další nežádoucí příznaky zarudnutí očí, mírné zrychlení tepu, zhoršenou pozornost, sucho v ústech, pocity hladu a zmatenost. Méně obvyklý, ale přesto podstatný je akutní psychologický účinek vyvolaný cannabinoidy. V tomto případě dochází ke stavu úzkosti, někdy souvisí i s paranoidními myšlenkami, které mohou postupně přerůst v dočasně ochromující paniku.

„Dá se říci, že při opakovaných intoxikacích se docílí očekávaného stavu rychleji, bez nežádoucích doprovodných efektů“ (Presl, 1994, s 32).

Pokud se droga užívá hromadně ve skupině lidí, tak je velká pravděpodobnost, že tyto osoby budou prožívat pocity relaxace, pohody, dobré nálady, živějšího a citlivějšího vnímání smyslových vjemů. Jestliže je naopak uživatel rozčilený, nervózní nebo užívá látku poprvé, tak se u něj můžou dostavit intenzivní změny ve způsobu myšlení a vyjadřování, zrychlený tok emocí až chaotické představy. V případě, že je uživatel sám, může na sobě často pociťovat otupělost až lhostejnost, pocit relaxace však přetrvává (Nožina, 1997).

3.4 Rizika spojená s užíváním cannabinoidů

I užívání cannabinoidů s sebou přináší určitá rizika. Mezi nejčastější nežádoucí účinky dlouhodobého užívání cannabinoidů se uvádí problémy dýchací soustavy, a to chronická bronchitida, suchý kašel či riziko vzniku nádorů. Vyšší riziko je rovněž zaznamenáno u vzniku rakoviny jícnu, hltanu nebo dutiny ústní (Bečková a Višňovský, 1999).

Engelander (2010) zmiňuje i lehké poruchy paměti a pozornosti, které trvají během uživatelovy chronické intoxikace. Tyto problémy po delší abstinenci většinou zmizí, ale v některých případech můžou i po dlouhé době stále přetrvávat.

Presl (1994) uvádí, že kouření je nejnebezpečnější způsob užití cannabinoidů. Při kouření marihuany se uvolňuje až pětkrát více škodlivých látek než u klasických cigaret (Sananim, 2007). Právě při dlouhodobém a neustálém kouření může dojít k poklesu obranyschopnosti organismu, narušení menstruačního cyklu, omezení pohyblivosti spermií a snížení množství spermatu, které může vést ke snížení plodnosti (Presl, 1997).

Některé studie uvádí, že kouření marihuany v průběhu těhotenství ženy může způsobit nižší porodní váhu dítěte. Jedná se však pouze o snížení 50 až 100 gramů oproti normální váze. Dále se uvádí možné projevy lehkých vývojových poruch mozku u dítěte, jehož matka během těhotenství kouřila marihuanu. Toto riziko je ale velmi malé. Ve srovnání s alkoholem a tabákem jsou možné škody užívání konopných drog výrazně menší (Grotenhermen, 2009).

Sananim (2007) upozorňuje na možné riziko prohloubení úzkostných a negativních pocitů při užití cannabinoidů v nesprávnou chvíli. Touto chvílí se myslí nevhodné prostředí, ve kterém se jedinec momentálně nachází nebo jeho špatné psychické naladění při užití konopných drog. Kalina (2003) uvádí, že se při špatném naladění můžou objevit tzv. flashbacky, které občas vyústí i v paranoidní stavy. Jedinec má obavy z pronásledování, hodnocení a neustále si myslí, že ho někdo pozoruje. Výjimečně se u jedinců mohou objevit stavy zmatenosti, bezradnost, autoagrese, agrese k okolí nebo poruchy myšlení a emocí.

Zimmerová a Morgan (2003) na základě výsledků ze studií uvádí, že se neprokázalo oslabení imunitního systému, snížení počtu spermií a ani narušení menstruačního cyklu při užívání cannabinoidů. Rovněž se nepotvrdili se fyzické a vývojové poruchy u dětí, jejichž matky během těhotenství kouřily marihuanu.

Konopné drogy se nedoporučuje užívat zároveň s jinými drogami, a to včetně alkoholu. Rizika jsou pak mnohonásobně vyšší (Sananim, 2007).

3.5 Teorie vstupní drogy

O tom, zda marihuana je nebo není vstupní branou k dalším drogám, se vedou dlouholeté diskuze. Názory lidí týkající se tohoto tématu jsou odlišné, ale teorie marihuany jako vstupní drogy se však neprokázala. Novější studie zaměřené na drogovou problematiku poukazují spíše na to, že vstupní branou k dalším drogám je především alkohol (Sananim, 2007).

Presl (1994) uvádí, že ačkoliv většina pacientů podstupující léčbu drogových závislostí udává jako první drogu marihuanu, tak v žádném případě nelze tvrdit, že všichni uživatelé marihuany automaticky začnou brát i jiné drogy. Je totiž mnoho pravidelných i příležitostných uživatelů marihuany, kteří k dalším drogám nikdy neinklinovali. Pouze velmi malý zlomek těchto uživatelů marihuany někdy zkusí i nějakou jinou drogu. Autor dále uvádí, že ti co udávají marihuanu, jako vstupní bránu k dalším drogám jsou pouze neznalí v této problematice.

Zimmerová a Morgan (2003) jsou toho názoru, že marihuana užívání jiných drog nevyvolává a pro téměř všechny uživatele není drogou vstupní, ale naopak konečnou. Dále uvádí, že uživatelé méně populárních drog jako např. kokainu a heroinu užívají rovněž i marihuanu. Naopak uživatelé marihuany ve většině případů další drogy neužívají.

Miovský (2008) podle současných poznatků uvádí, že kdyby marihuana neexistovala či byla pro lidi úplně nedostupná a její konzumace tedy žádná, tak by uživatelů dalších drog v důsledku toho nějak nebylo. Naopak by se mohlo stát, že by lidé začali ve větší míře užívat jiné drogy včetně alkoholu.

I přesto, že mnoho studií vyvrací teorii marihuany jako vstupní drogy, tak někteří autoři marihuanu za tuto „startovací drogu“ považují. Nešpor (2000) uvádí, že vstupní drogou je marihuana. K tomu faktu ovšem dodává, že v našich podmínkách k ní bezesporu patří i alkohol a tabák.

3.6 Prevalence

Situace a postoje lidí v české společnosti ohledně užívání návykových látek jsou již delší dobu poměrně ustálené, i když poslední dobou pomalu klesá přijatelnost kouření tabáku a roste přijatelnost pití alkoholu a užívání konopných látek. Za poslední roky vzrostlo procento lidí, kteří jsou proti trestnému postihu uživatelů konopných látek a hlavně proti postihům osob, které užívají konopí pro léčebné účely. Mladí lidé v České republice v porovnání s evropskými vrstevníky udávají relativně lehkou dostupnost konopných látek (Výroční zpráva, 2014). Z výzkumů také vyplývá, že uživatelé konopných látek jsou častěji muži než ženy.

Z dlouhodobého hlediska je v Evropě užívání marihuany zjevně stabilní, nebo dokonce klesá. Tento fakt je zaznamenán především u mladých lidí (EMCDDA, 2014).

Zhruba čtvrtina dospělých obyvatel Evropské unie, což je více jak 80 milionů dospělých, užila aspoň jednou v životě nelegální drogu. Prevalence marihuany je přibližně pětikrát vyšší než u jiných látek, nelegálně ho užilo asi 75,1 milionu lidí. Další odhadované počty osob, které během života užily kokain, amfetaminy a extázi se pohybují zhruba na úrovni 35 milionů dospělých obyvatel Evropské unie. Za poslední rok podle odhadů užilo marihuanu 14,6 milionu mladých Evropanů od 15 – 34 let, což tvoří 11,7 % této věkové skupiny, přičemž 8,8 milionu jsou osoby ve věku 15 – 24 let, které představují 15,2 % této věkové skupiny (EMCDDA, 2015).

Výsledky poslední největší celoevropské školní studie ESPAD uvádí, že v České republice došlo za poslední roky k poklesu užívání většiny nelegálních drog včetně konopných látek. Ze studie vyplývá, že studenti ve věku 16 let měli v roce 2011 nejčastější zkušenost s marihuanou a hašišem ve 42,3 %, v roce 2007 – 45,1 % a v roce 2003 – 43,6 %. Opakované užívání konopných látek uvedlo v roce 2011 – 18 %, v roce 2007 – 21,8 % a v roce 2003 – 23,2 % studentů. Mezi další nejčastěji užívané nelegální drogy studenti uváděli halucinogenní houby 6,9 %, LSD a jiné halucinogeny 5,1 %, extázi 3,3 %. Zkušenost s pervitinem, amfetaminy, heroinem a kokainem byly méně časté. Dále lze sledovat vysokou prevalenci u léků se sedativním účinkem 10,1 % a užití těkavých látek 7,8 % (Chomyová, Csémy, Grolmusová, Sadílek, 2014).

4 Konopí a legislativa v České republice

K 1. 1. 2010 nabyl v České republice platnosti nový trestní zákoník – zákon č. 40/2009 Sb., který se zabývá nedovoleným nakládáním s omamnými a psychotropními látkami, včetně konopí. V tomto trestním zákoníku se základní drogové trestné činy nachází v ustanoveních § 283 – 287 (Jelínek, 2013).

Za nelegální se považuje veškerá manipulace s drogami. Zákon od března 2014 u konopí určuje tzv. malé množství, které je stanoveno na 10 gramů sušiny. Při takovémto držení malého množství rostliny konopí se jedná o jistou toleranci a vše je řešeno pouze jako přestupek, který se většinou trestá formou peněžitě pokuty. Naopak při držení rostliny konopí v množství větším než malém se jedná o trestný čin a dotyčné osobě hrozí až 1 rok vězení. Pokud jde o případ držení rostliny konopí ve větším než malém množství a přitom je tato rostlina dále šířena, tak může dotyčné osobě hrozit až 5 let vězení (Vicherek, 2014).

Pokud se při pěstování konopí pro vlastní potřebu nejedná o množství větší než malé a rostlin je maximálně pět s obsahem THC pod 0,2 %, tak jde rovněž pouze o přestupek. V případě pěstování většího než malého množství a rostlin je více než pět s obsahem THC nad 0,2 %, tak se jedná o trestný čin a dotyčné osobě může hrozit až šest měsíců vězení. V případech, kdy mluvíme o pěstování mnoha desítek rostlin konopí, tak hrozí dotyčné osobě až 5 let vězení.

Zákon nám dále uvádí, že je přísně zakázané svádět či podporovat další osobu k užití jiné návykové látky než alkoholu, a to s hrozbou až 3 let vězení. Pokud osoba nabádá či podporuje užití návykové látky jako člen organizované skupiny, vůči dítěti či nějakým veřejným prostředkem, tak jí hrozí 1 až 5 let vězení. Pokud osoba nabádá či podporuje k užití návykové látky osobu mladší 15 let, tak hrozí pachateli 2 až 8 let vězení.

Ty osoby, které umožní přechování, prodej či samotné zprostředkování prodeje rostliny konopí jsou ohroženy sazbou 1 až 5 let vězení. V případě, že je osoba člen v organizované skupině, v posledních 3 letech byl za podobné případy potrestán, konal tak ve velkém rozsahu či vůči osobě mladší 15 let, tak je v tomto případě sazba 2 až 10 let vězení. Sazba 8 až 12 let vězení připadá v úvahu při těžké újmě na zdraví a v případě smrti se jedná o 10 až 18 let vězení (Jelínek, 2013).

Dne 1. 4. 2013 nabyl účinnosti zákon č. 50/2013 Sb., kterým se novelizuje zákon o léčivech, návykových látkách a správních poplatcích. Tento zákon určuje, kdo může konopím

léčit, u koho a za jakých podmínek může léčba touto rostlinou probíhat. Rovněž uvádí přípravu léčebného konopí, jejich evidenci a vydávání.

Více než jeden rok od přijetí tohoto zákona trvalo, než se Ministerstvu zdravotnictví České republiky podařilo spustit elektronický registr receptů, který je pro lékaře k předepisování lékařského konopí nutný. První léčebné konopí bylo možné koupit až v listopadu 2014. Pacienti na předpis od lékaře mohli získat maximálně 30 gramů konopí na měsíc, což většinou při jejich léčbě nemoci nestačilo. Podle nejnovějších studií z ostatních zemí je průměrná měsíční dávka pro pacienta 60 až 70 gramů, někteří však potřebují až dvojnásobek této dávky (Králová, 2015). Od října 2015 v České republice platí nová vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 236/2015 Sb., která zvyšuje povolený limit 30 gramů konopí na maximální měsíční dávku 180 gramů konopí na osobu (ČESKO. Vyhláška č. 236/2015 Sb., o stanovení podmínek pro předepisování, přípravu, distribuci, výdej a používání individuálně připravovaných léčivých přípravků s obsahem konopí pro léčebné použití. In: *Sbírka zákonů České republiky*, ročník 2015, částka 98).

Léčebné konopí bylo až doposud dovážené z Nizozemí a gram vyšel na 300 Kč. Pacienty od zakoupení léčebného konopí odrazovala příliš vysoká cena, a proto si ho raději pěstovali sami nebo ho sháněli na černém trhu. V těchto případech jim však hrozil konflikt se zákonem. Od 23. 3. 2016 se do lékáren dostalo první české konopí, které pacienta vyjde zhruba na 100 Kč za gram. Jedná se o konopí s obsahem THC 19 % a méně než 1 % CBD. Pro pacienty se nyní stává konopí cenově daleko přijatelnější. Dále jsou ovšem vyvíjeny snahy o to, aby léčebné konopí hradily zdravotní pojišťovny. Zhruba z 2000 – 3000 pacientů, kterým by léčebné konopí pomohlo, si ho v minulém roce mohly koupit jen dvě desítky těchto pacientů. Většina pacientů je v invalidním důchodu a léčebné konopí si nemůžou dovolit (EuroZprávy.cz, 2016).

Konopí pro léčebné použití se může předepisovat osobám starších 18 let a učinit tak může jen několik odborníků ze specializace klinické a radiační onkologie, revmatologie, léčba bolesti, neurologie, oftalmologie při léčbě nitroočního tlaku, ortopedie, infekční lékařství, paliativní medicína, geriatrické vnitřní lékařství nebo psychiatrie (ČESKO. Vyhláška č. 236/2015 Sb., o stanovení podmínek pro předepisování, přípravu, distribuci, výdej a používání individuálně připravovaných léčivých přípravků s obsahem konopí pro léčebné použití. In: *Sbírka zákonů České republiky*, ročník 2015, částka 98).

5 Konopí jako lék

V padesátých letech se v tehdejším Československu stal průkopníkem v léčbě konopím pan prof. Jan Kabelík, když společně s prof. Zdeňkem Krejčím a Františkem Šantavým na Univerzitě Palackého v Olomouci prováděli výzkum, který dokázal výrazné antibiotické a anestetické účinky této rostliny. Extrahované látky z konopí zabíraly i na bakterie, které byly běžně odolné vůči penicilinu. S úspěchem pak dále tyto látky testovali v mnoha klinických oborech (Ruman a Klvaňová, 2008). Pan prof. Kabelík společně se svým týmem označil rostlinu antibiotikem 21. století a svůj výzkum s úžasnými výsledky prezentovali na vědecké konferenci v Olomouci roku 1954. Rok 1955 byl důležitým mezníkem, protože tuto zázračnou léčebnou látku jako první na celém světě prof. Krejčí s prof. Šantavým izolovali a popsali jako cannabidiol (CBD), který neobsahuje žádné psychoaktivní látky. Jelikož svůj výzkum publikovali pouze v českém jazyce, tak jejich objev nebyl světu znám. Proto se v současné době za objevitele CBD označuje spíše Schulz s Haffnerem, kteří však objev CBD uveřejnili až v roce 1958 (Králová, 2015).

V této oblasti bych také chtěla připomenout další důležité jméno jednoho významného průkopníka, který se zabývá problematikou léčebného konopí. Tímto člověkem je Doc. RNDr. Lumír Ondřej Hanuš, DrSc., Dr.h.c.mult., který vystudoval analytickou chemii na Univerzitě Palackého v Olomouci. Výzkumem konopí se zabývá od roku 1970. Započal ho na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci a bádání trvá až do dnešní doby. Aktuálně působí na Hebrejské univerzitě v Jeruzalémě. Nebýt objevu pana profesora Lumíra Ondřeje Hanuše, tak by vědci dodnes netušili, proč konopí léčí. Společně s kolegou se mu podařilo izolovat „látku blaženosti“, kterou nazvali anandamid. Slovo anandamid pochází ze sanskrtu, kde ánanda vyjadřuje „vnitřní štěstí“ či „blaho“ a amid označuje chemickou podstatu látky. Objev anandamidu byl významným průlomem, který dal vědcům možnost pochopení mechanismu léčebných účinků konopí (Králová, 2015). Anandamid je endogenní cannabinoid, tudíž ho přirozeně produkuje organismus a v lidském těle se váže na totožné receptory jako THC neboli delta-9-tetrahydrocannabinol a vyvolává v něm podobné reakce (Ruman, 2014).

5.1 Historie užívání léčebného konopí

O konopí jako léku, který zázračně působí na několik desítek nejrozličnějších nemocí, jsou zmínky již v dávných lékařských spisech mnoha kultur. Znalost o léčebném užití konopí byla

běžně pod kontrolou šamanů a později lidových léčitelů. Přípravky složené z konopných semen či vrcholků květů byly běžně lidem předepisovány při horečkách, revmatismu, křečích, zánětech, depresích, migréně, bolestech uší, epilepsii, nespavosti, na zklidnění nervů, zlepšení chuti k jídlu a rovněž bylo konopí lidem doporučeno jako afrodisiakum či analgetikum. Ženy konopí užívaly převážně při menstruačních bolestech, usnadnění porodu nebo podpoře produkování mateřského mléka po porodu (Conrad, 2001).

I přesto, že se mnoho z těchto použití od dnešních přístupů již odlišuje, tak se můžeme ještě i v současné době z této významné rostliny ve spoustě věcí přiučit a čerpat z těchto zkušeností (Conrad, 2001). O pár století zpět byly lidem dobře známy nejrůznější léčebné vlastnosti konopí a některé z nich dnes musíme bohužel složitě znovu objevovat. Týká se to např. tradičního užití konopí při neurologických onemocněních (Grotenhermen, 2009).

První prokazatelný záznam o využití lékařského konopí nacházíme již okolo roku 2300 př. n. l. v Číně, kdy tehdejší proslulý císař Šen Nung lidem předepisoval samičí konopí k léčbě zácpy, dny, malárie, revmatismu a menstruačních bolestí. Čínským císařem bylo samičí konopí zahrnuto mezi významné elixíry nesmrtelnosti (Robinson, 2004).

Léčebné konopí však bylo využíváno i v ostatních zemích. V Indii lidé považovali konopí za posvátnou rostlinu, kterou označovali jako „dar bohů“. Konopím léčili desítky nemocí a obtíží. Užívali jej převážně na snižování horečky, hlubší a klidnější spánek, úplavici, na podporu chuti k jídlu, ale také ho považovali za rostlinu prodlužující život a povzbuzující myšlení či úsudek. V Africe ještě v dnešní době některé kmeny berou konopí jako božstvo, které je ochraňuje před fyzickou a duševní újmou nebo jej používají při léčbě malárie (Dupal, 2004). Ženy kmene Suto v Jihoafrické republice dokonce vdechují kouř z konopných květů, aby měly jednodušší průběh porodu (Ruman a Klvaňová, 2008).

První zmínky o lékařském užití konopí v Evropě jsou zaznamenány okolo roku 1000, a týkají se převážně užití konopných semen. Konopná semena představují pro člověka zdravou a přínosnou stravu, odstraňují v žaludku hlen, jsou lehce stravitelná, posilují dobré šťávy a špatné oslabují. Středověcí sběrači dělali rozdíl mezi „hnojeným“ konopím, které sloužilo např. proti žloutence nebo kašli a „méně hodnotným“ konopím, které bylo osvědčené při léčbě vředů, výrůstků, boulí aj. (Grotenhermen, 2009).

Tradiční znalosti o konopí se prosadily i v moderní době, kdy v 19. století na anglickém královském dvoře užívala proti menstruačním bolestem a migrénám konopí předepsané lékaři i královna Viktorie. Konopné tinktury v té době patřily mezi nejprodávanější léky. Švýcarsko

si na rozdíl od zbytku okolních zemí Evropy na některých místech uchovalo tradici léčení konopím do dnešní doby. Z literatury počátku 20. století se můžeme dočíst o různých způsobech užití konopí v medicíně. Tato rostlina se užívala povařená v mléce na kašel, obklady s konopím proti otokům, revmatismu a na dnu. Dále se rozdrčený kořen konopí užíval na léčbu popálenin a čaj z rozdrčených konopných semínek na bolesti močových cest (Ruman a Klvaňová, 2008).

Tisíce let bylo konopí uznávané i pro své euforické účinky. Na začátku minulého století vznikl mýtus, že konopí je důvodem vyšinutosti, chlípnosti, násilí a zločinu u lidí. Dále se tvrdilo, že jedna vykouřená cigareta s marihuanou způsobuje návyk a je příčinou závislosti na ostatních drogách. Tyto mýty byly podpořeny a úmyslně šířeny politiky a publicisty, kteří byli bez jakýchkoliv zpráv a znalostí o konopí. Bohužel neměli ani v úmyslu se o tuto rostlinu blíže zajímat (Dupal, 2004). V roce 1932 došlo s prohlášením o zákazu konopí k jeho odstranění z britského seznamu léčiv, v roce 1950 z amerického a v roce 1966 z indického seznamu léčiv. I přes veškeré zákazy, zavrhování, omezování a propagandu různých zemí, lidé i nadále pokračují v odhalování a znovuobjevování léčivého působení konopí na lidi (Robinson, 2004).

5.2 Onemocnění léčitelné konopím dle současné medicíny

Výzkum a studium konopí jako léku směřuje i přes určitý útlum společnosti stále více k jeho pokroku. Objevy uskutečněné v posledních letech naznačují, že konopí je pro lidi velice perspektivní rostlinou. U všech léčiv by vždycky měly zřetelně převažovat kladné účinky nad těmi negativními. Léčivé konopí tyto kritéria splňuje. Konopím se nikdy nikdo nepředávkoval, není toxické a nikdo na následky jeho užití nezemřel. V dnešní době užívají konopí miliony lidí z celého světa k „samoléčbě“ (Rätsch, 2013). I přes průkazné léčebné účinky se někteří lékaři i nemocní lidé konopí doposud obávají používat, což obvykle vyplývá z pouhé nevědomosti této problematiky. I když může dlouholeté kouření marihuany pro člověka znamenat poškození dýchací soustavy, tak jsou jasné důkazy, že konopí na rozdíl od převážné části jiných drog není tolik škodlivé (Booth, 2004).

V praxi se setkáváme s řadou nemocí, při nichž je prokázané, že produkty z konopí skutečně pomáhají.

Neurologická onemocnění, která můžeme léčit produkty z konopí, zahrnují epilepsii, Parkinsonovu chorobu, Alzheimerovu chorobu, roztroušenou sklerózu, Tourettův syndrom (vrozené neuropsychiatrické onemocnění), Huntingtonovu chorobu (dědičné

neurodegenerativní onemocnění mozku), neuropatickou bolest, migrénu, dystonii (mimovolní stahování svalů), poranění mozku a míchy.

K onemocněním spojeným s imunitním systémem, které jsou léčitelné konopím, patří nemoci jako revmatismus, alergie, Crohnova choroba (chronické zánětlivé onemocnění tlustého střeva), atopický ekzém nebo astma. Mezi onkologická onemocnění, u kterých již bylo jasně prokázáno kladné působení konopí, patří rakovina prsu, kůže, mozku, prostaty a jiné typy. Úspěšnost léčby rovněž závisí na typu nádorového onemocnění. Jasná je ale úleva v případech oprostění od nežádoucích účinků protirakovinné léčby, jako je chemoterapie a radioterapie.

Mezi **psychiatrická onemocnění** léčitelná různými produkty konopí řadíme úzkosti, deprese, ADHD (hyperaktivita s poruchou pozornosti), obsese nebo psychózy. U těchto onemocnění je však nutná kombinace s psychoterapií.

Do **dalších onemocnění**, u kterých jsou prokazatelné pozitivní léčebné účinky konopí, se zahrnují nemoci jako zelený zákal, cukrovka, záněty, obezita, vysoký krevní tlak, kožní onemocnění, nespavost, anorexie, nechutenství při onkologických onemocněních nebo u léčby AIDS (Králová, 2015).

5.2.1 Roztroušená skleróza

Roztroušená skleróza je chronické autoimunitní onemocnění, které poškozuje centrální nervovou soustavu (mozek a míchu). Roztroušená skleróza ovlivňuje schopnost vzájemné komunikace mezi nervovými buňkami v mozku a míše (Rätsch, 2013). Důsledkem bývá svalová slabost a ztráta koordinace. Některé případy tohoto onemocnění však mohou končit fatálně. Soudobá lékařská literatura poskytuje velmi podrobné informace o tom, jak konopí tlumí příznaky, které tuto nemoc provází, a to včetně bolestí, depresí, únavy, inkontinence a spasticity¹ (Holland, 2010).

Roztroušená skleróza nejčastěji postihuje mladé lidi od dvaceti do čtyřiceti let. V České republice je okolo 10 000 lidí postižených touto nemocí. Roztroušenou sklerózou jsou více ohrožené ženy než muži, a to přibližně v poměru 2:1 (Rätsch, 2013).

Na léčbu roztroušené sklerózy existuje velké množství různých léků a postupů, které vyžadují individuální přístup ke každému člověku a k aktuálnímu stadiu jeho nemoci. Terapie,

¹ Spasticita = zvýšené napětí svalů

kterými prochází lidé s roztroušenou sklerózou, mají vážné vedlejší účinky. Už od starověku byly známy analgetické účinky konopí, které nemocným pomáhaly při léčbě revmatismu a svalových křečí. Proto nebyla náhoda, když nemocní lidé trpící roztroušenou sklerózou v případě, kdy žádná jiná léčba nezabírala nebo byli příliš odrazováni negativními vedlejšími účinky léčby, sáhli právě po konopí, které k těmto pacientům působilo až blahodárným způsobem. Na popud toho byla započata americko-britská studie, která se zabývala lidmi s roztroušenou sklerózou připouštějících užívání konopí. Ti pacienti, kteří měli při usínání problémy se spasticitou, udávali po užití konopí v 96,5 % subjektivní zlepšení, v 95,1 % zlepšení u pacientů trpících bolestí svalů, v 93,2 % trpících bolestí nohou, v 90,7 % při třesu rukou či hlavy a v 90,6 % zlepšení depresí (Miovský, 2008).

Hollandová (2013) rovněž potvrzuje pozitivní účinky konopí, a to při perorálním podání rostlinných konopných extraktů pacientům. V tomto případě došlo ke zmírnění bolesti, spasticity a močové inkontinence. Dále zdůrazňuje, že na základě lékařských výzkumů bylo při cannabinoidní terapii dokázáno zpomalení progresu nemoci.

5.2.2 Parkinsonova nemoc

Parkinsonova nemoc je chronické onemocnění nervového systému, kdy dochází ke snížení počtu nervových buněk v mozku. Tyto nervové buňky patří mezi důležité producenty dopaminu, pomocí kterého probíhá komunikace mezi nervovými buňkami. Když je v těle nedostatek dopaminu, tak se to projevuje zpomalenými pohyby, řečovými poruchami, poruchami držení těla, depresí, voskovým obličejem, únavou, poruchami spánku, ztuhlostí svalstva, třesem a písmo člověka postiženého touto nemocí se stává nečitelným. Příznaky Parkinsonovi nemoci se u člověka zpravidla vyskytnou při úbytku 50 – 80 % nervových buněk produkujících dopamin (Grotenhermen, 2009).

Toto dlouhodobé a nezvratné onemocnění mozku se vyskytuje přibližně u každého stého seniora nad 60 let.

Parkinsonova nemoc je léčitelná, ale člověk prostřednictvím moderní medicíny její projevy pouze zpomalí a ztlumí, nikdy však člověka nevyлéčí úplně a postupující nemoc se nezastaví. Člověk, který touto chorobou trpí, má výrazně omezenou kvalitu svého života (Doležal, 2000).

Parkinsonova nemoc se léčí zpravidla pomocí nejrůznějších medikamentů, z nichž se za nejúčinnější považuje Levodopa. Tento lék se v těle člověka dokáže přeměnit na dopamin, ale po delší době užívání se dostávají vedlejší účinky v podobě poruchy hybnosti, a také účinnost léku klesá a projevy nemoci se opět vyskytují v plné míře.

Z vědeckého výzkumu Univerzity Karlovy v Praze vyplývá, že s kladným účinkem u lidí trpících Parkinsonovou nemocí se lze setkat až po dlouhodobém užívání konopí pacientem. Z 85 pacientů s Parkinsonovou nemocí užívajících konopí odpovědělo 46 %, že u nich po uplynutí určité doby došlo k redukci příznaků této nemoci. Dalších 31 % uvedlo, že došlo ke zmírnění třesu ve stavu klidu, 45 % zmínilo zmírnění strnulosti pohybů, 38% udává zmírnění ztuhlosti svalů a 14 % pacientů uvedlo značné zlepšení dyskineze², navozené používáním Levodopy. První pokroky se u pacientů dostavily průměrně po 1,7 měsících od počátku užívání konopí (Grotenhermen, 2009).

Mezi jeden z nejznámějších případů léčby Parkinsonovy nemoci v České republice patří ten, kdy konopí pomohlo seniorovi panu Josefu Ponikelskému. Pan Ponikelský se za svou výpověď o tom, jak dosáhl zlepšení zdravotního stavu díky užívání konopí, dostal na pár týdnů do českých médií. Senior během sezóny každý den žvýkal jeden čerstvý list samičí rostliny konopí a mimo sezónu užíval sirup z kořenů nebo prášek z listů či palic samičích rostlin. Po 3 měsících užívání konopí se objevilo první krátkodobé zlepšení v podobě plynulé chůze a po 4 měsících pan Ponikelský chodil stejně dobře, jako tomu bylo před Parkinsonovou nemocí. Když bral pan Ponikelský pouze léky, tak vymizela část příznaků nemoci. Poté co k lékům začal užívat konopí, tak příznaky Parkinsonovy nemoci zmizely úplně. Zlepšení stavu bylo opakovaně potvrzeno samotnými lékaři a díky tomu se v českých médiích začalo o konopí hovořit jako o opravdovém léku (Doležal, 2000).

5.2.3 Epilepsie

Epilepsie, kterou můžeme v literatuře najít taktéž pod názvem padoucnice je onemocnění mozku. K jejím projevům patří opakující se záchvaty odlišného charakteru, které jsou způsobeny výbojem v elektrické činnosti specifické části nervových buněk. Záchvaty se často projevují poruchami vědomí a vnímání, vegetativními projevy, psychickými příznaky a křečemi. Mezi klasické záchvaty tzv. „grand mal“ zahrnujeme ty, které jsou doprovázeny

² Dyskineze = porucha souhry normálních pohybů

náhlým bezvědomím, křečemi, pomocněním a pokousáním. Odlišným záchvatem je tzv. „petit mal“ s mráкотnými stavy, záškuby ve svalech bez ztráty vědomí a čichové záchvaty. To, jak silný záchvat bude, záleží na věku osoby a místě, které bylo v mozku poškozeno.

Epilepsií trpí zhruba 1 % celé populace, ale odhaduje se, že toto procento je ve skutečnosti vyšší (Mioviský, 2008).

Za poslední léta konopí sklízí mimořádné úspěchy v léčbě různých forem dětské epilepsie. Nejnovější zaznamenaný úspěšný případ léčby epilepsie konopím se stal v Novém Mexiku na počátku roku 2016. Teprve dvouměsíční holčička se již od narození potýkala s velmi těžkou formou epilepsie, díky které musela každý den bojovat o svůj život. Běžně používané léky holčičce neposkytovaly účinnou pomoc a naopak byly velkou zátěží pro její játra. Lékaři se proto snažili najít lepší alternativy. Až na usilovnou žádost rodičů lékaři vyzkoušeli léčbu pomocí konopného výtažku, u kterého zaznamenali již po dvou dávkách zlepšení. Holčička je pozornější, zvidavější a celkově se jí daří mnohem lépe. Rodina plánuje i nadále pokračovat v léčbě (Lucero, 2016).

O nejvíce mediálně známém případě léčby epilepsie konopím je natočený dokument s názvem WEED, který doslova přeměnil konopnou politiku USA. Jedná se o příběh holčičky Charlotte, která trpí Dravetovým syndromem, což je velice závažná forma nezvladatelné epilepsie. Dostupné nejsou žádné léky, které by tuto nemoc dokázaly držet pod kontrolou, proto je nezvladatelná. Holčička denně užívala sedm léků, z nichž některé byly velice nebezpečné a vysoce návykové. Každý týden prodělala až 300 záchvatů „grand mal“. Charlotte v pěti letech ztratila schopnost mluvit, chodit, měla problémy s příjmem potravy a celkově se její vývoj zastavil. Veškerá moderní medicína byla proti stavu Charlotte bezradná a rodiče usoudili, že už pro ně víc udělat nemůže. V ten moment se rozhodli jako poslední záchranu vyzkoušet léčebné konopí. Výsledky se dostavily téměř okamžitě. Po prvním užití nedostala Charlotte záchvat ani za sedm dní, přitom před použití extraktu z konopí měla normálně tři až čtyři záchvaty za pouhou hodinu. V současné době má Charlotte dva až tři záchvaty za měsíc, začala znovu chodit, jezdí na kole a každým dnem mluví stále víc (Hurýsek, 2013).

Za tyto dva a mnoho dalších neuvěřitelných případů se vděčí tzv. Šarlotině pavučince (Charlotte's Web), což je odrůda konopí, jejíž extrakt je úspěšně užíván u léčby epilepsie. Výtažek této odrůdy je téměř bez psychoaktivního THC, zatímco obsahuje velmi vysoké

množství nepsychoaktivního CBD, který má zřetelné léčebné účinky u řady nemocí (Konopí jako lék, 2014).

5.2.4 Zelený zákal

Zelený oční zákal neboli glaukom je oční onemocnění, jehož příčinou je zvýšení nitroočního tlaku a degenerace zrakového nervu. Jestliže je v oku nahromaděno nadměrné množství nitrooční tekutiny, která tlačí na sítnici a nemůže odtékat, tak dojde k utlačování a degeneraci citlivé oční struktury, převážně zrakového nervu. Tento nerv může po nějaké době dokonce úplně odumřít. Při neléčení tohoto onemocnění dochází k poruchám vidění a v nejhorším případě může pacient o zrak i přijít. V praxi se můžeme setkat chronickým a akutním glaukomem. Chronický glaukom se vyvíjí pomalu a pacient si ho nemusí až do doby, kdy dochází ke ztrátě zraku vůbec všimnout. Zvýšený nitrooční tlak člověk na sobě vůbec nepocítuje, protože nepůsobí žádnou bolest ani jiné obtíže. Dokáže jej odhalit pouze vyšetření u lékaře a léčí se především pomocí léků, kdy se do oka kapou medikamenty na snížení nitroočního tlaku. Za negativní se u této léčby uvádí velké množství vedlejších účinků, které mohou zapříčinit astma, pálení či změnu barvy očí. Akutní glaukom lze rozeznat velmi dobře, protože se u člověka projevuje velkými bolestmi hlavy, oka, nevolnostmi a zvracením. V tomto případě pacient podstupuje operaci (Miovský, 2008).

Na počátku sedmdesátých let minulého století bylo při výzkumech poprvé zjištěno, že kouření marihuany snižuje nitrooční tlak. U zrodu tohoto objevu tehdy stál Dr. Robert Hepler společně s Dr. Irou Frankovou. U dvou z jedenácti dobrovolníků tohoto výzkumu se takřka žádná změna nitroočního tlaku v oku neprojevila, avšak u zbytku dobrovolníků nitrooční tlak v oku poklesl o 25 % a u některých jedinců dokonce až o 45 %.

Pokusy v dalších letech potvrdily, že THC má opravdu příznivý vliv na snižování nitroočního tlaku v oku. Dále bylo z těchto pokusů zjištěno, že mimo pokles nitroočního tlaku v oku mohou cannabinoidy napomáhat i k rozšíření drobných cévek, tudíž dochází k lepšímu prokrvení. Cannabinoidy kromě toho ochraňují nervy a zamezují degeneraci zrakového nervu (Grotenhermen, 2009).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

1 Cíl výzkumného šetření a stanovení výzkumných otázek

Cílem výzkumného šetření mé bakalářské práce bylo zjistit informovanost studentů učitelských oborů Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci o problematice závislosti na cannabinoidech. Druhým důležitým bodem, kterým jsem se v této části práce zabývala, bylo zkoumání informovanosti respondentů o konopí, které jsou čerpány ze stejného zdroje jako předchozí cíl, což jsou odpovědi na dotazníkové položky.

V praktické části této bakalářské práce jsem si stanovila sedm výzkumných otázek.

V1: Bývaly častěji nabízeny cannabinoidy mužům než ženám?

V2: Přiznávají abúzus cannabinoidů častěji muži než ženy?

V3: Podceňují důsledky abúzu cannabinoidů více muži než ženy?

V4: Souhlasí většina respondentů s legalizací konopí?

V5: Jsou respondenti tolerantní k užívání konopí jak v případě vlastní potřeby, tak i pro léčebné účely?

V6: Je informovanost závislosti na cannabinoidech u žen vyšší než u mužů?

V7: Užili by respondenti konopí v případě, že by pomohlo zmírnit příznaky vyvolané nějakou nemocí?

2 Metoda výzkumného šetření

Jako metoda výzkumného šetření byla zvolena metoda dotazníku. Metoda dotazníku je velmi oblíbená a frekventovaná. Používá se k hromadnému získávání údajů prostřednictvím písemně kladených otázek. Dělit jej můžeme podle forem otázek na položky uzavřené neboli strukturované či položky otevřené neboli nestrukturované. Dále můžeme zvolit i položky škálové (Hartl a Hartlová, 2015).

Chráška (2007) uvádí, že dotazník je systém dopředu přichystaných a přesně formulovaných otázek, které jsou účelně seřazeny a dotazovaná osoba neboli respondent na ně odpovídá písemnou formou.

Dotazník často směřuje ke zjišťování dat a informací o respondentovi, ale také jeho názorů, postojů, motivů apod. (Pelikán, 2011).

Mezi kladné stránky dotazníku patří její snadná administrace a menší časová náročnost než u rozhovoru. Dotazník dále umožňuje oslovit velký počet respondentů a za krátkou dobu dostat značné množství informací, které nelze získat jiným způsobem, než právě dotazníkem. V tomto případě jde převážně o stanoviska, názory a postoje respondentů.

Za negativní stránku dotazníku se uvádí především subjektivita výpovědí, která je dána tím, že respondent může odpověď na otázky různě přizpůsobovat. Na otázky tedy odpoví tak, jak předpokládá, že se od něj očekává. Poté může dojít ke zkresleným výsledkům celého výzkumného šetření (Pelikán, 2011).

2.1 Popis výzkumného vzorku

Cílovou skupinou mého výzkumného šetření pomocí dotazníků byli studenti učitelských oborů Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 285 respondentů. Třináct odpovědí do výzkumného šetření nebylo započítáno, jelikož respondenti nebyli studenty učitelského oboru na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Ženy jsou ve výzkumném vzorku zastoupeny podstatně více než muži. Z 285 dotazovaných bylo 224 žen, což v procentuálním vyjádření činí 78,6 % a 61 mužů, což v procentuálním vyjádření činí 21,4 %.

2.2 Popis výzkumného šetření

Ve výzkumném šetření mé bakalářské práce jsem si zvolila metodu dotazníku. Dotazník se celkově skládal z 20 položek, které byly uzavřené, tudíž si respondenti vybírali z již předem připravených alternativních odpovědí tu, která jim přišla nejvíce vhodná. Všechny dotazníkové položky k vyplnění byly povinné.

Vstupní část dotazníku, která se skládá z hlavičky, obsahuje kromě instrukcí vyplnění dotazníku a ujištění respondenta o anonymitě sdělovaných dat i položky pohlaví a studijního oboru, který respondenti studují.

Ve svém výzkumném šetření jsem se rozhodla pro elektronický dotazník, který je ekonomický, více dostupný a dává možnost pracovat s větším vzorkem respondentů, než jak je tomu např. u papírové podoby dotazníku (Gavora, 2010). Dalším důvodem bylo, že vysokoškolští studenti využívají počítač při práci téměř denně a internet nám dává nové příležitosti i při dotazníkovém výzkumu.

Dotazník jsem zpracovala do internetové formy prostřednictvím služby Survio.com. Odkaz s on-line dotazníkem jsem opakovaně vložila na facebookovou stránku studentů Pedagogické fakulty Univerzity Palackého Olomouc a Univerzity Palackého, kde jsem společně s vloženým odkazem uvedla text s přesnými pokyny k vyplnění a požádala, aby dotazník vyplňovali pouze studenti učitelských oborů Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Konkrétní výzkumné šetření probíhalo od 21. září 2015 do 30. října 2015.

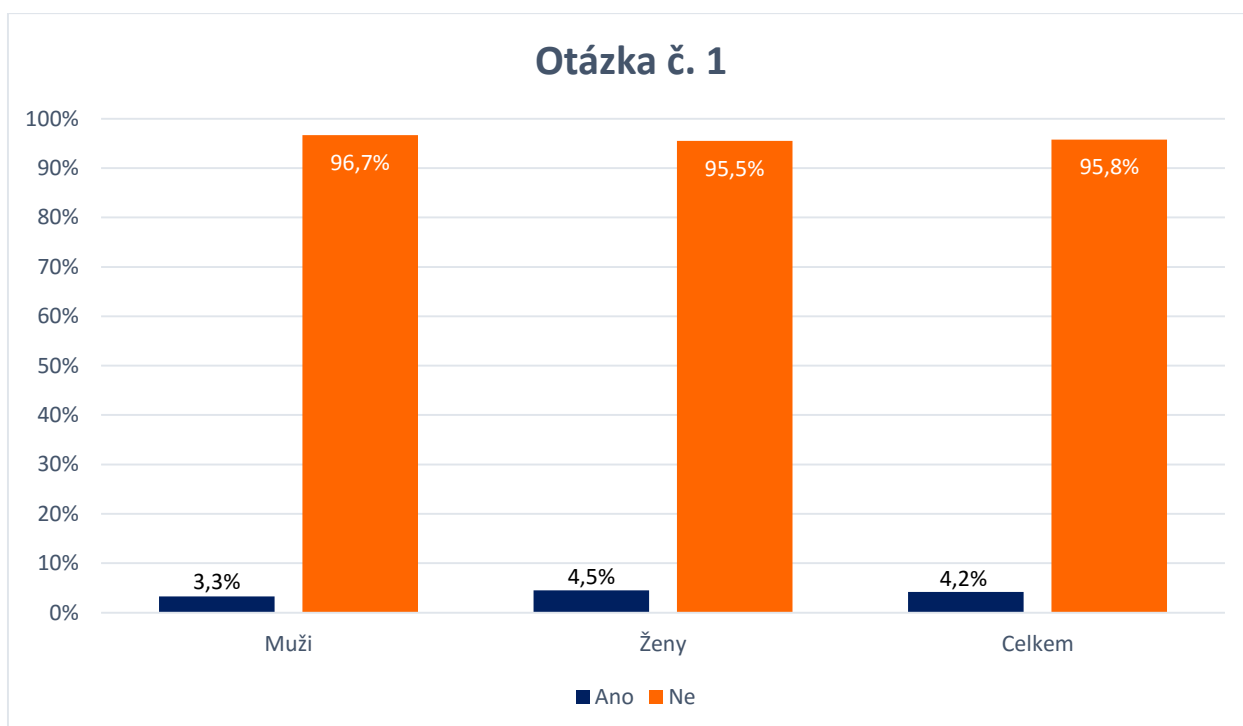
Čas pro vyplnění dotazníku činil nejčastěji 2 – 5 minut (63,2 %) a 5 – 10 minut (21,1 %). V celkovém počtu on-line návštěv dotazníku bylo nedokončeno 5 % případů, ve 24,6 % byl dotazník pouze zobrazen a dokončen byl v 70,4 % případů. Tyto údaje jsem zjistila ze stránky Survio.com, která v průběhu výzkumu tyto fakta registrovala.

3 Výsledky výzkumného šetření

Otázka č. 1: Je podle Vašeho názoru obtížné sehnat si konopí (cannabis, marihuanu, „trávu“), kdybyste o něj měl/a zájem?

	Ano	%	Ne	%	Dohromady
Muži	2	3,3	59	96,7	61
Ženy	10	4,5	214	95,5	224
Celkem	12	4,2	273	95,8	285

Tabulka č. 1: Kladné a záporné odpovědi respondentů k otázce č. 1.



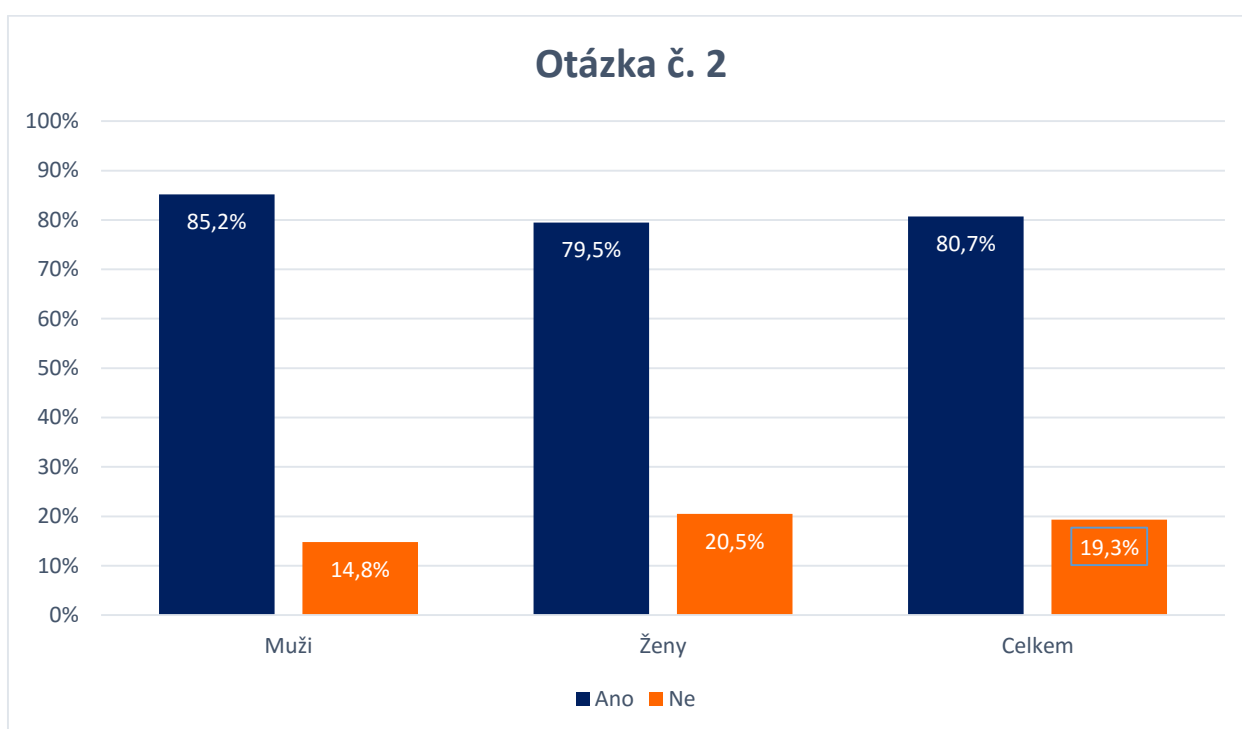
Graf č. 1: Grafické znázornění kladných a záporných odpovědí respondentů k otázce č. 1.

Na otázku č. 1, zda je pro respondenty obtížné sehnat si konopí, odpověděli kladně 2 (3,3 %) muži a 10 (4,5 %) žen. Zápornou odpověď uvedlo 59 (95,7 %) mužů a 214 (95,5 %) žen.

Otázka č. 2: Nabízel Vám už někdo konopí? (mimo produkty nabízené v lékárnách)

	Ano	%	Ne	%	Dohromady
Muži	52	85,2	9	14,8	61
Ženy	178	79,5	46	20,5	224
Celkem	230	80,7	55	19,3	285

Tabulka č. 2: Kladné a záporné odpovědi respondentů k otázce č. 2.



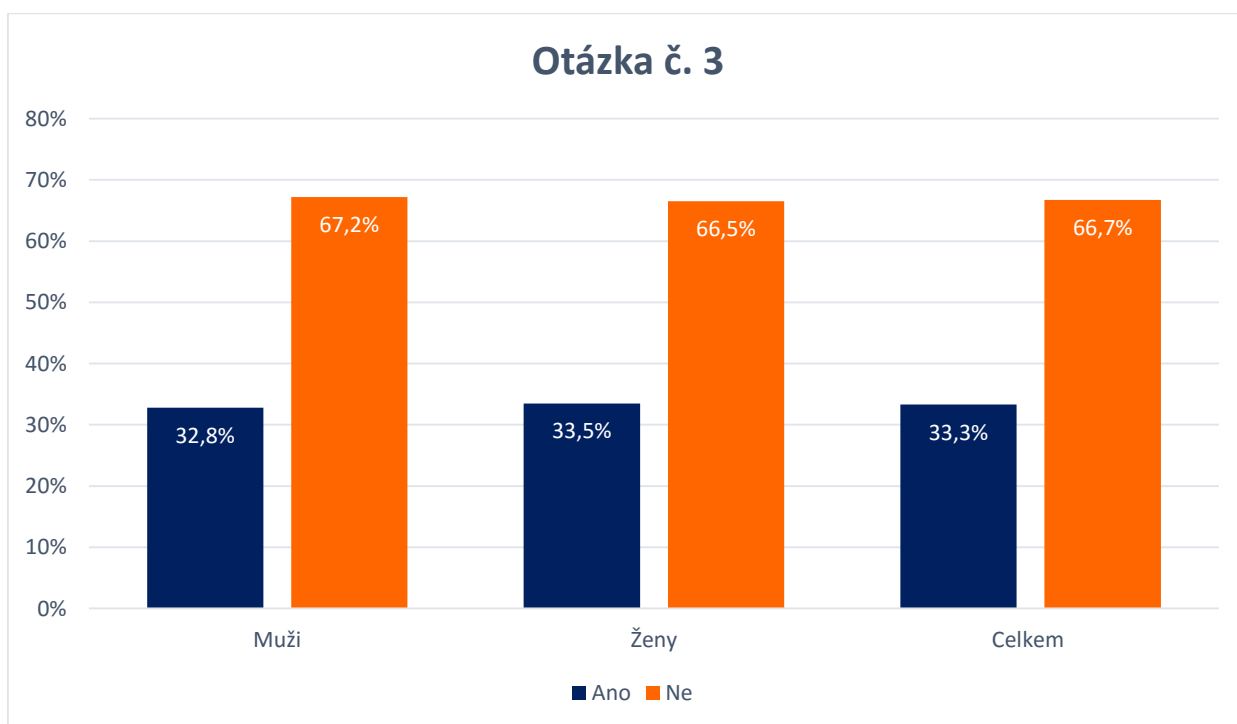
Graf č. 2: Grafické znázornění kladných a záporných odpovědí respondentů k otázce č. 2.

Na otázku č. 2, zda respondentům někdo nabízel konopí, odpovědělo kladně 52 (85,2 %) mužů a 178 (79,5 %) žen. Zápornou odpověď uvedlo 9 (14,8 %) mužů a 46 (20,5 %) žen.

Otázka č. 3: Zkusil/a byste konopí, kdyby Vám ho někdo nabízel? (mimo produkty nabízené v lékárnách)

	Ano	%	Ne	%	Dohromady
Muži	20	32,8	41	67,2	61
Ženy	75	33,5	149	66,5	224
Celkem	95	33,3	190	66,7	285

Tabulka č. 3: Kladné a záporné odpovědi respondentů k otázce č. 3.



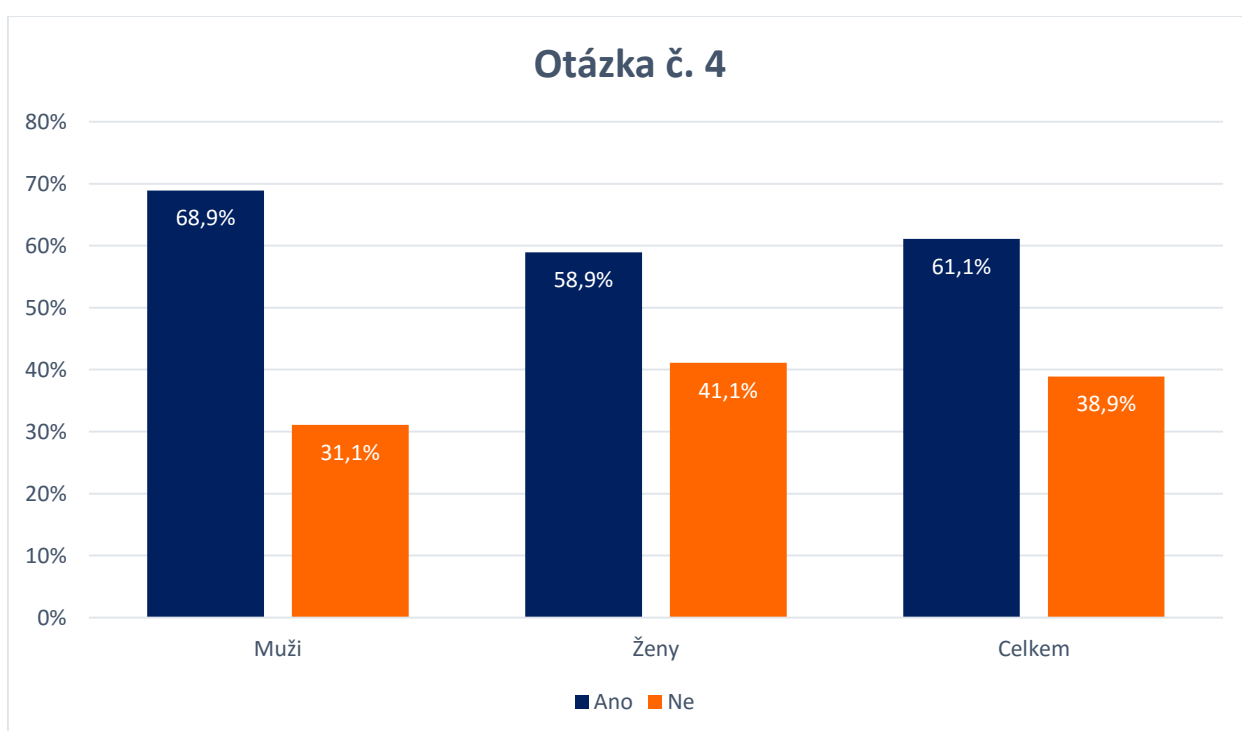
Graf č. 3: Grafické znázornění kladných a záporných odpovědí respondentů k otázce č. 3.

Na otázku č. 3, zda by respondenti zkusili konopí, kdyby jim ho někdo nabízel, odpovědělo kladně 20 (32,8 %) mužů a 75 (33,5 %) žen. Zápornou odpověď uvedlo 41 (67,2 %) mužů a 149 (66,5 %) žen.

Otázka č. 4: Užil/a jste někdy konopí? (mimo produkty nabízené v lékárnách)

	Ano	%	Ne	%	Dohromady
Muži	42	68,9	19	31,1	61
Ženy	132	58,9	92	41,1	224
Celkem	174	61,1	111	38,9	285

Tabulka č. 4: Kladné a záporné odpovědi respondentů k otázce č. 4.



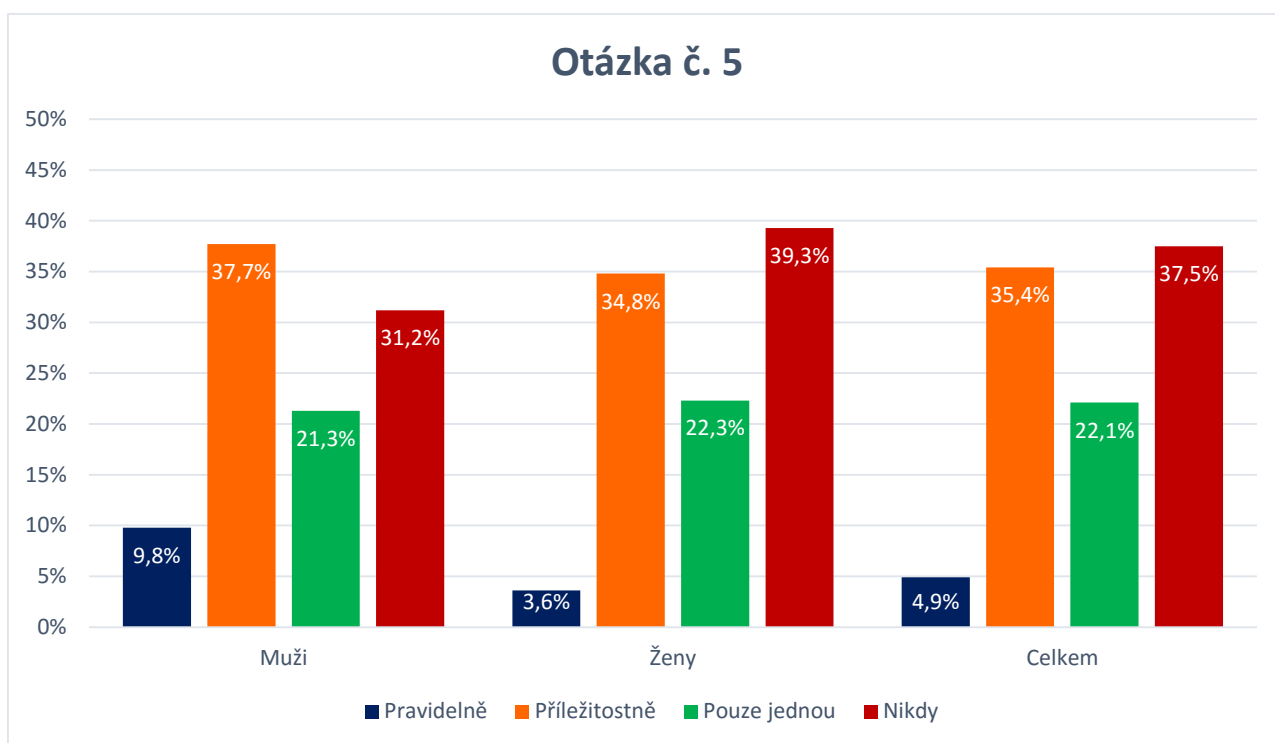
Graf č. 4: Grafické znázornění kladných a záporných odpovědí respondentů k otázce č. 4.

Na otázku č. 4, zda respondenti někdy užili konopí, odpovědělo kladně 42 (68,9 %) mužů a 132 (58,9 %) žen. Zápornou odpověď uvedlo 19 (31,1 %) mužů a 92 (41,1 %) žen.

Otázka č. 5: Kolikrát jste užil/a konopí? (mimo produkty nabízené v lékárnách)

	Pravidelně	%	Příležitostně	%	Pouze jednou	%	Nikdy	%	Dohromady
Muži	6	9,8	23	37,7	13	21,3	19	31,2	61
Ženy	8	3,6	78	34,8	50	22,3	88	39,3	224
Celkem	14	4,9	101	35,4	63	22,1	107	37,5	285

Tabulka č. 5: Respondenti vybrali jednu ze čtyř odpovědí k otázce č. 5.



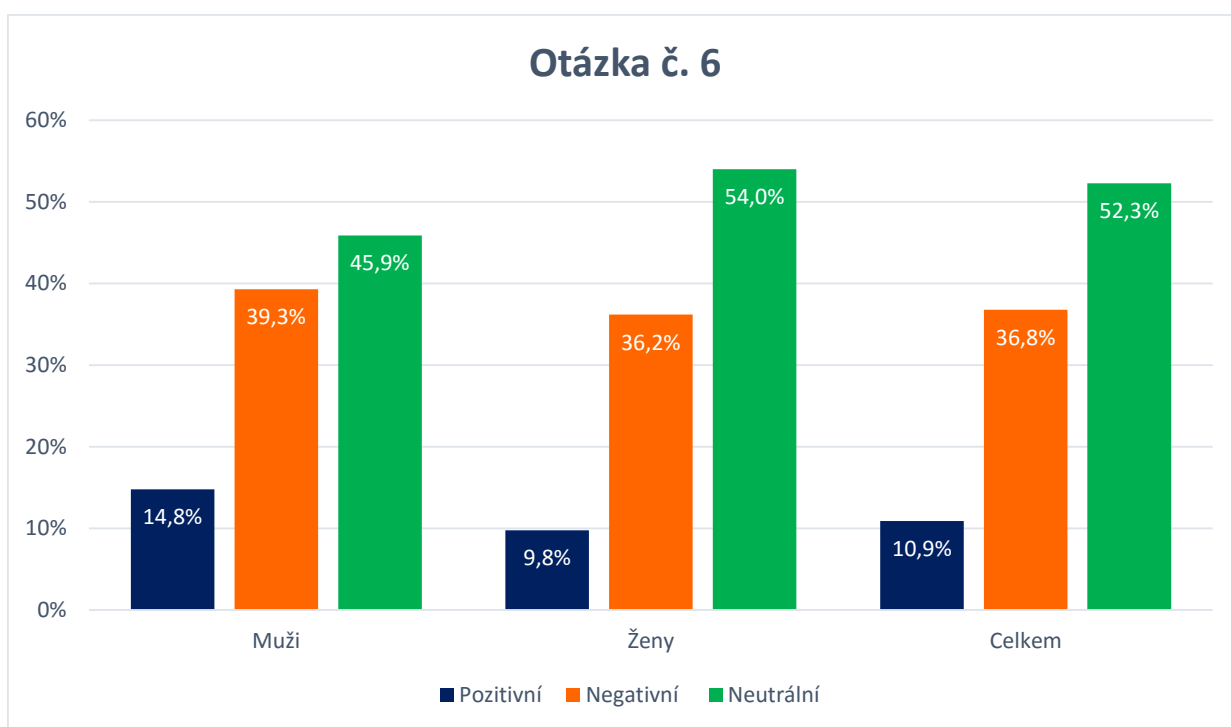
Graf č. 5: Grafické znázornění výběru jedné ze čtyř odpovědí respondentů k otázce č. 5.

Na otázku č. 5, kolikrát respondenti užili konopí, odpovědělo 6 (9,8 %) mužů a 8 (3,6 %) žen, že konopí užívají pravidelně, 23 (37,7 %) mužů a 78 (34,8 %) žen příležitostně, 13 (21,3 %) mužů a 50 (22,3 %) žen pouze jednou, 19 (31,2 %) mužů a 88 (39,3 %) žen neužilo konopí nikdy.

Otázka č. 6: Když se řekne konopí (cannabis, marihuana, „tráva“, ganja) převažuje u Vás hodnocení spíše:

	Pozitivní	%	Negativní	%	Neutrální	%	Dohromady
Muži	9	14,8	24	39,3	28	45,9	61
Ženy	22	9,8	81	36,2	121	54	224
Celkem	31	10,9	105	36,8	149	52,3	285

Tabulka č. 6: Respondenti vybrali jednu ze tří odpovědí k otázce č. 6.



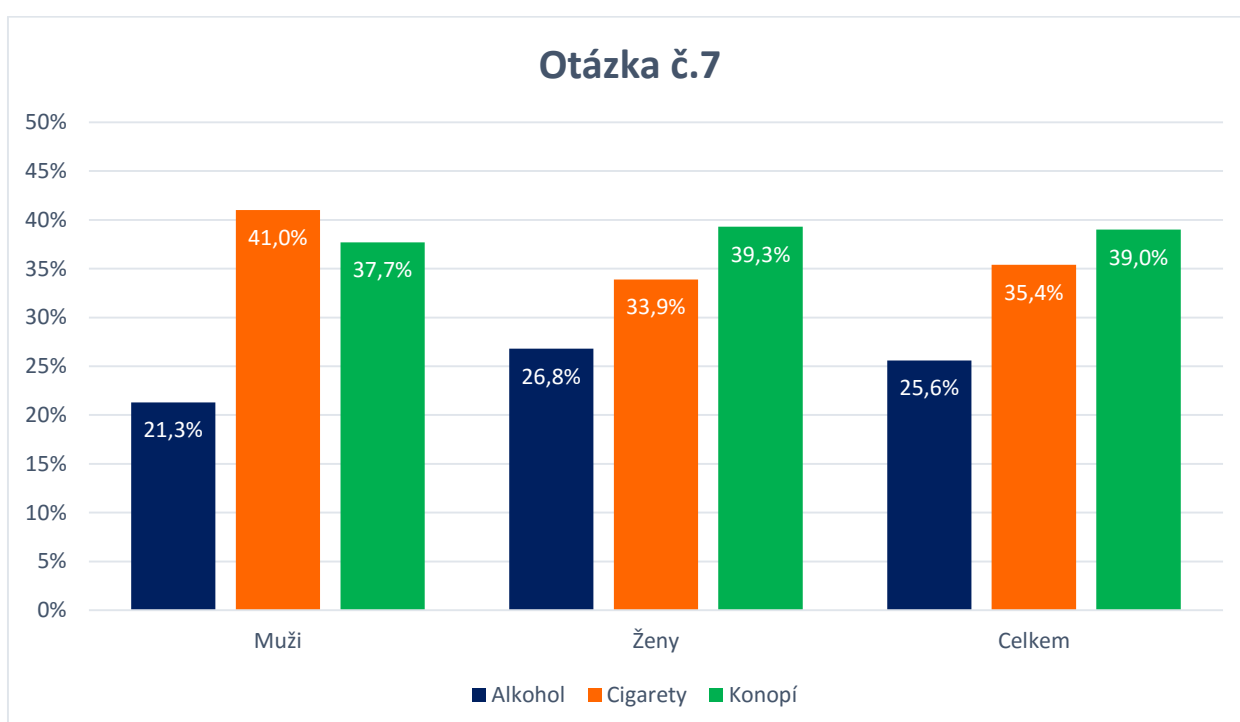
Graf č. 6: Grafické znázornění výběru jedné ze tří odpovědí respondentů k otázce č. 6.

Na otázku č. 6, jak respondenti hodnotí konopí (cannabis, marihuanu, „trávu“, ganju), odpovědělo 9 (14,8 %) mužů a 22 (9,8 %) žen, že konopí hodnotí pozitivně, 24 (39,3 %) mužů a 81 (36,2 %) žen negativně, 28 (45,9 %) mužů a 121 (54 %) žen neutrálně.

Otázka č. 7: Co je pro Vás nejhůře akceptovatelné?

	Alkohol	%	Cigarety	%	Konopí	%	Dohromady
Muži	13	21,3	25	41	23	37,7	61
Ženy	60	26,8	76	33,9	88	39,3	224
Celkem	73	25,6	101	35,4	111	39	285

Tabulka č. 7: Respondenti vybrali jednu ze tří odpovědí k otázce č. 7.



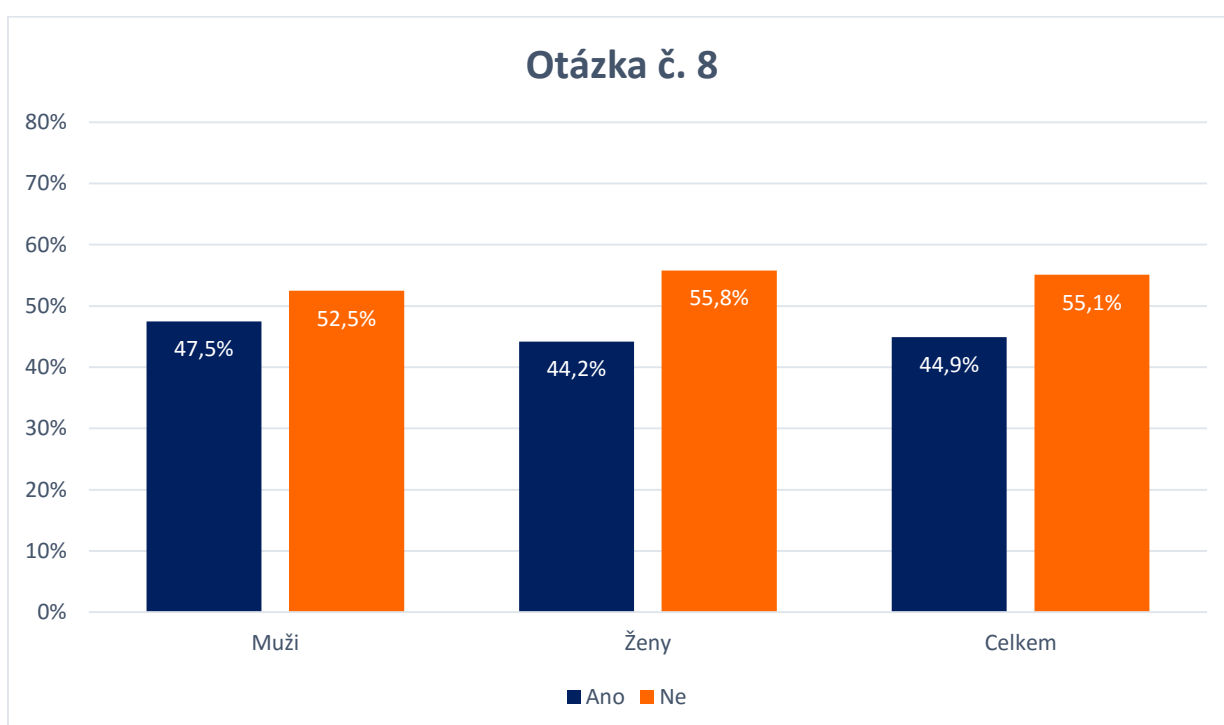
Graf č. 7: Grafické znázornění výběru jedné ze tří odpovědí respondentů k otázce č. 7.

Na otázku č. 7, co je pro respondenty nejhůře akceptovatelné, odpovědělo 13 (21,3 %) mužů a 60 (26,8 %) žen, že nejhůře akceptuje alkohol, 25 (41 %) mužů a 76 (33,9 %) žen cigarety, 23 (37,7 %) mužů a 88 (39,3 %) žen konopí.

Otázka č. 8: Myslíte si, že užívání konopí je vstupní branou k dalším drogám?

	Ano	%	Ne	%	Dohromady
Muži	29	47,5	32	52,5	61
Ženy	99	44,2	125	55,8	224
Celkem	128	44,9	157	55,1	285

Tabulka č. 8: Kladné a záporné odpovědi respondentů k otázce č. 8.



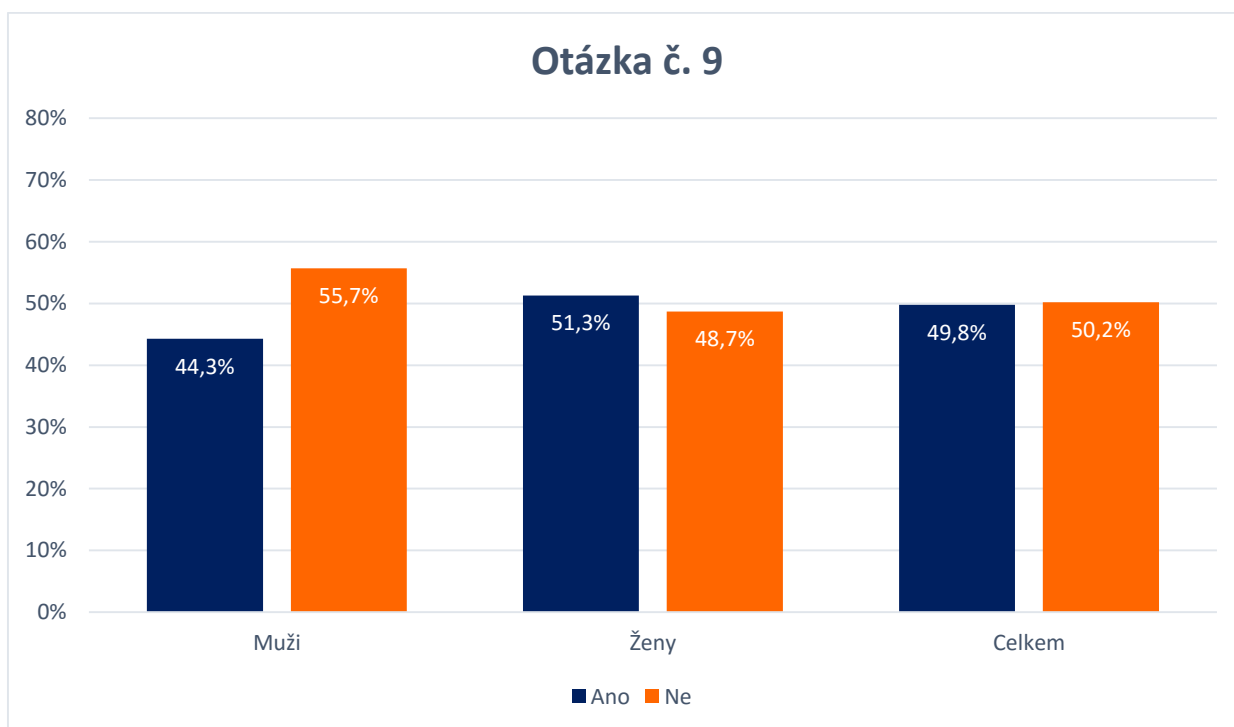
Graf č. 8: Grafické znázornění kladných a záporných odpovědí respondentů k otázce č. 8.

Na otázku č. 8, zda si respondenti myslí, že je užívání konopí vstupní branou k dalším drogám, odpovědělo kladně 29 (47,5 %) mužů a 99 (44,2 %) žen. Zápornou odpověď uvedlo 32 (52,5 %) mužů a 125 (55,8 %) žen.

Otázka č. 9: Vadilo by Vám, kdyby si někdo ve Vaší blízkosti zapálil cigaretu s „trávou“?

	Ano	%	Ne	%	Dohromady
Muži	27	44,3	34	55,7	61
Ženy	115	51,3	109	48,7	224
Celkem	142	49,8	143	50,2	285

Tabulka č. 9: Kladné a záporné odpovědi respondentů k otázce č. 9.



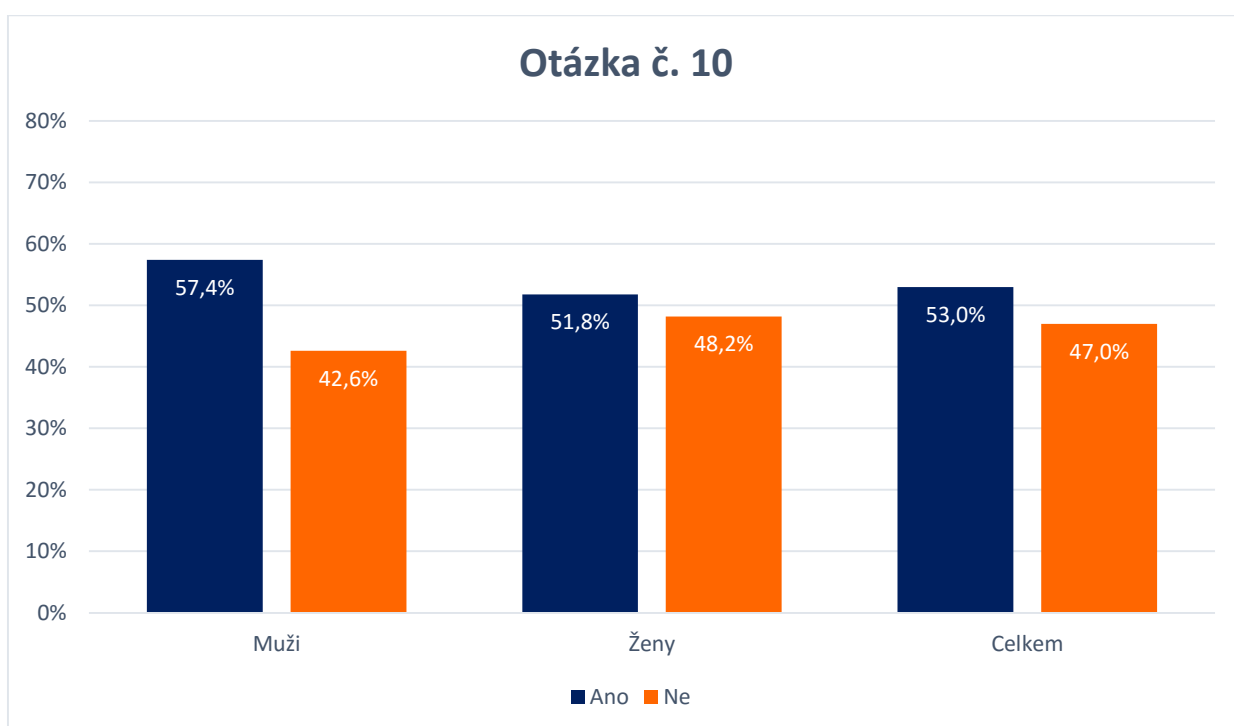
Graf č. 9: Grafické znázornění kladných a záporných odpovědí respondentů k otázce č. 9.

Na otázku č. 9, zda by respondentům vadilo, kdyby si někdo v jejich blízkosti zapálil cigaretu s „trávou“, odpovědělo kladně 27 (44,3 %) mužů a 115 (51,3 %) žen. Zápornou odpověď uvedlo 34 (55,7 %) mužů a 109 (48,7 %) žen.

Otázka č. 10: Souhlasíte s legalizací konopí pro vlastní potřebu?

	Ano	%	Ne	%	Dohromady
Muži	35	57,4	26	42,6	61
Ženy	116	51,8	108	48,2	224
Celkem	151	53	134	47	285

Tabulka č. 10: Kladné a záporné odpovědi respondentů k otázce č. 10.



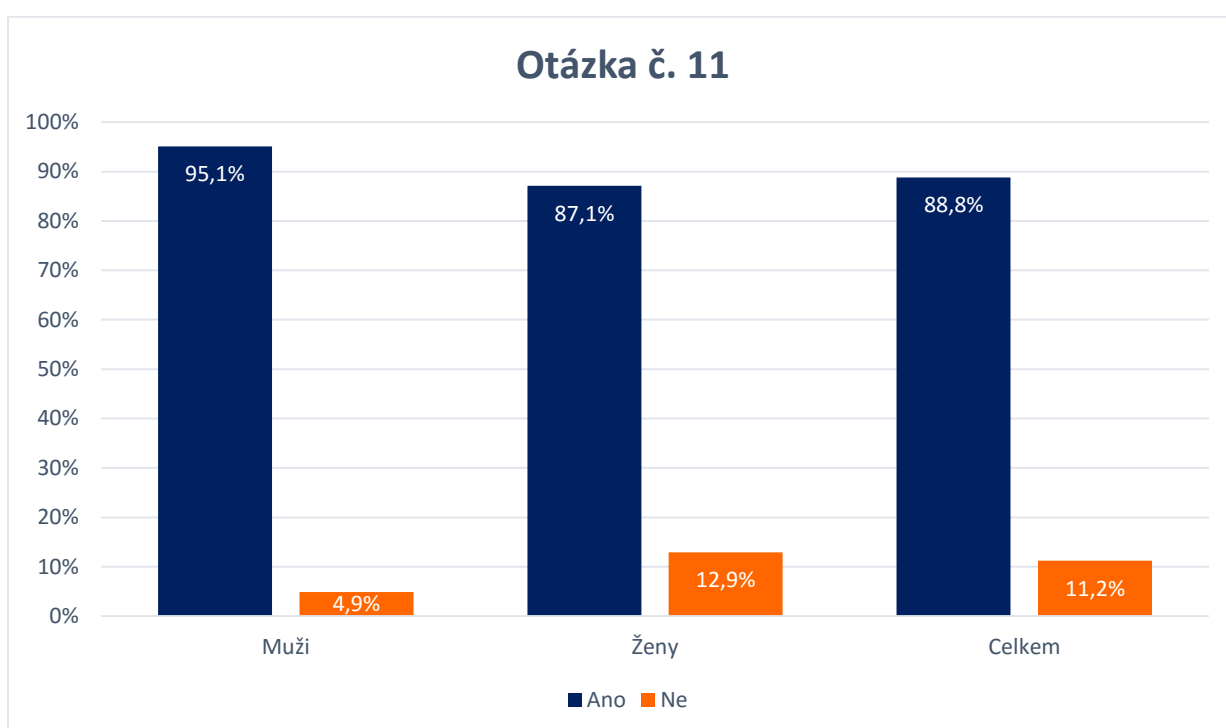
Graf č. 10: Grafické znázornění kladných a záporných odpovědí respondentů k otázce č. 10.

Na otázku č. 10, zda respondenti souhlasí s legalizací konopí pro vlastní potřebu, odpovědělo kladně 35 (57,4 %) mužů a 116 (51,8 %) žen. Zápornou odpověď uvedlo 26 (42,6 %) mužů a 108 (48,2 %) žen.

Otázka č. 11: Znáte alespoň jednoho takového uživatele konopí?

	Ano	%	Ne	%	Dohromady
Muži	58	95,1	3	4,9	61
Ženy	195	87,1	29	12,9	224
Celkem	253	88,8	32	11,2	285

Tabulka č. 11: Kladné a záporné odpovědi respondentů k otázce č. 11.



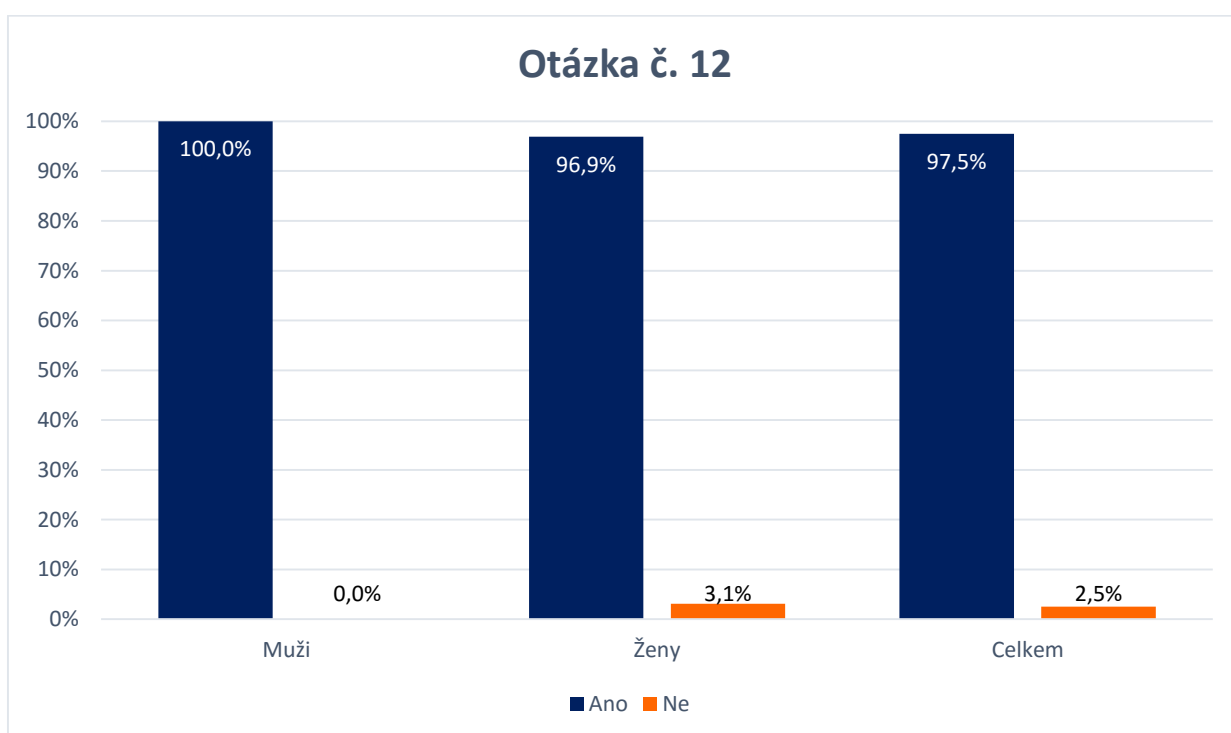
Graf č. 11: Grafické znázornění kladných a záporných odpovědí respondentů k otázce č. 11.

Na otázku č. 11, zda respondenti znají alespoň jednoho takového uživatele konopí, odpovědělo kladně 58 (95,1 %) mužů a 195 (87,1 %) žen. Zápornou odpověď uvedlo 3 (4,9 %) mužů a 29 (12,9 %) žen.

Otázka č. 12: Souhlasíte s legalizací konopí pro jeho léčebné účinky?

	Ano	%	Ne	%	Dohromady
Muži	61	100	0	0	61
Ženy	217	96,9	7	3,1	224
Celkem	278	97,5	7	2,5	285

Tabulka č. 12: Kladné a záporné odpovědi respondentů k otázce č. 12.



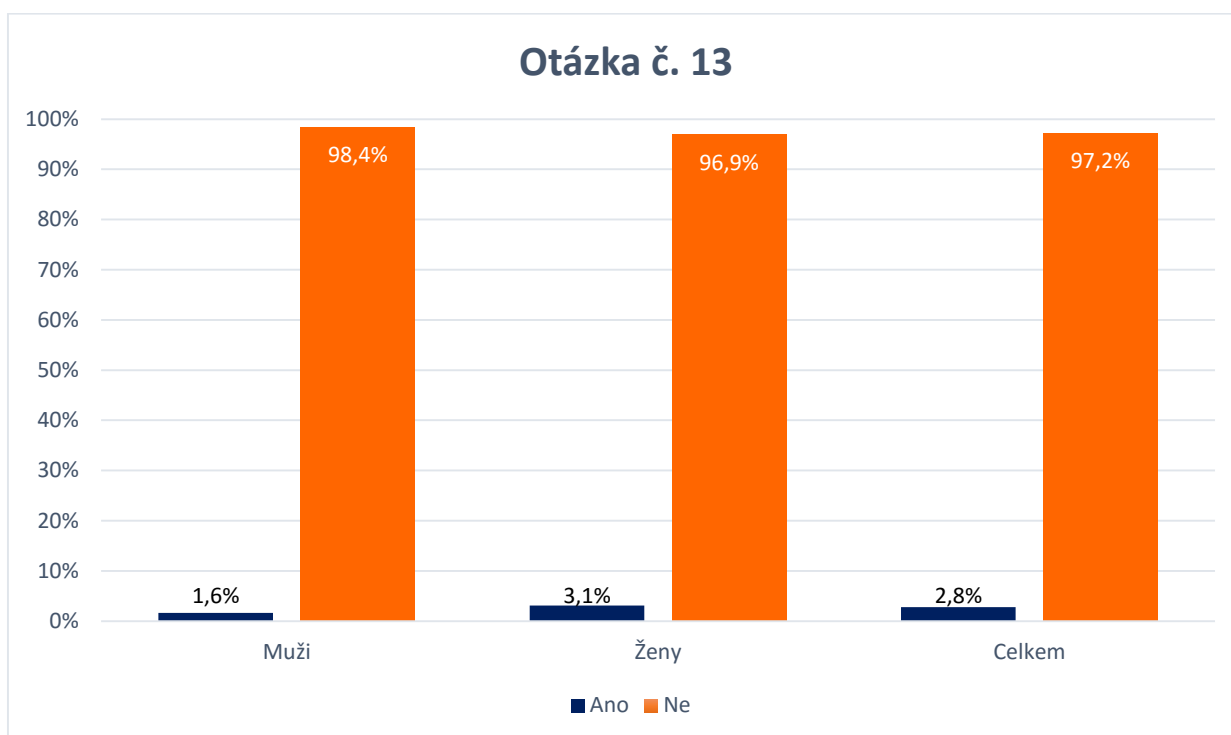
Graf č. 12: Grafické znázornění kladných a záporných odpovědí respondentů k otázce č. 12.

Na otázku č. 12, zda respondenti souhlasí s legalizací konopí pro jeho léčebné účinky, odpovědělo kladně 61 (100 %) mužů a 217 (95,6 %) žen. Zápornou odpověď uvedlo 0 (0 %) mužů a 7 (3,1 %) žen.

Otázka č. 13: Vadilo by Vám, kdyby někdo z Vašich blízkých přátel či rodiny užíval konopí pro léčebné účely?

	Ano	%	Ne	%	Dohromady
Muži	1	1,6	60	98,4	61
Ženy	7	3,1	217	96,9	224
Celkem	8	2,8	277	97,2	285

Tabulka č. 13: Kladné a záporné odpovědi respondentů k otázce č. 13.



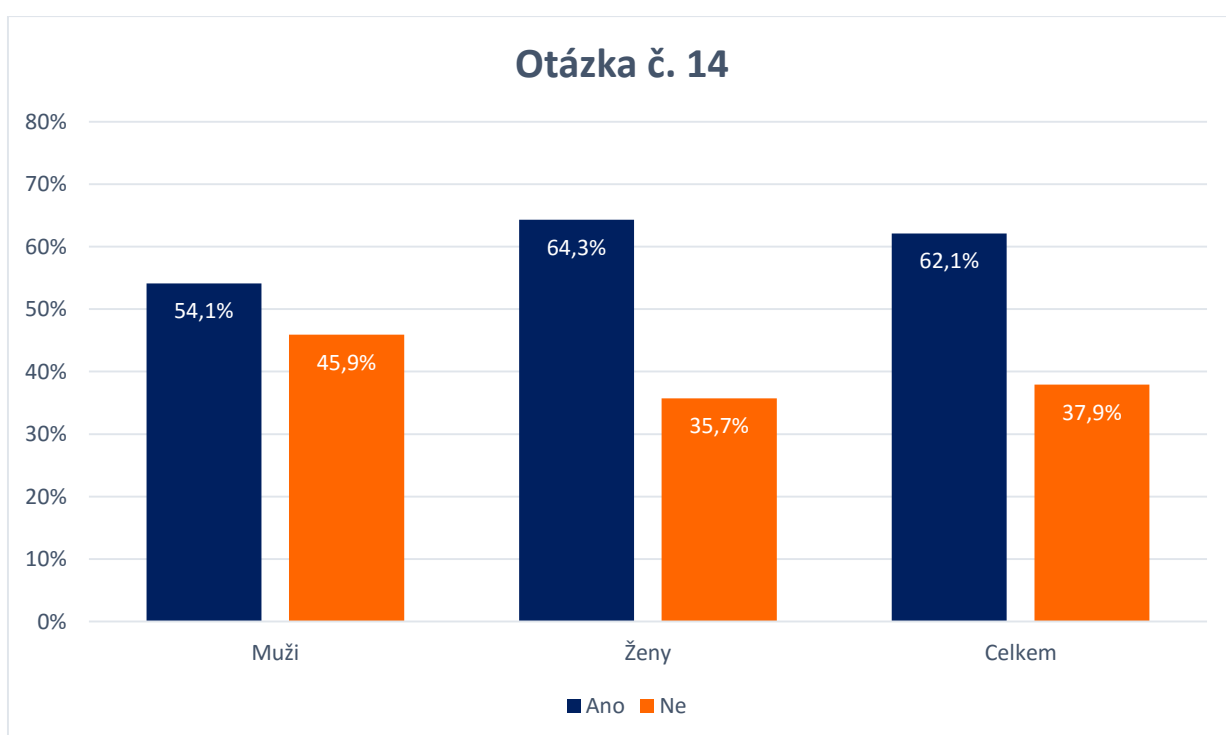
Graf č. 13: Grafické znázornění kladných a záporných odpovědí respondentů k otázce č. 13.

Na otázku č. 13, zda by respondentům vadilo, kdyby někdo z jejich blízkých přátel či rodiny užíval konopí pro léčebné účinky, odpověděl kladně 1 (1,6 %) muž a 7 (3,1 %) žen. Zápornou odpověď uvedlo 60 (98,4 %) mužů a 217 (96,9 %) žen.

Otázka č. 14: Znáte nějaké uživatele léčebného konopí?

	Ano	%	Ne	%	Dohromady
Muži	33	54,1	28	45,9	61
Ženy	144	64,3	80	35,7	224
Celkem	177	62,1	108	37,9	285

Tabulka č. 14: Kladné a záporné odpovědi respondentů k otázce č. 14.



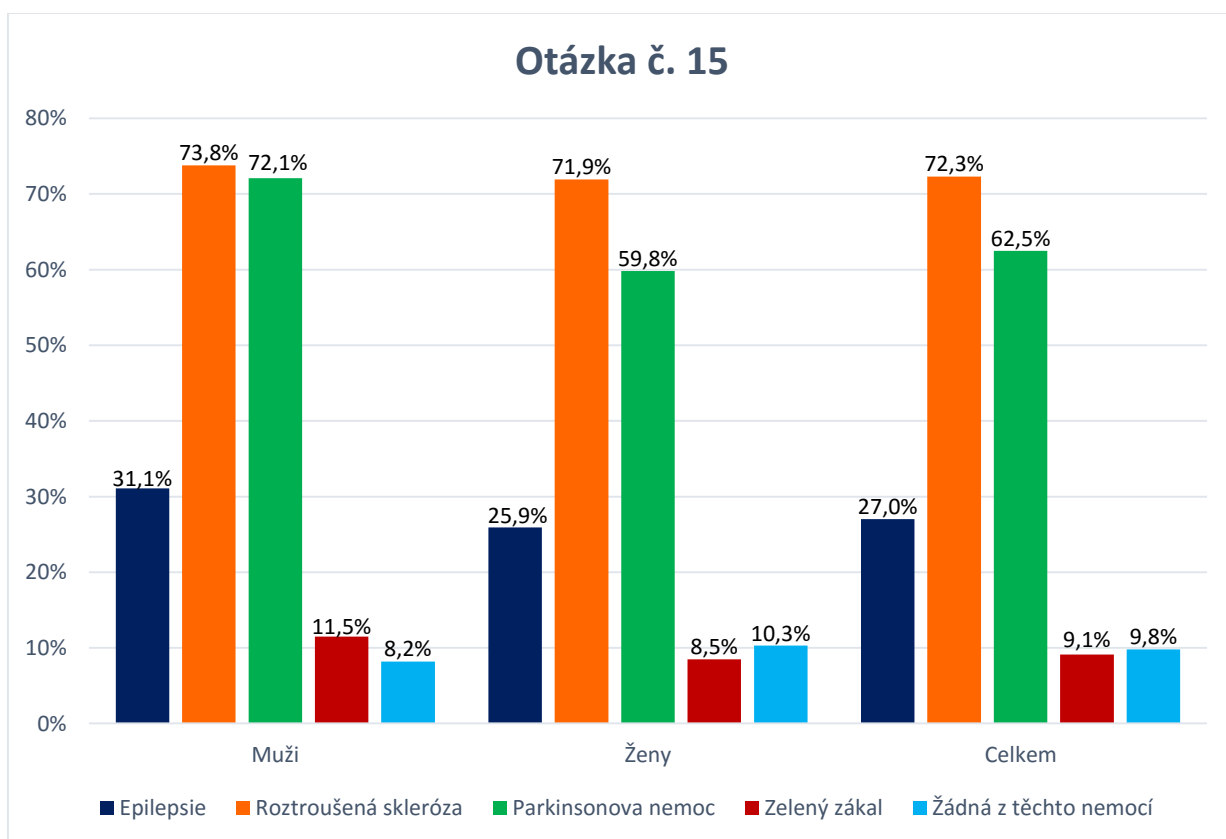
Graf č. 14: Grafické znázornění kladných a záporných odpovědí respondentů k otázce č. 14.

Na otázku č. 14, zda respondenti znají nějakého uživatele léčebného konopí, odpovědělo kladně 33 (54,1 %) mužů a 144 (64,3 %) žen. Zápornou odpověď uvedlo 28 (45,9 %) mužů a 80 (35,7 %) žen.

Otázka č. 15: Na které z těchto nemocí podle Vás pomáhá užívání konopí? Správné odpovědi označte.

	Epilepsie		Roztroušená skleróza		Parkinsonova nemoc		Zelený zákal		Žádná z těchto nemocí	
Muži	19	31,1%	45	73,8%	44	72,1%	7	11,5%	5	8,2%
Ženy	58	25,9%	161	71,9%	134	59,8%	19	8,5%	23	10,3%
Celkem	77	27%	206	72,3%	178	62,5%	26	9,1%	28	9,8%

Tabulka č. 15: Respondenti zvolili podle vlastního uvážení výběr z pěti odpovědí k otázce č. 15.



Graf č. 15: Grafické znázornění výběru z pěti odpovědí k otázce č. 15.

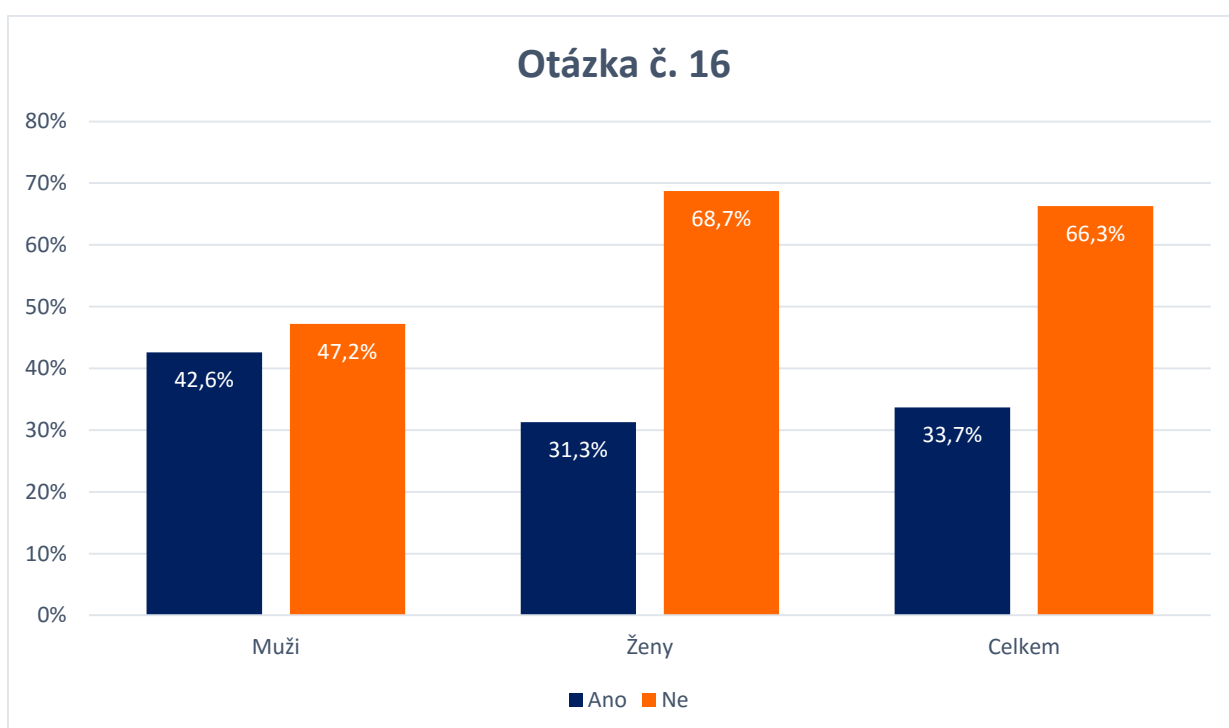
Na otázku č. 15, na které z nemocí podle respondentů pomáhá užívání konopí, odpovědělo 19 (31,1 %) mužů a 58 (25,9 %) žen, že pomáhá na epilepsii, 45 (73,8 %) mužů a 161 (71,9 %) žen roztroušenou sklerózu, 44 (72,1 %) mužů a 134 (59,8 %) žen Parkinsonovu nemoc, 7 (11,5%) mužů a 19 (8,5%) žen Zelený zákal, 5 (8,2%) mužů a 23 (10,3%) žen Žádná z těchto nemocí.

7 (11,5 %) mužů a 19 (8,5 %) žen zelený zákal, 5 (8,2 %) mužů a 23 (10,3 %) žen odpovědělo žádná z těchto nemocí.

Otázka č. 16: Myslíte si, že máte dostatek informací o konopí a jeho účincích?

	Ano	%	Ne	%	Dohromady
Muži	26	42,6	35	47,2	61
Ženy	70	31,3	154	68,7	224
Celkem	96	33,7	189	66,3	285

Tabulka č. 16: Kladné a záporné odpovědi respondentů k otázce č. 16.



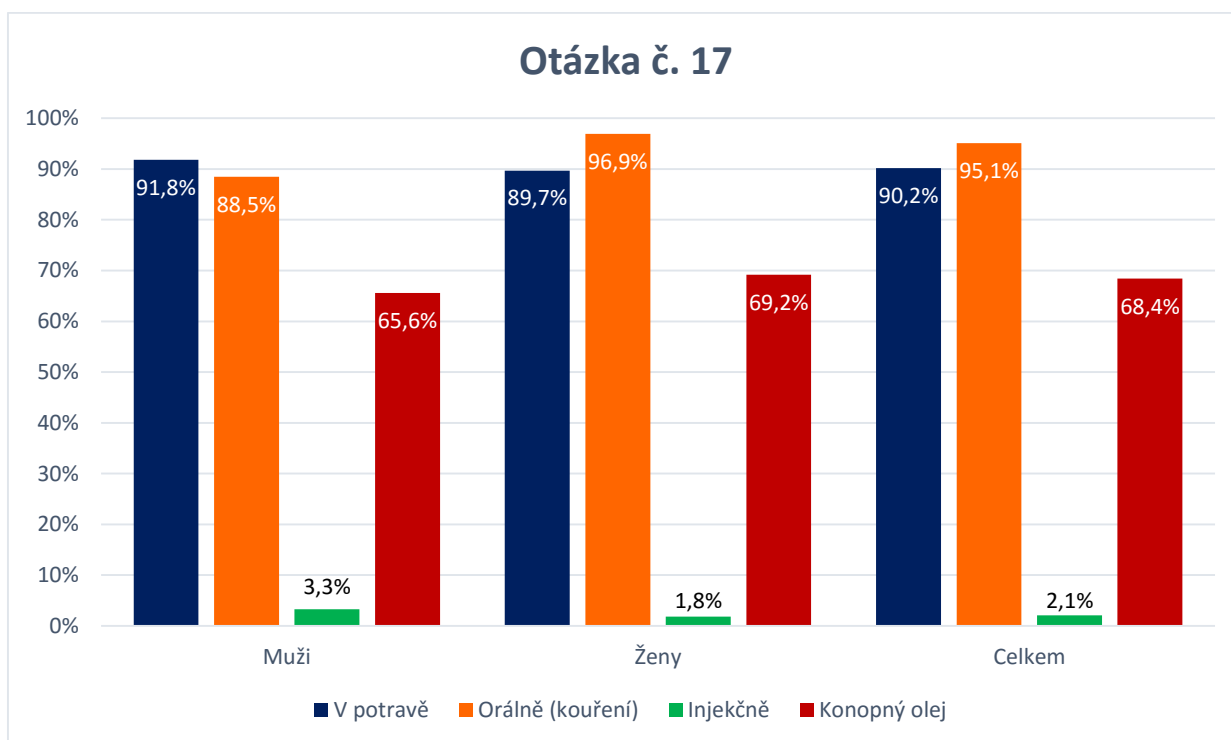
Graf č. 16: Grafické znázornění kladných a záporných odpovědí respondentů k otázce č. 16.

Na otázku č. 16, zda si respondenti myslí, že mají dostatek informací o konopí a jeho účincích, odpovědělo kladně 26 (42,6 %) mužů a 70 (31,3 %) žen. Zápornou odpověď uvedlo 35 (47,2 %) mužů a 154 (68,7 %) žen.

Otázka č. 17: Jaké znáte způsoby užití konopí? Správné odpovědi označte.

	V potravě	%	Orálně (kouření)	%	Injekčně	%	Konopný olej	%
Muži	56	91,8	54	88,5	2	3,3	40	65,6
Ženy	201	89,7	217	96,9	4	1,8	155	69,2
Celkem	257	90,2	271	95,1	6	2,1	195	68,4

Tabulka č. 17: Respondenti zvolili podle vlastního uvážení neomezený počet výběru ze čtyř odpovědí k otázce č. 17.



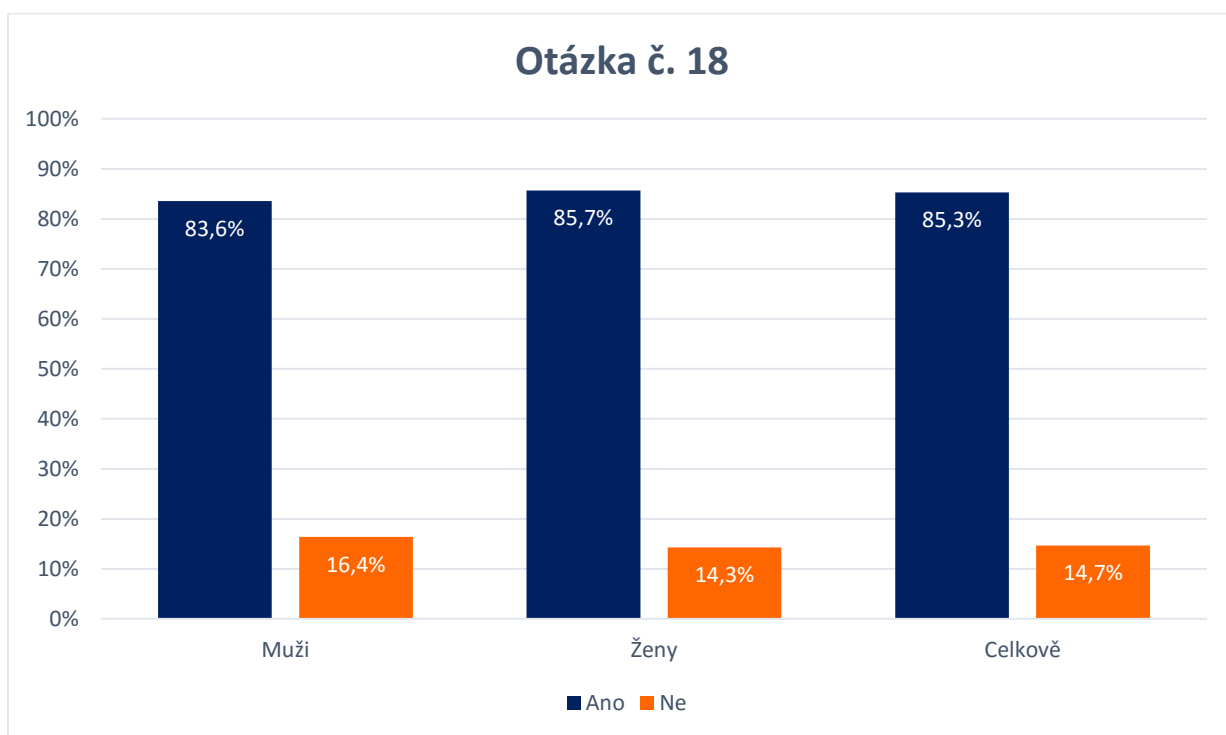
Graf č. 17: Grafické znázornění neomezeného počtu výběru ze čtyř odpovědí k otázce č. 17.

Na otázku č. 6, jaké znají respondenti způsoby užití konopí, odpovědělo 56 (91,8 %) mužů a 201 (89,7 %) žen, že způsoby užití konopí znají v potravě, 54 (88,5 %) mužů a 217 (96,9 %) žen orálně (kouření), 2 (3,3 %) muži a 7 (1,8 %) žen injekčně, 40 (65,6 %) mužů a 155 (69,2 %) žen konopný olej.

Otázka č. 18: Pokud byste měli některé onemocnění léčitelné konopím (např. atopický ekzém, revmatoidní artritida, nechutenství atd.) použili byste ho?

	Ano	%	Ne	%	Dohromady
Muži	51	83,6	10	16,4	61
Ženy	192	85,7	32	14,3	224
Celkem	243	85,3	42	14,7	285

Tabulka č. 18: Kladné a záporné odpovědi respondentů k otázce č. 18.



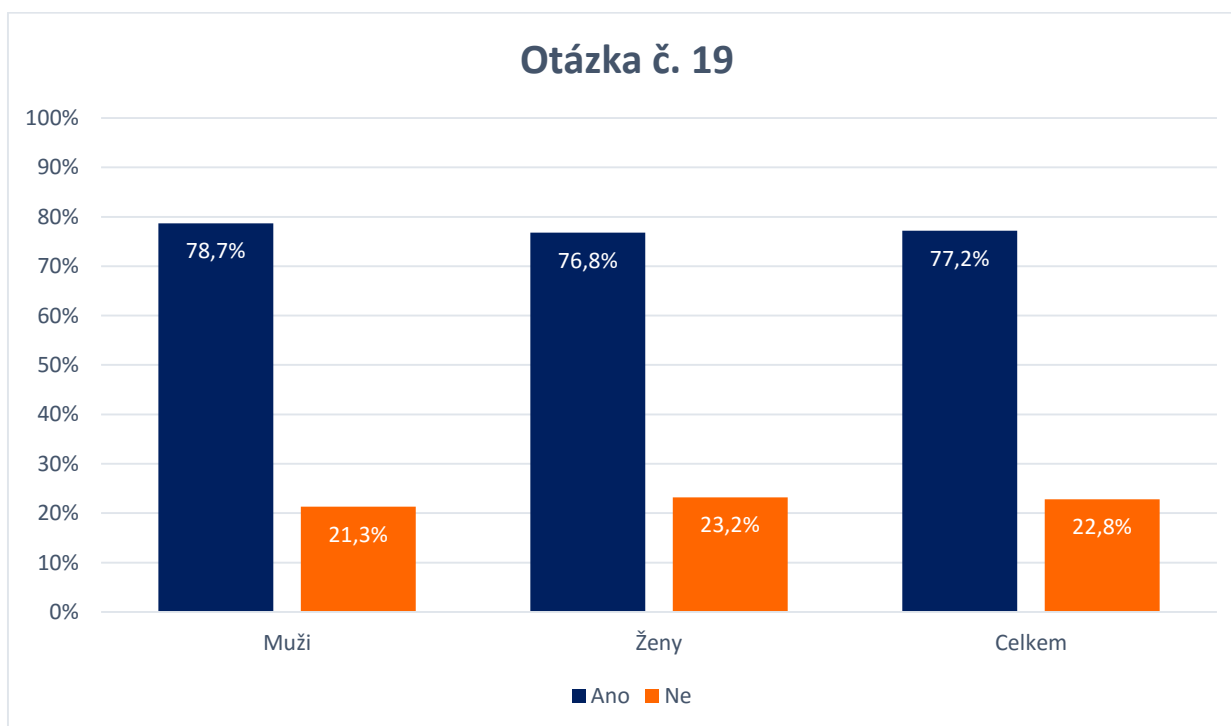
Graf č. 18: Grafické znázornění kladných a záporných odpovědí respondentů k otázce č. 18.

Na otázku č. 18, zda by respondenti použili konopí, kdyby měli některé onemocnění jím léčitelné, odpovědělo kladně 51 (83,6 %) mužů a 192 (85,7 %) žen. Zápornou odpověď uvedlo 10 (16,4 %) mužů a 32 (14,3 %) žen.

Otázka č. 19: Myslíte si, že dochází ke ztrátě mentálních schopností při dlouhodobém užívání konopí?

	Ano	%	Ne	%	Dohromady
Muži	48	78,7	13	21,3	61
Ženy	172	76,8	52	23,2	224
Celkem	220	77,2	65	22,8	285

Tabulka č. 19: Kladné a záporné odpovědi respondentů k otázce č. 19.



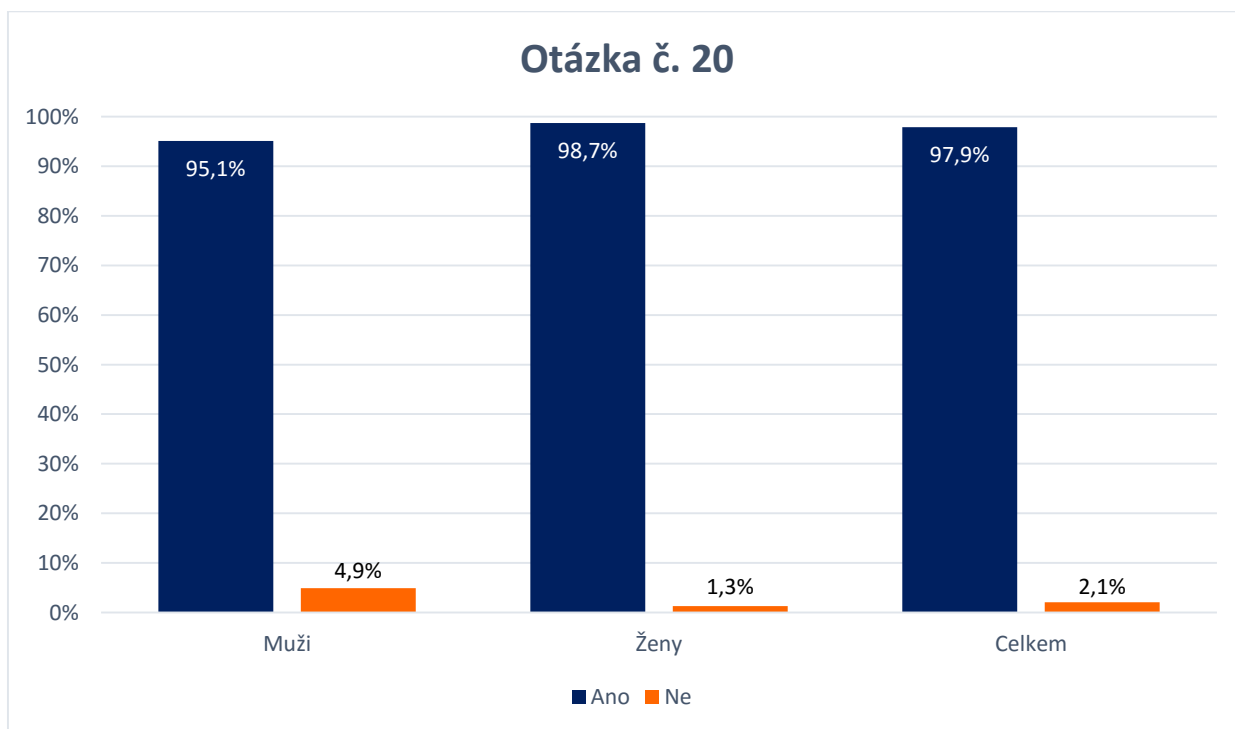
Graf č. 19: Grafické znázornění kladných a záporných odpovědí respondentů k otázce č. 19.

Na otázku č. 19, zda si respondenti myslí, že dochází ke ztrátě mentálních schopností při dlouhodobém užívání konopí, použili konopí, odpovědělo kladně 48 (78,7 %) mužů a 172 (76,8 %) žen. Zápornou odpověď uvedlo 13 (21,3 %) mužů a 52 (23,2 %) žen.

Otázka č. 20: Myslíte si, že dochází ke ztrátě mentálních schopností při dlouhodobém pití alkoholu?

	Ano	%	Ne	%	Dohromady
Muži	58	95,1	3	4,9	61
Ženy	221	98,7	3	1,3	224
Celkem	279	97,9	6	2,1	285

Tabulka č. 20: Kladné a záporné odpovědi respondentů k otázce č. 20.



Graf č. 20: Grafické znázornění kladných a záporných odpovědí respondentů k otázce č. 20.

Na otázku č. 20, zda si respondenti myslí, že dochází ke ztrátě mentálních schopností při dlouhodobém pití alkoholu, odpovědělo kladně 58 (95,1 %) mužů a 221 (98,7 %) žen. Zápornou odpověď uvedlo 3 (4,9 %) mužů a 3 (1,3 %) žen.

4 Diskuze

Jak už jsem se výše ve své bakalářské práci zmínila, tak se výzkumné šetření týkalo pouze studentů učitelských oborů Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, tedy budoucích učitelů. Tito vysokoškolští studenti jednou budou jistě ovlivňovat názory mladé generace a poskytovat jim informace i o této problematice. V současné době je problematika užívání konopí hodně medializovaná všemi hromadnými sdělovacími prostředky, a proto jsem chtěla zjistit, jaký pohled mají na daný problém studenti Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

První výzkumná otázka („**V1: Bývaly častěji nabízeny cannabinoidy mužům než ženám?**“) se v dotazníku vztahovala k otázkám č. 1 a 2.

V první otázce jsem se respondentů ptala, zda je podle jejich názoru obtížné sehnat si konopí, kdyby o něj měli zájem. Z tabulky č. 1 vyplývá, že muži ani ženy nemají větší problém s tím, aby si konopí obstarali. V procentuálním vyjádření tvrdí 96,7 % mužů a 95,5 % žen, že by pro ně nebylo obtížné sehnat si cannabinoidy. Jen 3,3 % mužů a 4,5 % žen přiznává, že by pro ně obstarání si cannabinoidů obtížné bylo. Jak jsem již uvedla výše v podkapitole s názvem Prevalence, tak se mi s Výroční zprávou o stavu ve věcech drog v České republice za rok 2013 potvrdila shoda s mým výzkumným šetřením, a to že pro mladé lidi není žádný problém si cannabinoidy obstarat.

V druhé otázce jsem respondentům položila dotaz, zda jim již někdo konopí nabízel. Z tabulky č. 2 je patrné, že mužům bylo konopí nabízeno více než ženám. V procentuálním vyjádření byly cannabinoidy nabízeny mužům v 85,2 % a ženám v 79,5 %, což jsou dle mého názoru docela vysoká čísla. Nabízeny nebyly 14,8 % mužů a 20,5 % žen. Na základě výsledků dotazníkového šetření bylo prokázáno, že mužům byly cannabinoidy nabízeny téměř o 6 % více než ženám a takřka všichni respondenti odpověděli, že v dnešní době není problém si cannabinoidy obstarat. Jak můžeme podle výsledků z obou dotazníkových otázek posoudit, tak je vidět, že cannabinoidy jsou již mezi studenty velmi rozšířené.

Další výzkumná otázka („**V2: Přiznávají abúzus cannabinoidů častěji muži než ženy?**“) se v mé bakalářské práci vztahovala k dotazníkovým otázkám č. 4 a 5.

V otázce číslo čtyři jsem se respondentů dotazovala na to, zda někdy konopí užili. Na tuto otázku mi pozitivně odpovědělo 68,9 % mužů a 58,9 % žen s tím, že s cannabinoidy mají již nějakou zkušenost. Užítí nepotvrdilo 31,1 % mužů a 41,1 % žen. Tento výsledek nám

potvrzuje, že častějšími uživateli cannabinoidů jsou o celých 10 % muži než ženy. I v této otázce se mi shodně potvrdil výsledek s ostatními výzkumy uvedenými v teoretické části této práce, a to že muži užívají cannabinoidy častěji než ženy.

Dále jsem se u otázky číslo pět zabývala tím, kolikrát již respondent konopí užil. V této otázce přiznalo pravidelné užívání cannabinoidů opět více mužů než žen. Z celkového množství 285 dotazovaných respondentů odpovědělo 9,8 % mužů a 3,6 % žen, že cannabinoidy užívají pravidelně. Příležitostně ho užívá 37,7 % mužů a 34,8 % žen, což je opět méně u žen než u mužů. Naopak u odpovědi, která se týkala užití cannabinoidů pouze jednou se k tomuto bodu přiznalo 21,3% mužů a 22,3% žen. Cannabinoidy nikdy neužilo 31,2% mužů a 39,3% žen. Pouze u posledních dvou položek v procentuálním vyjádření převládaly ženy nad muži. To znamená, že ženy ve výzkumném šetření oproti mužům buď přiznaly užití cannabinoidů pouze jednou nebo nikdy. Vysokoškolští studenti jsou v průběhu studia a převážně ve zkouškovém období často vystaveni velkým psychickým tlakům a strachem z neúspěchu, což může u některých studentů vést ke snaze odlehčit danou situaci třeba i užitím cannabinoidů.

Třetí výzkumná otázka (**„V3: Podceňují důsledky abúzu cannabinoidů více muži než ženy?“**) se vztahovala k dotazníkovým otázkám č. 6 a 7.

V šesté otázce jsem se tázala respondentů na jejich hodnocení konopí. Pozitivně na konopí nahlíží jen 14,8 % mužů a 9,8 % žen. Negativně je zaměřeno 39,3 % mužů a 36,2 % žen. Nejvíce respondentů odpovědělo, že má ke konopí neutrální vztah, a to 45,9 % mužů a 54 % žen. Z výzkumného šetření vyplývá, že studenty konopí neobtěžuje a k otázce konopí se staví neutrálně. Překvapením pro mě bylo, že negativně na konopí nahlíží více muži než ženy, i když v užívání konopí převládají vždy muži nad ženami.

V sedmé otázce jsem se zabývala tím, co je pro studenty nejhůře akceptovatelné. Na výběr bylo ze tří možností a ve výzkumném šetření mi vyšly najevo překvapivé výsledky. Muži považují za nejhůře akceptovatelné cigarety v 41 %, na druhém místě v 37,7 % konopí a nejlépe akceptovatelný skončil alkohol s 21,3 %. U žen nejhůře dopadlo s 39,3% konopí, na druhém místě skončily s 33,9 % cigarety a opět stejně jako u mužů skončil nejlépe akceptovatelný alkohol s 26,8 %. Tento výsledek je podle mého názoru hodně alarmující a zarazující, protože zrovna alkohol ve výzkumu mezi studenty dopadl jako nejlépe akceptovatelný. Ve skutečnosti je ale mnohem nebezpečnější než konopí, protože jeho konzumace vede k silné psychické i fyzické závislosti. Studenti neberou alkohol jako něco špatného, v dnešní době se považuje pití alkoholu za běžný standard studentského života a nikdo se nepozastavuje nad tím, že jde

o něco závažného. Na následky nadměrného užívání alkoholu zemřou ve světě tisíce lidí ročně, zatímco u konopí nebyl doposud zaznamenán jediný případ úmrtí.

Čtvrtá výzkumná otázka (**„V4: Souhlasí většina respondentů s legalizací konopí?“**) se vztahovala k dotazníkovým otázkám č. 10 a 12.

V desáté otázce jsem se respondentů ptala, zda souhlasí s legalizací konopí pro vlastní potřebu. Na tuto otázku mi kladně odpovědělo 57,4 % mužů a 51,8 % žen. Negativně se vyjádřila méně jak polovina respondentů, a to 42,6 % mužů a 48,5 % žen. V dnešní době se otázkou legalizace konopí zabývá stále více lidí, kteří si myslí, že je dobré konopí zlegalizovat i pro jiné než léčebné účely. Z tabulky č. 10 vyplývá, že s legalizací konopí pro vlastní potřebu by souhlasila víc jak polovina respondentů.

Ve dvanácté otázce jsem se respondentů ptala na to, zda souhlasí s legalizací konopí pro jeho léčebné účinky. Na tuto otázku odpovědělo 100 % mužů a 96,9 % žen kladně. Tento výsledek mě příjemně překvapil. Většině mladé generace tedy nevadí, že se konopí pro léčebné účely zlegalizovalo již před třemi lety. V dnešní době je na našem trhu velké množství léčebných produktů z konopí ve formě mastí, šampónů a balzámů. Konopná kosmetika je důkazem, že se v moderní době vracíme k osvědčeným přírodním zdrojům. V České republice se od roku 2014 začalo prodávat konopí ve vybraných lékárnách pro nemocné osoby na lékařský předpis. Velká slabina je ale v tom, že toto konopí je příliš finančně nákladné, než aby se dalo používat dlouhodoběji. Je sice pravda, že cena léčebného konopí v lékárnách klesla díky produkci českého výrobce, ale i tak zůstává poměrně vysoká.

Pátá výzkumná otázka (**„V5: Jsou respondenti tolerantní k užívání konopí jak v případě vlastní potřeby, tak i pro léčebné účely?“**) se týkala dotazníkových otázek č. 9 a 13.

V deváté otázce jsem se respondentů ptala, zda by jim vadilo, kdyby si někdo v jejich blízkosti zapálil cigaretu s „trávou“. V procentuálním vyjádření odpovědělo 50,2 % respondentů, že by jim kouření „trávy“ v jejich blízkosti nevadilo a 49,8 % odpovědělo proti kouření v jejich blízkosti. Z těchto odpovědí respondentů tedy vyplývá, že o zanedbatelnou část procentuálního vyjádření vysokoškolští studenti tolerantní jsou. Z tabulky č. 9 můžeme dále vyvodit, že mužská část vysokoškolských studentů je oproti ženám v této otázce tolerantnější. V procentuálním vyjádření 44,3 % mužů a 51,3 % žen odpovědělo, že by jim vadila přítomnost člověka, který by kouřil cigaretu s „trávou“ a 55,7 % mužů a 48,7 % žen, kterým by tato skutečnost nevadila.

Dále jsem se v otázce číslo třináct zabývala tím, zda by respondentům vadilo, kdyby někdo z jejich blízkých přátel či rodiny užíval konopí pro léčebné účely. Z celkového počtu respondentů jich 97,2 % odpovědělo, že by jim tento fakt nevadil. Z tabulky č. 13 dále vyplývá, že jen malá část studentů by nesouhlasila s léčením svých blízkých konopím, a to 1,6 % mužů a 3,1 % žen, což je zanedbatelné % respondentů. Z těchto výsledků jasně vyplývá, že respondenti jsou k užívání léčebného konopí velmi tolerantní a nevadilo by jim, pokud by někdo z blízkých toto konopí pro léčebné účely využíval.

Šestá výzkumná otázka („**V6: Je informovanost závislosti na cannabinoidech u žen vyšší než u mužů?**“) se týkala dotazníkových otázek č. 16, 19 a 20.

V šestnácté otázce jsem se respondentů ptala, jestli si myslí, že mají dostatek informací o konopí a jeho účincích. Z tabulky č. 16 vyplývá, že ženy se v této oblasti oproti mužům cítí být informovány podstatně méně. V procentuálním vyjádření tvrdí 47,2 % mužů a 68,7 % žen, že o konopí nemají dostatek informací a 42,6 % mužů a 31,3 % žen si myslí, že o konopí a jeho účincích mají dostatek informací. Díky mediální informovanosti se lidé ve společnosti začínají dozvídat více o léčebných účincích této rostliny na zdraví člověka. Tyto informace se k lidem dostávají postupně, ale doufám, že se informovanost o léčivých účincích konopí časem více prohloubí a tato rostlina bude moci pomáhat více lidem při jejich onemocnění. Informovanost vysokoškolských studentů o konopí a jeho účincích je na poměrně nízké úrovni a měla by se zlepšit i vzhledem k tomu, že budou časem předávat své zkušenosti nové generaci.

V devatenácté otázce jsem se respondentů tázala, zda si myslí, že dochází ke ztrátě mentálních schopností při dlouhodobém užívání konopí. Převážná většina mužů a žen si myslí, že při dlouhodobém užívání konopí dochází ke ztrátě mentálních schopností. Pouze 21,3 % mužů a 23,8 % žen předpokládá, že tomu tak není, čímž mají pravdu. Domnívám se, že tato informovanost o cannabinoidech je v dnešní době stále na nízké úrovni a díky tomu jsou tyto výsledky horší. Vzhledem k tomu, že v naší společnosti je špatná informovanost o pozitivních účincích konopí, tak lidem připadá, že alkohol je běžná součást našeho života a tím pádem, že je méně škodlivý než zakázané konopí.

Dále jsem se u otázky číslo dvacet zabývala tím, zda si respondenti myslí, že dochází ke ztrátě mentálních schopností při dlouhodobém pití alkoholu. V této otázce mi 95,1 % mužů a 98,7 % žen odpovědělo ANO, tedy správnou odpověď. Je zřejmé, že většina mužů a žen má povědomí o závažnosti pití alkoholu. V tomto případě jsou ženy o této problematice informovány více než muži. Překvapující je, že studenti i přes značnou informovanost

o škodlivosti alkoholu označují za více akceptovatelný právě alkohol oproti konopí a cigaretám.

Sedmá výzkumná otázka („V7: Užili by respondenti konopí v případě, že by pomohlo zmírnit příznaky vyvolané nějakou nemocí?“) se zabývala dotazníkovou otázkou č. 15 a 18.

V patnácté otázce jsem se respondentů ptala, jestli mají představu o tom, na které z nemocí pomáhá užívání konopí. Respondenti měli na výběr z několika nemocí, kde měli posoudit, na kterou může pozitivně působit užívání konopí. Největší informovanost kladného působení konopí byla u respondentů zaznamenána u roztroušené sklerózy, kde se respondenti shodli nejvíce, a to v 72,3 %. Jako druhá nejfrekventovanější odpověď byla Parkinsonova nemoc, která činila v celkovém procentuálním vyjádření 62,5 %. Na třetím místě u respondentů skončila epilepsie s 27 % a dále následovala odpověď, kdy respondenti nezastávají žádný názor k těmto nemocem v 9,8 %. Zelený zákal skončil na pátém místě s 9,1 % odpovědí.

Dále jsem se v otázce číslo osmnáct respondentů ptala na otázku, pokud by měli nějaké onemocnění léčitelné konopím, zda by ho využili. Ve velké převaze se respondenti shodli na tom, že by konopí při léčení svého onemocnění použili. Respondenti kladně odpověděli v počtu 85,3 % a negativně pouze v 14,7 %. Člověk, když je nemocný, tak hledá záchranu kdekoliv a pokud mu normálně dostupná léčba na jeho nemoc nezabírá, snaží se hledat jiné možnosti a v těchto chvílích by se většina obrátila právě na konopí. Kdyby si lidé lépe četli příbalové letáky k různým lékům, tak by zjistili, jaké množství nežádoucích účinků tyto léky mohou způsobit, a proto by se spíše přiklonili ke konopným produktům.

Z výzkumného šetření vysokoškolských studentů jsem zjistila, že jejich znalost této problematiky byla v některých oblastech poměrně špatná. Podle mého názoru je to zapříčiněno nízkou informovaností veřejnosti a vzniklými předsudky vůči této rostlině. Na druhou stranu je nutné zmínit, že v poslední době se situace ohledně problematiky konopí dostává do popředí, a to hlavně díky léčivým výrobkům z konopí, které jsou mediálně čím dál více propagovány jak v televizi, tak i v tisku.

Dalším bodem ke zlepšení situace v České republice bych viděla v tom, kdyby na léčebné konopí vydávané na lékařský předpis začali přispívat zdravotní pojišťovny, čímž by se velmi rozšířil okruh lidí, kteří by tuto možnost začali využívat a nemuseli by riskovat střet se zákonem.

Dále bych doporučila na středních školách zavést osvětu ohledně této problematiky a zdůraznit i možnosti léčení různých nemocí pomocí konopí, a také různorodé využití konopí v mnoha dalších oblastech, o kterých mnozí lidé nemají ani tušení.

Závěr

V závěru své bakalářské práce bych chtěla zmínit, že pro mě bylo psaní a získávání informací o konopí velmi obohacující. O této populární a mezi lidmi velmi oblíbené rostlině jsem se dozvěděla mnoho nových, cenných a pro mě někdy i překvapivých poznatků. Bakalářská práce se mi psala velice dobře a všechny přístupné i aktuální zdroje jsem se snažila ověřovat a co nejsrozumitelněji shrnout.

Jakmile jsem zjistila, že rostlina konopí má na této planetě svou historii již několik tisíc let a lidé se s ní mohli setkat už i v mladší době kamenné neboli neolitu, tak jsem byla velmi překvapená. Lidstvo využívalo konopí od pradávna pro průmyslové využití, léčebné účinky či změny stavu vědomí. Mnohdy až nyní přicházíme na cenné poznatky, které naši předci o této rostlině věděli již dávno. V minulosti lidé užívali konopí na léčbu mnoha nemocí zcela bez omezení, avšak v České republice a mnoha dalších zemích museli až donedávna nemocní lidé léčící se konopím za její legální užívání těžce bojovat. Osobně znám muže, který již pár let trpí roztroušenou sklerózou, a svůj život si už bez konopí nedokáže představit. Je pro mě neuvěřitelné, že mu tato rostlina při tak těžké nemoci dokáže poskytovat úlevu, zejména proti bolesti a spasticitě. Léčbě pomocí konopí věřím, a kdybych měla nějaké zdravotní problémy léčitelné touto rostlinou, tak ji ráda použiju.

O problematice konopí jsem se svými přáteli i rodinou často během tvorby této bakalářské práce vedla rozsáhlé diskuze. Při těchto debatách se mi potvrdilo, že názory na konopí budou vždy otázkou dvou protipólů, a to drogy i léku. Obě tyto fakta nemůžu zpochybňovat, každý by si měl podle dostupných a hodnotných informací vytvořit svůj vlastní názor na tuto rostlinu. V těchto případech se ne vždycky vyplatí poslouchat pouze média. Někdy je však obtížné roztrždit tyto informace na pravdivé a fiktivní. Proto i tato práce může sloužit jako stručný přehled problematiky konopí pro ty jedince, které rostlina konopí skutečně zajímá.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit informovanost studentů učitelských oborů Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci o problematice závislosti na cannabinoidech a zkoumání informovanosti respondentů o konopí. Informovanost studentů jsem zjistila pomocí metody dotazníku a tím jsem získala i potřebné údaje, které jsem podrobněji rozebrala v kapitole Diskuze. Studenty téma mojí bakalářské práce velmi zaujalo a při vyplňování dotazníku jsem z jejich strany shledala velkou ochotu a mnoho pozitivních ohlasů. Stanovené cíle bakalářské práce jsem splnila.

Literatura

BEČKOVÁ, Ilona a Peter VIŠŇOVSKÝ. *Farmakologie drogových závislostí*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-864-6.

BOOTH, Martin. *Konopí: dějiny*. Praha: BB art, 2004. ISBN 80-7341-348-5.

CONRAD, Chris. *Konopí pro zdraví: fakta o léčivých účincích marihuany*. Praha: Pragma, 2001. ISBN 80-7205-834-7.

DOLEŽAL, Jiří X. *Marihuana 2000*. Praha: Baronet, 2000. ISBN 80-7214-291-7.

DUPAL, Libor. *Kniha o marihuaně*. 2. vyd. Praha: Maťa, 2004. ISBN 80-7287-082-3.

EMCDDA. *Evropská zpráva o drogách. Trendy a vývoj*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2014. ISBN: 978-92-9168-690-2.

EMCDDA. *Evropská zpráva o drogách. Trendy a vývoj*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2015. ISBN 978-92-9168-795-4.

ENGELANDER, Marnie. *Efektivní regulace užívání marihuany: jak pracovat s lidmi, aby omezili nebo přestali užívat konopí*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010. ISBN 978-80-7440-041-4.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Překlad Vladimír Jůva, Vendula Hlavatá. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

GÖHLERT, Christoph a Frank KÜHN. *Od návyku k závislosti: toxikomanie; drogy: účinky a terapie*. Praha: Ikar, 2001. Pro zdraví. ISBN 80-7202-950-9.

GRINSPOON, Lester a James BAKALAR. *Marihuana - zakázaná medicína*. Bratislava: CAD Press, 1996. ISBN 80-85349-57-4.

GROTENHERMEN, Franjo. *Konopí jako lék: praktický rádce k využívání konopí a dronabinolu v medicíně*. Olomouc: Fontána, 2009. ISBN 978-80-7336-552-3.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

HOLLAND, Julie. *Tráva: kompletní průvodce světem marihuany v medicíně, vědě, kultuře a politice*. Praha: Pragma, 2014. ISBN 978-80-7349-408-7.

CHOMYOVÁ, P., CSÉMY, L., GROLMUSOVÁ, L., SADÍLEK P. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): výsledky průzkumu v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2014. ISBN 978-80-7440-101-5.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

IVERSEN, Leslie L. *The science of marijuana*. New York: Oxford University Press, 2000. ISBN 0-19-513123-1

JELÍNEK, Jiří. *Trestní zákoník a trestní řád: s poznámkami a judikaturou: zákon o soudnictví ve věcech mládeže, zákon o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, advokátní tarif*. 4. vyd. podle stavu k 1. 10. 2013. Praha: Leges, 2013. ISBN 978-80-87576-69-4.

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.

KING, Jason. *Cannabible*. Praha: Levné knihy, 2008. ISBN 978-80-7309-606-9.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 1. 2009. 2. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.

MIOVSKÝ, Michal. *Konopí a konopné drogy: adiktologické kompendium*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-0865-2.

NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie osobnosti*. Praha: Management Press, 1993. ISBN 80-85603-34-9.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-432-X.

- NOŽINA, Miroslav. *Svět drog v Čechách*. Praha: KLP-Koniasch Latin Press, 1997. ISBN 808591736x.
- PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1916-3.
- PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?*. Praha: Maxdorf, 1994. ISBN 80-85800-18-7
- PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky II. Vývoj člověka od patnácti do třiceti let*. 3. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1983. ISBN 14-204-83.
- RÄTSCH, Christian. *Marihuana jako lék: etnomedicína, užívání a recepty na léčení konopím*. Olomouc: Fontána, 2013. ISBN 978-80-7336-703-9.
- ROBINSON, Rowan. *Velká kniha o konopí*. 3. vyd. Praha: Volvox Globator, 2004. ISBN 80-7207-532-2.
- RUMAN, Michal. *Cannabis - konopí: průvodce světem univerzální rostliny*. Praha: Malý princ, 2014. ISBN 978-80-87754-13-9.
- RUMAN, Michal a Linda KLVAŇOVÁ. *Konopí: staronový přítel člověka*. Chvaleč: Konopa, 2008. ISBN 978-80-254-1825-3.
- SANANIM kolektiv autorů. *Drogy: otázky a odpovědi*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.
- ŠEVELA, Kamil a Pavel ŠEVČÍK. *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně*. 2. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3146-9.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2014. ISBN 978-80-7440-109-1.
- ZIMMER, Lynn a John MORGAN. *Marihuana: mýty a fakta*. Praha: Volvox Globator, 2003. ISBN 80-7207-463-6.

Internetové zdroje

ČESKO. Vyhláška č. 236/2015 Sb., o stanovení podmínek pro předepisování, přípravu, distribuci, výdej a používání individuálně připravovaných léčivých přípravků s obsahem konopí pro léčebné použití. In: *Sbírka zákonů České republiky*, ročník 2015, částka 98. [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2015-236>. ISSN 1211-1244

Do lékáren míří první české konopí pro léčebné použití. Kolik bude stát? *EuroZprávy.cz* [online]. 23. 3. 2016 [cit. 2016-03-23]. Dostupné z: <http://domaci.eurozpravy.cz/zdravotnictvi/149542-do-lekaren-miri-prvni-ceske-konopi-pro-lecebne-pouziti-kolik-bude-stat/>

HURÝSEK, Lukáš. Konopí nám zachránilo dceru – léčba dětských forem epilepsie pomocí kanabinoidů. *Magazín Legalizace* [online]. 27. 11. 2013 [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: <http://www.magazin-legalizace.cz/cs/articles/detail/947-konopi-nam-zachranilo-dceru-lecba-detskych-forem-epilepsie-pomoci-kanabinoidu>

IACM zpravodaj – léčba schizofrenie a další. *Magazín Legalizace* [online]. 13. 12. 2012 [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://www.magazin-legalizace.cz/cs/articles/detail/462-iacm-zpravodaj-lecba-schizofrenie-a-dalsi>

LUCERO, Marissa. Albuquerque baby makes history with cannabis oil at Colorado hospital. *KRQW News 13* [online]. 12. 2. 2016 [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: <http://krqe.com/2016/02/12/albuquerque-baby-makes-history-with-cannabis-oil-at-colorado-hospital/>

Šarlotina pavučinka je konopná léčba pro děti trpící epilepsií. *Konopí jako lék* [online]. 7. 4. 2014 [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: <http://www.konopijakolek.cz/2014/04/sarlotina-pavucinka-je-konopna-lecba-pro-deti-trpici-epilepsii>

VICHEREK, Roman. Množství větší než malé, aneb kolik je možné držet omamných a psychotropních látek pro vlastní potřebu. *Epravo.cz* [online]. 21. 7. 2014 [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/mnozstvi-vetsi-nez-male-aneb-kolik-je-mozne-drzet-omamnych-a-psychotropnich-latek-pro-vlastni-potrebu-94705.html>

Periodika

KRÁLOVÁ, Silvie. Léčivá síla konopí. *TÉMA*. 2015, roč. 2, č. 14, s. 10 – 16. ISSN 2336-4815.

Anotace

Jméno a příjmení:	Hana Žižková
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Kamila Holásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Konopí – droga i lék
Název práce v angličtině:	Cannabis – drug and cure
Anotace práce:	Tato bakalářská práce je zaměřená na konopí, kde se na něj nahlíží z hlediska drogového a rovněž zdůrazňuje i jeho léčebné účinky. Teoretická část práce se zabývá základní charakteristikou závislosti, podstatnými informacemi o rostlině konopí a závislosti na cannabinoidech. Pozornost je dále věnována legislativě konopí v České republice a na závěr poukazuje na léčebné účinky této rostliny. Praktická část zkoumá informovanost studentů učitelských oborů Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci o konopí a problematice závislosti na cannabinoidech.
Klíčová slova:	Konopí, droga, léčebné konopí, lék, cannabinoidy, závislost.
Anotace v angličtině:	This Bachelor thesis is looking at cannabis from a drug point of view as well as it's medicinal properties. The theoretical part describes the basic characteristic of an addiction, substantial information about the cannabis plant and cannabinoid addiction. Further attention is given to legislation of cannabis in Czech Republic and finally it describes the medical effect of this plant. The practical part of this thesis is looking into what extent are the student teachers of The Faculty of Education Palackeho University in Olomouc informed with regards to cannabis and the problems the cannabinoid addiction can entail.
Klíčová slova v angličtině:	Cannabis, drug, medical cannabis, cure, cannabinoid, adiction.
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Dotazník Příloha č. 2: Obrazová příloha
Rozsah práce:	72 s. + přílohy
Jazyk práce:	Český jazyk

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Obrazová příloha

Příloha č. 1: Dotazník

Konopí – droga i lék

Dobrý den,

jmenuji se Hana Žižková a jsem studentka Univerzity Palackého v Olomouci. Ráda bych Vás požádala o vyplnění krátkého dotazníku, který poslouží jako podklad pro mou bakalářskou práci na téma: Konopí – droga i lék. Tento dotazník je zcela anonymní a k jednotlivým výsledkům nebude mít žádná jiná osoba přístup. Vyhodnocení dotazníků a jeho konečné výsledky budou prezentovány v již zmíněné práci. Vyhovující odpovědi prosím zakroužkujte.

Děkuji Vám za spolupráci.

Pohlaví: a) muž

b) žena

Studijní obor:

-
1. Je podle Vašeho názoru obtížné sehnat si konopí (cannabis, marihuanu, „trávu“), kdybyste o něj měl/a zájem?
 - a) Ano
 - b) Ne
 2. Nabízel Vám už někdo konopí? (mimo produkty nabízené v lékárnách)
 - a) Ano
 - b) Ne
 3. Zkusil/a bys konopí, kdyby ti ho někdo nabízel? (mimo produkty nabízené v lékárnách)
 - a) Ano
 - b) Ne

4. Užil/a jsi někdy konopí? (mimo produkty nabízené v lékárnách)
 - a) Ano
 - b) Ne

5. Kolikrát jste užil/a konopí? (mimo produkty nabízené v lékárnách)
 - a) Pravidelně
 - b) Příležitostně
 - c) Pouze jednou
 - d) Nikdy

6. Když se řekne konopí (marihuana, „tráva“, konopí, ganja) převažuje u Vás hodnocení spíše:
 - a) Pozitivní
 - b) Negativní
 - c) Neutrální

7. Co je pro Vás nejhůře akceptovatelné?
 - a) Alkohol
 - b) Cigarety
 - c) Konopí

8. Myslíte si, že užívání konopí je vstupní branou k dalším drogám?
 - a) Ano
 - b) Ne

9. Vadilo by Vám, kdyby si někdo ve Vaší blízkosti zapálil cigaretu s „trávou“?
 - a) Ano
 - b) Ne

10. Souhlasíte s legalizací konopí pro vlastní potřebu?
 - a) Ano
 - b) Ne

11. Znáte alespoň jednoho takového uživatele konopí?
- a) Ano
 - b) Ne
12. Souhlasíte s legalizací konopí pro jeho léčebné účinky?
- a) Ano
 - b) Ne
13. Vadilo by Vám, kdyby někdo z Vašich blízkých přátel či rodiny užíval konopí pro léčebné účely?
- a) Ano
 - b) Ne
14. Znáte nějaké uživatele léčebného konopí?
- a) Ano
 - b) Ne
15. Na které z těchto nemocí podle Vás pomáhá užívání konopí? Správné odpovědi označte.
- a) Epilepsie
 - b) Roztroušená skleróza
 - c) Parkinsonova nemoc
 - d) Zelený zákal
16. Myslíte si, že máte dostatek informací o konopí a jeho účincích?
- a) Ano
 - b) Ne
17. Jaké znáte způsoby užití konopí? Správné odpovědi zakroužkujte
- a) V potravě
 - b) Orálně (kouření)
 - c) Injekčně
 - d) Konopný olej

18. Pokud byste měli některé onemocnění léčitelné konopím (např. atopická ekzém, revmatoidní artritida, nechutenství atd.) použili byste ho?

- a) Ano
- b) Ne

19. Myslíte si, že dochází ke ztrátě mentálních schopností při dlouhodobém užívání konopí?

- a) Ano
- b) Ne

20. Myslíte si, že dochází ke ztrátě mentálních schopností při dlouhodobém pití alkoholu?

- a) Ano
- b) Ne

Příloha č. 2: Obrazová příloha

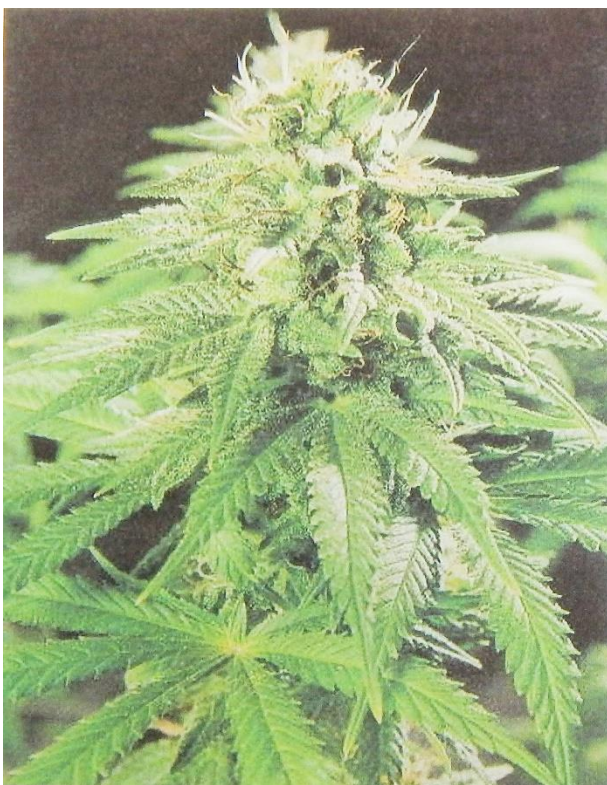
Obrázek č. 1: Rostliny konopí (Ruman, 2014, s. 16).



Obrázek č. 2: List konopí (Ruman, 2014, s. 255).



Obrázek č. 3: Konopný květ (Ruman, 2014, s. 94).



Obrázek č. 4: Marihuanová dýmka (Miovský, 2014, s. 255).

