Univerzita Karlova
Přírodovědecká fakulta

Studijní program: Demografie

Bc. Tereza Trčková

Konzumace alkoholu a úmrtnost v Česku

Alcohol consumption and mortality in Czechia

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Kulhánová, Ph.D.

Praha, 2025

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu. Ke zlepšení čitelnosti a jazyka byly v práci využity nástroje umělé inteligence (AI) a technologie podporované AI.

V Praze, 29. 4. 2025 Podpis……...

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Ivaně Kulhánové, Ph.D. za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích a vypracování diplomové práce.

Konzumace alkoholu a úmrtnost v Česku

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá úmrtností přičitatelnou konzumaci alkoholu v Česku v letech 2012–2022. Práce nejprve analyzuje strukturu spotřeby alkoholu v české populaci a následně hodnotí vývoj úmrtnosti spojené s jeho konzumací. Analýza vychází z kombinace dat z výběrových šetření, oficiálních statistik příčin úmrtí a využívá ukazatel AAF (alcohol-attributable fraction), který umožňuje odhadnout podíl úmrtí přisuzovaný konzumaci alkoholu u jednotlivých diagnóz. Výsledky ukazují, že alkohol každoročně přispívá k přibližně 5–6 % všech úmrtí v české populaci, přičemž u mužů tento podíl stabilně dosahuje 8–9 %, zatímco u žen 2–3 %. Největší podíl na těchto úmrtích mají chronická onemocnění částečně přisuzovaná alkoholu, zejména zhoubné novotvary a kardiovaskulární onemocnění. Při eliminaci úmrtnosti přičitatelné alkoholu by se naděje dožití při narození zvýšila u mužů o 1,2–1,4 roku a u žen o 0,37–0,47 roku. Analýza zároveň ukázala, že konzumní chování je výrazně ovlivněno sociodemografickými faktory, především pohlavím, věkem, vzděláním a příjmovou situací domácnosti.

Klíčová slova: alkohol, úmrtnost, Česko, rizikové chování, AAF (alcohol-attributable fraction)

Počet znaků bez mezer: 151 494

Alcohol consumption and mortality in Czechia

Abstract

This thesis focuses on alcohol-attributable mortality in Czechia between 2012 and 2022. The study first analyzes the structure of alcohol consumption within the Czech population and subsequently evaluates the development of mortality linked to alcohol use. The analysis combines data from population surveys, official mortality statistics, and uses the AAF (alcohol-attributable fraction) indicator to estimate the proportion of deaths attributable to alcohol for individual diagnoses. The findings show that alcohol contributes to approximately 5–6% of all deaths in the Czech population each year, with a consistent share of 8–9% among men and 2–3% among women. The majority of alcohol-related deaths are due to chronic diseases partially attributable to alcohol, particularly malignant neoplasms and cardiovascular conditions. If alcohol-attributable mortality were eliminated, life expectancy at birth would increase by approximately 1.2–1.4 years for men and 0.37–0.47 years for women. The analysis also demonstrates that alcohol consumption patterns are significantly influenced by sociodemographic factors—especially gender, age, education level, and household income.

Keywords: alcohol, mortality, Czechia, risky behavior, AAF (alcohol-attributable fraction)

OBSAH

Seznam použitých zkratek **8**
Seznam tabulek **9**
Seznam obrázků **10**
1 Úvod **12**
2 Alkohol v historii a kultuře **14**
2.1 Historie 14
2.2 Pivovarnictví v Čechách 16
3 Sociální a ekonomické dopady alkoholu a jeho regulace **18**
3.1 Sociální dopady konzumace alkoholu 19
3.1.1 Dopad alkoholu na lidské vztahy 20
3.1.2 Bezdomovectví a kriminalita spojená s alkoholem 21
3.1.3 Černý trh s alkoholem a riziko otravy methanolem 22
3.2 Ekonomické dopady konzumace alkoholu 24
3.2.1 Přímé náklady 24
3.2.2 Nepřímé náklady 25
3.3 Regulace alkoholu 25
3.3.1 Doporučené regulace alkoholu 26
3.3.2 Dostupnost alkoholu v Česku 26
3.3.3 Reklama, tolerance při řízení 27
3.3.4 Cena a danění alkoholu 28
3.3.5 Celkové zhodnocení regulace alkoholu v Česku 30
4 Měření spotřeby alkoholu **32**
4.1 Měření spotřeby alkoholu 32
4.2 Metodologie měření konzumace alkoholu ve výběrových šetřeních 34
5 Vliv alkoholu na lidské zdraví **36**
5.1 Závislost na alkoholu a vliv alkoholu na mozek 38
5.2 Konzumace alkoholu v těhotenství 39

5.3 Vnější příčiny ... 39
5.4 Nádorové onemocnění a vliv alkoholu na trávící soustavu ... 40
5.5 Kardiovaskulární zdraví ... 41
5.6 Protektivní účinky alkoholu ... 42
5.7 Léčba závislosti v Česku ... 43
6 Cíle a výzkumné otázky ... 45
7 Data a metodologie ... 46
7.1 Data ... 46
7.2 Metodologie ... 47
7.2.1 Alcohol Attributable Fraction ... 47
7.2.2 Srovnání celkové spotřeby alkoholu ... 48
7.2.3 Logistická regrese ... 49
7.2.4 Výpočet fiktivních úmrtnostních tabulek ... 50
8 Konzumace alkoholu v České republice ... 52
8.1 Množství zkonzumovaného alkoholu ... 52
8.2 Vzorce užívání alkoholu ... 55
8.3 Sezónnost a společenské souvislosti konzumace ... 66
8.4 Konzumace alkoholu v době pandemie COVID-19 ... 68
8.5 Konzumace u dětí ... 70
9 Úmrtnost přičitatelná alkoholu v Česku ... 72
9.1 Potencionální protektivní účinky alkoholu ... 75
9.2 Vývoj úmrtnosti přičitatelné alkoholu za sledované období ... 76
10 Závěr ... 82
Seznam použité literatury ... 85
Seznam použitých datových zdrojů ... 95
Přílohy ... 98

Seznam použitých zkratek

AAF–Alcohol-attributable fraction
ADHD– Attention-deficit/Hyperactivity disorder
AHP–Alcohol harm paradox
AHTO–Alcohol harms to others
BSQF–Beverage-Specific Quantity-Frequency
CSQF–Context-Specific Quantity Frequency
ČSÚ–Český statistický úřad
DALY– Disability-Adjusted Life Year
DEEP SEAS–The Standard European Alcohol Survey
DPH–Daň z přidané hodnoty
EHIS–European health interview survey
EU–Evropská unie
FAS– fetální alkoholový syndrom
FASD– Fetální alkoholové spektrum poruch
HBSC– Health Behaviour in School-aged Children
HCD– Heavy Continuous Drinking
HDL–High Density Lipoprotein
HED– Heavy Episodic Drinking
LF UK a VFN– 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
MKN–Mezinárodní klasifikace nemocí
NAUTA –Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice
OECD–Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
QF–Graduated Frequency
RR–Relativní riziko
SES–Socioekonomický status
WHO–Světová zdravotnická organizace

Seznam tabulek

Tab. 1 Roční náklady související s konzumací alkoholu v Česku v roce 2016 24
Tab. 2 Obsah alkoholu v jednotlivých nápojích..... 33
Tab. 3 Gramy ethanolu v jednotlivých nápojích 33
Tab. 4 Klasifikace rizikové konzumace alkoholu dle zkonzumovaných gramů ethanolu 34
Tab. 5 Nemoci a přidružené zdravotní problémy plně přisuzované alkoholu..... 37
Tab. 6 Vybrané nemocí a přidružené zdravotní problémy částečně přisuzované alkoholu 37
Tab. 7 Vnější příčiny úmrtí částečně způsobené alkoholem 40
Tab. 8 Srovnání průměrné roční spotřeby v litrech čistého alkoholu 49
Tab. 9 Definice kategorií konzumace dle šetření NAUTA 49
Tab. 10 Výsledky logistické regrese EHIS, Česko, 2014, 2019 64
Tab. 11 Výsledky logistické regrese DEEP SEAS, Česko, 2021 65
Tab. 12 Přijatelnost užívání vybraných drog českou společností, 2015–2023 66
Tab. 13 Vypočtené AAF pro vybraná chronická onemocnění částečně přisuzovaná alkoholu .. 73
Tab. 14 Vypočtený AAF pro vybraná chronická onemocnění částečně přisuzovaná alkoholu (pokračování) 74
Tab. 15 Absolutní počet teoreticky odvrácených úmrtí a jejich podíl na celkové úmrtnosti pro příčiny s RR pro alkohol < 1, Česko, 2012–2022 75
Tab. 16 Absolutní počty úmrtí přičitatelných alkoholu a jejich podíl na celkové úmrtnosti, Česko, 2012–2022..... 77
Tab. 17 Porovnání reálné a hypotetické naděje dožití při narození, Česko, 2012–2022 81

Seznam obrázků

Obr. 1 Schéma vztahu mezi konzumací alkoholu, jeho mechanismy působení a dopady 19
Obr. 2 Index relativní cenové dostupnosti alkoholu 27
Obr. 3 10 zemí s nejvyššími hodnotami konzumace alkoholu na osobu 15+ v litrech čistého alkoholu v evropském regionu WHO 52
Obr. 4 Průměrná roční spotřeba na obyvatele ve věku 15 a více let v litrech čistého alkoholu, Česko, 2012–2022..... 54
Obr. 5 Průměrná roční spotřeba na obyvatele ve věku 15 a více let v litrech daného alkoholu, Česko, 2012–2022..... 54
Obr. 6 Průměrná roční spotřeba na obyvatele ve věku 15 a více let v litrech čistého alkoholu, rozlišeno dle pohlaví, Česko, 2012–2022 55
Obr. 7 Struktura konzumentů dle průměrné denní dávky v gramech čistého alkoholu, ženy, Česko, 2012–2022..... 56
Obr. 8 Struktura konzumentů dle průměrné denní dávky v gramech čistého alkoholu, muži, Česko, 2012–2022..... 56
Obr. 9 Vývoj podílů abstinentů, Česko, 2012–2022..... 56
Obr. 10 Zastoupení jednotlivých kategorií konzumace alkoholu, Česko, 2021..... 57
Obr. 11 Frekvence konzumace alkoholu, Česko, 2014, 2019..... 58
Obr. 12 Frekvence konzumace alkoholu, Česko, 2021..... 59
Obr. 13 Preferované nápoje týdenních konzumentů dle pohlaví, Česko, 2022 60
Obr. 14 Frekvence pití nadměrných dávek 60 a více gramů čistého alkoholu při jedné příležitosti Česko, 2014, 2019..... 61
Obr. 15 Frekvence pití nadměrných dávek 80/120 gramů čistého alkoholu při jedné příležitosti, Česko, 2021..... 62
Obr. 16 Frekvence konzumace alkoholu v jednotlivých situací, Česko, 2021 67
Obr. 17 Změna spotřeby alkoholu během pandemie COVID-19, Česko, 2021..... 69
Obr. 18 Vývoj standardizované míry úmrtnosti způsobené alkoholem, Česko, 2012–2022 76
Obr. 19 Vývoj struktury celkového počtu úmrtí způsobených alkoholem podle jednotlivých skupin příčin, Česko, 2012-2022 78
Obr. 20 Míra úmrtnosti na příčiny spojené s alkoholem, ženy, Česko, 2012, 2022 79
Obr. 21 Míra úmrtnosti na příčiny spojené s alkoholem, muži, Česko, 2012, 2022..... 79

Obr. 22 Míra úmrtnosti na chronické nemoci spojené s alkoholem, ženy, Česko, 2012, 2022 .. 80
Obr. 23 Míra úmrtnosti na chronické nemoci spojené s alkoholem, muži, Česko, 2012, 2022.. 81

Kapitola 1

Úvod

Alkohol je obecně rozšířené pojmenování nápojů obsahujících psychoaktivní a toxickou látku ethanol, látku, která je klasifikována jako návyková. Mezinárodní agenturou pro výzkum rakoviny byl ethanol zařazen do skupiny karcinogenů 1– tedy do stejné kategorie ve které se nachází azbest, radiace a tabák. Světová zdravotnická organizace (WHO) učinila v roce 2022 prohlášení, ve kterém uvedla, že neexistuje žádné bezpečné množství alkoholu, které by nemělo vliv na zdraví (WHO, 2022). Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) rozeznává více než 30 diagnóz stavů a nemocí u nichž je alkohol nezbytnou příčinou vzniku, u dalších přibližně 200 diagnóz je alkohol jednou z příčin (např. kardiovaskulární onemocnění, novotvary, jaterní cirhóza, duševní poruchy). Hraje rovněž významnou roli u úrazů, dopravních nehod a násilí (Rehm et al. et al., 2017; Zima, 2018; Rehm et al., 2010; WHO, 2024a). Dopad alkoholu na společnost je komplexní, ovlivňuje nejen zdraví jedinců, ale i sociální strukturu společnosti (WHO, 2024a).

Alkohol představuje globálně klíčový rizikový faktor přispívající k celkové zdravotní zátěži populace. Dlouhodobě se umisťuje v první desítce z více jak 80 analyzovaných behaviorálních, environmentálních pracovních a metabolických rizik. Nejnovější odhady (2019, 2021) řadí konzumaci alkoholu celosvětově na 10. místo ze všech rizikových faktorů. Ve věkové kategorii 15–49 let je konzumace alkoholu nejvýznamnějším rizikem ze všech sledovaných (MOVENDI, 2024). K měření zdravotní zátěže způsobené konzumací alkoholu je vhodný ukazatel Disability-Adjusted Life Year (DALY). Tento ukazatel reflektuje nejen úmrtnost ale i nemocnost (prevalence nemocí) způsobenou daným rizikovým faktorem, poskytuje tak komplexní pohled na vybraný zdravotní problém. Jedna jednotka DALY odpovídá ztrátě jednoho roku plného zdraví (WHO, Nd.a). Celosvětově bylo v roce 2019 alkoholu přičítáno 2,6 milionu úmrtí, z toho 2 miliony u mužů (6,7 % ze všech úmrtí) a 0,6 milionu u žen (2,4 % všech úmrtí). Ve stejném roce bylo kvůli alkoholu ztraceno celkem 115,9 milionům let života (DALYs), což představuje 4,6 % ze všech ztracených DALYs v tomto roce. Z celku ztracených let bylo 92,8 milionu u mužů a 23,2 milionu u žen. Je vidět značný nepoměr mezi pohlavími. Nejvyšší počet úmrtí souvisejících s alkoholem na 100 000 obyvatel byl zaznamenán v evropském regionu WHO, kde dosahoval hodnot 52,9 na 100 000 obyvatel (WHO, 2024a).

Česko se pravidelně umisťuje mezi 10 zeměmi s nejvyšší spotřebou alkoholu v evropském regionu WHO. Podle údajů WHO (2024b) dosáhla průměrná roční spotřeba čistého alkoholu na osobu ve věkové skupině 15+ v roce 2020 hodnoty 11,5 litru. Tato hodnota dostala Česko na druhé místo v žebříčku, přičemž vyšší spotřebu vykazovalo pouze Lotyšsko. Alkohol pije denně nebo téměř denně 7–10 % dospělých osob (Chomynová et al., 2024). Aktuálně se odhaduje, že v Česku je 1,6 mil. osob v riziku vzniku závislosti na alkoholu (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2019). Jedním z faktorů přispívajících k vysoké míře konzumace alkoholu jsou tolerantní postoje české společnosti. Významnou roli hraje také vysoká dostupnost alkoholických nápojů, které je možné podle zákona prodávat téměř kdykoliv a kdekoliv. Tento stav se odráží nejen ve vysokém počtu úmrtí přisuzovaných alkoholu, ale také v ekonomických a sociálních dopadech. Ročně je v Česku alkoholu připisováno přibližně 6–7 tisíc úmrtí, což představuje 6 % z celkového počtu úmrtí. U mužů tento podíl dosahuje 10 % z celkového počtu úmrtí, zatímco u žen činí 2 %. Roční společenské náklady spojené s užíváním alkoholu se odhadují na 50–57 miliard Kč, což představuje 0,7–1,2 % HDP. Nejvýznamnější podíl těchto nákladů tvoří ztráta produktivity způsobená nemocností a předčasnou úmrtností. Kromě ekonomických dopadů má alkohol vliv na sociální problémy, jako jsou domácí násilí, sociální vyloučení nebo vznik závislostí, což z něj činí závažný celospolečenský problém (Chomynová et al., 2024).

Cílem této práce je sledovat prevalenci a vzorce konzumace alkoholu v Česku na základě zvolených výběrových šetření o zdravotním stavu obyvatel a agregovaných dat o spotřebě alkoholu. Spojením těchto dat s oficiálními publikovanými demografickými statistikami je analyzován vývoj úmrtnosti spojený s konzumací alkoholu.

Kapitola 2

Alkohol v historii a kultuře

Alkohol hraje zásadní roli ve společenském životě, kde slouží k upevňování vztahů, posilování pocitu sounáležitosti a strukturaci společnosti. Jeho konzumace je často pevně spojena s rituály a oslavami. které symbolizují důležité životní milníky jedinců i skupin, jako jsou například dosažení plnoletosti, svatby nebo pohřby. Tyto události jsou zároveň prostorem pro vyjednávání společenských vztahů a potvrzení statusu jednotlivců v rámci komunity. Pravidla spojená s pitím alkoholu se předávají z generace na generaci a odrážejí kulturní normy a hodnoty dané společnosti. Nejde o nahodilou činnost, ale o hluboce zakořeněný mechanismus, který pomáhá udržovat sociální strukturu a tradice (Dietler, 2006).

2.1 Historie

Alkohol provází lidstvo po celou jeho historii. Na rozdíl od většiny ostatních drog je jeho užívání ve většině kultur nejen legální, ale často i sociálně akceptované. Historicky měl alkohol různé funkce – využíval se v rituálních obřadech, medicíně i jako sociální katalyzátor. V různých obdobích docházelo k masivní konzumaci alkoholu, která byla střídána obdobími legislativních omezení jako reakce na jeho nadměrnou spotřebu. Archeologické nálezy naznačují, že alkoholické nápoje vznikaly již v období neolitu (kolem 10 000 př. n. l.), přičemž prvotní formy alkoholu byly fermentované nápoje z medu a lesních plodů. Pěstování vinné révy se datuje do období 5 000–6 000 př. n. l. v Mezopotámii. Výroba piva je doložena na základě nálezů mezi řekami Eufrat a Tigris již kolem 2 800 př.n.l.

Ve starověku měl alkohol léčebný, rituální a výživový význam. V Mezopotámii a Egyptě bylo pivo běžnou součástí společnosti a hrálo roli i v náboženských obřadech. Ve Středomoří Řekové a Římané upřednostňovali víno, zatímco ve střední a severní Evropě dominovalo pivo, cider a medovina. Zatímco středomořské kultury konzumovaly alkohol denně v menším množství, v severní Evropě bylo typické epizodické nadměrné pití, často vedoucí k intoxikaci. Tento rozdíl byl ovlivněn i tím, že pivo, cider a medovina podléhaly rychlejší zkáze než víno. Vzorce konzumace alkoholu tak formovaly evropské kultury po staletí a přetrvaly až do moderní doby (Holcnerová, 2009). S nástupem křesťanství získalo víno duchovní význam, když se stalo součástí eucharistie a symbolem Kristovy krve. Nový zákon sice konzumaci vína schvaloval, ale zároveň

varoval před jeho nadužíváním a opilstvím, čímž přispěl k formování přístupu k alkoholu v následujících staletích (Edwards, 2004; Anderson a Baumberg, 2006).

Ve středověku byla konzumace alkoholu běžnou součástí života, v románských zemích bylo stále oblíbenější víno, zatímco mezi Slovany, Kelty, Germány, Skandinávci a Anglosasy dominovalo pivo a medovina. Zásadním pokrokem ve výrobě piva bylo zavedení chmele ve 13. století, které zlepšilo chuť a prodloužilo trvanlivost (Holcnerová, 2009). Nejvýznamnější inovací se však stala destilace, kterou do Evropy přinesli arabští lékaři. Před objevem destilace bylo možné dosáhnout maximálního obsahu 17 % alkoholu, zatímco destilace umožnila výrobu mnohem silnějších nápojů. Původně se destiláty využívaly k léčebným účelům, ale během morových epidemií se rozšířila víra v jejich ochranný účinek, což vedlo ke zvýšené spotřebě i mezi běžnou populací. Rozšíření destilace usnadnilo dosažení opilosti s menším množstvím alkoholu a umožnilo delší skladování. Zatímco ve Středomoří zůstalo dominantní víno, v severní Evropě se destiláty rychle uchytily, protože klimatické podmínky neumožňovaly rozvoj vinařství (Edwards, 2004).

Průmyslová revoluce přinesla industrializaci výroby alkoholu a výrazně zlepšila jeho dostupnost. Díky destilaci se alkoholické nápoje staly trvanlivějšími a skladovatelnějšími, což vedlo k jejich zlevnění a vyšší spotřebě, zejména mezi městskou dělnickou třídou. Veřejné vnímání opilosti se v tomto období změnilo – byla stále častěji spojována s chudobou a sociálními problémy. V 18. a 19. století vznikla hnutí prosazující umírněnou konzumaci alkoholu. Nejvýraznější byla tato hnutí v anglicky mluvících zemích a Skandinávii, kde v některých případech vedla k omezení či úplnému zákazu alkoholu (Anderson a Baumberg, 2006). Nejznámějším příkladem byla prohibice ve Spojených státech v letech 1920–1933. Zpočátku sice došlo k poklesu spotřeby, avšak postupem času se rozšířil nelegální obchod s alkoholem. Nakonec byla prohibice zrušena především z ekonomických důvodů – vláda USA očekávala, že obnovení legální výroby alkoholu vytvoří nová pracovní místa a posílí státní rozpočet díky daňovým příjmům (Holcnerová, 2009).

Historicky byla opilost a nadměrná konzumace alkoholu vnímána jako morální selhání či hřích. Až na přelomu 18. a 19. století se začalo nadměrné užívání alkoholu vysvětlovat jako důsledek ztráty kontroly a oslabené vůli jedince. Termín alkoholismus poprvé použil Magnus Huss v roce 1849, když jej definoval jako soubor patologických změn způsobených dlouhodobou nadměrnou konzumací alkoholu. V 19. století existovaly dvě hlavní teorie vysvětlující vznik alkoholismu. Protialkoholická hnutí v Evropě a USA zdůrazňovala, že závislost vzniká čistě v důsledku nadměrné konzumace alkoholu a přehlížela individuální faktory. Oproti tomu teorie degenerace předpokládala, že biologické predispozice, toxické vlivy prostředí a morální úpadek mohou vést k postupné ztrátě sociální a zdravotní stability, což se v dalších generacích prohlubuje.

Tyto teorie ovlivnily první pokusy o organizovanou léčbu alkoholismu, což vedlo ke vzniku nápravných zařízení pro závislé osoby v USA a Evropě. Tato zařízení však byla často neúčinná a s nástupem prohibice a dalších regulací zájem o léčbu opadl. Ve 40. letech 20. století došlo k obnovení vědeckého zájmu o alkoholismus. V 60. letech vyšla v USA publikace: *Alkoholismus jako nemoc*, v níž byly nashromážděny dostupné vědecké poznatky. Tato publikace přispěla k širokému přijetí alkoholismu jako nemoci odbornou i laickou veřejností, to mělo několik důsledků. Došlo k oddělení běžné konzumace alkoholu od závislosti, což snížilo strach z alkoholu

a vedlo k ukončení legislativních restrikcí. Zároveň začala vznikat specializovaná léčebná zařízení. Osoby trpící závislostí přestali být stigmatizováni a byli spíše vnímáni jako pacienti než jako morálně selhávající jedinci. Jako klíčový léčebný přístup byla dlouho prosazována celoživotní abstinence, avšak od 70. let 20. století se v odborné diskusi začala objevovat myšlenka kontrolovaného pití jako alternativní možnosti pro některé závislé jedince (Edwards, 2004; Holcnerová, 2009).

2.2 Pivovarnictví v Čechách

V Čechách se pivo pravděpodobně vařilo již od 8. nebo 9. století, přičemž první písemná zmínka o jeho výrobě pochází ze zakládací listiny vyšehradské kapituly v Praze z roku 1088 (Parízková a Vlková, 2011). Pivo má tedy v české kultuře dlouhou historii, která je úzce propojena s rozvojem hospod. Popularitu piva ovlivnily jak přírodní podmínky, tak i tradice pivovarnického řemesla (Vinopal, 2004). Ve středověku bylo pivo důležitou součástí stravy, dokonce se pilo k snídani, obědu i večeři. Zlatá bula Karla IV. udělila právo vařit pivo všem měšťanům, přičemž pivovarnictví bylo dlouho doménou domácí výroby. Do 16. století existovalo na českém území přibližně 1 000 pivovarů, přičemž některé vesnice měly i více než dvacet hospod (Parízková a Vlková, 2011). Již v 15. a 16. století se české pivo stalo symbolem národní identity, jak lze vyčíst ze soudobých pramenů. Hostince měly už od středověku nejen společenskou, ale i informační roli. Historici označují hospodu za místo, které ve středověku nahrazovalo kazatelnu, neexistující masmédia i akademické diskuze. V období národního obrození hrály hospody důležitou roli v rozvoji české kultury a jazyka. Byly jedním z mála míst, kde se veřejně mluvilo česky, což přispívalo k formování národní identity. Pivo bylo v této době vnímáno nejen jako oblíbený nápoj, ale i jako součást vlastenecké ideologie (Vinopal, 2004).

V 18. století se pivovarnictví stalo regulovaným a více vědecky podloženým odvětvím díky zavedení kontroly teploty při vaření piva. Moderní průmyslové pivovarnictví v Čechách začalo v roce 1842, kdy byl v Plzni založen pivovar, který uvedl na trh Pilsner Urquell – první spodně kvašené pivo plzeňského typu. Tento styl se stal světovým standardem pro světlé ležáky. České pivovarnictví prošlo v posledních desetiletích výraznými proměnami, které odrážejí historické etapy – od středověké řemeslné výroby přes industrializaci a zestátnění po roce 1948 až po privatizaci v 90. letech a aktuální globalizační trendy. Ty se projevují jak působením nadnárodních koncernů, tak rozvojem minipivovarů (Parízková a Vlková, 2011; Materna a Hasman, 2014). V roce 2014 působilo v Česku více než 250 pivovarů, avšak 54 z nich, zmapovaných v České pivním atlasu (Materna a Hasman, 2014), produkovalo přes 99 % veškerého českého piva.

Tradičně měl každý regionální pivovar svou spádovou oblast, kde byla jeho značka dobře známá a místními obyvateli vnímána jako součást regionální identity. Tento stav byl pevně ukotven do roku 1990, kdy měl každý pivovar prakticky monopol na zásobování určitého území, s výjimkou Plzeňského Prazdroje, jehož distribuce byla širší. Po roce 1990, s přechodem na tržní hospodářství, se tyto dříve neprostupné hranice mezi regiony rozpadly a pivovary začaly hledat nová odbytiště. Zatímco největší producenti expandovali do celostátní působnosti, menší pivovary musely čelit ostré konkurenci a mnohdy bojovat o přežití. Po roce 2000 se situace na

trhu stabilizovala – další expanze celostátních pivovarů se začala setkávat s odporem spotřebitelů, zatímco menší pivovary prošly modernizací a dokázaly si udržet své místo na trhu. Český pivní trh tak dnes stojí na pomezí dvou modelů – amerického, založeného na několika obřích pivovarech a síti minipivovarů, a východoevropského, kde dominují středně velké regionální podniky. Zahraniční značky mají v Česku omezený prostor nejen kvůli vyšší ceně, ale i kvůli silné loajalitě českých konzumentů k domácím značkám. Naopak export českého piva je výrazný – zhruba 15 % celkové produkce směřuje do zahraničí (Materna a Hasman, 2014). Navzdory historickým proměnám si Česko udrželo status pivovarnické velmoci. Ve společnosti je stále sdílená a silně zakořeněná záliba v pivu, která se projevuje jeho hojnou konzumací i zájmem o domácí vaření (Parízková a Vlková, 2011; Vinopal, 2004).

Vztah Čechů k pivu sleduje výzkumný projekt „Pivo a hospody v české společnosti“, realizován Centrem pro výzkum veřejného mínění již od roku 2004. Nejnovější publikované výsledky jsou za roky 2022–2023. Výzkum potvrzuje, že v Česku je pivo dlouhodobě vnímáno jako národní a oblíbený nápoj, nicméně v posledních letech dochází k významným změnám ve frekvenci, objemu a způsobu jeho konzumace. Podíl osob, které alespoň občas pijí pivo, činí 79 % u mužů a 49 % u žen, avšak od roku 2016 se tento podíl systematicky snižuje. Tento pokles je patrný napříč věkovými i vzdělanostními kategoriemi. Mění se i postoj české společnosti k vysoké spotřebě piva. Dříve byla tato skutečnost zdrojem národní hrdosti, v posledních letech u mužů postupně klesá – v roce 2022 ji vyjádřila ani ne třetina z nich. U žen jsou tyto postoje méně stabilní, přičemž ve stejném roce se k nim hlásila méně než desetina dotázaných (Vinopal, 2023).

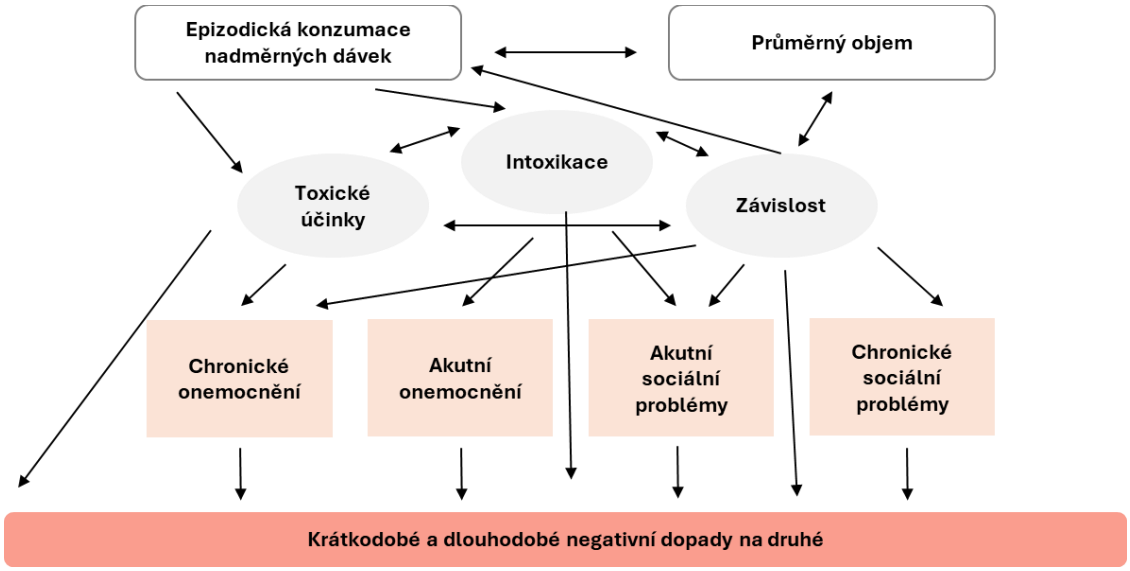
V rámci výzkumu „Pivo a hospody v české společnosti“ byla v roce 2012 zařazena otázka také na ostatní alkoholické nápoje. Česká společnost vnímá víno jako součást své kultury, i když méně než pivo. Většina osob souhlasí s tím, že má v české tradici své místo a že na české víno můžeme být pyšní, ale méně často ho považují za neodmyslitelnou součást českého životního stylu. To naznačuje, že víno je spíše kulturním symbolem, Češi ho vnímají jako důležitý prvek historie a považují jej za kvalitní produkt, ale jeho pravidelná konzumace není tak běžná jako u piva. Lihoviny, destiláty a likéry jsou vnímány jako nejméně tradiční z hlavních druhů alkoholu, ale stále většina osob uznává jejich místo v české kultuře. Oproti vínu méně Čechů souhlasí s tím, že bychom na ně mohli být pyšní (Vinopal, 2012).

Kapitola 3

Sociální a ekonomické dopady alkoholu a jeho regulace

Alkohol nelze považovat za běžnou spotřební komoditu kvůli jeho zdravotním, sociálním a ekonomickým dopadům. Ačkoliv existuje silná vědecká podpora pro strategie snižování dopadů alkoholu na společnost, jejich implementace je často omezována komerčními zájmy alkoholového průmyslu. Obrázek č. 1 ilustruje vztah mezi konzumací alkoholu, třemi hlavními mechanismy působení alkoholu na lidské tělo (toxickými dopady, intoxikací a závislostí) a různými negativními důsledky, které postihují jak samotné konzumenty, tak i jejich okolí. S negativními důsledky alkoholu jsou nejvíce spojeny epizody nadměrné konzumace a celkový objem vypitého alkoholu. Dlouhodobé a nadměrné pití může vést k poškození tkání a zvýšenému riziku vzniku nádorových onemocnění nebo jiných chronických onemocnění. I menší, ale pravidelná konzumace alkoholu může mít závažné zdravotní následky. Naopak příležitostné nadměrné pití, i pokud k němu dochází jen zřídka, zvyšuje pravděpodobnost akutní intoxikace, což může vést k nehodám, úrazům nebo násilnému chování. Dlouhodobé nadměrné pití pak může vyústit v závislost, která dále podporuje nárůst celkové spotřeby alkoholu a tím i výskyt akutních i chronických zdravotních a sociálních problémů (Babor et al., 2023). Tyto negativní dopady se promítají i do ekonomické sféry. Nadměrná konzumace alkoholu vede ke ztrátě lidského kapitálu v důsledku snížené produktivity a předčasných úmrtí, což má dopad na pracovní sílu i celkový hospodářský výkon. Zároveň zatěžuje zdravotní systém rostoucími náklady na léčbu souvisejících onemocnění a zvyšuje výdaje na prevenci.

Obr. 1 – Schéma vztahu mezi konzumací alkoholu, jeho mechanismy působení a dopady



Zdroj: Babor et al., 2023, str. 17, vlastní zpracování

3.1 Sociální dopady konzumace alkoholu

Sociální dopady alkoholu nejsou ve společnosti rozloženy rovnoměrně. Alcohol Harm Paradox (AHP) označuje fenomén, kdy jedinci z nižších socioekonomických vrstev čelí vyšší míře zdravotních následků spojených s konzumací alkoholu, přestože jejich celková konzumace alkoholu je srovnatelná nebo dokonce nižší než u jedinců z vyšších socioekonomických vrstev. Existuje řada studií snažících se objasnit příčiny AHP. Boyd et al. (2022) ve své metaanalýze identifikovali šest hlavních kategorií vysvětlení AHP:

1. **Individuální faktory** – biologické predispozice a psychické zdraví
2. **Životní styl** – zdravotně riziková chování, jako je kouření, špatná výživa a nedostatek pohybu
3. **Kontextuální faktory** – vliv prostředí, kde lidé žijí a konzumují alkohol
4. **Faktory související s deprivací** – materiální podmínky a stres způsobený chudobou.
5. **Makroekonomické faktory** – vládní politiky a přístup ke zdravotní péči
6. **Metodologické faktory** – zkreslení dat v důsledku metodologických chyb nebo nesprávného sebehodnocení konzumace alkoholu

Nejvíce zkoumaný a empiricky podložený mechanismus tohoto paradoxu spočívá v kombinaci zdravotně rizikového chování a kumulace negativních faktorů, jako jsou kouření, obezita a nezdravá strava (Boyd et al., 2022). Tyto faktory synergicky působí a zhoršují celkový zdravotní stav jedinců konzumujících alkohol (Bellis et al., 2016). Dalším faktorem jsou rozdíly v konzumačních vzorcích. Lidé z nižších socioekonomických vrstev mají tendenci konzumovat alkohol rizikovějším způsobem, nárazově a ve velkých dávkách (binge drinking) (Boyd et al., 2022). Tento způsob pití zvyšuje pravděpodobnost akutních zdravotních komplikací, jako jsou úrazy nebo srdeční choroby, a to i při podobné celkové míře konzumace alkoholu jako u socioekonomicky lépe situovaných jedinců (Bellis et al., 2016). Významnou roli hraje také

ekonomická nejistota, pracovní stres a omezený přístup ke zdravotní péči, které mohou zesilovat negativní dopady konzumace alkoholu (Boyd et al., 2022).

Příkladem výzkumu, který se věnoval vlivu socioekonomických faktorů na konzumaci alkoholu z českého prostředí je práce Dzúrové et al. (2010). Ve víceúrovňové analýze byly zkoumány individuální faktory, jako je pohlaví, vzdělání, rodinný stav a ekonomická aktivita, a územní faktory, včetně míry nezaměstnanosti, rozvodovosti a religiozity. Výsledky ukázaly, že muži, osoby s nižším vzděláním, nezaměstnaní a rozvedení mají vyšší pravděpodobnost častého i záchvatového pití. Na úrovni regionů byla vyšší spotřeba alkoholu zaznamenána v oblastech s vyšší rozvodovostí a nižší religiozitou, zatímco vliv nezaměstnanosti na úrovni obcí se neprokázal jako statisticky významný. Na evropské úrovni analyzovali socioekonomické rozdíly v konzumaci alkoholu Kilian et al. (2023a). Muži s vyšším socioekonomickým statusem (SES) častěji uváděli konzumaci alkoholu v posledním roce ve srovnání s muži s nižším SES. Muži s nižším SES se však vyznačují vyšším podílem binge drinking a velmi rizikovou konzumací. U žen nebyly v míře rizikového pití mezi SES skupinami pozorovány významné rozdíly, ale průměrné denní množství konzumovaného alkoholu bylo vyšší u žen s vyšším SES.

3.1.1 Dopad alkoholu na lidské vztahy

Konzumace alkoholu úzce souvisí s násilným chováním. Alkohol je spojován se sexuální deviací, agresivitou sportovních fanoušků i dalšími formami násilné kriminality. Jednou z oblastí, kde podněcuje násilí, je také domácí násilí. Z výzkumů vyplývá, že jedinci (muži i ženy), kteří pravidelně konzumují velké množství alkoholu nebo jsou na něm závislí, se častěji dopouštějí domácího násilí než ti, kteří pijí umírněně. Násilí pod vlivem alkoholu bývá nejen častější, ale i závažnější – oběti takových útoků čelí většímu riziku těžkých zranění nebo vážných psychických dopadů (Nešpor, Csémy 2005). Podle analýzy více než dvou tisíc případů domácího násilí sehrál alkohol klíčovou roli přibližně v polovině z nich (Kredátus, Sedlák 2007). Pod vlivem alkoholu napadlo svého partnera 71,4 % z pachatelů domácího násilí (Martinková et al., 2014). Nadměrná konzumace alkoholu se však neomezuje pouze na pachatele násilí – častá je i u obětí domácího násilí. To může mít řadu vysvětlení – u osoby dlouhodobě traumatizované domácím násilím se může závislost na alkoholu rychleji rozvinout. Zároveň požití alkoholu snižuje schopnost oběti bránit se či útoku zamezit. Intoxikace alkoholem může incident vyvolat nebo posloužit jako záminka pro agresora (Nešpor, Csémy 2005). Vztah mezi alkoholem a násilím je komplexní, protože alkohol může podněcovat agresivní chování, ale zároveň často slouží obětem jako způsob, jak se vyrovnat s prožitým násilím.

Dopad alkoholu na lidské vztahy je nesporný. Alkoholismu patří mezi jednu ze sledovaných příčin rozpadu manželství ve statistice rozvodovosti Česka. Podíl rozvodů, u kterých je alkoholismus uveden jako příčina, v posledních letech výrazně klesl – zatímco v roce 2005 tvořily rozvody z důvodu alkoholismu 4,8 %, v roce 2017 to bylo pouze 1,9 % (496 případů), 2020 bylo evidováno 1,5 % (317 rozvodů), v roce 2022 to bylo už jen 256 případů, tedy 1,3 % z celku. Tento trend však může být do značné míry ovlivněn změnou metodiky. Vzhledem k tomu, že od roku 2014 je v rámci nesporného rozvodu (rozvodu dohodou) možné manželství ukončit bez zjišťování konkrétních příčin, je pravděpodobné, že skutečný vliv alkoholu je podhodnocen (Štyglerová, 2024; ČSÚ, 2020; ČSÚ, 2022)

Projevy negativních dopadů alkoholu se neomezují jen na rodinný život a vztahy, ale zasahují i širší společnost. V této souvislosti se hovoří o AHTO (Alcohol's Harm to Others), tedy o škodách způsobených alkoholem ostatním lidem. Pod pojmem AHTO jsou zahrnuty hmotné i nehmotné škody. Hmotné škody jsou snadněji měřitelné a zahrnují například poškození majetku, dopravní nehody způsobené opilými řidiči, finanční zátěž rodin alkoholiků nebo sníženou produktivitu zaměstnanců s problémy s alkoholem. Do této kategorie spadají i výdaje veřejných financí na zdravotní péči, sociální služby nebo policii, která musí řešit kriminalitu spojenou s alkoholem. Naopak nehmotné škody jsou obtížněji kvantifikovatelné, ale mají stejně zásadní dopad. Patří sem emocionální újma, strach z pobytu ve veřejném prostoru, konflikty v rodině a na pracovišti nebo snížení kvality života v komunitách. AHTO je rozšířeným fenoménem po celém světě. V USA se s negativními důsledky pití druhých alespoň jednou za život setkalo 60 % populace, v Austrálii 73 %. V Česku zatím neexistuje systematický monitoring těchto škod (Nováková a Mravčík, 2020).

V roce 2023 byly zveřejněny výsledky analýzy dat z evropského projektu DEEP SEAS, který zkoumal zkušenosti respondentů právě s AHTO v jejich okolí. Studie definovala tyto zkušenosti jako fyzickou újmu, účast na vážné hádce nebo dopravní nehodu, které byly důsledkem pití jiné osoby během posledních 12 měsíců. Výzkum pokrýval 32 evropských zemí, přičemž kladl důraz na rozdíly v SES a příjmové nerovnosti. Studie hodnotila SES na dvou úrovních. Na individuální úrovni byl měřen podle čistého disponibilního příjmu domácnosti. Na populační úrovni byl SES hodnocen pomocí Giniho koeficientu, který vyjadřuje míru příjmové nerovnosti v jednotlivých zemích – vyšší hodnota znamená vyšší nerovnost. Výsledky ukázaly, že lidé s nižším individuálním SES měli o 21 až 47 % vyšší pravděpodobnost, že uvedou újmu způsobenou pitím známé osoby (ženy i muži) nebo cizí osoby (muži) ve srovnání s osobami s nejvyššími příjmy. Ženy častěji uváděly újmu od známé osoby, zatímco muži byli častěji oběťmi cizích osob. Na populační úrovni se v zemích s vyšší příjmovou nerovností projevilo zvýšené riziko újmy u žen, která byla způsobena pitím známé osoby, zatímco u mužů v těchto zemích kleslo riziko újmy od cizího člověka. Studie také zjistila, že mladší věkové skupiny (18–34 let), osoby s vyšší konzumací alkoholu a ti, kteří pravidelně pijí rizikově, měli vyšší pravděpodobnost zažít újmu způsobenou alkoholem ostatních. V rámci evropského srovnání se Česko řadí mezi země s vyšším výskytem újmy způsobené alkoholem, zejména pokud jde o škody způsobené známými osobami. Zkušenost s újmou od známe osoby uvedlo 11,5 % žen a 7,4 % mužů, což je nadprůměrná hodnota v porovnání s evropským populačním průměrem (9,8 % u žen, 9,1 % u mužů). Naopak výskyt újmy od cizí osoby byl v Česku blízký evropskému průměru – 4,4 % mužů a 2,5 % žen uvedlo, že takovou zkušenost mělo (průměrně 5,8 % u mužů, 2,9 % u žen) (Kilian et al., 2023b).

3.1.2 Bezdomovectví a kriminalita spojená s alkoholem

Dle sčítání vybraných osob v bytové nouzi, které proběhlo v roce 2022 se v Česku nachází v bytové nouzi přibližně 270 000 osob. Osob bez střechy (přespávajících venku a v noclehárnách) žije v Česku 12 000, přičemž jednoznačně převažují muži, a to z 80 % (MPSV, 2022**).** Vágnerová et al. (2018) provedli narativní analýzu životních příběhů mužů bez domova, zaměřenou na roli nadměrného užívání alkoholu v souvislosti s bezdomovectvím. Studie potvrzuje, že nadměrná konzumace alkoholu patří k hlavním faktorům vedoucím ke ztrátě bydlení a významně přispívá

k chronicitě bezdomovectví. Zahraniční výzkumy uvádějí, že v přibližně 80 % případů stojí právě alkoholismus u zrodu bezdomovectví, přičemž dvě třetiny mužů bez domova pijí nadměrně. Alkohol často funguje jako spouštěč sociálního propadu, jenž vyústí v život na ulici, kde zároveň prohlubuje závislost a udržuje cyklus bezdomovectví. Tento vzorec vede k dlouhodobé marginalizaci, což znesnadňuje návrat k běžnému životu. Na ulici pití funguje nejen jako prostředek úniku od úzkostí a stresu, ale také jako forma sociální interakce a způsob trávení volného času. Možnosti léčby alkoholové závislosti jsou však omezené, především kvůli nízké motivaci ke změně. Pouze 15–28 % bezdomovců nastoupí do léčby a dokončí ji nanejvýš třetina z nich.

Kriminalitu související s alkoholem lze rozdělit na primární a sekundární trestnou činnost. Primární trestná činnost zahrnuje trestné činy, kde je nakládání s alkoholem nebo jeho konzumace přímo součástí skutkové podstaty. Patří sem celkem 3 trestné činy, podávání alkoholických nápojů osobám mladším 18 let, trestný čin ohrožení pod vlivem návykové látky a trestný čin opilství. Sekundární trestná činnost zahrnuje trestné činy, kde alkohol nefiguruje jako přímý znak skutkové podstaty, ale hraje významnou roli jako příčina nebo motivace pachatele (např. trestné činy v důsledku intoxikace alkoholem, motivované snahou získat prostředky na pořízení alkoholu). V roce 2022 bylo objasněno celkem 81 474 trestných činů, přičemž 10 699 z nich (13 %) bylo spácháno pod vlivem alkoholu. Dlouhodobě lze sledovat klesající trend jak v celkovém počtu trestných činů spojených s alkoholem, tak v jejich podílu na celkové kriminalitě (Chomynová et al., 2024).

3.1.3 Černý trh s alkoholem a riziko otravy methanolem

Výroba a prodej lihu a lihovin bez příslušného povolení jsou v Česku zakázány zákonem č. 61/1997 Sb., který se vztahuje i na domácí pálení pro vlastní potřebu. Aktuálně nejčastější formou nelegální výroby alkoholu v Česku je domácí destilace, která může produkovat tisíce litrů lihu ročně a je nejvíce rozšířena v jižní a střední Moravě. Nejvýraznějším případem nelegálního obchodu s alkoholem v Česku byla methanolová aféra v letech 2012–2013, kdy se v důsledku konzumace pančovaných lihovin otrávilo více než 130 osob, z nichž 47 zemřelo (Chomynová et al., 2024). Otravy methanolem se ve světě objevují již od počátku 20. století, kdy byla potvrzena jeho toxicita po hromadné otravě dělníků v Hamburku v roce 1922. Globálně bylo mezi lety 1998 a 2012 zaznamenáno nejméně 58 velkých případů otrav methanolem s více než 2 767 úmrtími. Otravy methanolem v Česku nebyly před rokem 2012 neznámé, většinou však souvisely s nelegálním domácím pálením. Po aféře počet hospitalizací a úmrtí v důsledku methanolu opět klesl na jednotky případů ročně (Šejvl et al., 2019).

Methanol se přirozeně vyskytuje v destilátech vyráběných z fermentovaného ovoce, jako jsou švestky, broskve nebo jablka. Podle českých a evropských předpisů smí destilace ovoce obsahovat maximálně 12 g methanolu na 1 litr čistého ethanolu (Zakharov et al., 2014). Methanol a ethanol jsou chemicky podobné látky jejich rozlišení podle chuti, vůně, barvy nebo viskozity je prakticky nemožné. Zásadním rozdílem mezi těmito alkoholy je rychlost eliminace – methanol se odbourává 7krát pomaleji než ethanol. Na rozdíl od ethanolu, který je v játrech metabolizován na acetaldehyd a kyselinu octovou, se methanol v těle mění na formaldehyd a kyselinu mravenčí, což může vést k metabolické acidóze. Otrava methanolem má zpočátku podobné příznaky jako

konzumace ethanolu – euforii a ospalost – ale po několika hodinách až dnech dochází k poruchám zraku, poškození nervového systému, dýchacím potížím a případně i k smrti. Ethanol má vyšší afinitu k enzymu alkoholdehydrogenáze než methanol, což znamená, že se při přítomnosti obou látek v těle enzymy primárně zaměří na odbourání ethanolu. Tím se zabrání nebo zpomalí přeměna methanolu na jeho toxické metabolity. Co se týká toxické dávky smrtelná dávka se pohybuje kolem 1 ml/kg tělesné hmotnosti, některé studie však uvádí dávku 30 ml jako smrtelnou. Dopad methanolu závisí na mnoha faktorech, včetně zdravotního stavu, tělesné hmotnosti nebo současné konzumace ethanolu. Pro srovnání, i ethanol je při vysokých dávkách toxický, přičemž smrtelná dávka pro dospělého člověka se pohybuje 6–8g/kg tělesné hmotnosti, tedy mezi 300–500 g ethanolu, což odpovídá přibližně 1 litru tvrdého alkoholu (Mika et al., 2014).

V srpnu 2012 bylo ve Zlínském kraji třemi českými podnikateli vyrobeno desítky tisíc litrů toxických lihovin, které obsahovaly směs 33 % ethanolu a 66 % methanolu. Veškerá produkce byla míchána a stáčena mimo prostory legálních výrobců. Toxický alkohol byl balen do lahví, které byly vizuálně nerozeznatelné od originálních značek (Zakharov et al., 2014). Kontaminovaný alkohol byl produkován organizovanou skupinou osob a distribuován dál prodejcům i koncovým zákazníkům, čímž vytvářeli dojem, že jde o legální alkohol (Šejvl et al., 2019). První případy otrav methanolem byly hlášeny v září 2012 v Moravskoslezském kraji. Do konce roku 2012 bylo potvrzeno 121 případů otravy methanolem, přičemž 20 lidí zemřelo ještě před hospitalizací a dalších 21 osob podlehlo otravě v nemocnicích. Celková úmrtnost dosáhla 34 %. U přeživších pacientů se často vyskytovala trvalá poškození, zejména slepota a neurologické poruchy. Nejpostiženější skupinou byli muži středního věku (průměrný věk pacientů byl 53 let), kteří konzumovali levné lihoviny dostupné na trhu (Zakharov et al., 2014). Několik případů následovalo i v roce 2013.

V reakci na situaci české úřady přijaly několik mimořádných opatření. Dne 12. září 2012 bylo zakázáno prodávat alkohol o obsahu více než 30 % ve stáncích. Policie tehdy identifikovala jako hlavní zdroj otrav levný český rum a vodku prodávané v těchto místech. Vzhledem k pokračujícímu nárůstu případů ministerstvo 14. září 2012 rozšířilo zákaz na veškerý prodej a podávání lihovin s obsahem nad 20 % alkoholu. Bylo zjištěno, že methanol se vyskytoval i v lahvích zakoupených v běžných maloobchodních sítích (Mika et al., 2014). Dalším krokem ke snížení rizika otrav bylo 7. prosince 2012 spuštění bezplatného testování domácích zásob alkoholu. Z téměř 7 000 analyzovaných vzorků bylo 841 kontaminovaných, přičemž 40 z nich bylo vyhodnoceno jako potenciálně smrtelných (Šejvl et al., 2019). Díky těmto opatřením se počet případů začal postupně snižovat a koncem roku 2012 se situace stabilizovala (Zakharov et al., 2014). Po této kauze byla zavedena opatření ke snížení rizika nelegální distribuce alkoholu, například povinné značení lihovin pomocí kontrolní nálepky s QR kódem, která umožňuje rychlou elektronickou identifikaci lihovin. Současně došlo ke zpřísnění pravidel pro označování a distribuci lihu, včetně registračních podmínek a opatření zaměřených na rizikové subjekty (Chomynová et al., 2024). Produkce nelegálního alkoholu v Česku po vypuknutí methanolové aféry výrazně poklesla. Podle odhadů Českého statistického úřadu (ČSÚ) se roční objem nelegální produkce alkoholu pohybuje pod 700 miliony Kč, což odpovídá přibližně 3 milionům litrů 40% lihovin, tedy asi 5 % legálního trhu (Vopravil, 2023).

3.2 Ekonomické dopady konzumace alkoholu

Konzumace alkoholu má ekonomický dopad na společnost, který se projevuje ve zvýšených nákladech na zdravotní péči, ztrátách způsobených poklesem produktivity práce, vyšší kriminalitou a s tím souvisejícími náklady na soudní a policejní aparát. Podle závěrečné zprávy Mlčoch et al. (2019) činily roční ekonomické náklady související s konzumací alkoholu v roce 2016 přes 56 miliard Kč (1,2 % HDP). Rozpad nákladů je vyčíslen v tabulce č. 1. Tyto ekonomické náklady lze rozdělit na přímé a nepřímé. Přímé náklady spojené s konzumací alkoholu zahrnují zejména výdaje na zdravotní péči, léčbu závislostí a náklady na sociální a justiční systém. Nepřímé náklady jsou tvořeny zejména ztrátou produktivity práce, předčasnými úmrtími a invaliditou. Tyto faktory mají značný dopad na ekonomiku, jelikož vedou ke snížení výkonnosti pracovní síly a zvýšení nároků na státní podporu.

Tab. 1 – Roční náklady související s konzumací alkoholu v Česku v roce 2016

Ekonomické náklady	Náklady (mil. Kč)
Náklady přímé	
Zdravotní náklady celkem	12 836
Náklady kriminální činnosti celkem	6 308
Prevence alkoholismu	739
Nehody (jiné než dopravní)	255
Administrace spotřební daně (celní správa)	92
Administrace pojistných plnění	44
Náklady nepřímé	
Celkové náklady ztráty produktivity	24 331
Celkové náklady předčasných úmrtí	6 608
Náklady přímé i nepřímé	
Dopravní nehody	4 366
Požáry	982
Invalidní důchody, nemocenské dávky, náhradní péče o děti	282
Celkem	56 844

Zdroj: Mlčoch et al., 2019

3.2.1 Přímé náklady

Konzumace alkoholu představuje významnou zátěž pro zdravotní systém Česka, výše zdravotních nákladů se odhaduje na 12,84 miliardy Kč ročně, což odpovídá přibližně 22,7 % z celkových společenských nákladů na alkohol, přičemž hlavní zátěž spočívá v léčbě chronických onemocnění způsobených dlouhodobou konzumací alkoholu. Mezi finančně nejnákladnější příhody spojené s nadměrnou konzumací alkoholu patří nespecifické poškození jater, hypertenze a alkoholické onemocnění jater. Vedle těchto příhod zahrnují zdravotní náklady i primární péči zaměřenou na léčbu syndromu alkoholové závislosti. Tento syndrom je spojen s vysokými náklady na hospitalizace, psychiatrickou a psychologickou péči a farmakoterapii zaměřenou na redukci abstinenčních příznaků. Hodně finančních prostředků jde také na prevenci alkoholismu. Alkohol má přímý dopad na sociální systém, zejména kvůli rostoucím nákladům na sociální podporu osob závislých na alkoholu, kteří nejsou schopni udržet si zaměstnání (Mlčoch et al., 2019).

3.2.2 Nepřímé náklady

Nepřímé náklady spojené s konzumací alkoholu v Česku dosahují téměř 31 miliard Kč ročně, což představuje největší ekonomickou zátěž spojenou s alkoholem. Nejvýznamnější složkou je ztráta produktivity, která činí 24,33 miliardy Kč. Presentismus a absentismus představují klíčové faktory snížené pracovní produktivity způsobené konzumací alkoholu. Presentismus označuje situaci, kdy je zaměstnanec fyzicky přítomen v práci, ale jeho výkon je omezen například kocovinou, únavou či jinými zdravotními obtížemi spojenými s alkoholem. Absentismus pak znamená neplánovanou nepřítomnost v zaměstnání, například kvůli těžké kocovině, hospitalizaci nebo dlouhodobé léčbě. Odhad těchto nákladů je metodologicky náročný, protože hodnocení je subjektivní a nepřesné. Dalším problémem je výpočet ekonomické ztráty. Kvůli těmto faktorům jsou ekonomické dopady presentismu a absentismu obtížně kvantifikovatelné (Mlčoch et al., 2019).

Další významnou část nepřímých nákladů tvoří předčasná úmrtí. V závěrečné zprávě Mlčoch et al. (2019) byla ekonomická ztráta odhadnuta na 6,61 miliardy Kč. V analýze na úrovni evropské unie (EU) využil Łyszczarz (2019) metodu, která počítá i s budoucími produkčními ztrátami na trhu práce a bere v úvahu, že každý zemřelý mohl až do důchodového věku přispívat k ekonomice. Touto metodou byla pro Česko v tomtéž roce (2016) ekonomická ztráta spojená s úmrtími způsobenými alkoholem odhadnuta na 674 milionů eur (16,5 miliardy Kč). To odpovídá 63,77 eura na jednoho obyvatele. Česko se tak nachází mírně nad průměrem EU (62,88 eura na obyvatele), avšak výrazně pod průměrem střední a východní Evropy, kde ztráty dosahují 87,91 eura na obyvatele. Podobně je na tom i v případě dopadu na HDP – Česko zaznamenalo ztrátu 0,249 % HDP, což je více než průměr EU (0,215 %), ale méně než v zemích střední a východní Evropy, kde je vliv alkoholu na ekonomiku ještě výraznější (Łyszczarz, 2019).

3.3 Regulace alkoholu

Postoj státu k politice v oblasti alkoholu se v průběhu 20. a 21. století proměňoval. Před druhou světovou válkou platil zákaz prodeje alkoholu osobám mladším 16 let a bylo zakázáno podávání lihovin na tanečních zábavách. Po roce 1948, s nástupem komunistického režimu, došlo k dalšímu zpřísnění pravidel, protože alkoholismus byl považován za negativní společenský jev, který odporoval socialistické morálce. Přijaté zákony se zaměřily na ochranu mládeže, prevenci alkoholismu a přísnější tresty za porušování pravidel. Opatření zahrnovala například zákaz prodeje alkoholu během pracovního týdne před 10:00 nebo nucenou léčbu pro závislé jedince, pokud jejich chování negativně ovlivňovalo rodinu nebo pracovní výkon. V roce 1973 vláda dále zpřísnila kontrolu nad alkoholem – byl zakázán prodej alkoholu na sportovních a kulturních akcích a také byla zakázána reklama na alkohol. Přestože byla alkoholová politika přísná, ve společnosti přetrvávala vysoká tolerance k pití (Hnilicová et al., 2017). Spotřeba čistého alkoholu na obyvatele v Česku od roku 1930 stále postupně rostla. Pokles spotřeby nastal až mezi lety 1985 a 1990. Tento pokles je přičítán zpřísnění kontroly prodeje alkoholu pod vlivem sovětské Gorbačovovy protialkoholní kampaně. V Sovětském svazu bylo hlavním cílem této iniciativy zabránit konzumaci alkoholu na pracovišti a československá vláda se tímto inspirovala (Dzúrová et al., 2010).

Rok 1989 znamenal zásadní změnu v alkoholové politice. Po pádu komunismu došlo k liberalizaci trhu s alkoholem, což zahrnovalo privatizaci výroby a prodeje alkoholu, zrušení většiny restrikcí a výrazné snížení cen alkoholických nápojů. Kontrola nad konzumací alkoholu se přesunula na jednotlivce a stát přestal do této oblasti významně zasahovat. Nový přístup k alkoholismu jej vnímal především jako zdravotní problém a zaváděl důraz na léčbu závislých, přičemž dostupnost alkoholu byla omezená jen minimálně. Jediným dlouhodobým opatřením jsou školní programy prevence zaměřené na zvyšování zdravotní gramotnosti dětí a mládeže, avšak jejich efektivita v prostředí levného a široce dostupného alkoholu je nízká. Přestože je prodej alkoholu osobám mladším 18 let zakázán, mladiství nemají problém jej získat. Společnost stále vykazuje vysokou toleranci k alkoholu (Hnilicová et al., 2017). Ani po závažné methanolové kauze v letech 2012–2014, kdy došlo k otravám způsobeným nelegální výrobou kontaminovaného alkoholu, nedošlo k zásadní revizi přístupu k regulaci alkoholu (Zakharov et al., 2014). Určitý posun nastal až v roce 2014, kdy byla alkoholová politika začleněna do celostátní protidrogové strategie, a v roce 2015 byl poprvé přijat akční plán zaměřený na kontrolu alkoholu. Od roku 2019 je alkohol explicitní součástí strategie politiky v oblasti závislostí v Česku (Chomynová et al., 2021).

3.3.1 Doporučené regulace alkoholu

Regulace konzumace alkoholu představuje klíčový nástroj v boji proti jeho negativním dopadům na společnost. WHO spustila v roce 2018 iniciativu SAFER, která zahrnuje pět klíčových strategií zaměřených na omezování škodlivé konzumace alkoholu a jejích negativních zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů. Tyto strategie zahrnují:

1. **regulaci dostupnosti alkoholu,**
2. **zpřísnění opatření proti řízení pod vlivem alkoholu,**
3. **zajištění přístupu k prevenci, krátkým intervencím a léčbě závislostí,**
4. **omezení či zákaz reklamy, sponzorství a propagace alkoholu,**
5. **zvýšení ceny alkoholu prostřednictvím vyšších spotřebních daní a cenových politik.**

Nejúčinnější a zároveň nejefektivnější opatření z hlediska nákladů jsou zvýšení spotřebních daní na alkohol, přísná regulace reklamy ve všech typech médií a omezení dostupnosti alkoholu například zkrácením prodejní doby. Tato opatření mají prokazatelně největší dopad na snížení spotřeby alkoholu a souvisejících rizik, přičemž jejich finanční náročnost je relativně nízká (Barták et al., 2019).

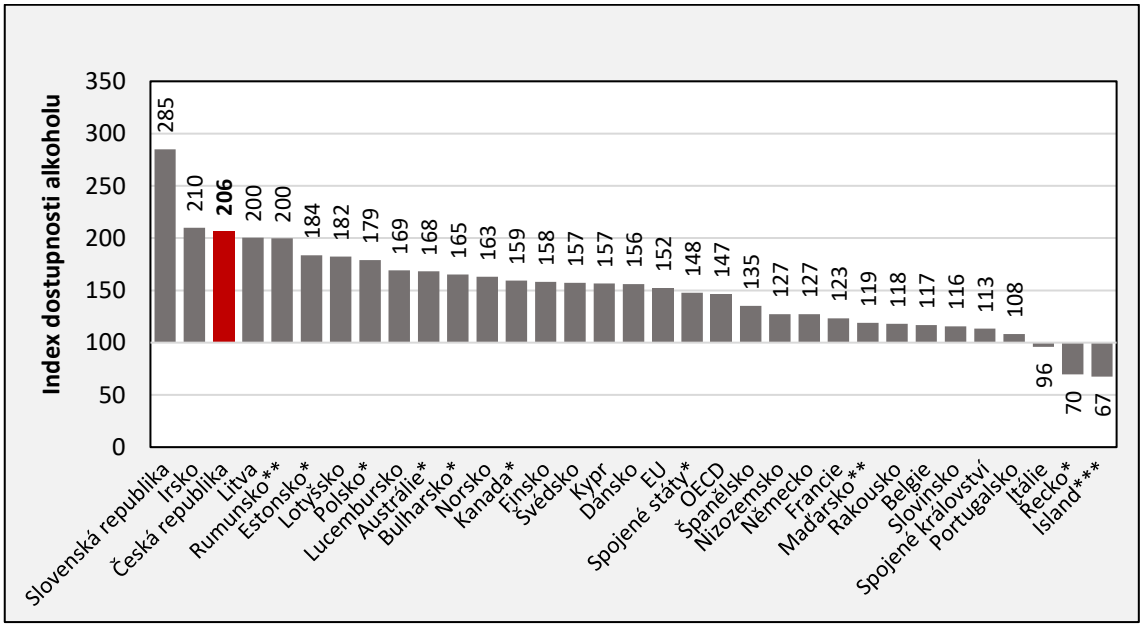
3.3.2 Dostupnost alkoholu v Česku

Regulace fyzické dostupnosti zahrnuje opatření určující, kde, kdy a kdo má možnost alkohol získat. Možnosti jsou omezení prodejní doby a dnů, regulace hustoty prodejních míst, zvýšení minimálního věku pro nákup, zákazu prodeje na specifických místech a regulace konzumace alkoholu na veřejnosti. Dalším aspektem je finanční dostupnost, která je spojená s daněním alkoholu. V Česku zákon stanovuje minimální věk pro prodej a podávání alkoholu na 18 let. Zároveň je prodej alkoholu omezen na specifická místa, jako jsou prodejny potravin, stravovací

zařízení, výrobci vína, ubytovací zařízení, stánky s občerstvením a vybrané dopravní prostředky. Prodej alkoholu je zakázán ve zdravotnických zařízeních, školách, zařízeních sociální péče a na akcích určených pro osoby mladší 18 let. Navzdory těmto omezením většina mladistvých ve věku 15–16 let uvádí, že je pro ně alkohol snadno dostupný. Obce mají pravomoc zakázat konzumaci alkoholu na veřejných místech nebo akcích přístupných mládeži, avšak údaje o využívání těchto opatření nejsou k dispozici (Barták et al., 2019). V praxi je alkohol velmi dostupný jak fyzicky, tak finančně.

Absence automatické valorizace spotřebních daní v legislativě a rostoucí životní úroveň způsobily, že cena alkoholu rostla pomaleji než příjmy obyvatel (Komárek a Prokop, 2019). Důsledkem bylo výrazné zvýšení cenové dostupnosti alkoholu v Česku v posledním desetiletí. V roce 2018 byl v Česku alkohol více než 2krát dostupnější než v roce 2000, zatímco v zemích OECD vzrostla jeho dostupnost v průměru pouze 1,5krát (OECD, 2021). Porovnání umožňuje index relativní cenové dostupnosti alkoholu, ten je zobrazen na obr. č. 2.

Obr. 2 – Index relativní cenové dostupnosti alkoholu



Poznámky: Hodnota dostupnosti alkoholu nižší než 100 znamená, že alkohol je méně dostupný kvůli poklesu reálného příjmu nebo zvýšení relativní ceny alkoholu (nebo obojímu), a naopak.
*Nejnovější údaje z roku 2017,**počáteční rok 2001, ***nejnovější údaje z roku 2014.

Zdroj: OECD, 2021

3.3.3 Reklama, tolerance při řízení

Reklama na alkohol je v Česku regulována zákonem, který stanovuje pravidla pro její obsah a šíření, ale neklade důraz na časová omezení reklam a nevyžaduje povinná zdravotní varování na obalech alkoholických nápojů. Zákon se vztahuje na všechny typy alkoholických nápojů a všechna komunikační média, včetně online platforem. Reklama nesmí podněcovat k nadměrné konzumaci alkoholu, zesměšňovat abstinenci, cílit na osoby mladší 18 let. Aktuální výzvou je rozvoj online marketingu, který bude vyžadovat specifické regulace (Barták et al., 2019). Propagace alkoholických nápojů je dlouhodobě úzce spojena se sportem a zábavním průmyslem, přičemž sponzoring sportovních klubů představuje jednu z klíčových marketingových strategií (Chomynová et al., 2024).

V Česku platí nulová tolerance alkoholu při řízení motorových vozidel. Řidiči nesmí před ani během jízdy konzumovat alkoholické nápoje či jiné látky obsahující alkohol. Technicky se za nulovou hodnotu považuje koncentrace alkoholu v krvi do 0,24 ‰, což zohledňuje možné odchylky měření. Sankce za řízení pod vlivem alkoholu se liší podle naměřené hladiny (Barták et al., 2019). Česko patřilo mezi průkopníky v zavedení nulové tolerance k alkoholu za volantem. První silniční zákon, přijatý v roce 1953, stanovil boj proti řízení pod vlivem alkoholu jako prioritu pro bezpečnost silničního provozu a zavedl politiku nulové tolerance. Díky tomuto časnému opatření se řízení pod vlivem alkoholu stalo v české společnosti široce nepřijatelným, což potvrzují i výsledky průzkumu Eurobarometr z roku 2010. Podle tohoto průzkumu si 75 % českých respondentů bylo vědomo, že legální limit alkoholu v krvi je nulový – nejvyšší podíl mezi zúčastněnými zeměmi. Přesto však spotřeba alkoholu v Česku zůstává vysoká a počet nehod způsobených pod vlivem alkoholu se dlouhodobě nemění. Pokud jde o celkovou bezpečnost silničního provozu, Česko mezi lety 2010–2019 zaznamenalo jeden z nejpomalejších pokroků v rámci EU – počet úmrtí na silnicích se snížil pouze o 23 % (ETSC, 2021).

3.3.4 Cena a danění alkoholu

Spotřební daně patří mezi nepřímé a selektivní daně, jejichž hlavním cílem je zvýšení státních příjmů a regulace spotřeby určitých výrobků považovaných za škodlivé pro jednotlivce i celou společnost. Zdaněním těchto statků dochází k růstu jejich ceny, což by ideálně mělo vést k omezení jejich spotřeby a tím i ke snížení negativních dopadů na veřejné zdraví či životní prostředí. Alkoholické nápoje jsou právě jedním z výrobků, které jsou v Česku zatíženy spotřební daní. Daň se vztahuje na lihoviny, víno i pivo (Institut pro politiku a společnost, 2019).

WHO (2020) identifikuje tři hlavní způsoby zdanění: specifické zdanění, kde je daň určována množstvím čistého ethanolu v nápoji, unitární zdanění, které daní alkohol podle objemu bez ohledu na obsah alkoholu, a ad valorem zdanění, které je odvozeno od ceny produktu. WHO jako nejúčinnější doporučuje specifické zdanění, protože efektivněji zdražuje silnější alkoholické nápoje, snižuje jejich spotřebu a omezuje zdravotní nerovnosti. Pro zajištění dlouhodobé efektivity navrhuje automatickou indexaci daní k inflaci, aby alkohol v čase relativně nezlevňoval (WHO, 2020). Zdanění alkoholu v EU zahrnuje nejen spotřební daně, ale také daň z přidané hodnoty (DPH), která významně ovlivňuje konečnou cenu pro spotřebitele. Studie Horáková et al. (2020) prokázala, že vyšší DPH vede ke snížení spotřeby alkoholu. V současnosti je systém zdanění alkoholu v Česku následující: specifické zdanění se uplatňuje u lihovin (daň z lihu) a piva, avšak u piva je nedokonalé, protože se vztahuje na mladinu. Unitární zdanění se týká šumivých vín, kde je daň stanovena na základě objemu. Ad valorem zdanění je zastoupeno vyšší sazbou DPH na alkoholické nápoje (Komárek a Prokop, 2023).

Pro výpočet výše spotřební daně z vína jsou stanoveny sazby v Kč/hl. Ačkoli i tiché víno formálně podléhá této dani, jeho sazba je od roku 1999 nulová, což znamená, že se z něj fakticky žádná daň neodvádí (Chomynová, 2024). Nulová daň je momentálně také u ciderů. Přitom víno tvoří více než pětinu celkové spotřeby alkoholu v Česku, a 93 % ze zkonzumovaného vína spadá do kategorie tichých vín. To znamená, že přibližně jedna pětina konzumovaného alkoholu není zatížena spotřební daní. Osvobození od daně je často obhajováno jako podpora českých vinařů, avšak vzhledem k tomu, že 70 % spotřebovaného vína pochází z dovozu, těží z této výjimky

především zahraniční vinaři, zejména producenti levných vín z Maďarska, Španělska a Slovenska. Sazba na šumivá vína nebyla od roku 2004 valorizována (Komárek a Prokop, 2019). Ministerstvo financí jako další důvody nulové daně uvádí administrativní náročností jeho zdanění, která vyplývá z vysokého počtu drobných výrobců, složitosti daňových úlev podle předpisů EU a nutnosti provozu daňových skladů. Dále se argumentuje kulturními aspekty a ochranou krajiny ve vinařských oblastech (Ministerstvo financí, 2019). Nulová sazba spotřební daně na tiché víno je ale v rozporu s principy spotřebního zdanění a způsobuje značný fiskální výpadek, který dosahuje až 5,1 miliardy Kč, což je o 0,3 miliardy Kč více, než činí celkové příjmy ze spotřební daně na pivo. Absence zdanění navíc činí víno nejlevnějším alkoholickým nápojem v přepočtu na objem. Například litr krabicového vína s 11% obsahem alkoholu lze běžně pořídit za méně než 20 Kč, přičemž cena decilitru čistého lihu v tomto balení je nižší než 2 Kč. Výjimky ve zdanění oslabují účinnost opatření proti závislostem, jelikož regulace zaměřená pouze na určité druhy alkoholu má jen omezený dopad (Institut pro politiku a společnost, 2019).

Spotřební daň z lihu se vypočítává na základě objemu čistého lihu v hektolitrech a příslušné daňové sazby (Institut pro politiku a společnost, 2019). U piva jsou uplatňovány různé daňové sazby v závislosti na velikosti pivovaru a z hlediska objemu výroby. Daňové sazby jsou stanovené na v Kč/hl za každé celé hmotnostní procento extraktu původní mladiny (stupňovitost piva). Což není úplně ideální systém, protože 10stupňové pivo může obsahovat alkohol v rozmezí 3,5–4,5 % a 12stupňové pivo v rozmezí 4,9–5,3 %, mezi obsah alkoholu tedy nemusí být výrazný rozdíl (Komárek a Prokop, 2019). Snížené sazby se uplatňují na pivo z tzv. malých nezávislých pivovarů (minipivovarů) (Chomynová, 2024). Z hlediska účelu spotřební daně, nedává příliš smysl toto daňové zvýhodnění určitě skupiny výrobců (minipivovarů). Konzumace alkoholu má negativní společenské dopady nehledě na jeho původ či velikost jeho výrobce (Institut pro politiku a společnost, 2019).

Mezi cenou alkoholu a jeho spotřebou existuje nepřímá úměra – zdražení vede ke snížení konzumace, avšak míra tohoto efektu (cenová elasticita) se liší podle typu nápoje a skupiny spotřebitelů. Pivo vykazuje nejnižší citlivost na změny ceny, odhaduje se, že 10% zdražení vede ke snížení spotřeby o 2,9 % až 8,3 %. Víno je citlivější, s teoretickým poklesem spotřeby až o 11,1 % při 10% zdražení. Lihoviny vykazují podobnou citlivost jako víno. Citlivost na cenu se navíc liší mezi skupinami spotřebitelů. Mladší konzumenti reagují na změny cen méně než dospělí, zatímco mírní konzumenti jsou na zdražení citlivější než těžcí konzumenti. To znamená, že běžná populace svou spotřebu při růstu cen omezuje, zatímco u závislých konzumentů je tento efekt méně výrazný (OECD, 2021). V rámci EU tvoří výdaje domácností na alkohol v průměru 1,6 % celkových spotřebitelských výdajů. V Česku je tento podíl vyšší, dosahuje 3,3 % (Horáková et al., 2020).

V rámci vládního plánu na ozdravení veřejných financí (konsolidační balíček) došlo ke schválení novely zákona č. 353/2003 Sb., která od 1. února 2024 zavádí zvýšení spotřební daně z lihu o 10 % v roce 2024, v roce 2025 o dalších 10 % a v roce 2026 o 5 %. Další změnou je zvýšení DPH na točené pivo na standardní sazbu 21 % (Komárek a Prokop, 2023). Ačkoli konsolidační balíček nezměnil spotřební daň na pivo, jeho cenu ovlivnila novela DPH. Čepované pivo v restauracích, dříve daněné 10 %, nyní spadá do základní sazby 21 %, čímž se sjednotilo zdanění baleného i čepovaného piva (Chomynová, 2024). Ministerstvo financí zdůvodňuje vyšší

sazbu spotřební daně na lihoviny jejich vyšší zdravotní rizikovostí, včetně vyššího nebezpečí otravy ethanolem a agresivního chování, a zároveň usiluje o přesun spotřeby k méně rizikovým nápojům, jako je pivo a víno (Ministerstvo financí, 2019). Zvýšení spotřební daně na lihoviny sice zdraží tvrdý alkohol, ale vzhledem k mediánu mezd jeho cenová dostupnost zůstane vyšší než v roce 2022. Dále je zde efekt substituce – pokud se zdraží pouze jeden druh alkoholu, spotřebitelé mohou přejít k levnějším alternativám, čímž se oslabuje celkový dopad daňových opatření na spotřebu. Vyšší DPH na čepované pivo sice přiblíží jeho zdanění k lihovinám a může mírně snížit spotřebu, ale protože DPH je navázána na cenu, spotřebitelé budou motivováni k substituci levnějšími variantami, například lahvovým nebo levnějším čepovaným pivem. Celkově jde o daňovou úpravu s omezeným dopadem na snížení škod způsobených alkoholem. Aktuální nedostatky zdanění alkoholu v Česku lze shrnout do tří bodů: 1) nulová spotřební daň na alkohol v tichém víně a ciderech, 2) nízké zdanění alkoholu v pivu a 3) absence automatické valorizace spotřebních daní (Komárek a Prokop, 2023).

Kukalová et al. (2021) ve své analýze zkoumali vztah mezi veřejnými výdaji na léčbu onemocnění souvisejících s nadměrnou konzumací alkoholu a příjmy ze spotřební daně z alkoholických nápojů v Česku. Odhadli, že za období 1998–2017 se roční náklady na zdravotní péči spojenou s těmito onemocněními pohybovaly mezi 9,7 a 25,4 miliardami Kč, zatímco příjmy ze spotřební daně z alkoholu dosahovaly hodnot v rozmezí 9,1 až 12,4 miliard Kč. Výsledky ukazují, že ve většině sledovaných let veřejné výdaje pouze na léčbu bez zahrnutí ztráty produktivity, těchto onemocnění převyšovaly daňové výnosy z alkoholu, což naznačuje, že zdanění alkoholu nepostačuje k pokrytí souvisejících nákladů na zdravotní péči.

Komárek a Prokop (2023) ve své práci navrhují možnou reformu, která se opírá o specifické zdanění alkoholu jako nejúčinnější nástroj ke snížení společenských nákladů spojených s jeho rizikovým užíváním. Maximální varianta reformy ponechává stávající daň na lihoviny, ale zvyšuje daň na pivo a víno tak, aby efektivní sazba na 1 litr alkoholu dosahovala 80 % zdanění lihovin, a minimální, která počítá s úrovní 60 %. Očekávaný dodatečný daňový výnos se pohybuje mezi 12,4 a 17,4 mld. Kč ročně. Klíčovým opatřením je také pravidelná valorizace sazeb, která zajistí jejich dlouhodobou účinnost. Vedle zdanění se jako účinný nástroj ukazuje minimální jednotková cena, která zdražuje především nejlevnější alkoholické produkty a pomáhá snížit spotřebu nízkopříjmových a rizikových skupin (OECD, 2021; Chomynová et al., 2024; Komárek a Prokop, 2023).

3.3.5 Celkové zhodnocení regulace alkoholu v Česku

Ve srovnání s ostatními státy EU si Česko v oblasti regulace alkoholu nevede nejhůře. Podle analýzy Svačinové et al. (2021), která hodnotila alkoholovou politiku v celkem 27 zemích EU pomocí škály sestávající ze 14 oblastí regulace, se Česko umístilo v horním kvartilu. Maximální počet bodů byl 20, přičemž vyšší skóre znamená přísnější regulaci. Česko získalo 15 bodů, což ho řadí mezi země s relativně přísnými opatřeními. Česko ovšem při hodnocení ztratilo body v několika klíčových oblastech. Mezi hlavní nedostatky patří nedostatečná regulace reklamy na alkohol a absence pravidelného, systematického monitorování dopadů konzumace alkoholu na veřejné zdraví. Dlouhodobým problémem Česka je také vysoká dostupnost alkoholu, a to jak z hlediska fyzického, tak ekonomického. Ačkoli tedy Česko dopadlo v analýze poměrně dobře,

české prostředí bývá obecně označováno jako „alkoholově vstřícné“, což znamená vysokou míru konzumace alkoholu, širokou toleranci a celospolečenskou akceptaci. Při interpretaci výsledků této analýzy je nutné brát v úvahu také kulturní a sociální rozdíly mezi jednotlivými zeměmi, které mohou zásadně ovlivňovat efektivitu přijatých opatření. Přímá komparace je tedy do určité míry omezená.

Na nedostatky nejen v alkoholové politice se aktuálně snaží reagovat Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027. Jedná se o klíčový dokument, kterým vláda ČR stanovuje konkrétní kroky a opatření ke snížení rizik spojených s užíváním alkoholu, drog, hazardním hraním a nadměrným užíváním moderních technologií. Hlavní cíle strategie jsou:

- **posílení prevence a zvýšení informovanosti veřejnosti,**
- **zajištění dostupné a kvalitní sítě adiktologických služeb,**
- **účinná regulace trhu s návykovými látkami a produkty způsobujícími závislost,**
- **lepší řízení, koordinace a efektivní financování protidrogové politiky.**

(Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2019).

Postoj české veřejnosti k regulaci alkoholu ukazují průzkumy veřejného mínění. Více než polovina (67 %) respondentů v průzkumu kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN souhlasila, že by na alkoholických nápojích měla být varování o škodlivých účincích alkoholu (Barták et al., 2022). Stejný výsledek vyšel i z průzkumu od NMS Market Research ze srpna 2024 (Friedrichová, 2024). V průzkumu 1. LF UK a VFN byly zkoumány názory i na ostatní aspekty protialkoholové politiky. Z dotázaného reprezentativního vzorku české populace 40 % respondentů souhlasilo že současná česká protialkoholní politika je úspěšná. Co se jednotlivých opatření týká, největší míru souhlasu s jejich zavedením/uplatňováním dotázaní vyjádřili s těmi, které se týkají ochrany dětí – systematická kontrola věku v prodejnách (94 % souhlasilo), zákaz prodeje v blízkosti škol (88 %) a nutnost vzdělávání a informování o alkoholu (86 %). Zároveň respondenti zdůrazňovali osobní odpovědnost dospělých v ochraně před škodlivými důsledky jak svého pití (77 %), tak i případného pití alkoholu jejich dětí (90 %). I přes důraz na osobní zodpovědnost, více než polovina (57 %) by souhlasila s naprostým zákazem reklamy na alkohol (Barták et al., 2022). Stejný podíl souhlasu s omezením reklamy vyšel i z průzkumu od NMS Market Research. Naopak zvýšení spotřební daně nemá příliš velkou podporu veřejnosti, v tomtéž průzkumu by s ním souhlasilo pouze 30 % dotázaných (Friedrichová, 2024).

Kapitola 4

Měření spotřeby alkoholu

4.1 Měření spotřeby alkoholu

Obsah ethanolu v alkoholických nápojích se zpravidla udává v objemových procentech. Koncentrace ethanolu v nápoji se odvíjí od procesu jeho výroby (Krmenčík a Holcnerová, 2009). V Česku se za alkoholický nápoj považuje nápoj obsahující více než 0,5 objemových % ethanolu (§ 2 zákona č. 65/2017 Sb). Alkoholické nápoje lze klasifikovat do několika kategorií na základě způsobu výroby a obsahu ethanolu. Víno z vinné révy tvoří jednu z hlavních skupin alkoholických nápojů. Vyrábí se kvašením hroznů a hlavní typy jsou tichá vína s nízkým obsahem oxidu uhličitého, šumivá vína, a likérová vína. Mezi nejrozšířenější alkoholické nápoje v Česku patří pivo a nápoje na bázi piva. Pivo se vyrábí kvašením sladové mladiny a vedle klasických piv existují i míchané varianty, které kombinují pivo s nealkoholickými složkami, například ovocnými šťávami nebo limonádami (Chomynová et al., 2024). V případě piva je nutno podotknout, že stupně, jimiž se pivo označuje, se nevztahují k množství alkoholu, ale k obsahu pevných látek (hmotnostního procenta extraktu původní mladiny) (Krmenčík a Holcnerová, 2009).

Specifickou skupinu tvoří lihoviny, tedy destilované nápoje vyráběné z obilovin, ovoce či jiných surovin. Samostatnou kategorii představují ostatní alkoholické nápoje, které nezapadají do výše uvedených skupin a jejich obsah ethanolu nepřesahuje 15 %. Patří sem například alkopopy, ty vznikají z nápojů vzniklých kvašením ovoce nebo sladu nebo obsahují základ ve formě vína či destilátu a dále se ochucují, doslazují či ředí vodou. Podobně jsou klasifikovány hard seltzery, které vznikají postupným kvašením ovoce, cukru nebo ječného sladu a následnou kombinací s perlivou vodou a příchutí. Obsah ethanolu v alkoholických nápojích je v Česku regulován legislativními předpisy, které stanovují minimální a maximální povolené hodnoty pro jednotlivé kategorie. EU rovněž upravuje přípustné odchylky od deklarovaného množství alkoholu, čímž se zajišťuje transparentnost a správné označování těchto produktů na trhu (Chomynová et al., 2024). Povolený a běžný obsah alkoholu v jednotlivých nápojích je zobrazen v tabulce č. 2.

Tab. 2 – Obsah alkoholu v jednotlivých nápojích

Nápoj	Obsah ethanolu v % obj.	Proces výroby
Pivo (povolený obsah)	**1,2–20**	**Fermentace**
Pivo (běžný obsah)	4–6	
Víno (povolený obsah)	**8,5–15**	
Víno (běžný obsah)		
jakostní víno	11–13	**Fermentace**
přívlastkové víno	14–15	
likérové víno	15–22	
ovocné víno	10–20	
Lihoviny (povolený obsah)	**15–80**	
Lihoviny (běžný obsah)	40	
Whiskey, gin	37,5–50	
Brandy	38–60	**Destilace**
Ovocné pálenky	40–50	
Tequila	32–60	
Rum, vodka	35–50	
Ostatní alkoholické nápoje		
Cider	1,2–8,5	**Fermentace**
Alkopops	3–7	**Míchané nápoje**
Hard seltzer	4	**Míchané nápoje**

Zdroj: Chomynová et al., 2024; European comission, 2024

Spotřebu alkoholu je možné vyjádřit v gramech zkonzumovaného alkoholu nebo jako počet standardních nápojů. Ve většině států Evropy představuje jeden standardní nápoj 10–12 g alkoholu, avšak v USA je to 14 g a ve Velké Británii 8 g. Standartní nápoj tedy není světově unifikovaná jednotka a není zcela vhodná pro mezinárodní srovnání. Potřeba je srovnávat celkový obsah ethanolu v g. Voda a ethanol mají rozdílnou hustotu, 1ml ethanolu má přibližně 0,789 g. V Česku je běžné pití piva ze sklenice 0,5 l, vína ze sklenice 0,2 dl a destilátu ze sklenice 0,5 dl (SZÚ, 2023a, Ruprich et al., 2015). Gramy ethanolu ve standardních sklenicích zobrazuje tabulka č. 3.

Tab. 3 – Gramy ethanolu v jednotlivých nápojích

Nápoj	Objem standardní sklenice (l)	Objem % ethanolu	Gramy ethanolu
Víno bíle	0,20	12	19
Víno červené	0,20	14	22
Pivo 10o	0,50	4	16
Pivo 12o	0,50	5	20
Lihoviny	0,05	40	16
Cider	0,33	4,5	12

Zdroj: Chomynová, et al., 2024

Konzumace alkoholu může být klasifikována dvěma hlavními způsoby: podle rizikovosti na základě množství konzumovaného alkoholu během jednoho dne a podle vzorců konzumace, které zohledňují frekvenci a intenzitu pití. Podle klasifikace WHO (2000) lze konzumaci alkoholu

rozdělit do čtyř kategorií (tabulka č. 4). Tato kategorizace slouží především pro komparaci napříč státy, avšak WHO upozorňuje, že jakákoli konzumace alkoholu představuje určité zdravotní riziko, zejména ve vztahu k nádorovým a kardiovaskulárním onemocněním (WHO, 2024a). Vedle množství alkoholu je však důležité posuzovat také způsob konzumace, který může výrazně ovlivnit zdravotní důsledky. V tomto smyslu se rozlišují 3 kategorie. Zaprvé mírná konzumace, která v Evropě znamená zpravidla 10–20 g/den u žen a 20–30 g/den u mužů (bez epizod nadměrné konzumace, s několika dny bez alkoholu a konzumací alkoholu společně s jídlem). Dle českých doporučení pak 16 g/den pro ženy a 24 g/den pro muže s maximálně pěti dny konzumace týdně Tyto hodnoty odpovídají přibližně 1–2 standardním nápojům denně (European Commission, 2024; Ruprich et al., 2015). Zadruhé dlouhodobá nadměrná konzumace alkoholu (Heavy Continuous Drinking, HCD), definovanou jako průměrná denní konzumace ≥60 g ethanolu po dobu nejméně jednoho roku (WHO, 2024a), což je spojeno se zvýšeným rizikem jaterních onemocnění, nádorových a kardiovaskulárních onemocnění (Rehm et al. et al., 2017). Zatřetí epizodická konzumace nadměrných dávek (Heavy Episodic Drinking, HED, binge drinking), která je charakterizována jako konzumace ≥60 g ethanolu (nebo 5 a více standardních nápojů) při jedné příležitosti a která významně zvyšuje riziko úrazů, násilí, otrav alkoholem a akutních zdravotních komplikací (WHO, 2024a).

Tato klasifikace ukazuje, že samotné množství konzumovaného alkoholu nestačí k přesnému určení rizika – je nutné zohlednit také způsob a frekvenci pití, neboť nízké množství alkoholu konzumované pravidelně může mít odlišné zdravotní důsledky než velká dávka alkoholu vypitá najednou. Právě epizodické nadměrné pití (binge drinking) je extrémně rizikové, i když celková týdenní konzumace zůstává v „nízkorizikových“ mezích (Rehm et al., 2017). Z tohoto důvodu je hodnocení alkoholu nejpřesnější, pokud se kombinují obě klasifikace – denní dávky podle WHO a vzorce konzumace (HCD, HED, mírná konzumace). Jak je zobrazeno v tabulce č. 2 jedna běžná sklenice (dávka) alkoholu, obsahuje v Česku přibližně 10–30 g ethanolu. To znamená, že pravidelná konzumace přesahující 2–3 sklenice denně u mužů a 1–2 sklenice u žen, je již považována za rizikovou.

Tab. 4 – Klasifikace rizikové konzumace alkoholu dle zkonzumovaných gramů ethanolu

Výše rizika	Muži	Ženy
Nízké riziko	1–40 g	1–20 g
Střední riziko	41–60 g	21–40 g
Vysoké riziko	61–100 g	41–60 g
Velmi vysoké riziko	101+g	61+g

Zdroj: WHO,2000

4.2 Metodologie měření konzumace alkoholu ve výběrových šetřeních

Agregovaná data o prodeji alkoholu mohou sloužit pro porovnání spotřeby alkoholu v čase, ale pro analýzu vlivu konzumace alkoholu na zdraví populace jsou stěžejní výběrová šetření zachycující specifické vzorce konzumace. Metodologie zisku dat o konzumaci alkoholu je zásadní pro zhodnocení vlivu spotřeby alkoholu na zdraví. Data z výběrových šetření dle odhadů

podhodnocují skutečnou spotřebu alkoholu zhruba o 40–50 % (Livingston a Callinan, 2022; Dawson, 2003). Příčinou jsou zejména dvě okolnosti: zaprvé fakt, že se někteří jedinci (např. marginalizované skupiny) do průzkumů vůbec nedostanou, a zadruhé chyby v sebehodnocení (problém vybavit si informace nebo vědomé zkreslování informací). (Livingston a Callinan, 2022).

Mezi nejčastější metody pro měření konzumace alkoholu patří Quantity-Frequency (QF), Graduated Frequency (GF), Beverage-Specific Quantity-Frequency (BSQF), Context-Specific Quantity Frequency (CSQF). Metoda QF standardně zjišťuje průměrnou velikost konzumovaného množství (například kolik standardních nápojů se vypije za den či za týden) a průměrnou frekvenci (tedy jak často člověk pije) za určité období (typicky týden, měsíc nebo rok). Tento přístup je poměrně jednoduchý a poskytuje dobrý přehled o průměrném pravidelném pití, může však podhodnocovat nepravidelné epizody tzv. binge drinking, protože se orientuje na průměry a nejčastější (modusové) hodnoty. GF se zaměřuje primárně na zachycení výjimečných (vyšších) konzumací: začíná otázkou na největší počet drinků vypitých při jedné příležitosti za dané období a postupně se doptává na četnost opakování této hodnoty i nižších dávek. GF dokáže lépe odhalit binge drinking, ale může vést k nadhodnocení, pokud respondent nejasně rozlišuje různé úrovně pití. BSQF je pokročilejší metoda, která rozlišuje konzumaci podle konkrétních typů alkoholu (pivo, víno, tvrdý alkohol apod.) a pro každý druh zvlášť zjišťuje množství i frekvenci. Tím dokáže zachytit vzorce konzumace přesněji (například preferenci určitého druhu) a předejít generalizaci (Fiala et. al., 2017). CSQF se zaměřuje nejen na četnost a množství konzumace, ale při jaké příležitosti byl alkohol konzumován. Poskytuje vhled do sociálního kontextu pití – lze lépe rozlišit běžnou a rizikovou konzumaci. Umožňuje studovat souvislosti mezi vzorci pití a zdravotními dopady. CSQF představuje vyšší administrativní zátěž. Odpovědi jsou méně standardizované než u BSQF, což ztěžuje komparaci (Vichitkunakorn et al. 2018). Další z hlavních metodologických otázek je volba období, za které se spotřeba alkoholu zaznamenává. Krátké období (týden či den) usnadňuje přesné vylíčení a snížení tzv. recall bias (vybavení si konkrétní informace), ale může vynechat výjimečné či sezónní excesy, jež mohou být rizikové. Oproti tomu delší interval, obvykle 12 měsíců, lépe zachycuje variabilitu pití v průběhu roku (Dawson, 2003).

Kapitola 5

Vliv alkoholu na lidské zdraví

Konzumace alkoholu se přímo či nepřímo podílí na vzniku více než 200 onemocnění, úrazů a dalších zdravotních komplikací (WHO, 2024). Nejvýraznější zdravotní dopady spojené s konzumací alkoholu se v Česku vyskytují u osob ve středním a vyšším věku. Riziková konzumace alkoholu zahrnuje 16,8 % populace starší 15 let, přičemž 9,0 % spadá do kategorie vysokého rizika. V mladších věkových skupinách, zejména u mužů do 45 let, patří nehody a úrazy související s alkoholem k hlavním příčinám úmrtí. Každý rok je v obecném registru úmrtnosti zaznamenáno 300–400 případů smrtelného předávkování alkoholem. Celkově v Česku ročně umírá pod vlivem alkoholu přibližně 800 osob, především v důsledku nehod a sebevražd (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2019). Rehm et al. (2017) ve svém systematickém přehledu, vycházejícím z 255 epidemiologických studií a analýz zaměřených na vliv konzumace alkoholu na lidské zdraví, vymezují tři kategorie nemocí a přidružených zdravotních problémů: 1) plně přisuzované alkoholu, 2) částečně přisuzované alkoholu a 3) vnější příčiny (úrazy), které jsou částečně přisuzované alkoholu. Výčet vnějších příčin je převzat z minulého vydání přehledu (Rehm et al., 2010), zůstal beze změny. Další dimenzí vlivu alkoholu na zdraví je ohrožení zdraví ostatních pod vlivem alkoholu (AHTO).

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize (MKN-10) rozeznává několik nemocí, které mají slovo alkohol či alkoholické přímo v názvu. Tyto nemoci patří do první skupiny – plně přisuzovány alkoholu, přehled se nachází v tabulce č. 5. V tabulce č. 6 jsou uvedeny stavy částečně přisuzované alkoholu, kdy alkohol není jedinou příčinou, avšak jeho spolupůsobení s dalšími faktory bylo prokázáno (Rehm et al., 2017). Do této skupiny řadí Rehm et al. (2017) ještě několik infekčních nemocí (HIV, tuberkulózu, zápal plic). Z důvodu nízkého počtu úmrtí na tyto diagnózy a obsáhlosti práce nebyly infekční nemoci do analýzy zařazeny.

Tab. 5 – Nemoci a přidružené zdravotní problémy plně přisuzované alkoholu

Název nemoci	**Kód v MKN 10**
Pseudo-Cushingův syndrom navozený alkoholem	E24.4
Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu	F10
Degenerace nervové soustavy způsobená alkoholem	G31.2
Alkoholická polyneuropatie	G62.1
Alkoholická myopatie	G72.1
Alkoholická kardiomyopatie	I42.6
Alkoholická gastritida	K29.2
Alkoholické onemocnění jater	K70
Akutní pankreatitida vyvolaná alkoholem	K85.2
Alkoholická chronická pankreatitida	K86.0
Péče o matku pro (podezření) poškození plodu alkoholem	O35.4
Postižení plodu a novorozence užíváním alkoholu matkou	P043
Alkoholový syndrom plodu (dysmorfní)	Q860
Intoxikace alkoholem	T510, T511, T519

Zdroj: Rehm et al., 2017 (upraveno); ÚZIS, 2024

Tab. 6 – Vybrané nemocí a přidružené zdravotní problémy částečně přisuzované alkoholu

Název nemoci	**Kód v MKN 10**
Zhoubné novotvary	
Zhoubné novotvary dutiny ústní a hltanu	C01-C10, C12-C14
Zhoubný novotvar jícnu	C15
Zhoubný novotvar tlustého střeva a konečníku	C18-C21
Zhoubný novotvar jater	C22
Zhoubný novotvar hrtanu	C32
Zhoubný novotvar prsu u žen	C50
Kardiovaskulární onemocnění	
Hypertenzní onemocnění srdce	I11-I13
Ischemická choroba srdeční	I20-I25
Fibrilace a flutter síní	I48
Ischemické cévní mozkové příhody	I63-I67, I69.3
Hemoragické cévní mozkové příhody	I60-I62, I69.0-I69.2
Městky jícnu – ezofageální varixy	I85
Nemoci trávicí soustavy	
Chronický zánět, fibróza a cirhóza jater	K73-K74
Akutní zánět a jiné nemoci slinivky břišní	K85–K86
Nemoci endokrinní	
Diabetes mellitus – cukrovka	E10-E14
Nemoci nervové soustavy	
Epilepsie – padoucnice	G40–41

Zdroj: Rehm et al., 2010; Rehm et al., 2017; ÚZIS, 2024; upraveno

5.1 Závislost na alkoholu a vliv alkoholu na mozek

Alkoholová závislost (v MKN-10 kód F10.2) je chronické onemocnění charakterizované silnou touhou po alkoholu, ztrátou kontroly nad jeho konzumací, zvyšující se tolerancí a výskytem abstinenčních příznaků při vysazení. Dlouhodobé užívání alkoholu vede k chemickým změnám v mozku, které závislost upevňují a ztěžují odvykání (Hoffman a Tabakoff, 1996).

Při konzumaci alkoholu dochází k ovlivnění mozkových funkcí, zejména emocí, motivace a schopnosti rozhodování. Klíčovou roli zde hraje dopamin – alkohol podporuje jeho uvolňování, což vyvolává příjemné pocity a posiluje chuť k dalšímu pití. Postupem času však mozek reaguje méně citlivě, což vede k nutnosti konzumovat vyšší dávky alkoholu pro dosažení stejného efektu. Dále alkohol působí na GABA receptory, které tlumí aktivitu mozku vyvolávají pocit relaxace. Při dlouhodobém užívání se mozek přizpůsobí a jeho přirozená schopnost uklidnit se oslabí. To má za následek nervozitu a neklid v období abstinence, což může vést k dalšímu pití „na uklidnění“. Dalším mechanismem je vliv alkoholu na glutamátový systém, jenž je zodpovědný za aktivitu mozku. Alkohol tento systém tlumí, což mozek postupně kompenzuje zvýšením produkce glutamátu. Když je alkohol náhle vysazen, glutamátová aktivita převládne, což vyvolává abstinenční příznaky, jako jsou třes, úzkost, podrážděnost či nespavost (Hoffman a Tabakoff, 1996).

Chronická konzumace alkoholu způsobuje strukturální změny v mozku, zejména v prefrontální kůře, hipokampu a mozečku – oblastech klíčových pro kognitivní kontrolu, paměť a motorické funkce. Opakovaná expozice alkoholu vede k redukci objemu šedé hmoty a atrofii mozkových struktur, přičemž nejvíce postižené jsou oblasti zodpovědné za seberegulaci a rozhodování. Dochází také ke změnám v bílé hmotě mozku, které naznačují narušení neuronální konektivity a zhoršený přenos signálů mezi mozkovými oblastmi. Tyto změny snižují schopnost inhibovat impulzivní chování, což vysvětluje, proč mají lidé se závislostí problémy s kontrolou příjmu alkoholu i přes jeho negativní důsledky (Nutt et al., 2021).

Po vysazení alkoholu se tělo vyrovnává s abstinenčním syndromem. Abstinenční syndrom obvykle nastupuje během několika hodin až dní po vysazení alkoholu a vrcholí druhý den. Mezi hlavní projevy patří třes, úzkost, pocení, nevolnost, nespavost. V závažnějších případech se mohou objevit halucinace, dezorientace, přičemž nejkritičtější formou je delirium tremens, které může vést až k selhání organismu (Popov, 2003). Léčba alkoholové závislosti zahrnuje farmakoterapii, psychoterapii a behaviorální intervence (Rehm et al. 2013) Léčba abstinenčních příznaků závisí na závažnosti abstinenčních příznaků. U lehkých případů postačuje rehydratace a vitamínová terapie, zejména podání thiaminu (vitamín B1). U těžších stavů je nutná hospitalizace a podání benzodiazepinů, které pomáhají potlačit abstinenční příznaky a snižují riziko záchvatů. Alkoholová závislost navíc často souvisí s dalšími duševními poruchami, což se označuje jako duální diagnóza. U pacientů se závislostí na alkoholu se běžně vyskytují deprese, úzkostné poruchy a psychotické epizody (Popov, 2003). I když alkoholová závislost není vždy život ohrožující stav, výrazně zhoršuje kvalitu života. Projevuje se častou absencí v práci, neplněním sociálních rolí a narušením mezilidských vztahů i běžného fungování v každodenním životě (Rehm et al., 2013).

5.2 Konzumace alkoholu v těhotenství

Alkohol je známý teratogen, což znamená, že jeho konzumace během těhotenství může negativně ovlivnit vývoj plodu a vést k řadě zdravotních komplikací. Zatímco škodlivé účinky nadměrného pití v těhotenství jsou dobře zdokumentované, otázka bezpečnosti nízké a střední konzumace alkoholu zůstává předmětem diskuse. Doporučené dávky alkoholu se mezi jednotlivými zeměmi a institucemi liší. Aktuálně ale neexistují dostatečně silné vědecké důkazy potvrzující bezpečnost jakéhokoli množství alkoholu během těhotenství (Mamluk et al., 2017; Easey et al., 2019). Úplná abstinence je proto jedinou prokazatelně bezpečnou volbou.

I mírná konzumace alkoholu v těhotenství může být spojena s riziky, jako je nižší porodní hmotnost, předčasný porod a zvýšeným rizikem problémů s duševním zdravím u dětí, včetně úzkosti, deprese a poruch chování (Mamluk et al., 2017; Easey et al., 2019). Nejzávažnější formou poškození plodu v důsledku expozice alkoholu je fetální alkoholový syndrom (FAS). Fetální alkoholový syndrom (FAS) se rozvíjí u dětí, jejichž matky během těhotenství konzumovaly nadměrné množství alkoholu. Dítě se rodí se specifickými tělesnými a psychickými následky, které ho poškozují na celý život. Mezi tyto následky patří poruchy růstu, deformity v obličeji a poškození centrální nervové soustavy (DeJong et al., 2019). Podle odhadů se v Česku každoročně narodí přibližně 3000 novorozenců se zdravotními komplikacemi a postiženími, které jsou důsledkem konzumace alkoholu u žen v těhotenství. Tyto děti spadají do širšího spektra poruch FASD (fetální alkoholové spektrum poruch). Z tohoto počtu se u přibližně 300 dětí rozvine přímo FAS (SZÚ, 2021).

Nejčastějšími poruchami u dětí se syndromem FAS jsou poruchy chování, problémy s učením, poruchy zraku a sluchu, potíže s pamětí či snížená inteligence. Tyto problémy mohou dítě výrazně omezovat v každodenním životě i ve vzdělávání a často vedou k obtížím v sociálním fungování. Děti s FAS mívají problémy se školní docházkou, sociální interakcí a seberegulací. Postižení dítěte s FAS se projevuje pomalým růstem už během nitroděložního vývoje a následně i po narození. Typické jsou deformity kloubů, končetin a prstů. Dítě mívá menší obvod hlavy a menší mozek, což je spojeno s neurovývojovými deficity. Charakteristické obličejové rysy zahrnují široce posazené oči, tenký horní ret, krátký nos a hladký philtrum (oblast mezi nosem a horním rtem). Fetální alkoholový syndrom nelze vyléčit, ale lze mu zcela předejít abstinencí od alkoholu během těhotenství (DeJong et al., 2019; SZÚ, 2021). Novější výzkumy ukazují, že FASD je pravděpodobně poddiagnostikováno, jelikož jeho projevy mohou být zaměněny za jiné vývojové a behaviorální poruchy, zejména ADHD (Easey et al., 2019)

5.3 Vnější příčiny

Vliv alkoholu na riziko úrazů se odvíjí od koncentrace alkoholu v krvi. Již při hladině 0,3 ‰ alkoholu v krvi dochází ke zhoršení zraku, psychomotorických schopností a reakční doby. Z výzkumů vyplývá, že vztah mezi hladinou alkoholu v krvi a pravděpodobností úrazu má z pravidla exponenciální charakter. Akutní intoxikace alkoholem způsobuje především nehody a zranění, v případě sebevražd hraje větší roli chronická konzumace alkoholu, zejména nadměrné dávky alkoholu dlouhodobě. Data za úrazy spojené s alkoholem je poměrně těžké sbírat, neboť

téměř každý úraz může být spojen s alkoholem, a ne vždy je možnost přítomnost alkoholu zjistit. Obecně lze říct že alkohol je označen za příčinu (částečnou) pokud existuje prokazatelný vztah mezi konzumací alkoholu a daným stavem a existuje biologický mechanismus nebo fyziologická pravděpodobnost, která tento vztah vysvětluje (Rehm et al., 2017). V tabulce č. 7 jsou shrnuty vnější příčiny úmrtí, které jsou s alkoholem často spojovány.

Tab. 7 – Vnější příčiny úmrtí částečně způsobené alkoholem

Kategorie	MKN-10 kód
Neúmyslná zranění	
Dopravní nehody	V01-V98
Náhodná otrava škodlivými látkami a expozice jejich působení	X40-X44, X46-X49
Pády	W00-W19
Náhodné (u)tonutí a potopení	W65-W74
Vystavení neživotným i životným mechanickým silám	W20-W52
Ostatní neúmyslná zranění	W75-W99, X30-X33, X50-X58
Úmyslná zranění	
Úmyslné sebepoškození a jeho následky	X60-X84
Napadení (útok) a jeho následky	X85-Y09

Zdroj: Rehm et al., 2010

5.4 Nádorové onemocnění a vliv alkoholu na trávící soustavu

Negativní vliv na lidský organismus neplyne pouze z přímých účinků alkoholu samotného, ale rovněž z jeho metabolismu v těle, v průběhu, něhož se tvoří škodlivé látky. Ethanol přítomný v alkoholických nápojích je klasifikován jako lidský karcinogen skupiny 1, tedy s nejvyšší mírou prokázané karcinogenity. V organismu existují čtyři metabolické dráhy, díky nimž je možné vyloučit 90–98 % ethanolu; zbývající část se pak dostává ven dechem, močí či potem (Zima, 2018). Játra jsou hlavním orgánem odpovědným za metabolismus alkoholu a zároveň nejvíce vystaveným jeho škodlivým účinkům. Alkohol se v játrech rozkládá dvěma způsoby – oxidativní a neoxidativní cestou. Oxidativní metabolismus využívá enzymy, které přeměňují alkohol na karcinogenní acetaldehyd a následně na neškodný acetát. Acetaldehyd však poškozuje jaterní buňky, způsobuje zánět a zjizvení tkáně, což může vést k cirhóze jater. Navíc vytváří reaktivní kyslíkové sloučeniny, které narušují DNA a bílkoviny, čímž dále přispívají k poškození jaterní tkáně. Neoxidativní metabolismus produkuje látky, které podporují ukládání tuku v játrech, což může vést k jejich ztučnění (steatóze). Při dlouhodobé konzumaci alkoholu dochází ke zvýšení aktivity enzymu, který zvyšuje oxidační stres, podporuje zánětlivé procesy a urychluje degeneraci jaterních buněk. Pokud játra nestíhají alkohol odbourávat, dochází k jejich zánětu, zjizvení a v konečném důsledku až k selhání. Přibližně 25 % případů cirhózy je způsobeno nadměrnou konzumací alkoholu. Nicméně ne u všech jedinců chronicky vystavených alkoholu se cirhóza vyvine, což naznačuje roli genetických a životních faktorů (Rocco et al., 2014).

Alkohol však nepoškozuje pouze játra, ale i celý trávící systém. V slinivce břišní alkohol a jeho metabolity narušují funkci buněk, způsobují zánět, zjizvení tkáně a mohou vést k chronické pankreatitidě. V jícnu a žaludku alkohol poškozuje sliznici, ovlivňuje pohyb svalů, tlak

v jícnovém svěrači a produkci žaludeční kyseliny, což může vést k refluxu a žaludečním vředům. Tyto změny jsou závislé na množství alkoholu a mohou být reverzibilní po delší abstinenci. Ve střevech alkohol poškozuje sliznici přímo i nepřímo – mění střevní mikroflóru a oslabuje imunitní systém. Zvýšená propustnost střev pak umožňuje průnik toxických látek do krevního oběhu, což dále přispívá k poškození jater. Tato komplexní interakce toxicity metabolitů, oxidačního stresu, zánětu a imunitní odpovědi vysvětluje široký negativní dopad alkoholu na organismus, zejména na játra a trávicí trakt (Rocco et al., 2014).

Vědecké studie prokázaly, že alkohol způsobuje několik typů nádorových onemocnění, včetně zhoubného novotvaru tlustého střeva, prsu a jícnu (Rehm et al., 2017). Dosavadní vědecké poznatky nenasvědčují existenci určitého prahu, od kterého by se karcinogenní vlivy alkoholu spouštěly: riziko nádorových onemocnění roste úměrně s konzumovaným množstvím (WHO, 2022). Vztah mezi pitím alkoholu a pravděpodobností vzniku nádorového onemocnění je lineární, přičemž riziko narůstá s celoživotní expozicí (Rehm et al., 2020). Dostupné údaje ukazují, že polovina všech případů zhoubných novotvarů připisovaných alkoholu v evropském regionu WHO vychází již z lehké až střední konzumace (WHO, 2022). Nepříznivý dopad má i na další metabolické děje v těle, například na tvorbu energie a metabolismus tuků (Zima, 2018). V roce 2016 bylo alkoholu připisováno 376 200 úmrtí na zhoubné novotvary (4,2 % všech onkologických úmrtí) a 10,3 milionu ztracených let života (DALYs). Nejvyšší podíl z této úmrtnosti připadl na kolorektální karcinom (23,9 %), hepatocelulární karcinom (22,3 %) a karcinom jícnu (19,3 %). V úmrtnosti na alkoholem podmíněné onkologické onemocnění existují značné rozdíly mezi věkovými skupinami, ve skupině 30–34 let tvořila úmrtí 13,9 %, zatímco u osob nad 80 let pouze 2,7 %. Regionálně byla nejvyšší zátěž zaznamenána ve východní Evropě (12,0 úmrtí/100 000 obyvatel), následovaná střední a západní Evropou (Rehm et al., 2020).

5.5 Kardiovaskulární zdraví

Vztah mezi konzumací alkoholu a kardiovaskulárními chorobami je komplexní. Potenciální rizika i benefity závisí na vzorcích konzumace a geograficko-kulturním kontextu. O'keefe et al. (2007) popisuje vztah mezi konzumací alkoholu a různými zdravotními dopady křivkou ve tvaru písmene J – mírná konzumace alkoholu (1 drink pro ženy, 1–2 drinky pro muže/den) je dle něj spojena s nižší incidencí některých onemocnění (ischemické choroby srdeční, diabetu, hypertenze, srdečního selhání, cévní mozkové příhody) a nižší celkovou úmrtností ve srovnání s abstinenty. Při vysokých dávkách se však křivka obrací a riziko se rychle zvyšuje (O'keefe et al., 2007, Rehm et al., 2017). Potenciální benefity a protektivní účinky nejen na kardiovaskulární zdraví jsou velmi diskutovaným tématem, ale o riziku vysokých dávek existuje jasný vědecký konsenzus. Dlouhodobé nadměrné pití jednoznačně zvyšuje riziko hypertenze, arytmií, kardiomyopatie a cévních příhod (Rehm et al., 2017; Haseeb et al., 2017; O'keefe et al., 2007). Stejně tak epizodická nárazová konzumace představuje významné riziko prostřednictvím negativního ovlivnění lipidového profilu, zvýšením rizika trombózy a destabilizace krevního tlaku (Rehm et al., 2017). S epizodickou konzumací je spojen tzv. Holiday Heart Syndrome, termín, jenž popisuje akutní epizodu arytmie, typicky fibrilaci síní. Ta hrozí právě po nárazovém, excesivním požití alkoholu. Progrese z paroxysmální (záchvatovité) fibrilace síní do chronické může být

u konzumentů alkoholu rychlejší. S fibrilaci síní je spojené zvýšené riziko cévní mozkové příhody, srdečního selhání a celkové úmrtnosti (Voskoboinik et al., 2016).

5.6 Protektivní účinky alkoholu

Diskuse o protektivních účincích alkoholu je jedním z nejkontroverznějších témat v oblasti veřejného zdraví. V minulosti vyšla řada studií spojujících nízkou konzumaci alkoholu (1–2 drinky denně) se sníženým rizikem ischemické choroby srdeční, diabetu mellitu a ischemické cévní mozkové příhody (Haseeb et al., 2017; O'keefe et al., 2014). Benefity jsou připisovány primárně konzumaci červeného vína. Mechanismy, kterými má červené víno tyto benefity přinášet jsou: zvýšení HDL cholesterolu, snížení inzulinové rezistence ochrana vůči ateroskleróze, snížení oxidačního stresu a zánětlivých markerů (Arranz et al., 2012; O'keefe et al., 2014; Haseeb et al., 2017) O benefitech konzumace červeného vína se mluví převážně v souvislosti s resveratrolem. Resveratrol je polyfenol obsažený v červeném víně, který v laboratorních podmínkách vykazuje slibné antioxidační, protizánětlivé a kardioprotektivní účinky. Tyto výsledky ale vycházejí pouze z testů na zvířatech. Klinická účinnost resveratrolu u lidí je sporná. Resveratrol se v těle rychle metabolizuje, což omezuje jeho biologickou dostupnost. Dosavadní studie neposkytují jednoznačné důkazy o jeho dlouhodobém přínosu pro lidské zdraví. Klinické studie na lidech jsou stále omezené a mají často malý počet účastníků, navíc doporučení pro denní dávku nejsou jednoznačná, to vše komplikuje interpretaci výsledků. Typické koncentrace resveratrolu v červeném víně se pohybují mezi 0,36 až 1,97 mg/l. Pokud by člověk chtěl dosáhnout doporučené terapeutické dávky 1 g resveratrolu denně, musel by vypít přibližně 500 až 2800 litrů červeného vína (Weiskirchen a Weiskirchen, 2016). Nealkoholické červené víno má podobné účinky na lipidový profil jako alkoholické (Haseeb et al., 2017), což naznačuje, že potencionální benefity plynou z polyfenolů, nikoli z ethanolu. Pivo také obsahuje polyfenoly z (chmele a sladu) a při mírné konzumaci může mít kardioprotektivní účinky, ale v menší míře než červené víno (Arranz et al., 2012).

Problémem studií o protektivních účincích alkoholu je výskyt metodologických zkreslení. Jedním z příkladů je tzv. sick quitter effect (efekt nemocných abstinentů). Zahrnutí osob, které ukončily nebo omezily pití z důvodu nemoci, stáří nebo užívání léků, do referenční skupiny abstinentů. Srovnání mírné konzumace z takto nesprávně sestavenou referenční skupinou může vést k falešnému dojmu, že abstinence je rizikovější než mírná konzumace. Studie, které se této chyby vyvarovaly, neprokázaly žádný rozdíl v riziku úmrtnosti mezi abstinenty a mírnými pijáky. Špatné vymezení abstinence může nastat i příliš krátkým sledovaným časovým úsekem pro hodnocení abstinence či špatným zařazením příležitostných konzumentů (Stockwell et al., 2016; Fillmore et al., 2007). Dalším výběrovým zkreslením je nezohlednění zdravotního stavu vstupujících osob, může nastat, že vybraní abstinenti mají vyšší výskyt chronických onemocnění již před zahájením studie (Stockwell et al., 2016)

Ačkoliv některé studie naznačují omezené benefity nízkých dávek alkoholu pro kardiovaskulární zdraví, závěry o protektivních účincích jsou metodologicky napadnutelné a nepovažují se za geograficky univerzální. Klíčovou roli hrají regionální specifika: ve východní Evropě, kde převažuje nárazové pití vysokých dávek, dominuje alkoholem podmíněná

kardiovaskulární úmrtnost (Rehm et al., 2017). Neexistují studie, které by prokázaly, že potenciální příznivé účinky lehké a střední konzumace alkoholu na kardiovaskulární onemocnění a diabetes 2. typu převažují nad rizikem vzniku nádorových onemocnění spojeným s těmito úrovněmi konzumace alkoholu u jednotlivých spotřebitelů. Celková zdravotní zátěž alkoholu převažuje nad potenciálními přínosy (WHO, 2022).

5.7 Léčba závislosti v Česku

Adiktologické služby v Česku tvoří široká síť přibližně 300 programů a center, která se zaměřují na různé formy závislostí. Tato síť zahrnuje různá zařízení – od ambulantní léčby, detoxifikace a substituční terapie po kontaktní centra a pobytové služby. Ačkoliv je tento systém rozvinutý, problematika alkoholu v něm zůstává výzvou. Na jedné straně existují specializované služby pro tuto skupinu klientů, na druhé straně je jejich dostupnost a financování omezené, což může vést k nedostatečnému pokrytí potřeb lidí trpících závislostí na alkoholu. Péči pro závislé na alkoholu poskytuje 71 % zařízení (Janíková a Nechanská, 2021). Systém léčby závislostí v Česku je rozdělen do tří hlavních fází: prevence, léčba a následná péče. Prevence zahrnuje screening a krátké intervence zaměřené na včasné odhalení problémového užívání alkoholu a poskytnutí základních informací o rizicích a možnostech léčby. Léčba probíhá ve dvou formách – ambulantní a lůžkové. Ambulantní péči nejčastěji zajišťují psychiatrické kliniky a specializovaná centra pro léčbu závislostí. Lůžková léčba se dělí na krátkodobou, která probíhá formou detoxikace v psychiatrických nemocnicích či na specializovaných odděleních nemocnic, a na střednědobou až dlouhodobou, která se realizuje v psychiatrických nemocnicích nebo terapeutických komunitách zaměřených na resocializaci pacientů. Po úspěšném dokončení léčby následuje fáze následné péče, jejímž cílem je podpora abstinence a návrat pacienta do běžného života. Významnou roli hrají také sociální služby, jako je chráněné bydlení či programy zaměřené na návrat pacientů na trh práce (Stašová et al., 2023).

Systém léčby závislostí v Česku však čelí několika zásadním výzvám. Nedostatečná koordinace mezi zdravotní a sociální péčí komplikuje přechod pacientů mezi jednotlivými fázemi léčby a ztěžuje jejich dlouhodobou abstinenci. Dalším problémem je nízká dostupnost specializovaných služeb v některých regionech, což prodlužuje čekací doby na léčbu. Současná nabídka léčby také není dostatečně genderově citlivá. Trend snižování rozdílu v konzumaci alkoholu mezi muži a ženami v Česku je patrný nejen v obecných statistikách, ale i v počtu žen hospitalizovaných s alkoholovými problémy. Ženy jsou biologicky náchylnější k negativním dopadům nadměrné konzumace alkoholu a závislost u nich vzniká rychleji než u mužů. Kromě toho se u nich častěji vyskytuje duální diagnóza, tedy kombinace závislosti s úzkostnými či depresivními poruchami. Přesto se ženy do léčby dostávají později než muži, jelikož čelí řadě překážek – musí se starat o děti, mají obavy z odebrání dětí sociálními úřady, čelí ekonomickým problémům a stigmatizaci. Tradiční genderová očekávání, pracovní nerovnost a nižší společenská podpora vedou k jejich nižšímu zastoupení v systému péče. Specializované léčebné programy zaměřené na ženy jsou efektivnější než standardní přístupy. Genderově citlivé služby zohledňují specifické potřeby žen. Ženy absolvující takovou léčbu mají vyšší šanci úspěšně dokončit terapii a udržet dlouhodobou abstinenci (Stašová et al., 2023).

Tradiční léčba závislosti na alkoholu je založena na abstinenci, která je jejím konečným cílem. Pobytová léčba obvykle probíhá v psychiatrických nemocnicích a trvá 3–6 měsíců. Klíčovou osobností v historii české léčby závislostí byl docent Jaroslav Skála, který v roce 1948 založil první specializované léčebné zařízení pro alkoholismus a definoval apolinářský model – střednědobou režimovou ústavní léčbu, která kombinuje skupinovou psychoterapii, terapeutickou komunitu a kognitivně-behaviorální techniky. Kontrolovaná konzumace alkoholu jako alternativa k tradiční abstinenční léčbě představuje kontroverzní, avšak potenciálně efektivní terapeutický přístup pro osoby s méně rozvinutou závislostí. Historický vývoj tohoto přístupu sahá do 70. let 20. století do USA. Pozdější výzkumy ukázaly, že kontrolovaná konzumace není vhodná pro všechny pacienty, avšak u osob s nižší mírou závislosti může přinést srovnatelné výsledky jako abstinenční léčba. Tento terapeutický směr vychází z behaviorálních a kognitivně-behaviorálních metod zaměřených na identifikaci spouštěčů nadměrného pití a změnu naučených vzorců chování. Klíčovým aspektem léčby je plánování, sebekontrola a schopnost vyhnout se rizikovým situacím. Odborný konsenzus se přiklání k názoru, že kontrolovaná konzumace by neměla být vnímána jako konkurence abstinenční léčby, nýbrž jako její doplněk umožňující pomoc i těm, kteří nejsou ochotni či schopni zcela abstinovat. Zatímco zahraniční studie naznačují určitou účinnost této metody, v českém prostředí přetrvávají bariéry spojené s nízkým povědomím o této terapii, nedostatečným odborným vzděláním terapeutů a chybějícími jednotnými pravidly pro indikaci pacientů (Funkce a Orlíková, 2020).

Na základě studie Czech Mental Health Study zaměřené na epidemiologii duševních chorob se odhaduje, že přibližně každý pátý obyvatel Česka trpí duševní poruchou, jako jsou úzkostné a afektivní poruchy nebo problémy s alkoholem a jinými návykovými látkami. Studie zároveň poukazuje na výrazný rozdíl mezi počtem lidí, kteří těmito problémy trpí, a těmi, kteří skutečně vyhledají odbornou pomoc – tzv. „treatment gap“. U poruch spojených s alkoholem dosahuje tato mezera přibližně 93 %, což znamená, že naprostá většina lidí s touto diagnózou se neléčí. Tento podíl je vyšší než celosvětový průměr, ale odpovídá hodnotám v evropském regionu podle WHO. Výsledky studie tak upozorňují na závažný problém s dostupností péče a nízkou míru využívání odborné pomoci (Kagstrom et al., 2019).

Kapitola 6

Cíle a výzkumné otázky

Na základě nastudované literatury je zřejmé, že problematika konzumace alkoholu a její dopady na českou společnost představují aktuální a společensky významné téma. Zdravotní, ekonomické ani sociální důsledky konzumace alkoholu nelze přehlížet. Tato práce se zaměřuje především na vliv alkoholu na lidské zdraví. Cílem této práce je zhodnotit vliv konzumace alkoholu na úmrtnost v Česku v období 2012–2022. K posouzení tohoto vlivu bylo nejprve nutné zhodnotit rozsah a vzorce konzumace alkoholu v populaci. Tato analýza byla provedena na základě dat ze zvolených výběrových šetření o zdravotním stavu obyvatelstva a agregovaných údajů o spotřebě alkoholu. Spojením těchto informací s oficiálními demografickými statistikami bylo možné sledovat vývoj úmrtnosti spojené s konzumací alkoholu v čase.

Práce se zabývá následujícími výzkumnými otázkami:

1. Jak se vyvíjela úroveň, frekvence a vzorce konzumace alkoholu v Česku v letech 2012–2022?
2. Jaký je vztah mezi sociodemografickými faktory a vzorci konzumace alkoholu?
3. Jak se vyvíjela úmrtnost spojená s konzumací alkoholu v letech 2012–2022?
   - Jaký je podíl úmrtí přičitatelných alkoholu na celkové úmrtnosti v Česku?
   - Která kategorie nemocí spojených s konzumací alkoholu se na alkoholové úmrtnosti podílí nejvíce?
   - Jak by se změnila naděje dožití při narození při eliminaci úmrtnosti přičitatelné alkoholu?

Kapitola 7

Data a metodologie

7.1 Data

Údaje o spotřebě alkoholu lze získat z rubriky spotřeba potravin, kterou publikuje ČSÚ. K celkové domácí produkci je přičten objem dovozu a odečten vývoz. Spotřebu alkoholu přepočítává na jednoho obyvatele Česka, přičemž zahrnuje pouze registrovanou spotřebu (Chomynová, 2024). Data o úmrtnosti na jednotlivé příčiny byly získaný z demografických ročenek, které každoročně publikuje taktéž ČSÚ.

Pro analýzu vzorců, prevalence a struktury konzumace alkoholu v Česku s ohledem na pohlaví, věk a další socioekonomické charakteristiky bylo využito několik výběrových šetření. Stěžejním výběrovým šetřením využitým v této práci k popisu vzorců konzumace alkoholu v populaci je studie NAUTA (Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice). Tento výzkum každoročně realizuje Státní zdravotní ústav a sleduje užívání tabáku, nikotinu a alkoholu u osob starších 15 let. Data jsou sbírána dotazníkovým šetřením od roku 2012, přičemž údaje o alkoholu nejsou k dispozici pro každý rok. Konkrétně byly zaznamenány v letech 2012, 2014, 2016, 2018, 2019, 2020, 2021 a 2022. Výsledky jsou reprezentativní z hlediska věku, pohlaví a regionu a slouží k hodnocení účinnosti národní politiky i mezinárodním srovnáním (SZÚ, Nd.).

Dalším užitým šetřením byla druhá vlna The Standard European Alcohol Survey (SEAS-2), která byla realizována v roce 2021 v rámci evropského projektu DEEP SEAS. Toto celoevropské dotazníkové šetření se zaměřovalo na oblasti jako hodnocení zdraví, konzumace alkoholu v posledních 12 měsících a 30 dnech, místa konzumace, postoje k alkoholové politice, negativní důsledky pití, AHTO a spotřebu nelegálního alkoholu (Chomynová et al., 2024).

Posledním šetřením je Evropské výběrové šetření o zdraví (EHIS – European health interview survey). EHIS je celoevropské výběrové šetření, které se koná každých 6 let. Má jednotnou metodiku pro všechny účastnící se státy, danou nařízením Komise EU. V Česku doposud proběhly 3 vlny EHIS (2008, 2014, 2019), předchůdcem bylo výběrové šetření o zdravotním stavu české populace (HIS ČR) s tříletou periodicitou v letech 1993–2002. Hlavním koordinátorem zjišťování je v Česku Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR), který šetření provádí ve spolupráci s ČSÚ. V této práci jsou užita data z 2. (2014) a 3. (2019) vlny. Dotazník

v obou vlnách shodně zahrnoval 4 části – základní sociodemografické charakteristiky respondenta, zdravotní stav respondenta, využívání zdravotní péče, základní determinanty zdraví. Právě v sekci determinant zdraví je zkoumána i konzumace alkoholu. Do šetření jsou zahrnuty pouze osoby ve věku 15 a více let (ČSÚ, Nd; ÚZIS ČR, Nd.).

Popis konkrétních datových souborů ze šetření EHIS a DEEP SEAS, které byly v práci využity k analýze se nachází v přílohách č. 1 až 3. Charakteristiky souborů ze šetření NAUTA jsou veřejně dostupné na webových stránkách Státního zdravotního ústavu (odkaz uveden v seznamu použitých datových zdrojů). V šetření NAUTA a DEEP SEAS se pro množství zkonzumovaného alkoholu užívá metoda BSQF, v šetření EHIS metoda QF. Ze šetření EHIS tedy nejsou dostupné údaje dle druhu nápoje

7.2 Metodologie

Analytická část práce je provedena za období 2012–2022 za využití metod Alcohol-Attributable Fraction (AAF), logistické regresní analýzy a výpočtu fiktivních úmrtnostních tabulek, ve kterých došlo k eliminace příčin úmrtí spojených s alkoholem.

7.2.1 Alcohol Attributable Fraction

Alcohol-Attributable Fraction (AAF) je epidemiologický ukazatel, který kvantifikuje podíl nemocí, zranění nebo úmrtí v populaci přičitatelných konzumaci alkoholu. Tento ukazatel se využívá k odhadu zdravotních dopadů alkoholu a určení, jaká část úmrtnosti by mohla být eliminována, pokud by byla spotřeba alkoholu zcela odstraněna. Pokud se AAF rovná 1 (100 %), znamená to, že daná příčina úmrtí je plně způsobena alkoholem. U nižších hodnot AAF je vliv alkoholu pouze částečný a zprostředkovaný jinými faktory (WHO, Nd.b). K výpočtu je potřeba prevalence konzumace alkoholu v dané populaci a odhady relativních rizik (RR) pro jednotlivé diagnózy. Relativní riziko udává, do jaké míry je pravděpodobnost výskytu dané události (úmrtí) vyšší u konzumentů alkoholu ve srovnání s abstinenty. RR byly převzaty z epidemiologických studií (použité hodnoty RR jsou uvedeny v přílohách č. 4 a 5). Struktura konzumace užitá v práci vychází ze šetření NAUTA (příloha č. 6). Pro roky, ve kterých nejsou data ze šetření dostupná, byla využita struktura konzumace minulého roku. AAF se vypočítá dle základního vzorce (Jones et al., 2008; Guérin et al., 2013):

$$AAF = \frac{\sum_{i=1} P_i(RR_i - 1)}{\sum_{i=0}^{k} P_i(RR_i - 1) + 1}$$

RRi je relativní riziko úmrtnosti u exponovaných skupin (konzumentů alkoholu) ve srovnání s neexponovanou skupinou (abstinenty)
Pi je podíl populace vystavené dané míře konzumace alkoholu v každé skupině.
i 0 až k, kde i=0 představuje abstinenty
k skupin rozdělených dle míry konzumace alkoholu

Celkový počet úmrtí způsobených konzumací alkoholu byl vypočítán zvlášť pro muže a ženy v rámci jednotlivých věkových kategorií pomocí následujícího vzorce:

$$D_{alko} = AAF_{ChN} \times D_{ChN} + AAF_{VP} \times D_{VP} + D_A$$

AAF_{ChN} jsou hodnoty AAF vypočítané pro vybraná chronická onemocnění
D_{ChN} je počet úmrtí na daná chronická onemocnění
AAF_{VP} jsou hodnoty AAF převzaté pro jednotlivé vnější příčiny
D_{VP} je počet úmrtí na tyto vnější příčiny
D_A je počet úmrtí na příčiny, které jsou zcela přičitatelné alkoholu

Aby bylo možné porovnat vývoj úmrtnosti spojené s alkoholem napříč časovým obdobím, bylo potřeba eliminovat vliv změn ve věkové struktuře obyvatelstva. Proto byla provedena standardizace míry úmrtnosti dle evropského standardu populace z roku 2013, dle tohoto vzorce (Kalibová, 2005, s. 22, upraveno):

$$\text{ú}^{st} = {}^{pst}hm\text{ú} = \frac{\sum \text{ú}_x * P_x^{st}}{\sum P_x^{st}}$$

ú_x jsou míry úmrtnosti ve zkoumané populaci
P_x^{st} je počet obyvatel podle věku ve standardní populaci = standard
Při výpočtu úmrtnost podle příčin úmrtí se standardizovaná míra uvádí na 100 000 obyvatel

7.2.2 Srovnání celkové spotřeby alkoholu

Světová zdravotnická organizace (WHO) přepočítává spotřebu alkoholu na obyvatele ve věku 15 a více let a zároveň zahrnuje i odhad neregistrované konzumace alkoholu. Tyto údaje dále upravuje s ohledem na množství alkoholu zkonzumovaného turisty na území Česka, a naopak českými občany v zahraničí. K těmto úpravám WHO využívá data Světové organizace cestovního ruchu, která zahrnují počty turistů ve věku 15+ a průměrnou délku jejich pobytu v jednotlivých zemích. Spotřeba turistů je následně odhadována na základě průměrné spotřeby alkoholu v jejich domovských zemích (Chomynová et al., 2024).

Omezením těchto údajů je jejich časová dostupnost – poslední publikovaná data WHO pocházejí z roku 2020. Z tohoto důvodu byla v rámci této práce využita data ČSÚ, přepočtená na populaci ve věku 15+, což odpovídá vzorku používanému ve výběrových šetřeních. Tato data byla dále upravena o neregistrovanou spotřebu a spotřebu turistů podle metodiky a odhadů WHO. Chybějící údaje za roky 2021 a 2022 týkající se neregistrované spotřeby a spotřeby turistů byly nahrazeny poslední dostupnou hodnotou. Vzorec pro tuto úpravu vypadá následovně:

$$APC_{upravené} = \left(APC_{ČSÚ} \times \frac{Populace_{celkem}}{Populace_{15+}}\right) + APC_{neregistrovaná} + APC_{turisté}$$

$APC_{upravené}$ je celková roční spotřeba alkoholu na osobu ve věku 15+ (v litrech čistého alkoholu)
$APC_{ČSÚ}$ – spotřeba alkoholu na osobu dle údajů ČSÚ, vztažená k celé populaci (v litrech čistého alkoholu)
$Populace_{celkem}$ je celkový počet obyvatel
$Populace_{15+}$ je počet obyvatel ve věku 15 let a více
$APC_{neregistrovaná}$ je odhad nezdokumentované (neregistrované) spotřeby alkoholu na osobu 15+ (v litrech čistého alkoholu)
$APC_{turisté}$ je korekce spotřeby na osobu 15+ za alkohol konzumovaný turisty v Česku a Čechy v zahraničí (v litrech čistého alkoholu)

V tabulce č. 8 jsou porovnány údaje o roční spotřebě alkoholu v litrech čistého alkoholu z jednotlivých zdrojů. Při výpočtech AAF byly využity pouze údaje z výběrového šetření NAUTA. Hlavním důvodem jejich použití byla dostupnost dlouhé a metodicky jednotné časové řady pokrývající období 2012–2022. Ačkoli toto šetření systematicky podhodnocuje skutečnou spotřebu alkoholu, přibližně o 40 % ve srovnání s oficiálními statistikami ČSÚ (tabulka č. 8), bylo vyhodnoceno jako nejvhodnější ze všech dostupných zdrojů pro účely této analýzy.

Tab. 8 – Srovnání průměrné roční spotřeby v litrech čistého alkoholu

Zdroj	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ČSÚ	12,0	11,9	12,3	11,8	12,0	11,9	12,2	12,3	12,0	12,0	12,0
EHIS	–	–	7,0	–	–	–	–	10,1	–	–	–
NAUTA	7,4	–	7,2	–	6,8	–	7,4	7,7	8,0	6,9	7,2
DEEP SEAS	–	–	–	–	–	–	–	–	–	14,9	–
Podhodnocení NAUTA/ČSÚ	38 %	–	42 %	–	43 %	–	39 %	37 %	33 %	42 %	40 %

Zdroj: ČSÚ, 2024; NAUTA 2012–2022; EHIS, 2014, 2019 a DEEP SEAS, 2021, vlastní výpočty

Alternativní šetření, jako je EHIS nebo DEEP SEAS také mají svá omezení. Výsledky DEEP SEAS se ukázaly jako specifické jak z hlediska struktury spotřeby, tak jejího celkového objemu. Roční spotřeba alkoholu vypočtená z těchto dat dokonce převyšuje oficiální hodnoty udávané ČSÚ (tabulka č. 8). Tento rozdíl může souviset s metodikou sběru, charakterem výběrového souboru nebo s okolnostmi sběru dat, jelikož šetření probíhalo v období pandemie COVID-19. Vzhledem k možnému vlivu této výjimečné situace není vhodné přenášet strukturu spotřeby zaznamenanou v roce 2021 na předchozí, předpandemická období bez důkladného prozkoumání kontextu a rozdílů podmínek sběru dat.

V případě šetření EHIS byla možnost odhadu množství zkonzumovaného alkoholu omezena na respondenty, kteří uváděli konzumaci alespoň jednou týdně. U osob s nižší frekvencí pití tyto údaje zjišťovány nebyly, a proto nemohly být zahrnuty do výpočtů denní či roční spotřeby. Pokus o kategorizaci respondentů podle míry rizikovosti konzumace navíc vedl k tomu, že nadpoloviční většina spadala do kategorie „nezjištěno“, což výrazně snižovalo použitelnost těchto dat. V práci je použita kategorizace spotřeby ze šetření NAUTA (tabulka č. 9). Tyto kategorie jsou v souladu s běžně užívanými hranicemi zmíněných v kapitole 4.

Tab. 9 – Definice kategorií konzumace dle šetření NAUTA

Definice kategorií	g čistého alkoholu
Abstinující – celoživotní	0
Bývalí konzumenti – nekonzumovali alkohol v posledním roce	0
Umírněné pití	<20 ženy, <40 muži
Rizikové pití	20–39 ženy, 40–59 muži
Škodlivé pití	40+ ženy, 60+ muži

Zdroj: NAUTA, 2012–2022

7.2.3 Logistická regrese

Ke zkoumání rozdílů ve vzorcích konzumace alkoholu mezi různými sociodemografickými skupinami byla využita logistická regresní analýza. Cílem této analýzy bylo identifikovat faktory, které zvyšují nebo naopak snižují pravděpodobnost určitých způsobů konzumace alkoholu.

Binární logistická regrese je vhodná v případech, kdy závislá proměnná nabývá pouze dvou možných hodnot (0 = událost nenastala, 1 = událost nastala). Tato metoda odhaduje pravděpodobnost výskytu sledované události na základě hodnot vysvětlujících proměnných a využívá tzv. logitovou transformaci. Odhadnuté regresní koeficienty jsou následně transformovány do podoby poměrů šancí (Odds Ratio = OR), které umožňují snadnější interpretaci. Pokud je OR > 1, je pravděpodobnost u dané kategorie vyšší než u referenční kategorie; pokud je OR < 1, je nižší; a pokud se rovná 1, je pravděpodobnost u srovnávaných kategorií stejná (Dzúrová, 2022). V tomto případě poměr šancí vyjadřuje, kolikrát má daná skupina vyšší pravděpodobnost, že bude:

a) konzumovat alkohol pravidelně (alespoň jednou týdně)
b) konzumovat alkohol nárazově (*binge drinking*) ≥60 g ethanolu při jedné příležitosti alespoň jednou za měsíc.

Obě uvedené charakteristiky představují závislé proměnné modelu. Jako nezávislé proměnné byly do analýzy zahrnuty vybrané sociodemografické a ekonomické faktory. Jejich výběr vycházel z odborné literatury, kde již obdobné analýzy byly realizovány (Killian et al., 2023a; Dzúrová et al., 2010), a dále byly doplněny o dostupné proměnné reflektující sociální postavení jednotlivců. V analýze využívající data ze šetření EHIS byly zahrnuty následující nezávislé proměnné:

- **ekvivalizovaný příjem domácností,**
- **pohlaví,**
- **věk,**
- **vzdělání,**
- **lokalita bydliště,**
- **soužití v partnerství.**

Pro analýzu založenou na datech z šetření DEEP SEAS byl použit podobný soubor proměnných. Navíc byl zkoumán vliv ekonomické aktivity respondenta, naopak chybí proměnná vyjadřující soužití v partnerství. Informace o soužití v partnerství v těchto datech u většiny respondentů chyběla. Statistická významnost modelu byla ověřena pomocí Omnibus testu a významnost jednotlivých prediktorů pomocí Waldových testů. Analýza byla provedena v programu IBM SPSS Statistics verze 28.0.1.1.

7.2.4 Výpočet fiktivních úmrtnostních tabulek

Další použitou metodou byl výpočet zkrácených úmrtnostních tabulek. Byly sestaveny jak běžné (reálné), tak fiktivní tabulky, v nichž byly eliminovány příčiny úmrtí spojené s konzumací alkoholu – a to odečtením úmrtí přičitatelných alkoholu z celkového počtu zemřelých. Z těchto tabulek byl použit ukazatel naděje dožití při narození, a to jak reálný, tak v hypotetický odrážející situaci bez vlivu alkoholu. Obě hodnoty byly následně porovnány. Tabulky byly sestaveny pomocí nepřímé lineární metody. Kvocient úmrtnosti (pravděpodobnost úmrtí mezi přesnými věky x a x+n) byl vypočítán dle následujícího vzorce (Kalibová, 2005, s. 24, upraveno):

$$q_{x,x+n} = \frac{2 \times n \times \text{ú}_{x,x+n}}{2 + n \times \text{ú}_{x,x+n}}$$

Kde:

$\boldsymbol{n}$ je šířka věkového intervalu
$\boldsymbol{ú_{x,x+n}}$ je míra úmrtnosti mezi věky x a x+n

Pro výpočet v přesném věku 0 byl použit odlišný vzorec, a to kvocient kojenecké úmrtnosti:

$$q_0 = \frac{D_o}{N^v}$$

Kde:

$\boldsymbol{D_o}$ je počet zemřelých ve věku 0
$\boldsymbol{N^v}$ je počet živě narozených

Pro poslední otevřený interval 85+ byla dosazena konstanta 1. Zbylé funkce byly zkonstruovány následovně (Pavlík a kol., 1986, s. 176, Kalibová, 2005, s. 24, upraveno):

$$l_{x+n} = l_x - d_x$$
$$l_0 = 100\,000 \text{ (kořen tabulky)}$$
$$d_x = l_x * q_x$$
$${}_nL_x = \frac{l_x + l_{x+n}}{2} \times n$$
$$L_0 = l_0 - k * d_0$$
$$L_{x+} = \frac{d_{x+}}{ú_{x+}}$$
$$T_x = \sum_{x}^{85+} L_x$$
$$T_{x+} = L_{x+}$$
$$e_x = \frac{T_x}{l_x}$$

Kde:

$\boldsymbol{l_x}$ je tabulkový počet dožívajících se přesného věku x
$\boldsymbol{k}$ je podíl zemřelých v dolním elementárním souboru (0,86)
$\boldsymbol{d_x}$ je tabulkový počet zemřelých mezi přesnými věky x a x+n
$\boldsymbol{L_x}$ je tabulkový počet žijících v dokončeném věku x (tabulková populace)
$\boldsymbol{T_x}$ je celkový počet let zbývající k dožití tabulkovou populací ve věku x (počet „člověkolet“)
$\boldsymbol{e_x}$ je naděje dožití ve věku x (podíl počtu let života připadajících v průměru na každého jedince ve věku x z dané generace)

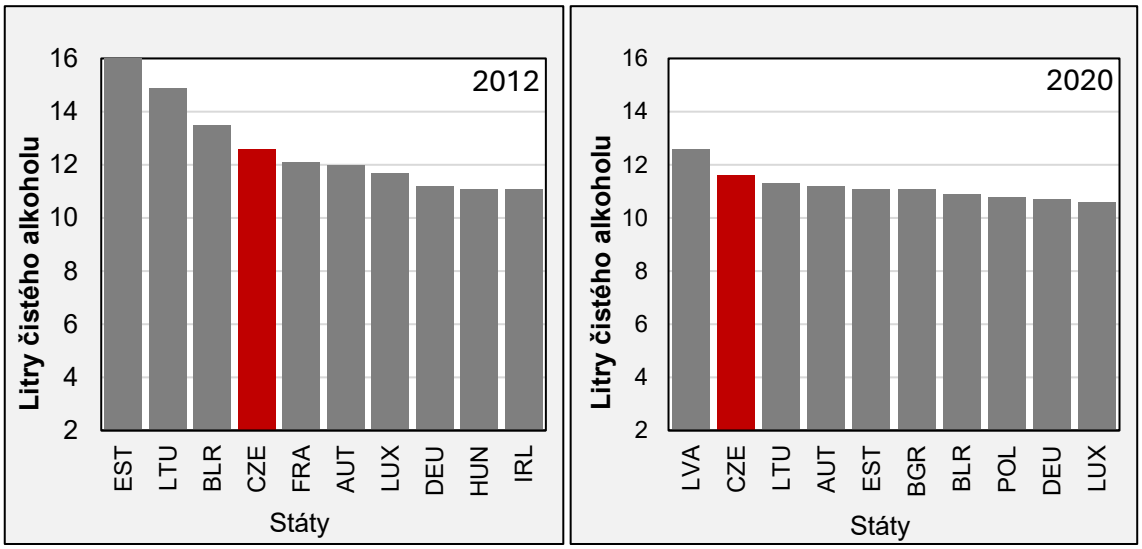
Kapitola 8

Konzumace alkoholu v České republice

8.1 Množství zkonzumovaného alkoholu

Česko se dlouhodobě řadí mezi země s nejvyšší spotřebou alkoholu na osobu. V evropském kontextu se pravidelně umisťuje mezi desítkou států s nejvyšší mírou konzumace. Vývoj spotřeby mezi lety 2010 a 2020 je zachycen na obrázku č. 3. Graf vychází z dat WHO, která se snaží upravovat oficiální statistiky tak, aby co nejvíce eliminovala zkreslení způsobené konzumací turistů nebo neregistrovanou spotřebou.

Obr. 3 – 10 zemí s nejvyššími hodnotami konzumace alkoholu na osobu 15+ v litrech čistého alkoholu v evropském regionu WHO



Poznámky: AUT – Rakousko, **BGR** – Bulharsko, **BLR** – Bělorusko, **CZE** – Česko, **DEU** – Německo, **EST** – Estonsko, **FRA** – Francie, **HUN** – Maďarsko, **IRL** – Irsko, **LTU** – Litva, **LUX** – Lucembursko, **LVA** – Lotyšsko, **POL** – Polsko

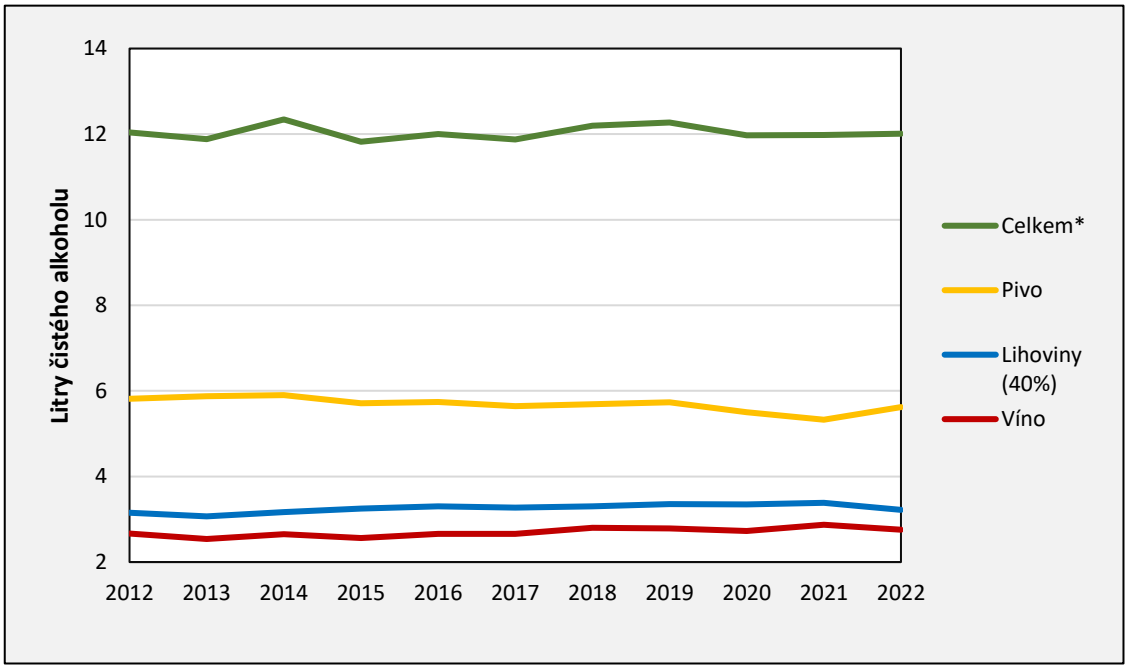
Zdroj: WHO, 2024b

Fenomén alko-turistiky představuje v Česku velmi aktuální téma a zároveň významný faktor, který zkresluje údaje ČSÚ o spotřebě alkoholu, neboť tyto statistiky nejsou o vliv turismu nijak očištěny. Mezi lety 2012 a 2018 vzrostl počet zahraničních turistů o 39 % na 10,6 milionu, což se promítlo i do výrazného nárůstu počtu jejich přenocování. Do Česka pravidelně míří návštěvníci

ze zemí, jako je Německo, Itálie nebo Spojené království – tedy států, které podle dat OECD vykazují nadprůměrnou domácí spotřebu alkoholu. Díky vysoké kupní síle těchto turistů, zejména ve srovnání se zeměmi východní Evropy, je pro ně nákup alkoholu v Česku výrazně výhodnější než ve vlastních zemích. Kromě samotné konzumace alkoholu zahraničními turisty během pobytu v Česku je nutné zohlednit i další faktory, které mohou uměle navyšovat statistiky spotřeby alkoholu. Významný podíl představují přeshraniční nákupy – díky nižším cenám alkoholu v Česku jsou pro zahraniční zákazníky velmi atraktivní. Dalším aspektem jsou tranzitní jízdy zahraničních řidičů, Českem týdně projede až 50 tisíc kamionů, jejichž řidiči během povinných přestávek mají možnost cenově výhodného nákupu alkoholu. Významnou roli hrají také letištní transfery cestujících, přičemž široká nabídka alkoholu v duty-free obchodech láká zahraniční návštěvníky k nákupům nejen pro vlastní spotřebu, ale také jako dárky či suvenýry. Všechny tyto faktory uměle zvyšují statistiku spotřeby alkoholu (Rod a Fanta, 2019). Přesné vyčíslení spotřeby turistů je však obtížné.

Na obrázku č. 4 je zobrazena celková spotřeba na obyvatele ve věku 15 a více let v litrech čistého alkoholu upravena dle metody popsané v kapitole 7. Spotřeba zůstala během sledovaného období stabilní, největší výkyv lze spatřit u spotřeby piva v období pandemie COVID-19 (2020–2021). Zdá se ale že s rokem 2022 se křivka vrací na obvyklou úroveň. Z dat šetření DEEP SEAS provedeného těsně po pandemii (2021) vyšla průměrná spotřeba piva 5,5 l, 6,4 l vína a 3 l lihovin na osobu ve věku 15+. U piva a lihovin jsou hodnoty velmi podobné statistice ČSÚ, zajímavá je však hodnota u vína, která je více než dvojnásobkem hodnoty od ČSÚ. ČSÚ uvádí hodnoty spotřeby i v litrech daného nápoje (ne čistého alkoholu), tyto hodnoty jsou zobrazeny na obrázku č. 5. Na tomto obrázku je názorná dominance piva, co se spotřeby týká a zároveň již zmíněný výkyv v době pandemie. V Česku se běžné spotřebuje kolem 170 litrů piva na osobu, v roce 2021 tato hodnota poklesla na 159 litrů.

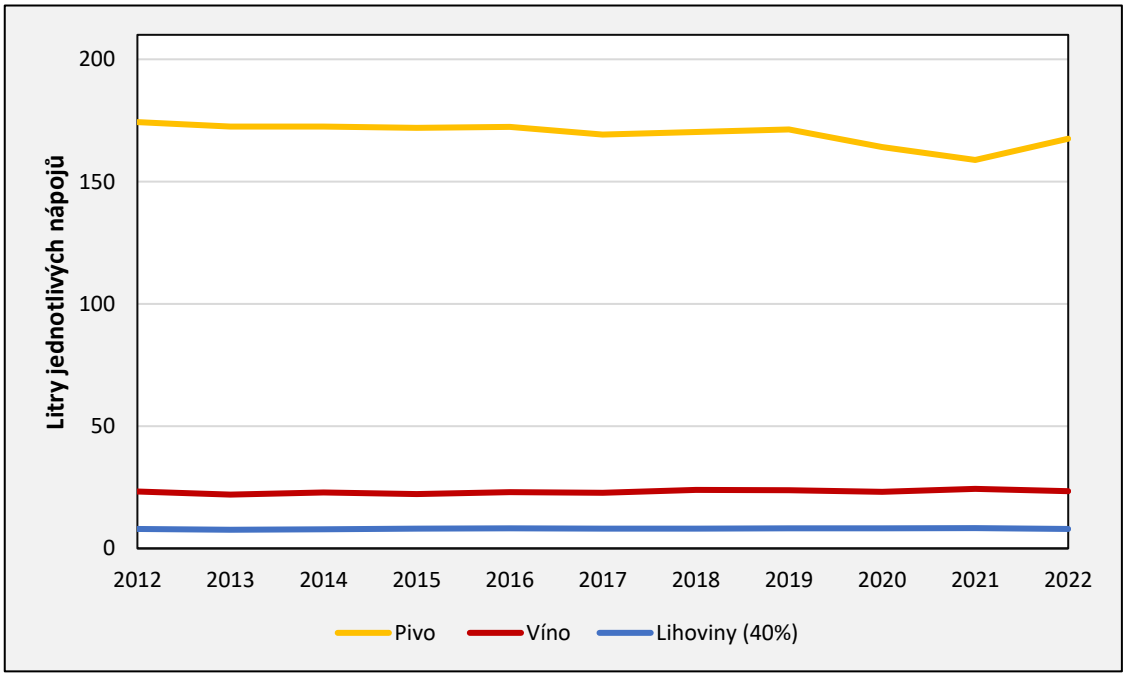
Obr. 4 – Průměrná roční spotřeba na obyvatele ve věku 15 a více let v litrech čistého alkoholu, Česko, 2012–2022



Poznámky: *Hodnota za alkoholické nápoje celkem je upravena dle metody v kapitole 7
Ostatní kategorie jsou pouze přepočteny na obyvatele 15+

Zdroj: ČSÚ, 2024 upraveno

Obr. 5 – Průměrná roční spotřeba na obyvatele ve věku 15 a více let v litrech daného alkoholu, Česko, 2012–2022



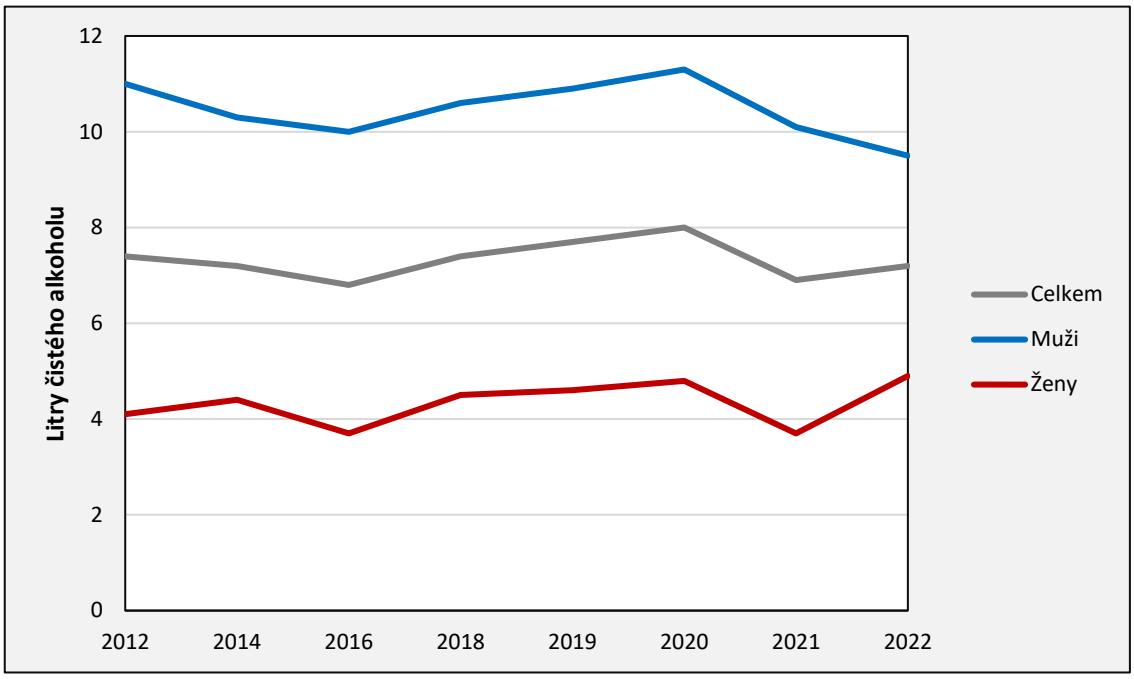
Poznámky: přepočteno na obyvatele 15+

Zdroj: ČSÚ, 2024 upraveno

Z dat šetření NAUTA je možné sledovat průměrnou spotřebu alkoholu v litrech čistého alkoholu také podle pohlaví (obrázek č. 6). Muži dlouhodobě konzumují 2–3krát více alkoholu než ženy. U obou pohlaví je mezi roky 2016 a 2020 patrný nárůst spotřeby, přičemž vrcholu dosahuje v roce 2020. Po tomto období dochází k poklesu, který je výraznější u mužů. Zajímavý

je vývoj v posledním sledovaném roce 2022 – zatímco u mužů spotřeba dále klesá, u žen dochází k nárůstu. Tento trend může naznačovat změny v konzumačním chování a možné sbližovaní v konzumaci mezi pohlavími.

Obr. 6 – Průměrná roční spotřeba na obyvatele ve věku 15 a více let v litrech čistého alkoholu, rozlišeno dle pohlaví, Česko, 2012–2022



Zdroj: NAUTA, 2012–2022

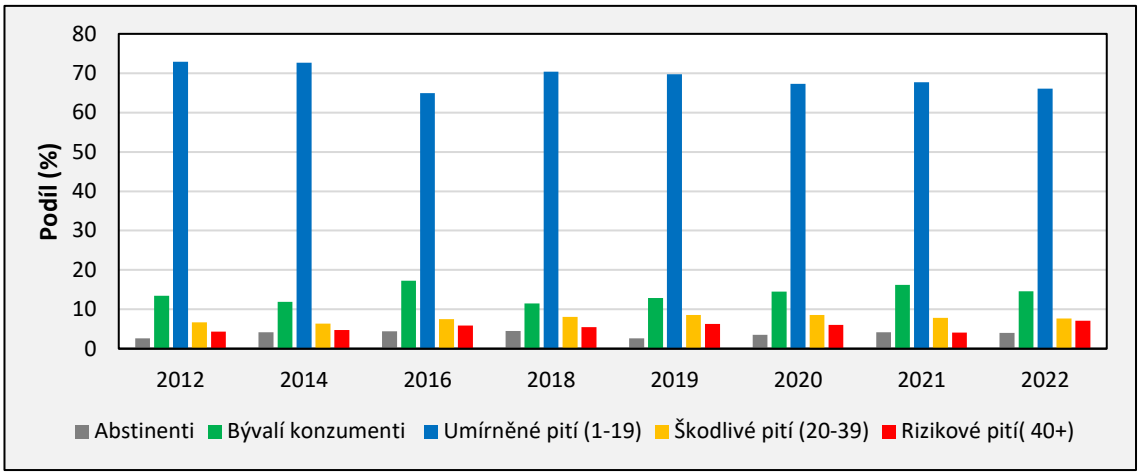
8.2 Vzorce užívání alkoholu

Z výběrových šetření lze sledovat také vzorce konzumace alkoholu, tedy to, jak se liší míra a frekvence jeho užívání v různých skupinách populace. Na základě množství zkonzumovaného alkoholu lze konzumenty zařadit do již dříve zmíněných kategorií konzumace – od abstinentů po osoby s rizikovým či škodlivým pitím. Na obrázcích č. 7 a 8 je zobrazeno toto rozdělení pro muže a ženy zvlášť za všechny sledované roky na základě šetření NAUTA. U mužů i žen představují napříč sledovaným obdobím nejpočetnější skupinu umírnění konzumenti. Tato skupina tvoří zhruba dvě třetiny populace a její podíl zůstává v čase relativně stabilní, pouze s drobnými výkyvy. U žen je tento podíl dlouhodobě o něco vyšší než u mužů. Kategorie rizikové a škodlivé konzumace vykazují stabilně nízké hodnoty, ale s mírným nárůstem v posledních letech, zejména u mužů ve škodlivé kategorii (60+ g denně). U žen je zastoupení v těchto kategoriích obecně nižší, ale i zde je patrný nárůst podílu žen konzumujících 40+ g denně v posledním roce.

Vývoj abstinence (součet podílu abstinentů a bývalých konzumentů) je zobrazen na obrázku č. 9. Mezi lety 2012–2022 je patrný mírně rostoucí trend, ačkoli s výraznějšími meziročními výkyvy. Zatímco v roce 2012 se jako abstinenti označilo 13,5 % populace, v roce 2022 to bylo již 15,3 %. Vyšší míru abstinence dlouhodobě vykazují ženy, u kterých se podíl pohybuje mezi 16–22 %. U mužů je abstinence stabilně nižší – v roce 2012 činila 10,8 % a v roce 2022 mírně

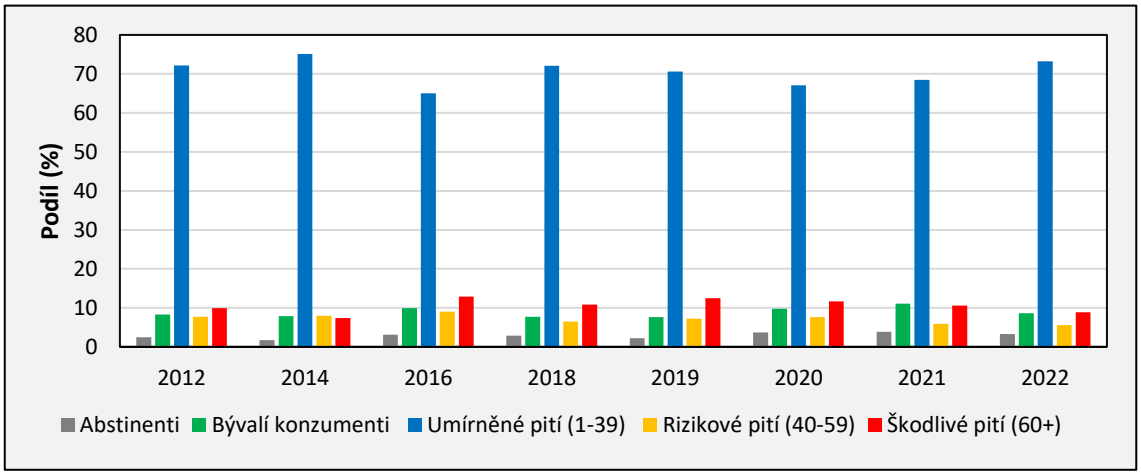
vzrostla na 11,9 %. Přes kolísavý vývoj je patrné, že ženy se častěji, než muži zdržují konzumace alkoholu, a rozdíl mezi pohlavími v tomto ohledu zůstává výrazný po celé sledované období.

Obr. 7 – Struktura konzumentů dle průměrné denní dávky v gramech čistého alkoholu, ženy, Česko, 2012–2022



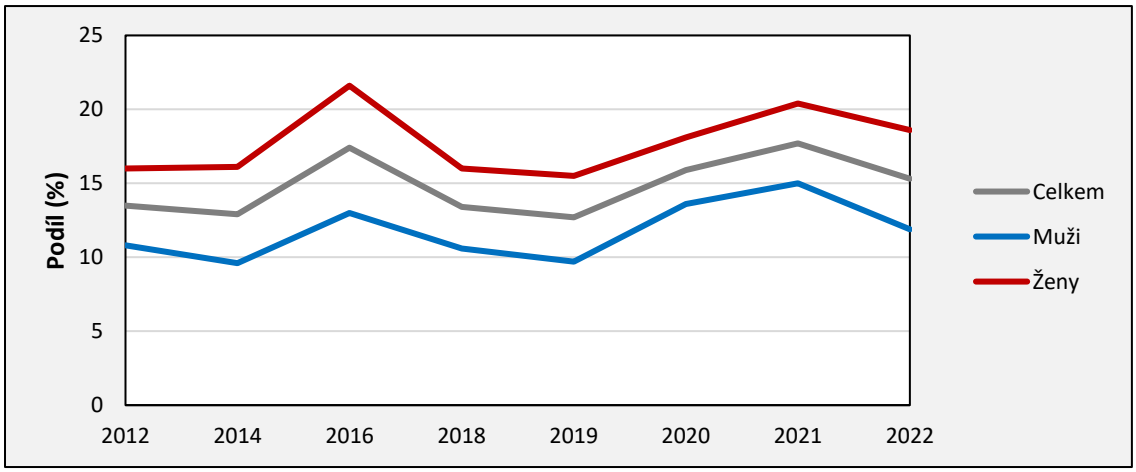
Zdroj: NAUTA, 2012–2022

Obr. 8 – Struktura konzumentů dle průměrné denní dávky v gramech čistého alkoholu, muži, Česko, 2012–2022



Zdroj: NAUTA, 2012–2022

Obr. 9 – Vývoj podílů abstinentů, Česko, 2012–2022

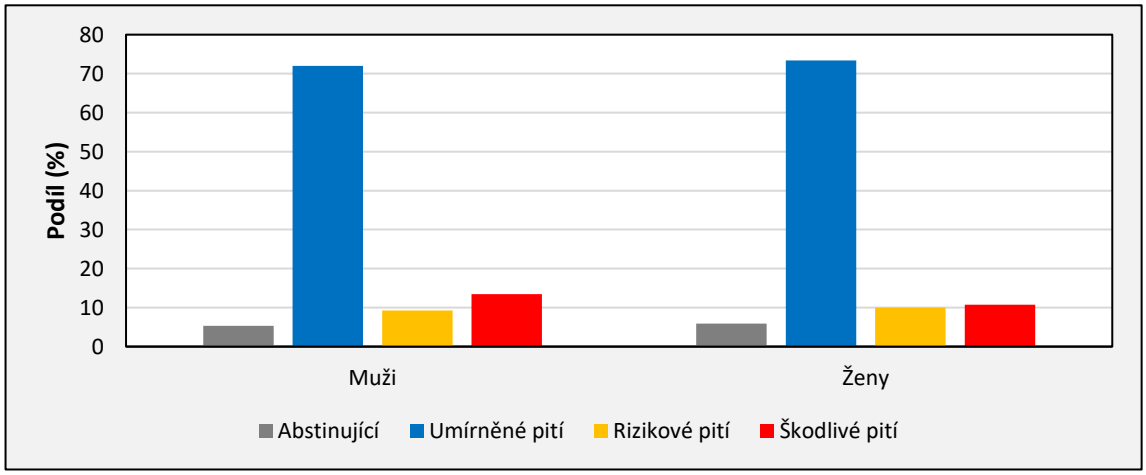


Zdroj: NAUTA, 2012–2022

Je však důležité zdůraznit, že zařazení respondentů do jednotlivých kategorií bylo založeno na jejich vlastní deklaraci množství zkonzumovaného alkoholu. Jak již bylo uvedeno v kapitole 4, u tohoto typu šetření často dochází k podhodnocování skutečné spotřeby. Například v případě šetření NAUTA pokrývá deklarovaná spotřeba pouze přibližně 60 % hodnot uváděných v oficiálních statistikách ČSÚ. Je tedy pravděpodobné, že rizikovější formy pití jsou ve skutečnosti zastoupeny v populaci ve větší míře, než naznačují dostupná data.

Zajímavé je v tomto kontextu srovnání s šetřením DEEP SEAS (data z roku 2021), ve kterém celková deklarovaná spotřeba výrazně převyšovala nejen výsledky ostatních šetření, ale i oficiální statistiky ČSÚ. Předpoklad tedy je, že v tomto šetření je deklarovaná (přiznaná) spotřeba blíže realitě. Na obrázku č. 10 je znázorněno rozdělení respondentů podle míry konzumace alkoholu právě z tohoto šetření dle stejné klasifikace jako byla použita v šetření NAUTA – hranice v gramech čistého alkoholu zvlášť pro muže a pro ženy, jak jsou zobrazeny v obrázcích č. 7 a 8. V porovnání s daty z NAUTA je podíl osob zařazených do rizikového a škodlivého pití u mužů i žen vyšší o několik procentních bodů. Nejvyšší rozdíl je u žen v kategorii škodlivého pití, kam dle DEEP SEAS spadá 10,7 % ale dle NAUTA pouze 4,1 %.

Obr. 10 – Zastoupení jednotlivých kategorií konzumace alkoholu, Česko, 2021



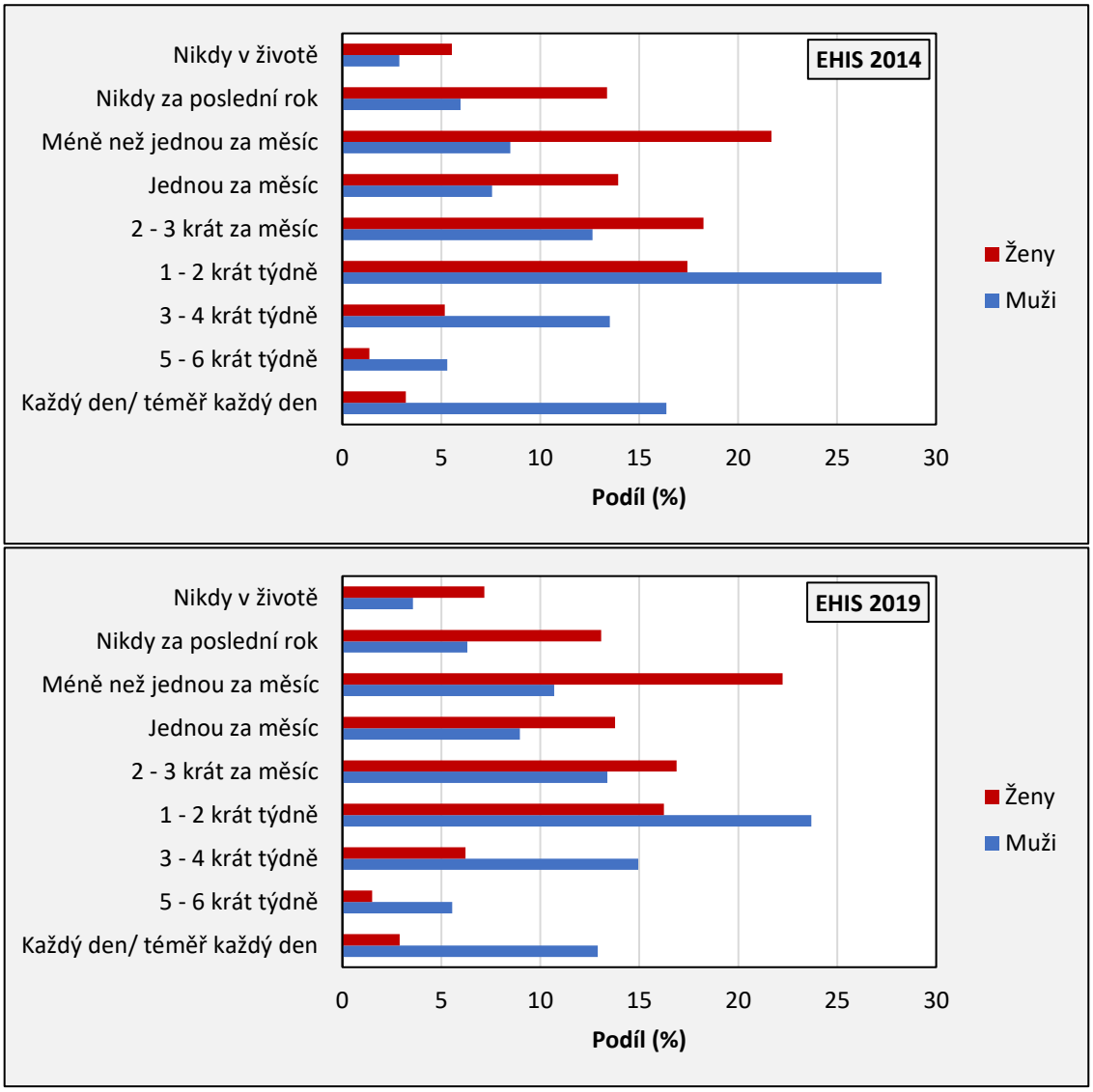
Zdroj: DEEP SEAS, 2021, vlastní výpočty

Z výběrových šetření lze kromě celkového objemu spotřeby sledovat také frekvenci konzumace alkoholu – tedy jak často konzumenti alkoholické nápoje pijí. Frekvence konzumace je důležitým ukazatelem rizikovosti užívání, neboť častá konzumace, byť v menších dávkách, může mít zdravotní dopady. Tato data umožňují rozlišit, zda lidé pijí alkohol pravidelně (např. několikrát týdně), nebo spíše příležitostně. Součástí otázek zaměřených na frekvenci je i dotaz na epizodickou konzumaci většího množství alkoholu (binge drinking), tedy vypití 60 a více gramů ethanolu při jedné příležitosti. Tento vzorec pití je považován za zvlášť rizikový, neboť i při nízké celkové spotřebě může významně zvyšovat riziko úrazů, násilí, otrav alkoholem a dalších akutních zdravotních komplikací.

Vývoj frekvence konzumace alkoholu podle dat z výběrových šetření EHIS z let 2014 a 2019 je znázorněn na obrázku č. 11. Grafy zachycují rozložení odpovědí mužů a žen na otázku, jak často v průběhu posledních 12 měsíců konzumovali alkoholické nápoje. Ve všech sledovaných kategoriích jsou patrné výrazné rozdíly mezi pohlavími. Muži častěji uvádějí pravidelnou konzumaci – nejčastější odpovědí v obou sledovaných letech bylo 1–2krát týdně. Tuto frekvenci

uvedla téměř čtvrtina dotázaných mužů. Naproti tomu u žen převažuje méně časté pití, nejčastější odpovědí bylo v obou letech „méně než jednou za měsíc“, opět přibližně u čtvrtiny respondentek. Podíl denních konzumentů zůstává v čase víceméně stabilní. V obou vlnách šetření tuto frekvenci uvedlo 3 % žen. U mužů se podíl denních konzumentů mírně snížil – z 16 % v roce 2014 na 13 % v roce 2019. Pokud shrneme data na úroveň týdenní konzumace, v roce 2014 pilo alkohol týdně 26 % žen a 62 % mužů, zatímco v roce 2019 zůstává podíl žen stejný (26 %), ale podíl mužů mírně poklesl na 58 %. Na základě sesbíraných dat lze tedy konstatovat, že přetrvávající genderové rozdíly v konzumním chování. Ženy se častěji zdržují pravidelné konzumace alkoholu. Muži naopak vykazují vyšší tendenci k častější a pravidelné konzumaci.

Obr. 11 – Frekvence konzumace alkoholu, Česko, 2014, 2019

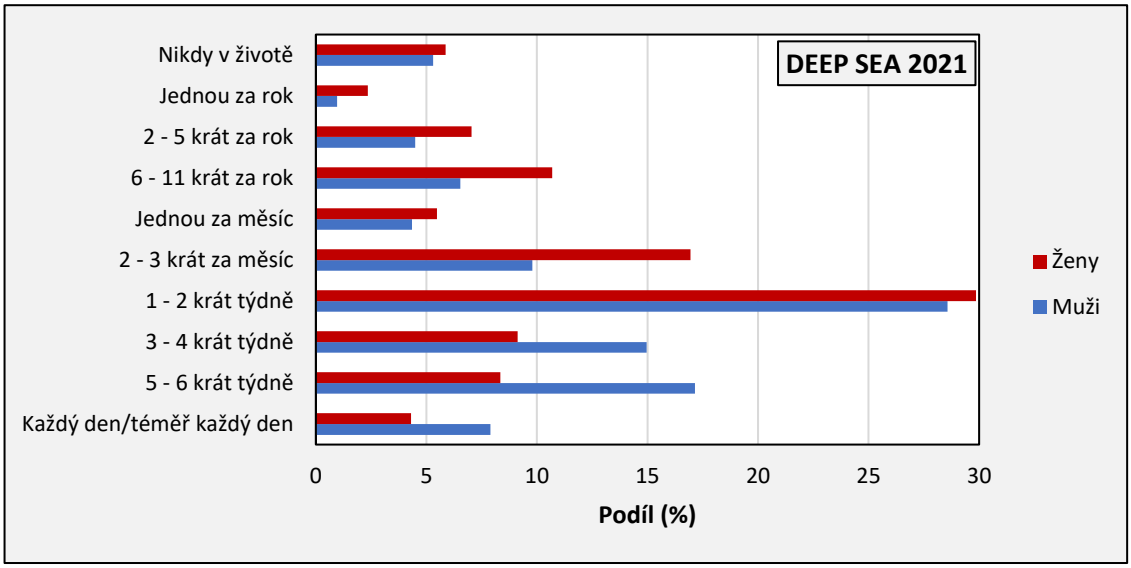


Zdroj: EHIS, 2014, 2019, vlastní výpočty

Zajímavé je srovnání výsledků ze šetření EHIS s daty z výzkumu DEEP SEAS (obrázek č. 12). Ve srovnání s EHIS zachycuje DEEP SEAS výrazně vyšší podíl osob, které konzumují alkohol týdně či častěji – a to zejména mezi ženami. Podíl žen s týdenní konzumací alkoholu je v DEEP SEAS dvojnásobný oproti údajům z EHIS (52 % oproti 26 %). U mužů jsou rozdíly méně výrazné – DEEP SEAS uvádí 69 %, zatímco EHIS zaznamenal 62 %, respektive 58 % (v letech

2014 a 2019). Nejvýraznější rozdíl mezi oběma šetřeními se projevuje v kategorii „1–2krát týdně“. V rámci DEEP SEAS tuto frekvenci uvádí více žen než mužů, což je v přímém kontrastu s výsledky EHIS, kde je tato odpověď častější u mužů. Mezi ženami se v datech EHIS naopak nejčastěji objevuje méně častá konzumace, například „méně než jednou za měsíc“. DEEP SEAS zároveň zachycuje vyšší zastoupení žen také v kategorii „5–6krát týdně“, která je v šetření EHIS mezi ženami zastoupena jen minimálně. Celkově tak z výsledků DEEP SEAS vyplývá častější konzumace alkoholu mezi ženami a menší rozdíly mezi pohlavími než jaké zachycuje EHIS. Vzhledem k tomu, že šetření DEEP SEAS bylo realizováno v roce 2021, je namístě zvažovat, zda nejsou zjištěné rozdíly alespoň částečně ovlivněny specifickým obdobím pandemie COVID-19. Ta mohla u části populace, zejména u žen, vést ke změnám životního rytmu, nárůstu stresu, sociální izolaci nebo změnám v dostupnosti a způsobu trávení volného času, což mohlo ovlivnit i konzumní chování. Tato souvislost je blíže rozebrána v kapitole 8.4. Dalším faktorem můžou být rozdíly v metodice sběru dat, formulaci otázek nebo specifickým složením výběrového souboru respondentů.

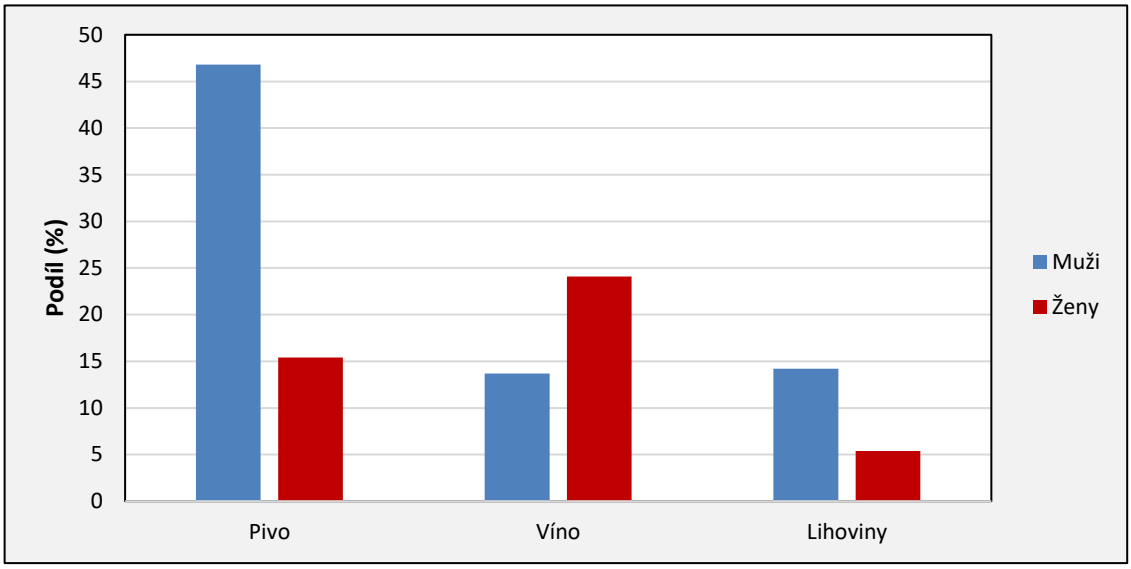
Obr. 12 – Frekvence konzumace alkoholu, Česko, 2021



Zdroj: DEEP SEAS, 2021

Při pohledu na týdenní konzumaci alkoholu podle preferovaného typu nápoje (obrázek č. 13), se opět potvrzují rozdíly mezi muži a ženami. Nejčastěji konzumovaným nápojem mezi muži je pivo – týdně nebo častěji ho pije téměř polovina mužských respondentů. U žen je tento podíl výrazně nižší, a to přibližně 15 %. Naopak v případě vína je situace opačná – ženy jej konzumují týdně častěji než muži. Víno uvádí jako pravidelně konzumovaný nápoj zhruba čtvrtina žen, zatímco mezi muži je to přibližně 13 %. U lihovin se rozdíl mezi pohlavími opět projevuje ve prospěch mužů – týdně nebo častěji je pije kolem 14 % mužů, zatímco u žen jde pouze o přibližně 5 %.

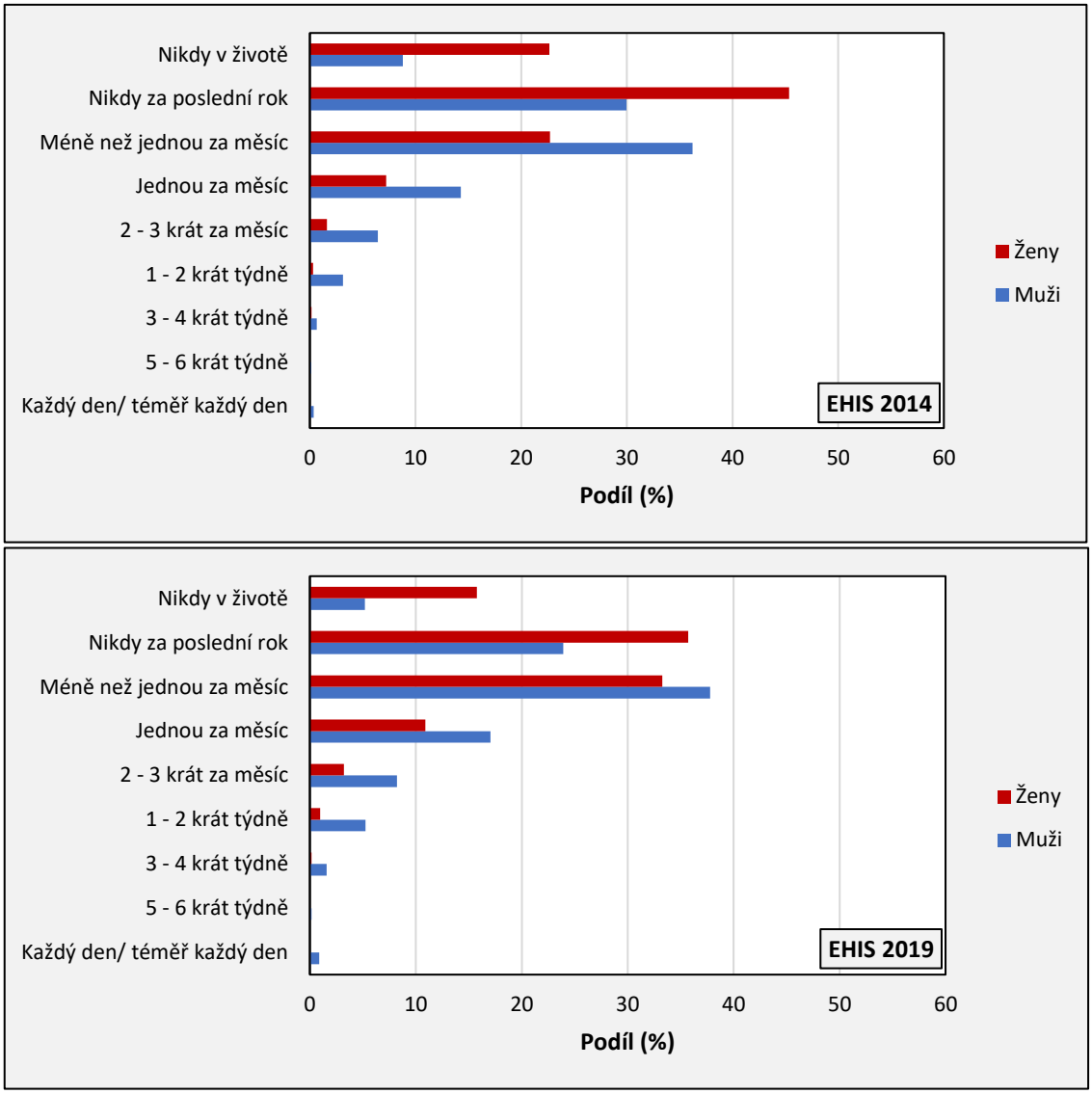
Obr. 13 – Preferované nápoje týdenních konzumentů dle pohlaví, Česko, 2022



Zdroj: NAUTA, 2022

Dalším hlediskem vzorců užívání alkoholu je frekvence epizod binge drinking, tedy situací, kdy jedinec vypije při jedné příležitosti 60 a více gramů čistého ethanolu, což odpovídá zhruba 1,5 litru piva, 6 dcl vína nebo 5 panákům lihoviny. Tento ukazatel kombinuje jak frekvenci, tak objem zkonzumovaného alkoholu. Na obrázku č. 14 jsou znázorněny výsledky ze šetření EHIS z let 2014 a 2019, které ukazují rozložení odpovědí mužů a žen na otázku týkající se frekvence těchto rizikových epizod. V obou sledovaných letech jsou patrné rozdíly mezi pohlavími. V roce 2014 uvedlo 46 % žen, že v uplynulém roce nezažily žádnou epizodu binge drinkingu, zatímco u mužů to bylo 30 %. V roce 2019 se tento podíl mírně snížil – na přibližně 40 % u žen a 27 % u mužů. Zároveň došlo mezi lety 2014 a 2019 k nárůstu podílu respondentů, kteří uvádějí, že binge drinking zažívají alespoň někdy. Kategorie „méně než jednou za měsíc“ byla v obou letech nejčastější odpovědí u mužů (29 % v roce 2014 a 35 % v roce 2019), ale došlo k nárůstu i u žen (z 23 % na 33 %). Nárůst byl patrný i v dalších kategoriích častější konzumace u obou pohlaví. Celkově se tak mezi lety 2014 a 2019 zvýšil podíl osob, které zažily alespoň jednu epizodu binge drinkingu v uplynulém roce: u mužů z 61,2 % na 71,0 %, u žen z 32,0 % na 49,0 %.

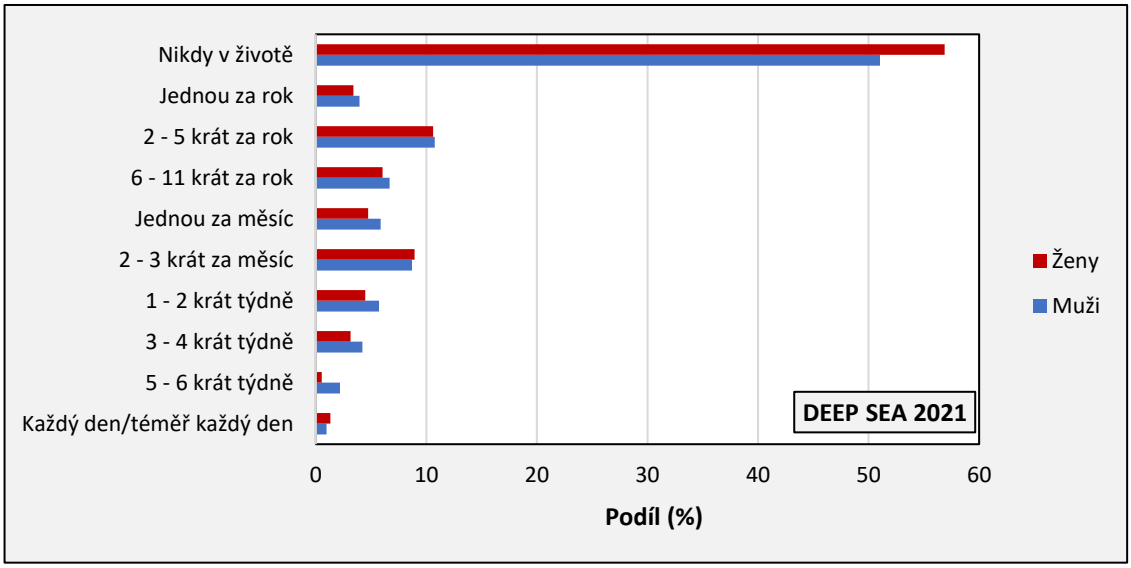
Obr. 14 – Frekvence pití nadměrných dávek 60 a více gramů čistého alkoholu při jedné příležitosti Česko, 2014, 2019



Zdroj: EHIS, 2014, 2019, vlastní výpočty

V šetření DEEP SEAS byla respondentům položena otázka na výskyt i extrémnějších forem binge drinkingu, definovaných jako konzumace 80 gramů čistého ethanolu a více u žen a 120 gramů a více u mužů při jedné příležitosti. Výsledky (obrázek č. 15) opět ukazují vyšší podíly, než jaké byly zaznamenány ve výběrovém šetření EHIS. Týdenní konzumaci takto vysokých dávek alkoholu uvedlo 13 % mužů a 9 % žen. Pro srovnání: podle dat z EHIS uvedlo týdenní konzumaci nad 60 gramů alkoholu pouze 4,3 % mužů a 0,4 % žen v roce 2014, a 8 % mužů a 1 % žen v roce 2019.

Obr. 15 – Frekvence pití nadměrných dávek 80/120 gramů čistého alkoholu při jedné příležitosti, Česko, 2021



Zdroj: DEEP SEAS,2021, vlastní výpočty

Pro detailnější prozkoumání vztahu mezi sociodemografickými charakteristikami a vzorci konzumace alkoholu byla využita logistická regresní analýza. Sledovány byly dvě závislé proměnné – výskyt týdenní konzumace alkoholu a výskyt binge drinking epizod alespoň jednou za měsíc. Tento regresní model umožnil identifikovat skupiny populace, u nichž je pravděpodobnost pravidelné či rizikové konzumace alkoholu vyšší nebo naopak nižší. Analýza byla provedena na datech ze šetření EHIS a DEEP SEAS.

Výsledky regresní analýzy provedené na datech z výběrových šetření EHIS z let 2014 a 2019 jsou zobrazeny v tabulce č. 10. Všechny vstupující sociodemografické proměnné se ukázaly jako statisticky významné jak v četnosti pravidelné konzumace alkoholu, tak u výskytu binge drinkingu. U pravidelné konzumace alkoholu (alespoň jednou týdně) se jako nejsilnější prediktory ukázaly pohlaví, věk, vzdělání a příjem domácnosti. Ve srovnání s muži byla pravděpodobnost pravidelného pití u žen výrazně nižší (OR = 0,23 v roce 2014 a OR = 0,30 v roce 2019). S věkem pravděpodobnost pravidelné konzumace rostla – osoby ve věku 30–44 let měly v roce 2014 až 1,23krát vyšší pravděpodobnost pravidelné konzumace než nejmladší věková skupina (15–29 let), u skupiny 45–64 let to bylo 1,60krát a u osob ve věku 65+ pak 1,42krát. V roce 2019 tyto hodnoty dále vzrostly – nejvyšší OR bylo u věkové skupiny 45–64 let (1,71), následované skupinou 65+ (OR = 1,48). Výrazný vliv mělo také dosažené vzdělání – oproti osobám se základním vzděláním byla pravděpodobnost pravidelné konzumace vyšší u osob se středoškolským vzděláním (OR = 1,35 v roce 2014 a OR = 1,60 v roce 2019) a u osob s vysokoškolským vzděláním (OR = 1,57 v roce 2014 a OR = 1,59 v roce 2019). S rostoucím příjmem domácnosti pravděpodobnost pravidelné konzumace také stoupala. V roce 2014 činil OR pro čtvrtý kvintil příjmu 1,43 a pro pátý kvintil 1,65. V roce 2019 byly rozdíly mezi kvintily menší, ale trend zůstával – OR = 1,38 v nejvyšším kvintilu.

V případě binge drinkingu (alespoň jedna epizoda ≥ 60 g alkoholu měsíčně) se výsledky mírně liší. Ženy měly oproti mužům výrazně nižší pravděpodobnost této formy konzumace (OR = 0,30 v roce 2014 a OR = 0,38 v roce 2019). Vliv věku byl v roce 2014 poměrně silný – čím vyšší věk,

tím nižší pravděpodobnost binge drinkingu. V roce 2019 byly tyto rozdíly méně výrazné, ale trend zůstal zachován. Vyšší vzdělání bylo spojeno s vyšší pravděpodobností výskytu binge drinking epizod. Osoby se středoškolským vzděláním měly v roce 2014 OR = 1,63 (oproti základnímu vzdělání), v roce 2019 pak OR = 1,50. U vysokoškoláků byly hodnoty OR = 1,34 (2014) a OR = 1,33 (2019). Příjem domácnosti hrál výraznější roli až v roce 2019 – osoby v nejvyšším kvintilu měly OR = 1,32, zatímco v roce 2014 činil tento poměr jen 1,09.

I přes to, že všechny vstupující proměnné byly statisticky významné, u části proměnných jsou OR velmi blízko 1 a tedy bez výraznější věcné významnosti. Jednalo se o proměnné partnerství a lokalita bydliště. U těchto proměnných nejen, že se OR pohybovalo okolo 1 ale zároveň se výsledky mezi jednotlivými vlnami šetření lišily. U osob nežijících v partnerském soužití byla v roce 2014 pravděpodobnost pravidelné konzumace nižší (OR = 0,93), v roce 2019 byl tento vztah ještě výraznější (OR = 0,81). V případě binge drinkingu se však vztah v roce 2019 obrátil – osoby nežijící v partnerství měly naopak mírně vyšší pravděpodobnost této formy konzumace (OR = 1,06). Také lokalita bydliště vykazovala meziroční rozdíly. V roce 2014 byla pravděpodobnost pravidelné konzumace vyšší u osob ze středně osídlených oblastí (OR = 1,13), zatímco v roce 2019 byla u stejných skupin pravděpodobnost nižší (OR = 0,78).

Tab. 10 – Výsledky logistické regrese EHIS, Česko, 2014, 2019

Proměnná	Pravidelná konzumace		Binge drinking	
	2014 (n= 5333)	**2019** (n= 6258)	**2014** (n= 5331)	**2019** (n= 6256)
Příjem domácností (ref: nejnižší kvantil Q1)				
Q2	1,01 (1,01–1,02)	1,06 (1,05–1,07)	0,97 (0,96–0,98)	1,20 (1,12–1,20)
Q3	1,23 (1,22–1,24)	1,24 (1,24–1,25)	0,91 (0,90–0,92)	1,15 (1,14–1,16)
Q4	1,43 (1,42–1,44)	1,12 (1,11–1,13)	0,99 (0,98–1,00)	1,11 (1,10–1,12)
Q5	1,65 (1,64–1,65)	1,38 (1,37–1,40)	1,09 (1,08–1,10)	1,32 (1,31–1,33)
Pohlaví (ref: muž)				
Žena	0,23 (0,23–0,24)	0,30 (0,30–0,31)	0,30 (0,30–0,31)	0,38 (0,38–0,39)
Věk (ref: 15–29)				
30–44	1,23 (1,22–1,23)	1,45 (1,45–1,46)	0,63 (0,62–0,63)	0,95 (0,95–0,96)
45–64	1,60 (1,59–1,61)	1,71 (1,70–1,72)	0,42 (0,41–0,42)	0,82 (0,82–0,83)
65+	1,42 (1,41–1,43)	1,48 (1,47–1,49)	0,22 (0,21–0,22)	0,38 (0,37–0,38)
Vzdělání (ref: základní)				
Středoškolské vzdělání	1,35 (1,34–1,36)	1,60 (1,59–1,61)	1,63 (1,62–1,65)	1,50 (1,50–1,51)
Vyšší vzdělání (VŠ+VOŠ)	1,57 (1,56–1,58)	1,59 (1,58–1,60)	1,34 (1,32–1,35)	1,33 (1,32–1,34)
Lokalita bydliště (ref: Hustě osídlená lokalita)				
Středně osídlená lokalita	1,13 (1,12–1,13)	0,78 (0,77–0,78)	0,85 (0,85–0,86)	0,92 (0,92–0,93)
Řídce osídlená lokalita	1,04 (1,04–1,05)	0,84 (0,84–0,85)	0,78 (0,77–0,78)	1,05 (1,05–1,06)
Partnerství (ref: Osoby žijící v partnerském soužití)				
Osoby nežijící v partnerském soužití	0,93 (0,93–0,94)	0,81 (0,81–0,82)	0,80 (0,80–0,81)	1,06 (1,05–1,06)

Poznámky:
Hodnoty uvádějí Odds Ratio (OR) z logistické regrese
n–počet případů zahrnutých do analýzy
Binge drinking: počet dnů s konzumací 60+ gramů alkoholu za posledních 12 měsíců, 1= alespoň jednou měsíčně RSOD (≥12 dní v roce), 0= méně než 12 dní v roce
Pravidelná konzumace: frekvence konzumace, 1= alespoň jednou týdně 0=méně často než jednou týdně
95% intervaly spolehlivosti jsou uvedeny v závorkách., Ref: Referenční kategorie, všechny výsledky jsou statisticky významné

Zdroj: EHIS 2014, 2019, vlastní výpočty

Výsledky logistické regresní analýzy založené na datech ze šetření DEEP SEAS jsou uvedeny v tabulce č. 11. V tomto případě se jako statisticky významné ukázaly pouze některé ze sledovaných proměnných. Pravidelnou konzumaci alkoholu (alespoň jednou týdně) častěji uváděly osoby ve věku 35–44 let (OR = 1,51) a 45–64 let (OR = 1,56) ve srovnání s referenční skupinou 18–34 let. Naopak ženy měly výrazně nižší pravděpodobnost pravidelné konzumace než muži (OR = 0,51). V případě nárazové konzumace (binge drinking) byla pravděpodobnost významně nižší jak u žen (OR = 0,77), tak u ekonomicky neaktivních osob (OR = 0,65), ve srovnání s muži, resp. ekonomicky aktivními. Vyšší příjmová úroveň hrála roli pouze u nejvyššího kvintilu – osoby v této skupině měly zvýšenou pravděpodobnost binge drinking oproti nejnižšímu kvintilu (OR = 1,59). Oproti šetřením EHIS z let 2014 a 2019, kde byly všechny sledované proměnné statisticky významné a vzorce konzumace byly jasně strukturované podle pohlaví, věku, vzdělání či příjmu, je model z DEEP SEAS výrazně méně diferencovaný. Proměnné jako vzdělání nebo lokalita bydliště zde nevykazovaly žádný statisticky významný vliv. Rovněž u příjmových kvintilů Q2–Q4 a u vyšší věkové skupiny (65+) v případě binge drinkingu nebyly zaznamenány významné rozdíly.

Tab. 11 – Výsledky logistické regrese DEEP SEAS, Česko, 2021

Proměnná	**Pravidelná konzumace** (n = 1170)	**Binge drinking** (n = 1247)
Příjem domácností (ref: nejnižší kvantil Q1)		
Q2	1,07 (0,72–1,58)	1,04 (0,72–1,50)
Q3	0,91 (0,61–1,37)	0,82 (0,95–0,66)
Q4	1,27 (0,83–1,94)	1,43 (0,97–2,09)
Q5	1,29 (0,85–1,98)	**1,59 (1,08–2,33)** *
Pohlaví (ref: muž)		
Žena	**0,51 (0,40–0,66)** ***	**0,77 (0,60–0,96)** *
Věk (ref: 18–34)		
35–44	**1,51 (1,07–2,12)** *	1,07 (0,79–1,47)
45–64	**1,56 (1,16–2,12)** **	0,8 (0,61–1,07)
Ekonomická aktivita (ref: ekonomicky aktivní)		
Ekonomicky neaktivní	0,79 (0,58–1,07)	**0,65 (0,5–0,87)** **
Vzdělání (ref: základní)		
Středoškolské vzdělání	1,31 (0,73–2,32)	1,33 (0,76–2,32)
Pomaturitní odborné vzdělání (např. VOŠ)	1,36 (0,69–2,65)	1,35 (0,71–2,55)
Vysokoškolské vzdělání	1,80 (0,97–3,31)	1,05 (0,59–1,90)
Lokalita bydliště (ref: vesnice)		
Město nebo obec do 50 000 obyvatel	0,74 (0,53–1,03)	1,07 (0,79–1,44)
Město s 50 000–250 000 obyvateli	0,95 (0,65–1,41)	1,12 (0,78–1,57)
Město s více než 250 000 až do 1 milionu obyvatel	0,88 (0,55–1,41)	1,16 (0,75–1,77)
Město s více než s 1 milionem obyvatel	1,20 (0,73–1,95)	1,17 (0,76–1,79)

Poznámky:
Hodnoty uvádějí Odds Ratio (OR) z logistické regrese
n–počet případů zahrnutých do analýzy
Binge drinking: počet dnů s konzumací 40/60+ gramů alkoholu za posledních 12 měsíců, 1= alespoň jednou měsíčně RSOD (≥12 dní v roce), 0= méně než 12 dní v roce
Pravidelná konzumace: frekvence konzumace, 1= alespoň jednou týdně 0=méně často než jednou týdně
95% intervaly spolehlivosti jsou uvedeny v závorkách, Ref: Referenční kategorie, označení statistické významnosti: ***p < 0.001, **p < 0.01, *p < 0.05

Zdroj: DEEP SEAS, 2021. vlastní výpočty

8.3 Sezónnost a společenské souvislosti konzumace

Česká společnost je především vůči konzumaci alkoholu velmi tolerantní. Morální přijatelnost konzumace různých návykových látek byla poprvé zkoumána v roce 2015 a od té doby byla hodnocena celkem čtyřikrát v rámci pravidelného šetření Naše společnost. Výsledky ukazují, že postoje české veřejnosti k alkoholu zůstávají dlouhodobě stabilní. V roce 2023 považuje pravidelnou konzumaci alkoholu za morálně přijatelnou 31 % obyvatel, zatímco občasné pití akceptuje 58 % respondentů. Celkově je však alkohol široce tolerován – při pohledu na vývoj mezi lety 2015 a 2023 (zobrazeno v tabulce č. 12) se ukazuje, že přibližně 93 % respondentů považuje alespoň občasnou konzumaci za přijatelnou. Tolerance alkoholu se liší podle demografických skupin. Muži jsou v této otázce výrazně tolerantnější než ženy a věk zde hraje také důležitou roli – mladší generace jsou obecně liberálnější než starší. Významné rozdíly se objevují i mezi socioekonomickými skupinami. Osoby s nižší životní úrovní častěji označují pravidelnou konzumaci alkoholu, tabáku a léků za morálně přijatelnou, zatímco ti s lepší ekonomickou situací jsou v tomto ohledu přísnější (Spurný, 2023).

Tab. 12 – Přijatelnost užívání vybraných drog českou společností, 2015–2023

Rok	Alkohol (P/N)	Tabák (P/N)	Konopné drogy (P/N)	Drogy jako extáze, pervitin, heroin (P/N)
2015	93/7	85/14	51/47	14/85
2017	92/8	80/19	49/48	11/87
2019	95/5	90/8	53/43	17/81
2023	93/6	88/10	62/36	16/83

Poznámka: „P“ je tvořeno kategoriemi „přijatelná pravidelná konzumace“, „přijatelná pouze občasná konzumace“, přijatelné pouze vyzkoušet“; „N“ zastupuje kategorii „zcela nepřijatelné“. Dopočet do 100 % je tvořen odpovědí „nevím“.

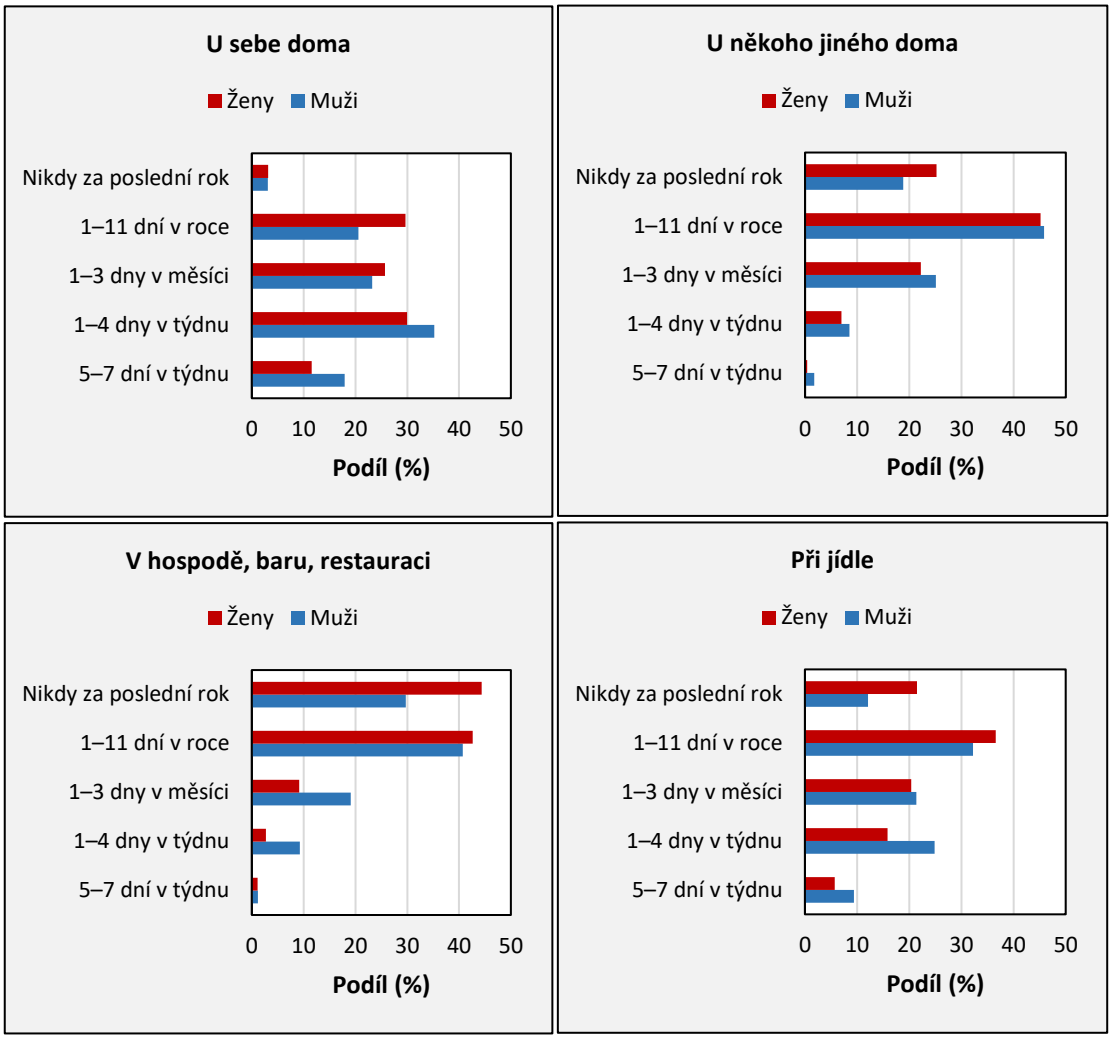
Zdroj: Spurný, 2023, str. 3

Průzkumy postojů ke konzumaci alkoholu umožňují lépe porozumět tomu, jaké místo alkohol zaujímá v každodenním životě lidí. Díky těmto datům je mimo jiné možné sledovat sezónnost konzumace, společenské souvislosti a motivace spojené s jeho konzumací. Jak již bylo několikrát uvedeno, česká společnost je k alkoholu otevřená a tolerantní. Tradičním mýtem udržovaným v české společnosti je domněnka, že alkohol v malých dávkách je pro zdraví prospěšný. V nedávném průzkumu od NMS Market Research (ze srpna 2024) většina (65 %) týdenních konzumentů považuje sklenku vína či piva k obědu za zdraví prospěšnou. Za prospěšný ho považují dokonce i abstinenti (40 %). Alkohol neodmyslitelně patří k řade společenských událostí, a právě během nich je nejvíce konzumován – v tomtéž výzkumu respondenti uvedli, že alkohol nejvíce konzumují při posezení s přáteli (60 %), na oslavách (57 %) nebo při návštěvě rodiny a známých (36 %) (Friedrichová, 2024). Sociální podstatu alkoholu potvrzuje také průzkum provedený klinikou adiktologie 1. LF UK a VFN, a dodává, že nejčastěji uvedenými společníky při pití jsou přátelé a rodina (Barták et al., 2022).

Data z šetření DEEP SEAS (obrázek č. 16) ukazují, že nejčastějším místem konzumace alkoholu je vlastní domácnost, kde přibližně třetina respondentů uvádí týdenní až téměř denní konzumaci. Konzumace alkoholu při jídle je rovněž relativně běžná, zejména u mužů. Naopak v prostředích, jako jsou restaurace, bary či návštěvy u jiných osob, převažuje spíše občasná nebo

žádná konzumace v posledních 12 měsících. Je však důležité zdůraznit, že tato data popisují pouze místo konzumace, nikoliv její společenský kontext – konzumace doma tedy nevylučuje přítomnost dalších osob a nemusí jít o individuální pití. Výsledky navíc odrážejí stav těsně po pandemii COVID-19, což mohlo ovlivnit zvyklosti spojené s místem konzumace, zejména s ohledem na omezený přístup k veřejným prostorám.

Obr. 16 – Frekvence konzumace alkoholu v jednotlivých situací, Česko, 2021



Zdroj: DEEP SEAS, 2021, vlastní výpočty

Průzkum provedený klinikou adiktologie 1. LF UK a VFN zkoumal i sezónnost konzumace. Konzumace během týdne není rovnoměrně rozložena, nejčastějšími dny konzumace jsou pátek a sobota. Skupina ve věku 25–54 let výrazně častěji pije právě v pátek a sobotu. Nejmladší respondenti (18–24 let) pijí nejvíce v pátek a ostatní dny týdne alkohol téměř nepijí. Senioři nad 65 let celkově konzumaci alkoholu omezují, ovšem jejich pití je rovnoměrně rozloženo v průběhu týdne. Nejvíce alkoholu je konzumováno během prosince a v letních měsících. Naopak minimum lze pozorovat v únoru, a to u všech věkových skupin. To je nejspíše dáno kampani „suchý únor“. Sezónní výkyvy jsou výraznější u mladších osob. Muži pijí výrazně častěji na Silvestra a během Velikonoc, což souvisí s tradicemi spojenými s těmito svátky. Z doprovodných aktivit je pití alkoholu nejvíce spojováno se sledováním filmů nebo sportovních utkání. Mezi nejčastější motivace ke konzumaci patří oslava, společenská zvyklost, zábavnější atmosféra při setkáních,

relaxace, naladění dobré nálady či skutečnost, že alkohol konzumují i ostatní přítomní přátelé. Asi 30 % respondentů připouští, že pokud se ostatní v jejich společnosti opijí, zvyšuje se pravděpodobnost, že se také opijí (Barták et al., 2022).

8.4 Konzumace alkoholu v době pandemie COVID-19

Epidemie COVID-19 významně ovlivnila trh s alkoholem a změnila spotřebitelské chování obyvatel České republiky. Kvůli zavedeným vládním opatřením, jako bylo uzavření restaurací, barů a kaváren, zákaz konzumace alkoholu na veřejnosti, omezení společenských akcí, pohybu osob, zákaz vycházení, práce z domova či omezení turistiky, se pití alkoholu přesunulo převážně do soukromého prostředí. Přestože alkohol zůstal dostupný v supermarketech, menších prodejnách, na čerpacích stanicích i v e-shopech, celkový prodej alkoholických nápojů meziročně mezi lety 2019 a 2020 klesl o 13 %. Vyjádřeno v litrech čistého alkoholu na osobu 15+ byl meziroční pokles mezi roky 2019 a 2020 0,3 litru. Tento pokles se projevil také ve sníženém výběru spotřební daně o 0,6 mld. Kč (tj. o 4,5 %), a to navzdory navýšení daňové sazby na lihoviny, které začalo platit již od začátku roku 2020. Naopak maloobchodní prodeje alkoholu mezi lety 2019 a 2020 vzrostly o 12 %, přičemž nejvyšší nárůst, konkrétně o 31 %, zaznamenaly menší prodejny. Po roce 2020 se situace na trhu s alkoholem postupně stabilizovala (Petruželka et al., 2025, Mravčík et al., 2021).

Ve své studii Petruželka et al. (2025) zkoumali, který z následujících faktorů nejvíce ovlivňoval spotřebu alkoholu v Česku během pandemie:

1. **Omezení pohybu osob přes hranice – alkoholová turistika**
2. **Restrikce sociální mobility a shromažďování**
3. **Omezení prodeje alkoholu v zařízeních typu bary, restaurace atd**.

Studie ukázala, že hlavním faktorem poklesu celkových prodejů alkoholu byly především obecné restrikce omezující společenské kontakty, nikoli specifická omezení prodeje alkoholu nebo úbytek turistů. Tento závěr je v souladu s rolí alkoholu jako důležitého prvku sociálního života v české kultuře. Obecná omezení tak významně snížila počet příležitostí, při nichž docházelo ke společenskému pití alkoholu.

Studie sledující změny v užívání alkoholu během epidemie COVID-19, zejména v období nouzového stavu, naznačují zhoršení situace hlavně u intenzivních uživatelů alkoholu. Národní výzkum užívání návykových látek (2020), realizovaný v květnu až červnu 2020 na reprezentativním vzorku 3 000 respondentů starších 15 let, zkoumal změny ve spotřebě alkoholu a dalších návykových látek. Ukázalo se, že intenzivní uživatelé – tedy ti, kteří užívali alkohol nebo jiné návykové látky v posledních 12 měsících denně nebo téměř denně – svou spotřebu během nouzového stavu většinou zvýšili, a to jak frekvenci, tak i velikosti užívaných dávek. Naproti tomu méně intenzivní uživatelé svou spotřebu spíše snížili. Pokles byl tím výraznější, čím nižší byla původní frekvence užívání. Pro posouzení celkového dopadu nouzového stavu byly respondentům přiřazeny relativní váhy podle počtu konzumních příležitostí. Vážené výsledky na populační úrovni ukazují celkově mírné zvýšení spotřeby alkoholu (Mravčík et al., 2021).

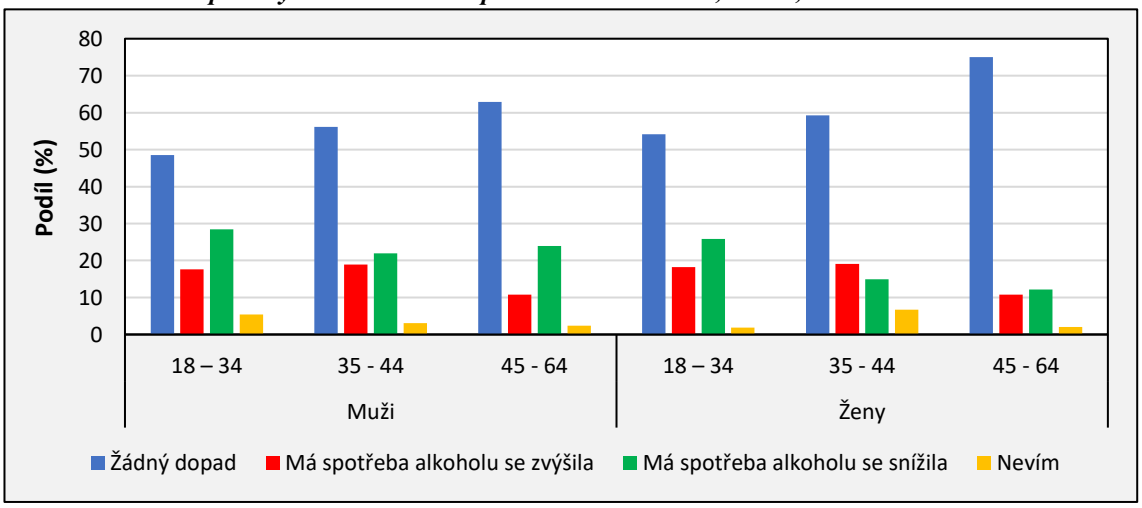
Závislí nebo osoby rizikové z hlediska závislosti mohly během pandemie zaznamenat zhoršení svého stavu, což vedlo ke zvýšené potřebě vyhledávat pomoc. Adiktologické služby po

uvolnění protiepidemických opatření skutečně hlásily nárůst zájmu ze strany klientů, což však není jednoznačně patrné ze zdravotnických statistik, pravděpodobně kvůli nedostatečnému vykazování v důsledku omezeného provozu zařízení během nouzového stavu. Na druhé straně se díky situaci rozšířily možnosti online poradenství a léčby. Některé organizace využily nouzový stav také k preventivním kampaním proti rizikové konzumaci alkoholu (Mravčík et al., 2021).

Co se týká změny konzumace během COVIDU-19 na evropské úrovni ve většině zemí došlo častěji k poklesu než ke zvýšení konzumace alkoholu. Mezi muži nebyly zjištěny významné socioekonomické rozdíly ve změně spotřeby alkoholu. U žen však platilo, že ty s vysokým socioekonomickým statusem (SES) častěji měnily svou konzumaci alkoholu – pravděpodobnost zvýšení byla u nich o 27 % vyšší a pravděpodobnost snížení o 12 % vyšší ve srovnání s ženami s nižším či středním SES. V Česku během pandemie celkově klesla míra konzumace alkoholu u mužů s nižším i vyšším vzděláním. U žen klesla mírně pouze u těch s nižším SES, u žen s vyšším SES zůstala konzumace téměř na stejné úrovni. U českých žen s vyšším SES byl větší podíl (20,5 %) těch, které svou spotřebu alkoholu navýšily, než u českých mužů (nižší SES 15,1 %, vyšší SES 18,4 %) i než u českých žen s nižším SES (15,1 %) (Kilian et al., 2023a).

Na obrázku č. 17 je znázorněna odpověď českých respondentů na otázku: *„Jak pandemie COVID-19 ovlivnila vaši spotřebu alkoholu?“* podle věku a pohlaví. Většina respondentů uvedla, že se jejich spotřeba alkoholu během pandemie nezměnila. Tento trend byl nejvýraznější u žen ve věku 45–64 let, kde stabilitu deklarovalo až 75 % dotázaných. Zvýšení spotřeby alkoholu častěji uváděli mladší respondenti, zejména ve věkové skupině 18–34 let. Nejvyšší podíl těch, kteří konzumaci alkoholu během pandemie navýšili, byl zaznamenán právě u mladých žen, kde tuto změnu uvedlo 19 % respondentek. Naopak pokles spotřeby alkoholu byl častější u mladých mužů (28 %). Pandemie tak podle výsledků šetření zasáhla nejvýrazněji mladší věkové skupiny, a to oběma směry – jak směrem k navýšení, tak ke snížení konzumace. K podobným výsledkům dospěli i Barták et al. (2022). V jejich výzkum většina respondentů uvedla, že během pandemie COVIDU-19 jejich spotřeba alkoholu zůstala stejná jako před pandemií. Pokles konzumace alkoholu uvedlo více respondentů než nárůst. Mladší respondenti reportovali více změn – ať už směrem ke zvýšení nebo snížení spotřeby.

Obr. 17 – Změna spotřeby alkoholu během pandemie COVID-19, Česko, 2021



Zdroj: DEEP SEAS, 2021

8.5 Konzumace u dětí

Užívání alkoholu mezi dětmi a mládeží se pravidelně sleduje primárně prostřednictvím mezinárodních studií. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) je nejrozsáhlejší celoevropský výzkum, který sleduje užívání návykových látek a rizikové chování u mládeže ve věku 15–16 let. Studie probíhá každé čtyři roky již od roku 1995, přičemž v roce 2019 proběhla již sedmá vlna (Chomynová et al., 2020). Studie HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) je epidemiologický výzkum, který pod záštitou WHO zkoumá široké spektrum aspektů životního stylu dětí a mladých lidí. Zapojuje se do ní téměř 50 zemí. Česko se k výzkumu připojilo v roce 1994 a od té doby poskytuje pravidelná komplexní data o zdraví, fyzické aktivitě, obezitě, zkušenostech s alkoholem a drogami, ale také o volnočasových aktivitách dětí a mládeže. V Česku je výzkum realizován týmem z Univerzity Palackého v Olomouci a soustředí se na zdraví českých školáků ve věku 11, 13 a 15 let (HBSC ČR, Nd.)

Dle výsledků nejnovější vlny studie HBSC (z roku 2022) se za posledních 15 let spotřeba alkoholu mezi českými školáky výrazně snížila. Zatímco v 90. letech mělo s alkoholem zkušenost téměř 100 % patnáctiletých, dnes ho více než čtvrtina z nich dosud nevyzkoušela. Přesto je alkohol stále nejčastěji konzumovanou a společensky tolerovanou drogou. S rostoucím věkem přibývá zkušeností s alkoholem – ve věku 11 let ho vyzkoušelo 23 % dětí, ve 13 letech 44 % a v 15 letech už 73 %. Opakovaná konzumace (alespoň 3×) se týká více než poloviny patnáctiletých, přičemž ve věku 11 let je častější u chlapců, ale v 15 letech jsou rozdíly mezi pohlavími minimální. Podíl dětí, které se alespoň jednou opily, se také snižuje. V 11 letech se alkoholickým nápojem opilo 6 % chlapců a 3 % dívek, opakovanou opilost hlásí 1 % páťáků, 5 % sedmáků a až 23 % deváťáků. Výsledky HBSC ukazují, že konzumace alkoholu, kouření a marihuany je častější u dětí z menších obcí než u těch z velkých měst. Socioekonomický status má vliv na zdravý životní styl, například na pohybové aktivity nebo stravování, avšak v případě konzumace alkoholu je jeho dopad minimální. Celkově se životní styl českých školáků stále více přibližuje dětem z dalších zemí zapojených do studie HBSC. To je pozitivní zpráva, protože v minulosti patřili čeští školáci mezi nadprůměrné konzumenty návykových látek (Zdravá generace, 2024).

Většina šestnáctiletých studentů (95,1 %) má zkušenost s alkoholem, přičemž 42 % (45,5 % chlapců a 38,4 % dívek) ho konzumuje pravidelně, tedy více než 20krát za život. V posledních 30 dnech pilo alkohol 62,7 % studentů, přičemž téměř třetina (30,9 %) s frekvencí třikrát týdně nebo častěji. Pravidelnou konzumaci alkoholu (6krát a více v měsíci) uvedlo 15 % studentů – ti nejčastěji konzumovali pivo. Rizikovou konzumaci alkoholu, tedy pití pěti a více sklenic při jedné příležitosti, v roce 2019 zažilo alespoň jednou v měsíci 38,5 % šestnáctiletých. Studenti, kteří pili alkohol v posledních 30 dnech, uváděli nejčastěji jeho konzumaci v hospodách, restauracích, barech nebo na diskotékách (41,5 %), přičemž častěji šlo o dívky. Podobný podíl studentů nakupoval alkohol v obchodech, supermarketech, večerkách nebo na benzínových pumpách (41,3 %), přičemž častěji šlo o chlapce. Děti vnímají alkohol jako dostupný, nejvíce dostupné je v jejich očích pivo (Chomynová et al., 2020). I přes dlouhodobý pokles konzumace alkoholu mezi studenty si Česko stále drží 4. místo v četnosti užívání alkoholu v posledních 30

dnech, hned za Rakouskem, Dánskem a Německem. V oblasti rizikové konzumace alkoholu se Česko pohybuje přibližně na úrovni průměru evropských zemí (Chomynová et al., 2024).

Co se lokálních výzkumů a iniciativ týká, příkladem je kampaň Nechmel děti, kterou v roce 2022 spustila organizace Suchej únor, z.ú., Kampaň se zaměřuje na zvýšení povědomí rodičů o rizicích spojených s konzumací alkoholu u dětí, včetně produktů, které se zdají být neškodné, jako jsou radlery nebo nealkoholická piva. Problémem není jen skutečnost, že nealkoholická piva obsahují až půl procenta alkoholu, ale také fakt, že se děti přivykají na hořkou chuť chmele a již od dětství si spojují chuť piva s příjemnými situacemi. Součástí kampaně je rovněž prezentace výsledků průzkumu zaměřeného na tuto problematiku. Průzkum byl proveden s rodiči i dětmi zvlášť. Z průzkumu vyplývá, že více než třetina rodičů nabídla alkohol svému dítěti před 15. narozeninami, i přesto že 85 % rodičů si uvědomuje, že alkohol v jakémkoliv množství je pro děti škodlivý. Téměř polovina rodičů (44 %) zastává názor, že je lepší, když dítě poprvé ochutná alkohol v domácím prostředí ještě před dosažením 18 let. Ačkoliv je podávání alkoholu nezletilým v Česku nelegální a jedná se o jednu z mála platných regulací, řada rodičů toto pravidlo nerespektuje.

Specifickou hrozbou jsou tzv. nealkoholická ochucená piva a radlery, které podle legislativy mohou obsahovat až 0,5 % alkoholu. Dle provedených testů je průměrný obsah alkoholu v tzv. nealko ochucených pivních nápojích na českém trhu 0,23 % objemu. Vzhledem k nízké váze dítěte to může znamenat, že dítě bude mít v krvi měřitelnou hladinu alkoholu. Každé čtvrté dítě konzumuje ochucená nealkoholická piva. Zhruba čtvrtina rodičů (27 %) v těchto nápojích žádné riziko nevidí a téměř polovina (47 %) je dokonce považuje za zdravější alternativu k běžným limonádám. Děti a mladiství jsou přitom alkoholem ohroženi výrazně více než dospělí. Nervový systém u lidí totiž dozrává až ve věku mezi 21 až 25 lety. Již malé množství alkoholu v dětství může narušit zdravý vývoj mozku a jater. K normalizaci pití alkoholu u dětí přispívá i to, že tři čtvrtiny rodičů konzumují alkohol před svými dětmi, čímž vytvářejí dojem, že pití alkoholu je běžnou součástí života. Navíc se o alkoholu v domácnostech s dětmi příliš nemluví, uvedlo tak 40 % respondentů. Přímé dotazování dětí ukázalo, že rodiče značně podceňují jejich konzumaci ochucených pivních nápojů, které děti pijí častěji, než si rodiče uvědomují – nejčastěji je dostávají od rodiny, přičemž více než 40 % je považuje za limonády a většina nerozezná rozdíl mezi alkoholickou a nealkoholickou variantou (Nechmel děti, 2022a, Nechmel děti, 2022b).

Kapitola 9

Úmrtnost přičitatelná alkoholu v Česku

Jak již bylo uvedeno v předchozích kapitolách, konzumace alkoholu se významně podílí na vzniku celé řady onemocnění, úrazů a dalších zdravotních komplikací, které mohou v mnoha případech vést až k úmrtí. Alkohol je přímo či nepřímo zodpovědný za smrt způsobenou jak chronickými nemocemi, tak i akutními stavy, jako jsou nehody, otravy nebo násilné incidenty (tzv. vnější příčiny).

Pro účely kvantifikace úmrtnosti na příčiny, které jsou pouze částečně přisuzovány alkoholu, byly podle metodologie popsané v kapitole 7 vypočteny AAF (Alcohol-Attributable Fraction). Ty umožňují odhadnout, jaký podíl úmrtí u jednotlivých diagnóz lze přičíst právě konzumaci alkoholu. AAF byly vypočítány zvlášť pro muže a ženy. Hodnoty vycházejí z míry konzumace alkoholu v Česku v daném roce. Všechny vypočtené AAF se nacházejí v tabulkách č. 13 a 14. Převzaté AAF pro vnější příčiny z publikace Shield et al. 2012 se nachází v příloze č. 7.

Při pohledu na vypočítané AAF pro Česko za období 2012–2022 (tabulka č. 13) je zřejmé, že nejvýraznější negativní dopady má konzumace alkoholu na zdraví jater. Nejvyšších hodnot AAF dosahují onemocnění, jako je chronická hepatitida, jaterní fibróza a cirhóza a jícnové varixy, kde u mužů AAF opakovaně přesahuje 0,7, zatímco u žen se pohybuje kolem 0,5 až 0,6. To znamená, že až 70 % úmrtí u mužů a přibližně 50 až 60 % úmrtí u žen na tyto diagnózy lze přičíst alkoholu. Významně se alkohol podílí také na vzniku akutních zánětů slinivky, zejména u mužů.

Z hlediska nádorových onemocnění je alkohol nejrizikovější pro karcinomy v oblasti hlavy a krku. Nejvyšší hodnoty AAF byly zaznamenány u zhoubných novotvarů dutiny ústní, hltanu, jícnu a hrtanu, kde se u mužů dlouhodobě pohybují mezi 0,30–0,52, zatímco u žen dosahují přibližně polovičních hodnot. Významný vliv má alkohol i na vznik zhoubných novotvarů jater a v menší míře také kolorektálního karcinomu. U rakoviny prsu u žen se AAF pohybuje kolem 0,11–0,13, což znamená, že přibližně každé desáté úmrtí na tuto diagnózu lze spojit s konzumací alkoholu. Několik AAF vyšlo záporných, jedná se o několik kardiovaskulárních onemocnění a diabetes mellitus, zejména u žen. Na základě těchto výsledků však nelze jednoduše předpokládat ochranný účinek alkoholu.

Tab. 13 – Vypočtené AAF pro vybraná chronická onemocnění částečně přisuzovaná alkoholu

Název nemoci	Kód v MKN 10	2012		2014		2016		2018	
		Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Zhoubné novotvary dutiny ústní a hltanu	C00-C10, C12-C14	0,50	0,26	0,48	0,26	0,52	0,27	0,50	0,27
Zhoubný novotvar jícnu	C15	0,31	0,16	0,30	0,16	0,33	0,17	0,31	0,17
Zhoubný novotvar tlustého střeva a konečníku	C18-C21	0,22	0,08	0,21	0,08	0,24	0,08	0,21	0,08
Zhoubný novotvar jater	C22	0,20	0,22	0,19	0,21	0,21	0,26	0,19	0,21
Zhoubný novotvar hrtanu	C32	0,33	0,18	0,31	0,17	0,34	0,18	0,33	0,18
Zhoubný novotvar prsu u žen	C50	–	0,11	–	0,11	–	0,12	–	0,12
Hypertenzní onemocnění srdce	I10-I15	0,27	0,09	0,26	0,09	0,27	0,09	0,27	0,10
Ischemická choroba srdeční	I20-I25	-0,09	-0,07	-0,10	-0,08	-0,07	-0,04	-0,09	-0,08
Fibrilace a flutter síní	I48	0,15	0,07	0,14	0,07	0,15	0,07	0,15	0,07
Ischemické cévní mozkové příhody	I63-I67, I69.3	0,03	-0,14	0,02	-0,14	0,05	-0,12	0,04	-0,13
Hemoragické cévní mozkové příhody	I60-I62, I69.0-I69.2	0,22	0,11	0,21	0,10	0,24	0,13	0,22	0,11
Městky jícnu – ezofageální varixy	I85	0,69	0,60	0,65	0,60	0,72	0,62	0,69	0,63
Chronický zánět, fibróza a cirhóza jater	K73-K74	0,67	0,44	0,65	0,43	0,70	0,48	0,68	0,45
Akutní zánět a jiné nemoci slinivky břišní	K85–K86	0,35	0,22	0,33	0,21	0,39	0,25	0,36	0,21
Diabetes mellitus – cukrovka	E10-E14	0,02	-0,28	0,02	-0,28	0,03	-0,25	0,02	-0,28
Epilepsie	G40–41	0,29	0,14	0,28	0,14	0,31	0,15	0,29	0,15

Zdroj: vlastní výpočty dle metodiky na straně 48

Tab. 14 – Vypočtený AAF pro vybraná chronická onemocnění částečně přisuzovaná alkoholu (pokračování)

Název nemoci	Kód v MKN 10	2019		2020		2021		2022	
		Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Zhoubné novotvary dutiny ústní a hltanu	C00-C10, C12-C14	0,52	0,28	0,51	0,28	0,49	0,26	0,48	0,29
Zhoubný novotvar jícnu	C15	0,33	0,18	0,32	0,17	0,31	0,16	0,30	0,18
Zhoubný novotvar tlustého střeva a konečníku	C18-C21	0,22	0,08	0,23	0,08	0,23	0,08	0,21	0,08
Zhoubný novotvar jater	C22	0,20	0,22	0,21	0,24	0,21	0,25	0,19	0,24
Zhoubný novotvar hrtanu	C32	0,34	0,19	0,33	0,19	0,32	0,18	0,31	0,19
Zhoubný novotvar prsu u žen	C50	–	0,13	–	0,12	–	0,11	–	0,12
Hypertenzní onemocnění srdce	I10-I15	0,27	0,10	0,27	0,10	0,26	0,09	0,26	0,10
Ischemická choroba srdeční	I20-I25	-0,08	-0,07	-0,07	-0,06	-0,07	-0,05	-0,09	-0,05
Fibrilace a flutter síní	I48	0,15	0,08	0,15	0,08	0,14	0,07	0,14	0,08
Ischemické cévní mozkové příhody	I63-I67, I69.3	0,04	-0,13	0,04	-0,12	0,04	-0,13	0,03	-0,12
Hemoragické cévní mozkové příhody	I60-I62, I69.0-I69.2	0,23	0,12	0,23	0,12	0,22	0,12	0,21	0,12
Městky jícnu – ezofageální varixy	I85	0,71	0,64	0,70	0,63	0,68	0,60	0,66	0,64
Chronický zánět, fibróza a cirhóza jater	K73-K74	0,69	0,47	0,69	0,48	0,68	0,46	0,66	0,48
Akutní zánět a jiné nemoci slinivky břišní	K85–K86	0,37	0,23	0,37	0,23	0,37	0,24	0,34	0,24
Diabetes mellitus – cukrovka	E10-E14	0,02	-0,28	0,03	-0,27	0,03	-0,25	0,02	-0,26
Epilepsie	G40–41	0,31	0,16	0,30	0,15	0,28	0,14	0,28	0,15

Zdroj: vlastní výpočty dle metodiky na straně 48

9.1 Potencionální protektivní účinky alkoholu

Záporné hodnoty AAF, které byly zaznamenány u ischemické choroby srdeční u obou pohlaví a u ischemické cévní mozkové příhody a diabetu mellitu u žen, vycházejí z principu výpočtu tohoto ukazatele. AAF je odvozeno z relativních rizik (RR) spojených s různými úrovněmi konzumace alkoholu, konkrétní užitá RR jsou uvedeny v příloze č. 3 a 4. U zmíněných diagnóz jsou hodnoty RR převzaté z literatury i pro vyšší úrovně konzumace alkoholu nižší nebo velmi blízké 1. V případě diabetu mellitu u žen se dokonce jedná o inverzní vztah – čím vyšší spotřeba, tím nižší riziko. Pokud jsou tyto hodnoty RR aplikovány na populační data z výběrových šetření, kde většina respondentů spadá do kategorie mírné konzumace (často podhodnocené kvůli principu sebe deklarace), je výsledkem záporná hodnota AAF, která naznačuje, že alkohol odvrací určitý počet úmrtí. Při vynásobení AAF celkovým počtem úmrtí na zmíněné příčiny byl získán počet úmrtí, o které by se zvýšila úmrtnost na tyto konkrétní příčiny, kdyby nebyl ve společnosti alkohol konzumován. Absolutní počet těchto úmrtí je zobrazen v tabulce č. 15. Tyto záporné hodnoty již dále nevstupují do ostatních ukazatelů úmrtnosti spojené s konzumací alkoholu.

Tab. 15 – Absolutní počet teoreticky odvrácených úmrtí a jejich podíl na celkové úmrtnosti pro příčiny s RR pro alkohol < 1, Česko, 2012–2022

	Muži	Ženy	Podíl na celkové úmrtnosti (%)	
2012	-1076	-1543	-3	-2
2013	-1106	-1693	-3	-2
2014	-1136	-1669	-3	-2
2015	-1144	-1769	-3	-2
2016	-761	-1069	-2	-1
2017	-765	-1069	-2	-1
2018	-942	-1665	-3	-2
2019	-869	-1507	-3	-2
2020	-792	-1431	-2	-1
2021	-738	-1241	-2	-1
2022	-807	-1296	-2	-1

Zdroj: ČSÚ 2012–2022, vlastní výpočty

Výsledky však nelze interpretovat jako důkaz obecného ochranného účinku alkoholu. Zaprvé, výběrová šetření, z nichž pochází struktura spotřeby, mají tendenci podhodnocovat skutečné množství konzumovaného alkoholu, jak již bylo diskutováno v kapitolách 4 a 7. Zadruhé, studie uvádějící protektivní účinky alkoholu čelí řadě metodologických problémů – například tzv. sick quitter efektu nebo špatné definici abstinence – jak bylo rozebráno v kapitole 5.6. Zatřetí i přesto že mírná konzumace může mít ochranný účinek na srdce nebo metabolismus, nelze přehlédnout, že riziko vzniku zhoubných nádorů roste s množstvím zkonzumovaného alkoholu lineárně – tedy bez bezpečné prahové hodnoty.

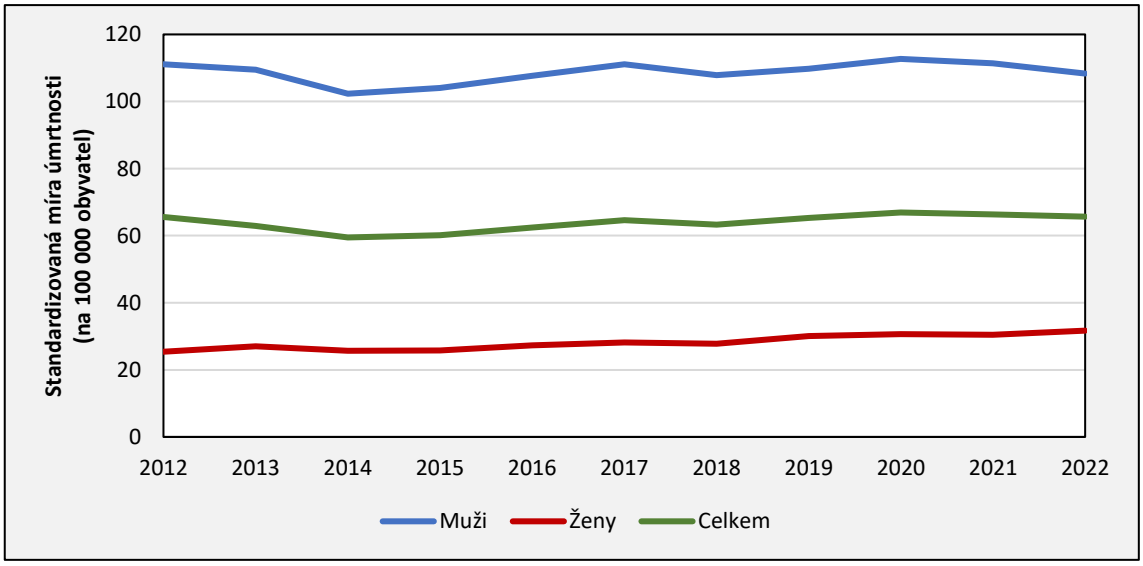
Nelze proto interpretovat záporné AAF jako důkaz celkového přínosu alkoholu – skutečnost, že někdo nezemře na ischemickou chorobu srdeční, ischemickou cévní mozkovou příhodu anebo diabetes mellitus neznamená, že v důsledku své konzumace nezemře na cirhózu či rakovinu jater nebo jiný alkoholem podmíněný stav. Tato rizika se kumulují. Z hlediska veřejného zdraví je tak

závěr jednoznačný: přínosy mírné konzumace alkoholu, pokud vůbec existují, nikdy nepřevažují nad celkovými zdravotními riziky. I proto Světová zdravotnická organizace (WHO) ve svém prohlášení z roku 2022 uvedla, že neexistuje žádné bezpečné množství alkoholu, které by bylo zcela bez dopadu na zdraví.

9.2 Vývoj úmrtnosti přičitatelné alkoholu za sledované období

Celková úmrtnost způsobená konzumací alkoholu byla vypočítána vynásobením počtu úmrtí na vybrané chronické a vnější příčiny příslušnými AAF a přičtením počtu úmrtí plně přisuzovaných alkoholu (dle postupu uvedeného v metodologii). Na obrázku č. 18 je zobrazen vývoj standardizované míry úmrtnosti způsobené alkoholem. Jak již bylo patrné z předchozích analýz frekvence a množství konzumovaného alkoholu, muži pijí častěji a ve větších dávkách než ženy. Tento rozdíl se promítá i do míry úmrtnosti přičitatelné konzumaci alkoholu. U mužů se ve sledovaném období pohybují mezi 102 a 111 úmrtími na 100 000 obyvatel. Ačkoli dochází k menším meziročním výkyvům, celkový trend zůstává relativně stabilní, bez výraznějšího nárůstu či poklesu. U žen je úmrtnost výrazně nižší, přibližně třetinová oproti mužům, s hodnotami mezi 25 a 31 úmrtími na 100 000 obyvatel. U žen je však patrný mírně rostoucí trend úmrtnosti.

Obr. 18 – Vývoj standardizované míry úmrtnosti způsobené alkoholem, Česko, 2012–2022



Zdroj: ČSÚ 2012–2022, vlastní výpočty

V tabulce č. 16 jsou zobrazeny absolutní počty úmrtí přičitatelných alkoholu a jejich podíl na celkové úmrtnosti. V roce 2022 bylo v Česku alkoholu přičítáno celkem 7 027 úmrtí – z toho 5 149 u mužů a 1 878 u žen. Muži tak tvoří více než 70 % všech úmrtí spojených s konzumací alkoholu. Tento nepoměr odráží rozdíly ve frekvenci i množství konzumovaného alkoholu mezi pohlavími, jak již bylo popsáno v předchozích kapitolách. Podíl těchto úmrtí na celkové úmrtnosti dosahuje u mužů dlouhodobě 8 až 9 %, zatímco u žen se pohybuje kolem 2 až 3 %. Celkově alkohol každoročně přispívá k přibližně 5–6 % všech úmrtí v populaci. Navzdory mírným meziročním výkyvům zůstává celkový podíl úmrtí přičitatelných alkoholu stabilní, bez známek

výraznějšího poklesu. U žen je patrný mírně rostoucí trend jak v absolutních počtech, tak v podílu na celkové úmrtnosti, což může odrážet postupně se měnící vzorce konzumace.

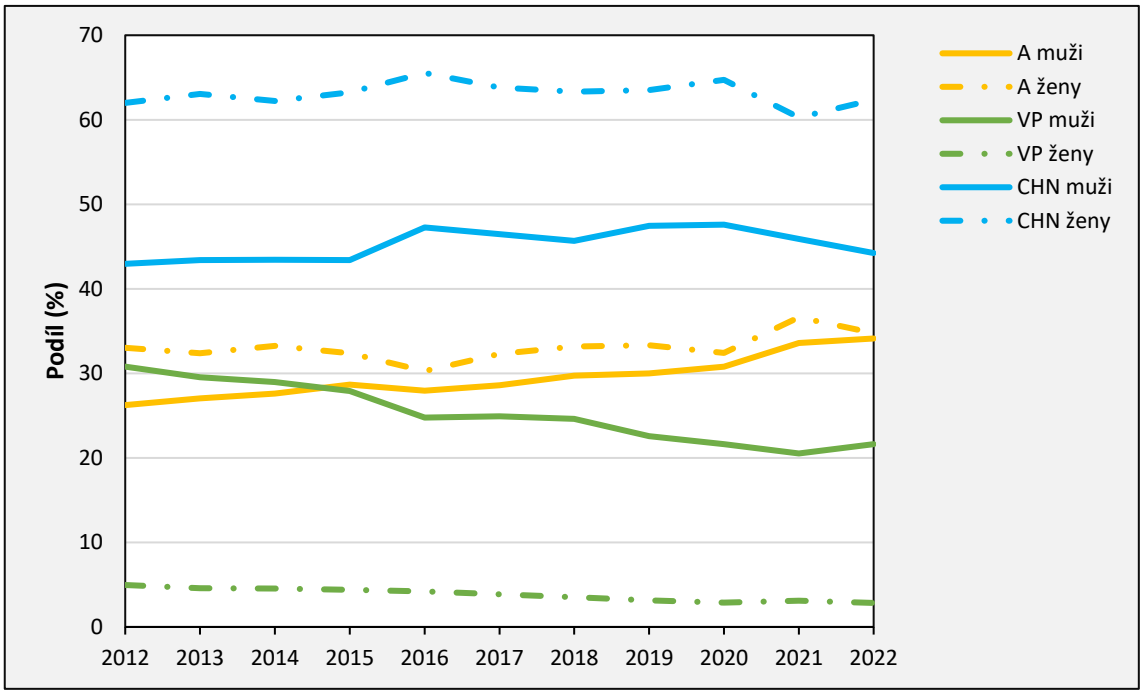
Tab. 16 – Absolutní počty úmrtí přičitatelných alkoholu a jejich podíl na celkové úmrtnosti, Česko, 2012–2022

Rok	Absolutní počet úmrtí			Podíl na celkové úmrtnosti (%)		
	Muži	**Ženy**	**Celkem**	**Muži**	**Ženy**	**Celkem**
2012	4 814	1 361	6 175	8,8	2,5	5,7
2013	4 741	1 457	6 198	8,6	2,7	5,7
2014	4 543	1 403	5 946	8,5	2,7	5,6
2015	4 652	1 423	6 075	8,3	2,6	5,5
2016	4 790	1 526	6 316	8,7	2,9	5,9
2017	5 030	1 591	6 622	8,9	2,9	5,9
2018	4 962	1 585	6 547	8,7	2,8	5,8
2019	5 076	1 730	6 806	8,9	3,1	6,1
2020	5 266	1 790	7 056	7,9	2,9	5,5
2021	5 235	1 770	7 005	7,1	2,7	5,0
2022	5 149	1 878	7 027	8,4	3,2	5,8

Zdroj: ČSÚ 2012–2022, vlastní výpočty

Jak již bylo zmíněno, úmrtnost způsobená alkoholem je příčinou 3 kategorií nemocí a přidružených zdravotních problémů – 1) plně přisuzované alkoholu, 2) částečně přisuzované alkoholu a 3) vnější příčiny (úrazy), které jsou částečně přisuzované alkoholu. Na obrázku č. 19 je znázorněn vývoj podílů těchto tří kategorií na celkové alkoholové úmrtnosti mezi lety 2012–2022, a to zvlášť pro muže a ženy. U mužů tvoří největší podíl úmrtí dlouhodobě chronická onemocnění částečně přisuzovaná alkoholu, jejichž zastoupení se po celé sledované období pohybovalo mezi 43–47 %. Ačkoli jsou patrné drobné výkyvy, hodnota v roce 2022 téměř odpovídá stavu v roce 2012. Úmrtí zcela přisuzovaná alkoholu u mužů postupně rostla – z 26 % v roce 2012 až na 35 % v roce 2022. Naproti tomu podíl vnějších příčin klesal – z původních 31 % na 22 %. U žen také dominují jednoznačně chronická onemocnění, která po celé období tvořila 60–65 % všech úmrtí spojených s alkoholem. Podíl úmrtí zcela přisuzovaných alkoholu u žen byl oproti mužům stabilnější, s výkyvy a mírným rostoucím trendem do roku 2021, avšak v roce 2022 došlo k mírnému poklesu. Vnější příčiny se na alkoholové úmrtnosti žen podílejí jen minimálně – stabilně kolem 5 %, bez výrazných změn v čase. Celkově platí, že u mužů je alkoholová úmrtnost rozložena rovnoměrněji mezi všechny tři skupiny příčin, zatímco u žen výrazně převažují chronická onemocnění. Tento rozdíl mezi pohlavími je stabilní napříč celým sledovaným obdobím.

Obr. 19 – Vývoj struktury celkového počtu úmrtí způsobených alkoholem podle jednotlivých skupin příčin, Česko, 2012-2022



Poznámka: A – úmrtí zcela přisuzovaná alkoholu, ChN – chronická onemocnění částečně přisuzovaná alkoholu, VP – vnější příčiny

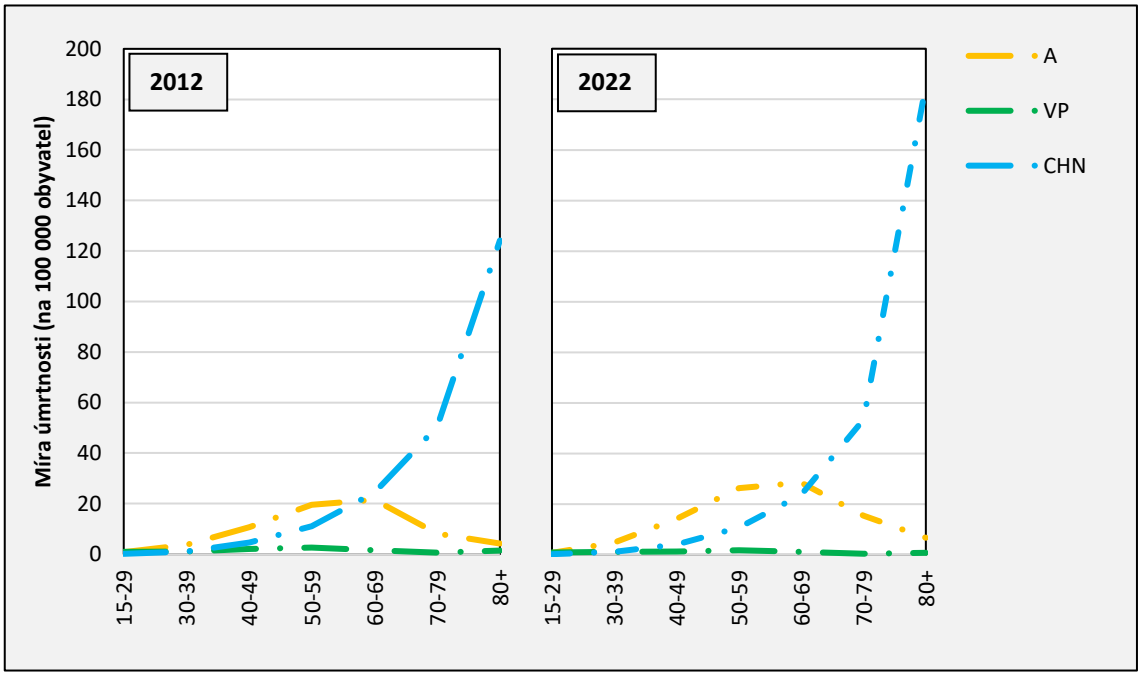
Zdroj: ČSÚ 2012–2022, vlastní výpočty

Úmrtnost spojená s alkoholem se liší nejen podle pohlaví, ale i podle věku – v různých věkových skupinách převažují odlišné typy příčin úmrtí. Obrázek č. 20 zachycuje vývoj míry úmrtnosti spojené s alkoholem žen podle věkových kategorií a jednotlivých skupin onemocnění v letech 2012 a 2022. Zatímco v mladších věkových skupinách je tato úmrtnost velmi nízká, s rostoucím věkem výrazně narůstá, zejména v důsledku chronických onemocnění částečně přisuzovaných alkoholu. Tento vývoj může souviset s postupným stárnutím populace i s kumulací negativních účinků dlouhodobé konzumace alkoholu. Z hlediska struktury příčin nedochází mezi lety 2012 a 2022 k výrazné změně – pořadí hlavních skupin zůstává stabilní. Proměňuje se však intenzita úmrtnosti, nejvýrazněji ve věkové skupině 80+, kde dochází k nárůstu především v oblasti chronických onemocnění. Míra úmrtnosti v této věkové skupině pro chronická onemocnění vzrostla z hodnoty 124 na 185 úmrtí na 100 000 obyvatel. Mírný nárůst byl zaznamenán také u úmrtí plně přisuzovaných alkoholu (např. otravy, závislosti) ve věku 50–69 let. Naopak úmrtí na vnější příčiny zůstávají dlouhodobě nízká a stabilní napříč celým obdobím.

Obdobnou situaci lze pozorovat i u mužů, nicméně s výrazně vyšší intenzitou napříč všemi věkovými skupinami. Obrázek č. 21 zachycuje vývoj míry úmrtnosti spojené s alkoholem u mužů podle věkových kategorií a jednotlivých skupin onemocnění v letech 2012 a 2022. Zatímco v mladším věku jsou hodnoty stále nízké, úmrtnost prudce narůstá od věkové skupiny 50–59 let, a to zejména v důsledku chronických onemocnění částečně přisuzovaných alkoholu. Ve věkové kategorii 80+ dosahuje míra úmrtnosti na tyto příčiny více než 400 úmrtí na 100 000 mužů, což je více než dvojnásobek oproti hodnotám zaznamenaným u žen. Na rozdíl od žen je však struktura alkoholové úmrtnosti u mužů více rozvrstvená. Vnější příčiny mají u mužů vyšší podíl napříč všemi věkovými skupinami. Intenzita úmrtí na tyto příčiny nicméně mezi lety 2012 a 2022 mírně

klesla. Ve věku 40–69 let hrají významnou roli i úmrtí plně přisuzovaná alkoholu jejichž výskyt v čase mírně vzrostl. Z hlediska struktury příčin nedošlo mezi roky 2012 a 2022 k výrazné změně. Proměnila se však samotná intenzita úmrtnosti, která se zvýšila zejména ve vyšších věkových skupinách.

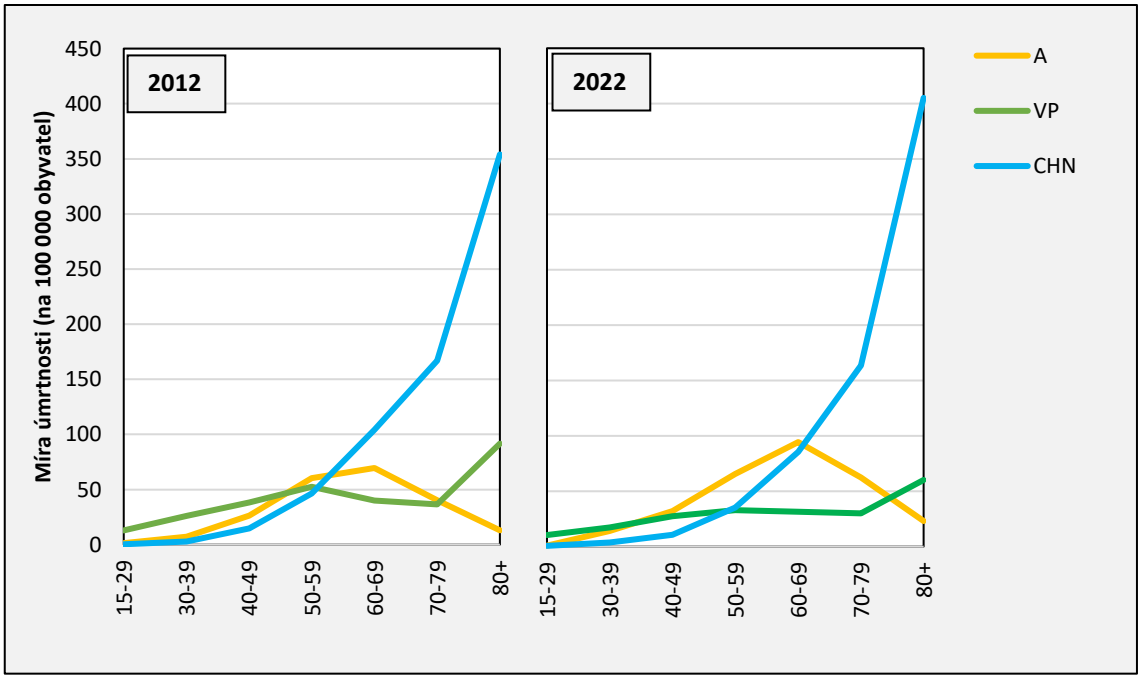
Obr. 20 – Míra úmrtnosti na příčiny spojené s alkoholem, ženy, Česko, 2012, 2022



Poznámky: A – úmrtí zcela přisuzovaná alkoholu, ChN – chronická onemocnění částečně přisuzovaná alkoholu, VP – vnější příčiny

Zdroj: ČSÚ, 2012-2022, vlastní výpočty

Obr. 21 – Míra úmrtnosti na příčiny spojené s alkoholem, muži, Česko, 2012, 2022



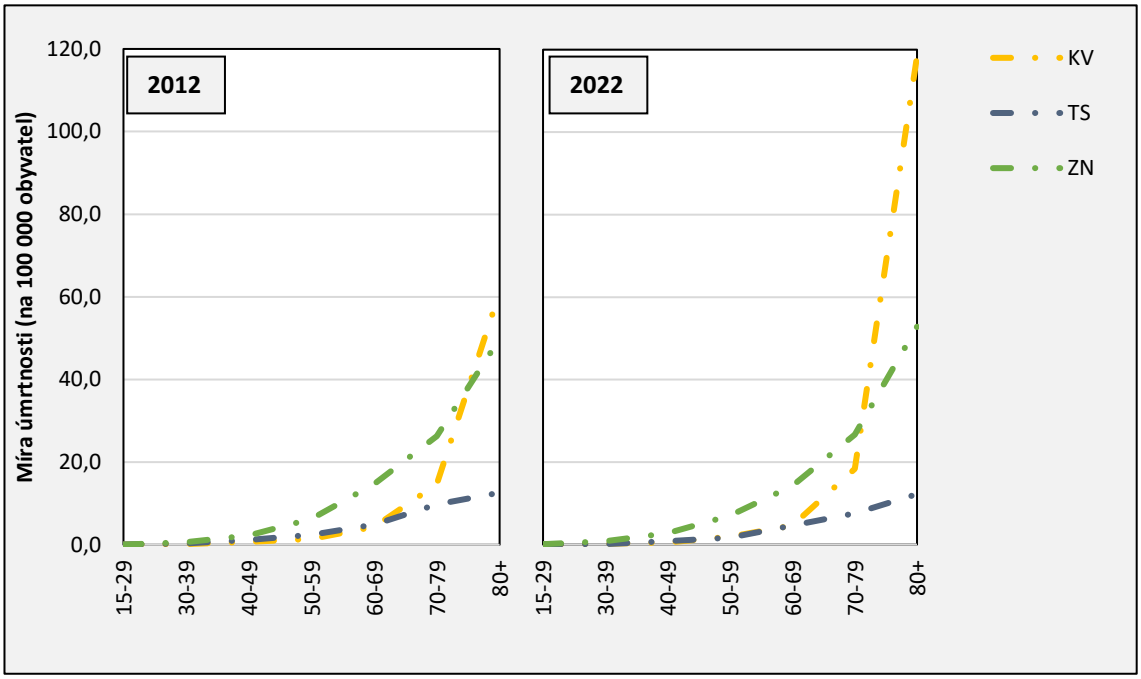
Poznámky: A – úmrtí zcela přisuzovaná alkoholu, ChN – chronická onemocnění částečně přisuzovaná alkoholu, VP – vnější příčiny

Zdroj: ČSÚ, 2012-2022, vlastní výpočty

Při podrobnějším pohledu na konkrétní příčiny v rámci tří rozlišovaných kategorií úmrtí způsobených alkoholem lze identifikovat ty, které se na celkové alkoholové úmrtnosti podílejí nejvýrazněji. V kategorii úmrtí zcela přisuzovaných alkoholu dlouhodobě dominuje alkoholické onemocnění jater, a to u mužů i žen. Mezi vnějšími příčinami zaujímá největší podíl úmyslné sebepoškození, následované úmrtími v důsledku pádů – opět bez výraznějších rozdílů mezi pohlavími. V rámci chronických onemocnění částečně přisuzovaných alkoholu lze příčiny rozdělit do tří hlavních podskupin: kardiovaskulární onemocnění, onemocnění trávicí soustavy a zhoubné novotvary. Zbylá chronická onemocnění částečně přisuzována alkoholu (epilepsie a diabetes mellitus) mají na celkové alkoholové úmrtnosti minimální podíl. Míra úmrtnosti dle věku a pohlaví na tyto 3 hlavní podskupiny je znázorněn na obrázcích č. 22 a 23.

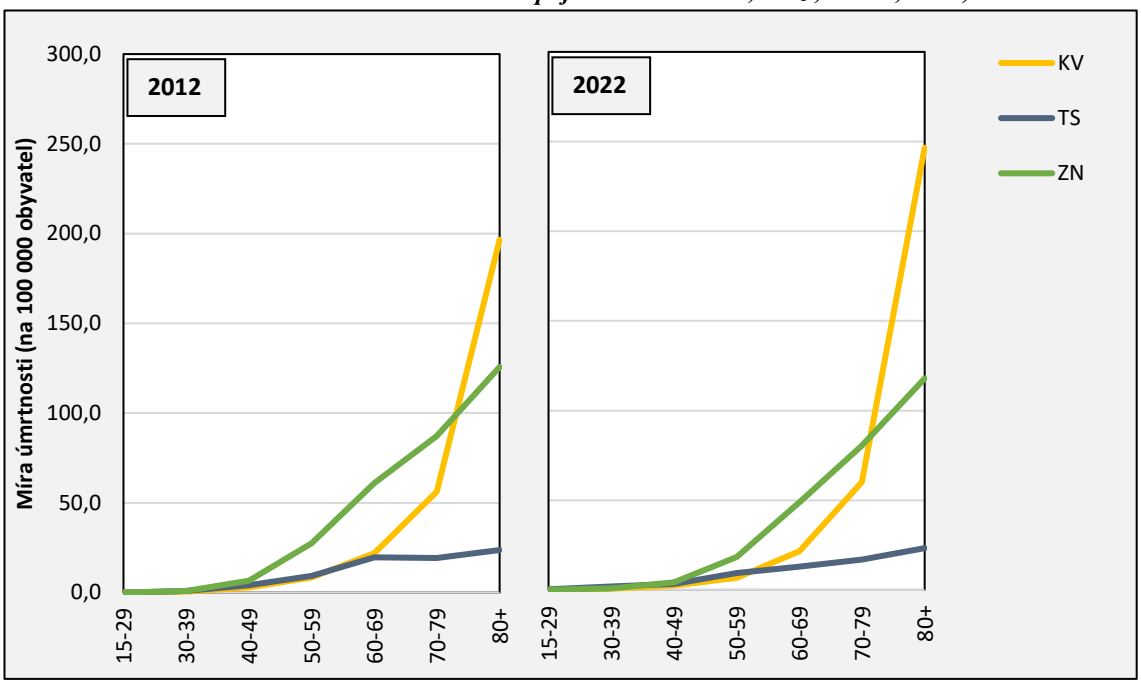
Při pohledu na obtázky je patrné, že shodně u obou pohlaví v mladších věkových skupinách dominuje úmrtnost na zhoubné novotvary, od věku 70 jsou to potom kardiovaskulární onemocnění. Právě v úmrtnosti na kardiovaskulární onemconění došlo v nejvyšší věkové kategorii mezi lety 2012 a 2022 ke zvýšení intenzity úmrtnosti u obou pohlaví. U žen se míra úmrtnosti zdvojnásobila, u můžů nebyl nárůst tak prudký ale přesto došlo k nárůstu ze 196 na 246 úmrtí na 100 000 obyvatel . Onemocnění trávicí soustavy si zachovávají nejnižší míru úmrtnosti napříč všemi věkovými skupinami, i když i zde lze pozorovat mírný nárůst s věkem.

Obr. 22 – Míra úmrtnosti na chronické nemoci spojené s alkoholem, ženy, Česko, 2012, 2022



Poznámky: KV – kardiovaskulární onemocnění, TS – nemoci trávicí soustavy, ZN – zhoubné novotvary
Zdroj: ČSÚ, 2012-2022, vlastní výpočty

Obr. 23 – Míra úmrtnosti na chronické nemoci spojené s alkoholem, muži, Česko, 2012, 2022



Poznámka: KV – kardiovaskulární onemocnění, TS – nemoci trávicí soustavy, ZN – zhoubné novotvary
Zdroj: ČSÚ, 2012-2022, vlastní výpočty

Pro další vyjádření vlivu alkoholu na úmrtnost byly sestaveny fiktivní úmrtnostní tabulky, v nichž byly odstraněny příčiny smrti přisuzované konzumaci alkoholu. V tabulce č. 17 jsou uvedeny rozdíly mezi reálnou nadějí dožití při narození a hypotetickou hodnotou, která odráží situaci bez vlivu alkoholu. Výsledky ukazují, že pokud by celá společnost abstinovala, naděje dožití při narození by se zvýšila přibližně o 1,2 až 1,4 roku u mužů a o 0,37 až 0,47 roku u žen.

Tab. 17 – Porovnání reálné a hypotetické naděje dožití při narození, Česko, 2012–2022

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Muži	1,34	1,31	1,28	1,26	1,30	1,36	1,34	1,34	1,25	1,17	1,31
Ženy	0,37	0,40	0,40	0,38	0,41	0,42	0,41	0,46	0,42	0,42	0,47

Zdroj: ČSÚ, 2012-2022, vlastní výpočty

Kapitola 10

Závěr

Cílem této práce bylo zhodnotit vliv konzumace alkoholu na úmrtnost v Česku v období 2012–2022. Analýza vycházela z kombinace dat z výběrových šetření s oficiální statistikou úmrtnosti. Pro práci bylo stanoveno několik výzkumných otázek.

První otázkou bylo: *Jak se vyvíjela spotřeba, frekvence a vzorce konzumace alkoholu v Česku v letech 2012–2022*? Na základě analýzy lze konstatovat, že celková úroveň spotřeby alkoholu zůstávala v průběhu sledovaného období stabilně vysoká, a to i přes mírné výkyvy v některých letech, zejména v souvislosti s pandemií COVID-19. Průměrná roční spotřeba litrů čistého alkoholu na osobu ve věku 15 a více let se v Česku dlouhodobě pohybuje kolem 12 litrů. Výraznější výkyv byl pozorován v roce 2020, kdy došlo k poklesu spotřeby piva. Frekvence konzumace se mezi pohlavími dlouhodobě liší – muži pravidelně konzumují alkohol častěji než ženy. Podle šetření EHIS z let 2014 a 2019 pilo alkohol alespoň jednou týdně přibližně 58–62 % mužů a 26 % žen. V šetření DEEP SEAS z roku 2021 byl však podíl týdenní konzumace výrazně vyšší – u mužů 69 % a u žen dokonce 52 %. Tato data mohou naznačovat, že rozdíly mezi pohlavími se zmenšují. Z vývoje podílu osob zařazených do jednotlivých kategorií konzumace dle rizikovosti vyplývá, že nejčastější skupinou jsou umírnění konzumenti. Mezi lety 2012 a 2022 se zároveň mírně zvýšil podíl abstinentů – u mužů z 10,8 % na 11,9 %, u žen z 16 % na 22 %. Přesto přetrvává významný podíl osob spadajících do rizikové či škodlivé kategorie – podle dat DEEP SEAS se v roce 2021 jednalo o 10,7 % žen a 17,7 % mužů. Z hlediska epizodické konzumace většího množství alkoholu při jedné příležitosti došlo mezi lety 2014 a 2019 ke zvýšení podílu osob, které uvedly, že zažily takovou situaci alespoň jednou v uplynulém roce. Zatímco v roce 2014 šlo o 61,2 % mužů a 32 % žen, v roce 2019 to bylo již 71,0 % mužů a 49,0 % žen. Celkově lze konstatovat, že úroveň spotřeby alkoholu zůstává vysoká, frekvence konzumace je víceméně stabilní s mírným poklesem u mužů a mírným nárůstem u žen, a výskyt rizikových forem pití má tendenci v čase narůstat, více u žen.

Druhá výzkumná otázka zněla: *Jaký je vztah mezi sociodemografickými faktory a vzorci konzumace alkoholu?* K zodpovězení této otázky byla využita logistická regresní analýza založená na datech z výběrových šetření EHIS a DEEP SEAS. Výsledky potvrdily, že vzorce konzumace alkoholu jsou významně ovlivněny pohlavím, věkem, vzděláním a příjmovou úrovní domácnosti. Muži měli výrazně vyšší pravděpodobnost jak pravidelné, tak nárazové konzumace

vysokých dávek než ženy. S věkem se zvyšovala pravděpodobnost pravidelného pití, zatímco výskyt binge drinkingu klesal. Osoby se středoškolským a vysokoškolským vzděláním, stejně jako respondenti s vyššími příjmy, vykazovali častější konzumaci alkoholu, ačkoliv u binge drinkingu nebyla souvislost vždy jednoznačná. Další proměnné, jako partnerský stav nebo velikostní struktura bydliště, měly menší a v čase proměnlivý vliv. Ve srovnání s daty EHIS vykazoval model založený na datech z DEEP SEAS méně výrazné rozdíly mezi skupinami. Některé proměnné, jako vzdělání či lokalita bydliště, zde nebyly statisticky významné. Přesto i tento model potvrdil vyšší pravděpodobnost pravidelné konzumace u mužů a osob středního věku, stejně jako vyšší riziko binge drinkingu u jedinců s nejvyššími příjmy. Výsledky tedy ukazují, že sociodemografické faktory hrají v konzumačním chování důležitou roli.

Stěžejní výzkumnou otázkou bylo: *Jak se vyvíjela úmrtnost spojená s konzumací alkoholu v letech 2012–2022?* Tato otázka byla dále rozpracována do několika podotázek, které se zaměřovaly na podíl alkoholové úmrtnosti na celkové úmrtnosti, strukturu příčin a kategorie onemocnění, které se na těchto úmrtích podílejí nejvíce a také na to, jak by se změnila naděje dožití při eliminaci úmrtnosti přičitatelné alkoholu. K určení rozsahu úmrtnosti spojené s alkoholem byl v práci použit ukazatel alcohol-attributable fraction (AAF), který udává, jaký podíl úmrtí na určitou diagnózu lze připsat právě konzumaci alkoholu. Nejvyšší hodnoty AAF byly zaznamenány u onemocnění jater. U mužů AAF u těchto příčin opakovaně přesahovalo hodnotu 0,70, u žen se pohybovalo mezi 0,50–0,65. Významný podíl alkoholu byl identifikován také u akutních zánětů slinivky břišní. Z nádorových onemocnění má alkohol největší vliv na zhoubné novotvary dutiny ústní, hltanu, jícnu a hrtanu, kde se AAF u mužů dlouhodobě pohybovalo mezi 0,30–0,52, u žen pak dosahovalo přibližně polovičních hodnot. U rakoviny prsu u žen se AAF pohybuje okolo 0,11–0,13, což znamená, že přibližně každé desáté úmrtí na tuto diagnózu lze spojit s konzumací alkoholu.

Standardizovaná míra úmrtnosti přičitatelná alkoholu se u mužů ve sledovaném období pohybovala mezi 102 a 111 úmrtími na 100 000 obyvatel, bez zřetelného trendu nárůstu či poklesu. U žen byla nižší, mezi 25 a 31 úmrtími na 100 000 obyvatel, přičemž zde byl patrný mírně rostoucí trend, zejména v posledních letech sledovaného období. Několik diagnóz, konkrétně ischemická choroba srdeční, ischemické cévní mozkové příhody a diabetes mellitus u žen, vykazovaly záporné hodnoty AAF. To znamená že díky konzumaci alkoholu bylo teoreticky několik úmrtí na tyto příčiny odvráceno. Tyto hodnoty ale nelze interpretovat jako důkaz pozitivního účinku alkoholu. I když konzumace alkoholu může snížit riziko úmrtí na tyto konkrétní diagnózy, neznamená to, že by alkohol celkově zdraví prospíval. Naopak, stejné množství zkonzumovaného alkoholu může současně zvyšovat riziko úmrtí na jiné příčiny. Výsledný efekt je negativní, bezpečná prahová dávka alkoholu neexistuje (WHO, 2022).

Podíl úmrtí přičitatelných alkoholu na celkové úmrtnosti se v průběhu sledovaného období pohyboval mezi 5 a 6 % v celé populaci. U mužů dosahoval podíl dlouhodobě hodnot 8 až 9 %, zatímco u žen se pohyboval kolem 2 až 3 %. V absolutních číslech to v roce 2022 znamenalo 7 027 úmrtí, z toho 5 149 u mužů a 1 878 u žen. Mírný vzestup je patrný především u žen, a to jak v počtu, tak v podílu na celkové úmrtnosti. Tyto výsledky jsou v souladu s údaji uvedenými ve Zprávě o alkoholu v České republice 2023 (Chomynová et al., 2024).

Z hlediska kategorií nemocí se na úmrtnosti přičitatelné alkoholu podílejí tři hlavní skupiny: úmrtí zcela přisuzovaná alkoholu, úmrtí na chronická onemocnění částečně přisuzovaná alkoholu a vnější příčiny. U obou pohlaví tvoří největší podíl chronická onemocnění částečně přisuzovaná alkoholu, která u mužů dlouhodobě představují přibližně 45 % alkoholové úmrtnosti. U žen je tento podíl ještě vyšší – mezi 60 a 65 %. Úmrtí zcela přisuzovaná alkoholu tvoří u obou pohlaví přibližně třetinu z celku. U žen je tento podíl stabilní, zatímco u mužů za sledované období mírně roste. Vnější příčiny se podílejí na alkoholové úmrtnosti převážně u mužů – přibližně pětinově. Jejich podíl na celku se však naopak v čase snižuje. U žen je jejich podíl nízký a stabilní kolem 5 %.

Poslední podotázka související s úmrtností byla zaměřena na to, jak by se změnila naděje dožití při narození při eliminaci úmrtnosti přičitatelné alkoholu. Na základě sestavených fiktivních úmrtnostních tabulek, v nichž byly odstraněny všechny příčiny smrti přisuzované konzumaci alkoholu, bylo zjištěno, že by se naděje dožití při narození u mužů zvýšila přibližně o 1,2 až 1,4 roku a u žen o 0,37 až 0,47 roku. Mezi jednotlivými roky docházelo k mírným výkyvům, bez zřetelného trendu nárůstu či poklesu.

Při interpretaci výsledků analýzy je důležité zohlednit, že struktura konzumace alkoholu, použitá pro výpočet ukazatele AAF, vychází z výběrových šetření založených na sebe deklaraci respondentů. Tento způsob sběru dat je náchylný k podhodnocování skutečné spotřeby alkoholu, což může vést k podcenění rozsahu rizikového či škodlivého pití. Zároveň je třeba upozornit, že přístup použitý v této práci zohledňuje pouze úmrtnost, nikoli nemocnost nebo dopady na kvalitu života spojené s konzumací alkoholu. Skutečný rozsah negativních důsledků alkoholu na zdraví populace je tak ještě vyšší.

Pro možné rozšíření nebo navázání na tuto práci by bylo zajímavé provést územní srovnání napříč regiony Česka, které by mohlo odhalit lokální rozdíly v konzumaci alkoholu i jejích zdravotních důsledcích. Zároveň by bylo zajímavé zasadit situaci v Česku do širšího mezinárodního kontextu – například provést srovnání s ostatními postkomunistickými zeměmi, jež sdílí podobné historické a společenské podmínky, ale mohou vykazovat rozdílné trendy v alkoholové politice, prevenci a zdravotních dopadech.

Seznam použité literatury

#NECHMELDETI, 2022a. *Nealkoholická ochucená piva obsahují průměrně 0,23 % alkoholu.* Online. *Tisková zpráva*. Dostupné z: https://docs.google.com/document/d/1RAozTxhGmecpXSnczVOuvqNC2irFLHWQR-zH-j9QPhs/edit?tab=t.0.

#NECHMELDETI, 2022b. *Ochucené pivní nápoje: Děti je považují za limonády. Situace je horší, než si rodiče myslí*. Online. Tisková zpráva. Dostupné z: https://docs.google.com/document/d/1RAozTxhGmecpXSnczVOuvqNC2irFLHWQR-zH-j9QPhs/edit?tab=t.0.

ANDERSON, Peter a BAUMBERG, Ben, 2006. Alcohol in Europe: A report for the European Commission. Online. *London: Institute of Alcohol Studies*. Dostupné z: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf.

ARRANZ, S. et al., 2012. Wine, Beer, Alcohol and Polyphenols on Cardiovascular Disease and Cancer. Online. *Nutrients*, 4(7), s. 759–781. Dostupné z: https://doi.org/10.3390/nu4070759.

BABOR, Thomas F.; CASSWELL, Sally; GRAHAM, Kathryn; HUCKLE, Taisia; LIVINGSTON, Michael et al., 2022. *Alcohol: No Ordinary Commodity – a summary of the third edition*. Online. Addiction. 117(12), s. 3024–3036. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36321607/.

BARTÁK, Miroslav et al., 2019. *Uplatnění iniciativy WHO SAFER pro snížení škod souvisejících s alkoholem v České republice*. Online. Dostupné z: https://alkoholpodkontrolou.cz/wp-content/uploads/2022/11/WHO_policy_brief_alcohol_CZ_19-12-03_print-1.pdf.

BARTÁK, Miroslav; PETRUŽELKA, Benjamin; ROGALEWICZ, Vladimír a VACEK, Jaroslav, 2022. *Šetření každodennosti a sezónnosti užívání alkoholu u dospělé populace ČR*. Online. Praha: EAC, KAD 1. LF UK a VFN v Praze. Dostupné z: https://snncls.cz/wp/wp-content/2022/02/2-Purkynka_Setreni-kazdodennost-a-sezonnost-uzivani-alkoholu-a-uzivani_MiB.pdf.

BELLIS, A. Mark; HUGHES, Karen; NICHOLLS, James; SHERON, Nick; GILMORE, Ian et al., 2016. The alcohol harm paradox: using a national survey to explore how alcohol may disproportionately impact health in deprived individuals. Online. *BMC Public Health.* 16(111). Dostupné z: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-2766-x.

BOYD, Jennifer; SEXTON, Olivia; ANGUS, Colin; MEIER, Petra, PURSHOUSE C., Robin et al., 2022. Causal mechanisms proposed for the alcohol harm paradox—a systematic review.

Online. *Addiction*. 117(1), s. 33–56. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33999487/.

ČR. Zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2017, částka 25. Online. Dostupné z: https://www.e-sbirka.cz/sb/2017/65/0000-00-00?zalozka=text#par_2-pism_f. [cit. 2025-03-12].

ČSÚ, Nd.. *Výběrové šetření o zdraví (EHIS)*. Online. Dostupné z: https://csu.gov.cz/vykazy/vyberova_setreni_o_zdravi_ehis_european_health_interview_survey. [cit. 2025-03-12].

DAWSON, A. Deborah, 2003. Methodological Issues in Measuring Alcohol Use. Online. *Alcohol Research a Health*, Vol. 27, No. 1. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15301397/.

DEJONG, Katherine, OLYAEI, Amy a LO, Jamie O, 2019. Alcohol Use in Pregnancy. Online. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 62(1), s. 142–155. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30575614/.

DIETLER, Michael, 2008. Alcohol: Anthropological/Archaeological Perspectives. Online. *Annual Review of Anthropology*. 35(1). Dostupné z: https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev.anthro.35.081705.123120.

DZÚROVÁ, Dagmar, 2022. *Vícerozměrné metody pro analýzu dat: Modelování, logistická regresní analýza*. Prezentace. Statistická analýza dat II. Praha: Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta, Katedra sociální geografie a regionálního rozvoje.

DZÚROVÁ, Dagmara; SPILKOVÁ, Jana a PIKHART, Hynek, 2010. Social inequalities in alcohol consumption in the Czech Republic: A multilevel analysis. Online. *Health a Place*. 16(3), s. 590–597. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1353829210000055.

EASEY, E. Kayleigh; DYER, L. Maddy; TIMPSON, J. Nicholas a MUNAFO, R. Marcus, 2019. Prenatal alcohol exposure and offspring mental health: A systematic review. Online. *Drug and Alcohol Dependence*. 197, s. 344–353. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30827758/.

EDWARDS, Griffith, 2004. *Záhadná molekula: mýty a skutečnosti o alkoholu*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 209 s. ISBN 80-7106-696-6.

EUROPEAN COMMISSION, 2024. Alcoholic beverages and their alcohol content. *Health Promotion and Disease Prevention Knowledge Gateway*. Online. Last updated: 22 April 2024. Dostupné z: https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/alcoholic-beverages-their-alcohol-content_en.

EUROPEAN COMMISSION, 2024. Alcoholic Beverages. Health Promotion and Disease Prevention Knowledge Gateway. Online. Poslední aktualizace: 27. června. Dostupné z: https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/alcoholic-beverages_en.

European Transport Safety Council, 2021. *Drink-Driving Fact File: Czechia*. Online. ETSC. Dostupné z: https://etsc.eu/wp-content/uploads/SMART-COUNTRY-ANALYSIS_CZECHIA_04.pdf.

FIALA, Jindřich; SOCHOR, Ondřej; KLIMUSOVÁ, Helena a HOMOLKA, Martin., 2017. *Alcohol Consumption in arrPopulation Aged 25-65 Years Living in the Metropolis of South Moravia, Czech Republic.* Online. Central European Journal of Public Health, 25, s. 191–199. Dostupné z: https://doi.org/10.21101/cejph.a4481.

FILLMORE, Kaye Middleton, STOCKWELL, Tim, CHIKRITZHS, Tanya, BOSTROM, Alan a KERR, William, 2007. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies and new hypotheses. Online. Annals of Epidemiology, 17(5 Suppl), s. S16–S23. DOI: https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2007.01.005.

FRIEDRICHOVÁ, Tereza, 2024. Češi ve výzkumu potvrzují, že častá konzumace alkoholu je jim vlastní a nevyhýbá se ani mladistvým. Polovina Čechů vnímá pivo nebo sklenku vína u večeře jako zdraví prospěšnou. Online. *NMS Market Research*. Dostupné z: https://nms.global/cz/cesi-ve-vyzkumu-potvrzuji-ze-casta-konzumace-alkoholu-je-jim-vlastni-a-nevyhyba-se-ani-mladistvym-polovina-cechu-vnima-pivo-nebo-sklenku-vina-u-vecere-jako-zdravi-prospesnou/.

FUNKE, Marie a ORLIKOVÁ, Barbora, 2020. Kontrolovaná konzumace alkoholu – účinná pomoc, či jen planá naděje pro závislé? Online. Psychiatrie. 24(2), s. 85–92. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/343154294_Kontrolovana_konzumace_alkoholu_-ucinna_pomoc_ci_jen_plana_nadeje_pro_zavisle

GUÉRIN, Sylvie, LAPLANCHE, Agnès, DUNANT, Ariane a HILL, Catherine, 2013. Alcohol-attributable mortality in France. Online. European Journal of Public Health, 23(4), s. 588–593. DOI: https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt015.

HASEEB, S., ALEXANDER, B. a BARANCHUK, A., 2017. Wine and cardiovascular health. Online. Journal of the American College of Cardiology, 70(2), s. 147–155. Dostupné z: https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.030387.

HBSC ČR, Nd.. *HBSC studie: Health Behaviour in School-aged Children. O studii.* Online. HBSC ČR. Dostupné z: https://hbsc.cz/ostudii/ [cit. 2025-03-16].

HNILICOVÁ, Helena; NOME, Siri; DOBIÁŠOVÁ, Karolína; ZVOLSKÝ, Miroslav; HENRIKSEN, Roger et al., 2017. Comparison of Alcohol Consumption and Alcohol Policies in the Czech Republic and Norway. Online. Cent Eur J Public Health, 25(2), s. 145-151. Dostupné z: https://cejph.szu.cz/pdfs/cjp/2017/02/09.pdf.

HOFFMAN, L. Paula a TABAKOFF, Boris, 1996. Alcohol dependence: a commentary on mechanisms. Online. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, *31*(4), s. 333–340. Dostupné z: https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.alcalc.a008159

HOLCNEROVÁ, Petra, 2009. Alkohol – historie. Online. Praha: Centrum adiktologie PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. Dostupné z: https://www.adiktologie.cz/file/418/alkohol-uvod-historie.pdf

HORÁKOVÁ, Monika., BEJTKOVSKÝ, Jiří., BAREŠOVÁ, Petra a URBÁNEK, Tomáš, 2020. Alcohol Consumption among the Member States of the European Union in Relationship to Taxation. Online. Adiktologie, 20(1–2), s. 47–56; Dostupné z: https://adiktologie-journal.eu/wp-content/uploads/2020/01/05horakova.pdf.

CHOMYNOVÁ, P. et al., 2024. Zpráva o alkoholu v České republice 2023 [Report on Alcohol in the Czech Republic 2023]. Online. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33916/1253/Zpr%C3%A1va%20o%20alkoholu%20v%20%C4%8CR%202023_fin1.pdf.

CHOMYNOVÁ, Pavla; CSÉMY, Ladislav a MRAVČÍK, Viktor, 2020. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) 2019. Online. Zaostřeno 6(5), s. 1–20. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33292/1057/Zaostreno%202020-05_ESPAD%202019.pdf

CHOMYNOVÁ, Pavla; ČERNÍKOVÁ, Tereza a MRAVČÍK, Viktor, 2021. *Současná situace, trendy a dopady konzumace alkoholu v České republice*. Online. Profese Online. 14(1). Dostupné z: https://profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2021/01/10.pdf.

INSTITUT PRO POLITIKU A SPOLEČNOST, 2019. Zdanění spotřeby v České republice: pohonné hmoty, tabák, líh a lihoviny, pivo, víno. Online. *Institut pro politiku a společnost*. Červenec 2019. Dostupné z: https://www.politikaspolecnost.cz/wp-content/uploads/2019/07/Zdan%C4%9Bn%C3%AD-spot%C5%99eby-v-%C4%8Cesk%C3%A9-republice-IPPS.pdf.

JANÍKOVÁ, Barbara a NECHANSKÁ, Blanka, 2021. Sčítání adiktologických služeb 2020. Online. Zaostřeno. 7(3), s. 1–20. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33529/1105/Zaostreno_202103_Scitani%20adiktologickych%20sluzeb.pdf.

JONES, Lisa, BELLIS, Mark, DEDMAN, Dan a TOCQUE, Karen, 2008. Alcohol-Attributable Fractions for England: Alcohol-Attributable Mortality and Hospital Admissions. Online. Liverpool: North West Public Health Observatory, Liverpool John Moores University. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/235428834_Alcohol-Attributable_Fractions_for_England_AlcoholAttributable_Mortality_and_Hospital_Admissions.

KAGSTRÖM, Anna; ALEXOVA, Aneta; TUSKOVA, Eva; CSAJBÓK, Zsófia; SCHOMERUS, Georg et al., 2019. The treatment gap for mental disorders and associated factors in the Czech Republic. Online. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*. 59, s. 37–43. Dostupné z: https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/treatment-gap-for-mental-disorders-and-associated-factors-in-the-czech-republic/2B9CE8467D692D2A3B6D65F46C88D1A2.

KALIBOVÁ, Květa., 2005. Úvod do demografie. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0222-9

KILIAN, Carolin.; MANTHEY, Jakob.; BRADDICK, Fleur.; LÓPEZ-PELAYO, Hugo. a REHM, Jürgen, 2023b. Social disparities in alcohol's harm to others: evidence from 32 European countries. Online. International Journal of Drug Policy, 118, 104079. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37271071/

KILIAN, Carolin; MANTHEY, Jakob; MOSKALEWICZ, Jacek; BRADDICK, Fleur; MATRAI, Silvia et al., 2023a. The socioeconomic profile of alcohol use in Europe: Findings from a cross-sectional survey of 33 European countries. Online. *International Journal of Alcohol and*

Drug Research. 11(1), s. 13–23. Dostupné z: https://ijadr.org/index.php/ijadr/article/view/407

KOMÁREK, Jakub a PROKOP, Daniel, 2023. Jak na zdanění alkoholu: Komparativní analýza a doporučení reforem. Studie ze série Czech Tax Papers. Online. PAQ Research. Dostupné z: https://www.paqresearch.cz/content/files/2023/10/PAQ_Alkohol_Daneni_Studie.pdf

KREDÁTUS, Jozef a SEDLÁK, Jiří, 2006. *Alkohol a domácí násilí*. Online. Psychologická poradna Brno. Dostupné z: https://cmpsy.cz/files/pd/2006/texty/pdf/kredatus_sedlak.pdf

KRMENČÍK, Pavel a HOLCNEROVÁ, Petra, 2009. Alkohol: Charakteristika. Online. *Centrum adiktologie, PK 1. LF UK v Praze a VFN v Praze*. Praha. Dostupné z: https://www.adiktologie.cz/file/417/alkohol-charakteristika.pdf.

KUKALOVÁ, Gabriela., MORAVEC, Lukáš., BÍNA FILIPOVÁ, Dana. a KUČÍRKOVÁ, Lenka, 2021. Evaluation of Estimated Direct Health Expenses on Tobacco- and Alcohol-related Diseases in Context of Excise Taxes Revenues in the Czech Republic. Online. Cent Eur J Public Health, 29, s. 143-152. Dostupné z: https://cejph.szu.cz/artkey/cjp-202102-0013_evaluation-of-estimated-direct-health-expenses-on-tobacco-and-alcohol-related-diseases-in-context-of-excise-ta.php

LIVINGSTON, Michael. a CALLINAN, Sarah., 2022. Underreporting in alcohol surveys: Whose drinking is underestimated? Online. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 83(2), s. 234–241. Dostupné z: https://doi.org/10.15288/jsad.2015.76.158. Citováno 2025-02-05.

ŁYSZCZARZ, Błażej, 2019. Production losses associated with alcohol-attributable mortality in the European Union. Online. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 16(18), s. 1–15. Dostupné z: https://www.mdpi.com/1660-4601/16/18/3358.

ŁYSZCZARZ, Błażej, 2019. Production Losses Associated with Alcohol-Attributable Mortality in the European Union. Online. International Journal of Environmental Research and Public Health. 16(19), 3536. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31546662/.

MAMLUK, Loubaba; EDWARDS, B. Hannah; SAVOVIĆ, Jelena; LEACH, Verity; JONES, Timothy et al., 2017. *Low alcohol consumption and pregnancy and childhood outcomes: time to change guidelines indicating apparently 'safe' levels of alcohol during pregnancy? A systematic review and meta-analyses*. Online. BMJ Open. Dostupné z: https://bmjopen.bmj.com/content/7/7/e015410

MARTINKOVÁ, Milada; SLAVĚTÍNSKÝ, Vladan a VLACH, Jiří, 2014. *Vybrané problémy z oblasti domácího násilí v ČR*. Online. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Dostupné z: http://www.ok.cz/iksp/docs/414.pdf

MATERNA, Kryštof a HASMAN, Jiří, 2014. *Český pivní atlas*. Praha: Susa. ISBN 978-80-86057-95-8.

MIKA, J. Otakar, WEISSMANNOVA-DOLEZALOVA, Helena a FISEROVA, Lenka, 2014. Mass methanol poisonings in the Czech Republic. Online. *Toxin Reviews*. 33(3), s. 101–106. Dostupné z: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/15569543.2014.883408

Ministerstvo Financí, 2019. Spotřební daň z lihu navrhované změny. Podklad pro jednání. Online. Dostupné z: https://www.mfcr.cz/assets/cs/media/Informace-zadost-106_Pr-003_2019-08-15_Info-106-99-MF-19635-2019-48.pdf.

MLČOCH, Tomáš, CHADIMOVÁ, Kateřina a DOLEŽAL Tomáš, 2019. Společenské náklady konzumace alkoholu v České republice: Závěrečná zpráva. Online. Praha: iHETA. Dostupné z: http://www.iheta.org/ext/publication/files/Report_merged_grant_alkohol_2019-04-10%20-%20final.pdf.

MOVENDI INTERNATIONAL, 2024. New GBD data reveals alcohol remains top risk factor for global disease burden. Online. 24. května. Dostupné z: https://movendi.ngo/news/2024/05/24/new-gbd-data-reveals-alcohol-remains-top-risk-factor-for-global-disease-burden/.

MPSV, 2022. Sčítání osob z vybraných kategorií klasifikace ETHOS 2022 – shrnutí. Online. Podpora sociálního bydlení. Dostupné z: https://socialnibydleni.mpsv.cz/download/dokumenty/Shrnuti_Scitani_2022.pdf.

MRAVČÍK, Viktor; CHOMYNOVÁ, Pavla; GROHMANNOVÁ, Kateřina; JANÍKOVÁ, Barbara; ČERNÍKOVÁ, Tereza et al., 2021. Zpráva o alkoholu v České republice 2021. Online. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33590/1128/Zprava_o_alkoholu_v_CR_2021_fin.pdf

Murray, C. J. L., Aravkin, A. Y., Zheng, P., Abbafati, C., Abbas, K. M., et al., 2020. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990– 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet, 396(10258), 1223–1249. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2

NEŠPOR, Karel a CSÉMY, Ladislav, 2005. *Domácí násilí a alkohol*. Online. Česká a slovenská psychiatrie. 101(3), s. 174–175. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2005_3_174_175.pdf

NOVÁKOVÁ, Elizabeth a MRAVČÍK, Viktor, 2020. *Alcohol's harms to others.* Online. Hygiena. 65(1), s. 10–16. Dostupné z: https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2020/01/02.pdf

NUTT, David; HAYES, Alexandra; FONVILLE, Leon; RAYYAN, Zafar; PALMER O.C. Emily et al., 2021. Alcohol and the Brain. Online. *Nutrients*, *13*(11), 3938. Dostupné z: https://doi.org/10.3390/nu13113938

O'KEEFE, J. H., BHATTI, S. K., BAJWA, A. et al., 2014. Alcohol and cardiovascular health: the dose makes the poison… or the remedy. Online. Mayo Clinic Proceedings, 89(3), s. 382–393. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.11.005. Citováno 2024-02-05.

O'KEEFE, J. H., BYBEE, K. A. a LAVIE, C. J., 2007. Alcohol and cardiovascular health: the razor-sharp double-edged sword. Online. Journal of the American College of Cardiology, 50(11), s. 1009–1014. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/j.jacc.2007.04.089.

OECD, 2021. *Preventing Harmful Alcohol Use*. Online. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing. Dostupné z: https://www.oecd.org/en/publications/preventing-harmful-alcohol-use_6e4b4ffb-en.html.

PARÍZKOVÁ, Jana a VLKOVÁ Martina, 2011. Beer in the Czech Republic. In: SCHIEFENHÖVEL, Wulf a Helen MACBETH, eds. *Liquid Bread: Beer and Brewing in Cross-Cultural Perspective*. New York: Berghahn Books, s. 101–107. Dostupné z: https://doi.org/10.3167/9780857452153

PAVLÍK, Zdeněk, Jitka RYCHTAŘÍKOVÁ a Alena ŠUBRTOVÁ. Základy demografie. Praha: Academia, 1986. ISBN (váz.).

PETRUŽELKA, Benjamin; BARTÁK, Miroslav; ROGALEWICZ Vladimir a BABOR F. Thomas, 2025. What drove changes in alcohol sales during the COVID-19 pandemic in Czechia? An interrupted time series analyses. Online. Drug Alcohol Rev. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40033661/.

POPOV, Petr, 2003. Závislost na alkoholu. Online. Psychiatrie pro praxi. 4(1), s. 29-32. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200301-0007_Zavislost_na_alkoholu.php.

PUBLIC HEALTH ENGLAND, 2020. *Alcohol-attributable fractions for England: An update*. Online. Prepared by Abbygail Jaccard; Aleksandra Blawat; Stephen Ashton; Leoni Belsman; Jake Gommon. London: Public Health England. Dostupné z: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/601c0da0e90e0711cf5955b1/RELATI_1-1.pdf.

REHM, J. et al., 2010. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. Addiction (Abingdon, England), 105(5), s. 817–843. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02899.x.

REHM, J. et al., 2017. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. Online. Addiction, 112(6), s. 968–1001. Dostupné z: https://doi.org/10.1111/add.13757.

REHM, Jürgen, SHIELD, Kevin D. a WEIDERPASS, Elisabete, 2020. Alcohol consumption: A leading risk factor for cancer. Online. Chemico-Biological Interactions, 331, s. 109280. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/j.cbi.2020.109280.

REHM, Jürgen; SHIELD, D. Kevin; GMEL, Gerrit; REHM, X. Maximilien; ULRICH, Frick, 2013. Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. Online. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, *23*(2), s. 89–97. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.08.001

ROCCO, A., COMPARE, D., ANGRISANI, D., SANDUZZI ZAMPARELLI, M. a NARDONE, G., 2014. Alcoholic disease: liver and beyond. Online. World Journal of Gastroenterology, 20(40), s. 14652–14659. DOI: https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i40.14652.

ROD, Aleš a FANTA, Michael, 2019. Spotřeba alkoholu v ČR. Vývoj, dopady, regulace a další rizikové faktory ohrožující zdraví společnosti. Online. Centrum ekonomických a tržních analýz. Dostupné z: https://eceta.cz/wp-content/uploads/2019/08/Spot%C5%99eba-alkoholu-v-%C4%8CR_FINAL-1.pdf

RUPRICH, J. (ed.) et al., 2015. Přehled národních vodítek pro střídmou konzumaci alkoholických nápojů: nízkorizikové dávky ethanolu. Online. Praha: Státní zdravotní ústav, Centrum zdraví, výživy a potravin v Brně. Dostupné z: https://archiv.szu.cz/uploads/CZVP/Prehled_voditek_pro_stridmou_konzumaci_alkoholu_ethanolu_.pdf.

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY, 2019. Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027 [National Strategy on Addictive Behavior Prevention and Harm Reduction 2019–2027]. Online. Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://vlada.gov.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/Narodni_strategie_2019-2027_fin01.pdf

SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY. 2019. *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027* [National Strategy on Addictive Behavior Prevention and Harm Reduction 2019–2027]. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: https://vlada.gov.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/narodni-strategie-prevence-a-snizovani-skod-spojenych-se-zavislostnim-chovanim-2019_2027-173695/

SHIELD, Kevin D.; GMEL, Gerrit; PATRA, Jayadeep a REHM, Jürgen, 2012. *Global burden of injuries attributable to alcohol consumption in 2004: a novel way of calculating the burden of injuries attributable to alcohol consumption*. Online. Population Health Metrics. 10(1), 9. Dostupné z: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3463441/

SHIELD, Kevin D.; MANTHEY, Jakob; RYLETT, Margaret; PROBST, Charlotte; WETTLAUFER, Ashley a PARRY, Charles D. H., 2020. *National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study*. Online. The Lancet Public Health. 5(1), e51–e61. DOI: 10.1016/S2468-2667(19)30231-2. Dostupné z: https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(19)30231-2/fulltext

Sociologický ústav Akademie věd ČR, Nd. Naše společnost – Kontinuální výzkum veřejného mínění. Online. SOÚ AV ČR. Dostupné z: https://soc.cas.cz/cz/projekty/nase-spolecnost-kontinualni-vyzkum-verejneho-mineni. [cit. 2025-03-12].

SPURNÝ, Martin, 2023. *Postoje veřejnosti ke konzumaci návykových látek a drogovým závislostem – duben/květen 2023.* Online. Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV ČR. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a5665/f9/ob230630.pdf

STAŠOVÁ, Kateřina; DOBIÁŠOVÁ, Karolína; HNILICOVÁ, Helena a HOLÁ, Martina, 2023. Problematické užívání alkoholu u žen a dostupnost služeb léčby závislosti na alkoholu v České republice. Online. *Kontakt*. 25(3), s. 217–224. Dostupné z: https://www.kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-202303-0009_problemove-uzivani-alkoholu-u-zen-a-dostupnost-sluzeb-lecby-zavislosti-na-alkoholu-v-ceske-republice.php?l=cz.

SZÚ, 2021. Fetální alkoholový syndrom (FAS) a poruchy fetálního alkoholového spektra (FASD). Online. Dostupné z: https://archiv.szu.cz/tema/podpora-zdravi/fetalni-alkoholovy-syndrom-priciny-a-priznaky

STOCKWELL, T. et al., 2016. Do "Moderate" Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. Online. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 77(2), s. 185–198. Dostupné z: https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.185.

SVAČINOVÁ, Kornélia; PECHHOLDOVÁ, Markéta a Jana VRABCOVÁ, 2021. Analysis of Alcohol Policy in Czechia: Estimation of Alcohol Policy Scale compared to EU Countries. Online. *ResearchGate*. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/357118327_Analysis_of_Alcohol_Policy_in_Czechia_Estimation_of_Alcohol_Policy_Scale_compared_to_EU_Countries.

SZÚ, 2023a. Alkohol a primární zdravotní péče: Klinická vodítka pro identifikaci a krátké intervence. Online. Praha: Státní zdravotní ústav. Dostupné z: https://szu.gov.cz/wp-content/uploads/2023/03/Alkohol-a-primarni-zdravotni-pece_Klinicka-voditka-pro-identifikaci-a-kratke-intervence.pdf.

ŠEJVL, Jaroslav; BARTÁK, Miroslav; GAVUROVÁ, Beáta; MAŠLÁNIOVÁ, Miroslava; PETRUŽELKA, Benjamin et al., 2019. Public health response to methanol mass poisoning in the Czech Republic in 2012: A case study. Online. *Central European Journal of Public Health*. 27, s. 29–S39. Dostupné z: https://cejph.szu.cz/artkey/cjp-201988-0004_public-health-response-to-methanol-mass-poisoning-in-the-czech-republic-in-2012-a-case-study.php

ŠTÝGLEROVÁ, Terezie, 2024. *Současná praxe sběru a zpracování demografických dat v ČR (Statistika ČSÚ)*. PPT. Kurz: Demografické informační systémy, PřF UK, *v Praze, 12. a 19.11.2024*

ÚZIS ČR, 2024. MKN-10 klasifikace: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Online. Brno: ÚZIS ČR. Dostupné z: https://mkn10.uzis.cz/.

ÚZIS ČR, Nd. Výběrová šetření o zdraví v ČR. Online. ÚZIS ČR. Dostupné z: https://ehis.uzis.cz/index.php?pg=home. [cit. 2025-03-12].

VÁGNEROVÁ, Marie; MAREK, Jakub a Ladislav CSÉMY, 2018. Narativní analýza role alkoholu v životních příbězích mužů-bezdomovců. Online. Česká a slovenská psychiatrie. 114(2), s. 53–59. Dostupné z: https://cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2018_2_53_59.pdf.

VICHITKUNAKORN, Polathep; BALTHIP, Karnsunaphat a GEATER, Alan; ASSANANGKORNCHAI, Sawitri, 2018. Comparisons between context-specific and beverage-specific quantity frequency instruments to assess alcohol consumption indices: Individual and sample level analysis. Online. *PLOS One*. 13(8), Dostupné z: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0202756

VINOPAL, Jiří, 2004. *The phenomenon of beer patriotism in the Czech society*. Online. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c7/a3694/f96/100047se_vinopal-pivo%20EN.pdf

VINOPAL, Jiří, 2012. Pivo, víno a lihoviny v české společnosti v roce 2012. Online. *Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV ČR*. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a1542/f9/OR121121d.pdf.

VINOPAL, Jiří, 2023. Pivo v české společnosti (2023). Online. *Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV ČR*. Praha, 2023. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz.

VOPRAVIL, Jiří, 2023. Podnikání mimo zákon. Výnosy z nelegálních trhů bývají mnohem nižší než náklady na nápravu vzniklých škod. Online. *Statistika a my*, 13(32). Dostupné z: https://statistikaamy.csu.gov.cz/podnikani-mimo-zakon

VOSKOBOINIK, A., PRABHU, S., LING, L. H. et al., 2016. Alcohol and atrial fibrillation: a sobering review. Online. *Journal of the American College of Cardiology*, 68(23), s. 2567–2576. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/j.jacc.2016.08.074. Citováno 2024-02-05.

WEISKIRCHEN, S. a WEISKIRCHEN, R., 2016. Resveratrol: How much wine do you have to drink to stay healthy? *Advances in Nutrition*, 7(4), s. 706–718. Dostupné z: https://doi.org/10.3945/an.115.011627.

WHO, 2000. *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. Online. Geneva: World Health Organization. Dostupné z: https://iris.who.int/handle/10665/66529.

WHO, 2020. *Alcohol pricing in the WHO European Region: update report on the evidence and recommended policy actions*. Online. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. Dostupné z: https://iris.who.int/handle/10665/336159.

WHO, 2022. *No level of alcohol consumption is safe for our health*. Online. WHO Europe. Dostupné z: https://www.who.int/europe/news-room/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health.

WHO, 2024a. *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. Online. Geneva: World Health Organization. Licence: CCBY-NC-SA3.0 IGO. Dostupné z: https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745.

WHO, Nd.a. *Disability-adjusted life years (DALY).* Online. Geneva: WHO. Dostupné z: https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/158. [cit. 2025-03-16]

WHO, Nd.b. *Alcohol-attributable fraction (AAF)*. Online. Geneva: WHO. Dostupné z: https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/2332. [cit. 2025-03-16]

ZAKHAROV Sergey, 2014. Czech mass methanol outbreak 2012: epidemiology, challenges and clinical features. Online. *Clinical toxicology (Philadelphia, Pa)*, 52(10) s. 1013-24. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25345388/.

ZDRAVÁ GENERACE, 2024. Méně pijí a kouří. Děti ale objevily vaping a holdují energetickým nápojům. Online. *Zdravá Generace*. Dostupné z: https://zdravagenerace.cz/report/rizikove-chovani/.

ZIMA, Tomáš, 2018. Alcohol abuse. Online. *EJIFCC*. 9(4), s. 285–289. Dostupné z: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6295593/.

Seznam použitých datových zdrojů

ČSÚ, 2012. *Demografická ročenka České republiky 2012*. Online. Dostupné z: https://csu.gov.cz/produkty/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2012

ČSÚ, 2013. *Demografická ročenka České republiky 2013*. Online. Dostupné z: https://csu.gov.cz/produkty/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2013

ČSÚ, 2014. *Demografická ročenka České republiky 2014*. Online. Dostupné z: https://csu.gov.cz/produkty/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2014

ČSÚ, 2015. *Demografická ročenka České republiky 2015*. Online. Dostupné z: https://csu.gov.cz/produkty/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2015

ČSÚ, 2016. *Demografická ročenka České republiky 2016*. Online. Dostupné z: https://csu.gov.cz/produkty/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2016

ČSÚ, 2017. *Demografická ročenka České republiky 2017*. Online. Dostupné z: https://csu.gov.cz/produkty/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2017

ČSÚ, 2018. *Demografická ročenka České republiky 2018*. Online. Dostupné z: https://csu.gov.cz/produkty/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2018

ČSÚ, 2019. *Demografická ročenka České republiky 2019*. Online. Dostupné z: https://csu.gov.cz/produkty/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2019

ČSÚ, 2020. *Demografická ročenka České republiky 2020*. Online. Dostupné z: https://csu.gov.cz/produkty/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2020

ČSÚ, 2021. *Demografická ročenka České republiky 2021*. Online. Dostupné z: https://csu.gov.cz/produkty/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2021

ČSÚ, 2022. *Demografická ročenka České republiky 2022*. Online. Dostupné z: https://csu.gov.cz/produkty/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2022

ČSÚ, 2024. *Česko od roku 1989 v číslech – Tab. 03.03 Spotřeba alkoholických nápojů a cigaret na 1 obyvatele v České republice*. Online. Aktualizováno 12. 12. 2024. Dostupné z: https://csu.gov.cz/graf-spotreba-alkoholickych-napoju-na-1-obyvatele-v-ceske-republice

HaDEA, 2023. *The Standard European Alcohol Survey – Wave 2 (SEAS-2)*. Online dataset. Brussels: HaDEA. Sdíleno skupinou DEEP SEAS v rámci smlouvy č. 20177113. Dostupné z: https://www.deep-seas.eu/standard-eu-alcohol-survey/

SZÚ, 2012–2022. NAUTA – Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice. Online. *Státní zdravotní ústav*. Dostupné z: https://szu.gov.cz/odborna-centra-a-pracoviste/centrum-podpory-verejneho-zdravi/prevence-zavislosti/studie/nauta/

ÚZIS. 2014. *Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2014*

ÚZIS. 2019. *Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2019*

WHO, 2024b. *Alcohol levels of consumption.* Online. The Global Health Observatory. Dostupné z: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/levels-of-consumption. Citováno 2025-01-31.

Seznam příloh

Příloha 1 Základní charakteristika souboru DEEP SEAS, 2021 98
Příloha 2 Základní charakteristika souboru EHIS, 2014 99
Příloha 3 Základní charakteristika souboru EHIS, 2019 100
Příloha 4 Relativní rizika pro vybraná chronická onemocnění, muži 101
Příloha 5 Relativní rizika pro vybraná chronická onemocnění, ženy 102
Příloha 6 Struktura konzumentů dle průměrné denní dávky v gramech čistého alkoholu, 2012–2022, Česko 103
Příloha 7 Převzatá AAF pro vnější příčiny pro region střední Evropy 103

Přílohy

Příloha 1 – Základní charakteristika souboru DEEP SEAS, 2021

Celkem	**n**	**%**
	1500	100
Pohlaví		
Muži	734,5611	48,97
Ženy	765,4902	51,03
Věková skupina		
18–34	479,3829	31,96
35–44	390,2635	26,02
45–64	630,4049	42,03
Bydliště		
Vesnice	359,0965	23,94
Město nebo obec do 50 000 obyvatel	527,7444	35,18
Město s 50 000–250 000 obyvateli	296,6426	19,78
Město s více než 250 000 až do 1 milionu obyvatel	149,5616	9,97
Město s více než s 1 milionem obyvatel	167,0061	11,13
Vzdělání		
Základní	75,85812	5,06
Středoškolské vzdělání	849,0426	56,60
Pomaturitní odborné vzdělání (např. VOŠ)	159,9042	10,66
Vysokoškolské vzdělání	413,3691	27,56
Bez vzdělání	1,877292	0,13
Ekonomická aktivita		
Aktivní	1069,378	71,29
Neaktivní	430,6736	28,71
Příjem domácností (kvintily)		
Q1	224,9768	15,00
Q2	276,3762	18,42
Q3	246,0353	16,40
Q4	233,6007	15,57
Q5	266,7157	17,78
Chybějící údaje	252,3466	16,82

Zdroj: DEEP SEAS, 2021, vlastní výpočty

Příloha 2 – Základní charakteristika souboru EHIS, 2014

Celkem	**n**	**%**
	6737	100
Pohlaví		
Muži	2857	42,41
Ženy	3880	57,59
Věková skupina		
15–29	851	12,63
30–44	1376	20,42
45–64	2042	30,31
65+	2468	36,63
Vzdělání		
Základní	1033	15,33
Středoškolské vzdělání	4696	69,70
Vyšší vzdělání (VŠ+VOŠ)	999	14,83
Chybějící údaje	9	0,13
Příjem domácností (kvintily)		
Q1	1308	19,42
Q2	1264	18,76
Q3	1283	19,04
Q4	1381	20,50
Q5	1326	19,68
Chybějící údaje	175	2,60
Bydliště		
Hustě osídlená lokalita	1727	25,63
Středně osídlená lokalit	2324	34,50
Řídce osídlená lokalita	2686	39,87
Partnerství		
Osoby žijící v partnerském soužití	452	6,69
Osoby nežijící v partnerském soužití	6285	93,29

Zdroj: EHIS, 2014, vlastní výpočty

Příloha 3 – Základní charakteristika souboru EHIS, 2019

Celkem	**n** 7993	**%** 100
Pohlaví		
Muži	3478	43,51
Ženy	4515	56,49
Věková skupina		
15–29	1065	13,32
30–44	1516	18,97
45–64	2447	30,61
65+	2965	37,09
Vzdělání		
Základní	1200	15,01
Středoškolské vzdělání	5460	68,31
Vyšší vzdělání (VŠ+VOŠ)	1314	16,44
Chybějící údaje	19	0,24
Příjem domácností (kvintily)		
Q1	2055	25,71
Q2	1679	21,01
Q3	1418	17,74
Q4	1375	17,20
Q5	1272	15,91
Chybějící údaje	194	2,43
Bydliště		
Hustě osídlená lokalita	1978	24,75
Středně osídlená lokalit	2886	36,11
Řídce osídlená lokalita	3129	39,15
Partnerství		
Osoby žijící v partnerském soužití	4153	51,96
Osoby nežijící v partnerském soužití	3840	48,04

Zdroj: ***EHIS, 2019, vlastní výpočty***

Příloha 4 – Relativní rizika pro vybraná chronická onemocnění, muži

Název nemoci	**Kód v MKN 10**	**0 g**	**Býv. konz.**	**1-39g**	**40-59g**	**60g+**	**Zdroj**
Zhoubné novotvary dutiny ústní a hltanu	C00-C10, C12-C14	1,00	1,20	1,61	3,09	4,83	Shield et al., 2020
Zhoubný novotvar jícnu	C15	1,00	1,16	1,30	1,92	2,55	Shield et al., 2020
Zhoubný novotvar tlustého střeva a konečníku	C18-C21	1,00	2,19	1,13	1,37	1,57	Shield et al., 2020
Zhoubný novotvar jater	C22	1,00	2,23	1,12	1,28	1,44	Shield et al., 2020
Zhoubný novotvar hrtanu	C32	1,00	1,18	1,33	1,96	2,58	Shield et al., 2020
Zhoubný novotvar prsu u žen	C50	–	–	–	–	–	Shield et al., 2020
Hypertenzní onemocnění srdce	I10-I15	1,00	1,05	1,32	1,61	1,86	Murray et al., 2020
Ischemická choroba srdeční	I20-I25	1,00	1,25	0,86	0,91	1,09	Murray et al., 2020
Fibrilace a flutter síní	I48	1,00	1,00*	1,13	1,31	1,54	Murray et al., 2020
Ischemické cévní mozkové příhody	I63-I67, I69.3	1,00	1,00	0,97	1,16	1,45	Murray et al., 2020
Hemoragické cévní mozkové příhody	I60-I62, I69.0-I69.2	1,00	1,36	1,16	1,46	1,97	Murray et al., 2020
Městky jícnu – ezofageální varixy	I85	1,00	1,00*	1,60	7,00	14,00	Jaccard et al., 2020
Chronický zánět, fibróza a cirhóza jater	K73-K74	1,00	3,26	2,06	4,67	9,43	Murray et al., 2020
Akutní zánět a jiné nemoci slinivky břišní	K85–K86	1,00	2,2	1,23	1,72	3,30	Murray et al., 2020
Diabetes mellitus – cukrovka	E10-E14	1,00	1,18	1,00	1,04	1,07	Shield et al., 2020
Epilepsie	G40–41	1,00	1,00	1,23	1,85	2,44	Shield et al., 2020

Poznámky:
všechny hodnoty pro bývalé konzumenty převzaté od Shield et al., 2020, u označených * nebyly hodnoty dohledány a byla dosazena hodnota 1
Ze zdroje Shield et al., 2020 jsou RR vypočteny pro střed intervalu dané kategorie konzumace
Ze zdroje Murray et al., 2020 jsou RR převzaty za následující hodnoty (gramy čistého alkoholu) pro muže za 24, 48, 72
Ze zdroje Jacard et al., 2020 jsou RR převzaty za následující meze (gramy čistého alkoholu) pro muže za 12–24, 48–60, >60

Příloha 5 – Relativní rizika pro vybraná chronická onemocnění, ženy

Název nemoci	Kód v MKN 10	0g	Býv. konz.	1-19g	20-39g	40g+	Zdroj
Zhoubné novotvary dutiny ústní a hltanu	C00-C10, C12-C14	1,00	1,20	1,23	2,00	2,99	Shield et al., 2020
Zhoubný novotvar jícnu	C15	1,00	1,16	1,14	1,47	1,88	Shield et al., 2020
Zhoubný novotvar tlustého střeva a konečníku	C18-C21	1,00	1,05	1,07	1,20	1,35	Shield et al., 2020
Zhoubný novotvar jater	C22	1,00	2,68	1,05	1,16	1,27	Shield et al., 2020
Zhoubný novotvar hrtanu	C32	1,00	1,18	1,16	1,51	1,92	Shield et al., 2020
Zhoubný novotvar prsu u žen	C50	1,00	1,00	1,11	1,35	1,63	Shield et al., 2020
Hypertenzní onemocnění srdce	I10-I15	1,00	1,00	1,05	1,48	1,61	Murray et al., 2020
Ischemická choroba srdeční	I20-I25	1,00	1,54	0,82	0,88	0,93	Murray et al., 2020
Fibrilace a flutter síní	I48	1,00	1,00*	1,07	1,21	1,31	Murray et al., 2020
Ischemické cévní mozkové příhody	I63-I67, I69.3	1,00	1,00	0,82	0,99	1,15	Murray et al., 2020
Hemoragické cévní mozkové příhody	I60-I62, I69.0-I69.2	1,00	1,36	1,03	1,34	1,61	Murray et al., 2020
Městky jícnu – ezofageální varixy	I85	1,00	1,00*	1,90	7,70	10,10	Jaccard et al, 2020
Chronický zánět, fibróza a cirhóza jater	K73-K74	1,00	3,26	1,24	3,27	4,67	Murray et al., 2020
Akutní zánět a jiné nemoci slinivky břišní	K85–K86	1,00	2,20	1,07	1,47	1,72	Murray et al., 2020
Diabetes mellitus – cukrovka	E10-E14	1,00	1,14	0,73	0,66	0,65	Shield et al., 2020
Epilepsie	G40–41	1,00	1,00	1,14	1,45	1,82	Shield et al., 2020

Poznámky:
všechny hodnoty pro bývalé konzumenty převzaté od Shield et al., 2020, u označených * nebyly hodnoty dohledány a byla dosazena hodnota 1
Ze zdroje Shield et al., 2020 jsou RR vypočteny pro střed intervalu dané kategorie konzumace
Ze zdroje Murray et al., 2020 jsou RR převzaty za následující hodnoty (gramy čistého alkoholu) pro ženy 12, 36, 48
Ze zdroje Jacard et al., 2020 jsou RR převzaty za následující meze (gramy čistého alkoholu) pro ženy 0–12, 24–36, 36–48

Příloha 6 – Struktura konzumentů dle průměrné denní dávky v gramech čistého alkoholu, 2012–2022, Česko

	Muži					Ženy				
	Abstinenti	**Bývalí konzumenti**	**Umírněné pití**	**Rizikové pití**	**Škodlivé pití**	**Abstinenti**	**Bývalí konzumenti**	**Umírněné pití**	**Rizikové pití**	**Škodlivé pití**
2012	0,03	0,08	0,72	0,08	0,10	0,03	0,13	0,73	0,07	0,04
2014	0,02	0,08	0,75	0,08	0,07	0,04	0,12	0,73	0,06	0,05
2016	0,03	0,10	0,65	0,09	0,13	0,04	0,17	0,65	0,08	0,06
2018	0,03	0,08	0,72	0,07	0,11	0,05	0,12	0,70	0,08	0,06
2019	0,02	0,08	0,71	0,07	0,13	0,03	0,13	0,70	0,09	0,06
2020	0,04	0,10	0,67	0,08	0,12	0,04	0,15	0,67	0,09	0,06
2021	0,04	0,11	0,69	0,06	0,11	0,04	0,16	0,68	0,08	0,04
2022	0,03	0,09	0,73	0,06	0,09	0,04	0,15	0,66	0,08	0,07

Zdroj: NAUTA, 2012–2022

Příloha 7 – Převzatá AAF pro vnější příčiny pro region střední Evropy

	Kód	**Ženy**			**Muži**		
Neúmyslná zranění		**15–34**	**35–64**	**65+**	**15–34**	**35–64**	**65+**
Dopravní nehody	V01-V98	0,07	0,12	0,05	0,24	0,40	0,12
Náhodná otrava škodlivými látkami a expozice jejich působení	X40-X44, X46-X49	0,12	0,14	0,01	0,38	0,67	0,42
Pády	W00-W19	0,12	0,14	0,01	0,38	0,67	0,42
Náhodné (u)tonutí a potopení	W65-W74	0,12	0,14	0,01	0,38	0,67	0,42
Ostatní neúmyslná zranění	W20-W52, W75-W99, X30-X33, X50-X58	0,12	0,14	0,01	0,38	0,67	0,42
Úmyslná zranění							
Úmyslné sebepoškození a jeho následky	X60-X84	0,12	0,14	0,01	0,38	0,67	0,42
Napadení (útok) a jeho následky	X85-Y09	0,12	0,14	0,01	0,38	0,67	0,42

Zdroj: Shield et al., 2012