

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

ID studijního oboru: B5345



**Zuzana Pavlíková**

**Včasná detekce patologického hráčství – průzkum mezi praktickými lékaři**

Early Detection of Pathological Gambling – Survey among GPs

**Bakalářská práce**

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Tereza Roznerová

**Praha, 2018**

**Poděkování:**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Tereze Roznerové, vedoucí práce, za poskytnutí cenných rad, připomínek, ochotný přístup a vstřícné jednání při zpracování mé bakalářské práce. Své rodině a blízkým, za podporu, která se mi dostávala po celou dobu mého studia. A v neposlední řadě patří poděkování všem praktickým lékařům a lékařek, kteří věnovali čas mému dotazníku, a tím se podíleli na mé práci.

**Identifikační záznam:**

PAVLÍKOVÁ, Zuzana. *Včasná detekce patologického hráčství – průzkum mezi praktickými lékaři. [Early Detection of Pathological Gambling - Survey among GPs]*. Praha, 2018. 62 s., 6 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Roznerová, Tereza.

**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, 18.7.2018

Zuzana Pavlíková

.....

## **Abstrakt**

**Východiska:** Bakalářská práce na téma „Včasná detekce patologického hráčství – průzkum mezi praktickými lékaři“, se zabývá problematikou patologického hráčství a klíčovou rolí praktických lékařů v této diagnostice. I patologické hráčství má vliv na zdraví jedince - vliv stresu, bolesti zad a jiné. Proto je důležité, aby si tyto skutečnosti praktičtí lékaři propojili a pokusili se včas detekovat problém s pomocí screeningových nástrojů. Závěrečná práce je rozdělena na část teoretickou, která se zabývá problematikou patologického hráčství, vymezením pojmů, intervencí, dopady, prevencí a také i odbornými službami, a na část praktickou, která se zabývá samotným výzkumem.

**Cíle:** Cílem výzkumu je zhodnocení zájmu praktických lékařů o problematiku patologického hráčství u svých pacientů. Zároveň ale poskytuje podklad i pro další podrobnější výzkum v této oblasti.

**Metoda:** K získání dat byla využita metoda kvantitativního výzkumu formou online dotazníku vytvořeném ve formulářích Google, který byl rozeslán po e-mailovém kontaktu praktickým lékařům.

**Výsledky:** Z celkových výsledků vyplývá, že ačkoli si lékaři uvědomují rizika spojená s patologickým hráčstvím, jen malá část z nich využívá screeningové nástroje. Nízký zájem praktických lékařů může být v přímém kontaktu s nedostatečnými informacemi, které souvisí s touto problematikou či zhodnocením patologického hráčství v obci, kde provozují svoji lékařskou praxi, malým problémem.

**Závěr:** Z tohoto důvodu je důležité se více zaměřit na motivaci, a především vzdělání praktických lékařů v této problematice, a tím zajistit komplexní péči jedinci, který se již s touto problematikou může potýkat nebo se již nachází v riziku vzniku patologického hráčství.

### **Klíčová slova:**

Patologické hráčství – praktický lékař – intervence – prevence

## **Abstract**

**Background:** The Bachelor thesis "Early Detection of Pathological Gambling - Survey among GPs" deals with the issue of pathological gambling and the key role of GPs in this diagnosis. Pathological gambling also affects the health of an individual – causing stress, back pain and others. Therefore, it is important for GPs to realise this connection and then attempt to detect the issue early on with the help of screening tools. This thesis is divided into a theoretical part, dealing with the problems of pathological gambling, definition of concepts, interventions, impacts, prevention as well as professional treatments, and a practical part, which deals with the research itself.

**Aim:** The aim of the research is to evaluate the interest of GPs in the field of pathological gambling in their patients. At the same time, it provides the basis for more detailed research in this area.

**Methods:** A quantitative research method in the form of an online questionnaire created on Google forms, which was distributed by e-mail contact to GPs was used to obtain the data.

**Results:** Overall, results show that although GPs are aware of the risks associated with pathological gambling, only a small part of them use any screening tools. The low interest of GPs may be in direct relation with an inadequate amount of information about this issue or by concluding that the issue pathological gambling is a small problem in the place of their medical practice.

**Conclusion:** For this reason, it is important to focus on the motivation and education of GPs in this field and provide comprehensive care for individuals who may already be struggling with or are at risk of pathological gambling.

### **Keyword:**

Pathological gambling – GP – Intervention – Prevention

# Obsah

1.	Úvod.....	8
2.	Teoretická část .....	10
2.1	Hra.....	10
2.1.1	Hazardní hra .....	10
2.2	Patologické hráčství .....	12
2.2.1	Kritéria patologického hráčství .....	12
2.2.2	Stadia rozvoje patologického hráčství .....	14
2.2.3	Faktory, které se mohou podílet na vzniku patologického hráčství.....	14
2.2.4	Výskyt hazardního hraní a patologického hráčství v obecné populaci .	16
2.3	Intervence.....	18
2.3.1	Screeningové nástroje .....	18
2.3.2	Krátká intervence .....	19
2.4	Dopady patologického hráčství.....	21
2.4.1	Dopady na jednotlivce .....	21
2.4.2	Dopady na rodinu / vztahy .....	22
2.4.3	Zadluženost a kriminalita.....	23
2.5	Prevence patologického hráčství.....	25
2.6	Léčba patologického hráčství.....	27
2.6.1	Telefonické linky .....	27
2.6.2	Ambulantní léčba .....	27
2.6.3	Ústavní léčba.....	27
2.6.4	Svépomocné skupiny .....	27
2.6.5	Další odborné služby.....	28
3.	Výzkumná část.....	29
3.1	Východiska.....	29
3.2	Charakteristika výzkumu .....	29
3.3	Cíl výzkumu.....	30
3.4	Stanovení výzkumných otázek.....	30
3.5	Design .....	30
3.6	Metody tvorby dat.....	30

3.7	Výzkumný soubor .....	31
3.8	Metoda analýzy dat .....	32
3.9	Předpokládané výsledky.....	32
3.10	Etické aspekty.....	32
3.11	Technické zázemí .....	32
4.	Výsledky .....	33
4.1	Sociodemografické údaje .....	33
4.2	Odhady problémového a patologického hráčství.....	35
4.3	Postoje k problematice patologického hráčství.....	38
4.4	Sebehodnocení znalostí ohledně problematiky patologického hráčství.....	41
4.5	Souhrn výsledků.....	45
5.	Diskuze .....	47
6.	Závěr .....	50
7.	Seznam literatury .....	51
8.	Seznam zkratk .....	54
9.	Seznam příloh .....	55
10.	Seznam grafů .....	61
11.	Seznam tabulek.....	62



# 1. Úvod

Většina pacientů vnímá praktického lékaře jako jedince, který všemu rozumí a obrací se k němu s důvěrou, že on je ten, který jim vyléčí jejich neduhu. Praktičtí lékaři mají jednu zásadní výhodu svého postavení. Zaujímají klíčovou roli v prvním objevení různých závislostí. Vezměme si například alkohol či cigarety. Při první návštěvě u praktického lékaře se nás lékař vždy zeptá: „Kouříte? Pijete alkohol?“ Nicméně tyto otázky mají spíše pozadí mapování různých kontraindikací vzhledem k pacientově zdraví či lékům, které užívá. Někdy mohou být domněnky praktických lékařů postaveny i na různých vyšetření, které pacient absolvoval (například v případě alkoholu se může jednat o výsledky jaterních testů apod).

Jak je tomu ale u problematiky patologického hráčství? Někdo může namítat, že je obtížné rozpoznat tuto problematiku během jednoho krátkého setkání v ordinaci, kdy pacienti většinou přicházejí pouze z důvodu nemoci nebo pouze kvůli absolvování pravidelné preventivní prohlídky. Nicméně existují různé screeningové dotazníky, které velmi rychle odhalí, zda se u daného jedince vyskytuje problém či nikoliv. Pacient má tak možnost vyplnit krátký dotazník například mezi tím, než mu praktický lékař napíše zprávu či vypíše recept.

Dané téma jsem si vybrala z toho důvodu, že dle mého mínění u problematiky patologického hráčství chybí primární článek, který by podchytil tento problém u daného jedince včas, a tím pádem by se zamezilo rozsáhlým dopadům spojených s touto problematikou. Nicméně i patologické hráčství, jak budu níže zmiňovat, má vliv i na zdraví jedince, a právě zde se vyskytují praktičtí lékaři, jakožto odborníci. Z odborného hlediska je toto téma velice zajímavé, protože nastiňuje další možnou cestu v propojení odborníků a služeb, zabývající se ještě podrobněji touto problematikou, a včasný záchyt. Nicméně se v České republice zatím žádný podobný výzkum nekonal a poznatky o tomto tématu lze najít v zahraničních výzkumech např. *Early Detection of Pathological Gambling: Bettin on GP's Beliefs and Attitudes* (Achab et al., 2014) nebo *GPs and Problem gambling: Can they Help with Identification and Early Intervention?* (Tolchard, Thomas, & Battersby, 2007).

V teoretické části se zabývám diagnostikou patologického hráčství samotnou i důvodem či faktory, které daného jedince mohou podněcovat k tomuto rizikovému chování. Dále jsem neopomenula ani screeningové dotazníky, které mohou posloužit praktickým lékařům k rychlé diagnostice. Další část tvoří dopady patologického hráčství jak na daného jednotlivce, tak i jeho nejbližší, protože je důležité si uvědomit rizika s touto problematikou spojená a motivovat právě praktické lékaře k tomu, aby se pokusili tyto dopady zmírnit nebo úplně zamezit jejich vznikutí právě včasným zásahem. Se zmírněním dopadů souvisí právě prevence, které se také níže věnuji, a nakonec

i odborné pomoci, kam lze pacienta s touto problematikou odkázat nebo kde by ji mohl sám vyhledat.

V praktické části se budu věnovat vyhodnocení dotazníků zaslaných po e-mailovém kontaktu praktickým lékařům. Budu se snažit nalézt odpovědi na výzkumné otázky a dále si i vytvořit náhled, co může být důvodem, proč této problematice nevěnují praktičtí lékaři zvýšenou pozornost.

## 2. Teoretická část

### 2.1 Hra

Prunner (2013) se ve své publikaci zabývá obecnou otázkou: „Co vlastně lidská hra představuje v celém lidském bytí?“ a „Jaký je vlastně smysl hry?“. K základním charakteristikám hry lze zařadit to, že by se v ní neměly vytvářet žádné užitkové hodnoty. V případě, že se při hře užitkové hodnoty vytváří, pak jen jako vedlejší produkt, který však nelze vnímat jako primární motiv k realizaci dané aktivity.

Dalším znakem hry je její spontánnost, kdy k realizaci dochází na základě svobodného a dobrovolného rozhodnutí, kdy si daný jedinec sám určuje délku hraní. Herní činnost také danému jedinci zprostředkovává různě intenzivně citové prožitky. V naprosté většině vyhledává jedinec hru z důvodu získání zážitku pozitivního charakteru. Hra ovšem může přinést danému jedinci i zážitek negativní, který může vyvolat u hráče potřebu tento negativní stav napravit a hru tedy absolvovat znovu anebo ho naopak může motivovat k ukončení této činnosti, která nepřinesla potřebný pozitivní efekt (Prunner, 2013).

Při hře se také uplatňuje řada kognitivních procesů, například představivost, fantazie, hráčská inteligence, pozornost, paměť apod. Projevuje se zde i řada osobnostních vlastností, například hravost, soupeřivost, rozhodnost, ochota riskovat a jiné. I herní činnost zpětně může vést k ovlivnění podoby osobnostních vlastností i kvality kognitivních procesů. V okamžiku plného zaujetí hrou se člověk velmi často přestává kontrolovat a daný jedinec se tak může projevit ve své skutečné podobě. Hra v některých okamžicích může ukázat neschopnost přijmout porážku, sklony k podvádění a jiné (Prunner, 2013).

Prunner (2013) dále zmiňuje i dopady sociálních aspektů na konkrétní chování, které ovlivňují míru sociální senzitivity daného jedince. Například v případě, že osoby tvořící sociální okolí považují úspěšnost v konkrétní hře za významné, je poté tato hra pro daného jedince nástrojem spolurozhodujícím o výši sociálního statusu. Další motivací pro daného jedince může být taková herní aktivita, která v případě úspěchu může vést ke změně dosavadní role – umožní tak získat jedinci dominantní roli ve skupině. Avšak v případě neúspěchu může způsobit ztrátu sociálních bodů a následný sociální pokles. Čím je osoba na tyto sociální zpětné vazby citlivější, tím více se jimi nechá ovlivňovat a hůře se jim brání – platí i v případě, že dané osobě herní aktivity neprospívají. Tento jev se nejčastěji vyskytuje u lidí, kteří do doby, než začali být herně úspěšní, byli v roli tzv. „outsiderů“.

#### 2.1.1 Hazardní hra

Hazardní hra je spojení, které pravděpodobně vzniklo ve středověku z arabského názvu hracích kostek – „azzahr“. V některých jazycích se tento pojem spojuje s riskantním hledáním šťastného osudu, které závisí na náhodě, pravděpodobnosti apod. I u nás slovo „hazard“ slouží k označení velmi riskantního počínání/jednání, jehož výsledek závisí na šťastné náhodě (Petráčková & Kraus, 2000). Hartl & Hartlová přímo napsali, že hazardní

hra je hrou, v níž si hráč může koupit výhru, která je založena na riziku a možnosti vysokých finančních výher či ztrát (2000, cituji podle Prunner, 2013).

Hazardní hry, které kdysi byly vnímané jako nezákonné, nemorální či pochybné, jsou dnes v mnoha společnostech chápány jako forma rekreace a dokonce jako zdroj příjmů. Obecně hraní hazardních her zahrnuje veškeré jednání, které vyžaduje nevratné investice s vidinou zisku založeného na náhodě nebo nejistém výsledku (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & Ontario Problem Gambling Research Centre, 2013).

Hartl & Hartlová, ale tvrdí, že ne všichni, kteří sázejí, patří do kategorie „hazardních hráčů“. Tito jedinci sice také investují určité částky a riskují možnost prohry, mají však své investice pod dostatečnou kontrolou a případná prohra následně neovlivní jejich osobní, rodinný či pracovní život (2000, cituji podle Prunner, 2013).

## 2.2 Patologické hráčství

Jedním z primárních negativních dopadů široce dostupných herních příležitostí je vznik hráčských poruch u menší části jedinců. Pro popis hráčských poruch jsou využívány různé termíny, včetně termínů „kompulzivní hráčství“, „hráčská závislost“, „problémové hráčství“ a „patologické hráčství“. Pojem „patologické hráčství“ je synonymem pro závažné problémové hráčství (Williams, West & Simpson, 2014). Patologické hráčství je spojeno s častými, opakovanými epizodami hráčství, které v životě jedince převažují a vedou k poškození sociálních, pracovních, materiálních a rodinných hodnot a k zadluženosti (Vacek, 2014). Dopadům patologického hráčství se budu věnovat v samostatné kapitole níže.

### 2.2.1 Kritéria patologického hráčství

Patologické hráčství, které dle MKN-10 je označováno kódem F63.0, představuje poruchu, kterou bychom mohli označit jako závislost na hraní hazardních her. Z klinického hlediska se jeví velmi podobně jako závislost na návykových látkách. Závislost je definována jako komplexní porucha, jejíž základní diagnostickou charakteristikou je opakované nutkání užít určitou látku nebo oddávat se určitému chování navzdory jeho negativním důsledkům. Závislost je subjektivně prožívaná jako ztráta kontroly, přičemž se závislostní chování objevuje i přes snahu nechovat se daným způsobem, tedy nehrát. Typicky je takový vzorec chování charakterizován okamžitým uspokojením (krátkodobá odměna) a často je doprovázen zpožděnými škodlivými účinky (dlouhodobé náklady) (Vacek, 2014).

Diagnostiku patologického hráčství lze provádět podle MKN-10, avšak propracovanější diagnostická kritéria nabízí DSM-V dle Americké psychiatrické asociace. Patologické hráčství bylo v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) nebo DSM-IV zařazeno mezi poruchy impulzivity a ovládání. Oproti DSM-IV došlo v DSM-V tedy ke změně názvu na „hráčská porucha“ a k zařazení hráčské poruchy do společné skupiny „látkové a další návykové poruchy“, což reflektuje řadu společných rysů těchto poruch včetně neurobiologických. Kromě toho došlo ke snížení počtu kritérií z 10 na 9 (bylo vypuštěno kritérium týkající se „páchání nelegálních činů“) a minimální počet kritérií nutných k diagnóze hráčské poruchy (patologického hráčství) se snížil z 5 na 4 (přitom 4–5 je označováno jako mírná, 6–7 jako střední, 8–9 jako závažná porucha). Hazardní hráčství naplňující 2 až 3 kritéria je označováno jako „v riziku“. Kritéria podle DSM-V se týkají posledních 12 měsíců a jsou jimi:

1. Zaujetí hráčstvím (např. snaha o znovuprožití minulých hráčských zkušeností, následků hazardu nebo plánování nového hazardu nebo přemýšlení o způsobech, jak získat peníze na hraní).
2. Potřeba hrát se stále většími částkami peněz za účelem dosažení vzrušení.
3. Opakované a neúspěšné snahy kontrolovat, přerušit nebo se vzdát hraní.

4. Neklid nebo podrážděnost při pokusu přerušit nebo vzdát se hraní.
5. Hraní jako způsob útěku od problémů nebo snaha zbavit se dysforické nálady, např. pocity bezmoci, viny, úzkosti, deprese.
6. Po prohře peněz ve hře se často další den vrací, aby je znovu získal („hon“ za penězi).
7. Lže příbuzným, terapeutovi nebo jiným lidem, aby tak zakryl rozsah svého hráčství.
8. Hráčstvím ohrozil nebo ztratil významné přátele, práci nebo příležitost ke vzdělání a kariéře.
9. Spoléhá na jiné, že poskytnou peníze a napraví špatnou finanční situaci způsobenou hráčstvím (Mravčík et al., 2015).

Toneatta uvádí, že se s patologickým hráčstvím pojí některé kognitivní distorze. Zvětšení obratnosti v hraní bývá doprovázeno přehnaně zvýšenou sebedůvěrou, což bývá přímo úměrné množství prohraných peněz. Patologičtí hráči mívají vysokou důvěru ve své schopnosti objevit způsob, jak vyhrávat. Pověřčivost bývá také typická pro některé hráče. Lze rozlišovat pověřčivost:

- a) talismanickou, kdy hráč věří, že určitý předmět mu přinese štěstí ve hře (např. prsten)
- b) rituální, kdy hráč věří, že určitý rituál (např. že se smí posadit pouze na určité sedadlo v herně) mu přinese štěstí ve hře
- c) pověřčivost kognitivní, kdy hráč věří, že určitý mentální stav mu přinese štěstí ve hře (modlení)

Sklon k vysvětlování opakovaných proher (racionalizace) bývá také častý (např. prohrává, protože ho brzy čeká velká výhra nebo že v souhlase s logikou či pravidly náhodnosti musí být série proher vystřídána sérií výher). Patologický hráč vždy najde mnoho důvodů, proč pokračovat v hraní, nicméně ani jediný důvod, proč v hraní přestat. Také lze vysledovat v chování některých hráčů přiřítání lidských vlastností výherním automatům. Tuto skutečnost lze nazvat antropomorfismem. Selektivní paměť pro výhry, především pro ty větší výhry a těžkosti ve vybavování si proher je jedním z dalších charakteristických příznaků kognitivní distorze patologických hráčů. Iluze kontroly nad štěstím ve hře může být charakterizována vírou hráče, že štěstí kolísá mezi periodou dobrého a špatného období, která lze předvídat například ve snech, intuicí. Patologičtí hráči se mohou domnívat, že mohou dosáhnout výhry pouze v určitých hrách atd. Iluzorní vztah mezi výhrou a nějakými vnějšími okolnostmi jsou pro některé patologické hráče výzvou k vytváření takových podmínek, za jakých dříve získali vyšší výhru (1999, citují podle Šerý, 2001).

Nabízí se paralela mezi patologickým hráčstvím a poruchou s užíváním drog a alkoholu (Šerý, 2001). Jak uvádí ve svém článku Rupcich, Frisch, & Govoni (1997), mnohé skutečnosti svědčí pro příbuznost patologického hráčství se závislostí na drogách.

Například 45 až 55 % gamblerů trpí současně alkoholizmem a 65 až 85 % závislostí na nikotinu. Někteří hráči začali pít nebo brát drogy, když se ocitli úplně na dně, bez práce, bez peněz, bez rodiny, bez přátel a bez střechy nad hlavou (Nešpor, 1999). Frouzová (2008) uvádí jakési specifikum, kterým je častý výskyt patologického hráčství jako součásti hospodského životního stylu v kombinaci s pitím piva, které rozpouští veškerá předešlá předsevzetí nehrát. V populaci patologických hráčů nalezneme čtyřikrát až desetkrát více jedinců s problémy s drogami či alkoholem než v obecné populaci (Šerý, 2001).

### **2.2.2 Stadia rozvoje patologického hráčství**

Jak uvádí Nešpor (2006) ve své knize „Už jsem prohrál dost“, lze rozvoj patologického hráčství rozdělit do 3. stádií:

1. *Stadium výher* – V tomto období začíná patologické hráčství u daného jedince velice nenápadně. V začátcích hra nepřináší žádné větší problémy a často jedinec sní o velké výhře. Celý průběh urychluje, pokud jedinec vyhraje větší obnos peněz, který touží získat opětovně a vyhrát ještě více. Zvyšuje proto sázky a hraje častěji. Většina jedinců, kteří začínali hrát ve společnosti, přechází k osamělé hře. Někdy se jedinec může i výhrou chlubit, i když vlastně vůbec nevyhrál.
2. *Stadium prohrávání* – V této fázi můžeme říci, že se jedná o patologické hráčství. Daný jedinec se ve svých představách zabývá pouze hrou, se kterou nedokáže přestat. Z jeho strany lze zaznamenat i pokusy hru regulovat nebo s ní přestat. Kvůli častějším prohrám si vypůjčuje peníze, splácení dluhů odkládá a snaží se své hraní skrývat před rodinou a blízkými lidmi. Může se snažit získávat peníze i nezákonně. Postupně daný jedinec začíná být podrážděný, neklidný, uzavřený, zanedbává své zdraví a má méně času a energie na své zaměstnání. Vlivem tohoto důsledku patologického hráčství se objevují i problémy v rodině.
3. *Stadium zoufalství* – V této fázi přichází soudní jednání, podmíněné nebo nepodmíněné tresty, odcizení od rodiny i přátel, osamělost. Patologický hráč znovu a znovu prohrává a má tendenci obviňovat za své neštěstí druhé. Dostávají se výčitky svědomí, lítost nad sebe samotným, stavy deprese a beznaděje. V tomto stádiu se může jedinec dopouštět i závažnějších trestných činů a dochází i k rozpadu rodiny. Někteří jedinci mohou uvažovat o spáchání sebevraždy nebo za sebou mají sebevražedné pokusy, anebo se uchylují k alkoholu nebo jiným návykovým látkám.

### **2.2.3 Faktory, které se mohou podílet na vzniku patologického hráčství**

Tato kapitola je stručným shrnutím specifických a obecných faktorů, kterými se zabývá publikace „Konceptní rámec škodlivého hráčství“ od Národního monitorovacího

střediska pro drogy a drogové závislosti & Ontario Problem Gambling Research Centre (2013).

### 2.2.3.1 Specifické faktory

Ke specifickým faktorům lze zařadit samotné prostředí hazardních her, které může mít vliv na povahu a četnost hraní hazardních her a na stupeň výsledných škod spojených s jejich hraním. Dále lze zmínit i vliv geografického rozložení a hustotu heren, fyzické charakteristiky heren včetně doplňkové vybavenosti zábavných zařízení, atraktivita, bezpečnost a společenská přijatelnost okolí a typy nabízených hazardních her. Je známo, že výskyt škod souvisejících s hraním hazardních her je vyšší v oblastech, kde jsou v okolí k dispozici reálné prostředí herny.

### 2.2.3.2 Obecné faktory

K obecným faktorům lze zařadit faktory: *kulturní, sociální, psychologické a biologické*.

Z *kulturních faktorů* lze zmínit vliv etnického původu a tradice, sociálně-kulturního postoje, náboženství a pohlaví. Skupiny přistěhovalců mohou patřit k odlišným skupinám kultury. Někdy mohou v jejich kultuře být hazardní hry běžné a akceptovatelné, naopak některé jiné kultury mohou považovat hazardní hraní za natolik ostudné, že se lidé mohou ostýchat o problémovém hráčství mluvit nebo dokonce i žádat o pomoc. K možným faktorům lze zmínit i prožitek migrace. Někteří jedinci mohou mít špatný pocit, protože vnímají své vykořisťování, ztrátu společenského postavení, změnu rodinných rolí v nové zemi a také pociťují vyloučení a diskriminaci. Toto psychické vypětí může způsobit, že se uchýlí ke hraní hazardních her. Značný vliv na daného jedince má i subkultura hazardních her, kde se s ní nejčastěji můžeme setkat v kasinech. Jedná se o situaci, kdy hráči poznávají další hráče, mezi nimi se postupem doby vytvoří zvláštní způsoby interakce, normy chování a speciální žargon. Zapojení do těchto subkultur hazardních her může jednotlivci přinášet velké uspokojení.

*Sociální faktory* zahrnují interakci mezi jednotlivci a jejich kolektivní soužití. Lze zmínit vliv sociální demografie, vzdělávacího systému, lokality bydliště, hraní hazardních her v rodině a mezi vrstevníky a stigmatizaci. Zahrnují celou oblast od mezilidských vztahů na „mikro“ úrovni sociálních vztahů až po skupiny faktorů a kultury na „makro“ úrovni sociálních struktur a institucí. Rysy společenských a mezilidských vztahů představují v mnoha ohledech rizikové faktory pro vznik škodlivého hráčství. Úzké vztahy s ostatními lidmi, kteří hrají hazardní hry, mohou vést u dotyčného jedince k tomu, že bude hrát hazardní hry více, než by je hrál sám. Naopak úzké vztahy s lidmi, kteří hrají hazardní hry méně, mohou dotyčného pozitivně ovlivňovat a chránit ho před vznikem škodlivého hráčství. V mnoha studiích<sup>1</sup> bylo škodlivé hráčství spojeno s mužským pohlavím,

---

<sup>1</sup> González-Ortega, I., Echeburúa, E., de Corral, P., & Polo-López, R. (2015). Pathological Gambling: Clinical Gender Differences, 713–726. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-05870-2\\_32](https://doi.org/10.1007/978-3-319-05870-2_32)



s nízkými příjmy a rodinným stavem svobodný. Mezi další rizikové faktory lze zařadit nízké pracovní postavení, nižší stupeň vzdělání a některé profese, se kterými je škodlivé hráčství spojeno. Jak uvádí Mravčík et al. (2014), lze k rizikovým profesím zařadit pracovníky v hazardním průmyslu a v prostředí s vyšším výskytem dostupnosti hazardu a profesionální sportovce. Stigmatizace samotná je mocný nástroj sociální kontroly, který lze použít k vyloučení a ovládnutí jedinců. Škodlivé hráčství je více stigmatizující než některé jiné zdravotní problémy, a právě stigma v podobě studu může být překážkou k vyhledání pomoci kvůli problémovému hráčství.

*Psychologické faktory* zahrnují individuální rozdíly v osobnosti a temperamentu, sebevnímání, sociální učení, osobní vývoj během života, komorbidní (souběžné) poruchy, styly zvládání problémů, úsudek a rozhodování. Souběžně se škodlivým hráčstvím se často vyskytují poruchy osobnosti – antisociální poruchy osobnosti a dále i impulzivita. V některých případech souvisí hazardní hraní i s nízkou sebeúctou. Ve snaze kompenzovat problém nízké sebeúcty má následně daný jedinec silnou touhu pociťovat radost z vítězství, která zahrnuje pocity, že je odměňován a v některých hrách získává uspokojení z porážky soupeřů. Hazardní hry, které se hrají ve skupině lidí jako je tomu například u stolní hry v kasinu, umožňuje danému jedinci osvědčit řadu svých osobních vlastností (ochota riskovat, disponování penězi a dovednost) s cílem udělat na protihráče a okolí dojem a tím si získat prestiž. Pokud jsou ale hazardní hry v rodině, na pracovišti nebo mezi vrstevníky ve škole běžné, je zapojení jedince do hazardních her pravděpodobnější než tehdy, pokud jsou vnímány okolím jako neobvyklé. I rodiče, kteří podleli hazardní hře, mohou být pro děti příkladem. Co se komorbidních poruch týče, byla zjištěna souvislost s poruchami nálady, jako jsou deprese, s úzkostnými poruchami a užíváním látek (nikotin, alkohol).

*Biologické faktory* berou v potaz geneticky zděděné anebo biologické sklony ke škodlivému hráčství, jako jsou rozdíly mezi pohlavím, struktura a funkce mozku a proces, kterým se genetický sklon ke škodlivému hráčství projeví. Škodlivé hráčství je u příbuzných žijících s problémovými hráči výrazně častější. Avšak těžko posoudíme, zda vyšší výskyt je důsledkem dědičnosti nebo sdílených vlivů prostředí. Při otázce pohlaví je poměr mezi muži a ženami proměnlivý, avšak průměrně dosahuje hodnoty 2:1. Stále je proto problematika patologického hráčství považována spíše za mužskou záležitost.

#### **2.2.4 Výskyt hazardního hraní a patologického hráčství v obecné populaci**

Ze souhrnu výsledků z Výroční zprávy o hazardním hraní v České republice v roce 2016 vyplývá, že zkušenost s hraním loterií mělo někdy v životě 40-50 % populace starší 15 let, s kurzovými sázkami v sázkových kancelářích 20-26 %, s technickými hrami nebo živými hrami v kasinu 16-17 % a s online hrami 10-16 % dotázaných dospělých osob (Mravčík et al., 2017).

Údaje za rok 2016 naznačují mírný nárůst počtu osob v riziku problémového hráčství, kdy odhad za rok 2016 činí přes 500 tisíc osob a rovněž i nárůst v kategorii nejvyššího rizika, tedy nárůst počtu patologických hráčů, kde se odhad pohybuje kolem 80-120 tisíc osob. Nejvyšší riziko vykazují hráči technických her a hráči on-line kurzových sázek a dalších on-line her (Mravčík et al., 2017).

## 2.3 Intervence

Základním předpokladem úspěšné a efektivní aplikace konceptu časné diagnostiky a krátké intervence je jeho skutečná dostupnost a přístupnost co nejširší populaci (Miovský et al., 2015). Zákon č. 65/2017 Sb. O ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek nařizuje zdravotním pracovníkům povinnost při poskytování zdravotní péče, je-li to důvodné, provádět u pacientů orientační diagnostiku rizikového a škodlivého užívání návykové látky a diagnostiku adiktologických poruch. Následně poté jsou zdravotničtí pracovníci povinni provést krátkou intervenci spočívající v poskytování informací o možných důsledcích a rizicích pokračujícího užívání návykové látky nebo návykového chování a postupech směřujících k ukončení nebo omezení užívání návykové látky nebo návykového chování a omezení rizik s užíváním návykové látky nebo návykovým chováním spojených a doporučit jim odbornou péči (Zákon pro lidi, 2017).

### 2.3.1 Screeningové nástroje

Samotnému provedení krátké intervence předchází screeningové zhodnocení, které slouží k rychlé a jednoduché identifikaci problému u jedince a také určení, zda je zde potřeba další důkladnější diagnostické zhodnocení a monitorování situace. Screeningové nástroje nejsou náročné na čas a jsou využitelné flexibilně v širokém spektru profesí. Zároveň poskytují unikátní možnost k podchycení problému záhy nebo při jeho vzniku a dávají šanci pro naplánování a adekvátní provedení časné intervence. Příkladem této jedinečné možnosti podchycení problémů může být zvýšená pozornost u některých populačních skupin, které jsou ve zvýšeném riziku vzniku patologického hráčství (Miovský et al., 2015). Především jde o zaměstnání s volnou nebo nepravidelnou pracovní dobou, s nižším dohledem a snazším přístupem k penězům (Mravčík et al., 2014). Morasco & Petry ve svém výzkumu zjistili, že se problémy s hazardní hrou mohou vyskytovat i u relativně bezpečných zaměstnání a také u invalidních důchodců (2006, citují podle Nešpor & Scheansová, 2008). Je žádoucí volit takový screeningový nástroj, který je stručný, aby zohlednil vytíženost lékařů. Dále by měl být využitelný pro široké spektrum profesionálů bez potřeby intenzivního školení pro použití nástroje (Miovský et al., 2015).

V současné době existuje několik screeningových nástrojů, které pomáhají odhalit, zda je hráč ohrožen problémovým hráčstvím, nebo zda již do této kategorie spadá. Následující shrnutí screeningových dotazníků je založeno na publikaci „Problémové hráčství: Společenské náklady na hazardní hraní v České republice“ (Winkler, Bejdová, Csémy, & Weissová, 2015). Jedním z nejrozšířenějších nástrojů pro určení problémového hráčství a jeho míry je SOGS, neboli South Oaks Gambling Screen (*Příloha 1*). Tento screeningový dotazník obsahuje 20 položek, na jejichž základě je pak vypočítán následný skóre (0 pozitivních odpovědí = žádné problémy s hraním, 1-4 pozitivní odpovědi = problémový hráč, 5 a více pozitivních odpovědí = potenciální patologický hráč). Položky v dotazníku vycházejí z kritérií pro patologické hráčství podle DSM-III, což je třetí diagnostický manuál duševních onemocnění Americké psychiatrické asociace.

Alternativou k SOGS je PGSI, neboli Problem Gambling Severity Index (Příloha 2). Tento screeningový dotazník se skládá z 9 položek, které se soustředí jak na chování spojené s problémovým hráčstvím, tak i na důsledky problémového hráčství. Za každou odpověď získá respondent body (nikdy = 0 až téměř vždy = 3 body). Pokud respondent celkově získá 0 bodů, nespadá jeho hraní do rizikové kategorie, pokud obdrží 1-2 body, je zařazen do kategorie s nízkým rizikem, respondenti se 3-7 body jsou zařazeni do kategorie se středním rizikem a pokud obdrží více než 8 bodů, jsou zařazeni do kategorie s vyšším rizikem.

Z dalších screeningových nástrojů je tzv. Lie/Bet skór, který se skládá ze dvou položek. Díky jeho rychlosti vyplnění ho lze využít například v ordinacích praktických lékařů a časně tak podchytit problém patologického hráčství u pacientů. Za každou kladnou odpověď získá respondent 1 bod a pokud je výsledný součet bodů vyšší než 1, tak je respondent klasifikován jako rizikový hráč. Položky jsou následující:

1. Musel/a jste někdy lhát pro vás důležitým lidem o tom, jak moc hrajete?
2. Pociťoval/a jste někdy potřebu sázet stále více a více peněz?

Všechny tyto screeningové nástroje dávají každému jedinci při sečtení bodů rychlou zpětnou vazbu a mohou být lehce vyplněny pacienty v čekárně nebo následně v ordinaci praktického lékaře. Výhodou je, že žádný z těchto screeningových nástrojů nepožaduje od praktických lékařů nějaké hlubší znalosti. Praktičtí lékaři pouze potřebují znát skóre u jednotlivých nástrojů, které udají, zda daný pacient spadá do skupiny vyššího rizika vzniku patologického hráčství či nikoliv. Tím mají možnost u daného pacienta včas zachytit případný problém s hráčstvím a odkázat ho do péče odborníků (Tolchard, Thomas & Battersby, 2007).

### 2.3.2 Krátká intervence

Potřebnost provádění krátkých intervencí Nešpor (2011c) argumentuje slovy: *„Lidé, kteří trpí nějakou formou návykového problému nebo jsou závislostí ohroženi, jsou v České republice řádově miliony (nezapomeňme mezi ně připočítat i závislé na tabáku). V porovnání s touto obrovskou masou lidí je odborníků na léčbu závislosti jen nepatrná hrstka. Jestliže se však do prevence a léčby zapojí i další odborníci, situaci to může změnit. I kdyby jinak specializovaní odborníci nebyli nijak zvlášť efektivní a pomohli, řekněme, jen každému desátému člověku, bude se i tak jednat o ohromná absolutní čísla.“*

Krátká intervence probíhá např. na úrovni praktických lékařů, učitelů, v pracovním prostředí nebo za pomoci dalších odborníků, kteří nejsou přímo specializováni na léčbu závislosti (Nešpor, 2011c). Jak uvádí Nešpor (1997), otázky týkající se alkoholu a kouření cigaret patří k běžnému vyšetření. Ovšem s otázkami na posouzení míry problémového hráčství se v praxi moc nesetkáme. Stejně je to i u posuzování, zda se u pacienta objevují sebevražedné myšlenky či nikoliv. A právě sebevražedné myšlenky, které jsou zmíněny v sekci „Dopady patologického hráče u jednotlivce“, mohou být prvním signálem, že se daný pacient může potýkat s problematikou patologického hráčství.

Jednou z metod krátké intervence patří metoda 4A. Přestože je určena především pro zjištění případné závislosti na alkoholu, lze ji jednoduše modifikovat i pro jiné návykové látky nebo návykové chování. Skládá se, jak již název napovídá, ze čtyř částí:

- Ask – dotazy ohledně pití alkoholu, užívání drog či návykového chování
- Assess – posouzení stavu: screeningový dotazník, příp. doplňující diagnostický rozhovor
- Advice – jednoduchá rada nebo doporučení formou motivačního rozhovoru
- Arrange – dojednání další schůzky nebo jiné formy pomoci, pokud je to nutné (Miovský et al., 2015)

Postupy používané při krátké intervenci u problémů způsobených hazardním hráčstvím:

- Posoudit stav a klienta informovat o výsledku, o možných nebezpečích a o tom, co z toho vyplývá.
- Doporučení se hazardu vyhýbat, vyhýbat se také prostředím, kde se hazard provozuje, a podnětům, které vyvolávají bažení po hazardu.
- Posilování motivace, zejména za pomoci otázek, které s pochopením a laskavě upozorňují na rizika hazardu.
- Terapeutický kontrakt (léčebná dohoda) se může týkat životního stylu, spravování financí, léčby i toho, jak zvládat komplikace. Bývá vhodné do něho zahrnout i lidi z klientova okolí, jestliže při léčbě spolupracují.
- Aktivní předání znamená doporučit klientovi specializovanou léčbu, poskytnout mu o ní podstatné informace, případně ho objednat k první návštěvě nebo dohodnout, aby klienta k první návštěvě doprovodil někdo z rodiny (Nešpor, 2011a).

Důležitým prvkem krátké intervence jsou svépomocné materiály. V případě počínajících problémů může být jejich užití velmi efektivní, dokonce i účinnější než důkladnější léčba poskytnutá později (Nešpor, 2011b).

## 2.4 Dopady patologického hráčství

S hrou samotnou se pojí silná touha riskování a prožití napětí, které je v populaci zastoupeno v různé intenzitě. Existují lidé, kteří přímo vyhledávají situace, kde není dopředu odhadnutelné, jak se vyvinou. A právě tato skutečnost jim přináší vzrušující zážitky. Vzrušení ze hry často doprovází i touha, která nabývá při hazardní hře většinou destruktivních rozměrů. Schopnost sebeovládání se u konkrétního jedince značně oslabuje a nabývá velmi křehké podoby. Cesta k devastující závislosti je pak mnohdy výrazně kratší, než je hraje osobou předpokládáno (Prunner, 2013).

Obecně platí, že pokud se problémy s patologickým hráčstvím řeší pouze na individuální úrovni, pak zjištěné obtíže často brání v možnosti vytváření obecných závěrů a komplikují možnosti zkoumání celospolečenského dopadu daného nebezpečného problému. Toto je problém frekvenčně poměrně málo čtených událostí, které svými společensky velmi výraznými a vážnými dopady strhávají pozornost celé společnosti. Jde například o události, jakými jsou střelby ve školách, které si vyžádají řadu obětí, série „náhodných“ odstřelování na ulicích apod. (Prunner, 2013).

Jako i v případě závislosti na návykových látkách i závislost na hazardních hrách má na daného jedince určité dopady. Ve zkratce se jedná o pocity samoty, rozpad důležitých vztahů, utrácení všech peněz a trávení veškerého času touto jedinou aktivitou, půjčování si od přátel nebo rodiny, krádeže a dluhy, lhaní o nedostatku peněz a jejich větší potřebě, těžkosti v práci nebo při studiu, psychické, emocionální a fyzické obtíže, ztráta zaměstnání, nízká sebeúcta a použití jiných prostředků pro vyrovnání se s dluhy jako nadměrné pití alkoholu, kouření nebo jiné závislosti (Hudhes & Ustok, 2013).

### 2.4.1 Dopady na jednotlivce

Hraní je pro každého jedince útekem od reality všedních dní, neschopnosti čelit každodenním problémům, životní nechuti (Šerý, 2001). Jedinec samotný si ani v dané chvíli nemusí uvědomovat dopad, který pro něho hazardní hráčství může mít. Možná mu přijde i normální, že dnes znovu prohrál určitou částku, ovšem pokud by se tyto částky sečetly za celé jeho hráčské období, určitá finanční ztráta by tam byla přinejmenším patrná. V souvislosti s finančními či sociálními ztrátami se objevují psychosomatické projevy, deprese, úzkosti či sebevražedné tendence (Vacek, 2014). Z analýzy úmrtnosti osob, které byly někdy pro patologické hráčství hospitalizovány, vyplývá, že problémoví hráči mají celkově vyšší riziko úmrtí než obecná populace (přibližně 2krát), včetně významně vyššího rizika dokonaných vražd (přibližně 7krát) (Mravčík et al., 2014).

Z kvalitativního výzkumu realizovaného v roce 2013 Mgr. Roznerovou mezi hráči v léčbě lze ze sociálních dopadů patologického hráčství zařadit ztrátu zaměstnání/snižování sociálního statusu, která se pojí se zanedbáváním práce v důsledku soustředění na hru (neplnění pracovních povinností, porušování pracovních předpisů a v neposlední řadě i páčání trestné činnosti v souvislosti s výkonem práce), a to jak v pracovním a služebním poměru, tak v roli OSVČ (Osoba samostatně výdělečně činná). Ztráta zaměstnání se

v několika případech projevuje jako jeden z prvních signálů, který odhalil hráčskou závislost, a zároveň také jako jeden z ukazatelů, jež mohou vést závislého k připuštění si problému s hazardní hrou (Roznerová & Mravčík, 2015).

Dopady patologického hráčství na jedince lze spatřovat i v ovlivnění jeho tělesného zdraví. Nešpor (1999) spatřuje velké riziko v ohrožení srdce stresem. Stres je většinou spojený se hrou a srdce samotné může být ohroženo chaotickým způsobem života a vleklým vyčerpáním. Velké riziko je i ve zhoršování dalších onemocnění, které mohou také souviset se stresem: vysoký krevní tlak, vředová choroba žaludku a dvanáctníku, střevní nemoci a cukrovka. U patologických hráčů můžeme také pozorovat zanedbávání výživy, kdy se nejčastěji jedná o chudé a nezdravé jídlo. Stres a dlouhé vysedávání působí nepříznivě zejména na krční a bederní páteř a může vést k bolestivým obtížím. V případě zdravotních problémů zde mohou hrát klíčovou roli praktičtí lékaři a to hlavně ve včasné detekci a následně v poskytnutí krátké intervence (Achab et al., 2014).

## 2.4.2 Dopady na rodinu / vztahy

Patologické hráčství přispívá ke zmatkům a špatnému fungování uvnitř rodiny. Samotný partner či partnerka může napoprvé hráči (partnerovi/partnerce) věřit, kdy ze strany partnera/partnerky dochází k popírání problému s hraním. Později, když je problém s hraním u partnera/partnerky rozpoznán v celém svém rozsahu, u druhého z partnerů se s velkou pravděpodobností objevují známky hněvu k danému jedinci (Shaw, Forbush, Schlinder, Rosenman, & Black, 2007).

Když jeden z partnerů bojuje se závislostí, dynamika lidských vztahů může vybočit z rovnováhy (Hudges & Ustok, 2013). Dochází k narušení manželství, které vede s velkou pravděpodobností k rozvodu, a daná problematika může být také spojena s týráním dítěte a jeho zanedbáváním. Vědecká zpráva z roku 1999 pro americký kongres National Gambling Impact Study Commission udává míru rozvodovosti u problémových hráčů kolem 39,5 %, u patologických hráčů 53,5 % a u ostatních jedinců, kteří se nepotýkají s touto problematikou kolem 18,2 % (Shaw, Forbush, Schlinder, Rosenman, & Black, 2007).

První chybou ve vztazích mezi partnery je stupňování konfliktů. *Mirkovi vyčítá manželka, že zase prohrál a ona nemá z čeho platit inkaso. Mirek něco zamumlá a pak jí rozzlobeně řekne, že je to její vina, protože neumí hospodařit. Tím samozřejmě přilil olej do ohně.* Scéna končí typickým oboustranným naštváním, někdy odchodem jednoho z partnerů nebo dokonce fyzickým násilím. Druhou častou chybou je stažení se do sebe a vyhýbání se druhému. Partner po čase zjistí, že veškeré pokusy se s druhým domluvit mají takovou naději na úspěch, jako mluvit do zdi. Přestane se tedy o dorozumění pokoušet a vztah tím utrpí (Nešpor, 1999).

Ke vzniku násilí ze strany jedince, který se potýká s hráčstvím, se přiklání i Muelleman, DenOtter, Wadman, Paul Tran, & Anderson (2002). Autoři provedli rozhovor se 286 ženami, které byly převezeny na pohotovost, z nichž 61 oznámilo násilí ze strany jejich partnerů. Cílem výzkumu bylo zjištění, zda existuje vztah mezi patologickým

hráčstvím a vznikem násilí. Z výzkumu vyvodili, že žena, jejíž partner má problémy s hraním, má 10,5krát větší riziko, že se stane partnerovou obětí násilí, než kdyby žila s partnerem, u kterého se daný problém s hraním nevyskytuje. Nicméně se zaměřili i na vliv nadužívání alkoholu a možné riziko násilí, kdy nadužívání alkoholu spojeného s patologickým hráčstvím významně toto riziko zvyšují.

Lorenz & Shuttlesworth (1983) se také zaměřily ve svém výzkumu na agresi, která pramení ze strany partnerů, kteří se potýkají s problematikou patologického hráčství. Tyto autorky vedly rozhovory se 144 manželkami patologických hráčů z nichž 43 % uvedly, že byly vystaveny verbální a fyzické agresi a u 78 % respondentek hrozil rozvod či rozchod kvůli patologickému hráčství jejich protějšků. Autorky se také zaměřily i na problematiku sexu, kdy polovina respondentek uvedla, že období, kdy se jejich protějšek věnoval hraní, ztratil zájem o sex.

McComb, Lee & Sprenkle (2009) předpokládají u příbuzných patologických hráčů i vyšší výskyt posttraumatické stresové poruchy (2009, cituji podle Nešpor, 2011a).

### **2.4.3 Zadluženost a kriminalita**

Aspekt možnosti získat více než jsem vložil, přitahuje řadu lidí. Velikost a rychlost možného zisku přináší napětí a osoby, které tento druh tenze velmi silně přitahuje, tenzi často i záměrně vyhledávají. Bohužel každá hra nepřináší jen možnosti výhry a zisku. Mnohem častější bývá možnost prohry (Prunner, 2013).

Pravděpodobnost prohry je dávana do úzkých souvislostí s možností a velikostí výhry. Čím mají jedinci naději na větší zisk, tím se většinou zmenšuje pravděpodobnost jeho dosažení. Existují lidé, kteří si velikost rizik při vtažení do herní atmosféry různou měrou uvědomují. Najdou se ovšem i jedinci, kteří jsou natolik zaslepeni touhou získat velkou výhru, že ztrácejí schopnost autoregulace. Velikost či významnost vkladu v daném okamžiku nekonfrontují s pravděpodobností prohry. O správnosti svého rozhodnutí se utvrzují jen v souvislosti s možností velkého zisku. V daném okamžiku si nepřipouštějí pravděpodobnostní aspekt prohry, který je výrazně větší. Prohra si vybere svoji daň a většině takto sázejících jedinců zákonitě přinese výskyt velkého množství nejruznějších problémů (Prunner, 2013).

#### **2.4.3.1 Zadluženost**

Zadluženost patologických hráčů netrápí pouze hráče samotné, nýbrž finanční ztráta postihuje i celou rodinu, kdy dochází ke ztrátě rodinných financí a majetku. Jak uvádí Mravčík et al. (2015) ve Výroční zprávě o hazardním hraní v ČR z roku 2014, lze k typickému schématu finančních ztrát a zadlužení u patologických hráčů zařadit ztrátu osobních prostředků a úspor, posléze bankovní a spotřebitelské půjčky a půjčky z nebankovního sektoru. Pokud hráč nezíská peníze potřebné na pokrytí dluhů ani opětovnou hrou, uchyluje se k riskantnímu jednání. Objevuje se ztráta opatrnosti,



ostráživosti, racionality a dochází k uzavírání riskantních obchodů. Tato ztráta může pramenit z hráčovy pokročilé zoufalosti, do které se obvykle dostává v důsledku soustavného zadlužování a subjektivního pocitu bezvýchodnosti situace (Roznerová & Mravčík, 2015).

Národní monitorovací středisko analyzovalo data z 22 poraden Asociace občanských poraden zapojených do projektu Dluhové poradenství. Za rok 2016 vykázaly dluhové poradny celkem 6 239 kontaktů, kdy hazardní hraní bylo uvedeno jako příčina či jedna z příčin zadlužení. Klienti zadlužení v souvislosti s hazardním hraním nejčastěji spadali do kategorie s měsíčním příjmem nižším než 25 400 Kč. Celková výše jejich dluhů po splatnosti dosahovala 1,2 mil. Kč (40 tis. Kč až 10 mil. Kč), medián 832 tis. Kč (Mravčík et al., 2017).

#### **2.4.3.2 Kriminalita**

Jak uvádí Mravčík et al. (2017) ve Výroční zprávě o hazardním hraní v České republice v roce 2016, lze rozdělit kriminalitu na primární a sekundární. Kriminalita primárně související s hraním hazardních her zahrnuje trestné činy, přestupky a jiné správní delikty spojené s provozováním hazardních her a s porušováním zákona o hazardních hrách. Kriminalita sekundárně související s hraním hazardních her, které se budu níže věnovat, zahrnuje trestné činy spáchané hráči v důsledku hraní hazardních her, trestné činy spáchané za účelem získání prostředků na hru a trestné činy, které významně souvisejí s touhou, potřebami či nutkáním k hráčství.

Páchání trestné činnosti, především krádeží, podvodů a zpronevěry, se pro některé hráče jeví jako poslední možnost, jak utéci z finanční tísně (Nešpor, 1999). Jak zmiňuje Prunner (2013), nejčastěji se jedná o krádeže cenných věcí ze zaparkovaných osobních automobilů, které posléze jedinci odnášejí hlavně do zastávek. Jak uvádí Mravčík et al. (2017) ve Výroční zprávě o hazardním hraní v České republice v roce 2016, podle výsledků studie z roku 2015 ve spolupráci s Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti a ppm factum research (2015), se krádeže někdy dopustilo 46 % hráčů, zpronevěry 33 %, drogové trestné činnosti 19 % a loupeže 9 %.

Ovšem problémy s penězi mají i svou kladnou stránku. Probouzejí hazardní hráče ze světa růžových fantazií, přimějí je hledat pomoc, učí je pokoře a skromnosti (Nešpor, 1999).

## 2.5 Prevence patologického hráčství

Preventivní opatření se obvykle dělí na primární, sekundární a terciární. Primární prevence je snaha předcházet tomu, aby se z osob v rámci celkové populace stali problémovými hráči. Sekundární prevence je snahou zabránit vzniku problémového hráčství u osob, u nichž pro tento stav existují rizikové faktory. Terciární prevence je snaha zastavit a případně zvrátit problémy, jež mají stávající problémoví hráči, a odpovídá „léčbě“ (Williams, West & Simpson, 2014). Včasnost preventivního působení není závislá na věku oslovených osob. Je limitována hlavně tím, zda se preventivní intervence k danému jedinci dostane dříve než podnět, proti kterému má prevence působit (Prunner, 2013).

Účinnost prevence je však podstatnou měrou ovlivněna i nástroji, které jsou v daném procesu použity (Prunner, 2013). Mezi základní nástroje prevence patří vzdělávací iniciativy. Cílem těchto iniciativ je změnit osobní znalosti, postoje, domněnky a dovednosti tak, aby se předcházelo patologickému hráčství. Nejrozšířenější jsou osvětové kampaně, které jsou obvykle zaměřeny na podporu vyšší informovanosti o hazardu, varování o návykovosti, identifikace známek problémového hráčství, možnostech léčby atd. Ukazuje se ale, že tyto kampaně nemají velký dopad, zejména pokud lidé nejsou přímo požádáni o zaměření se na sdělované informace nebo pokud se o tyto informace přímo nezajímají (Williams, West & Simpson, 2014).

Další nástroj, který slouží k prevenci patologického hráčství, jsou politické iniciativy. Cílem těchto iniciativ je prevence prostřednictvím změny kontrolních mechanismů externího prostředí v oblasti dostupnosti a poskytování hazardu (Williams, West & Simpson, 2014). U nás od roku 2017 začal platit nový zákon č. 186/2016 Sb., o hazardních hrách, který nahradil starý zákon č. 202/1990 Sb., o loteriích a jiných podobných hrách.

Patologické hráčství nemá jedinou příčinu. Proto také účinná včasná opatření zahrnují více rovin. Prevence problémů způsobených hazardní hrou má ovšem širší dosah, než-li jen předcházet patologickému hráčství. Správné je vyhýbat se místům, kde se hraje, i lidem, kteří hazardní hry provozují. Společnost samotná se může pokusit o prevenci patologického hráčství. Účinná prevence zahrnuje snižování poptávky po hazardní hře a snižování její dostupnosti. Dostupnost lze snižovat zákony a omezeními určitých druhů hazardní hry. Nakonec i samotná média by měla dát prostor i debatě týkající se nebezpečí hazardní hry a tomu, jak ho snižovat. (Nešpor, 1999). V dnešní době se můžeme setkat s preventivním opatřením, které lze zaznamenat po proběhlé reklamě v televizi, rádiu či v novinách, která se týká kurzových sázek, citují: „*Ministerstvo financí varuje: Účastí na hazardní hře může vzniknout závislost.*“

Jak uvádí Nešpor & Scheansová (2008), problém s hazardní hrou v pracovním prostředí může být stejně závažný nebo i závažnější než problém s alkoholem

nebo drogami. Zaměstnavatel by si měl proaktivně chránit sebe i své zaměstnance a problémům způsobených hazardem tak přecházet. Nešpor doporučuje následující:

- Informovanost pracovníků o nebezpečí patologického hráčství a o jeho projevech
- Náležité zabezpečení cenností a přístupu k penězům

Hlavní význam prevence by měl kromě jiného spočívat i v tom, že by měla ve svých důsledcích zpomalovat nárůst počtu osob, které budou mít ve spojení s hraním značné problémy. Ovšem v žádném případě nelze všechny síly a prostředky věnovat preventivnímu působení a terapii odsunout na vedlejší kolej. Terapie má v procesu boje s problémovým hráčstvím a hráčskými závislostmi své nezastupitelné místo. Největší naděje na úspěch vzniká až v okamžiku, kdy prevence i terapie budou na sebe plynule navazovat, oba přístupy se budou doplňovat a budou společně postupovat (Prunner, 2013).

## 2.6 Léčba patologického hráčství

V této kapitole bych se chtěla zabývat možnostmi léčby patologických hráčů a ne popisem, jak taková léčba probíhá, protože jak uvedl ve své knize Nešpor (2011a), na základě „matchingu“<sup>2</sup> volíme takové intervence dle individuálních potřeb klienta. Jinak může probíhat léčba u jedince v důchodovém věku, jinak u mladistvého a jinak u člověka, u kterého se problém s hraním rozvinul v důsledku rizikového zaměstnání.

Kde tedy daný jedinec může hledat pomoc?

### 2.6.1 Telefonické linky

Ve většině případů se jedná o linky krizové intervence, na které se patologičtí hráči mohou obracet pro pomoc. Jedná se například o centrum krizové intervence v Psychiatrické léčebně v Praze apod. (Nešpor, 2006).

### 2.6.2 Ambulantní léčba

Ambulantní léčbou se rozumí individuální setkání s terapeutem například 1krát týdně. Léčba je nabízena v řadě zařízení – ordinace pro léčbu závislostí, poradny (i pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy) a někteří privátní psychologové (Nešpor, 2006). Veškeré tyto služby lze najít na stránkách Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti ([www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)) v sekci mapa pomoci, kde si daný jedinec může vyhledat nejbližší pomoc v závislosti na jeho místě bydliště.

### 2.6.3 Ústavní léčba

Tento typ léčby je nutný tam, kde ambulantní léčení nestačí, kde je riziko sebepoškození nebo kde hrozí pokračování vážných životních komplikací (např. trestné činnosti). I léčení na psychiatrickém oddělení pomáhá překonat krizi a začít znovu. Výhodnější je ale specializovaná léčba. Pacienti s diagnózou patologického hráčství sice mají společné programy s jedinci, kteří se potýkají s různým návykovým chováním, ale také mají i své vlastní programy – například setkání Anonymních hráčů v Psychiatrické nemocnici Bohnice anebo i samostatné skupiny (Nešpor, 2006).

### 2.6.4 Svépomocné skupiny

Nelze opomenout ani svépomocné skupiny, které na daného jedince také mohou mít vliv. V České republice nejsou až tak rozšířené oproti svépomocné skupině Anonymních alkoholiků. Na internetu lze nalézt pouze skupinu Anonymních hráčů v Praze v Psychiatrické nemocnici Bohnice a také v Brně. Typický průběh setkání Anonymních hráčů uvádí ve své knize Nešpor (2011a). Na začátku se vedoucí skupiny představí, kdy řekne pouze své jméno. Po přečtení dotazníku této organizace se vedoucí zeptá skupiny, zda by někdo chtěl nabídnout svoji zkušenost. Poté většinou na zkušenost jednoho člena navazují i další. Na konec setkání skupiny se obvykle zařazuje nějaký rituál, typickým příkladem je společná recitace „modlitby míru“: „Ať klidně přijímám věci, které nemohu

---

<sup>2</sup> přiřazení určité skupiny či jednotlivce k danému typu programu, který odpovídá jeho potřebám a problémům

změnit, mám odvahu měnit ty věci, které změnit dokážu, a moudrost rozlišovat mezi prvním a druhým“.

### **2.6.5 Další odborné služby**

Mezi další odborné služby, které lze zařadit k potřebným vzhledem k předešlé kapitole o „Dopadech patologického hráčství“ se jedná o dluhové poradenství či právní poradenství.

## 3. Výzkumná část

### 3.1 Východiska

Převážnou část východisek jsem čerpala z Výroční zprávy o hazardním hraní v ČR v roce 2016 (Mravčík et al., 2017), kdy v tomto roce mělo zkušenost v posledních 12 měsících a v posledních 30 dnech s hraním loterií 20-30 % dotázaných, s kurzovým sázením v sázkových kancelářích 10-15 %, s technickými hrami nebo živými hrami v kasinu 4-6 % a s online hrami 6-10 % dotázaných. Údaje za rok 2016 naznačují mírný nárůst počtu osob v riziku problémového hráčství (odhad činí přes 500 tisíc osob) a rovněž nárůst v kategorii nejvyššího rizika, tedy patologických hráčů (80-120 tisíc osob). I ve výzkumu mezi lékaři byl počet patologických hráčů v roce 2016 odhadnut na 81-104 tisíc osob.

Právě klíčovou roli ve včasné detekci této problematiky mohou mít praktičtí lékaři, ke kterým většina lidí přichází se zdravotními problémy, které je trápí. Jak jsem již výše zmiňovala, jedinec, který se potýká s problematikou patologického hráčství, pociťuje stres, který je spojený se hrou samotnou. Velké riziko je i ve zhoršování dalších onemocnění, které mohou také souviset se stresem: vysoký krevní tlak, vředová choroba žaludku a dvanáctníku, střevní nemoci a cukrovka. U patologických hráčů můžeme také pozorovat zanedbávání výživy, kdy se nejčastěji jedná o chudé a nezdravé jídlo. Stres a dlouhé vysedávání působí nepříznivě zejména na krční a bederní páteř a může vést k bolestivým obtížím (Nešpor, 1999).

K dalším východiskům lze zařadit zahraniční články viz. např. „*Early Detection of Pathological Gambling: Bettin on GP's Beliefs and Attitudes*“ (Achab et al., 2014) nebo „*GPs and Problem gambling: Can they Help with Identification and Early Intervention?*“ (Tolchard, Thomas, & Battersby, 2007), které se touto problematikou a klíčovou rolí praktického lékaře v celém procesu zabírají.

K poslednímu východisku lze zařadit nutnost se touto problematikou a rolí praktického lékaře zabývat, protože zatím žádný podobný výzkum v České republice nebyl proveden.

### 3.2 Charakteristika výzkumu

Výše uvedené informace, které byly součástí teoretické části bakalářské práce, svědčí o tom, jak je patologické hráčství závažné a nastiňují jeho dopady na jedince. Bakalářská práce se zaměřuje na praktické lékaře samotné a na to, jak oni sami mohou za pomoci screeningových dotazníků vyhodnotit, zda se náhodou u daného pacienta problém s patologickým hráčstvím již nevykytl. Jejich postavení lze tedy nazvat jako klíčové.

Problematiku patologického hráčství jsem probrala v teoretické části velmi podrobně. Nastínila jsem zde i dopady patologického hráčství, kterým by měl praktický lékař věnovat zvýšenou pozornost a popřípadě včas zahájit včasnou intervenci.

### 3.3 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu bakalářské práce je zhodnotit zájem praktických lékařů o problematiku patologického hráčství u svých pacientů.

K vedlejším cílům lze zařadit i míru zasílání odpovědí od praktických lékařů vzhledem k jejich zaneprázdněnosti a také i poskytnutí informací jiným odborníkům, kteří by se daným tématem mohli více zabývat.

### 3.4 Stanovení výzkumných otázek

Základní výzkumné otázky zní:

1. Jaký podíl praktických lékařů/ek využívá screeningové dotazníky?
2. Jaké procento lékařů/ek si myslí, že jeho/její znalosti o problematice patologického hráčství jsou velmi uspokojivé či dostačující?
3. Jaký je vztah mezi délkou trvání praxe u praktických lékařů/ek a jejich postoji k problematice patologického hráčství?
4. Jaké procento praktických lékařů/ek by ocenilo větší znalosti v rámci léčby patologického hráčství?
5. Je v dané problematice rozdílný postoj mezi muži a ženami?

### 3.5 Design

Vzhledem k mé osobní zkušenosti, kdy čekám u praktického lékaře celé hodiny a neustále má plnou čekárnu, bylo hned jasné, že pro svůj výzkum musím využít takovou metodu, která dané lékaře nebude moc zatěžovat. Zvolila jsem si kvantitativní výzkum, konkrétně metodu polostrukturovaného dotazníku v online podobě. Dotazník, vytvořený ve formulářích Google, byl následně rozeslán po e-mailu praktickým lékařům.

### 3.6 Metody tvorby dat

Dotazníkem, pro získání dat od praktických lékařů, jsem se inspirovala ze zahraničního výzkumu „Early Detection of Pathological Gambling: Betting on GPs' Beliefs and Attitudes“ (Achab et al., 2014), kde jsem pozměnila některé otázky (Příloha 3). V dotazníku jsou zahrnuty otázky otevřené (týkající se věku, délky praxe) a uzavřené s jednou možností výběru či s více možnostmi. Dotazník je členěn do 4 částí:

1. Sociodemografické údaje
2. Odhady problémového a patologického hráčství
3. Postoje k problematice patologického hráčství
4. Sebehodnocení znalostí ohledně problematiky patologického hráčství

Otázka zabývající se nejlepším způsobem léčby patologického hráčství jsem oproti originálu nechala s více možnostmi výběru. Zahrnula jsem mezi jednotlivé profese i profesi „Gamblerista“, abych tím získala větší náhled o znalostech praktických lékařů. I poslední část dotazníku se liší od originálního. Nezahrnula jsem do svého dotazníku

poslední část, tedy screening praktických lékařů za pomoci nástroje Lie/Bet, z toho důvodu, že by na ni praktičtí lékaři neodpovídali.

Pro získání e-mailových kontaktů na praktické lékaře jsem měla více možností. Jednalo se o oslovení Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, kde byla žádost o e-mailové kontakty zamítnuta. Jako další možnost jsem využila seznam lékařů dle jejich odbornosti na stránkách České lékařské komory. Bohužel u žádného lékaře zde nebyl uvedený kontakt a po dlouhém hledání kontaktů na internetu, kdy jsem vypsala pouze 4 okresy, jsem zvolila poslední možnost, tedy Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR). Po vyplnění žádosti o export dat, která byla členěna do jednotlivých oddílů (viz níže), jsem po lhůtě delší než 30 dnů, data v podobě e-mailových kontaktů na praktické lékaře získala.

- základní údaje o mě
- specifikace požadavku
- stručný popis dat a účel – projektový záměr
- popis předpokládaného, zejména publikačního využití dat
- cíle práce
- specifikace likvidace dat (popis)
- způsob předání dat

Při rozesílání dotazníku jsem musela dávat pozor na to, aby nedošlo k duplicitě, tedy abych neoslovila některé praktické lékaře dvakrát. Jednalo se právě o 4 okresy (Benešov, Beroun, Blansko a Brno-město), které jsem vypisovala ze seznamu lékařů České lékařské komory. Výzkum probíhal od 31.1.2017 s rozesláním prvních dotazníků až do 27.5.2018, kdy jsem přijímání dotazníků ukončila.

Použití dotazníku se ukázalo být nápomocné. V případě opakování výzkumu, je dotazníkem možné získat stabilní, opakovatelné výsledky, míra spolehlivosti (reliabilita) je vysoká. Dotazníkem lze dosáhnout naplnění cíle práce i zodpovězení výzkumných otázek, lze výzkum považovat za validní.

### **3.7 Výzkumný soubor**

Účastníky výzkumu jsou pouze praktičtí lékaři pro dospělé. Kritérium pro výběr respondentů byla specializace v tomto oboru. V seznamu kontaktů od ÚZIS ČR bylo 4 721 praktických lékařů a lékařek, ale přiložený e-mailový kontakt byl pouze u 3 445 z nich. Tento počet lékařů jsem oslovila přes e-mail, u 94 z nich nebyl e-mail platný a jeden lékař již zemřel. Výsledek oslovených lékařů tedy činí 3 350. Počet vyplněných dotazníků činí 666 od praktických lékařů. Reprezentativnost zkoumaného vzorku praktických lékařů je zajištěna velikostí a homogenitou dané populace lékařů.



### 3.8 Metoda analýzy dat

Získaná data z online dotazníku vytvořeného ve formulářích Google jsem si uložila do formy Excelu, kde je jsem za pomoci příslušných funkcí, statisticky zpracovala. K porovnávání výsledků a odpovědí dle pohlaví jsem využívala kontingenční tabulky.

### 3.9 Předpokládané výsledky

Dle mého úsudku si myslím, že praktičtí lékaři vzhledem k jejich zaneprázdněnosti nebudou ochotni vyplňovat dotazník. Předpokládám malý počet respondentů vzhledem k počtu jejich oslovení. Dále lze zmínit předpoklad, že se praktičtí lékaři nebudou zajímat o problematiku patologického hráčství a tím pádem nebudou zahrnovat screeningové dotazníky do své anamnézy. Malý zájem o tuto problematiku lze možná odůvodnit tím, že praktičtí lékaři mohou mít málo informací o této problematice a tím pádem by ocenili větší znalosti.

### 3.10 Etické aspekty

Data (e-mailové kontakty na praktické lékaře) poskytnuta od ÚZIS ČR byla použita čistě pro účely bakalářské práce a k rozeslání online dotazníku ve formulářích Google. Byla využita pouze jednorázově a po jejich využití byla smazána.

Participace respondentů byla zcela dobrovolná a anonymní. Součástí etických opatření bylo i informování respondentů o významu a účelech výzkumu, cituji: „*Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění níže uvedeného dotazníku, který poslouží jako podklad pro moji bakalářskou práci na téma "Včasná detekce patologického hráčství". Cílem mého výzkumu je zhodnocení zájmu praktických lékařů o problematiku patologického hráčství u svých pacientů. Vaše odpovědi jsou zcela anonymní a získané výsledky budou využity čistě jen pro výše zmíněné účely.*“

### 3.11 Technické zázemí

Jak jsem již zmiňovala v předchozích podkapitolách, základ mého kvantitativního výzkumu je založený na dotazníku, který jsem rozesílala v online podobě za pomoci formuláře Google. Sesbírání data jsem upravovala v Microsoft Excel za pomoci kontingenčních tabulek a funkcí, které Excel nabízí. Zázemím celé závěrečné práce je Microsoft Word. K citacím byl použit citační manager Zotero.

## 4. Výsledky

Jak jsem již psala výše v předchozích kapitolách, celkový počet oslovených praktických lékařů byl 3 350, ale konečných získaných odpovědí je 666, tedy pouze 19,9 % vrácených odpovědí. Níže uvedené výsledky budou prezentovány dle členění dotazníku, na který lékaři odpovídali.

### 4.1 Sociodemografické údaje

Celkový vzorek 666 respondentů je složen z 59 % žen a 41 % mužů (Tabulka 1).

Tabulka 1 - Rozložení vzorku dle pohlaví

Pohlaví	Počet
Žena	393 (59 %)
Muž	273 (41 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>666</b>

Věkové rozložení respondentů zobrazuje Tabulka 2. Nejvíce respondentů spadá do věkové kategorie 51-60 let (32 %). Naopak nejméně respondentů je do 30 let věku (0,9 %).

Tabulka 2- Věkové rozložení dotazovaných

	Počet
Do 30 let	6 (0,9 %)
31-40 let	88 (13,2 %)
41-50 let	175 (26,3 %)
51-60 let	213 (32 %)
61-70 let	165 (24,8 %)
71 let a více	19 (2,9 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>666</b>

Tabulka 3 shrnuje informace o délce praxe praktických lékařů. Největší procentuální zastoupení má rozmezí lékařské praxe 31-40 let (30,6 %). Naopak nejmenší zastoupení má trvání praxe 51 let a více (1,1 %). Medián 28 let trvání praxe.

Tabulka 3- lékařská praxe

	Počet
Do 10 let	117 (17,6 %)
11-20 let	122 (18,3 %)
21-30 let	174 (26,1 %)
31-40 let	204 (30,6 %)
41-50 let	42 (6,3 %)
51 let a více	7 (1,1 %)
<b>Celkový počet</b>	<b>666</b>

Tabulka 4 shrnuje specializaci praktických lékařů. Ve vzorku respondentů je 90,4 % praktických lékařů bez žádné další odborné specializace. Z nejčtenějších

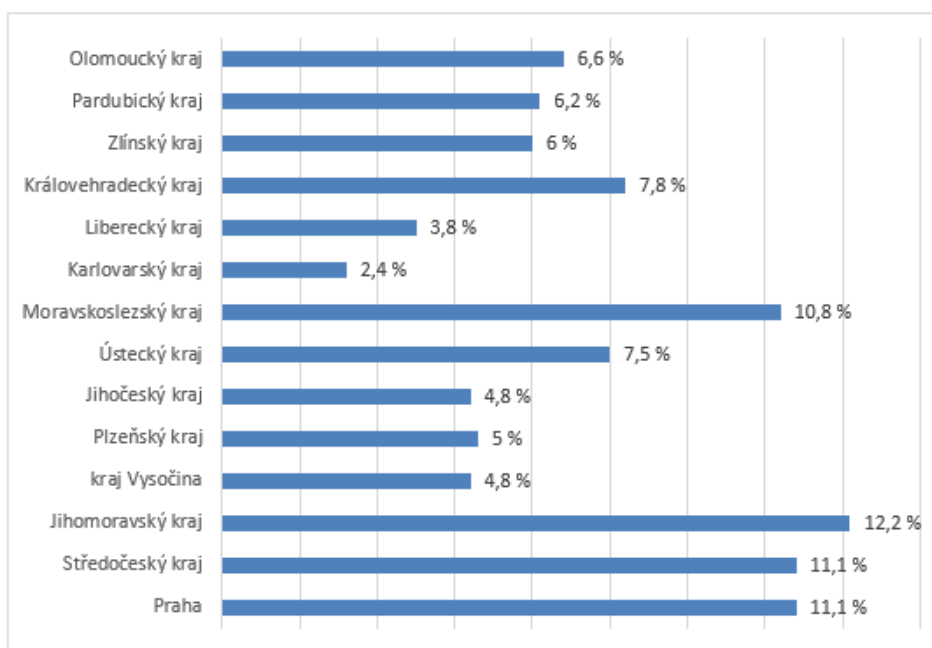
specializací praktických lékařů je kombinace praktického lékařství a vnitřního lékařství (5,4 %). Z jiných specializací uvedených praktickými lékaři lze zařadit: angiologii, infekční lékařství, chirurgii, diabetologii, anesteziologii, urgentní medicínu, nefrologii, ARO, pneumologii, gynekologii, hematologii, alergologii, klinický farmakolog a revmatologii.

Tabulka 4 - Specializace

	Celkový počet
<b>Praktický lékař</b>	602 (90,4 %)
<b>Praktický lékař + vnitřní lékařství</b>	36 (5,4 %)
<b>Jiné</b>	28 (4,2 %)
<b>Celkový součet</b>	666

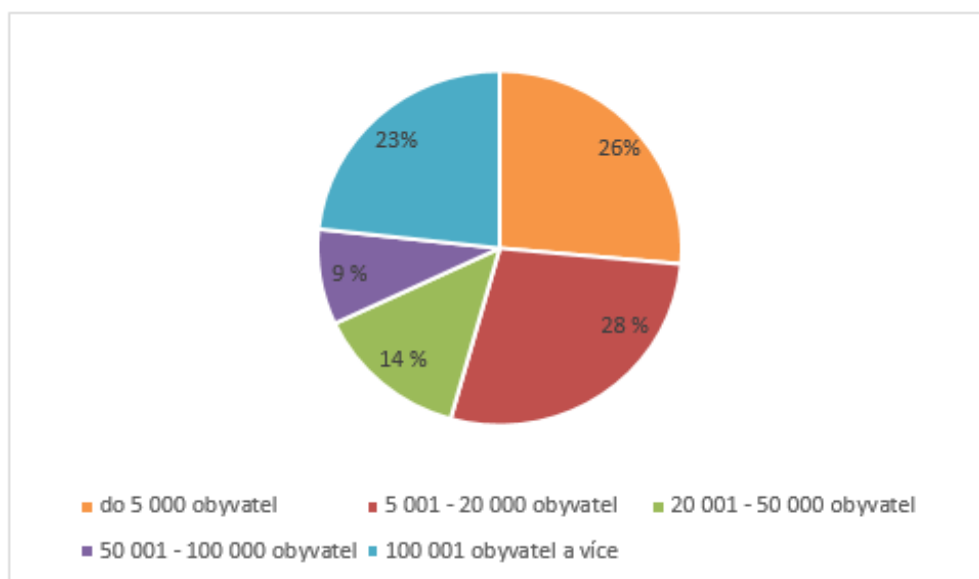
Graf 1 udává informaci o tom, v jakém kraji praktičtí lékaři provozují svoji lékařskou praxi. Nejvíce respondentů je z Jihomoravského kraje (12,2 %), Středočeského kraje a Prahy (oba 11,1 %). Téměř stejné procentuální zastoupení mají kraje Královehradecký (7,8 %) a kraj Ústecký (7,5 %). Naopak nejméně respondentů je z Karlovarského kraje (2,4 %).

Graf 1 – Kraj, ve kterém lékaři provozují svoji praxi



Graf 2 znázorňuje velikost obce dle počtu obyvatel, kde praktičtí lékaři provozují svoji lékařskou praxi. Největší počet lékařů provozuje svoji praxi v obci s rozmezím počtu obyvatel od 5 001 – 20 000 (28 %). Naopak nejméně lékařů provozuje svoji lékařskou praxi v obci s rozmezím počtu obyvatel od 50 001 – 100 000 (9 %).

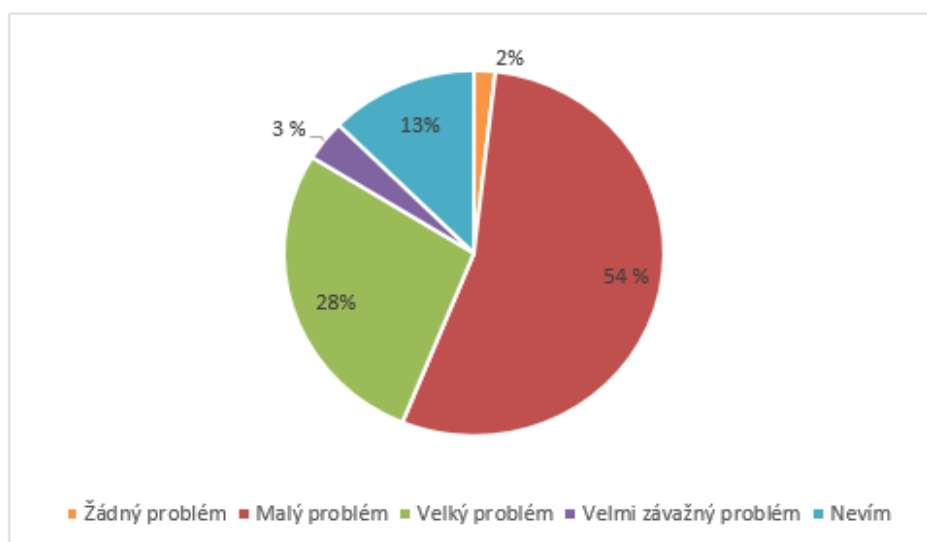
Graf 2- Velikost obce dle počtu obyvatel, kde lékaři provozují svoji lékařskou praxi



## 4.2 Odhady problémového a patologického hráčství

V tomto oddílu dotazníku se jedná o otázky číslo 7-10. Dle otázky č.7, kdy se zaměřuji na názor lékařů ohledně výskytu patologického hráčství v jejich regionu viz Graf 3, je patrné, že ačkoli 54 % z nich považuje tuto problematiku za malý problém, je zde i 28 % lékařů, kteří považují tuto problematiku za velký problém. S malou četností se vyskytují odpovědi, kdy 3 % lékařů považuje tento problém za velmi závažný a 2 % za žádný problém. 13 % lékařů neví, jaký je výskyt patologického hráčství v jejich regionu či neví, zda se již daný jev dá považovat za problém.

Graf 3- Dle Vašeho názoru je výskyt patologického hráčství ve Vašem regionu:



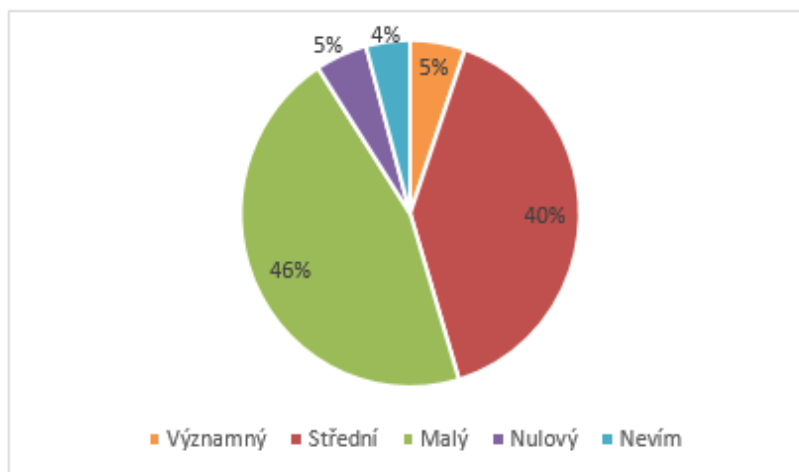
Tabulka 5 shrnuje zájem praktických lékařů o problematiku patologického hráčství i s přihlédnutím na rozdělení dle pohlaví. Nejvíce lékařů (45,5 %) se zajímá o tuto problematiku pouze málo a 40,1 % lékařů má střední zájem. Nulový zájem má 4,9 %

lékařů. I malé rozdíly lze vidět v pohledu mužů a žen. Ve 48 % případů mají muži malý zájem o tuto problematiku, kdežto ženy pouze 43,8 %. Rozdíl je znatelný i při odpovědi středního zájmu o problematiku, kdy pouze 35,5 % mužů má tento zájem oproti 43,3 % žen.

Tabulka 5- Váš zájem o patologické hráčství a zadluženost pacientů je:

	Muž	Žena	Celkový součet
<b>Malý</b>	131 (48 %)	172 (43,8 %)	303 (45,5 %)
<b>Nevím</b>	9 (3,3 %)	19 (4,8 %)	28 (4,2 %)
<b>Nulový</b>	21 (7,7 %)	12 (3,1 %)	33 (4,9 %)
<b>Střední</b>	97 (35,5 %)	170 (43,3 %)	267 (40,1 %)
<b>Významný</b>	15 (5,5 %)	20 (5,1 %)	35 (5,3 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>273</b>	<b>393</b>	<b>666</b>

Graf 4 - Váš zájem o patologické hráčství a zadluženost pacientů je:

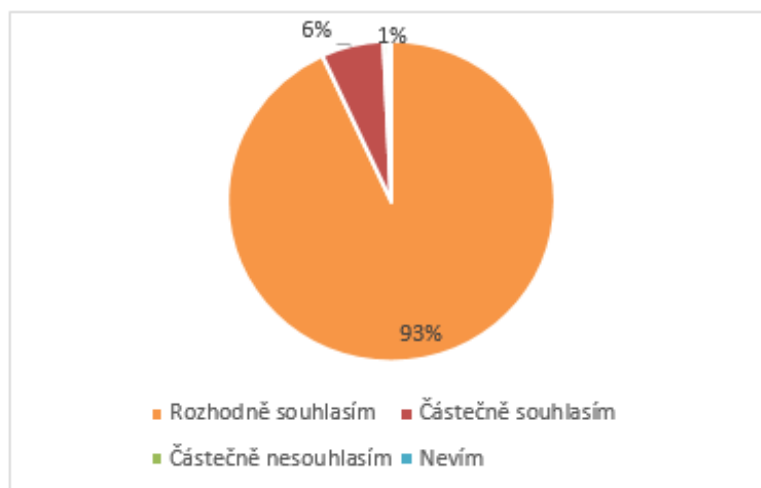


Tabulka 6 shrnuje informace o znalostech patologického hráčství, tedy zda může gambling přerůst v závislost. V 93,1 % všech odpovědí získala odpověď rozhodně souhlasím. 6,2 % všech dotazovaných částečně souhlasí a pouze minimum respondentů označilo odpověď částečně nesouhlasím (0,5 %) a nevím (0,3 %). Žádný respondent si nemyslí, že gambling rozhodně nemůže přerůst v závislost. O 4 % více žen rozhodně souhlasí v daném tvrzení, že gambling může vést k závislosti. Ale 0,7 % mužů neví, zda gambling může vést k závislosti.

Tabulka 6 - Myslíte si, že gambling může přerůst v závislost?

	Muž	Žena	Celkový součet
<b>Částečně nesouhlasím</b>	2 (0,7 %)	1 (0,3 %)	3 (0,5 %)
<b>Částečně souhlasím</b>	22 (8,1 %)	19 (4,8 %)	41 (6,2 %)
<b>Nevím</b>	2 (0,7 %)	0	2 (0,3 %)
<b>Rozhodně souhlasím</b>	247 (90,5 %)	373 (94,9 %)	620 (93,1 %)
<b>Rozhodně nesouhlasím</b>	0	0	0
<b>Celkový součet</b>	<b>273</b>	<b>393</b>	<b>666</b>

Graf 5 - Myslíte si, že gambling může přerůst v závislost?

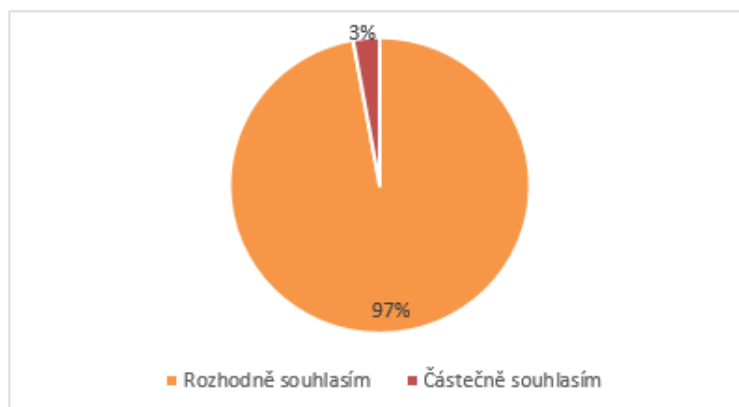


Tabulka 7 navazuje na předchozí otázku, kdy respondenti odpovídali, zda si myslí, že gambling může vést k zadluženosti. Při této otázce mám z celkového počtu 5 odpovědí pouze dvě s největší četností. 97,1 % respondentů rozhodně souhlasí, že daná problematika může vést k zadluženosti a 2,9 % respondentů částečně souhlasí. Jednotný nebo téměř podobný názor lze nalézt i v odpovědi mužů a žen, které se zásadně nikterak neliší.

Tabulka 7 - Myslíte si, že gambling může vést k zadluženosti?

	Muž	Žena	Celkový součet
<b>Částečně souhlasím</b>	9 (3,3 %)	10 (2,5 %)	19 (2,9 %)
<b>Rozhodně souhlasím</b>	264 (96,7 %)	383 (97,5 %)	647 (97,1 %)
<b>Částečně nesouhlasím</b>	0	0	0
<b>Rozhodně nesouhlasím</b>	0	0	0
<b>Nevím</b>	0	0	0
<b>Celkový součet</b>	<b>273</b>	<b>393</b>	<b>666</b>

Graf 6 - Myslíte si, že gambling může vést k zadluženosti?



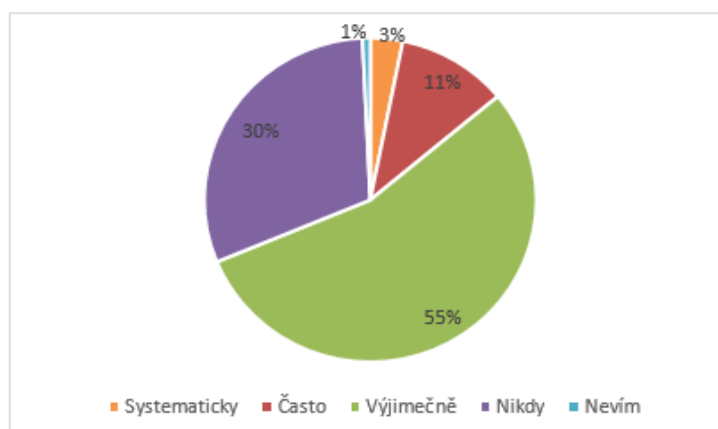
### 4.3 Postoje k problematice patologického hráčství

První otázka obsažená v této části dotazníku se zabývá informací, zda lékaři provádějí screening patologického hráčství. Informace lze nalézt v Tabulce 8. 54,8 % respondentů provádí screening patologické hráčství pouze výjimečně, 30,5 % nikdy neprovádí screening a jen malá část respondentů provádí screening často (10,8 %) či systematicky (3,2 %). 0,8 % respondentů neví, zda screening provádí. Malý rozdíl lze vidět i z pohledu mužů a žen, kdy o téměř 4 % žen provádí screening často a o necelé 1 % ho provádí systematicky oproti mužům.

Tabulka 8 - Provádíte screening patologického hráčství?

	Muž	Žena	Celkový součet
Často	21 (7,7 %)	51 (13 %)	72 (10,8 %)
Nevím	1 (0,4 %)	4 (1 %)	5 (0,8 %)
Nikdy	90 (33 %)	113 (28,8 %)	203 (30,5 %)
Systematicky	6 (2,2 %)	15 (3,8 %)	21 (3,2 %)
Výjimečně	155 (56,8 %)	210 (53,4 %)	365 (54,8 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>273</b>	<b>393</b>	<b>666</b>

Graf 7 - Provádíte screening patologického hráčství?

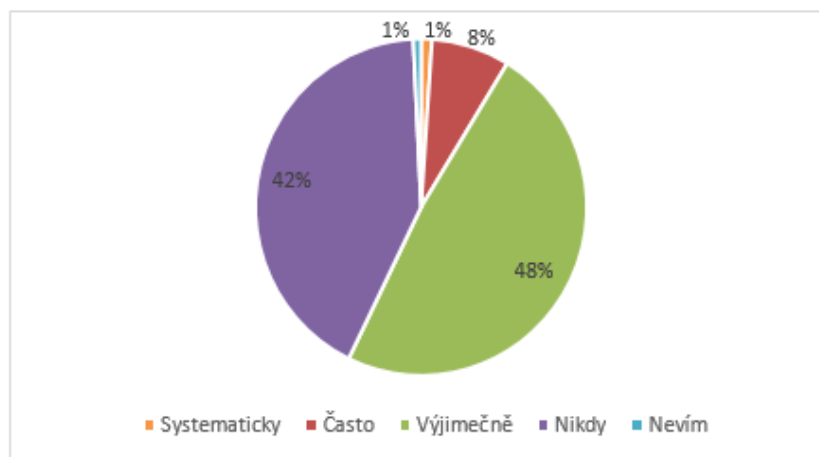


V otázce screeningu jsem pokračovala a to otázkou, zda respondenti provádí screening zadluženosti viz Tabulka 9. Necelá polovina respondentů (48,5 %) provádí screening pouze výjimečně a 42 % z nich nikdy. 7,7 % respondentů provádí screening často a malé procento (1,1 %) systematicky. O 10 % mužů více nikdy neprovádí screening zadluženosti oproti ženám a o 7 % žen více provádí screening pouze výjimečně.

Tabulka 9 - Provádíte screening zadluženosti?

	Muž	Žena	Celkem
Často	17 (6,2 %)	34 (8,7 %)	51 (7,7 %)
Nevím	2 (0,7 %)	3 (0,8 %)	5 (0,8 %)
Nikdy	130 (47,6 %)	150 (38,2 %)	280 (42 %)
Systematicky	2 (0,7 %)	5 (1,3 %)	7 (1,1 %)
Výjimečně	122 (44,7 %)	201 (51,1 %)	323 (48,5 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>273</b>	<b>393</b>	<b>666</b>

Graf 8 - Provádíte screening zadluženosti?



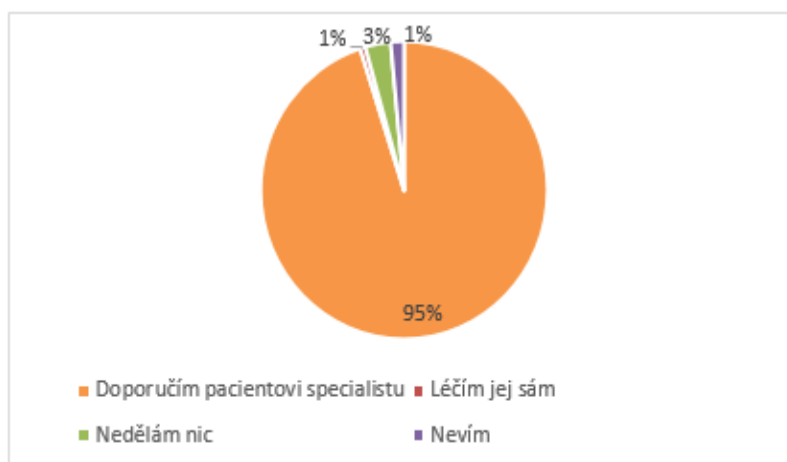
V následujících otázkách jsem se zabývala postoji lékařů k problematice patologického hráčství (viz Tabulka 10) a postoji k problematice zadluženosti (viz Tabulka 11). V tabulce 10 je znatelné, že 95 % respondentů by doporučilo pacientovi specialistu, pokud by se potýkal s patologickým hráčstvím. Ve 2,9 % případech by lékaři nedělali nic a v 1,5 % respondentů neví, co by měli dělat. O 4 % více žen oproti mužům by doporučilo pacientovi specialistu a o 3 % více mužů by nedělalo nic.

Tabulka 10 - Váš postoj k problematice patologického hráčství:

	Muž	Žena	Celkový součet
Doporučím pacientovi specialistu	253 (92,7 %)	380 (96,7 %)	633 (95 %)
Léčím jej sám	3 (1,1 %)	1 (0,3 %)	4 (0,6 %)
Nedělám nic	13 (4,8 %)	6 (1,5 %)	19 (2,9 %)
Nevím	4 (1,5 %)	6 (1,5 %)	10 (1,5 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>273</b>	<b>393</b>	<b>666</b>



Graf 9 - Váš postoj k problematice patologického hráčství:

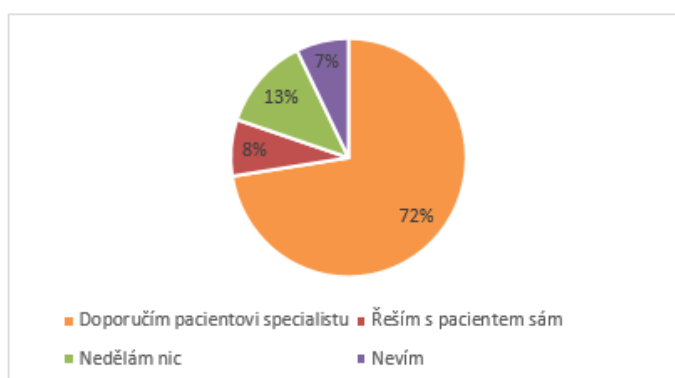


V Tabulce 11 lze zaznamenat postoje lékařů k zadluženosti svých pacientů. Téměř 2/3 respondentů (72,5 %) by doporučilo pacientovi specialistu, 12,6 % lékařů by nedělalo nic a s téměř stejnou četností by respondenti nevěděli, co mají dělat (7,2 %) a nebo by zadluženost řešili s pacientem sami (7,7 %). Rozdíl v postoji zadluženosti lze vidět i mezi muži a ženami, kdy 78,9 % žen by doporučilo pacientovi specialistu oproti 63,4 % mužů. Pouze 8,4 % žen by se tento problém nezdál tolik závažný a nedělaly by nic oproti 18,7 % mužů. Nicméně o 5 % více mužů oproti ženám by se cítilo na řešení problematiky zadluženosti sami.

Tabulka 11 - Vaše postoje k zadluženosti:

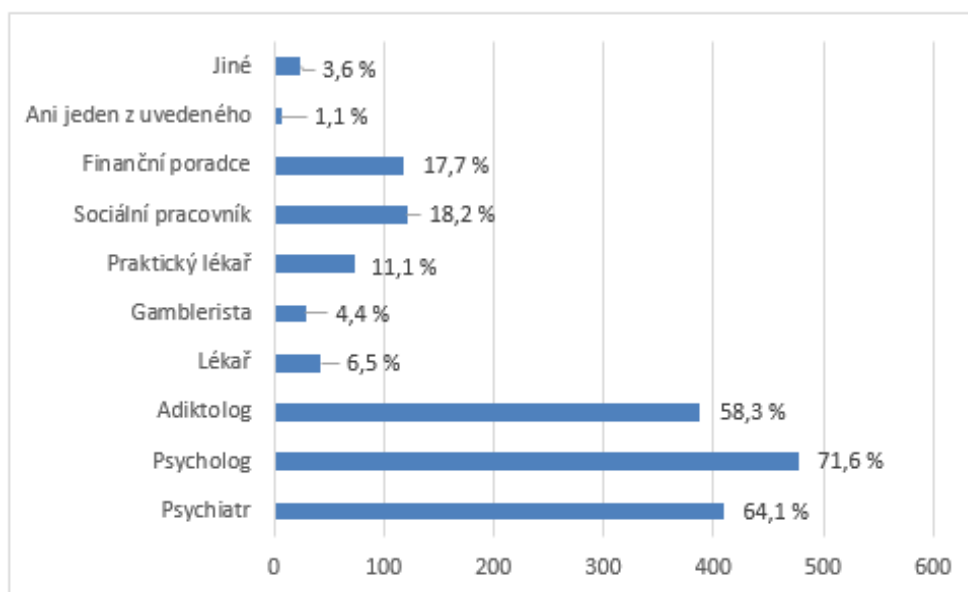
	Muž	Žena	Celkový součet
<b>Doporučím pacientovi specialistu</b>	173 (63,4 %)	310 (78,9 %)	483 (72,5 %)
<b>Nedělám nic</b>	51 (18,7 %)	33 (8,4 %)	84 (12,6 %)
<b>Nevím</b>	19 (7 %)	29 (7,4 %)	48 (7,2 %)
<b>Řeším s pacientem sám</b>	30 (11 %)	21 (5,3 %)	51 (7,7 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>273</b>	<b>393</b>	<b>666</b>

Graf 10 - Vaše postoje k zadluženosti:



Na Grafu 11 lze zaznamenat názory respondentů o tom, jaký specialista může zabezpečit nejlepší způsob léčby patologického hráčství. Respondenti mohli vybírat z více možností a popřípadě i uvést svůj námět v podobě odpovědi „jiné“. Největší četnost odpovědí lze zaznamenat u povolání psychologa (71,6 %), psychiatra (64,1 %) a adiktologa (58,3 %). Téměř totožnou četnost lze zaznamenat u odpovědi „finanční poradce“ (17,7 %) a „sociální pracovník“ (18,2 %). 11,1 % respondentů zaznamenalo odpověď „praktický lékař“. 4,4 % respondentů si myslí, že by nejlepší způsob léčby mohl zabezpečit „gamblerista“, ovšem tato odpověď byla do dotazníku zahrnuta zcela chybně, protože povolání „gamblerista“ neexistuje. Šlo pouze o testování znalostí praktických lékařů. 1,1 % respondentů si myslí, že ani jeden z uvedených odborníků nemůže zabezpečit nejlepší způsob léčby. Z odpovědí jiné (3,6 %) se nejvíce vyskytovaly názory, že nejlepší způsob léčby může zabezpečit multidisciplinární tým složený z odborníků, dále i vyléčený jedinec, který s touto problematikou sám bojoval („bývalý gambler“), dále byla zahrnuta i rodina a přátelé. Respondenti se i v některých případech rozepsali, citují: „Léčba je velice svízelná a musí chtít především sami. Mám 1 pacienta, který se již ze zadluženosti nikdy nedostane, i když přestal s patologickým hráčstvím,“; „Nejlepším a klíčovým je vždy partner, ostatní jsou minoritní,“; „Opakovaně jsem doporučila, aby se seznámili s životem bezdomovců a několikrát to zabralo a šli se léčit.“

Graf 11 - Nejlepší způsob léčby patologického hráčství může zabezpečit:



#### 4.4 Sebehodnocení znalostí ohledně problematiky patologického hráčství

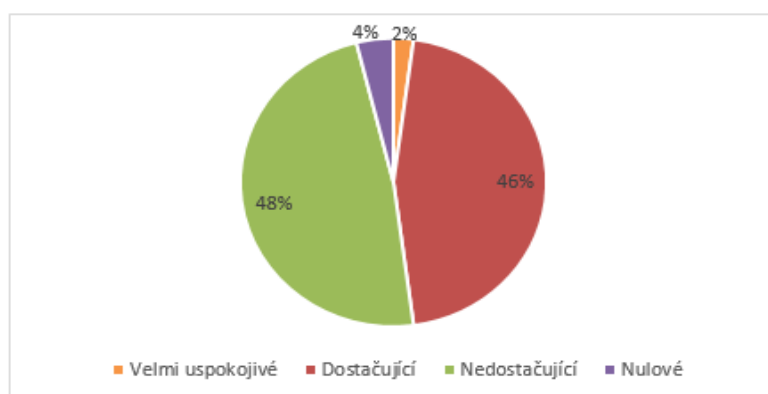
V této části dotazníku se zabývám tím, jak sami sebe vnímají praktičtí lékaři ve znalostech této problematiky, a také zda by o této problematice či o její léčbě uvítali více informací.

Tabulka 12 znázorňuje hodnocení znalostí praktických lékařů o problematice patologického hráčství. Lze zaznamenat, že jsou respondenti rozděleni téměř na dvě stejné poloviny. První polovina vnímá své znalosti jako za dostačující (45,8 %), kdežto druhá polovina za nedostačující (48,2 %). Malou četnost lze zaznamenat u odpovědi nulových znalostí (3,9 %) a naopak velmi uspokojivých u 2,1 % respondentů. Výrazný rozdíl není ani v pohledu mužů a žen.

Tabulka 12 - Moje znalosti o problematice patologického hráčství jsou:

	Muž	Žena	Celkový součet
<b>Dostačující</b>	133 (48,7 %)	172 (43,8 %)	305 (45,8 %)
<b>Nedostačující</b>	121 (44,3 %)	200 (50,9 %)	321 (48,2 %)
<b>Nulové</b>	12 (4,4 %)	14 (3,6 %)	26 (3,9 %)
<b>Velmi uspokojivé</b>	7 (2,6 %)	7 (1,8 %)	14 (2,1 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>273</b>	<b>393</b>	<b>666</b>

Graf 12 - Moje znalosti problematiky patologického hráčství jsou:

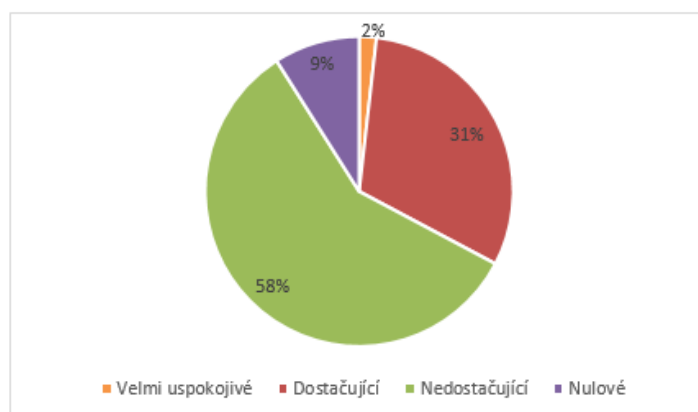


Tabulka 13 naopak znázorňuje hodnocení znalostí praktických lékařů o službách pro patologické hráče. Více jak polovina z nich (58,3 %) vnímá své znalosti o léčbě za nedostačující. 30,9 % z nich naopak vnímá své znalosti za dostačující. Malý podíl z respondentů (9 %) vnímá své znalosti za nulové a 1,8 % respondentů za velmi uspokojivé.

Tabulka 13 - Moje znalosti sítě služeb pro patologické hráče jsou:

	Muž	Žena	Celkový součet
<b>Dostačující</b>	97 (35,5 %)	109 (27,7 %)	206 (30,9 %)
<b>Nedostačující</b>	143 (52,4 %)	245 (62,3 %)	388 (58,3 %)
<b>Nulové</b>	28 (10,3 %)	32 (8,1 %)	60 (9 %)
<b>Velmi uspokojivé</b>	5 (1,8 %)	7 (1,8 %)	12 (1,8 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>273</b>	<b>393</b>	<b>666</b>

Graf 13 - Moje znalosti sítě služeb pro patologické hráče jsou:

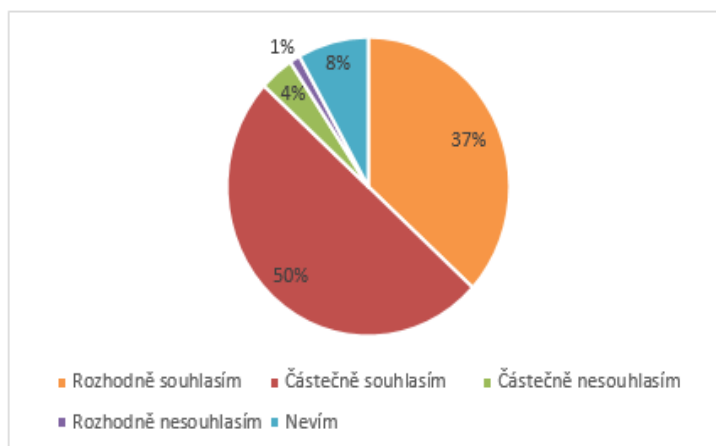


Tabulka 14 shrnuje potřeby praktických lékařů ohledně prohloubení jejich znalostí o problematice patologického hráčství. Přesná polovina respondentů (50 %) částečně souhlasí s potřebou získání více informací o této problematice. 36,8 % respondentů rozhodně souhlasí se získáním více informací. 8,1 % respondentů neví, zda by potřebovali více informací o této problematice. 1,2 % respondentů rozhodně nesouhlasí s tvrzením, že by potřebovali více informací o patologickém hráčství. Znatelný rozdíl lze zaznamenat u odpovědi „rozhodně souhlasím“, kdy se s touto odpovědí ztotožňuje pouze 29 % mužů oproti 43,2 % žen.

Tabulka 14 - Ocenil/a bych více informací o problematice patologického hráčství:

	Muž	Žena	Celkový součet
<b>Částečně nesouhlasím</b>	16 (5,9 %)	10 (2,5 %)	26 (3,9 %)
<b>Částečně souhlasím</b>	144 (52,7 %)	189 (48,1 %)	333 (50 %)
<b>Nevím</b>	31 (11,4 %)	23 (5,9 %)	54 (8,1 %)
<b>Rozhodně nesouhlasím</b>	3 (1,1 %)	5 (1,3 %)	8 (1,2 %)
<b>Rozhodně souhlasím</b>	79 (29 %)	166 (43,2 %)	245 (36,8 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>273</b>	<b>393</b>	<b>666</b>

Graf 14 - Ocenil/a bych více informací o problematice patologického hráčství:

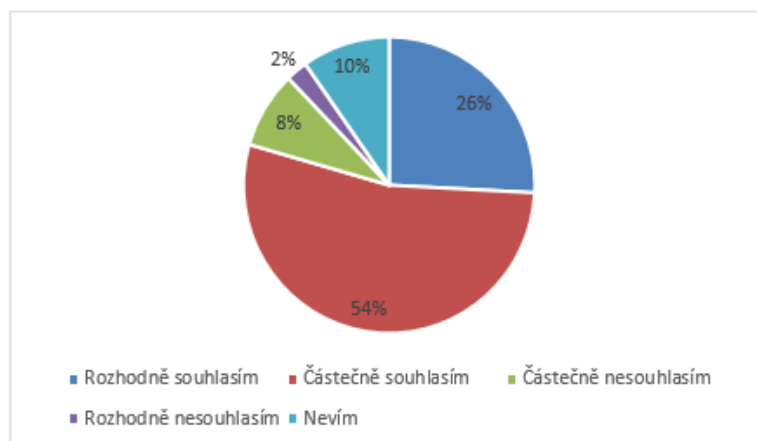


Poslední otázku dotazníku a její odpovědi shrnuje Tabulka 15, která znázorňuje potřeby (znalosti/praxe) praktických lékařů ohledně prohloubení jejich znalostí o léčbě patologického hráčství. Více jak polovina respondentů (52,1 %) částečně souhlasí s tvrzením potřeby prohloubení znalostí o léčbě této problematiky. 25,8 % respondentů rozhodně souhlasí. 9,8 % respondentů neví, zda by potřebovali více znalostí o léčbě patologického hráčství. S částečným nesouhlasem a rozhodným nesouhlasem jsme se setkali u 8,4 % respondentů a 2,4 % respondentů.

Tabulka 15 - Ocenil/a bych větší praxi/znalosti v rámci léčby patologického hráčství:

	Muž	Žena	Celkový součet
<b>Částečně nesouhlasím</b>	24 (8,8 %)	32 (8,1 %)	56 (8,4 %)
<b>Částečně souhlasím</b>	158 (57,9 %)	199 (50,6 %)	357 (52,1 %)
<b>Nevím</b>	34 (12,5 %)	31 (7,9 %)	65 (9,8 %)
<b>Rozhodně nesouhlasím</b>	9 (3,3 %)	7 (1,8 %)	16 (2,4 %)
<b>Rozhodně souhlasím</b>	48 (17,6 %)	124 (31,6 %)	172 (25,8 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>273</b>	<b>393</b>	<b>666</b>

Graf 15 - Ocenil/a bych větší praxi/znalosti v rámci léčby patologického hráčství:

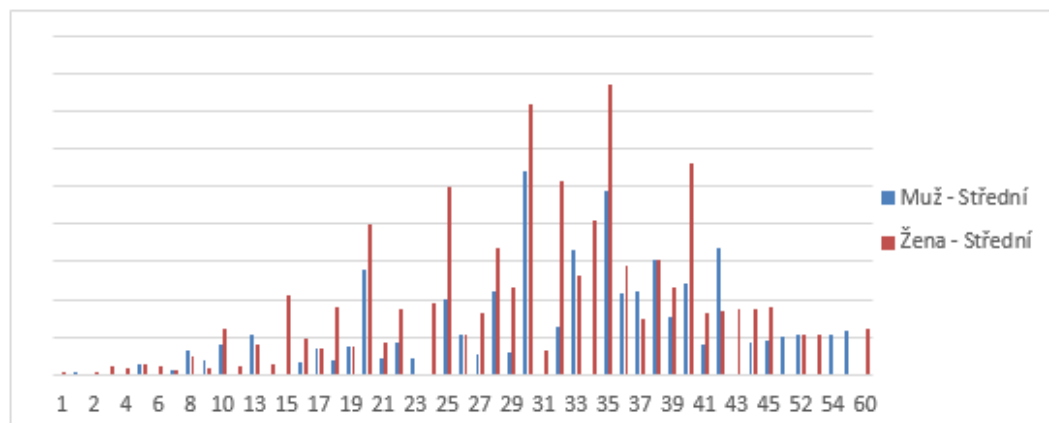


## 4.5 Souhrn výsledků

Tato podkapitola bude sloužit ke shrnutí výsledků s přihlédnutím na výzkumné otázky:

- Jaký podíl praktických lékařů využívá screeningové dotazníky?
  - Pouze 10,8 % dotazovaných praktických lékařů využívá screeningové dotazníky často a pouze 3,2 % provádí screening patologického hráčství systematicky.
  - Ve screeningu zadluženosti je ještě menší procentuální zastoupení. 7,7 % respondentů využívá screening zadluženosti často a pouze 1,1 % respondentů provádí screening systematicky.
- Jaké procento lékařů si myslí, že jeho znalosti o problematice patologického hráčství jsou velmi uspokojivé či dostačující?
  - Téměř polovina dotazovaných (45,8 %) hodnotí své znalosti za dostačující a 2,1 % dotazovaných za velmi uspokojivé.
  - Oproti tomu je menší procentuální zastoupení respondentů, kteří si myslí, že jeho znalosti léčby patologického hráčství jsou dostačující (30,9 %) a velmi uspokojivé (1,8 %).
- Jaký je vztah mezi délkou trvání praxe u praktických lékařů a jejich postoji k problematice patologického hráčství?
  - Níže uvedený Graf 16 znázorňuje střední zájem praktických lékařů o problematiku patologického hráčství a zadluženosti. Z grafu je patrné, že s délkou trvání praxe u praktických lékařů se také jejich zájem o danou problematiku zvyšuje. Počátky jejich zájmu lze sledovat od 20 let konání praxe a také i rozdílný zájem u mužů a žen, kdy se ženy o tuto problematiku zaměřují více.

Graf 16 - Zájem praktických lékařů o problematiku patolog. hráčství vzhledem k délce jejich praxe



4. Jaké procento praktických lékařů by ocenilo větší znalosti v rámci léčby patologického hráčství?
  - S tvrzením potřeby více znalostí ohledně léčby patologického hráčství částečně souhlasí 52,1 % respondentů a 25,8 % s tímto tvrzením rozhodně souhlasí.
5. Je v dané problematice rozdílný postoj mezi muži a ženami?
  - V dané problematice není až tak zásadní rozdíl mezi muži a ženami. Pokud se jedná o otázku zájmu o patologické hráčství a zadluženosti pacientů, má střední zájem o tuto problematiku 35,5 % mužů oproti 43,3 % ženám.
  - O pár procent se vždy muži a ženy liší i v části dotazníku zabývající se postoji k problematice patologického hráčství. Screening patologického hráčství provádí často pouze 7,4 % mužů oproti 13 % žen. Screening zadluženosti provádí často 6,2 % mužů oproti 8,7 % žen. Ovšem necelá polovina lékařů (47,6 %) nikdy neprovádí screening zadluženosti oproti 38,2 % lékařů.

Z celkových výsledků vyplývá, že se praktičtí lékaři nezajímají tolik o problematiku patologického hráčství, jak by měli. 45,5 % z nich má malý zájem o problematiku patologického hráčství a zadluženost. Nicméně alespoň 40 % z nich má střední zájem. Ačkoliv 93,1 % respondentů rozhodně souhlasí s tvrzením, že gambling může přerůst v závislost, screening patologického hráčství ovšem provádí systematicky pouze 3,2 % respondentů a často 10,8 % respondentů. Stejný paradox lze zaznamenat i u tvrzení, zda může gambling vést k zadluženosti, kdy s tímto tvrzením rozhodně souhlasí 97,1 % respondentů, ale pouze 1,1 % provádí screening zadluženosti systematicky a 7,7 % respondentů provádí screening často.

## 5. Diskuze

Zvolený výzkumný nástroj v podobě dotazníku se ukázal užitečným a pro svůj účel funkční, neboť mi pomohl zodpovědět výzkumné otázky zformulované pro potřeby této bakalářské práce. Ačkoliv teď s odstupem času vnímám dotazník stále pozitivně, přesto nalézám malé chyby. Pro další možné výzkumy, které by se zajímaly o tuto problematiku, ve které mohou hrát klíčovou roli právě praktičtí lékaři, bych se určitě zajímala i jejich postoji k této problematice vzhledem k počtu heren či sázkových kancelářích, které se vyskytují v obci, kde provozují svoji lékařskou praxi, protože jak jsem již zmiňovala v teoretické části, výskyt škod související s hazardním hraním je vyšší v oblastech, kde jsou k dispozici reálné prostředí herny. Další otázku, kterou bych zahrнула by byla, jakou formou by si lékaři představovali získat více informací o dané problematice patologického hráčství a zadluženosti.

I samotné metody tvorby dat, kdy jsem nejdříve za hlavní cíl měla oslovení Odborné společnosti praktických lékařů, kde mi bohužel data v podobě e-mailových kontaktů na praktické lékaře neposkytli, byly nešťastně zvolené. Následné opisování kontaktů ze stránek České lékařské komory, byly zdlouhavé, a právě tím jsem ztratila čas, který jsem mohla lépe věnovat včasným oslovením ÚZIS.

Výsledek ze získaných odpovědí respondentů, kdy jsem oslovila 3 350 z nich a pouze 666 respondentů odpovědělo, jsem očekávala. Touto problematikou jsem se zabývala i v předpokládaných výsledcích, kdy vzhledem k zaneprázdněnosti lékařů nebo slabé důvěře, dotazník nevyplnili. Někdy jsem se setkala i s omluvou, od oslovených lékařů a lékařek, kdy vzhledem k časové vytíženosti nemají na vyplnění čas. Nicméně jsem se potýkala i s negativními odpověďmi typu, že neznají moji osobu a dotazníky tohoto typu nevyplňují nebo že neví odkud jsem vzala jejich kontakt. V tomto ohledu jsem si zachovala asertivitu a odvolávala jsem se na ÚZIS s tím, že mi pomohli se získáním dat. Tím se právě dostávám k další chybě, kdy jsem hned na úvod dotazníku mohla lékaře mimo jiné i seznámit se zdrojem e-mailových kontaktů.

Z porovnání mých výsledků s výsledky z výzkumu od autorů Achab et al. (2014) lze zaznamenat u některých otázek dosažení téměř stejného procentuálního zastoupení odpovědí. Jedná se zejména o otázky, zda si praktičtí lékaři myslí, že gambling může přerůst v závislost (93 %) či zda může vést k zadluženosti (97,1 %). Z porovnání je zřejmé, že praktičtí lékaři ze zahraničního výzkumu jeví o problematiku patologického hráčství a zadluženosti u svých pacientů větší zájem než praktičtí lékaři u nás. Významný zájem jeví 15,5 % praktických lékařů (u nás 5,3 %), střední zájem jeví 53,5 % praktických lékařů (u nás 40,1 % lékařů), nízký zájem jeví 25,4 % praktických lékařů (u nás až 45,5 % lékařů) a nulový zájem jeví pouze 2,8 % praktických lékařů (u nás 4,9 % lékařů). Rozdílný výsledek lze zaznamenat i u otázky týkající se provádění screeningu zadluženosti. Praktičtí lékaři v zahraničí provádí screening zadluženosti ve 33,8 % případů často (u nás pouze 7,7 % lékařů), 33,8 % lékařů provádí screening výjimečně (u nás 48,5 % lékařů) a



screening zadluženosti neprovádí nikdy pouze 6 % lékařů. Nicméně u nás screening zadluženosti neprovádí nikdy 42 % lékařů. Rozdíly se týkají i otázek zaměřujících se na postoje k problematice patologického hráčství a zadluženosti u svých pacientů. 37 % praktických lékařů v zahraničí by doporučilo pacientovi potýkající se s problematikou patologického hráčství specialistu (u nás až 95 % lékařů) a 31,8 % z nich neví, jak s touto problematikou naložit (u nás pouze 1,5 % lékařů). 47,9 % praktických lékařů v zahraničí by doporučilo pacientovi potýkající se se zadlužeností specialistu (u nás 72,5 % lékařů), naopak 21,1 % praktických lékařů by danou problematiku zadluženosti řešili s pacientem sami (u nás pouze 7,7 % lékařů).

Co je v teoretické části patrné, nemám moc zahrnutý články ani publikace, které by se zajímali o klíčovou roli praktického lékaře v problematice patologického hráčství na území České republiky. Z výzkumu jsem proto mohla vyvodit, že jedním z důvodů nedostatečných informací o této problematice či informací o léčbě, může být právě nedostatek článků či publikací, které se rolí praktických lékařů v této problematice zabývají, a tím pádem lékaři mohou mít pocit, že se jich tato problematika nikterak netýká. Nicméně lze předpokládat, že pokud by výzkum nebyl zaměřený na včasnou detekci patologického hráčství, ale například detekci problematiky závislosti na alkoholu, získala bych od praktických lékařů mnohem více pozitivních odpovědi (například provádí screening, mají dostatečné znalosti a vědí, kam dotyčného jedince odkázat). Danou skutečnost si vysvětluji tím, že alkohol či nikotin je více spojován s vlivy na zdraví jedince a existuje přece jenom více publikací či článků, které se u nás tímto tématem více zabývají.

Samotnou mě ve výzkumu překvapilo, že téměř polovina (40,1 %) praktických lékařů má střední zájem o problematiku patologického hráčství a zadluženost pacientů, správně i usuzují, že patologické hráčství může přerůst v závislost (93,1 %) a vést i k zadluženosti (97,1 %) a také i jejich úsudek o svých znalostech, kdy si 45,8 % z respondentů myslí, že jejich znalosti této problematiky jsou dostačující. Nicméně i přesto 54,8 % z nich provádí screening patologického hráčství výjimečně či dokonce neprovádí nikdy (30,5 %). Podobné je tomu i u provádění screeningu zadluženosti, kdy 48,5 % respondentů provádí screening výjimečně a 42 % respondentů nikdy. Veškeré tyto informace si vykládám tak, že si možná myslí, že tato problematika není v jejich rozsahu kompetence (mají malý zájem u tuto problematiku 45,5 %) či jak shrnuje otázka, zabývající se názorem praktických lékařů na výskyt patologického hráčství v jejich regionu, vnímají tuto problematiku jako malý problém (54,4 %). Nicméně si myslím, že by i letáčky v čekárnách lékařů, které by odkazovaly na určité webové stránky či instituce/poradny, které se touto problematikou zabývají, mohly mít pozitivní efekt.

V dané problematice a názorech na ní jsem si i všimla, že ženy jsou v této oblasti k sobě více kritické. Vždy v otázce týkající se znalostí či jejich názoru, zda by ocenily získání více znalostí v oblasti léčby či z oblasti problematiky patologického hráčství, je

min. o 5 % více žen než mužů, které buď považují své znalosti za nedostačující či rozhodně souhlasí či částečně souhlasí, že by rozvoj svých vědomostí právě uvítaly.

Stále je zde ale i 48,2 % respondentů, kteří mají nedostatečné informace o této problematice a také mají i nedostatečné informace o léčbě (58,3 %) tohoto problému. Díky těmto informacím se lze zaměřit i na vzdělání praktických lékařů v této problematice, která má vliv nejen na zdraví jejich pacientů, ale i lékařů samotných, kdy právě k nim pacienti přichází s různými neduhy. Vzdělání může být formou různých kurzů či odborných přednášek v rámci celoživotního vzdělávání.

Ráda bych, aby závěrečná práce byla užitečná právě pro praktické lékaře, aby se více zaměřovali na tuto problematiku a popřípadě si některé zdravotní problémy či rizikové zaměstnání, které jsem zmiňovala v teoretické části, spojovali i s možným rizikem výskytu patologického hráčství.

## 6. Závěr

V kvantitativním výzkumu jsem uvedla a popsala zjištění týkající se praktických lékařů a jejich postoji k problematice patologického hráčství. Vycházela jsem z Výroční zprávy o hazardním hraní za rok 2016 (Mravčík et al., 2017)., ve které praktičtí lékaři odhadli počet patologických hráčů na 81-104 tisíc osob. Získané výsledky posloužily ke zhodnocení zájmu praktických lékařů o tuto problematiku u svých pacientů a zároveň jim tento výzkum mohl nabídnout další oblast zájmu péče o jejich pacienty. Nicméně pokud tento výzkum poslouží i k zamyšlení právě praktickým lékařům či jiným odborníkům, byl taktéž jeho cíl naplněn.

Z výzkumu je patrné, že ačkoliv 93,1 % lékařů rozhodně souhlasí s tvrzením, že gambling může přerůst v závislost, pouze 10,8 % lékařů často provádí screening patologického hráčství. Nicméně alespoň 54,8 % provádí screening výjimečně. Podobné výsledky lze zaznamenat i u tvrzení, zda gambling může vést k zadluženosti, kdy 97,1 % lékařů s tímto tvrzením rozhodně souhlasí, ale pouze 7,7 % lékařů často provádí screening zadluženosti. Znalosti praktických lékařů lze ve 48,2 % případech prezentovat za nedostačující a u sítě služeb v 58,3 % případů. Necelých 90 % lékařů by ocenilo více informací o této problematice, respektive 50 % částečně souhlasí a 36,8 % rozhodně souhlasí. Přes 80 % lékařů by ocenilo větší praxi/znalosti v rámci léčby patologického hráčství, respektive 53,6 % částečně souhlasí a 25,8 % rozhodně souhlasí.

Z těchto zjištěných informací lze usuzovat, že právě nedostatek informací o této problematice či informací o léčbě může praktické lékaře omezovat a tím pádem tento poznatek může být jeden z důvodů, proč o tuto problematiku jeví pouze střední zájem (40,1 %) anebo malý zájem (45,5 %).

Vzhledem k definovanému cíli a výzkumných otázek byl cíl této práce naplněn. Práce je přínosná z toho důvodu, protože pohlíží na praktické lékaře jako na primární články v celém systému služeb pro jedince, kteří se mohou již potýkat s problematikou patologického hráčství. Nicméně je důležité se více zaměřit na motivaci či vzdělání praktických lékařů v této problematice, a tím zajistit komplexní péči jedinci, který se již s touto problematikou může potýkat nebo se již nachází v riziku vzniku patologického hráčství.

## 7. Seznam literatury

1. Achab, S., Chatton, A., Khan, R., Thorens, G., Penzenstadler, L., Zullino, D., & Khazaal, Y. (2014). Early Detection of Pathological Gambling: Betting on GPs' Beliefs and Attitudes. *BioMed Research International*, special issue, (In Press). <https://doi.org/10.1155/2014/360585>
2. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
3. Frouzová, M. (2008). Závislost na procesech. In Kalina, K. a kol., *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing. 237–251.
4. Hughes, J., & Ustok, L. (2013). *První kroky z hráčské závislosti*. Uhřetice: Doron
5. Lorenz, V.C. & Shuttlesworth D.E. (1983). The Impact of Pathological Gambling on the Spouse of the Gambler. *Journal of Community Psychology*, 11(1), 67-76.
6. Mravčík, V., Černý, J., Leštinová, Z., Chomynová, P., Grohmannová, K., Licehammerová, Š., a kol. (2014). *Hazardní hraní v České republice a jeho dopady*. Praha: Úřad vlády České republiky.
7. Mravčík, V., Rous, Z., Leštinová, Z. T., Drbohlavová, B., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B. & Vlach, T. (2015). *Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2014*. Praha: Úřad vlády České republiky.
8. Mravčík, V., Rous, Z., Chomynová, P., Leštinová, Z. T., Drbohlavová, B., Kozák, J., Grohmannová, K., Janíková, B., Vlach, T. & Kiššová, L. (2017). *Výroční zpráva o hazardním hraní v České republice v roce 2016*. Praha: Úřad vlády České republiky.
9. Muelleman, R., DenOtter, T., Wadman, M., Paul Tran, T., & Anderson, J. (2002). Problem gambling in the partner of the emergency department patient as a risk factor for intimate partner violence 1 1 Violence: Recognition, Management and Prevention is coordinated by Ellen H. Taliaferro, MD, of San Francisco General Hospital, San Francisco, California. *Journal of Emergency Medicine - J EMERG MED*, 23, 307–312.
10. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, & Ontario Problem Gambling Research Centre. (2013). *Koncepční rámec škodlivého hráčství: projekt mezinárodní spolupráce financovaný Centrem pro výzkum problémového hráčství v Ontariu*. Praha: Úřad vlády České republiky.
11. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI & PPM FACTUM RESEARCH (2015a). Patologičtí hráči v léčbě 2015 - analýza výsledků studie. Nepublikováno
12. Nešpor, K. (1997). Krátká intervence pro problémy s alkoholem v ordinaci všeobecného lékaře a na odděleních všeobecných nemocnic. *Medicina*, 4(3), 16.
13. Nešpor, K. (1999). *Jak poznat a překonat problém s hazardní hrou: příručka pro ty, kdo mají problém s hazardní hrou, kdo chtějí takovým lidem pomáhat, kdo*

- chtějí problémům s hazardní hrou předcházet* (2. rozšíř. vyd). Praha: Sportpropag.
14. Nešpor, K. (2006). *Už jsem prohrál dost*. Praha: Sportpropag.
  15. Nešpor, K. (2009). Praktický lékař a prevence sebevražděného jednání. *Bulletin Sdružení Praktických Lékařů ČR*, 19(2), 16-21.
  16. Nešpor, K. (2011a). *Jak překonat hazard: prevence, krátká intervence a léčba*. Praha: Portál.
  17. Nešpor, K. (2011b). Krátká intervence a první pomoc pro lidi s návykovými nemocemi. *Praktický Lékař*, 91(8), 489-493. Retrieved from: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-archiv-cisel>
  18. Nešpor, K. (2011c). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby* (Vyd. 4., aktualiz.). Praha: Portál.
  19. Nešpor, K. & Scheansová, A. (2008). Hazardní hry a pracovní prostředí. *Praktický lékař*, 88(7), 401-402.
  20. Petráčková, V. & Kraus, J. (1995). *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Akademie.
  21. Prunner, P. (2013). *Gamblerství, aneb, Ztráta svobody*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.
  22. Roznerová, T. & Mravčík, V. (2015). Hazardní hráčství a jeho dopady – kvalitativní výzkum patologických hráčů. *Adiktologie*, 15(4), 334-341.
  23. Rupcich, N., Frisch, G. R., & Govoni, R. (1997). Comorbidity of pathological gambling in addiction treatment facilities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(6), 573–574. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(97\)00015-9](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(97)00015-9)
  24. Shaw, M. C., Forbush, K. T., Schlinder, J., Rosenman, E., & Black, D. W. (2007). The Effect of Pathological Gambling on Families, Marriages, and Children. *CNS Spectrums*, 12(8), 615–622. <https://doi.org/10.1017/S1092852900021416>
  25. Šerý, O. (2001). Patologické hráčství. *Psychiatrie Pro Praxi*, 2(4), 161-164. Retrieved from: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/04/05.pdf>
  26. Špičáková, Věra. *Patologický hráč a vliv na rodinu*. Brno, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, fakulta humanitních studií, Institut mezioborových studií Brno. Vedoucí práce PhDr. Píšková, Alena.
  27. Tolchard, B., Thomas, L., & Battersby, M. (2007). GPs and Problem Gambling: Can they Help with Identification and Early Intervention? *Journal of Gambling Studies*, 23(4), 499–506. <https://doi.org/10.1007/s10899-007-9062-8>
  28. Vacek, J. (2014). *Identifikace a řešení rizik spojených s hraním hazardních her: příručka pro obce a jejich zastupitele*. Praha: Úřad vlády České republiky.
  29. Vrbová, Eliška. *Vliv gamblingu na funkci rodiny*. Brno 2013. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Fialová, Ilona Ph.D.

30. Williams, R.J., West, B.L. & Simpson, R.I. (2014). *Prevence problémového hráčství: Komplexní přehled důkazů a zjištění dobré praxe*. Praha: Úřad vlády České republiky.
31. Winkler, P., Bejdová, M., Csémy, L., & Weissová, A. (2015). *Problémové hráčství: společenské náklady na hazardní hraní v České republice*. Klecany: Národní ústav duševního zdraví. Retrieved from: [http://www.nudz.cz/files/common/winkler\\_problemove\\_hracstvi.pdf](http://www.nudz.cz/files/common/winkler_problemove_hracstvi.pdf)
32. 65/2017 Sb. Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. Získáno 5. březem 2018, z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-65>

## **8. Seznam zkratk**

OSVČ – Osoba samostatně výdělečně činná

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

# 9. Seznam příloh

## Příloha 1 – dotazník pro patologické hráčství (SOGS)

### Dotazník na patologické hráčství „South Oaks Gambling Screen“

Lesieur, H. & Blume, S. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gambling. American Journal of Psychiatry, 144(9), 1184-1188.

1. Označte prosím, který z následujících druhů hry jste ve svém životě provozoval.  
U každého typu si vyberte možnost „vůbec“, „méně než 1x týdně“ nebo „1x týdně a více“.
- |   |                                |  |  |
|---|--------------------------------|--|--|
| a) hraní karet pro peníze:  | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |
| b) sázky na koně, psí dostihy nebo jiná zvířata:                              | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |
| c) sázky na sportovní výsledky:   | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |
| d) hra s kostkami o peníze:   | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |
| e) hra v kasinu:  | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |
| f) loterie, sázení čísel:   | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |
| g) bingo pro peníze:  | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |
| h) hra na burze, trhu s komoditami apod.:                                     | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |
| i) tzv. výherní automaty, pokrové automaty a jiné přístroje na hazardní hru:  | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |
| j) kuželky, střelba, golf nebo jiná hra, vyžadující dovednost pro peníze:     | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |
| k) jiné hry pracující s papírem než jsou uvedeny výše:                        | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |
| l) jiná forma hry než ty, které jsou uvedeny výše:<br>(upřesněte prosím jaká) | vůbec <input type="checkbox"/> | méně než 1x týdně <input type="checkbox"/> | 1x týdně a více <input type="checkbox"/> |
2. S jakým největším počtem peněz jste hrál v jediném dni?
- |                                       |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|
| do 10 Kč                              | <input type="checkbox"/> |
| více než 10 a méně než 100 Kč         | <input type="checkbox"/> |
| více než 100 a méně než 1000 Kč       | <input type="checkbox"/> |
| více než 1000 a méně než 10 000 Kč    | <input type="checkbox"/> |
| více než 10 000 a méně než 100 000 Kč | <input type="checkbox"/> |
| více než 100 000 Kč                   | <input type="checkbox"/> |
3. Zaškrtněte ty lidi ve svém životě, kteří mají nebo měli problém s hrou?
- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Otec nebo matka                                | <input type="checkbox"/> |
| Manželka nebo partner                          | <input type="checkbox"/> |
| Bratr nebo sestra                              | <input type="checkbox"/> |
| Dítě   | <input type="checkbox"/> |
| Prarodič                                       | <input type="checkbox"/> |
| Jiný příbuzný                                  | <input type="checkbox"/> |
| Přítel, nebo někdo jiný, významný v mém životě | <input type="checkbox"/> |
4. Když hrajete, jak často se vracíte zpátky druhý den, abyste nazpět vyhrál peníze, které jste prohrál?
- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Nikdy   | <input type="checkbox"/> |
| Někdy (méně než v polovině případů, kdy prohráji) | <input type="checkbox"/> |
| Většinou, když prohráji                           | <input type="checkbox"/> |
| Pokaždé, když prohráji                            | <input type="checkbox"/> |
5. Stalo se někdy, že jste tvrdil, že jste vyhrál, ale nebylo to tak, vlastně jste prohrál?
- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Nikdy (nebo jsme nikdy hazardně nehrál)            | <input type="checkbox"/> |
| Ano, méně než v polovině případů, kdy jsem prohrál | <input type="checkbox"/> |
| Ano, většinou                                      | <input type="checkbox"/> |
6. Měl jste někdy pocit, že Vám hra působí problémy?
- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| Ne                       | <input type="checkbox"/> |
| Ano                      | <input type="checkbox"/> |
| V minulosti, ale ne nyní | <input type="checkbox"/> |
7. Hrál jste někdy víc, než jste chtěl?
- |     |                          |
|-----|--------------------------|
| Ano | <input type="checkbox"/> |
| Ne  | <input type="checkbox"/> |
8. Kritizovali lidé někdy Vaši hru nebo Vám říkali, že máte s hrou problém, ať už jste jim dal za pravdu nebo ne?
- |     |                          |
|-----|--------------------------|
| Ano | <input type="checkbox"/> |
| Ne  | <input type="checkbox"/> |
9. Cítil jste se někdy provinile kvůli hře nebo kvůli tomu, co se během hry stalo?
- |     |                          |
|-----|--------------------------|
| Ano | <input type="checkbox"/> |
| Ne  | <input type="checkbox"/> |



10. Cítil jste někdy, že chcete s hrou přestat, ale měl jste dojem, že to nedokážete?  
 Ano   
 Ne
11. Stalo se někdy, že jste ukryval tikety, sázenky, vyhrané peníze nebo jiné známky hry před manželkou, dětmi nebo jinými lidmi, kteří jsou pro Vás důležití?  
 Ano   
 Ne
12. Pohádal jste se někdy s lidmi, s nimiž žijete, kvůli způsobu, jakým nakládáte s penězi?  
 Ano   
 Ne
13. Jestliže jste odpověděl na otázku 12 kladně: Týkaly se hádky kvůli penězům, někdy hry?  
 Ano   
 Ne
14. Půjčil jste si někdy od někoho a peníze jste mu nevrátil kvůli hře?  
 Ano   
 Ne
15. Zameškal jste někdy práci nebo školu kvůli hře?  
 Ano   
 Ne
16. Jestliže jste si na hru nebo na placení dluhů kvůli hře půjčil, od koho, nebo kde jste si vypůjčil?  
 (Zaškrtněte „ANO“ nebo „Ne“ u každého bodu)
- |  |                              |                             |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| a) z peněz na domácnost  | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| b) od manžela nebo manželky  | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| c) od jiných příbuzných ze strany manželky                         | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| d) od bank, spořitelny nebo kreditních společností                 | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| e) z kreditní karty  | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| f) od lichvářů   | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| g) prodal jste akcie, obligace nebo jiné listiny                   | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| h) prodal jste osobní nebo rodinný majetek                         | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| i) půjčil jste si z vlastního konta (zaplatil jste nekrytým šekem) | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| j) máte možnost půjčit si u sázkaře                                | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |
| k) máte možnost půjčit si v kasinu                                 | ano <input type="checkbox"/> | ne <input type="checkbox"/> |

## **Příloha 2 – Nástroj pro identifikaci škodlivého a patologického hráčství – dotazník PGSI**

Jak často se vám v posledních 12 měsících stalo...

Odpovídejte na škále: nikdy (0 bodů), občas (1 bod), celkem často (2 body) a téměř vždy (3 body).

1. Vsadil/a jste někdy více, než jste si mohl/a dovolit prohrát?
2. Potřeboval/a jste hrát se stále větším obnosem peněz, abyste dosáhl/a požadovaného vzrušení?
3. Vrátil/a jste se hned druhý den, abyste vyhrál/a zpět prohrané peníze?
4. Měl/a jste pocit, že by vám hraní mohlo způsobovat problémy?
5. Způsobilo vám hraní nějaké zdravotní problémy, včetně stresu nebo úzkosti?
6. Kritizovali někdy jiní lidé vaše hraní, nebo vám říkali, že máte s hraním problém, ať už to byla podle vás pravda nebo ne?
7. Způsobilo vám nebo vaší rodině hraní nějaké finanční problémy?
8. Cítil/a jste někdy vinu nad tím, že hraje, nebo nad tím, jaké následky má vaše hraní?
9. Půjčil/a jste si peníze na hru, nebo jste prodal/a nějaký majetek, abyste získal/a peníze na hru?

Vyhodnocení = součet odpovědí (tj. skóre 0–27 bodů):

0 žádné riziko

1–2 nízké riziko

3–7 střední riziko

8 a více vysoké riziko

### Příloha 3 – Dotazník pro praktické lékaře

Dobrý den,

jmenuji se Zuzana Pavlíková, studentka 3. ročníku 1.LF oboru Adiktologie.

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění tohoto dotazníku, který poslouží jako podklad pro moji bakalářskou práci na téma „Včasná detekce patologického hráčství“. Cílem mého výzkumu je zhodnocení zájmu praktických lékařů o problematiku patologického hráčství u svých pacientů.

Vaše odpovědi jsou zcela anonymní a získané výsledky budou využity čistě jen pro výše zmíněné účely.

Dotazník se skládá z 19-ti otázek a vyplnění Vám zabere maximálně 5 minut. Dotazník se zabývá gamblingem – tedy závislostí na hazardu. Hazardní hraní může vést k rozvoji hráčské poruchy, tedy k problémovému (patologickému) hráčství, které se vyznačuje nadměrným hraním, poruchou kontroly hráčského chování a negativními důsledky v různých oblastech života.

V případě nejasností nebo dotazů se můžete obrátit na moji vedoucí bakalářské práce Mgr. Terezu Roznerovou (t.roznerova@gmail.com)

Předem děkuji za Vaši spolupráci a za čas, který jste mému dotazníku věnovali.

Sociodemografické údaje	
1. Pohlaví	
a) Žena	
b) Muž	
2. Váš Věk	
3. Délka trvání praxe	
4. Specializace	
5. V jakém kraji provozujete Vaši lékařskou praxi?	
a) Praha	
b) Středočeský kraj	
c) Jihočeský kraj	
d) Plzeňský kraj	
e) Karlovarský kraj	
f) Ústecký kraj	
g) Liberecký kraj	
h) Královéhradecký kraj	
i) Pardubický kraj	
j) Kraj Vysočina	
k) Jihomoravský kraj	
l) Olomoucký kraj	
m) Moravskoslezský kraj	
n) Zlínský kraj	
6. Velikost obce, kde provozujete svoji lékařskou praxi, dle počtu obyvatel:	
a) do 5 000 obyvatel	
b) 5 001 – 20 000 obyvatel	
c) 20 001 – 50 000 obyvatel	
d) 50 001 – 100 000 obyvatel	
e) 100 001 obyvatel a více	

<b>Odhady problémového a patologického hráčství</b>	
7.	Podle Vašeho názoru je výskyt patologického hráčství ve Vašem regionu:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Žádný problém</li> <li>b) Malý problém</li> <li>c) Velký problém</li> <li>d) Velmi závažný problém</li> <li>e) Nevím</li> </ul>
8.	Váš zájem o patologické hráčství a zadluženost pacientů je:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Významný</li> <li>b) Střední</li> <li>c) Malý</li> <li>d) Nulový</li> <li>e) Nevím</li> </ul>
9.	Myslíte si, že <u>gambling</u> může přerůst v závislost?
	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Rozhodně souhlasím</li> <li>b) Částečně souhlasím</li> <li>c) Částečně nesouhlasím</li> <li>d) Rozhodně nesouhlasím</li> <li>e) Nevím</li> </ul>
10.	Myslíte si, že <u>gambling</u> může vést k zadluženosti?
	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Rozhodně souhlasím</li> <li>b) Částečně souhlasím</li> <li>c) Částečně nesouhlasím</li> <li>d) Rozhodně nesouhlasím</li> <li>e) Nevím</li> </ul>

<b>Postoje k problematice patologického hráčství</b>	
11.	Provádíte screening patologického hráčství?
	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Systematicky</li> <li>b) Často</li> <li>c) Výjimečně</li> <li>d) Nikdy</li> <li>e) Nevím</li> </ul>
12.	Provádíte screening zadluženosti?
	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Systematicky</li> <li>b) Často</li> <li>c) Výjimečně</li> <li>d) Nikdy</li> <li>e) Nevím</li> </ul>
13.	Váš postoj k problematice patologického hráčství:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Doporučím pacientovi specialistu</li> <li>b) Léčím jej sám</li> <li>c) Nedělám nic</li> <li>d) Nevím</li> </ul>
14.	Vaše postoje k zadluženosti:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Doporučím pacientovi specialistu</li> <li>b) Řeším s pacientem sám</li> <li>c) Nedělám nic</li> <li>d) Nevím</li> </ul>

15. Nejlepší způsob léčby patologického hráčství může zabezpečit: (Vyberte více možností)
<input type="checkbox"/> Psycholog <input type="checkbox"/> Psychiatr <input type="checkbox"/> Lékař <input type="checkbox"/> Adiktolog <input type="checkbox"/> Gamblerista <input type="checkbox"/> Praktický lékař <input type="checkbox"/> Sociální pracovník <input type="checkbox"/> Finanční poradce <input type="checkbox"/> Ani jeden z uvedeného <input type="checkbox"/> Jiné: .....

<b>Sebehodnocení znalostí ohledně problematiky patologického hráčství</b>
16. Moje znalosti o problematice patologického hráčství jsou:
a) Velmi uspokojivé b) Dostačující c) Nedostačující d) Nulové
17. Moje znalosti sítě služeb pro patologické hráče jsou:
a) Velmi uspokojivé b) Dostačující c) Nedostačující d) Nulové
18. Ocenil/a bych více informací o problematice patologického hráčství
a) Rozhodně souhlasím b) Částečně souhlasím c) Částečně nesouhlasím d) Rozhodně nesouhlasím e) Nevím
19. Ocenil/a bych větší praxi/znalosti v rámci léčby patologického hráčství
a) Rozhodně souhlasím b) Částečně souhlasím c) Částečně nesouhlasím d) Rozhodně nesouhlasím e) Nevím

## 10. Seznam grafů

Graf 1 .....	34
Graf 2 .....	35
Graf 3 .....	35
Graf 4 .....	36
Graf 5 .....	37
Graf 6 .....	38
Graf 7 .....	38
Graf 8 .....	39
Graf 9 .....	40
Graf 10 .....	40
Graf 11 .....	41
Graf 12 .....	42
Graf 13 .....	43
Graf 14 .....	44
Graf 15 .....	45
Graf 16 .....	46

## 11. Seznam tabulek

Tabulka 1.....	33
Tabulka 2.....	33
Tabulka 3.....	33
Tabulka 4.....	34
Tabulka 5.....	36
Tabulka 6.....	37
Tabulka 7.....	37
Tabulka 8.....	38
Tabulka 9.....	39
Tabulka 10.....	39
Tabulka 11.....	40
Tabulka 12.....	42
Tabulka 13.....	42
Tabulka 14.....	43
Tabulka 15.....	44