

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Jana Machová

Kvalitativní studie užívání alkoholu u seniorů na venkově

Qualitative study of alcohol among the elderly population in the rural area

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Miroslav Barták, Ph.D.

Praha, 2020

Prohlášení:

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

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

V Praze, dne: 16. 7. 2020 Jana Machová

Podpis:.....

Identifikační záznam:

MACHOVÁ, Jana. *Kvalitativní studie užívání alkoholu u seniorů na venkově. [Qualitative Study of Alcohol among the Elderly Population in the Rural Area]*. Praha, 2020. 107 s., 7 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2020. Vedoucí závěrečné práce PhDr. Miroslav Barták, Ph.D.

Poděkování:

Mé velké poděkování patří především PhDr. Miroslavu Bartákovi, Ph.D. za spolupráci a vedení mé diplomové práce. Děkuji mu za odborné rady, za povzbuzení a za čas, který mi během tvorby práce věnoval. Dále děkuji všem seniorům, kteří byli ochotni zapojit se do výzkumu. Naposled děkuji své rodině a všem mým blízkým, jež mi byli oporou během celého studia.

Abstrakt:

Východiska: Celosvětový trend stárnutí populace s sebou přináší nové výzvy, z nichž některé jsou spojené s důrazem na to věnovat vyšší pozornost duševnímu zdraví seniorů. V souvislosti s duševním zdravím populace seniorů je zmiňována problematika jejich užívání alkoholu. Užívání alkoholu je v rámci populace seniorů považováno za faktor vedoucí k možným negativním zdravotním důsledkům. Seniori tvoří mimo obyvatele měst i početné obyvatelstvo venkova, přičemž v rámci venkovského prostředí lze nalézt specifika a odlišnosti jak v životě v tomto prostředí, tak i užívání alkoholu.

Cíle: Cílem kvalitativní práce bylo dozvědět se prostřednictvím výpovědí seniorů z malé venkovské obce o jejich subjektivním hodnocení jejich užívání alkoholu a přispět tak k poznání problematiky o užívání alkoholu u seniorů.

Metody: V měsících červenec a srpen roku 2019 byly uskutečněny polostrukturované rozhovory se 14 seniory z malé venkovské obce doplněné screeningovým dotazníkem AUDIT. Výzkumný soubor tvořící 5 mužů a 9 žen starých 65 a více let byl vybrán metodou prostého účelového výběru. Data byla zpracována metodou tématické analýzy.

Výsledky: Výsledky práce poukázaly na témata týkající se počátků užívání alkoholu, užívání v mládí, dospělosti a téma současného užívání, které bylo spjaté s rizikovostí užívání a s užíváním léčiv ve vztahu k alkoholu. Současně dalším tématem byly názory seniorů na odbornou pomoc s problémy s užíváním alkoholu. Užívání alkoholu bylo v mládí, dospělosti i současnosti uváděno do souvislosti s různými společenskými příležitostmi. Někteří seniori uváděli, že je umírněná konzumace alkoholu provázela celý život, a naopak užívání jiných seniorů se na základě jejich výpovědí vyznačovalo minimální konzumací. Seniori považovali za nutné být opatrný při užívání léčiv a alkoholu. Rozdíl v užívání alkoholu mezi manžely se vyznačovaly buď častějším užíváním u muže z páru, anebo umírněnou konzumací alkoholu oběma manžely. Seniori vyjádřili své přesvědčení o škodlivosti alkoholu, je-li konzumován nadměrně. Názory seniorů na odbornou pomoc s problémy s užíváním alkoholu se lišily – někteří byli přesvědčeni, že je odborná pomoc potřeba vždy a jiní mínili, že léčit nadužívání alkoholu ve stáří již nemá význam. Dle výsledků dotazníku AUDIT byli ve výzkumném souboru nalezeni 4 seniori s rizikovým užíváním alkoholu.

Závěr: Seniori verbalizovali témata, která se týkala užívání alkoholu v průběhu jejich života až do hodnocení současného užívání spojeného s názory na odbornou pomoc s problémy s užíváním alkoholu. Práce přinesla poznatky o rizikovosti užívání alkoholu, které bylo na základě výsledků dotazníku AUDIT detekováno u 4 seniorů. Práce rovněž poskytla poznatky o hodnocení současného užívání, které bylo obvykle dáváno do souvislosti se společenským kontextem nebo bylo považováno za součást běžného dne seniora či byla konzumace alkoholu byla hodnocena jako výjimečná.

Klíčová slova: Stárnoucí populace, alkohol, rizikové užívání, venkov

Abstract:

Background: The global trend of population ageing causes in new challenges, one of them is a wider dedication to the mental health of the elderly. In line with the mental health of the elderly the alcohol consumption issues among this group are still in place and those are one of the crucial factors that might causes negative impact on the health of the elderly. There is a large group of seniors in the Czech population living in the cities however numerous groups of the seniors still live also in the countryside where the living is very different to the one in the cities and there are also many specifics in alcohol consumption among those living in the countryside.

Aims: The qualitative study aims to learn about the subjective evaluation of the alcohol consumption among the elderly in a small village community through the deep interviews and thus enriches the contemporary knowledge of the alcohol consumption level among the elderly.

Methods: Semi-structured interviews complemented by the AUDIT screening questionnaire were executed within the 14 elderly in a small village during July – August 2019. The research group consisted of 5 men and 9 women aged 65 and over was selected using a simple purposeful selection method. The data were processed by thematic analysis.

Results: The results of the study demonstrate numerous topics related to the beginning of the alcohol consumption in youth, adulthood and today. Particularly the issues of contemporary alcohol consumption are related to the hazardous usage when combining it with the medicaments. Social events are the crucial occasions connected with the alcohol consumption in youth, adulthood and today. Some seniors declared their moderate alcohol consumption throughout their lives however some consumed the alcohol minimally based on their statements. The elderly agreed a man needs to be very cautious when combining alcohol and medicaments. Significant differences in consumption between spouses were characterized either by more frequent consumption of the man in the couple or moderate consumption of both. Seniors have expressed their belief in the harmful effects of the alcohol if it is consumed excessively. Opinions of the elderly on professional help with alcohol problems differed – some of them agreed that the need of professional help with alcohol abuse is a must but some considered the professional help is no longer important in old age. According to the results of the AUDIT questionnaire, 4 seniors with risk alcohol use were found in the research group.

Conclusion: The elderly voiced the issues related to the alcohol consumption during their lifetime until the evaluation of their contemporary consumption combined with their opinions on professional help with alcohol problems. The study provided many findings of the risk of alcohol consumption, which was detected among the group of 4 seniors based on the results of the AUDIT questionnaire. The study also provided knowledge of the evaluation of current consumption, which was usually related to the social context or was considered as a part of a normal elderly's day or alcohol consumption was assessed as exceptional.

Keywords: Elderly population, alcohol, risk use, rural area

Obsah

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1. Alkohol v České republice: Epidemiologie užívání	11
1.1 Dostupnost alkoholu a jeho regulace v ČR	13
1.2 Nízkorizikové pití alkoholu	14
2. Stáří, stárnutí	16
2.1 Stáří a psychoaktivní látky	17
2.2 Diagnostické vymezení užívání alkoholu	18
2.2.1 Akutní intoxikace	19
2.2.2 Škodlivé použití	19
2.2.3 Syndrom závislosti	20
2.2.4 Odvykací stav	22
2.2.5 Odvykací stav s deliriem	22
2.2.6 Psychotická porucha	22
2.2.7 Amnestický syndrom	22
2.2.8 Psychotická reziduální porucha a s pozdním začátkem	23
2.3 Rizikové faktory, spouštěče a okolnosti užívání alkoholu seniory	23
2.3.1 Chronické nadměrné užívání alkoholu	24
2.3.2 Potěšení, socializace, rituály	24
2.3.3 Sebededikace	25
2.3.4 Ovdovění, ztráta blízkého člověka	25
2.3.5 Odchod do starobního důchodu	26
2.3.6 Další okolnosti	26
2.4 Somatické důsledky nadužívání alkoholu u seniorů	27
2.5 Psychické důsledky nadužívání alkoholu u seniorů	30
2.6 Sociální a jiné důsledky nadužívání alkoholu u seniorů	32
2.6.1 EAN – elder abuse and neglect	32
2.7 Znamky nadužívání alkoholu u seniora	33
2.7.1 Léčba seniorů při nadužívání nebo závislosti na alkoholu	34
2.8 Farmakoterapie ve stáří	35
2.8.1 Interakce léčiv s alkoholem	35
3. Venkov	39
3.1 Specifika a problémy života na venkově	40
3.1.1 Senioři na venkově	43
3.2 Zahraniční výzkumy k problematice alkoholu u seniorů na venkově	44

3.2.1 Asie.....	44
3.2.2 Evropa a Afrika	45
3.2.3 Severní Amerika.....	45
VÝZKUMNÁ ČÁST	48
4. Výzkumný problém a výzkumný cíl.....	48
4.1 Dílčí výzkumné cíle.....	48
4.2 Výzkumné otázky.....	48
5. Výzkumný soubor.....	49
5.1 Základní soubor.....	49
5.2 Výzkumný (výběrový) soubor	50
6. Metody sběru dat	53
6.1 Polostrukturovaný rozhovor.....	53
6.2 Dotazník AUDIT.....	54
6.3 Aplikace metod sběru dat	54
7. Metody analýzy dat.....	57
8. Etické aspekty výzkumu.....	59
11. Interpretace výsledků	60
11.1 Rodinné prostředí	60
11.2 Počátky užívání	61
11.3 Mládí	62
11.4 Dospělý život	63
11.5 Odchod do starobního důchodu.....	65
11.6 Užívání nyní.....	66
11.6.1 Oblíbený alkoholický nápoj	67
11.6.2 Rozdíly mezi manžely.....	68
11.6.3 Obstarávání alkoholu	69
11.6.4 Škodlivost alkoholu	70
11.6.5 Užívaná léčiva	71
11.6.6 Užívání léčiv a alkoholu	72
11.7 Potřeba odborné pomoci	74
11.7.1 Na koho se obrátit.....	75
11.7.2 Péče o seniora.....	77
11.7.3 Péče o seniora na venkově	78
11.8 Fenomén rizikového užívání alkoholu.....	79
12. Shrnutí výsledků podle výzkumných otázek	84
12.1 Otázka č. 1	84

12.2 Otázka č. 2	85
13. Diskuze.....	86
ZÁVĚR	91
14. Seznam zdrojů.....	92
15. Seznam zkratek	100
16. Seznam příloh.....	101

ÚVOD

Stárnutí populace je globálním fenoménem, který se nevyhýbá ani České republice. Spolu se stárnutím populace také přicházejí nové výzvy spojené s péčí o populaci seniorů. Jednou z těchto výzev je i otázka duševního zdraví této stárnoucí populace a s tím související užívání psychoaktivních látek (Lal & Pattanayak, 2017). V případě této práce se jedná o problematiku užívání alkoholu, který je v České republice široce akceptovaný, dobře dostupný a je dosud běžnou součástí života většiny českých obyvatel.

Diplomová práce se zabývá užíváním alkoholu mezi seniory z venkovského prostředí, konkrétně z prostředí malé venkovské obce. Venkov představuje specifické místo pro žití, které je v rámci Evropské unie domovem pro více než 56 % jejích obyvatel (Svobodová et al., 2011). To udává venkovu významné postavení. Venkovské prostředí je možné považovat ve srovnání s městským za specifický prostor akumulující mnohá pozitiva i negativa, které prožívají nejen mladí či dospělí lidé žijící ve venkovských oblastech, ale také senioři, kteří v těchto oblastech nebo jen v jedné jediné lokalitě trávili mnohdy celý svůj život. Venkov se také vyznačuje určitým způsobem ve vztahu k alkoholu. Autoři Dixon & Chartier (2016) uvádějí, že geografická poloha obyvatelstva může být významným faktorem k určení chování spojeným s užíváním alkoholu.

Cílem práce je popsat prostřednictvím subjektivních výpovědí seniorů, kteří žijí ve venkovské obci to, jak verbalizují téma užívání alkoholu a přispět tak k poznání problematiky o užívání alkoholu u seniorů.

Výzkum, který je hlavním těžištěm diplomové práce, se zabývá osobním hodnocením a subjektivním pohledem seniorů na své užívání alkoholu. Práce přináší hodnocení dlouhého života seniora spjatého s venkovským prostředím a poskytnutí jeho názoru na vztah k alkoholu, který se určitým způsobem vyvíjel od mládí, přes dospělost až do stáří. Prezentuje také data spojená s rizikovostí užívání alkoholu mezi těmito seniory. Kvalitativní výzkumný přístup použitý v diplomové práci umožňuje nahlédnout na užívání alkoholu seniory z venkova očima samotných účastníků a pomáhá tak přinést cenné názory přímo od lidí, jichž se celá problematika dotýká.

Diplomová práce je výzkumným typem práce a je rozdělena na dvě části. První, teoretická část práce, je založena na teoretických východiscích týkajících se alkoholu, stáří a venkovského prostředí. Tato východiska jsou v teoretické části rozvíjena i o další související problematiku a prolínají se, protože spolu v rámci vymezení práce úzce souvisejí.

Ve výzkumné části dochází k ozřejmění subjektivního vztahu k alkoholu a k hodnocení jeho užívání seniory. Dále je popsána minulost jeho užívání a okolnosti spojené s užíváním alkoholu v současné době. V neposlední řadě je výzkum zaměřen také na možnosti a řešení problémů s užíváním alkoholu ve venkovském prostředí. Jak totiž bylo zmíněno, život ve venkovském prostředí s sebou nese také různá pozitiva a negativa. Negativa mohou mít podobu například místně vzdálenějších a tím obtížněji dostupných nejrůznějších zdravotních a sociálních služeb, prostřednictvím kterých jsou poskytovány možnosti léčby a řešení problémů s užíváním alkoholu (Better Health Channel, n.d.). Na toto téma bylo opět nahlédnuto prostřednictvím samotných zúčastněných seniorů, kteří představují hlavní aktéry, jimž se práce věnuje.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Alkohol v České republice: Epidemiologie užívání

I přes množství různých provedených šetření, která se liší svými metodologickými východisky, lze platně prohlásit, že spotřeba alkoholu je v České republice (ČR) jednoznačně vysoká. Česká republika patří dlouhodobě do pětice zemí s nejvyšší spotřebou alkoholu na světě (Suchej únor 2020, Csémy & Národní ústav duševního zdraví, n.d.).

O průměrné roční spotřebě alkoholu, která se nejčastěji udává v litrech čistého lihu, se hovoří jako o důležitém ukazateli spotřeby alkoholu ve společnosti. Umožní porovnat spotřebu alkoholu v souvislosti s demografickými charakteristikami populace a také se hodí pro mezinárodní srovnání. Podle výsledků analýzy, která monitorovala spotřebu alkoholu u reprezentativního vzorku české populace ve věku 15 a více let, se lze dopátrat, že roční průměrná spotřeba alkoholu na osobu v České republice činí 7,7 litrů čistého alkoholu. Za předpokladu, že se do statistiky nebudou zahrnovat celoživotní abstinenti tvořící 2,4 % populace, se hovoří nicméně o 8,8 litrech čistého alkoholu. V případě celoživotních abstinentů se neudávají rozdíly mezi pohlavím v jejich zastoupení. Autoři této analýzy uvádí, že roční průměrná spotřeba alkoholu v roce 2018 byla 7,4 litrů čistého alkoholu na osobu a v roce 2014 tato hodnota byla 7,2 litrů na osobu. Celková hladina spotřeby na obyvatele tak mírně kolísá. Muži mají zřetelně vyšší průměrnou roční spotřebu než ženy – 10,9 litrů u mužů (nebo 12,1 litrů bez abstinentů) oproti 4,6 litrům u žen (nebo 5,4 litrů bez abstinentelek). Nejvyšší průměrnou spotřebu alkoholu vykazují věkové skupiny lidí starých 25 až 44 let (8,6 litrů včetně abstinentů a 9,5 litrů bez abstinentů) a lidé ve věkové kategorii 45 až 64 let (8,6 litrů včetně abstinentů a 9,9 litrů bez započítaných abstinentů). Další věková kategorie, lidé staří 65 a více let, vykazují nižší spotřebu čistého alkoholu na osobu, a to 5,4 litrů (či 6,6 litrů bez započítání abstinentů) (Csémy et al., 2020).

Místo bydliště ve smyslu umístění bydliště ve městě nebo na venkově na celkovou úroveň spotřeby alkoholu statisticky významný vliv nemá, nicméně spotřeba alkoholu mezi dotázanými lidmi z venkovských sídel je vyšší (na venkov připadá 18,2 litrů na osobu včetně abstinentů nebo 22,1 litrů bez abstinentů oproti městu se spotřebou 17,6 litry na osobu včetně abstinentů nebo 19,9 litrů bez započítaných abstinentů) (Csémy et al., 2020). Tabulka 1 zobrazuje výše uvedená data.

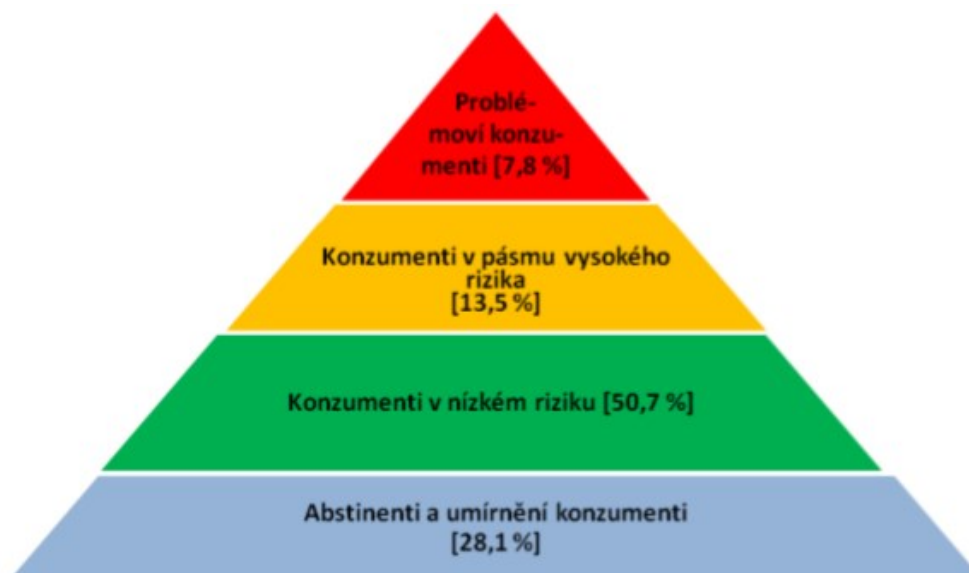
Tabulka 1 - Průměrná roční spotřeba alkoholu v litrech čistého alkoholu na osobu mezi obyvateli České republiky, upraveno podle Csémy et al. (2020)

Skupiny obyvatel	Spotřeba souboru včetně abstinentů	Spotřeba souboru bez abstinentů
Obyvatelé celkem	7,7 litrů	8,8 litrů
Muži	10,9 litrů	12,1 litrů
Ženy	4,6 litrů	5,4 litrů
Věk 25 – 44 let	8,6 litrů	9,5 litrů
Věk 45 – 64 let	8,6 litrů	9,9 litrů
Věk 65 a více let	5,4 litrů	6,6 litrů
Město	17,6 litrů	19,9 litrů
Venkov	18,2 litrů	22,1 litrů

Zmíněná analýza také přináší pyramidu konzumentů umožňující lépe odhadnout osoby s vysokým rizikem a problémovým pitím. Tato pyramida ukazuje, že 28,1 % dospělé populace pije alkohol umírněně nebo úplně abstinuje. Další část vzorku, 50,7 % české populace, pak alkohol konzumuje s nižší mírou rizika. Poslední část populace, 21,3 %, konzumuje alkohol tak, že se nachází zahraničí vysoce rizikového pití. Tuto část populace lze ještě rozdělit na dvě skupiny: Na konzumenty v pásmu s vysokým rizikem (13,5 % jedinců v ČR) a na problémové konzumenty alkoholu (7,8 % české populace). Pásmo problémových konzumentů může zahrnovat i osoby se závislostí na alkoholu (Csémy et al., 2020).

Pro poslední dvě skupiny na vrcholu pyramidy zhruba platí, že jsou spotřebiteli téměř 70 % celkové spotřeby alkoholu. Poslední skupina problémových konzumentů se vyznačuje nejrizikověji z hlediska zdravotních komplikací i sociálních dopadů. Jedná se jak o poruchy vyvolané alkoholem (závislost), tak často také o úrazy, dopravní nehody nebo agresivní chování (Suchej únor 2020 et al., n.d.).

Obrázek 1 - Pyramida konzumentů alkoholu 2019 (Csémy et al., 2020, s. 48)



Pro ČR je typická velmi výrazná spotřeba piva (až 50 % veškeré spotřeby), významná spotřeba destilátů, nízká míra abstinence a vysoká prevalence pití nadměrných dávek alkoholu (Suchej únor 2020 et al., n.d.).

Výskyt častého pití nadměrných dávek při jedné konzumní příležitosti je nejvyšší u osob ve věku 25 až 44 let – 18,8 % jedinců. Nejnižší se pak objevuje u osob starších 65 a více let. Pití nadměrných dávek alkoholu při jedné konzumní příležitosti (označované také jako heavy episodic drinking) se považuje za ukazatel silného prediktoru problémů s alkoholem. Časté pití nadměrných dávek alkoholu (týdně a častěji) se udává jako zvláště rizikové z hlediska řady možných problémů (úrazy, dopravní nehody, násilné chování a další) (Csémy et al., 2020).

Dále platí, že lidé starší 65 let jsou druhou nejpočetnější věkovou skupinou (hned po lidech mezi 45 – 64 lety), které se lékař ve 49,5 % případů vptává na konzumaci alkoholu nebo které doporučí, aby své pití omezili (to doporučí 8,5 % lidem z této věkové kategorie) (Csémy, Dvořáková, Fialová, Kodl & Skývová, 2019).

Užívání alkoholu je stále běžnou součástí života většiny české populace, a to i přes jeho negativní zdravotní a sociální důsledky (Csémy et al., 2020).

1.1 Dostupnost alkoholu a jeho regulace v ČR

Alkohol je v České republice významně dostupný a také široce akceptovaný (Barták, 2019). Ve srovnání s vyspělými zeměmi napříč lety je v Česku alkohol relativně levný a o České republice se dá v tomto smyslu hovořit jako o alkoholovém turistickém ráji (Zdravé zprávy, 2019). Alkohol je v české kulturní sféře široce akceptován, což je dáno již tím, že je včleněn do většiny lidských oslav, rituálů či událostí, které člověka v průběhu života provázejí a potkávají. Jako jeden z rozšířených rituálů lze uvést zvyk „připíjení na zdraví“, prožívaný jako symbol zralosti či dospělosti (Sekot, 2010). Věkový limit pro podávání a prodej alkoholu je v Česku stanoven na 18 let (Barták, 2019).

V České republice podléhají všechny alkoholické nápoje, ať už domácí nebo dovezené, spotřební dani. Pro líh, pivo a víno zákon o spotřebních daních stanovuje různé sazby. Úprava těchto daňových sazeb však u alkoholu ve vztahu k vývoji inflace není využívána. Sazby daně tak zůstávají v průběhu času velmi stabilní a to znamená, že jejich relativní úroveň časem poklesla ve vztahu k příjmům (Barták, 2019). Přitom platí následující: *„Cena alkoholu je jedním z rozhodujících determinantů objemu jeho celkové spotřeby a pro lidi s významnějším rozpočtovým omezením (př. mladiství) představuje bariéru v konzumaci“* (Rod & Fanta, 2019, s. 21).

Dostupnost alkoholu v Česku je uváděna v souvislosti s jeho regulací (Zdravé zprávy, 2019). Dostupnost alkoholu v ČR reguluje legislativně mimo jiné zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Podle tohoto zákona je povolen prodej alkoholu pouze na určitých specifických místech, kam jsou zahrnuty prodejny potravin, stravovací služby, výrobci vína, ubytovací zařízení, stánky s občerstvením, stánky specializující se na prodej zboží s obsahem alkoholu, které jsou umístěné uvnitř stavby určené pro obchod, také veřejné dopravní prostředky dálkové či železniční, letecké, vodní, a nakonec dálkové autobusové dopravy. Prodej alkoholických nápojů na většině jiných míst povolen není. Zákon zakazuje prodej alkoholu a jeho podávání ve zdravotnickém zařízení, škole nebo školském zařízení, rovněž v zařízení sociálně-právní ochrany dětí nebo podobných službách. Alkohol se dále nesmí prodávat na akci určené pro osoby mladší 18 let (Barták, 2019).

Platí však, že zákon č. 65/2017 Sb. nemá dopady v oblasti spotřeby alkoholu (Csémy et al., 2020) a že v praxi není tato legislativa příliš účinná. Je to například z toho důvodu, že není potvrzeno, že tento zákon účinně zakazuje osobám, které konzumují alkohol a které jsou zjevně pod jeho vlivem vstupovat a zdržovat se například v dopravním prostředku veřejné dopravy. Tam totiž obvykle podle smluvních přepravních podmínek nesmí být přítomny osoby podnapilé, které obtěžují cestující. Jako jiný příklad lze uvést zákaz zdržovat se na veřejnosti ve volně přístupném prostoru, kde mohou tyto osoby způsobit škodu sobě nebo i jiné osobě, což v praxi opět příliš neplatí. Podobných případů v souvislosti s tímto zákonem se najde mnohem více. Významnou roli hraje v této problematice například fakt, že váha se přikládá těm subjektům, jichž se dotýká zákaz konzumace alkoholu (dopravce, obce atd.) (Zdravé zprávy, 2019).

Dalším způsobem regulace dostupnosti alkoholu je regulace jeho reklamy (Zdravé zprávy, 2019). Stávající regulace reklam je z hlediska časového omezení reklam spíše slabší. Navíc platí, že u zákonů týkajících se reklamy na alkohol a balení alkoholu není nevyžadováno povinné označení zdravotním varováním (Barták, 2019). Úřad českého ministerstva zdravotnictví z toho důvodu začal pracovat na návrhu úpravy regulace reklamy na alkohol. V návrhu na regulaci reklamy je například ustanoveno, že reklamy na alkohol nemohou jakkoli zobrazovat živou bytost či její podobu. Také by mělo být zakázáno používat či napodobovat hlasy veřejně známých osob nebo postav, které jsou zaměřené na děti. V připravovaném návrhu rovněž stojí, že reklama nesmí

utvářet pocit, že konzumace alkoholu vede či přispívá ke společenskému úspěchu nebo sexuálnímu úspěchu. Dále by reklama měla v připravovaném návrhu obsahovat zřetelné varování, že konzumace alkoholu může uškodit zdraví jedince, a to o rozsahu nejméně 20 % z reklamního sdělení (Zdravé zprávy, 2019).

Dalším aktuálním regulačním prostředkem v souvislosti s dostupností alkoholu je schválení sazbového balíčku, který s účinností od 1. 1. 2020 upravil zdanění tabákových výrobků, tvrdého alkoholu a také hazardu. Tímto způsobem zákon zareagoval na zvýšený růst dostupnosti návykových látek. Balíček zároveň představoval vyslyšení dlouhodobého apelu ze strany českého Ministerstva zdravotnictví a také ze strany národní koordinátorky pro protidrogovou politiku. Zvýšení spotřební daně nejenže ztěžuje dostupnost těchto návykových látek, ale navíc pomůže získat prostředky na podporu prevence (Žurovec, 2019). Ostatně krok zvýšení daní na alkohol patří mezi strategie, které dlouhodobě doporučuje i Světová zdravotnická organizace (WHO) ve svých dokumentech s vědecky ověřenou účinností. WHO kromě tohoto kroku doporučuje ve vztahu k alkoholu mimo jiné regulaci a omezování dostupnosti alkoholických nápojů, prosazování opatření k vyloučení alkoholu z řízení vozidla, získání podpory pro cíle národní alkoholové politiky nebo zřízení dostupné a účinné léčby pro jedince závislé na alkoholu (Csémy et al., 2019).

Existují přesvědčivé důkazy, že opatření v kontrole dostupnosti, ceně a propagaci alkoholu jsou nejúčinnější politikou, která pomáhá snižovat poškození spotřebitelů alkoholu, lidí kolem i širší společnosti. Nicméně dalším z faktorů, který může přispět k omezení rizik souvisejících s konzumací alkoholu, může být i vyšší informovanost občanů směrem od vlád a orgánů veřejného zdraví. Tato informovanost totiž může ovlivnit jejich individuální rozhodnutí, jestli budou alkohol užívat a případně kolik jej užijí. Neposkytnutí takových přesných a spolehlivých informací by bylo vůči občanům neetické – občané mají právo být informováni o rizicích spojenými s konzumací alkoholu, aby je mohli buď omezit, anebo se jim vyhnout. Jednou z metod poskytnutí informací směrem k občanům jsou například pokyny pro nízkorizikové pití alkoholu (Broholm et al., 2016).

1.2 Nízkorizikové pití alkoholu

Poslední desetiletí zažily vývoj norem a pokynů definujících mírné či nízkorizikové pití. Postupem času takové normy vznikly ve většině zemí a některé byly opakovaně revidovány. Této problematice je věnována pozornost i kvůli ekonomickému hledisku a právnímu hledisku. Lidé si totiž mohou legálně koupit látku, která může poškodit jejich zdraví nebo zdraví někoho jiného (např. v důsledku dopravní nehody způsobené vlivem alkoholu). To je pak místo, do kterého vstupují pojišťovny nebo právní instituce (Mioviský, Táborský, Popov, Linhart & Zima, 2019).

Platí, že v žádné národní směrnici nelze nalézt doporučení konzumovat jakýkoli příjem alkoholu – směrnice nastavují pouze spotřebu na určitou prahovou hodnotu, nad kterou se rizika spojená s konzumací výrazně zvyšují. Krom toho bývá obvykle v těchto textech uvedeno, že mírné pití neznamená žádné riziko a nejlepší způsob, jak se vyhnout potenciálnímu riziku, je zdržet se úplně konzumace alkoholu (Mioviský et al., 2019).

Meze a limity bývají udávány například v gramech čistého alkoholu, který příslušný alkoholický nápoj přibližně obsahuje (Ruprich et al., 2015) nebo lze nalézt označení standardní alkoholický nápoj, což je také jednotka hojně používaná ke stanovení limitů v konzumaci alkoholu. Různé země používají odlišné definice toho, co lze označit za standardní alkoholický nápoj. To je dáno zejména rozdíly ve velikosti nápojů, které jsou v zemích servírovány (Babor & Higgins-Biddle, 2010a). Za Českou republiku uvádí Státní zdravotní ústav (SZÚ) definici jednoho standardního alkoholického nápoje jako jedno velké desetistupňové pivo (s obsahem alkoholu cca 4 %, což odpovídá 16 gramům alkoholu), jedna sklenka vína (200 ml s obsahem 11 % alkoholu, což

odpovídá 17 – 18 gramům alkoholu), jedna malá sklenka likéru nebo aperitivu (100 ml s obsahem 20 % alkoholu, což odpovídá 18 gramům alkoholu) a jedna sklenka tvrdého alkoholu (whisky, gin, vodka odpovídající 50 ml s obsahem 40 % alkoholu, kde se nachází 16 gramům alkoholu.). Denní a týdenní meze se předpokládají pro dospělé zdravé jedince a různí se pro ženy a pro muže. Podle národních vodítek pro nízkorizikovou konzumaci alkoholu pro ČR se například uvádí, že (Ruprich et al., 2015):

- zdravé dospělé ženy mohou za den vypít maximálně 16 gramů čistého alkoholu
- zdraví dospělí muži mohou za den vypít maximálně 24 gramů čistého alkoholu
- v týdnu by měly být nejméně dva dny bez konzumace alkoholu (Ruprich et al., 2015)

Jiné meze a doporučení se zase odlišují ve vztahu k těhotným, nemocným či k seniorům. Například pro seniory platí, že jsou vůči účinkům alkoholu zranitelnější skupinou než mladší populace, a jsou pro ně proto doporučovány nižší limity v konzumaci alkoholu. U zdravých seniorů, kteří neužívají žádné léky, je doporučováno nekonzumovat více než 3 standardní alkoholické nápoje v jeden den, a ne víc než 7 standardních alkoholických nápojů týdně. Na základě přidružených komorbidit se pak doporučované množství ještě více snižuje (Han & Moore, 2018). I autoři Sullivan & Levin (2016) potvrzují, že doporučovaná množství by neměla být vztahována na všechny starší jedince, a to zvláště tehdy, pokud mají zdravotní problémy či užívají medikaci, což bývá v seniorském věku téměř obvyklé. Mírná konzumace alkoholu mezi staršími jedinci sice může přinést některé zdravotní benefity, ale stále platí, že evidence těchto důkazů je slabá (Sullivan & Levin, 2016).

V současnosti se nicméně dostávají do popředí důkazy z nedávného výzkumu, který udává, že je profesionálně i eticky nevhodné doporučovat jakoukoliv „preventivní“ konzumaci alkoholu. Neexistuje totiž nic jako bezpečná, doporučená či snesitelná dávka. Žádnou takovou dávku nelze garantovat. Existují sice určité výsledky, které jsou považovány za dostatečný důkaz toho, že alkohol může mít v jistých definovaných dávkách pozitivní účinky na různé orgány lidského těla (jako příklad slouží debatovaný účinek některých druhů alkoholu, konkrétně vína, na kardiovaskulární systém člověka), ale tyto orgány nejsou jedinými systémy, které konzumace alkoholu ovlivní. K důkladnému porozumění tomu, jaký má alkohol vliv na zdraví lidí, je třeba vysvětlení obecného kontextu dopadů působení alkoholu. Izolované důkazy a neoficiální nálezy zveřejňované různými studii často umožňují neúmyslné a někdy i úmyslné nesprávné interpretace výsledků těchto studií (Miovský et al., 2019). Autoři Miovský et al. (2019) apelují, že jak z lékařského, tak z etického hlediska je nevhodné doporučovat preventivní či léčebnou konzumaci alkoholu. Alkohol totiž způsobuje více úmrtí, než kolika je schopen zabránit. Doporučit mírné pití s odkazem na preventivní či léčebný účinek pro specifickou diagnózu znamená současně ignorovat riziko vzniku jiné choroby, které může současně s konzumací alkoholu stoupat (např. jaterní cirhóza, cévní mozková příhoda nebo rakovina). Pití alkoholu, a to i mírné, tak nikdy není zcela bez rizika (Miovský et al., 2019).

2. Stáří, stárnutí

Všichni autoři vymezující stáří se shodují ve faktu, že stáří (nebo také senium) je poslední vývojovou etapou lidského života, která je zakončena smrtí. Současně je stáří důsledkem změn, které jsou funkční i morfologické a které jsou stejně tak podmínovány genetickými faktory jako jinými faktory. Například způsobem života jedince, nemocemi, které jeho organismus za život prodělal a životními podmínkami, ve kterých jedinec žije (Příbyl, 2015).

Dle WHO stárnutí probíhá na základě komplexních změn. Na biologické úrovni probíhá postupná akumulace poškození molekul a buněk různého stupně a toto poškození vede v průběhu času k postupnému zvýšení rizika mnoha chorob a obecně k poklesu kapacit jedince. V 60 letech věku už se projevuje břemeno zdravotního úpadku jako postupné ztráty zraku a sluchu související s věkem, pohybové poruchy a respirační či kardiovaskulární onemocnění a mnohé další poruchy. Tyto změny jsou však volně související s rostoucím věkem. Zatímco se totiž někteří sedmdesátníci mohou těšit z dobrého fyzického i psychického fungování, jiní mohou být v tomto věku křehcí a mohou vyžadovat významnou pomoc v naplnění svých základních životních potřeb. Částečně je to proto, že mnoho mechanismů stárnutí a změn provázejících stárnutí je náhodných. Některé změny naopak leží v chování člověka a jeho prostředí, jak bylo naznačeno výše (WHO, 2015).

Přestože je pojem senior – za kterého je považována osoba ve věkové kategorii 65 a více let (Příbyl, 2015) – v české zdrojové literatuře (např. Bednářová, 2017; Cieslar, 2019; Haškovcová, 2010; Jiráček et al., 2013; Kalvach, Zadák, Jiráček, Zavázalová, Sucharda & kol., 2004), atd.) hojně používán, v rámci českého legislativního systému dosud definován není. Z právního hlediska je tedy v Česku vymezení tohoto pojmu velmi problematické (Korcová & Borská, 2019).

Stáří lze rozlišit na kalendářní, biologické a sociální. Kalendářní stáří je charakterizováno dosažením určitého dohodnutého věku. Můžeme jej jednoznačně vymezit a slouží demografickým, statistickým a jiným účelům. Co se týče biologického stáří, jedná se o množství změn, které jsou individuální pro každého člověka. Platí, že neexistuje přesné vymezení biologického stáří (Příbyl, 2015). Nakonec sociální stáří je dáno souhrnem změn, které se odehrávají v sociálním prostředí člověka (například odchod do důchodu) (Slepička, Mudrák & Slepičková, 2015). Většina autorů se v současnosti přiklání ke kalendářnímu členění stáří (Příbyl, 2015):

- 65 – 74 let: mladí senioři
- 75 – 84 let: staří senioři
- 85 a více let: velmi staří senioři (Příbyl, 2015)

Odborníci ze Světové zdravotnické organizace pak kategorizují stáří následovně:

- 65 – 75 let: rané stáří
- 75 – 90 let: vlastní stáří, pokročilý věk
- 90 a více let: vysoký věk, dlouhověkost (Říčan, 2006)

Co se týče stáří a stárnutí v rámci České republiky, v této zemi a v zemích po celém světě se již mnoho let projevuje trend výrazné věkové změny populace seniorů. Ve všech krajích České republiky se v období let 2001 – 2017 významně (o 30 – 58 %) zvýšil počet obyvatel starších 65 a více let. Zatímco v roce 2001 tvořil podíl seniorské populace na veškeré populaci 13,9 %, do roku 2017 postupně narostl na 19,2 %. V roce 2050 by měla populace seniorů představovat až 28,6 % obyvatelstva. Dále se zvyšuje průměrný věk obyvatelstva ČR. V roce 2001 dosahoval 39 let a do roku 2017 vzrostl na 42,2 let. Do roku 2050 by měl průměrný věk českého obyvatelstva podle propočtů Českého statistického úřadu (ČSÚ) vyrůst na 46,3 roku. Tomu také odpovídal počet dětí na počet seniorů. Na sto dětí do 15 let v roce 2001 připadlo 87 seniorů. V roce 2017 bylo toto číslo

již 122 a v roce 2050 se očekává nárůst na 193. Takto naznačeným způsobem dochází ke stárnutí populace a platí, že tento trend by měl pokračovat také v dalších dekádách (Cieslar, 2019).

Demografické stárnutí je z hlediska veřejného zdraví globálním fenoménem, který bude pravděpodobně pokračovat i v budoucnu a po celém světě. Toto stárnutí populace s sebou přináší velké výzvy. Jednou z nich je i potřeba věnovat větší pozornost duševnímu zdraví seniorů a také jejich problémům s užíváním psychoaktivních látek (Lal & Pattanayak, 2017).

2.1 Stáří a psychoaktivní látky

Za psychoaktivní látku se považuje taková látka, která je schopná měnit duševní procesy, což může znamenat například změnu v emocích a myšlení a následně v chování. Tento pojem se považuje za ekvivalent pojmu psychotropní látka, přičemž psychoaktivní látka je pojem neutrální, velmi popisný a má se za to, že se týká všech druhů látek, a to jak povolených, tak i těch zakázaných. Pojem psychoaktivní látka ne nutně musí znamenat závislost vytvářející látka (Kalina & kol., 2001).

V terminologii se lze setkat s pojmy kategorizující užívání psychoaktivních látek jako označení za konzumentství, zneužívání či nadužívání a další. Konzumentství se označuje jako samotné užívání látky (Kalvach et al., 2004). Ve vztahu například k alkoholu platí, že spojení slov užívání alkoholu se vztahuje k požívání alkoholu (Babor & Higgins-Biddle, 2010a). Dále zneužívání (misúzus) je typické nevhodným množstvím užívaným v nevhodnou dobu. Nadužívání (abúzus) se považuje za opakovanou konzumaci velkých množství látky (Kalvach et al., 2004).

Z pohledu historie nebývala zaznamenána u starších dospělých a seniorů vysoká míra užívání psychoaktivních látek. Zpravidla platilo, že starší člověk omezoval užívání těchto látek s rostoucím věkem (Han & Moore, 2018). Dále lze nalézt zajímavou skutečnost, že pokud se z hlediska historie ve stáří jedince objevila nadměrná konzumace alkoholu, nebyla považována za závažný či důležitý problém. Někdy se dokonce minilo, že tento problém ani neexistuje. Například přibližně v polovině 19. století se bylo možné potkat s názorem, že je vzácností setkat se s člověkem závislým na alkoholu, který by byl starší 60 let. V 60. letech 20. století zase někteří autoři tvrdili, že závislost na alkoholu má tendenci mizet s rostoucím věkem (Emiliussen, Nielsen & Andersen, 2017). Autor Jiráček et al. (2013) výskyt těchto domněnek stvrzuje s tím, že k podceňování nadměrného pití u seniora vedlo podle něj mimo jiné ono tradované pravidlo, „*že ve starším věku nadměrné pití i závislosti vyhasínají. Pravda to však není. Mění se způsob pití alkoholu.*“ (Jiráček et al., 2013, s. 309).

V současné době se ale situace výrazně mění v souvislosti se všeobecným stárnutím populace. Pro dnešní stárnoucí populaci platí, že je u ní ve vyšší míře zaznamenáno užívání psychoaktivních látek ve srovnání s jakoukoli předchozí stárnoucí generací lidí. Zároveň je pozorován měnící se přístup stárnoucí generace k alkoholu a rekreačnímu užívání nelegálních psychoaktivních látek. Z toho důvodu se může očekávat, že se míra užívání těchto látek u starších jedinců bude navyšovat stejně jako počet seniorů ohrožený jejich nezdravým užíváním (Han & Moore, 2018).

Platí, že v České republice se zatím se starým člověkem závislým na ilegálních psychoaktivních látkách setkáme jen výjimečně. Závislosti na ilegálních psychoaktivních látkách typu kokain, heroin a další jsou u seniorů vzácné. Naproti tomu se lze relativně častěji setkat v rámci této malé skupiny seniorů užívajících ilegální psychoaktivní látky s fenoménem závislosti na kanabinoidech. Výskyt takové závislosti je možné předpokládat u seniorů užívajících

kanabinoidy v rámci automedikačních tendencí u bolestivých a revmatologických stavů (Jiráček et al., 2013).

V obecné populaci je známo, že užívání psychoaktivních látek včetně alkoholu obvykle začíná v období dospívání, pokračuje nebo vrcholí v dospělosti a má různý průběh (např. kolísající průběh pití alkoholu v životě, relapsy, úplná abstinence atd.). V důsledku toho je velká část pozornosti zaměřena na mladší a dospělou skupinu populace, přičemž starší osoby, které mají problémy s užíváním – například alkoholu – jsou z tohoto hlediska relativně zanedbávanou podskupinou. Užívání alkoholu v dřívějším věku u seniora může pokračovat do jeho pozdějšího života. Tím se tento problém stává chroničtější a komplikovanější. Zdravotní stav seniorů ve stáří způsobuje, že se jedná o zranitelnou skupinu s vyšším rizikem vzniku škodlivých následků (Lal & Pattanayak, 2017).

Dalším specifickým rysem seniorského věku je, že problémy s alkoholem či jinou psychoaktivní látkou v tomto věku probíhají často skrytě, a to zejména u osaměle žijících seniorů. Z toho důvodu bývá doporučováno po problémech s alkoholem u seniorů aktivně pátrat. Zvláště se jedná o případy, kdy se u nich objevily časté pády, snížená sebek péče, poruchy paměti nebo odvykací stav (Nešpor, Dragomirecká & Csémy, 2005). Senior s problémy s užíváním psychoaktivní látky, například alkoholu, může snadno uniknout pozornosti odborníků. Důvody se různí – senior nemusí problémy nahlašovat či zůstává sám a o jeho problémech tak málokdo ví. Mnoho seniorů také nesdílí informace o svém pití, protože se za nadměrné užívání ve svém věku stydí. Mnoho ze seniorů bývá izolováno od svých rodinných příslušníků a disponuje minimálními sociálními sítěmi, což tento problém činí těžko detekovatelný (Lal & Pattanayak, 2017).

Rovněž se lze setkat s tím, že starší lidé tvoří pouze velmi malou část klientů adiktologických služeb. To lze částečně přičíst tomu, že starší lidé čelí mnoha překážkám v přístupu k adiktologickým službám oproti mladší populaci, v důsledku čehož zůstávají neviditelnou populací (Lal & Pattanayak, 2017).

S ohledem na závislosti a zneužívání či nadužívání návykových látek ve stáří se nejčastěji zmiňuje zastoupení závislosti, zneužívání nebo nadužívání alkoholu. Kromě alkoholu je u seniorů významná také prevalence závislosti na lécích. V těchto případech se nejčastěji jedná o léky ze skupiny benzodiazepinů, analgetik a hypnotik. Podle statistik se soudí, že až 30 % seniorů užívá léky s potenciálem ke vzniku závislosti. Často se lze také setkat s kombinací závislosti na alkoholu a lécích zároveň (Lužný, 2012).

2.2 Diagnostické vymezení užívání alkoholu

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) rozlišuje v souvislosti s užíváním psychoaktivních látek – a s nimi také alkoholu – několik diagnóz. Jednotlivé diagnózy se liší podle typu psychoaktivní látky v čísle na třetím místě kódu MKN-10. Hlavní kód, kterým klasifikuje MKN-10 poruchy způsobené užíváním alkoholu, je označen jako F10 (poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu). Níže jsou vypsány jednotlivé diagnózy z tohoto hlavního kódu (Slovák, Przczková, Daňková & Zvolský, 2017):

- poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, akutní intoxikace (F10.0)
- poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, škodlivé použití (F10.1)
- poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, syndrom závislosti (F10.2)
- poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, odvykací stav (F10.3)

- poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, odvykací stav s deliriem (F10.4)
- poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, psychotická porucha (F10.5)
- poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, amnestický syndrom (F10.6)
- poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, psychotická reziduální porucha a s pozdním začátkem (F10.7)
- poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, jiné duševní poruchy poruchy chování (F10.8)
- poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, neurčené duševní poruchy a poruchy chování (F10.9) (Slovák et al., 2017)

Podkapitoly níže v textu se zaměřují na popis diagnózy specificky ve vztahu k seniorskému věku.

2.2.1 Akutní intoxikace

Akutní intoxikace alkoholem nebo také akutní opilost (ebrieta) je u seniora značně rizikovou situací. Staršímu jedinci hrozí ve větší míře potenciálně škodlivé změny vnitřního prostředí jako například hypokalémie, dehydratace či hyperosmolarita. U starších jedinců se lze setkat s modifikací množství vstřebaného alkoholu, kdy jsou přítomny rozdíly v absorpci alkoholu či jeho metabolismu. Další odlišností stáří je, že po požití alkoholu je u seniora naměřena vyšší hladina alkoholu v krvi (vyšší alkoholemie) než u lidí středního a mladšího věku (Lužný, 2012). S tímto tvrzením souhlasí i autor Jirák et al. (2013), který výskyt tohoto fenoménu shrnuje faktem, že množství alkoholu, které člověk dříve běžně snášel, může vést s přibývajícimi léty ve stáří k závažné intoxikaci. V akutní opilosti je také výrazně změněn spánek u seniora, jeho sexuální chování a fungování nebo také smyslové funkce. Opomenout rovněž nelze důsledky pádů (Lužný, 2012). U mužů-seniorů je nezanedbatelný výskyt subdurálních a epidurálních hematomů vedoucích až ke smrti při pádech v akutní opilosti na ulici. Akutní opilost rovněž patří mezi jednu z hlavních příčin nehod chodců, a to i u starých jedinců (Kalvach et al., 2004).

Užívání alkoholu může vést ke zvýraznění patické nálady (deprese či úzkosti) a dále je s ním významně spojen nárůst suicidality. Ten narůstá jak v případech akutní intoxikace, tak v případech chronického abúzu (Skopalová, 2014).

2.2.2 Škodlivé použití

Zneužívání alkoholu může vést k poškození zdraví i bez toho, aby byla přítomna závislost na alkoholu. Z toho důvodu je zaveden také termín škodlivé použití nebo užívání (harmful use) (Babor & Higgins-Biddle, 2010a). „Škodlivé užívání je definováno jako charakter pití, který již způsobuje poškození zdraví. Může jít o škody fyzické (např. poškození jater při chronické konzumaci) nebo duševní (např. druhotné epizody deprese)“ (Babor & Higgins-Biddle, 2010a, s. 6). Pro škodlivé pití alkoholu je typické, že bývá kritizováno okolím a může být spojeno s různými nepříznivými důsledky sociálního typu (Babor & Higgins-Biddle, 2010 a). V terénu škodlivého užívání alkoholu se u seniora častěji rozvíjí patické nálady, jakými jsou deprese nebo úzkost, a narůstá i riziko sebevražedného jednání seniorů. Klesá kvalita života seniora, rovněž jsou časté poruchy spánku, a to jak u seniorů, tak u lidí mladšího věku (Skopalová, 2014).

Příbuzným pojmem škodlivému užití je termín rizikové pití. Používají se pro něj další ekvivalenty jako například nebezpečné pití nebo hazardní pití (Babor & Higgins-Biddle, 2010a).

„Nebezpečné pití je druhem konzumace alkoholu, který s sebou nese riziko škodlivých důsledků pro pijáka. Těmito důsledky mohou být škody na zdraví, fyzickém či duševním, nebo také sociální/společenské důsledky pro pijáka nebo jiné osoby.“ (Babor & Higgins-Biddle, 2010a, s. 6). Považuje se za důležité nejen rozlišit, zda se jedinec pohybuje v oblasti škodlivého užívání alkoholu nebo závislosti, ale také je potřebné rozeznat, určit a porozumět charakteru rizikového pití. U některých jedinců totiž může docházet k tomu, že vypijí velké kvantum alkoholu při speciálních příležitostech, a přitom nemusí konzumovat víc alkoholu, než je doporučované týdenní množství. Přesto ale tento typ pití vedoucí k intoxikaci může představovat akutní formu rizika, která může vyústit do úrazů, násilí či ztráty kontroly se všemi souvisejícími důsledky nejen pro konzumenta, ale i pro ostatní jedince (Babor & Higgins-Biddle, 2010a).

Je známo, že u starších uživatelů alkoholu lze najít vyšší tendenci k rizikovému užívání alkoholu spíše než tendenci k závislosti na alkoholu. Rizikové užívání alkoholu je vystavuje možnosti poškození fyzického i psychického zdraví (Lal & Pattanayak, 2017).

2.2.3 Syndrom závislosti

Syndrom závislosti na alkoholu se charakterizuje následujícími typickými znaky. Zároveň je stanoveno, že se jako podmínka pro stanovení diagnózy závislosti na alkoholu musí vyskytnout tři nebo více těchto znaků za posledních 12 měsíců (Babor & Higgins-Biddle, 2010a):

- silné nutkání nebo touha pít alkohol (craving)
- potíže s udržením kontroly nad pitím, které se týkají zahájení pití, ukončení pití nebo míry pití alkoholu
- somatické příznaky při odnětí, přerušení, při snížení pití alkoholu nebo používání alkoholu jako prostředku ke zmírnění nebo odstranění příznaků odnětí
- průkaz tolerance například ve formě vyžadování vyšších dávek alkoholu k dosažení stejného účinku, ke kterým původně dostačovalo méně alkoholu
- zanedbávání jiných oblíbených činností a zájmů kvůli pití alkoholu s tendencí k progresi
- pokračování v pití alkoholu i přes zjevné a jednoznačné škodlivé důsledky (Babor & Higgins-Biddle, 2010a)

Platí, že při pravidelném užívání alkoholu seniorem se může oproti mladšímu věku o mnoho snadněji rozvinout závislost na alkoholu (Skopalová, 2014). Závislost na alkoholu je u seniora považována za chronické onemocnění, které mívá velmi variabilní průběh. Ten bývá doprovázen častým relapsem v pití, který může následovat po působení stresorů. Vliv stresorů však není podmínkou, někdy se relapsy v pití mohou vyskytnout i bez jejich působení. U závislosti na alkoholu se předpokládá, že se u seniora uplatňují vlivy genetické, psychologické, sociální a ekonomické vlivy s vlivy prostředí (Lužný, 2012).

V obecné populaci bývají vymezovány základní dva typy závislosti na alkoholu. Jsou jimi tzv. časný typ závislosti na alkoholu (early-onset alcohol dependence) a tzv. pozdní typ závislosti na alkoholu (late-onset alcohol dependence). Lidé, u kterých vznikl návyk na alkohol typu early-onset alcohol dependence, bývají vystaveni působení závažnějších zdrojů stresu a rizikových faktorů ve svém raném životě. Tyto zdroje pak mohou spustit nadměrnou konzumaci alkoholu a závislost na něm a mohou mít původ v prostředí jedince. Do těchto zdrojů lze zařadit instituce, ve kterých člověk vyrůstal, traumatizaci v rodině či v sociálním prostředí jedince. Vzhledem k dlouhodobé kariéře závislosti se lidé s early-onset závislostí na alkoholu potýkají s nejrůznějšími problémy, které chronická závislost na alkoholu přináší. Jmenovat lze zejména psychický a fyzický úpadek, potíže a komplikace v sociální a profesní sféře či neuspokojivé vztahy. Naproti tomu lidé s tzv. pozdním typem závislosti na alkoholu (late-onset alcohol dependence) byli v průběhu svého

života vystaveni méně působení škodlivého vlivu alkoholu a byli schopni si během života vybudovat více podpůrných faktorů v různých životních oblastech. Jejich doba setrvání v terapiích a úspěšnost léčby bývá z toho důvodu vyšší (Wolter, 2015).

Pro early-onset závislost na alkoholu bývá typický její vznik v mladším věku člověka (vznik do 60 let věku), spíše mužské pohlaví, většinová prevalence (dvě třetiny jedinců s early-onset alkoholovou závislostí oproti jedné třetině s late-onset alkoholovou závislostí), osobnost spíše nestabilní, často se měnící místo bydlení, rozvedení nebo svobodní jedinci, dále také nižší socioekonomický status, nižší úroveň vzdělání, častější problémy se zákonem, vyšší prevalence kouření, výraznější nárůst kognitivních poruch či se častěji objevuje zneužívání alkoholu v rodině jedince (Wolter, 2015).

Oproti tomu při late-onset závislosti na alkoholu se lze typicky setkat se vznikem ve věku nad 60 let, spíše s ženským pohlavím, se stabilnějším typem osobnosti, trvalejším místem pobytu, s dlouhotrvajícími a stabilnějšími rodinnými a sociálními vazbami, vyšším socioekonomickým statutem, vyšší úrovní vzdělání, méně častými problémy s justicí, nízkou prevalencí kouření, nižším kognitivním poškozením a spíše se neobjevuje zneužívání alkoholu v rodině jedince. Také je pro tuto skupinu charakteristická lepší prognóza léčby (Wolter, 2015). Na druhou stranu u jedinců s late-onset závislostí na alkoholu méně často dochází ke stanovení samotné diagnózy a rozpoznání závislosti. Tito starší jedinci se totiž výrazně liší vzhledem k předsudkům, které vůči alkoholu mají, liší se chování při jeho pití a ve vyhledávání alkoholu nebo také v regulaci a kontrole samotné konzumace alkoholu. Za rizikové faktory pro late-on set závislost na alkoholu se považuje odchod do důchodu, smrt manžela, manželky či partnera, chronický stres, potíže v oblasti svojí role a identity či jejich ztráta nebo také schvalování pití alkoholu přáteli seniora (Emiliussen et al., 2017).

S podobným rozdělením na dvě různé skupiny seniorů závislých na alkoholu se lze setkat i u Lužného (2012). Tento autor dělí seniorskou populaci také na dvě skupiny: Na celoživotně závislé lidi na alkoholu a na skupinu lidí závislých na alkoholu až od stáří.

První skupinu starých lidí celoživotně závislých na alkoholu tvoří asi ze dvou třetin případů senioři, kteří byli závislí již ve středním věku (Nešpor et al., 2005). Ve své alkoholové kariéře tudíž pokročili a dožili se i s poškozeným zdravím seniorského věku. Do této skupiny lze zařadit především fyzicky odolnější část populace mužů (Kalvach et al., 2004). Faktem ovšem je, že tato velká část lidí, která vykazovala závislost na alkoholu již ve svém středním věku, se kvůli somatickým komplikacím nedočká dožití 65 let. Ostatní senioři z této skupiny si abúzus alkoholu přenášejí s sebou do seniorského věku (Jirák et al., 2013).

Druhá skupina na alkoholu závislých seniorů je tvořena poslední třetinou případů starších jedinců, kteří si závislost vytvoří až během svého důchodového věku, ve stáří. Pokud dojde k vytvoření závislosti až v důchodovém věku, vznik závislosti v tom případě často navazuje na zátěžovou životní událost, jakou může být úmrtí blízkého člověka či odchod do důchodu. (Nešpor et al., 2005). Autor Kalvach et al. (2004) tyto zátěžové události popisuje jako velká psychotraumata vyššího věku a řadí sem: úmrtí partnerů, konflikty s potomky, vznik vážných onemocnění v rodině, přestěhování se a další. Také dodává, že pokud následně dojde k rozvoji duševních poruch, lze je uspokojivě, i když jen dočasně, utlumit lékaři předepisovanými léky (například anxiolytiky). Senior však také může sáhnout po volně dostupných analgetících či po alkoholu jako po volně dostupném prostředku v životním stylu samoléčby (Kalvach et al., 2004).

2.2.4. Odvykací stav

Odvykací stav je u starších lidí závislých na alkoholu charakteristický protahovanějším průběhem ve srovnání s jedinci mladšího a středního věku. Také mívá závažnější důsledky – u seniora může dojít k rozvinutí hypertenzní krize, cévní mozkové příhody, k výraznější a protražovanější nespavosti, vegetativní labilitě s rizikem kardiální dekompenzace, febrilním stavům, stavům zmatenosti, dehydratace, k iontové dysbalanci a dalším důsledkům (Lužný, 2012). Autoři Sullivan & Levin (2016) ještě k výše uvedeným charakteristikám dodávají, že protražované abstinenci příznaky při odvykání alkoholu mohou přetrvávat dokonce až rok po ukončení jeho konzumace. Podle těchto autorů se k těmto příznakům dále řadí kromě předchozích jmenovaných ještě pocit snížené výkonnosti a energie, neschopnost prožívat kladné emoce a pocity, třes, úzkost, deprese, zvýšený krevní tlak, teplota i puls. Rovněž se u odvykacího stavu starších lidí provázejícího závislost na alkoholu vyskytují oproti mladšímu a střednímu věku zrakové halucinace. Celkově je výrazně vyšší riziko úmrtí seniora (Lužný, 2012). Odvykací stav na sebe může u seniora vzít až podobu deliria (Skopalová, 2014).

2.2.5 Odvykací stav s deliriem

Mimo charakteristik, které jsou platné pro odvykací stav na alkoholu, je u odvykacího stavu s deliriem zaznamenána navíc kvalitativní porucha vědomí, dezorientace, různé poruchy spánku a poruchy cyklu spánku a bdění. Dále se mohou objevit halucinace či rozvoj bludného myšlení. Odvykací stav s deliriem se vyznačuje typicky velkým kolísáním stavu. V některých případech není překvapením ani poměrně rychlé rozvinutí delirantního stavu po naprostém nebo náhlém přerušení dávek alkoholu. U seniora je oproti jedincům mladšího věku vyšší úmrtnost a také vyšší riziko kardiopulmonální dekompenzace. Diferenciálně diagnosticky je pak třeba odlišit od odvykacího stavu s deliriem etiologicky odlišné typy delirií. Jedná se zejména o demenci, na kterou nasedá delirium, delirium, které se rozvíjí v souvislosti s akutně probíhající infekcí organismu, pooperační delirium, delirium během destabilizace vnitřního prostředí a mnohé další (Skopalová, 2014).

2.2.6 Psychotická porucha

V souvislosti s nadměrnou konzumací alkoholu se psychotická porucha projevuje jako výskyt halucinací různých kvalit nebo poruch myšlení a také emocí. K těm může dojít už v průběhu nadužívání alkoholu, které bývá zpravidla chronické, anebo častěji v době do dvou týdnů následujících po náhlém ukončení pití alkoholu. Charakteristické příznaky jako halucinace, bludy nebo manické či depresivní nálady přetrvávají déle než dva dny a zároveň jsou kratší, než je doba půl roku. V případě seniorů se lze setkat s náročnějším a obtížnějším odlišením psychotické poruchy od organické halucinózy nebo od organické poruchy s bludy či dokonce od typu pozdních schizofrenií (Skopalová, 2014).

2.2.7 Amnestický syndrom

Jako jeden z typických příznaků amnestického syndromu se uvádí zhoršení procesu učení se novým informacím (zhoršení krátkodobé paměti) nebo schopnost vybavení si minulých zážitků. Oba tyto fenomény pak svým působením zapříčiňují obtíže ve fungování jedince a v jeho běžném životě. Oproti jiným poruchám zde chybí kvalitativní poruchy vědomí a současně nejsou přítomny žádné známky demence, která by odkazovala na celkový úpadek intelektu jedince. Rovněž je vyloučena jiná tělesná příčina obtíží a musí být vyloučeny další duševní poruchy. Odlišení amnestického syndromu od demence bývá u seniora komplikovanější úkon vlivem mnohaletého užívání alkoholu (Skopalová, 2014).

2.2.8 Psychotická reziduální porucha a s pozdním začátkem

Charakterizuje se jako trvalá změna chování, myšlení a vnímání a také emotivity a osobnosti jedince, která ale nevznikla v přímé souvislosti s přímým účinkem užívání alkoholu. Naopak se jedná o pozdní příznaky, které se vyskytují u jedince, který v dřívější době užíval alkohol (často chronicky, po mnoho let) (Lužný, 2012). Odlišení je v případě seniora nutné od projevů poruch myšlení či vnímání provázející demence, deliria a pozdní schizofrenie (Skopalová, 2014).

2.3 Rizikové faktory, spouštěče a okolnosti užívání alkoholu seniory

Má se za to, že důvody pro konzumaci alkoholu mohou být kategorizovány v zásadě do dvou kategorií. Tyto dvě kategorie jsou odvozeny od výzkumů motivace ke konzumaci alkoholu u mladých lidí, ale ukazuje se, že jsou platné i pro porozumění motivaci k pití alkoholu u seniorské populace. Zmíněné dvě kategorie jsou označovány jako pozitivní a negativní zpevňování konzumace alkoholu (positive and negative reinforcement). Do první kategorie pozitivního zpevňování spadá chování s cílem potěšit se nebo chování s cílem odměny, například pití ze společenských důvodů, tedy pití ovlivněné sociálně. Do druhé kategorie negativního zpevňování pak patří taková konzumace, která slouží jako škodlivý mechanismus zvládnání určité situace (coping mechanism). Platí, že v literatuře zabývající se problematikou pití alkoholu ve stáří, se objevuje spíše druhá kategorie zahrnující výčet událostí, které seniora vedou ke škodlivým mechanismům zvládnání negativních situací v životě například formou pití alkoholu (Kuerbis, Moore, Sacco & Zanjani, 2016).

Jinde v dostupných zdrojích lze nalézt rozdělení faktorů, které mohou mít vliv na nadměrné užívání alkoholu u seniorů, na rizikové faktory (Gabolicsek, 2020; Levin & Kruger, 2000) a na spouštěcí mechanismy (Juergens, 2020). Mezi rizikové faktory se řadí ztráta blízkého člověka nebo partnera, prožití traumatické události, izolace nebo nuda ve starobním důchodu, odchod dětí z domu, již přítomné chronické nadměrné užívání alkoholu, mužské pohlaví, somatická nebo psychická onemocnění či rodinná historie v nadměrném užívání alkoholu (Gabolicsek, 2020; Levin & Kruger, 2000). Do spouštěcích mechanismů se pak zařazuje ztráta blízkého člověka nebo prožití traumatické události, odchod do starobního důchodu, ztráta příjmu nebo finanční problémy, umístění do zařízení pro seniory, rodinný konflikt či přítomnost somatických a psychických onemocnění a sebemedikace alkoholem (Juergens, 2020). Platí, že ve zdrojích na toto téma si jsou v některých případech uvedené faktory velmi podobné anebo se vzájemně překrývají. To znamená, že rizikový faktor může být někdy spouštěcím mechanismem a naopak. Tabulka 2 shrnuje příklady rizikových faktorů a spouštěcích mechanismů a zachycuje případy podobnosti anebo překrývání některých faktorů.

Tabulka 2 - Rizikové faktory a spouštěcí mechanismy nadměrného užívání, závislosti na alkoholu u seniorů, vytvořeno podle Gablicsek (2020), Levin & Kruger (2000) a Juergens (2020)

Rizikový faktor	Spouštěcí mechanismus
Ztráta blízkého člověka, traumatická událost	Ztráta blízkého člověka, traumatická událost
Izolace, nuda ve starobním důchodu	Odchod do starobního důchodu
Odchod dětí z domu	Odchod dětí z domu
Přítomnost chronického nadměrného užívání alkoholu	Umístění do zařízení pro seniory
Mužské pohlaví	Rodinný konflikt
Somatická nebo psychická onemocnění	Somatická nebo psychická onemocnění, sebededikace alkoholem
Rodinná historie v nadměrném užívání alkoholu	Ztráta příjmu, finanční problémy

V následujících podkapitolách jsou blíže popsány vybrané rizikové faktory anebo spouštěcí mechanismy z tabulky 2. V poslední podkapitole 2.3.6 jsou kromě fenoménů z tabulky 2 zahrnuty i jiné okolnosti k užívání alkoholu u seniorů, které sice nemají přímou souvislost s rizikovými faktory a spouštěcími mechanismy, ale které jsou uváděny v odborné literatuře objasňující okolnosti užívání alkoholu u seniorů.

2.3.1 Chronické nadměrné užívání alkoholu

Někteří seniori mají problémy s užíváním alkoholu od mládí přes několik dekad života až do stáří. Pokud nadměrné či závislostní pití alkoholu začne ve dvaceti nebo třiceti letech života, senior může pak ve stáří zvýšenou konzumaci alkoholu popisovat jako odpověď na vzorec intenzivního užívání v mládí, v místní kultuře či v pracovním prostředí. Právě jedinci, kteří přes celoživotní epizodu intenzivního pití přežijí až do nástupu seniorského věku, jsou považováni za jedince s časným vznikem závislosti na alkoholu (early-onset alcohol dependence). Do této skupiny patří, jak již bylo zmíněno, dvě třetiny na alkoholu závislých seniorů. Pokud se problémy z užívání alkoholu u seniora vyskytují od mládí a vyznačují se chronicitou, u takového seniora lze vystopovat přítomnost nadměrného užívání alkoholu v rodinné historii stejně jako potíže v rodinných vztazích vedoucí až ke vzájemnému odcizení seniora od jeho rodiny (Kuerbis et al., 2016).

2.3.2 Potěšení, socializace, rituály

U mnohých seniorů se lze setkat s tím, že konzumaci alkoholu považují za formu požitku nebo potěšení. Konzumace alkoholu tak může být v seniorské populaci asociována také v pozitivním smyslu se změnou prostředí a s možností být v kontaktu se svými starými známými. Pití alkoholu totiž může být dáváno do souvislosti se smíchem, radostí či dobrými časy. U mužů seniorů může být pití alkoholu silně spojeno s jejich kulturním či pracovním prostředím (Kuerbis et al., 2016).

Navíc platí, že v průběhu života si člověk vytváří svojí specifickou rutinu či různé rituály, které mohou být spojené s pitím alkoholu, které může sloužit jako jedna z volnočasových aktivit. Tyto rutiny a rituály bývají formovány společenskými normami a očekáváními z prostředí, ve kterém senior žije. Pití alkoholu tak může být vázáno na určitý kontext, třeba na konzumaci jídla či návštěvu nějaké společnosti. Zdá se, že v některých případech může mít pití alkoholu v životě

seniora i symbolický či rituální význam a nemusí být jen součástí nějaké rutiny či běžné aktivity. Pití alkoholu může být zakořeněno do mnoha společenských a rodinných událostí a může být významnou součástí trávení času s přáteli a s rodinou. Pro některé problémovější konzumenty alkoholu může být dokonce velmi obtížné trávit čas s rodinou nebo s přáteli bez alkoholu (Bareham, Kaner, Spencer & Hanratty, 2019).

2.3.3 Sebededikace

Konzumace alkoholu může ve stáří sloužit jako forma sebededikace, kdy se senior obrátí na alkohol jako na strategii k vyrovnání se se stresem, úzkostí, panickými atakami, depresí, pocitu viny pramenící z různých příčin či se k alkoholu obrací jako k nástroji, pomocí kterého senior snáz zapomene na minulost či přítomnost a na přítomné problémy – místo jiných strategií, které by mu eventuálně pomohly. Pití alkoholu je také často považováno za prostředek k úlevě od fyzické bolesti. Někteří senioři konzumují alkohol s cílem pomoci si od nespavosti. Někdy senior může konzumovat alkohol s důvěrou v jeho medicínální schopnosti, kdy jej pije, aby došlo k domnělému zlepšení jeho chorob, jako například cévních nebo srdečních onemocnění (Kuerbis et al., 2016).

Alkohol bývá dále využíván jako prostředek ke zlepšení trávení. Pití alkoholického nápoje před jídlem totiž zvyšuje chuť k jídlu a způsobí, že lidé sní o něco více jídla, než by snědli běžně. Pro mnoho lidí také například sklenka vína po jídle přináší pocit příjemného uvolnění (Seeker, 2010). Po požití jídla a následně alkoholu ale dochází k tomu, že vlivem jeho působení dojde ke krátkodobému uvolnění hladké svaloviny tvořící stěnu žaludku. Tímto způsobem pak konzumace alkoholu po jídle způsobí snížení pocitu plnosti žaludku. Ve skutečnosti ale konzumace alkoholu představuje spíše zbrzdění trávicího procesu (Penzista, 2018).

2.3.4 Ovdovění, ztráta blízkého člověka

Ztráta blízkých, přátel anebo člena rodiny se pokládá za jeden z rizikových faktorů vývoje anebo zhoršení problémů s alkoholem u seniorů (Satre, Bahorik & Mackin, 2018). Má se za to, že ztráta životního partnera představuje pro člověka extrémně náročnou životní situaci, dokonce jednu z těch nejnáročnějších (Špatenková et al., 2014). Jedná se o vysokou životní ztrátu, se kterou se někteří senioři vyrovnávají jen obtížně a někteří se s ní nesrovnají nikdy (Haškovcová, 2010). Extrémní stres z ovdovění roste úměrně s věkem a má velký vliv jak na psychický, tak na fyzický stav pozůstalého. Platí, že starší lidé snášejí ztrátu životního partnera hůře, přestože lze předpokládat, že úmrtí partnera ve stáří je společensky očekávanější událost než v produktivním věku. Lze však říci, že prožívání této zátěžové situace má vždy individuální charakter (Špatenková et al., 2014).

„Muži-vdovci vnímají ztrátu své manželky jako silné vytržení z rodinného zázemí, manželku vnímají jako součást svého domova a sebe samého. Smrtí manželky je toto pojetí muže o sobě samém narušeno“ (Špatenková et al., 2014, s. 152). Vdovci bývají v tomto období postaveni před několik možností. Mohou prázdň role po své manželce buď převzít, nebo si najít partnerku novou, anebo do prázdny pozice obsadit jiného člena rodiny. Muži rovněž mohou na prázdny rolové obsazení rezignovat, což však má mnohdy za následek zvolení neadekvátních obranných mechanismů, jakými je například nadměrná konzumace alkoholu (Špatenková et al., 2014). S tím souhlasí i data autorů Kuerbis et al. (2016), kteří zdůrazňují, že ztráta partnera bývá často událostí, kvůli které eskaluje užívání alkoholu. Udávají, že zvláště pohřeb patří mezi nejnáročnější okamžiky. Jako následek jednoho či několika úmrtí blízkých mohou pozůstalí dávky alkoholu zvyšovat anebo přejít ke konzumaci silnějších alkoholických nápojů. Přesto však platí, že vztah mezi ovdověním a konzumací alkoholu představuje velmi individuální záležitost (Kuerbis et al. 2016).

Pro ženy-vdovy bývá úmrtí manžela pravděpodobná ztráta, protože statisticky je u žen zaznamenáno dožití vyššího věku než u mužů. Vdovství je tak fenomén vyskytující se častěji u žen. Přesto ale nelze říct, že by byly ženy-vdovy na tento životní přelom vždy připraveny. Naopak tato nepřipravenost pak ženě působí řadu psychických, sociálních a materiálních stresů a pro vdovu mnohdy znamená ztráta manžela přizpůsobit se životu v osamění (Špatenková et al., 2014).

Vzhledem k tomu, že celosvětově dochází ke stárnutí populace a větší počet starých lidí tak zažije ztrátu blízkého nebo ovdoví (to zvláště platí pro ženy), dopad ovdovění na problematiku zneužívání alkoholu tak bude stále větší budoucí výzvou pro studium (Satre et al., 2018).

2.3.5 Odchod do starobního důchodu

Odchod do starobního důchodu je pro nemalou část lidí traumatizujícím okamžikem, ať už si to připouštějí či nikoliv (Haškovcová, 2010). Udává se, že muži, kteří nadužívají alkohol, odcházejí do důchodu dříve než ti, u kterých nadužívání alkoholu není zaznamenáno. U některých lidí se objevuje po odchodu do důchodu nadužívání alkoholu způsobené pocitem ztráty jejich role, která pro ně v životě hrála doposud významnou roli. Zneužívání alkoholu po odchodu do důchodu také mohou nahrávat pocity viny z neschopnosti naplnit nadbytek volného času nebo rovněž pocity, že člověk již není užitečný a důležitý (Kuerbis et al., 2016).

Alkohol však nemusí hrát pouze roli přímé odpovědi na odchod do důchodu. Zaměstnání člověka totiž bývá někdy vnímáno jako překážka, která doposud bránila nadměrné konzumaci alkoholu v produktivním věku, a tak se po odchodu do důchodu může konzumace alkoholu stát problematičtější (Kuerbis et al., 2016). Některé povinnosti, které byly před odchodem do důchodu neslučitelné s užíváním alkoholu, se ve stáří vytrácí nebo se mění s upuštěním od rodičovských povinností. Tyto změny pak mohou ve stáří spustit konzumaci alkoholu. Na druhou stranu někteří senioři odchodem do důchodu nabydou naopak nových povinností, které je od konzumace alkoholu mohou zdržet – například dobrovolné práce či péče vnoučata či o nemocného partnera (Bareham et al., 2019).

2.3.6 Další okolnosti

Faktory, jakými jsou izolace seniorů a prožívání nudy nebo osamělosti, se rovněž řadí mezi další okolnosti, které bývají uváděny do souvislosti s užíváním alkoholu u seniorů. Je popisováno, že senioři mohou často vézet doma, a to například z důvodu onemocnění, ze samotné úzkosti, že jdou ven anebo naopak z toho, že nemají vůbec důvod někam chodit. Mnoho seniorů navíc žije osamoceně a někteří i daleko od své rodiny a blízkých. Trávit většinu času bez možnosti vést s někým konverzaci a s málo činnostmi na práci mohou u seniora vyvolat tendence ke konzumaci alkoholu. Někdy také bývá výsledkem nadměrného pití alkoholu či závislosti na něm rozpad manželství nebo vztahu seniora. Nadměrná konzumace alkoholu pak tento vztah poškodí natolik, že se naruší anebo úplně rozpadne. To pak může vyústit do významné izolace či osamělosti seniora. Pití alkoholu tak může být popisováno jako odpověď seniora na prožívanou nudu a samotu. Někdy může být samotné pití alkoholu vnímáno spíše jako náplň času než konzumace kvůli jeho účinkům (Kuerbis et al., 2016).

Alkohol rovněž může být součástí pitného režimu seniora. Průzkum realizovaný Českým svazem pivovarů a sladoven u reprezentativního vzorku populace seniorů, která uvedla, že někdy pije pivo, přináší některá zjištění o seniorech a jejich spotřebě piva. Bylo zaznamenáno, že muži v průměru užívají sedm püllitrů piva týdně a ženy čtyři třetinové sklenice (Český svaz pivovarů a sladoven, 2016). Přitom platí, že pitný režim má v životním stylu seniorů velmi významné postavení. Platí, že s přibývajícými lety člověk ztrácí pocit žízně a při nedostatku tekutin může docházet k závažným metabolickým změnám v organismu seniora. Konzumace piva jako

alkoholického nápoje dokáže krátkodobě utlumit žízeň. Nicméně každodenní konzumace většího množství lihovin způsobuje ztrátu tekutin v organismu a vyvolává žízeň. Obecně však platí, že alkohol nejenže působí neblaze na zdravotní stav člověka, ale považuje se za nevhodnou součást pitného režimu seniora (Nováčková, 2010).

Alkohol může sehrávat roli i v problematice bezdomovectví u seniorů. Udává se, že malá skupina seniorů může ve svém životě projít obdobím, kdy byli nějaký čas bezdomovci v průběhu jejich životní kariéry nadměrného užívání alkoholu (Kuerbis et al., 2016). Barták (2011) uvádí několik definic bezdomovství. Jedna z definic týkající se psychopatologie poskytuje následující vymezení: „*Bezdomovec může být osobou bez trvalého bydliště nebo je tzv. osobou bez přístřeší, která sice oficiálně trvalé bydliště má, ale z nějakého důvodu jej nechce nebo nemůže užívat. Takový člověk obvykle nemá ani zaměstnání a rodinu, resp. jeho vztahy s příbuznými jsou natolik narušené, že zcela ztratily svou funkci*“ (Barták, 2011, s. 34). Alkohol pak může hrát v procesu bezdomovství významnou roli. Jeho nadměrná konzumace či závislostní užívání patří do jednoho z rizikových faktorů a spouštěcích mechanismů vzniku bezdomovství i setrvání v něm (Barták, 2011).

Další z okolností uváděná do souvislosti s užíváním alkoholu ve stáří je problematika ageismu. Nadměrné užívání alkoholu či alkoholová závislost mohou být totiž kromě izolace seniora, vzniku duševního onemocnění anebo v krajních případech sebevraždy seniora jedním ze způsobů, jakým senior zareaguje na ageismus s cílem se mu vyhnout. Pokud je totiž člověk pod vlivem účinků alkoholu, nemusí si plně uvědomovat diskriminaci, předsudky, ostrakismus či ztrátu svojí role a postavení, které jsou často právě výsledkem ageismu či výsledkem působení negativních událostí spjatých se stářím (Palmore, 1999).

Ageismus definuje WHO jako stereotypy, předsudky a diskriminaci vůči lidem na základě jejich věku (Officer & Fuente-Núñez, 2018).

Směrem k odborníkům na léčbu závislostí je vyzdvihováno, aby se zabývali otázkami spjatými s ageismem týkajících se negativního vnímání starších osob společností (Beechem, 2002).

2.4 Somatické důsledky nadužívání alkoholu u seniorů

Je známo, že dlouhodobá nadměrná konzumace alkoholu u člověka urychluje proces stárnutí, a to především stárnutí centrální nervové soustavy. Také se zvyšuje riziko předčasného úmrtí (Kalvach et al., 2004). Starší jedinci jsou v porovnání s mladšími jedinci náchylnější k účinkům alkoholu. Konzumace alkoholu v množství, které je považováno za mírné u mladších lidí, může mít u seniorů nežádoucí účinky na jejich zdraví, protože jejich organismus zpracovává alkohol jinak a reaguje na něj jiným způsobem (Barry & Blow, 2016). Riziko úmrtí a škodlivých následků se přitom zvyšuje s vyšší konzumací alkoholu (Han & Moore, 2018).

Jednou z charakteristik nadužívání alkoholu v období stáří je oproti mladšímu a střednímu věku vyšší riziko výraznějších komplikací. U seniorů jimi mohou být závažnější důsledky pádů vedoucí k postižení skeletu, který je oslaben osteoporózou. Ta způsobuje křehkost kostí v důsledku úbytku kostní tkáně (Lužný, 2012). Ve stáří se také potvrzuje vliv alkoholu na průběh osteoporózy. U seniorů k těmto změnám dochází běžně v souvislosti s hormonálními změnami, nedostatkem vitamínu D a vápníku. Alkohol nejenže podněcuje osteoporózu kvůli tomu, že se jedná o diuretikum, ale také snižuje počet osteoblastů – buněk tvořících kostní tkáň. Osteoporóza potom zvyšuje u seniora riziko fraktur kyčle (Prance, 2016). Osteoporóza je obecně významným faktorem zodpovědným za častější zlomeniny kostí, které patří mezi nejzávažnější úrazové důsledky pádů u seniorů. Pád u seniora ve 20 – 30 % znamená středně těžké až vážné zranění, které snižuje mobilitu

a soběstačnost seniora a může zapříčinit jeho předčasné úmrtí (Kalvach et al., 2004). K pádům rovněž může vést zhoršení už přítomných závratí vlivem alkoholu (Lužný, 2012). Zhoršení přítomných závratí je způsobeno tím, že neuroregulační a smyslový systém seniora je zvýšeně citlivý na vliv alkoholu (Skopalová, 2014).

U seniorů alkohol zvyšuje potenciální problémy s výživou a je známo, že jim častěji hrozí malnutrice (Lužný, 2012). Přitom právě kachexie, malnutrice a nízká tělesná hmotnost jsou opakovaně prokazovány jako jeden z rizikových faktorů pádů i zlomenin, kdy pravděpodobnost zlomeniny zvyšuje mimo jiné také vychudnutí tuku a svaloviny v oblasti krčku stehenní kosti. Měkké tkáně, byť za cenu pohmoždění, totiž mají možnost absorbovat energii úderu (Kalvach et al., 2004).

S postupem stáří se se zpožděním vyprazdňuje žaludek, mění se složení krevní plazmy, dochází ke zvýšení množství tukové tkáně a zároveň úbytku svalové hmoty. Také se snižuje podíl tělesné vody (Jirák et al., 2013). Při užití alkoholu v případě staršího člověka dojde k dosažení vyšší hladiny alkoholu v krevní plazmě (vyšší alkoholémii) a to právě z toho důvodu, že se v těle seniora nachází nižší zastoupení tělesné vody. Dále v játrech klesá aktivita biotransformačních enzymů, což vede k jejich snížené schopnosti odbourávat cizorodé látky včetně alkoholu z organismu. Ve stáří navíc v ledvinách klesá glomerulární filtrace, čímž se snižuje vylučování hydrofilních cizorodých metabolitů (mezi nimi i alkoholu) z těla (Skopalová, 2014).

Míra prokrvení centrální nervové soustavy cévami ve stáří klesá a její prostupnost pro podněty z krve (prostupnost hematoencefalické bariéry) se zvyšuje. Vlivem stárnutí organismu se mění i vlastnosti transmitterových systémů v mozku. Následkem těchto změn se mozek stává citlivější ke všem účinkům psychoaktivních látek. Z těchto důvodů se u seniora při užívání psychoaktivních látek předpokládají jejich odlišné účinky i dopady na organismus (Jirák et al., 2013). Navíc je nutno počítat s tím, že u seniorů závislých na alkoholu je výrazněji poškozena struktura i funkce mozku (Lužný, 2012). Senior konzumující alkohol dlouhodobě a nadměrně se vystavuje vyššímu riziku sníženého objemu bílé hmoty mozkové. Bílá hmota mozková pomáhá přenášet signály mezi různými oblastmi mozku a její úbytek může vést k problémům s funkcemi mozku (Alzheimer's Society, n.d.). Mozek sám mimo to prochází atroficko-degenerativními procesy souvisejícími s věkem (Lužný, 2012). Protože je alkohol neurotoxický, poškozuje nervové buňky a mimo to se s jeho konzumací spouští produkce stresových hormonů. Je známo, že expozice mozku stresovými hormony poškozuje nervové buňky v některých částech mozku (Prance, 2016).

Dále se zhoršuje průběh mnoha onemocnění, které často probíhají ve vyšším věku. Sem lze zařadit například diabetes mellitus II. typu, onemocnění slinivky břišní, jater a další (Nešpor et al., 2005). Vlivem konzumace alkoholu dochází ke zhoršení onemocnění žaludečními vředy, duodenálními vředy, ke zhoršení chronické pankreatitidy či ke snížení vylučování pankreatických enzymů. Působením alkoholu může snadno dojít k rozvoji krvácivých stavů ze zažívacího traktu: U seniorů závislých na alkoholu se častěji vyskytuje enterorrhagie¹, meléna² či krvácení z jícnových varixů³. U seniorů trpících diabetem mění alkohol citlivost k inzulínu a zvyšuje se tak glykémie.

¹Enterorrhagie neboli krvácení ze střeva, zejména z tlustého, se vyznačuje vylučováním červeně zbarvené krve do trávicího traktu (Vokurka et al., 2015).

²Meléna neboli dehtovitě černá stolice, obsahuje natrávenou krev a je symptomem krvácení do horní části trávicího traktu (Vokurka et al., 2015).

³Jícnové varixy neboli městky lokalizované na přechodu jícnu a žaludku, vznikají následkem nedostatečného odtoku krve za portální hypertenze například následkem jaterní cirhózy a mohou být příčinou závažného krvácení z trávicího traktu (Vokurka et al., 2015).

Negativně také alkohol může působit na hladinu hormonů štítné žlázy v krvi. Mimo to alkohol vede ke zhoršení metabolického syndromu, kdy alkohol zvyšuje hladinu krevních lipidů a kyseliny močové. Vlivem zvýšené hladiny kyseliny močové v organismu seniora může dojít k vyprovokování akutního záchvatu dny (Skopalová, 2014).

Alkohol u seniora epileptika sníží jeho epileptický práh a snáze pak může docházet k projevům epileptické aktivity (Skopalová, 2014).

Postupem stáří dochází ke změnám v kardiovaskulárním systému jedince. Klesá srdeční rezerva (schopnost srdce přizpůsobit se zvýšené zátěži) a současně s ní klesá míra adaptability srdečního svalu na různé a náhlé výkyvy krevního tlaku a pulzu. To znamená, že působením alkoholu na srdeční sval seniora může vzniknout řada kardiovaskulárních komplikací – trpí snazším rozvojem tachykardie, poruchami srdečního rytmu či snížením srdečního výdeje (Skopalová, 2014). Organismus seniorů konzumujících nadměrně alkohol je vystaven zvýšení krevního tlaku a s ním také riziku onemocnění cévní mozkovou příhodou (Prance, 2016).

Ve vyspělých zemích je alkohol jednou z nejčastějších příčin jaterních chorob. Průměrná spotřeba alkoholu pak přímo souvisí s úmrtími na jaterní cirhózu (Lukáš, Žák & kol., 2007). Jaterní cirhóza je závažné jaterní onemocnění typické zmožením vaziva auzlovitou přestavbou jaterní tkáně. Projevuje se jako tzv. ztvrdnutí jater (Vokurka, Hugo & kol., 2015). Je známo, že až 50 % seniorů s diagnózou jaterní cirhózy zemře do 1 roku od stanovení této diagnózy (Lukáš et al., 2007).

Játra starších lidí nejsou schopna metabolizovat alkohol v takové míře jako játra mladších lidí, takže stejné množství alkoholu poškodí játra staršího člověka s mnohem větší pravděpodobností než játra člověka mladšího (Prance, 2016). Alkohol se v játrech metabolizuje na acetaldehyd, který je zodpovědný za toxické poškození jaterních buněk – hepatocytů. Při dlouhodobém chronickém abúzu alkoholu dochází ke změnám a poškozením v jaterních buňkách, což může vést až k zánětlivé reakci jater, která může vyústit v akutní alkoholickou hepatitidu nebo v chronické poškození jater. Tato akutní alkoholická hepatitida je zatížena až 50% úmrtností. Bývá však poměrně vzácná. Poškození jater se totiž objevuje častěji v podobě chronických jaterních změn (steatóza, fibróza), což jsou stadia poškození jater, která vedou po mnoha letech k rozvoji jaterní cirhózy. Platí, že zásadní podmínka léčby alkoholového poškození jater je absolutní abstinence od alkoholu. Je totiž známo, že i těžké jaterní změny, mezi které patří i cirhotické přestavby, mohou částečně ustoupit při úplné abstinenci (Lukáš et al., 2007).

Zneužívání alkoholu ve stáří oslabuje schopnost organismu produkovat bílé krvinky, způsobuje tak imunopresi organismu. Proto je u seniorů nadužívajících alkohol větší pravděpodobnost, že onemocní infekcemi, jako je například zápal plic (pneumonie) z důvodu oslabeného imunitního systému. Pokud navíc jako dítě senior prodělal onemocnění tuberkulózou, může toto oslabení imunitního systému vyvolat její opětovnou reaktivaci (Prance, 2016). Rovněž může alkohol znovuaktivovat jiné plicní choroby, jako například chronickou bronchitidu (Skopalová, 2014).

Tabulka 3 přináší přehled hlavních somatických komplikací v souvislosti s nadužíváním alkoholu ve stáří.

Tabulka 3 - Somatické komplikace při nadužívání alkoholu ve stáří podle Kalvach et al. (2004), Barry & Blow (2016), Han & Moore (2018), Lužný (2012), Prance (2016), Skopalová (2014), Jiráček et al. (2013), Alzheimer's Society (n.d.), Nešpor et al. (2005), Lukáš et al. (2007)

Oblast	Komplikace
Kosterní systém	Zhoršení osteoporózy, vyšší riziko fraktur
Dýchací systém	Chronická bronchitida, vyšší riziko onemocnění zápallem plic
Trávicí systém	Zhoršení již přítomných onemocnění: diabetes mellitus II. typu, onemocnění slinivky břišní a jater, duodenální vředy, žaludeční vředy, krvácení z dolní nebo horní části trávicího traktu, prohloubení nebo vznik malnutrice až kachexie
Kardiovaskulární systém	Tachykardie, poruchy srdečního rytmu, snížení srdečního výdeje, hypertenze, zvýšené riziko cévní mozkové příhody
Imunitní systém	Imunosuprese, reaktivace tuberkulózy, vyšší riziko vzniku infekcí
Vylučovací systém	Klesá schopnost vylučovat ledvinami cizorodé látky (i alkohol) z těla
Centrální nervový systém	Vyšší epileptická aktivita u epileptických pacientů, neurotoxicita, poškození struktury i funkce mozku, poškození nervových buněk

2.5 Psychické důsledky nadužívání alkoholu u seniorů

S všeobecnou platností lze prohlásit, že užívání alkoholu u seniorů může mít negativní vliv na jejich duševní zdraví a pohodu. V této věkové skupině je pití alkoholu spojováno s projevy úzkostných poruch. Ačkoli konzumace alkoholu může mít v menších dávkách inhibiční účinek na míru úzkosti a úzkost zmírňovat, jeho užívání ve vyšších dávkách a dlouhodobě může u seniora naopak vznik úzkosti zapříčinit. Úzkostné poruchy se považují v populaci seniorů za běžné onemocnění a odhaduje se, že 10 – 20 % jedinců z této věkové skupiny trpí nějakou formou či typem úzkosti. Nicméně často dochází k tomu, že u seniora nejsou úzkostné poruchy vůbec diagnostikovány, zůstávají nerozpoznány a jsou považovány za symptom jiného onemocnění typického pro seniorský věk. Užívání alkoholu je identifikováno jako jeden z faktorů, který může přispět ke vzniku úzkostných poruch ve stáří (Aitken, 2015).

Alkohol je řazen mezi látky, vůči kterým je tolerance velmi individuální záležitost, a záleží při ní na mnoha faktorech – na tělesné konstituci seniora, jeho tělesné hmotnosti, na vybavení jaterními enzymy odbourávajícími alkohol, také na podílu již přítomných somatických onemocnění (polymorbiditě) a na užívaných lécích, kde je možnost interakcí užívaných léků s alkoholem.

Závažnější je při nadužívání alkoholu poškození mozku. S roustoucí dávkou zkonzumovaného alkoholu narůstají mimo jiné i centrálně tlumivé účinky alkoholu, které se manifestují změnou psychomotorického tempa, vigility a změnou kognitivních funkcí. Psychomotorické tempo se zpomalí, vigilita se sníží a také se objeví výrazná spavost až sedace či výrazná zmatenost vedoucí až k poruchám paměti. U seniorů může dojít oproti mladším jedincům rovněž k výraznějšímu fenoménu tzv. paradoxní excitace, kdy se místo sedace vlivem alkoholu objevuje paradoxně naopak agitovanost, nespavost či agresivita (Skopalová, 2014).

Vliv má alkohol na rozvoj a akceleraci demencí, kdy se udává, že 7 – 20 % všech demencí, a to zvláště těch vaskulárních, je podmíněno nadměrným pitím alkoholu (Kalvach et al., 2004). U seniorů již trpících demencí navíc konzumace alkoholu zapříčiňuje ještě četnější problémy s pamětí a s koncentrací (Aitken, 2015). Výzkumy také ukazují, že senior trpící některou z demencí je vystaven vyššímu riziku zneužívání (Haunerová, Barták, Rogalewicz & Kuchař, 2017). Platí, že konzumace alkoholu v mírnějších dávkách není spojena se zvýšeným rizikem onemocnění

demenci. Nicméně se neukazuje, že umírněná konzumace alkoholu přináší významnější ochranu před vznikem onemocnění demenci. Dlouhodobá a nadměrná konzumace alkoholu může dále vést k nedostatku vitamínu B1 a ke vzniku Korsakovova syndromu (Alzheimer's Society, n.d.). Korsakovův syndrom je choroba projevující se jako těžká porucha paměti a jako neschopnost zapamatovat si zejména nové údaje. Choroba nemocnému způsobuje dezorientaci a zapomenuté si nemocný může nahrazovat smyšlenkami (Vokurka et al., 2015).

Se zneužíváním alkoholu ve stáří jsou spojovány i časté psychotické stavy jako například deliria či halucinózy. Dále je se zneužíváním alkoholu ve stáří spojen amnestický syndrom či deprese a sebevraždy. Bez zajímavosti není, že závislost na alkoholu u 40 – 60 % závislých seniorů zapříčiňuje jejich kognitivní narušení a intelektovou a společenskou degradaci (Kalvach et al., 2004).

Mezi další duševní onemocnění, které má tendenci se vyskytovat v seniorském věku spolu se zneužíváním alkoholu, patří rovněž deprese. Deprese se popisuje jako duševní onemocnění charakteristické dlouhodobým propadem nálady spolu s neschopností vyrovnat se s nároky každodenního života. Onemocnění depresí se může vyskytnout u jakéhokoliv jedince nezávisle na jeho kulturním či geografickém prostředí, pohlaví nebo věku. Nicméně vyšší výskyt depresivních onemocnění je hlášen u starších jedinců než u mladších generací lidí. Senioři jsou náchylnější vůči výskytu depresí zejména kvůli faktorům, jakými mohou být například prožívání mnoha změn a ztrát typických pro jejich věk, osamění, izolace, finanční důvody, nemoci, prožívání bolesti či snížená soběstačnost. Senioři prožívající epizody mírnější deprese mohou alkohol využívat jako nástroj k vyrovnání se s tímto onemocněním. Tendence užívání alkoholu ke zmírnění deprese však může depresi naopak zhoršit a může vyústit ve zvýšené riziko rozvinutí závažných problémů s duševním zdravím (Aitken, 2015). Platí, že komorbidita škodlivého užívání alkoholu a výrazná deprese jsou symptomy, které jsou ve stáří dobře zdokumentovány. Na tomto pozadí se uvádí, že nadměrná konzumace alkoholu je spojena s vyšším rizikem depresivních příznaků a dalšími problémy s duševním zdravím (Minwoo & Eunyoung, 2020).

Důvody přidružení deprese ke zneužívání alkoholu jsou stále předmětem šetření, ale byly už navrženy některé mechanismy, které vysvětlují vztah mezi nadměrnou konzumací alkoholu a depresí. Některé studie naznačují, že alkohol způsobuje depresi, přičemž nadměrnou konzumací alkoholu gradují depresivní příznaky, kdy alkohol přispívá k biologickým, neurofyziologickým a metabolickým změnám ve prospěch vývoje deprese. Dále se uvádí, že se naopak senioři, kteří onemocněli depresí, uchylují s větší pravděpodobností k nadměrné konzumaci alkoholu, aby zmírnili své negativní psychosociální prožitky. Kromě toho novější studie naznačují, že vztah zneužívání alkoholu a deprese může být obousměrný, to znamená, že oba fenomény se vzájemně ovlivňují a současně zhoršují. Nakonec další studie přináší tvrzení, že nadměrná konzumace alkoholu a výrazné depresivní příznaky se vyznačují společnými rizikovými faktory, jako jsou faktory genetické, faktory prostředí či sociální faktory, které vedou ke koexistenci obou poruch. S přihlédnutím k genderovým rozdílům se dá říci, že je vyšší četnost depresivních příznaků uváděna spíše u žen než u mužů. U mužů převládá těžší, vysoce rizikové pití, které je spojené s výraznější mírou deprese, než bývá zaznamenávána u žen (Minwoo & Eunyoung, 2020).

Tabulka 4 zobrazuje přehled hlavních psychických komplikací v souvislosti s nadužíváním alkoholu ve stáří.

Tabulka 4 - Psychické komplikace při nadužívání alkoholu ve stáří podle Aitken (2015), Skopalová (2014), Kalvach et al. (2004), Haunerová et al. (2017), Alzheimer's Society (n.d.), Minwoo & Eunyoung (2020)

Oblast	Hlavní komplikace
Psychomotorické tempo	Tlumivé účinky
Kognitivní funkce	Narušení kognice
Spánek	Narušení spánku až nespavost
Úzkostné poruchy	Zvýšené riziko vzniku
Demence	Akcelerace rizika vzniku, zhoršení demence
Deprese	Vyšší riziko depresivních příznaků, zhoršení deprese
Sebevraždy	Zvýšené riziko sebevraždného jednání

2.6 Sociální a jiné důsledky nadužívání alkoholu u seniorů

Nadměrná dlouhodobá konzumace alkoholu se stává významnou zátěžovou situací pro seniora i jeho rodinu. K devastaci vzájemných důvěrných vazeb a vztahů vede patologická komunikace pod vlivem alkoholu, snahy o utajení jeho konzumace a mnohé další faktory. K negativním sociálním dopadům mohou přispět abnormální změny v chování seniora, kdy senior není schopen plnit své psychologické role či sociální role. Dále může ve svém chování projevovat hrubé nedostatky v péči o sebe. Všechny tyto faktory mohou mít za následek rozpad rodiny. Senior závislý na alkoholu se stává předmětem sociálního stigma. To se projevuje jeho odmítáním, kritikou a opovrhováním jeho osobou. Hrozí mu tím sociální izolace a útěchu či pochopení může nacházet u podobně postižených seniorů. Následkem toho dochází v podobných komunitách při konzumaci alkoholu k zapomnění a prolomení pocitu osamění. Problémy se zneužíváním alkoholu dále vedou seniora k ekonomickému propadu a mohou vést až k delikvenci či k trestným činům. Senior se tak ocitá v začarovaném kruhu (Sochorová, 2013).

V sociálním kruhu seniora může docházet k akceleraci rodinných problémů, kdy například děti svých stárnoucích rodičů trpících závislostí na alkoholu o ně mohou odmítat pečovat. Tuto situaci navíc zhoršuje fakt, že seniory závislé na alkoholu je těžší umístit do domovů pro seniory (Lužný, 2012).

Uvádí se, zneužívání alkoholu u seniora může přispět k domácímu násilí. Užití alkoholu se totiž často vyskytuje souběžně s násilným chováním seniora nebo v případech, kdy je senior někým násilně napaden, jak uvádí americká instituce National Institute on Aging (NIA, 2017). Násilí na seniorech je velmi specifická problematika známa pod pojmem EAN (elder abuse and neglect) (Haunerová et al., 2017).

2.6.1 EAN – elder abuse and neglect

Jak bylo již naznačeno, stáří je spojeno s výraznými biologickými změnami, zvýšeným výskytem různých chronických onemocnění či polymorbiditou, kdy se senioři za těchto okolností stávají slabšími, zranitelnými a méně nezávislými. Za těchto okolností senioři vytvářejí zvláštní rizikovou skupinu ve světové problematice násilí a zneužívání lidí. V této souvislosti se mluví o křehkosti starších lidí (Haunerová et al., 2017).

V problematice násilí a zneužívání seniorů je znám pojem EAN, elder abuse and neglect, který znamená obtěžování, zneužívání a zanedbávání seniorů, tj. různé formy týrání (fyzické útoky,

materiální nebo finanční zneužívání, zanedbávání péče, psychologické, emoční zneužívání, sexuální zneužívání a další formy) (Haunerová et al., 2017). „V češtině není zatím tento termín sjednocený. Do češtiny se překládá jako týrání (řidčeji zneužívání) a zanedbávání seniorů, případně špatné zacházení se seniory, nebo nevhodné jednání. Nověji používaným a širším pojmem, se kterým se u některých českých autorů můžeme setkat, je „násilí na seniorech.““ (Kosařová, n.d., s. 21). Někdy se v českém odborném prostředí používá termín „syndrom bitých starců“, který označuje fyzickou, psychickou nebo materiální újmu starých lidí působenou v domácím prostředí nebo v institucích. Projevy násilí bývají pestré a projevují se ve vztahu k citlivým tématům seniora (Haškovcová, 2010).

Podle některých autorů prevalence EAN činí 3 – 10 % světové populace seniorů. V České republice je odhadováno na 60 000 seniorů postižených touto problematikou (Haunerová et al., 2017). U populace seniorů bývá nejvíce zastoupeno mezigenerační násilí – senioři bydlící ve společné domácnosti se svými dospělými dětmi, které potom páchají násilí na svých starých rodičích (Kosařová, n.d.). Pachatel obvykle svého seniora dobře zná a ví, co ho nejvíce bude bolet (Haškovcová, 2010).

Mezigenerační násilí může být prohloubeno ekonomickou závislostí dospělých dětí, které mnohdy přijdou o práci či trpí závislostí na alkoholu nebo jiných psychoaktivních látkách (Kosařová, n.d.). Někdy zase mohou pečující osoby (pečovatelé či ošetřovatelé), kteří sami nadměrně pijí, zanedbávat povinnosti vůči starším lidem, kteří jsou na nich závislí. Někteří senioři mohou mít v důsledku škodlivého užívání alkoholu poškozenou paměť či úsudek a mohou být kvůli těmto vlivům zranitelnější vůči fenoménu EAN. Stejně tak mohou pečující osoby povzbuzovat či nabádat seniora k pití alkoholu, kdy je tímto způsobem alkohol zneužíván pečovatelem jako prostředek k tomu, aby byl senior poddajnější a více spolupracoval či byl snadněji zneužit k získání financí. Zároveň se u seniorů může vyskytnout konzumace alkoholu jako prostředku ke zvládnutí zneužívání nebo zanedbávání, kterým prochází nebo se kterým mají zkušenosti. Zvláště nebezpečným je pak škodlivé užívání alkoholu jedním z partnerů v partnerském soužití, kdy druhý z partnerů může být ohrožen EAN. Alkohol je obecně v rámci EAN považován za přitěžující faktor (WHO, 2006).

2.7 Známky nadužívání alkoholu u seniora

Je důležité si uvědomit, že některé ze symptomů spojených s nadměrnou konzumací alkoholu lze zaměnit i za známky přirozeného stárnutí či jiných onemocnění (Prance, 2016). S tímto tvrzením souhlasí i autor Jiráček et al., (2013), který předkládá, že příznaky nadměrného pití u seniorů mohou být dlouho jen mírné a mohou být právě proto zaměněny za příznaky jiných geriatrických onemocnění. Autor Prance (2016) shrnuje symptomy, které mohou odkazovat na problém s nadměrnou konzumací alkoholu u seniora:

- objevují se výpadky paměti
- senior skrývá alkohol či lže o jeho pití
- nevysvětlitelné modřiny na těle seniora
- neochota seniora mluvit o pití alkoholu
- tvoření výmluv pro pití alkoholu
- zanedbávání vzhledu, osobní hygieny či domácnosti seniora
- prožívání deprese, úzkosti
- neplacení účtů
- zanedbávání péče o domácí mazlíčky
- nevhodné až chudé stravování

- sebevražedné myšlenky či tendence
- časté dopravní nehody
- agresivita, urážlivost
- stáhnutí se ze společenských aktivit (Prance, 2016)

Podle Jiráka et al. (2013) se středně těžká závislost u seniora může projevit jako dekompenzace hypertenze či diabetu. Ve vážných případech závislosti na alkoholu pak podle zmíněného autora dochází k cirhóze jater, neuropatii, demenci, k sekundární depresi, k zanedbávání hygieny, k poruše výživy, nespavosti, ztrátě libido. Rovněž uvádí epileptické projevy, poruchy vědomí, průjmy, myopatii, choroby srdce, dále hypertenzi nebo zlomeniny.

2.7.1 Léčba seniorů při nadužívání nebo závislosti na alkoholu

Proces diagnostiky bývá v případech nadužívání či závislosti na alkoholu u seniorů velmi obtížný. Nezřídka se stává, že je diagnostický proces doprovázen tendencí a snahou řešit somatické a psychické potíže dlouhodobě a nepřipouštět si jejich skutečnou podstatu. Tyto snahy se mohou týkat samotného seniora, jeho blízkých a někdy dokonce i samotných lékařů ze somatických oborů. Roli v těchto případech sehrává nejen stud seniora a jeho neschopnost rozeznat problém, ale také obava rodiny z vystavení se „ostudě“, že rodič, dědeček nebo dokonce babička pije. Rodina se může uchylovat k tomu, že pití bagatelizuje a společnost zároveň starému člověku toleruje, že alkohol pije a že se opíjí. U seniorů se lze setkat také s chybějícími sociálními markery závislosti na alkoholu, které u mladšího jedince na problém mohou upozornit dříve (například informace ze zaměstnání, od manžela či manželky). Sociální dopady nadužívání alkoholu totiž ve stáří bývají nižší. Ve zdravotnické dokumentaci nebývají často vůbec vedeny záznamy o pití alkoholu, a to i přesto, že jeho konzumace může být příčinou obtíží, se kterými senior přichází ke svému lékaři a se kterými se senior dlouhodobě léčí. Nadměrná konzumace alkoholu pak bývá odhalena až tehdy, když překračuje společenskou únosnost nebo když se například při hospitalizaci seniora rozvine delirózní stav (Jiráka et al., 2013).

Intervence a léčbu zaměřenou na nadužívání alkoholu u seniorů lze seřadit od méně intenzivních metod k intenzivnějším (specializovaným) léčbám. Mezi méně intenzivní metody intervencí lze zařadit metody krátké intervence (což je jedno nebo více poradenských sezení, které zahrnují kroky a postupy vedoucí ke změně chování jedince) nebo formy motivačního poradenství. Pro seniory, jejichž situace vyžaduje více intenzivní léčbu, následují specializované léčby ve formě detoxifikace a navazující léčby (Levin & Kruger, 2000).

Léčba závislosti na alkoholu se zpravidla zahajuje hospitalizací seniora a jeho detoxifikační léčbou, kdy je snaha předejít vzniku abstinčního syndromu. Během detoxifikace by měly být brány v potaz terapie doposud zanedbaných chorob seniora a případně řešení malnutrice. Vyžadována je naprostá abstinence od alkoholu a rizikových farmak z řady benzodiazepinových anxiolytik (Kalvach et al., 2004). Pozornost je nutné dále zaměřit na téměř vždy vyskytující se nedostatek vitamínů a stopových prvků, kdy je vhodná jejich suplementace. Doplnují se vitamíny skupiny B, vitamín C, kyselina listová a při těžším poškození jater i vitamín K. U pacientů s proběhlým deliriem se podávají nootropika jako například piracetam či ginkgo (Krombholz & Drástová, 2010). Nootropika zlepšují činnost mozku a jeho metabolismus (Vokurka et al., 2015). Délka hospitalizace seniora bývá individuální, ale v zásadě platí, že čím delší je doba kontrolované abstinence, tím lépe (Krombholz & Drástová, 2010).

Vhodné jsou podpůrné psychoterapie cílené na aktuální životní situaci seniora. Také je považována za užitečnou podpora svépomocnými skupinami vrstevníků-seniorů (Kalvach et al.,

2004). Vzhledem k tomu, že většina seniorů již postrádá potenciál k podstoupení plnohodnotné režimové léčby, probíhá obvykle jejich další hospitalizace po detoxifikaci na gerontopsychiatrických odděleních. V maximální možné míře se doporučuje využít nabídku psychoterapeutických a komunitních služeb realizovaných v rámci adiktologických zařízení a oddělení léčby závislosti, kam pacienti docházejí (Krombholz & Drástová, 2010).

Velký význam je v léčbě seniorů při nadužívání či závislosti na alkoholu kladen na léčbu depresivních symptomů. Ty je žádoucí léčit bez ohledu na to, zda je užívání alkoholu jejich důsledkem anebo příčinou. Z léčiv se preferují farmaka typu antidepresiva 3. generace pro jejich současné působení proti cravingu (bažení po látce). Z anxiolytik je doporučováno volit z těch nebenzodiazepinových (např. buspiron). U některých pacientů lze uspět s malými dávkami tiapridu ze skupiny antipsychotik (Krombholz & Drástová, 2010).

2.8 Farmakoterapie ve stáří

Farmakoterapie ve stáří má mnoho specifík, které vyplývají z morfoloických a funkčních odlišností, které jsou typické pro seniorský věk. Je charakteristická polypragmázií⁴ a převahou symptomatické léčby nad kauzální léčbou. Dále se vyznačuje vysokým výskytem nežádoucích účinků léků, lékovými interakcemi, paliativní léčbou, různými překážkami v léčbě, léky vedenými jako nevhodné pro vyšší věk či různou mírou spolupráce seniora-pacienta při léčbě. Podle některých autorů dokonce až ke 20 % úmrtí seniorů dochází v důsledku nežádoucích účinků léčby. V seniorském věku jsou známy změny farmakokinetiky⁵ a farmakodynamiky⁶. Změny farmakokinetiky jsou dány fyziologickými změnami v důsledku stárnutí, patologickými změnami v organismu a naposled působením vnějších vlivů. V rámci farmakodynamických změn ve stáří je známo, že organismus staršího člověka reaguje na některá léčiva citlivěji, například na benzodiazepiny nebo analgetika, a naopak na některé léky nebo jejich kombinace méně senzitivně než organismus mladšího jedince (Zrubáková, Krajčík & kol., 2016).

Farmakoterapii seniorů provázejí některé závažné problémy jako například zvýšené ekonomické náklady na péči, vysoký stupeň polypragmázie, přítomnost více chorob současně, dále nedostatečná spolupráce seniora, také nedostatečná diagnostika a léčba některých onemocnění spolu s možností podceňování některých příznaků (bolest, deprese atd.) (Zrubáková et al., 2016).

2.8.1 Interakce léčiv s alkoholem

Při správném užívání by obvykle léky měly fungovat správně a efektivně. Alkohol s léky interaguje, aniž by byl nutně užíván ve stejnou dobu jako samotný lék, jak uvádí americká instituce National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA, 2003). Navíc platí, že některé léky na bolest, na alergii nebo na kašel, mohou obsahovat i více než jednu složku, která reaguje s alkoholem. Některé léky navíc už alkohol obsahují, a to až z 10 %. Obsah alkoholu mívají například léčiva typu sirup na kašel nebo některá projímadla (NIAAA, 2003).

⁴Polypragmázie se definuje jako neracionální kombinace léků u jednoho pacienta. Za její příčinu se považuje výskyt několika onemocnění současně, nedostatečná komunikace mezi lékaři a další příčiny. Jako hranice polypragmázie se udává užívání více než 5 léků současně (Zrubáková et al., 2016).

⁵Farmakokinetikou se rozumí vstřebávání léčiva v organismu resorbci, jeho rozložení v těle distribucí, dále jeho biotransformace, interakce v těle a eliminace z těla. Všechny tyto složky farmakokinetiky určují osud léčiva v organismu v časovém průběhu (Vokurka et al., 2015).

⁶Farmakodynamika sleduje účinek léku na organismus (Vokurka et al., 2015).

Ženy jsou na pozadí alkoholu a lékových interakcí ve vyšším riziku vzniku problémů než muži. U ženy dosahuje po konzumaci alkoholu jeho hladina v krevním řečišti vyšších hodnot než u muže, i když oba zkonsumují stejné množství alkoholu. V důsledku toho jsou ženy více náchylné k poškození orgánů, například jater.

I malé množství alkoholu může při řízení dopravního prostředku působit vznik nebezpečí a v případě kombinace konzumace alkoholu a některých léků je riziko ještě vyšší.

Zvláště pro seniory platí významné riziko vzniku závažných komplikací v souvislosti s interakcemi léků s alkoholem (NIAAA, 2003). Nadměrná konzumace alkoholu či závislost na něm mohou spolu s užíváním některých léků (včetně benzodiazepinů, sedativ a opioidních analgetik) vést k negativním zdravotním důsledkům. Je to také z toho důvodu, že u starších lidí, kteří pijí alkohol, je vyšší pravděpodobnost užívání léků interagujících s alkoholem než u lidí mladšího věku (Barry & Blow, 2016).

Užívání léků na alergie, například s účinnou látkou loratadin anebo cetirizin, může vést v kombinaci s alkoholem k pocit'ování ospalosti, závratí a je zvýšeno riziko předávkování. Diklofenak, jedno z léčiv užívaných k léčbě artritidy, zase může způsobit vznik vředů, krvácení do žaludku anebo poškození jater. Léčiva k úlevě od bolesti, horečky anebo kašle (paracetamol, kyselina acetylsalicylová anebo ibuprofen) mohou při současném užívání alkoholu vést k nevolnosti, vzniku krvácení, vředů, k tachykardii a k poškození jater. Opioidní léčiva užívaná k utlumení silné bolesti v kombinaci s alkoholem zvyšují riziko předávkování, narušení dýchání, ospalosti a závratí.

Metformin, řazený mezi léčiva k léčbě diabetu mellitu, může společně s alkoholem zapříčinit nízkou hladinu glykémie, změny v krevním tlaku, nevolnost a slabost. Osoby, které jsou léčeny farmaky pro epilepsii (např. gabapentinem, topiramátem, pregabalinem atd.), mohou pocit'ovat jako důsledek interakce léku s alkoholem ospalosti, závratě, zvýšené riziko záchvatu a další. Užívání léčiv k regulaci hyperlipidémie (např. simvastatinu, atorvastatinu) může vést v kombinaci s alkoholem k poškození jater. Lidé trpící hypertenzí užívající např. amlodipin či verapamil, jsou ohroženi závratí, mdlobou, ospalostí a srdeční arytmií. Některá léčiva k léčení infekcí (metronidazol a další) vedou při současném užívání alkoholu k tachykardii, pocitu horka ve tvářích, nevolnosti, zvracení a k poškození jater. Dextrometorfan potlačující kašel společně konzumací alkoholu vede k ospalosti, závratím a zvýšenému riziku předávkování. Warfarin, kterým se léčí krevní sraženiny, způsobuje vznik vnitřního krvácení, krevních sraženin či například infarktu, je-li s ním užíván také alkohol. Nakonec užívání látky tamsulosin (k léčbě zvětšené prostaty), může vést v kombinaci s alkoholem k závratím či mdlobám (NIAAA, 2003).

Tabulka 5 poskytuje přehled hlavních interakcí zmíněných léčiv s alkoholem. Uvedený seznam nezahrnuje všechna léčiva a veškeré škodlivé interakce, které mohou vznikat společně s konzumací alkoholu.

Tabulka 5 - Hlavní interakce léčiv s alkoholem používaných u somatických onemocnění (upraveno, zkráceno) (NIAAA, 2003, s. 3 - 8)

Somatické onemocnění/symptom	Účinná látka/skupina	Důsledek interakce s alkoholem
Alergie	Loratadin Cetirizin	Ospalost, závratě, zvýšené riziko předávkování
Artritida	Diklofenak	Vznik vředů, žaludeční krvácení, jaterní poškození
Bolest Horečka Zánět	Ibuprofen Kyselina acetylsalicylová Paracetamol	Nevolnost, vznik krvácení a vředů, poškození jater, tachykardie
Silná bolest Bolest u pooperačních stavů	Opioidní léčiva	Ospalost, závratě, zvýšené riziko předávkování, dýchací obtíže, narušená motorika, neobvyklé chování, problémy s pamětí
Diabetes mellitus	Metformin	Nízká hladina glykémie, změny krevního tlaku, nevolnost, slabost
Epilepsie	Gabapentin Klonazepam Levetiracetam Pregabalin Topiramát Barbituráty	Ospalost, závratě, zvýšené riziko záchvatu, neobvyklé chování a změny v duševním zdraví
Hyperlipidémie	Simvastatin Atorvastatin	Poškození jater
Hypertenze	Amlodipin Verapamil	Závratě, mdloby, ospalost, srdeční arytmie
Infekce	Nitrofurantoin Metronidazol Azitromycin	Tachykardie, změny v krevním tlaku, nevolnost, zvracení, bolest hlavy, návaly horka do tváří, poškození jater
Kašel	Dextrometorfan	Ospalost, závratě, zvýšené riziko předávkování
Krevní sraženiny	Warfarin	Vnitřní krvácení, vznik krevních sraženin, cévní mozková příhoda, infarkt
Zvětšená prostata	Tamsulosin	Závratě, mdloby

Pacienti léčící se s depresí a užívající léky s obsahem například citalopramu, trazodonu anebo mirtazapinu mohou při užívání alkoholu riskovat pocity ospalosti, závratí, pocity beznaděje, zvýšené pocity deprese a zvyšuje se riziko předávkování. Zolpidem užívaný k léčbě nespavosti v kombinaci s alkoholem vyvolává zvýšenou ospalost, závratě, dýchací obtíže, může narušit motoriku či zapříčinit problémy s pamětí a zvýšit riziko předávkování. Léky užívající se k léčbě úzkosti (např. lorazepam, diazepam, klonazepam) mohou způsobit ospalost, závratě, zvýšit riziko předávkování, zvýšit riziko poškození jater, narušit motoriku nebo vést k problémům s pamětí, jsou-li užívány s alkoholem (NIAAA, 2003).

Tabulka 6 poskytuje přehled hlavních interakcí zmíněných léčiv s alkoholem. Uvedený seznam nezahrnuje všechna léčiva a veškeré škodlivé interakce, které mohou vzniknout společně s konzumací alkoholu.

Tabulka 6 - Hlavní interakce léčiv s alkoholem používaných u psychických onemocnění (upraveno, zkráceno) (NIAAA, 2003, s. 3 - 8)

Psychické onemocnění/symptom	Účinná látka/skupina	Důsledek interakce s alkoholem
Deprese	Citalopram Trazodon Mirtazapinum	Ospalost, závratě, zvýšené riziko předávkování, bezradě, zvýšené pocity deprese
Nespavost	Zolpidem	Zvýšená ospalost, závratě, dýchací obtíže, narušená motorika, neobvyklé chování, problémy s pamětí, předávkování
Úzkosti	Lorazepam Diazepam Klonazepam Alprazolam	Ospalost, závratě, zvýšené riziko předávkování, poškození jater, poruchy motoriky, problémy s pamětí

3. Venkov

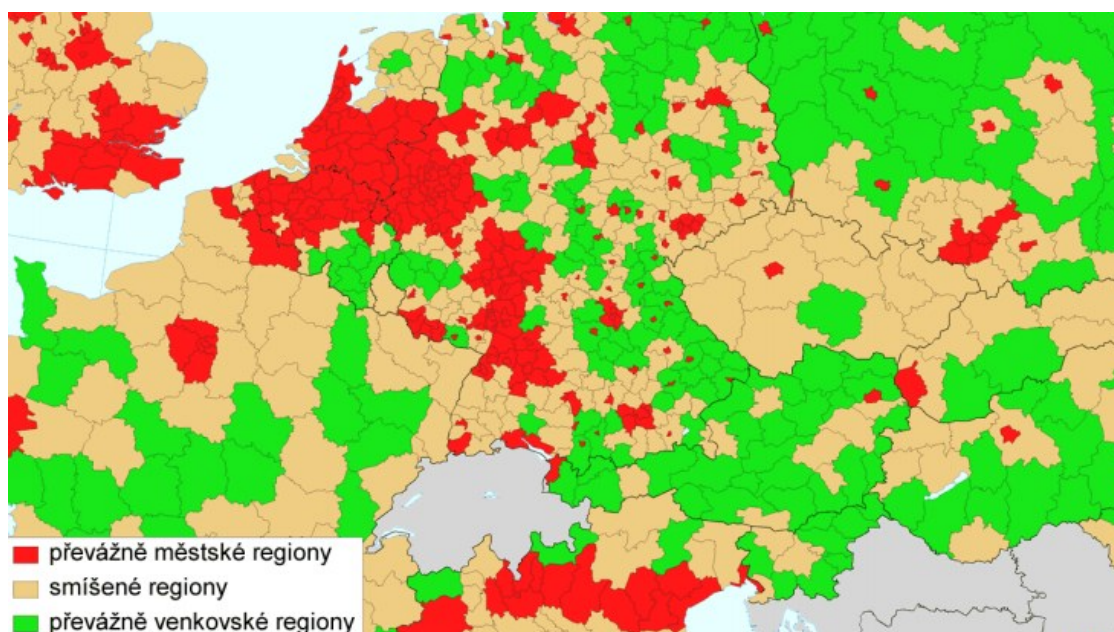
Venkovské oblasti jsou domovem více než 56 % obyvatel zemí Evropské unie, což venkovu udává významné postavení. V České republice tvoří venkov 78,8 % výměry země, v níž žije 29,8 % obyvatel republiky (Svobodová et al., 2011).

K vymezení venkova a venkovských oblastí lze najít v odborné literatuře mnoho definic. Platí, že s nejednotností či s nejednoznačností vymezení se lze setkat nejen na úrovni jednotlivých zemí, ale také na úrovni nadnárodních uskupení (Faltová Leitmanová, Klufová, Cudlínová, Jílek & Rolínek, 2012). Navíc, jestliže se ještě v 60. a v 70. letech 20. století hovořilo o venkovu jako o území, které je relativně homogenní, nízce zalidněné a má vysoký podíl zaměstnanců v zemědělství, tak v dnešní době již tento obraz venkova neplatí (Svobodová et al., 2011).

Podle jedné z definic je za venkovskou považována obec, jejíž plocha je alespoň z 90 % pokryta zemědělskými, lesními či jinými přírodními oblastmi (Faltová Leitmanová et al., 2012).

Podle Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) lze rozlišit tři typy regionů. Prvním z nich jsou převážně venkovské oblasti, kde je podíl více než 50 % obyvatel, kteří žijí ve venkovských obcích. Druhým regionem jsou podle této organizace přechodné oblasti, kde 15 – 50 % obyvatelstva žije ve venkovských obcích a sídlech. Za poslední region pak zmíněná organizace označuje převážně městské oblasti, kde žije méně než 15 % obyvatelstva ve venkovských sídlech (OECD, 2011).

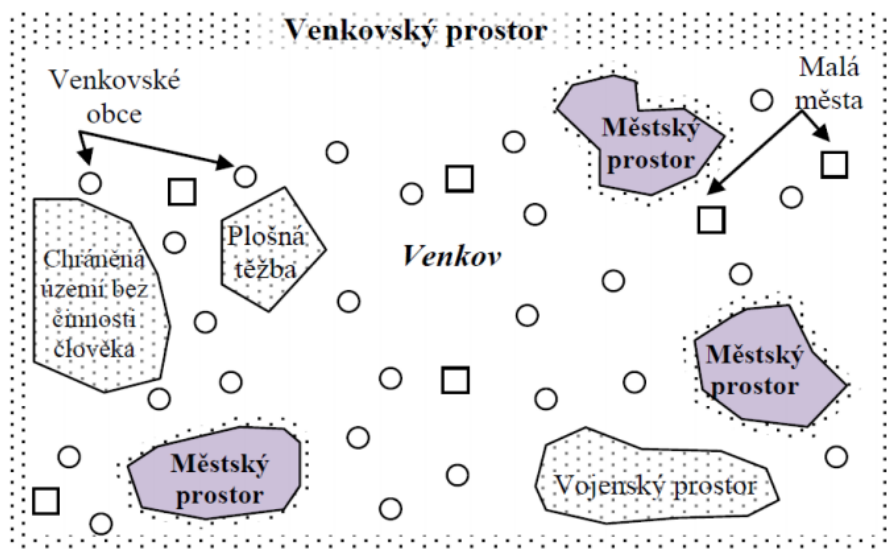
Obrázek 2 - Venkovské a městské území podle typologie OECD (Svobodová & Věžník, 2014, s. 14)



Jinde v literatuře nalezneme vymezení pojmů venkovská obec, venkovský prostor, venkov a venkovská krajina jako další přístup k definování venkova. Jako venkovská obec se označuje nespojitě vymezené jednotlivých sídel či obcí podle předem stanovených kritérií. Venkov se oproti předchozímu pojmu definuje jako spojitě území, které se skládá z jednotlivých sídel a z volné krajiny, přičemž jeho ukazatelem může být i hustota zalidnění. Dominantní funkcí dalšího z pojmů, venkovské krajiny, je zemědělská výroba a produkce potravin považované za rozhodující faktory pro existenci člověka i společnosti. Termínem venkovský prostor se nakonec označují území s malým počtem obyvatel či malou hustotou zalidnění, kde převládá zemědělství či lesnictví.

Venkovská krajina je starým historickým zázemím, počátky jejího formování jsou situovány až do období neolitu a půda a území byly odedávna součástí lokálních sporů i mezinárodních konfliktů. Dalším důležitým znakem je, že zpravidla v České republice je za venkovskou považována taková obec, jejíž počet obyvatel je menší než 2 000 (Svobodová & Věžník, 2014).

Obrázek 3 - Struktura území z hlediska přístupů k vymezení venkova (Svobodová & Věžník, 2014, s. 11)



Venkov lze rovněž vymezit podle kvalitativních znaků, kdy je možné ztotožnit se s vymezením venkova jako s prostorem, který je tvořen venkovskými obcemi a okolní krajinou. Lze vymezit následující znaky typické pro venkov (Svobodová & Věžník, 2014):

- urbanistické znaky – venkov určuje například vysoký podíl rodinných domů, dále málo rozvinutá uliční síť, kde dominantní prostor představuje náves a také vysoký podíl zeleně v obci
- architektonické znaky – venkovskou obec charakterizuje absence nájemního bydlení, domy bývají obvykle doplněny hospodářským zázemím, kde se integrují obytné a jiné funkce a v domech bývá vymezen dvůr a zahrady nebo stodoly
- sociální znaky – převažují užší sociální kontakty mezi tamějšími obyvateli, tradicionalismus, konzervatismus, participace či přítomnost neformální sociální kontroly
- ekonomické znaky – převažují ekonomicky aktivní osoby, které dojíždí do zaměstnání mimo obec, lze nalézt vyšší podíl samozásobitelství, kutilství (Svobodová & Věžník, 2014)

Venkov je sice možné považovat ve srovnání s městy za specifický prostor, ovšem tyto dvě různé oblasti jsou navzájem propojeny v jeden celek mnoha vazbami v různých oblastech a navzájem se ovlivňují (Svobodová et al., 2011). Zároveň však platí, že podmínky života ve městě a na venkově se liší (Petrišče, 2015).

3.1 Specifika a problémy života na venkově

Bydlení mimo město v těsné blízkosti přírody a s možností každý den dojíždět do města je přáním mnoha lidí (Mátl & Srnová, 2012). Venkovský prostor je hodnocen jako místo, kde fungují silnější sociální vazby a kontakty mezi lidmi. Mimo to se na venkově nalézá vyšší míra sociální kontroly. Výrazným specifikem venkovských obcí, které se historicky pojí s venkovským prostředím, jsou venkovské zvyky a tradice. Venkovští obyvatelé daleko více udržují místní zvyky

a tradice než městská společnost a tyto zvyky považují za přirozenou součást života. Spolkový život v obcích, typický pro venkov, je charakterizovaný jako pravidelné setkávání obyvatel či jako společné řešení problémů nebo zájem o dění v obci. Spolkový život v obcích umožňuje existenci historické paměti (památky, zvyky) či rozvoj místního cestovního ruchu (Svobodová et al., 2011). Venkovské spolky neposkytují jen svou hlavní činnost, ale pořádají řadu dalších akcí, které jsou přístupné ostatním obyvatelům obce, jak uvádí Svobodová et al. (2011, s. 31): „...*plesy, divadelní představení, soutěže, akce pro děti, hodové a folklorní slavnosti (poutě); zapojují se do rozvoje obce (úklid veřejných prostranství, údržba zeleně, sběr železného šrotu), organizují občanskou výpomoc apod.*”

Vzhledem k tomu, že vyšší koncentrace pracovních příležitostí bývá nalezena ve větších obcích a městech, většina obyvatel venkova za prací vyjíždí. V nejmenších obcích je to i 80 % pracujících obyvatel. Celkový podíl lidí pracujících mimo obec a dojíždějících za prací činí na venkově 60 % obyvatel. Platí, že je dnes již jen malá část obyvatel venkova zaměstnaná v tradičním odvětví zemědělství, lesnictví, či rybolovu (Svobodová et al., 2011).

Na venkově dosud zpravidla převažují starousedlíky nad novousedlíky. Starousedlíky váže k danému místu kromě historických kořenů i vlastnictví usedlosti či zemědělské půdy. Vztahy mezi starousedlíky a novousedlíky jsou ovlivněny myšlenkovými pochody, postoji a chováním novousedlíků, způsobem jejich včlenění se do dění v obci a dalšími faktory. Pobytoví rekreanti či obyvatelé rekreačních domků a chat jsou považováni za specifickou a nesourodou skupinu, která se od předchozích dvou výrazně liší. Jejich odlišnost spočívá například v sezónnosti jejich přítomnosti v obci, v malém ekonomickém přínosu pro obec a v odlišném způsobu života. Proto tato skupina nebývá vždy původními obyvateli venkovské obce příznivě přijímána (Svobodová et al., 2011).

Jak uvádí Evropská hospodářská komise (UNECE), ve venkovských oblastech se lze setkat s nižší úrovní příjmů obyvatelstva (UNECE, 2017). Ve srovnání s městským prostředím mají venkovské oblasti horší dostupnost zboží a služeb a jejich omezenější nabídku. Například obchody ve venkovských obcích často nemohou příliš konkurovat vzhledem ke svým cenám supermarketům ve městě. Dalším z významnějších problémů venkova je otázka dostupnosti zdravotní péče. Po obyvatelstvu venkova se vyžaduje schopnost být mobilní, která je nutností. Nemožnost využít automobil (například z finančních nebo ze zdravotních důvodů) je velkou bariérou pro život ve venkovských obcích. Jako alternativa může sloužit možnost hromadné dopravy, která ale nebývá dostatečně flexibilní (Petrišče, 2015). Udává se, že jedním z nejpálčivějších problémů, které trápí český venkov, je nevyhovující stav pozemních komunikací a špatná dopravní obslužnost. Tento faktor pak komplikuje dojíždění za prací, za vzděláním, za lékařem, ale i za zábavou. Specifickým problémem je dopravní obslužnost mimo dopravní špičku či o víkendech, která ve značném počtu obcí prakticky nefunguje (Mátl & Srnová, 2012).

Dalším ze specifických problémů obcí bývají nedořešené vlastnické vztahy představující bariéru pro rozvoj obce. V mnoha vesnicích se totiž stále nachází polorozpadlá opuštěná obydlí, o která se nikdo nestará nebo upadající zemědělské a výrobní areály, které nemají funkční využití (Mátl & Srnová, 2012).

Venkov se vyznačuje i specificky ve vztahu k alkoholu. Autoři Dixon & Chartier (2016) uvádějí, že geografická poloha obyvatelstva může být významným faktorem k určení rizika zneužívání alkoholu. Existují totiž faktory spojené s životem v městských či venkovských oblastech, které mohou riziko problémů s užíváním alkoholu zvyšovat. Nicméně některé působící faktory mohou mít protektivní vliv. Tyto protektivní a rizikové faktory zahrnují oblasti, jako jsou dostupnost alkoholu v lokalitě nebo místní společenské normy, které určují, co je a co není přijatelné v konzumaci alkoholu. Dále tyto faktory zahrnují demografické charakteristiky populace

a ekonomické faktory, které se mohou odlišovat právě v závislosti na zeměpisné lokalitě a které mohou problematiku konzumace alkoholu ovlivnit (Dixon & Chartier, 2016).

Lidé žijící ve venkovských nebo odlehlejších oblastech se mohou potýkat s různými zdroji stresových faktorů – klimatické vlivy (např. sucho, záplavy), finanční starosti, izolovanost. Tyto faktory mohou přispět k depresím a úzkostem. Někteří lidé trpící depresí se uchylují k užívání alkoholu jako k prostředku samoléčby. Jedná se o běžnou ale nebezpečnou a neefektivní strategii zvládání problémů mnohých lidí, a to i těch žijících ve venkovských oblastech. Existují statistiky, ze kterých vyplývá, že muži, kteří žijí ve venkovských lokalitách, pijí o pět procent více alkoholu než ti v metropolitních oblastech.

Zvláštnosti v pití alkoholu ve venkovských oblastech si lze vysvětlit různými způsoby. Jedním z nich je fakt, že místní hospoda nebo bar v může být jednou z mála možností, které jsou možné pro sociální interakci na venkově. Dalšími příčinami mohou být nuda a nedostatek zaměstnání, které pak může vést ke zvýšené konzumaci alkoholu (Better Health Channel, n.d.).

Zároveň jsou venkovské oblasti specifické tím, že zde nalezneme mnoho překážek pro získání pomoci jak v oblasti adiktologické, tak v oblasti psychiatrické. Mezi důvody, proč lidé na venkově nejsou zainteresováni ve vyhledávání odborné pomoci, patří například případy stigmatizace, které mají za následek hanbu, rozpaky a vedou k sociální izolaci jedinců a k nepochopení ostatními lidmi. Další překážkou může být sklon ignorovat osobní problémy či tendence nabízet pomoc ostatním, ale vyhýbání se žádosti o pomoc sám sobě. Dalšími překážkami v cestě za odbornou pomocí mohou na venkově být geografická izolace, málo času, nedostatečná veřejná doprava, nedostatek zdravotnických zařízení v bezprostředním okolí nebo neznalost rozsahu zdravotních služeb, které jsou lidem k dispozici, jak uvádí Better Health Channel (n.d.).

Australské ministerstvo zdravotnictví přináší souhrn faktů týkající se problematiky konzumace alkoholu na venkově. Podle něj může obyvatelstvo venkova čelit následujícím skutečnostem (Australian Government, 2019):

- silná kultura pití alkoholu, kdy lidé často konzumují alkohol při setkávání s přáteli, pro relaxaci či na oslavách
- omezená nabídka zábavy a socializace, kdy místní hospoda či bar je jednou z mála forem zábavy
- nuda, která může vést zejména mladé muže ke zneužívání alkoholu
- omezený přístup ke zdravotním službám, kdy obyvatelstvo venkova nemusí mít jednoduchý přístup k odborníkům z řad lékařů, k poradenství, k psychologovi či k léčbě závislosti na alkoholu
- nedostatek soukromí, kde platí, že v malých komunitách lidé mohou znát místní pracovníky z léčebných zařízení či sociálních zařízení, což jim může bránit v tom, aby své pití řešili ve spolupráci s těmito odborníky
- sucho, požáry, záplavy, finanční starosti či prožívání izolace jsou faktory a zdroje stresu, kterým je obyvatelstvo venkova vystaveno ve významnější míře (Australian Government, 2019).

Všechny tyto prožívané skutečnosti mohou vést k depresím, stresu, úzkostem a dalším problémům v oblasti duševního zdraví. Alkohol, který se používá běžně k sebemedikaci těchto problémů však zmíněné poruchy zhoršuje a může vést k dalším negativním zdravotním a sociálním důsledkům (Australian Government, 2019).

Specifickou skupinu obyvatelstva na venkově představují senioři. Sociální struktura na venkově je totiž složena nejen z ekonomicky aktivních obyvatel, ale v nezanedbatelné míře také seniory (Bednářová, 2017).

3.1.1 Senioři na venkově

Na základě demografických údajů Českého statistického úřadu (ČSÚ) se lze dopátrat, že k 1. čtvrtletí roku 2020 byl celkový počet obyvatel České republiky 10 693 939 (ČSÚ, 2020).

Poslední dostupná demografická ročenka vydaná ČSÚ monitorující obyvatelstvo podle věkových skupiny udávala, že v ČR bylo 2 086 617 lidí, kteří byli staří 65 let a více let. Z této skupiny obyvatel jich pak 1 554 621 obývalo městské prostředí a zbývajících 531 996 obyvatel žilo ve venkovských lokalitách. Ženy staré 65 a více let početně převažovaly nad stejně tak starými muži, a to jak ve venkovských oblastech, tak v městských oblastech. Obyvatelé venkova byli také dle průměrného věku mírně mladší než obyvatelé měst (ČSÚ, 2019).

Tabulka 7 vyobrazuje přehled demografie české populace staré 65 a více let podle typu urbanizace.

Tabulka 7 - Přehled demografie populace staré 65 a více let v ČR podle typu urbanizace, vytvořeno podle ČSÚ (2019)

	Ženy 65+	Muži 65+	Celkem populace 65+
Venkovské oblasti	297 262	234 734	531 996
Městské oblasti	912 492	642 129	1 554 621
Celkem venkovské a městské oblasti	1 209 754	876 863	2 086 617

Pro většinu seniorů z venkovské obce bývá charakteristické, že ve venkovské obci strávili celý život a vytvořili si k tomuto prostoru a k okolí citové, sociální i ekonomické vztahy a vazby. Bývá obvyklé, že vlastní domek, starají se o zahradu, o osobní hospodářství. Obklopují se svými známými lidmi, rodinou, příbuznými či sousedy. Tito senioři-starousedlíci bývají zvyklí a často i hrdí na to, že strávili většinu svého života nebo i celý svůj život ve venkovské obci. Nicméně s přibývajícím věkem se začíná projevovat osamocení seniorů a jejich fyzická a ekonomická nesoběstačnost. Senior může zažívat potíže a neschopnost svobodně rozhodovat o sobě a o svém způsobu života. Může docházet k omezení autonomie (Bednářová, 2017).

Seniory žijící ve venkovských obcích neprovází vždy bezproblémový život, musí se totiž potýkat s nejrůznějšími omezeními (Bednářová, 2017). Obecně platí, že lidé žijící ve venkovských oblastech se musí vyrovnávat s problémem zhoršené dostupnosti občanské vybavenosti (Petrišče, 2015). Je to z toho důvodu, že menší hustota zalidnění a výraznější geografická rozptýlenost venkovské populace ztěžují a také zdražují nastavení a udržení komplexní infrastruktury služeb, jaké jsou běžné v městských oblastech (UNECE, 2017). Pro seniory jako pro obyvatele venkovských oblastí pak zvláště platí, že dostupnost služeb je v těchto oblastech jedním z významných problémů, se kterým se musí v každodenním životě potýkat a nějakým způsobem se s ním vyrovnat (Petrišče, 2015). Problematika méně dostupných služeb na venkově může být ještě zhoršena kombinací s chudšími sociálně-ekonomickými podmínkami. To může znevýhodňovat venkovské obyvatelstvo oproti městské populaci a může být obzvláště problematické pro starší lidi, kteří mohou čelit vyššímu riziku sociální izolace, snížené možnosti přesunu z místa na místo či deficitu zdravotní péče (UNECE, 2017).

V souvislosti s omezeními, která mohou provázet život seniora na venkově, je zmiňována také problematika poskytování sociálních služeb (součást systému sociálního zabezpečení). Právě poskytování sociálních služeb je v jakékoliv formě ve venkovských oblastech komplikovanější. Hlavním problémem je totiž prostorové oddělení od větších měst, kde je kvůli vyšší koncentraci lidí širší nabídka sociálních služeb bez nutnosti toho, aby ti, kteří tyto služby potřebují, museli do těchto služeb dojíždět (Korcová & Borská, 2019).

Rozdíly mezi městem a venkovem v přístupu k potřebným službám staví seniory, kteří žili, pracovali a zestárlí ve venkovských oblastech, do rizika, že se u nich akumulují nevýhody venkovského prostředí. A to ve srovnání s těmi seniory, kteří žijí v městském prostředí. Senioři žijící na venkově tak mohou čelit vyššímu riziku chudoby, horšímu zdravotnímu stavu a méně podpůrnému a nejednoduchému prostředí ve smyslu dopravní obslužnosti. Nakonec senioři z venkovských oblastí mohou zažívat menší množství příležitostí k sociální účasti a nižší či komplikovanější přístup ke zdravotnickým a pečovatelským službám (UNECE, 2017).

Dalším tématem v souvislosti s populací seniorů z venkovského prostředí je problematika jejich užívání alkoholu. Tomuto tématu je v dostupné zahraniční literatuře věnována pozornost, a to zejména v asijských zemích.

3.2 Zahraniční výzkumy k problematice alkoholu u seniorů na venkově

3.2.1 Asie

Značný zájem je v rámci dostupných zahraničních výzkumů věnován problematice užívání alkoholu u seniorů z venkovských oblastí v Asii.

Čína přinesla výzkum zabývající se výskytem depresivních symptomů u seniorů z venkova a z městského prostředí a současně sbírala data o užívání alkoholu seniory (Yang, Chen, Hu & Ren, 2017). Zmíněný výzkum byl proveden metodou dotazníkového šetření a autoři došli k výsledkům, že u seniorů z venkova je vyšší prevalence depresivních symptomů, přestože u nich byla vyšší míra abstinence. Mimo to je v rámci Číny dostupná longitudinální studie autorů Lee, Chang, Liu & Shelley (2020), která zaznamenala problematiku užívání alkoholu mezi čínskými staršími dospělými a seniory. Ve výzkumu těchto autorů je zmínka i o seniorech z venkovských oblastí, kde se prokázala vyšší prevalence konzumace alkoholu.

Množství šetření k této problematice je dostupné také z Indie, kde je mapováno užívání alkoholu mezi tamějšími seniory z venkova. Dokládá to například průřezová studie autorů Goswami et al. (2005) mapující mimo alkohol i spotřebu tabáku mezi indickými seniory z venkovského prostředí. Tato studie přinesla data o vysoké prevalenci kouření tabáku a užívání alkoholu u mužů seniorů. Rovněž je v rámci Indie dostupný odborný článek autorů Lal & Pattanayak (2017) anebo literární review autorů Nadkarni, Murthy, Crome & Rao (2013). Autoři Nadkarni et al. (2013) například přinesli data o vyšší prevalenci konzumace alkoholu u městské indické populace seniorů než u seniorů žijících ve venkovských oblastech.

V Thajsku proběhla průřezová studie monitorující faktory ovlivňující a predikující kvalitu života u seniorů z venkovských lokalit. Jedním z monitorovaných faktorů byl alkohol řazený k hlavním z prediktorů kvality života (Hongthong, Somrongthong, Wongchaiya & Kumar, 2016).

Jižní Korea přinesla dotazníkové šetření zabývající se konzumací alkoholu u seniorů z venkovských komunit s důrazem na problematiku sebevražd (Yi et al., 2016). Byla zaznamenána vyšší mortalita v souvislosti se sebevraždami u seniorů užívajících alkohol denně oproti

abstinentům. Z Jižní Koreje také pochází průřezová studie autorů Minwoo & Eunyong (2020). Minwoo & Eunyong (2020) se ve svém šetření zabývali vztahem mezi konzumací alkoholu u seniorů z venkova, výskytem depresivních symptomů a vztahem těchto fenoménů k genderu. V rámci studie mírné a škodlivé užívání zvyšovalo depresivní příznaky a vztah k genderu nebyl prokázán.

Průřezová studie z Vietnamu (Mai, Huy, Thanh & Staar, 2017) zase zkoumala tři typy potenciálně rizikového chování (užívání alkoholu, kouření a pohybovou aktivitu) u seniorů z venkovských lokalit. Ukázala se významná prevalence kouření a užívání alkoholu.

3.2.2 Evropa a Afrika

V rámci evropských regionů proběhla komparační studie v problematice užívání alkoholu u seniorů a starších dospělých Maďarska a Srbska. Studie porovnála spotřebu alkoholu a faktory s konzumací alkoholu spojené. Okrajově zaznamenala spotřebu v kontrastu město-venkov. Šetření bylo realizováno autorkou Mihailovic et al. (2020). Vyšší prevalence spotřeby alkoholu byla uvedena u respondentů z Maďarska.

Za zmínku stojí rovněž rumunská průřezová studie, která zkoumala charakteristiky užívání alkoholu u rumunských seniorů. Většina respondentů této studie žila právě ve venkovských oblastech (Stanca, Bratu & Mincă, 2017). Častější užívání alkoholu a vyšší prevalence škodlivého užívání byly zaznamenány u mužů.

V rámci Afriky je známo výzkumné šetření z Nigérie. Toto šetření provedené formou rozhovorů zkoumalo užívání alkoholu u nigérijských seniorů z venkova i z měst, kdy autoři studie došli k závěrům, že většina jejich respondentů od alkoholu abstinovala. Zároveň byla konzumace alkoholu spojována s příznaky chronické bolesti a spíše se objevovala u mužů-seniorů z venkova (Lasebikan & Gureje, 2015).

3.2.3 Severní Amerika

Množství šetření a článků monitorujících užívání alkoholu seniory z venkova pochází rovněž ze Spojených států amerických (USA), například systematická review od autorů Barry & Blow (2016). Zaznamenán je dále výzkum vedený prostřednictvím rozhovorů v Arizoně mapující důvody užívání alkoholu mezi seniory z tamějších venkovských oblastí (Christopherson, Escher & Bainton, 2015). Užívání alkoholu seniory z venkova bylo těmito autory vyhodnoceno jako málo rizikové. Jiným výzkumem byl dotazníkový průzkum s tematikou užívání alkoholu u aljašských seniorů pocházejících z odlehlých venkovských oblastí (Skewes & Lewis, 2016). Ten prokázal vysokou míru abstinence, nízkou míru užívání alkoholu a nízká rizika plynoucí z konzumace.

Tabulka 8 shrnuje zahraniční výzkumy týkající se problematiky alkoholu u seniorů na venkově.

Tabulka 8 - Zahraniční výzkumy týkající se užívání alkoholu u seniorů na venkově: Yang et al. (2017), Lee et al. (2020), Goswami et al. (2005), Lal & Pattanayak (2017), Nadkarni et al. (2013), Hongthong et al. (2016), Yi et al., (2016), Minwoo & Eunyoung (2020), Mai et al. (2017), Mihailovic et al. (2020), Stanca et al. (2017), Lasebikan & Gureje (2015), Barry & Blow (2016), Christopherson et al. (2015) a Skewes & Lewis (2016)

Stát	Autoři	Metody studie či typ studie	Oblast studie	Výsledky studie
Čína	Yang et al. (2017)	Dotazníkové šetření	Alkohol a depresivní symptomy mezi městskou a venkovskou populací seniorů	U seniorů z venkova vyšší prevalence depresivních symptomů, přestože u nich byla vyšší míra abstinence
	Lee et al. (2020)	Longitudinální studie	Alkohol mezi staršími dospělými, zahrnutý i venkov	Vyšší prevalence konzumace alkoholu u seniorů z venkova
Indie	Goswami et al. (2005)	Průřezová studie	Alkohol a tabák mezi seniory z venkova	Vysoká prevalence kouření tabáku a užívání alkoholu u mužů seniorů
	Lal & Pattanayak (2017)	Odborný článek zabývající se problematikou	Alkohol mezi seniory	Zaměření na alkohol u seniorů, přináší jak obecně platné informace k problematice, tak data specifická pro Indii
	Nadkarni et al. (2013)	Literární review	Alkohol mezi indickými seniory	Vyšší prevalence u seniorů z městských oblastí než z venkova
Thajsko	Hongthong et al. (2016)	Průřezová studie	Alkohol mezi thajskými seniory z venkova	Alkohol patřil mezi 4 hlavní faktory, které predikovaly kvalitu života
Jižní Korea	Yi et al., (2016)	Dotazníkové šetření	Alkohol a sebevraždy u seniorů z venkova	U seniorů denně užívajících alkohol vyšší mortalitou sebevražd
	Minwoo & Eunyoung (2020)	Průřezová studie	Alkohol a depresivní symptomy ve vztahu k genderu	Mírné a škodlivé užívání zvyšovalo depresivní příznaky, vztah k genderu neprokázán
Vietnam	Mai et al. (2017)	Průřezová studie	Rizikové chování u seniorů z venkova	Významná prevalence kouření a užívání alkoholu (22 % a 21 % respondentů)
Maďarsko a Srbsko	Mihailovic et al. (2020)	Komparační studie	Alkohol mezi staršími dospělými a seniory	Vyšší prevalence spotřeby alkoholu u respondentů z Maďarska
Rumunsko	Stanca et al. (2017)	Průřezová studie	Alkohol mezi rumunskými seniory s bydlištěm většinou na venkově	Častější užívání alkoholu u mužů a vyšší prevalence škodlivého užívání u mužů

Nigérie	Lasebikan & Gureje (2015)	Rozhovory	Alkohol mezi nigérijskými seniory	Většina respondentů abstinovala, alkohol užíván spíše muži z venkova
USA	Barry & Blow (2016)	Systematická review	Alkohol mezi seniory	Přehled o rozsahu zneužívání alkoholu seniory, důsledky zneužívání alkoholu, pokyny k nízkorizikovému užívání, intervence atd.
	Christopherson et al. (2015)	Rozhovory	Alkohol mezi seniory z venkova v Arizoně	Užívání alkoholu vyhodnoceno jako málo rizikové
	Skewes & Lewis (2016)	Dotazníkové šetření	Alkohol mezi aljašskými seniory z venkovských oblastí	Vysoká míra abstinence a nízká míra užívání alkoholu

VÝZKUMNÁ ČÁST

4. Výzkumný problém a výzkumný cíl

Stárnutí populace je fenoménem nevyhýbajícím se ani České republice. Nezanedbatelná část populace i populace seniorů tráví svůj život v prostředí venkova. Český venkov představuje specifické prostředí, ve kterém zatím nebyla věnována větší pozornost subjektivnímu vztahu tamějších seniorů k alkoholu. Také je zřejmé, že zatím nejsou známa ani možná řešení nadužívání alkoholu u seniorů z jejich pohledu v českých venkovských lokalitách. Tam bývá k odborné lékařské péči a péči jiných odborníků z pomáhajících profesí místně daleko. Je proto žádoucí ozřejmit vztah k alkoholu českých seniorů žijících na venkově a zjistit, zda lze u některých z nich nalézt rizikové užívání alkoholu a zda je možné z pohledu samotných seniorů nalézt možná řešení, intervence.

Ústředním cílem výzkumného šetření je popsat prostřednictvím subjektivních výpovědí seniorů, kteří žijí ve venkovské obci to, jak verbalizují téma užívání alkoholu a přispět tak k poznání problematiky o užívání alkoholu u seniorů.

4.1 Dílčí výzkumné cíle

Na základě ústředního výzkumného cíle byly stanoveny 2 dílčí výzkumné cíle:

1. Dozvědět se, jak hodnotí senioři svůj vztah k alkoholu a jeho užívání v průběhu svého života, jak hodnotí vztah k alkoholu a jeho užívání v životě nynějším a jak vypadá jejich užívání vzhledem k jeho rizikovosti a vzhledem k užívaným léčivům.

2. Dozvědět se, jak si senior představuje ze svého úhlu pohledu možnosti řešení při problémech s nadužíváním alkoholu.

4.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky pro účel cíle výzkumu vycházející z dílčích výzkumných cílů jsou:

1. Jak hodnotí senioři svůj vztah k alkoholu a jeho užívání v průběhu svého života, jak hodnotí svůj vztah k alkoholu a jeho užívání v životě nynějším a jak vypadá jejich užívání vzhledem k jeho rizikovosti a vzhledem k užívaným léčivům?

2. Jak si senior představuje ze svého úhlu pohledu možnosti řešení při problémech s nadužíváním alkoholu?

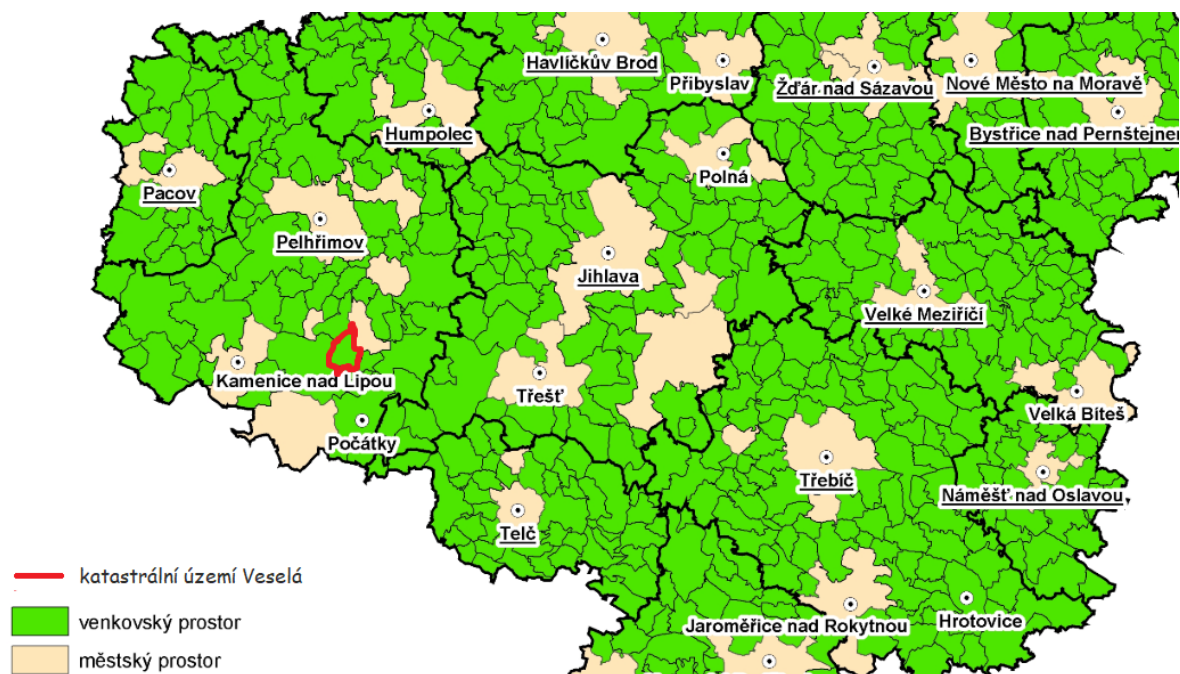
5. Výzkumný soubor

5.1 Základní soubor

Základní soubor byl tvořen všemi seniory žijícími ve venkovské obci Veselá. Jednalo se o lidi, kteří byli staří 65 a více let. To z toho důvodu, že za seniora je považována osoba starší 65 let (Příbyl, 2015). Veselá je venkovská obec ležící v okrese Pelhřimov v Kraji Vysočina. Co se týče základní charakteristiky této venkovské obce, počet obyvatel obce Veselá byl k datu 1. 1. 2020, 222 (Ministerstvo vnitra České republiky, 2020).

Náhledem do soupisu obyvatelstva obce Veselá a součtem občanů starších 65 a více let s trvalým bydlištěm v obci lze zjistit, že ve Veselé žilo k roku 2019 (tedy v roce, ve kterém proběhlo výzkumné šetření) 59 obyvatel, kterým bylo 65 a více let (Bušková et al., 2019). To znamená, že základní soubor byl tvořen 59 seniory žijícími v obci Veselá.

Obrázek 4 - Geografické vymezení obce Veselá a okresu Pelhřimov spolu s venkovským a městským prostorem části Kraje Vysočina (upraveno) (ČSÚ, 2009)



Obyvatelé obce Veselá bydlí převážně v rodinných domcích s přílehlými zahradami nebo méně v několika bytových domech. Obec disponuje obecním úřadem a návsí a v obci jsou stále udržovány lidové tradice i některé trendy současnosti. Ve Veselé se konají tradiční vesnické zábavy (myslivecký, hasičský a farní ples, veselská pouť, dále masopustní průvod, karneval a akce pro děti, pálení čarodějnic, v létě průvod Božího těla, rybářské závody, výlovy rybníků, myslivecké akce, hasičské soutěže, sportovní soutěže, fotbal, tenis, pravidelné setkání rodáků, vítání občánků a prvňáčků do života). Okolí obce může nabídnout procházky v lesích, houbaření, cyklistiku, v zimě běžkování, dále hřiště s tenisovým kurtem, občerstvení v pohostinství, nový sál kulturního domu. Ve Veselé se nachází kostel sv. Jakuba ze 14. století s pravidelně slouženými mšemi, dále hospoda otevřená téměř všechny dny v týdnu a maloobchod se smíšeným zbožím s otevírací dobou ve všední dny v týdnu (Via Rustica, n.d.). Na území obce se také nachází 3 autobusové zastávky zajišťující autobusovou dopravu – například do 8 km vzdálených Počátek (menšího města s ordinacemi několika lékařů, základní školou, mateřskou školou či obchody atd.) či do Pelhřimova (okresního města disponujícího supermarketem, nemocnicí, středními školami atd.).

Veselá je dosavadním celoživotním bydlištěm autorky diplomové práce; pochází z ní její rodina i rodinní předci. Většina místních obyvatel tak autorku zná. Autorka se proto domnívá, že jí v prostředí této obce mohl být tím pádem umožněn sběr dat s vyšší mírou pravděpodobnosti než v jiné oblasti.

Obrázek 5 - Dominanta obce Veselá: Kostel sv. Jakuba Staršího ze 14. století (fotografie archiv autorky)



5.2 Výzkumný (výběrový) soubor

Autorka se v rámci šetření přiklonila k použití metody prostého účelového (záměrného) výběru. Tato metoda výběru v rámci aplikace kvalitativního přístupu spadá pod celek metod označovaných jako nepravděpodobnostní metody výběru (Miovský, 2006).

Metoda prostého účelového výběru je pravděpodobně jednou z nejrozšířenějších metod výběru v rámci aplikace kvalitativního výzkumného přístupu. Jako účelový postup výběru výzkumného souboru se označuje takový postup, kdy jsou cíleně vyhledáni účastníci výzkumu splňující určité vlastnosti. Kritériem výběru je jejich vybraná (určená) vlastnost (Miovský, 2006). „Znamená to, že na základě stanoveného kritéria cíleně vyhledáváme pouze ty jedince, kteří toto kritérium (nebo soubor kritérií) splňují a současně jsou ochotni se do výzkumu zapojit.“ (Miovský, 2006, s. 135).

Kritérii zvolenými pro realizaci výzkumu byla schopnost a ochota poskytnout rozhovor s tematikou alkoholu v životě a také základní sociodemografická data. Kritériem schopnosti poskytnout rozhovor bylo nutné z toho důvodu, že mnozí velmi staří či vážněji nemocní senioři ze základního souboru mohli postrádat dostatečné kognitivní a jiné schopnosti potřebné pro poskytnutí dat. Dalším kritériem byl ústní souhlas s účastí ve výzkumu. Snahou autorky bylo dosáhnout ve výzkumném souboru zastoupení žen i mužů, které ale nemuselo být rovnoměrné.

V případě tohoto výzkumu bylo vyhodnoceno, že účelový výběr byl nejvhodnější variantou výběru výzkumného souboru. Osoby ze základního souboru byly totiž poměrně snadno dostupné a autorka v rámci účelového výběru mezi seniory mohla využít svých sociálních kontaktů v obci k tomu, aby oslovila seniory-kandidáty.

Bylo očekáváno, že zvolenou metodou účelového výběru bude výběrový soubor tvořit 10 – 16 dotazovaných seniorů. Jednalo by se tak přibližně o takový počet rozhovorů a získaných dat, který by byl s největší pravděpodobností optimální z hlediska časové náročnosti provedení rozhovorů, objemu a zpracování dat. Celkem bylo osloveno 16 seniorů; dva z nich účast odmítli a jejich rozhodnutí bylo plně respektováno. Výzkum se tedy podařilo realizovat se 14 seniory.

Výběrový soubor tvořilo 5 mužů a 9 žen. Věkový průměr respondentů činil 70 let. Nejstaršímu respondentovi (ženě) bylo 89 let a nejmladším respondentům bylo 65 let. Z počtu 14 respondentů jich 6 žilo v rodinném domě, 7 respondentů na chalupě a 1 respondent (žena) žila v bytě v bytovém domě. Za chalupu se typicky označuje starý venkovský dům, který může být situován přímo v obci nebo v její okrajové části (Hubínková, 2019). Platilo, že k rodinným domům či k chalupám, v nichž respondenti žili, přiléhala hospodářská část obydlí (v 6 případech) či zahrada (v 7 případech). Uvedená data vyobrazuje tabulka 9.

Tabulka 9 - Respondenti podle kódu, pohlaví, věku a typu bydlení

Kód respondenta	Pohlaví	Věk	Typ bydlení
R1	žena	66	Rodinný dům s hospodářskou částí
R2	muž	67	Rodinný dům s hospodářskou částí
R3	žena	65	Chalupa s hospodářskou částí
R4	žena	73	Chalupa se zahradou
R5	žena	89	Chalupa se zahradou
R6	žena	65	Byt v bytovém domě
R7	žena	88	Rodinný dům se zahradou
R8	žena	66	Chalupa se zahradou
R9	muž	67	Chalupa se zahradou
R10	žena	66	Chalupa se zahradou
R11	muž	68	Chalupa se zahradou
R12	muž	71	Rodinný dům s hospodářskou částí
R13	žena	70	Rodinný dům s hospodářskou částí
R14	muž	65	Rodinný dům s hospodářskou částí

Respondenti obvykle žili ve svém obydlí s manželem, manželkou, přítelem či dětmi. Někteří z respondentů naopak ve svém obydlí pobývali sami. Od respondentů bylo zjištěno, že někteří žili v manželství, že několik respondentů ovdovělo a jeden respondent byl svobodný. Od všech respondentů bylo zjištěno, že se setkávali se svou rodinou – byli navštěvováni svými dětmi či je navštěvovala jejich vnoučata, blízcí nebo respondenti navštěvovali je.

Respondenti uváděli rozmanité oblasti povolání, jimž se velkou část svého života před odchodem do starobního důchodu věnovali. V některých případech respondenti strávili v jedné konkrétní profesi celý svůj profesní život a v jiných případech respondenti v životě vystřídal

vícero různých zaměstnání. Pro přehlednost a současné zachování anonymity respondentů byly jednotlivé profesní oblasti shrnuty a kategorizovány podle Odvětvové klasifikace odborných činností (OKEČ). OKEČ je zkratka pro v současnosti již nepoužívanou klasifikaci ekonomických činností. OKEČ měl 63 kategorií (Czechwealth, n.d.). V tabulce 10 jsou podrobněji zobrazeny výše uvedené charakteristiky a klasifikace bývalých zaměstnání podle OKEČ.

Tabulka 10 - Respondenti podle kódu, pohlaví, věku, rodinného stavu, rodinného zázemí a klasifikace OKEČ - klasifikace OKEČ zpracována podle Ministerstva financí ČR (n.d.)

Kód respondenta	Pohlaví	Věk	Rodinný stav	Rodinné zázemí	Pracovní činnost vykonávaná před odchodem starobního důchodu dle řazení OKEČ
R1	žena	66	V manželství s R2	Žije s manželem R2, dětmi, setkává se s blízkými	Vedlejší a pomocné činnosti v dopravě, maloobchod, výroba potravinářských výrobků
R2	muž	67	V manželství s R1	Žije s manželkou R1, dětmi, setkává se s blízkými	Stavebnictví
R3	žena	65	Vdova	Žije s přítelem, setkává se s dětmi, vnoučaty, sousedkami, blízkými	Zemědělství, výroba motorových vozidel a potravinářských výrobků
R4	žena	73	Vdova	Žije sama, setkává se se sousedkou, řídce s dětmi	Vzdělávání
R5	žena	89	Vdova	Žije sama, setkává se s dětmi, vnoučaty, blízkými	Vzdělávání
R6	žena	65	Rozvedená	Žije sama, setkává se s blízkými a řídce s dětmi	Vzdělávání
R7	žena	88	Vdova	Žije se synem, jeho manželkou a vnoučaty, setkává se s příbuznými a s blízkými	Výroba textilií
R8	žena	66	V manželství s R9	Žije s manželem R9, setkává se s dětmi, vnoučaty a blízkými	Výroba textilií
R9	muž	67	V manželství s R8	Žije s manželkou R8, setkává se s dětmi, vnoučaty a blízkými	Zemědělství, pozemní doprava, výroba pryžových a plastových výrobků
R10	žena	66	V manželství s R11	Žije s manželem R11, řídce se setkává s dětmi a vnoučaty	Výzkum a vývoj
R11	muž	68	V manželství s R10	Žije s manželkou R10, řídce se setkává s dětmi, vnoučaty, blízkými	Letecká a kosmická doprava
R12	muž	71	V manželství s R13	Žije s manželkou R13, setkává se s dětmi, vnoučaty, blízkými	Stavebnictví, zdravotní a sociální péče, kulturní činnosti
R13	žena	70	V manželství s R12	Žije s manželem R12, setkává se s dětmi, vnoučaty, blízkými	Veřejná správa
R14	muž	65	Svobodný	Kromě řídké přítomnosti druhé osoby (nájemníka) žije sám, setkává se s příbuznými, blízkými	Veřejná správa

6. Metody sběru dat

Pro sběr dat v rámci tohoto šetření byl zvolen kvalitativní výzkumný přístup ve formě polostrukturovaného rozhovoru, který byl doplněn vyplněním krátkého screeningového dotazníku. Sběr dat proběhl v měsících červenec a srpen roku 2019.

Kvalitativní výzkumný přístup se snaží získat integrovaný pohled na předmět studie. Provádí se pomocí delšího a intenzivnějšího kontaktu se situací jednotlivce. Tyto situace jsou obvykle banální nebo normální a reflektují každodennost jedinců nebo skupin. Mezi jeho výhody patří zejména získání podrobného popisu a vzhledu při zkoumání jedince, dále jím lze objasnit různé události a fenomény, rovněž poskytuje možnost zkoumat fenomén v přirozeném prostředí anebo přináší možnost navrhnout teorie. Nevýhodami tohoto přístupu je například časová náročnost analýzy a sběru dat, nízká zobecnitelnost na populaci a na jiné prostředí anebo snadná ovlivnitelnost výsledků výzkumníkem a jeho osobními preferencemi (Hendl, 2016).

Kvalitativní přístup poskytl v případě tohoto výzkumu hlavní objem dat a zkoumanou problematiku v menší míře doplnil screeningový dotazník AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test).

6.1 Polostrukturovaný rozhovor

Polostrukturovaný rozhovor je s velkou pravděpodobností nejrozšířenější podobou metod rozhovoru. Dokáže vyvážit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného rozhovoru, tak plně strukturovaného rozhovoru. Oproti nestrukturovanému rozhovoru však provedení polostrukturovaného rozhovoru vyžaduje technicky náročnější přípravu. Je nutné vytvořit si určité schéma, které je pro tazatele závazné. V tomto schématu jsou obvykle specifikovány okruhy otázek, na které budou účastníci výzkumu dotazováni. Výzkumník může dotazovanému klást doplňující otázky pro lepší porozumění tématům a témata zároveň rozpracovat do hloubky tak, aby to odpovídalo potřebám výzkumných otázek. Polostrukturovaný rozhovor má tedy definované tzv. jádro interview, což je minimum témat a otázek, které je nutno probrat a které obvykle zaručí, že tato témata probrána budou (Miovský, 2006).

Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je eliminace nevýhod plně strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru a možnost pokládat doplňující otázky i na pevně strukturované podněty. Díky tomu lze dosáhnout vysoké přesnosti a výtěžnosti tohoto typu rozhovoru.

Nevýhod tento typ rozhovoru mnoho nemá. Hovořit se dá spíše o možnosti, že tazatel nedodrží závaznou strukturu a doplňujícími otázkami bude zbytečně narušovat konzistenci konverzace, případně výzkumník získá data nepříliš relevantní pro cíle výzkumu (Miovský, 2006). Konkrétní osnova polostrukturovaného rozhovoru vytvořena autorkou pro účely tohoto výzkumu viz přílohač. 1.

Otázky v polostrukturovaném rozhovoru byly rozděleny do 4 okruhů, které refletovaly výzkumný problém a zároveň zajišťovaly relevantní informace pro výzkumné otázky. První okruh otázek rozhovoru byl nazván Sociodemografická data. První okruh obsahoval otázky ke zjištění základních sociodemografických údajů, které jsou podstatné pro popis výzkumného souboru. V tomto prvním okruhu byly otázky týkající se věku, životních zaměstnání, typu bydlení, rodinného zázemí a rodinného stavu. Název druhého okruhu otázek byl Užívání alkoholu dříve v životě a nyní. V tomto okruhu se otázky dotýkaly užívání alkoholu v průběhu života také se týkaly vztahu k alkoholu v životě nyní. Mimo to byla v tomto okruhu zjišťována i data týkající se užívání léků. Druhým okruhem otázek rozhovoru byla zodpovězena první výzkumná otázka. Třetím

okruhem otázek byly Možnosti a řešení. Zde se autorka dotazovala na to, jaké možnosti a řešení si seniori představují ze svého úhlu pohledu při problémech s nadužíváním alkoholu. Třetím okruhem otázek byla zodpovězena druhá výzkumná otázka. Poslední, čtvrtý okruh otázek, byl nazván Možnost doplnění informací. V této části měl senior možnost vrátit se nebo probrat jakékoli probrané, související anebo z jeho pohledu vynechané téma.

6.2 Dotazník AUDIT

Konkrétní podoba dotazníku AUDIT (viz příloha č.2) pro účely této práce vychází z publikace autorů Babor & Higgins-Biddle (2010b). Originální publikaci, ze které tito autoři vycházeli, lze dohledat v dokumentech WHO. Jedná se dokument od autorů Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro (2001).

AUDIT je screeningový dotazník, který je určen ke včasné detekci osob s rizikovou konzumací alkoholu. Byl vytvořen Světovou zdravotnickou organizací v 80. letech 20. století. AUDIT může být vyplněn samostatně nebo jeho vyplnění může mít podobu krátkého strukturovaného interview (Klinika adiktologie, 2019). Pro potřeby tohoto výzkumu byly realizovány obě možnosti podle toho, jakou variantu si přáli dotazovaní seniori.

Cílovou populací dotazníku jsou dospělí. Výhodou dotazníku je jeho soulad s definicemi škodlivého pití a závislosti na alkoholu podle MKN-10, jeho testovaná reliabilita, validita a snadné použití, flexibilita a časová nenáročnost. Nevýhodou dotazníku je, že AUDIT není diagnostický nástroj a nelze výlučně pomocí něj stanovit například diagnózu závislosti na alkoholu. Dalším jeho omezením je, že není standardizován pro českou populaci a jeho kritické skóre se může lišit podle charakteru pití alkoholu v jednotlivých zemích a podle obsahu alkoholu ve standardních nápojích s obsahem alkoholu v té které zemi. AUDIT obsahuje celkem 10 otázek a délka jeho administrace a vyhodnocení činí přibližně 5 minut (Klinika adiktologie, 2019).

Navzdory svým výhodám má AUDIT s 10 otázkami svá omezení – kvůli své délce může být v rámci některých prostředí obtížně použitelný. Proto byly vyvinuty také kratší modifikace tohoto dotazníku, a to například AUDIT-C, AUDIT-3 nebo AUDIT-PC (Kim et al., 2013). V rámci tohoto šetření byl zvolen AUDIT s 10 otázkami za účelem vyšší výtěžnosti tohoto dotazníku.

AUDIT patří do screeningových postupů krátkých intervencí. Krátké intervence jsou takové praktické postupy, které mají za cíl rozpoznat reálný nebo potenciální problém s alkoholem nebo jinou psychoaktivní látkou a motivovat jedince s aktivní nápravě. Jednou z částí krátkých intervencí je právě screening, po němž obvykle následuje provedení samotné krátké intervence (Babor & Higgins-Biddle, 2010a). Dotazník AUDIT byl pro účely tohoto výzkumu realizován pouze ve formě screeningu, kdy následná krátká intervence nebyla realizována. Jedno z těžišť výzkumu totiž nespočívalo v provádění krátkých intervencí, nýbrž pouze v detekci seniorů s rizikovým užíváním alkoholu.

Vyplnění dotazníku AUDIT doplnilo data k první výzkumné otázce.

6.3 Aplikace metod sběru dat

Sběru dat u všech respondentů předcházelo nejprve nezávazné požádání o rozhovor avysvětlení jeho účelu a průběhu současně s edukací o anonymitě. V případě, že senior souhlasil s účastí ve výzkumu, následovala domluva, kdy a kde rozhovor proběhne. Sběr dat se uskutečnil v jednom případě v domácím prostředí autorky na základě přání respondenta, v jednom případě na posezení na zahradě u sousedky jedné z respondentek za přítomnosti této sousedky a se souhlasem

dotčené respondentky. Ve všech ostatních případech proběhl sběr dat v domácím prostředí zúčastněných seniorů.

Ve všech případech sběru dat u respondentů, z nichž se výzkumu účastnili oba manželé, proběhl sběr dat s jejich souhlasem v přítomnosti obou z nich, kdy autorka provedla rozhovor nejprve s jedním manželem a pak s druhým. Manželé se v průběhu rozhovoru mohli vzájemně doplňovat. Zatímco byl s jedním manželem prováděn rozhovor, druhý obvykle mezitím po krátké edukaci autorkou vyplňoval dotazník AUDIT. Místo rozhovoru s respondenty a přítomnost dalších (třetích) osob při rozhovoru shrnuje tabulka 11.

Tabulka 11 - Respondenti podle kódu, místa sběru dat a přítomnosti další (třetí) osoby při rozhovoru

Kód respondenta	Místo sběru dat	Přítomnost dalších osob u rozhovoru
R1	Domácí prostředí seniorky	Přítomen manžel seniorky R2
R2	Domácí prostředí seniora	Přítomna manželka seniora R1
R3	Domácí prostředí seniorky	
R4	Domácí prostředí seniorky	
R5	Posezení na zahradě u sousedky seniorky	Přítomna sousedka seniorky
R6	Domácí prostředí seniorky	
R7	Domácí prostředí seniorky	
R8	Domácí prostředí seniorky	Přítomen manžel seniorky R9
R9	Domácí prostředí seniora	Přítomna manželka seniora R8
R10	Domácí prostředí seniorky	Přítomen manžel seniorky R11
R11	Domácí prostředí seniora	Přítomna manželka seniora R10
R12	Domácí prostředí seniora	Přítomna manželka seniora R13
R13	Domácí prostředí seniorky	Přítomen manžel seniorky R12
R14	Domácí prostředí autorky	

Úvodní fáze rozhovoru vždy začínala neformální otázkou o tom, jak se senior aktuálně má a krátkou rozpravou na toto téma. Zúčastněné seniory autorka osobně znala, takže snaha o formální začátek, ale i průběh celého rozhovoru nebyla žádoucí. Za důležité autorka považovala, aby se při rozhovoru zúčastnění senioři cítili, pokud možno přirozeně a v přátelském prostředí. Miovský (2006, s. 165) uvádí, že je důležité, „*aby se tazatel choval, pokud možno přirozeně a komunikace byla přiměřená situaci. Pokud například známe osobně účastníka výzkumu, nebudeme se snažit „hrát“ formální začátek interview a prostě tuto skutečnost zohledníme tím, že s takovým účastníkem budeme komunikovat v rovině, v jaké jsme na to zvyklí...*“

Následně bylo přistoupeno k informovanému souhlasu s poskytnutím dat (viz příloha č. 3). Senior dostal dostatek času na to si jej v klidu přečíst. Když dočetl informovaný souhlas, bylo se souhlasem seniora zahájeno nahrávání rozhovoru do hlasového záznamníku v telefonu autorky. Senior byl poučen o nutnosti záznamu jeho souhlasu s účastí ve výzkumu a jeho ústní souhlas s účastí byl zaznamenán audionahrávkou a transkribován spolu s daty při následné analýze dat.

Po této úvodní fázi následovala hlavní část rozhovoru, nadále zaznamenávána pomocí audionahrávky. Nejprve se autorka respondenta ptala na základní sociodemografické údaje. Následoval okruh otázek týkající se užívání alkoholu dříve v životě a v aktuálním životě. Směr rozhovoru byl také veden do oblasti týkající se užívaných léčiv. Poté se autorka dotazovala na to,

jaké možnosti a řešení si senioři představují ze svého úhlu pohledu při problémech s nadužíváním alkoholu. Nakonec v poslední části rozhovoru dostal respondent prostor k doplnění informací – měl možnost vrátit se nebo probrat jakékoli probrané, související anebo z jeho úhlu pohledu vynechané téma. Pokud si autorka v průběhu rozhovoru nebyla jistá, jak respondent danou věc myslí, požádala respondenta o upřesnění nebo vysvětlení, aby bylo jasné, že téma autorka správně pochopila.

Po dokončení polostrukturovaného rozhovoru se ukončilo nahrávání do hlasového záznamíku, protože pro vyplnění následujícího dotazníku AUDIT již nebyl audiozáznam potřeba. Dotazník AUDIT pro snazší a rychlejší vyplnění pro seniora autorka v některých případech četla z listu, na kterém byl dotazník vytištěn, senior odpovídal a autorka zaškrtovala skóre v listu. Pokud senior chtěl, vyplnil jej sám po krátké edukaci autorkou. Po vyplnění dotazníku autorka poděkovala seniorovi za účast v šetření a rozloučila se s ním. Body z dotazníku AUDIT autorka sčítala pomocí přiloženého návodu dotazníku z časových důvodů až po provedení rozhovoru. Pokud si však některý ze zúčastněných seniorů přál vyhodnotit dotazník a vědět své skóre hned po jeho vyplnění, bylo mu to umožněno. Dle přiloženého návodu k hodnocení pak autorka vyhodnotila rizikovost v konzumaci alkoholu a skóre přiložila k práci jako údaj poskytující jednu z odpovědí na první výzkumnou otázku.

Časový rozsah sběru dat se pohyboval u zúčastněných seniorů v rozmezí od 25 do 65 minut.

7. Metody analýzy dat

Po sběru dat následovala jejich transkripce z hlasového záznamníku do elektronické podoby do programu Microsoft Office Word 2007. Transkripce se rozumí proces převodu mluveného projevu z rozhovoru do písemné podoby. Pro podrobné vyhodnocení textu je transkripce podmínkou (Hendl, 2016). Protože transkripce nebylo možné zaznamenat vše, došlo k redukci dat. Přepisem rozhovoru totiž nemohlo dojít k záznamu všech fenoménů konverzace (délky pomlky, intenzity zabarvení hlasu, mimiky v obličeji). Po transkripci rozhovoru si autorka znovu poslechla nahrávku rozhovoru ze záznamníku a souběžně s poslechem nahrávky autorka četla transkribovaný text. To z toho důvodu, aby bylo mezi oběma záznamy dosaženo co nejvyšší shody (Slabý, 2017).

Po provedené kontrole transkribovaného textu následovala redukce textových dat redukcí prvního řádu. Tímto procesem se rozumí transformace textu do plynulejší podoby, protože v transkribovaném textu měla autorka před sebou obtížně čitelný text vzhledem k rozdílům mezi mluveným a psaným jazykem. Touto operací se vynechaly všechny části vět, které nesdělovaly identifikovatelnou explicitně vyjádřenou informaci a jejichž vypuštění nezměnilo význam textu. Takovým postupem se vynechaly zaznamenané výrazy a zvuky, jejichž přítomnost spíše narušovala plynulost textu, jež nenesly žádnou další informaci a jež sloužily jako tzv. slovní vata (Miovský, 2006). V případě tohoto konkrétního výzkumu se jednalo o výrazy jako např. jako, no, jakože, tak jako, tak nějak, prostě, jakoby atd. Dále byly v textu následovně třemi tečkami „...“ označeny nedokončené nebo přerušované výroky, kde bylo výrazné či velmi zřetelné zpoždění v odpovědi respondenta přibližně 3 sekundy nebo více.

Po redukcí prvního řádu podlela data získaná rozhovory tématické analýze. Tématická analýza je metodou pro identifikaci a analýzu témat ze získaných dat a představuje flexibilní výzkumný nástroj, který poskytuje bohatý a podrobný výčet výsledných dat. Také interpretuje různé aspekty výzkumného tématu. Tématem se v tématické analýze rozumí ústřední pojmy, které zachycují důležité části v datech, které mají vztah k výzkumným otázkám. Tématická analýza probíhá obvykle v 5 fázích. V první fázi – počáteční seznámení se s daty – se výzkumník důkladně seznamuje s nasbíranými daty. Ve druhé fázi – generování počátečních kódů – výzkumník vytváří první kódy, které se v datech objevují. Ve třetí fázi – vyhledávání témat – výzkumník reviduje své první kódy a hledá jejich kombinace pro vytvoření zastřešujících témat. Ve čtvrté fázi – revizi témat – výzkumník upřesňuje témata a odstraňuje ta, která nemají dostatečnou oporu. V páté fázi – definování a pojmenování témat – výzkumník identifikuje podstatu toho, o čem je každé téma, definuje je (Braun & Clarke, 2006).

Mezi výhody tématické analýzy lze například zařadit její vhodnost pro zpracování většího objemu dat, možnost induktivní tvorby kategorií či její pružnost, která umožňuje výzkumníkovi použít několik různých teorií. Jako nevýhody této metody se uvádí například riziko, že metoda může opominout obsahy lišící se v nuancích nebo že vyhledání a verifikace témat a kódů spolu splývají (Hendl, 2016).

V první fázi tématické analýzy se autorka důkladně seznámila s nasbíranými daty, a to tak, že nasbírané rozhovory několikrát přečetla. Ve druhé fázi (generování počátečních kódů) autorka tvořila první kódy, které jednoduchým způsobem třídily data. V této fázi autorka pracovala s barevným značením transkribovaných dat v programu Microsoft Office Word 2007, kde různé barvy zařezovaly různé segmenty. Ve třetí fázi, vyhledávání témat, autorka přiřazovala třízená data z předchozí fáze k větším shrnujícím celkům. Témata se od kódů odlišovala tím, že v datech identifikovala význam, popis nebo jev (Hendl, 2016). Během této fáze autorka pracovala

s vytvořením komentářů vložených do textového souboru, aby bylo naznačeno vyhledání prvních témat. Ve čtvrté fázi autorka odstranila ta data, jejichž význam neměl souvislost s výzkumnými otázkami. Právě výzkumné otázky totiž byly hlavními zastřešujícími tématy. Pátá fáze (definování a pojmenování témat) tématické analýzy byla značně usnadněna, protože autorka měla hlavní témata již daná – byly jimi stanovené výzkumné otázky, takže se autorka během této fáze věnovala identifikaci podstaty toho, o čem bylo každé téma.

Výpovědi manželů a seniorů s rizikovým užíváním alkoholu by ly mezi sebou porovnány, aby autorka našla jak data vztahující se k výzkumným otázkám, tak odlišnosti či styčné body.

Co se týče dotazníku AUDIT, autorka jednotlivé dotazníky vyhodnotila, pokud nebyly vyhodnoceny bezprostředně po rozhovoru na přání seniora. Data získaná z dotazníku AUDIT byla převedena do elektronické podoby. Dále byla tato data zpracována v programu Microsoft Office Excel 2007 prostřednictvím datové matice, do které byly všechny dotazníky převedeny.

8. Etické aspekty výzkumu

Jelikož lze seniory považovat za citlivou skupinu respondentů, byly dodržovány následující etické parametry výzkumného šetření.

Všichni zúčastnění senioři byli před zahájením šetření informováni o účelu sběru informací, o dobrovolnosti své účasti v šetření, o nahrávce rozhovoru, o anonymitě a o možnosti ze šetření kdykoliv odstoupit bez udání důvodu a bez rizika vzniku jakýchkoliv negativních následků. V případě, že si některý oslovený senior nepřál účastnit se rozhovoru a poskytnout data, bylo jeho rozhodnutí plně respektováno. Všichni senioři, kteří souhlasili s účastí ve výzkumu, byli poučeni prostřednictvím informovaného souhlasu s účastí na výzkumném šetření (informovaný souhlas viz příloha č. 3 této práce). Ten byl získán audionahrávkou a poté byl transkribován spolu s rozhovorem. Tvoří jej poučení o výzkumu, dobrovolnosti, o anonymitě získaných dat, o způsobu s jejich nakládáním a další.

Dále se autorka snažila komunikaci a při setkání se seniory dodržet základní etické principy v přístupu k seniorům shrnuté Kutnohorskou (2017). Autorka se snažila dbát na aspekty komunikace, kterými byly:

- citlivost, úcta, taktnost a vstřícnost
- zájem naslouchat
- empatie
- přizpůsobení se stylu a způsobu komunikace seniorů
- informování srozumitelnou formou
- slušné chování, kdy samozřejmostí je pozdrav a poděkování a oslovování příjmením a titulem (Kutnohorská, 2017)

Za problematickou etickou oblast lze v rámci tohoto výzkumu považovat neutralitu výzkumníka, kdy je snaha o nepromítání jeho osobních obsahů a názorů do výzkumu. Je zřejmé, že zachování neutrality mohlo být ztíženo tím, že respondenti tohoto konkrétního výzkumu autorku osobně znali. Nicméně význam práce spočívá v podání faktických výpovědí o užívání alkoholu mezi seniory žijícími ve venkovské obci. Díky tomu by tato skutečnost měla spolu s respektováním základních pravidel vedení rozhovoru omezit vliv autorky na výzkum na minimum.

11. Interpretace výsledků

V následujícím textu jsou prezentovány nejdůležitější výsledky výzkumu. Z rozhovorů vyplynulo několik klíčových témat, která se odrážela zároveň ve výzkumných otázkách. Tato klíčová témata byla strukturována do kategorií, které přinášejí podrobnější odpovědi na výzkumné otázky. Zmíněná klíčová témata byla doplněna odpovídajícími diagramy. Klíčovými tématy byly: Rodinné prostředí, počátky užívání, mládí, dospělý život, odchod do důchodu, užívání nyní, oblíbený alkoholický nápoj, rozdíly mezi manžely, obstarávání alkoholu, škodlivost alkoholu, užívaná léčiva, užívání léčiv a alkoholu, potřeba odborné pomoci, na koho se obrátit, péče o seniora, péče o seniora na venkově, fenomén rizikového užívání alkoholu.

Význam a obsah kategorií byl podpořen úryvky přímé řeči z rozhovorů s respondenty, které byly v textu odlišeny pomocí uvozovek, kurzívy a menší velikosti písma. Kódem, který byl tvořen počátečním písmenem „R” s přiřazeným číslem byli označeni konkrétní respondenti. Pokud se v přímé řeči nacházel text autorky upřesňující kontext přímé řeči či význam konkrétního slova, byl tento text přidán do závorky do přímé řeči bez použití kurzívy. Tučně jsou v textu autorky zvýrazněna slova, která charakterizují klíčové téma určité kategorie.

Ve výsledcích byly zahrnuty i jevy a zjištění, které přesahovaly výzkumné otázky a cíle, ale které je zároveň rozvíjely o další cenné poznatky a souvislosti.

11.1 Rodinné prostředí

Zúčastnění senioři zhodnotili, že byli ve své původní rodině sice svědky užívání alkoholu, ale jeho střídavější užívání a někdy i domácí výroba patřily k **běžnému životu rodiny** a konzumaci senioři nepovažovali za nadměrnou či rizikovou. Alkoholické nápoje se pily například při oslavách či s přáteli nebo muži popíjeli pivo při jídle během práce v zemědělství. Senior byl někdy svědkem **nadměrné konzumace alkoholu** u svého rodiče. Jedna zúčastněná seniorka popisovala nadměrné užívání alkoholu u obou svých rodičů. Po smrti otce pak i u druhého manžela své ovdovělé matky. Důraz kladla na to, že ona sama alkohol neužívá a nebyla si jistá, jestli tento faktor neměl vliv na její vyhranění vůči alkoholu, na jeho odmítání.

Naopak v domácím prostředí některých zúčastněných seniorů, ve kterém jako děti vyrůstali, **nebývalo příliš zvykem užívat** alkohol. Konzumace alkoholu byla ojedinělá, a to například z důvodu onemocnění rodiče. V jiném případě byly zmíněny chudé poměry rodiny. Nedostatek finančních prostředků, který stačil sotva k užití rodiny, prakticky znemožňoval, aby byly peníze utráceny za alkohol, protože finance byly sháněny různě, prací u sedláků a uskromněním obou rodičů, případně byly nejnnutnější věci vyráběny přímo doma. Nezbyval tak prostor pro jiné vyžití, například společenské, spojené například s užíváním alkoholu.

R1: *„Když byly kulatiny, narozeniny, sešli se sousedí, tak to asi jo (rodiče užívali alkohol). Vopravdu ale hodně výjimečně, příležitostně, jinak ne.“*

R2: *„Pivo. To byl nejběžnější nápoj (doma).“*

R3: *„Pivo sem tam. Anebo se dělaly doma různé vína. Rybízový, to se pilo nebo koňaky se dělaly doma, tak to se spotřebovávalo. Dřív se to nekupovalo.“*

R13: *„Takže ta (matka) alkohol vůbec, ta by se nenapila, ani vína. Jestli tenkrát pili pivo nějakou sedmičku (slaběji koncentrované pivo) nebo co to pili. Když dělali v tom JZD (zemědělské družstvo), tak chlapi, ty si to nosili ke svačině, nějaký pivo.“*

R6: *„Můj tatínek pil, někdy měl náladu dost agresivní. Jako dítěti mně to hodně vadilo. A moje maminka má taky ráda alkohol, je jí teď hodně přes osmdesát, a přesto si myslím, že by vobčas si to měla hlídat. Nikdy se*

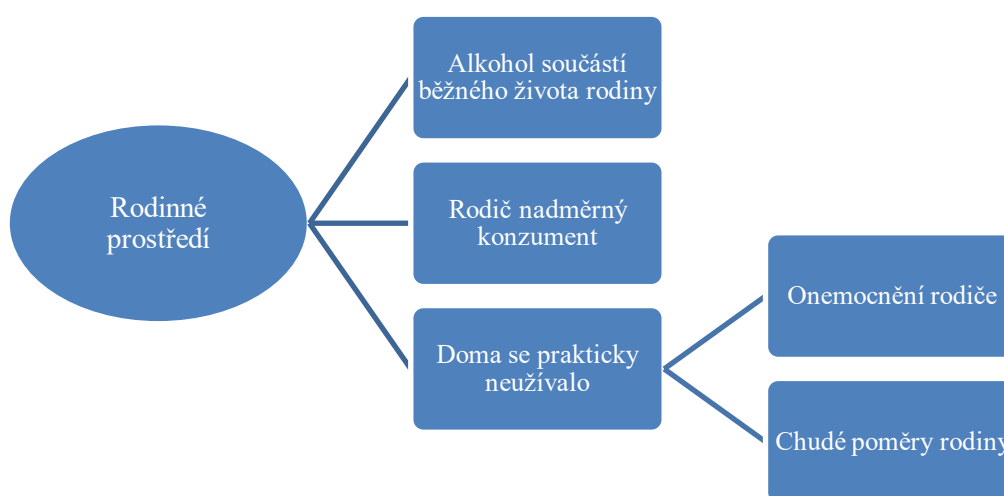
neléčila, ale možná proto, že já vůbec nepiju, tak jsem citlivá na to, že i když oni možná tolik nepijí, tatínek teda už bohužel nežije, ale maminka se znovu vdala – a ten její partner to má podobně jako ona a mají oba pocit, že k zábavě alkohol patří. Že se bez něj jako nemohou se svými známými pobavit.“

R4: „To ne. Můj otec byl těžkej cukrovkář a pil akorát Plzeň po určitých potravinách.“

R7: „Naši nepili. Tatínek taky ne, ani maminka, ta vůbec ne. A tatínek, když vypravoval, když chodili na zábavy, tak akorát si dali pivo, protože na to taky ani neměli, abyňák pili. To víš, tatínek měl tady takovou malou chalupu, tak jsme nemohli, ani naši neměli na to. Byly tři děti, abychom měli na sešity a na všechno. (...) nemohli sehnat třeba, potřebovala do školy něco, nemohli sehnat peníze, tatínek musel štrykovat, ty rukavice. (...). A do lesa, po sedlákách dělal, aby nás uživil. Tady byla malá chalupa. Musel ráno k sedlákům chodit sít, a takový, a do lesa jim chodil pomahat a...“

Uvedené výpovědi, které vystihují, jak mohlo vypadat užívání alkoholu v rodinném prostředí, ve kterém jako děti respondenti vyrůstali, rekonstruuje diagram 1.

Diagram 1 - Rodinné prostředí seniora



11.2 Počátky užívání

Všichni zúčastnění seniori dostali prostor pro to vzpomínat, jak vypadaly počátky jejich užívání alkoholu. Počátek konzumace alkoholu byl obvykle vázán na **společenský kontext** typu rodinné oslavy, svatby, zábavy, plesy, také na hraní karet v hospodě s partou přátel. Objevilo se rovněž vyjádření, že počátek konzumace alkoholu v mládí byl spojen s **partou přátel** či proběhl **ve dvojici s partnerem**. Některými zúčastněnými seniory byl ovšem současně popisován **nedostatek finančních prostředků** v počátcích užívání jako určitá limitující okolnost v konzumaci alkoholu a v navštěvování zábav. První zážitek z užití alkoholu byl někdy prožit a následně vnímán i jako **nepříjemná zkušenost**.

Některé seniorky v mládí alkohol **neužívaly**, buď jej přímo odmítaly, nebo jim vůbec nechutnal. To dokládá poslední z níže uvedených výroků.

R13: „Myslím, že to tehdy byla oslava nějaká, slavily se kulatiny u nás a tam jsem to trochu vochtutnala.“

R1: „Asi na oslavě. Možná nějaká svatba. Když jsem tam byla s rodičema, tak mi asi dali trošku zkusmo vochtutnat. Avim, že mi to nechutnalo.“

R7: „My jsme chodili k muzikám, tak jsme pili zelenou – kořalku. A ještě, když jsme chodili potom na plesy, tak se většinou se pila zelená.“

R9: „Chodil jsem do hospody a hrávali jsme karty. Dost jsme hrávali karty a u toho jsme si dali pivo a nějakou štamprdli (panák destilátu).“

R2: „Pivo, maximálně někdy víno (jsme pili). Ale na to jsme neměli peníze, protože to bylo drahý.“

R4: „My, když jsme se seznámili s mužem, tak jsme docela oba holdovali tomu dělat si takzvané koktejly. Takže jsme si dělali míchané nápoje, kde kapka nějakého alkoholu byla. Obvykle jsme to dělali do starých baby (dětských) lahví a vozili třeba i když jsme jeli někde stopem, protože se to dalo dobře zavřít. Občas nám to vyteklo na skripta, takže bylo horší z toho studovat.“

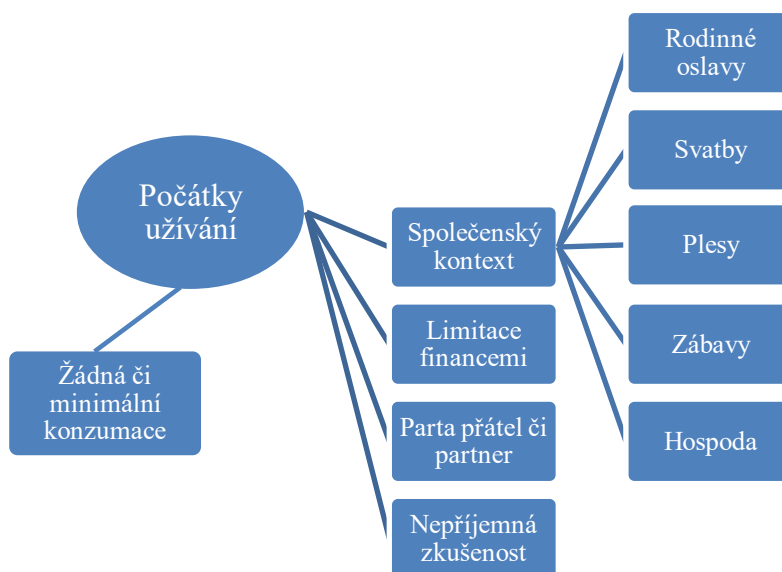
R8: „To jsme začali v té pubertě, tak potajnu dycky, si dávat nějaký vína (mluví o skupině kamarádů). Flašku jsme měli, bylo nás na to třeba šest a každé jsme si cucnul.“

R10: „Začalo se tím, že jsem v devatenácti letech vypila sedmičku bílého vína, pak jsem měla záchvat, bylo to strašný, zvracela jsem celou noc. Přijel doktor z pohotovosti, měla jsem nějakou ne otravu přímo, ale bylo to strašný (...).“

R6: „Já jsem nikdy neměla alkohol ráda, dokonce mám pocit, že když už jsem se třeba někdy, protože mě přesvědčili moji známí, napila jedné deci vína nebo šampaňa, že mi leželo a leží v žaludku jako šutr a vždycky pak sama sobě nadávám, že jsem vůbec se napila...“

Výpovědi a vzpomínky zúčastněných seniorů o počátcích užívání alkoholu v jejich životě se dají shrnout prostřednictvím diagramu 2, který zobrazuje, jak mohly vypadat počátky jejich užívání alkoholu.

Diagram 2 - Počátky užívání alkoholu



11.3 Mládí

Z rozhovorů s respondenty vyplývá, že užívání alkoholu v mládí pokračovalo při obdobných zmíněných **společenských kontextech**, jako se s ním začalo: např. při zábavách, v hospodě, společně s přáteli či s manželem, manželkou. Užívání alkoholu však bylo také v mládí vázáno kromě společenských událostí i na **pracovní život** seniora, kdy se alkohol pil při různých oslavných událostech s kolegy. Naproti tomu z úhlu pohledu jiných zúčastněných vyplynulo, že alkohol v mládí **prakticky vůbec neužívali**, protože jim buď nechutnal, anebo udávali, že užívání alkoholu považují za nepřipustné.

R8: „Jo, to jsme chodili na zábavy. Nebo jsme si dělali někde s kamarádama vohýnky, táboráky, tak tam dycky se koupila flaška a každé jsme si cucnul. (...) ten nejstarší z nás dycky kupoval (lahev alkoholu). Bud' jí koupil von, nebo někdo i vzal doma něco, pivo třeba.“

R9: „Kromě tý hospody, chodil jsem na zábavy občas (...), to se tam pilo též.“

R11: „(...) když šel člověk na nějakou zábavu nebo čaje (setkání s přáteli) tenkrát, byly takzvaný čaje, tak jsme si tam dali dvě deci vína nebo pivo nebo co tam bylo (...).“

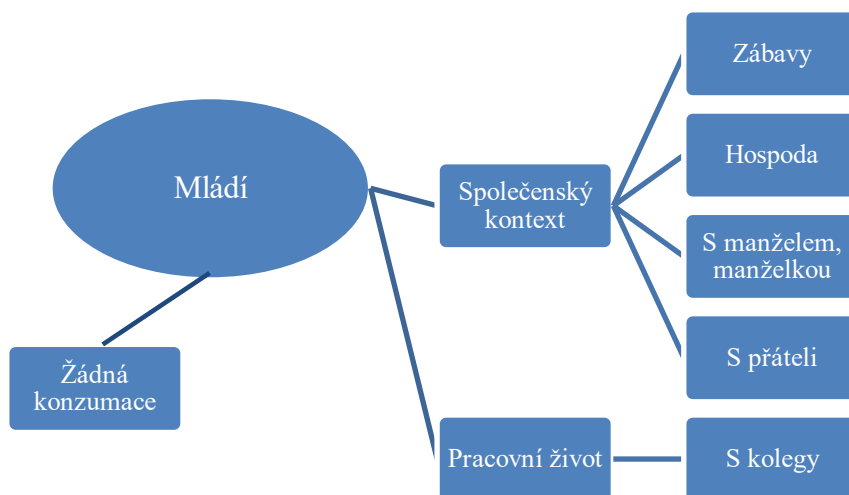
R13: „Když jsem poznala muže a vzali jsme se, tak občas jsme si spolu dali třeba víno, ale abysme se vopíjeli, to ne.“

R12: „Tam jsme chodili k muzikám různě, tak tam jsme si dali trošku víc, když byla parta. (...). V tom zaměstnání dycky byly narozeniny, svátky, tak se chvilku posedělo, tak se něco vypilo, ale bylo bych tak řek úměrný, i když... Nebyly výjimky, že by se to nepřehnal.“

R6: „Nepila. Ne. Nikdy mně to nechutnalo.“

Výše uvedené výroky nejlépe shrnuje diagram 3. Pomocí něj je zobrazeno, jak mohlo vypadat užívání alkoholu v mládí na základě výpovědí dotazovaných seniorů.

Diagram 3 - Užívání alkoholu v mládí seniora



11.4 Dospělý život

Po mládí seniora se objevovalo téma užívání alkoholu v seniorově dospělosti. V tomto dlouhém časovém úseku života se mohly vyskytnout situace nebo období, kdy byl alkohol užíván více, než bylo běžné. V takových situacích se jednalo například o svobodný život před manželstvím, kdy dotazovaný vedl pestřejší **společenský život**. Ostatně společenský život respondentů pokračoval z období mládí a obvykle byl spojen s užíváním alkoholu, někdy i s větším množstvím. Jindy byl alkohol více konzumován o **dovolených**. Jako zvláště náročné bylo vnímáno období provázející událost **ovdovění**, kdy ženy-vdovy užívaly alkohol více k úlevě od prožívaných těžkostí. Bylo také uvedeno, že se zvýšené konzumované množství alkoholu vyskytlo ve **složitých životních obdobích** člověka, kdy alkohol mohl sloužit jako prostředek ke zmírnění nepříjemných pocitů z rodinných či pracovních problémů.

R11: „To bylo daný spíš tím, s kým jsem, když jsem byl ještě dýl svobodnej, šli na večeři třeba do hospody, tak jsme si tam dali třeba dvě piva. A někdy tam byl večírek, tak jsme tam něco pili, ale zase to nebylo smysl toho, to byl spíš důsledek toho, že jsme se tam sešli. (...).“

R8: „Možná, když jsme byli na dovolené, tak tam, že jsme si dali, každý rok jsme jezdili s jedněma známými, a tak většinou každé večer, když jsme se sešli u stanu, tak jsme si dali víno nebo i štamprdlí (panák destilátu). Ale že bych někdy pila nák hodně, to nemůžu říct. Já stresy neřeším pitím.“

R3: „Já, když jsem ovdověla, tak jsem docela si dávala víno. (...). To bylo takový, že člověk, aby trochu to utlumil. Jinak potom už ne.“

R12: „Když byly pracovní problémy, nebo trochu rodinný, tak to taky (užíval alkohol). Člověk někdy i dal doma náký to štamprdle. Obvykle to byly u mě tak jedno, dvě piva, to skoro pravidelně, skoro každé den, protože si ho kupuju domu. Byly období, kdy člověk mu (alkoholu) trochu posloužil víc.“

Naproti vztah k alkoholu se v dospělém životě několika zúčastněných seniorů vyznačoval spíše **abstinenčí**. Alkohol nepili vůbec nebo jen výjimečně z nutnosti a nevytvořili si k němu žádný vztah ani potřebu ho konzumovat. Stejně tak byla zaznamenána období, kdy v dospělosti zúčastnění seniori od alkoholu abstinovali. Ta byla v případě žen obvykle spojena s **těhotenstvím** a s následnou péčí o děti. Někdy senior alkohol v dospělosti vůbec nepil v souvislosti se vzniklým **onemocněním**, kdy považoval nepřipustné v souvislosti se svým onemocněním užívat alkohol. Někdy se abstinence od alkoholu pojila s nutností řízení automobilu, kdy se senior snažil být obezřetný a dbát na to, aby neřídil automobil pod vlivem alkoholu.

Jindy seniori průběhu svojí dospělosti nikdy od alkoholu neabstinovali a konzumace alkoholu je podle jejich úvahy v **umírněnější podobě provázela** celou dospělost. Tuto subjektivní zkušenost dokresluje poslední z uvedených úryvků.

R5: „Někdy, výjimečně, když někde se bylo a byla nabídnuta sklenička, tak člověk z nutnosti nebo z povinnosti vypil, ale jinak vůbec ne.“

R1: „Abstinovala jsem, když přišly děti. Těhotenství, samozřejmě. Člověk se musí držet.“

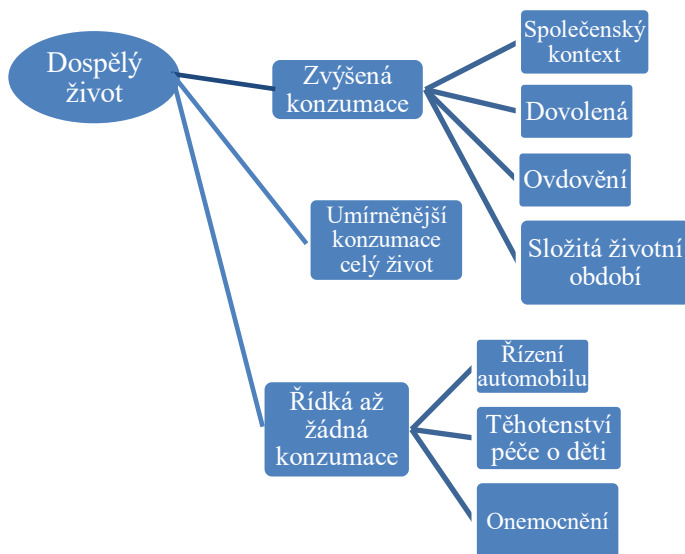
R14: „Bylo to (mluví o abstinenci) vynuceno okolnostma zdravotního charakteru.“

R2: „Když jsem jezdil do práce, vozil lidi autem, tak jsem musel bejt střízlivej. To jsemsi pivo dát nemoh.“

R9: „To ne (neabstinoval). Cigarety, to jsem vypustil, třebaš rok a potom jsem začal zas s cigaretama. Ale potom jsem povídal, končím a už jsem to si nedal, že. Ale alkohol jo.“

Užívání alkoholu v dospělém životě seniora pokračovalo od mládí různými cestami. Různost těchto cest, popsaná v této kapitole, je shrnuta prostřednictvím diagramu 4.

Diagram 4 - Alkohol v dospělém životě seniora



11.5 Odchod do starobního důchodu

Co se týče závěru pracovního života následovaného odchodem do důchodu, mezi dotazovanými seniory převládal subjektivní pocit, že se jedná o příjemné období, o změnu k lepšímu, kdy člověk nemusí nikam chvátat a dělá si, co chce a potřebuje. Na druhou stranu některými dotazovanými byl negativně vnímán úbytek fyzických sil nebo zvýšená únavnost s přibývajícím věkem. Ve smyslu vlivu tohoto období na konzumaci alkoholu měli dotazovaní senioři pocit, že možnost trávit čas doma a nemuset už pracovat **neměla zásadní vliv** na jejich užívání alkoholu. Byl také zmíněn subjektivní názor, že jedinou změnou v souvislosti s užíváním alkoholu byla pouze ta, že jej **senior užíval méně**. A to z toho důvodu, že bylo menší množství finančních prostředků k jeho dostání a že pozoroval svůj horší zdravotní stav.

Způsob trávení důchodu a povídání na toto téma bylo všemi dotazovanými vnímáno pozitivně, rádi se rozprávěli o tom, jak tráví důchod. Bylo zřejmé, že žádný z nich se v důchodu nenudí. Někteří se starali o zvířata, zahrádku, o partnera, jiní rádi navštěvovali své známé, věnovali se luštění křížovek, zvelebování domu, výletům, malování, sledování televize, hraní na piáno, vaření, sportu nebo čtení časopisů či knih. Objevil se také popis velkého pracovního vytížení i v důchodu, kdy senior popisoval, že mu jeho les napadl kůrvec, a tak má i v důchodu spoustu práce.

R7: „*Ne. Pořád stejný, žádnéj alkohol já nevyhledávám.*“

R2: „*Je miň peněz, zdravotní důvody a podobně.*“

R1: „*Nic nemusím, nic mě nehoní, dělám si, kdy chci, co chci, jak chci, ňák abych trošku rámcově stíhala. Užívám si to.*“

R4: „*Můžu pořád vařit a von to někdo, děti, snědí, ale vono je to pryč a zase to musím uklízet...(...).*“

R3: „*Jak trávím důchod? Mám támhle zvířata, tak se starám o zvířata, starám se tady o zahrádku, o partnera, o vnoučata, když přijdou vnoučata. A do lesa jsem chodila, jenže teď mám tu bolavou nohu, tak holt teď nemůžu.*“

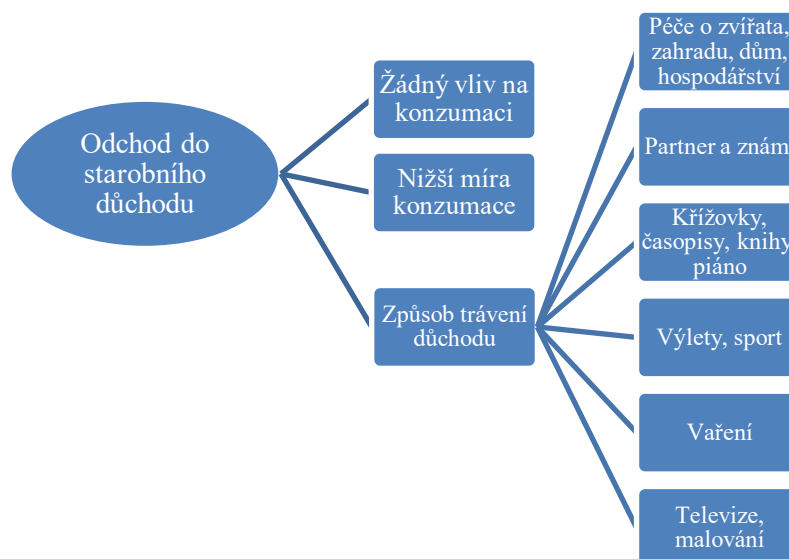
R7: „*(...) po besedách. Dívám se na televizi, čtu tadyhle ty časopisy, semtam dojdou za ňákou babičkou (...).*“

R8: „*Snažím se pracovat na zahrádce, šiju, něco vylepšuju někde doma, co ještě, zavařuju, jedem na výlet nebo se jezdíme koupat do bazénu, snažíme se dycky trošku ňák, abychom si to zpestřili.*“

R10: „*(...) hraju si na piáno, občas si něco přečtu, nakreslim, což mi moc nejde, ale to je jedno, kytičky, zahrada... (...).*“

Výše uvedenou problematiku odchodu do důchodu, jeho subjektivní důsledky ve vztahu k alkoholu a způsob trávení důchodu lze rekapitulovat nahlédnutím do diagramu 5.

Diagram 5 - Odchod do starobního důchodu



11.6 Užívání nyní

Co se týče užívání alkoholu v aktuálním životě seniora, jeho konzumace figurovala především při různých **oslavných příležitostech**, zvláště těch rodinných či v případech tradičních venkovských svátků a oslav. Výpovědi respondentů ohledně příležitostí k užívání alkoholu v jejich nynějším životě byly spojeny s posezením s **přáteli**, různými srazy, nebo s **hraním karetních her v hospodě** s dalšími muži. Hraní karet a obzvláště karetní turnaje byly považovány za velmi náročné pro mnohdy celodenní konzumaci alkoholických nápojů. Za těchto okolností však senior již neužíval destiláty proto, že už je ve svém věku společně k pivu nezvládal pít. Pro některé dotazované seniory zase představovalo užívání alkoholu **součástí běžného dne**, v případě, kdy neřídili dopravní prostředek – automobil. To se alkohol snažili nepít. Zvláště se jednalo o konzumaci piva, kdy senior v průběhu dne, například při pocitu žízně, vypil pivo. Mimo to byla udávána pravidelná konzumace alkoholického nápoje večer. Občasně byla některými seniory navštěvována hospoda, kam se chodilo obvykle pít pivo.

R8: „*Já normálně nepiju vůbec, akorát když je nějaká třeba rodinná oslava, když jsme byli třeba na narozeninách mého bratrána nebo nebo tuhle ve městě, jak měl příbuznej, tak tam si dám pivo. To mi tak nevadí, ale říkám, to vypiju tak za celý den třeba dvě piva. Když jsme na tý oslavě někde.*“

R14: „*Takový trochu divočejší období někdy může být třeba masopust, může tam být maškarní, může tam být pomlázka a tak dále.*“

R4: „*Občas si dame s kamarádkama. Ale co to je, občas. Dvakrát do roka. A je to taky frťan (panák destilátu).*“

R12: „*Každý týden chodím do hospody na karty. (...). A ještě potom turnaje. Ty turnaje, to je dvanáct turnajů do roka, jsou celodenní. Jsou celodenní a tam pijeme od rána do večera. Tam se pije vod rána do večera, protože tam třeba jednou jede (jednou jede člověk na turnaj) a pak zase ty další se střídají a další jedou. Takže když někdo jinej řídí, tak to občas přijdu namazaný. To je náročný.*“

R12: „*Já přes den moc pít nemůžu, to nevím, kdy pojedu. Ale doma si dám třeba jedno pivo, to jako dopoledne, když mám žízeň nebo odpoledne třeba po obědě. Jinak si ho vcelku nedám a potom navečír, když sedneme k televizi, tak to jedno pivo nebo sklenku vína si dám.*“

Někteří dotazovaní senioři užívali alkohol jako **léčivý či úlevný prostředek**, a to například po jídle jako prostředek ke zlepšení trávení. Tato funkce byla subjektivně připisována pivu. Jiní

dotazovaní užívali alkohol jako kloktadlo, k čemuž byl využíván rum a jiní jej zase pili **před spaním** za účelem toho, aby se jim snáze a lépe usínalo, protože alkohol vedl k pocitu zklidnění. Naproti tomu jiní dotazovaní senioři ze svého úhlu pohledu alkohol **prakticky neužívali**, protože množství, které jednou za čas vypili, považovali za minimální, jak je zmíněno prostřednictvím výpovědi respondentky R5. Nakonec byly zaznamenány zkušenosti, že dotazovaný senior užíval alkohol **s dětmi** při různých, zejména oslavných rodinných příležitostech nebo tehdy, když se spolu sešli. Jiní senioři by ale se svými dětmi alkohol nepili.

R8: „Pivo piju kvůli trávení.“

R4: „Sem tam si ho (rum) vezmu na kloktání, ale to je ten lok.“

R10: „Před tím spaním trošku, vono je člověk takovej zklidněnej, bych řekla. (...) Mám takovej pocit zklidnění a líp se mi spí. Já to nepotřebuju, ale když mám na to chuť, že jsem taková víc v klidu.“

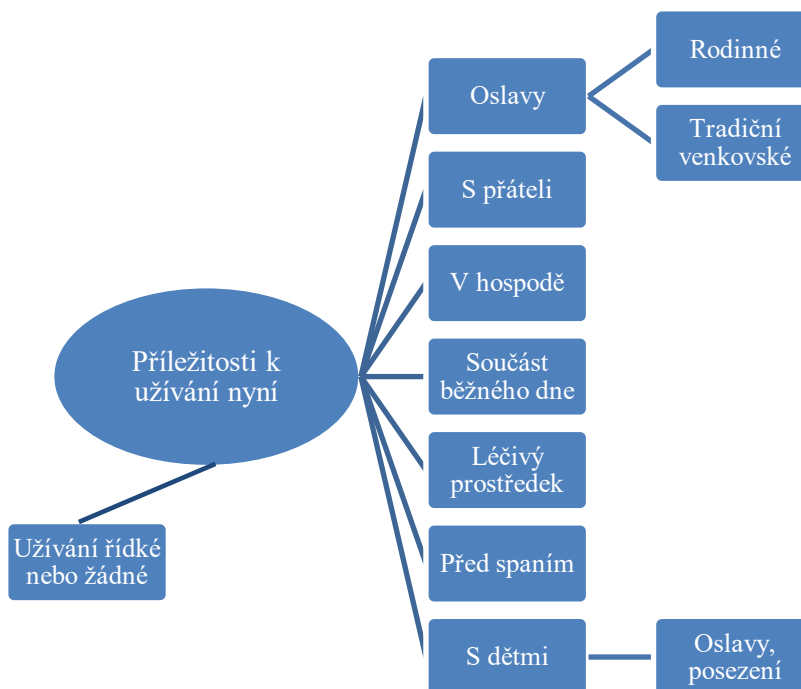
R5: „To se nemůže říct, že piju alkohol, protože to není, to je při příležitosti a doma vůbec ne, to nepřichází v úvahu, abych si nalejvala a pila alkohol. A když tak jednou za čtrnáct dní deci vína, to není pití alkoholu žádný. To se nemůže říct, že je to pití alkoholu.“

R8: „Na oslavách bejvají vnoučata. Nebo dcery jsou tam, tak ty třeba taky pijou něco, ale vnoučata ne, vnoučata nepijou, ale tam jsou u toho taky, že to vidějí, že si třeba dáme.“

R1: „Nepiji (s dětmi), protože jim chci bejt dobrým příkladem.“

Užívání alkoholu v nynějším životě seniorů se vyznačovalo různorodostí příležitostí, účelů a situací, za kterých probíhalo. Tuto různorodost lze postihnout diagramem 6.

Diagram 6 - Příležitosti k užívání alkoholu nyní



11.6.1 Oblíbený alkoholický nápoj

Oblíbenými alkoholickými nápoji dotazovaných bylo **pivo** a také **víno**. Jiní senioři preferovali **destiláty**. Některé dotazované ženy-seniorčky měly rády **sladké likéry** či **míchané alkoholické drinky**. Někdy se preferovaný alkoholický nápoj **měnil** v souvislosti s ročním obdobím, kdy se jiné nápoje pily v létě a jiné v zimě nebo se preference odvíjely podle aktuálního stavu seniora, kdy mohl pít pivo například na zahnání pocitu žízně. Někdy svoje preference senior

vnímal jako období, přičemž neuměl popsat, čím byly různé preference v určitých obdobích ovlivněny.

R12: „Převážně pivo.“

R7: „Štamprdle (panák destilátu) mi chutná, ať je to, jaký chce.“

R1: „Třeba nemusím pivo. Ale zase můžu víno a někdy i něco tvrdšího.“

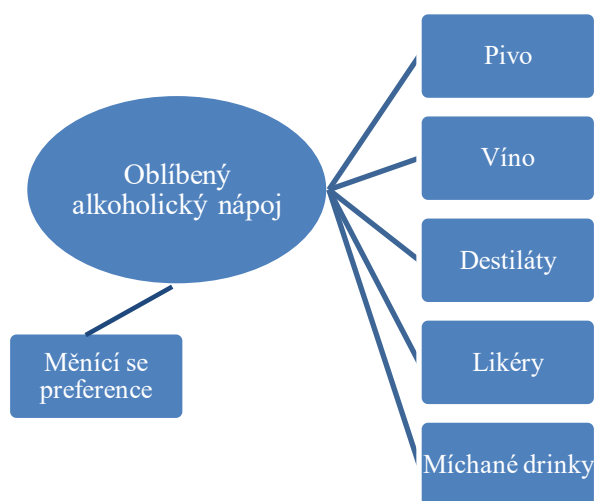
R10: „Převážně, aby to bylo hodně sladký, víno žádný tady u nás sladký není. Slovo sladký pro mě je hodně sladký. Ted' jsem si koupila portský (druh vína), ale to taky není moc sladký, mně nenadchlo příliš. Já vlastně ani nevím.“

R4: „Já bych řekla gin (druh destilátu) v nějakém džusu. Von tam není ani moc cejtít. Protože to je nápoj, kterým se dá i docela vopít. Kdyby jste toho nalili do něho víc. (...). Ale je to osvěžující, je to na žízeň a přitom je to dobrý. Protože si vyberu džus, kteréj mám ráda a ne nějaké.“

R11: „V zimě se mění sortiment trošku, když je zima, tak si člověk třeba dá grog (alkoholický nápoj z rumu), v létě si ho nedá, v zimě si pivo třeba moc nedám, v létě jo, ale jinak se to spíše řídí příležitostí. Doma si dáme, ne pravidelně, ale někdy si dám skleničku vína nebo dvě skleničky vína nebo něco podobného. Z Řecka jsme si přivezli víno, nebo když ho maj v Lidlu, tak to si dám vobčas. Nebo pastis (druh alkoholického nápoje) (...).“

Subjektivně vyjádřené preference ohledně oblíbených alkoholických nápojů, které dotazovaní senioři rádi pijí, se dají vyjádřit shrnutím vyobrazeném v diagramu 7.

Diagram 7 - Oblíbený alkoholický nápoj



11.6.2 Rozdíly mezi manžely

Manželské páry, se kterými byly prováděny rozhovory, se ve dvojici k mnohým tématům vztaženým k užívání alkoholu v nynějším životě stavěly velmi odlišně. Zatímco od manželů bylo možné slyšet, že jejich oblíbeným alkoholickým nápojem je pivo, které si někteří s oblibou dopřávali každý den, od jejich manželek bylo možné se dozvědět, že v pivu nevidí chutný nápoj a když už se ho napijí, tak jen velmi málo a příležitostně. Od žen například zaznělo, že jim užívání alkoholu nic nepřináší nebo že jim ani **nechutná** a že ho pijí spíše výjimečně nebo jen občas. To třeba při nějaké slavnosti nebo rodinné oslavě. Jejich manželé se naopak vyjádřili, že pro ně alkohol představuje běžný nápoj, který **užívají obvykle v průběhu dne**, například pijí pivo na žízeň nebo po obědě si dají pivo anebo jsou zvyklí napít se piva večer. Příkladem je uvedena výpověď respondenta R9. Pro jeden manželský pár bylo naopak charakteristické, že si **spolu rádi večer dali víno** nebo jiný jejich oblíbený alkoholický nápoj, například při sledování televize bez toho, aby nutně museli vypít velké množství. V případě těchto manželů bylo dle jejich výpovědi

zřejmé, že umírněná konzumace alkoholu v páru do jejich života patří. Na tuto skutečnost poukazuje úryvek z výpovědi respondentky R10.

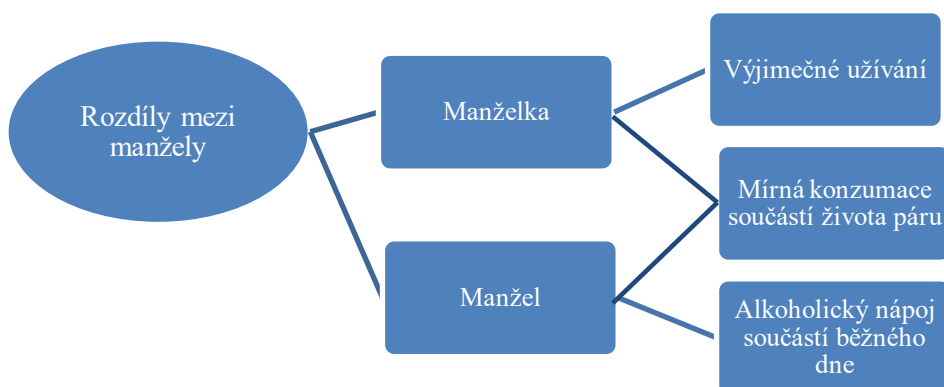
R1: „*Nepiju, protože nemám důvod. A pokud je nějaká oslava, tak většinou řídím, tak jsem z obliga.*“

R9: „*Dneska třeba, je jedna hodina, tak jsem si dal, jsme se najedli, dal jsem si pivo. Mám ho tady načaté. Já si dám každý den a večer si dám ještě další.*“

R10: „*(...). Tak se koukáme večer na tu televizi a teď už je člověk takovej tento (unavený), tak jenom malinko (mluví o tom, že se společně s manželem napijí). (...).*“

Na základě výše uvedených dat byl vytvořen diagram 8, který zachycuje a shrnuje, jak se k užívání alkoholu staví dvojice manželů z dotazovaných seniorů.

Diagram 8 - Rozdíly mezi manžely



11.6.3 Obstarávání alkoholu

K tématu obstarávání alkoholu se obvykle vztahoval fakt, že nějaký alkohol měli senioři v **zásobě doma** a byl tak snadněji dostupný. Tyto zásoby si senioři sami nakoupili, případně za ně nakoupily jejich děti nebo alkohol dostali darem, a to například od svých blízkých – ti jej mohli přinést při návštěvě, k oslavě nebo jim byli obdarováni k narozeninám či k svátku, jak dokládá úryvek z výpovědi respondentky R8. Někteří senioři měli alkoholu podle svého názoru doma velké množství, ale obvykle jej nepili, pouze jim ležel doma. Objevil se také názor, že je potřeba doma nějaký alkohol mít v zásobě, aby bylo co nabídnout, pokud někdo přijde na návštěvu nebo například pográtulovat. Jindy byl alkohol považován za směnnou věc, kdy mohla být láhev alkoholického nápoje věnována například jako protisloužba. Jiní senioři doma naopak **žádný alkohol neměli**.

R3: „*Alkoholu mám doma plno. Ale ani mě nenapadne, abych si to vodevřela. To jsem dostala dycky vod někoho za něco.*“

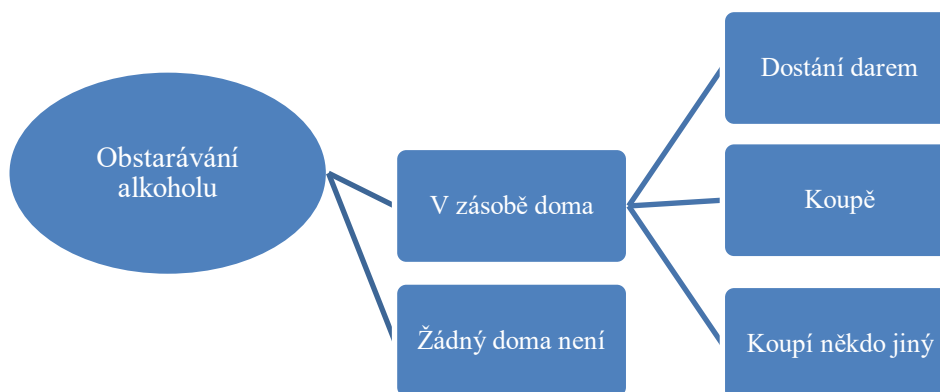
R8: „*To spíš děda dostane třeba když má narozeniny, svátek, někdy si i koupí a takhle od dětí (dostane).*“

R13: „*Spíš dostali. To byly ty svátky, narozeniny nebo děti někdy dají šišku salámu anebo přivezou flašku, tak já si to tady doma schovám. Nebo dostanou, spíš koupějí.*“

R6: „*Nemám. To nemám, vůbec.*“

Varianty obstarávání alkoholu zúčastněnými seniory a jeho zásoby doma se dají vyjádřit diagramem 9, který znázorňuje výše uvedené zkušenosti.

Diagram 9 - Obstarávání alkoholu



11.6.4 Škodlivost alkoholu

Názory na škodlivost alkoholu byly poměrně variabilní. Část seniorů byla toho názoru, že alkohol člověku **škodí**, že mu neprospívá. Někteří senioři byli přesvědčeni, že **větší množství alkoholu člověku škodí** a že menší množství alkoholu neškodí. Další část se domnívala, že alkohol užívaný v malé míře neškodí, ale že může mít **léčivé účinky** nebo že užívání alkoholu člověku **neškodí**. S tématem škodlivosti alkoholu se pojily i domněnky ohledně toho, jestli se v České republice užívá alkohol nadměrně, anebo málo. I tyto názory se velmi rozcházely. Někteří senioři totiž byli toho názoru, že se v ČR **alkohol užívá málo**, a naopak někteří uváděli, že se v ČR **alkoholu užívá moc** anebo že **záleží na konkrétních lidech**, protože různé věkové skupiny či různé profese mohou vykazovat v množství konzumovaného alkoholu různé odlišnosti.

R7: „*Já myslím, že škodí každému, ne? Já myslím, že škodí každému. Komu by to svědčilo, to nevím, myslím si, že žádnému.*“

R2: „*Všecko, co se přehání, tak škodí. Vono i sportovci, když hodně sportujou, taky jim to škodí na zdraví.*“

R3: „*Škodí. Ve velké míře škodí, v malé míře si myslím, že pomáhá. Léčí taky.*“

R9: „*Asi ne (neškodí).*“

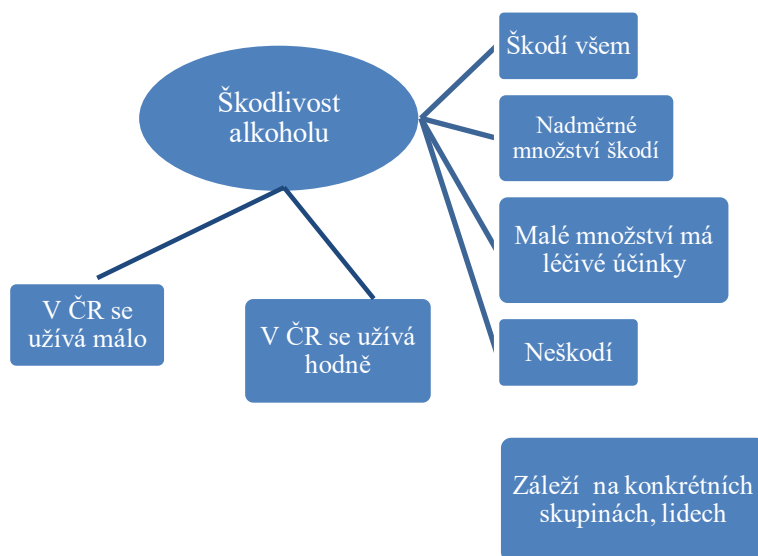
R2: „*Já myslím, že ne. Že jsou na tom země o hodně hůř (co se týče pití alkoholu).*“

R5: „*Já myslím, že jo (že se v ČR hodně pije). Já takhle nejsem ve styku s někým, kdo holduje alkoholu a pije alkohol, v té společnosti se nepohybuju, tak nemůžu říct.*“

R14: „*Myslím si, že se pije hodně v některých věkových skupinách, v některých profesích, a tak dále. Jsou i různé výzkumy. Člověk třeba čte, že u některých povolání, který jsou náročný, tak že se to léčí alkoholem. Jsou různé výzkumy typu, já nevím, že matky na mateřské, když se cítí osamělé, a tak dále.*“

Diagramem 10 lze prezentovat názory dotazovaných na škodlivost alkoholu a míru jeho užívání v ČR.

Diagram 10 - Názor na škodlivost alkoholu a míru užívání v ČR



11.6.5 Užívaná léčiva

Dotazovaní senioři pravidelně nějaké léčivo užívali a mnohdy také byli léčeni několika druhy léčiv současně a několikrát denně. Přes léky na regulaci vysoké hladiny cholesterolu v krvi (statiny) se vyskytovalo užívání antihypertenziv k léčbě hypertenze, antiastmatik, homeopatik⁷, analgetik, antiparkinsonik k léčbě Parkinsonovy choroby, benzodiazepinů, venofarmak⁸, kortikoidů⁹, léků na spaní, léků na regulaci funkce štítné žlázy, léků zlepšující prokrvení mozku ze skupiny fytofarmak¹⁰, antidiabetik¹¹, antikoagulantů¹², antiarytmik k léčbě srdečních arytmií anebo léky k léčbě zvětšené prostaty. Někdy senior uvedl, že žádná léčiva neužíval anebo užíval pouze doplňky stravy nebo bylinné přípravky, například přípravky z třezalky tečkované.

R2: „Na tlak a na cholesterol. (...). simvastatin, ten je na cholesterol a pak je tam na tlak. (...). Jednou denně.“

R13: „Beru na štítnou žlázu, pak na tu arytmií a pak беру na cholesterol. A teďka mi dali na ředění krve...(...).“

R8: „Užívám léky na štítnou žlázu, každý den. A na cholesterol taky každý den a jiný ne.“

⁷Homeopatika jsou produkty pocházející z rostlin (např. břečťan), minerálů nebo ze zvířat (např. nadrcené celé včely). Homeopatie je založena mimo jiné na teorii, že nemoc může být vyléčena látkou, která vyvolává podobné příznaky u zdravých lidí, jak říká National Centre for Complementary and Integrative Health (NCCIH) (NCCIH, 2018).

⁸Venofarmaka se užívají k léčbě žilních onemocnění (indikací jsou například hemoroidy nebo varixy dolních končetin, lidově křečové žíly). Zpevňují žilní stěnu, působí proti otokům a protizánětlivě a ovlivňují mikrocirkulaci krve (Vokurka et al., 2015).

⁹Kortikoidy jsou látky podobné hormonům kůry nadledvin. Léčebně se používají mimo jiné pro své protizánětlivé a protialergické účinky (Vokurka et al., 2015).

¹⁰Fytofarmaka zahrnují rostlinné přípravky, které se používají k léčbě onemocnění (Vokurka et al., 2015).

¹¹Antidiabetika jsou označení pro léky, které se využívají pro léčbu diabetu mellitu. Patří sem inzulin podávaný v injekcích a tzv. PAD, perorální antidiabetika v tabletové formě (Vokurka et al., 2015).

¹²Antikoagulantia tlumí krevní srážlivost. Jedná se o léky, které se užívají při prevenci a léčbě nadměrného srážení krve (Vokurka et al., 2015).

R9: „Mám isicom na parkinsna (k léčbě Parkinsonovy choroby), rivotril (benzodiazepin) a ještě něco, já si na to nemůžu vzpomenout.“

R3: „Analgetika. (...). Každý den a někdy i víc. Když to mám v noci (mluví o bolesti nohy), tak víc.“

R7: „Já jich užívám hodně třikrát za den. (...). Takže godasal (patří mezi antikoagulancia), simvastatin (statin) a zolpinox na spaní a ještě nějaký.“

R1: „Na žíly, denně, detralex (venofarmakum). Na oči, denně si kapu. A teď jsem byla u pani doktorky homeopatičky a mám nějaká homeopatika.“

R5: „Tanakan (fytofarmakum), to není přímo od lékaře, já jsem totiž byla v nemocnici, takovou malou mozkovou příhodou (...). A je to na hlavu by se řeklo. A potom používám nějaký léky jako vápník na kosti. To je všechno.“

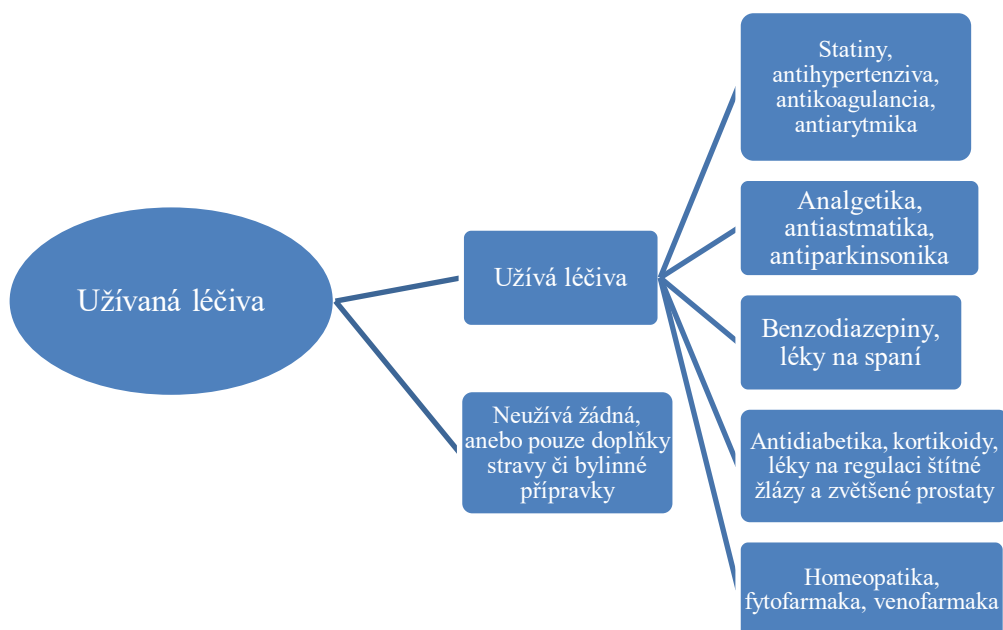
R11: „Teďka momentálně používám mommox (kortikoid) (...), do nosu. Potom miflonid, protože mám astma lehký, ale neužívám ho pravidelně, když nemám pocity, že to je potřeba, tak to neužívám. Pak používám na prostatu, zoxon, ještě a na tlak.“

R12: „Já píchám inzulin. Denně. Čtyřikrát denně si píchám. Já jsem diabetik. A jinak užívám glukophage (antidiabetikum) a ještě něco tam mám, na prostatu jeden prášek po ránu.“

R4: „Neužívám nic. Jenom doplňky, to znamená vitamíny a omega trojku, šesku nebo co to je za směs.“

Přehled užívaných léčiv, které si senioři během rozhovoru vybavili, přináší diagram 11.

Diagram 11 - Užívaná léčiva



11.6.6 Užívání léčiv a alkoholu

Dotazovaní senioři se snažili být podle svého názoru **opatrní**, co se týče užívání alkoholu a léků, protože si byli jistí, že jim tato kombinace může přinést negativní zdravotní důsledky, jak dokládají uvedené výpovědi respondentů. Zmiňovali význam příbalového letáku léku, ve kterém by si zjistili potřebné informace o škodlivých interakcích léků s alkoholem, aby si neškodili. Někteří senioři se rovněž domnívali, že v některých případech současné **užití alkoholu a léčiva nevadí**.

Lékař předepisující lék či lékárník **nedával příliš často seniorovi radu** týkající se konzumace alkoholu během užívání léku či doplňku stravy nebo radu ohledně rizika vzniku interakcí s alkoholem. Někdy ale senior vzpomínal, že takovou **radu dostal**. V jiných případech spoléhali například na **informace z příbalového letáku**, jak dokládá výpověď respondentů R11. Z výpovědi jedné seniorky také bylo patrné, že ji lékař či lékárník o možných interakcích léku s alkoholem nepoučil a v užívání menšího množství alkoholu během užívání léku **problém nespatořovala**. Byla zmíněna i situace, kdy se lékař navíc zeptal seniora, zda alkohol užívá a **doporučil mu snížit užívané množství** alkoholu, což znázorňuje poslední uvedená výpověď.

R13: „Určitě bych řekla, že to nepůsobí dobře. Na jakékoliv lék alkohol ne.“

R1: „Určitě, to se musí vopatrně. To se musí přečíst návod u léku. Někdy to třeba nevadí, ale většinou to asi u většiny léků nedělá dobrotu.“

R11: „Abych řek pravdu, to si nevzpomínám, jestli (jej lékař poučil). Vždycky je tam samozřejmě příbalovej leták, tak si tam člověk čte, co to je, takže to si většinou čtu, vždycky.“

R7: „To víš, že to řekl, že se nesmí alkohol, když bereš tyhlecty léky.“

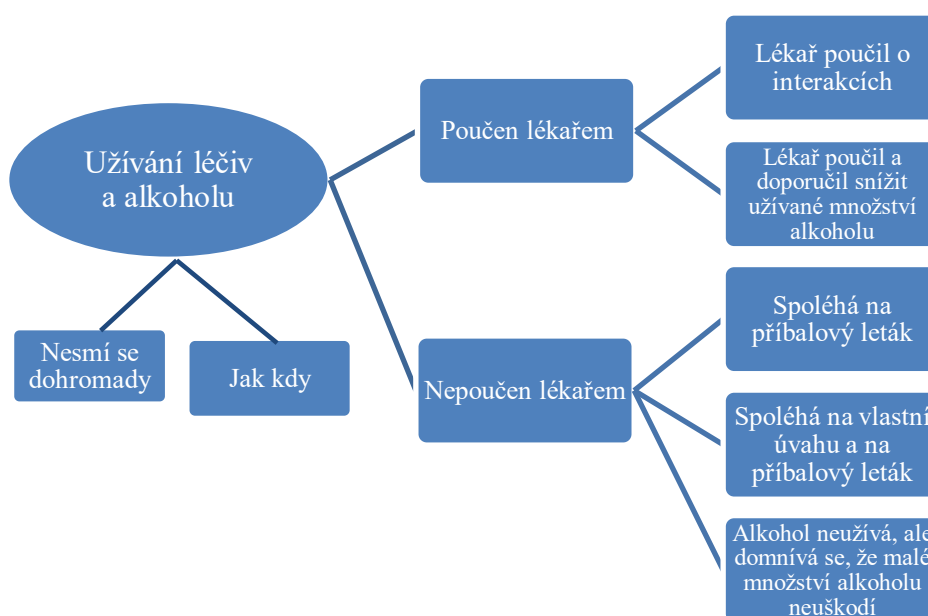
R12: „To určitě, jo. Jedno pivo se říká, že je pět lívanců. Tak já denně těch deset lívanců asi dám. A doktor, protože asi ví, že chlapi si daj vobčas, tak ten (respondentovi řekl): Tak jedno pivo, ale víc ne. (...). To spolu diskutujem. Já mu říkám, já to vomezím, pane doktore. A dvě deci vína, jenomže manželka to víno moc nerada vidí. Pro mě by bylo lepší pít, já nevím. Ale pil jsem jeden čas (víno), nepil jsem pivo, ale pil jsem víno a nějak jsem si to ředil.“

R4: „Já si je vobčas přečtu (mluví o příbalovém letáku)... To může bejt ale i s bylinama. Byliny, léky a potraviny některý k sobě nejdou. Pokud si uvědomím to, který to jsou, tak se tomu snažim vyvarovat. Ale vzhledem k tomu, že těch bylinnejch přípravků, když budu pít čaj z třezalky nebo z něčeho a jednou za čas, tak mě to nemůže žádnou reakci s ničím udělat. A s těma potravníma doplňkama taky ne. A třezalka, tu taky já nepiju, já spíš se v tom koupu a když se v tom koupu, tak to jde přes kůži, tak to je delší cesta.“

R5: „To myslím, že ne (nepoučil ji lékař). A já ani alkohol nepiju, deci vína ale snad nemůže uškodit.“

Diagramem 12 lze naznačit, jaké charakteristiky se vyskytly ve výpovědích respondentů v souvislosti s užíváním alkoholu léčiv.

Diagram 12 - Rada od lékaře či lékárníka



11.7 Potřeba odborné pomoci

Osobní názory na nutnost vyhledání odborné pomoci, pokud má člověk problémy s nadužíváním alkoholu, se mírně různily. Někteří respondenti zastávali názor, že se jedná o velmi **individuální záležitost**, která je odlišná od člověka ke člověku a od jejich fáze pití, že záleží například na konzumovaném množství či na míře závislosti na alkoholu. Také bylo pojmenováno, že si někdy lidé **mohou pomoci i sami**, pokud je alkohol ještě příliš nepoškodil. Dále bylo zmíněno, že samotná snaha rodiny pomoci takovému člověku mnohdy nestačí. Jiní dotazovaní byli toho názoru, že člověk sám své nadužívání alkoholu bez odborné pomoci **nevládne**. Kromě důležitosti odborné pomoci či léčby bylo rovněž zmíněno, že nadužívání alkoholu může být často spojeno s prožíváním nejrůznějších problémů. K tomuto tématu byl vyjádřen pocit, že je potřeba řešit kromě alkoholu i různé životní potíže, které byly s nadužíváním alkoholu spojeny. Bylo také podotknuto, že odborná pomoc má sice význam, ale zároveň velmi **záleží na motivaci** člověka a na jeho vůli a ochotě k léčbě či k takové pomoci.

Jiní z dotazovaných seniorů by byli pro **radikálnější řešení**. Zmínili například časově náročné zaměstnání člověka a velké množství zájmů, které by odvádělo pozornost člověka od alkoholu.

R1: „Přijde na to, v jaký fázi toho pití je. Myslím si, že pokud mu to trochu ještě myslí, tak že to třeba dokáže zvládnout sám, když si uvědomí ten problém. Ale pak už ten démon nad ním vítězí a pak už on sám není sto to zvládnout. Myslím si, že lidi určitě potřebujou odbornou pomoc. Ale tam je asi problém, že si nepřiznají, že už jsou ve stavu, kdy by měli někoho vyhledat a začít to řešit, že si pořád myslí, že to zvládají, že to je dobrý, v normě a ono už je to dávno za hranou.“

R2: „(...) to si žádnéj sám nevyřeší. Když má někdo problém s alkoholem, tak si to žádnéj sám nevyřeší.“

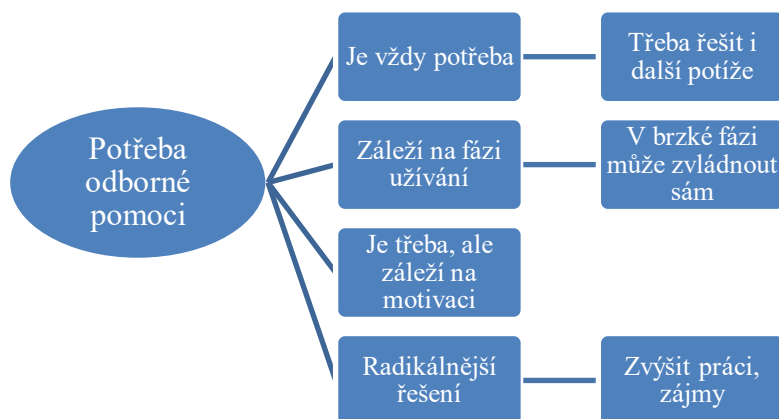
R14: „Určitě (mluví o nutnosti odborné pomoci), ale otázka je kdy, v jaké fázi, jaký prostředí a já nevím. Já si myslím, že většinou ten alkoholismus, takhle – můžu si to myslet, protože podle mě ta situace nenastala – souvisí ještě s něčím jiným. Se ztrátou zaměstnání, s úmrtím někoho, nějaký problémy, vlastní zdraví. Že to nejní samo vo sobě, to je prostě spojený, těch možností bude více. Tak to taky řešit. (...). Nemůžu generalizovat, někde ta šance je větší, někde menší, ale většinou takovej člověk potřebuje pomoc, ano, odborníka a nemusí to bejt zrovna ta poslední fáze, když už se někde léčí.“

R5: „Já myslím, že by byla dobrá nějaká odborná pomoc, ovšem jde to, jestli ti, kteří potřebují tu pomoc, jestli to neodmítají, anebo jestli to přijmou. To je otázka. To je hlavní důvod, jestli budou pít nebo nebudou pít.“

R2: „Nasadit tomu člověku tolik práce, aby na ten alkohol neměl čas. Zvýšit zájmy. Veškerý zájmy, aby měl, aby měl dost činností, aby neměl čas jen sedět, lelkovat a chlastat.“

Výpovědi seniorů k nutnosti odborné pomoci v léčbě nadužívání nebo závislosti na alkoholu zachycuje diagram 13, kterým se dají tyto výroky shrnout.

Diagram 13 - Potřeba odborné pomoci



11.7.1 Na koho se obrátit

Účastníci výzkumu se zamýšleli nad otázkou, na koho by se obrátili v případě potíží s nadužíváním alkoholu u sebe nebo u svého blízkého staršího člověka. V souvislosti s touto otázkou byla několikrát uváděna důležitost **rodiny** člověka – jako prvních lidí, na které se lze podle účastníků obrátit v případě nadužívání alkoholu. Kromě rodiny byl kladen důraz na dobré jméno a **vysokou úspěšnost léčby**, což pramenilo z vlastní minulé traumatické zkušenosti dotazované R4, kdy i přes odbornou kvalifikovanou léčbu jejího synovce došlo k jeho sebevraždě. Některými seniory byl nastíněn konkrétní postup jejich jednání v případě, že by někdo jim blízký nadužíval alkohol. Nejprve by hledali potřebné informace na internetu a pak by na základě získaných informací kontaktovali **odborné pracoviště**. V tomto ohledu byl také uveden názor na to, jak může být po skončení léčby návrat do běžného života pro člověka obtížný: Respondentka R6 měla za to, že naběhnutí na předchozí životní stereotyp zpátky do denních starostí může znovu člověka vést k užívání alkoholu.

V souvislosti tématem, na koho by se obrátili v případě potíží s nadužíváním alkoholu u sebe nebo u svého blízkého člověka, bylo častokrát dotazovanými zmíněno, jaké konkrétní podoby odborné pomoci existují v takovém případě. Jmenován byl **psycholog, farmakologická léčba, alternativní způsoby léčby, ústavní léčba, ambulantní léčba** či **poradny** nebo **telefonní linky**.

R1: „Asi s rodinou bych to řešila.“

R4: „Když už, tak by to bylo kvalitní. Nemusí to být čtyři kilometry nebo sto, to nerozhoduje jako spíš kvalita toho terapeuta.“

R6: „Asi bych zkusila hledat chvíli na webu a kontaktovat nějaké odborné pracoviště, které by na stránkách uvádělo, že se zabývá léčbou závislosti. (...). Vím, že existuje řada pracovišť, specializovaných na nejrůznější typy závislosti. Otázka je, když se pak ten léčený po nějaké době vrátí zpátky do toho svého běžného života a potkává se tam zase s těmi problémy nebo starostmi nebo stereotypem životním, a hlavně i s těmi známými a kamarády, s kterými běžně alkohol konzumoval, jestli pak v té společnosti, kde se pije, je schopen i po té léčbě odolat. Jestli je schopen si nastavit svůj hodnotový žebříček trochu jinak, aby tam ten alkohol už nehrál žádnou roli. To si myslím, že je hodně náročný. Myslím, že i když ho třeba v tom odborném pracovišti hodně vyzbrojí nějakými mechanismy, tak že ne vždycky se to tomu člověku podaří.“

R1: „(...) psycholog, kterej by dokázal promluvit do duše těm lidem. A pokud to nepomůže, takodvykačky.“

R13: „(...) linky, kam by si člověk moh zavolat, poradit se, si popovídat vo tom problému. A pak asi jsou ty protialkoholní léčebny.“

R12: „Myslím si hlavně ty protialkoholní zařízení. A potom nějaký ty poradny protialkoholní.“

R4: „Myslím si, že není ta pomoc jednoznačná určitá, ale že může být různá. Přes chemii a léky, přes alternativu a přes alternativní léčbu někde, výjezdama do jiného prostředí, všemožná, že může být.“

R14: „Já si myslím, že by do toho měl hodně mluvit ošetřující lékař, kterej zprostředkuje na základě svých znalostí určení, co by bylo pro něj asi nejvhodnější. Nemusí to být hned žádná psychiatrie, on by třeba – jsou poradny, který to třeba řeší (...). Myslím, že spíš začít vod toho nejnižšího stupně, že ne hned rovnou – to už asi klecový lůžka nejsou – ale předpokládám, že tam v té ambulantní léčbě by se určilo, jestli je to dostatečný nebo ne.“

R11: „Apolinář. Tam asi někde. Někdy kroužky (mluví o terapeutických skupinách) a tam si o tom povídají všechno možný a jedí, jak se to jmenuje, antabus.“

Naproti tomu někteří dotazovaní senioři **netušili**, na koho by se obrátili nebo jak by v podobné situaci jednali, protože se s podobnou situací ještě nesetkali anebo nad ní ještě nepřemýšleli. Jeden z dotazovaných, senior R9, by vsadil na **domluvu blízkému**, aby svoje pití omezil. Objevil se také názor jednoho z dotazovaných seniorů, který si byl jistý, že v případě nadužívání alkoholu u sebe by byl **odkázán na pomoc rodiny či okolí**, protože by si o ni sám nedokázal říct. Nakonec bylo také zaznamenáno, že v případě blízkého člověka by se senior pokusil o pomoc, pokusil by se o její vyhledání. Nicméně v případě sebe sama nebo jiného staršího člověka byl uváděn pocit, že vyhledání odborné pomoci nebo samotná **léčba již nemá smysl a význam**, protože ve stáří už člověka nic nečeká.

R8: „Nad tím jsem ještě nikdy nepřemejšlela.“

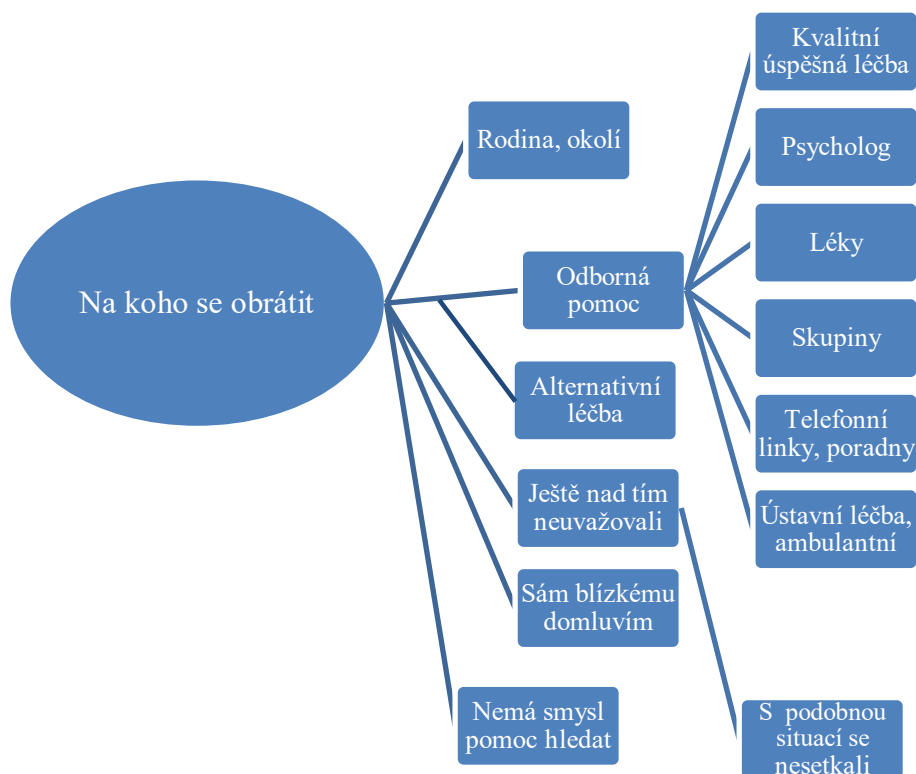
R9: „Asi bych mu povídal, jestli by to nemohl nějak zmírnit.“

R12: „Kdyby to bylo u dětí, tak se vobrátím na manželku, kdyby to bylo u mě, tak se nebudu vobracet, to obvykle člověk už necítí. Popíjí a myslí si, že je to v pořádku. Takže těžko sám bych se na někoho vobracel. Spíš by člověk čekal nebo ne čekal, ale určitě tu pomoc nevyhledává. (...). Já si myslím, že by to měl řešit někdo jinej, protože ten člověk, kterej se na ten chlast dá, tak určitě sám nebude, aby se to vodnaučil.“

R4: „Pro svoje hoblížkýho v rámci zachování nebo vylepšení jeho stavu bych se snažila. Ale pro sebe nebo někoho starýho, to už mně přijde, že nestojí za to. Dyt' co je na tom, když už ho nic nečeká...“

Výpovědi týkající se tématu, na koho se obrátit či jak řešit nadužívání alkoholu nebo závislost u svého blízkého nebo u sebe se snaží vystihnout diagram 14, který zachycuje a třídí osobní postřehy seniorů k tomuto tématu.

Diagram 14 - Na koho se obrátit



11.7.2 Péče o seniora

Dotazovaní senioři se dále vyjadřovali k tématu péče o seniora, který má problémy s nadužíváním alkoholu. Od dotazovaných zaznělo, jaký mají oni sami názor na takovou odbornou pomoc, léčbu či péči o člověka, který je v seniorském věku a má problémy s nadužíváním alkoholu a jaká specifika by podle nich měla být vzhledem k vyššímu věku brána v úvahu. Někteří dotazovaní se přikláněli k názoru, že by se péče o seniora **neměla lišit** od jedince v mladším věku. Naproti tomu podle výpovědí jiných respondentů by se péče o člověka v seniorském věku **měla odlišovat** od člověka v mladší věkové kategorii. Zmiňována byla odlišnost seniorů v jejich domnělé slabší vůli k omezení nadužívání alkoholu a nutnost řešit rozličné důvody nadužívání alkoholu ve stáří. Byly představeny i konkrétnější představy toho, jak by se péče o seniora nadužívajícího alkohol měla lišit. Hovořilo se o **důležitosti rodiny** seniora. Také byla popisována osamělost seniora, nuda z nedostatku práce a málo životních radostí, které mohou seniory provázet při nadužívání alkoholu. Jiný dotazovaný si byl jist, že se jedná o velmi složitou problematiku, ale napadl ho **praktický lékař**, jako jeden z odborníků, který by mohl jako jeden z prvních pomoci. Někteří dotazovaní nad problematikou péče o seniora, který má problémy s nadužíváním alkoholu, zatím **neuvažovali** a dalšími byly vyjádřeny **pochybnosti o smyslu léčby** v seniorském věku. Nakonec jeden senior by nadměrné užívání alkoholu u jiného seniora **neřešil**, pokud by jeho užívání nepřekročilo únosnou míru, jak znázorňuje poslední z uvedených výpovědí.

R9: „*To asi ne, to asi by se nemělo lišit (mluví o odborné péči).*“

R1: „*Jináč se musí na mladý, jináč na starý. A u těch starejch je to asi problematičtější, protože ten návyk už je dlouhodobej a budou se toho těžko zříkat. Ta vůle už nejní tolik silná.*“

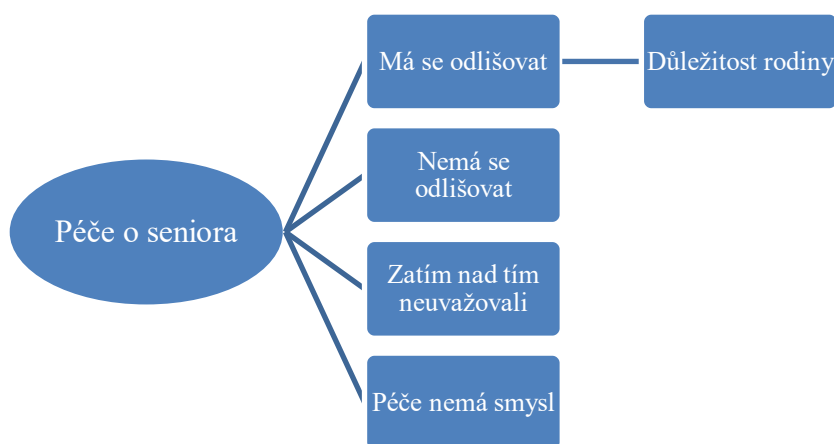
R6: „To by asi měla se lišit (mluví o odborné pomoci). (...) u starých lidí to bude obecně nejspíš složitější. Tam by asi stálo za to, aby se víc zapojila rodina, víc se jako... semkli. Kolem toho starého člověka. Protože ten už nemá práci a třeba má ty vnoučata, co by mu mohly ještě dělat radost a tu společnost. A taky, když ten člověk má manžela, manželku, zjistit jejich roli v tom, zalarmovat je.“

R4: „Nad tímle jsem ještě nepřemýšlela. Ten v tom asi bude zabředlej víc. A bude asi větší nárok na toho doktora nebo terapeuta. Ale jak jsem říkala, třeba u mě už mi přijde, že to nestojí za to.“

R12: „U starého člověka bych to tolik neřešil jako u mladýho. Protože když se ta závislost u mladýho dostaví, tak tam je třeba to řešit a nějaký důvody to taky má. Takže u mladýho člověka určitě řešit, ale u starýho jenom, aby to nepřekročilo jistou míru. Obvykle starší lidi, čím je člověk starší, tím toho alkoholu vypije míň než zamlada. A zamlada u tý muziky, to bylo panáků a dneska už to nejde.“

Na výše uvedenou problematiku poukazuje diagram 15 reflektující názory seniorů k péči o starého člověka s problémy s nadužíváním alkoholu nebo se závislostí na něm.

Diagram 15 - Péče o seniora



11.7.3 Péče o seniora na venkově

Dotazovaní senioři uvažovali nad tím, jak by měla vypadat péče o seniora, který má problémy s nadužíváním alkoholu na venkově, kde bývá k odborné péči místně daleko. Z jejich výpovědí vyplynulo, že důležitou roli v této problematice sehrává **praktický lékař**, který by mohl být prvním odborníkem, se kterým se takový senior setká. Často byla také kromě praktického lékaře vyzdvižována důležitost **rodiny či sousedů** seniora jako bezprostředního okolí, které může jako první rozpoznat problém a které by seniora mohlo k odborníkům doprovázet. Bylo jmenováno, že problém nastává v případě, když senior žije sám. V takovém případě zbývala jediná možnost lékaře či sousedů. Jedna dotazovaná seniorka hypoteticky uvažovala nad specializovaným **zařízením**, které by fungovalo v součinnosti s rodinou. Dotazovaní senioři také přemýšleli nad konkrétními podobami pomoci, které si představovali v souvislosti s řešením problémů s nadužíváním alkoholu u seniora a které by zkusili podniknout oni sami. Zmíněno bylo nemít doma žádný alkohol, mít stále co na práci či nenavštěvovat hospody. Jindy dotazovaná respondentka nad touto problematikou ještě **nepřemýšlela** a byla by pro to, aby byla pomoc nalezena spíše ve městě.

R2: „V první řadě by to asi měl poznat praktik. A praktik by měl toho člověka někam poslat a měl by rozeznat alkoholismus. Praktik by mu měl dát nějaký doporučení jinam, pokud se ten člověk bude chtít léčit.“

R12: „(...) Hlavně to o sobě věděj, ty sousedi.“

R11: „Když nějakou rodinu má, tak by se rodina do toho měla nějakým způsobem zasadit, aby se třeba léčil nebo podobně. Když je ten člověk sám, tak to je problém. To nikdo nemusí ani vědět. (...). Jedině, pokud ty lidi

chodí občas k lékaři, tak je tam doktor, tak by se ho zeptal, ale ten člověk, když mu to neřekne, myslím, že s tím se dá těžko něco dělat. (...). O sobě to věděj sousedi.“

R1: „Kdyby byly prachy, tak by klidně mohlo být zařízení, který by podle užívání mapovalo a který by ty lidi s nějakýma sociálníma pracovníkama vyhledávalo třeba na žádost rodiny.“

R5: „Nad tím jsem ještě nepřemýšlela. Asi by si ten dotyčný musel dojet do nějakýho toho města.“

R13: „V první řadě by to člověk, nesmělo by to (mluví o alkoholu) být doma. Aby to člověk neviděl, že to tady je a jako si to nedal. Nekupovat to, nemít to doma. Nechodit do hospody.“

Domněnky, názory a myšlenky respondentů k tomu, jak by měla vypadat péče o seniora na venkově, shrnuje diagram 16.

Diagram 16 - Péče o seniora na venkově



11.8 Fenomén rizikového užívání alkoholu

Pro dotazník AUDIT platí, že dosažení cekového skóre, které je rovno nebo vyšší než 8, je považováno za indikátor rizikového či škodlivého pití. Protože však účinek alkoholu kolísá v závislosti na průměrné tělesné váze člověka a na rozdílech v jeho metabolismu, stanovuje se hranice pro všechny ženy a pro muže starší 65 let o jeden stupeň níže (Babor & Higgins-Biddle, 2010a). To znamená, že při skóru rovném 7 nebo vyšším bylo vyhodnoceno, že se jedná o indikátor rizikového pití alkoholu. Někteří autoři však uvádějí i jiné mezní skóre – je navrhováno, aby u starších lidí byla mezní hodnota dosažení čísla 5 (Lal & Pattanayak, 2017).

Mimo to však lze říci, že z technického aspektu platí to, že je-li naměřeno vyšší skóre v dotazníku, znamená to jednoduše vyšší pravděpodobnost rizikového pití (Babor & Higgins-Biddle, 2010a).

Tabulka 12 seřazuje respondenty podle jejich kódu, pohlaví, věku a dosaženého skóre v dotazníku AUDIT. Tučně jsou zvýrazněni respondenti, kteří dosáhli skóre 7 nebo vyššího. Z tabulky je zřejmé, že 4 respondenti se pravděpodobně nacházeli na hranici nebo za hranicí rizikového užívání alkoholu, protože jejich celkové skóre v dotazníku AUDIT bylo 7 nebo více. Jednalo se o 3 muže a 1 ženu.

Tabulka 12 - Respondenti podle kódu, pohlaví, věku a výsledného skóru v dotazníku AUDIT

Kód respondenta	Pohlaví	Věk	Celkový skór AUDIT
R1	Žena	66	2
R2	Muž	67	7
R3	Žena	65	9
R4	Žena	73	3
R5	Žena	89	1
R6	Žena	65	2
R7	Žena	88	3
R8	Žena	66	2
R9	Muž	67	6
R10	Žena	66	3
R11	Muž	68	6
R12	Muž	71	11
R13	Žena	70	2
R14	Muž	65	7

Cenné byly výpovědi respondentů s rizikovým užíváním alkoholu. Respondentka R3, která podle dotazníku AUDIT dosáhla úrovně rizikového užívání alkoholu, nahlížela na sebe sama jako na neabstinující: Udávala, že pila alkohol jen při nějaké příležitosti, konkrétně zmínila **oslavy**, a ve všední dny se snažila alkohol nepít. Další respondenti s rizikovým užíváním alkohol pili hlavně **ve společnosti**, verbalizován byl pojem v dobré společnosti. Užívání alkoholu během zmíněných oslav bylo blízké i respondentovi R14, který se také octl v rizikovém pásmu užívání alkoholu. Pro toho bylo navíc charakteristické, že se domníval, že má svoje **pítí pod kontrolou**, jak dokládá poslední z níže uvedených výpovědí.

R3: „Když jsou oslavy. Když je příležitost nějaká, tak si dám. Jako neabstinuju. Ale jinak všední den celkem ani ne. (...)“

R2: „(...) při oslavách. (...) Když jsou nějaký oslavy, společnost dobrá.“

R14: „(...) Jinak když je člověk ve společnosti, taky záleží v jakéj (mluví o kontextu pití alkoholu). (...) Když člověk chytí slinu, nebo jak se to nazývá, to ano, taky se to může stát, nelze to vyloučit (mluví o tom, že se opije), ale zatím jsem to měl všechno pod kontrolou. Aspoň si to myslím.“

Někdy bylo zmiňováno pití alkoholu pro jeho **chuťové vlastnosti** a pro **utlumení žízně**. Tento účel plnilo obvykle pivo. Jako příklad slouží respondent R12, kterému alkohol podle jeho výpovědi chutnal a vyjádřil se, že kdyby mu nechutnal, tak jej nepije, protože mu limonády nechutnají a nedají se moc pít – jen, když je nouze.

R12: „Ty limonády, to se vcelku nedá pít. Nebo dá, ale jako v nouzi, ale jinak přeci pivo je pivo. (...)“

Názor, že **přemíra alkoholu člověku škodí**, byl vlastní všem respondentům s vyhodnoceným rizikovým užíváním. Respondentka R14 se navíc domnívala, že alkohol škodí pouze ve vyšších dávkách, ale když se to s jeho konzumací nepřehání, může mít rovněž alkohol léčivé účinky.

R12: „*Ve větší míře určitě (alkohol škodí). Škodí jak na zdraví toho člověka, to člověk vidí na spoustu případech kolem sebe.*“

Zároveň bylo u těchto respondentů zaznamenáno pravidelné užívání **léčiv** typu analgetika, statiny, antihypertenziva či antidiabetika. Lze tak uvažovat nad vznikem rizika škodlivých interakcí s alkoholem, pokud je brána v úvahu spotřeba alkoholu u těchto respondentů na rizikové úrovni. Respondentka R3 užívala podle svých slov zejména silná analgetika na bolest nohy, která někdy musela užívat kvůli bolestem i v noci. Jako příklady k výše uvedenému slouží následující výpovědi respondentů R2, R3 a R12:

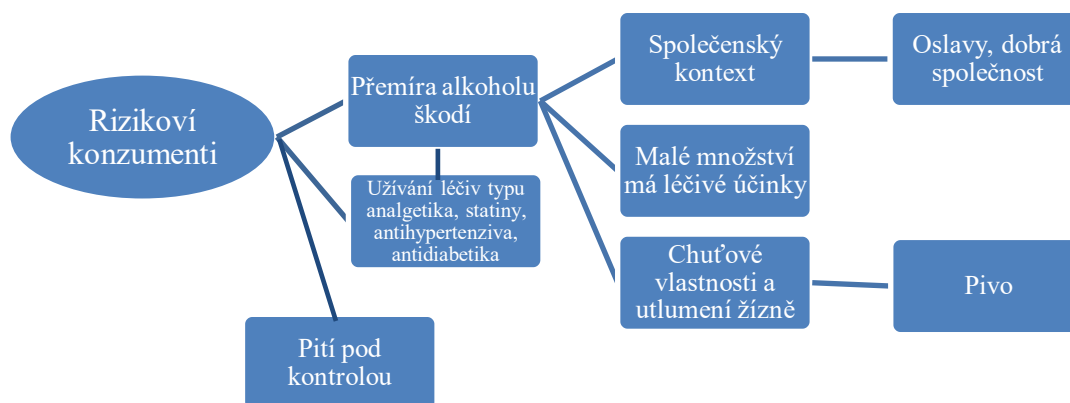
R2: „*Na tlak (užívá antihypertenziva) a na cholesterol.*“

R3: „*Ted' užívám kvůli noze spíš ty uklidňující léky (analgetika).*“

R12: „*Já píchám inzulín (antidiabetikum). (...). Čtyřikrát denně si píchám.*“

Diagram 17 znázorňuje, jak lze souhrnně ohodnotit názor respondentů s rizikovým užíváním alkoholu svoje užívání.

Diagram 17 - Hodnocení užívání alkoholu respondenty s rizikovým užíváním



Výsledný skóre respondentů je možné dělit do několika úrovní. První úroveň, nebo také 1. rizikové pásmo, se dotýká většiny jedinců ve většině zemí, znamená pití alkoholu s nízkým rizikem. Tato nízkoriziková konzumace se týkala dle tabulky 12 ostatních 10 seniorů. Ve druhé úrovni, 2. rizikovém pásmu, se ocitli 4 dotazovaní seniori, jak bylo zmíněno výše. Výskyt ve 3. (úroveň škodlivého pití) a 4. (pravděpodobně již přítomnost závislosti na alkoholu) (Babor & Higgins-Biddle, 2010a) rizikovém pásmu nebyl nalezen u žádného z dotazovaných.

Pro podrobnější analýzu celkového dosaženého skóre je možné určit otázky, ve kterých respondent nasbíral nejvíce bodů. Spotřebu na rizikové úrovni indikuje skóre 1 a více v otázce 2 nebo v otázce 3 (Babor & Higgins-Biddle, 2010a). Taková skóre podle zpracované datové matice odpovídají všem 4 dotazovaným, jejichž celkové skóre odpovídalo parametrům rizikového pití. Vybraný úsek datové matice se dosaženými skóre v otázkách 2 a 3 zobrazuje tabulka 13. Z tabulky 13 je patrné, že těmto parametrům odpovídají všichni 4 jmenovaní respondenti, liší se pouze

v počtu nasbíraných bodů za otázky 2 a 3. Jelikož se tato charakteristika týká všech 4 respondentů, jsou v tabulce všichni zvýrazněni tučně.

Tabulka 13 - Spotřeba respondentů na rizikové úrovni

Respondent	Otázka 2	Otázka 3
R2	2	1
R3	2	2
R12	1	0
R14	2	1

Dále lze pro podrobnější analýzu celkového skóre prozkoumat body získané za otázky 4 až 6 (především denní a týdenní symptomy). Získání bodů v této oblasti na úrovni denních či týdenních symptomů indikuje přítomnost či začínající závislost na alkoholu (Babor & Higgins-Biddle, 2010a). Vybraný úsek datové matice s dosažením skóru na denní či týdenní úrovni v otázkách 4 až 6 (což odpovídá získání 3 nebo 4 bodů za každou otázku) mapuje tabulka 14. Na základě této tabulky je patrné, že parametry pro možnou přítomnost závislosti na alkoholu či začínající závislost na alkoholu splňuje jeden respondent, konkrétně respondent 12. Respondent je v tabulce zvýrazněn tučně.

Tabulka 14 - Přítomnost či vznikající závislost na alkoholu

Respondent	Otázka 4	Otázka 5	Otázka 6
R2	0	1	0
R3	2	1	0
R12	3	0	0
R14	1	1	0

Naposled lze analýzu celkového skóre člověka provést pohledem na otázky 7 až 10. Body získané za tyto otázky indikují, že již pravděpodobně došlo ke zdravotnímu poškození, které má souvislost s užíváním alkoholu (Babor & Higgins-Biddle, 2010a). Zdravotní poškození v souvislosti s užíváním alkoholu zobrazuje poslední vybraný úsek datové matice, tabulka 15. Z té lze usoudit, že pravděpodobné zdravotní poškození, které má souvislost s užíváním alkoholu, se již vyskytlo u respondenta R12, který je v tabulce zvýrazněn tučně.

Tabulka 15 - Zdravotní poškození v souvislosti s užíváním alkoholu

Respondent	Otázka 7	Otázka 8	Otázka 9	Otázka 10
R2	1	0	0	0
R3	0	0	0	0
R12	0	1	1	1
R14	0	0	0	0

V souvislosti se možným zdravotním poškozením u respondenta R12 bylo zjištěno, jaké odlišnosti vykazuje oproti respondentům, kteří alkohol konzumují v 1., nízké rizikovém pásmu.

Tento respondent, muž, byl charakteristický tím, že oproti ostatním respondentům byl jediný, kterému **lékař doporučil**, aby své pití omezil. Ve svém věku také pozoroval, že už nezvládne pít tolik alkoholu, jako tomu bylo dříve – uvedl, že si častěji musí odpustit panáky destilátů. Také běžně pil pivo přes den, obvykle i navečer. Občas si doma otevřel lahev alkoholu, které byly doma v zásobě. Nejspecifičtější ovšem bylo, že tento respondent R12 udával, že zvýšenou konzumaci alkoholu si u sebe spojuje s různými **mezilidskými, rodinnými či pracovními problémy**, kdy alkohol volil jako variantu vypořádání se se stresem z těchto událostí. Tento stres někdy vnímal až jako neúměrný, zvláště vzhledem k tomu, co prožíval ve svém zaměstnání. Tento fenomén dokládá jeho následující výrok:

R12: „*To pití alkoholu vyšší, a tak má nákej důvod, v rodině, že nějaký problémy nastanou anebo v tom zaměstnání nastanou problémy to jsem měl taky takový období, kdy se dělalo něco v P., kdy nebožtíci se tam vozili, bouralo se vedle a byl to takovej zoufalej stav a já tam tehda dělал, tak jsem to člověk málem vodnes na zdraví taky. Protože to nebylo jednoduchý. Nebo když to tam začalo padat strop a mrtvá ženská na stole a ted'ka pitevník a kuchá tam s tou tyčí, kterou má nad hlavou do stropu, tak to člověka... To jsem viděl, zažil. Tak to vás trochu položí do kolen a vono v noci, navečír a zítra to vede třeba k tomu požití alkoholu. Zrovna v tomhle období byl takovej podraz vod mýho kolegy (...). ...podrazy, a to jedno s druhým a jdete s váhou dolů, tak to vede i k tomu většímu požívání alkoholu.“*

12. Shrnutí výsledků podle výzkumných otázek

12.1 Otázka č. 1

Předmětem první výzkumné otázky bylo dozvědět se, jak hodnotí senioři svůj vztah k alkoholu a jeho užívání v průběhu svého života, jak hodnotí svůj vztah k alkoholu a jeho užívání v životě nynějším a jak vypadá jejich užívání vzhledem k jeho rizikovosti a vzhledem k užívaným léčivům.

Vztah k alkoholu v počátcích užívání, v mládí a v dospělosti seniora byl uváděn do souvislosti se společenským kontextem, což bylo prostředí, ve kterém jeho užívání často probíhalo. Někdy také užívání probíhalo v partě přátel, s partnerem nebo s kolegy z práce. Užívání alkoholu bylo někdy limitováno financemi a někteří senioři alkohol v mládí ani v dospělosti vůbec neužívali. V rodině seniora, u jeho rodičů či v jeho širší rodině bývala střídmější konzumace alkoholu a někdy i jeho domácí výroba považována za běžnou součást života rodiny, někdy se ale senior ve své rodině stal svědkem nadužívání alkoholu. V několika rodinách se naopak alkohol nekonzumoval vůbec. V dospělém životě se vztah k alkoholu vyznačoval abstinencí v případě těhotenství u žen nebo při nutnosti řídit automobil anebo při onemocnění. Více byl alkohol užíván o dovolených, společenských událostech, při náročném období ovdovění seniora či při pracovních nebo rodinných problémech. Některé seniory provázela konzumace alkoholu v umírněnější podobě po celý život a nikdy od alkoholu neabstinovali. Odchod do důchodu míru konzumace alkoholu významně neovlivnil, ojediněle byla zachycena nižší míra užívání v souvislosti s horším zdravotním stavem seniora a méně finančních prostředků k dostání alkoholu.

Ve svém aktuálním životě dotazovaní senioři konzumovali alkohol při různých oslavných příležitostech, při návštěvě hospody či při posezení s přáteli, což odpovídá opět podobnému společenskému kontextu, v jakém tomu bylo v mládí a v dospělosti. Některí senioři alkohol ve svém aktuálním životě vůbec neužívali anebo jenom minimálně v malém množství. Někdy byl alkohol využíván jako medicínální prostředek, např. k rychlejšímu usnutí, jako kloktadlo anebo ke zlepšení trávení (k čemuž sloužilo nejčastěji pivo). Oblíbeným alkoholickým nápojem v aktuálním životě seniora bylo pivo, víno, destiláty, sladké likéry či míchané drinky. Preferovaný alkoholický nápoj se někdy měnil, a to například v závislosti na ročním období, kdy se jiné nápoje pily v létě a jiné v zimě. Manželé se ve vztahu k alkoholu odlišovali tím, že jeho konzumaci vyhledávali spíše muži. Pro ty představovala jeho umírněná konzumace, často piva, součást života. Pro jeden manželský pár byla naopak typická umírněná konzumace alkoholu společně. Alkohol senioři měli doma v zásobě, buď jej dostali darem od blízkých nebo si jej sami nakoupili nebo jim jej nakoupil někdo jiný. Část dotazovaných doma žádný alkohol v zásobě neměla. Některí senioři považovali nadměrnou konzumaci alkoholu za škodlivou, další soudili, že alkohol škodí vždy a pode jednoho seniora alkohol neškodil.

Na základě šetření byli ve výzkumném souboru nalezeni 4 senioři s rizikovým užíváním alkoholu. Jednalo se o 3 muže a 1 ženu. Těmto seniorům byl vlastní názor, že přemíra alkoholu člověku škodí. Současně bylo u těchto seniorů zaznamenáno pravidelné užívání léčiv typu analgetika, statiny, antihypertenziva či antiastmatika. Vzhledem ke spotřebě alkoholu u těchto respondentů na rizikové úrovni lze uvažovat nad rizikem škodlivých interakcí s alkoholem.

Z hlediska užívaných léčiv respondenti uváděli, že zpravidla užívali nějaká léčiva a někteří pravidelně či několikrát denně. Vyskytlo se užívání statinů, antihypertenziv, užívání analgetik, benzodiazepinů, homeopatik, venofarmak, kortikoidů, antiastmatik, léků na spaní, léků na regulaci funkce štítné žlázy, antiparkinsonik, fytofarmak, antiidiabetik, antikoagulancií, antiarytmik či léků

k léčbě zvětšené prostaty. Malá část seniorů žádná léčiva neužívala anebo užívala pouze doplňky stravy. Seniori uváděli, že byli obezřetní, co se týče užívání léků a alkoholu. Zmiňovali nutnost číst příbalový leták léčiva pro získání informace o konzumaci léku s alkoholem. Vyskytly se případy, kdy seniori nedostali od lékaře radu ohledně užívání alkoholu a léčiva, ale také případy, že byli poučeni lékařem o možných interakcích léku s alkoholem a někdy se lékař seniora vyptal na užívané množství alkoholu a doporučil mu užívat alkoholu méně.

12.2 Otázka č. 2

Znění druhé výzkumné otázky bylo dozvědět se, jak si senior představuje ze svého úhlu pohledu možnosti řešení při problémech s nadužíváním alkoholu.

Seniori popisovali, že odborná pomoc je v případě potíží s nadužíváním alkoholu potřeba vždy, jiní se vyjádřili, že je to individuálně ovlivněno a byla vyzdvihnuta důležitost motivace a ochoty. Jindy by se senior přiklonil k radikálnějšímu řešení situace. To například k extrémnímu zaměstnání člověka tak, aby na alkohol neměl čas ani pomyšlení. Seniori by se pro pomoc obraceli ke své rodině, k odborníkům nebo by zkusili blízkému sami domluvit. Někdy seniori měli pocit, že řešení nadužívání alkoholu ve stáří již nemá smysl, význam, protože ve stáří už člověka nic nečeká. Jako možné způsoby pomoci byl jmenován psycholog, farmakologická léčba, alternativní způsoby léčby, ústavní léčba, ambulantní léčba či poradny nebo telefonní linky. Někteří seniori ještě nad touto otázkou neuvažovali.

Péče o seniora s problémy s nadužíváním alkoholu by se podle názorů seniorů měla odlišovat od mladších lidí. Někteří dotazovaní uvažovali nad rolí rodiny v péči o seniora nadužívajícího alkohol, jiní zmiňovali možnost praktického lékaře. Jiní respondenti byli toho názoru, že by se péče o seniora zásadně lišit neměla. V souvislosti s péčí a s řešeními ve venkovském prostředí byla jako řešení nebo první krok zmiňována rodina a sousedé seniora, praktický lékař anebo specializovaná pomoc. Někteří seniori také nad podobným tématem ještě nepřemýšleli. Další seniori měli stejně, jako bylo uvedeno výše, pocit, že narozdíl od mladšího člověka, řešit problémy s nadužíváním alkoholu u seniora nemá příliš význam. Mezi konkrétní podoby pomoci, které by podnikli sami seniori, patřilo nemít žádný alkohol doma, nekupovat jej a nechodit vůbec do hospody.

13. Diskuze

Kvalitativní práce si dala za hlavní cíl popsat prostřednictvím subjektivních výpovědí seniorů, kteří žijí ve venkovské obci to, jak verbalizují téma užívání alkoholu a přispět tak k poznání problematiky o užívání alkoholu u seniorů.

Pro hlubší poznání a porozumění užívání alkoholu mezi seniory z venkovské obce a popis jejich subjektivních výpovědí byl zvolen kvalitativní výzkumný přístup. Hlavní objem dat poskytl polostrukturovaný rozhovor, který byl doplněn dotazníkem AUDIT, jež poskytl doplňující odpovědi na jednu z výzkumných otázek. Tato kapitola bude diskutovat klíčová témata, která z práce vyvstala. Kapitola nakonec bude uzavřena silnými stránkami a omezeními tohoto výzkumu a cestami, kterými by se výzkum v této oblasti mohl podle autorky ubírat v budoucnu.

Z provedených rozhovorů vyvstalo několik stěžejních témat. Hlavními tématy, jež byly kódovány, byly rodinné prostředí, počátky užívání, mládí, dospělý život, odchod do důchodu, užívání nyní, oblíbený alkoholický nápoj, rozdíly mezi manžely, obstarávání alkoholu, škodlivost alkoholu, užívaná léčiva, užívání léčiv a alkoholu, potřeba odborné pomoci, na koho se obrátit, péče o seniora, péče o seniora na venkově a fenomén rizikového užívání alkoholu. Vybraná témata vzhledem k výzkumnému cíli budou diskutována níže.

Vztah k alkoholu byl v mnoha okolnostech ve shodě s Kelly, Olanrewaju, Cowan, Brayne & Lafortune (2018). Jednalo se zejména o kategorie počátky užívání, mládí a dospělý život seniora a užívání nyní. V těchto oblastech lze poukázat především na to, že se v životě seniorů mohla objevit dle výsledných zjištění autorky kontinuita. Jinými slovy, byla zaznamenána paralela v užívání v minulosti, která měla vztah k tomu, jak vypadalo užívání alkoholu v dospělosti a k tomu, jak vypadalo užívání v nynějším životě. Jako příklad lze uvést užívání alkoholu ve společenském kontextu, které na sebe bralo různé podoby a mohlo probíhat v různých obměnách během celého života seniora. Také dle výsledků autorky na sebe tato kontinuita mohla brát podobu umírněné běžné konzumace, která byla součástí života seniora, jeho identity, což je ve shodě s Kelly et al. (2016). Kelly et al. (2016) ještě dodává, že do užívání alkoholu u seniora se zapisují i normy týkající se alkoholu získané v dětství, v jeho rodině, čehož se práce autorky také dotkla, i když tato problematika měla pouze vzdálenější vztah ke stanoveným výzkumným otázkám a spíše dokreslovala problematiku.

V jednom z hlavních témat, které vyvstalo z této práce – užívání nyní – bylo možné detekovat situace, kdy senior pít alkoholu omezoval. Jednalo se například o řízení automobilu. Tuto oblast ve svém výzkumu zmiňují například Bareham et al. (2019) anebo Kelly et al. (2016). Obecně platí, že problematika řízení dopravních prostředků seniory ve vztahu k jejich farmakoterapii a ve vztahu k užívání alkoholu je významným tématem a věnuje se mu mnoho autorů. Je mu věnována pozornost například od NIAAA (2003) anebo v rámci evropských zemí od autorů Hallgren, Högberg & Andréasson (2009).

Užívání alkoholu společně v páru v případě jedné manželské dvojice bylo v rámci autorky výzkumu těmito manžely pocíťováno jako forma společné relaxace, například při sledování televize. Zároveň bylo zřejmé, že umírněná konzumace alkoholu do jejich společného života patřila. Stejně tak se vyjadřuje Bareham et al. (2019): Uvádí, že různé rituály spojené s alkoholem mohou pomoci starším lidem zůstat ve vzájemném kontaktu ve svém vztahu.

Práce umožnila nahlédnout rovněž na subjektivní názory seniorů na škodlivost užívání alkoholu. Představa škodlivosti alkoholu se mezi seniory pojila zejména s nadměrnou či těžší

konzumaci alkoholu. Nicméně našla se část zúčastněných, která se domnívala, že alkohol škodí všem bez rozdílu. Cenný pohled na rozšířený názor v rámci této studie – že škodí pouze těžší pití alkoholu – přináší autoři Bareham et al. (2019). Ti uvádí, že se člověk někdy domnívá, že negativní zdravotní následky alkoholu jsou doménou pouze těžkých pijáků. Podle těchto autorů lze hovořit o tom, že u takto smýšlejících se seniorů se vyskytuje situace, kdy se jejich domnělá zdravá identita chrání prostřednictvím kontrastu s těmi, kteří jsou na tom hůř (Bareham et al., 2019). Tímto způsobem senior nemusel plně uznávat riziko, které vyplývalo z jeho konzumace alkoholu. To z toho důvodu, že měl dojem, že pil alkohol přiměřeně, zdravě a oni (ostatní, jiní), na tom byli hůř.

Z výsledků práce rovněž vyplynulo, že alkohol přinášel seniorům také mnohé výhody. Jednou z nich mohlo být spojení alkoholu s relaxací, odpočinkem u televize či s dobrými časy na oslavách mezi blízkými či dětmi. Tuto okolnost související s užíváním alkoholu potvrzují i autoři Kuerbis et al. (2016). Někteří autoři se přiklání k názoru, že užívání alkoholu mimo své negativní dopady přináší seniorům i četné výhody. O tato pozitiva by mohli být připraveni, kdyby s užíváním alkoholu museli přestat nebo jej nemohli užívat. S tímto názorem se lze setkat u autorů Haighton et al. (2016) a Bareham et al. (2019).

Odchod do starobního důchodu respondenti tohoto výzkumu nepovažovali za významný milník z hlediska užívání alkoholu. Toto zjištění bylo v protikladu s daty autorů Juergens (2020), Levin & Kruger (2000) a Kuerbis et al. (2016). Těmi je totiž považován odchod do starobního důchodu za možný spouštěcí mechanismus nadměrného užívání alkoholu ve stáří. Současně je období starobního důchodu spojováno s faktory, které mají následně vliv na vyšší konzumaci alkoholu. Jedním z těchto faktorů může být například nuda prožívaná ve starobním důchodu. Nicméně práce autorky přinesla informace, že v důchodu podle hodnocení zúčastněných nikdo z nich nudu neprožíval a seniori jej trávili rádi všemožnými aktivitami. Tyto činnosti byly zčásti spjaté s venkovským prostředím. Hovořilo se například o péči o zahradu, zvířata či o les. Ostatně v šetření Korcové & Borské (2019) se lze shodně dozvědět, že častými volnočasovými činnostmi seniorů z venkova jsou ty spojené s přírodou, s tradičním venkovským životem a s péčí o vlastní hospodářství.

Ovdovení jako náročná životní událost byla některými seniory dávána do souvislosti se zvýšenou konzumací alkoholu. Tento přístup však nebyl vlastní všem ovdovělým, někdy tato náročná událost vztah k alkoholu nepoznamenala. Jako nástroj k vyrovnání se se ztrátou však v některých případech alkohol použit byl, s čímž souhlasí i data autorů Carr, Nesse & Wortman (2006).

Další zjištění týkající se některých témat jsou ve shodě s autory Kuerbis et al. (2016). Jedná se například o účel užívání alkoholu s medicínálními záměry – to znamená například pro rychlejší a snadnější usnutí. V případě šetření provedeného autorkou se navíc jedná o specifikum kloktání tvrdým alkoholem, konkrétně rumem, se záměrem léčit bolest v krku.

Co se týče léčiv užívaných seniory, u rizikových konzumentů (ale i u těch nacházejících se v málo rizikovém pásmu) byla zaznamenána léčiva, u kterých mohou vznikat podle NIAAA (2003) při současném požití alkoholu nežádoucí interakce. Jednalo se zejména o analgetika, antihypertenziva, antidiabetika, statiny a další. Vzhledem k současnému rizikovému užívání alkoholu by mohla být podle autorky tato situace problematická a mohla by seniorům přinést negativní zdravotní důsledky. Shodný názor na problematiku užívání léčiv a alkoholu u seniorů přináší i autoři Kuerbis et al. (2016) a autoři Kelly et al. (2018).

Alkohol byl dále seniory uváděn do kontextu stárnutí, kdy senior nejenže sám na sobě pozoroval, že nezvládne vypít množství, na které byl dříve zvyklý, ale tuto vlastnost také

přisuzoval obecně všem starým lidem. Fenomén subjektivního pocitu, že senior nezvládne vypít množství alkoholu, která dříve běžně zvládal, je totožný s daty, která vyhodnotili autoři Kelly et al. (2016).

Prací byla zachycena stěžejní role praktického lékaře jako jednoho z prvních odborníků, na kterého se lze obrátit při problémech s nadužíváním alkoholu u seniorů. Jeho role a význam rodiny seniora byla často zmiňována v souvislosti s touto problematikou vzhledem k tomu, že ve venkovském prostředí bývá obecně péče jakéhokoliv odborníka místně vzdálená. Podle autorů Levin & Kruger (2000) je venkov výzvou pro poskytovatele zdravotních a sociálních služeb vzhledem k tamějšímu nedostatku veřejné dopravy a možné sociální izolaci. Praktický lékař se ve výzkumu autorky ukázal jako důležitý při identifikaci problémů a při poradenství. Právě u něj (nebo u svojí rodiny) by totiž senioři hledali pomoc. Význam role praktického lékaře jako prvního z odborníků, za nímž může senior hledající pomoc s problémy s užíváním alkoholu přijít, potvrzují také autoři Levin & Kruger (2000), Haighton et al. (2016) a Kelly et al. (2018).

Nakonec bylo v rámci tématu péče o seniora některými dotazovanými zmíněno, že nevidí smysl v léčbě starého člověka, který má problémy s užíváním alkoholu. Někteří senioři totiž měli za to, že ve stáří už člověka nic nečeká, a tak tyto respondenti verbalizovali pochybnosti o smyslu léčby v seniorském věku. Dle autorky se tím senioři dotkli velké etické otázky. Mohlo by se jednat o situace, kdy je ve hře respekt k seniorovi a zachování jeho autonomie proti nevyžádaným intervencím a léčbě. Podobné dilema uvádí ve své literatuře i autoři Levin & Kruger (2000). Ti se domnívají, že je nutné velmi citlivě přistupovat ve stáří ke screeningu užívání psychoaktivních látek či případným intervencím a léčbě, jelikož všechny tyto v dobré víře myšlené strategie může senior vnímat jako urážlivé nebo útočné. Obzvláště ve vztahu k tomuto tématu se potom nabízí otázka autonomie seniorů. Náзор, že nemá smysl léčit staré lidi (dle tvrzení některých dotazovaných seniorů) se autorce zdá jako velmi silný výrok. Jako protiargument lze uvést, že stěžejní má být respekt k autonomii člověka. Ten předpokládá nabídnutí člověku z alternativ, informací, nabídnutí podpory a probrání s ním možných dopadů při volbě kterékoliv alternativy a nakonec respekt k jeho právu udělat konečné rozhodnutí (Levin & Kruger, 2000). Navíc neléčit staré lidi z důvodu jejich věku jiní autoři považují za věkovou diskriminaci (Korcová & Borská, 2019).

Práce má dle názoru autorky několik silných a několik slabých stránek. Silnou stránku autorka vidí ve skutečnosti, že kvalitativní výzkum hodnotící subjektivní vztah k alkoholu u seniorů z venkovského prostředí zabývající se zároveň rizikovostí užívání je zatím v České republice jediným svého druhu. Silnou stránkou může být právě prostředí venkova, v němž bylo zachyceno užívání alkoholu. To někdy probíhalo dle výpovědí několika respondentů v kontextu tradičních venkovských slavností (masopust, pomlázka atd.), což se dalo považovat za specifickou okolnost. Autorka se dále domnívá, že další silnou stránkou výzkumu mohlo být zachycení seniorů v jejich obvyklém, přirozeném prostředí, na které byli zvyklí. Provedení rozhovoru v přirozeném prostředí seniora mohlo zvýšit jejich motivaci k rozhovorům, a především výpovědní hodnotu rozhovorů. To z toho důvodu, že se hovořilo o užívání alkoholu u seniorů z venkova přímo s těmito seniory přímo v tomto prostředí. Dále se zdá, že metoda polostrukturovaného rozhovoru a dotazníku AUDIT mohla být správně zvolenou metodou z hlediska stanovených dílčích výzkumných cílů. Polostrukturovaný rozhovor totiž umožnil značnou flexibilitu a díky němu bylo možné rozhovor nasměrovat patřičnou cestou. To se zdařilo zvláště díky možnosti pokládat respondentům doplňující otázky.

S přihlédnutím k dosažení výzkumných cílů a zodpovězení výzkumných otázek za použití adekvátních metod k získání těchto dat má autorka za to, že se provedený výzkum vyznačoval validitou.

Další silná stránka spočívá podle autorky ve faktu, že šetření zaměřené na alkohol bylo provedeno se seniory, které autorka pro šetření získala dílem svých sociálních kontaktů v obci. Mohlo jí tak být snáze umožněno, aby ji senioři nechali proniknout do svých subjektivních náhledů na užívání alkoholu a na pomoc s problémy s užíváním alkoholu ve venkovské oblasti. S podobným přístupem souhlasí i autor Beechem (2002), který uvádí, že otázky týkající se alkoholu mohou být starším člověkem vnímány vtíravě či rušivě v případech, kdy jsou tato témata otevřena či pokládána, aniž by byl se seniorem vytvořen důvěryhodnější vztah. Zároveň tento autor podotýká, že při hodnocení užívání alkoholu u seniora je dobré provést posouzení, přezkoumání či hodnocení celého života seniora. Užívání alkoholu je dobré se dotknout v kontextu celého života a bavit se i o jiných tématech v životě seniora. To totiž může prolomit bariéry, posílit důvěru v tazatele a zvýšit sebevědomí seniora při identifikaci nejen negativních životních událostí, ale i těch pozitivních (Beechem, 2002). Takto popsaný přístup se autorka pokusila alespoň základně aplikovat v provedeném polostrukturovaném rozhovoru. Otázky byly pokládány od těch týkajících se počátků užívání, přes mládí a domácí prostředí seniora, po dospělost až k současnému užívání. Tento způsob se ukázal jako výhodný z hlediska výtěžnosti rozhovorů.

Poslední popsaná silná stránka výzkumu však mohla být zároveň i omezením výzkumu. Autorka má za to, že by za možný střet zájmů mohla být považována popsaná metoda účelového výběru, kdy zúčastněné seniory obvykle znala. Jelikož však pro výzkum byla zvolena obec, ve které autorka žila od malička, nebylo možné tento faktor zcela eliminovat. Autorka však plně respektovala stanovené etické náležitosti výzkumu i přání několika oslovených seniorů neúčastnit se šetření a zároveň každý ze zúčastněných seniorů byl podle nejlepšího svědomí autorky zevrubně seznámen s účelem, cílem a podmínkami studie. Stejně tak byly dodržovány základní zásady polostrukturovaného rozhovoru, což dle autorky přispělo k objektivitě výzkumníka.

Autorka se snažila o porozumění názorům a situaci seniorů. Ukázalo se však obtížné zachovat neutralitu a objektivitu výzkumníka ve chvílích, kdy se senioři během rozhovorů někdy ptali autorky na její názor na danou věc a bylo nutné jim dát odpověď či zpětnou vazbu. Tuto limitaci se autorka snažila odstranit tím, že se žádané odpovědi či zpětné vazby snažila poskytnout až po provedení samotného rozhovoru tak, aby nedošlo k ovlivnění odpovědí respondentů. Díky tomu podle autorky byla zachována v rámci studie objektivita.

Zároveň účelový výběr a současně s ním velikost výběrového souboru sice dle autorky umožnil saturaci dat vzhledem ke stanoveným výzkumným otázkám, nicméně vedl k dalšímu omezení, a to, že k plnému porozumění užívání alkoholu mezi seniory z venkova tato práce nestačila. Prostředí malé české obce v určité venkovské lokalitě v rámci České republiky se totiž dá považovat za velmi specifické až ojedinělé prostředí. Jinak hodnotili senioři svůj vztah k alkoholu v rámci této práce v malé obci v Kraji Vysočina a jinak mohou senioři hodnotit svůj vztah k alkoholu z jiného kraje z jiné obce. Výsledky této práce tudíž nelze generalizovat obecně na české seniory z venkovského prostředí. Rovněž mohl být dle autorky účelový typ výběru v rámci malé obce limitován sociálními a kulturními vazbami mezi respondenty a rovněž mezi respondenty a autorkou a tím byla také snížena možnost generalizace a reprezentativita v rámci populace seniorů z venkova.

Za jiné omezení práce autorka považuje okruh otázek z polostrukturovaného rozhovoru týkající se názoru na pomoc s problémy s užíváním alkoholu ve venkovském prostředí. Během rozhovorů totiž vyšlo najevo, že část seniorů nevěděla, jakým způsobem tuto problematiku řešit.

Tato část seniorů se rovněž vyjadřovala, že ve venkovském prostředí je odborná pomoc v rámci této oblasti problematická a místně vzdálená. Dále ale nevěděli, jak by péče měla vypadat nebo jak by si ji představovali. Autorka se proto domnívá, že přínosnější by bylo směřovat podobné otázky například na poskytovatele těchto služeb nebo na příslušná zastupitelstva menších měst či obcí, které disponují rozhodovacími pravomocemi. Tito lidé by podle autorky měli mít přehled o problémech v obci a mohli by mít i návrhy na možná řešení. Náhled seniorů, kterých se problematika dotýká, byl sice cenný a byl předmětem práce, ale užitečnější by mohlo být mapovat toto téma z jiné strany. Na druhou stranu, obyvatelstvo venkovských oblastí může do jisté míry vykazovat neznalosti o rozsahu zdravotních služeb, které jsou lidem k dispozici, jak je zmíněno u Better Health Channel (n.d.). Zmíněný faktor tudíž pravděpodobně rovněž přispěl k omezenému získání dat na toto téma.

Omezení práce autorka spatřuje i ve vyhodnocování dotazníku AUDIT v rámci populace seniorů. Platí totiž, že v rámci populace seniorů se lze setkat mezi autory s nejednoznačností ohledně mezní hodnoty k dosažení rizikové úrovně pití alkoholu. V případě této práce bylo vyhodnoceno při skóru rovném 7 nebo vyšším, že se u seniora jedná o indikátor rizikového pití, a to podle autorů Babor & Higgins-Biddle (2010a). Někteří autoři však uvádějí pro seniory i jiné mezní skóre – například dosažení hodnoty čísla 5 (Lal & Pattanayak, 2017) nebo skóre 6 – 7 bodů (Australian Government, n.d.). V případě, že by se autorka přiklonila k vyhodnocení podle Lal & Pattanayak (2017), ve výsledcích by se navýšil počet seniorů s rizikovým užíváním alkoholu až na necelou polovinu (6 respondentů). Stejně tak by se pravděpodobně změnil počet respondentů v tabulkách 13, 14 a 15 při rozebírání jejich celkového skóre.

Pokud jde o možnosti a cesty, kterými by se mohl výzkum v této oblasti ubírat v budoucnu, má autorka za to, že by bylo cenné sbírat data od většího počtu respondentů-seniorů, a zvláště pak data týkající se rizikivosti užívání alkoholu. Bylo by rovněž přínosné zkoumat další témata, která charakterizují vztah k alkoholu u seniorů z venkova, protože se autorka domnívá, že tato práce je nemohla pokrýt všechna. Dále by bylo podle autorky užitečné, kdyby budoucí výzkum směřoval také na populaci seniorů z měst, kde by mohlo být přínosem porovnat tyto dvě populace – senioři z venkova v kontrastu proti seniorům z měst. Nakonec poslední výzvu ve zkoumané oblasti autorka spatřuje v dalším zkoumání či návrhu možných řešení a intervencí pro problémy s nadužíváním alkoholu u seniorů, a to nejen na venkově, ale v rámci celé České republiky. V rámci specializovaných adiktologických služeb je totiž skupina starších dospělých a seniorů stále upozaděna (Černíková, 2017).

ZÁVĚR

Diplomová práce si dala za cíl získat pomocí polostrukturovaných rozhovorů pohledy seniorů žijících na venkově na jejich užívání alkoholu. Šetření bylo realizováno prostřednictvím kvalitativního výzkumného přístupu a zkoumanou problematiku doplnil krátký screeningový dotazník AUDIT.

Mezi seniory byl uváděn vztah k alkoholu do souvislosti se společenským kontextem, a to v počátcích užívání, v mládí, v dospělosti i v rámci současného užívání. V některých případech byla zaznamenána limitace financemi v užívání alkoholu. Jiní senioři alkohol v mládí ani v dospělosti vůbec neužívali. V dospělém životě se vztah k alkoholu někdy vyznačoval abstinencí. Některé seniory provázela konzumace alkoholu v umírněnější podobě po celý život a nikdy od alkoholu neabstinovali. Odchod do důchodu míru konzumace alkoholu významně neovlivnil. Ve svém aktuálním životě dotazovaní senioři konzumovali alkohol opět v rámci různého společenského kontextu. Někdy byl alkohol využíván jako medicínální prostředek. Oblíbeným alkoholickým nápojem v aktuálním životě seniora bylo pivo, víno, destiláty, sladké likéry či míchané drinky. Preferovaný alkoholický nápoj se někdy měnil. Manželé se ve vztahu k alkoholu odlišovali, anebo umírněně alkohol užívali spolu. Jeho konzumaci obvykle považovali za škodlivou. 4 senioři konzumovali dle dotazníku AUDIT alkohol s rizikovými tendencemi. Senioři zpravidla užívali nějaká léčiva a někteří pravidelně či několikrát denně a byli obezřetní, co se týče užívání léků a alkoholu.

Senioři se vyjadřovali také k odborné pomoci. Někteří mínili, že odborná pomoc je v případě potíží s nadužíváním alkoholu potřeba vždy, jiní se vyjádřili, že se jedná individuální záležitost. Senioři by se pro pomoc obraceli ke své rodině, k odborníkům nebo by zkusili blízkému sami domluvit. Byla vyzdvihnuta role praktického lékaře a rodiny seniora. Někdy senioři měli pocit, že řešení nadužívání alkoholu ve stáří již nemá smysl, význam, protože ve stáří už člověka nic nečeká. V souvislosti s péčí a s řešeními ve venkovském prostředí byla jako řešení nebo první krok zmiňována rodina a sousedé seniora, praktický lékař anebo specializovaná pomoc. Další část seniorů nevěděla, jak by měly péče a řešení ve venkovském prostředí vypadat.

Hlavní cíl šetření, popsat prostřednictvím subjektivních výpovědí seniorů, kteří žijí ve venkovské obci, to, jak verbalizují téma užívání alkoholu, práce splnila.

14. Seznam zdrojů

- Aitken, R. (2015). *Alcohol in laterlife: A qualitative study on alcohol use among older people in New Zealand* (Master thesis). Dostupné z https://mro.massey.ac.nz/bitstream/handle/10179/6893/02_whole.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Alzheimer's Society. (n.d.). *Alcohol and dementia* [webová stránka]. Získáno 2. 4. 2020 z <https://www.alzheimers.org.uk/about-dementia/risk-factors-and-prevention/alcohol>
- Australian Government, Department of Health. (2019, 14. května). *Alcohol in rural and remote communities* [webová stránka]. Získáno 16. 4. 2020 z <https://www.health.gov.au/health-topics/alcohol/alcohol-throughout-life/alcohol-in-rural-and-remote-communities>
- Australian Government, Department of Veteran's Affairs. (n.d.). *Alcohol Screen (AUDIT)* [dokument PDF]. Získáno 13. 7. 2020 z http://nceta.flinders.edu.au/files/3314/2257/4957/Right_Mix_3.pdf
- Babor, T. F. & Higgins-Biddle, J. C. (2010a). *Krátké intervence u rizikového a škodlivého pití*. Manuál pro použití v primární péči. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Babor, T. F. & Higgins-Biddle, J. C. (2010b). *Krátké intervence u rizikového a škodlivého pití*. Manuál pro použití v primární péči [online]. Praha: Státní zdravotní ústav. Dostupné z http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/kratke_intervence_publicace_1_.pdf?highlightWords=postup+pro+odb%C4%9Br
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care* (2. vyd) [online]. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence. Dostupné z https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf;jsessionid=79EF9E53C43055DF25A096EC6654314D?sequence=1
- Bareham, B. K., Kaner, E., Spencer, L. P. & Hanratty, B. (2019). Drinking in later life: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies exploring older people's perceptions and experiences. *Age and Ageing*, 48(1), 134–146. DOI: <https://doi.org/10.1093/ageing/afy069>
- Barry, K. L. & Blow, F. C. (2016). Drinking Over the Lifespan. Focus on Older Adults. *Alcohol Research: Current Reviews*, 38(1), 115–120. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872606/>
- Barták, M. (2011). *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem.
- Barták, M. (2019, listopad). *Uplatnění iniciativy WHO SAFER pro snížení škod souvisejících s alkoholem v České republice*. Politická doporučení. Příspěvek přednesený na Národní konferenci Alkohol a tabák v České republice 2019, Praha, Česká republika.
- Bednářová, J. (2017). *Kvalita života seniorů žijících na venkově* (bakalářská práce). Dostupné z https://is.jabok.cz/th/st90b/Bakalarska_prace_-_final_verze_cyxwkeys.pdf
- Beechem, M. (2002). *Elderly Alcoholism. Intervention Strategies*. Illinois: Charles C Thomas Publisher.
- Better Health Channel, Victoria State Government. (n.d.). *Rural Issues – Alcohol and Depression* [webová stránka]. Získáno 31. 5. 2019 z <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/conditionsandtreatments/rural-issues-alcohol-and-depression>

- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. DOI: <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Broholm, K., Galluzzo, L., Gandin, C., Ghirini, S., Ghiselli, A., ...Steffens, R. (2016, říjen). *Good practise principles for low risk drinking guidelines* [online]. Helsinky: National Institute for Health and Welfare. Dostupné z https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item30909/WP5_Good_practice_principles_low_risk_drinking_guidelines.pdf
- Bušková, M., Hledíková, Z., Mazancová, J., Mazanec, P., Novák, J., ... Zmeškal, J. (2019). *Z minulosti i současnosti Veselé 3*. Veselá: Obec Veselá.
- Carr, D., Nesse, R. M. & Wortman, C. B. (ed.). (2006). *Spousal Bereavement in Late Life*. New York: Springer.
- Cieslar, J. (2019, 29. března). *Věková struktura populace se výrazně mění* [webová stránka]. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/vekova-struktura-populace-se-vyrazne-meni>
- Christopherson, V. A., Escher, M. C. & Bainton, B. R. (2015). Reasons for drinking among the elderly in rural Arizona. *Journal of Studies on Alcohol*, 45(5), 417-423. DOI: 10.15288/jsa.1984.45.417
- Csémy, L., Dvořáková, Z., Fialová, A., Kodl, M. & Skývová, M. (2019). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2018* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav. Dostupné z http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/uzivani_tabaku_alkoholu_cr_2018.pdf
- Csémy, L., Dvořáková, Z., Fialová, A., Kodl, M., Malý, M. & Skývová, M. (2020). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2019* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav. Dostupné z http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/Zprava_o_uzivani_tabaku_a_alkoholu_v_Ceske_republice.pdf
- Černíková, T. (2017). *Domovy se zvláštním režimem pro osoby závislé nebo ohrožené závislostí* (diplomová práce). Praha: Univerzita Karlova.
- Český svaz pivovarů a sladoven. (2016, 10. března). *Národní nápoj českým důchodcům chutná, na odpočinku se ho nezříkají* [webová stránka]. Dostupné z <http://ceske-pivo.cz/tz/narodni-napoj-ceskym-duchodcum-chutna-na-odpocinku-se-ho-nezrikaji>
- ČSÚ. (2009, 30. září). *Postavení venkova v krajích ČR – kartogramy*. Vymezení venkovského a městského prostoru v kraji Vysočina [obrázek JPG]. Získáno 4. 5. 2020 z <https://www.czso.cz/csu/czso/631361-09--11>
- ČSÚ. (2019, 3. října). *Demografická ročenka české republiky – 2018*. Počet obyvatel podle jednotek věku, pohlaví a typu urbanizace (k 31. 12. 2018) [dokument PDF]. Získáno 14. 4. 2020 z <https://www.czso.cz/documents/10180/91917728/13006719ri02.pdf/94892a15-dc7f-4d0d-b37a-8d29804c4392?version=1.0>
- ČSÚ. (2020, 12. června). *Stav a pohyb obyvatelstva v ČR – 1. čtvrtletí 2020*. Počet obyvatel podle regionů soudržnosti, krajů a okresů [tabulka Excel]. Získáno 27. 6. 2020 z <https://www.czso.cz/csu/czso/stav-a-pohyb-obyvatelstva-v-cr-1-ctvrtleti-2020>
- Czechwealth. (n.d.). *OKEČ* [webová stránka]. Získáno 29. 6. 2020 z <https://www.czechwealth.cz/slovník-pojmu/okec>

- Dixon, M. A. & Chartier, K. G. (2016). Alcohol Use Patterns Among Urban and Rural Residents. *Alcohol Research: Current Reviews*, 38(1), 69–77. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872615/>
- Emiliussen, J., Nielsen, A. S. & Andersen, K. (2017). Identifying Risk Factors for Late-Onset (50+) Alcohol Use Disorder and Heavy Drinking: A Systematic Review. *Substance Use & Misuse*, 52(12), 1575–1588. DOI: <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1293102>
- Faltová Leitmanová, I., Klufová, R., Cudlínová, E., Jílek, M. & Rolínek, R. (2012). *Venkov jako místo pro život*. Praha: WoltersKruwer.
- Galbicssek, C. (2020, 19. května). *Alcoholism in Seniors*. Alcohol Abuse Among Seniors [webová stránka]. Získáno 28. 6. 2020 z <https://www.alcoholrehabguide.org/resources/alcoholism-seniors/#author>
- Goswami, A., Reddaiah, V. P., Kapoor, S. K., Singh, B., Dwivedi, S. N. & Kumar, G. (2005). Tobacco and alcohol use in rural elderly Indian population. *Indian Journal of Psychiatry*, 47(4), 192-197. DOI: 10.4103/0019-5545.43050
- Haighton, C., Wilson, G., Ling, J., McCabe, K., Crosland, A. & Kaner, E. (2016). A Qualitative Study of Service Provision for Alcohol Related Health Issues in Mid to Later Life. *PLoS ONE*, 11(2). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148601>
- Hallgren, M., Högberg, P. & Andréasson, S. (2009). *Alcohol consumption among elderly European Union Cityzens*. Health effects, consumption trends and related issues [online]. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health. Dostupné z http://www.antonioacasella.eu/archila/alcol_Hallgren_2009.pdf
- Han, B. H. & Moore, A. A. (2018). Prevention and Screening of Unhealthy Substance Use by Older Adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34(1), 117–129. DOI: 10.1016/j.cger.2017.08.005
- Haškovcová, H., (2010). *Fenomén stáří* (2.vyd.). Praha: Havlíček Brain Team.
- Hauerová, B., Barták, M., Rogalewicz, V. & Kuchař, P. (2017). First Czech study of social costs of elder abuse and neglect – case study on Prague. In B. Gavurová & M. Šoltés (ed.). *Central European Conference in Finance and Economics (CEFE2017)* (pp. 263–271). Košice: Technical University of Košice. Dostupné z <http://cefe.ekf.tuke.sk/CEFE2017.pdf>
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace* (4. vyd.). Praha: Portál.
- Hongthong, D., Somrongthong, R., Wongchaiya, P. & Kumar, R. (2016). Factors Predictive of Alcohol Consumption Among Elderly People in a Rural Community: A Case Study in Phayao Province Thailand. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad-Pakistan*, 28(2), 237-240. Dostupné z <http://jamc.ayubmed.edu.pk/index.php/jamc/article/view/564/269>
- Hubínková, A. (2019, 14. ledna). *Rozdíl mezi chatou a chalupou* [webová stránka]. Získáno 16. 5. 2020 z <http://onemovitosti.cz/tag/co-je-chalupa/>
- Jiráček, R. et al. (2013). *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén.
- Juergens, J. (2020, 18. června). *Addiction in the Elderly*. Senior Citizens and Substance Abuse [webová stránka]. Získáno 28. 6. 2020 z <https://www.addictioncenter.com/addiction/elderly/>
- Kalina, K. & kol. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Folia Nova.

- Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Sucharda, P. & kol. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada.
- Kelly, S., Olanrewaju, O., Cowan, A., Brayne, C. & Lafortune, L. (2018). Alcohol and older people: A systematic review of barriers, facilitators and context of drinking in older people and implications for intervention design. *PLoS ONE*, 13(1), 1-14. DOI: 10.1371/journal.pone.0191189
- Kim, J. W., Lee, B. Ch., Lee, D. Y., Seo, Ch. H., Kim, S., ...Choi, I. G. (2013). The 5-item Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-5): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking, Alcohol Use Disorders and Alcohol Dependence. *Alcohol and Alcoholism*, 48(1), 68-73. DOI: <https://doi.org/10.1093/alcalc/ags082>
- Klinika adiktologie (2019, 16. ledna). *Test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (AUDIT)*. Informace pro uživatele [webová stránka]. Získáno 21. 5. 2020
z<https://www.adiktologie.cz/test-pro-identifikaci-poruch-pusobenych-uzivanim-alkoholu-audit>
- Korcová, R. & Borská, J. (2019). Position of seniors in rural areas in relation to the Czech republic. *Kontakt*, 21(4), 416-423. DOI: 10.32725/kont.2019.049
- Kosařová, J. (n.d.). *Přehled problémů v oblasti prevence a poskytování pomoci v oblasti domácího násilí a syndromu týrání a zanedbávání (EAN) páchaného na seniorech s dopadem na sociální a zdravotní oblast* [online]. Dostupné z http://www.domaci-nasili.cz/wp-content/uploads/prehled_problemu.pdf
- Krombholz, R. & Drástová, H. (2010). Závislosti a stáří. *Psychiatrie pro praxi*, 11(3), 95-98. Dostupné z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/03/02.pdf>
- Kuerbis, A., Moore, A. A., Sacco, P. & Zanjani, F. (2016). *Alcohol and Aging*. Clinical and Public Health Perspectives. Cham, Switzerland: Springer.
- Kutnohorská, J. (2017, 1. srpna). *Etické aspekty péče o seniory* [webová stránka]. Získáno 4. 5. 2020 z <https://www.seniorzone.cz/33/eticke-aspekty-pece-o-seniory-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4Es6Uj91D8nJcAMlreXvDp48/>
- Lal, R. & Pattanayak, R. D. (2017). Alcohol Use among the Elderly: Issues and Considerations. *Journal of Geriatric Mental Health*, 4(1), 4–10. DOI: 10.4103/jgmh.jgmh_34_16
- Lasebikan, V. O. & Gureje, O. (2015). Lifetime and 7-day Alcohol Consumption in the Elderly, Prevalence and Correlates: Reports from the Ibadan Study of Aging. *African Journal of Medicine and Medical Sciences*, 44(1), 33–41. PMID: 26548114
- Levin, S. M. & Kruger, J. (2000). *Substance Abuse Among Older Adults: A Guide for Treatment Providers*. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Service Administration.
- Lee, Y. H., Chang, Y. Ch., Liu, Ch. T. & Shelley, M. (2020). Correlates of alcohol consumption and alcohol dependence among older adults in contemporary China: Results from the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 19(1), 70-75. DOI:10.1080/15332640.2018.1456388
- Lukáš, K., Žák, A. & kol. (2007). *Gastroenterologie a hepatologie*. Učebnice. Praha: Grada.
- Lužný, J. (2012). *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton.
- Mai, D. L, Huy, N. V., Thanh, N. V. & Staar, H. (2017). Risky Behaviors and Associated Factors among the Elderly in Rural Vietnam. *Journal of Aging Science*, 5(2), 1-9. DOI: 10.4172/2329-8847.1000182

- Mátl, O. & Srnová, E. (2012). *Budoucnost venkova v České republice*. Analýza potřeb obcí po roce 2013 z hlediska budoucí kohezní politiky a společné zemědělské politiky. Praha: Svaz měst a obcí České republiky.
- Mihailovic, N., Georgő, J. S., Rancic, N., János, S., Boruzs, K., ...Jakovljevic, M. (2020). Alcohol Consumption among the Elderly Citizens in Hungary and Serbia – Comparative Assessment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1289. DOI: 10.3390/ijerph17041289
- Ministerstvo financí České republiky. (n.d.). *Seznam OKEČ – skupiny činností* [webová stránka]. Získáno 29. 6. 2020 z http://www.info.mfcr.cz/ares/okec/ares_okec.html cz
- Ministerstvo vnitra České republiky. (2020). *Informativní počty obyvatel v obcích*. Informativní počet občanů v ČR ve všech obcích, v obcích 3. typu a v městských částech [tabulka Excel]. Dostupné z <https://www.mvcr.cz/clanek/statistiky-pocty-obyvatel-v-obcich.aspx>
- Minwoo, Y. & Eunyong, K. (2020). Gender difference in the association between alcohol consumption and depressive symptoms among the elderly in rural areas. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*. Advance online publication. DOI:10.1080/15332640.2019.1704336
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Miovský, M., Táborský, M., Popov, P., Linhart, A. & Zima, T. (2019). Alcohol Use in the Czech Republic: Joint Statement of the Society for Addiction Medicine of the J. E. Purkyně Czech Medical Association and the Czech Society of Cardiology. *Central European Journal of Public Health* 27(Supplement), S3-S5. DOI: <https://doi.org/10.21101/cejph.a5972>
- Nadkarni, A., Murthy, P., Crome, I. B. & Rao, R. (2013). Alcohol Use and Alcohol-Use Disorders Among Older Adults in India: A Literature Review. *Aging and Mental Health*, 17(8), 979-991. DOI:10.1080/13607863.2013.793653
- NCCIH. (2018, srpen). *What Is Homeopathy?* [webová stránka]. Získáno 16. 6. 2020 z <https://www.nccih.nih.gov/health/homeopathy>
- NIA. (2017, 17. května). *Facts About Aging and Alcohol* [webová stránka]. Získáno 26. 6. 2020 z <https://www.nia.nih.gov/health/facts-about-aging-and-alcohol>
- NIAAA. (2003). *Harmful Interactions*. Mixing alcohol with medicines [online]. Dostupné z https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/Harmful_Interactions.pdf
- Nešpor, K., Dragomirecká, E. & Csémy, L. (2005). Alkohol u seniorů. *Časopis lékařů českých*, 144(5), 325–326.
- Nováčková, P. (2010). *Pitný režim u seniorů* (bakalářská práce). Dostupné z <https://theses.cz/id/9gb6ce/82202-395367044.pdf>
- OECD. (2011). *OECD Regional Typology* [online]. Dostupné z https://www.oecd.org/cfe/regional-policy/OECD_regional_typology_Nov2012.pdf
- Officer, A. & Fuente-Núñez, V. (2018). A global campaign to combat ageism. *Bulletin of the World Health Organization*, 96: 299–300. DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.202424>
- Palmore, E. B. (1999). *Ageism: Negative and Positive* (2.vyd.). New York: Springer.
- Penzista. (2017, 1. srpna). *Panák tvrdého pro dobré trávení?* [webová stránka]. Získáno 28. 3. 2020 z https://penzista.net/zdravi/panak-tvrdeho-pro-dobre-traveni/?doing_wp_cron=1586258943.8559629917144775390625

- Petrišče, O. (2015). *Každodenní život a problematika sociální izolace seniorů v městském a venkovském prostředí* (diplomová práce). Dostupné z <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/163992/>
- Prance, K. (2016, 4. srpna). *Ultimate Guide to Alcoholism for the Elderly* [online]. Dostupné z <https://www.rehab-recovery.co.uk/articles/guide-alcoholism-for-elderly/>
- Příbyl, H. (2015). *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf.
- Rod, A. & Fanta, M. (2019). *Spotřeba alkoholu v ČR. Vývoj, dopady, regulace a další rizikové faktory ohrožující zdraví společnosti* [online]. Praha: Centrum ekonomických a tržních analýz. Dostupné z http://eceta.cz/wp-content/uploads/2019/08/Spot%C5%99eba-alkoholu-v-%C4%8CR_FINAL-1.pdf
- Ruprich, J., Suchánková, M., Dofková, M., Řehůrková, I., Bischofová, S. & Blahová, J. (2015). *Přehled národních vodítek pro střídou konzumaci alkoholických nápojů: Nízkorizikové dávky etanolu* [online]. Brno: Státní zdravotní ústav v Praze, Centrum zdraví, výživy a potravin v Brně. Dostupné z http://www.szu.cz/uploads/CZVP/Prehled_voditek_pro_stridmou_konzumaci_alkoholu_etanolu_.pdf
- Říčan, P. (2006). *Cesta životem. Vývojová psychologie* (2. vyd.). Praha: Portál.
- Yi, S. W., Jung, M., Kimm, H., Sull, J. W., Lee, E., ...Ohrh, H. (2016). Usual alcohol consumption and suicide mortality among the Korean elderly in rural communities: Kangwha Cohort Study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 70(8), 778-783. DOI: 10.1136/jech-2015-206849
- Satre, D. D., Bahorik, A. L. & Mackin, R. S. (2018). Alcohol and Drug Use Among Older Adults: Associations with Widowhood, Relationship Quality, and Physical Health. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(4), 633-635. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx158>
- Seeker. (2010, 16. prosince). *Drinking Alcohol with Meals Slows Digestion* [webová stránka]. Získáno 30. 3. 2020 z <https://www.seeker.com/drinking-alcohol-with-meals-slows-digestion-1765153061.html>
- Sekot, A. (2010). *Úvod do sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií.
- Skewes, M. C. & Lewis, J. P. (2016). Sobriety and alcohol use among rural Alaska native elders. *International Journal of Circumpolar Health*, 75. DOI: 10.3402/ijch.v75.30476
- Skopalová, B. (2014). Vliv alkoholu na zdravotní stav seniorů. *Adiktologie*, 14(4), 421–427.
- Slabý, M. (2017). *Smysl života, nezdolnost a závislost na alkoholu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné z http://old.psych.upol.cz/wp-content/uploads/2018/01/2016-0261_Slaby.pdf
- Slepička, P., Mudrák, J. & Slepičková, I. (2015). *Sport a pohyb v životě seniorů*. Praha: Karolinum.
- Slovák, D., Przewczková, P., Daňková, Š. & Zvolský, M. (ed.). (2017). *MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. 10. revize. Tabeleární část*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Sochorová, V. (2013). *Alkohol a seniori* (diplomová práce). Dostupné z https://is.muni.cz/th/iftmh/Bc._Vendula_Sochorova__Alkohol_a_seniori__2013.pdf
- Stanca, A. E., Bratu, E. C. & Mincă, E. G. (2017). Drinking patterns in the elderly Romanian population – prevalence and characteristics. *Acta Medica Transilvanica*, 22(2), 1-5. Dostupné z

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56178207/Dinking_patterns_in_the_elderly.pdf?1522213296=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPUBLIC_HEALTH_AND_MANAGEMENT_DRINKING_PA.pdf&Expires=1593535505&Signature=XLNyFgIwdSZmcb4TmU2WMxMwy9MW0i2nVgfJGXnrZSr1UKf6sxZ-axO5VVhAPD1XxoowJhMPnzqgEx~CmyMXcCgnHFwXe95l-ZuekSREluf9NJmedWN5~1Nd9A7UEmVSBCMY2G0GwK6nBMqh-NFS0u-W429Kg1wKv89xpdwE91y7MF6WBp1k7ssGFr3JdVkJAlGuzmzwsaoTg2X6fU~9lWwxMIsnpQ8-nd3d-YxHIoWCTWluXbfG3fur2Y7ouWROpr2txfzDjr0-5zaY3zG9i0lMgV6c9-QeV5y001RW0B-p~F0v0-mfcsnMucJKN3ic2nckjDc9dIaB0m4libOqCBA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Suchej únor 2020, Csémy, L. & Národní ústav duševního zdraví. (n.d.). *Alkofakta 2020* [online]. Získáno 18. 2. 2020 z

https://docs.google.com/document/d/1AyUn8BDRVj0Qu4YooenMHCITE_hqdx5eDrVMLfdABJQ/edit#

Sullivan, M. A. & Levin, F. R. (2016). *Addiction in the older patient*. New York: Oxford University Press.

Svobodová, H., Konečný, O., Binek, J., Chabičovská, K., Holeček, J., ...Hynek, A. (2011). *Synergie ve venkovském prostoru*. Brno: GaREP.

Svobodová, H. & Vežník, A. (2014). *Úvod do geografie venkova*. Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/pdf/js14/g_venkov/web/skripta/geografie-venkova-skripta.pdf

Špatenková, N. et al. (2014). *O posledních věcech člověka*. Vybrané kapitoly z thanatologie. Praha: Galén.

UNECE. (2017). *Policy Brief: Older persons in rural and remote areas* [online]. Dostupné z https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE-WG1-25.pdf

Via Rustica, občanské sdružení. (n.d.). *Veselá* [webová stránka]. Získáno 1. 6. 2019 z <http://www.viarustica.cz/cestovni-ruch/svazek-obci-lipa/vesela>

Vokurka, M., Hugo, J. & kol. (2015). *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf.

WHO. (2006). *Elder abuse and alcohol* [online]. Dostupné z https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_elder.pdf

WHO. (2015). *World Report on Aging and Health* [online]. Luxembourg: World Health Organization. Dostupné z https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=90042F7569378801B3D42D69E17F35B1?sequence=1

Wolter, D. K. (2015). Alkohol im Alter. Trinkgewohnheiten, risikoarmer Konsum und alkohol bezogene Störungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48(6), 557–570. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00391-015-0925-9>

Yang, Z., Chen, R., Hu, X. & Ren, X.H. (2017). Factors that related to the depressive symptoms among elderly in urban and rural areas of China. *Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi*, 38(8), 1088-1093. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2017.08.018

Zdravé zprávy. (2019, 3. prosince). *Bezbrehá dostupnost alkoholu v ČR nikoho netrápi* [webová stránka]. Získáno 10. 4. 2020 z <https://www.zdravezpravy.cz/2019/12/03/bezbreha-dostupnost-alkoholu-v-cr-nikoho-netrapi/>

Zrubáková, K., Krajčík, Š. & kol. (2016). *Farmakoterapie v geriatrici*. Praha: Grada.

Žurovec, M. (2019, 27. května). *Vláda schválila sazbový balíček MF* [webová stránka]. Získáno 18. 2. 2020 z <https://www.mfcr.cz/cs/aktualne/tiskove-zpravy/2019/vlada-schvalila-sazbovy-balicek-mf-35283>

15. Seznam zkratek

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

AUDIT – Alcohol Use Disorder Identification Test

č. – číslo

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

EAN – Elder abuse and neglect

km – kilometr

MKN-10 – 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

např. – například

NCCIH – National Centre for Complementary and Integrative Health

NIA – National Institute on Aging

NIAAA – National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism

PAD – perorální antidiabetika

př. – příklad

OECD – Organization for Economic Co-operation and Development

OKEČ – Odvětvová klasifikace odborných činností

OSN – Organizace spojených národů

Sb. – sbírky

sv. – svatý

t.j. – to je

tzn. – to znamená

tzv. – takzvaně

UNECE – United Nations Economic Commission for Europe

USA – Spojené státy americké

WHO – World Health Organization

16. Seznam příloh

Příloha č. 1 – Osnova polostrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 2 – Dotazník AUDIT

Příloha č. 3 – Informovaný souhlas

Příloha č. 4 – Seznam obrázků

Příloha č. 5 – Seznam diagramů

Příloha č. 6 – Seznam tabulek

Příloha č. 7 – Prohlášení zájemce o nahlédnutí

Příloha č. 1 – Osnova polostrukturovaného rozhovoru

1. SOCIODEMOGRAFICKÁ DATA

- Mohu poprosit Váš věk?
- Vaše bydlení?
- Váš rodinný stav?
- Vaše rodinné zázemí (s kým bydlíte, pokud sám/sama, navštěvuje Vás někdo)?
- Jaké bylo Vaše celoživotní zaměstnání?

2. UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU DŘÍVE V ŽIVOTĚ A NYNÍ

- Jak jste to měl/a s pitím dřív, jak to bylo za mlada, jak se s tím začalo?
- Pili Vaši rodiče, pilo se doma?
- Byla ve Vašem životě nějaká období nebo příležitosti, kdy jste alkohol pil/a více?
- Bylo ve Vašem životě nějaké období, kdy jste pil/a méně nebo úplně abstinovat/a od alkoholu? Čím to bylo?
- Změnilo se něco při odchodu do důchodu?
- Jak trávíte důchod?
- Při jakých příležitostech teď pijete? Jak tyto příležitosti vypadají? Kdy a kde?
- Mění se nějak tyto příležitosti v průběhu roku, týdne?
- Co máte rád/a, co pijete?
- Pijete i s vnoučaty/děťmi?
- Máte alkohol i doma a pijete jej doma? Pokud ano, kdy a jak to vypadá, přiblížil/a byste takovou situaci nějak?
- Pokud máte alkohol doma, jak se k Vám dostal? Kdo ho přinesl nebo nakoupil?
- Myslíte si, že v Čechách pije hodně?
- Škodí podle Vás alkohol?
- Vzpomněl/a byste si jaké léky užíváte a přibližně jak často?
- Víte o interakcích Vašich léků s alkoholem? Jak jste se o nich dozvěděl/a?

3. MOŽNOSTI A ŘEŠENÍ

- Myslíte si, že pro řešení problémů s alkoholem je potřeba odborná pomoc?
- S kým by měl člověk tyto problémy řešit?
- Kdo by byl první, na koho byste se obrátil/a v případě potíží s alkoholem? Kdyby to vůbec někdo byl?
- Máte představu, jaké formy pomoci existují pro člověka s problémy s užíváním alkoholu nebo pro jejich blízké?
- Zkusil/a byste je blíže popsat?
- Jak byste si Vy osobně představoval/a pomoc s omezením užívání alkoholu, pokud byste měl/a problémy s alkoholem Vy nebo Váš blízký?
- Myslíte si, že by se péče o staršího člověka s problémy s alkoholem měla lišit? A případně jak?
- Jak by péče o staršího člověka, který má problém s alkoholem, měla vypadat tady na venkově? Kde je k pomoci dál než ve městě? Kdo by to měl řešit?

4. MOŽNOST DOPLNĚNÍ INFORMACÍ

- Chtěl/a byste k jakémukoliv probranému nebo souvisejícímu tématu vrátit nebo něco dodat?
- Vynechali jsme něco, co Vám přišlo k alkoholu důležité?

Příloha č. 2 – Dotazník AUDIT

Dotazník AUDIT: Verze určená k vyplnění klientem						
<p>Informace pro klienta: Užívání alkoholu může mít vliv na Vaše zdraví a může také ovlivňovat účinky některých léků, proto považujeme za důležité zeptat se Vás na Vaše zvyklosti, pokud jde o pití alkoholu. Vaše odpovědi jsou považovány za důvěrné informace, prosíme Vás proto o upřímné odpovědi.</p> <p>U každé otázky označte křížkem možnost, která nejvíce vystihuje Vaši odpověď.</p>						
Otázky	0	1	2	3	4	
1. Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje?	Nikdy	Jednou měsíčně nebo méně často	Dva až čtyřikrát měsíčně	Dva až třikrát týdně	Čtyřikrát nebo vícekrát týdně	
2. Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete? (označte počet sklenic alkoholického nápoje)	1 nebo 2	3 nebo 4	5 nebo 6	7 nebo 8	10 nebo více	
3. Jak často vypijete čtyři nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
4. Jak často během posledního roku jste zjistil/a, že nejste schopen/schopna přestat pít, jakmile začnete?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
5. Jak často během posledního roku jste nebyl/a kvůli pití schopen/schopna udělat to, co se od vás normálně očekávalo?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
6. Jak často během posledního roku jste se potřeboval/a napít hned ráno, abyste se dostal do formy po nadměrném pití předešlý den?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
7. Jak často během posledního roku jste měl/a pocit viny nebo výčitek svědomí po pití?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
8. Jak často se během posledního roku stalo, že jste si nebyl/a schopen/schopna vzpomenout, co se stalo předešlý den večer, protože jste pil/a?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
9. Utrpěl/a jste vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano, během posledního roku	
10. Měl někdo z vašich příbuzných nebo přátel nebo lékař výhrady kvůli vašemu pití nebo Vám doporučil s pitím přestat?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano, během posledního roku	
					Celkem	

Zdroj: Babor & Higgins-Biddle (2010b, s. 44)

Příloha č. 3 - Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s poskytnutím a využitím dat z rozhovoru a z dotazníku AUDIT pro účely výzkumného šetření v rámci diplomové práce Kvalitativní studie užívání alkoholu u seniorů na venkově (2019)

Autorka diplomové práce: Bc. Jana Machová

Výzkum, na jehož účasti na základě tohoto informovaného souhlasu participujete, probíhá pro účely zpracování mé diplomové práce. Zpracovávám jej a je veden v rámci studia oboru adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Cílem výzkumu je zmapovat užívání alkoholu seniory žijícími ve venkovské obci a tím obohatit současné poznatky o problematice užívání alkoholu u seniorů. Abych získala potřebná data, budu s Vámi vést rozhovor, kde se budu ptát na základní sociodemografická data (tzn. pohlaví, kolik Vám je let, Vaše rodinné zázemí, bydlení atd.) a na data týkající se problematiky alkoholu. Rozhovor bude spolu s ústním potvrzením tohoto informovaného souhlasu nahráván na hlasový záznamník. V rozhovoru nejde o znalosti, ale o životní zkušenosti, o Váš úhel pohledu. Nakonec po provedení rozhovoru proběhne vyplnění krátkého dotazníku, které mi pomůže zachytit případné rizikové užívání alkoholu.

Je důležité vědět, že s veškerými informacemi bude nakládáno anonymně tak, aby nemohlo dojít k identifikaci Vaší osoby. Při práci s veškerými získanými daty ve výzkumném šetření se nikde neobjeví Vaše jméno, bude nahrazeno pouze kombinacemi písmena R s čísly, např. R1, R2, R3 atd. To z toho důvodu, že použití např. iniciál by mohlo vést k obavám ze ztráty Vaší anonymity, zvláště v případě šetření prováděného na malé venkovské obci. Identifikující a určující údaje či názvy budou z přepisu nahrávek odstraněny nebo anonymizovány.

Data nebudou poskytnuta jiným osobám ani institucím, po přepisu dat do elektronické podoby budou nahrávky s rozhovory trvale odstraněny a získaná data budou použita pouze pro vypracování diplomové práce. Vytisknuté vyplněné dotazníky budou po převodu do elektronické podoby trvale odstraněny skartací.

Neváhejte ptát se mě kdykoliv na nejasnosti, všechny Vaše dotazy ráda zodpovím.

Poskytnutím Vašeho souhlasu jste srozuměn/a a souhlasíte s tím, že jste byl/a autorkou diplomové práce informován/a o výzkumu, dobře mu rozumíte, souhlasíte s účastí ve výzkumu a s nahráváním rozhovoru. Svůj souhlas s účastí ve studii dáváte dobrovolně a víte, že souhlas můžete kdykoli zrušit bez udání důvodu a bez rizika vzniku negativních následků.

Souhlasíte s účastí ve výzkumu?

Příloha č. 4 – Seznam obrázků

Obrázek 1 - Pyramida konzumentů alkoholu 2019 (Csémy et al., 2020, s. 48).....	12
Obrázek 2 - Venkovské a městské území podle typologie OECD (Svobodová & Věžník, 2014, s. 14).....	39
Obrázek 3 - Struktura území z hlediska přístupů k vymezení venkova (Svobodová & Věžník, 2014, s. 11).....	40
Obrázek 4 - Geografické vymezení obce Veselá a okresu Pelhřimov spolu s venkovským a městským prostorem části Kraje Vysočina (upraveno) (ČSÚ, 2009)	49
Obrázek 5 - Dominanta obce Veselá: Kostel sv. Jakuba Staršího ze 14. století (fotografie archiv autorky)	50

Příloha č. 5 – Seznamdiagramů

Diagram 1 - Rodinné prostředí seniora	61
Diagram 2 - Počátky užívání alkoholu.....	62
Diagram 3 - Užívání alkoholu v mládí seniora.....	63
Diagram 4 - Alkohol v dospělém životě seniora	64
Diagram 5 - Odchod do starobního důchodu.....	66
Diagram 6 - Příležitosti k užívání alkoholu nyní.....	67
Diagram 7 - Oblíbený alkoholický nápoj.....	68
Diagram 8 - Rozdíly mezi manžely	69
Diagram 9 - Obstarávání alkoholu.....	70
Diagram 10 - Názor na škodlivost alkoholu a míru užívání v ČR.....	71
Diagram 11 - Užívaná léčiva.....	72
Diagram 12 - Rada od lékaře či lékárníka.....	73
Diagram 13 - Potřeba odborné pomoci	75
Diagram 14 - Na koho se obrátit.....	77
Diagram 15 - Péče o seniora.....	78
Diagram 16 - Péče o seniora na venkově	79
Diagram 17 - Hodnocení užívání alkoholu respondenty s rizikovým užíváním.....	81

Příloha č. 6 – Seznam tabulek

Tabulka 1 - Průměrná roční spotřeba alkoholu v litrech čistého alkoholu na osobu mezi obyvateli České republiky, upraveno podle Csémy et al. (2020)	11
Tabulka 2 - Rizikové faktory a spouštěcí mechanismy nadměrného užívání, závislosti na alkoholu u seniorů, vytvořeno podle Gablicsek (2020), Levin & Kruger (2000) a Juergens (2020).....	24

Tabulka 3 - Somatické komplikace při nadužívání alkoholu ve stáří podle Kalvach et al. (2004), Barry & Blow (2016), Han & Moore (2018), Lužný (2012), Prance (2016), Skopalová (2014), Jiráček et al. (2013), Alzheimer's Society (n.d.), Nešpor et al. (2005), Lukáš et al. (2007).....	30
Tabulka 4 - Psychické komplikace při nadužívání alkoholu ve stáří podle Aitken (2015), Skopalová (2014), Kalvach et al. (2004), Haunerová et al. (2017), Alzheimer's Society (n.d.), Minwoo & Eunyoung (2020).....	32
Tabulka 5 - Hlavní interakce léčiv s alkoholem používaných u somatických onemocnění (upraveno, zkráceno) (NIAAA, 2003, s. 3 - 8)	37
Tabulka 6 - Hlavní interakce léčiv s alkoholem používaných u psychických onemocnění (upraveno, zkráceno) (NIAAA, 2003, s. 3 - 8).....	38
Tabulka 7 - Přehled demografie populace staré 65 a více let v ČR podle typu urbanizace, vytvořeno podle ČSÚ (2019).....	43
Tabulka 8 - Zahraniční výzkumy týkající se užívání alkoholu u seniorů na venkově: Yang et al. (2017), Lee et al. (2020), Goswami et al. (2005), Lal & Pattanayak (2017), Nadkarni et al. (2013), Hongthong et al. (2016), Yi et al., (2016), Minwoo & Eunyoung (2020), Mai et al. (2017), Mihailovic et al. (2020), Stanca et al. (2017), Lasebikan & Gureje (2015), Barry & Blow (2016), Christopherson et al. (2015) a Skewes & Lewis (2016).....	46
Tabulka 9 - Respondenti podle kódu, pohlaví, věku a typu bydlení.....	51
Tabulka 10 - Respondenti podle kódu, pohlaví, věku, rodinného stavu, rodinného zázemí a klasifikace OKEČ - klasifikace OKEČ zpracována podle Ministerstva financí ČR (n.d.)	52
Tabulka 11 - Respondenti podle kódu, místa sběru dat a přítomnosti další (třetí) osoby při rozhovoru	55
Tabulka 12 - Respondenti podle kódu, pohlaví, věku a výsledného skóru v dotazníku AUDIT.....	80
Tabulka 13 - Spotřeba respondentů na rizikové úrovni	82
Tabulka 14 - Přítomnost či vznikající závislost na alkoholu.....	82
Tabulka 15 - Zdravotní poškození v souvislosti s užíváním alkoholu.....	82

