

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Tereza Jandová

Sebemedikace alkoholem v období menopauzy a postmenopauzy
Self-medication with alcohol among menopausal and postmenopausal women

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Aleš Kuda

Praha, 2021

Prohlášení:

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

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

V Praze, 28.04. 2021

.....

Podpis

Identifikační záznam

JANDOVÁ, Tereza. Sebemedikace žen v období menopauzy a postmenopauzy. [Self-medication with alcohol among menopausal and postmenopausal women]. Praha, 2021. 54 s., 4 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Kuda, Aleš.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá fenoménem sebemedikace u žen v období menopauzy a postmenopauzy. Je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část je věnována teorii sebemedikace, významným publikovaným studiím zabývajícím se sebemedikací depresivních a úzkostných poruch, vlivu alkoholu na zdraví ženy a nakonec samotné menopauze, jejímu psychosociálnímu významu a zvýšené prevalenci depresivních a úzkostných poruch u žen v tomto životním období. Praktická část je věnována kvalitativnímu kazuistickému výzkumu zaměřenému na okolnosti vzniku závislosti tří žen léčících se v období klimakteria poprvé s diagnózou závislosti na alkoholu, jejich psychickému stavu, motivům užívání alkoholu a závažnosti klimakterických obtíží. Pro sběr dat byla použita dotazníková baterie a polostrukturovaný rozhovor. Cílem práce bylo popsat fenomén sebemedikace u žen v období menopauzy a postmenopauzy a otevřít tak debatu pro další zkoumání. Z výzkumu vyplývá, že u žen v tomto životním období skutečně docházelo ke zhoršení psychického stavu a vyššímu užívání alkoholu, kterým se nepříjemné pocity snažily zmírnit. U každé z žen se psychické obtíže, prožívání menopauzy i podoba samotného užívání alkoholu různí a práce tak poukazuje na rozmanitost, v jaké se sebemedikace alkoholem u žen v období menopauzy a postmenopauzy může manifestovat. Vzhledem k významnému zastoupení žen v období klimakteria v populaci a zdravotním rizikům spojených s užíváním alkoholu v tomto životním období by další výzkum mohl přispět nejen k nastavení efektivní léčby, ale i cílené preventivní strategie.

klíčová slova: teorie sebemedikace, menopauza, postmenopauza, závislost na alkoholu

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the self-medication theory among menopausal and postmenopausal women. It is divided into a theoretical and practical part. The theoretical part presents self-medication theory and important studies exploring self-medication of mood and anxiety disorders, health effects of alcohol consumption on women, psychosocial aspects of menopause and higher prevalence of mood and anxiety disorders among menopausal and postmenopausal women. The practical part presents qualitative research with case studies exploring alcohol addiction in three perimenopausal women. Case studies are also focused on their psychological condition, drinking motives and perimenopausal symptoms. Questionnaire battery and semi-structured interview were used for data collection. The aim was to describe self-medication phenomenon among menopausal and postmenopausal women and start the debate for another research. The research claims that alcohol consumption among perimenopausal women was rising as the psychological condition was getting worse to cope their negative emotions. The research demonstrates diversity of possible self-medication among menopausal and postmenopausal women as every woman describes different psychological problems, menopause experience and alcohol using. Due to large number of perimenopausal women in population another research would help with effective addiction treatment and targeted preventive strategy.

keywords: self-medication theory, menopause, postmenopause, alcohol addiction

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala Mgr. Aleši Kudovi za vedení a potřebnou inspiraci pro napsání bakalářské práce a další studijní a profesní pokračování. Dále bych chtěla poděkovat svým rodičům, bez jejichž opory by nic z toho nikdy nebylo možné. Nakonec bych chtěla poděkovat Mgr. Ivanu Machkovi, jehož motivace a podpora bezpochyby veškeré mé studijní směřování determinovaly.

Obsah

Úvod	9
1. Teorie vzniku závislosti	11
1.1. Teorie sebemedikace	11
1.1.1. Sebemedikace alkoholem	12
1.1.2. Sebemedikace depresivních a úzkostných poruch alkoholem	12
1.2. Motivy užívání alkoholu	14
2. Užívání alkoholu ženami	17
2.1. Vliv alkoholu na zdraví ženy	17
2.2. Alkohol v období menopauzy	17
3. Menopauza	19
3.1. Psychosociální význam menopauzy	19
3.2. Menopauza a duševní zdraví	20
3.2.1. Depresivní porucha v období menopauzy	20
3.2.2. Úzkostné poruchy v období menopauzy a postmenopauzy	21
4. Metodologie.....	22
4.1. Cíl výzkumu	22
4.2. Výzkumný soubor	22
4.3. Metoda sběru dat a etické aspekty	22
4.4. Použité nástroje	23
4.4.1. Rozšířený dotazník motivů ke konzumaci alkoholu (Modified DMQ-R).....	23
4.4.2. Zungova sebesposuzovací stupnice deprese	23
4.4.3. Beckův inventář úzkosti	24
4.4.4. Kuppermanův index.....	24
4.4.5. Polostrukturovaný rozhovor	25
5. Výsledky.....	26
5.1. Kazuistika 1 – Pavla	26
5.1.1. Charakteristika klienta	26
5.1.2. Vyhodnocení případu.....	27
5.1.3. Diskuse	28
5.2. Kazuistika 2 – Kristýna	29
5.2.1. Charakteristika klienta	29
5.2.2. Vyhodnocení případu.....	29
5.2.3. Diskuse	31

5.3.	Kazuistika 3 – Klára	32
5.3.1.	Charakteristika klienta	32
5.3.2.	Vyhodnocení případu.....	32
5.3.3.	Diskuse	34
5.4.	Souhrn výsledků	35
6.	Diskuse	38
6.1.	Limity studie.....	40
Závěr		42
Seznam použité literatury		43
Seznam tabulek		47
Příloha č. 1: Modified DMQ-R, anglické verze.....		I
Příloha č. 2: Modified DMQ-R, český překlad		III
Příloha č. 3: Kuppermanův index		V
Příloha č. 4: Seznam otázek polostrukturovaného rozhovoru		VI

Úvod

V klinické praxi se opakovaně můžeme setkat s ženami absolvujícími první léčbu závislosti na alkoholu až po 45. roce věku. Ať už se jedná o nově vzniklou závislost, nebo prohloubení existujících obtíží, snadno si klademe otázku, proč k tomu došlo zrovna v takovém životním období, a ne dřív ani později. U mladých lidí, především v adolescentním věku, někdy přisuzujeme určitý podíl na užívání návykových látek hormonálním výkyvům a dynamickým změnám, ke kterým v jejich životě dochází. Období menopauzy ale není o nic méně hormonálně a sociálně dynamické a pro mnoho žen je zdrojem velkých obav. Nejenže na ženu vzniká určitý psychosociální tlak související se změnou společenského statutu, odchodem dětí z domova nebo ztrátou schopnosti počít dítě, ale nezřídka je menopauza provázena somatickými obtížemi, které mohou ženě značně ztěžovat každodenní život. Prožívání tohoto období je samozřejmě ryze individuální záležitostí, jak ale na základě studií popisuje tato práce, oproti obecné populaci u žen v této věkové kategorii můžeme pozorovat větší prevalenci depresivních (Deecher, Andree, Sloan, & Schechter, 2008; Chibber, Woody, Karim Rumi, Soares, & Zhao, 2017; Riecher-Rössler, 2020) a úzkostných poruch (Hantsoo & Epperson, 2017) oproti běžné populaci.

Jednou z teorií vzniku závislosti je teorie sebemedikace, přičítající rozvinutí závislosti jedincově snaze ulevit si od psychických obtíží, kterými trpí. Vysvětluje tím mimo jiné i preference určité návykové látky před jinou (Khantzian & Albanese, 2008). Pokud bychom s teorií souhlasili, znamenalo by to, že užívání návykové látky (v našem případě alkoholu) by mohlo být v některých případech způsobeno právě nově vzniklými nebo prohloubenými psychickými obtížemi navazujícími na období menopauzy a postmenopauzy.

V České republice bylo v roce 2019 téměř 1 130 000 žen ve věku 45–60 let (ČSÚ, 2020), tento věk se nejčastěji používá pro ohraničení období menopauzy a postmenopauzy. Pokud bychom hodně zjednodušeně použili závěry některých studií a předpokládali, že prevalence depresivní poruchy mezi ženami je 20 % (Laňková & Raboch, 2013) a sebemedikace alkoholem nebo jinými návykovými látkami u pacientů s diagnózou depresivní poruchy je přibližně 22,9 % (Turner, Mota, Bolton, & Sareen, 2018), znamenalo by to, že v roce 2019 bylo v České republice více než 50 000 žen, které sebemedikovaly své psychické obtíže alkoholem. Pokud by to tak skutečně bylo, existoval by další téměř milion žen, na které by bylo vhodné zaměřit se v rámci prevence, protože se k věku menopauzy blíží.

V předchozím odstavci jsou samozřejmě velmi nadneseně odhadnuta data, která nemusí korespondovat s realitou, jejich cílem ale bylo ukázat, o jak významnou část populace se může jednat. Navíc podle další studie můžeme skutečně u žen po menopauze sledovat nárůst užívání alkoholu (Petri et al., 2004). Je tudíž možné, že jen na území České republiky existují desetitisíce žen v období menopauzy a postmenopauzy, u kterých by porozumění mechanismu motivů užívání alkoholu a případnému vzniku závislosti mohlo pomoci s nastavením efektivní léčby a s vytvořením funkční preventivní strategie pro ženy, které se k menopauze blíží. Z nadužívání alkoholu totiž v tomto věkovém období plynou mnohá úskalí – vyšší věk ženy je zároveň spojen s rizikem vzniku různých somatických onemocnění a ukazuje se, že užívání alkoholu může riziko ještě zvýšit (Petri et al., 2004).

Účelem této kvalitativní práce je prostřednictvím kazuistik prozkoumat a popsat okolnosti vzniku závislosti v období menopauzy a postmenopauzy u třech žen, zjistit motivy, které ženy k užívání alkoholu vedly, jak vážné projevy menopauzálního syndromu v té době pociťovaly, nakolik vykazovaly depresivní a úzkostnou symptomatiku a v neposlední řadě jak na vznik závislosti samy nahlížejí. Práce má sloužit jako představení možného fenoménu a případný námět na další komplexnější zkoumání problematiky.

1. Teorie vzniku závislosti

V minulosti existovalo mnoho pokusů o určení jednoznačného spouštěče závislosti, ať už v podobě biologické, nebo sociální determinace. Nikdy ale nebyla popsána žádná predisponovaná alkoholická osobnost. Z tohoto důvodu se dnešní odborná veřejnost kloní k bio-psycho-socio-spirituálnímu modelu závislosti (Kudrle in Kalina, 2003).

To samozřejmě neznamená, že pro vznik závislosti neexistují žádné potenciálně rizikové a predispoziční faktory. Ať už se jedná o užívání návykových látek matky v průběhu těhotenství, nebo o nějakou významnou životní událost a s tím související psychosociální tlak, všechny faktory a prediktory jsou považovány za pravděpodobnostní, nikoli determinující. Teorie vzniku závislosti (včetně teorie sebemedikace, kterou zmiňuji i v rámci této bakalářské práce) neodporují uznávanému bio-psycho-socio-spirituálnímu modelu závislosti, pouze ho doplňují a snaží se zmapovat, které faktory mohou být pro vznik závislosti potenciálně rizikové. Zmapováním pravděpodobnostního rizika konkrétních faktorů může sloužit pro účelné nastavení primární prevence v potenciálně rizikových skupinách obyvatel a pomáhá s porozuměním mechanismu možného vzniku závislosti u konkrétního člověka, čímž umožňuje pružně reagovat nastavováním efektivní a cílené adiktologické péče.

Pro účely této práce jsem se rozhodla věnovat se teorii sebemedikace a motivům užívání alkoholu a oba fenomény doložila existujícími relevantními výzkumy.

1.1. Teorie sebemedikace

Teorii sebemedikace detailně rozpracovali Khantzian a Albanese (2008) v knize *Understanding Addiction as Self Medication*. Při experimentování s látkami jedinec zjišťuje, že je přitahován k určitému typu látek (ať už stimulantům, opiátům, nebo jiné skupině), protože při jejich užívání cítí zlepšení oproti svému běžnému stavu. Naopak užívání jiné návykové látky mu může vyvolávat nepříjemné pocity. V případě užívání stimulantů, jako je kokain nebo amfetamin, mohou letargičtí lidé (případně až depresivní) intoxikaci používat jako nástroj k dosažení většího množství energie a vyšší úrovně aktivace. Jedinci se sklony k mánii nebo hyperaktivitě může intoxikace paradoxně uklidňovat – stimulační efekt má ostatně například atomoxetin předepisovaný na léčbu hyperkinetické poruchy. Lidé prožívající napětí nebo se sklony k úzkostem mohou využívat anxiolytický potenciál alkoholu a ulevovat si tak od úzkostí. Při užívání kokainu by se ale takovým lidem naopak mohlo stát, že se úzkostný stav prohloubí. Závislost se tedy postupně rozvíjí na podkladě dispozic jedince, jeho reakce na konkrétní látku a síle motivace, jakou je k užívání přitahován.

Sebemedikace návykovými látkami je často dávana do spojitosti s konkrétními diagnózami, jako jsou poruchy příjmu potravy (Wolfe & Maisto, 2000), deprese nebo úzkosti (Turner et al., 2018). V pojetí Khantziana (2008) se k sebemedikaci mohou lidé uchýlovat i z jiných důvodů, jako je nízká sebehodnota nebo vyhýbání se emocím po prožití traumatizující události. Sebemedikace tedy automaticky nemusí znamenat přítomnost duální diagnózy.

1.1.1. Sebemedikace alkoholem

Alkohol svými sedativními účinky snižuje úzkost a navozuje pocit relaxace – to mohou vyhledávat například jedinci se silnými obrannými mechanismy, kteří si intoxikací ulevují od napětí (Khantzian, 1999, in Khantzian 2008). Takové uvolnění může paradoxně vyústit až do záchvatu vzteku, jenž bývá popisován některými klienty, kteří dříve potlačovali hněv a díky disinhibujícímu efektu alkoholu ho byli schopni plně prožít a projevit. Ukazuje se, že užívání represe a popření jako primárních psychických obran vůči prožívání nepříjemných pocitů je pro uživatele alkoholu typické (Khantzian & Mack, 1989). Například v porovnání s uživateli jiných návykových látek mají závislí na alkoholu častěji sklony k nadměrné kontrole hněvu a vyhýbání se prožívání ostatních emocí (Suh, Ruffins, Robins, Albanese, & Khantzian, 2008). To podporuje i studie provedená na vzorku abstinujících pacientů léčících se ze závislosti na alkoholu nebo jiných návykových látek, ve které se ukázalo, že závislí na alkoholu i během abstinence reportují plošší emocionální prožitek v obrázkovém testu IAPS¹ než lidé závislí na jiných návykových látkách (Aguilar de Arcos, Verdejo-García, Peralta-Ramírez, Sánchez-Barrera, & Pérez-García, 2005). Další studie provedená na vzorku klientů podpůrného odborně vzdělávacího programu ukázala, že tendence jedince potlačovat emoce zvyšuje pravděpodobnost preferování alkoholu před jinými návykovými látkami (Suh et al., 2008).

Prožívání nepříjemných emocí a vyrovnání se s nimi je poměrně široké a těžko ohraničitelné téma, které je často skloňováno v kontextu depresivních a úzkostných poruch, jejichž prevalence je mezi ženami v období menopauzy a postmenopauzy vyšší než u obecné populace (Deecher et al., 2008; Hantsoo & Epperson, 2017; Chibber et al., 2017; Riecher-Rössler, 2020). Rozhodla jsem se proto sebemedikaci depresivních a úzkostných poruch věnovat dvě samostatné podkapitoly.

1.1.2. Sebemedikace depresivních a úzkostných poruch alkoholem

Prevalenci sebemedikace poruch nálady a úzkostných poruch návykovými látkami se zabývala Turner et al. (2018). Součástí metaanalýzy bylo 18 studií publikovaných na toto téma mezi lety 1997 a 2018. Nejrozsáhlejší epidemiologická studie prováděná ve dvou vlnách zaměřená na prevalenci komorbidity poruch nálady nebo úzkostných poruch a sebemedikace návykovými látkami čítaly dohromady více než 80 000 respondentů (Menary, Kushner, Maurer, & Thuras, 2011; Robinson, Sareen, Cox, & Bolton, 2009a, 2009b in Turner et al., 2018). V první vlně výzkumu se prevalence sebemedikace alkoholem u úzkostných poruch pohybovala mezi 3 % (panická porucha) až 14,9 % (sociální fóbie). Prevalence sebemedikace jakoukoliv návykovou látkou se pohybovala mezi 10,8 až 20,8 % v závislosti na konkrétní diagnóze. U poruch nálady byla prevalence sebemedikace vyšší. Prevalence sebemedikace alkoholem u poruch nálady pohybuje od 12,1 % (dystymie) do 23,9 % (bipolární porucha). Sebemedikace jakoukoliv návykovou látkou se pohybuje mezi 22,9 % až 41 %.

Pro účely této práce je důležitý údaj reportující prevalenci sebemedikace alkoholem u dystymie 12,1 % a těžké depresivní poruchy 15,9 %.

¹ IAPS (International Affective Picture System) je standardizovaný obrázkový test emocí a pozornosti.

Tabulka 1 prevalence sebemedikace alkoholem nebo jinými návykovými látkami u úzkostných poruch (Turner et al., 2018)

Anxiety disorder	Self-medication with alcohol (%)	Self-medication with drugs (%)	Any self-medication (%)	Author	Sample
Panic disorder without agoraphobia	3.0	0.7 (Both alcohol and drugs)		Robinson et al. 2009a	NESARC 1 (2001/2)
Panic disorder with agoraphobia	6.7	4.3 (Both alcohol and drugs)		Robinson et al. 2009a	NESARC 1 (2001/2)
Panic disorder			23.0	Bolton et al., 2006	NCS (1990/2)
Social phobia	14.9	4.5 (Both alcohol and drugs)		Robinson et al. 2009a	NESARC 1 (2001/2)
Social phobia speaking subtype			7.9	Bolton et al., 2006	NCS (1990/2)
Social phobia complex subtype			21.2	Bolton et al., 2006	NCS (1990/2)
Simple phobia			12.1	Bolton et al., 2006	NCS (1990/2)
Agoraphobia			15.8	Bolton et al., 2006	NCS (1990/2)
Specific phobia	4.1	1.1 (Both alcohol and drugs)		Robinson et al. 2009a	NESARC 1 (2001/2)
GAD	14.1	5.1 (Both alcohol and drugs)		Robinson et al. 2009a	NESARC 1 (2001/2)
			35.6	Bolton et al., 2006	NCS (1990/2)
PTSD	14.4	7.0 (Drugs with or without alcohol)	21.4	Leeies et al., 2010	NESARC 2 (2004/5)
Any anxiety disorder	20.3			Menary et al., 2011*	NESARC 1 (2001/2)
	20.8			Menary et al., 2011	NESARC 2 (2004/5)
	10.0	3.1 (Both alcohol and drugs)		Robinson et al. 2009a*	NESARC 1 (2001/2)
			21.9	Bolton et al., 2006	NCS (1990/2)

Tabulka 2 Prevalence sebemedikace alkoholem nebo jinými návykovými látkami u poruch nálady (Turner et al., 2018)

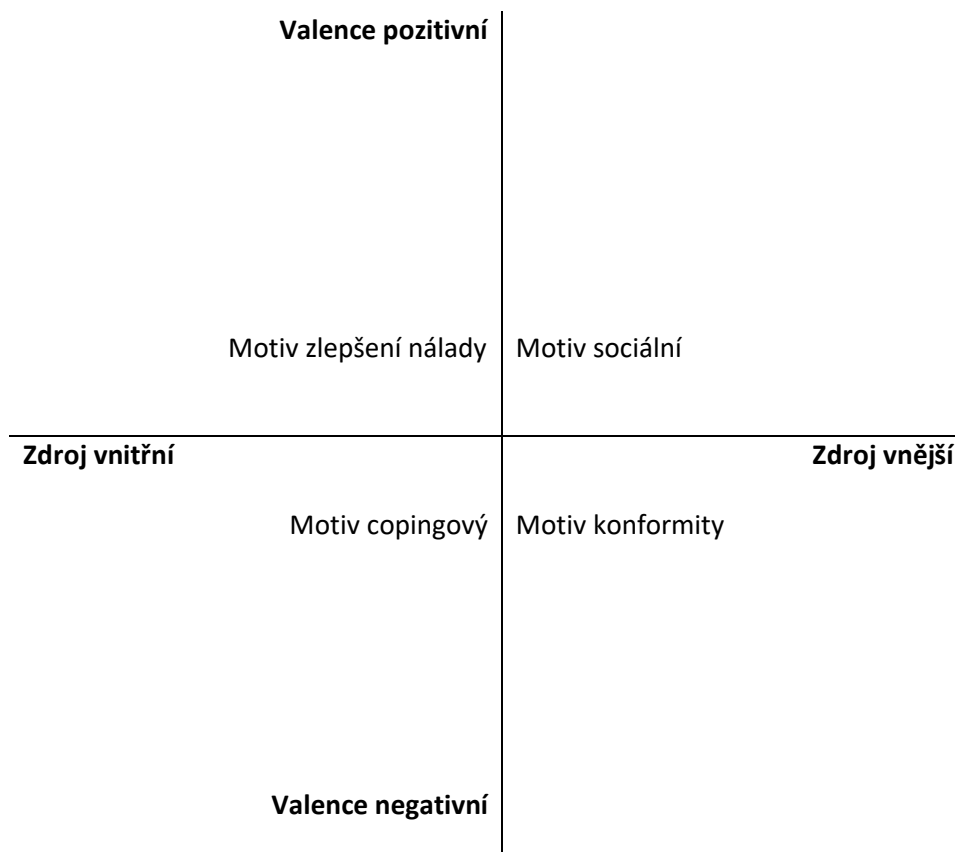
Mood disorder	Self-medication with alcohol only (%)	Self-medication with drugs (with or without alcohol) (%)	Any self-medication	Author	Sample
Dysthymia	12.1	10.8	22.9	Bolton et al., 2009	NESARC 1 (2001/2)
Major depressive disorder	15.4	7.8	23.2	Bolton et al., 2009	NESARC 1 (2001/2)
Bipolar 1 disorder	22.1	18.9	41.0	Bolton et al., 2009	NESARC 1 (2001/2)
Bipolar 2 disorder	23.9	10.8	34.7	Bolton et al., 2009	NESARC 1 (2001/2)
Any mood disorder	15.7	8.4	24.1	Bolton et al., 2009	NESARC 1 (2001/2)

Fenoménu sebemedikace alkoholem se věnuje kvalitativní studie Browna a Stewarta (2008), která popisuje zkušenost s užíváním alkoholu jako vyrovnávací strategie s depresí u všech 18 žen v komunitní léčbě závislosti na alkoholu. Ženy v rozhovorech popisovaly, že užívaly alkohol pro zmírnění bolestivých emocionálních prožitků nebo pocitu beznaděje. Dále ženy popisovaly prožívání intenzivní nespokojenosti se sebou samými a svými životy, kdy užívání alkoholu sloužilo jako únik od reality. Většina žen popisovala užívání alkoholu nejen pro zmírnění obtíží, ale i pro navození pocitu štěstí nebo euforie, kterého jiným způsobem dosáhnout neuměly. Čtrnáct žen z 18 užívalo v době nástupu na léčbu antidepresiva.

1.2. Motivy užívání alkoholu

Jak už jsem zmínila na začátku kapitoly, zkoumání motivů užívání alkoholu (případně jiných návykových látek) je důležité nejen pro jejich samotné zjištění, ale také pro vytvoření efektivní prevence a nastavení cílené terapie při případném rozvinutí závislosti. Motivy někdy zůstávají nejasné nejen pro terapeuty, ale i pro samotné uživatele. Pokud si klient uvědomí vlastní motivy užívání, může se v léčbě zaměřit na získání vyrovnávacích strategií, kterými tyto motivy uspokojí jinou cestou.

Na zmapování motivů se zaměřili už Cox a Klinger (1988). Ti si všimli, že biochemicky alkohol může ovlivnit člověka dvěma základními způsoby: snížením tenze a zlepšením nálady. Z toho vyplývá, že člověk užívá alkohol buď k dosažení pozitivního prožitku (pozitivní zpevnění), nebo vyhnoutí se nepříjemnému prožitku (negativní zpevnění). Kromě toho existuje ale i nepřímá cesta, která vychází z jedincova očekávání účinku alkoholu. Konkrétní podoba očekávání může mít zdroj vnitřní (interpersonální) nebo vnější (intrapersonální). Užívání alkoholu tedy přináší buď vnitřní odměnu v podobě manipulace s vlastním emočním stavem, nebo vnější v podobě sociální odměny nebo přijetí. Cox a Klinger (1988) pojmenovali tedy dvě základní dimenze vlivu alkoholu: valence (pozitivní a negativní) a zdroj (vnitřní a vnější). Zkřížením těchto dimenzí vznikl model 4 motivů užívání alkoholu: (a) motiv valenčně pozitivní s vnitřním zdrojem – zlepšení nálady, (b) motiv valenčně pozitivní s vnějším zdrojem – sociální, (c) motiv valenčně negativní s vnitřním zdrojem – copingový a (d) motiv valenčně negativní s vnějším zdrojem – konformity.



Khantzianova teorie sebemedikace (2008) vlastně podle modelu Coxe a Klingera (1988) pracuje s negativní valencí motivů užívání alkoholu. Valenčně negativní motivy slouží k vyhýbání se nebo zmírnění negativních prožitků. Sebemedikace podle Khantziana funguje na podobném principu. Motiv konformity může být například spojen se sebemedikací nižšího sebevědomí. Motiv copingový zase může být spojen se sebemedikací nepříjemných pocitů, v krajním případě se sebemedikací konkrétní depresivní nebo úzkostné poruchy.

Na model později navázal Cooper (1994) a vytvořil dotazník měřící významnost jednotlivých motivů pro respondenta. Ačkoli byl dotazník původně určen pro adolescenty, později se začal ve výzkumu používat i pro dospělé populaci pro mapování motivů v různých věkových a sociálních skupinách a nalezení korelací mezi konkrétními motivy a způsobem užívání alkoholu (množství, frekvence a z toho vyplývající riziko vzniku závislosti).

Síla zastoupení motivů copingového, sociálního a zlepšení nálady podle výzkumů pozitivně koreluje s frekvencí užívání alkoholu (Cooper, 1994; Gilson, Bryant, Bei, Komiti, Jackson, & Judd, 2013). Sociální a copingový motiv jsou oproti ostatním motivům častěji spojovány s užíváním většího množství alkoholu (Cooper, 1994). Motiv konformity je naopak negativně korelován s frekvencí i množstvím vypitého alkoholu (Cooper, 1994).

Copingový motiv je považován za významný prediktor možných potíží s užíváním alkoholu, a to nejen u adolescentů (Cooper, 1994) ale i starších dospělých (Gilson et al., 2013). U adolescentů míra zastoupení copingového motivu nemusí vždy znamenat užívání většího množství alkoholu a poukazuje spíše na nezvládnuté copingové strategie a možné rozvíjející se potíže s užíváním alkoholu (Cooper, 1994). Dle Gilsona et al. (2013) je u dospělých copingový motiv s vyšším užíváním alkoholu naopak silně spojen. Z toho vyplývá, že negativní zpevnění užívání alkoholu jako copingové strategie v adolescenci může v dospělosti vlivem rostoucí psychické zátěže vést k nadužívání alkoholu a případnému vzniku závislosti.

Stewart & Zeitlin (1995) se ve své práci zaměřily na vztah jednotlivých motivů užívání alkoholu a *Anxiety Sensitivity Index*² (ASI) mezi vysokoškolskými studenty. Mezi hodnotou ASI a copingovým motivem byla zjištěna silná korelace, mnohem výraznější byla tato korelace u žen. U žen byla také síla copingového motivu pozitivně korelována s množstvím vypitého alkoholu a frekvencí užívání. Ukazuje se tedy, že ženy se silně zastoupeným copingovým motivem obávající se úzkosti jsou nadužíváním alkoholu a rozvojem závislosti ohroženy více než muži.

Na původní 4faktorový DMQ-R dotazník navázali ve své práci Blackwell a Conrod (2003) a rozdělili původní faktor motivu copingu na (1) coping deprese a (2) coping úzkosti vzhledem k odlišné povaze každého z motivů a rozdílných psychotherapeutických technik, které se ke zvládnutí úzkosti a deprese používají. Podle tohoto modelu vytvořili 28položkový dotazník. Ukázalo se, že silné motivy copingu a úzkosti jsou sice oba spojeny s rizikem vzniku závislosti, pouze silný motiv deprese je ale spojen s vyšším množstvím užívaného alkoholu během jedné události (Mezquita, Stewart, & Ruipérez, 2010). Ačkoli je původní 4faktorový dotazník DMQ-R ve výzkumu stále častěji používaným nástrojem, studie ukazují dobrou test-retest reliabilitu i validitu 5faktorového Modified DMQ-R (Grant et al., 2007), a to i na evropské populaci (Mezquita et al., 2016). Studie provedená

² Anxiety Sensitivity Index měří strach z prožívání úzkosti

na evropské populaci porovnávající výsledky testu Modified DMQ-R a Big-five³ testu osobnosti ukazuje, že zatímco síla motivu copingu deprese je spojena s nízkou úrovní emocionální stability, silný motiv copingu úzkosti souvisí nejen s nízkou emocionální stabilitou, ale také nižší mírou svědomitosti respondenta (Mezquita et al., 2016).

³ Big-five model osobnosti vymezuje pět rozměrů osobnosti: otevřenost vůči zkušenosti, svědomitost, extraverci, přívětivost a emocionální stabilitu.

2. Užívání alkoholu ženami

Časté nadužívání alkoholu v České republice není žádným tajemstvím. Podle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v roce 2019 se celková roční spotřeba odhaduje na 7,7 litrů čistého alkoholu na osobu. Pokud bychom do souboru nepočítali abstinenty, vychází nám denní dávka alkoholu na 20,3 g na den. Denní užívání alkoholu přiznává 4,6 % žen, což oproti roku 2012 představuje 1,5% nárůst. Prevalence rizikového nebo škodlivého užívání⁴ je ale podle výzkumu NAUTA u žen dokonce 13,6 % (Mravčík et al., 2020).

2.1. Vliv alkoholu na zdraví ženy

Vlivu alkoholu na ženy se podrobně věnovali už Bradley, Badrinath, Bush, Boyd-Wickizer a Anawalt (1998) ve své rozsáhlé metaanalýze. Mnoho výzkumů už obecně prokázalo vliv užívání alkoholu na mortalitu, kardiovaskulární onemocnění, onemocnění jater nebo duševních onemocnění a mnohých dalších. Důležité ale je, že pravděpodobnost těchto zdravotních komplikací u žen roste při nižším množství konzumovaného alkoholu než u mužů. Rozdíly mohou být způsobeny kombinací faktorů: například celkovým množstvím vody v těle nebo nižším množstvím enzymů alkoholdehydrogenázy, které alkohol štěpí (Milic et al., 2018). Ženy nadužívající alkohol jsou také více ohroženy typicky ženskými obtížemi, jako je rakovina prsu, děložního čípku nebo endometria, dále také neplodností nebo rizikem spontánního potratu (Bradley et al., 1998).

Stále sice platí, že prevalence užívání alkoholu je u mužů vyšší než u žen (Mravčík et al. 2020), v posledních dvaceti letech můžeme pozorovat, že se rozdíl postupně snižuje. Podobně je to se společenskou akceptací užívání alkoholu ženami. Sice stále můžeme pozorovat fenomén dvojí deviace, celosvětově se ale společenská akceptace ženy užívající alkohol postupně zvyšuje (Milic et al., 2018).

2.2. Alkohol v období menopauzy

V průběhu dospělého života se množství užívaného alkoholu a frekvence pití obecně spíše snižuje. Ilustrativním příkladem jsou vysokoškolští studenti, kde pravidelné užívání alkoholu⁵ reportuje více než polovina respondentů (Csémy et al., 2004 in Adámková, Vondráčková, & Vacek, 2009). Celoživotní prevalence pravidelného užívání alkoholu mezi lidmi s vysokoškolským vzděláním je ale odhadována na 10,5 % (Váňová, Skývová, & Csémy, 2017).

Opačný efekt můžeme někdy pozorovat u věkové skupiny 50–60 let. Vyšší věk představuje nové situace, změny v životním stylu, zdravotním stavu, pracovní náplni i sociálním statutu. Starší lidé také mohou častěji trpět bolestmi, cítit se smutní nebo osamělí. Všechny tyto faktory se pak

⁴ Za rizikové užívání je u žen považována průměrná denní konzumace 20–40 g alkoholu. Za škodlivé užívání u žen je považována konzumace vyšší než 40 g alkoholu (Mravčík et al., 2020).

⁵ Za pravidelné užívání alkoholu se považuje konzumace 1krát týdně nebo více (Csémy et al., 2004 in Adámková et al., 2009).

mohou podepsat na zvýšeném užívání alkoholu a případně vzniku závislosti nebo prohloubení již existujících psychických a somatických obtíží.

Podle publikovaných výzkumů můžeme pozorovat nárůst užívání alkoholu i u žen po menopauze. Jedna z rozsáhlých studií (N=13 074) se zaměřila na riziko vzniku rakoviny ve vztahu k užívání alkoholu, kromě závěrů důležitých pro prevenci rakoviny tak přinesla i údaje o užívání alkoholu na velkém vzorku žen. Dle publikovaných závěrů se u žen před menopauzou výrazně zvyšuje riziko vzniku rakoviny při průměrném užívání 27 nebo více alkoholických nápojů týdně. U postmenopauzálních žen se riziko signifikantně zvyšuje už při 6 alkoholických nápojích týdně (Petri et al., 2004). Množství užívaného alkoholu mezi ženami ukazuje následující tabulka (upraveno dle Petri et al., 2004).

Tabulka 3 Množství užívaného alkoholu mezi ženami

AN/týdně	Premenopauzální ženy	Postmenopauzální ženy	Ženy 70+
> 1 AN	9 %	25 %	20 %
> 7 AN	22 %	33 %	14 %
7–13 AN	7 %	11 %	14 %
< 14 AN	4 %	7 %	3 %

V tabulce lze pozorovat, že prevalence užívání alkoholu u postmenopauzálních žen stoupá. U žen starších 70 let se prevalence opět mírně snižuje. Výjimkou je užívání 7–13 alkoholických nápojů týdně, kde se prevalence užívání u žen starších 70 let opět mírně zvyšuje. S rostoucím věkem a užívanými farmaky může být navíc účinek alkoholu škodlivější než v předchozích životních obdobích.

V odborných publikacích se někdy můžeme setkat s polemikou, zda může užívání alkoholu ženám v období postmenopauzy zdravotně prospívat, nebo zda je ho možné dokonce doporučit. Užívání alkoholu je v některých studiích spojováno se zvýšením estrogenu (Ginsburg, 1996), zvýšením hustoty kostí (Jang et al., 2017) nebo snížením rizika vzniku kardiovaskulárních onemocnění (Baer et al., 2002). Podle Wilsnacka, Wilsnacka a Kantora (2013) skutečně sice existují studie ukazující, že v některých případech může mírné užívání alkoholu například zvyšovat hustotu kostí, nadměrné užívání alkoholu ale může způsobit přesný opak. Hustota kostí je ve vyšším věku skloňována především kvůli riziku fraktur kyčle, pánve a dalších velkých kostí.

Ačkoli je tedy alkohol někdy s vyšší hustotou kostí spojován, není jasné, zda skutečně snižuje riziko fraktur jako takových. K jejich vzniku totiž dochází například pádem a riziko pádu je u žen užívajících alkohol vyšší než u těch, které alkohol neužívají. Například podle holandské metaanalýzy (Kanis et al., 2005) je riziko zlomeniny pánve signifikantně vyšší u žen, které pijí v průměru 2 a více alkoholických nápojů denně, než u těch, které pijí v průměru 1 a méně. Potenciální zdravotní benefity užívání alkoholu rozhodně nemohou obhájit rizika, která s sebou dlouhodobé užívání alkoholu přináší a která jsou vědecky zpracována spolehlivěji než výše zmíněné benefity. Wilsnack et al. (2013) varují před zlehčováním, které debata kolem užívání alkoholu často provází.

3. Menopauza

Menopauza je definována jako poslední menstruace v životě ženy, po níž rok nenastane další krvácení. Její určení je tedy možné až ex post. Období před ní a po ní se nazývá perimenopauza, někdy označováno odborně nepřesně definovaným pojmem klimakterium. V tomto období prochází tělo ženy mnoha změnami, jejichž biologický původ není jasný, vzhledem k tomu, že se s menopauzou u jiných savců nesetkáváme. Z hlediska endokrinologie a gynekologie se jedná o velmi komplikovaný proces, který začíná s poklesem množství ovariálních folikulů. Tělo na takovou změnu reaguje zvýšením produkce gonadotropních hormonů, aby bylo možné ovaria stále stimulovat. S poklesem reaktivity ovaria dochází nakonec až k anovulaci a snižuje se hladina progesteronu. Na začátku perimenopauzy tak dochází k převaze estrogenu nad progesteronem. Cyklus se stává nepravidelným – nejprve se zkracuje, pak prodlužuje, až dochází k menopauze, tedy poslední menstruaci. K takovému průběhu ale dochází pouze v ideálním případě, nezářídka dochází k poruchám krvácení a dalším obtížím a už tak psychicky a somaticky komplikovaný proces se stává ještě náročnější.

Postmenopauza nastává rok po menopauze a na rozdíl od období perimenopauzy se vyznačuje poklesem estrogenu. Klinicky tento stav může doprovázet velmi rozmanitá škála symptomů s různou intenzitou a trváním souhrnně označovaná jako tzv. klimakterický syndrom, ten postihuje až 75 % žen (Kolařík et al., 2008 in Moravcová, 2014). Součástí klimakterického syndromu jsou i tzv. vazomotorické potíže neboli návaly horka v délce 3–4 minut doprovázené pocením. Objevují se u 65–80 % žen, u více než poloviny z nich se objevují déle než 10 let a u 10 % dokonce déle než 15 let. Dále může v tomto období docházet například k zánětům pohlavních orgánů, inkontinenci a vzhledem k úbytku kolagenu i změnám na kůži, nehtech, vlasech nebo třeba suchu v ústech atd. Vzhledem k metabolickému významu estrogenů je možné pozorovat mezi ženami i častější výskyt osteoporózy, poruch metabolismu lipidů nebo kardiovaskulárních onemocnění (Rokyta, 2016).

3.1. Psychosociální význam menopauzy

Menopauza, jakožto významný milník v životě ženy, má své psychosociální důsledky. Obecně se má zato, že rozsah těchto důsledků se odvíjí od sociálního statutu postmenopauzální ženy v dané kultuře, ačkoli samotné zvládnutí je spíše otázkou osobnostních dispozic a hodnotového systému konkrétní ženy. Z psychologického hlediska tak rozlišujeme reakci adekvátní, pasivní, neurotickou a hyperaktivní. **Adekvátní reakce** s normálním přizpůsobením je typická pro ženy s dobrým zázemím, kterou ve zvládnutí podporuje například kvalitní partnerský vztah, dosavadní kariéra nebo blízcí. **Pasivní reakci** pozorujeme především u fyzicky těžce pracujících žen, které na zpracování jednoduše nemají dostatek mentální kapacity. **Neurotická reakce** je typická pro ženy, pro které jsou aspekty ženství důležité a přikládají menopauze velký význam. Mohou být úzkostné, podrážděné nebo depresivní, protože vnímají menopauzu jako významnou životní ztrátu. Poslední **hyperaktivní reakce** se projevuje u vytížených žen soustředěných na činnost v zaměstnání, která jim pomáhá potlačit klinické obtíže (Vrublová, 2005).

3.2. Menopauza a duševní zdraví

3.2.1. Depresivní porucha v období menopauzy

Deprese je jednou z afektivních poruch (F32 dle MKN-10), která zcela zásadně zasahuje do všech oblastí lidského života. Je charakterizována především smutkem, ztrátou zájmu, energie a motivace, a to alespoň po dobu dvou týdnů. Projevuje se i poklesem chuti k jídlu, poruchami spánku a snížením mentálního výkonu. V krajních případech může vyústit až v sebevražedné myšlenky nebo jednání (Orel, 2020). Celoživotní prevalence deprese je v běžné populaci odhadována na 5–16 %. Ženy jsou jí ale ohroženy 2x častěji než muži (Laňková & Raboch, 2013), u těžkých depresí se uvádí dokonce 2,5x častější výskyt (Chibber et al., 2017). Celoživotní prevalence depresivní poruchy u žen se odhaduje až na 20 %. Zvláště jsou pak vznikem ohroženy například ženy s endokrinními nebo kardiovaskulárním onemocněním, abúzem alkoholu nebo jiných návykových látek, dále ženy v období šestinedělí a perimenopauzy (Laňková & Raboch, 2013). Prevalence depresivní poruchy se každým rokem zvyšuje (Deecher et al., 2008).

V Harvards Women's Health Watch vyšel v roce 2020 článek o duševním zdraví v období menopauzy. Ten upozorňuje, že riziko deprese se v tomto životním období zdvojnásobuje. Není samozřejmě možné prohlásit, že před menopauzou psychosociálně zdravé ženy začnou trpět těžkými depresemi nebo úzkostmi, u mírných depresí je ale dobře zmapována souvislost jejich vzniku s disbalancí hormonů progesteronu a estrogeneru. U těžkých depresí už návaznost na hormony není tak jednoznačná, nicméně pokud mají ženy depresivní poruchu v anamnéze, je možné, že v tomto období dojde k jejich zhoršení (Riecher-Rössler, 2020). Předchozí depresivní symptomatika a přítomnost vazomotorických potíží se považuje za silný prediktor vzniku těžké deprese v období menopauzy (Deecher et al., 2008).

Konkrétní cestu, jakou by mohla deprese u žen po menopauze vznikat, předkládá Chibber et al. (2017) v jedné ze svých neurologických studií. Podle závěrů experimentu provedeného na myších dochází narušením estrogenové homeostázy k dysregulaci mozkového neurotrofického faktoru (BDNF) a serotoninu (5-HT). BDNF je protein podílející se na růstu, diferenciaci, ale i přežití existujících neuronů. 5-HT je neurotransmitter, který ovlivňuje například cirkadiánní rytmy a regulaci nálady a bývá spojován se vznikem deprese. Vzniklá dysregulace vytváří v mozku predispozici pro vznik deprese a ženy jsou jí tak potenciálně ohroženy.

Další ilustraci prediktorů vzniku deprese v období menopauzy předkládá Wang, Booth-LaForce, Tang, Wu a Chen (2013), kteří publikovali cross-section studii provedenou na vzorku téměř 600 taiwanských žen ve věkovém rozmezí 45–60 let. Prevalence depresivních symptomů byla téměř 40 %, což představuje signifikantní rozdíl oproti běžné populaci. Klíčovým prediktorem pro depresivní symptomy byl výskyt menopauzálního syndromu, negativní přístup k menopauze a stárnutí obecně, nižší finanční příjmy a výskyt chronického onemocnění. Dalšími významnými prediktory bylo i dlouholeté kouření cigaret a vyšší konzumace alkoholu.

Výše popsané závěry publikovaných studií ukazují, že závažnost klimakterického syndromu, životní styl a individuální psychosociální dispozice ženy mohou ovlivňovat psychické prožívání v období menopauzy a postmenopauzy, a ženy tak mohou být k výskytu depresivní symptomatiky vulnerabilní.

3.2.2. Úzkostné poruchy v období menopauzy a postmenopauzy

Úzkostné poruchy jsou skupinou onemocnění, jejichž společným jmenovatelem je prožívání úzkosti. Úzkost je subjektivně nepříjemně vnímaný pocit napětí, neklidu, ohrožení a strachu bez přítomnosti reálného nebezpečí (Orel, 2020). Odhaduje se, že prevalence lidí, kteří alespoň jednou za život trpí nějakou úzkostnou poruchou, je 25 %. Podobně jako u deprese se až dvojnásobný výskyt přičítá ženám (Racková & Janů, 2006). Dotazníkové šetření CZEMS (Winkler, Formánek, Mladá, & Cermakova, 2018) zaměřeného na prevalenci duševních onemocnění v české populaci tyto závěry potvrzuje. Podle sebraných dat je prevalence úzkostné poruchy u mužů 4,24 % a u žen 10,09 %. Věkem pak prevalence úzkostné poruchy stoupá. Například u lidí ve věku 18–29 let je prevalence 5,42 %, ve věku 50–59 let je prevalence 7,57 % a dále se zvyšuje.

Souvislost úzkostné poruchy a klimakteria není v odborných publikacích tak dobře zmapována jako je tomu u depresí, některé výzkumy ale nárůst prevalence ukazují. Například studie provedená na vzorku 430 žen ukazuje v období menopauzy nárůst úzkostné poruchy z 3,1 % na 7 %, v období postmenopauzy pak 7,4 % (Tang et al., 2019).

Někdy je v souvislosti s ženami v tomto období spojována jedna konkrétní z úzkostných poruch, a sice panická ataka. Panická ataka (F41 dle MKN-10) se vyznačuje masivní, silnou až nezvladatelnou úzkostí. Záchvaty mohou být ojedinělé nebo opakované, trvají řádově sekundy až minuty a nelze předpovídat jejich nástup. Panická ataka je rovněž doprovázena tělesnými příznaky, jako je bušení srdce, tlak na hrudi, pocení, potíže s dýcháním, nevolnost a další (Orel, 2020). Tyto symptomy se do značné míry překrývají s vazomotorickými potížemi (návaly horka) doprovázejícími menopauzu a pro ženy může být obtížné je od sebe rozeznat především proto, že i vazomotorické potíže mohou být doprovázeny silnou emoční reakcí (Riecher-Rössler, 2020). Podle některých studií jdou návaly horka a úzkostná porucha ruku v ruce. Například studie sledující téměř 450 žen po dobu šesti let zaznamenala silnou pozitivní korelaci mezi počtem prožívaných návalů horka a mírou úzkostnosti (Freeman, Sammel, Lin, Gracia, Kapoor, & Ferdousi, 2005). Ukazuje se tedy, že vážnější průběh klimakterického syndromu pravděpodobně souvisí s výskytem vyšší úzkostnosti.

4. Metodologie

V této kapitole se zaměřím na vytvoření vlastního kvalitativního výzkumného designu. Nejprve je zde popsán cíl výzkumu, výzkumný soubor a metoda sběru dat společně s etickými aspekty, které jej provázely. Nakonec jsou zde popsány veškeré použité metody spolu s odůvodněním jejich výběru.

4.1. Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je prozkoumat prostřednictvím kazuistik fenomén sebemedikace a okolnosti vzniku závislosti v období menopauzy a postmenopauzy u třech žen, které se rezidenčně léčily s diagnózou závislosti na alkoholu, a otevřít tak debatu pro další zkoumání problematiky.

4.2. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor je tvořen 3 ženami ve věku 45–60 let s diagnózou závislosti na alkoholu. Dané věkové rozpětí se ve výzkumech zaměřených na menopauzální a postmenopauzální ženy objevovalo nejčastěji, rozhodla jsem se ho tedy respektovat. Všechny ženy se v tomto věkovém rozpětí poprvé léčily se závislostí na alkoholu rezidenční formou a v současné době abstinují.

4.3. Metoda sběru dat a etické aspekty

Charakteristika výzkumného vzorku byla předána terapeutům jednoho z léčebných zařízení zaměřujících se na léčbu závislosti. Z důvodu ochrany osobních údajů terapeuti nejprve na základě charakteristiky identifikovali vhodné klientky a sami je kontaktovali. Během hovoru jim byla krátce představena podoba a účel výzkumu. Pokud klientka projevila zájem o účast, byla požádána o slovní udělení informovaného souhlasu s účastí na výzkumu a sdílení části dokumentace vedené na klinice v anonymizované podobě. Po udělení souhlasu jsem obdržela od terapeutů z kliniky e-mailovou adresu nebo telefonní číslo respondentky a archivovanou dokumentaci s výsledky testů Beckova inventáře úzkosti a Zungovy sebesposuzovací stupnice deprese vyplňovanou v době nástupu na léčbu.

V další fázi jsem klientku sama kontaktovala telefonicky nebo e-mailem, stručně představila účel výzkumu a navrhla několik termínů pro uskutečnění online setkání pro sepsání kazuistiky a vyplnění dotazníků. Respondentka následně obdržela e-mail obsahující odkaz na aplikaci ZOOM. Respondentkám bylo nabídnuto nezapínat web kameru kvůli ochraně osobních údajů a také proto, abychom se vyhnuly jakýmkoli nepříjemným pocitům, které zapnutá kamera může vyvolávat.

4.4. Použité nástroje

Data pro tento kvalitativní výzkum byla získána polostrukturovaným rozhovorem doplněným o baterii testů. Konkrétně se jednalo o Upravený dotazník motivů ke konzumaci alkoholu (Modified DMQ-R) (Blackwell & Concord, 2003), Kuppermanův index, Zungovu sebesuzovací stupnici deprese (Zung, 1967) a Beckův inventář úzkosti (Steer & Beck, 1997). Na základě získaných dat byla pro každou respondentku vypracována kazuistika doplněná o diskusi.

4.4.1. Rozšířený dotazník motivů ke konzumaci alkoholu (Modified DMQ-R)

Dotazník Modified DMQ-R (Blackwell & Conrod, 2003) vzniknul upravením původního DMQ-R dotazníku (Cooper, 1994) založeného na 4faktorovém modelu motivů užívání alkoholu (Cox & Klinger, 1998), rozdělením původního motivu copingu na motiv copingu deprese a motiv copingu úzkosti. Dotazník Modified DMQ-R má tedy pět faktorů: (a) sociální (5 položek), (b) coping úzkosti (4 položky), (c) coping deprese (9 položek), (d) zlepšení nálady (5 položek), (e) konformity (5 položek). Stejně jako u původní verze představuje každá položka motiv pro konzumaci alkoholu a frekvence užívání z daného motivu se zaznamenává na 5bodové Likertově škále. Ačkoli je původní dotazník stále používanější, studie ukazují dobrou test-retest reliabilitu i validitu (Grant et al., 2007), a to dokonce i na evropské populaci (Mezquita et al., 2016). K použití Modified DMQ-R jsem se rozhodla právě pro jeho rozdělení depresivního a úzkostného copingu, který je zároveň zvlášť měřen pomocí Beckova inventáře úzkosti (Steer & Beck, 1997) a Zungovy sebesuzovací stupnice deprese (Zung, 1986).

Rozšířená verze dotazníku bohužel nebyla přeložena, vytvořila jsem tedy překlad z originálu publikovaného Blackwellem a Concordem (2003). Zpětný překlad vytvořila nezávislá psycholožka publikující v anglickém jazyce a po finální úpravě byla srozumitelnost otázek ověřena pilotní administrací dotazníku aktuální aktivní uživatelkou alkoholu. Dotazník byl administrován v online podobě pomocí platformy Google Forms.

Vyhodnocení testu jsem provedla dle manuálu Addiction Research Center University of Wisconsin Madison. Nejprve jsem si rozdělila položky dle toho, jakou škálu motivu sytí, a vypočetla hrubý skór škály. Na rozdíl od původního dotazníku má každá škála jiný počet položek, nebylo tedy možné pracovat s prostou sumou hrubého skóru. Vydělila jsem proto hrubý skór počtem položek a vypočetla tak index každého motivu.

Česká verze dotazníků je zahrnuta v Příloze 2, anglická verze dotazníku je v Příloze 1.

4.4.2. Zungova sebesuzovací stupnice deprese

Zungova sebesuzovací stupnice deprese (Zung, 1986) je v klinické praxi často používanou dotazníkovou metodou. Stupnice vznikla za účelem efektivně měřit a kvantifikovat depresivní symptomatiku. Skládá se celkem z 50 položek představujících výroky s popisem symptomů deprese. Respondent odpovídá pomocí 4stupňové Likertovy škály podle frekvence prožívaných obtíží. Hrubý

skór položek se podle tabulky převádí na SDS index. Jeho výsledek je porovnán s tabulkou rozdělující závažnost deprese od normálního stavu až po těžkou depresi.

Zungovu sebeposuzovací škálu vyplňovaly klientky v den nástupu do léčby. Po udělení souhlasu mi výsledky testu byly anonymně poskytnuty. Ačkoli jsem sama test s konkrétní klientkou neadministrovala, mám s jeho používáním zkušenosti. Administrace jinou osobou v tomto případě není překážkou, protože dotazník vyplňuje klient podle instrukcí uvedených v dotazníku a nemůže být tedy administrátorem v odpovědích ovlivněn.

4.4.3. Beckův inventář úzkosti

Beckův inventář úzkosti (Steer & Beck, 1997) je stejně jako Zungova sebeposuzovací stupnice v klinické praxi často používán. Slouží ke zhodnocení celkové úzkosti pacientů a je možné jej použít i pro hodnocení úspěšnosti terapie. Dotazník obsahuje 21 položek představujících somatické nebo psychické projevy úzkosti. Respondent na 4stupňové Likertově škále hodnotí, jak často konkrétní projev zažívá. Vyhodnocení probíhá přiřazením bodového ohodnocení každé z odpovědí a jejich součtem. Počet bodů je porovnán s tabulkou od mírných až po vysoce závažné projevy úzkosti. Český překlad a validizace vznikla v roce 2016 (Kamarádová et al., 2016).

Beckův inventář úzkosti klientky vyplňovaly v den nástupu na léčbu spolu s Zungovou sebeposuzovací stupnicí deprese. Výsledky mi rovněž byly v anonymizované formě předány pro zpracování ve výzkumu. S administrací inventáře mám zkušenosti z praxe a protože jsou instrukce k vyplnění dotazníku v písemné podobě na záznamovém archu, zadavatel inventáře nemá možnost ovlivnit vyplnění testu.

4.4.4. Kuppermanův index

Pro měření vážnosti menopauzálního syndromu jsem si vybrala Kuppermanův index, který vzniknul v 50. letech 20. století v Americe. Jeho původní zdroj se mi bohužel nepodařilo dohledat. V současné době je používán v klinické praxi například pro hodnocení úspěšnosti léčby menopauzálního syndromu hormonální substituční terapií. Rovněž je používán ve výzkumu, a to i k validizaci nově vznikajících diagnostických metod (Schneider, Heinemann, Rosemeier, Potthoff, & Behre, 2000).

Kuppermanův index se skládá z jedenácti položek. Každá položka představuje jeden ze symptomů menopauzálního syndromu. Jedná se o symptomy somatické (například zvýšené pocení) i psychické (například deprese). Každý ze symptomů má přiřazen index od 1 do 4 vyjadřující význam daného symptomu k menopauzálnímu syndromu. Respondentka na každou položku odpovídá body 0–3 podle míry vnímaných obtíží. Výsledek testu je součtem násobků indexu a míry obtíží, který hodnotí závažnost postmenopauzálního syndromu na stupnici žádný, lehký, střední a těžký.

Test byl převzat z článku MUDr. Tomáše Faita z gynekologicko-porodnické kliniky 1.LF a VFN (2004) a byl administrován pomocí platformy Google Forms. Odkaz na test byl respondentce zaslán

během hovoru na platformě ZOOM, abych v případě jakýchkoli otázek nebo nejasností respondentky mohla reagovat.

Použitá verze dotazníku je v Příloze 3.

4.4.5. Polostrukturovaný rozhovor

Data pro vytvoření kazuistiky jsem získala během polostrukturovaného rozhovoru přes platformu ZOOM. Vedení rozhovoru v online podobě bylo bohužel nutné v kontextu současné pandemické situace, poskytovalo ale respondentce větší míru anonymity. Kvůli ochraně respondenta nebyl z rozhovoru pořízen žádný audio ani vizuální záznam a odpovědi jsem si zaznamenávala v písemné podobě.

V rozhovoru jsem se zaměřila na období před léčbou, na důležité životní události, které rozvinutí závislosti předcházely, na psychický a zdravotní stav před nástupem na léčbu a vnímanou závažnost menopauzy nejen v kontextu somatickém, ale i psychosociálním. Dále se rozhovor zaměřil na to, zda problematiku menopauzy s konkrétní klientkou řešil obvodní lékař nebo gynekolog, ať už v kontextu edukačním, preventivním, nebo léčebném, a pokud ano, jak konkrétně.

Jak je tomu v případě metody polostrukturovaného rozhovoru zvykem, dopředu byl vytvořen seznam otevřených otázek potřebných ke splnění výzkumného záměru. Otázky byly s ohledem na plynutí rozhovoru kladeny nezávisle na pořadí a doplněny rozšiřujícími otázkami.

Předem připravené otázky jsou uvedeny v Příloze 4.

5. Výsledky

5.1. Kazuistika 1 – Pavla

5.1.1. Charakteristika klienta

Pavle je 56 let pochází z vysokoškolsky vzdělané rodiny, pracuje jako lékařka, má dvě děti a žije se svým manželem v jednom z velkých českých měst. V roce 2018 v 54 letech absolvovala léčbu závislosti na alkoholu a hypnoticích. Už od vysoké školy popisuje abúzus alkoholu a hypnotik. Užívání alkoholu sice nebylo časté, už v té době si ale vytvořila některé návyky, například vyšší užívání alkoholu na dovolených nebo během úklidu, aby se nenudila. Po ukončení atestace ve 35 letech začala užívat Zolpidem v předepsaném množství 10mg/denně. Standardně se Zolpidem používá ke krátkodobé léčbě nespavosti, Pavla v jeho užívání pokračovala dlouhé roky. Abúzus v této podobě pokračoval 10 let a po 45. roce věku začal postupně eskalovat.

Poslední rok před nástupem na léčbu užívala Pavla litr vína minimálně ob den a každý den 10x10 mg Stilnoxu. Užívání léků a alkoholu se vyskytovalo souběžně – nejprve si vzala prášky, pak začala pít alkohol.

Během léčby byly Pavle postupně snižovány dávky Stilnoxu až do úplného vysazení. Psychologické vyšetření odhalilo možnou přítomnost klimakterické tranzitorní deprese. Následně byla psychiatrem nasazena antidepresiva a v malých dávkách antipsychotika na spaní. V rámci komunitní léčby prošla Pavla psychoterapií v individuální i skupinové podobě, edukacemi pro pochopení vzniku závislosti a osvojila si nové copingové strategie pro vyrovnání se s nepříjemnými situacemi. Důležitými tématy psychoterapie bylo například zvládání negativních emocí, jako je smutek nebo vztek, vztah s manželem nebo pracovní vyhoření.

Po dokončení léčby absolvovala ještě další dva roky doléčování formou psychoterapeutických sezení. Dnes je stabilní, bez relapsu, chodí do práce a působí velmi spokojeně a vyrovnaně. Antidepresiva stále užívá.

Rozhovor s ní byl příjemný, popisovala velký vděk vůči zaměstnancům léčebny, kteří jí dle jejích slov „zachránili život“. Ochotně spolupracovala a vyslovila, že je ráda, pokud její trpká zkušenost bude někomu ku pomoci.

5.1.2. Vyhodnocení případu

A) Modified DMQ-R

Tabulka 4 Kazuistika 1: výsledek dotazníku Modified DMQ-R

Škála	HS	INDEX
SOC	6	1,2
ANX	13	3,25
DEP	27	3
ENH	9	1,8
CON	8	1,6

Výsledky dotazníku motivů užívání alkoholu ukazují, že motiv copingu úzkosti (INDEX=3,25) a deprese (INDEX=3) byly zdaleka nejsilnějšími motivy užívání. Motiv copingu úzkosti byl naměřen mírně silnější než motiv copingu deprese. Motiv zlepšení nálady (INDEX=1,8) a motiv konformity (INDEX=1,6) byly zastoupeny méně. Sociální motiv (INDEX=1,2) téměř přítomen nebyl.

B) Zungova sebesuzovací škála deprese

Tabulka 5 Kazuistika 1: výsledek Zungovy sebesuzovací škály deprese

HS	HS SDS	INDEX
65	81	8,1

V době nástupu index Zungovy sebesuzovací škály deprese (INDEX=8,1) odpovídal těžké nebo velmi těžké depresi, tedy nejzávažnějšímu možnému výsledku.

C) Beckův inventář úzkosti

Dle Beckova inventáře úzkosti (HS=53) byla závažnost úzkostných potíží vysoká, opět se jedná o nejzávažnější možný výsledek.

D) Kuppermanův index

Kuppermanův index naměřil hrubý skór 25. To znamená, že Pavla procházela středně těžkým menopauzálním syndromem.

E) Polostrukturovaný rozhovor

Pavla popisuje prohloubení psychických potíží po 45. roce věku. V době postupné eskalace užívání se ve jejím životě stalo několik zásadních událostí, které dle jejích slov užívání ovlivnily. První byla smrt tatínka, kterou Pavla velmi těžce nesla. Druhou byl odchod syna z domu a jeho osamostatnění. Jako třetí popisuje workoholismus manžela, který sice trval celé manželství, v této době si ho ale více uvědomovala a cítila se odstrčená a osamělá. Přiznává, že užívání alkoholu a hypnotik bylo spojeno se snahou otupit nebo zaspát nepříjemné stavy.

Příznaky menopauzy příliš nevnímala. Zpětně si ale uvědomuje, že v té době začala prožívat velké záchvaty vzteku, sama popisuje, že pak byla „agresivní a šílená“. Dále popisuje, že začala být

velmi depresivní. V té době si ale myslela, že je „prostě taková“ a že se jedná o povahový rys, nikoli o možné příznaky depresivní poruchy. Byla velmi plačtivá, lítostivá a v posledním roce před léčbou až suicidální. Poslední půl rok před nástupem na léčbu nepracovala.

Samotnou menopauzu podle svých slov téměř nepostřehla, přisuzuje to pracovnímu vytížení. Somatické potíže (například návaly horka, zvýšené pocení apod.) provázející klimakterický syndrom popisuje jako lehké. Naproti tomu psychické příznaky (deprese, poruchy soustředění, podrážděnost apod.) popisuje jako střední nebo silné. Ve chvíli, kdy v léčbě psycholog poprvé vyslovil možnost přítomnosti klimakterické tranzitorní deprese, se jí velmi ulevilo a „začalo jí to dávat smysl“. Gynekolog, obvodní nebo jiný lékař s Pavlou menopauzu nikdy neřešili. Naprosto chyběla edukace, prevence nebo diagnostika, ať už v jakékoliv podobě.

5.1.3. Diskuse

Z výsledků vyplývá, že po 45. roce věku Pavly se začaly prohlubovat již existující potíže. Věk 45 let se v literatuře udává jako možný počátek projevů klimakterického syndromu. V té době postupně docházelo ke zvýšení množství užívaného alkoholu a hypnotik. Období klimakteria doprovázely životní změny pro toto období typické – odchod dětí z domova, odloučení s manželem, úmrtí rodičů. Došlo také k prohloubení případně vzniku deprese. Zda se jedná o prohloubení již existujících potíží nebo vznik deprese se zpětně těžko hodnotí, zhoršení psychického stavu je ale zřejmé a podporují ho i výsledky Zungovy sebesuzovací škály deprese a Beckova inventáře úzkosti.

Zdaleka nejsilnějšími zastoupenými motivy užívání alkoholu podle DMQ-R byl motiv copingu s úzkostí a depresí. To podporuje i Pavlino popisování užívání alkoholu a hypnotik v době, kdy se necítila dobře. Názna postupně vznikajícího precedentu užívání alkoholu jako vyrovnávací strategie můžeme pozorovat už mnohem dříve, kdy Pavla užívala alkohol například při úklidu, který jí nebavil – prohlubující se psychické potíže tak mohly zvyšovat množství vypitého alkoholu a užívaných léků. Rozvíjející se závislost mohla přispívat ke zhoršení duševního zdraví a dát tak vzniknout bludnému kruhu. Pavla zároveň popisuje prožívání intenzivního vzteku a jeho projevy v době intoxikace, což je podle výzkumů pro závislé na alkoholu typické (Aguilar de Arcos et al., 2005).

Menopauza jako taková pro Pavlu nepředstavovala závažnou životní událost – somatické projevy hodnotí relativně nízko, oproti tomu psychické projevy mnohem závažněji. U těžce pracujících někdy mluvíme o hyperaktivní reakci na menopauzu, kdy pracovní vytížení pomáhá potlačit somatické vnímání klimakterických potíží (Vrublová, 2005). Sama Pavla vnímá nedostatek informací a péče o menopauzální ženy jako tristní, říká, že „vysílala signály“, ze kterých bylo zřejmé, že pomoc potřebuje a možná včasná intervence by eskalaci potíží mohla zastavit a zahájit proces léčby dříve.

Pavla jako jediná z předložených kazuistik byla závislá nejen na alkoholu, ale také hypnoticích, protože se užívání vyskytovalo souběžně, rozhodla jsem se ji do výzkumu i přesto zařadit.

5.2. Kazuistika 2 – Kristýna

5.2.1. Charakteristika klienta

Kristýně je 55 let, pracuje ve zdravotnictví, žije s manželem v jednom z velkých českých měst a má dva syny. První syn je již dospělý, druhému synovi je 10 let. Kristýna je kvartální alkoholička. První problémové pití poprvé popisuje kolem 25. roku věku. Mezi užíváním alkoholu byly i roční pauzy, kdy abstinovala. Prošla dvěma léčbami závislosti na alkoholu, první v roce 2013 druhou v roce 2020. Více začala pít přibližně 3 roky po narození syna ve 45 letech. Přibližně v té době popisuje zhoršení psychického stavu, úzkosti a deprese. Přibližně po roce užívání ve 46 letech se rozhodla podstoupit léčbu v jedné z velkých léčeben, kterou úspěšně dokončila a abstinovala asi 4 roky. Rok a půl před nástupem na druhou léčbu recidivovala, pila především o víkendech cca 3 lahve vína denně v několika týdenních rozestupech. Pití bylo dopředu plánováno a doprovázeno výčitkami svědomí. Alkohol pila vždy sama, především na uklidnění a aby mohla usnout.

Před nástupem na druhou léčbu se Kristýna během intoxikace zranila, a rozhodla se proto vyhledat adiktologickou pomoc. V době nástupu na léčbu tři týdny abstinovala, užívání jiných návykových látek neguje. Posledních 14 dní před nástupem užívala psychiatrem předepsaná hypnotika, během léčby je užívat odmítla.

Kromě individuální a skupinové terapie prošla Kristýna i párovou terapií s manželem, kde se snažili najít nové možnosti společného soužití. V terapiích se zaměřovala například na témata sebepojetí, prevenci relapsu nebo nutných změn, které musí pro abstinenci učinit. Psychiatrem byla v léčbě nasazena antidepresiva, ta užívá stabilně i v současnosti. Po ukončení léčby se Kristýna rozhodla ještě pro dvoutýdenní stacionární péči a v současné době dochází jednou týdně na individuální terapii na doléčování.

Rozhovor s ní byl příjemný, působí spokojeně a je vděčná za svou abstinenci.

5.2.2. Vyhodnocení případu

A) Modified DMQ-R

Tabulka 6 Kazuistika 2: výsledek dotazníku Modified DMQ-R

Škála	HS	INDEX
SOC	5	1
ANX	8	2
DEP	23	2,6
ENH	13	2,6
CON	5	1

Nejsilnějšími motivy pro užívání alkoholu byly dle DMQ-R motivy copingu deprese (INDEX=2,6) a motiv zlepšení nálady (INDEX=2,6). Motiv copingu úzkosti byl o něco nižší (INDEX=2). Oproti tomu motiv sociální (INDEX=1) a motiv konformity (INDEX=1) nebyly přítomny vůbec.

B) Zungova sebesuzovací škála deprese

Tabulka 7 Kazuistika 2: výsledek Zungovy sebesuzovací škály deprese

HS	HS SDS	INDEX
62	79	7,9

Index Zungovy sebesuzovací škály deprese v době nástupu na léčbu (INDEX=7,9) odpovídá těžké nebo velmi těžké depresi, tedy nejzávažnějšímu možnému výsledku.

C) Beckův inventář úzkosti

Beckův inventář úzkosti naměřil v době nástupu na léčbu střední závažnost obtíží (HS=34).

D) Kuppermanův index

Dle Kuppermanova inventáře procházela Kristýna středně těžkým klimakterickým syndromem (HS=24).

E) Polostrukturovaný rozhovor

Po 46. roce věku reportuje Kristýna zhoršení psychického stavu. Popisuje zvýšenou únavu, panické ataky, zvýšené pocení a především nespavost. Kristýna si je vědoma a sama popisuje, že své obtíže se snažila alkoholem překonat – uklidnit se a usnout.

V té době také popisuje zhoršení vztahu s manželem, cítila se osamělá a bylo toho na ni hodně. V práci se začala cítit méněcenná a opomíjená, to bylo spojeno s nástupem mladších kolegů, kteří ji (navzdory její odbornosti a praxi) měli tendenci upozadovat jako méně kompetentní. Téma stárnutí vnímala jako velmi bolestivé. S nástupem do nové práce se tyto pocity zlepšily.

Těhotenství a narození syna pro ni byly náročné. Po neplánovaném otěhotnění popisuje arogantní zacházení gynekologa, který automaticky předpokládal, že půjde na interrupci, to si ale nikdy nepřála. Po narození syna musela kvůli zdravotním potížím podstoupit hysterektomii. Ta sice vede k absenci menstruace, ale menopauza samotná je vázána na činnost vaječnicků a žena jí tak stále prochází. Jako nejčastější vedlejší efekt hysterektomie se uvádí předčasný nástup menopauzy. Na tento fakt Kristýnu nikdo neupozornil a poprvé tuto informaci slyšela ode mne. Popisuje naprostou absenci jakékoli edukace. Vzhledem k dalším zdravotním komplikacím musela Kristýna podstoupit pět operací během půl roku a opět se setkala s dalším nepříjemným zacházením lékařů. Na základě této zkušenosti už pak na gynekologii nechodila.

5.2.3. Diskuse

Ačkoli se problémové užívání u Kristýny objevuje v dlouhodobém horizontu, po 45. roce věku popisuje zhoršení psychických potíží, které se alkoholem snažila zmírnit. Kromě zvýšené depresivity a úzkostnosti, kterou dokládají i výsledky Beckova inventáře a Zungovy sebeposuzovací škály, Kristýna popisuje především nespavost, která ji velmi trápila a byla nejčastějším motivem pití. Nespavost se s menopauzou také spojuje a je zahrnuta i jako položka v Kuppermanově indexu, více jsem se na ni ale v rámci výzkumu nezaměřovala. Z rozhovoru jasně vyplynulo, že insomnii Kristýna vnímala jako velmi vážnou. Pro případnou další výzkumnou práci by bylo vhodné zvážit doplnění o jinou diagnostickou metodu, která se na insomnii zaměřuje.

Vzhledem ke Kristýnině hysterektomii není možné přemýšlet o jejím subjektivním prožívání menopauzy jako sociálně tranzitorní situace. Náročnou životní zkušeností je ale bezesporu právě hysterektomie samotná. Klinické klimakterické projevy Kristýna prokazovala – kromě nespavosti mluví například také o zvýšeném pocení. To podporuje i Kuppermanův index, který naměřil střední pásmo závažnosti potíží. Zároveň období klimakteria doprovázely i sociální situace pro toto období typické – Kristýna mluví o zhoršení vztahu s manželem, problémech v zaměstnání a těžkém vyrovnávání se se stárnutím.

Kristýna popisuje užívání alkoholu o samotě pro zklidnění a navození spánku. Tomu odpovídají i výsledky DMQ-R, které reportují naprostou absenci sociálních motivů a motivů konformity. Motiv copingu deprese a motiv zlepšování nálady byly podle dotazníku DMQ-R nejčastější. Závažnost psychických potíží potvrzuje i naměřená depresivita pomocí Zungovy sebeposuzovací škály deprese v nejzávažnějším možném pásmu. Motiv copingu úzkosti je naměřen o něco nižší, což opět koresponduje s výsledky naměřené úzkostnosti pomocí Beckova inventáře úzkosti ve středním pásmu potíží.

Z rozhovoru je slyšet, že má na lékaře vztek, chyběla jí nejen edukace a komplexnější péče, ale i lidský přístup. Vzhledem k historii k abúzu alkoholu se nabízí otázka, zda by situace eskalovala bez ohledu na menopauzu, případně i pokud by se s Kristýnou komplexněji pracovalo v rámci gynekologické péče. Vzhledem k tomu, že ale Kristýna popisuje zhoršování psychického stavu, především vyšší depresivitu a nespavost souběžně s projevy klimakterického syndromu a přiznává užívání alkoholu pro zmírnění těchto obtíží, je pravděpodobné, že tím byl vznik závislosti alespoň částečně ovlivněn. Je tedy možné, že komplexnější včasnou intervencí by bylo možné alkoholovou seabemedikací potíží zmírnit, nebo dokonce jí úplně předejít a případně tak ovlivnit vznik samotné závislosti.

5.3. Kazuistika 3 – Klára

5.3.1. Charakteristika klienta

Kláře je 53 let, je vdaná, žije s manželem, se kterým má dva syny, a pracuje jako lékařka v jedné z velkých českých nemocnic. Klára je závislá na alkoholu, kromě toho všechny ostatní návykové látky neguje. První náznaky škodlivého užívání popisuje poprvé po nástupu do práce na pracovních a společenských akcích. Tam vždy pila do značné opilosti, ale k zásadním excesům nedocházelo. Tohle období trvalo do 29 let. S narozením syna 10 let abstinovala.

Přibližně od 40 let znovu začala občasně pít alkohol. Pravidelné užívání a vznikající závislost reportuje přibližně 5 let před nástupem na léčbu. Popisuje, že začala pít kvůli stresu a na zlepšení nálady. V této době také vyhledala psychologa kvůli zhoršujícím se psychickým potížím. Zároveň začala navštěvovat psychiatra a zkoušela několik druhů antidepresiv. Popisuje, že při užívání antidepresiv se její stav vždy mírně zlepšil, vždy je ale po čase vysadila. V roce 2020 se při intoxikaci zranila při jízdě na kole a rozhodla se nastoupit na pobytovou léčbu závislosti na alkoholu. Před nástupem pila 1 až 2 lahve vína denně.

Na pobytové léčbě jí byla psychiatrem předepsána antidepresiva. Psycholog v rámci diagnostiky vyhodnotil její užívání alkoholu jako symptomatické, související s klimakterickou tranzitorní depresí. V rámci léčby absolvovala Klára individuální i skupinové terapie, meditace a rodinnou terapii s manželem a synem. Léčbou se často prolínala témata pocitů viny, komunikace s manželem a Klára získávala náhled na vznik závislosti, původ jejích psychických potíží a možnosti jejich zvládnutí zdravými copingovými strategiemi.

V současné době Klára úspěšně abstinuje a užívá předepsaná antidepresiva. Během rozhovoru působila mile a ochotně spolupracovala.

5.3.2. Vyhodnocení případu

A) Modified DMQ-R

Tabulka 8 Kazuistika 3: výsledek dotazníku Modified DMQ-R

Škála	HS	INDEX
SOC	10	2
ANX	7	1,75
DEP	20	2,2
ENH	9	1,8
CON	7	1,4

Nejsilnějším motivem k užíváním alkoholu byl podle dotazníku motiv copingu deprese (INDEX=2,2). O něco nižší byly naměřeny motiv sociální (INDEX=2), motiv povzbuzení (INDEX=1,8) a motiv copingu úzkosti (INDEX=1,75). Nejslabší byl naměřen motiv konformity (INDEX=1,4).

B) Zungova sebesuzovací škála deprese

Tabulka 9 Kazuistika 3: výsledek Zungovy sebesuzovací škály deprese

HS	HS SDS	INDEX
62	79	7,9

Index Zungovy sebesuzovací škály deprese v době nástupu na léčbu (INDEX=7,9) odpovídá těžké nebo velmi těžké depresi, tedy nejzávažnějšímu možnému výsledku.

C) Beckův inventář úzkosti

Beckův inventář úzkosti naměřil v době nástupu na léčbu střední závažnost obtíží (HS=25).

D) Kuppermanův index

Dle Kuppermanova inventáře procházela Klára lehkým klimakterickým syndromem (HS=19).

E) Polostrukturovaný rozhovor

Klára popisuje sociální pití alkoholu po nástupu do zaměstnání, a to především na pracovních večírcích. Už v té době přiznává problematické užívání a potíže s kontrolou množství vypitého alkoholu. Po tomto přibližně čtyřletému období následovala 10letá abstinence po narození syna. Poté začala pozvolna kolem 40. roku věku znovu popíjet. Nejprve opět navštěvovala společenské akce, později začala upíjet alkohol, který našla doma. Následně si začala kupovat alkohol sama, nejprve pila několikrát týdně, potom téměř denně. Hlavní motivací bylo dle jejích slov „zlepšení nálady“. Souběžně s eskalací užívání alkoholu se zhoršoval i Klářin psychický stav a vyhledala tedy psychologickou a psychiatrickou pomoc. Sama ale přiznává, že její užívání alkoholu nebylo předmětem léčby a snažila se spíše neúspěšně vyřešit depresivní stavy.

Menopauzu somaticky nevnímá jako příliš závažnou, i když prožívala některé z klimakterických potíží jako zhoršení spánku nebo návaly horka. Psychicky pro ni ale menopauza náročná byla. Mluví o ztrátě sebevědomí a ženství. Ačkoli už nechtěla mít děti, bylo pro ni těžké o tu možnost přijít. Pozorovala na sobě také přibírání na váze a popisuje snížení sebevědomí. Říká, že pokud dívka prochází pubertou a dostane první menstruaci, může cítit radost, protože se stává ženou. Pokud ale žena prochází menopauzou, radost z toho rozhodně nemá, naopak je to pro ni těžké. Sama se také pokusila projevy klimakterického syndromu zmírnit – pila bylinkové čaje a docházela na hormonální jógu, která jí pomáhala a na kterou chodí stále.

Na otázku, zda si myslí, že její menopauza měla vliv na užívání alkoholu, odpovídá váhavě. Myslí si, že by k eskalaci užívání došlo bez ohledu na to, zda by s ní v kontextu menopauzy někdo více pracoval, ale není si tím jistá. Při návštěvě gynekologa jí byly provedeny krevní testy a na základě hormonálních hladin vysazena hormonální antikoncepce. Gynekolog Kláru vyzval, aby ho v případě klimakterických obtíží kontaktovala, to však nikdy neudělala.

Protože Klára k chování svého gynekologa nemá výtky, je podle ní především důležité otevření debaty a větší pochopení toho, čím ženy v průběhu menopauzy prochází.

5.3.3. Diskuse

Z rozhovoru vyplývá, že obtížná kontrola množství vypitého alkoholu Kláru provázela dlouhodobě. Zhoršení psychických potíží reportuje společně s pravidelným užíváním alkoholu přibližně 5 let před léčbou, kolem 48. roku věku. Kromě její výpovědi zhoršený psychický stav podporují výsledky Beckova inventáře úzkosti, Zungovy sebesuzovací škály depresivity a vyšetření odborného personálu z doby léčby. Dále také, že v té době sama vyhledala odbornou pomoc psychologa a psychiatra. Nasazená antidepresiva sice účinkovala, ta ale vždy brzy vysadila kvůli alkoholu.

Motivy užívání alkoholu jsou v případě Kláry zastoupeny všechny, a to rovnoměrněji než u předchozích kazistik. Výsledky podporuje i rozhovor, ve kterém všechny popisuje – užívala alkohol na společenských akcích, s těmi může souviset i určitý sociální tlak, tedy motiv konformity, který byl rovněž mírně zastoupen. Zároveň z dotazníku i rozhovoru vyplývá, že Klára užívala alkohol pro zlepšení nálady a vyrovnání se s depresivní a úzkostnou symptomatikou.

Klinické klimakterické projevy dle Kuppermanova indexu odpovídaly lehkému klimakterickému syndromu, výsledek podporuje i Klářin popis mírných klimakterických obtíží v rámci rozhovoru. Z něj se ukazuje, že pro Kláru byla menopauza spíše významnou psychosociální než somatickou situací. To na ni mohlo vytvářet tlak bez ohledu na sílu somatických projevů. Popisuje, že pro ni byla náročná ztráta možnosti mít dítě, ačkoli už žádné neplánovala, a používá připodobnění k období puberty, které je sice také náročné, ale je pro ni spojeno s možnou radostí z proměny v ženu a možností počít dítě. V případě Kláry bychom tedy mohli uvažovat o neurotické reakci na menopauzu, která je typická pro ženy vnímající menopauzu jako významnou životní ztrátu a která může být provázena podrážděností, depresivitou nebo úzkostností (Vrublová, 2005). Kromě toho pro Kláru menopauza byla spojena se ztrátou sil a přibíráním na váze, což pro ni bylo rovněž náročné a mohlo se to odrazit nejen na psychické pohodě, ale také na samotném užívání alkoholu – někdy ženy i muži, užívají alkohol pro snížení chuti k jídlu (Wolfe & Maisto, 2000). Ačkoli přibírání na váze je s klimakteriem spojováno (Davis et al., 2008), Kuppermanův index jej ale ve své škále nezařazuje. Klára také podnikala určité kroky pro vyrovnání hormonální disbalance (pití čajů a hormonální jóga), což opět potvrzuje, že problematiku menopauzy aktivně řešila.

V období klimakteria a doby nástupu na léčbu Klára nepopisuje žádnou další významnou životní událost. Reportuje ale zhoršení vztahu s manželem, pocity osamění a odcizení.

Zajímavé je Klářino tvrzení, že by se v jejím případě rozvinula závislost bez ohledu na menopauzu. To může být samozřejmě pravda a není to možné ověřit. Klára sice znovu začala užívat alkohol po 10leté abstinenci přibližně ve 40 letech, tedy před menopauzou, postupné zhoršování psychických potíží ale popisuje až kolem 48. roku věku. Depresivní symptomatika samozřejmě může souviset nejen s klimakteriem, ale právě i s pravidelným užíváním alkoholu. Spíše než hledání prvotního spouštěče se tedy nabízí (nejen v případě Kláry, ale v případě většiny vzniklých závislostí) definice kruhem, kdy se užívání alkoholu a psychický stav ovlivňují navzájem. Vzhledem k tomu, že ale Klára popisuje psychickou zátěž spojenou s menopauzou jako tranzitorní událostí, dá se předpokládat, že určitý vliv klimakterium na užívání nebo vznik závislosti mít mohlo.

Z rozhovoru vyplývá, že ošetřující gynekolog se Kláře po somatické stránce věnoval a měla možnost ho v případě potřeby kontaktovat. Vzhledem k mírnému průběhu menopauzy to ale nikdy neudělala. V rozhovoru ale popisuje, že pro ni byla menopauza náročná především psychicky. Nabízí se tedy otázka, zda by pro Kláru bývala nebyla vhodná spíše edukace o možných psychických potížích s menopauzou souvisejících a následně případná psychoterapeutická intervence odborníka? Vzhledem k tomu, že Klára sama vyhledala pomoc psychologa a psychiatra, je zřejmé, že si svých psychických obtíží byla vědoma. Je tedy možné, že v jejím případě by pomohl především komplexní přístup (kterého se jí pak dostalo v rámci léčby), nikoli izolované řešení potíží.

5.4. Souhrn výsledků

V následující kapitole shrnuji nejdůležitější podobnosti a odlišnosti jednotlivých kazuistik.

A) Charakteristiky klientek

Všechny klientky jsou ve věku od 53–56 let, mají děti, jsou zaměstnané, žijí v manželství a všechny pracují ve zdravotnictví. Komunitní léčbu závislosti na alkoholu absolvovaly mezi 46–54 lety. Pro Pavlu a Kláru se jednalo zároveň o první léčbu závislosti, Kristýna nastoupila na svou první léčbu ve 46 letech a po 4 letech recidivovala a v 54 letech léčila podruhé. Všechny ženy popisují abúzus alkoholu od mladé dospělosti, škodlivé užívání a počínající závislost popisují kolem 45.–47. roku. Pavla kromě alkoholu užívala také hypnotika a stejně jako Klára užívala alkohol každý nebo skoro každý den. Kristýna užívala alkohol kvartálně ve víkendových nebo vícedenních tazích. Kristýna a Pavla užívaly alkohol především o samotě. Klára popisuje užívání i v rámci společenských akcí. Nejčastějším alkoholickým nápojem všech žen bylo víno.

Všechny ženy řádně dokončily léčbu závislosti na alkoholu v pobytovém komunitním zařízení. Diagnostické vyšetření psychologem u Pavly a Kláry ukázalo možnou přítomnost klimakterické tranzitorní deprese. Všechny ženy absolvovaly doléčování v individuální terapii nebo stacionáři a v době psaní práce užívaly psychofarmaka a úspěšně abstinovaly.

B) Modified DMQ-R

Tabulka 10 Porovnání výsledků dotazníku Modified DMQ-R

Škála	INDEX	INDEX	INDEX
	Pavla	Kristýna	Klára
SOC	1,2	1	2
ANX	3,25	2	1,75
DEP	3	2,6	2,2
ENH	1,8	2,6	1,8
CON	1,6	1	1,4

Motivy užívání alkoholu se u jednotlivých kazuistik různí. Všechny respondentky měly silně zastoupen motiv copingu deprese, u Kristýny (INDEX=2,6) a Kláry (INDEX=2,2) se jednalo o nejsilněji zastoupené motivy, u Pavly (INDEX=3) se jednalo o druhý nejsilněji zastoupený motiv, samotná naměřená hodnota byla ale u Pavly vyšší než u zbývajících dvou respondentek.

Nejsilnějším naměřeným motivem u Pavly byl motiv copingu úzkosti (INDEX=3,25), u Kláry (INDEX=1,75) a Kristýny (INDEX=2) byl slabší. U Kristýny byl motiv zlepšení nálady (INDEX=2,6) zastoupen stejně silně jako motiv copingu deprese, u Kláry (INDEX=1,8) a Pavly (INDEX=1,8) tak silně zastoupen nebyl. Výrazný rozdíl můžeme vidět u sociálního motivu, pro Kláru byl druhý nejsilnější (INDEX=2), u Pavly byl naopak nejslabší (INDEX=1,2) a u Kristýny nebyl naměřen vůbec (INDEX=1).

C) Zungova sebeuposuzovací škála deprese

Všechny respondentky měly v době nástupu na léčbu naměřen skór odpovídající těžké až velmi těžké depresi.

D) Beckův inventář úzkosti

Beckův inventář úzkosti naměřil u Pavly vysokou závažnost obtíží, u Kristýny a Kláry se jednalo o střední závažnost obtíží.

E) Kuppermanův index

Dle Kuppermanova indexu procházely Pavla a Kristýna středně těžkým klimakterickým syndromem. Klára procházela lehkým klimakterickým syndromem.

F) Polostrukturovaný rozhovor

Všechny respondentky po 45. roce věku popisují zhoršení psychických obtíží. Konkrétní podoba a okolnosti zhoršení se liší, všechny ale popisují především nárůst depresivní symptomatiky. Pavla popisuje velkou lítostivost, plačtivost, smutek a suicidální myšlenky. Také popisuje zvýšenou podrážděnost, která někdy ústila v záchvaty vzteku. Oproti tomu Kristýna prožívala nejintenzivněji insomnii, zvýšenou únavu a reportuje prožívání panických atak. Klára také popisuje depresivní stavy a v této souvislosti vyhledala návštěvu psychologa ještě před nástupem na pobytovou léčbu závislosti. Všechny ženy popisují zhoršení v oblasti partnerských vztahů, pocity osamění a nepochopení.

Odlišně vnímaly respondentky také celou menopauzu a její okolnosti. Ačkoli Pavla somatické potíže související s menopauzou, jako jsou návaly horka nebo zvýšené pocení, popisuje, nepřikládala menopauze zvláštní význam a soustředila se spíše na práci. V souvislosti s klimakteriem hovoří především o zhoršení psychického stavu.

Kristýna vzhledem k hysterektomii menopauze také nevěnovala příliš pozornosti, ačkoli jí samozřejmě procházela. Samotná hysterektomie a s ní související zdravotní komplikace pro ni ale byly náročnou životní zkušeností. Ani Klára nevnímala menopauzu jako somaticky náročnou, ačkoli popisuje některé z příznaků a zmiňuje v té době také přibírání na váze. Menopauza jako tranzitorní situace pro ni ale byla významná psychicky. Popisuje snížení sebevědomí, smutek ze ztráty možnosti počít dítě a sama se snažila jako jediná projev menopauzy zmírnit cvičením a pitím čajů.

Všechny respondentky popisují vědomé užívání alkoholu pro zmírnění psychických potíží. Pavla dává zhoršení psychického stavu navazující na klimakterium do souvislosti s rozvinutím závislosti a připouští, že včasná intervence, která v jejím případě v jakékoli podobě chyběla, mohla eskalaci potíží zastavit a zahájit proces léčby dříve. Kristýně nejenže se odborné péče v souvislosti s klimakteriem nedostalo, ale obecně popisuje svou zkušenost s gynekology jako velmi nepříjemnou a další péči ani sama vyhledat nechtěla.

Naproti tomu Klára je v tomto ohledu váhavější a připouští, že k rozvoji závislosti by pravděpodobně došlo i v případě, že by s ní v tomto kontextu některý z odborníků více pracoval. Zároveň je také jediná, které se v tomto ohledu dostalo nějaké péče a gynekolog ji vyzval, aby ho v případě somatických potíží navazujících na menopauzu kontaktovala. U všech respondentech chyběla jakákoli forma psychologické intervence nebo edukace s klimakteriem související.

6. Diskuse

Sebraná data popisují okolnosti rozvoje a vzniku závislosti u třech žen léčících se v období menopauzy a postmenopauzy poprvé s diagnózou závislosti na alkoholu. Použité dotazníky se zaměřovaly na zkoumání psychického stavu, závažnost klimakterického syndromu a motivy, které ženy k užívání alkoholu vedly. Polostrukturovaný rozhovor pak tato data doplnil o vlastní subjektivní pohled respondentek. Pomocí všech použitých metod se snažím poukázat na fenomén sebemedikace alkoholem, který se u žen v souvislosti s menopauzou a postmenopauzou jakožto potenciálně psychicky, somaticky i sociálně náročnou tranzitorní událostí může objevit.

Všechny respondentky jsou zaměstnány ve zdravotnictví. Jedná se o shodu náhod, nikoli o záměr, je ale zajímavé zmínit, že podle jednoho z výzkumů je v České republice riziko vzniku závislosti u zdravotnických profesí oproti obecné populaci 1,1x vyšší (Chudá, 2012).

Všechny respondentky popisují nějakou formu abúzu alkoholu už od mladé dospělosti. Alkohol například užívaly pro zlepšení nálady nebo zmiňují potíže s kontrolou užívaného množství. Rozvoj závislosti se pak jeví jako eskalace již dříve nastavených zvyků užívání alkoholu.

Vzhledem k tomu, že dvě z respondentek – Kristýna a Klára – nastoupily na léčbu závislosti poté, co se zranily během intoxikace, je důležité zmínit i problematiku osteoporózy. Období postmenopauzy je obecně s rizikem vzniku osteoporózy spojováno (Rokyta, 2016), na to navazuje zvýšené riziko zlomeniny velkých kostí. Ačkoli je mírné užívání alkoholu někdy spojováno se zvýšením hustoty kostí (Jang et al., 2017; Wilsnack et al., 2013), ke zlomeninám dochází nejčastěji pádem. Z toho důvodu je riziko zlomenin naopak vyšší u žen užívajících pravidelně větší množství alkoholu (Kanis et al., 2005). Protože u dvou ze tří respondentek skutečně k podobnému zranění došlo, práce anekdoticky poukazuje i na to, že o užívání alkoholu (bez ohledu na další zdravotní rizika a ohrožení vznikem závislosti) pravděpodobně nelze mluvit jako o účinné prevenci zvýšené fragility kostí.

Všechny respondentky popisují vědomé užívání alkoholu pro zmírnění nepříjemných pocitů manifestujících se různými způsoby jako úzkostné a depresivní stavy nebo nespavost. Sebemedikace je definována jako užívání návykových látek ve snaze ulevit si od psychických potíží (Khatzian & Albanese, 2008). V tomto kontextu lze říci, že sebemedikaci alkoholem můžeme pozorovat u všech představených kazuistik.

Motivy k užívání alkoholu měřené pomocí dotazníku Modified DMQ-R se u jednotlivých respondentek lišily. Obecně nejsilněji zastoupeným motivem byl motiv vyrovnání se s depresí, ten je ve výzkumech spojen s vyšším rizikem rozvoje závislosti (Mezquita et al., 2010). Všechny respondentky měly také Zungovou sebesposuzovací škálou deprese naměřen nejzávažnější možný výsledek odpovídající těžké až velmi těžké depresi. Vzhledem k tomu, že všechny respondentky reagovaly na léčbu antidepresivy, která stále užívají, je možné, že sebemedikace alkoholem se objevovala na podkladě probíhající depresivní poruchy. Pavla měla jako jediná nejsilněji zastoupen motiv copingu úzkosti a Beckovou škálou úzkosti naměřený výsledek odpovídající vysoké závažnosti obtíží. Depresivní porucha se proto u Pavly možná objevovala v komorbiditě s úzkostnou poruchou.

Zásadní rozdíl bylo možné pozorovat u sociálního motivu, který byl u Kláry naměřen poměrně silně, u Kristýny málo a u Pavly vůbec. Rozdíl je možné vysvětlit pomocí dat z anamnézy a rozhovoru. Kristýna a Pavla popisují užívání alkoholu o samotě nejen před nástupem na léčbu, ale i dříve pro zahnání nudy nebo zlepšení nálady. Klára naproti tomu měla alkohol spojený nejprve především se společenskými událostmi, na kterých popisuje potíže s kontrolou užitého množství a až později ho začala užívat i o samotě.

Zungova sebesposuzovací škála deprese a Beckův inventář úzkosti ukázaly v době nástupu na léčbu u všech respondentek depresivní a úzkostnou symptomatiku v nejzávažnějších nebo středně závažných pásmech. V rozhovoru postupné zhoršování psychického stavu všechny dotázané ženy popisují už po 45. roce věku (tedy v období klimakteria), ve stejném období popisují i postupné zvyšování užívání alkoholu. Zhoršení psychického stavu je s obdobím menopauzy a postmenopauzy spojováno (Deecher et al., 2008; Chibber, 2017; Laňková & Raboch, 2013; Riecher-Rössler, 2020), důvodem mohou být nejen psychosociální okolnosti menopauzy, existují i výzkumy popisující možnou konkrétní biologickou cestu vzniku deprese vycházející z hormonální disbalance (Chibber, 2017). Užívání alkoholu je ale rovněž spojeno se zhoršováním psychického stavu ženy (Wang et al., 2013). Konkrétněji popsat mechanismus vzniku závislosti a původ samotných psychických potíží a tedy rozlišit, do jaké míry psychické obtíže předcházely užívání alkoholu nebo naopak jeho užíváním eskalovaly, je poměrně obtížné. Jako nejpravděpodobnější se jeví, že se zhoršování psychiky a užívání alkoholu navzájem ovlivňují v bludném kruhu na podkladě náročné životní situace a individuálních predispozic respondentek. Brzkou terapeutickou intervencí se pak pravděpodobně mohlo předejít rozvinutí duševních poruch včetně závislosti.

Podle výsledků Kuppermanova indexu byly projevy klimakterického syndromu u respondentek středně závažné nebo lehké. V rozhovoru respondentky projevy klimakterického syndromu nepopisovaly jako výrazně zatěžující. Prožívání konkrétních somatických potíží ale mohlo být ovlivněno užíváním alkoholu a zároveň se například klinický obraz panických atak, které popisovala Kristýna, překrývá s projevy návalů horka a může docházet k jejich záměně (Freeman et al., 2005). Dále je třeba vzít v potaz, že menopauza ovlivňuje ženu komplexně a existuje více možných reakcí, které se u žen mohou objevit (Vrublová, 2005). Pavla pravděpodobně na menopauzu reagovala hyperaktivně a intenzivní prací tak mohla potlačit vnímání klimakterických potíží. Klářinu reakci, která menopauzu popisovala jako významnou životní ztrátu, můžeme vnímat jako neurotickou, což se sice v Kuppermanově indexu nemuselo zásadně projevit, ale na její prožívání, psychický stav a užívání alkoholu to mohlo mít určitý vliv. U respondentky Kristýny, vzhledem k prodělané hysterektomii, se není možné zamýšlet nad menopauzou jako nad náročnou tranzitorní situací, okolnosti a zdravotní komplikace, které s hysterektomií souvisely ale mohly mít na Kristýnin psychický stav a potenciálně také užívání alkoholu dopad. Kuppermanův index zároveň u Kristýny jako jediný ukazuje na středně závažné projevy klimakterického syndromu. Je tudíž možné, že psychické a somatické projevy klimakteria Kristýna prožívala, aniž by si byla sama vědoma jejich původu.

Poměrně tristní je fakt, že se ani jedné z respondentek gynekolog nebo ošetřující lékař v kontextu k menopauze příliš nevěnoval, a to i přesto, že je vliv menopauzy na duševní zdraví (Deecher et al., 2008; Freeman et al., 2005; Chibber et al., 2017; Laňková & Raboch, 2013; Riecher-Rössler, 2020; Wang et al., 2013) a somatické zdraví (Bradley et al., 1998; Milic et al., 2018; Rokyta, 2016; Tang et al., 2019) poměrně dobře zmapován. Riziko vzniku některých somatických

onemocnění, jako je například rakovina prsu, se navíc po menopauze mnohonásobně zvyšuje, pokud žena užívá alkohol (Petri et al., 2004), a tak i krátká edukační intervence je rozhodně namístě. V budoucnu by bylo kromě osvěty lékařů vhodné vytvořit například informační leták, který by byl do gynekologických a praktických ambulancí distribuován.

Všechny respondentky popisují určitou formu psychosociální zátěže vycházejících z událostí pro toto životní období typických, jako je úmrtí rodičů, zdravotní potíže, neshody v rodině a problémy v zaměstnání. Ty sice přímo nesouvisejí s menopauzou a postmenopauzou, ale ukazují, že ačkoli nemusí být klimakterium samotné pro ženu psychicky nebo somaticky náročné, nese s sebou toto věkové období mnohé situace, které na ženu potenciálně vytvářejí tlak a mohou mít vliv i na její duševní zdraví a případný rozvoj závislosti, pokud se jej alkoholem nebo jinou návykovou snáží zmírnit.

6.1. Limity studie

Studie má několik limitů vycházejících z povahy samotného výzkumu a použitých metod. Prvním limitem je malý počet respondentek a není tedy možné z představených kazuistik usuzovat obecné závěry. Výzkum má ale sloužit především k představení možného fenoménu anekdotickou formou a otevřít tak prostor pro diskusi a další možné zkoumání.

Dotazník Modified DMQ-R je považován za validní metodu zjišťování motivů užívání alkoholu (Grant et al., 2007), zaměřuje se ale na samotnou přítomnost a sílu motivu, nikoli na okolnosti a skutečnou závažnost povahy užívání alkoholu. Dotazník dále neměří frekvenci a množství užívání alkoholu a z toho vyplývající potenciální ohrožení vznikem závislosti. Respondent tedy například může být silně motivován užívat alkohol pro zmírnění negativních pocitů, nevíme ale, jak často k samotnému užívání dochází nebo zda skutečně trpí depresemi.

Dotazník Modified DMQ-R použitý pro záměry této práce nebyl dosud přeložen a validizován na české populaci. Ačkoli byl dotazník zpětně nezávisle přeložen a srozumitelnost otázek ověřena pomocí pilotní administrace dotazníku, vzhledem k chybějící validizační studii mohou být výsledky překladem ovlivněny. Budoucí českou validizaci dotazníku bych s ohledem na jeho široké možnosti využití rozhodně doporučila.

Zungova sebesposuzovací škála deprese (Zung, 1986) a Beckův inventář úzkosti (Steer & Beck, 1997) jsou rovněž považovány za validní dotazníkové nástroje (Kamarádová et al., 2016), zaměřují se ale na relativně krátké časové období před nástupem na léčbu, a protože samotné dlouhodobé užívání alkoholu může způsobovat zhoršování psychického stavu (Wang et al., 2013), není možné určit, do jaké míry byla závažnost psychických obtíží navázaná na probíhající závislost a za jakých podmínek a kdy začalo docházet ke zhoršování.

Kuppermanův index, který je rovněž považován za validní metodu (Schneider et al., 2000), zkoumá přítomnost jednotlivých somatických a psychických obtíží souvisejících s menopauzou a z toho vyplývající závažnost menopauzálního syndromu. Pomocí tohoto dotazníku ale nejsme schopni zjistit kvalitu života konkrétní respondentky a subjektivní vnímání menopauzy jako psychosociální události a s ní související tlak, který pro ženu může představovat.

Z důvodů limitů těchto dotazníkových metod jsem do studie zařadila polostrukturovaný rozhovor, abych kvantifikovaná data o klientkách doplnila o jejich subjektivní vnímání celé problematiky a zasadila je do širšího kontextu. Data získaná polostrukturovaným rozhovorem mohou být ale subjektivně zkreslena samotnou respondentkou, například nepochopením otázek nebo snahou o zachování kladného sebepojetí a připisování přílišného významu vnějším okolnostem vzniku závislosti. Zároveň data mohou být zkreslena samotným examínátorem, a to například nesprávným pochopením výpovědi respondentky nebo konfirmačním zkreslením. Proto do studie byly zařazeny právě i výše zmíněné objektivní validizované dotazníkové metody, kterými jsem se zkreslení snažila minimalizovat a opírala se tak o již zavedené výzkumné nástroje.

Jako limit studie může být vnímána i rozdílná povaha užívání alkoholu každé z respondentek. První respondentka popisuje polymorfní závislost na alkoholu a hypnoticích, a protože k užívání hypnotik docházelo každodenně souběžně s pitím alkoholu, rozhodla jsem se ji do výzkumu přesto zařadit. Naopak druhá respondentka užívala alkohol kvartálně v různých časových rozestupech. Vzhledem k použití kvalitativního výzkumnému designu považuji osobně výše zmíněné rozdíly za výhodu, protože ukazují rozmanitost v manifestaci sebemedikace, která se u žen v období menopauzy a postmenopauzy může objevit.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá fenoménem sebemedikace alkoholem u žen v období menopauzy a postmenopauzy a prostřednictvím kazuistik předkládá okolnosti vzniku závislosti na alkoholu u tří žen, které se v tomto věkovém období poprvé léčily na pobytové komunitní klinice.

Teoretická část práce překládá důležité závěry publikovaných studií zaměřujících se na teorii sebemedikace, zvláště pak na sebemedikaci depresivních a úzkostných poruch, jejichž prevalence je u žen v tomto období vyšší než u obecné populace. Popisuje také zdravotní dopady, které užívání alkoholu může způsobit a které představují riziko nejen pro ženu, ale i pro zdravotnictví jako celek. V neposlední řadě se věnuje samotnému klimakteriu a jeho psychosociálnímu významu.

V praktické části je představen kvalitativní výzkum složený ze tří kazuistik. Pro sepsání kazuistik byla použita baterie testů zaměřujících se na motivy užívání alkoholu, depresivitu a úzkostnost žen v době před nástupem na léčbu a závažnost klimakterického syndromu. Informace z dotazníku byly doplněny o základní anamnestická data a polostrukturovaný rozhovor, který se zaměřoval na okolnosti vzniku závislosti, prožívání menopauzy a především způsob, jakým sama žena na celou problematiku nahlíží.

Z prezentovaných dat vyplývá, že u všech žen skutečně docházelo v období klimakteria k postupnému zhoršování psychického stavu a zvyšujícímu se užívání alkoholu pro zmírnění prožívaných obtíží. Abúzus alkoholu se u žen po menopauze neobjevuje zčistajasna poprvé, dochází spíše k eskalaci již existujících potíží a užívání dříve nevhodně nastavené copingové strategie pití alkoholu pro vyrovnání se s nepříjemnými psychickými stavy, které se dále navzájem v bludném kruhu podněcují ke vzniku závislosti na podkladě náročné tranzitorní situace.

Kazuistiky zároveň ukazují, o jak komplexní a intimní problematiku se jedná. Každá z žen prožívala menopauzu odlišně, procházela jinými životními situacemi a vykazovala jinou manifestaci psychických potíží s různými motivy užívání alkoholu. Spojuje je však prožívání duševní bolesti, které se snažily sebemedikací alkoholem tlumit.

Ženy v tomto životním období představují velmi početnou populační skupinu a porozumění mechanismu sebemedikace alkoholem nebo jinými návykovými látkami může pomoci nejen adiktologům, kteří se s takovými ženami v rámci své klinické praxe setkávají, ale s ohledem na prokazatelné negativní dopady užívání alkoholu i jiným zdravotníkům a lékařům. Bakalářská práce představuje otevření debaty pro další zkoumání fenoménu sebemedikace, důležité nejen pro nastavování individualizované adiktologické péče, ale i prevenci vzniku závislostí a jiných duševních poruch. Vhodně cílená adiktologická nebo psychologická intervence by tak mohla motivovat ženu k řešení sebemedikovaných psychických potíží například prostřednictvím psychoterapie a farmakoterapie a předejít tak nejen případnému vzniku závislosti, ale i vést ke zvýšení kvality života ženy.

Seznam použité literatury

- Adámková, T., Vondráčková, P., & Vacek, J. (2009). Užívání alkoholu u vysokoškolských studentů. *Adiktologie*, 9(2), 96–103.
- Aguilar de Arcos, F., Verdejo-García, A., Peralta-Ramírez, M. I., Sánchez-Barrera, M., & Pérez-García, M. (2005). *Experience of emotions in substance abusers exposed to images containing neutral, positive, and negative affective stimuli*. *Drug and Alcohol Dependence*, 78(2), 159–167. doi:10.1016/j.drugalcdep.2004.10.010
- Baer, D. J., Judd, J. T., Clevidence, B. A., Muesing, R. A., Campbell, W. S., Brown, E. D., & Taylor, P. R. (2002). Moderate alcohol consumption lowers risk factors for cardiovascular disease in postmenopausal women fed a controlled diet. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 75(3), 593–599. doi:10.1093/ajcn/75.3.593
- Blackwell, E., & Conrod, P. J. (2003). *A five-dimensional measure of drinking motives*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of British Columbia.
- Bradley, K. A., Badrinath, S., Bush, K., Boyd-Wickizer, J., & Anawalt, B. (1998). Medical risks for women who drink alcohol. *Journal of General Internal Medicine*, 13(9), 627. doi: 10.1046/j.1525-1497.1998.cr187.x
- Brown, C. G., & Stewart, S. H. (2008). Exploring Perceptions of Alcohol Use as Self-Medication for Depression Among Women Receiving Community-Based Treatment for Alcohol Problems. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 35(2), 33–47. doi:10.1300/j005v35n02_04
- Cooper, M. L. (1994). *Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model*. *Psychological Assessment*, 6(2), 117–128. doi:10.1037/1040-3590.6.2.117
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M., & Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 990–1005. doi:10.1037/0022-3514.69.5.990
- Cox, W. M., & Klinger, E. (1988). *A motivational model of alcohol use*. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 168–180. doi:10.1037/0021-843x.97.2.168
- Davis, S. R., Castelo-Branco, C., Chedraui, P., Lumsden, M. A., Nappi, R. E., Shah, D., ... Villaseca, P. (2012). *Understanding weight gain at menopause*. *Climacteric*, 15(5), 419–429. doi:10.3109/13697137.2012.707385
- Deecher, D., Andree, T. H., Sloan, D., & Schechter, L. E. (2008). From menarche to menopause: Exploring the underlying biology of depression in women experiencing hormonal changes. *Psychoneuroendocrinology*, 33(1), 3–17. doi:10.1016/j.psyneuen.2007.10.006
- Fait, T. (2004). Klimakterium a hormonální substituční terapie. *Moderní babičtví*. 3, 3–12.
- Fernandes-Jesus, M., Beccaria, F., Demant, J., Fleig, L., Menezes, I., Scholz, U., ... Cooke, R. (2016). Validation of the Drinking Motives Questionnaire – Revised in six European countries. *Addictive Behaviors*, 62, 91–98. doi:10.1016/j.addbeh.2016.06.010

- Freeman, E. W., Sammel, M. D., Lin, H., Gracia, C. R., Kapoor, S., & Ferdousi, T. (2005). The role of anxiety and hormonal changes in menopausal hot flashes. *Menopause*, *12*(3), 258–266. doi:10.1097/01.gme.0000142440.49698.b7
- Gilson, K.-M., Bryant, C., Bei, B., Komiti, A., Jackson, H., & Judd, F. (2013). Validation of the Drinking Motives Questionnaire (DMQ) in older adults. *Addictive Behaviors*, *38*(5), 2196–2202.
- Ginsburg, E. S. (1996). Effects of Alcohol Ingestion on Estrogens in Postmenopausal Women. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *276*(21), 1747.
- Grant, V. V., Stewart, S. H., O'Connor, R. M., Blackwell, E., & Conrod, P. J. (2007). Psychometric evaluation of the five-factor Modified Drinking Motives Questionnaire — Revised in undergraduates. *Addictive Behaviors*, *32*(11), 2611–2632.
- Hantsoo, L., & Epperson, C. N. (2017). Anxiety Disorders Among Women: A Female Lifespan Approach. *FOCUS*, *15*(2), 162–172. doi:10.1176/appi.focus.20160042
- Chudá, R. (2012). Riziko vzniku závislostí u zdravotnických pracovníků v důsledku nadměrného stresu (bakalářská práce, Univerzita Karlova). Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/112455/>
- Chibber, A., Woody, S. K., Karim Rumi, M. A., Soares, M. J., & Zhao, L. (2017). Estrogen receptor β deficiency impairs BDNF–5-HT 2A signaling in the hippocampus of female brain: A possible mechanism for menopausal depression. *Psychoneuroendocrinology*, *82*, 107–116. doi:10.1016/j.psyneuen.2017.05.016
- Jang, H.-D., Hong, J.-Y., Han, K., Lee, J. C., Shin, B.-J., Choi, S.-W., ... Bang, C. (2017). Relationship between bone mineral density and alcohol intake: A nationwide health survey analysis of postmenopausal women. *PLOS ONE*, *12*(6), e0180132. doi:10.1371/journal.pone.0180132
- Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky.
- Kamarádová, D., Praško, J., Látalová, K., Panáčková, L., Švancara, J., Ocisková, M., ... Vrbová, K. (2016). VALIDIZACE ČESKE VERZE BECKOVA INVENTAŘE UZKOSTI. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, *112*(4), 153–158.
- Kanis, J. A., Johansson, H., Johnell, O., Oden, A., De Laet, C., Eisman, J. A., ... Tenenhouse, A. (2005). Alcohol intake as a risk factor for fracture. *Osteoporosis international*, *16*(7), 737–742. doi:10.1007/s00198-004-1734-y
- Khantzian, E. J., & Albanese, M. J. (2008). *Understanding Addiction as Self Medication: Finding Hope Behind the Pain*. United States of America: Rowman & Littlefield Publishers.
- Khantzian, E. J., & Mack, J. E. (1989). Alcoholics Anonymous and contemporary psychodynamic theory. *Recent developments in alcoholism*, 67–89.

Laňková, J., & J. Raboch. (2013). *Deprese: doporučený postup pro všeobecné praktické lékaře : novelizace 2013*. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství.

Mezquita, L., Ibáñez, M. I., Moya-Higueras, J., Villa, H., Arias, B., Fañanás, L., & Ortet, G. (2016). Psychometric Properties of Drinking Motives Questionnaire-Revised (DMQ-R) in Spanish Adolescents. *European Journal of Psychological Assessment, 34*(3), 145–153. doi:10.1027/1015-5759/a000319

Mezquita, L., Stewart, S. H., & Ruipérez, M. Á. (2010). *Big-five personality domains predict internal drinking motives in young adults*. *Personality and Individual Differences, 49*(3), 240–245. doi:10.1016/j.paid.2010.03.043

Milic, J., Glisic, M., Voortman, T., Borba, L. P., Asllanaj, E., Rojas, L. Z., ... Franco, O. H. (2018). Menopause, ageing, and alcohol use disorders in women. *Maturitas, 111*, 100–109. doi:10.1016/j.maturitas.2018.03.006

Moravcová, M. (2014). *Hodnocení kvality života žen po menopauze* (disertační práce, Univerzita Karlova). Dostupné z: <https://dk.upce.cz/handle/10195/65039>

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., ... Vopravil, J. (2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 [Annual Report on Drug Situation in the Czech Republic in 2019]*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Grada.

Petri, A. L., Tjønneland, A., Gamborg, M., Johansen, D., Høidrup, S., Sørensen, T. I. A., & Grønbaek, M. (2004). Alcohol Intake, Type of Beverage, and Risk of Breast Cancer in Pre- and Postmenopausal Women. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 28*(7), 1084–1090. doi:10.1097/01.alc.0000130812.85638.e1

Racková, M. S., & Janů, M. L. (2007). Farmakoterapie úzkostných poruch. *Ambulantná terapie, 5*(2), 64–69.

Riecher-Rössler, A. (2020) Menopause and Mental Health. In: Chandra, P., Herrman, H., Fisher, J., & Riecher-Rössler, A. (Ed.), *Mental Health and Illness of Women*. (s. 147–173). Springer. doi:10.1007/978-981-10-2369-9_9

Rokyta, R. (2016). *Fyziologie*. Galén.

Schneider, H. P. G., Heinemann, L. A. J., Rosemeier, H.-P., Potthoff, P., & Behre, H. M. (2000). *The Menopause Rating Scale (MRS): comparison with Kupperman index and quality-of-life scale SF-36*. *Climacteric, 3*(1), 50–58. doi:10.3109/13697130009167599

Steer, R. A., & Beck, A. T. (1997). *Beck Anxiety Inventory*. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources* (p. 23–40). Scarecrow Education.

- Stewart, S. H., & Zeitlin, S. B. (1995). *Anxiety sensitivity and alcohol use motives*. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(3), 229–240. doi:10.1016/0887-6185(95)00004-8
- Suh, J. J., Ruffins, S., Robins, C. E., Albanese, M. J., & Khantzian, E. J. (2008). Self-medication hypothesis: Connecting affective experience and drug choice. *Psychoanalytic Psychology*, 25(3), 518–532. doi:10.1037/0736-9735.25.3.518
- Tang, R., Luo, M., Li, J., Peng, Y., Wang, Y., Liu, B., ... & Chen, R. (2019). Symptoms of anxiety and depression among Chinese women transitioning through menopause: findings from a prospective community-based cohort study. *Fertility and sterility*, 112(6), 1160–1171. doi:10.1016/j.fertnstert.2019.08.005
- Turner, S., Mota, N., Bolton, J., & Sareen, J. (2018). Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: A narrative review of the epidemiological literature. *Depression and Anxiety*, 35(9), 851–860. doi:10.1002/da.22771
- Váňová, A., Skývová J., & Csémy L. (2017). *Užívání alkoholu a tabáku v roce 2016*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Věkové složení žen k 1.1.2019. In: Český statistický úřad. *Věkové složení obyvatelstva - 2019* [online]. Český statistický úřad, 2020, 30.4.2020, s. 26 [cit. 2021-04-08]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/121768532/1300642003.pdf/b3d8256e-c15e-4815-a86a-7c56ddb5246?version=1.1>
- Vrublová, Y. (2005). Ženské klimakterium a jeho vliv na kvalitu života. *Klimakterická medicína*, 9-10.
- Wang, H.-L., Booth-LaForce, C., Tang, S.-M., Wu, W.-R., & Chen, C.-H. (2013). Depressive symptoms in Taiwanese women during the peri- and post-menopause years: Associations with demographic, health, and psychosocial characteristics. *Maturitas*, 75(4), 355–360. doi:10.1016/j.maturitas.2013.04.021
- Wilsnack, S. C., Wilsnack, R. W., & Kantor, L. W. (2013). Focus on: Women and the costs of alcohol use. *Alcohol Research: Current Reviews*, 35(2), 219–228.
- Winkler, P., Formánek, T., Mladá, K., & Cermakova, P. (2018). The CZEch Mental health Study (CZEMS): Study rationale, design, and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 27(3). e1728. doi:10.1002/mpr.1728
- Wolfe, W. L., & Maisto, S. A. (2000). The relationship between eating disorders and substance use. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 617–631.
- Zung, W. W. K. (1986). Zung Self-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory. In Sartorius N., Ban T. A. (eds), *Assessment of Depression* (pp. 221–231). Springer, Berlin, Heidelberg.

Seznam tabulek

Tabulka 1 prevalence sebemedikace alkoholem nebo jinými návykovými látkami u úzkostných poruch (Turner et al., 2018).....	13
Tabulka 2 Prevalence sebemedikace alkoholem nebo jinými návykovými látkami u poruch nálady (Turner et al., 2018)	13
Tabulka 3 Množství užívaného alkoholu mezi ženami	18
Tabulka 4 Kazuistika 1: výsledek dotazníku Modified DMQ-R	27
Tabulka 5 Kazuistika 1: výsledek Zungovy sebesuzovací škály deprese	27
Tabulka 7 Kazuistika 2: výsledek Zungovy sebesuzovací škály deprese	30
Tabulka 8 Kazuistika 3: výsledek dotazníku Modified DMQ-R	32
Tabulka 9 Kazuistika 3: výsledek Zungovy sebesuzovací škály deprese	33
Tabulka 10 Porovnání výsledků dotazníku Modified DMQ-R.....	35

Příloha č. 1: Modified DMQ-R, anglické verze

(převzato z Grant et al., 2007)

Modified DMQ-R

INSTRUCTIONS: Listed below are 28 reasons people might be inclined to drink alcoholic beverages. Using the five-point scale below, decide how frequently your own drinking is motivated by each of the reasons listed.

YOU DRINK...	Almost Never/ Never	Some of the time	Half of the time	Most of the time	Almost Always/ Always
1. As a way to celebrate.	1	2	3	4	5
2. To relax.	1	2	3	4	5
3. Because I like the feeling.	1	2	3	4	5
4. Because it is what most of my friends do when we get together.	1	2	3	4	5
5. To forget my worries.	1	2	3	4	5
6. Because it is exciting.	1	2	3	4	5
7. To be sociable.	1	2	3	4	5
8. Because I feel more self-confident or sure of myself.	1	2	3	4	5
9. To get high.	1	2	3	4	5
10. Because it is customary on special occasion.	1	2	3	4	5
11. Because it helps when I am feeling nervous.	1	2	3	4	5
12. Because it's fun.	1	2	3	4	5
13. Because it makes social gathering more enjoyable.	1	2	3	4	5

14.	To cheer me up when I am in a bad mood.	1	2	3	4	5
15.	To be liked.	1	2	3	4	5
16.	To numb by pain.	1	2	3	4	5
17.	Because it helps when I am feeling depressed.	1	2	3	4	5
18.	So that others won't kid me about not using.	1	2	3	4	5
19.	To reduce my anxiety.	1	2	3	4	5
20.	To stop me from dwelling on things.	1	2	3	4	5
21.	To turn off negative thoughts about myself.	1	2	3	4	5
22.	To help me feel more positive about thing in my life.	1	2	3	4	5
23.	To stop me from feeling so hopeless about the future.	1	2	3	4	5
24.	Because my friends pressure me to use.	1	2	3	4	5
25.	To fit in with a group I like.	1	2	3	4	5
26.	Because it makes me feel good.	1	2	3	4	5
27.	To forget painful memories.	1	2	3	4	5
28.	So I won't feel left out.	1	2	3	4	5

Příloha č. 2: Modified DMQ-R, český překlad

Modified DMQ-R

INSTRUKCE: Následujících 28 důvodů představuje odlišné motivy užívání alkoholu. Pomocí pětibodové škály vyberte, jak často byl konkrétní motiv důvodem Vašeho užívání.

	Pila jsem...	Nikdy nebo téměř nikdy	Někdy	V polovině případů	Většinou	Vždy nebo téměř vždy
1.	Jako způsob oslavy.	1	2	3	4	5
2.	Abych relaxovala.	1	2	3	4	5
3.	Protože mám ráda ten pocit.	1	2	3	4	5
4.	Protože když se sejdu s kamarády, většina z nich pije.	1	2	3	4	5
5.	Abych zapomněla na své obavy.	1	2	3	4	5
6.	Protože je to vzrušující.	1	2	3	4	5
7.	Abych se socializovala.	1	2	3	4	5
8.	Protože se pak cítím sebevědomější a více si věřím.	1	2	3	4	5
9.	Abych se opila.	1	2	3	4	5
10.	Protože je to během speciálních událostí zvykem.	1	2	3	4	5
11.	Protože mi to pomáhá, když jsem nervózní.	1	2	3	4	5
12.	Protože je to zábava.	1	2	3	4	5
13.	Protože to dělá společenské události zábavné.	1	2	3	4	5
14.	Abych se rozveselila, když mám špatnou náladu.	1	2	3	4	5
15.	Aby mě odstaní měli rádi.	1	2	3	4	5

16.	Abych otupila svou bolest.	1	2	3	4	5
17.	Protože mi to pomáhá, když se cítím sklíčeně.	1	2	3	4	5
18.	Aby si mě ostatní nedobírali, že nepiji.	1	2	3	4	5
19.	Abych zmírnila svou úzkost.	1	2	3	4	5
20.	Abych přestala na věcech lpět.	1	2	3	4	5
21.	Abych "vypnula" negativní myšlenky o sobě.	1	2	3	4	5
22.	Abych se ve vztahu k tomu, co v životě mám, cítila pozitivněji.	1	2	3	4	5
23.	Abych se ve vztahu k budoucnosti přestala cítit beznadějně.	1	2	3	4	5
24.	Protože mě k pití nutí kamarádi.	1	2	3	4	5
25.	Abych zapadla do skupiny, kterou mám ráda.	1	2	3	4	5
26.	Protože se pak cítím dobře.	1	2	3	4	5
27.	Abych zapomněla na bolestivé vzpomínky.	1	2	3	4	5
28.	Abych se necítila odstrčená.	1	2	3	4	5

Příloha č. 3: Kuppermanův index

Symptom	Index	Míra obtíží:
Návaly horka	4	• Silné 3
Zvýšené pocení	2	• Střední 2
Poruchy spánku	2	• Lehké 1
Podrážděnost	2	• Žádné 0
Deprese	1	
Poruchy soustředění	1	Výsledek je součtem násobků: Index symptomu x míra obtíží
Závratě	1	Hodnocení:
Bolesti hlavy	1	>35 těžký klimakterický syndrom
Bolesti kloubů	1	20-35 střední klimakterický syndrom
Bušení srdce	1	15-20 lehký klimakterický syndrom

Příloha č. 4: Seznam otázek polostrukturovaného rozhovoru

1. Jak u Vás došlo k rozvinutí závislosti a následnému nástupu na léčbu?
2. Došlo u Vás před nástupem na léčbu k nějakým důležitým životním událostem? Ovlivnily tyto události Vaše užívání alkoholu?
3. Jak vnímáte svou menopauzu? Jak intenzivně jste prožívala její příznaky a jak důležitá životní událost to pro Vás byla?
4. Bylo pro Vás období menopauzy (45 let a více) spojeno s nějakou změnou psychického stavu?
5. Máte pocit, že menopauza a symptomy, které ji provázely měly nějaký vliv na rozvoj závislosti?
6. Řešil s vámi někdy gynekolog, praktický nebo jiný lékař Vaši menopauzu, ať už v kontextu edukačním, preventivním, nebo léčebném?
7. Máte pocit, že by se v přístupu k ženám v menopauze mělo něco změnit?

