Metoda popisovaná v tomto textu není skutečným psychologickým testem! Vznikla v rámci cvičení z psychometrie na KPCH FF UPOL a je pouze didaktickou pomůckou. Jakékoli jiné využití je na vlastní nebezpečí.

SEBEPOSUZOVACÍ ŠKÁLA ZÁVISLOSTI NA KONOPÍ

Adam Eliášek

Závislost na konopí

Konopí nebo též marihuana je psychotropní látka, jež je získávána z psychoaktivních vrcholků samičího květenství *Konopí setého*, které řadíme do čeledi *Cannabaceae (konopovité)* a které je považováno za endemit asijských Himalájí (Clarke & Merlin, 2013). Konopí zůstává zdaleka nejčastěji konzumovanou nelegální drogou v Evropě. Národní průzkumy užívání konopí odhadují, že přibližně 8 % dospělých Evropanů (22,6 milionů ve věku 15 až 64 let) užilo konopí v posledním roce. Co víc, odhaduje se, že přibližně 1,3 % dospělých v Evropské unii (3,7 milionu lidí) užívá konopí denně nebo téměř denně. Tito uživatelé představují skupinu, u níž je největší pravděpodobnost výskytu různých problémů v důsledku užívání, včetně závislosti na konopí (EMCDDA, 2023).

Nejčastěji se setkáme s užíváním konopí ve formě inhalace kouře ze spaliny surového materiálu – květů či slisované pryskyřice neboli hašiše; či v poslední době i jako páry z vaporizérů, dále je častá také orální konzumace speciálně připravovaných konopných potravin či velmi koncentrovaných extraktů ve formě tinktur. V řadě zemí Evropy a států USA je užívání, přechovávání a zejména distribuce konopných produktů stále postihnutelná dle trestních předpisů, a to včetně hrozby odnětí svobody i na mnoho let. Přestože množství soudobých výzkumů naznačuje opak, konopí a jeho produkty jsou stále mnohými považovány za škodlivé látky bez jakéhokoliv léčivého potenciálu či lékařského využití. Často se proto dnes setkáváme s opačným extrémem, kdy jsou tato psychotropní látka a její užívání neúměrně glorifikovány a rizika značně podhodnocena. Ačkoli se tedy uvádí, že užívání konopí je poměrně bezpečné a v některých případech dokonce až terapeutické, nese s sebou, obdobně jako jiné psychoaktivní látky, značné riziko vzniku závislosti v důsledku neúměrné konzumace. Uvádí se, že konopí je odpovědné za téměř třetinu všech přijatých na léčbu drogové závislosti v Evropě (EMCDDA, 2023).

Závislost na konopí chápejme prismatem MKN-11 jako poruchu regulace užívání vyplývající z opakovaného nebo nepřetržitého užívání konopí. Charakteristickým rysem je silná vnitřní potřeba užívání konopí, která se projevuje zhoršenou schopností mít užívání pod kontrolou, zvyšující se prioritou užívání před jinými činnostmi a vytrvalostí užívání navzdory škodám nebo negativním důsledkům. Tyto zkušenosti jsou často doprovázeny subjektivním pocitem nutkání nebo touhy po užití konopí. Mohou být také přítomny fyziologické znaky závislosti, včetně tolerance k účinkům konopí, abstinenčních příznaků po ukončení nebo omezení užívání konopí nebo opakovaného užívání konopí nebo farmakologicky podobných látek k prevenci nebo zmírnění abstinenčních příznaků. Znaky závislosti jsou obvykle patrné nejdříve až po 12 měsících užívání, ale diagnóza může být stanovena, pokud je užívání konopí nepřetržité (denně nebo téměř denně) po dobu alespoň 3 měsíců (World Health Organization, 2019).

Metoda popisovaná v tomto textu není skutečným psychologickým testem! Vznikla v rámci cvičení z psychometrie na KPCH FF UPOL a je pouze didaktickou pomůckou. Jakékoli jiné využití je na vlastní nebezpečí.

Tvorba položek

Pro účely tohoto testu bylo formulováno celkem 6 položek, jež svým obsahem přímo souvisejí s diagnostickými kritérii pro syndrom závislosti na konopí dle MKN-11. Těmi jsou - 1) Puzení užívat, 2) Ztráta kontroly, 3) Odvykací příznaky, 4) Tolerance, 5) Zanedbávání jiných aktivit, 6) Pokračování v užívání přes škodlivé důsledky.

Kritéria byla přetvořena do oznamovacích vět v první osobě, u nichž proband volí, do jaké míry jej dané tvrzení vystihuje, a to na čtyř úrovňové škále:

zcela nevystihuje – spíše nevystihuje – spíše vystihuje – zcela vystihuje

1 2 3 4

Neutrální stupeň nebyl zahrnut z důvodu vyšší reprezentativnosti výsledků při značně nízkém počtu položek.

Stupně jsou bodovány od 1 do 4 bodů, kde u všech položek má úplný soulad s tvrzením hodnotu 4. Test neobsahuje žádné inverzní položky.

Znění jednotlivých položek je následující:

1. Pokud si nedám svou pravidelnou dávku konopí, cítím silnou touhu jej užít.
2. Stává se mi, že užívám konopí více, dříve či déle, než jsem původně zamýšlel.
3. Užívám konopí či podobnou látku se záměrem zmírnit nebo odstranit odvykací příznaky typické pro konopný odvykací (abstinenční) syndrom.
4. Potřebuji vyšší dávku konopí, abych dosáhla účinků původně vyvolaných nižší dávkou.
5. Zanedbávám jiné zájmy nebo povinnosti ve prospěch získávání, užívání či zotavování se z účinků konopí.
6. Pokračuji v užívání konopí přes jasný důkaz škodlivých následků jeho užívání.

Výzkumný a standardizační soubor

Škála byla administrována pomocí online testové platformy souboru plnoletých respondentů, kterým byla sdílena formou online inzerátu na sociální síti Facebook prostřednictvím řady tzv. facebookových skupin sdružujících některé české uživatele konopí, a kteří byli souběžně požádáni o další šíření škály mezi ostatní uživatele konopí v jejich okolí. Lze tedy říci, že k získání respondentů byly užity nepravděpodobnostní metody samovýběru a sněhové koule.

Dohromady škálu vyplnilo celkem 143 respondentů. Po kontrole došlo k vyřazení dvou protokolů z analýzy, jeden z důvodu dvojitého vyplnění (s dvěma různými identifikačními čísly), druhý pro nesplnění věkového kritéria (min. 18 let).

Takto upravený soubor čítal 141 respondentů, z toho 52 (36,9 %) mužů a 89 (63,1 %) žen. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí od 18 do 71 let. Průměrný věk činil 28,8 let se směrodatnou odchylkou 10,9 roku; medián souboru je 24 let.

Testové škály výpočet hrubého skóru

Identifikován byl pouze jeden faktor, z kterého byla stanovena jedna hlavní škála – *Závislost na konopí*.

Metoda popisovaná v tomto textu není skutečným psychologickým testem! Vznikla v rámci cvičení z psychometrie na KPCH FF UPOL a je pouze didaktickou pomůckou. Jakékoli jiné využití je na vlastní nebezpečí.

Na základě volby škály lze hrubý skór spočítat jako součet všech odpovědí. Jelikož se body odpovědí pohybovaly v rozmezí od 1 do 4 (viz. s. 2), mohl hrubý skór nabývat hodnot od minimálně 6 do maximálně 24.

Důkazy o reliabilitě metody

Vnitřní konzistence

Pro výpočet vnitřní konzistence byl užit Cronbachův koeficient alfa, kterého hodnota je rovna 0,882. Z výsledků položkové analýzy, jak lze mimo jiné vidět v tabulce 1, vyplývá, že odstraněním jakékoliv z položek, by nedošlo ke zvýšení reliability.

Tabulka 1: Výsledek položkové analýzy

Položka	Korigovaná korelace prvku a celku	Koeficient determinace	Alpha po odstranění
1	0,72	0,55	0,86
2	0,74	0,56	0,85
3	0,66	0,45	0,876
4	0,78	0,63	0,85
5	0,70	0,52	0,86
6	0,69	0,50	0,87

S přesahem do validity metody můžeme vidět, že poměrně slibné výsledky ukazuje i koeficient determinace jednotlivých položek, zejména položky čtvrté, jež se ptá na toleranci.

Stabilita v čase

Při administraci testu byli probandi požádáni o opakované vyplnění po nejméně 7 dnech od prvního. Těmto požadavkům vyhovělo celkem 18 (12,8 %) respondentů, z toho 10 mužů a 8 žen s celkovým průměrným věkem 24,3 let. Průměrná časová prodleva mezi opakovaným vyplněním činila 9,7 dne. Pearsonův korelační koeficient byl roven hodnotě 0,97, což značí velmi vysokou reliabilitu v čase.

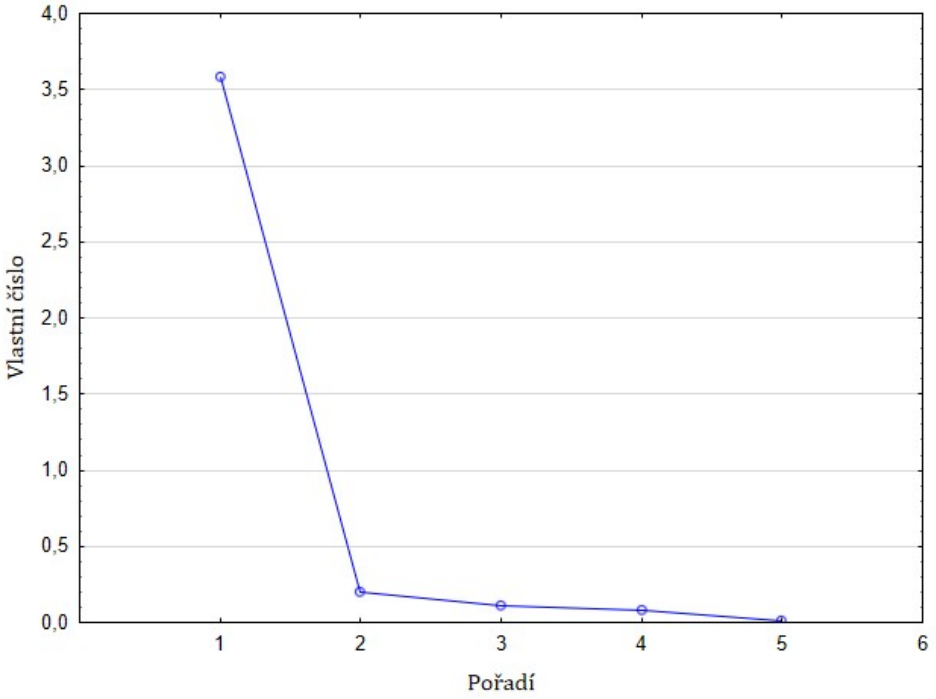
Důkazy o validitě metody

Faktorová validita

Z explorativní faktorové analýzy (EFA) pomocí metody hlavní osy původních šesti položek vychází pouze jeden dominantní faktor, jak lze vidět i na sutinovém grafu v obrázku 1, což je v souladu se záměrem testovat pouze závislost na konopí, a ne jiné faktory. To je zřejmě významně ovlivněné i nízkým počtem položek.

Metoda popisovaná v tomto textu není skutečným psychologickým testem! Vznikla v rámci cvičení z psychometrie na KPCH FF UPOL a je pouze didaktickou pomůckou. Jakékoli jiné využití je na vlastní nebezpečí.

Obrázek 1: Sutinový graf znázorňující dominantní faktor



Kriteriální validita metody

Mimo výše popsané základní položky škály (viz. s. 2) byla probandům navíc položena otázka tázající se na frekvenci jejich užívání konopí. Jelikož MKN-11 stanovuje, že syndrom závislosti lze diagnostikovat pouze pokud je užívání konopí nepřetržité (denně nebo téměř denně) po dobu alespoň 3 měsíců (World Health Organization, 2019), byli za potenciálně závislé považováni ti respondenti, jež užívají konopí alespoň jednou týdně. Takových dotazník zodpovědělo celkem 28 (19,9 %).

Dále 76 (53,9 %) probandů uvedlo, že konopí nikdy neužili nebo vyzkoušeli, ale již neužívají či jej užívají tak sporadicky (jednou za 5-10 let), že by bylo absurdní takové užívání považovat za pravidelné. Zbylých 37 (26,2 %) probandů otázku nezodpovědělo, ti byli z této analýzy vyloučeni.

Už pouhá skutečnost, že všichni probandi, kteří uvedli, že konopí neužívají, měli hrubý skór roven 6, což je nejnižší možná hodnota, vypovídá o potenciálně uspokojivé validitě metody (až na jednoho, který uvedl, že užíval, ale právě teď neužívá, a jehož skór byl roven 8). Navíc hodnota Spearmanova korelačního koeficientu mezi vnějším kritériem a škálou je rovna 0,86, což lze považovat za velmi silný vztah. V tabulce 2 lze vidět hodnoty vybraných deskriptivních statistik u jednotlivých skupin dle frekvence užívání konopí vytvořených z vnějšího kritéria.

Tabulka 2: Deskriptivní statistiky jednotlivých skupin dle frekvence užívání konopí

Frekvence užívání	Počet probandů	Průměrný HS	Směrodatná odchylka
Neužívá	59	6,03	0,26
Méně než jednou týdně	17	8,06	3,04
Alespoň jednou týdně	14	11,21	2,34
Alespoň jednou denně	14	16,29	3,43
Všichni	104	8,44	4,06

Metoda popisovaná v tomto textu není skutečným psychologickým testem! Vznikla v rámci cvičení z psychometrie na KPCH FF UPOL a je pouze didaktickou pomůckou. Jakékoli jiné využití je na vlastní nebezpečí.

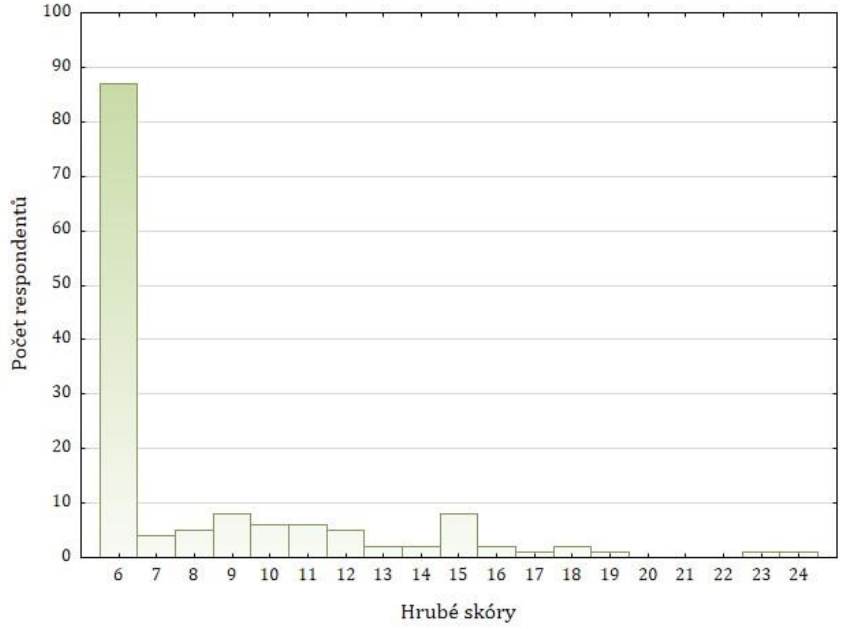
Orientační normy

Pro poměrně nízký počet respondentů bylo rozhodnuto vytvořit orientační normy pro všechny společné nehledě na pohlaví či věk. V souladu s tím průměrný hrubý skór u mužů byl roven 9,42 se směrodatnou odchylkou 4,75, zatímco u žen byl průměr 7,67 a odchylka 2,98, což není nijak zvlášť významné, navíc skupina žen je skoro dvakrát tak početná jako ta mužů, a proto tento rozdíl nelze považovat za reprezentativní. Tyto úvahy potvrzuje i hodnota Cohenova d 0,43, jež spadá někam mezi střední a malý efekt.

Stejná potíž je přítomna i u rozdělení souboru dle věkových skupin, jelikož téměř 72 % souboru je mladší než 30 let, bylo obtížné zvolit dělící kritérium, které by nevytvořilo značně nerovnoměrné skupiny. Navíc jelikož škálu vyplnil pouze jeden pravidelný uživatel konopí starší než 31 let, bylo by zbytečné tyto skupiny vůbec porovnávat.

Kvůli nešťastnému rozdělení dat, jež je vidět na obrázku 2, a které lze pravděpodobně dát za vinu nereprezentativnímu vzorku, bylo potřeba zvolit jinou metodu pro tvorbu norem než staniny.

Obrázek 2: Histogram hrubých skórů respondentů



Jelikož MKN-11 říká, že za hranici závislosti lze považovat naplnění alespoň 3 diagnostických kritérií, jež poměrně důvěrně kopírují jednotlivé položky škály, můžeme za *nezávislého* považovat kohokoliv, jehož hrubý skór je nižší než 12 – to znamená, že aby dosáhl na tuto hodnotu, musel by alespoň u tří z celkových šesti položek uvést, že jej tvrzení alespoň spíše vystihuje, u ostatních by mohl zvolit klidně možnost *zcela nevystihuje*, součet pro výpočet HS by pak byl 1+1+1+3+3+3=12. Do této kategorie (HS roven 11 a méně) spadá neuvěřitelných 116 (82,3 %) respondentů. Ovšem existují i situace, kdy proband dosáhne 12 a nebude vykazovat známky závislosti – pokud např. uvede u všech položek *spíše nevystihuje,* bude výpočet HS následující 2+2+2+2+2+2=12. Nicméně, jak nás upozorňuje teorie, u závislého jedince často silně fungují obranné mechanismy, které brání vstupu této skutečnosti do vědomí. Proband, který tedy volí možnosti spíše nevystihuje, nemusí být zcela věrohodný – svou odpovědí nám dává najevo, že se s popisovanými stavy/příznaky již setkal, však jeho interpretace je, že nikoliv ve výstražné intenzitě. Jelikož se jedná o sebeposuzovací škálu, okrádá zde proband o důležité informace pouze sebe. Pro jistotu ale byla hranice pro *závislost* posunuta na hodnotu 15, kdy jsou v souladu s touto škálou již vždy patrné známky závislosti. Takových probandů (HS roven 15 a více) je v souboru pouze 16 (11,3 %). Ke

škále bude ovšem přiděleno doporučení, že pokud proband skóruje na hranici 12-15 HS, je potřeba pro správnou interpretaci výsledků zkontrolovat jednotlivé odpovědi, což by však kvůli nízkému počtu položek neměl být problém.

Zbylých 9 hodnot HS (15-24) bylo rozděleno do tří rovnoměrných skupin dle stupně závislosti, jak ukazuje tabulka 3.

Tabulka 3: Výsledné normy

Minimum	Maximum	Stupeň závislosti
6	11	žádná
12	14	hraniční
15	18	lehká
19	21	střední
22	24	těžká

Zhodnocení metody

Představený inventář je krátkým screeningovým nástrojem pro zjištění závislosti na konopí. Metoda se prokázala jako reliabilní, a to jak v čase, tak v rámci její vnitřní konzistence.

Dále byly nalezeny uspokojivé důkazy pro kriteriální i faktorovou validitu metody.

Přehlédneme-li skutečnost, že snaha měřit závislost bez klinického dohledu odborníka má vždy svá úskalí, sama metoda vykazuje dva značné nedostatky. Prvním je nízký počet položek.

Druhým a z podstaty významnějším je nedostatečný rozsah souboru respondentů, jež lze dát za vinu nízkému časovému rozpětí k jejich získání, nebo možná i povaze měřené oblasti, či dokonce některým rysům cílové populace. Ač tak či onak, tento fakt sám o sobě do jisté míry znehodnocuje věrohodnost všech zde zjištěných kvalit metody. Snad ještě nešťastnější je, že většina respondentů (53,9 %) nikdy konopí ani neužila a další poměrně početná část (26,2 %) nezodpověděla otázku pro validizační kritérium, a frekvenci jejich užívání, zda k nějakému vůbec dochází, tak nelze vůbec stanovit. To dále omezilo řadu prováděných analýz.

Nicméně vzhledem k tomu, že metoda poměrně důvěrně kopíruje diagnostická kritéria pro syndrom závislosti na konopí dle MKN-11 a byla zamýšlena zejména jako sebeposuzovací metoda, jež by mohla být případně i volně dostupná veřejnosti skrze nějakou online platformu jako jakýsi self-help nástroj, lze i přes její nedostatky v souladu s jejími zjištěnými vlastnostmi prohlásit, že by svůj účel, i když spíš s orientačním posouzením jedincova stavu, plnit dokázala.

Použitá literatura

Clarke, R. C. & Merlin, M. D. (2013). *Cannabis: evolution and ethnobotany.* University of California Press.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2023). *European Drug Report 2023.* Publications Office of the European Union. https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11. vydání).* https://icd.who.int/

Metoda popisovaná v tomto textu není skutečným psychologickým testem! Vznikla v rámci cvičení z psychometrie na KPCH FF UPOL a je pouze didaktickou pomůckou. Jakékoli jiné využití je na vlastní nebezpečí.