

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Anna Mrázková

Užívání alkoholu u žen středního věku: série kazuistik

Alcohol use among women in their middle age: series of case studies

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Anna Volfová

Praha, 2022

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. 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 14.7.2022

Anna Mrázková

Poděkování:

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Anně Volfové za odborné vedení mé práce. Velké poděkování patří také všem zúčastněným respondentkám. A v neposlední řadě bych chtěla moc poděkovat své rodině a přátelům za jejich podporu a motivaci.

Identifikační záznam:

MRÁZKOVÁ, Anna. *Užívání alkoholu u žen středního věku: série kazuistik. [Alcohol use among women in their middle age: series of case studies]*. Praha, 2022. 38 stran, 2 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Volfová, Anna.

Abstrakt

Východiska: Případová studie se zaměřuje na ženy, které prošly léčbou závislosti alkoholu ve středním věku. Zkoumá příčiny vzniku závislosti, které se opírají o fakta. Z výzkumů i z praxe vyplývá, že střední věk je rizikový pro vznik závislosti. Toto téma je málo diskutované, přesto aktuální.

Cíl: Cílem práce je popsat a porozumět problematice vzniku závislosti na alkoholu u žen středního věku s vyšším socioekonomickým statusem. Tato problematika je popsána na kazuistikách tří respondentek, které odpovídají kritériím výběru.

Metody: Praktická část závěrečné práce se skládá z kazuistik vytvořených na základě moderovaných rozhovorů. Ty byly vytvořeny z anamnestického listu, z otázek zaměřujících se na zkoumanou problematiku a z doplňujících otázek. Data byla zpracována narativní metodou.

Výsledky: Příběhy respondentek jsou odlišné, ale faktory, jež je vedly k hledání řešení v alkoholu jsou podobné. Popisují prázdnotu, osamělost, smutek, změnu vzhledu, zdravotní problémy plynoucí z vyššího věku a také tlak v práci. V závislosti je pak udržoval samotný alkohol, s nímž se cítily lépe. Vzorce užívání jsou u jednotlivých respondentek odlišné. Očekávaná změna nenastala, naopak fyzický i psychický stav se zhoršoval, což vedlo je samotné nebo okolí k vyhledání pomoci odborníků.

Závěry: Tato práce ilustruje limity v informovanosti o riziku vzniku závislosti, rizikových faktorech, zátěžových situacích a možnosti odborné pomoci u žen středního věku. Tyto výsledky by mohly být podkladem pro rozvoj osvěty a zavedení screeningových programů zejména pak u této skupiny žen.

Klíčová slova: Závislost – Alkohol – Ženy – Střední věk

Abstract

Background: The case study is focusing on women who have completed alcohol dependence treatment in their middle age. The research studies the reasons for getting addicted, which are based on true facts. The research as well as practice shows that middle age is highly risky to develop addiction. The topic is insufficiently discussed yet actual.

Targets: The object of this work is to describe and understand the issue of alcohol dependence in women in their middle age with higher socioeconomic status. . This issue is described in the case studies of three respondents who meet the selected criteria.

Methods: The practical part of the final work consists of case studies based on moderated interviews. These were created from the anamnestic sheet, from questions focused on the researched issues and from supplementary questions. The data were processed by a narrative method.

Results: The stories of our respondents are different but factors that lead them find a solution in alcohol are similar. They describe emptiness, loneliness, sadness, change of appearance, health issues related to higher age and also pressure at work. The alcohol made them feel better but also it caused they remained addicted. The pattern of using alcohol is for each respondent different. Expected change did not happen, on the contrary physical and psychological state worsened, which lead them or their surrounding to seek the help of experts.

Conclusions: This work illustrates the limits in awareness of the risk of addiction, risk factors, stressful situations and the possibility of professional help among middle-aged women. These results could lay the foundation of development of education and the introduction of screening programs, especially for this group of women.

Keywords: Addiction – Alcohol – Women – Middle Age

Obsah

| | |
|----------------------------------------------------|----|
| 1. Úvod..... | 8 |
| 2. Teoretická část | 9 |
| 2.1. Užívání alkoholu | 9 |
| 2.1.1. Alkohol | 9 |
| 2.1.2. Závislost | 10 |
| 2.1.3. Závislost na alkoholu..... | 11 |
| 2.1.4. Epidemiologie..... | 12 |
| 2.2. Závislost u žen..... | 13 |
| 2.3. Střední dospělost a krize středního věku..... | 13 |
| 2.4. Socioekonomický status..... | 14 |
| 3. Praktická část | 16 |
| 3.1. Cíl práce a výzkumné otázky | 16 |
| 3.2. Výzkumný soubor | 16 |
| 3.2.1. Metody výběru souboru..... | 16 |
| 3.3. Použité metody a proces získávání dat..... | 16 |
| 3.4. Etické náležitosti | 17 |
| 3.5. Kazuistika 1. – Dana | 18 |
| 3.5.1. Rodinná a sociální anamnéza | 18 |
| 3.5.2. Zdravotní a psychiatrická anamnéza | 19 |
| 3.5.3. Adiktologická anamnéza | 19 |
| 3.5.4. Situace výchozího bodu..... | 20 |
| 3.5.5. Další vývoj..... | 20 |
| 3.6. Kazuistika 2. – Iva..... | 21 |
| 3.6.1. Rodinná a sociální anamnéza | 21 |
| 3.6.2. Zdravotní a psychiatrická anamnéza | 22 |
| 3.6.3. Adiktologická anamnéza | 22 |
| 3.6.4. Situace výchozího bodu..... | 22 |
| 3.6.5. Další vývoj..... | 23 |
| 3.7. Kazuistika 3. – Petra | 23 |
| 3.7.1. Rodinná a sociální anamnéza | 23 |
| 3.7.2. Zdravotní a psychiatrická anamnéza | 24 |
| 3.7.3. Adiktologická anamnéza | 25 |

| | |
|---------------------------------------------|----|
| 3.7.4. Situace výchozího bodu..... | 25 |
| 3.7.5. Další vývoj..... | 26 |
| 4. Výsledky | 27 |
| 5. Diskuze | 29 |
| 6. Závěr | 31 |
| 7. Použitá literatura a zdroje | 32 |
| 8. Přílohy..... | 34 |
| Příloha 1: Informovaný souhlas | 34 |
| Příloha 2: Semistrukturovaný rozhovor | 35 |

1. Úvod

Téma závěrečné bakalářské práce bylo zvoleno na základě vlastní praxe v ústavní léčbě, kde většina pacientek byly ženy středního věku závislé na alkoholu. Když jsem alespoň částečně poznala jejich příběh, nezdálo se mi, že by to byly typické pacientky, o kterých jsme se během tříleté výuky učili. Začala mě tedy tato problematika zajímat a chtěla jsem se o ni dozvědět více. A to byl impuls pro téma této práce. Pozorování, výzkum a účast na terapiích mi přineslo mnoho cenných profesních zkušeností s léčbou závislosti na alkoholu. Tato zkušenost ale pro mě byla velmi obohacující i z hlediska rozvoje mé osobní sféry.

Alkohol, látka lidstvu známá od starověku. Asi není překvapující, že jeho konzumace je rozšířena po celém světě. Jen v České republice se roční spotřeba pohybuje kolem 10 l čistého alkoholu na obyvatele. Češi se také „pyšní“ světovým prvenstvím ve spotřebě piva. Alkohol nadměrně konzumuje desetina žen a čtvrtina mužů v ČR a počet osob s diagnostikovaným syndromem závislosti na alkoholu převyšuje 300 000 (Minařík & Kmoch, 2015).

Stárnoucí ženy čelí novým jevům předznamenávajícím stáří, jako například menopauza, odchod do důchodu, syndrom prázdného hnízda, omezená pohyblivost a nemoci. S přibývajícím věkem jsou ženy vystaveny ještě větší fyziologické náchylnosti k působení alkoholu a také působení synergických účinků alkoholu v kombinaci s léky na předpis. Starší ženy také čelí překážkám při odhalování problémů s alkoholem a následné léčbě. Současné možnosti léčby jsou pro starší ženy omezené. Výzkumníci se postupně začínají zabývat rozdílností v léčbě starších žen a vývoji specifických léčebných postupů (Epstein, Fischer-Elber & Al-Otaiba, 2008).

Cílem práce je tedy poukázat na problematiku užívání alkoholu u žen středního věku s vyšším socioekonomickým statusem. Je alkohol prostředek k jejich životní změně nebo jen únik od reality, sebemedikace nebo zoufalé volání o pomoc? Pokud se podíváme do odborné literatury, dočítáme se jen o dílčích problémech, které by mohly vést ke vzniku závislosti u této skupiny žen. Důležitým faktorem práce je, že u těchto žen se nejedná o finanční nebo existenční problémy. Ale o problémy, které mohou postihnout populaci žen řadících se do střední vrstvy obyvatelstva. Vyvracuje to tedy možný mýtus, že lidé závislí na návykových látkách musí být nutně na „dně společnosti“.

Jako možný přínos práce se jeví komplexnější seznámení s problematikou, rozšíření zájmu o tuto problematiku a možné rozpracování obsáhlejší studie. A v neposlední řadě snaha o tématu více informovat širokou veřejnost.

2. Teoretická část

2.1. Užívání alkoholu

2.1.1. Alkohol

„Alkohol, chemicky etylalkohol, etanol vzniká kvašením cukrů. Psychotropní účinek je zprostředkován ovlivněním několika neurotransmitterových systémů – dopaminergního, noradrenergního, GABAergního a opioidního. Jedná se o látku se značnou orgánovou toxicitou, včetně neurotoxicity.“ (Minařík & Kmoch, 2015, s.51).

Účinek alkoholu závisí především na dávce, ale také na mnoha dalších faktorech, například vliv prostředí nebo dispozice. Stav po konzumaci alkoholu se nejčastěji projeví jako prostá opilost (ebrieta, ebrietas simplex). Malé dávky působí stimulačně, vyšší tlumivě. Zpočátku se dostavuje zlepšení nálady, pocit sebevědomí a energie, později dochází ke ztrátě zábran a kritičnosti. Postupně se dostavuje únava, útlum a spánek. Intoxikace má čtyři stádia závisející na hladině alkoholu v krvi. Při alkoholismu do 1,5 ‰ mluvíme o lehké opilosti, opilost středního stupně nám udává alkoholism 1,6 ‰, alkoholism více než 2 ‰ je označována jako těžká opilost a těžká intoxikace se ztrátou vědomí, kde hrozí zástava dechu a oběhu, je u alkoholism nad 3 ‰ (Minařík & Kmoch, 2015).

Intoxikace alkoholem je provázena mnoha krátkodobými nežádoucími účinky, které se odvíjejí v závislosti na výši dávky. Mezi ně patří somatické příznaky, jako je porucha rovnováhy, svalové napětí, zpomalení reakčního času nevolnost, zvracení. Poruchy chování s agresivitou a snížená sebekritičnost, které mohou vést k riskantnímu chování s následnými úrazy. Při těžších intoxikacích může nastat kvantitativní porucha vědomí až smrt (v průměru cca 300 lidí za rok). Relativně málo častou komplikací je patická ebrieta (opilost), která vzniká po vypití malého množství alkoholu, které by u většiny lidí nezpůsobilo intoxikaci. Například při oslabení organismu (hladovění, horko, infekce, individuální intolerance). Dochází k poruše vědomí s bludy a halucinacemi, poruchám chování často s auto- či heteroagresí, která bývá nemotivovaná. Stav odeznívá po minutách až hodinách a končí terminálním spánkem. Na stav bývá amnézie (Minařík & Kmoch, 2015).

Alkohol má negativní dopady na celé tělo. Po kouření je alkohol druhým nejvýznamnějším rizikovým faktorem pro vznik rakoviny. Mezi dlouhodobé nežádoucí účinky alkoholu patří nemoci trávicí soustavy, nejčastěji záněty žaludku, střev a slinivky břišní, vředy, cukrovka a rakovina. Dále onemocnění jater jako je cirhóza nebo rakovina, onemocnění srdce, poruchy spánku, chronická únava, epileptické záchvaty, oslabení imunity, poškození mozku, neschopnost učit se a zapamatovávat si nové informace. Nelze opomenout také to, že alkohol může mít vliv na vznik nebo rozvoj duševních nemocí, nejčastěji úzkosti, depresí, psychotických poruch, alkoholové demence a především závislosti. Velmi rizikovým faktorem je i užívání alkoholu v těhotenství, které může být rizikové jak pro matku, tak především pro nenarozené dítě, u kterého hrozí rozvoj tzv.

fetálního alkoholového syndromu. Ten zahrnuje poruchy růstu, nižší porodní váhu, srdeční a cévní vady, deformity v obličeji, mírnou až střední mentální retardaci, poruchy chování, abnormálně malou hlavu způsobenou zpomaleným a nedostatečným vývojem mozku, svalovou hypotonií, poruchy motorických dovedností a koordinace pohybů (Alkohol-škodí, n.d.).

Odvykací stav se objevuje po dlouhodobém a intenzivním užívání alkoholu. Rozvíjí se během několika hodin až dní po vysazení nebo redukcí dávek alkoholu. Maxima dosahuje zpravidla během druhého dne, hlavní příznaky odeznívají obvykle do týdne. Příznaky zahrnují psychomotorický neklid, třes, pocení, úzkost, nevolnost a zvracení, tachykardii, hypertenzi, slabost, poruchy spánku. Příznaky již vážnějšího průběhu jsou halucinace, iluze, křeče a epiparoxysmy. Nejtěžší formou odvykacího stavu s relativně vysokou mortalitou je delirium tremens. Dochází u něj k poruchám vědomí, dezorientaci, halucinacím (mikrozoopsie – halucinace drobných zvířat a hmyzu, halucinace drobných rozsypaných předmětů, výjimkou nejsou ani tzv. scénické halucinace), bludům s paranoidním obsahem, tachykardii, pocení, hrubému třesu a záchvatům křečí. Maximum obtíží je v noci s typickou inverzí spánku. Psychomotorický neklid si často vyžádá mechanické omezení. Intenzivní léčba je nutná kvůli metabolickému rozvratu a ohrožení vitálních funkcí. Po odeznění hlavní části odvykacího stavu stále ještě dlouhodoběji přetrvávají poruchy spánku, vegetativní obtíže, úzkostně-depresivní stavy. Odeznívají pak postupně během měsíců (Minařík & Kmoch, 2015).

Světová zdravotnická organizace (WHO, n.d.) uvádí, že není žádné bezpečné množství alkoholu. Alkohol je také více nebezpečný a poškozující pro ženy než pro muže. WHO dříve definovala za relativně bezpečné pití konzumaci denní dávky 16 g 100% alkoholu u ženy a 24 g u muže. Kvantitativně se jedná zhruba o jedno 12° pivo, 2 dcl vína nebo 50 ml destilátu u muže. Za rizikové pití se považuje denní příjem 40 až 60 g pro muže a 20 až 40 g pro ženy a za škodlivé pití průměrná denní spotřeba více než 60 gramů u mužů a 40 gramů u žen (Minařík & Kmoch, 2015).

2.1.2. Závislost

Křížová (2021) uvádí, že považujeme za závislost nebo také syndrom závislosti takový soubor příznaků, kdy látka nebo činnost, na kterou se vytvořila závislost, má pro daného člověka mnohem větší hodnotu než činnosti a hodnoty, které pro tuto osobu byly důležité před vznikem závislosti. Psychické a často i fyzické fungování tohoto člověka je zcela závislé na pravidelném přísunu psychoaktivní látky nebo činnosti, na které je závislý. Dalším faktorem je, že vlivem rozvoje syndromu závislosti a nadměrného užívání návykové látky, často dochází k různému stupni a různé podobě fyzického poškození organismu, k poruchám chování, vnímání a myšlení a také k narušení osobnosti.

„Podle 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace (MKN-10) mezi duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek (F10 – F19) řadíme každou duševní nebo behaviorální poruchu, která vznikla jako

důsledek užívání jedné nebo více psychoaktivních látek, bez ohledu na to, zda jsou, či nejsou předepsány lékařem“ (Popov, 2020, s. 208).

Dle klasifikace WHO podle MKN-10 (2008) je porucha z užívání alkoholu označována jako F10 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu. Diagnózu pak stanovujeme podle nejvýznamnějšího aktuálního klinického stavu. Dle MKN-10 rozlišujeme:

- .0 Akutní intoxikace,
- .1 Škodlivé použití,
- .2 Syndrom závislosti,
- .3 Odvykací stav,
- .4 Odvykací stav s deliriem,
- .5 Psychotická porucha,
- .6 Amnestický,
- .7 Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem,
- .8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování,
- .9 Neurčité duševní poruchy a poruchy chování.

2.1.3. Závislost na alkoholu

Podle Minaříka a Kmocha (2015) je rozvoj závislosti spojen s dlouhodobým užíváním, před vznikem závislosti je poměrně dlouhé období, kdy je již patrné tělesné i psychické poškození, ale zle abúzus ještě relativně bezproblémově zastavit. Vývoj závislosti lze rozdělit podle čtyř vývojových stádií Jellineka: 1. počáteční (symptomatické), 2. varovné (prodromální), 3. rozhodné (krucální) a 4. konečné (terminální).

Popov (2020) dělí poruchy vyvolané užíváním alkoholu (F10) z psychiatrického hlediska do dvou základních skupin:

1. poruchy způsobené přímým účinkem alkoholu na centrální nervový systém, buď bezprostředně (intoxikace alkoholem), nebo jako následek chronického abúzu alkoholu (odvykací stav, psychotická porucha, amnestický syndrom);

2. poruchy projevující se návykovým chováním souvisejícím s abúzem alkoholu (narušená kontrola užívání) a které mohou vyústit v závislost (ztráta kontroly užívání alkoholu, syndrom závislosti na alkoholu).

Jellinek roku 1940 rozlišil pět typů závislostí na alkoholu a dodnes toho klasické rozdělení můžeme považovat za platné.

Typ alfa: tzv. problémové pití, neboli abúzus alkoholu používaný jako „sebemedikace“ k odstranění dysforie, potlačení tenze, úzkosti či depresivních pocitů, časté je pití o samotě.

Typ beta: jedná se o příležitostný abúzus, výrazně charakterizovaný sociokulturálně a častým pitím ve společnosti s charakteristickými následnými somatickými poškozeními.

Typ gama: někdy je označován jako „anglosaský typ“, u tohoto typu se jedná o preferenci piva a destilátů, je charakterizován poruchami kontroly pití, postupným nárůstem tolerance k alkoholu s typickým nárůstem konzumace, následuje somatické a psychické poškození s výraznější psychickou závislostí.

Typ delta: též označován jako „románský typ“, s preferencí vína, typická je chronická konzumace alkoholu a trvalé udržování „hladinky“ bez výraznějších projevů opilosti a ztráty kontroly, u tohoto typu je výrazněji vyjádřená somatická závislost a poškození.

Typ epsilon: epizodický abúzus, neboli kvartální pijáctví s delšími obdobími někdy úplné abstinence, jedná se o nepříliš častá varianta závislosti provázející někdy afektivní poruchy (Minařík & Kmoch, 2015).

2.1.4. Epidemiologie

Dle dat zjištěných Státním zdravotním ústavem v Národním výzkumu užívání tabáku a alkoholu v České republice v roce 2020 uvedlo 19,8 % dotazovaných časté pití, tj. pití denně případně obden. Jde o 2,4 procentního bodu vyšší hodnotu ve srovnání s rokem 2019. U žen je výskyt častého pití 11,1 %. 28 % respondentek uvedlo pití alkoholických nápojů alespoň jednou týdně. Frekvence pití alkoholu se lišila od předchozích let zejména v nárůstu výskytu velmi časté konzumace alkoholu, a to jak u mužů, tak u žen. U žen je nejvíce preferovaný alkoholický nápoj víno, které týdně nebo častěji pije téměř čtvrtina dotazovaných (23,7 %). Nejvyšší průměrnou spotřebu alkoholu vykazují věkové skupiny 25 až 44 let a 45 až 64 let. Kritéria pro rizikové pití splňuje 8,1 % dotazovaných a 8,8 % splňuje kritéria škodlivého pití. Mezi konzumenty je výskyt častého pití nadměrných dávek alkoholu u 8,4 % žen. Dle studie doporučil lékař omezit pití alkoholu necelým 8,2 % dotazovaných. Lékaři se na pití alkoholu dotazovali častěji mužů než žen, a také častěji zjišťovali pití alkoholu u dospělých nad 45 let. Potřebu omezit své pití reflektuje pouze 1,2 % dotazovaných, což svědčí o tom, že naprostá většina respondentů si zdravotních rizik alkoholu není vědoma, nebo se touto otázkou nijak nezabývá (Csémy et al., 2020).

Podle nejnovějších dat zveřejněných Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti ve Zprávě o alkoholu v České republice konzumovalo alkohol v posledních 12 měsících 80,1 % respondentů. V posledních 30 dnech pak 69 %, z toho 58,5 % byly ženy. Studie také potvrdila, že nejčastěji konzumovaným alkoholem u žen je víno nebo šampaňské, u mužů pak pivo. Zhruba polovina dospělých dotazovaných (46,8 %) pila alkohol alespoň jednou týdně nebo i častěji a 9,9 % pilo alkohol denně nebo téměř denně, z toho pak 3,1 % bylo žen (Mravčík et al., 2021).

2.2. Závislost u žen

Jako velký problém vnímá Nešpor a Zima (2001) malou informovanost o účincích alkoholu na ženský organismus. Víme, že u žen vyvolá stejná dávka alkoholu vyšší hladinu alkoholu v krvi než u mužů. Příčinou je, že ženy mají menší množství tělesné vody. Druhým faktorem je to, že ženy mají geneticky danou nižší aktivitu enzymu alkoholdehydrogenázy, který odbourává alkohol. Také poškození organismu se u žen projeví po kratší době nadměrného pití alkoholu. Nejedná se pouze riziko poškození jater, vzniku kardiovaskulárních onemocnění a rakoviny prsu, ale také o toxické poškození mozku. A dalším faktorem je, že u žen dochází dříve k poškození psychiky a závislost se rozvíjí po menších dávkách a rychleji. Rychleji se také závislost rozvíjí u žen trpících bulimií nebo anorexií. Pro ženy je typičtější osamělé a tajné pití. Bývá to proto, že jim záleží na tom, jak vypadají a jak působí na okolí (Nešpor, 2011). Také je častá kombinace alkoholu s psychofarmaky. Pití alkoholu také u žen častěji navazuje na krizové situace, úzkosti a deprese. Kromě zdravotních následků je ale také nadměrná konzumace a závislost u žen častou příčinou rodinných problémů, které pak přivádějí ženy do léčby. Důležitým poznatkem je, že ženy v přechodu jsou více ohroženy vznikem závislosti. Nelze opomenout i to, že pokud žena žije s mužem, který rizikově užívá alkohol, je velmi pravděpodobné, že i žena po alkoholu sáhne (Nešpor & Zima, 2001).

Podle Preslové (2015) vyplývá ze zkušeností i ze statistických dat, že odlišnosti mezi závislostní problematikou mezi ženami a muži jsou významné. U žen se pak vyskytuje specifický fenomén tzv. dvojí deviace. Ten nám říká, že žena je deviantní svou závislostí, ale zároveň zklamává ve své ženské a mateřské roli. I přesto se však v poslední letech tolerance společnosti ohledně užívání alkoholu u žen zvyšuje. Zůstává ale fakt, že je společnost kritičtější k závislým ženám než k mužům. Opět také poukazuje na fakt, že do léčby přichází méně žen než mužů, a to pravděpodobně z toho důvodu, že ženy se za svou závislost stydí a schovávají ji. Studie Martinové (2002) ukazuje, že mezi vysokoškolsky vzdělanými je závislých žen o třetinu víc než mužů. Dokazuje to, ženy vzdělané ženy jsou často závislé a depresivní.

2.3. Střední dospělost a krize středního věku

„Propuknutí alkoholismu nebo patologického hráčství či návrat k drogám užívaných v mládí je častým fenoménem jako pseudořešení této krize. Ale i u dlouhodobých uživatelů alkoholu, marihuany či stimulačních drog, pervitinu, kteří se dlouho „drželi nad vodou“, může v tomto období dojít ke zhroucení psychologické a sociální integrace a k debaklové situaci“ (Kalina, 2015, s. 115).

Nárůst průměrné délky života a pokles plodnosti jsou dva demografické trendy, které zapříčinily vznik středního věku jako životní etapy (Čihařová, 2021). Podle Erisona (1963) je pak střední věk definován jako období života, kdy člověk dosáhne určité věkové kategorie, pozice ve společnosti, v práci a z hlediska vybudování rodiny. Toto období je spojováno s blahobytem a lidé v něm mají co společnosti nabídnout. Objevuje se ale

stárnutí. Člověk už není mladý, ale není ještě ani starý. A zde nastává velký rozpor. Oxfordský anglický slovník (2000) definuje střední věk jako ústřední období života člověka ve věku mezi 45. a 60. rokem života (cituji podle Čihařová, 2021).

Faktorem hrající důležitou roli pro krizi středního věku je nástup menopauzy. Ženské tělo prochází mnoha změnami spojenými se změnou hladiny hormonů v těle. Menopauza nastupuje fyziologicky mezi 49. a 51. rokem (WikiSkripta, 2021). Stárnoucí ženy procházející menopauzou zažívají nejen změny tělesné, ale také životní změny jako je odchod do důchodu nebo ztráta milované osoby. Stres a deprese související s menopauzou mohou způsobit užívání alkoholu nebo zvýšit jeho dosavadní užívání (Milic et al., 2018). Některé ženy v menopauze popisují, že jsou po požití alkoholu šťastnější, zatímco jiné více propadají depresi. Riziko vzniku deprese se během menopauzy zvyšuje a nadměrné užívání alkoholu to může ještě zhoršit (Healthline, 2020).

S tímto faktorem může souviset další fenomén tzv. sebemedikace. Jde o podávání látky, kterou si jedinec ordinuje sám s cílem ulevit si od bolesti, léčit nemoc nebo překonat nepříjemný psychický stav. Nejčastěji se jedná právě o alkohol, ale častá je i sebemedikace nelegálně sehnányými psychofarmaky, nejčastěji sedativy nebo naopak stimulanty. Sebemedikace se často vyskytuje u osob trpících psychickými obtížemi jako jsou například deprese, úzkosti, nutkavé myšlenky, rozlady, tenze. Riziko je pak v možnosti vzniku závislosti (Kalina et al., 2001).

Tzv. syndrom prázdného hnízda je fenomén, který nelze opomenout v souvislosti s krizí středního věku (Vaněk, 2014). Vniká v důsledku urbanizace a uvolnění vztahů mezi členy rodiny (Chen, Yang & Aagard, 2012). Může v rodině nastat v období, kdy domov rodičů opustí dospívající děti (Vaněk, 2014). Deprese a emoční tíseň, když děti opustí domov (Mitchell & Lovegreen, 2009). Objevují se pak často pocity prázdnoty, opuštěnosti, ztráta radosti ze života, ale také vyhasnutí jiskry mezi rodiči a pocit nepotřebnosti udržovat nadále partnerský vztah. Ačkoliv je tento proces přirozený, bývá to bezpochyby těžká životní fáze. Pro mnoho rodičů to může být signálem vlastního stárnutí a ztráty pocitu vlastní potřebnosti. Může to být tedy i spouštěč partnerské krize. Každý z partnerů si prochází vlastní krizí a střet často znamená neshody, hádky a někdy vede i k rozvodu (Vaněk, 2014).

2.4. Socioekonomický status

Na socioekonomický status se dá nahlížet hned z několika hledisek. Vyjadřuje pozici, ve které se každý člověk nachází ve struktuře společnosti. Sociální status neboli stratifikace se skládá ze dvou dílčích komponent. Komponenta třídy ukazuje materiální prostředky jedince. Statusová komponenta je pak ukazatelem životního stylu, postojů, názorů a znalostí. Nejprůměrnější ukazatel třídy je úroveň příjmů a za statusové komponenty se pak nejprůměrnější považuje úroveň vzdělání a povolání. Pro stanovení socioekonomického statusu můžeme nahlížet hned ze tří přístupů. Individuální přístup se vztahuje k vlastnímu povolání, vzdělání a příjmu dané osoby. Konvenční přístup pak

posuzuje tyto faktory ale u vůdčího jedince v rodině. A poslední přístup, model dominance, je založen na zjištění nejvyšší úrovně vzdělání a příjmu v domácnosti. Nejčastěji proto status určujeme tak, že příjem celé domácnosti vydělíme počtem osob v domácnosti. Vzdělání obvykle hodnotíme na pětistupňové škále. Číslo 4 na škále ukazuje střední školu s maturitou a číslo 5 dokončené vysokoškolské vzdělání (Chování člověka v krizových situacích, n.d.).

3. Praktická část

3.1. Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem práce je popsat, zjistit a porozumět jakou roli hraje užívání alkoholu u žen ve středním věku s vyšším socioekonomickým statusem vzhledem k jejich životní situaci.

Dalším cílem práce je zodpovědět tyto výzkumné otázky:

- Jakou roli hraje střední věk ve vzniku závislosti?
- Co bylo důvodem začátku závislosti těchto žen a co je v ní udržovalo?
- Jaké jsou vzorce užívání alkoholu u této skupiny žen?

3.2. Výzkumný soubor

Charakteristika výzkumného souboru této kazuistické studie se skládá ze tří respondentek, žen, které jsou v různé fázi ústavní nebo ambulantní léčby se závislostí na alkoholu ve věku 45-55 let. Podmínkou bylo, aby v době výzkumu minimálně tři měsíce abstinovaly, měly na svou závislost náhled. V době před léčbou by se řadily do sociální třídy s vyšším socioekonomickým statusem. To znamená, že měly stabilní práci, stabilní bydlení, stabilní finanční příjem. A v alkoholu hledaly cestu ze své výchozí situace.

3.2.1. Metody výběru souboru

Metoda výběru výzkumného souboru byl účelový prostý výběr. Respondentky byly záměrně osloveny na praxi pro účast ve výzkumu. Jedna byla vybrána na doléčovací skupině, další v ambulantní léčbě a poslední je osobou blízkou výzkumníka. Každá z respondentek byla předem vybrána na základě kritérií, následně oslovena buď osobně nebo korespondenčně a seznámena s cílem a průběhem výzkumu.

3.3. Použité metody a proces získávání dat

Pro zpracování závěrečné bakalářské práce byly vybrány standardizované metody pro sběr i zpracování kvalitativních dat. Pro kvalitativní výzkum jsou podle Miovského (2006) zásadní dva termíny, jedinečnost a neopakovatelnost, které tento typ výzkumu velmi dobře charakterizují.

Pro tvorbu dat případové studie byla zvolena metoda moderovaného semistrukturovaného rozhovoru. Rozhovor s každou respondentkou trval přibližně 2 hodiny. Rozhovory byly uskutečněny v dubnu tohoto roku. Důkladná příprava pro rozhovory trvala měsíc a následné zpracování jednotlivých rozhovorů 10 dní. Rozhovory

byly nahrávány na diktafon, následně byla získaná data přespána, anonymizována a nahrávky byly smazány. Semistrukturovaný rozhovor se skládal z části anamnestické, pro kterou byly čerpány údaje z anamnestického dotazníku získaného v rámci výuky. Dále z části otázek zaměřujících se přímo na zkoumanou problematiku. A z třetí části otázek, které byly doplňující a mohly napomoci utvoření celkového náhledu na závislostní problematiku. Pro analýzu dat byla použita narativní analýza. Kazuistiky byly interpretovány a byla popsána společná problematika.

3.4. Etické náležitosti

Respondentky byly před začátkem studie seznámeny s průběhem výzkumu, metodou sběru a zpracování dat pomocí písemné podoby informací pro účastníky výzkumu. Dále byly seznámeny s cílem výzkumu a s formou zveřejnění dat. Všechny respondentky podepsaly informovaný souhlas pro účastníky výzkumu, ve kterém souhlasily s účastí ve výzkumu pro potřeby bakalářské práce, s pořízením audiozáznamu rozhovoru a poskytnutí osobních informací o jejich osobě. Dále respondentky svým podpisem potvrdily dobrovolnost účasti ve výzkumu a daly souhlas se zpracováním a publikováním dat. Důraz byl kladem především na informaci, že respondentky mají právo odstoupení z výzkumu a odvolání souhlasu, a to po celou dobu sběru dat. Dále byly seznámeny s tím, že jsou chráněny informovaným souhlasem a v případě, že by výzkumník nepostupoval dle etických náležitostí nebo interpretovaná data nebyla dostatečně anonymizována, může se respondentka odvolat na vedoucího práce.

Veškerá data budou sloužit výhradně pro potřeby této bakalářské práce. Bude s nimi naloženo tak, aby nedošlo k poškození respondentů. Data budou anonymizována, aby nebylo možné respondenty identifikovat a byla tak zachována jejich anonymita. Jména uvedená v kazuistikách nejsou pravá. Audiozáznamy a terénní poznámky byly po zpracování smazány a skartovány. Veškeré nakládání s osobními informacemi respondentů bude probíhat v souladu se zásadami dodržení mlčenlivosti.

Limitům práce jako například strach ze stigmatizace nebo neúplná výpověď respondentek byla snaha předcházet právě důkladným seznámením s průběhem výzkumu a ponecháním týdenního odstupu od samotného oslovení k rozhovoru. Respondentky tak měly čas promyslet si, zda jsou ochotné výzkum podstoupit se všemi riziky. Také proto byl kladen důraz na současný psychický stav respondentek. A to vše po konzultaci a pod dohledem terapeuta příslušného zařízení, se kterými byla dohodnuta případná následná péče pro respondentky.

Během přípravné fáze výzkumu byla zvažována možnost schválení výzkumu etickou komisí. Výzkumník připravil podklady pro dvě etické komise. Nakonec ale ani jedna etická komise nezahrnovala výběr respondentek, a proto bylo od žádosti souhlasu etické komise odstoupeno. Výzkumník se ale i přesto držel kritérií etických komisí.

3.5. Kazuistika 1. – Dana

3.5.1. Rodinná a sociální anamnéza

Daně je 55 let, nyní abstinuje 3 měsíce. Rodiče měli Danu až v pozdějším věku, oba už jsou po smrti. Matka byla herečka, otec také pracoval u divadla. Otec v dětství prodělal dětskou obrnu a ochrnul na celé tělo. Zázrakem se podařilo ho rozhýbat. Během života byl méně pohyblivý, nakonec ale zemřel na následky před 23 lety. Matka zemřela 10 let po otci na fibrózu plic. Alkohol se v domácnosti pil střídavě, pouze na oslavách a při zvláštních příležitostech. Otec byl kuřák.

Dana má o 8 let staršího bratra, má vlastní stavební firmu. Alkohol užívá příležitostně, nekouří.

Dany teta byla alkoholička, několikrát podstoupila léčbu, ale vždy zrecidivovala. Zemřela na následky pádu v opilosti. Dana popisuje, že všichni o její závislosti věděli, ale snažili se to tajit. Dana měla s tetou dobrý vztah.

Na dětství vzpomíná Dana jen v dobrém. Prožila krásné dětství na malém městě v úplné rodině. Hodně se o ni staral bratr, většinu času trávili s rodiči v divadle. Rodiče ji vedli k hudbě a tanci. Chodila na gymnastiku, chodila do rytmiky, a i další aktivity směřovaly k jejím koníčkům. Byla hodně pohyblivě nadané dítě. Rodina byla zaopatřená, oba rodiče měli stálou práci, hezké bydlení. S rodiči i bratrem měla vždy krásné vztahy. Smrt rodičů ji proto velmi zasáhla.

Dana má 20letou dceru, bydlí doma a studuje. Nemá žádné větší problémy. Alkohol pije příležitostně, občas si zapálí. Pro Danu je velkou oporou.

Se svým manželem, otcem dcery, se Dana seznámila v divadle. On je původem námořník, ale celý život pracuje v divadle. Alkohol pije příležitostně, přestal kouřit

Dana měla vždy problém v komunikaci se svými vrstevníky. V dětství byla zvyklá pohybovat se spíše mezi dospělými, když trávila hodně času v divadle s rodiči. Netrávila proto čas s vrstevníky, nechodila na diskotéky. Dana byla průměrný žák. Vystudovala gymnázium, kde byla nešťastná, poté vystudovala pedagogickou fakultu, kde opět měla problém zapadnout mezi vrstevníky. Po vysoké škole nastoupila do práce, pracovala jako učitelka na druhém stupni základní školy. V té době dostala nabídku na pěti semestrální taneční kurz, tam se začal plnit její sen. V té době už pracovala jako asistentka choreografie na muzikále, poté u baletu. Dana se dostala až do národního divadla jako asistentka režie, kde pracovala 15 let. Byla ve svém oboru velmi dobrá. Poté si jí všimla modelingová agentura, a tím začala další etapa jejího života. Už nechtěla jen sedět na místě v divadle. Začalo její tvůrčí období, jak sama říká, zažila zlaté období v tomto průmyslu. Založila si i vlastní produkční firmu, pracovala pro středisko společenských činností. Tam to byla ale hodně kancelářská práce, takže z ní po třech letech odešla. Tuto zlatou éru ale ukončila pandemie Covidu-19. Dana byla najednou bez práce, musela zůstat doma a

veškeré finance byly na manželovi. Dana tedy začala chodit na různé brigády do krámů a do skladů, aby manželovi pomohla. V současné době je na nemocenské.

S manželem a dcerou bydlí ve vlastním bytě. Dříve Dana bydlela u rodičů a během studií na koleji. Finančně se Dana řadí do střední vrstvy. S manželem měli vždy stabilní příjmy, také procestovali kus světa.

3.5.2. Zdravotní a psychiatrická anamnéza

Daně po 20ce odumřel vaječník, byla ve velmi vážném ohrožení života. Během půlroční léčby hodně zhubla, ale díky tomu si mohla začít plnit svůj sen tanečnice. Chtěla si váhu udržet tak tom, že začala trpět bulimií. Vše tajila. Po čtyřech letech už to ale přestávala zvládat a vyhledala pomoc odborníka. Pomocí hypnózy se z bulimie dostala. Také prodělala těžký úraz hlavy, který si udělala v práci, a to tříštivou zlomeninu nadočnicového oblouku. V těhotenství se jí objevila těžká cukrovka, která se jí potom zcela srovnala. Měla náročný porod. V 48 letech přišla i o druhý vaječník. Asi před pěti lety prodělala první epileptický záchvat. Původně byl původ diagnostikován alkoholem, ale zřejmě bude příčina ještě někde jinde. Na epilepsii bere léky, ale záchvaty má pořád. Nejčastěji když má hodně stresu, málo spánku a celkové vypětí organismu.

Během života popisuje, že prožívala období hodně velkého stresu a úzkostí, které byly spojené hlavně s její prací, která byla velmi náročná časově, všechno muselo být vždy perfektní. Nikdy se ale neléčila na psychiatrii, ani nebrala žádnou medikaci. Nemá diagnostikovanou jinou psychiatrickou diagnózu.

3.5.3. Adiktologická anamnéza

První kontakt s alkoholem měla Dana už jako dítě, kdy ji matka omylem dala místo dětského vaječného likéru, alkoholický. Dlouho ale Dana pila alkohol jen velmi zřídka, na oslavách a různých příležitostech, ale většinou jen trochu šampaňského. Kouřit Dana začala na vysoké škole, kouří do dnes. Alkoholu dlouho nemohla přijít na chuť, ale působením v divadle se alkohol naučila pít. Vždy po představení se šlo na skleničku, a aby Dana zapadla, dala si s ostatními. V divadle se také hodně pilo na kuráž, aby se ten všechn tlak zvládl, většina se něčím posilňovala. Hodně se zde také kouřila marihuana, kterou Dana jednou vyzkoušela, ale neměla z toho dobrý pocit. Žádné další návykové látky nikdy nezkusila. Někdy během druhé vysoké školy měla Dana pocit, že začíná mít problém s alkoholem. Vyhledala tedy ambulantní pomoc, tam byla obeznámena se všemi riziky pití alkoholu a měla si udělat třicetidenní test abstinence. Ten zvládla bez problému, tím tedy její ambulantní léčba skončila. Během těhotenství a kojení své dcery alkohol nepila. Poté následovala její zlatá éra v oboru, a jak popisuje, vždy během období velkého stresu pila hodně alkohol. Postupně se tolerance zvyšovala. Vždy ale dodržovala zásadu, že v práci musí být v pohodě. Velká zodpovědnost za její práci ji k tomu velmi motivovala, a tak se jí dařilo, že v práci měla alkohol pod kontrolou. Období zlomu nastalo, když přišla o vaječníky, to začala užívat alkohol více. Další ránou byla pandemie Covid-19. Dana přišla o práci a zůstala doma. Postupně začala pít jen vodku. Stačilo menší množství. Měla pocit,

že z ní není cítit. Dana se nikdy neopíjela, ale udržovala si hladinu. Neustále se snažila svoje užívání alkoholu skrývat, z toho byla velmi vyčerpaná. Doma už to všichni věděli. Snažila se i abstinovat, ale už to nešlo. Toto intenzivní pití trvalo zhruba tři roky, než jí manžel vzal na pohovor do ústavní léčby, kam začátkem roku nastoupila. Po deseti týdnech ji ale vyloučili. Nyní je doma, abstinuje a plánuje léčbu dokončit.

3.5.4. Situace výchozího bodu

První velkou ranou, která vedla k rozvoji závislosti bylo, když Daně vzali druhý vaječník. To pro ni nebylo vůbec lehké, i přestože už dítě nechtěli mít, Dana už si nepřipadala jako žena a začala více konzumovat alkohol. Také v tom hrála svou roli krize středního věku a dospívání dcery. Pro svého muže už si nepřipadala atraktivní, najednou ji bolelo celé tělo, měla vrásky, byla opuchlá z alkoholu. Ale paradoxně po alkoholu se cítila být mladší a všeho schopná. Dalším faktorem byl velký tlak v práci. Dana neměla skoro žádné volno, brala jednu zakázku za druhou, vše musela předat naprosto perfektní. Poslední ranou do této velké vytíženosti, sebrání ženskosti, krize středního věku... začala pandemie Covid-19. Dana zůstala najednou úplně bez práce. Nejen, že se museli doma uskromnit, ale Dana, aby pomohla manželovi s financemi, nastoupila do krámu. Tím, jak popisuje, zcela ztratila svou hodnotu. Byl to neuvěřitelný propad oproti její dosavadní práci. Alkohol už ale nebyl řešením problému, nýbrž voláním o pomoc. V závislosti ji udržovalo to neustálé maskování, schovávání alkoholu a neschopnost říct si o pomoc. Byla z toho všeho maximálně vyčerpaná. Doma už si toho všimli, několikrát slibovala, že přestane pít, ale už to nešlo. Nevydržela ani den bez alkoholu, a když věděla, že ho nemá někde po ruce, začaly se jí klepat ruce. Do léčby ji dostal její manžel, když ji jednoho dne vzal na vstupní pohovor do ústavní léčby. To pro ni bylo vysvobození. Ví, že stejně by se do léčby jednou dostala, ale v mnohem horším stavu. Někdo vyslyšel její zoufalé volání o pomoc. Dcera i manžel ji v léčbě maximálně podporují.

3.5.5. Další vývoj

V současné době je cílem Dany řádně dokončit léčbu. Dana je teď doma na nemocenské a stará se o domácnost. Už dostává nabídky na práci, ale zatím si chce ještě dát čas a zůstat doma. Také není zcela rozhodnutá, zda touží ve své dosavadní práci pokračovat z důvodu náročnosti práce. Zatím neví, co by ráda dělala, ale určitě něco v oboru, protože je ve své práci dobrá. Také se snaží zlepšit svůj vztah s manželem, který se během její závislosti zhoršil. Mají teď tichou domácnost, manžel už jí stoprocentně nedůvěřuje. Připadá si, že se mu svým pitím zhnusila. Neví, jestli jim vztah vydrží, ale ještě by na něm chtěla zapracovat. Nemůže už ale nic slibovat, jen dokazovat. Byla by ráda za párovou terapii, ale manžel na ní ještě asi není připravený.

3.6. Kazuistika 2. – Iva

3.6.1. Rodinná a sociální anamnéza

Ivě je v současné době 62 let. Abstinuje již 7 let. Narodila se do úplné rodiny. Matka i otec ještě žijí. Oba celý život konzumují alkohol ve velkém množství, téměř denně a především destiláty. Dnes již oba nekouří, ale v mládí byli silní kuřáci. Matka pracovala většinu života jako účetní a otec v zemědělství.

Iva má dva starší bratry. Oba mají rodiny, životní styl přebrali po rodičích.

Dětství prožila na venkově se svou rodinou. Vztahy v rodině byly vždy dobré. Stýkali se i se širším okruhem příbuzných. Především na oslavách, kde se hojně konzumoval alkohol. Iva byla bezproblémové dítě, mezi vrstevníky byla oblíbená. Věnovala se zpěvu a lidovému tanci, který ji velmi naplňoval. Po finanční stránce neměla rodina nikdy problém.

Iva má dva syny. Starší se narodil s těžkým kombinovaným postižením. To převrátilo Ivě život naruby. Teď je mu 38 let, celý jeho život ho mají v péči. Je zcela odkázán na pomoc ostatních a potřebuje nepřetržitou asistenci. Posledních 2 roky žije v chráněném bydlení, protože péči o něj už nezvládali. Mladšímu synovi je 35 let. Dlouhou dobu žil s rodiči, nedávno se osamostatnil a bydlí s přítelkyní. V dospívání měl velké výchovné problémy, nedodělal střední školu, od 15 let se potýká s alkoholismem a kuřáctvím.

S manželem se znají od dětství, oba vyrůstali ve stejné vesnici. Je to také otec obou synů. Od maturity se pohybuje ve stavebnictví, ve vyšším věku i na vysokých pozicích. Půl života pracovali s Ivou v jedné kanceláři. K alkoholu má celý život velmi blízko, často se pilo i na pracovišti. Dvakrát dokonce přišel o řidičský průkaz z důvodu řízení pod vlivem. V mládí kouřil. S Ivou měli od začátku velmi bouřlivý vztah, manžel je ve vztahu dominantní. Iva se spíše přizpůsobovala. Pokaždé se ale o rodinu postaral a s výchovou synů Ivě pomáhal. Jejich rodina byla po celou dobu funkční. V léčbě Ivu vždy podporoval a sám se jí do léčby snažil dovést.

Základní i střední školou prošla bez problému, byla velmi snaživá žákyně. Střední školu ekonomického zaměření vystudovala v blízkém městě. Kromě svých zájmů a trávení času s kamarády, musela Iva hodně pomáhat doma na statku. Po škole nastoupila jako sekretářka do nedalekého podniku. Během mateřské dovolené byli nuceni přestěhovat se s manželem do velkoměsta na sídliště. Museli kompletně změnit svůj životní styl. Po druhé mateřské dovolené nastoupila jako účetní do stavební firmy, kde pracovala až do doby, kdy zjistili její problém s alkoholem. Poté nastoupila do státní sféry jako archivářka. V současné době je v pracovní neschopnosti.

V mládí bydleli na venkově u rodičů v rodinném domě. Po narození syna se museli kvůli lepší lékařské péči přestěhovat do bytu na sídliště. Finančně byla rodina dobře

zajištěna. Na stáří si budovali bezbariérový dům v jejich rodné vesnici, ten museli ovšem kvůli Ivině závislosti prodat.

3.6.2. Zdravotní a psychiatrická anamnéza

Iva neměla žádná závažná onemocnění nebo úrazy.

Mimo léčbu závislosti se na psychiatrii nikdy neléčila, ani nebrala žádnou medikaci. S postižením syna se dobře vyrovnala.

Kolem 50. roku, v důsledku užívání alkoholu, se u ní začaly objevovat bludy a výpadky paměti. Dnes má diagnostikovanou počínající alkoholovou demenci.

3.6.3. Adiktologická anamnéza

Iva pila alkohol už od puberty, jak bylo u nich v rodině zvykem. Konzumovala nejen na rodinných oslavách, ale také s přáteli. Později si rádi dali sklenku i s manželem, pili i během dne v práci. V závislosti se vzájemně podporovali. Kolem 40. roku už přestávala mít nad alkoholem kontrolu, začala pít i tajně. Z péče o postiženého syna se cítila velmi vyčerpaná. Její potřeba řešit problémy alkoholem vygradovala v době dospívání mladšího syna, který ji velmi zklamal, byl problémový. V mládí Iva kouřila, jiné návykové látky neužívala. Postupně se její závislost dostala až do takové míry, že si musela hned po probuzení dát alkohol a celý den si tajně udržovala hladinu. Pila i veřejně, ale to ne v takové míře, snažila se to maskovat. Často byla v takových stavech opilosti, že o sobě nevěděla. Způsobila si pod vlivem alkoholu několik lehčích úrazů. Velkou nadějí vkládala do nově pořízeného pejska, po kterém celý život toužila. Jeho výchovu však už vůbec nezvládala, často při procházkách zabloudila. Péče o postiženého syna zůstala zcela na manželovi a institucích. První pokus o léčbu byl v jejích 53 letech. To byla odvezena sanitkou na detoxikační oddělení. Po pěti dnech podepsala reverz a léčbu nedokončila. Takto skončilo i dalších jejích pět pokusů o léčbu. Několikrát ji dokonce do léčby dovedl manžel, jindy byla odvezena sanitkou ve velmi špatném stavu. Vystřídala i několik ústavních zařízení. Vždy však pokus skončil podepsáním reverzu a okamžitým relapsem. Nikdy do léčby nenastoupila dobrovolně. Až poslední sedmý pokus byl konečně úspěšný. Ten nastoupila v jejích 55 letech. Proces byl velmi zdoluhavý, léčbu nedokončila napoprvé. Nasazením správných antidepresiv a dlouhodobou terapií dnes úspěšně již 7 let abstínuje.

3.6.4. Situace výchozího bodu

Ivina závislost je celoživotní záležitostí. Postupné propadání se do alkoholu jako východisko z její rodinné situace a nepřetržitý přísun alkoholu, jak doma, tak na pracovišti, neudržitelně šel do těžké závislosti. Svou roli sehrálo vyčerpání z nikdy nekončící péče o postiženého syna, zklamání ze selhání ve výchově mladšího syna. Nastupující krize středního věku, menopauza a nezvládnutelný tlak v práci. Také krize v manželství, která trvala již několik let. Alkohol už nebyla cesta ke změně, ale naučený vzorec chování, berlička, která tu vždy byla a na chvíli pomohla. Už z toho nevedla cesta ven, a navíc si Iva

dlouhou dobu svůj problém vůbec neuvědomovala. Pití alkoholu bylo v jejím okolí normální. S nástupem bludů pak nešlo rozeznat realitu. Teprve po léčbě se dozvíдалa, čeho všeho byla schopná.

3.6.5. Další vývoj

Co pomohlo Ivě v úzdavě sama nedokáže popsat. Možná už celkové vyčerpání organismu. Hlavně také manžel a mladší syn, kteří se jí do léčby snažili dostat a plně jí podporovali. Hodně věcí se v současném životě Ivy změnilo. Museli prodat svůj vysněný dům kvůli finanční zátěži, kterou Iva pro rodinu byla. Iva je už v pracovní neschopnosti. Také odsunutí postiženého syna do chráněného bydlení byla pro Ivu velká úleva. Péče o něj už nejsou schopni. Zařízení je nedaleko, Iva za ním často dochází. I manžel musel leccos změnit. I on sám začal abstinovat, aby pro Ivu udržel suchý dům. Snaží se vzájemně respektovat. Mladší syn k nim smí pouze za střízliiva. Iva si během poslední léčby uvědomila spoustu věcí, například to, jak si nevratně zdevastovala své zdraví. Nyní by už chtěla jen prožít hezké stáří po boku svého celoživotního partnera a chtěla by se i konečně dočkat vnoučat.

3.7. Kazuistika 3. – Petra

3.7.1. Rodinná a sociální anamnéza

Petře je 55 let, v současné době abstínuje 4 měsíce. Petra se narodila matce ve 21 letech do úplné rodiny. Matka většinu života pracovala jako kuchařka v mateřské škole, v 38 letech prodělala komplikovanou zlomeninu dolní končetiny a od té doby se jí rapidně zhoršila hybnost. Od rozvodu s Petry otcem brala antidepressiva, dále léky na vysoký krevní tlak, od úrazu trpěla obezitou. V mládí kouřila, alkohol užívala příležitostně. Zemřela v 75 letech.

Otec Petry rodinu opustit, když jí bylo 7 let. Rozpad rodiny byl velmi těžký nejen pro Petru. Vztahy s otcovou novou rodinou zůstaly dobré, s otcem se vídala na společných návštěvách vždy jednou za čas. Otec zemřel v 65 letech na rakovinu. Celý život kouřil a denně pil pivo.

Matka si v Petřiných 13 letech přivedla nového manžela. Ten pracoval jako dělník na metru, od 55 let je v důchodu. Petra s ním neměla nikdy moc dobré vztahy, nyní se po smrti matky vztahy zlepšily. Otčím je celý život silný kuřák, alkohol užívala příležitostně.

Petra má mladší sestru, je jí 50 let, je vdova, má dvě dcery, od 19 let s přestávkami kouří, alkohol užívala sporadicky. Dále má tři nevlastní sestry a dva nevlastní bratry. Se všemi je v kontaktu, ale v nejbližším je s nevlastní sestrou od matky. Té je 41 let, je vdaná, má dceru, v mládí kouřila, alkohol užívala téměř denně.

Útlé dětství prožila Petra v úplné rodině bez větších problémů. Zlom nastal odchodem otce od rodiny a příchodem nového manžela matky. S tím Petra nenavázala dobrý vztah. Na základní škole neměla výchovné problémy, byla vzorná, prospívala velmi dobře. Od dětství bojuje s nadváhou, z toho měla vždycky komplex. Kvůli své nadváze byla středem posměchu, ale kamarády si ve svém věku našla. Od střední školy Petra trávila více času s kamarády a po diskotékách, než s rodinou. S mladší sestrou měla dobrý vztah po celý život, až na nějaké spory. S nevlastními sourozenci také nikdy neměla větší spory. S matkou se vztah velmi vyvíjel a procházel různými fázemi. Nicméně byla vždy Petra na matku velmi fixovaná a v posledních letech se o ní až chronicky bála. Rodina patřila sociálním statutem do střední třídy, matka i otec měli stabilní práci, bydleli v bytě v nájmu.

Petra má 30letého syna, je ženatý, v současné době žije se svojí manželkou v domácnosti. Návykové látky neužívá, pouze příležitostně pije alkohol, ale spíše minimálně. S matkou měl vždy velmi dobrý vztah a vždy jí byl oporou.

Manžel, otec jejího syna, Petru opustil, když byly synovi 2 roky. Vztah netrval déle než 4 roky. Od té doby nemá Petra žádného stálého partnera. Byl silný kuřák a alkohol pil téměř denně. Před deseti lety spáchal sebevraždu. Ale Petra ani její syn s ním nebyli od rozchodu v žádném kontaktu.

Petra má střední zdravotnickou školu. Více než škole se věnovala zábavě a trávení času s kamarády. Její prospěch se s nástupem na střední školu rapidně zhoršil. Kromě toho měla i snížené známky z chování. Po škole začala pracovat jako zdravotní sestra na dětském oddělení urologie, kde pracovala až do narození syna. Po mateřské dovolené se již k práci zdravotní sestry nevrátila naplno. Vypomáhala na urologické onkologii, kde se setkávala se smrtí mladých lidí, což ji poznamenalo. Současně nastoupila do chráněné dílny pro lidi s mentálním a kombinovaným postižením. Byla spoluzakladatelkou pobočky tohoto zařízení, kde do dnes dělá ředitelku. Ve 45 letech si z tohoto důvodu musela dodělat vysokou školu v oboru speciální pedagogika. Momentálně ještě vyučuje na střední sociální škole a školí v rámci kurzů pro sociální pracovníky.

Většinu života bydlela se svým synem v malém bytě po babičce. Před 11 lety se přestěhovala do většího bytu, kde je také v podnájmu. Finančně je již řadu let nezávislá.

3.7.2. Zdravotní a psychiatrická anamnéza

Petra neprodělala během života žádné vážné onemocnění ani zranění. V posledních pěti letech řeší problémy se zuby. Na konci roku 2021 prodělala zranění dolní končetiny.

Během života se nikdy neléčila na psychiatrii ani nebrala žádnou pravidelnou medikaci. Již od mládí si dle potřeby brala antidepresiva, které si sháněla neoficiálně.

Přiznává, že během života se jí střídaly období, kdy se cítila psychicky velmi dobře s obdobími, kdy prožívala těžké deprese. Také se u ní střídaly období, kdy se hodně přejídala a poté období, kdy zase vůbec nejedla. Nikdy však tyto své stavy neřešila s odborníkem.

Během současné abstinence jí také, kromě závislosti, byly diagnostikovány panické ataky a nasazena správná medikace.

3.7.3. Adiktologická anamnéza

Petra poprvé užila alkohol na střední škole, kde často pili alkohol se spolužačkami. Kouřit začala v 16 letech. Téměř každý víkend chodila na diskotéku, kde pravidelně konzumovala alkohol. Alkohol konzumovala i v práci při různých příležitostech, s kamarády ve volném čase, pak i s manželem. Během těhotenství nekouřila ani nepila alkohol. Žádné další návykové látky Petra nikdy nezkoušela. Tento vzorec užívání alkoholu měla v podstatě celý život. Nikdy si neudržovala hladinu, ale spíše se opíjela. Problémy řešila vždy pomocí cigaret a alkoholu. Kolem 50 roku začala pít pravidelně šampaňské, a to téměř denně. Často si otevřela láhev sama večer doma a celou ji vypila. Později měla také několik menších úrazů v opilosti. K nadměrné konzumaci alkoholu se u ní stále střídaly stavy přejídání a hladovek a s tím spojené zažívací potíže. Alkohol také kombinovala s antidepresivy. Nikdy nezkoušela sama abstinovat. Poprvé vyhledala odbornou pomoc teprve začátkem roku 2022. Léčbu začala ambulantně a pokračuje v ní. Zatím úspěšně bez větších obtíží abstinuje, jak od alkoholu, tak od kouření. Hned na začátku léčby jí byla nasazena antidepresiva, které velice zlepšily její psychický stav.

3.7.4. Situace výchozího bodu

Velký zlom nastal kolem 50. roku života, kdy vždy poměrně vysoká konzumace alkoholu přerostla v téměř denní konzumaci, převážně šampaňského. V té době Petra procházela velmi těžkým obdobím krize středního věku. Začala na sobě cítit, že stárne, k tomu nastupovala menopauza. Oslavit 50. narozeniny ani skoro nechtěla, nikdo nesměl vyslovit její věk. V tomto období se ještě začal osamostatňovat její syn, který se měl ženit a bylo tak více než jasné, že se od ní definitivně odstěhuje. Bohužel Petra neměla žádného partnera, a tak zůstala sama. Do toho začala mít problémy se zuby, nejenže měla velké bolesti, ale navíc ji vypadaly dolní přední zuby a musela začít nosit náhradu. S tím se nemohla vyrovnat. Do práce se také netěšila, jak popisuje. V té době většina zaměstnanců špela k vyhoření, včetně ní. Stále ještě bojovala se svojí váhou, ze které byla celý život nešťastná a přisuzuje tomu také fakt, že nemá partnera. Když tedy přišla po fyzicky i psychicky náročném dnu v práci do prázdného bytu, jedinou útěcho byl alkohol a cigareta. Dokázala sedět celé odpoledne na balkóně, pít pivo nebo šampaňské a vykouřit krabičku cigaret. V alkoholu nehledala řešení situace, ale v podstatě to bylo jediné východisko, jak se trochu odreagovat a nemyslet na, pro ni hodně těžkou, realitu. Poslední ranou bylo úmrtí její matky, o kterou se patologicky bála. A když už se nemohla neustále starat o svého syna, který už u ní nebydlel, přenesla svou pozornost na svoji matku. Udržovala ji neustále ve stavu, kdy potřebuje nějakou péči, aby měla důvod se o ní starat. Po smrti matky se její psychický stav ještě rapidně zhoršil. Vše vyvrcholilo, když byla koncem roku 2021 na dovolené a přetrhla si lýtkový sval. V noze se jí udělala trombóza, tak se z panického strachu o sebe rozhodla, že musí něco udělat se svým pitím alkoholu a kouřením. Strach o její život ji přiváděl do nesnesitelných stavů psychické i fyzické nevolnosti. Už sama nemohla dál, a proto vyhledala pomoc. Její syn i celá široká rodina ji plně podporuje.

Později jí přiznali, že její problém s alkoholem viděli, ale báli se jí to říct, protože na jakoukoliv kritiku na svou osobu vždy reagovala přehnaně negativně.

3.7.5. Další vývoj

V současné době je stále na nemocenské s poraněným svalem, ale postupně se začíná vracet do práce. Její finanční situace se vlivem závislosti nijak nezhoršila, naopak byla po letech velmi příznivá a možná i to přispělo k rozvoji závislosti. Přála by si najít ještě nějakého partnera. Nyní se však soustředí na svou úzdravu. Vnímá, že i vztah se svým okolím se zlepšil. Má větší náhled na svoje chování, více o věcech přemýšlí, snaží se lidem kolem sebe neubližovat. O věcech z terapie přemýšlí. Říká, že má v sobě ještě hodně křivd, které si nese po celý život a nikdy o nich s nikým nemluvila. To by chtěla řešit na terapii v budoucnu. Její velké přání je mít vnouče, musí ale být abstinující babička, která je psychicky v pořádku, to si uvědomuje, a to je také velká motivace pro její úzdravu.

4. Výsledky

Z kazuistik můžeme vidět, že příběhy respondentek jsou odlišné. Každá měla úplně jiné dětství, povolání, následně práci. Všechny ale téměř celý život pracovaly v jedné profesi. U všech tří se alkohol doma vyskytoval a jeho konzumace byla běžná, u každé ale v jiné míře. Všechny se k alkoholu dostaly již v pubertě, ale i postoj k němu byl jiný. Pro Petru a Ivu byla konzumace alkoholu běžná, pro Danu byl alkoholu zprvu pouze společenská povinnost a prostředek k začlenění se do společnosti. Společné pro všechny tři ale je, že se právě celý život vyskytovali ve společnosti, kde konzumace alkoholu byla běžná a pokud by jedna z nich alkohol nekonsumovala, svým způsobem by do svého okolí nezapadala. Sáhnut po alkoholu v krizových situacích byl u všech naučený vzorec chování. Zaručená pomoc, která vždy fungovala.

Jakou roli hraje střední věk ve vzniku závislosti?

Co bylo důvodem začátku závislosti těchto žen a co je v ní udržovalo?

Syndrom závislosti se u těchto tří žen rozvinul v podobném věku, kolem 50. roku života. Iva a Petra popisují jako jeden z důvodů nástup menopauzy, u Dany to bylo pak to, že přišla o druhý vaječník. Všechny si prožívaly podobné pocity spojené se stárnoucím tělem, už si nepřipadaly tak atraktivní, viděly na sobě vrásky i přibývající kila. Dalším společným faktorem je partnerská krize, ať už u Dany a Ivy to, že měly neshody s manžely, nebo v Petřině případě to, že si partnera nemohla najít. Velmi zatěžující faktor bylo dospívání jejich dětí, jak je popsáno v teoretické části, syndrom prázdného hnízda. Popisují strach z opuštění, zklamání jejich představ a také neshody. Také velký tlak a stres v práci je u všech tří společným jmenovatelem. Dana popisuje ztrátu své hodnoty, což by se možná dalo říct i u Petry, která velmi těžce nesla své stárnutí. U Dany a u Petry můžeme za poslední kapku považovat krizové situace v jejich životech. U Dany to byla pandemie Covid-19 a u Petry smrt milované matky. Na otázku, jakou roli hraje střední věk ve vzniku závislosti, můžeme odpovědět, že v případě těchto žen klíčovou. Všechny výše popsané faktory pravděpodobně zapůsobily jako spouštěč větší konzumace alkoholu a následnému vzniku závislosti. Udržovací mechanismy pak byly prosté, všechny tři popisují, že už samy nemohly přestat pít. V závislosti je udržoval sám alkohol.

Jaké jsou vzorce užívání alkoholu u této skupiny žen?

Na poslední výzkumnou otázku ohledně vzorců užívání alkoholu nelze jednotně odpovědět. Všechny tři byly v kontaktu s alkoholem již od mládí a pohybovaly se v prostředí, kde konzumace byla běžnou záležitostí. Každá ale během svého života pila jinak. Dana si nejprve dávala alkohol spíš na kuráž, později už si začala udržovat hladinu alkoholu. Petra se spíše celý život opíjela, nikdy se u ní moc nevyskytovalo „popíjení“. A Iva většinu života také spíše udržovala hladinu.

Jakou roli hraje užívání alkoholu u žen ve středním věku s vyšším socioekonomickým statusem vzhledem k jejich životní situaci?

Pokud budeme mluvit o roli alkoholu v životě těchto žen, bude nejspíš odpověď pro všechny stejná. Alkohol byl u nich velkou část života součástí životního stylu, prostředek, jak zapadnout do společnosti, rituál a nezbytnost jejich života. Často nesloužil jako prostředek oslav, ale stával se pak i berličkou v těžkých situacích. Byl to ventil pro zvládání velkého tlaku, depresí a úzkostí. Možná také do určité míry forma sebemedikace. Všechny tři respondentky prožily během života těžké chvíle, ať už se jednalo o postižení syna, rozvod s manželem, těžký úraz, bulimie, ztráta blízkých osob. Všechny tyto události by si zasloužily pozornost odborníka. Obzvláště pak u citlivých žen, jako jsou právě tyto tři. V pozdějším stádiu, právě s nástupem závislosti, už nemluví o tom, že by jim alkohol ulevil. Dana naopak popisuje, že to bylo zoufalé volání o pomoc. Dalším společným rysem pro tyto tři ženy je fakt, že si nikdy v životě neuměly říct o pomoc. Se svými problémy, včetně závislosti, byly jen samy se sebou. Dnes se již s odstupem času a v abstinenci shodují, že závislost nebyla jen jejich vina, ale způsob řešení obtíží, které přicházely zvenčí.

5. Diskuze

Téma práce bylo vybráno z důvodu osobního zájmu řešitele o tuto problematiku. Také z důvodu, že tato skupina je velkou skupinou zastoupenou v léčbě, ale odborná obec se nijak zvlášť o specifické potřeby a příčiny vzniku závislosti v této skupině blíže nezaobírá. Další nedostatek je v prevenci. Téměř nikde se široká veřejnost nedozví o velkém riziku vzniku závislosti na alkoholu u žen středního věku. Přitom, jak je popisováno v teoretické části, je tato skupina žen rizikovou skupinou pro vznik závislosti hned z několika důvodů.

Rozhovory proběhly v příjemném a nerušeném prostředí, aby výpovědi byly co nejpravdivější a nejotevřenější. S respondentkami byl řešitel v kontaktu již několik týdnů před uskutečněním rozhovoru. Bylo to z důvodu navázání kontaktu, aby byl pro respondentky důvěrnou osobou. Samozřejmě je nutno počítat s možným zkreslením výpovědi, například z důvodu strachu ze stigmatizace. Respondentky byly vybrány a osloveny na základě předchozího pozorování, zda jsou vhodné pro výzkum. Je bráno v potaz, že soubor tří respondentek je velmi malý a není reprezentativní. A proto nelze na základě takto malého vzorku dojít k obecněji platným závěrům. Bohužel muselo být také sleveno z původních velmi přísných kritérií pro výběr respondentek. Na základě předem určených kritérií se nepodařilo sehnat žádné respondentky, které by byly ochotny se do výzkumu zapojit. A proto byl výběr nakonec rozšířen a na základě toho se respondentky podařilo vybrat. Zároveň ale už i u tak malého výzkumného souboru můžeme vidět opakující se vzorce chování a příčin vzniku závislosti.

V porovnání výsledků studie s jinými studii vychází, že se výsledky v mnoha ohledech ztotožňují. Výsledky této práce se téměř shodují s výsledky práce Jandové (2021) zabývající se sebemedikací v období menopauzy. Studie zkoumala respondentky ve stejném věku, jako tato práce. Respondentky také popisovaly zhoršení partnerských vztahů, osamění. Dále se výsledky studií ztotožňují ve zhoršení psychického stavu s nástupem menopauzy. Studie se také shodují v tom, že pokud by respondentkám byla odborná pomoc nabídnuta dříve nebo by proběhl včasný záchyt, nemusel by jejich stav dojít do takových extrémů. Respondentky obou studií také užívaly alkohol ke zmírnění psychických projevů menopauzy a krize středního věku.

Podle zahraniční studie (Dixit & Rosa, 2000) se výzkum shoduje v tom, že u žen s depresí je vyšší výskyt těžkého užívání alkoholu. Také věk v této studii hrál svou roli.

Z výsledků tedy vyplývá, že původně u těchto žen byl alkohol prostředek k zlepšení si kvality života – lepší nálada, uvolnění stresu, potlačení a lepší zvládání problémů a problémů sama se sebou, zdravotní problémy spojené se stárnutím, potlačení drobných bolestí, méně povinností v domácnosti, posezení s kamarádkami, zvládání partnerských problémů. Zle také říci, že to byl prostředek, jak maskovat to, že jejich život není tak ideální, jak se možná okolí jeví. Následně se alkohol ale stal pouze voláním o pomoc a změna k lepšímu nastala až po léčbě. Ženy se pod odborným vedením terapeutického týmu naučily vážit si sama sebe, zvládat problémy jiným způsobem, poznaly jak zvládat

prázdnotu a volný čas bez alkoholu, více si váží partnerských vztahů a rodiny, také se naučily navazovat zdravé vztahy. Každý má právo na to mít své problémy a možnost řešit je s odborníky a nestydět se o nich mluvit nahlas. Dnes by již všechny respondentky jednaly jinak a o pomoc by se určitě říct nebály. Na to navazuje myšlenka o větší osvětě a informovanosti „nebát se říct si o pomoc“, zaměřenou především na ženy, ale i muže, v tomto rizikovém středním věku.

6. Závěr

V závěrečné bakalářské práci byly porovnány životní příběhy tří žen se závislostí na alkoholu, která vznikla až ve středním věku, a byly hledány spojitosti mezi jejich příběhy. Práce se zaměřuje především na období rozvoje jejich závislosti a životního kontextu této doby. Pro ucelenost příběhu byly kazuistiky doplněny také jejich anamnézou. Cílem práce bylo popsat a porozumět jakou roli hraje užívání alkoholu u žen ve středním věku s vyšším socioekonomickým statusem vzhledem k jejich životní situaci. Dále bylo cílem prozkoumat, co bylo důvodem začátku jejich závislosti a co je v ní udržovalo, jakou roli ve vzniku závislosti hrál věk. A v neposlední řadě, jaké byly vzorce užívání alkoholu těchto žen.

Z výsledků vyplývá, že i přes rozlišnost životních příběhů respondentek, jsou důvody pro vznik závislosti společné. Především se jedná o krizi středního věku, nástup menopauzy, partnerská krize, dospívající děti, tlak z práce a okolí. Můžeme mluvit o alkoholu jako prostředku k životní změně a formu sebemedikace? Rozhodně ne, respondentky původně v alkoholu změnu hledaly, ovšem životní změna přišla u těchto žen až po léčbě závislosti jako takové. U všech tří se závislost rozvinula ve věku mezi 45.-55. rokem života. Vzorce užívání nelze jednotně popsat. Nejsou tedy rozhodujícím faktorem pro vznik závislosti. Společné však je, že všechny respondentky konzumovaly alkohol od mládí a ze získaných dat lze vyvodit, že se většinu života jednalo o rizikové pití. Dále nutno podotknout, že ani u jedné z respondentek, nebyla problémem finanční situace, jejíž řešení by hledaly v alkoholu, ba naopak díky finanční nezávislosti se nemusely omezovat.

I přes veškeré limity práce, zjištěné výsledky korespondují s výsledky předpokládanými. Vzhledem k velikosti vzorku je tedy validita získaných dat omezena. Ovšem i tak se dá předpokládat, že povědomí o problematice závislosti u žen středního věku je velmi malé. Jak už bylo zmíněno, bylo by i nadále dobré se této problematice věnovat a snažit se preventivními programy předcházet vzniku závislosti u těchto žen. Data by se dala dále rozšiřovat a využít například jako podnět pro zavádění screeningových programů ohledně užívání alkoholu u žen ve středním věku, například praktickými lékaři nebo gynekology.

7. Použitá literatura a zdroje

Alkohol-škodí (n.d.). Zdraví. Dostupné z: <https://www.alkohol-skodi.cz/fakta/zdravi/>

Chen, D., Yang, X. & Aagard, S. D. (2012, May). The Empty Nest Syndrome: Ways to Enhance Quality of Life. *Educational Gerontology*, 38 (8), 520-529. doi: <https://doi.org/10.1080/03601277.2011.595285>

Csémy, L., Dvořáková, Z., Fialová, A., Kodl, M., Malý, M., & Skývová, M. (2020). Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2019. Státní zdravotní ústav. szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/zprava_tabak_alkohol_cr_2019.pdf?highlightWords=užívání+alkoholu

Čihařová, B. (2021). Prožívání období středního věku. (Bakalářská práce). Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/151286/130316191.pdf?sequence=1>

Dixit, A. R. & Crum, R. M. (2000, May). Prospective Study of Depression and the Risk of Heavy Alcohol Use in Women. *The American Journal of Psychiatry* [vid. 2000-5-1]. Dostupné z: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.157.5.751#t2>

Epstein, E. E., Fischer-Elber, K. & Al-Otaiba, Z. (2008, October). Women, Aging, and Alcohol Use Disorders. *Journal of Women & Aging*, 19:1-2, 31-48, doi: [10.1300/J074v19n01_03](https://doi.org/10.1300/J074v19n01_03)

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and Society*. New York: Norton.

Healthline (2020, November). Can You Drink During Menopause?. Healthline [vid. 2020-11-29]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/menopause/alcohol#takeaway>

Chování člověka v krizových situacích (n. d.). Socioekonomický status. Dostupné z: https://moodle.czu.cz/scorms/EPE04E/PS202/resources/10.Socioekonomicky_status.htm

Jandová, T. (2021). Sebemedikace alkoholem v období menopauzy a postmenopauzy. (Bakalářská práce). Univerzita Karlova v Praze. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/127466/130302541.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kalina, K. et al. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/?g=278#center_column

Kalina, K. (2015). Životní etapy a vývojové úkoly. In K. Kalina et al. (Eds.), *Klinická adiktologie* (s. 115). Grada.

Křížová, I. (2021). *Závislosti pro psychologické obory*. Grada.

Martinova, M. (2002). Závislost u ženy a muže, rozdíly v pohlaví. *Alkohol Drog Záv*, 37-2002. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/03/07.pdf>

- Milic, J., Glisic, M., Voortman, T., Borba, L. P., Asllanaj, E., Rojas, L. Z. ... Franco, O. H. (2018, May). Menopause, ageing, and alcohol use disorders in women. *Maturitas*, 111, 100-109. doi: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.03.006>
- Minařík, J. & Kmoch, V. (2015). Přehled psychotropních látek a jejich účinků: Alkohol. In K. Kalina et al. (Eds.), *Klinická adiktologie* (s. 51). Grada.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody psychologického výzkumu*. Grada.
- Mitchell, B. A. & Lovegreen, L. D. (2009, July). The Empty Nest Syndrome in Midlife Families: A Multimethod Exploration of Parental Gender Differences and Cultural Dynamics. *Journal of Family Issues*, 30(12), 1651-1670. doi: <https://doi.org/10.1177/0192513X09339020>
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., ... Fidesová, H. (2021). Zpráva o alkoholu v České republice 2021. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33590/1128/Zprava_o_alkoholu_v_CR_2021_fin.pdf
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Portál.
- Nešpor, K. & Zima, T. (2001). Alkohol u žen – specifická rizika. [vid. 2001-6-21]. Dostupné z: <https://www.adzpo.sk/images/articles/adzpo-2001-36-45-277-279.pdf>
- Popov, P. (2020). Speciální část: Návykové nemoci. In J. Raboch et al. (Eds.). *Psychiatrie* (s. 208). Praha: Karolinum
- Preslová, I. (2015). Gender a drogy. In K. Kalina et al. (Eds.), *Klinická adiktologie*. Grada.
- Vaněk, D. (3.4.2014). Prázdné hnízdo. *Psychologie.cz*. Dostupné z: <https://psychologie.cz/prazdne-hnizdo/>
- WHO (2008). *Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize MKN-10*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.
- WHO (n.d.). Q&A – How can I drink alcohol safely?. Dostupné z: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/data-and-statistics/q-and-a-how-can-i-drink-alcohol-safely>
- WikiSkripta (17.1.2021). Poruchy cyklického krvácení. Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/Poruchy_cyklick%C3%A9ho_krv%C3%A1cen%C3%AD

8. Přílohy

Příloha 1: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas pro účastníka výzkumu

pro potřeby bakalářské práce s názvem **Problematika užívání alkoholu u žen středního věku s vyšším socioekonomickým statusem jako prostředek k životní změně: série kazuistik**

Hlavní řešitel: Anna Mrázková

Tazatel: Anna Mrázková

Účastník výzkumu:

Souhlasím se svou účastí ve výzkumu, který realizuje shora uvedený řešitel.

Byla jsem informována o studii, dobře jí rozumím a **souhlasím s účastí ve výzkumu, nahrávkou rozhovoru a poskytnutím informací o mé osobě.**

Obdržela jsem písemnou informaci pro účastníka výzkumu. Tazatel mi odpověděl na všechny moje otázky ohledně realizace výzkumu a zapojení mé osoby do výzkumu.

Svůj souhlas s účastí ve výzkumu dávám dobrovolně.

Beru na vědomí, že informace, které sdělím tazateli, budou uchovány, zpracovány a publikovány anonymně tak, aby nebyla možná identifikace mé osoby.

V Praze dne

Podpis účastníka výzkumu

Příloha 2: Semistrukturovaný rozhovor

Vážená respondentko,

cílem mého výzkumu je prozkoumání, popsání a porozumění Vaší závislosti a jak vnímáte roli Vaší závislosti ve Vašem životním příběhu. Výzkum bude probíhat formou polostrukturovaného rozhovoru, který budu nahrávat na diktafon, případně si budu dělat drobné poznámky na záznamový arch. Následně nahraný rozhovor přepíši, data anonymizuji a původní nahrávku smaži. Rozhovor bude trvat přibližně 1,5 hodiny. Vaše účast v tomto výzkumu je zcela dobrovolná. Můžete odmítnout účast nebo můžete účast přerušit kdykoliv během rozhovoru bez udání důvodů. Získaná anonymizovaná data budou publikována v mé bakalářské práci v on-line repositáři závěrečných prací Univerzity Karlovy.

Aktuální stav

Jaký je Váš věk?

Jak dlouho nyní abstinujete?

Rodinná anamnéza

- rodiče: věk, zaměstnání, nemoci, návykové látky včetně alkoholu
- sourozenci: věk, zaměstnání, nemoci, návykové látky včetně alkoholu
- sociální status rodiny
- dětství
- vztahy s rodiči, sourozenci (vývoj vztahu)
- úplná/neúplná rodina
- osoby z širší rodiny, které hráli/hrají důležitou roli v životě klienta
- úmrtí v rodině
- duševní nemoci nebo závislosti v rodině
- děti: věk, aktuálně v péči u koho, nemoci včetně návykových látek, vzájemný vztah
- manžel, partner: věk, nemoci, zaměstnání, návykové látky včetně alkoholu, postoj k léčbě klienta, aktuální vztah s klientem

Zdravotní anamnéza

- vážná nebo opakovaná onemocnění
- hospitalizace
- suicidální pokusy (kdy, proč, jakým způsobem)
- HIV, prodělaná hepatitida A, B, C

Psychická/psychiatrická anamnéza

- psychiatrické obtíže, smutky, úzkosti, poruchy spánku, deprese, suicidální pokusy, sebepoškození, rozlady, nevyvážené emoce, poruchy příjmu potravy, psychotické projevy (bludy, halucinace)
- dosavadní kontakt s psychiatrií/psychologem mimo adiktologickou péči
- diagnózy dle psychiatra
- medikace

Sociální anamnéza

- vzdělání: nejvyšší dosažené vzdělání, jaký druh školy, jaký byl klient žák, vztahy s vrstevníky
- zaměstnání: současné, historie zaměstnání (nezaměstnanost, důvody změny zaměstnání)
- bydlení: v současné době, v minulosti (typ bydlení, spolubydlíci, návykové látky u spolubydlících, v kolika letech se osamostatnil)
- finance: současná finanční situace, zdroj příjmů, dluhy
- právní problémy, absolvované tresty, trestní stíhání

Historie závislostního chování

- počátek a vývoj užívání návykových látek (alkohol, nikotin, nelegální drogy, léky)
- veškeré návykové látky, které kdy klient užil + vzorec užívání alkoholu (způsob aplikace, množství a frekvence, druh alkoholu)
- zdravotní potíže spojené s užíváním návykových látek (tělesné i psychické)
- absolvované léčby v souvislosti s abusem návykových látek (ústavní i ambulantní), pokusy o abstinenci bez intervence odborníka, jak dlouho vydržel abstinovat mezi jednotlivými pokusy/léčbami

Kdy jste začala být závislá na alkoholu?

Popište kontext Vašeho životního období, kdy u Vás začínala závislost na alkoholu (věk, manželství, děti, vztahy v rodině, zaměstnání, bydlení, finanční situace, krizové situace).

Jakou roli hrálo užívání alkoholu ve vztahu k řešení/problematizaci Vaší situace?

Dokázala byste říct, co bylo důvodem začátku Vaší závislosti na alkoholu a co Vás v ní udržovalo?

Kdy jste poprvé zkusila řešit svou závislost a kdo Vás k tomu motivoval?

Měla jste podporu v léčbě a následně v abstinenci od Vaší rodiny?

Jak nyní vypadá Váš život (bydlení, práce, manželství, vztahy s rodinou a dětmi) a změnilo se v tomto ohledu něco na rozdíl od doby před abstinencí?

Co pro Vás nejdůležitějšího se ve Vašem životě změnilo během poslední/aktuální léčby?

Je v současné době něco, co byste chtěla změnit – na sobě,