



Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ JAKO PŘÍČINA DESTRUKCE RODINY A SOCIÁLNÍ IZOLACE

Bakalářská práce

Studijní program

Sociální práce kombi

Autorka: Daniela Kummerová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Ivana Olecká, Ph.D.

Olomouc 2023



Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ JAKO PŘÍČINA DESTRUKCE RODINY A SOCIÁLNÍ IZOLACE

Bakalářská práce

Studijní program

Sociální práce

Autorka: Daniela Kummerová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Ivana Olecká, Ph.D.

Olomouc 2023

„Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.“

V Olomouci dne 20. 4. 2023

.....

Podpis

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala své rodině za podporu, lásku a za trpělivost s mou osobou během studia a kompilace této práce.

Anotace

Cílem předkládané bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem proměnila závislost na hazardních hrách vztahy patologického hráče v blízké rodině (vztahy s partnery, dětmi), jeho sociální kontakty s okolím a jeho socioekonomický status. Teoretická část práce je zaměřena na problematiku prevalence patologického hráčství ve společnosti a na léčbu tohoto závislostního chování, zejména s ohledem na důsledky, které patologické hráčství nejen samotnému hráči, nýbrž i jeho okolí a společnosti, přináší. Praktická část práce zkoumá za pomoci dotazníkového šetření v rámci kvantitativního výzkumu proměnu vztahů patologického hráče s okolím, jeho socioekonomický status po přiznání hráčské závislosti a rovněž dobrovolnost jeho vstupu do léčebného procesu. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že u patologických hráčů dochází k významné negativní proměně až k rozpadu vztahů s blízkou rodinou (partnery, dětmi) a okolím, a rovněž, že jim závislost na hazardních hrách (a s ní spojené dluhy, které patologický hráč nabyt v průběhu svého hráčství) snížila významnou měrou jejich životní úroveň, promítající se do všech oblastí běžného života. Důležité bylo i zjištění, že velká část patologických hráčů se léčbě závislostního chování podrobila nedobrovolně, po přímém nátlaku ze strany rodiny. Zároveň se však rodina (partner, děti) stává impulsem ke změně jejich stávajícího chování.

Klíčová slova: dopady patologického hráčství, metody intervence, narušení vztahů, sociální izolace, rodinná terapie

Annotation

The aim of the presented bachelor thesis is to find out how addiction has transformed the relationships of the pathological gambler in the close family (relationships with partners, children), his social contacts with his environment, and his socio-economic status. The theoretical part of the thesis is focused on the prevalence of pathological gambling in society, on the treatment of this addictive behaviour, especially with regard to the consequences that pathological gambling brings not only to the gambler himself, but also to his environment and society. The practical part of the thesis examines with the help of a quantitative questionnaire survey, the transformation of the pathological gambler's relationships with the environment, his socio-economic status after the admission of gambling addiction as well as the voluntariness of his entry into the treatment process. The results of the research investigation showed that pathological gamblers experience a significant negative transformation to the breakdown of relationships with their close family (partners, children) and environment, and that gambling addiction (and the associated debts acquired by the pathological gambler in the course of his/her gambling) has significantly reduced their standard of living, affecting all areas of everyday life. It was also important to note that a large proportion of pathological gamblers underwent treatment for addictive behaviour involuntarily, following direct pressure from their families. At the same time, however, the family (partner, children) becomes the impetus to change their current behaviour.

Keywords: effects of pathological gambling, methods of intervention, disruption of relationships, social isolation, family therapy.

Obsah

ÚVOD	9
1 Rešerše výzkumů a zdrojů k tématu	11
2 Patologické hráčství	15
2.1 Diagnostické vymezení patologického hráčství	15
2.2 Právní úprava hazardních her	17
2.3 Patologické hráčství a společnost	19
2.3.1 Patologické hráčství v české společnosti	20
2.3.2 Patologické hráčství v zahraničí	23
2.4 Příčiny vzniku patologického hráčství	25
2.5 Dílčí aspekty patologického hráčství	26
2.5.1 Dopady na osobu patologického hráče	27
2.5.2 Dopady na rodinu patologického hráče	28
2.5.3 Dopady na zaměstnanost patologického hráče	32
2.5.4 Dopady na společnost	35
2.6 Léčba patologického hráčství	39
2.6.1 Sociální práce s patologickým hráčem	44
2.6.2 Etika v sociální práci s patologickými hráči	52
3 Analýza potřebnosti	55
4 Cíl práce a metodika	65
4.1 Nastolení dílčích výzkumných otázek	65
4.2 Metodika práce	65
4.3 Metodologie výzkumu	66
4.3.1 Metoda sběru dat	66
4.3.2 Výzkumný soubor	69
4.3.3 Metoda vyhodnocení dat	71
4.4 Výsledky výzkumného šetření	71

4.5	Vyhodnocení výzkumných otázek.....	81
5	Diskuze.....	87
	ZÁVĚR.....	93
	SEZNAM ZDROJŮ	95
	SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK	102
	PŘÍLOHY	103

ÚVOD

„Chtěl bych vzkázat všem, kteří koketují s hazardní hrou: Nejde jenom o peníze, v sázce je mnohem víc. Muška zlatá do herny nelétá.“

Pavel, Anonymní Gambleři Brno

Patologické hráčství je považováno za jednu z vysoce nebezpečných progresivních návykově - impulzivních poruch. S rozvojem moderních technologií a skrze možnosti využívání online prostředí, de facto v kterémkoliv čase a z jakéhokoliv místa, se dynamicky rozrůstá nabídka hazardních her a rovněž jejich dostupnost. Ekonomická krize, které čelí nejen české domácnosti v posledních pěti letech, podpořená covidovou pandemií a izolací osob v domácím prostředí, vedla mnoho jedinců k úvahám, jak vylepšit rodinný rozpočet a získat dlouhodobý zdroj většího objemu finančních prostředků, k udržení (popř. zlepšení) jejich stávající životní úrovně. I z tohoto důvodu se tak problematika patologického hráčství stává vysoce aktuálním tématem, zejména v kontextu jejich dopadů na osobu, rodinu, okolí a socioekonomický status patologických hráčů.

Lze se domnívat, že hráčská (stejně jako kterákoliv jiná) závislost s sebou přináší negativní konsekvence, promítající se do sociálního fungování patologického hráče, do jeho rodinných vztahů a vazeb, stejně jako do jeho ekonomické situace. Je však tomu skutečně tak? A pokud ano, do jaké míry ovlivňuje patologické hráčství vztahy a socializaci závislého jedince?

Proměnou vztahů patologického hráče s rodinou, změnou jeho socioekonomického statusu a rizikem sociální izolace se zabírá předkládaná bakalářská práce. Ta má za cíl zjistit, jakým se proměnily vztahy patologických hráčů a jejich socioekonomický status po přiznání jejich závislosti.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou, celkem pak do pěti kapitol. První kapitola práce předkládá rešerši výzkumů a zdrojů k tématu patologického hráčství. V rámci této kapitoly jsou představeny odborné zdroje, studie či publikace, nápomocné pro řádné teoretické uchopení daného tématu v několika rovinách, s cílem postihnout danou oblast i optikou sociální politiky a optikou sociální práce, jejich teorií a metod.

Druhá kapitola se ve své úvodní části věnuje diagnostickému vymezení patologického hráčství, za pomoci premis a definicí Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů a Americké psychiatrické asociace, a rovněž prevalenci problémového a patologického hráčství v ČR a zahraničí. Dále přistupuje k výkladu možných příčin vzniku tohoto závislostního chování. Stěžejní část druhé kapitoly představuje teoretické ukotvení sociálně – právních dopadů patologického hráčství na osobu patologického hráče, jeho rodinu a okolí, na jeho zaměstnanost, jakož i na společnost, jejíž je takto závislý jedinec součástí. Závěr druhé kapitoly se soustředí na léčbu patologického hráčství, primárně pak na možnosti sociální práce s touto cílovou skupinou a na etická dilemata, která mohou při práci s patologickými hráči vyvstat.

Třetí kapitola práce je založena na analýze potřebnosti. Na počátku této kapitoly jsou sumarizovány teoretické poznatky kapitoly předcházející, týkající se zejména příčin závislostního jednání a důsledků pro cílovou skupinu patologických hráčů a společnost obecně, či vývoje prevalence patologického hráčství v ČR v letech 2010 – 2021 a představení výzkumů, realizovaných v ČR a zahraničí v souladu s cílem předkládané práce. V analýze je rovněž poukázáno na možnosti řešení dané problematiky (v rámci projektů a činností) Společnosti Podané ruce o. p. s. v České republice, její závěr pak představuje zainteresované strany, zapojené do oblasti řešení patologického hráčství na rozličných úrovních.

Čtvrtá kapitola práce je zároveň první kapitolou empirické části. V jejím úvodu je nastolen cíl výzkumného šetření, hlavní výzkumný problém, výzkumné otázky, a základní parametry výzkumného šetření – metoda sběru dat, metoda jejich vyhodnocení, a specifikace výzkumného souboru. Následně jsou slovně prezentovány výsledky výzkumného šetření a v samotném závěru je přistoupeno k vyhodnocení čtyř nastolených výzkumných otázek.

Závěrečná, pátá kapitola práce, se snaží propojit a sumarizovat poznatky, ke kterým autorka práce dospěla v průběhu její kompilace. Zaměřuje se na finální zhodnocení dopadů patologického hráčství na osobu a rodinu patologického hráče, na proměnu jeho socioekonomického statusu, jakož i na vliv společnosti na prevalenci patologického hráčství optikou jeho dostupnosti.

Při zpracování této práce vycházela autorka z legislativy, platné ke dni 1. 1. 2023.

1 Rešerše výzkumů a zdrojů k tématu

Pro získání teoretických poznatků o problematice patologického hráčství jsou využity teoretické postupy indukce, spolu s kvalitativní metodou analýzy dokumentů a textů. Primárně byly vyhledávány odborné texty a dokumenty na základě:

- kombinace klíčových slov: dopady patologického hráčství, metody intervence, narušení vztahů, sociální izolace, rodinná terapie/ effects of pathological gambling, methods of intervention, disruption of relationships, social isolation, family therapy,
- kombinace synonym: důsledky gamblerství, sociální vyloučení, destrukce vztahů, teorie sociální práce/ consequences of gambling, social exclusion, destruction of relationships, social work theory,
- nadřazených termínů: dopady závislostního jednání, proměny závislých osob, pomoc závislým osobám, legislativa/ effects of addictive behaviour, transformation of addicts, help for addicts, legislative,
- podřazených termínů: dluhy patologických hráčů, systémový přístup, systemický přístup, kognitivně-behaviorální terapie/ debts of pathological gamblers, systemic approach, systemic approach, cognitive-behavioral therapy.

Formální požadavky vychází z časového hlediska (literatura mladší roku 2001), jazykového hlediska (čeština, slovenština, angličtina, němčina), a typu dokumentu (knihy, studie, příspěvky ve sborníku, časopisecké články, výzkumná šetření, vše v tištěné i online podobě).

Za vyřazovací kritéria byla označena literatura starší roku 2001, literatura, jež se explicitně netýkala daného tématu či spojení klíčových slov, a rovněž všechny texty, v nichž jejich autoři pracovali pouze s vlastními domněnkami, a které nebyly podloženy odbornými názory či výzkumnými šetřeními.

Celkem bylo nalezeno 797 výsledků v knihovně CMTF, Městské knihovně Šternberk, Městské knihovně Přerov, a v databázi Google Scholar a JIB. Po odstranění duplicitních záznamů z databází, ověření těchto záznamů, posouzení jejich vhodnosti a vyřazení nevhodných, bylo v rámci této práce využito 65 zdrojů, jak ukazuje Prisma Flow Diagram, uvedený v Příloze 1 této práce.

Pro diagnostické vymezení patologického hráčství byly využity poznatky Nešpora (2007), informace Mezinárodní statistické klasifikace nemocí, kterými se podrobněji zabývá Vágnerová (2008) či Ústav zdravotnických informací a statistiky, jakož i diagnostická kritéria Americké psychiatrické asociace, o nichž hovoří Hasin a kol. (2006). Legislativní vymezení dané oblasti je plně ve shodě se sekundárními daty Ministerstva vnitra České republiky ke dni 1. 1. 2023 a s poznatky Kramáře s Hušákem (2006). Prevalence patologického hráčství v české společnosti se opírá nejen o odhady prevalence, které každoročně provádí Národní monitorovací středisko pro drogy a závislost ČR, a aktuální údaje Mravčíka a kol. (2021), nýbrž i o teze, že člověk je nedílnou součástí společnosti a je proto třeba brát do úvahy jejich vzájemnou provázanost, tak, jak tuto prezentuje Matoušek (2022). Pro podrobnou statistiku vývoje počtu pacientů s diagnózou patologického hráčství jsou využity statistické materiály ÚZIS, získané nejen jako sekundární online data, nýbrž i formou aktivního dotazování na základě zákona č. 106/1999 Sb. Kontext celosvětového problému zvyšující se prevalence patologických hráčů ve společnosti je patrný v systematickém výzkumu Calada s Griffithsem (2016) z let 2000 - 2015, a ve studii Colemana (2022), zabírající se primárně věkovou skladbou patologických hráčů, léčených v různých typech zařízení ve Velké Británii, Austrálii, Kanadě a Japonsku.

Příčinám vzniku závislostního jednání se blíže věnuje Prunner (2008), který se ve vysvětlování provázanosti systémů, způsobilých ke vzniku patologického hráčství, odkazuje na Nešpora (2012), a rovněž West (2016).

Dopady patologického hráčství se zabývá Roznerová s Mravčíkem (2015), Nešpor (2007), Šerý (2001) a Rossow s Hansen (2008), soustředící se primárně na zdravotní a psychické obtíže patologických hráčů. Fáze, jimiž patologický hráč v průběhu své závislosti prochází, ústí do ztráty významného faktoru pro další léčbu - motivace. Pro vymezení důležitosti motivace klienta jsou využity poznatky zakladatele přístupu, zaměřeného na člověka - Rogerse (2014).

Tématem dopadů gamblerství na rodinu a vztahy v ní se zabývá Mühlpachr (2001), v kontextu rozvratu základních rodinných funkcí pak Kalina (2015), či Gjuričová s Kubičkou (2009), zaměřující se na problematiku dopadů patologického hráčství na vztah, vývoj a výchovu dětí v rodině. Významnou roli hrají i empirické poznatky, které v rámci výzkumů překládají Dowling a kol. (2016), Rodda a kol. (2019), Tassopoulos (2020), v českých podmínkách pak Velímová (2010). Metody práce

s rodinou jako otevřeným systémem podrobně analyzuje nejen Matoušek (2022) nebo Kratochvíl (2017), ale rovněž i Brožková (2004), zaměřující se na rodinnou terapii jako metodu udržení zdravé homeostázy v rodině. Další kategorií dopadů patologického hráčství je problematika zaměstnanosti, kterou v rámci teoretického ukotvení tématu podporují statistické údaje Ministerstva práce a sociálních věcí, kterými jsou prezentovány souhrnné náklady na státní politiku zaměstnanosti, a rovněž výčet možností českého sociálního systému chránit jednotlivce a jeho rodinu před chudobou a sociálním vyloučením (zejména tedy zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře). Téma trestné činnosti patologických hráčů v důsledku jejich zadlužování se opírá o poznatky Meyerovy studie (2009), o údaje Vězeňské služby České republiky (2022), a opětovně i o legislativu, nejen v dikci trestního zákoníku či zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ale též v rámci možností dluhového poradenství dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Další možnosti, jak částečně zhojit dluhové problémy patologických hráčů, jsou uvedeny v souladu se zákonem č. 286/2021 Sb. (resp. zákonem č. 214/2022 Sb.), a po prostudování sekundárních dat Exekutorské komory České republiky (2023).

Téma léčby patologického hráčství lze uchopit v obecné rovině, o níž hovoří Nešpor (2007) a Kalina (2015), jakož i v rovině konkrétních možností, kde získat odbornou pomoc se závislostí na hazardních hrách. Informace o možnostech ústavní léčby v dikci patologického hráčství vycházejí z poznatků Dávidové (2020), význam terapeutických komunit je dán do souvislosti s názory Adamečka a kol. (2003) a Růžičky (2011), který zároveň upozorňuje na potenciální rizika terapeutických komunit. Pro vymezení možností ambulantní léčby jsou využity praktické poznatky nejznámějších poskytovatelů ambulantních služeb v oblasti prevence a léčby patologického hráčství, a to Společnosti Podané ruce o. p. s. či centra SANANIM.

Sociální práce s patologickým hráčem má svá specifika, odvíjející se od pochopení klientova problému, jeho příčin a důsledků, které jednání vyvolává. O proměnách teorií sociální práce, které se odráží v metodách práce s danou cílovou skupinou, pojednává Navrátil (2001) a Kalina (2003), vycházejí z malých paradigmat sociální práce Malcoma Payna. Teoretické poznatky těchto autorů, spolu s poznatky nejen Peška a kol. (2003), jsou základními vodítky pro představení stěžejních metod sociální práce s patologickým hráčem, se zaměřením na jeho motivaci. Tu jako nezbytný prvek úspěšné léčby zmiňují ve svých výzkumech zejména Gossop (2009) či Schulte (2010).

Mnohdy problematickou, avšak de facto nevyhnutelnou, součástí práce s patologickým hráčem je i řešení morálně problematických situací a dilemat. Základní problémové okruhy při práci s problémovým klientem vymezuje Etický kodex sociálních pracovníků v ČR. Konkrétní výčet typických etických dilemat při práci s patologickými hráči a jejich rodinami vychází z vlastních poznatků autorky této práce, která má s osobou patologického hráče v blízké rodině dlouholeté zkušenosti. Možnosti, jak etická dilemata v sociální práci řešit, pak nastiňuje Zastrow (2019) a Veselský (2019).

Nedílnou součástí teoretické části práce je interpretace statistických výstupů, studií a průzkumů, věnujících se problematice patologického hráčství. K tomuto byly využity zejména statistiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, materiály společenství Anonymní Gambleři Česko, jakož i studie americké podpůrné skupiny Gamblers Anonymous. Stěžejní informace, týkající se počtu patologických hráčů v české a zahraniční společnosti, jakož i statistiky s nimi související, přinesla Zpráva Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislost o hazardním hraní v České republice 2021, resp. přehledová studie Ostrovského (2017) a výzkum Norského institutu SIRIUS (2007), které podpořily teoretické domněnky o nárůstu počtu hazardních her v online prostředí, a o přímé úměře mezi velikostí jejich nabídky a hráčské spotřeby.

Praktická část bakalářské práce, zejména metodický postup sběru a zpracování dat, se pak plně odvíjí od poznatků Linderové a kol. (2016), Chrásky (2016) a Gavory (2010). Pro vyhodnocení získaných dat v rámci výzkumného šetření jsou využity postupy popisné statistiky, tak, jak tyto definuje Budíková a kol. (2010).

2 Patologické hráčství

Úvodní kapitola teoretické části práce se zabývá tématem patologického hráčství, nejen co do jeho diagnostického a legislativního vymezení, příčin vzniku a možností léčby, nýbrž reflektuje i dopady nadměrného hraní na osobu patologického hráče a jeho sociální prostředí.

2.1 Diagnostické vymezení patologického hráčství

O patologickém hráčství neboli gamblingu hovoříme jako o návykové a nutkavé impulsivní poruše, charakteristické častým nadměrným zaujetím hrou a puzením ke hře, a to na úkor sociálních, materiálních, pracovních a rodinných hodnot jedince (Nešpor, 2007). Pro návykovou a impulsivní poruchu jsou pak charakteristické tři základní premisy, které Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN - 10) označuje jako:

- craving - silnou, nezvladatelnou touhu po daném prožitku,
- potíže v sebeovládání - neschopnost jedince odolat impulsu nebo nutkání k dané činnosti, i přes znalost negativních konsekvencí, vyplývajících z daného jednání,
- nutkání k dané aktivitě – jednání patologického hráče lze charakterizovat jako tzv. kognitivní smyčku - nutkání je spojeno s postupně narůstajícím napětím a pocity úzkosti, které nelze jinak zhojit než vlastní aktivitou. Ta je spojena s pocitem uvolnění, ale též s následnými nepříjemnými pocity, které však nejsou pro jedince impulsem k ukončení opakování dané činnosti (Vágnerová, 2008).

MKN - 10, jež kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch a zdravotních problémů, příznaků či okolností, uvádí patologické hráčství jako diagnózu pod číslem F63.0. Revizí MKN, která vstoupila v platnost 1. 1. 2022 s pětiletým přechodným obdobím, je patologické hráčství nově zařazeno pod poruchy v souvislosti se závislostním chováním pod číslem 6C50 („*gambling disorder*“). Inovací dané směrnice v dikci tohoto typu závislostního chování je pak nová nosologická jednotka 6C5Y - herní porucha - závislost na hraní her („*gaming disorder*“). Tato klasifikace postihuje chování charakterizované vzorcem perzistentního nebo rekurentního chování v podobě hraní videoher on-line či off-line (ÚZIS, 2022). Absolutní implementaci MKN - 11 do české praxe prozatím brání legislativní podmínky, zejména tvorba navazujících materiálů a podkladů pro použití v informačních systémech. Jak však uvádí ÚZIS (2022),

„pro účely informovanosti, participace a komunikace s aktéry zahrnutými v implementaci MKN-11 v ČR byla v září 2021 ustanovena meziresortní pracovní komise. Komise je složena ze zástupců dotčených institucí, které používají MKN ve sběrech dat, nebo jsou angažovány v elektronizaci zdravotnictví, sběru a výměně dat ve zdravotnictví nebo na zdravotně-sociálním pomezí.“

Vycházejí z definice patologického hráčství dle MKN - 10, lze za patologického hráče označit jedince, který:

- absolvuje alespoň dvě epizody hráčství během jednoho roku,
- tyto epizody nejsou pro hráče pozitivní, nepřinášejí mu užitek,
- tyto epizody se opakují a jsou způsobily negativně ovlivnit běžný život jedince,
- připouští, že není schopen odolat touze jít hrát,
- pokud aktivně nehraje, na hru soustavně myslí a představuje si veškeré aspekty s ní spojené.

Diagnostická kritéria patologického hráčství uveřejnila v roce 2013 rovněž Americká psychiatrická asociace v manuálu duševních poruch (DSM), kdy hovoří o následujících znacích (Hasin a kol., 2006):

- jedinec se zaměstnává hazardní hrou (plán hraní, plán získávání finančních prostředků ke hře),
- neustále zvyšuje množství peněz, vkládaných do hazardních her, pro udržení vzrušení,
- opakovaně se pokouší hráčství ovládat, eliminovat nebo s ním přestat; v daném okamžiku však cítí neklid a podrážděnost,
- využívá hazardní hru jako nástroj pro relaxaci, únik od problémů, nebo jako prostředek ke zmírnění dysforické náklady,
- lže svému okolí, aby zakryl rozsah svého zaujetí hrou,
- prohra jej motivuje k brzké další hře, s vidinou vyhrát peníze nazpět,
- ohrožuje nebo explicitně ztrácí sociální vazby a signifikantní vztahy ve svém okolí,
- dopouští se trestné (zejména majetkové) činnosti - podvodů, krádeží, zpronevěry.

V zahraniční (ale i české) praxi se pro diagnostiku patologického hráčství využívá dotazníku organizace Gamblers Anonymous. Za patologického hráče je pak považován jedinec, který alespoň na 7 otázek z celkového počtu dvaceti odpoví kladně. Dotazník,

hojně využívaný v sociální práci s patologickými hráči zejména v USA, Německu, Francii a Velké Británii, tvoří Přílohu č. 2 této práce.

2.2 Právní úprava hazardních her

Koncepce právní úpravy hazardních her vychází primárně ze tří úzce spolu souvisejících předpisů. Těmi jsou:

- zákon č. 186/2016 Sb., o hazardních hrách,
- zákon č. 187/2016 Sb., o dani z hazardních her,
- zákon č. 188/2016 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o hazardních hrách a zákona o dani z hazardních her.

Zákon č. 186/2016 Sb., nahrazující do té doby platný zákon č. 202/1990 Sb., o loteriích a jiných podobných hrách, se zaměřuje zejména na dva hlavní faktory – vysoké společenské náklady v důsledku hraní hazardních her a rozvoj moderních technologií, které zákon o loteriích nebyl schopen legislativně postihnout. Jeho cílem se tak stala primární ochrana účastníků hazardních her a jejich okolí, formou zajištění dostatečných opatření v rámci prevence a následnému zhojení sociálně patologických jevů, souvisejících s provozem hazardních her na území ČR (Bém, 2011). Přijetím předmětného zákona rovněž dochází ke konsolidaci s primárním evropským právem, přestože EU ponechává členským státům volnost ve formě a prostředcích regulace hazardního hráčství na jejich území (Kramář, Hušák, 2006). Novinkou i je taxativní výčet druhů hazardních her. Není-li předmětná hra uvedena v daném výčtu, přestože splňuje základní definiční znaky hazardní hry, nelze v českých podmínkách získat povolení k jejímu provozování. Zákon tedy vylučuje možnost provozování inominátní hazardní hry (Kramář, Hušák, 2006).

Zákon č. 187/2016 Sb. upravuje oblast odvodů z provozování hazardních her. Poplatníkem daně jsou nejen držitelé základního povolení k provozování hazardní hry nebo její ohlašovatelé, ale rovněž i ti, kteří hazard provozují bez řádného povolení či ohlášení. Přestože se může zdát, že toto ustanovení zákona de facto (i de iure) zdaňuje nelegální činnost, je přínosné zejména ve smyslu nápravy stávající daňové diskriminace legálních provozovatelů hazardních her vůči těm, kteří tyto hry provozují způsobem

nelegálním (Boháč, Krasulová, 2017). Sazba daně činí 23 % (z kursových sázek, z bing, živých her, tombol a z her totalizátorových), a 35 % (z loterií a technických her)¹.

S hazardními hrami je rovněž spjat zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy, přestože problematice hazardních her věnuje pouze krátkou zmínku v ust. § 5j. Reklama na hazardní hru nesmí být dle tohoto zákona cílena na osoby mladší 18 let, nesmí obsahovat sdělení, z něhož lze nabýt dojem, že účast na hře může být zdrojem finančních prostředků, obdobným získávání příjmů ze závislé či jiné činnosti, a rovněž musí obsahovat sdělení o zákazu účasti osob mladších 18 let a varování v tomto znění: „*Ministerstvo financí varuje: Účastí na hazardní hře může vzniknout závislost!*“ Přestože ust. § 2 zákona říká, že: „*Reklama nesmí podporovat chování poškozující zdraví nebo ohrožující bezpečnost osob nebo majetku, jakož i jednání poškozující zájmy na ochranu životního prostředí*“, nedostatečná právní regulace reklam na hazardní hry je v přímém rozporu s dikcí tohoto ustanovení. Důvody pro dané tvrzení jsou podrobněji rozvedeny v následujících kapitolách.

Zákon č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ukládá provozovatelům hazardních her povinnost identifikovat a kontrolovat účastníky hry, a rovněž činit veškerá opatření v oblasti podezřelých obchodů (sázek), kterými by mohlo dojít k legalizaci výnosů pocházejících z trestné činnosti (Kramář, Hušák, 2006). Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, se oblasti hraní hazardních her věnuje spíše okrajově, v oblasti relativních majetkových práv, a to v ust. § 2875 – „*Byla-li výhra dána, nemůže ji prohrávající strana vymáhat zpět*“, a následujících. Trestně - právní regulace hazardních her se opírá v zákoně č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, o ust. § 213 (provozování nepoctivých her a sázek), ust. § 252 (neoprávněné provozování hazardní hry), příp. též o ust. § 201 (ohrožování výchovy dítěte) – „*Kdo umožní, byť i z nedbalosti, dítěti hru na výherním hracím přístroji, který je vybaven technickým zařízením, které ovlivňuje výsledek hry a které poskytuje možnost peněžité výhry, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, peněžitým trestem nebo zákazem činnosti.*“ S trestně-právní rovínou patologického hráčství souvisí i posuzování hráčství jako duševní poruchy, mající vliv na přičetnost pachatele a jeho odpovědnost za protiprávní jednání. K tomuto problému se opakovaně vyjadřuje ve svých rozhodnutích Nejvyšší a Ústavní soud, oba shodně ve smyslu, že pro posouzení

¹ Současný vládní návrh zvažuje u kamenných poboček snížení sazby daně na 25 %, u internetových loterií na 30 % (údaj k 14. 4. 2023).

nepřičetnosti pachatele - patologického hráče - je třeba řádně zhodnotit, způsobuje-li u něj diagnóza patologického hráčství stav nepřekonatelného puzení, tedy chorobný mechanismus, jež by mohl mít projev zkratkovitého jednání, směřujícího např. k okamžitému získání finančních prostředků za pomoci krádeže/loupeže².

I když výše uvedený výčet právních předpisů není zdaleka úplný, je pro naplnění cíle práce spíše již neúčelné zaobírat se okrajovou legislativou dané oblasti. Je však nasnadě zmínit, že by komplexní právní úprava měla na jedné straně reflektovat rovné postavení provozovatelů hazardu, na straně druhé by měla být způsobilá ochránit společnost (a její zranitelné skupiny) před negativními důsledky hraní hazardních her.

2.3 Patologické hráčství a společnost

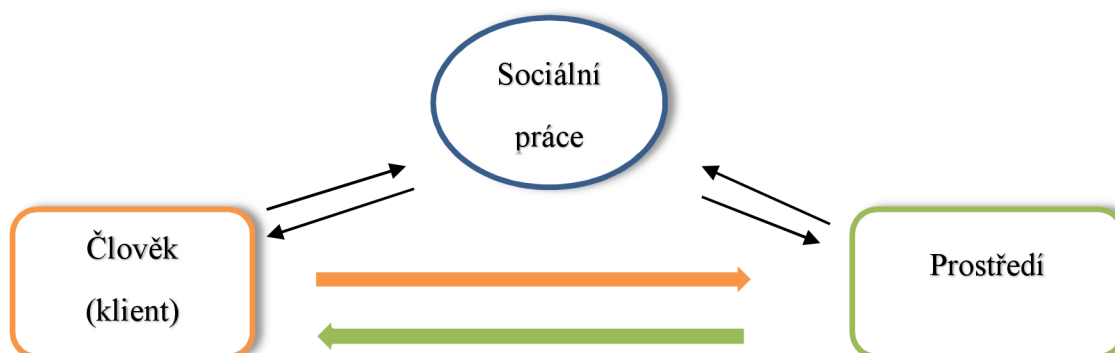
Každý člověk je nedílnou součástí společnosti a zastává v ní určité, v dané chvíli nastolené role. Jedná se o role nejen na mikro či mezo úrovni (manžel, manželka, dítě/zaměstnanec, soused, žák), ale i o role, založené na celospolečenské a kulturní bázi. Jedinec své prostředí nejen utváří, ale současně je jím i on samotný formován, což v konečném důsledku je jev odpovědný za zvládnutí (či selhání) v daných, nastavených rolích.

Na provázanost člověka s prostředím a jejich vzájemnou kooperaci explicitně upozorňuje i teoretický koncept sociální práce, vycházející ze systémového přístupu - ekologická perspektiva. Jedná se o teoretický přístup, zabývající se vztahy mezi lidmi, a jejich interpersonálním a organizačním prostředím, koncept, usilující o změnu či modifikaci kvality transakcí mezi lidmi a jejich prostředím, i o kultivaci vlastního prostředí, a to tak, aby co nejvíce odpovídalo lidským potřebám (Matoušek, 2022). Ekologické koncepty v sociální práci tedy v souladu s Obr. 1 zaměřují pozornost:

- na člověka,
- na prostředí,
- na jejich vzájemnou interakci.

² Viz rozhodnutí Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 2522/07, resp. rozhodnutí Nejvyššího soudu sp. zn. 7 Tdo 1119/2009.

Obr. 1 Tridimenzionální optika ekologické perspektivy v sociální práci



Zdroj: vlastní zpracování.

Co se týče vlastního systémového přístupu, optikou historie lze jeho vznik zařadit do konce 50. - 60. let minulého století, kdy do popředí (na rozdíl od dosud využívaných metod psychosociální práce) vystupuje interakce všech částí systému, kdy jakýkoliv podnět, působící na jednu jeho část, přináší dopad i na části ostatní. Tedy, že každý lidský život je ovlivňován bezprostředními i vzdálenými událostmi, které mohou nabývat rozličných podob (v díkci Bronfenbrennova myšlení, smýšlení a jednání jedince ovlivňuje jazyk, kultura, v níž vyrůstá, politický kontext, a v neposlední řadě též styl výchovy, který recipročně determinovala historie, vývoj a vztahy v rodině, jakož i její finanční situace, vzdělání jejích členů či sociální politika společnosti) (Šubrt, 2007).

Na problematiku patologického hráčství je třeba pohlížet v těchto širších souvislostech a příčiny vlastního jevu tak objevovat nejen v osobě patologického hráče, nýbrž i v prostředí, v němž (více či méně úspěšně) koexistuje. Následující kapitoly práce proto nabízejí pohled na osobu patologického hráče právě v díkci těchto perspektiv.

2.3.1 Patologické hráčství v české společnosti

Odhady prevalence problémového hráčství každoročně provádí Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti v rámci celopopulačních studií, ve kterých využívá standardní screeningové škály Lie/bet a PGSI, která - s ohledem na pokrytí širšího spektra problémů v souvislosti s hazardním hráčstvím - poskytuje vyšší odhady.³ Jak uvádí Výroční zpráva o hazardním hraní v ČR v roce 2020, zatímco ve face-to-face části Národního výzkumu z roku 2020 spadaly do kategorie problémového hraní 2,4 %

³ Pozn.: Škála PGSI (Problem Gambling Severity Index) je 9položkový screeningový nástroj pro odhad problémového hráčství. Lie/Bet je diagnostický dotazník o dvou položkách – otázka 1) Pocítíte někdy potřebu sázet více a více peněz? Otázka 2) Lhali jste někdy pro vás důležitým lidem o tom, jak moc hrajete?

populace dle škály Lie/bet, dle PGSI bylo v riziku vzniku problémů více než 4,5 % populace ve věku 15 a více let. Napříč studii se pak dlouhodobě ukazuje, že nejvyšší procentuální zastoupení mají hráči loterií, technických her a hráči kurzových sázek on-line. *„Přibližně pětina až třetina těch, kteří hráli technické hry v posledních 12 měsících, se napříč studii nachází v pásmu vysokého rizika měřeno oběma škálami. Mezi hráči on-line hazardních her včetně kurzových sázek on-line je tento podíl podle studie přibližně 10–20 %“* (Mravčík a kol., 2021, s. 11).

Pokud bychom se na problémové hráčství v ČR v roce 2020 podívali optikou věku a genderu, Výroční zpráva o hazardním hraní v ČR uvádí, že majoritní zastoupení mezi patologickými hráči mají muži, kteří tvoří cca 84 % z celkového počtu hráčů, což je dle předemné zprávy dlouhodobě stabilní údaj, stejně jako je poměrně stabilní průměrný věk, ve kterém respondenti výzkumu začali s hraním hazardních her; tento se pohybuje v intervalu 23 – 25 let. Rovněž i věk hráčů v léčbě je relativně stabilního charakteru, kdy činí cca 35 let (Mravčík a kol., 2021).

I Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR poskytuje informace, týkající se počtu osob s diagnózou patologického hráčství, ošetřených v psychiatrických ambulancích a osob, hospitalizovaných s diagnózou patologického hráčství v psychiatrických lůžkových zařízeních. V českých ambulantních zařízeních bylo v letech 2011 – 2017 ošetřeno s diagnózou patologického hráčství průměrně 1.386 osob ročně, z nichž majoritní zastoupení mají muži (v roce 2011 v procentuálním poměru 87:13, v roce 2017 pak v procentuálním poměru oproti ženám 86:14) (ÚZIS, 2018). Geografickou optikou je zřejmé, že velká prevalence pacientů s diagnózou patologického hráčství, ošetřených v ambulantních zdravotnických zařízeních, je dlouhodobě patrna v krajích s nižší životní úrovní, s velkou mírou nezaměstnanosti (Moravskoslezský, Ústecký kraj), početné zastoupení však mají i pacienti v Hlavním městě Praha, a v dikci vývojového trendu rovněž osoby, docházející do ambulantních zařízení na území Olomouckého kraje (ÚZIS, 2018). Z údajů, týkajících se vývoje počtu hospitalizací pacientů s diagnózou F63.0 v psychiatrických lůžkových zařízeních v ČR vyplývá, že i zde mají dominantní zastoupení muži (v roce 2014 v procentuálním poměru 87:13, v roce 2017 pak v procentuálním poměru oproti ženám 93:7), přičemž přepočtený počet pacientů na obyvatele byl v roce 2017 nejvyšší v Královéhradeckém a Zlínském kraji (6,2 pacienta na 100 tisíc obyvatel) a rovněž v kraji Karlovarském (6,1 pacienta na 100 tisíc obyvatel) (ÚZIS, 2018). Pro přehlednost jsou výše uvedená data zpracována v tabulkách,

kteře tvořĩ Přílohu č. 3 této práce. Je však třeba uvést, že údaje, které přĩnášĩ předmětné tabulky, jsou spĩše orientačního charakteru, neboť míra vstupu patologických hráčů do léčby je poměrně nízká, nejčastěji pak z důvodu osobních bariér (strach, stud, obavy z budoucnosti rodinného života).

V ČR vzrůstá (zejména v posledních dvou letech) podíl online hazardního hráčství, s preferencí kursového sázení, a to na podíl 47,6 % v roce 2020 (Mravčík a kol., 2021). Důvodem proměny herních preferencí hráčů a jejich orientace na online prostředí je nejen technologický pokrok a změna politiky v oblasti hazardních her, ale i izolace v důsledku pandemie Covidu - 19. Ostrovský (2017) ve své přehledové studii, srovnávající různé formy hazardního hraní, poukazuje na vzestup online hraní, jakož i na rizikové skutečnosti, vedoucí k nárůstu vyšší problémovosti online hráčů. Ty spočívají nejen ve faktu, že hrát lze de facto odkudkoliv, v soukromí a anonymitě, ale rovněž i v riziku nízkého vnímání hodnoty elektronických peněz. Skrze nižší provozní náklady provozovatelů online herních portálů lze hráče motivovat k aktivní hře i vstupními bonusy nebo promo akcemi; výjimkou pak nejsou ani tzv. demo hry, které simulují běžnou hru bez užití finančních prostředků. K tomuto Ostrovský (2017, s. 17) dodává, že tyto demo hry „mají za cíl motivovat svými často nereálnými výherními poměry k plnohodnotné participaci. Mezi dostupností, především geočasovou, a rozvojem excesivního hraní, je pak přímá linka.“

Důvody, které české hráče vedou k opakovaným epizodám hráčství, se zaobírají pravidelná výzkumná šetření center komplexní péče pro hazardní hráče či ambulance, specializované na gamblerství. V roce 2020 uskutečnila např. organizace SANANIM Praha průzkum mezi svými klienty, kdy jeho výsledky hovoří o různorodosti důvodů, které vedou rizikové a patologické hráče k herním epizodám. Dle tohoto průzkumu jsou pro ženy hazardní hry nástrojem automedikace, kdy jim přĩnášĩ klid a útěchu, jakož i únik od psychických problémů. Naproti tomu u mužů převažuje touha po vzrušení, a potřeba vyhrát již dříve prohrané peníze. Zajímavé výsledky pak přĩnesl i monitoring Společnosti Podané ruce Olomouc. Podle něj v roce 2020 tvořili majoritní část klientely bývalí profesionální či poloprofesionální sportovci, u nichž počátek hráčské kariéry odstartovalo ukončení kariéry profesionální (zejména v důsledku zranění), s následným rozpadem struktury a smyslu života. Tato skupina pak za nejčastější důvod hraní označovala snahu setrvat ve sportovním prostředí, a možnost dokázat si, že i nadále jsou odborníky na sportovní problematiku (Mravčík a kol., 2021).

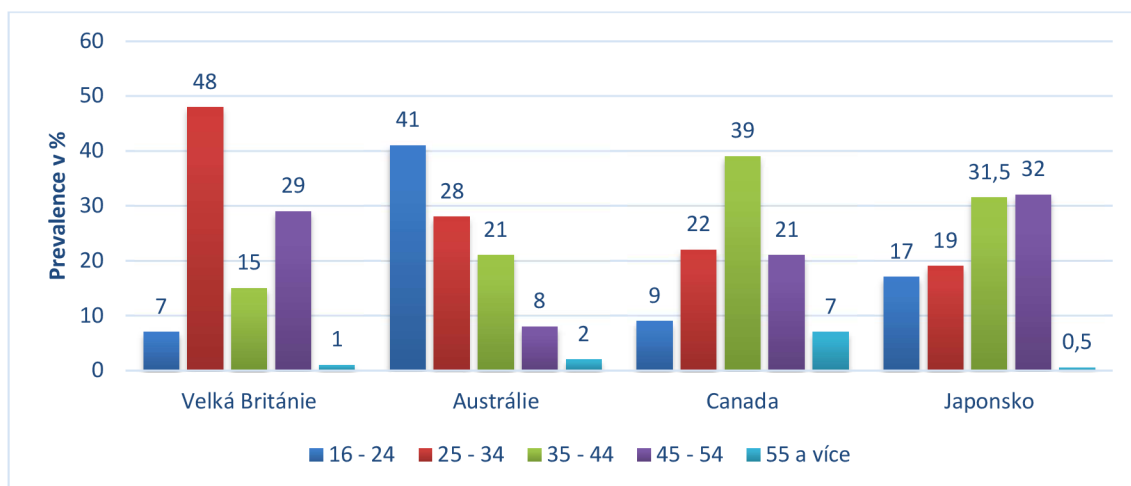
Přestože některé teorie hovoří zejména o sociálních a ekonomických důvodech hraní hazardních her, výzkumy opakovaně a jednoznačně ukazují, že lidé hrají hazardní hry z rozličných důvodů, nejen z vidiny ekonomické prosperity nebo ve snaze utéct z problémů všedních dní. Nešpor (2007) rovněž poukazuje na fakt, že většina patologických hráčů začala hrát z různých, navzájem se doplňujících důvodů. Složitost jasné determinace jednoho zásadního důvodu pro začátek hraní hazardních her souvisí i se silným časovým rozměrem motivace. Ten není v průběhu času stabilní. Důvody hráčství se tak v průběhu vzniku závislosti mění. Přejchod k patologickému hráčství je však téměř vždy doprovázen zvýšeným zájmem o výhru peněz a snahou o eliminaci proher (Nešpor, 2007).

2.3.2 Patologické hráčství v zahraničí

Při hodnocení prevalence patologického hráčství v zahraničí je třeba vzít v potaz rozdílnosti zemí celého světa, zejména kulturní a sociální odlišnosti, jakož i limity či rezervy legislativního charakteru. Calado s Griffithsem (2016) v rámci systematického výzkumu, probíhajícího v letech 2000 - 2015, poukázali na skutečnost, že celosvětová prevalence problémového hazardního hraní se pohybuje v relaci od 0,12 - 5,8 %, kdy nejvyšší je u dospělé populace v oblastech Severní Ameriky (v intervalu 3,4 - 5 %) a Asie - zejména v Hongkongu (v intervalu 3,1 - 5,8 %); nejnižší pak byla předmětným výzkumem zjištěna v oblasti Oceánie (v rozmezí 0,4 - 0,7 %).

Velmi zajímavá je věková skladba patologických hráčů ve světě. Níže uvedený Graf 1 zachycuje výsledky studie Colemana (2022), týkající se věku patologických hráčů, léčených v ambulantních či lůžkových zařízeních ve Velké Británii, Austrálii, Kanadě a Japonsku v roce 2020.

Graf 1 Prevalence patologických hráčů ve vybraných zemích dle věku v roce 2020



Zdroj: vlastní zpracování dle Colemana (2022).

V Grafu 1 vidíme velké rozdíly ve věkovém zastoupení majority patologických hráčů. Zatímco ve Velké Británii a Kanadě dominuje spíše raný a střední věk (25 – 44 let), v Austrálii je nejvíce zastoupena věková skupina 16 – 24 let. Jedním z důvodů je vysoká tolerance australské společnosti k hazardním hrám (více než 20 % všech registrovaných hracích automatů ve světě se nachází právě v Austrálii, nadto australská legislativa umožňuje aktivní účast na hazardních hrách již osobám starším 15 let), problematický je rovněž reklamní marketing, vybízející zejména k online sázení, které ze strany státu není významněji regulováno (stát upravuje pouze podmínky pro provozování podnikatelské činnosti subjektům, avšak pro uživatele není třeba žádné registrace, včetně ověření jejich věku). V Japonsku pak k problémovému hráčství inklinuje spíše skupina osob okolo 45. roku věku. Dle Colemana (2022) je tato skutečnost dána pracovním nasazením Japonců, kteří pak ve svém volném čase hledají možnosti odreagování a relaxace z pracovního napětí. Nejbližší k českému rozvrstvení prevalence patologického hráčství má model Velké Británie, kdy majoritní skupinu hráčů tvoří osoby ve věkové skupině 25 - 34 let, které (obdobně jako čeští hráči) v posledních letech upřednostňují online sázení oproti loteriím či technickým hrám (výherní automaty). Důvodem je nejen pohodlnost domácího hraní, ale rovněž i nedostatečná právní regulace hazardního hráčství ve Velké Británii. Ta se - obdobně jako Kanada - potýká s absencí právních předpisů, vztahujících se k možnostem právnických osob podnikat v oboru provozování hazardních her ve virtuálním prostředí.

Výzkum Norského institutu pro výzkum alkoholu a drog SIRIUS z roku 2007 hledal spojení mezi nabídkou hazardních her a jejich spotřebou napříč Evropou. Výsledky

výzkumu, kterého se účastnilo více než 52000 respondentů, jasně poukazují na skutečnost, že nabídka hazardních her v populaci odpovídá modelu jejich celkové spotřeby. Tedy, že v populaci s nízkou (popř. striktně regulovanou) nabídkou hazardu je prevalence patologického hráčství nízká, stejně jako je nízké riziko hazardního sázení (Lund, 2009). Přestože byl takto obsáhlý výzkum provedený naposledy před více než 15 lety, s jeho závěry je možné se (s ohledem na fakta, která přináší výše uvedené kapitoly) plně ztotožnit i v roce 2023.

2.4 Příčiny vzniku patologického hráčství

Nešpor (2012) ze své dlouholeté praxe usuzuje, že žádná závislost (včetně závislosti na hazardních hrách), nemá pouze jedinou příčinu; naopak, jedná se o provázané systémy, které na sebe navzájem působí, prolínají se a v různé míře se podílejí na vzniku závislostního jednání. Prunner (2008) v dikci Nešporova smýšlení hovoří o čtyřech systémech, podílejících se na vzniku patologického hráčství.

Fyzickým systémem jsou myšleny biologické či somatické faktory, způsobilé navýšit pravděpodobnost vzniku patologického hráčství. Jak uvádí Kraus s Hroncovou (2010, s. 156), „*medicínské studie poukazují na nedostatečnou funkci centra blaženosti v mozku, na úlohu dopaminových genů, nižší aktivita serotoninového systému a nedostatek endomorfínu v mozku (hormon štěstí), vyšší hladina noradrenalinu apod.*“ Proti tomuto tvrzení se však ohrazuje Nešpor (2012), dle kterého nemají genetické predispozice velký vliv na rozvoj závislosti. Své tvrzení podkládá argumentem o zvyšujícím se počtu patologických hráčů, které nesouvisí se změnami mozku současné populace, nýbrž spíše se systémem, který hazardní hráčství implicitně podporuje (např. ve formě reklamy, zvyšování počtů online platforem pro hráčskou činnost apod.)

Psychologický systém je skupinou provázaných prvků charakterových rysů, jež mohou ústit do podoby závislostního jednání na hazardních hrách. Náchylné jsou osoby s nízkou frustrační tolerancí, nedisciplinovaným postojem k životu, či osoby, vykazující citovou deprivaci. Podle Freuda je patologické hráčství projevem neléčeného oidipovského komplexu, ústícího do zvýšené psychosomatické tenze.

Sociální systém a individuální systém v sobě snoubí sociologické a sociální faktory. Interakce mezi jednotlivci a jejich kolektivní soužití, rodinné zázemí, vzdělávací systém, jakož i přístup státu a společnosti k problematice patologického hráčství, významně

ovlivňuje hráčské chování jednotlivce. Státní regulace hazardních her prostřednictvím Ministerstva financí ČR patří v Evropské unii mezi nejpřísnější. Komplexní úprava provozování hazardních her, přijatá v roce 2017 zákonem č. 186/2016 Sb., přinesla důslednější ochranu sázejících zejména zavedením adiktologických brzd a sebeomezujících opatření (nastavení maximální výše denní sázky, zápis do Rejstříku vyloučených osob z hraní hazardních her) ⁴ (Žurovec, 2021). I nadále však česká legislativa v dané oblasti vykazuje limity, na které je nezbytné se zaměřit, zejména s ohledem na technologický pokrok, v němž se hráčství přesouvá spíše do internetového prostředí (prospěšnou by mohla být vyšší míra zdanění, regulace reklamy či důsledná kontrola informační povinnosti provozovatelů hráčských portálů).

Výše zmíněné rodinné zázemí je významným faktorem pro vznik možné závislosti. Mühlpachr (2001) je přesvědčen, že chování dospělého jedince do významné míry determinuje jeho dětství. Děti, které vyrůstají v nezdravém rodinném prostředí (ať již v prostředí s nedostatečnou nebo naopak přehnanou péčí), mají větší predispozice k závislostnímu jednání. Milující a respektující rodinná výchova, s nastavenými hranicemi a správnými vzorci chování, přispívá k vyhýbání se závislostnímu jednání i v období adolescence, kdy se mladiství dostávají do kontaktu se svými vrstevníky mimo rodinné prostředí (zejména školy, internáty, zájmové kroužky), a kde se s různými formami návykových látek setkávají.

2.5 Dílčí aspekty patologického hráčství

Patologické hráčství se promítá do všech aspektů života patologického hráče. Obvyklými projevy a dopady hazardního hraní není pouze ztráta svobody, narušení vztahů či psychosomatická a duševní onemocnění, nýbrž i zadluženost, trestně-právní dopady nebo postupné snižování socioekonomického statusu (Roznerová, Mravčík, 2015).

Předně je zapotřebí říci, že - přestože níže uvedené subkapitoly rozdělují dopady patologického hráčství do tří kategorií - tyto se v reálných podmínkách vzájemně prolínají a ovlivňují. Dopady patologického hraní se tedy čistě neomezují pouze na osobu patologického hráče či jeho blízké osoby, nebo výlučně na společnost jako celek, nýbrž ve své komplexnosti na každý subjekt sociálního prostředí, v němž patologický hráč participuje. Rozdělení do níže uvedených kategorií má tak za cíl pouze přehledně

⁴ Pozn. K 1. 4. 2021 bylo v Rejstříku zapsáno celkem 205 923 osob, z nich 889 na vlastní žádost a 205 034 z moci úřední.

ilustrovat důsledky patologického hráčství v rovině mikro – mezzo – makro, pro snazší orientaci v dané problematice sféře.

2.5.1 Dopady na osobu patologického hráče

Významným prvkem dopadu patologického hráčství na osobu hráče jsou zdravotní a psychické obtíže, vycházející z vlivu prostředí a změn stravovacích, relaxačních a pohybových návyků. Podle Nešpora (2007) jsou somatická a psychiatrická komorbidní onemocnění heterogenní skupinou onemocnění, vzniklou v přímé souvislosti s hazardním hráčstvím. Zdravotní potíže tedy mohou být jak fyzického, tak psychického charakteru, vzniknuvší v důsledku zanedbávání vlastního zdraví na úkor zaujetí hrou, přičemž tyto obtíže se vzájemně prolínají a na sebe navazují. Za somatické potíže lze označit bolesti zejména krční a bederní páteře, problémy se zrakem, vyvolané nadměrnou zátěží očí (typicky u online her), či hemeroidy, způsobené dlouhým sezením hráče v nepřírozené poloze. Problematický je i psychický stav hráčů, projevující se formou úzkostí, nechutenství, depresí, nespavostí, či výkyvy nálad. Rizikovým prvkem je tzv. model sebededikace, kdy osoby, které patologickým hráčstvím trpí, avšak pomoc nevyhledávají, většinou užívají další návykové látky (alkohol, léky bez předpisu), k dočasné eliminaci jejich obtížných stavů. K tomuto Šerý (2001) uvádí, že u patologických hráčů existuje několik scénářů - 45 – 55 % patologických hráčů trpí současně alkoholismem; 65 – 85 % závislostí na nikotinu; 5 - 15 % patologických hráčů kombinuje užívání alkoholu, tabáku a drog (marihuana, metamfetamin) s hazardním hraním.

Rossow s Hansenovou (2008) upozorňují na vztah hazardního hraní a suicidálního chování. Naznačují, že sebevražedné chování se ve velké míře u problémových hráčů objevuje, kdy tito mají sebevražedné myšlenky nebo se dokonce o sebevraždu již pokusili. Autoři ale rovněž uvádějí, že *„skutečnost, že kompulzivní hráči se sebevražedným chováním mívají jeden nebo více dalších rizikových faktorů pro sebevražedné myšlenky a pokusy, však může znamenat, že pozorované asociace jsou zahrnuté do větších problémových komplexů, aniž by závislost na hazardních hrách byla nutně příčinou sebevražedného chování“* (Rossow, Hansen, 2008). Nejčastějším motivem sebevražedného jednání patologických hráčů bývá únik ze zátěžové a – v jejich očích - bezvýhodné situace. Suicidální myšlenky či jednání dle výše uvedených autorů souvisí i s nedostatečnou motivací osob ke změně svého jednání, neboť ve své situaci

nenacházejí uspokojivého řešení. S tím se pojí pocity rezignace na problém. Přestože do současnosti neexistují studie vztahu mezi hazardní hrou a sebevražděným chováním, které by explicitně prokázaly zvýšené riziko sebevražděného chování u problémových hráčů, vysoká prevalence sebevražděného chování u nich naznačuje, že samotná hrozba sebevražd musí být zohledněna v posouzení životní situace klienta a v nastaveném procesu intervence.

Výše uvedené zdravotní dopady jsou jasně zřetelné v posledních fázích patologického hráčství, zejména ve fázi, která se nazývá rezignačním stadiem, někdy též stadiem vyčerpání. Tato fáze je dle Nešpora (2007) charakteristická zoufalstvím patologického hráče, jež je v drtivé většině spojené s beznadějným zadlužením se a rezignací na řešení problémů vlastními silami. Jak dodává Prunner (2008), v této fázi je patologický hráč schopen vyhledat odbornou pomoc pouze na základě nátlaku blízké osoby, nebo osoby, jež má na něj významný vliv a které bezezbytku důvěřuje.

2.5.2 Dopady na rodinu patologického hráče

Patologické hráčství je vždy spojeno s narušením mezilidských vztahů a poruchou celého rodinného systému. Tato skutečnost je logicky dána do souvislosti se ztrátou důvěry, pocity odcizení se, bezohlednosti vůči blízkým osobám a se zúžením hodnot, které patologický hráč vyznává. Hovoříme-li o dopadech na rodinné prostředí, je třeba říci, že z dlouhodobého pohledu je gamblerství v podstatě neslučitelné s partnerstvím nebo fungující rodinou. Hráčská závislost jednoho ze členů rodiny rodinný systém destabilizuje, rozvrací rodinné prostředí jako systém, ve smyslu plnění daných funkcí. Mühlpachr (2001) za základní rodinné funkce považuje:

- biologicko - reprodukční funkci, jež zajišťuje plození potomstva a saturaci sexuálních potřeb,
- materiálně - ekonomickou funkci, ve smyslu zajištění bydlení, obživy a životní úrovně všech svých členů,
- socializačně akulturační funkci, která zajišťuje výchovu dětí a předávání kulturních a životních hodnot a vzorců,
- emocionální funkci, jež má za úkol uspokojovat citové potřeby, při plném vědomí bezpečí, uznání a vzájemné podpory.

Analogicky lze z výše uvedeného odvodit, že patologické hráčství prokazatelně narušuje každou ze základních struktur fungující rodiny. Prvním úkolem v sanaci rodiny

je zjistit, jaké patologické vzorce chování jsou v rodině přítomny, jaké výchovné přístupy jsou preferovány a které komplementární obrany neumožňují změnu (Kalina, 2015).

Vysokou psychickou zátěž představuje patologický hráč pro svého partnera. Dowling a kol. (2016) ve své studii došel k závěru, že partneri (manželé) patologických hráčů trpí po fyzické stránce zejména žaludečními problémy a chronickou bolestí hlavy (migrénami), po psychické stránce pocity deprese, beznaděje, zažívají hněv a problémy, které vyvstávají ze sociální izolace. Proto, není-li patologický hráč ochoten se léčit, či není-li jeho léčba úspěšná, končí partnerský (manželský) vztah dříve či později rozchodem nebo rozvodem. Nešpor (2007) poukazuje na stadia, kterými prochází partner či partnerka patologického hráče. Tato stadia kopírují fáze patologického hráčství, a jsou jimi:

- stadium popírání - partner je ke hře druhého shovívavý, v případě problému (např. s neplacením nájemného) přijímá omluvu patologického hráče, problém vyřeší, starosti si nechává pro sebe, mění se homeostáza rodiny,
- stadium stresu - partner se snaží o domluvu, o regulaci hraní, se svým problémem se nesvěřuje jiným osobám, vyhýbá se kontaktu s prostředím, cítí se osamocen a nespokojen. V rodině se objevují časté hádky, homeostáza rodiny začíná vykazovat patologický charakter,
- stadium vyčerpání - partner patologického hráče pociťuje úzkost, paniku, snižuje se jeho schopnost aktivně jednat. Propadá pocitům deprese, beznaděje, které mohou vést ke zhroucení, hledá možné řešení či únik od problému (nejen odchodem/rozvodem, nýbrž i abúzem návykových látek), jsou patrné i sebevražedné myšlenky. Komunikace a vztah mezi partnery se velmi negativně proměnily, partner se upíná více na děti, popř. může děti odmítat, zavrňovat.

Zásadní otázkou pro partnera patologického hráče je otázka, zdali partnera opustit nebo mu dát šanci napravit své jednání. Nešpor (2007) si ze své praxe uvědomuje, že řešení není jednoduché a odpověď na tuto otázku není zcela jednoznačná; přesto se přiklání k názoru, že by každý patologický hráč (za předpokladu, že své rozhodnutí léčit se myslí vážně a zodpovědně) měl dostat druhou šanci a měl by mít možnost opřít se v léčebném procesu o svou nejbližší osobu (v daném případě partnera). Za vhodné však považuje alespoň preventivně nastavit mechanismy, které partnera patologického hráče ochrání před negativními důsledky gamblerství (zejména v dikci právních jistot).

Velmi problematickou rovinou je přítomnost dětí v rodině patologického hráče, resp. jejich vztah k rodičům a postavení v rámci rodinného systému. Přestože děti neumí mnohdy přesně pojmenovat problém, s nímž se rodina potýká, velmi dobře si uvědomují, že rodina není v pořádku, ať již ve smyslu, že v ní chybí peníze, jeden z rodičů nebývá doma nebo se jim řádně nevěnuje, nebo skrze pravidelné slovní (a bohužel mnohdy i fyzické) ataky mezi mámou a tátou. Stejně jako nezletilé děti i děti zletilé vnímají proměnu rodinného klimatu a napětí mezi rodiči; zletilé děti však nastalou situaci zpravidla lépe vyhodnocují, což je dáno jejich duševním vývojem a neegocentrickým postojem k věci. U nezletilých dětí je významná proměna jejich nálad oproti běžnému stavu. Jak uvádí Kulhánek (2012), nejrozšířenější poruchou nálady je deprese, jež má u kojenců a batolat projevy apatie, nechutenství či ochuzení ve spontánních aktivitách, v rovině předškolního věku autor hovoří o psychosomatických potížích, problémech se spánkem a agresivitou, u dětí v raném školním věku pak o podrážděnosti, smutku, o ztrátě entusiasmů pro věci, které ho dříve naplňovaly. U mladších dětí je jejich uvažování nad okolím determinováno jejich intuicí. Dítě své představy přizpůsobuje svým aktuálním potřebám, ulpívá tedy na svém subjektivním pohledu. Dle Eriksonovy teorie psychosociálního vývoje je hlavním psychosociálním konfliktem dětí předškolního věku iniciativa kontra vina. Dítě se tak zabývá otázkou, je-li dobré nebo špatné, dělá-li různé věci správně a jedná-li správně. Vnímá svět jako systém, jehož středem je ono samo. Pochopení smýšlení takto malého dítěte je stěžejní pro práci s dítětem v rodině patologického hráče. Je třeba dítěti objasnit, že není příčinou napětí v rodině, že jeho jednání a chování nikterak nesouvisí s nastalou rodinnou situací.

Dítěte by se rovněž v ideálním případě neměl problém bytostně dotýkat, tedy, neměl by ovlivňovat jeho běžný denní režim a aktivity. Je vhodné mít na paměti, že děti přejímají vzorce chování svých rodičů, ať již v pozitivním či negativním slova smyslu; je-li rodič patologickým hráčem a tato situace již do extrémní míry ovlivňuje homeostázu rodiny, existuje vysoká pravděpodobnost, že i dítě z této rodiny bude v mladistvém či dospělém věku inklinovat k hráčství nebo jiným návykovým látkám (Nešpor, 2007). Závislost dětí má i dle Hajného (2001) přímou souvislost s dětstvím a dospíváním v klinické či dysfunkční rodině, kde je patrný problém v komunikaci, nejasný přístup k definovaným hranicím, kde se objevuje manipulace, lži, ignorace či jiný typ negativních emocí, nebo kde neplní jeden z rodičů svou funkci. Zajímavé poznatky v díkci výše uvedeného přinesl výzkum Velímové (2010). Na příkladech pěti patologických hráčů poukázala

na provázanost daných faktorů, když dle autorky, vyrůstá-li dítě v rodině, která mu neposkytuje dostatek podnětů pro řádný vývoj, či v rodině, kde jsou patrné velké existenční problémy, má dítě tendence si v dospívání či raně dospělém životě tuto deprivaci vynahrazovat, právě i v rovině závislostního chování.

Jak upozorňuje Gjuričová s Kubičkovou (2009), v rodině patologického hráče hrozí vznik syndromu zavrženého rodiče, tedy manipulace jednoho z rodičů s dítětem, za účelem získání dítěte na vlastní stranu. Dítě není rozumově připraveno na takový střet, čímž nejsou narušeny rodinné vztahy pouze v krátkodobém horizontu, nýbrž zde vyvstává i riziko pozdějších problémů s nerespektováním autority (typicky mužské) a problémy v navazování plnohodnotných dlouhodobých vztahů. Podle Nešpora (2007) je pak za dočasné zhojení problému považováno nahrazení osoby patologického hráče jinou osobou z rodiny stejného pohlaví (typicky náhrada otce za dědečka či strýce).

Syndrom zavrženého rodiče vykazuje dle Gardnera (2010) tyto signifikantní znaky:

- odmítání kontaktu dítěte s rodičem má dlouhodobý charakter,
- odmítání je neodůvodněné a neoprávněné, nejedná se o opodstatněnou reakci na chování rodiče,
- k odmítání přispívá druhý rodič svým působením, ať již vědomým či nevědomým.

Navádět dítě proti druhému rodiči je ohrožující prvek i pro budoucí vývoj dítěte. To totiž od rodičů přejímá nefunkční vzorec chování, který bude v budoucnu používat namísto efektivního řešení konfliktní situace. Gardner (2010) k tomuto dodává, že je vysoce pravděpodobné, že budoucí dospělý život dítěte bude poznamenán jeho neschopností racionálně vyřešit neshody s druhými osobami. Budoucí dospělý jedinec nebude hledat kompromis situace, nýbrž situace samotná u něj spustí pocity nenávisti, které může (právě skrze prostředí, v němž vyrůstal) považovat za normu, a nebude skrze tyto pociťovat pocity viny. To vše se pak projevuje nejen ve vztahu k blízkému okolí (životním partnerům a kamarádům), nýbrž i vztazích pracovních a školních, zejména ve smyslu respektu autorit. Takový člověk se nenaučí zdravé sebereflexi a případné korekci svého chování.

Jedním z předpokladů efektivní sociální práce s patologickým hráčem, jehož hráčství se negativně podepisuje na rodinných vztazích, je přímé zapojení rodiny do léčby, tedy terapeutická práce s rodinou jako systémem. Častým omylem v pomáhajících profesích je teze, že problém má pouze závislý jedinec; s rodinou se pak v těchto

případech pracuje pouze podpůrně, v rámci poradenství, přestože je „uzdravení“ rodiny (jako systému) vysoce důležitou součástí léčby závislosti (Kalina, 2015).

2.5.3 Dopady na zaměstnanost patologického hráče

Další kategorií dopadů patologického hráčství v kontextu blízkého okolí jsou problémy v zaměstnání či jeho ztráta. Ta se logicky kauzálně pojí se zanedbáváním pracovní činnosti v důsledku přímé orientace na hazardní hru. Nešpor (2007) vyvrací mylnou domněnku veřejnosti, že problémový hráč je osobou nezaměstnanou, požívající dávky státní sociální pomoci, trpící chudobou a sociálním vyloučením. Hazardní hráčství proto již od počátku provozuje za účelem vidiny zbohatnutí. Dle autora je situace právě opačná – s patologickými hráči se lze setkat na jakékoliv úrovni v různých oborech zaměstnání napříč celým pracovním trhem. Jsou to tedy osoby, které nezačaly s hráčstvím primárně z důvodu nedostatku finančních prostředků, naopak, primárními důvody byla snaha o útěk z reality, relaxace, výplň volného času. Nezaměstnanost a závislost na systému sociální pomoci tak bývá až finálním důsledkem nadměrného hráčství. Za významné projevy problémového hráčství v pracovním prostředí Nešpor (2007) označuje:

- opakované prosby zaměstnance o vyplacení zálohy na mzdu či plat,
- soudní exekuce na mzdu či plat,
- neomluvené absence v zaměstnání, předčasné odchody či opakované vybírání neplánovaných dnů dovolené,
- konflikty v pracovní skupině způsobené půjčováním finančních prostředků v kolektivu,
- návštěvy věřitelů na pracovišti,
- dlouhotrvající významné proměny nálad a chování zaměstnance (podrážděnost, nervozita, agrese, či naopak apatie, zhoršená kvalita práce, neochota plnit pracovní úkoly),
- organizování sázek na pracovišti.

Jak uvádí Roznerová s Mravčíkem (2015), problémy výše popsané, které mohou vyústit až do ztráty zaměstnání, zvykle bývají jedním ze signálů, že je jedinec osobou, závislou na hraní hazardních her, a zároveň jsou jedním z ukazatelů, které mohou napomoci závislé osobě připustit si její problém s hazardním hráčstvím.

Ztráta zaměstnání představuje pro každou osobu v produktivním věku citelný zásah nejen do finanční situace, nýbrž i do sociálního statusu. Dlouhodobě nezaměstnaná osoba ztrácí společenskou prestiž, kontakty, a citelně narušuje vztahy v rodinném a sociálním prostředí. Ani samotný stát nemá zájem na vysoké míře nezaměstnanosti v zemi, neboť jsou díky ní snižovány daňové příjmy a naopak se znatelně zvyšují výdaje na státní politiku zaměstnanosti⁵. Politika zaměstnanosti je souborem opatření, snažících se o vyrovnaní nabídky a poptávky na trhu práce, a o zpružnění mechanismů, fungujících mezi nimi. Dle Krebse (2015) vychází z principů:

- solidarity, ve vztahu k motivaci pro získání (resp. udržení) zaměstnání. Základním východiskem je vize, aby osoba, přicházející o příjmy, nebyla ohrožena sociálním vyloučením, avšak současně, aby byla pužena k opětovnému nalezení a udržení si zaměstnání. V rámci daného je především uplatňována solidarita ve směru zaměstnaných k nezaměstnaným,
- zásluhovosti - výše přičinění/zásluhy (výše výdělku při splněné době pojištění) se promítá do výše dávky (podpory v nezaměstnanosti),
- univerzality, kdy zabezpečuje osoby v produktivním věku a zaručuje jim, v případě splnění všech stanovených podmínek (doba pojištění, věk), nárokovatelnost určité dávky či pobídky ze strany aktivní politiky zaměstnanosti.

Hovoříme-li o funkcích sociální politiky, politika zaměstnanosti se dotýká především funkce ochranné (podpora v nezaměstnanosti), preventivní (ve formě posilování významu celoživotního vzdělávání a provázání oblasti vzdělávání a zaměstnanosti), funkce stimulační (kdy do popředí vystupuje nezbytnost soustavného pužení jednotlivců i dalších subjektů pro pozitivní ovlivňování trhu práce - na úrovni nabídky pracovní síly či její poptávky), či funkce přerozdělovací (prakticky ve formě podpory v nezaměstnanosti) (Krebs, 2015).

Dlouhodobě nezaměstnaná osoba (vyjma podpory v nezaměstnanosti) zvykle využívá i dalších forem pomoci osobám s nedostatečnými příjmy. Jednou z forem této pomoci mohou být dávky v hmotné nouzi, plnící zejména ochrannou, preventivní a homogenizační funkci, mající konkrétní podobu v příspěvku na živobytí, doplatku

⁵ Dle údajů Ministerstva práce a sociálních věcí z roku 2022 činily souhrnné náklady na státní politiku zaměstnanosti částku 23.511.714.000 Kč; z toho 3.437.341.000 Kč na aktivní politiku zaměstnanosti (výdaje na rekvalifikaci, veřejně prospěšné práce, zřízení a vyhrazení společensky účelných míst u zaměstnavatelů, příspěvek na zapracování, chráněná pracovní místa) a 9.884.375.000 Kč na pasivní politiku zaměstnanosti (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2023).

na bydlení či mimořádné okamžité pomoci. Pomoc v hmotné nouzi vychází z principu solidarity (subjekty s vyššími příjmy přispívají na zajištění subjektům s příjmy nižšími), a rovněž z principu subsidiarity (větší společenství činné vůči menšímu, které si nedokáže pomoci samo, stát zasahuje až v okamžiku, kdy jsou vyčerpány všechny dosavadní nástroje (Krebs, 2015). Jak uvádí Ministerstvo práce a sociálních věcí (2023), výdaje na dávky pomoci v hmotné nouzi činily v roce 2022 celkem 14.379.300 Kč. Ve srovnání s rokem 2021 se jednalo o extrémní, téměř trojnásobný nárůst, tento však byl (cca ve výši 657 mil. Kč) důsledkem výplaty humanitární dávky občanům Ukrajiny.

Sníží-li se životní úroveň rodiny v důsledku dlouhodobé nezaměstnanosti patologického hráče, disponuje český sociální systém rovněž pomocí ve formě státní sociální podpory. Výchozím principem je v tomto případě princip participace, na základě kterého stát poskytuje sociální dávky rodinám v případě uznané sociální situace, na jejíž řešení rodina vlastními prostředky nestačí. Uplatňován je též princip solidarity, na jedné straně vysokopříjmových rodin s rodinami s nízkými příjmy, jehož projevem je skupina adresných dávek (přídavek na dítě, příspěvek na bydlení), na straně druhé solidarita bezdětných s rodinami s dětmi, jejímž projevem je skupina dávek univerzálních (Krebs, 2015). Rodina patologického hráče pak může využít zejména pomoc ve formě přídavku na dítě a příspěvku na bydlení.

Přídavek na dítě je základní příjmově testovanou dávkou nezaopatřeného dítěte, žijícího v rodině s nižším příjmem. Nárok na něj má nezaopatřené dítě v rodině, je-li její rozhodný příjem za předchozí kalendářní čtvrtletí nižší než 3,4násobek životního minima rodiny. Zákon č. 117/1995 Sb., v ust. § 18 pak stanoví podmínky, za nichž náleží nezaopatřenému dítěti výše přídavku ve zvýšené výměře.

Příspěvek na bydlení je dávkou, přispívající rodině (osobě) k úhradě nákladů souvisejících s bydlením, za splnění podmínky v ust. § 24 zákona č. 117/1995 Sb., kdy:

- náklady na bydlení přesahují částku součinu rozhodného příjmu vlastníka, nebo nájemce bytu a společně posuzovaných osob a koeficientu 0,30 a současně
- součin rozhodného příjmu a koeficientu 0,30 není vyšší než částka normativních nákladů na bydlení.

Normativní náklady na bydlení jsou stanoveny jako průměrné náklady na bydlení podle velikosti obce a počtu členů domácnosti, kdy zahrnují nájemné, ceny služeb a energií, jakož i další náklady, které stanovuje ust. § 25 zákona o státní sociální podpoře.

Splňuje-li podmínky nároku na příspěvek na bydlení více osob, náleží příspěvek na bydlení jen jednou, a to osobě určené na základě dohody těchto osob. Nedohodnou-li se tyto osoby, určí krajská pobočka Úřadu práce ČR, která o příspěvku rozhoduje, které z těchto osob se příspěvek na bydlení přizná. Výše příspěvku na bydlení pak činí za kalendářní měsíc rozdíl mezi normativními náklady na bydlení a rozhodným příjmem rodiny vynásobený předmětným koeficientem (0,3). Výše normativních nákladů na bydlení pro bydlení v bytech, užívaných na základě nájemní nebo podnájemní smlouvy, nebo v družstevních bytech a bytech, užívaných na základě služebnosti, je stanovena zákonem č. 117/1995 Sb.

2.5.4 Dopady na společnost

Dopady na prostředí a společnost, které je patologický hráč součástí, mají své kořeny v dopadech na mikro i mezo úrovni, a jsou přímým důsledkem jednání, které se s osobou patologického hráče pojí. Patologické hráčství a společnost spolu interagují ve dvou rovinách – jak jednání hazardního hráče ovlivňuje celkovou společnost, a jaké podmínky společnost (v dikci společenské odpovědnosti) vytváří, ve snaze maximalizovat ekonomické přínosy hazardního hráčství a minimalizovat jeho negativní dopady. Zaměříme-li se na rovinu první, tedy na dopady, které má patologické hráčství na společnost jako celek, za nejzávažnější lze považovat trestnou činnost v důsledku zadlužování patologického hráče. Proces zadlužování vykazuje v praxi drobné nuance, avšak ve většině případů je jeho postup obdobný, tak, jak ho představuje Graf 2.

Graf 2 Proces zadlužování patologického hráče



Zdroj: vlastní zpracování dle Roznerové, Mravčíka (2015).

Jak uvádí Mravčík a kol. (2021) ve *Zprávě o hazardním hraní v České republice 2021*, v roce 2020 činily průměrné měsíční výdaje patologického hráče na hazardní hru před začátkem léčby 50.000 Kč, přičemž zápornou finanční bilanci uvedlo více než 91 % hráčů. Co se týče celkové zadluženosti, průměrný dluh patologického hráče

před nástupem léčby činil v roce 2020 více než 800.000 Kč. Nezřídka však zadluženost patologického hráče dosahuje i k hodnotám, převyšujícím jeden milion korun. V okamžiku, kdy výdaje na hraní převyšují příjmy hráče (i přes vyčerpání všech dostupných zdrojů financování), dostává se patologický hráč do smyčky, kdy hraje dál nikoliv pro vlastní uspokojení, ale se záměrem dluhy splatit. Přirozeně však prohrává a zadlužuje se stále více, což bývá pro část patologických hráčů impulsem k riskantnímu a ilegálnímu jednání. Meyer (2009) ve své studii explicitně hovoří o nezákonném opatrování finančních prostředků na hazardní hru jako o charakteristické vlastnosti patologického hráče. Vzhledem k tomu, že hazardní hry jsou – na rozdíl od alkoholu či nikotinu – finančně velmi náročnou závislostí, kterou lze z dlouhodobého hlediska jen stěží financovat legálními prostředky, je delikvence při jejich získávání o to intenzivnější. Autor však rovněž dodává, že delikventní chování patologických hráčů není obvykle násilného charakteru. Nejprve se jedná o drobné krádeže (zejména v domácnosti či zaměstnání, které nebývají hlášeny orgánům činným v trestním řízení), kdy však trestná činnost velmi rychle postupuje na úroveň společnost ohrožující (krácení daní, zpronevěra finančních prostředků, apod.). Jak uvádí předmětná Zpráva, „podle výsledků studie mezi hráči v léčbě z r. 2019 se krádeže někdy dopustilo 51 % patologických hráčů (43 % v r. 2017), podvodu 37 % (29 % v r. 2017), zpronevěry 33 % (27 % v r. 2017), výroby a/nebo prodeje drog 28 % (24 % v r. 2017) a loupeže 12 % (8 % v r. 2017)“ (Mravčík a kol., 2021, s. 13). Odsouzení patologického hráče za opakovanou majetkovou trestnou činnost, nebo trestnou činnost většího rozsahu, jež mívá podobu nejen náhrady škody, ale i podobu odnětí svobody, s sebou přináší nemalé výdaje, hrazené z veřejných rozpočtů. Dle informací Vězeňské služby České republiky (2023) se k 20. 2. 2023 v českých věznicích nacházelo 19.480 osob, z nichž 7.410 bylo zaměstnaných; průměrné denní náklady na osobu vězně činily 1.841 Kč, průměrná měsíční odměna odsouzených byla v roce 2022 6.140 Kč. Z výše uvedeného je tedy patrné, že průměrný vězeň není schopen hradit náklady, které jeho pobytem ve vězení vznikají státu, jakož přirozeně i finanční závazky, které mu před nástupem do výkonu trestu vznikly.

Během výkonu trestu patologickému hráči narůstá výše jeho dluhů, včetně penále, smluvních pokut či nákladů exekučního řízení. Po propuštění z výkonu trestu tedy i nadále představuje společenskou hrozbu, neboť vysoké dluhy není schopen hradit z běžně dostupných prostředků, a opětovně se může uchýlit k páchání trestné činnosti.

Generální ředitelství vězeňské služby ČR si tento fakt dobře uvědomuje, a díky možnostem čerpání finančních prostředků ze strukturálních fondů Evropské unie, v rámci operačního programu Zaměstnanost, v roce 2021 spustilo projekt s názvem Kontinuální práce se zadluženým klientem ve výkonu trestu odnětí svobody a po propuštění, kdy byly vytvořeny metodiky práce pro zajištění kontinuální sociální práce se zadluženým klientem, včetně individuálního dluhového poradenství a výuky finanční gramotnosti. Zmíněný projekt byl prozatím úspěšně spuštěn v pěti věznicích v ČR, v letošním roce bude implementován do věznic zbývajících, jako povinný program pro odsouzené, mající dluhové problémy či nízkou úroveň finanční gramotnosti (Vězeňská služba České republiky, 2022).

Zákon č. 111/2006 Sb. umožňuje osobám, ohroženým sociálním vyloučením (tedy např. osobám, vracejícím se z výkonu trestu), čerpat dávku mimořádné okamžité pomoci, a to až do výše 1.000 Kč, kdy v průběhu roku může být tato částka poskytována opakovaně, její součet však nesmí překročit čtyřnásobek částky životního minima jednotlivce (k 26. 2. 2023 tedy maximálně částku 19.440 Kč). Rovněž zákon č. 108/2006 Sb. hovoří o možnostech dluhového poradenství, v dikci odborného sociálního poradenství, jednak v ust. § 92, odst. b), kdy obecní úřad obce s rozšířenou působností spolupracuje se zařízeními, jako je Vězeňská služba České republiky, Probační a mediační služba České republiky, se správními úřady či územně samosprávnými celky, při poskytování odborného sociálního poradenství osobám ohroženým sociálním vyloučením právě např. z důvodu výkonu trestu, a rovněž v ust. § 37, kdy lze registrovat službu odborného sociálního poradenství, jež může mít podobu občanské či dluhové poradny (zde je vhodné uvést, že vlastní úkony v rámci dluhového poradenství (např. sepsání návrhu na povolení oddlužení apod.) je možné provádět pouze po získání akreditace Ministerstva spravedlnosti, a zajištění garanta – typicky osoby z řad advokátů).

Významným počinem v oblasti regulace dluhů u osob, jejichž závazky několikanásobně převyšují příjmy, se na makro úrovni stala akce, nazvaná jako Milostivé léto, zavedená zákonem 286/2021 Sb.. Tato byla spuštěna v říjnu roku 2021 a týkala se dlužníků, majících finanční závazek vůči veřejnoprávním subjektům (stát, obec, zdravotní pojišťovna aj.), vymáhaný v exekučním řízení. Vlastní princip akce spočíval v možnosti nabídnout dlužníkovi úhradu jistiny vymáhané částky a nákladů exekuce v paušální výši 750 Kč bez DPH, s osvobozením dlužníka od úhrady zbylé části příslušenství dané pohledávky. Úspěšnost této akce stvrdilo i její opakování v září 2022,

tzv. Milostivé léto II, které upravoval zákon č. 214/2022 Sb., kdy rozdílnost byla pouze ve výši exekutorské odměny (nyní 1.815 Kč); v ostatním zůstaly podmínky identické. Akce Milostivé léto byla odborníky na dluhovou problematiku velmi kladně hodnocena – např. Hábl (dle Píky, 2022) uvádí, že *„akci využilo přibližně 20 tisíc lidí. Minimálně patnáct tisíc lidí se zbavilo všech svých exekucí, což si myslím, že je obrovský úspěch. Do veřejných rozpočtů se zároveň dostalo přes 500 milionů korun. To jsou peníze, které by se tam velmi těžko dostávaly, jestli by se tam vůbec někdy dostaly.“* Přestože doposud neexistují exaktní údaje o úspěších obou projektů, jednalo se zcela jistě o další efektivní nástroj státu (vedle např. institutu oddlužení), jak korigovat velké množství exekucí, s nimiž se Česká republika v současné době potýká. Dle údajů Exekutorské komory České republiky se k 30. 1. 2023 nacházelo v exekuci 672.417 fyzických osob, s průměrným dluhem ve výši 462.771 Kč (Exekutorská komora České republiky, 2023).

Přes počiny výše uvedené je problematickou rovinou legitimizace hazardních her (v přímé souvislosti s deregulací a liberalizací hráčského trhu) a jejich dostupnost. Jak uvádí Vacek (2014, s. 13), *„liberální legislativa a marketing podporují občany k účasti na státem regulovaných hazardních hrách, což z dlouhodobého hlediska představuje významnou změnu v sociálních a ekonomických normách. Tyto změny naznačují vznik nového druhu "konzumní etiky", založené na riskování, hédonismu a okamžitém uspokojování.“* Dostupnost hazardních her, ať již místní, časová, sociální či finanční, vystupuje do popředí zejména u problémových a patologických hráčů, chtějících změnit své hráčské návyky. Přestože zákon č. 186/2016 Sb. vymezil podmínky, kde lze provozovat technické hry (a zakázal hernám či kasinům podávat ke hře alkoholické nápoje), a stále více měst a obcí přistupuje k regulaci hazardu na svém území formou obecně závazných vyhlášek (velká část však reguluje hazard na svém území pouze v rámci seznamu povolených/zakázaných míst, nejčastěji je limitován prostor v okruhu škol a školských zařízení), nejeví se tyto snahy jako dostačující, zejména s ohledem na nastupující trend on-line hazardu. Stát zaujímá v oblasti problematiky patologického hráčství de facto schizofrenní postoj - na jedné straně má vystupovat jako řádný hospodář se státními finančními prostředky (a má tedy logicky zájem na vysokém výnosu z daní z hazardu, který podporuje např. formou reklam), na straně druhé má být stěžejním subjektem v rámci preventivního působení (a v rámci Národní strategie prevence a snižování škod, spojených se závislostním chováním, se snaží předcházet

a eliminovat dopady, vyplývající z hazardního hraní). Nárůst obliby hazardních her, způsobený nepřímo právě i výše uvedenými faktory, však s sebou přináší nutnost alokovat stále více veřejných finančních prostředků do léčby problémových a patologických hráčů, a do preventivních činností, určených zejména pro děti a mládež. Data, která by byla schopná explicitně porovnat náklady a výnosy patologického hráčství v české společnosti, prozatím chybí. Lze tak pouze spekulovat, přináší-li benevolence státního aparátu v oblasti dostupnosti hazardních her spíše ekonomické výhody či ekonomicko – sociální rizika.

I když je účinnost pobídek ke hraní (zejména reklam v TV, radiu, na internetu či v podobě billboardů) jistě diskutabilní, odborná literatura (i vlastní osobní zkušenost) se přiklání k názoru, že tyto pobídky lákají problémové a patologické hráče k pokračování v hraní, a připomínají jim jejich nežádoucí chování (Nešpor, 2007). V konečném důsledku tak mohou být právě ony spouštěčem recidivy u prozatím úspěšně léčeného hráče. Zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy, sice přenáší na zadavatele a zpracovatele reklam na hazardní hry povinnost viditelného a zřetelného označení škodlivosti těchto her, předmětná varování (zejména v TV či na billboardech) však nejsou jasně a zřetelně patrná. Účast známých tváří v reklamách na hazardní hry, ať již se jedná o osobnosti sportovní, či jinak společensky významné (z řad herců, zpěváků), oslovuje i mladší generace, pro které již jen samotné osobnosti představují určitý vzor chování a systém hodnot. Situaci by bylo možné alespoň částečně zhojit plošným zákazem reklam na hazardní hry v jakékoliv formě (TV, rozhlas, billboardy, internetová reklama), případně striktní regulací času, ve kterých je možno reklamu shlédnout (nejdříve od 22:00 hod.); prospěšné by bylo i zavedení povinnosti doprovázet reklamu sdělením o nepravděpodobnosti výhry. Přestože se stát snaží preventivně působit na děti a mládež v rámci edukačních programů v boji proti závislosti, tak, aby tito nepodlehli hazardnímu hráčství, a na tyto preventivní programy vynakládá velké množství státních finančních prostředků, souběžně si laxním přístupem k právní úpravě reklam na hazardní hry „vychovává“ další početnou generaci problémových a patologických hráčů.

2.6 Léčba patologického hráčství

Nešpor (2007) hovoří o třech stádiích léčby patologického hráče - o prvotním stádiu kritičnosti, ve kterém si hráč uvědomuje, že má problém s hazardním hraním, hledá pomoc a postupně získává naději na řešení svého problému. Druhým stádiem je stádium

znovuvytvoření - patologický hráč zvažuje svou finanční situaci, nachází nové (nebo se vrací do stávajícího) zaměstnání, je schopen reálně plánovat splácení dluhů a svou finanční situaci jako celek. V této fázi dochází i k napravování rodinných vztahů, abstinující patologický hráč získává sebevědomí ve smyslu překonání závislosti, nachází nový rozměr svého života. Finálním stádiem je stádium růstu. V něm dochází k vytěsnění myšlenek na hru, svůj čas a zájem orientuje patologický hráč na rodinu, přátele, aktivity, jež ho těší a přinášejí mu fyzický a duševní užitek. Přídavnou hodnotou je navrácení sebedůvěry a porozumění v sebe sama.

Jak však upozorňuje Kalina (2015), léčba patologického hráčství je náročná, má svá významná specifika a její efektivita se bezprostředně odvíjí od pochopení komplexnosti problému a od využívání paralelních struktur pro léčbu závislostního jednání. K těmto strukturám patří nejen ambulantní a ústavní léčba, nýbrž zejména terapeutické komunity, svépomocné skupiny, online – poradenské a léčebné intervence, vše v kombinaci s využíváním služeb základního a odborného sociálního poradenství. *„Efektivní systém péče by měl splňovat řadu kritérií v oblasti kvalitativní (struktura a provázanost sítě), tak i v oblasti kvantitativní (rozsah a dostupnost péče)“* (Kalina, 2015, s. 86). Za kvalitativní kritéria pak autor považuje zejména komplexnost a provázanost, za kritéria kvantitativního charakteru rozsah systému péče a jeho dostupnost.

Ústavní léčbou jsou myšlena uzavřena terapeutická oddělení psychiatrických lůžkových zařízení, kde probíhá individuální či skupinová psychoterapie různých forem, v délce trvání alespoň 6 týdnů, zpravidla však v průměrné délce 2 – 3 měsíce. Bývá indikována, pokud se jedinci nepodařilo svou závislost zvládnout ambulantní léčbou, je-li prostředí, ve kterém se pohybuje, rizikové pro zvládnání závislosti, nebo má-li patologický hráč sebevražedné sklony, příp. se již o sebevraždu pokusil. Zařízení ústavní péče je v České republice obecně nedostatek, primárně však těch, která se specializují výlučně na problematiku patologického hráčství. Nedostatečná je i kapacita lůžek v těchto zařízeních, přestože je míra vstupu patologických hráčů do léčby poměrně nízká. K nejznámějším psychiatrickým zařízením, specializujícím se na ústavní léčbu patologického hráčství, patří zařízení v Kroměříži, Opavě, Brně Černovicích, Praze Bohnicích, Havlíčkově Brodě, Červeném dvoře, v Bílé Vodě, Nechanicích, Jemnicích, Kosmonosech, Horních Beřkovicích, Dobřanech a v Jihlavě Naopak zcela chybí možnosti ústavní léčby pro patologické hráče v Pardubickém či Plzeňském kraji (Dávidová, 2020).

Terapeutické komunity jsou formou intenzivní ústavní léčby, s cílem posilovat mezilidské vztahy, uschopnit klienta ke zvládnání relapsů a převzetí zodpovědnosti za své chování a dosáhnout bezpodmínečné akceptace jeho abstinence. Je tedy patrné, že cílem není prostá abstinence, ale její přijetí coby nutnosti nové etapy života jedince. Za základní principy terapeutické komunity, vycházející z komunikace jejích členů a členů multidisciplinárního týmu, patří dle Adamečka a kol. (2003): motivace ke změně, nastavení podmínek komunity identicky k reálným podmínkám života, přijetí odpovědnosti za konání, dobrovolnost účasti v komunitě, důraz na poradenskou činnost komunity. Cílů v rámci terapeutické komunity je dosahováno technikami aktivního naslouchání a otevřené komunikace, při využití nedirektivního přístupu ze strany multidisciplinárního týmu. Důležitost multidisciplinárního týmu (do kterého patří sociální pracovník) nespočívá pouze ve směřování klienta k převzetí odpovědnosti za své chování a k hledání příčin a řešení problému, nýbrž i v možnostech, jak získat další informace či přístup k návazným službám. Jakožto se jeví léčba v rámci terapeutických komunit jako efektivní, Růžička (2011) upozorňuje na rizika, která mohou při práci v terapeutické komunitě vyvstat. Dle autora je jedním z rizik celková proměna osobnosti, kterou klient podstupuje – „*jedinec ztrácí dosavadní identitu a jeho osobnostní struktura a ohraničení prochází kreativní dezintegrací, než dojde k integraci nové, která umožní růst*“ (Růžička, 2011, s. 46). Riziková může být rovněž upjatost na společenství komunity, zejména v závěrečné fázi léčby, kdy dochází k finálnímu převzetí odpovědnosti klienta za svůj další život v reálném prostředí, tedy k oproštění se od života výlučně v rámci terapeutické komunity.

Ambulantní léčba probíhá nejen ve zdravotnických zařízeních, soukromých praxích či v neziskových organizacích, nýbrž i ve formě terapeutického sezení s odborníkem (terapeutem, poradcem, sociálním pracovníkem, psychologem). Délka spolupráce, frekvence jejího nastavení a stanovení individuálního plánu, je vždy jedinečného charakteru, odvíjející se od aktuální situace patologického hráče, jeho potřeb, psychického rozpoložení a kompetencí ke zvládnání abstinence. Stěžejním faktorem je motivace klienta, jeho ochota do služby nastoupit. Projeví-li klient zájem o odbornou pomoc, kontaktuje službu, zaobírající se ambulantní léčbou patologických hráčů. Nešpor (2007) k tomuto doporučuje nalézt vhodnou službu co nejbližší faktickému bydlišti patologického hráče, čímž je velice usnadněna dlouhodobá systematická léčebná spolupráce. Vlastním cílem ambulantní léčby je pak dosažení abstinence hráče, změna

jeho životního stylu a v neposlední řadě též stabilizace - nejen ve smyslu bio - psycho roviny, nýbrž i v rovině sociálního fungování a integrace.

Vyjma odborných služeb existují v České republice svépomocné skupiny, tvořené a organizované patologickými hráči bez účasti odborníků na danou problematiku. Principem svépomocných skupin je sdílení zkušeností, rad, plánů, či aktuálních problémů a jejich řešení v komunitě patologických hráčů, jakož i vzájemná podpora a soudržnost při zvládání crawlingových a abstinenčních příznaků. Důležitost těchto skupin, jež fungují na principu vzájemné solidarity, tak spočívá v emocionální podpoře mezi členy skupiny a ve sdílení zkušeností či hodnot, jejichž prostřednictvím mohou členové skupiny prohlubovat pocity osobní identity. Patrně nejznámější svépomocnou skupinou patologických hráčů je Gamblers Anonymous, v ČR pak skupina Anonymní Gambleři. Obě skupiny fungují na obdobném principu, jednotliví členové se na setkáních podílejí o své zkušenosti s patologickým hráčstvím. Skupiny jsou anonymní, zaměřují se na změnu chování a života svých členů skrze sdílení zkušeností a problémů, spojených s patologickým hráčstvím. Pro patologické hráče představují svépomocné skupiny vítanou podpůrnou alternativu léčby. Jak uzavírá Hejzlarová (2011), přístupy svépomocných skupin jsou přínosné i pro sociální práci, které dodávají energii, odlišný pohled na problematiku a impulsy k inovativním způsobům práce s patologickými hráči, neměly by však být prezentovány jako plnohodnotná náhrada profesionální pomoci.

Léčbu patologického hráčství v České republice znesnadňuje několik skutečností. Do současné doby neexistují v ČR téměř žádné služby, zaměřené výlučně na patologické hráčství, ať již se jedná o služby primární prevence, nízkoprahové služby, umožňující včasný záchyt, či specializovaná poradenství a následná péče (Dávidová, 2020). Výjimku tvoří pouze neziskové organizace Společnost Podané ruce o. p. s., PREV - CENTRUM, z. ú., NEO - centrum a SANANIM, které poskytují nízkoprahovou a zároveň komplexní péči hráčům a jejich blízkým - poradenství, individuální a rodinnou terapii i sociální poradenství. Návazné služby, tedy služby sociálně – právního a finančního poradenství, jsou sice v ČR relativně dobře dostupné, avšak chybí jejich provázanost se službami léčby. Právě tato provázanost, spolu s nabídkou a dostupností více modalit léčby patologického hráčství, je důležitým faktorem pro snazší záchyt problémových hráčů. Ideální je ucelený, návazný a propustný systém služeb, ve kterém jsou služby poskytovány klientům anonymně a bezplatně, fyzicky i distančně, individuálně či formou rodinné terapie. Dostupné služby by měly být dostatečně specifické, ale zároveň otevřené

i rodinným příslušníkům a blízkým hráčů, neboť problém zvykle postihuje rodinu jako systém (Kalina, 2015).

Nadto se nedaří ČR plnit preventivní cíle v oblasti hazardních her, stanovené Akčními plány realizace Národní strategie prevence a snižování škod, spojených se závislostním chováním. *Souhrnná zpráva* z roku 2022, mapující plnění Akčního plánu pro období let 2019 – 2021, poukazuje zejména na neplnění několika indikátorů, mající přímou návaznost na výše uvedené (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2022):

- *Indikátor: Rozšíření regulace reklamy na alkoholické nápoje, tabákové výrobky a hazardní hry.* Byl připraven materiál k jednomu z účinných opatření Regulace reklamy, propagace a sponzorování v oblasti návykových látek. Rovněž byla zahájena příprava konzultačního materiálu, který ve více variantách řeší formou konkrétních legislativních opatření zpřísnění reklamy na alkohol a hazardní hry v tisku, TV, rádiu, místech prodeje a v audiovizuálních médiích na vyžádání a byla připravena politická doporučení pro regulaci reklamy, propagaci a sponzorování v oblasti návykových látek v ČR. Ani jeden z materiálů však nebyl předložen. K rozšíření regulace reklamy na alkoholické nápoje, tabákové výrobky a hazardní hry tedy nedošlo.
- *Indikátor: Rozšíření informační povinnosti výrobců/prodejců alkoholických nápojů a tabákových výrobků a provozovatelů hazardních her.* Politická reprezentace se neshodla na zavedení informační povinnosti zákazu účasti nezletilých na hazardních hrách v místech prodeje a provozu, doporučila pouze sjednotit informační povinnost pro technickou a internetovou hru. Zákonně však nebyla jednoznačná vizuální podoba varování o škodlivosti hazardních her vymezena.
- *Indikátor: Snižování dostupnosti (cenové, místní, časové) alkoholu, tabákových výrobků a hazardních her.* V daném období nebyla ze strany Ministerstva financí ČR realizována žádná možnost snižování dostupnosti hazardních her. Požadavky stávající legislativy považuje ministerstvo za dostačující.
- *Indikátor: Přehled příkladů dobré praxe v oblasti posílení bezpečí a ochrany veřejného pořádku v souvislosti s užíváním návykových látek a hazardním hraním.* Přehled příkladů dobré praxe v oblasti posílení bezpečí a ochrany veřejného pořádku v souvislosti s užíváním návykových látek a hazardním hraním nebyl vytvořen.

Druhou rovinou, jež plynule navazuje na rovinu předcházející, je nahlížení na problém patologického hráčství jako na zdravotní diagnózu. Stát o patologickém hráčství uvažuje primárně jako o nemoci, komplexní klinické poruše, kterou je zapotřebí řádně diagnostikovat a (i za medikamentózní podpory) léčit. Této optice chápání problému je pak uzpůsoben i průběh léčebných programů ve zdravotnických zařízeních, které se soustředí převážně na osobu hráče, na posílení jeho fyzické a duševní odolnosti pro zvládnání cravingových stavů. V ústavních či ambulantních zařízeních pro patologické hráče podporované státem není příliš zohledňováno sociální fungování jedince a zejména síla a možnosti podpory jeho blízké rodiny ve zvládnání závislostního jednání (Dávidová, 2020). Změnu ve smýšlení nepodporuje ani skutečnost, že jsou v současné době v České republice k dispozici pouhé jednotky výzkumů, zaměřující se explicitně na negativní proměnu vztahů patologických hráčů s jejich rodinami, jakož i na důležitost stabilního rodinného zázemí pro efektivní léčbu patologických hráčů z dlouhodobého hlediska. Dostupné výzkumy jsou zastaralé, vykazují roztržitost, a jsou realizovány pouze na nízkém procentu celkové populace (viz Velimová (2010)), nemají tedy celonárodní charakter. Jejich výsledky tak mohou být odbornou veřejností zpochybňovány, podceňovány či zneplatňovány.

2.6.1 Sociální práce s patologickým hráčem

Různorodost a proměna teorií sociální práce v čase se odráží i ve způsobech práce s danou cílovou skupinou. Navrátil (2001) uvádí, že je mnohdy obtížné vybrat jedinou teorii, která by dokázala osvětlit širší oblasti klientova života, a byla zároveň schopná nabídnout bohaté spektrum intervenčních postupů. Dle autora se tak většinou v praxi sociálních pracovníků objevuje slučování různých teoretických východisek do jednoho celku, označované jako eklekticismus. Snahu využívat více teoretických modelů při práci s klientem pak Navrátil (2001) opírá zejména o argument, že klient by měl mít možnost těžit ze všech dostupných poznatků, které jsou modifikovány na základě empirických zkušeností sociálního pracovníka. Hovoří rovněž o překryvu teorií v různých oblastech, který předurčuje teorie k vzájemnému doplňování. V teoretickém základu pak Kalina (2003) hovoří o základním rozdělení způsobů práce s patologickými hráči v dikci tří Paynových paradigmat sociální práce.

Terapeutické paradigma, jež determinuje sociální práci jako terapeutickou pomoc, má za cíl zabezpečit klientovi psychosociální pohodu. Patologický hráč, který prohrává

finanční prostředky, určené na jiné oblasti jeho života, který ztrácí důvěru ze strany blízkých osob, a neví, jak ze své situace ven, bývá demotivovaný, cítí marnost, nenachází smysl života. Terapeutické paradigma, založené na duševním zdraví a pohodě klienta, které zahrnuje zejména rogersovský přístup, orientovaný na člověka, přístup existenciální a formu realitní terapie, poskytuje pomoc v psychické oblasti tam, kde problém existuje, kde vzniknul, řeší tedy primárně problémy s motivací klienta, jeho nepřijetí a nepoznání sebe sama, či jeho neschopnost nebo odmítavost přijmout odpovědnost za svůj život. Při práci s motivací klienta využívá současná sociální práce zejména psychologický a psychoterapeutický přístup Carla Rogerse, jehož základní hypotézou je skutečnost, že „jedinci disponují ve svém nitru nesmírnými potencemi sebeporozumění a proměny vlastního sebepojetí, základních postojů a jednání, zaměřeného na vlastní self“ (Rogers, 2014, s. 106). Rogersovský přístup je zaměřen na růst, zrání a sebedeterminaci klienta. Pomáhající pracovník není pouze klientovým průvodcem a facilitátorem procesu změny, nýbrž osobou, směřující klienta ke společnému cíli, při plné akceptaci klienta v jeho jedinečnosti a projevech. Ty je pak zapotřebí podpořit tak, aby klient našel svou vlastní cestu k zacházení s realitou, v rámci jeho možností a schopností. Důležitou technikou v dle výše uvedeného je motivační rozhovor, s cílem klienta motivovat k závazku vůči sobě samému, že ve svém chování dojde k určité změně. Na důležitost této techniky při práci se závislým klientem z hlediska její přínosnosti, zejména pak v brzkém stadiu léčebného procesu, upozornil ve svém pozorování již Gossop (2009). Ten porovnával následky motivačních rozhovorů u klientů, závislých na psychoaktivních látkách. Pokud byly motivační rozhovory uplatněny v léčbě závislých pacientů, téměř tři čtvrtiny z nich vykazovaly významné zlepšení výsledků léčby. V nastavené spolupráci pak pokračovalo o 42 % více ambulantně léčených pacientů, kteří absolvovali v rámci úvodního poradenství a následné brzké fázi léčebného procesu motivační rozhovory, oproti těm, kde prvek motivačního rozhovoru chyběl. I Schulte (2010) hovoří o přínosnosti motivační intervence ve formě rozhovorů ve skupině závislých osob. Tato přínosnost v jeho studii spočívala zejména ve snížení míry užívání návykové látky a v ochotě účastnit se dalších sezení. Zajímavé je však zjištění projektu MATCH (dle Millera, Rollnicka, 2003), zabírající se porovnáním úspěšnosti motivační terapie a kognitivně behaviorálního postupu při práci se závislými klienty. Konkrétně projekt porovnával čtyři sezení v rámci motivačně posilující terapie s dvanácti sezeními kognitivně - behaviorálního nácviku dovedností u ambulantních klientů, závislých na alkoholu. Výsledky klinických studií prokázaly, že kratší motivační terapie byla stejně

účinná jako mnohem delší a systematictější KBT. Rovněž, v díkci dlouhodobé katamnézy, dosahovala motivační terapie u prvotně demotivovaných klientů vyšší úspěšnosti než postup v díkci KBT.

Přínosnosti motivačních rozhovorů v praxi při práci s patologickým hráčem (či jiným závislým klientem) si je současná česká sociální práce velice dobře vědoma. Zejména neziskové organizace, zaobírající se tématem závislostí na pomezí poradensko - terapeutického přístupu, proto nabízejí velké množství kurzů, zaměřené na tuto metodu sociální práce. Namátkou, Česká asociace streetwork, z. s., Společnost Podané ruce o. p. s., EDA a další pravidelně nabízejí vzdělávací kurzy s akreditací MPSV pro pracovníky v sociálních službách, sociální pracovníky, vedoucí pracovníky sociálních služeb, ale i pro osobní asistenty či pro pečující o děti a dospělé se specifickými potřebami, zaměřené na zdokonalení a prohloubení techniky motivačních rozhovorů. Kurzy bývají zpravidla vícedenní, přínosem je i možnost aktivně se kurzu účastnit vzdáleným připojením, tzn. online formou.

Nabízí se však i jiný úhel pohledu a s ním spojená otázka, lze-li efektivně v rámci motivační terapie pracovat s klientem, který k léčbě svolil po nátlaku ze strany svých blízkých, nebo který je v odporu. Nejčastěji se odpor klienta projevuje jeho námitkami („nerozumíte tomu“, „to, co mi říkáte, není pravda“), skákáním do řeči („moment“, „ale...“), popíráním, obviňováním druhých osob, bagatelizací problému („nemyslím si, že mám až takový problém“, „...„ono je to důsledkem toho, jak se chová rodina/že jsem přišel o práci/jak je společnost nastavená“... „to je v pohodě, nic tak moc se nestalo“), ignorací, nepozorností či změnou tématu (Kalina, 2015). Zvládnout klienta v odporu je pro sociálního pracovníka vždy velká výzva. Stěžejní roli zde budou hrát nejen jeho praktické zkušenosti, nýbrž i osobnostní kompetence. Ke klientovi v odporu lze přistoupit metodou jednoduché reflexe, tedy jednoduše reflektovat názor či emoci klienta v dané chvíli („Vy vůbec nechápete moji situaci“ – „Vám se zdá, že nerozumím tomu, co prožíváte“), metodou dvoustranné reflexe, neboli zopakováním toho, co klient říká, na základě vsunutí ambivalentního prvku („Hraju, a všichni chcete, abych přestal hrát, ale já přece nejsem žádný závislák, co terorizuje a zanedbává svou rodinu" - "Uvědomujete si, že závislost na hraní Vám přináší problémy v rodině, ale zároveň nechcete, aby Vás někdo označoval za člověka, co zanedbává svou rodinu. To Vám není příjemné“), či zdůrazněním osobní volby a odpovědnosti klienta - "To, co se svým životem uděláte dál, to je jen na Vás. Vy se rozhodnete, jak budete v něm pokračovat, a nikdo Vám

v tom nemůže bránit“ (Kalina, 2015). V zahraničí (zejména v USA a Velké Británii) se při práci s nemotivovaným závislým klientem dle Roblese (dle Gossop, 2009) osvědčil způsob motivační terapie, založený na odměnách. Využívání odměn může být velmi užitečným způsobem léčby u pacientů s „nulovou odezvou“, stejně jako u jinak nemotivovaných pacientů, vykazujících závislostní jednání. Zahraniční motivační programy pro podporu žádoucího chování závislých osob využívají různých typů odměn, zkombinovaných s nízkou úrovní požadavků (např. odměna v podobě poukázky pro výběr určitého zboží v reciprocitě s požadavkem v dikci harm reduction - týden abstinence). Přestože se jedná o způsob motivační terapie, cílené na osoby se závislostí na opiátech, při určité transformaci by mohl být zařazen i do postupů práce s patologickými hráči. Systém odměn pak nemusí být postaven na získání finančních prostředků, finančních odměn či odměn materiálního charakteru oproti zdržení se hráčského chování; patologický hráč může být přínosný pro své okolí v rámci účasti na preventivních programech pro školská zařízení, kde může vystoupit a podělit se o své praktické zkušenosti s hráčstvím a s jeho dopady. Nejúčinnější prevencí jsou osobní zkušenosti, vlastní či autenticky předané; školská zařízení pak mohou výměnou za osvětu dětí a mladistvých nabídnout patologickému hráči např. možnost bezplatně využívat svá venkovní hřiště, školské bazény či tělocvičny pro jeho volnočasové aktivity nebo pro aktivity jeho dětí. Výše uvedený příklad je přirozeně pouze ilustrační, sloužící pouze na poukázání na možnosti, jakými by bylo možné patologického hráče motivovat k řešení problému v dikci odměn. Je třeba zdůraznit, že tento způsob práce s klientem předpokládá velký proaktivní (až radikální) přístup ze strany sociálního pracovníka, který se nespolehá pouze na možnosti, které jsou mu teorií a dostupnými prostředky či metodami dané, ale aktivně hledá alternativní způsoby, jak pomoci závislým klientům s řešením jejich problémů (jistě však s důrazem na reálné možnosti, vyplývající z dostupnosti a provázanosti služeb a preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních a dalších opatření, včetně opatření, uskutečňovaných na mezinárodní, národní, krajské či místní úrovni).

Reformní paradigma, které vymezuje sociální práci jako reformu společenského prostředí, vychází z teze, že osobního či sociálního rozvoje nelze dosáhnout za nerovných společenských podmínek; významná společenská změna je tedy obsahem dané filozofie. V dikci reformního paradigmatu pak sociální práce pracuje se skupinou, či menšinou, která může být společenskými strukturami diskriminována či vystavena opresi rozličného

charakteru, popř. se změnou systému, který určitému negativnímu jevu ve společnosti do jisté míry napomáhá či jej významně neredukuje (na příkladu patologického hráčství se může jednat o podporu změny legislativy, upravující reklamu na hazardní hry v masmédiích, a to i v časech, kdy k těmto mívají zvykle přístup i děti a mladistvé osoby). Patologičtí hráči sice mohou být teoreticky vymezeni jako menšinová skupina, avšak přiléhavější je při práci s nimi využití přístupů v dikci poradenského paradigmatu.

Poradenské paradigma vnímá sociální práci jako sociálně-právní pomoc, jako jeden z aspektů systému sociálních služeb, jež se v praxi zaměřuje na malé individuální změny, v rovině mikro - mezzo. Podstatou sociální práce v dikci poradenského paradigmatu je pomoc klientům prostřednictvím poskytování informací, zpřístupňování zdrojů a mediací a rovněž prostřednictvím kvalifikovaného poradenství. V daném pojetí je třeba poskytnout klientovi kvalitní sociálně - právní poradenství, aby se mohl zorientovat ve svém problému, v nabídce pomoci a svou situaci úspěšně vyřešil (Matoušek, 2022). Cílem sociální práce je pak posílení schopnosti klienta řešit jeho problémy a individuální potřeby, změnit blízké prostředí a zlepšit systém nápomocných institucí. K základním přístupům poradenského paradigmatu patří kognitivně – behaviorální terapie (KBT), systémový přístup (rodinná terapie) a přístup systemický.

Kognitivně - behaviorální terapie se zaměřuje primárně na čtyři modality lidské psychiky, a to na myšlení, emoce, tělesné reakce a pozorovatelné chování, které jsou vzájemně provázané. Tzv. kognitivní smyčka spočívá ve spojení často automatizovaného toku myšlenek a představ, kterými si lidé vysvětlují různé události, se silnými emocemi, které jsou následně spojené s tělesnou odezvou rozličné intenzity, chováním v dané situaci a s následky tohoto chování. Ovlivníme-li však jednu modalitu, účinek se promítne i do zbylých tří (Matoušek, 2022). Cílem KBT je změna myšlení a chování, které brání klientovi (patologickému hráči) v úspěšném sociálním fungování. Změnou v tomto myšlení a chování může být snížení intenzity, frekvence či trvání daného chování, které působí klientovi potíže (hazardní hráčství, dluhová problematika), recipročně zvýšení intenzity, frekvence či trvání chování klienta, jehož nepřítomnost působí jedinci potíže (komunikace v rodině a posílení vazeb v ní, činnosti k nalezení pracovního uplatnění) a vytvoření nových dovedností. KBT se zaměřuje na řešení konkrétních, jasně definovaných problémů klienta, a to ve vztahu k jeho přítomnosti a budoucnosti. Cíle jsou vždy konkrétní, realistické a měřitelné, při jejich dosahování se uplatňuje vědecká metodologie (např. pozorování, měření či testování hypotéz). Za základní

techniky KBT považuje Pešek a kol. (2013) kognitivní restrukturalizaci (racionální přerámování automatických negativních myšlenek), nácvik všímavosti a asertivity, uvědomování a přijímání vlastních pocitů, využívání terapeutických dopisů, expoziční léčbu, přímého či nepřímého charakteru, posilování určitého vzorce chování pomocí odměn a trestů. *Přístup terapeuta je obvykle založen na tzv. „sokratickém dotazování“, kdy kladením vhodných otázek učí klienta samostatně myslet a vede jej k tomu, aby si klient sám postupně přicházel na řešení vlastních potíží* (Pešek a kol., 2013, s. 34). Jak dále autoři upozorňují, KBT vykazuje oproti jiným přístupům jistá specifika. Jedná se o relativně krátkou, časově omezenou terapii, která je více strukturovaná, ve smyslu pevného uspořádání nejen jednotlivých sezení, nýbrž celého terapeutického procesu (posouzení životní situace klienta - vytvoření seznamu problémů - stanovení cílů terapie atd.). Charakteristickým prvkem je posilování vůle klienta na sobě systematicky pracovat i mimo terapii, nejčastěji formou domácích úkolů a cvičení, které jsou na terapiích následně konzultovány.

Podporuje-li rodina patologického hráče v jeho léčebném procesu, může aktivně na léčbě participovat, nejčastěji formou rodinné terapie v dikci systémového přístupu. Ochota rodiny podpořit svého člena v léčbě, může být ovlivněna několika skutečnostmi - rodinnými vztahy v době před závislostí, přítomností dětí v rodině, finanční závislostí partnera patologického hráče na jeho příjmu, či například věkem a životními zkušenostmi poškozeného partnera; stěžejním faktorem je však ochota patologického hráče svůj problém řešit. Klientem sociálního pracovníka je pak v rámci rodinné terapie rodina jako celek. Kratochvíl (2017) definuje rodinnou terapii jako metodu práce s rodinou, která se zabývá rodinnými problémy ve snaze tyto překonat a dosáhnout harmonického, neporuchového chování celé rodiny.

Rodinný systém netvoří pouze jednotlivé elementy, nýbrž i vztahy mezi jednotkami systému, tedy celý rodinný kontext a jeho pravidla. Aby rodina (a každý systém obecně) fungovala efektivně, potřebuje mít metody k řízení a udržení vyváženosti a stability. Rodina je systémem otevřeným, což znamená, že energii lze volně transportovat směrem dovnitř, jakož i uvnitř a směrem ven ze systému. Zároveň platí, že je tento systém ohraničený, a že vztahy v rodině jsou definovány pravidly, s cílem zachovávat homeostázu, tedy pocit jistoty a bezpečí ve fungování rodiny (Gjuričová, Kubička, 2009). *„První pomoc rodině spočívá v posilování její schopnosti bránit se manipulacím ze strany hráče a v doporučení, aby členové rodiny na sebe nepřebírali odpovědnost za závislého.*

Těchto doporučení je rodina obvykle schopna využít až tehdy, když se vyčerpaly všechny rezervy a v rodině se rovněž prosadil kritický náhled na závislého člověka a na velmi omezené možnosti všech jeho bližních“ (Matoušek, 2003, s. 132).

Práce s rodinou patologického hráče bývá nejčastěji zaměřena na analýzu stávajícího způsobu komunikace v rodině, na porozumění důvodů a příčin závislostního chování patologického hráče, na vztah interních potíží a venkovních projevů partnerů a dětí patologického hráče, a na dopady patologického hráčství na každého jednotlivého člena rodiny. Rodinná terapie poskytuje každému členu rodiny možnost otevřeně hovořit o svých pocitech, je tedy významným terapeutickým nástrojem. Zároveň přináší do stávajícího rodinného systému vhled třetí osoby, která je svým odborným působením schopná ovlivnit vztahy v rodině, vytvořit prostor pro konstruktivní diskuzi, nalézt harmonii a souznění v rodinné komunikaci a tuto podnítit v touze spolupracovat při řešení problémového chování (Barker, 2012). Přidatnou hodnotou změny na interpersonální úrovni členů rodiny je potenciál pro zvýšení jejich vzájemné důvěry, možnost redefinice partnerského (manželského) vztahu a vztahů s dětmi, a též posílení schopnosti každého člena rodiny převzít moc a kontrolu nad svým životem. Úspěšnost rodinné terapie však závisí na ochotě každého člena rodiny spolupracovat a pozměnit své postoje či chování v rámci rodinného systému. Kromě rodinné terapie může rodina vyhledat pomoc v rámci rodinného či manželského poradenství, které má oproti psychoterapii širší vymezení. Rodinám patologických hráčů poskytuje psychologické, psychosociální i sociálně – právní poradenství pro zvládání dopadů patologického hráčství. V rámci poradenství je vysoce důležité umět rodinu napojit na podpůrné sítě a návazné služby, jež jsou v dané oblasti dostupné, jakož i na vhodnou možnost léčby, ať již ústavního či ambulantního charakteru. Má-li rodina přehled o návazných službách, ví, jaké další služby může oslovit pro podporu změny své situace (Kalina, 2015). Rodinné poradenství bývá oproti rodinné terapii většinou krátkodobého charakteru, a je zaměřeno na konkrétní cíl či zakázku, jež je nastavena dle dohody s klienty (rodinou). Nezaměřuje se tedy na hlubší problematiku v dané oblasti jako rodinná terapie, jež si žádá speciální odborný výcvik a vzdělání pracovníka v daném oboru.

Pro ulehčení komunikace je v rámci rodinné terapie či poradenství využíváno různých metafor (typickou je rodina jako sociální děloha), pomůcek či nástrojů, majících za cíl pomoci rodině ke změně jejích komunikačních vzorců a k odstranění komunikačních bariér, pramenících nejen z pocitů studu, beznaděje či naopak hněvu, nýbrž i z možné

neschopnosti jasně definovat a konkretizovat přání či myšlenky každého člena. Zejména u dětí je vhodným nástrojem pro podporu a rozvoj pozitivních vztahů v rodině (primárně pak k rodiči, který je patologickým hráčem) technika "*Ruka*" (Zakouřilová, 2008). Dítě na papír obkreslí svou ruku a následně je instruováno, aby do ní (ať již do dlaně či na každý jednotlivý prst) napsalo, co na rodiči oceňuje, proč ho má rád, co podle něj dobře zvládá apod. Je třeba dítěti zdůraznit, že je třeba psát pozitivní věci, postřehy či vlastnosti rodiče. Danou techniku lze modifikovat i pro práci s více osobami v rodině najednou - dítě vytvoří svou ruku o pozitivních aspektech na osobě rodiče, rodič svou o osobě dítěte, a tuto si vzájemně předají. Následně pak mohou vyjádřit své pocity, co cítí, co je potěšilo či překvapilo. Důležitým nástrojem v rámci terapie či poradenství je rozhovor, kdy v jeho úvodu dochází k průzkumu situace, v níž se rodina nachází, k zjištění, jakých možností při řešení problému klient (rodina) již využila, zjištění jejich představ a přání. Zde lze využít techniky, zvané "*Semafor*" (Zakouřilová, 2008). Ta pomáhá klientům ujasnit si možnosti dané situace a tyto následně diferencovat dle možností jejich naplnění. Klientům je předložen obrázek semaforu, kdy u oranžové barvy označí možnosti řešení problému, u červené ty, které není možno realizovat z rozličných důvodů (jsou nebezpečné, nevyhovující, nereálné); finálně pak u zelené barvy označí možnosti optimálního. V následné fázi je třeba definovat cíle, kterých chce rodina dosáhnout a naplánovat postupné kroky, kterými lze k těmto cílům dojít.

V dikci systémového přístupu k rodině využívá současná sociální práce strategickou terapii, model růstu Virginie Satirové či strukturální rodinnou terapii v dikci Minuchina. Strategická terapie predikuje odpor a obranu rodiny patologického hráče proti změnám, způsobilým narušit patologickou homeostázu. Terapie pak využívá zejména techniky přerámování a paradoxní intervence (Zeig, 2005). Model růstu Satirové vychází z přesvědčení, že neexistuje nikdo, kdo by se nemohl změnit, a vztahuje tuto doktrínu na jednotlivce i celou rodinu. Stěžejním bodem je zaměření se na rodinná pravidla, a na vnitřní zdroje každého člověka, s cílem nastavit copingové strategie, tzn. procesy zvládání hráčské závislosti člena rodiny. Technikami v dikci tohoto přístupu je technika metafory, přerámování či rodinná mapa, určující rodinnou síť a vzájemné interakce v ní. Strukturální rodinná terapie se soustředí na rigidní koalice v rodině, bránící sblížení členů rodiny na různých úrovních rodinného podsystému (Zeig, 2005).

Ze systémové terapie (která bývá odbornou literaturou synonymizována s pojmem rodinná terapie) se na přelomu 70. let vyčleňuje terapie systemická, která dosavadní směr

radikálního konstruktivismu mění ke konstruktivismu sociálnímu, tedy k tezi, že sociální realita není jedinci objektivně překládána jako fakt, ale je nepřetržitě konstruována prostřednictvím sociálních procesů a komunikace. Změnou v myšlení oproti systémovému přístupu je skutečnost, že terapeut není pouze expertem, který sleduje situaci v rodinném systému, a může do něj libovolně vstoupit a vystoupit, nýbrž se stává jeho součástí coby aktivní účastník. Brožková (2004, s. 14) pak přehledně shrnuje, že zatímco se systémová terapie zabývá rodinou jako „*systémem, který vytváří problém*“ a terapeut v pozici experta pozoruje rodinný systém, léčebnou jednotkou systemické terapie je „*problémem utvářený systém*“. Tj. systém, do kterého patří - a aktivně přispívá - každý, koho se problém nějakým způsobem dotýká, kdo se zabývá jeho řešením, kdo o něm hovoří.“ Hovoříme-li o systemickém přístupu při práci s rodinou patologického hráče, v něm je hojně využívána narativní terapie, jejímž zdrojem je vyprávění, resp. převyprávění životního příběhu, s cílem hledat nový význam a souvislosti, schopné překonat problém a rekonstruovat problémem definovaný systém. Technikami v rámci systemické terapie je pak zejména technika cirkulárního dotazování (kladění otázek oklikou), škála pokroku, psaní deníků v rámci narativní terapie, či otázky na zázrak („*Jestliže by problém nějakým zázrakem přes noc zmizel, podle čeho to poznáte? Kdo by byl první, kdo by to ráno poznal? Jakou věci byste udělali jako první? Co jako druhou? Co by udělali nebo říkali lidé kolem vás jinak?*“ apod.) (Gjuričová, Kubička, 2009).

2.6.2 Etika v sociální práci s patologickými hráči

V sociální práci téměř vždy vyvstávají morálně problematické situace. Nejinak je tedy tomu i v případě práce s patologickými hráči. Etický kodex sociálních pracovníků v ČR za obecné základní problémové okruhy považuje otázky:

- kdy vstupovat či zasahovat do života občana a jeho rodiny, skupiny či obce;
- kterým sociálním případům dát přednost a věnovat čas na dlouhodobé sociálně výchovné působení;
- kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovaly klienta ke změně postojů a k odpovědnému jednání a nevedly k jejich zneužití;
- kdy přestat se sociální terapií a poskytováním služeb a dávek sociální pomoci (Veselský, 2019).

Další typ eticky problematických okruhů souvisí se situacemi, ve kterých se může dostat do konfliktu zájem klienta s loajalitou sociálního pracovníka, nebo v nichž sociální pracovník váhá, zdali důvěrné informace, které od klienta získal, zpřístupnit třetím osobám, např. na vyžádání soudu, k ochraně zájmů nezletilých osob, či samotného klienta. Při práci s patologickými hráči mohou vyvstat dilemata níže uvedená. Jedná se přirozeně pouze o orientační výčet, který není (a z povahy věci ani nemůže být) konečný, když praxe přináší stále nové skutečnosti a poznatky, a tím pádem i další morálně problematické situace. Za typická etická dilemata při práci s danou cílovou skupinou (a jejich rodinnými příslušníky) můžeme považovat:

- Porušit důvěru ve vztahu klient – pracovník, k ochraně třetí strany? (rodina, zejména nezl. děti). Poskytnout informace o důsledcích patologického hraní rodině klienta, přestože klient rodinu neinformoval a nehodlá tak učinit? Má porušit sociální pracovník důvěru klienta a informovat jeho rodinu o hrozbách, které se jí mohou bytostně dotýkat? (exekuce – prodej majetku)? Patologický hráč má tendenci klamat, zatajovat informace o výši dluhů a nemožnosti jejich úhrady. Má však sociální pracovník v rámci práce s klientem jeho rodinu informovat o těchto skutečnostech? Má upřednostnit žádost klienta nebo potřeby jeho rodiny, zejména pokud se v ní nachází nezletilé děti?
- Domáhat se dozoru nad financemi klienta, aby tento byl omezen v možnosti dále provozovat patologické hráčství? Zjednodušeně lze říci, že člověk s problémem patologického hráčství nemůže mít své finance pod kontrolou, tedy je vhodné, aby jeho partner převzal veškeré hospodaření za hráče. Hráč následně dostává kapesné k osobní potřebě. Vyvstává však otázka, má-li sociální pracovník vést klienta k přesvědčení, že prvotním krokem úspěšné léčby je mimo jiné i odklon jeho dispozice s finančními prostředky na jinou osobu (typicky blízká osoba – manžel/ka, rodiče) nebo podporovat jeho motivaci k léčbě právě i ponecháním volnosti v dispozici se svými finančními prostředky? Projevit mu důvěru v jeho schopnost problém zvládnout nebo upřednostnit jistotní prostředek při možném relapsu?
- Vést klienta k totální a důsledné abstinenci anebo jej směřovat ke strategii harm reduction? Kdy a u jakého klienta přistoupit k této alternativě? Je efektivní a v souladu s přesvědčením sociálního pracovníka?

V případech, ve kterých jsou v rozporu práva, potřeby a zájmy různých stran, bude řešení sociálního pracovníka vycházet nejen z legislativní úpravy dané oblasti, znalostí etických kodexů, nezbytných pro práci sociálního pracovníka, a z jeho zkušeností, nýbrž zejména z hodnot, které daný pracovník vyznává. Zastrow (2019) považuje orientaci na hodnoty za jeden z klíčových atributů efektivní sociální práce. Zdůrazňuje zejména základní profesní hodnotu sociálního pracovníka, kterou je klientovo právo na sebedeterminaci, ve smyslu odpovědnosti klienta za řešení vlastního problému. Sociální pracovník by měl být pro klienta dle Zastrowa partnerem, jež ho provede danou situací, probere s ním možnosti jejího řešení, a následně ho podpoří ve vlastním rozhodnutí. Neusiluje tedy o expertní typ vztahu, přestože uplatnění dané hodnoty přirozeně neznamena, že by byla sociálnímu pracovníkovi odepřena možnost vyjadřovat vlastní názor či možnost dělat konkrétní návrhy na řešení situace klienta. Důležité je ale představovat jednotlivé alternativy řešení dané situace jen jako možné způsoby, nikoliv tedy jako přímou radu. K dalším profesním hodnotám sociálního pracovníka pak Zastrow (2019) řadí důvěrnost (relativního charakteru), advokacii a sociální akci, odpovědnost (ve smyslu odpovědnosti vůči společnosti i vůči klientům, při poskytování maximálně efektivní a kvalitní péče), a též orientaci na rodinu, jako nezastupitelnou hodnotu v životě jedince. Podle Veselského (2019) je důležitost rodiny při sociální práci dána její reakcí jako nezávislého systému. Péči navíc v rodině často nepotřebuje pouze jeden její člen, nýbrž i další rodinní příslušníci (v dikci patologického hráčství jistě manžel/ka, partner/ka, děti).

3 Analýza potřeby

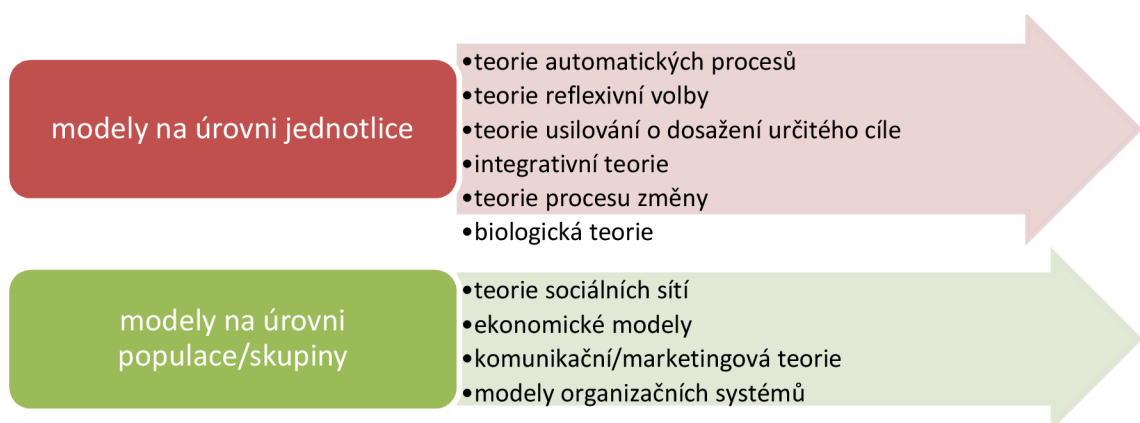
Na základě teoretických východisek, uvedených v předchozích kapitolách této práce, je stanovena následující analýza potřeby.

A) Příčiny problému a jeho důsledky/dopady na cílovou skupinu (v obecné rovině) a společnost obecně:

Základem úspěšné práce s patologickými hráči je zjištění, z jakých příčin se tito rozhodli hrát hazardní hry, popř. proč své hráčské chování nedokáží dostat pod kontrolu. O příčinách patologického vzniku patologického hráčství pojednává kapitola 2.4 této práce. V ní se hovoří o propojení různých faktorů, které mohou být spouštěčem závislostního chování. K takovým faktorům patří nejen genetické a osobnostní predispozice, vnímání hazardní hry jako formy aktivního odpočinku, nebo nezvládání vypjatých situací a s ním spojená touha hráčů uniknout prostřednictvím her od pracovních starostí, nýbrž i dlouhodobě neuspokojivá finanční situace, negativní výchovné vzorce z dětství, neporozumění si s okolním prostředím, či nefunkční nebo nepřátelské vztahy v rodině (s partnery, dětmi).

West (2016) příčiny závislostního jednání rozvíjí v rámci tzv. modelů závislosti na úrovni jednotlivce a populace/skupiny. Přehledně tyto modely představuje Obr. 2.

Obr. 2 Modely závislosti



Zdroj: vlastní zpracování dle Westa (2016, s. 26).

Teorie automatických procesů podmiňuje vznik závislostního chování mechanismy, jež lidské chování modifikují bez potřeby vědomých rozhodnutí či záměrů. Naopak teorie reflexivní volby vychází z teze, že závislostní chování je volbou závislých a spočívá

v uvědomělé analýze možností a v rozhodnutí jednu z těchto možností realizovat. Zbylé teorie v dikci modelů příčin závislostního chování u jedince akcentují na dosažení pozitivní odměny, vyhnutí se nebo uniknutí určitému diskomfortu a na roli identity jako zdroje touhy (West, 2016). U modelů na úrovni populace/skupiny hovoříme o koncentrovaných výskytech závislostního jednání na různých úrovních (rodina - subkultura - populace) (teorie sociálních sítí), o vzniku závislosti v důsledku komunikační a marketingové aktivity subjektů, vykazujících ambivalentní vztah k závislostnímu jednání (reklama na podporu hazardu x upozornění, že na něj vzniká závislost) (komunikační/marketingové modely), a o příčinách, vyvstávajících ze vzájemného působení systémů na všech úrovních společnosti (modely organizačních systémů). Jak West (2016, s. 84) uzavírá, „*chceme-li pochopit příčiny závislostního chování, pak musíme věnovat pozornost všem těmto aspektům.*“

O dopadech patologického hráčství podala vyčerpávající přehled kapitola 2.5 této práce. V Tab. 1 jsou tak již pouze stručně shrnuty poznatky, ke kterým předmětná teorie v dané kapitole dospěla.

Tab. 1 Dopady patologického hráčství

Dopady na osobu hráče	<ul style="list-style-type: none"> – zdravotní dopady - somatické (bolesti krční a bederní páteře, zrakové problémy, hemeroidy), – psychické problémy (nespavost, deprese, úzkost, suicidální jednání), – ztráta zaměstnání/nezaměstnanost - ztráta finančního zajištění, ztráta sociálního statusu, závislost na systému (soc. dávky)
Dopady na rodinu hráče	<ul style="list-style-type: none"> – narušení funkcí rodiny, důvěry a komunikace, – patologická homeostáza, – dysfunkce rodiny, – ohrožení výchovy a vývoje dětí, – psychické problémy partnerů, – propad sociálního statusu členů rodiny (ohrožení chudobou/soc. vyloučením), – izolace rodiny jako systému od okolí, – rozpad rodiny,
Dopady na společnost	<ul style="list-style-type: none"> – kriminalita patologického hráče (nutnost ochrany společnosti), – finanční zátěž pro systém (soc. dávky, náklady na léčbu ve zdravotnických zařízeních, systém prevence).

Zdroj: vlastní zpracování.

Z Tab. 1 je patrné, že gamblerství je způsobilé významně poznamenat zejména rodinu patologického hráče, resp. že množství potenciálních dopadů patologického hráčství na blízkou rodinu hráče (na partnery, děti) vykazuje natolik závažný charakter,

že je zapotřebí se této oblasti (ať již v rámci prevence patologického hráčství či v průběhu léčby samotného hráče) podrobně věnovat.

B) SWOT analýza problematiky patologického hráčství v ČR:

Současný pohled společnosti na problematiku patologického hráčství a dostupnost možností, jak s danou cílovou skupinou pracovat, je výchozí analýzou pro identifikaci oblastí, kterým je třeba věnovat náležitou pozornost, ať již v rámci preventivních či následných opatření. Pro rozbor a hodnocení současného stavu problematiky je využita následující SWOT analýza v rámci Tab. 2.

Tab. 2 SWOT analýza - Patologické hráčství v ČR

SILNÉ STRÁNKY	SLABÉ STRÁNKY
Právní regulace prostřednictvím zákona č. 186/2016 Sb., č. 187/2016 Sb. a č. 253/2008 Sb. na úrovni státu	Nedostatečná právní úprava reklamy a propagace hazardních her
Právní regulace prostřednictvím obecně závazných vyhlášek o regulaci provozu hazardních her na úrovni měst a obcí	Národní strategie prevence a snižování škod ČR se soustředí na patologické hráčství spíše okrajově/ situace v oblasti patologického hráčství je systematicky dosud nezmapovaná, koncepčně a strategicky neuchopená
Vznik Rejstříku vyloučených osob z hraní hazardních her	Neexistují exaktní data o počtu patologických hráčů/ nízká míra vstupu patologických hráčů do léčby
Možnosti pro osoby, které se potýkají s dluhy v důsledku hráčství - akce typu Milostivé léto	Dostupnost hazardních her, primárně v online prostředí
Dostupnost návazných služeb – právní poradny, dluhové poradny	Financování služeb pro patologické hráče/nedostatečná podpora ze státního rozpočtu
Rozšíření online služeb intervence a preventivní e-terénní sociální práce	Absence metodického rámce pro práci s patologickými hráči
	Velmi nízký počet služeb primární prevence a následné péče, zaměřené výlučně na patologické hráče
	Provázanost návazných služeb se službami léčby
	Otevřenost služeb rodinným příslušníkům/ práce s rodinami patologických hráčů

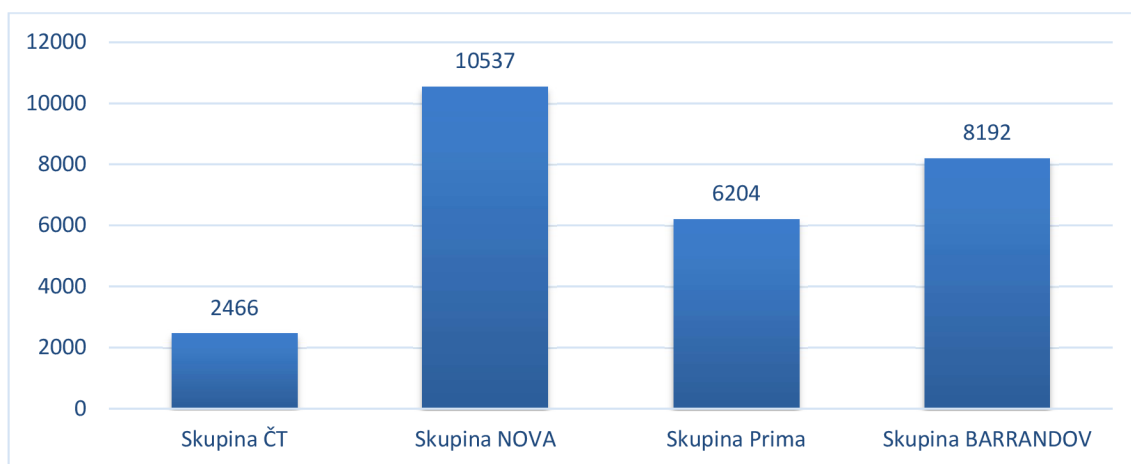
	Chybí příklady dobré praxe v oblasti posílení bezpečí a ochrany veřejného pořádku v souvislosti s hraním hazardních her
	Neexistují ucelené výzkumy, mapující proměnu vztahů patologických hráčů s jejich rodinami a blízkým okolím
	Dostupnost finančních půjček mimo bankovní sektor - nebezpečí lichvy
PŘÍLEŽITOSTI	HROZBY
Snižování dostupnosti hazardních her (regulace volného prodeje např. losů, regulace online prostředí - zejména regulace internetového sázení u zahraničních provozovatelů, zákaz reklamy)	Zvýšená prevalence hráčství u dětí a mládeže, v důsledku neřešených problémů v rodině s patologickým hráčem
Pravidelná výzkumná šetření Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti, zabírající se dopady patologického hráčství na vztahy s partnery/děti	Zvýšení rozvodovosti manželství
Dlouhodobé a komplexní preventivní programy pro děti a mládež, se zapojením patologických hráčů a jejich zkušeností/hráčství není zdravá norma	Vzrůstající počet exekucí a insolvencí patologických hráčů
Preventivní programy pro širokou veřejnost, koncipované na základě monitorování dopadů patologického hráčství na osobu patologických hráčů, jejich rodin a blízkého okolí (i v rámci reklamních spotů)	Nárůst počtu dětí, vyrůstajících v klinické či dysfunkční rodině patologických hráčů
Vzdělávání sociálních pracovníků pro práci s rodinou patologických hráčů	Nízký záchyt problémových/patologických hráčů, vedoucí k nárůstu sebevražd
Rozšíření počtu zařízení, nabízející patologickým hráčům služby „all in“ – služby primární prevence i následné péče - odborné sociálně – právní poradenství, terapie,	Vzrůstající drobná kriminalita

Zdroj: vlastní zpracování.

Česká republika má jednu z nejpřísnějších legislativ, týkajících se hazardních her, v Evropské Unii, ať již hovoříme o zákonu č. 186/2016 Sb. nebo o obecně závazných vyhláškách měst a obcí, kterými tyto omezují provoz hazardních her na svém území.

Rovněž vznik Rejstříku osob, vyloučených z hraní hazardních her, je možné vnímat jako velmi pozitivní krok v rámci prevence i následné léčby patologického hráčství. Na straně druhé však vystupuje do popředí zejména nedůsledná právní regulace reklamy na hazardní hry, která je v ČR omezena pouze na nutnost obsahu sdělení o zákazu účasti osob mladších 18 let a skutečnosti, že může účastí na hazardní hře vzniknout závislost. Zákon však nikterak neupravuje vysílací čas reklam na hazardní hry, ani jejich počet v rámci televizního vysílání. Rada vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí se v první polovině roku 2020, v rámci projektu „*Riziková mediální prezentace návykových látek a aktivit, podporujících vznik závislosti*“, zaměřila na zjišťování, jak významně je v televizním vysílání zastoupena reklama, propagující hazardní hry. Zjištěné skutečnosti prezentuje níže uvedený Graf 3. Z něj je patrné, že celkový počet obchodních sdělení o hazardu na televizní obrazovce za jedno pololetí roku 2020 přesáhl hodnotu 27.000.

Graf 3 Celkový počet obchodních sdělení (reklama a sponzoring), propagujících hazard, odvysílaných za období 1. 1. 2020 - 30. 6. 2020



Zdroj: vlastní zpracování dle Rady pro rozhlasové a televizní vysílání (2020).

Je-li v zájmu české politické reprezentace a společnosti jako celku eliminovat nežádoucí dopady patologického hráčství, je nezbytné zaměřit svou pozornost na primární a sekundární prevenci i mimo oblast legislativních úprav. Vyjma nezbytnosti vytvořit ucelený, návazný a propustný systém služeb, ve kterém budou služby poskytovány jako nízkoprahové (s přihlédnutím k rozšíření možností distanční formy), je třeba koncipovat strategie primární prevence (zejména u mladší generace) komplexně, dlouhodobě a systematicky, v dikci strategických dokumentů a standardů MŠMT. Příležitost v této oblasti může spočívat i v přímém zapojení léčených, abstinujících

patologických hráčů do preventivních programů, ve kterých by mohli předat svou autentickou zkušenost s hazardními hrami, a subjektivně zhodnotit, co jim tyto přinesly a naopak vzaly. Prevence by měla být zaměřena na rizikové chování v celé jeho šíři, zejména v kontextu dopadů patologického hráčství na osobu hráče, jeho rodinu a blízké okolí. Zde však příležitosti naráží na současné vědecké limity, spočívající v absenci ucelených výzkumů, které by se explicitně věnovaly problematice proměn vztahů patologických hráčů s jejich partnery, dětmi, kamarády nebo spolupracovníky. Není-li však důkladně zmapována oblast proměn vztahů patologických hráčů s jejich okolím v důsledku závislostního chování, je i pro sociální práci obtížné efektivně uchopit problém v celé jeho šíři a poskytnout klientům náležitou intervenci na cestě k jejich úspěšnému sociálnímu fungování. Proto se výzkumné dotazníkové šetření v rámci této práce zaměřuje na zjištění, jakým způsobem proměnila závislost na hazardních hrách vztahy patologického hráče v blízké rodině (vztahy s partnery, dětmi), jeho sociální kontakty s okolím, a jeho socioekonomický status.

C) Příklady řešení dané problematiky (v projektech či činnostech) v ČR:

Společnost Podané ruce o. p. s., jako registrovaná sociální služba, je nejvýraznější organizací, soustředí se v českém prostředí na práci s rodinou a blízkým okolím patologických hráčů, a to formou několika úspěšně realizovaných projektů v období let 2018 – 2022 (Společnost Podané ruce, 2022). Významným počinem je vznik Centra *Naberte kurz*, v němž je poskytována telefonická krizová pomoc s možností chatového nebo jiného písemného online kontaktu pro osoby starší 15 let, které jsou ohrožené hazardním hraním a zároveň pro osoby, které jsou osoby blízké osob ohrožených návykovým chováním. Projekt, zaměřený na rozšíření programu Terapeutické komunity v Podcestném Mlýně o program „*Rodiče s dětmi*“, je neotřelým projektem, jehož cílem je léčba závislosti rodiče na hraní hazardních her společně se zvýšením jeho rodičovských kompetencí bez odloučení od dítěte/děti. Jedná se tedy o službu, určenou rodičům, kteří bojují se svou závislostí a zároveň jsou samoživiteli/samoživitelkami. Služba má za cíl minimalizovat rizika narušení vztahu rodič-dítě do jejich budoucího života a podporuje začlenění dětí i rodičů do společnosti. Základem samotné léčby matek/otců by mělo být usilování o trvalou abstinenci a znovuzapojení uživatelů do každodenního života. Neméně úspěšným projektem je i projekt *Podpora participace osob s žitou zkušeností do adiktologických služeb*, financovaný z fondů EHP a Norska, s cílem postupně zapojit proškolené osoby s žitou zkušeností do existujících služeb a dalších

aktivit v rámci prezentace příkladů dobré praxe. V rámci operačního programu EU Zaměstnanost + byl v roce 2018 spuštěn projekt „*Podané ruce na cestě z dluhové pasti*“, zaměřený na osoby, bezprostředně ohrožené zadlužením, potýkající se s dalšími riziky (nezaměstnanost, nejisté bydlení, závislosti atd.). Záměrem projektu „*HRani*“ (*harm reduction v prostředí hazardu*) bylo vytvořit a zavést novou metodu preventivní e-terénní sociální práce propojenou s mobilní aplikací zaměřenou na hazardní hráče, předejít tak jejich problémovému nebo patologickému hráčství a snížit tak z něj plynoucí rizika (rozpad rodinných vztahů, zadlužení, kriminalita), která mohou vést k sociálnímu vyloučení. Práci s blízkými osobami patologického hráče se věnuje rovněž projekt organizace, nazvaný „*První pomoc pro patologické hráče a jejich rodiny*“, jehož cílem je zlepšení kvality života hráčů formou léčby, sociálního a finančního poradenství a zejména formou práce s blízkými osobami hráče (Společnost Podané ruce, 2022).

D) Základní informace o velikosti a případných specifikách cílové skupiny vzhledem k řešenému problému:

Prevalenci patologických hráčů ve společnosti a jedinečnosti jejich problému, se podrobněji zabíraly úvodní kapitoly této práce. Tab. 3 shrnuje základní statistiku proměn počtu pacientů s vykázanou hlavní diagnózou F63.0 a počet zařízení, které vykazalo alespoň jednou v roce diagnózu F63.0, v průběhu let 2010 - 2021. Tyto údaje byly získány od ÚZIS na základě žádosti dle zákona o svobodném přístupu k informacím, která tvoří Přílohu č. 4 této práce; odpověď ÚZIS má pak podobu Přílohy č. 5.

Tab. 3 Proměna počtu pacientů s diagnózou F63.0 a počtu zařízení, které vykazalo diagnózu F63.0 v letech 2010 – 2021

Rok	Počet pacientů	Počet zařízení
2010	1738	537
2011	1757	530
2012	1718	513
2013	1731	508
2014	1613	502
2015	1584	521
2016	1563	514
2017	1435	474
2018	1106	428
2019	989	405
2020	872	405
2021	814	381
Celkem	9441	1541

Zdroj: vlastní zpracování dle údajů ÚZIS na základě žádosti dle zákona č. 106/1999 Sb.

Je zde však na místě připomenout, že počet osob, statisticky zachycených v rámci léčby patologického hráčství, je pouze zlomkem počtu osob, které jsou patologickým hráčstvím ovlivněny. Jak uvádí Nešpor (2007), počet léčených tvoří sotva 3 % všech patologických hráčů.

Přestože Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti každoročně vyhodnocuje proměnu prevalence patologického hráčství ve společnosti a počet zařízení, ve kterých k léčbě patologického hráčství dochází (a tomuto tématu se věnují i jiné zprávy a reporty Rady vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí), opomíjí pověřené orgány zcela téma, které s patologickým hráčstvím nerozlučně souvisí, tedy téma jeho dopadů, zejména na rodinu (partnera, děti) patologického hráče a jeho okolí. Data, která by zodpovídala otázky, jak se proměňují vztahy patologických hráčů v důsledku jejich závislosti, v českém prostředí neexistují, a to ani jako data v transformované podobě, např. v rámci výzkumu rozvodovosti českých párů. V zahraničí již lze nalézt několik výzkumů, věnujících se poškození vztahů patologických hráčů s okolím, primárně pak se svými partnery a dětmi. Dowling a kol. (2016) ve svém výzkumu zjistili, že 54,7 % dotázaných respondentů prochází hlubokou krizí ve svých partnerských vztazích v důsledku závislostního jednání; 98,6 % však pociťuje byť i v menší míře negativní změnu ve vztazích s partnery, dětmi a rodiči. V rámci daného výzkumu rovněž 63,2 % respondentů uvedlo, že důsledkem jejich patologického hráčství je finanční deprivace a snížení jejich životní úrovně. Rodda a kol. (2019) ve svém výzkumném šetření uvádějí, že 82 % léčených patologických hráčů si přeje napravit své vztahy s rodinnými příslušníky. Daný výzkum pak rovněž naznačil skutečnost, že intervence u patologických hráčů musí být přizpůsobena hráčům a jejich rodinným příslušníkům. Podobná studie byla provedena v roce 2020 ve Finsku, při využití kvalitativně orientovaného výzkumu 40 partnerů patologických hráčů, v online formě. Tassopoulos (2020) v rámci studie zjistila, že partneři hazardních hráčů se musejí vyrovnávat zejména s ambivalentním postojem vůči partnerovi, kdy 52 % chtělo dát partnerovi druhou šanci, avšak 48 % dotázaných mělo obavy zejména o výchovu dětí a rozhodli se s gamblerem rozvést/rozejít. Výsledek této studie rovněž prokázal, že nejčastějším projevem změny vztahů mezi partnery je ztráta důvěry a obavy, plynoucí z dluhů a nepříznivé finanční situace rodiny.

E) Popis metod získání dat a vyhodnocení výchozího stavu:

Obtížnost vyhodnocení výchozího stavu problematiky – tedy proměny vztahů patologických hráčů a jejich sociálního statusu v důsledku jejich závislosti, je dána neexistencí ucelených výzkumů v českém prostředí na toto téma. Výzkumná šetření jsou realizována pouze výzkumníky, zpracovávajícími odborné závěrečné práce, a to pouze s malým počtem participantů výzkumu (viz Velímová 2010). Závěry k dalšímu zkoumání tak lze učinit pouze z české odborné literatury, která se však rovněž neopírá o exaktní statistická data, jakož spíše o empirické zkušenosti, získané při vlastní práci s osobami patologických hráčů (viz Kalina, 2003).

Identifikace dopadů patologického hráčství na osobu hráče, jeho rodinu a blízké okolí, jakož i na jeho životní úroveň, tak vychází primárně z odborných zkušeností Nešpora (2007) a Šerého (2001) - v dikci osobních změn na straně patologického hráče, z poznatků Kaliny (2015), Kulhánka (2012) či Gjuríčové s Kubičkou (2009) - v oblasti proměny rodinných vztahů a vztahů s blízkým okolím, a ze sekundárních dat Ministerstva práce a sociálních věcí a závěrů Meyera (2009), je-li na problém patologického hráčství pohlíženo optikou sociální politiky. K vyhodnocení výchozího stavu však byly využity poznatky zahraničních autorů studií, zaměřených na proměnu vztahů patologických hráčů s jejich okolím, a to zahraniční studie Dowling a kol. (2016), Roddy a kol. (2019) a Tassopoulos (2020).

E) Specifikace stakeholderů – subjektů zapojených do problematiky v různých rolích (ostatní subjekty zapojené do projektu mimo cílovou skupinu):

Základní skupinu tvoří tzv. klíčové zainteresované strany, k nimž patří rodina, přátelé, či zaměstnavatelé, kteří jsou chováním patologického hráče negativně ovlivněni.

Do druhé skupiny zainteresovaných subjektů patří:

- stát (jako nositel sociální politiky a jako subjekt, jež ji tvoří) – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky,
- resort Ministerstva zdravotnictví - legislativa, ochrana zdraví, financování léčby,
- resort Ministerstva práce a sociálních věcí - financování soc. služeb pro osoby ohrožené závislostí, zajištění dostupnosti a kvality systému sociálních služeb,
- resort Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy - primární prevence,

- resort Ministerstva vnitra - vymáhání práva ve vztahu k provozování hazardních her, prevence kriminality,
- resort Ministerstva spravedlnosti - tvorba legislativních návrhů v oblasti trestního práva, koordinace s Vězeňskou službou a Probační a mediační službou,
- resort Ministerstva financí – rozpočtová pravidla, dotace,
- resort Ministerstva kultury – oblast médií, gestor zákonů např. o provozování rozhlasového a televizního vysílání,
- kraje a obce (jako zřizovatelé a poskytovatelé služeb sociální péče a sociální prevence) - partneři centrálních institucí při přípravě a realizaci národní strategie politiky v oblasti závislostí, tvorba sítí sociálních služeb v oblasti (dle z. č. 108/2006 Sb.)
- neziskové organizace (jako poskytovatelé služeb sociální prevence) a odborné organizace (např. Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, Česká asociace adiktologů, z. s., Odborná společnost prevence rizikového chování, A.N.O. – Asociace nestátních organizací, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, Asociace nemocnic ČR - podíl na plánování a realizaci opatření a aktivit politiky v oblasti závislostí, na zvyšování kvality a efektivity služeb, které poskytují s finanční podporou z veřejných zdrojů,
- provozovatelé soukromých zdravotnických zařízení (nemocnice, aj.),
- zdravotní pojišťovny - zodpovědnost za dostupnost zdravotní péče, neboť jsou významnými plátcí zdravotních služeb poskytovaných osobám s adiktologickou poruchou,
- a rovněž každý jedinec jako potenciální oběť trestné činnosti patologického hráče.

4 Cíl práce a metodika

Hlavním cílem práce je zjistit, jakým způsobem proměnila závislost na hazardních hrách vztahy patologického hráče v blízké rodině (vztahy s partnery, dětmi), jeho sociální kontakty s okolím, a jeho socioekonomický status. Od definovaného cíle práce je odvozena formulace hlavního výzkumného problému:

VP: Subjektivní proměna vztahů patologického hráče s blízkou rodinou a blízkým okolím, a proměna jeho socioekonomického statusu v důsledku závislosti.

Stanovený hlavní výzkumný problém je dále operacionalizován do dílčích výzkumných otázek.

4.1 Nastolení dílčích výzkumných otázek

Pro účely naplnění stanoveného cíle práce byly nastoleny tyto dílčí výzkumné otázky:

VO 1: Jak se subjektivně proměnily partnerské (manželské) vztahy patologických hráčů po přiznání jejich závislosti?

VO 2: Jak se subjektivně proměnily vztahy patologických hráčů a jejich dětí po přiznání jejich závislosti?

VO 3: Jak se subjektivně proměnily sociální kontakty patologických hráčů s okolím v důsledku přiznání jejich závislosti?

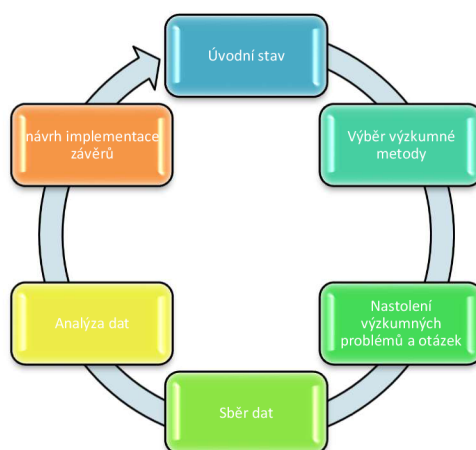
VO 4: Jak se subjektivně proměnil socioekonomický status patologických hráčů (a jejich rodin) v důsledku závislostního chování?

4.2 Metodika práce

V rámci praktické části práce je využita metoda kvantitativního výzkumu, vedená formou dotazníkového šetření. Kladem vybrané metody je vysoká míra její reliability, stejně jako relativní rychlost a přímočarost sběru dat. Výhodou je rovněž možnost výzkumníka konstruovat dotazník tak, aby eliminoval působení rušivých proměnných a byl schopen prokázat tzv. *nexus causalis*. Nevýhodou zvolené metody je však potenciálně nízká validita, jež je důsledkem silné redukce počtu informací a vztahů, mezi nimi probíhajících, jakož i náročnost přípravy výzkumu a jeho finálního

vyhodnocení. Jak upozorňuje Linderová a kol. (2016), dotazník je tak třeba řádně koncipovat a nepodcenit výběr cílového souboru. Výzkumný proces probíhá v několika krocích, které přehledně ilustruje Obr. 3.

Obr. 3 Schéma výzkumného procesu



Zdroj: vlastní zpracování.

4.3 Metodologie výzkumu

V rámci této kapitoly je představena metoda sběru a vyhodnocení dat pro výzkumné šetření, vlastní výzkumný soubor, jakož zejména výsledky výzkumného šetření, které jsou podkladem pro řádné zodpovězení výzkumných otázek, nastolených v kapitole 4.1.

4.3.1 Metoda sběru dat

Dotazníkové šetření, jako metoda kvantitativního výzkumu, bylo zvoleno s ohledem na jeho nízkou finanční a personální náročnost, přičemž byla do úvahy vzata vysoká míra náročnosti na jeho kompletaci ze strany výzkumníka. Jak doplňuje Chráska (2001, s. 163), „*samotný dotazník je soustavou předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, jež jsou promyšleně seřazeny, a na které respondent odpovídá písemně.*“ Výhodou dotazníkového šetření je rovněž využití maximálního komfortu pro respondenty, kteří mají dostatek času k zamyšlení se nad otázkami dotazníku a k jeho následnému vyplnění – nejsou tedy ve stavu časové tísně, která by mohla jejich responze negativně ovlivnit. Gavora (2010) však upozorňuje na riziko nízké návratnosti dotazníků. Tuto skutečnost lze částečně zhojit zjednodušením procesu vyplňování (vyplnění online), zkrácením návratového kanálu (opět vyplnění online, příp.

možnost odevzdat dotazník ihned po jeho vyplnění), rovněž lze využít motivace ve formě příslibu finanční odměny za kompletně a řádně vyplněný dotazník. V rámci tohoto výzkumného šetření bylo přistoupeno k možnosti zkrácení návratového kanálu odevzdáním dotazníku ihned po jeho vyplnění, aby se k možnosti, jak částečně eliminovat riziko nízké návratnosti.

Pro získání datových vstupů byl využit dotazník vlastní konstrukce, s cílem získat subjektivní pohled výzkumného souboru na danou problematiku. Předvýzkum, realizovaný na přelomu října a listopadu 2022 s respondenty Psychiatrické léčebny Šternberk, ukázal, že otázky v dotazníku je třeba koncipovat jednoznačně a v maximálně zjednodušené podobě. Zejména škálovací technika (sorting (třídění), oceňování), která byla u cca 30 % otázek v předvýzkumu využita, a kterou byli respondenti předvýzkumu žádáni, aby zařadili zkoumaný problém na určitém kontinuu, se ukázala být pro respondenty nejasná a zmatečná. Bylo tedy reálné domnívat se, že pokud by byla užitá i v řádném výzkumu, byly by negativně ovlivněny jeho výstupy. Po řádném zvážení proto byly otázky v dotazníkovém šetření koncipovány maximálně zjednodušeně, sestávající z kombinace dichotomických a polytomických (multiple choice) otázek, většinou polouzavřených.

Otázky v dotazníku jsou, v souladu se stanoveným cílem práce, zaměřeny na:

- získání základních sociodemografických údajů (otázka č. 1 - otázka č. 4). Za základní sociodemografické údaje jsou považovány údaje, týkající se pohlaví respondentů, jejich věku, skutečnosti, zdali žijí v partnerském/manželském svazku a mají-li děti (zletilé či nezletilé). Otázky tohoto bloku jsou dichotomické (otázka č. 1, otázka č. 3), uzavřené.
- Proměnu rodinných a přátelských vztahů v kontextu patologického hráčství (otázka č. 5 - otázka č. 15). Nejvíce otázek v dotazníku je směřováno na tuto oblast dopadů patologického hráčství. Otázky, týkající se rodinných a přátelských vztahů, jsou koncipovány logicky na sebe navazným způsobem, přičemž otázky, týkající se proměny vztahů s partnery, dětmi a okolím, jsou koncipovány v dikci modifikované Likertovy škály, která je vhodná ke zkoumání a měření postojů respondentů. V predikovaných odpovědích na tyto otázky jsou rovněž podrobněji rozvedeny možnosti, které mohou respondentovi ulehčit posouzení daného vztahu. Jsou mu tedy nabídnuty alternativní projevy, které lze do dané kategorie podřadit. Otázky, týkající se upřesnění konkrétních problémů v daných vztazích respondentů,

jsou založeny na „multiple choice“, tak, aby jejich odpovědi co možno nejpřesněji postihly konkrétní vztahové problémy v celé jejich míře a odpovědi nebyly omezené pouze na výběr převažujícího projevu. S ohledem na specifika a různorodost problémů, které mohou v rodinách a v okolí patologických hráčů vyvstat, jsou zároveň tyto otázky koncipovány jako polouzavřené, s možností konkrétní textové odpovědi ze strany respondentů.

- Zaměstnanost patologických hráčů a pracovní problémy a důsledky, vzniknuvší v důsledku závislostního jednání (otázka č. 16 – otázka č. 18). Zjištění, je-li patologický hráč v zaměstnaneckém či obdobném poměru (popř. OSVČ), zdali tuto skutečnost pozměnila jeho závislost, a zejména zjištění konkrétních projevů závislostního chování v zaměstnání, je důležitým podpurným sdělením pro identifikaci dalších, potenciálně problémových oblastí v životě patologického hráče. Tato oblast pak úzce souvisí (a v rámci dotazníkového šetření předchází) existenci dluhů patologického hráče a jejich řešení. Proto je v dotazníkovém šetření pozornost věnována i pracovním zvyklostem dotázaných v kontextu patologického hráčství. Otázky, věnované tomuto tématu, jsou většinou polouzavřené, výčtové (vyjma Otázky č. 16).
- Finanční situaci patologických hráčů a proměnu jejich životní úrovně v důsledku patologického hráčství (otázka č. 19 - otázka č. 21). Teoretická východiska podporují tezi, že v důsledku patologického hráčství dochází ke snížení životní úrovně hráčů (a jejich rodin), a rovněž, že každý patologický hráč, hledající odbornou pomoc, takto činí právě i s ohledem na existenci vysokých dluhů a nemožnost tyto dále řádně splácet. Z tohoto důvodu se otázky v rámci daného bloku soustředí na tuto rovinu. Otázky jsou koncipovány jako polytomické, výčtové i výběrové.
- Dobrovolnost léčby a na význam a podporu rodiny v jejím počátku a průběhu (otázka č. 22 - otázka č. 25). Otázky posledního bloku jsou zaměřeny na dobrovolnost vstupu respondentů do léčby (otázka č. 22), na podporu v léčbě ze strany rodiny (otázka č. 23), příp. na důvody, pro které rodina v léčebném procesu absentuje (otázka č. 24), a finálně na očekávání respondentů od léčby jejich závislosti. Tyto otázky mají za cíl za pomoci jiného úhlu pohledu zjistit, nakolik patologické hráčství zasahuje rodinnou stabilitu hráčů (skrze ochotu rodiny hráče v léčbě podpořit) a nakolik je náprava rodinných vztahů pro patologické hráče v jejich motivaci léčit se důležitá. I v závěrečném bloku jsou otázky koncipovány

jako polytomické (otázka č. 25 jako multiple choice), polouzavřené (vyjma otázky č. 23, která je uzavřená).

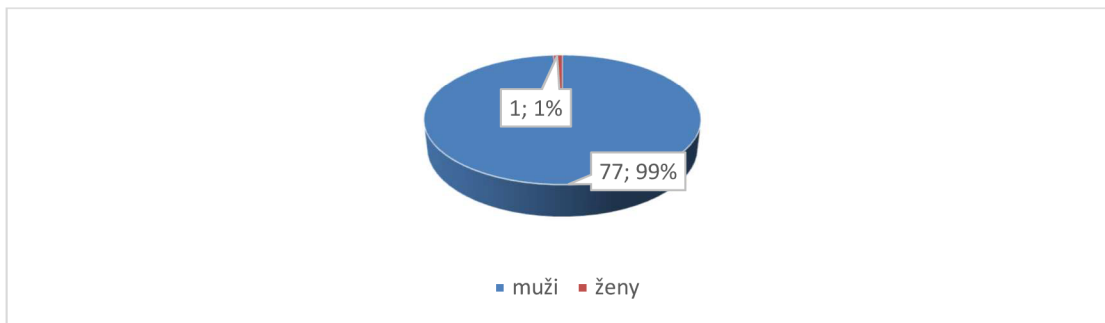
Úplné znění dotazníku tvoří Přílohu č. 6 této práce.

4.3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří patologičtí hráči, kteří vyhledali odbornou pomoc pro léčbu závislosti, a kteří jsou stávajícími klienty tří organizací v Olomouckém kraji - Psychiatrické léčebny Šternberk, Společnosti Podané ruce v Olomouci a Prostějově a Adiktologické ambulance prevence a léčby závislostí v Olomouci. Po dohodě s vedením předmětných organizací byly dotazníky nabídnuty k vyplnění každému z klientů při jejich léčebných setkáních s odborníky na předmětnou závislost. V případě potřeby mohli klienti konzultovat jejich vyplnění s terapeuty či sociálními pracovníky v rámci doplňkového sezení. Vyplněné dotazníky klienti ponechali na adrese dané organizace, s těmito bylo předem sjednáno závěrečné hromadné vyzvednutí responzí. Řádný výzkum probíhal v intervalu od 1. 12. 2023 do 28. 2. 2023, s čímž byli klienti výše uvedených organizací (prostřednictvím odborného personálu) seznámeni. Vyplněné dotazníky byly v sídlech organizací vyzvednuty v průběhu měsíce března 2023.

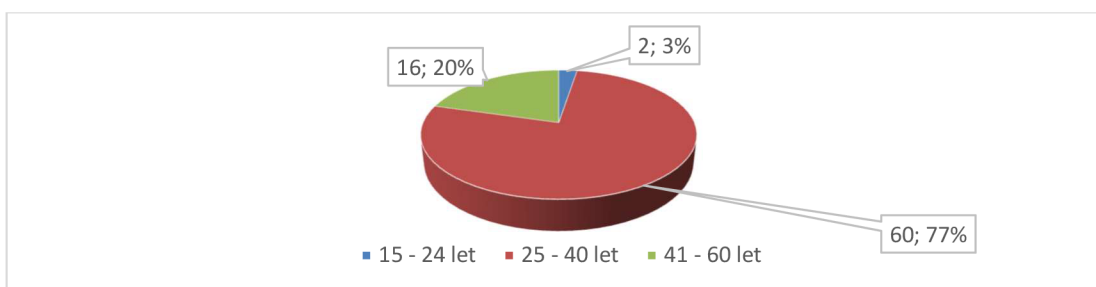
Do předmětných zařízení bylo distribuováno celkem 120 dotazníků. Ke dni 21. 3. 2023 bylo navraceno 84 vyplněných dotazníků. Metodou čištění dat byly následně vyloučeny chybné záznamy - neúplně vyplněné dotazníky a dotazníky, které na první pohled neposkytovaly relevantní informace (označeny nelogické možnosti, označena vždy stejná písmena možnosti, kontrolními otázkami zjištěna nedůvěryhodnost informací apod.). Po této kontrole bylo k interpretaci výsledků výzkumného šetření využito 78 dotazníků; návratnost tedy činila 65 %. Níže uvedené Grafy 4 – 7 zobrazují finální výzkumný soubor dle základních sociodemografických údajů, když tyto údaje byly získány v úvodní části distribuovaného dotazníku.

Graf 4 Výzkumný soubor dle pohlaví



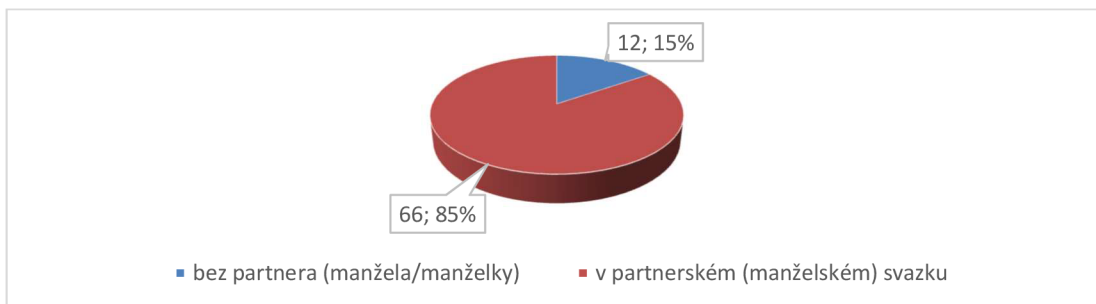
Zdroj: vlastní zpracování.

Graf 5 Výzkumný soubor dle věku



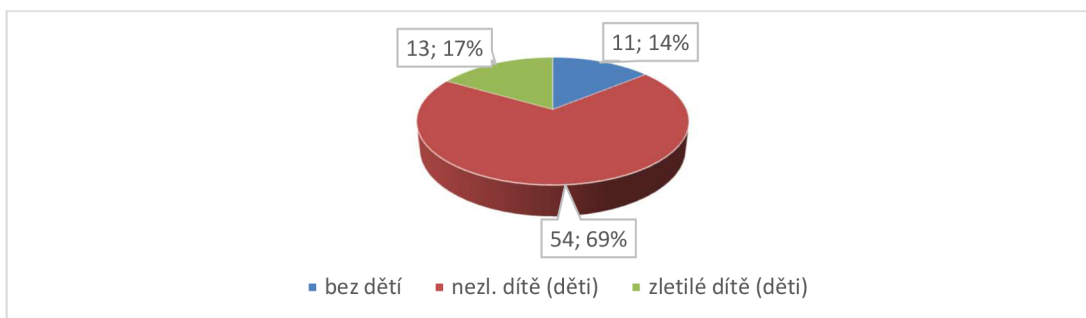
Zdroj: vlastní zpracování.

Graf 6 Výzkumný soubor dle partnerského (manželského) svazku



Zdroj: vlastní zpracování.

Graf 7 Výzkumný soubor dle dětí



Zdroj: vlastní zpracování.

4.3.3 Metoda vyhodnocení dat

K vyhodnocení dat jsou využity postupy popisné statistiky, konkrétně absolutní četnost a relativní četnost. S pomocí absolutní četnosti n_i je vyhodnocen počet odpovědí na jednotlivé varianty v rámci každé otázky. Relativní četnost f pak umožňuje procentní vyjádření podílu absolutní četnosti n_i na celkové četnosti n . Výsledná data jsou u všech položek prezentována celkem ve 4 tabulkách – responze celého výzkumného souboru, responze dle věku respondentů, responze dle jejich rodinného stavu (s partnerem/bez partnera), responze dle dětí respondentů (bezdětní/s nezletilým dítětem/se zletilým dítětem), vše pak s podporou souhrnného základního slovního zhodnocení (Budíková a kol., 2010). S ohledem na rozsah práce tvoří výsledky výzkumného šetření, prezentované v tabulkách, Přílohu č. 7 této práce.

4.4 Výsledky výzkumného šetření

První čtyři otázky dotazníkového šetření se týkaly základních sociodemografických údajů o výzkumném souboru, a byly graficky vyhodnoceny v kapitole 4.3.2. Níže jsou proto prezentovány výsledky výzkumného šetření od otázky č. 5 dotazníku; pro přehlednost bude rovněž dodrženo číslování předmětných otázek (položek) níže v textu.

Položka č. 5: Přiznání hráčské závislosti

Položka č. 5 se zaměřuje na způsoby, jakými zjistila rodina patologických hráčů jejich závislost. Nejčastějším způsobem, jakým rodina patologických hráčů zjistila jejich závislost je jejich přiznání po nátlaku ($n_i = 51$, $f = 65$ %). Predikce, že rodina patologických hráčů není mnohdy informovaná o jejich závislosti, se v rámci výzkumného šetření nepotvrdila ($n_i = 0$). Ve věkové kategorii 25 - 40 let se 70 % dotázaných ke své závislosti přiznalo po nátlaku ze strany rodiny, zatímco v kategorii 41 - 60 let se po nátlaku přiznala pouze polovina dotázaných; 38 % se přiznalo dobrovolně, bez nátlaku, zbylých 13 % buď neví, jak se rodina tuto informaci dozvěděla, popř. ji rodině předala jiná osoba. U respondentů bez partnera se dobrovolně bez nátlaku nepřiznal žádný respondent, u těch, kteří partnera (manžela/manželku) mají, došlo k přiznání bez nátlaku u 29 %. Ani rozdělení dle dětí respondentů nepřineslo významnou proměnu v odpovědích - majoritním zastoupením bylo rovněž přiznání závislosti rodině

po nátlaku (u bezdětných 73 % respondentů, u respondentů s nezl. dětmi 65 %, u respondentů se zletilými dětmi 62 %).

Graficky jsou výsledky zobrazeny v Tab. 1 – 4 Přílohy č. 7 této práce.

Položka č. 6: Vztahy patologických hráčů s partnery (partnerkami, manžely, manželkami) v době před hráčskou závislostí.

Položka č. 7: Vztahy patologických hráčů s partnery (partnerkami, manžely, manželkami) po přiznání hráčské závislosti.

Položka č. 6 mapuje vztahy patologických hráčů s jejich partnery v době před závislostí.

Položka č. 7 se soustředí na oblast proměny vztahů patologických hráčů s jejich partnery po přiznání hráčské závislosti.

Na výše uvedené položky odpovídali respondenti, kteří se v době hráčské závislosti nacházeli v partnerském (manželském) svazku ($n = 69$). Předmětné vztahy v době před hráčskou závislostí označili respondenti naprostou většinou jako *spíše bezproblémové* ($n_i = 65$, $f = 94$ %), pouze 3 respondenti ($f = 4$ %) svůj partnerský (manželský) vztah před závislostí označili jako *spíše problémový*. Po přiznání hráčské závislosti je patrna významná změna subjektivního vnímání kvality partnerských (manželských) vztahů respondentů – 39 respondentů ($f = 57$ %) označuje svůj vztah jako *spíše problémový*, 28 respondentů ($f = 41$ %) pak jako *vysoce problémový*. Z výsledků rovněž vyplývá, že mladší respondenti (do 24 let) a respondenti bezdětní mají tendence hodnotit své vztahy s partnery pozitivnější optikou, resp. své partnerské vztahy hodnotí před i po přiznání závislosti jako spíše (bez)problémové; naproti tomu respondenti, mající děti, hodnotí proměnu partnerských vztahů po přiznání závislosti velmi negativně, kdy definují současný partnerský vztah jako spíše či vysoce problémový. Zejména u respondentů s nezletilými dětmi je proměna partnerských vztahů do vysoce problémového stavu patrna u více než poloviny respondentů ($n = 51$, $n_i = 26$).

S ohledem na skutečnost, že položky č. 6 a č. 7 spolu úzce souvisí, jsou vyhodnocovány společně, v rámci Tab. 5 – 9 Přílohy č. 7 této práce.

Položka č. 8: Vztahy patologických hráčů s jejich dětmi v době před hráčskou závislostí.

Položka č. 9: Vztahy patologických hráčů s jejich dětmi po přiznání hráčské závislosti.

Položka č. 8 mapuje vztahy patologických hráčů s jejich dětmi v době před závislostí.

Položka č. 9 se soustředí na oblast proměny vztahů patologických hráčů s jejich dětmi po přiznání hráčské závislosti.

Na výše uvedené položky logicky odpovídali respondenti, kteří mají děti ($n = 67$). Předmětné vztahy s dětmi v době před hráčskou závislostí označili respondenti naprostou většinou jako *spíše bezproblémové* ($n_i = 64, f = 96 \%$). Po přiznání hráčské závislosti není patrna významná změna subjektivního vnímání kvality vztahů respondentů s dětmi – 53 respondentů ($f = 79 \%$) označuje svůj vztah s nimi i nadále jako *spíše bezproblémový*, na stranu druhou však narůstá vnímání vztahů s dětmi jako *spíše problémové* ($n_i = 12, f = 18 \%$), a to z rozličných důvodů – ztráta autority a respektu, výčitky nastalé situace. Nebyla však prokázána významná rozdílnost mezi respondenty, majícími nezletilé dítě (dětí) a mezi těmi, kteří mají dítě (dětí) zletilé.

S ohledem na skutečnost, že položky č. 8 a č. 9 spolu úzce souvisí, jsou vyhodnocovány společně, v rámci Tab. 10 – 16 Přílohy č. 7 této práce.

Položka č. 10: Prvotní reakce partnerů patologických hráčů na jejich závislost.

V rámci položky č. 10 jsou zjišťovány prvotní reakce partnerů patologických hráčů na jejich závislost. Z nabízených možností měli respondenti označit reakci převládající.

Na položku č. 10 odpovídali respondenti, kteří se v době hráčské závislosti nacházeli v partnerském (manželském) svazku ($n = 69$). Převládající reakcí partnerů patologických hráčů na informace, týkající se jejich závislosti, se staly depresivní projevy jako pláč, smutek či výčitky ($n_i = 46, f = 6 \%$). Početnou skupinou jsou rovněž impulsivně – agresivní reakce typu křik či vztek ($n_i = 17, f = 25 \%$). U celkem 3 respondentů ($f = 4 \%$) situace vyústila do radikálního řešení situace na straně partnera – jeho odstěhování se (a následný rozchod/rozvod). U respondentů ve věku 15 - 24 let byly převládající reakcí výlučně depresivní projevy; u věkové kategorie 41 - 60 let došlo k odstěhování partnera (a následnému rozchodu/rozvodu); tato reakce partnerů patologických hráčů byla o to závažnější, že jsou ve všech těchto případech v rodině přítomny nezletilé děti.

Odpovědi respondentů zobrazují Tab. 17 – 19 Přílohy č. 7 této práce.

Položka č. 11: Konkrétní problémy partnerských vztahů patologických hráčů.

Položka č. 11 se zaměřuje na konkrétní problémy partnerských vztahů patologických hráčů. V rámci odpovědí měli respondenti poprvé možnost označit více odpovědí, tak, jak tyto ukazují Tab. 20 – 22 v Příloze č. 7 této práce.

Na položku č. 11 opět odpovídali pouze ti respondenti, kteří se v době hráčské závislosti nacházeli v partnerském (manželském) svazku ($n = 69$). Nejčastěji uvedenými problémy partnerských (manželských) vztahů patologických hráčů po přiznání závislosti jsou finanční problémy a problém se ztrátou důvěry – obě tyto položky označil každý z respondentů. 67 respondentů ($f = 20 \%$) pak označilo za vztahový problém výčitky nastalé situace, 52 respondentů ($f = 15 \%$) problémy, spojené se ztrátou důvěry – podezřívavost partnera a kontrola z jeho strany (telefonu, aktivit, apod.). Konkrétní podobu nabyla i proměna společně tráveného času, kdy tuto jako problém označilo 44 dotázaných respondentů ($f = 13 \%$). Respondenti s nezl. dětmi za stěžejní problémy v partnerském vztahu označili (sestupně): ztrátu důvěry, finanční problémy, podezřívavost, kontrolu. U respondentů s dětmi zletilými byly majoritními problémy: ztráta důvěry, ztráta komunikace, finanční problémy, výčitky situace. Mírná odlišnost preferencí volby může být důsledkem změny rodinného prostředí v okamžiku, kdy děti opouštějí matku a otce a stávají se na nich nezávislími. Nadto jsou již zletilé děti schopny plně si uvědomovat situaci, která v rodině skrze patologické hráčství nastává.

Položka č. 12: Konkrétní problémy vztahů patologických hráčů s dětmi.

Položka č. 12 se zaměřuje na konkrétní problémy vztahů patologických hráčů s dětmi. Opět měli respondenti možnost označit více odpovědí.

Na položku č. 12 opět logicky odpovídali respondenti, kteří mají děti ($n = 67$). I zde mají problémy ve vztazích konkrétní podobu ve formě finančních problémů ($n_i = 51$, $f = 36 \%$), či výčitek ($n_i = 13$, $f = 9 \%$). Rozdílnost věku dětí respondentů se významně projevuje v konkrétních problémech ve vztazích s nimi. Zatímco u respondentů se zletilými dětmi převažují problémy jako výčitky situace ($n = 13$, $n_i = 13$), ztráta autority a s ní přidružené prvky ($n = 13$, $n_i = 11$), a proměna (ztráta) komunikace ($n = 13$, $n_i = 8$), u nezletilých dětí respondentů výzkumu jsou převažujícími problémy ve vztahu k rodiči - hráči zejména: finanční problémy ($n = 54$, $n_i = 48$), proměna nálad oproti běžnému stavu

($n = 54$, $n_i = 14$) a též odcizení dítěte, které může být naváděno proti hráči partnerem hráče ($n = 54$, $n_i = 15$).

Výsledky šetření této položky zobrazují Tab. 23 – 26 Přílohy č. 7 této práce.

Položka č. 13: Změna běžného režimu rodiny patologických hráčů po přiznání jejich hráčské závislosti.

Proměnu běžného režimu rodiny po přiznání závislostního jednání patologických hráčů zkoumá položka č. 13. I v rámci této položky měli respondenti možnost označit více odpovědí, tak, aby tyto nejlépe vystihovaly proměnu jejich běžného rodinného režimu.

Odpovědi respondentů na danou položku úzce souvisí s jejich odpověďmi v rámci položky č. 11. Změnu běžného režimu rodiny pocítují respondenti zejména v kontrole ze strany partnera ($n_i = 68$, $f = 42$ %) a ve změně způsobu nakládání s financemi, kdy partner buďto finance přímo spravuje, nebo tyto u patologických hráčů kontroluje ($n_i = 62$, $f = 38$ %). Zajímavým zjištěním výsledků responzí u této položky byla organizace volného času patologického hráče, když partner tento spravuje u 18 dotázaných ($f = 11$ %). V rámci odpovědi „jiné“ respondenti například uváděli, že „omezila se u nás TV skrze reklamy na hraní“ ($n_i = 3$), „docházím se léčit“ ($n_i = 1$), „nenavštěvujeme příbuzné kvůli mému hraní“ ($n_i = 1$). Odpovědi respondentů nejsou významně ovlivněny ani jejich věkem, rodinným stavem či existencí dětí v rodině.

Graficky jsou odpovědi znázorněny v Tab. 27 – 30 Přílohy č. 7 této práce.

Položka č. 14: Vztahy patologických hráčů s jejich okolím (širší rodina, kamarádi) v době před hráčskou závislostí.

Položka č. 14 se soustředí na oblast vztahů patologických hráčů s jejich okolím (širší rodinou, kamarády) v období před hráčskou závislostí.

Vztahy s okolím (širší rodina, kamarádi) v období před hráčskou závislostí hodnotí patologičtí hráči spíše kladně – 35 z nich ($f = 45$ %) vztahy popisuje jako „spíše dobré“ (byl/a jsem poměrně společenský/á, pár kamarádů a známých, se kterými jsem trávil/a část volného času – sportovní aktivity, posezení v rest. zařízeních, oslavy, apod.), 27 respondentů ($f = 35$ %) pak volí hodnocení „neutrální“ (byl/a jsem spíše introvert, málo kamarádů a známých, se kterými jsem někdy trávil/a volný čas - sportovní aktivity, posezení v rest. zařízeních, oslavy, apod.). Negativně vztahy s okolím před hráčskou

závislostí vnímalo 10 respondentů ($f = 13 \%$), téměř výlučně se jednalo o respondenty středního věku (25 - 40 let), mající partnera a nezletilé děti.

Získaná data podrobněji zobrazují Tab. 31 - 34 Přílohy č. 7 této práce.

Položka č. 15: Proměna vztahů patologických hráčů s jejich okolím po přiznání jejich závislosti.

Na proměnu vztahů patologických hráčů s jejich okolím po přiznání hráčské závislosti akcentuje položka č. 15.

Z výsledků výzkumného šetření je velmi zřetelná negativní proměna vztahů patologických hráčů s jejich okolím po přiznání závislosti. Pouze 1 dotázaný uvedl, že jeho vztahy s okolím se v důsledku patologického hráčství neproměnily (respondent středního věku (25 - 40 let), bezdětný, bez partnera); 2 respondenti si nebyli jisti, jak proměnu vztahů definovat, 3 dotázaní pak vztahy s okolím hodnotí jako intenzivnější (vše respondenti středního věku (25 - 40 let), bez partnera, 2 z nich s nezletilým dítětem, 1 respondent bezdětný). Majorita respondentů ($n_i = 44$, $f = 56 \%$) však uvedla, že se svému okolí vyhýbá z důvodů, souvisejících s hráčstvím, avšak ne proto, že by se za své jednání styděla; o studu pak hovoří 23 dotázaných ($f = 30 \%$). Celkem 4 respondenti uvedli, že se svému okolí vyhýbají proto, že ho tvoří lidé se stejným problémem.

Získaná data zobrazují Tab. 35 – 38 Přílohy č. 7 této práce.

Položka č. 16: Zaměstnanost patologických hráčů.

Položka č. 16 je první položkou, zaměřující se na patologické hráčství a jeho možnou spojitost se zaměstnaností a socioekonomickým statusem patologických hráčů. Hledá odpověď na otázku, zdali jsou respondenti v pracovním poměru (popř. OSVČ) či nikoliv.

Zajímavé výsledky přinesly odpovědi, týkající se zaměstnanosti patologických hráčů. V přímém rozporu s většinovým názorem veřejnosti na patologické hráče je skutečnost, že většina respondentů - patologických hráčů je zaměstnána, popř. podniká jako OSVČ ($n_i = 71$, $f = 9 \%$). Pouze 7 respondentů je tak v současné době nezaměstnaných, z toho 4 respondenti ($f = 5 \%$) v důsledku patologického hráčství. Nebyla však prokázána významná souvislost zaměstnanosti patologických hráčů s jejich věkem, rodinným stavem či existencí dětí v rodině.

Výsledky šetření této položky jsou zobrazeny v Tab. 39 – 42 Přílohy č. 7 této práce.

Položka č. 17: Projevy závislosti patologických hráčů v zaměstnání.

Tato položka se týkala respondentů, kteří jsou (nebo byli v době závislosti) zaměstnaní nebo OSVČ, a zaměřila se na konkrétní projevy závislostního jednání patologických hráčů v zaměstnání (na pracovištích). Respondenti mohli z nabízených možností označit více variant.

Na otázku, týkající se projevů závislosti patologických hráčů v zaměstnání, odpovídali respondenti, kteří jsou (nebo byli v době závislosti) zaměstnaní nebo podnikají jako OSVČ ($n = 75$). Respondenti výzkumu nejčastěji uváděli, že se v zaměstnání spíše věnovali hazardním hrám než vlastní práci ($n_i = 60, f = 42 \%$), poměrně rozšířeným jevem bylo u respondentů i půjčování si peněz od kolegů či zaměstnavatele ($n_i = 37, f = 26 \%$), či trestná činnost v přímé souvislosti se závislostí respondentů ($n_i = 20, f = 14 \%$). Zatímco téměř polovina respondentů bez dětí označila ve svých responzích odpověď „*přestal/a jsem do práce docházet*“ ($n = 11, n_i = 5$), stejnou položku neoznačil žádný z respondentů, mající nezletilé dítě a pouze 2 respondenti s dítětem zletilým ($n = 13, n_i = 2$). Celkem 11 dotázaných však uvedlo, že se jejich závislost v zaměstnání, či v rámci podnikání jako OSVČ, neprojevovala.

Výsledné podoby projevů závislostního jednání respondentů v zaměstnání blíže zobrazují Tab. 43 – 46 Přílohy č. 7 této práce.

Položka č. 18: Reakce zaměstnavatele na projevy závislosti patologických hráčů v zaměstnání.

Položka č. 18 se dotýkala respondentů, kteří na předchozí otázku odpověděli kladně, tedy těch, u kterých se závislost na hazardních hrách prakticky projevovala i v zaměstnání. Byla cílena na zjištění reakcí zaměstnavatelů na projevy závislostního jednání patologických hráčů v zaměstnání, přičemž měli respondenti opětovně možnost označit více odpovědí.

V odpovědích respondentů na otázku, jakým způsobem reagoval jejich zaměstnavatel na projevy závislosti v zaměstnání, nejčastěji rezonovala odpověď, týkající se snížení mzdy či osobního ohodnocení ($n_i = 36$). Pracovní poměr se zaměstnavatel rozhodl rozvázat celkem se 4 respondenty ($f = 5 \%$) ve věku 25 - 40 let, mající děti

(ať již nezletilé, či zletilé). Poměrně velká část respondentů ($n_i = 24$) pak uvedla, že zaměstnavatel žádným způsobem nereagoval. Tato skutečnost však byla do velké míry způsobena tím, že 19 z nich podniká jako OSVČ, a nemají tudíž svého zaměstnavatele. Při vyhodnocení této otázky bylo zajímavé, že ačkoliv měli respondenti možnost označit více odpovědí, žádný této možnosti nevyužil.

Data, která byla od respondentů získána, blíže představují Tab. 47 – 50 Přílohy č. 7 této práce.

Položka č. 19: Dluhy patologických hráčů a jejich výše

Položka č. 19 se zaměřuje na dluhy patologických hráčů a jejich přibližnou výši.

Dluhy (a s nimi související proměna životní úrovně) jsou jedním z nejzávažnějších dopadů patologického hráčství na osobu patologického hráče, jeho rodinu a společnost jako celek. Všichni respondenti uvedli, že se potýkají s dluhy v důsledku své závislosti. Téměř polovina respondentů ($n_i = 38, f = 49 \%$) označila výši svých dluhů v intervalu 100.000 – 500.000 Kč, druhá polovina ($n_i = 39, f = 50 \%$) pak dokonce ve výši, přesahující 500.000 Kč. Porovnáním respondentů dle věku, rodinného stavu a existencí dětí v rodině bylo zjištěno, že s dluhy vyššími než 500.000 Kč se potýkají spíše respondenti staršího věku (41 - 60 let) než respondenti věku středního (25 - 40 let), i když i v této kategorii mají poměrně vysoké zastoupení. Rovněž respondenti bez partnerů spíše dosahují dluhů vyšších než půl milionu korun ($n = 12, n_i = 7, f = 58 \%$), oproti respondentům, žijícím v partnerském nebo manželském svazku ($n = 66, n_i = 32, f = 49 \%$). Tato rozdílnost však není statisticky významného charakteru. Zásadní negativní informací je však skutečnost, že všichni respondenti s nezletilými dětmi mají dluhy vyšší než 100.000 Kč ($n = 54$), z toho 31 respondentů pak vyšších než 500.000 Kč.

Získaná data zobrazují Tab. 51 – 54 Přílohy č. 7 této práce.

Položka č. 20: Proměna životní úrovně patologických hráčů a jejich rodin

Položka č. 20 otevírá problematiku proměny životní úrovně patologických hráčů a jejich rodin v důsledku jejich závislostního chování.

Všichni respondenti výzkumu ($n_i = 78, f = 100 \%$) se shodli na skutečnosti, že se jejich životní úroveň v důsledku patologického hráčství proměnila k horšímu, bez ohledu na jejich věk, rodinný stav či existenci dětí v rodině.

Odpovědi na tuto položku jsou shrnuty v rámci Tab. 55 – 58 Přílohy č. 7 této práce.

Položka č. 21: Vymezení konkrétních projevů proměny životní úrovně patologických hráčů a jejich rodin v důsledku závislostního chování.

Položka č. 21 rozvíjí odpovědi respondentů na otázku předešlou. Zkoumá, jaké konkrétní projevy vykazuje proměna jejich životní úrovně v důsledku patologického hráčství. Respondenti mohli v rámci této položky označit více možností odpovědi.

Nejčastějšími projevy proměny životní úrovně patologických hráčů a jejich rodin je vyčerpání veškerých finančních rezerv ($n_i = 77$), absence volnočasových aktivit, na které je třeba finanční prostředky vynaložit ($n_i = 78$), či nemožnost absolvovat jakoukoliv dovolenou ($n_i = 76$), opět s ohledem na nedostatek finančních prostředků. Jako závažný dopad patologického hráčství na životní úroveň lze označit nedostatek financí na uspokojení základních životních potřeb, vedoucí k chudobě a sociálnímu vyloučení, když tuto možnost označilo celkem 29 respondentů (přičemž se jedná téměř výlučně o respondenty středního a staršího věku, s partnerem, a v 62 % případů též s nezletilými dětmi). Alarmující je pak na tuto skutečnost navazující přímý dopad proměny životní úrovně na vzdělávání dětí, když skutečnost, že závislost ovlivnila finanční možnosti rodiny pro předškolní, školní či mimoškolní vzdělávání dětí, uvedla více než polovina dotázaných ($n_i = 41$) - v 85 % případech ti, mající nezletilé děti.

Získaná data zobrazují Tab. 59 - 62 Přílohy č. 7 této práce.

Položka č. 22: Dobrovolnost/nedobrovolnost vyhledání odborné pomoci ve formě ambulantní léčby ze strany patologických hráčů.

Položka č. 22 představuje úvodní otázku posledního bloku v rámci dotazníkového šetření, kdy se zajímá o aspekt dobrovolnosti, vedoucí patologické hráče k vyhledání pomoci ve formě ambulantní léčby.

Dle výsledků dotazníkového šetření vyhledala více než polovina respondentů odbornou pomoc dobrovolně, ať již sám/sama, či po dohodě s rodinou a blízkými osobami ($n_i = 48$, $f = 62$ %). Poměrně velké množství respondentů ($n_i = 30$, $f = 38$ %) však odbornou pomoc dobrovolně vyhledat nechtělo, učinili tak až po přímém nátlaku ze strany rodiny či blízkých osob. Tato skutečnost má poměrně zásadní vliv na práci s jednotlivcem – patologickým hráčem, a jeho rodinou. Nedobrovolnost vstupu do léčby, s nátlakem

ze strany rodiny, je patrná zejména u respondentů bezdětných ($n = 11$, $n_i = 9$) a u respondentů se zletilými dětmi ($n = 13$, $n_i = 9$), naproti tomu respondenti s nezletilými dětmi jsou převažující skupinou v dobrovolném vyhledání odborné pomoci, ať již z vlastního popudu ($n = 54$, $n_i = 7$), či po dohodě s rodinou ($n_i = 35$). Důraz na řádný vývoj, výchovu a ochranu takto citlivé a zranitelné skupiny dětí se tedy promítá i do odpovědí respondentů na tuto položku.

Výsledná data prezentují Tab. 63 – 66 Přílohy č. 7 této práce.

Položka č. 23: Podpora nejbližší rodiny v léčebném procesu patologických hráčů.

Položka č. 23 hledá odpověď na otázku, zdali patologické hráče v jejich léčbě podporují nejbližší osoby, tedy rodina.

Skutečnost, že rodina je podporujícím prvkem v léčbě patologického hráčství, stvrdily i výsledky výzkumného šetření. 56 respondentů ($f = 72 \%$) uvedlo, že je rodina v léčbě podporuje, více pak i aktivní formou (např. v rámci rodinné terapie) ($n_i = 29$, $f = 37 \%$). Aktivní podpora je patrná zejména u střední věkové skupiny (25 - 40 let - $f = 42 \%$), u respondentů s partnerem ($f = 44 \%$), a u respondentů, majících nezletilé děti ($f = 44 \%$). I pasivní forma podpory předkládá obdobné výsledky. Tato skutečnost je opět logickým vyústěním teze, že rodina je významným prvkem podpory patologických hráčů v jejich léčebném procesu, zejména, jsou-li v rodině nezaopatřené děti. Celkem 22 respondentů ($f = 28 \%$) však uvádí, že je rodina v jejich léčebném procesu nepodporuje; na důvody, proč tomu tak je, se zaměřila položka č. 24.

Odpovědi respondentů na danou otázku blíže specifikují Tab. 67 – 70 Přílohy č. 7 této práce.

Položka č. 24: Důvody, proč nejbližší rodina nepodporuje patologické hráče v jejich léčebném procesu.

Položka č. 24 rozvíjí negativní odpovědi respondentů na předchozí otázku, a zjišťuje důvody, proč nejbližší rodina patologické hráče v jejich léčbě nepodporuje.

Na tuto otázku odpovídali respondenti, kteří v otázce předešlé vyznačili negativní odpověď ($n = 22$). Více než 80 % respondentů ($n_i = 19$, $f = 86 \%$) označilo za důvod nedůvěru ze strany rodiny, kdy rodina nevěří, že se respondent dokáže vyléčit, popř. udržet svou závislost pod kontrolou. Zbývající 3 respondenti pak uvedli, že po přiznání

závislosti od nich rodina (partner, děti) odešla; jedná se o respondenty ve věku 41 – 60 let, všichni s nezletilými dětmi.

Výsledky responzí zobrazují Tab. 71 – 74 Přílohy č. 7 této práce.

Položka č. 25: Primární očekávání patologických hráčů od vybraného způsobu odborné pomoci.

Závěrečná, dvacátá pátá položka, sleduje primární očekávání patologických hráčů od ambulantní léčby, kdy měli respondenti možnost označit více odpovědí.

Očekávání patologických hráčů od vybraného způsobu léčby jejich závislostního chování jsou poměrně jednoznačná a logicky uzavírají posloupnost jejich responzí v rámci dotazníkového šetření. Každý z respondentů označil v rámci této otázky odpověď „*napravení vztahů a sociálních vazeb*“ a rovněž „*uzdravení ve smyslu ovládat nutkání hrát*“. Velké zastoupení v responzích ($n_i = 70$) měla i důvěra v pomoc z nepříznivé životní situace (v kontextu odpovědí na otázky č. 19 – 21 zejména pomoc při řešení dluhů a nepříznivé životní úrovně patologických hráčů a jejich rodin). Očekávání patologických hráčů jsou tak poměrně jasným vyústěním negativních dopadů na jejich osobu (a jejich rodiny) v důsledku gamblerství.

Responze na tuto otázku jsou znázorněny v Tab. 75 – 78 Přílohy č. 7 této práce.

4.5 Vyhodnocení výzkumných otázek

Velikost výzkumného souboru bohužel nedovolila zpracovat podrobnější statistickou analýzu, v rámci níž by bylo možné nastolit a testovat hypotézy; výsledky výzkumného šetření jsou proto níže představeny v podobě odpovědí na stanovené výzkumné otázky, jako indikace trendů a vstupní materiál pro navazující výzkum, pro který by bylo možné stanovit hypotézy, představené v kapitole 5. této práce.

VO 1: Jak se subjektivně proměnily partnerské (manželské) vztahy patologických hráčů po přiznání jejich závislosti?

Zodpovězení první výzkumné otázky je zakotveno do vyhodnocení položek číslo 6, 7 a 11 dotazníku.

Z výzkumu vyplynulo, že 96 % patologických hráčů ($n_1 = 66$) hodnotí svůj partnerský (manželský) vztah v době před závislostí jako relativně bezproblémový, s drobnými běžnými nedorozuměními, avšak harmonický a láskyplný, v němž je komunikace na dobré úrovni, a kde jsou patrné základní prvky, nezbytné pro fungování zdravého vztahu (důvěra, porozumění, zájem o druhou osobu, společné trávení volného času). Po přiznání hráčské závislosti dochází k poměrně razantní proměně ve vnímání kvality partnerských (manželských) vztahů ze strany patologických hráčů. Jako spíše bezproblémový označují svůj vztah pouze 2 respondenti ($f = 3 \%$), naproti tomu však 97 % patologických hráčů svůj vztah hodnotí jako spíše/vysoce problémový; u 3 respondentů výzkumu se jejich závislost stala důvodem pro rozpad partnerského (manželského) vztahu. Za konkrétní problémy ve vztazích s partnery po přiznání hráčské závislosti označilo 69 patologických hráčů ($n = 78$) ztrátu důvěry, 67 z nich vnímá negativní proměnu jejich vztahů skrze výčitky nastalé situace, 52 respondentů hovořilo o podezřívavosti a kontrole ze strany partnera, projevující se kontrolou jeho volnočasových aktivit, převzetím dispozice s finančními prostředky, kontrolou sociálních sítí, telefonické a emailové komunikace. Negativní proměny ve vztazích doznala i komunikace - 29 respondentů uvedlo, že se jim ve vztahu komunikace vytratila, 7 respondentů pak přiznalo ztrátu zájmu ze strany partnera o jejich osobu, včetně zájmu sexuálního.

Souhrnně lze na první výzkumnou otázku odpovědět, že partnerské (manželské) vztahy patologických hráčů se po přiznání jejich závislosti proměnily negativně, a ve velmi významné míře. Signifikantní je proměna důvěry v těchto vztazích, kdy její ztrátu označilo 89 % respondentů. Se ztrátou důvěry se pojí další negativní jevy, vedoucí k narušení rodinné homeostázy a oslabení základních funkcí rodiny. Za tyto negativní jevy lze považovat snahu o kontrolu aktivit patologického hráče, výčitky ze strany partnera, ztrátu zájmu o osobu patologického hráče, jakož i o společné trávení volného času, a rovněž i ztrátu zájmu v sexuální oblasti.

Výsledky výzkumného šetření jsou plně v souladu s poznatky odborné literatury. Podle Gjuričové s Kubičkovou (2009) ovlivňuje patologické hráčství partnerské (manželské) vztahy zejména negativně, když destruuje základní stavební kameny fungujících vztahů - důvěru, komunikaci, vzájemnou oporu. Negativní vliv na partnerské (manželské) vztahy pak nemá jen závislost jako taková, nýbrž zejména přidružené finanční problémy a psychické dopady, které s sebou přináší. Výzkumné šetření

explicitně poukázalo na souvislost mezi patologickým hráčstvím a proměnou kvality partnerských (manželských) vztahů hazardních hráčů, která může nezdědka vést až k rozpadu do té doby fungujících vztahů a partnerských vazeb.

VO 2: Jak se subjektivně proměnily vztahy patologických hráčů a jejich dětí po přiznání jejich závislosti?

Zodpovězení druhé výzkumné otázky je zakotveno do vyhodnocení položek číslo 8,9 a 12 dotazníku.

Výsledky výzkumného šetření, týkající se proměny vztahů patologických hráčů s jejich dětmi v době před a po přiznání závislosti, nevykazují tak radikální proměnu jako u vztahů patologických hráčů a jejich partnerů (manželů, manželek). Avšak i vztahy patologických hráčů s jejich dětmi vykazují v době před a po přiznání závislosti jisté odchylky. Jako spíše bezproblémový hodnotí svůj vztah s dětmi v době před závislostí 96 % patologických hráčů ($n = 67$, $n_I = 64$). Spíše bezproblémovým pak respondenti výzkumu míní vztah, kde jsou sice patrná běžná drobná nedorozumění a problémy, vyplývající z věku, rozdílnosti názorů, rodinného postavení či pohledů na výchovu, avšak mají za to, že vztah s dětmi je ve své podstatě láskyplný, důvěrný, bez patologických vzorců či problémů s respektem a autoritou. Pouze jeden respondent ($f = 2$ %) označil svůj vztah s dětmi v době před závislostí za spíše problémový, v němž byla již patrná disbalance v poměru autority/respektu, a kde se objevovaly časté hádky a neshody. Po přiznání hráčské závislosti hodnotí 79 % dotázaných ($n_I = 53$) i nadále svůj vztah s dětmi jako spíše bezproblémový, avšak je zde patrný příklon k označení vztahu jako spíše problémovému ($n_I = 12$, $f = 18$ %). Jako problematickou označují respondenti rovinu autority, kterou ve vztahu s dětmi vnímají jako oslabenou ($n = 67$, $n_I = 29$), do spojitosti dává 51 respondentů finanční problémy, které hráčská závislost rodině přináší, u respondentů se zletilými dětmi vyvstává problém, spojený se ztrátou komunikace ($n_I = 8$, $f = 6$ %). U nezletilých dětí pak vystupuje do popředí proměna jejich nálad oproti běžnému stavu ($n_I = 14$, $f = 10$ %). Ta může být dána do přímé souvislosti s proměnou partnerských vztahů v rodině, kde se negativní atmosféra a napjaté vztahy mezi rodiči odráží na projevech chování dítěte. Významné zastoupení ($f = 11$ %) měla v průzkumu problematika odcizení dítěte, které je naváděno proti patologickému hráči druhým rodičem.

Souhrnně lze na druhou výzkumnou otázku odpovědět, že vztahy patologických hráčů s dětmi se po přiznání jejich závislosti proměnily negativně a v poměrně významné míře. Konkrétní projevy proměn vztahů patologických hráčů s dětmi pak ovlivňuje věk dětí, resp. skutečnost, zdali jsou tyto zletilé či nezletilé. U zletilých dětí dominuje oslabení vztahu s rodičem – patologickým hráčem - v rovině komunikace, která je doprovázena verbálními výčitkami nastalé situace, u nezletilých dětí jsou majoritními projevy změny nálad a chování oproti běžnému stavu a prvek navádění dítěte druhým rodičem.

VO 3: Jak se subjektivně proměnily sociální kontakty patologických hráčů s okolím v důsledku přiznání jejich závislosti?

Zodpovězení třetí výzkumné otázky je zakotveno do vyhodnocení položek číslo 14 a 15 dotazníku.

Výsledky výzkumného šetření, týkající se proměny vztahů patologických hráčů s okolím v době před a po přiznání závislosti, přinesly zajímavé poznatky. Předně, vztahy se svým okolím v době před závislostí, do kterého v dikci dotazníkového šetření spadala širší rodina a kamarádi, neumělo jasně definovat 5 % respondentů ($n = 78$, $n_1 = 4$). Více než třetina dotázaných patologických hráčů ($n_1 = 27$, $f = 35$ %) pak tyto vztahy před vznikem hráčské závislosti hodnotila spíše jako neutrální - přiklápěla se k označení sebe sama jako introvertů, kteří neměli velké množství kamarádů či známých, se kterými by trávili volný čas např. v rámci sportovních aktivit či posezením v restauračních zařízeních. Převládající skupinou však byli ti respondenti ($n_1 = 35$, $f = 45$ %), kteří své vztahy s okolím hodnotili jako spíše dobré, tedy, že sami sebe považovali spíše za extroverty, s několika dobrými známými či kamarády, s nimiž trávili část svých volnočasových aktivit. Po přiznání hráčské závislosti se pouze u jednoho respondenta vztahy s okolím neproměnily, 2 dotázaní si pak ve své odpovědi nebyli jistí. Přesvědčivě však intenzita vztahů patologických hráčů po přiznání závislosti s okolím vykazala sestupnou tendenci, když u 72 respondentů ($n = 78$, $f = 92$ %) došlo k oslabení jejich vazeb s okolím, ve smyslu vyhýbání se, a to z rozličných důvodů. Celkem 23 respondentů ($f = 30$ %) se svému okolí vyhýbá, neboť se za svou závislost stydí. Lze tedy odvodit, že okolí těchto patologických hráčů o jejich závislosti ví, popř. si to patologičtí hráči o svém okolí myslí. 44 dotázaných ($f = 56$ %) se svému okolí vyhýbá z jiných důvodů, souvisejících s hráčstvím - důvodem je jejich psychický stav

(deprese, úzkosti, smutek), nechť ve svém volném čase vídat jiné osoby, nebo nemožnost se potkávat z důvodu nedostatku finančních prostředků. Celkem 4 patologičtí hráči ($f = 5\%$) jako důvod omezení kontaktu s okolím uvedli, že jejich okolí tvoří lidé se stejným problémem. Pouze 1 respondent uvedl, že se vyhýbá svému okolí z důvodu, který nesouvisí s jeho hráčským chováním. Tento důvod následně rozvedl v kolonce "jiné", když za něj označil náročné zaměstnání, díky kterému mu nezbývá čas na kamarády.

Souhrnně lze na třetí výzkumnou otázku odpovědět, že vztahy patologických hráčů s jejich okolím se po přiznání jejich závislosti proměnily většinou negativně; významným důvodem oslabení vztahů s okolím je pro patologické hráče jejich psychický stav, nedostatek finančních prostředků a rovněž stud, vyplývající z přiznané závislosti.

Zajímavým se však v rámci výzkumného šetření stalo zjištění, že u 3 respondentů ($f = 4\%$) došlo k proměně vztahů s jejich okolím ve smyslu intenzivnější vazby, když v něm hledají podporu pro zvládání závislosti, popř. únik od svých problémů. S tímto koreluje i názor Nešpora (2007), který zmiňuje intenzivnější trávení volného času závislých jedinců mezi známými a kamarády např. při sportovních aktivitách. Dle autora se jedná o způsob zvládání stresu, o aktivní odpočinek mozku, jež se v dané chvíli nesoustředí na vlastní problém a umožňuje tak dotyčnému potřebnou regeneraci a celkové načerpání sil pro boj se závislostí. Rovněž Prunner (2008) definuje okolí patologického hráče jako potenciální „pomocnou ruku“, ke které se může hráč upínat, zejména, dojde-li v důsledku jeho hráčství k významnému rozvratu rodinného prostředí, kdy rodina přestává být útočištěm patologického hráče. Ten pak z rozličných příčin (negativní atmosféra v rodině, snaha o neustálé řešení situace, stud patologického hráče) vyhledává jiné prostředí, ve kterém se stále cítí komfortně.

VO 4: Jak se subjektivně proměnil socioekonomický status patologických hráčů (a jejich rodin) v důsledku závislostního chování?

Zodpovězení čtvrté výzkumné otázky je zakotveno do vyhodnocení položek číslo 19, 20 a 21 dotazníku.

Výsledky výzkumného šetření, týkající se proměny socioekonomického statusu patologických hráčů v době před a po přiznání závislosti, plně odpovídají teoretickým

poznatkům, uvedeným v teoretické části této práce. Všichni respondenti výzkumného šetření uvedli, že se v důsledku své závislosti potýkají s dluhy, přičemž 39 respondentů ($f = 50\%$) uvedlo, že má dluhy vyšší než 500.000 Kč. Zbylí respondenti uvedli, že jejich dluhy činí méně než 100.000 Kč ($n_1 = 1, f = 1\%$), či se pohybují v intervalu 100.000 - 500.000 Kč ($n_1 = 38, f = 49\%$). Bylo tak možné predikovat, že takto vysoké dluhy povedou u všech respondentů k subjektivnímu vnímání snížení jejich životní úrovně (či úrovně jejich rodiny). Výzkumné šetření predikci podpořilo, když všichni respondenti ($n = 78, f = 100\%$) označili proměnu své životní úrovně směrem k horšímu. Konkrétně se pak patologické hráčství stalo u 77 respondentů důvodem pro vyčerpání veškerých finančních rezerv, 78 respondentů uvedlo, že byli donuceni přestat trávit volný čas aktivitami, jež stojí peníze, s čímž souvisí i nemožnost dopřát si řádnou dovolenou. Celkem 29 dotázaných je ohroženo chudobou a sociálním vyloučením, neboť nemají dostatečné množství finančních prostředků na uspokojení základních životních potřeb (bydlení, jídlo, ošacení, zdravotní péče).

Závislost celkem 41 patologických hráčů ovlivnila rovněž vzdělávání jejich zejména nezletilých dětí, kterým tak nemohou dopřát vzdělání dle jejich potřeb, či dle svých nebo obecně nastolených standardů. Celostátní projekt, organizovaný společností PAQ Research, soustředící se na vzdělávací a sociální problémy ČR, explicitně upozorňuje na souvislost destabilizující chudoby, která úzce souvisí se stresem, nejistotou, rozpadem sociálních vazeb a proměnou životní úrovně rodin, a nízkou kvalitou vzdělávání dětí. Znevýhodněné děti jsou pak závislé na možnostech a schopnostech vzdělávacího systému, který však dle Nádoby (2022) není v současné době nastaven na to, aby se rozdíly v kvalitě vzdělávání v ČR zmenšovaly. Chudoba tak výrazně snižuje šance dětí dostat se ke kvalitnímu vzdělání a tedy k možnostem, napomáhajícím k dobrému socioekonomickému postavení v dospělosti.

Souhrnně tak lze na čtvrtou výzkumnou otázku odpovědět, že socioekonomický status patologických hráčů se v důsledku jejich závislostního chování významně snížil, když každý z patologických hráčů disponuje dluhy, v důsledku kterých došlo k negativní proměně jejich životní úrovně.

5 Diskuze

Výsledky výzkumného šetření, kterého se zúčastnilo celkem 78 respondentů, závislých na hraní hazardních her, plně podpořily teoretická východiska, týkající se dopadů patologického hráčství, a lze tedy konstatovat, že patologické hráčství je významnou příčinou destrukce rodiny a sociální izolace závislého hráče. Hazardní hráčství má škodlivé dopady na osobu patologického hráče a na jeho rodinu, jakož i na společnost jako celek, kdy tyto negativní dopady zcela převyšují možné ekonomické přínosy hráčství pro společnost.⁶ Je však rovněž třeba zmínit, že výzkumný soubor v rámci dotazníkového šetření byl poměrně malého rozsahu, a je tak třeba při interpretaci jeho výsledků dbát zvýšené opatrnosti.

Při práci s osobou patologického hráče je prvotním (a klíčovým) krokem posouzení jeho aktuální situace. Jedná se o nejobtížnější fázi sociální práce, na které závisí další postup sociálního pracovníka, a tedy i úspěšnost samotné intervence. Při posouzení je nezbytné pochopit původ a důvod problémů klienta, jakož i vliv jeho okolí. Při poznání klientovy situace je zapotřebí zdržet se subjektivního hodnocení, tak, aby toto nepředurčilo výsledek vlastního posouzení. Důraz je věnován jak konkrétním problémům, které klient jako problémy definuje, tak i problémům kontextuálním, mající vliv na vznik a udržení definovaných problémů. Pro posouzení životní situace klienta je třeba klást důraz na celistvý pohled, a na propojení všech rovin (bio-psycho-socio-spirito) v rámci holistického přístupu. Výsledky výzkumného šetření naznačily, že existuje velká skupina patologických hráčů, kteří nejsou vnitřně motivováni ke změně svého jednání, a odbornou pomoc vyhledávají nedobrovolně, po přímém nátlaku ze strany blízkých osob. Konkrétně pak tuto skutečnost uvedlo 38 % respondentů v rámci výzkumného šetření. Klíčovým aspektem sociální práce s patologickým hráčem je tedy práce s jeho motivací. Vyhledá-li patologický hráč odbornou pomoc dobrovolně, nachází se ve fázi kontemplace, kdy si problém připouští a zvažuje, má-li se snažit o dosažení změny či nikoliv. Patrný je zde ambivalentní postoj a kolísavost motivace. Sociální

⁶ Je třeba vzít do úvahy, že exaktní analýza přínosů a nákladů hazardního hráčství pro společnost není jednoduše interpretovatelná, neboť tyto jsou obtížně měřitelné, a v konečném důsledku se liší v typu a rozsahu v závislosti na čase, místě a typu hazardní hry. Pro podrobnou analýzu přínosů a nákladů hazardního hráčství by bylo zapotřebí analyzovat každou jednotlivou formu hazardu zvlášť, a vzít do úvahy proměnlivost ekonomických faktorů, jako jsou hmotné či nehmotné dopady, přímé a nepřímé efekty dané formy hazardní hry, stejně jako současné a predikovatelné budoucí zisky a ztráty, objevující se u různých skupin v rozličném prostředí.

pracovník musí být schopen oddělit své vlastní představy a touhy od kompetencí a možností klienta, neboť neadekvátní a nerealizovatelné cíle a úkoly vedou k selhání klienta a ke vzniku či prohloubení pocitů selhání, a tím i k demotivaci v další léčbě. Naopak podpora schopností klienta, tedy opakované ujišťování, že on sám je nejlepším odborníkem na řešení svého hráčství, na něž má dostatek schopností, posiluje jeho motivaci uspět v léčebném procesu. Sociální pracovník má pro klienta představovat primárně zdroj informací, které klientovi doposud chyběly nebo ke kterým prozatím neměl přístup, neboť neznal své možnosti. V oblasti adiktologie vyvstává při práci s motivací klienta nutnost projevování respektu k jeho osobě, aktivní naslouchání jeho přání a potřeb a opětovné ujišťování klienta, že mu sociální pracovník rozumí. Odborné znalosti napomáhají sociálnímu pracovníkovi uchopit motivaci klienta jako proces připravenosti ke změně jeho jednání, procházející signifikantními fázemi; nikoliv však výlučně krok po kroku, avšak tak, aby byl schopen dosáhnout úspěchu a dojít k nastoleným cílům. Posílení motivace patologického hráče vychází z empatie, naslouchání klientovi, z uvědomění si jeho jedinečnosti a přijetí klienta s celým jeho problémem.

Cílem práce bylo mimo jiné též podrobněji zjistit, jakým způsobem proměnila závislost na hazardních hrách vztahy patologického hráče v blízké rodině (vztahy s partnery, dětmi). Výzkumné šetření podpořilo výchozí tezi, že gamblerství a partnerský (manželský) vztah jsou z dlouhodobého pohledu neslučitelné jevy, i přes přítomnost nezletilých dětí v rodinách. Vztahy patologických hráčů bývají těžce poznamenány zejména v rovině emocionální, kdy se vlivem lži či manipulací ze strany závislého partnera ze vztahu vytrácí důvěra. Typickým projevem její ztráty je pak zvýšená podezřívavost ze strany partnera závislého hráče, projevující se například kontrolou jeho osobní komunikace (emaily, telefon, sociální sítě), či kontrolou jeho volnočasových aktivit. Ztrátu důvěry, jako konkrétní problém partnerského (manželského) vztahu po přiznání patologického hráčství, ve výzkumném šetření označil každý z jeho respondentů ($n = 69$), kdy za typický projev této ztráty označilo 68 z nich právě pravidelnou kontrolu osobní komunikace či online aktivit; 67 respondentů pak časté vyčítání nastalé situace ze strany partnera. Neméně důležitá je však v partnerství i rovina finanční - patologické hráčství s sebou přináší vysoké finanční náklady, které nezřídka několikanásobně překračují příjmy jednotlivce (i celé jeho rodiny). Dluhy, které pak patologický hráč už není schopen splácet, negativně proměňují finanční situaci ve vztahu,

jejímž důsledkem může být nejen omezování běžného režimu partnerského či manželského vztahu (nákupy potravin, absence volnočasových aktivit), nýbrž v krajním případě i hrozba chudoby a sociálního vyloučení. Jak uvedla polovina dotázaných respondentů, výše jejich dluhů se pohybuje na hranici více jak půl milionu korun. Po přiznání patologického hráčství bývá partner závislého jedince zvykle tím, kdo přebírá na starost rodinné finance, a tím i zodpovědnost za její ekonomickou prosperitu a fungování. Tuto skutečnost stvrdili respondenti i v rámci dotazníkového šetření – u 62 respondentů partner plně přebírá zodpovědnost za dispozice s finančními prostředky rodiny.

Stejně jako partneři patologických hráčů, i jejich děti citlivě vnímají proměnu finanční situace rodiny. Rodině chybí peníze na úhradu jejich školních a mimoškolních aktivit, na pořízení sportovních pomůcek či ošacení. Rovněž výsledky výzkumného šetření akcentují na rovinu finančních problémů ve vztahu patologických hráčů s jejich dětmi. Nemožnost dětem dopřát kvalitní vzdělání, ať již předškolního či školního charakteru, uvedlo celkem 41 respondentů ($n = 67$). S negativními finančními dopady na vztahy s dětmi se pak pojí i změna v komunikaci, a zejména u starších dětí i časté výčitky nastalé situace; tuto skutečnost ostatně uvedli všichni respondenti výzkumného šetření, mající zletilé děti. Mírná odlišnost projevů zletilých a nezletilých dětí směrem k rodiči – patologickému hráči je přirozeným důsledkem vývoje dětí, kdy zejména zletilé děti jsou schopny plně reflektovat situaci v rodině a dopady hráčství jednoho z rodičů na vztahy v ní. Na rozdíl od nezletilých dětí nejsou děti zletilé zpravidla existenčně závislé na péči či finanční pomoci ze strany rodičů, jsou proto otevřenější k projevům verbálního nesouhlasu s jednáním toho rodiče, který se potýká se závislostním chováním. Nemožnost plnohodnotného verbálního projevu nezletilých dětí však nikterak nezlehčuje jejich prožívání komplikovaných rodinných vztahů v rodině patologického hráče. Zranitelnost a plná závislost těchto dětí na rodičích, jejich vztazích, jakož i na bezpečném prostředí, predikující jejich řádný vývoj a výchovu, by měla být jedním z nejsilnějších impulsů pro patologické hráče udržet své závislostní jednání dlouhodobě pod kontrolou. Výsledky výzkumného šetření totiž jednoznačně prokázaly, že přítomnost nezletilých dětí v rodině nemá rozhodující vliv na rozhodnutí partnera hráče, zdali tento zůstane v dosud toxickém vztahu a bude závislého partnera podporovat v léčbě, nebo jej opustí a naruší tak rovnováhu výchovného prostředí, ve kterém se oba rodiči rovnoměrně podílí na výchově dětí.

Vztahy patologických hráčů s okolím, tedy známými, kamarády či vzdálenější rodinou, se rovněž negativně proměňují v přímém důsledku hraní hazardních her. Výsledky výzkumného šetření prokázaly, že se hráči svému okolí vyhýbají, ať již z důvodů studu za své jednání, proto, že nedisponují finančními prostředky, kterými by mohli hradit své volnočasové aktivity, či proto, že jejich okolí tvoří lidé se stejným problémem. Na základě těchto důvodů dochází k jejich sociální izolaci pod tlakem, která může vést k pocitům osamělosti, úzkosti, či ke ztrátě sebevědomí; v dlouhodobém horizontu je pak tato izolace způsobilá ovlivnit všechny aspekty existence člověka. Patologický hráč, který má skrze své hráčství problémy v osobním životě a problémy finančního charakteru, by měl mít ve svém volném čase možnost věnovat se věcem, které ho naplňují, zrelaxovat, nabrat síly do svého boje se závislostí. Dostává se však do bezvýchodné situace - na jedné straně potřebuje ke zvládnutí své závislosti smysluplně vyplnit svůj volný čas, je žádoucí, aby realizoval své touhy a přání a věnoval se koníčkům, avšak na tyto aktivity nemá finanční prostředky. Pracuje, aby umořil své dluhy, které několikanásobně překračují výši jeho pravidelných příjmů, a svůj volný čas tráví osamocně, s vlastními myšlenkami, které se mnohdy upínají opětovně směrem k tomu začít hrát a alespoň část problémů (finančního charakteru) tím zkusit rychle vyřešit. To pak spouští spirálu dalších problémů v rodině, zaměstnání, ve společnosti, kdy nemožnost svěřit se se svými obavami blízkým kamarádům, či jen tak „vypnout“ při sportovní či kulturní aktivitě, nezřídka ústí do závažných psychosomatických obtíží nebo i myšlenek na sebevraždu.

Patologické hráčství je přímo způsobilé destruovat to nejcennější, co v životě máme – rodinu a vztahy v ní. I přes tuto skutečnost se však rodinám patologických hráčů a vazbám v nich věnuje společnost pouze okrajově. Národní strategie České republiky a akční plány v rámci prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním se sice zaměřují na posílení preventivních aktivit a zvýšení informovanosti v rámci tzv. integrované politiky závislostí, a na zajištění a podpory sítě adiktologických služeb, avšak s primárním důrazem na látkové závislosti, a na podporu osob patologických hráčů, nikoliv na jejich blízké okolí. Na patologické hráčství je pohlíženo jako na diagnózu, na spíše medicínský problém, čemuž odpovídá i alokace finančních prostředků ze státního rozpočtu do služeb, zabírající se výlučně patologickým hráčstvím a jeho konsekvencemi. Přestože zejména neziskové organizace pracují s patologickými hráči na úrovni terapeuticko - poradenského přístupu, a kladou důraz na práci s rodinou patologického hráče, jsou tyto služby významně finančně podhodnoceny, a prostředky na svou činnost jsou nuceny

získávat spíše vlastní aktivitou v rámci fundraisingu, popř. podporou z evropských strukturálních fondů.

Výzkumné šetření v této práci narazilo na limit, týkající se počtu jeho respondentů. Skrze něj nebylo možné zpracovat podrobnější statistickou analýzu, a v jejím rámci testovat hypotézy. Přesto však bylo schopné poukázat na některé zajímavé skutečnosti, zasluhující si náležitou pozornost. Na základě zpracované deskripce v empirické části této práce jsou proto níže formulovány nulové hypotézy, vhodné k jejich ověření v rámci dalších, podrobnějších, výzkumných šetření či studií:

- H0: Kvalita partnerských vztahů **se neliší** v závislosti na přiznání hráčské závislosti.
- H0: Kvalita vztahů patologických hráčů s jejich dětmi **se neliší** v závislosti na přiznání hráčské závislosti.
- H0: Ochota patologických hráčů dobrovolně bez nátlaku vyhledat odbornou pomoc **se neliší** v závislosti na tom, jsou-li v rodině přítomny nezletilé děti.
- H0: Rozhodovost partnerů s patologickými hráči **se neliší** v závislosti na tom, jsou-li v rodině přítomny nezletilé děti.
- H0: Patologické hráčství **nemá** statisticky významný **vliv** na zaměstnanost hráčů.
- H0: Existence dětí v rodině patologického hráče **nemá vliv** na výši jeho dluhů z hráčského chování.
- H0: Přítomnost nezletilých dětí v rodině **nemá vliv** na podporu rodiny v léčebném procesu patologických hráčů.

Návazná výzkumná šetření, v rámci kterých by bylo možné nejen testovat výše uvedené hypotézy, ale zejména vyvodit obecně platné závěry, týkající se proměn vztahů patologických hráčů s jejich okolím a jejich životní úrovně, by měla vykazovat celorepublikový charakter; je třeba vzít do úvahy demografické, kulturní a sociální rozdíly napříč kraji České republiky, jakož i proměnu hráčského prostředí se současnou preferencí dostupného online hráčskému trhu. Pro takto rozsáhlý výzkum by bylo vhodné využít Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti, ve spolupráci s agenturami, které mají zkušenosti se sběrem obsáhlých dat, a výzkum realizovat v rámci dvou samostatných částí - formou online dotazování na reprezentativním vzorku internetové populace a dotazováním v náhodně vybraných českých domácnostech. Vzorek v rámci online dotazování by mohl být vybrán na základě kvótního výběru, tak, aby byl reprezentativní nejen z hlediska pohlaví či věku, ale i regionu, velikosti

města/obce, situace v oblasti bydlení či vzdělání. Podporu pro získání velkého množství respondentů výzkumu lze získat prostřednictvím reklamních sdělení, demonstrujících důležitost zapojení maximálně možného počtu obyvatel ČR, a to v tisku, rozhlase a zejména v televizním vysílání, obdobně, jako tomu bylo při sčítání obyvatel v roce 2021, které koordinoval a zabezpečoval Český statistický úřad. Výzkumné šetření v dikci výše uvedeného by si jistě žádalo velké množství času (ať již na jeho samotnou přípravu, realizaci a následné vyhodnocení), přineslo by však velmi cenné poznatky o dopadech patologického hráčství na různých úrovních sociálního fungování hráčů, které by následně mohly být užitečným přínosem (nejen) sociální práce s touto cílovou skupinou.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zaměřila na problematiku patologického hráčství a zejména pak na proměnu vztahů patologického hráče s jeho rodinou a okolím, a na proměnu jeho životní úrovně v důsledku závislostního chování.

Přestože je patologické hráčství vysoce progresivní závislostí, která přináší závislému jedinci velké množství problémů a jehož následná léčba je zdlouhavá a vysoce nákladná, není tomuto jevu ani v současné době věnována přílišná pozornost. Nízký zájem o danou problematiku může být způsoben jednak skrýváním problému ze strany patologických hráčů a jejich neochotou vyhledat odbornou pomoc, jakož i skutečností, že na rozdíl od dopadů alkoholismu či užívání drog a jiných návykových látek (jako nikotin), nejsou kazuistiky patologických hráčů příliš medializované. Systém preventivních opatření, ať již ze strany státu nebo společnosti, se soustředí primárně právě na problematiku drogových závislostí a užívání alkoholu, patologickému hráčství se národní strategie protidrogové politiky či krajské akční plány věnují spíše okrajově, jako možné příčině jiných nežádoucích jevů ve společnosti než jako primárnímu faktoru. Situaci pak umocňuje nejen fakt, že hráčství je ve své podstatě skrytý fenomén – závislost nejde na samotném hráči vidět, a to znemožňuje včasnou intervenci při řešení jeho problémů, ale i skutečnost, že problematice negativních proměn vztahů patologických hráčů s jejich rodinami se současná odborná literatura věnuje spíše sporadicky. V českých podmínkách rovněž absentují ucelené, celorepublikové výzkumy, zaměřené na nezbytnost sociální práce s rodinami patologických hráčů, v rámci poradensko – terapeutického přístupu.

Poznatky, získané sběrem sekundárních dat a vlastním výzkumným šetřením, nade vše pochybnost prokázaly, že problémy s hazardním hráčstvím mají značné a dalekosáhlé dopady na rodinu patologického hráče, primárně pak na její finanční zabezpečení, na správný duševní a emocionální vývoj každého člena, a na vzájemné vazby a ochotu komunikovat. Extrémní situace, do kterých patologičtí hráči své partnery či děti dostávají, nezřídka vedou k destrukci vztahů, k odluce či rozchodu partnerů, s čímž jsou analogicky pozměněny i jistoty a rodinné vzorce chování dětí, dosud vyrůstajících v kompletní rodině. Náprava takto narušených rodinných vztahů je velice složitá, a vyžaduje nejen dostatek času a trpělivosti, nýbrž i ochoty ze strany partnera podpořit patologického hráče v jeho léčbě a dát mu další šanci, jak napravit své jednání. I přes maximální vůli

však ne vždy dochází k nápravě vztahů ve smyslu znovuvybudování důvěry, což může recipročně působit na motivaci patologického hráče dále se léčit a své závislostní chování zvládat.

Předkládaná bakalářská práce představila subjektivní názory celkem 78 léčených patologických hráčů. Pro získání podrobnějších výsledků se jeví jako vhodné ve výzkumném šetření i nadále pokračovat, do výzkumu zapojit nejen větší množství respondentů, ale i odborníky, mající zkušenost s prací s danou cílovou skupinou. Na základě návazného, podrobného studia projevů patologických hráčů, by pak bylo možné nalézt další společné prvky v příčinách jejich jednání, a na základě těchto zjištění hledat neotřelé, cílené a alternativní metody a postupy (nejen) v rámci sociální práce ku prospěchu této skupiny, zranitelné i v kontextu jejího sociálního fungování.

SEZNAM ZDROJŮ

1. BARKER, Philip. *Rodinná terapie*. Praha: Triton, 2012. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-530-5.
2. BÉM, Pavel. *Vládní návrh zákona, kterým se mění zákon č. 202/1990 Sb., o loteriích a jiných podobných hrách, ve znění pozdějších předpisů /sněmovní tisk 138/ – druhé čtení (stenoáznam části projednávání bodu pořadu schůze)* [online]. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky, 2011 [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/eknih/2010ps/stenprot/019schuz/s019187.htm>.
3. BOHÁČ, Radim a Hana KRASULOVÁ. *Zákon o dani z hazardních her: komentář*. Praha: Wolters Kluwer, 2017. ISBN 978-80-7552-481-2.
4. BROŽKOVÁ, Alena. *Rodinná terapie z pohledu sociálního pracovníka*. Brno: Pražská psychoterapeutická fakulta, 2004.
5. BUDÍKOVÁ, Marie a kol. *Průvodce základními statistickými metodami*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3243-5.
6. CALADO, Filipa a Mark D GRIFFITHS. *Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000-2015)*. Journal of Behavioral Addictions, 5(4), 2016. ISSN 2063-5303.
7. COLEMAN, Leo. *Global Gambling Statistics & Facts* [online]. Gambling'n go, 2022 [cit. 2022-02-11]. Dostupné z: <https://gamblingngo.com/guides/gambling-stats-facts/#gambling-statistics-for-2022-quick-overview>.
8. DÁVIDOVÁ, Michaela. *Patologické hráčství: výskyt, diagnostika, léčba, komplexní pohled na problematiku*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-247-2758-5.
9. DOWLING, Nicole a kol. *Problem Gambling Family Impacts: Development of the problem gambling family* [online]. Journal of Gambling Studies, 2016, 32(3) [cit. 2023-03-17]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10899-015-9582-6>
10. EXEKUTORSKÁ KOMORA ČESKÉ REPUBLIKY. *Otevřená data o exekucích* [online]. 2023 [cit. 2023-02-26]. Dostupné z: <https://statistiky.ekcr.info/>.
11. GAMBLER ND. *Harm Reduction* [online]. 2022 [cit. 2023-02-13]. Dostupné z: <https://www.gamblernd.com/harm-reduction/>.

12. GARDNER, Richard A. *Terapeutické intervence u dětí se syndromem zavržení rodiče*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-365-3.
13. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-0.
14. GJURIČOVÁ, Šárka a Jiří KUBIČKA. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. 2.vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2390-7.
15. GOSSOP, Michael. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. ISBN 978-80-87041-81-9.
16. HASIN, Deborah a kol. *Substance use disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) and International Classification of Diseases* [online]. PubMed.gov, 2006 [cit. 2023-02-10]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16930162/>.
17. HEJZLAROVÁ, Eva. *Svépomocné a podpůrné skupiny v Česku: mapa terénu, rizika dalšího vývoje a možnosti veřejné politiky*. Sociální práce (Sociálna práca), 11(1), 2011. ISSN 1213-6204.
18. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.
19. JÄRVINEN - TASSOPOULOS, Johanna. *The impact of problem gambling: are there enough services available for families with children?* [online]. Public Health (Elsevier) (184), 2020 [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://doi-org.ezp.waldenulibrary.org/10.1016/j.puhe.2020.03.020>.
20. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
21. KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.
22. KRAMÁŘ, Květoslav a Aleš HUŠÁK. *Herní právo*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2006. ISBN 80-86898-80-6.
23. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 7. vydání. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1227-0.
24. KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. *Sociální patologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-080-1.
25. KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*. 6. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., 2015. ISBN 978-80-7478-921-2.

26. KULHÁNEK, Jan. *Poruchy nálady* [online]. Šance dětem, 2012 [cit. 2023-03-14]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/poruchy-nalady>.
27. LINDEROVÁ, Ivica a kol.. *Úvod do metodiky výzkumu*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2016. ISBN 978-80-88064-23-7.
28. LUND, Ingeborg. *Gambling behaviour and the prevalence of gambling problems in adult EGM gamblers when EGMs are banned. A natural experiment* [online]. National Library of Medicine, 2009 [cit. 2023-02-19]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19322645/>.
29. MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. ISBN 80-86429-19-9.
30. MATOUŠEK, Oldřich. *Strategie a postupy v sociální práci*. Praha: Portál, 2022. ISBN 978-80-262-1952-1.
31. MEYER, Gerhard. *International vergleichende Analyse des Glücksspielwesens* [online]. Institut suisse de droit comparé, 2009 [cit. 2023-02-22]. Dostupné z: https://www.badenwuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/dateien/PDF/Internationale_vergleichende_Analyse_des_Gluecksspielwesens_Schweiz.pdf.
32. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Výdaje na státní politiku zaměstnanosti* [online]. 2023 [cit. 2023-02-22]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/vydaje-na-statni-politiku-zamestnanosti>.
33. MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2511-5.
34. MRAVČÍK, Viktor a kol. *Hazardní hraní v České republice v roce 2020* [online]. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2021 [cit. 2023-02-11]. Dostupné: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33550/1108/Zaostreno_2021-04_Hazardni_hrani_v_CR_v_r_2020.pdf.
35. NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0.
36. NEŠPOR, Karel. *Už jsem prohrál dost* [online]. 2012 [cit. 2023-01-05]. Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>.
37. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2007. ISBN 807178432X.
38. OSTROVSKÝ, Ondřej. *Offline vs. online hráči: Systematická přehledová studie srovnávající uvedené formy hazardního hraní*. Adiktologie. Praha: Sdružení SCAN, 17(1), 2017. ISSN 1213-3841.

39. PEŠEK, Roman a kol. *Kognitivně-behaviorální terapie v praxi: pro terapeuty, studenty a poučené laiky*. Praha: Portál, 2013. ISBN 9788026205012.
40. PIKA, Tomáš. *Milostivé léto byl obrovský úspěch. Jsem rád, že se opakuje, říká expert na dluhovou problematiku Hábl* [online]. Český rozhlas, 2022 [cit. 2023-02-26]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/milostive-leto-dluhy-exekuce-radek-habl-rozhovor_2207060600_pik.
41. PRUNNER, Pavel. *Psychologie gamblersství, aneb, Sázka na štěstí*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. ISBN 9788073800741.
42. RADA PRO ROZHLASOVÉ A TELEVIZNÍ VYSÍLÁNÍ. *Obchodní sdělení v televizním vysílání propagující alkohol a hazardní hry v 1. pololetí roku 2020* [online]. 2020 [cit. 2023-04-04]. Dostupné: <https://www.rrtv.cz/cz/files/pdf/Reklama%20na%20alkohol%20a%20hazardn%C3%AD%20hry.pdf>
43. RODDA, Simone a kol. *Treatment for Family Members of People Experiencing Gambling Problems: Family Members Want Both Gambler - Focused and Family - Focused Options* [online]. International Journal of Mental Health and Addiction (18), 2019 [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00143-9>.
44. ROGERS, Carl Ransom. *Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Přeložil Jiří KREJČÍ. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0597-5
45. ROSSOW, Ingeborg a Marianne HANSEN. *Gambling and suicidal behaviour* [online]. Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, 128(2), 2008 [cit. 2023-02-20]. Dostupné z: <https://tidsskriftet.no/2008/01/oversiktsartikkel/pengespill-og-suicidal-atferd>.
46. ROZNEROVÁ, Tereza a Viktor MRAVČÍK. *Hazardní hráčství a jeho dopady - kvalitativní výzkum patologických hráčů*. Adiktologie, 15(4), 2015. ISSN 1213-3841.
47. SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY. *Souhrnná zpráva o plnění Akčního plánu realizace Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2021*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2022. ISBN 978-80-7440-295-1.
48. SCHULTE, Bernd. *Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010. ISBN 978-80-7440-042-1.

49. SPOLEČNOST PODANÉ RUCE. *Projekty* [online]. 2022 [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://podaneruce.cz/projekty/>
50. SPOLEČNOST PODANÉ RUCE o. p. s. *Základní informace o Centru Naberte kurz* [online]. Naberte kurz, 2023 [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: <https://www.nabertekurz.cz/kdo-jsme>.
51. ŠERÝ, Omar. Patologické hráčství [online]. *Psychiatria pre prax*, 4(1), 2001. ISSN 1339-4258 [cit. 2023-02-20]. Dostupné z: <https://www.solen.sk/index.php/vyhľadavanie?phrase=%C5%A1er%C3%BD>.
52. ŠUBRT, Jiří. *Postparsonsovské teorie sociálních systémů*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1368-0.
53. ÚZIS. *11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN - 11)* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022 [cit. 2023-02-10]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>.
54. ÚZIS. *Péče o pacienty s diagnózou F63.0 (patologické hráčství) v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2011–2017* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018 [cit. 2023-02-10]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_07_gambling_2017.pdf.
55. VACEK, Jaroslav. *Identifikace a řešení rizik spojených s hraním hazardních her: příručka pro obce a jejich zastupitele*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2014. Metodika (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-102-2.
56. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 9788073674144.
57. VELÍMOVÁ, Šárka. *Patologické hráčství a osobnost gamblera*. Diplomová práce. Masarykova univerzita Brno, Pedagogická fakulta, Katedra rodinné výchovy a výchovy ke zdraví, 2010.
58. VESELSKÝ, Pavel. *Hodnoty, normy a etická dilemata sociálních pracovníků*. Studijní text. Olomouc: CARITAS - Vyšší odborná škola sociální, 2019.
59. VĚZEŇSKÁ SLUŽBA ČESKÉ REPUBLIKY. *Informace, poskytnuté dle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím* [online]. Generální ředitelství Vězeňské služby České republiky, 2023 [cit. 2023-02-22]. Dostupné z: <http://www.vscr.cz/media/organizacni-jednotky/generalni-reditelstvi/odbor-spravni/zakon-106/poskytnute-informace/2022/web-tabulka.pdf>.

60. VĚZEŇSKÁ SLUŽBA ČESKÉ REPUBLIKY. *Statistická ročenka Vězeňské služby České republiky 2021* [online]. 2022 [cit. 2023-02-22]. Dostupné z: <https://www.vscr.cz/media/organizacni-jednotky/generalni-reditelstvi/odbor-spravni/statistiky/rocenky/statisticka-rocenka-2021.pdf>.
61. WEST, Robert. *Modely závislosti*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016. ISBN 978-80-7440-157-2.
62. ZAKOUŘILOVÁ, Eva. *Sociální terapie, aneb, Její teorie i speciální techniky, které pomáhají v sociální práci s rodinou*. Praha: Institut pro místní správu, 2008. ISBN 978-80-86976-14-3.
63. ZASTROW, Charles. *Introduction to Social Work and Social Welfare: Empowering People*. Boston: Cengage Learning, 2009. ISBN 9780495809524.
64. ZEIG, Jeffrey K. *Umění psychoterapie: C. Rogers, V. Satirová, P. Watzlawick, A. Ellis, A. Beck, A. Lazarus a další*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-972-0.
65. ŽUROVEC, Michal. *Analýza MF: Moderní regulace hazardu funguje, za čtyři roky ubylo 80 % heren a 62 % automatů. Výzvou je internetové hraní*. [online]. Ministerstvo financí ČR, 2021 [cit. 2023-02-13]. Dostupné z: <https://www.mfcr.cz/cs/aktualne/tiskove-zpravy/2021/analiza-mf-moderni-regulace-hazardu-fung-42090>.

Použitá legislativa:

Zákon č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím,

Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře,

Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi,

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,

Zákon č. 286/2021 Sb., kterým se mění zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů,

Zákon č. 120/2001 Sb., o soudních exekutorech a exekuční činnosti (exekuční řád),

Zákon č. 214/2022 Sb., o zvláštních důvodech pro zastavení exekuce,

Zákon č. 186/2016 Sb., o hazardních hrách,

Zákon č. 187/2016 Sb., o dani z hazardních her,

Zákon č. 188/2016 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o hazardních hrách a zákona o dani z hazardních her,

Zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy,

Zákon č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu,

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník,

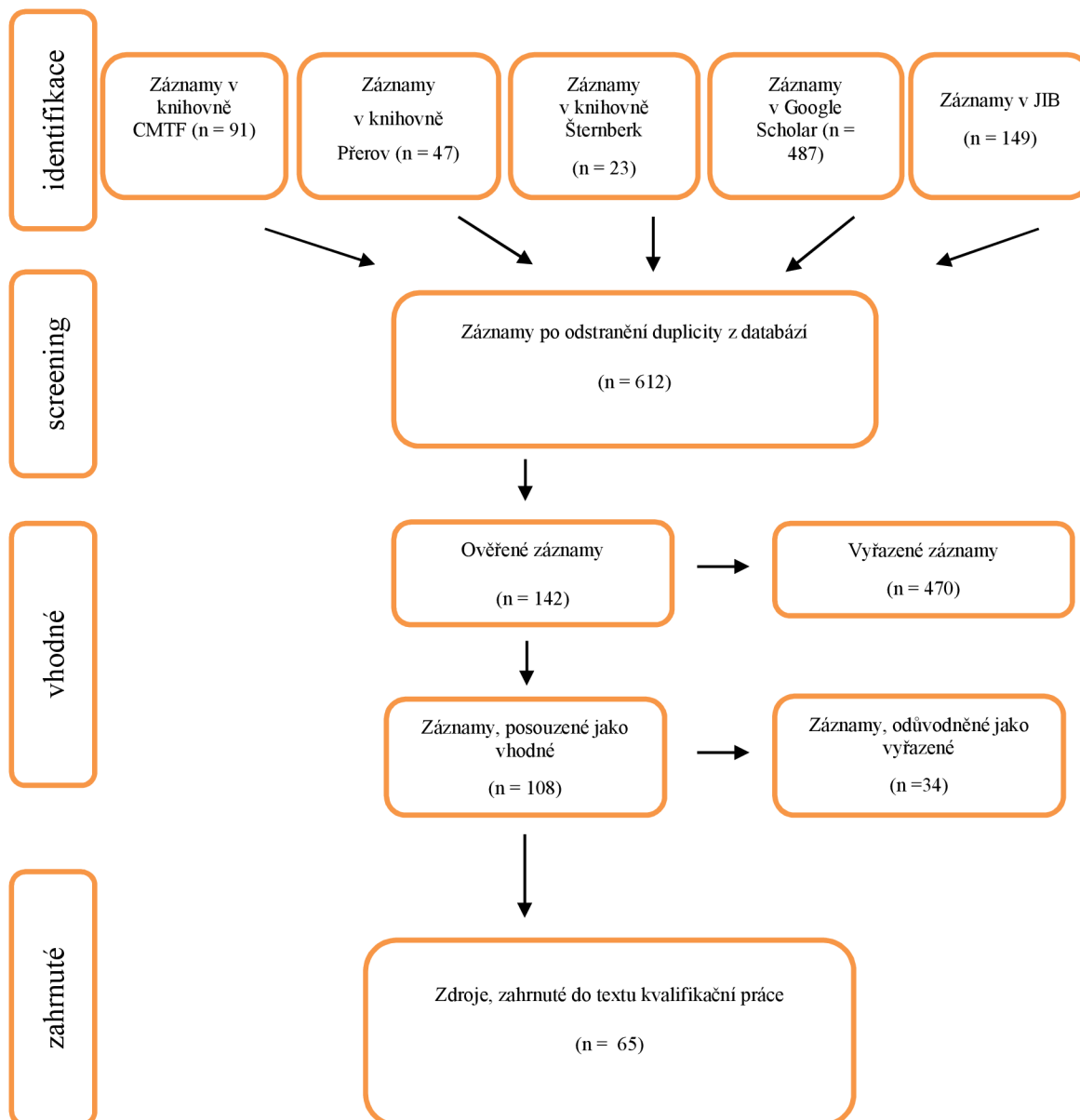
Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

Obr. 1 Tridimenzionální optika ekologické perspektivy v sociální práci	20
Obr. 2 Modely závislosti	55
Obr. 3 Schéma výzkumného procesu	66
Graf 1 Prevalence patologických hráčů ve vybraných zemích dle věku v roce 2020	24
Graf 2 Proces zadlužování patologického hráče	35
Graf 3 Celkový počet obchodních sdělení (reklama a sponzoring), propagujících hazard, odvysílaných za období 1. 1. 2020 - 30. 6. 2020	59
Graf 4 Výzkumný soubor dle pohlaví	70
Graf 5 Výzkumný soubor dle věku	70
Graf 6 Výzkumný soubor dle partnerského (manželského) svazku	70
Graf 7 Výzkumný soubor dle dětí	70
Tab. 1 Dopady patologického hráčství	56
Tab. 2 SWOT analýza - Patologické hráčství v ČR	57
Tab. 3 Proměna počtu pacientů s diagnózou F63.0 a počtu zařízení, které vykázalo diagnózu F63.0 v letech 2010 – 2021	61

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Prisma Flow Diagram



Příloha č. 2 – Dotazník svépomocné skupiny Gamblers Anonymous

Are you a compulsive gambler?

Answer all 20 questions below and view our comments based on your answers.

1. Did you ever lose time from work or school due to gambling?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
2. Has gambling ever made your home life unhappy?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
3. Did gambling affect your reputation?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
4. Have you ever felt remorse after gambling?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
5. Did you ever gamble to get money with which to pay debts or otherwise solve financial difficulties?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
6. Did gambling cause a decrease in your ambition or efficiency?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
7. After losing did you feel you must return as soon as possible and win back your losses?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
8. After a win did you have a strong urge to return and win more?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
9. Did you often gamble until all your money was gone?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
10. Did you ever borrow to finance your gambling?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
11. Have you ever sold anything to finance gambling?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
12. Were you reluctant to use "gambling money" for normal expenditures?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
13. Did gambling make you careless of the welfare of yourself or your family?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
14. Did you ever gamble longer than you had planned?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
15. Have you ever gambled to escape worry, trouble, boredom, loneliness, grief or loss?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
16. Have you ever committed, or considered committing, an illegal act to finance gambling?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
17. Did gambling cause you to have difficulty in sleeping?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
18. Do arguments, disappointments or frustrations create within you an urge to gamble?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
19. Did you ever have an urge to celebrate any good fortune by a few hours of gambling?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No
20. Have you ever considered self-destruction or suicide as a result of your gambling?	<input type="radio"/> Yes	<input type="radio"/> No

Příloha č. 3 – Vývoj počtu pacientů s dg. F63.0 v ambulantních a lůžkových zařízeních dle pohlaví a kraje sídla poskytovatele (v letech 2011 – 2017)

Vývoj počtu pacientů s dg. F63.0 v ambulantních zdravotnických zařízeních podle pohlaví a kraje sídla poskytovatele (v letech 2011 – 2017)

Kraj	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
Hl. m. Praha	191	54	211	42	223	36	.	.	152	31	191	63	246	49
Středočeský	76	5	64	8	92	10	.	.	84	19	86	17	75	11
Jihočeský	60	16	60	17	46	8	.	.	63	5	38	8	21	4
Plzeňský	57	11	76	4	78	13	.	.	85	8	55	10	49	9
Karlovarský	25	3	32	4	28	4	.	.	17	4	20	2	17	3
Ústecký	72	18	73	18	95	21	.	.	78	13	96	16	116	9
Liberecký	24	4	19	2	35	4	.	.	19	1	31	6	20	2
Královéhradecký	79	8	99	9	102	8	.	.	109	30	80	17	79	9
Pardubický	44	5	43	2	42	13	.	.	38	8	26	7	22	12
Vysočina	59	4	76	5	67	6	.	.	51	7	58	8	56	8
Jihomoravský	121	27	125	17	130	22	.	.	125	12	136	26	84	10
Olomoucký	83	3	78	7	87	11	.	.	241	34	179	29	164	19
Zlínský	57	7	49	5	46	10	.	.	48	5	43	8	37	8
Moravskoslezský	260	12	248	22	168	24	.	.	143	27	93	26	93	24
ČR	1 208	177	1 253	162	1 239	190	.	.	1 253	204	1 132	243	1 079	177

Zdroj: ÚZIS (2018).

Vývoj počtu hospitalizací s dg. F63.0 v psychiatrických lůžkových zařízeních podle pohlaví a kraje trvalého bydliště pacienta (v letech 2014 – 2017)

Kraj	2014			2015			2016			2017		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
Hl. m. Praha	64	16	80	44	6	50	39	5	44	37	4	41
Středočeský	55	6	61	39	4	43	44	6	50	37	-	37
Jihočeský	15	6	21	16	2	18	16	-	16	16	3	19
Plzeňský	27	1	28	32	-	32	19	-	19	20	-	20
Karlovarský	18	5	23	17	6	23	7	6	13	16	2	18
Ústecký	38	5	43	45	3	48	33	1	34	38	4	42
Liberecký	18	-	18	11	4	15	20	-	20	15	2	17
Královéhradecký	23	5	28	11	3	14	29	2	31	34	-	34
Pardubický	29	2	31	26	4	30	20	2	22	24	2	26
Vysočina	16	3	19	17	1	18	13	3	16	20	2	22
Jihomoravský	43	7	50	40	5	45	36	8	44	19	1	20
Olomoucký	27	1	28	32	3	35	35	1	36	32	-	32
Zlínský	28	2	30	30	1	31	26	3	29	35	1	36
Moravskoslezský	75	14	89	69	9	78	55	8	63	55	11	66
Bydliště v ČR	476	73	549	429	51	480	392	45	437	398	32	430
bezdomovci	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
cizinci	6	-	6	8	-	8	8	-	8	4	-	4
Hospitalizovaní v ČR celkem	482	73	555	437	51	488	400	45	445	402	32	434

Zdroj: ÚZIS (2018).

Příloha č. 4 – Žádost ÚZIS dle zákona č. 106/1999 Sb.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

emailem: uzis@uzis.cz

Daniela Kummerová

U Střelnice 1622/1

Šternberk

Email: daniela.jasova@seznam.cz

Ve Šternberku 26. 2. 2023

Žádost o poskytnutí informací ve smyslu zákona č. 106/1999 Sb. – problematika patologického hráčství

Dobrý den,

Jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Palackého v Olomouci, obor Sociální práce, kdy tématem mé bakalářské práce je problematika patologického hráčství ve společnosti.

Dovoluji si Vás proto požádat – ve smyslu znění zákona o svobodném přístupu k informacím, o zodpovězení níže uvedených otázek:

- Kolik je v současné době v České republice osob s diagnózou F63.0 - patologické hráčství?
- Kolik osob se s danou diagnózou léčí v ústavních a ambulantních zařízeních v ČR?
- Kolik je v současné době v České republice zařízení pro léčbu patologického hráčství (ústavní, ambulantní léčba)?

Velice děkuji za pomoc, odpověď postačí emailem.

V úctě

Daniela Kummerová

Příloha č. 5 – Odpověď ÚZIS dle zákona č. 106/1999 Sb.



Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

Praha 2, Palackého nám. 4
(128 01 Praha 2, P.O.BOX 60)

Daniela Kummerová
U Střelnice 1622/1
Šternberk

Email: daniela.jasova@seznam.cz

VÁŠ DOPIS ZNAČKY / ZE DNE	NAŠE ZNAČKA	VÝŘIZUJE / LINKA	PRAHA DNE
26. 2. 2023	UZIS/002727/2023-1	Mgr. Darina Valeková darina.valekova@uzis.cz	8. 3. 2023

Věc: **Sdělení k obdržené žádosti**

Vážená paní Kummerová,

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (dále jen „ÚZIS ČR“) posoudil Vaše podání ze dne 26. 2. 2023, nadepsané: „*Žádost o poskytnutí informací ve smyslu zákona č. 106/1999 Sb. – problematika patologického hráčství*“ v následujícím znění:

„... *Jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Palackého v Olomouci, obor Sociální práce, kdy tématem mé bakalářské práce je problematika patologického hráčství ve společnosti.*

Dovoluji si Vás proto požádat – ve smyslu znění zákona o svobodném přístupu k informacím, o zodpovězení níže uvedených otázek:

- *Kolik je v současné době v České republice osob s diagnózou F63.0 - patologické hráčství?*
- *Kolik osob se s danou diagnózou léčí v ústavních a ambulantních zařízeních v ČR?*
- *Kolik je v současné době v České republice zařízení pro léčbu patologického hráčství (ústavní, ambulantní léčba)?...“*



V souladu s nálezem pléna Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 25/21 ze dne 17. 1. 2023 uvádíme, že Vaše podání bylo posouzeno ve smyslu jeho skutečného obsahu jako žádost o analýzu dat dle ust. § 73 odst. 8 zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

Analytický výstup, vypracovaný odborem analýzy dat ÚZIS ČR, Vám posíláme v příloze tohoto sdělení.

S pozdravem

Richard Galuška
Digitálně podepsal
Richard Galuška
Datum: 2023.03.08
16:50:31 +01'00'

JUDr. Richard Galuška
vedoucí právního odboru ÚZIS ČR

Přílohy: Tabulka - Patologické hráčství F63.0

Počet pacientů s vykázanou hlavní diagnózou F63.0 a počet zařízení, které vykazalo alespoň jednou v roce diagnózu F63.0

Zdroj: NRHZS 2010-2021

1 pacient/zařízení může být ve více letech zároveň

Rok	Počet pacientů	Počet zařízení
2010	1738	537
2011	1757	530
2012	1718	513
2013	1731	508
2014	1613	502
2015	1584	521
2016	1563	514
2017	1435	474
2018	1106	428
2019	989	405
2020	872	405
2021	814	381
Celkem*	9441	1541

*Celkem není součtem jednotlivých let, ale počtem unikátních pacientů/zařízení za celé období

Příloha č. 6 – Dotazník

DOTAZNÍK – PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ JAKO PŘÍČINA DESTRUKCE RODINY A SOCIÁLNÍ IZOLACE

Vážení respondenti,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, jež je podkladem mé bakalářské práce, zabývající se tématem výše uvedeným.

Dotazník je anonymní, proto do něj, prosím, nevpisujte své jméno či jiné identifikační údaje. Není-li uvedeno jinak, zakroužkujte prosím vždy jen jednu odpověď. Pokud se Vás konkrétní otázka netýká (např. nemáte děti a otázka je formulována ke vztahu k Vaším dětem), tuto otázku prosím přeskočte.

Vaše odpovědi jsou pro mě vysoce důležitým vstupním bodem k vypracování výzkumu a k naplnění cílů práce, proto si Vás dovoluji co nejzdvořileji poprosit o přesné, pravdivé a úplné vyplnění dotazníku. V případě potřeby můžete odpovědi konzultovat v rámci léčebné terapie s odborným pracovníkem.

Děkuji za Vaš čas a pomoc.

Daniela Kummerová

I. SOCIODEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Otázka č. 1: Jste:

- a) muž
- b) žena

Otázka 2: Do které věkové skupiny patříte?

- a) 15 – 17 let
- b) 18 – 24 let
- c) 25 – 30 let
- d) 31 – 40 let
- e) 41 – 50 let
- f) 51 – 60 let
- g) 61 a více let

Otázka č. 3: Co se týče partnera/partnerky (manžela/manželky), jste:

- a) bez partnera/partnerky (manžela/manželky)

b) v partnerském (manželském) svazku

Otázka č. 4: Co se týče dětí, jste:

- a) bezdětný/bezdětná
- b) mám nezletilé dítě/děti
- c) mám zletilé dítě/děti
- d) mám kombinaci (nezl. a zletilého dítěte/děti)

II. RODINNÉ, PŘÁTELSKÉ VZTAHY

Otázka č. 5: Jakým způsobem zjistila Vaše nejbližší rodina (partner/ka, manžel/ka, děti) Vaši závislost?

- a) řekl/a jsem jim to já, bez nátlaku
- b) po nátlaku jsem se přiznal
- c) řekla jim to jiná osoba (zaměstnavatel, kamarád, věřitel apod.)
- d) nevím, jak tuto informaci rodina zjistila
- e) rodina to neví

Otázka č. 6: Jak byste označil/a vztah se svým partnerem (partnerkou, manželem, manželkou) v době před hráčskou závislostí?:

- a) bezproblémový (láskyplný, pevné vazby, společné aktivity, komunikace bez problémů)
- b) běžná drobná nedorozumění a problémy, avšak stále láskyplný, komunikace bez problémů (silný vztah, důvěrný, společné aktivity)
- c) spíše problémový (častá nedorozumění, hádky, neshody v důležitých oblastech, nedůvěra)
- d) vysoce problémový (zvažoval/a jsem i rozchod/rozvod)
- e) nevím, nejsem si jistý/á

Otázka č. 7: Jak byste označil/a vztah se svým partnerem (partnerkou, manželem, manželkou) v období po přiznání hráčské závislosti?:

- a) bezproblémový (láskyplný, pevné vazby, společné aktivity, komunikace bez problémů)
- b) běžná drobná nedorozumění a problémy, avšak stále láskyplný, komunikace bez problémů (silný vztah, důvěrný, společné aktivity)
- c) spíše problémový (častá nedorozumění, hádky, neshody v důležitých oblastech, nedůvěra)
- d) vysoce problémový (partner/ka/manžel/ka mi nemůže odpustit, odstěhoval/a se, zvažuje i rozchod/rozvod nebo již uskutečnil/a kroky k rozchodu/rozvodu)
- e) nevím, nejsem si jistý/á

Otázka č. 8: Jak byste označil/a svůj vztah s dětmi v době před hráčskou závislostí?:

- a) bezproblémový (láskyplný, komunikace bez problémů, důvěra, silné pouto, mám autoritu a respekt)

- b) běžná drobná nedorozumění a problémy (vyplývající z věku/rozdílnosti názorů a pohledů/výchovy), avšak stále láskyplný (důvěra, autorita)
- c) spíše problémový (děti ve mně neměly autoritu, nerespektovaly mě, časté hádky a neshody)
- d) vysoce problémový (děti jsem nezvládal/a, zanedbával/a jsem je, apod.)
- e) nevím, nejsem si jistý/á

Otázka č. 9: Jak byste označil/a vztah s dětmi v období po přiznání hráčské závislosti?

- a) stále bezproblémový (láskyplný, komunikace bez problémů, důvěra, silné pouto, mám autoritu a respekt)
- b) běžná drobná nedorozumění a problémy (vyplývající z věku/rozdílnosti názorů a pohledů/výchovy), avšak stále láskyplný (důvěra, autorita,)
- c) spíše problémový (děti ve mně již neviděly autoritu, vyčítaly mi mou závislost, nerespektovaly mě, časté hádky a neshody)
- d) vysoce problémový (děti jsem nezvládal/a, zanedbával/a jsem je, vyhýbal/a jsem se jim apod.)
- e) nevím, nejsem si jistý/á

Otázka č. 10: Jaká byla prvotní reakce partnera/ky (manžela/ky) na Vaši závislost? Jaké projevy převládaly?

- a) impulsivní agresivní projevy - vztek, křik
- b) agresivní projevy většího rozsahu – fyzické násilí, ničení věcí
- c) depresivní projevy – smutek, pláč, výčitky
- d) šokové projevy – absence reakce, nemluvnost
- e) radikální projevy – odstěhování se, rozchod/rozvod, vykázaní mě z domu apod.
- f) jiné, prosím uveďte:

Otázka č. 11: Jaké konkrétní problémy ve vztahu s partnerem (partnerkou, manželem/manželkou) způsobila Vaše závislost? (možno označit více odpovědí)

- a) ztráta důvěry
- b) ztráta komunikace
- c) ztráta zájmu ze strany partnera/partnerky (manžela/manželky), vč. zájmu sexuálního
- d) partner/ka (manžel/ka) je podezřívavý/á a kontroluje mě
- e) finanční problémy (např. problémy s úhradou nájemného, energií, volnočasových aktivit, aj.)
- f) netrávíme spolu volný čas
- g) partner/ka (manžel/ka) mi situaci neustále vyčítá
- h) rozchod/rozvod
- i) jiné, prosím uveďte:

Otázka č. 12: Jaké konkrétní problémy ve vztahu s dětmi způsobila Vaše závislost? (možno označit více odpovědí)

- a) ztráta komunikace

- b) finanční problémy (problémy s úhradou kroužků, oblečení pro děti, školky apod.)
- c) dítě (děti) se mi odcizilo, partner/ka (manžel/ka) jej/je navádí proti mně
- d) u dítěte (děti) jsem ztratil/a autoritu, je (jsou) na mě jiné (drzé, odmlouvačné, apod.)
- e) dítě (děti) se mnou odmítá trávit volný čas
- f) dítě (děti) mi vyčítá nastalou situaci (z různých důvodů)
- g) proměna nálady u dítěte (děti) – je smutné, plačtivé, dává si to za vinu apod.
- h) jiné, prosím uveďte:

Otázka č. 13: Jak se změnil běžný režim ve Vaší rodině po přiznání Vašeho závislostního chování? (možno označit více odpovědí)

- a) partner/ka (manžel/ka) kontroluje mé finance (hospodaří s nimi)
- b) nesmím chodit nikam sám/sama
- c) partner/ka (manžel/ka) mi pravidelně kontroluje telefon/email/notebook
- d) zůstal/a jsem sám/sama (partner/ka, manžel/ka se odstěhoval/a, musel/a jsem se odstěhovat)
- e) partner/ka (manžel/ka) mi organizuje volný čas (zapojuje mě do domácích prací, vymýšlí volnočasové aktivity, apod.)
- f) jako rodina spolu trávíme více času
- g) běžný režim se nezměnil
- h) jiné, prosím uveďte:

Otázka č. 14: Jak byste označil/a Vaše vztahy s okolím (širší rodina, kamarádi) v době před závislostí?

- a) výborné (byl/a jsem hodně společenský/á, mnoho kamarádů a známých, se kterými jsem trávil/a volný čas - sportovní aktivity, posezení v rest. zařízeních, oslavy, apod.)
- b) spíše dobré (byl/a jsem poměrně společenský/á, pár kamarádů a známých, se kterými jsem trávil/a část volného času – sportovní aktivity, posezení v rest. zařízeních, oslavy, apod.)
- c) neutrální (byl/a jsem spíše introvert, málo kamarádů a známých, se kterými jsem někdy trávil/a volný čas - sportovní aktivity, posezení v rest. zařízeních, oslavy, apod.)
- d) spíše špatné (byl/a jsem introvert, nevyhledával/a jsem příliš společnost dalších osob)
- e) špatné (byl/a jsem introvert, lidem se obecně vyhýbám, nemám blízké kamarády/širší rodinu, nerozumím si s lidmi apod.)
- f) nevím, nejsem si jistý/á

Otázka č. 15: Proměnily se Vaše vztahy s okolím (širší rodina, kamarádi) po přiznání Vaší hráčské závislosti? Označte prosím převládající proměnu.

- a) ano, za své jednání se stydím a proto se okolí vyhýbám (komunikuji s nimi max. online formou (telefonicky), apod.)
- b) ano, přestal/a jsem se potkávat s jinými osobami z jiných důvodů, souvisejících s hraním (mám depresi, smutek, nemám chuť se s nimi vídat, nemám na to finance)
- c) ano, přestal/a jsem se potkávat s jinými osobami z jiných důvodů, nesouvisejících s hraním
- d) ano, mé okolí (zejména přátelé) tvoří lidé, kteří mají rovněž problém s hraním, vyhýbám se jim

- e) ano, jsou intenzivnější (hledám v nich oporu, únik od rodiny, apod.)
- f) ne, vztahy se nijak neproměnily (v žádném směru)
- g) nevím, nejsem si jistý/á
- h) jiné, prosím uveďte:

III. ZAMĚSTNÁNÍ, FINANCE

Otázka č. 16: Jste zaměstnaný (či OSVČ)?

- a) ano
- b) ne, jsem nezaměstnaný v důsledku hráčské závislosti
- b) ne, jsem nezaměstnaný, ale nesouvisí to s hráčskou závislostí (přejděte prosím na otázku č. 20)

Otázka č. 17: Projevovala se Vaše závislost i v práci? (možno označit více odpovědí)

- a) ano, spíše než práci jsem se věnoval/a hazardním hrám
- b) ano, v práci jsem si od kolegů půjčoval/a peníze
- c) ano, v práci jsem kradl/a či prováděl/a jinou trestnou činnost
- d) ano, v práci jsem s kolegy provozoval/a hazard
- e) ano, přestal/a jsem do práce pravidelně docházet
- f) ne, moje závislost se v práci neprojevovala (přejděte prosím na otázku č. 20)
- g) jiné, prosím uveďte:

Otázka č. 18: Pokud se Vaše závislost projevovala i v práci, jak na Vaše jednání reagoval Váš zaměstnavatel? (možno označit více odpovědí)

- a) snížil mi mzdu/osobní ohodnocení apod.
- b) slovně či písemně mě pokáral (i opakovaně)
- c) přeřadil mě na jiné pracoviště
- d) rozbil se mnou pracovní poměr
- e) nijak – jsem OSVČ
- f) jiné, prosím uveďte:

Otázka č. 19: Máte dluhy? Pokud ano, dokážete vyčíslit odhadem jejich hodnotu?

- a) ano, méně než 10.000 Kč
- b) ano, v intervalu 10.000 - 100.000 Kč
- c) ano, v intervalu 100.000 – 500.000 Kč
- d) ano, vyšší než 500.000 Kč
- e) ne, dluhy nemám

Otázka č. 20: Proměnila se Vaše životní úroveň (či úroveň Vaší rodiny) v důsledku Vaší hráčské závislosti?

- a) ano, k lepšímu
- b) ano, k horšímu
- c) ne, neproměnila
- d) nevím, nejsem si jistý/á

Otázka č. 21: Jak konkrétně se projevuje změna Vaší životní úrovně (či úrovně Vaší rodiny)? (možno označit více odpovědí)

- a) mám/e více financí, tedy i možností, jak s nimi naložit
- b) nemám/e finance na uspokojení základních potřeb (bydlení, vzdělání, jídlo, atd.)
- c) vyčerpal/a jsem (vyčerpali jsme) veškeré finanční rezervy
- d) přestal jsem (přestali jsme) trávit volný čas aktivitami, které stojí peníze (zájmové kroužky, kino, divadlo, bazén aj.)
- e) nemohu si (nemůžeme si) dovolit žádnou dovolenou
- f) závislost ovlivnila vzdělávání dětí (nemáme finanční prostředky na školku, vzdělávání apod.)
- g) jiným způsobem, prosím uveďte:
- h) má (naše) životní úroveň se neproměnila

IV. LÉČBA A RODINA

Otázka č. 22: Ambulantní léčbu jsem vyhledal/a:

- a) dobrovolně, sám/sama
- b) dobrovolně, po dohodě s rodinou/blízkými osobami
- c) nedobrovolně, po přímém nátlaku ze strany rodiny/blízkých osob
- d) nedobrovolně, na základě soudního rozhodnutí/lékařského rozhodnutí/ po předchozí ústavní léčbě
- e) jiné, prosím uveďte:

Otázka č. 23: Podporuje Vás nejbližší rodina v léčbě?

- a) ano, i aktivní formou (rodinná terapie, zájem o možnostech léčby apod.)
- b) ano, jen pasivní formou (důvěra, povzbuzování)
- c) nepodporuje mě

Otázka č. 24: Pokud jste na předchozí otázku odpověděl záporně – tzn. „rodina mě nepodporuje“, můžete prosím uvést důvod, proč tomu tak je?

- a) po přiznání mé závislosti rodina odešla/zřekla se mě
- b) rodina nevěří, že se dokáži vyléčit
- c) rodina o mé závislosti neví

d) rodina má za to, že se jedná jen o můj problém

e) jiný důvod, prosím uveďte:

Otázka č. 25: Co od ambulantní léčby primárně očekáváte? (možno označit více odpovědí)

a) napravení vztahů (zejména rodinných vztahů) a sociálních vazeb

b) „uzdravení“ ve smyslu ovládnutí nutkání účastnit se hazardních her

c) odpovědi na otázky „proč jsem závislý/á na hazardních hrách/proč nekontroluji své jednání“

d) pomoc z nepříznivé životní situace (jak napravit rodinnou finanční situaci, na co mám ze systému nárok, pomoc s hledáním zaměstnání, apod.)

e) nevím/ nic neočekávám

f) jiné, prosím uveďte:

Příloha č. 7 - Výsledky výzkumného šetření (kontingenční tabulky)

Položka č. 5: Přiznání hráčské závislosti

Tab. 4 Přiznání hráčské závislosti rodině – celkový soubor

Jak zjistila rodina Vaši závislost?	absolutní četnost	relativní četnost
Řekl/a jsem jim to, bez nátlaku (1)	19	24,36 %
Po nátlaku jsem se přiznal/a (2)	51	65,38 %
Řekla jim to jiná osoba (3)	4	5,13 %
Nevím, jak tuto informaci rodina zjistila (4)	4	5,13 %
Rodina to neví (5)	0	0 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 5 Přiznání hráčské závislosti rodině - respondenti dle věku

Věk hráčů	1	2	3	4	5	CELKEM
15 - 24 let	0	1	0	1	0	2
%	0,00	1,28	0,00	1,28	0,00	2,56
25 - 40 let	13	42	3	2	0	60
%	16,67	53,85	3,85	2,56	0,00	76,92
41 - 60 let	6	8	1	1	0	16
%	7,69	10,26	1,28	1,28	0,00	20,52
CELKEM	19	51	4	4	0	78
%	24,36	65,38	5,13	5,13	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 6 Přiznání hráčské závislosti rodině - respondenti dle rodinného stavu

Rodinný stav hráčů	1	2	3	4	5	CELKEM
partner/manžel	19	43	3	1	0	66
%	24,36	55,13	3,85	1,28	0,00	84,62
bez partnera	0	8	1	3	0	12
%	0,00	10,26	1,28	3,85	0,00	15,38
CELKEM	19	51	4	4	0	78
%	24,36	65,38	5,13	5,13	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 7 Přiznání hráčské závislosti rodině - respondenti dle dětí

Děti hráčů	1	2	3	4	5	CELKEM
bezdětní	1	8	1	1	0	11
%	1,28	10,26	1,28	1,28	0,00	14,10
s nezl. dětmi	13	35	3	3	0	54
%	16,67	44,87	3,85	3,85	0,00	69,23
se zlet. dětmi	5	8	0	0	0	13
%	6,41	10,26	0,00	0,00	0,00	16,67
CELKEM	19	51	4	4	0	78

%	24,36	65,38	5,13	5,13	0,00	100,00
---	-------	-------	------	------	------	--------

Zdroj: vlastní zpracování.

Položka č. 6 a č. 7: Vztahy patologických hráčů s partnery v době před závislostí a po jejím přiznání.

Tab. 8 Vztahy patologických hráčů s partnery v době před závislostí a po jejím přiznání – celkový soubor

Vztah s partnerem (partnerkou, manželem/kou)	V době před závislostí		Po přiznání závislosti	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
Bezproblémový (1)	1	1,45 %	0	0 %
spíše bezproblémový (2)	65	94,20 %	2	2,90%
spíše problémový (3)	3	4,35 %	39	56,52 %
vysoce problémový (4)	0	0 %	28	40,58 %
nevím/nejsem si jistý/á (5)	0	0 %	0	0 %
CELKEM	69	100 %	69	100 %

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 9 Vztahy patologických hráčů s partnery v době před závislostí - respondenti dle věku

Věk hráče	1	2	3	4	5	CELKEM
15 - 24 let	1	1	0	0	0	2
%	1,45	1,45	0,00	0,00	0,00	2,90
25 - 40 let	0	50	1	0	0	51
%	0,00	72,46	1,45	0,00	0,00	73,91
41 - 60 let	0	14	2	0	0	16
%	0,00	20,29	2,90	0,00	0,00	23,19
CELKEM	1	65	3	0	0	69
%	1,45	94,20	4,35	0,00	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 10 Vztahy patologických hráčů s partnery v době po přiznání závislosti - respondenti dle věku

Věk hráče	1	2	3	4	5	CELKEM
15 - 24 let	0	1	1	0	0	2
%	0,00	1,45	1,45	0,00	0,00	2,90
25 - 40 let	0	0	29	22	0	51
%	0,00	0,00	42,03	31,88	0,00	73,91
41 - 60 let	0	1	9	6	0	16
%	0,00	1,45	13,04	8,70	0,00	23,19
CELKEM	0	2	39	28	0	69
%	0,00	2,90	56,52	40,58	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 11 Vztahy patologických hráčů s partnery v době před závislostí - respondenti dle dětí

Děti hráčů	1	2	3	4	5	CELKEM
bezdětní	1	9	1	0	0	11
%	1,45	13,04	1,45	0,00	0,00	15,94
s nezl. dětmi	0	50	1	0	0	51
%	0,00	72,46	1,45	0,00	0,00	73,91
se zlet.děťmi	0	6	1	0	0	7

%	0,00	8,70	1,45	0,00	0,00	10,14
CELKEM	1	65	3	0	0	69
%	1,45	94,20	4,35	0,00	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 12 Vztahy patologických hráčů s partnery v době po přiznání závislosti - respondenti dle dětí

Děti hráčů	1	2	3	4	5	CELKEM
bezdětní	0	1	10	0	0	11
%	0,00	1,45	14,49	0,00	0,00	15,94
s nezl. dětmi	0	0	25	26	0	51
%	0,00	0,00	36,23	37,68	0,00	73,91
se zlet. dětmi	0	1	4	2	0	7
%	0,00	1,45	5,80	2,90	0,00	10,14
CELKEM	0	2	39	28	0	69
%	0,00	2,90	56,52	40,58	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Položka č. 8 a č. 9: Vztahy patologických hráčů s dětmi v době před závislostí a po jejím přiznání.

Tab. 13 Vztahy patologických hráčů s dětmi v době před závislostí a po jejím přiznání

Vztah s dítětem/děťmi	V době před závislostí		Po přiznání závislosti	
	absolutní	relativní	absolutní	relativní
	četnost	četnost	četnost	četnost
Bezproblémový (1)	2	2,99 %	0	0 %
spíše bezproblémový (2)	64	95,52 %	53	79,11 %
spíše problémový (3)	1	1,49 %	12	17,91 %
vysoce problémový (4)	0	0 %	1	1,49 %
nevím/nejsem si jistý/á (5)	0	0 %	1	1,49 %
CELKEM	67	100 %	67	100 %

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 14 Vztahy patologických hráčů s dětmi v době před závislostí - respondenti dle věku

Věk hráčů	1	2	3	4	5	CELKEM
15 - 24 let	0	0	0	0	0	0
%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
25 - 40 let	2	47	0	0	0	49
%	2,99	70,15	0,00	0,00	0,00	73,13
41 - 60 let	0	17	1	0	0	18
%	0,00	25,37	1,49	0,00	0,00	26,87
CELKEM	2	64	1	0	0	67
%	2,99	95,52	1,49	0,00	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 15 Vztahy patologických hráčů s dětmi v době po přiznání závislosti - respondenti dle věku

Věk hráčů	1	2	3	4	5	CELKEM
15 - 24 let	0	0	0	0	0	0
%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
25 - 40 let	0	44	4	0	1	49
%	0,00	65,67	5,97	0,00	1,49	73,13
41 - 60 let	0	9	8	1	0	18
%	0,00	13,43	11,94	1,49	0,00	26,87
CELKEM	0	53	12	1	1	67
%	0,00	79,10	17,91	1,49	1,49	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 16 Vztahy patologických hráčů s dětmi v době před závislosti - respondenti dle rodinného stavu

Rodinný stav hráčů	1	2	3	4	5	CELKEM
partner/manžel	2	56	0	0	0	58
%	2,99	83,58	0,00	0,00	0,00	86,57
bez partnera	0	8	1	0	0	9
%	0,00	11,94	1,49	0,00	0,00	13,43
CELKEM	2	64	1	0	0	67
%	2,99	95,52	1,49	0,00	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 17 Vztahy patologických hráčů s dětmi v době po přiznání závislosti - respondenti dle rodinného stavu

Rodinný stav hráčů	1	2	3	4	5	CELKEM
partner/manžel	0	53	4	0	1	58
%	0,00	79,10	5,97	0,00	1,49	86,57
bez partnera	0	0	8	1	0	9
%	0,00	0,00	11,94	1,49	0,00	13,43
CELKEM	0	53	12	1	1	67
%	0,00	79,10	17,91	1,49	1,49	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 18 Vztahy patologických hráčů s dětmi v době před závislosti - respondenti dle dětí

Děti hráčů	1	2	3	4	5	CELKEM
bezdětní	0	0	0	0	0	0
%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
s nezl. dětmi	0	54	0	0	0	54
%	0,00	80,60	0,00	0,00	0,00	80,60
se zlet. dětmi	2	10	1	0	0	13
%	2,99	14,93	1,49	0,00	0,00	19,40
CELKEM	2	64	1	0	0	67
%	2,99	95,52	1,49	0,00	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 19 Vztahy patologických hráčů s dětmi v době po přiznání závislosti - respondenti dle dětí

Děti hráčů	1	2	3	4	5	CELKEM
bezdětní	0	0	0	0	0	0
%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
s nezl. dětmi	0	47	7	0	0	54
%	0,00	70,15	10,45	0,00	0,00	80,60
se zlet. dětmi	0	6	5	1	1	13
%	0,00	8,96	7,46	1,49	1,49	19,40
CELKEM	0	53	12	1	1	67
%	0,00	79,10	17,91	1,49	1,49	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Položka č. 10: Prvotní reakce partnerů patologických hráčů na jejich závislost.

Tab. 20 Prvotní reakce partnerů na závislost - celkový soubor

Jaká byla prvotní reakce partnerů patologických hráčů na jejich závislost?	absolutní četnost	relativní četnost
Impulsivní agresivní projevy – křik, vztek (1)	17	24,64 %
Agresivní projevy většího rozsahu – fyzické násilí, ničení věcí (2)	0	0 %
Depresivní projevy – pláč, smutek, výčitky (3)	46	66,66 %
Šokové projevy – absence reakce, nemluvnost (4)	3	4,35 %
Radikální projevy – odstěhování se, rozchod/rozvod (5)	3	4,35 %
Jiné	0	0 %
CELKEM	69	100 %

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 21 Prvotní reakce partnerů na závislost - respondenti dle věku

Věk hráčů	1	2	3	4	5	CELKEM
15 - 24 let	0	0	2	0	0	2
%	0,00	0,00	2,90	0,00	0,00	2,90
25 - 40 let	14	0	35	2	0	51
%	20,29	0,00	50,72	2,90	0,00	73,91
41 - 60 let	3	0	9	1	3	16
%	4,35	0,00	13,04	1,45	4,35	23,19
CELKEM	17	0	46	3	3	69
%	24,64	0,00	66,67	4,35	4,35	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 22 Prvotní reakce partnerů na závislost - respondenti dle dětí

Děti hráčů	1	2	3	4	5	CELKEM
bezdětní	0	0	11	0	0	11
%	0,00	0,00	15,94	0,00	0,00	15,94
s nezl. dětmi	12	0	33	3	3	51
%	17,39	0,00	47,83	4,35	4,35	73,91
se zlet. dětmi	5	0	2	0	0	7
%	7,25	0,00	2,90	0,00	0,00	10,14
CELKEM	17	0	46	3	3	69

%	24,64	0,00	66,67	4,35	4,35	100,00
---	-------	------	-------	------	------	--------

Zdroj: vlastní zpracování.

Položka č. 11 - Konkrétní problémy partnerských vztahů patologických hráčů.

Tab. 23 Konkrétní problémy partnerských vztahů patologických hráčů - celkový soubor

Jaké konkrétní problémy ve vztazích s partnery (partnerkami, manžely/manželkami) způsobila závislost patologických hráčů?	absolutní četnost	relativní četnost
Ztráta důvěry (1)	69	20,23 %
Ztráta komunikace (2)	29	8,50 %
Ztráta zájmu ze strany partnera, vč. zájmu sexuálního (3)	7	2,05 %
Podezřívavost, kontrola (4)	52	15,25 %
Finanční problémy (5)	69	20,23 %
Absence společného trávení volného času (6)	44	12,90 %
Výčitky situace (7)	67	19,67 %
Rozchod/rozvod (8)	3	0,88 %
Jiné (9)	1	0,29 %
CELKEM	341	100 %

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 24 Konkrétní problémy partnerských vztahů patologických hráčů - respondenti dle věku

Věk hráčů	1	2	3	4	5	6	7	8	9	CELKEM
15 - 24 let	2	3	1	2	2	1	2	0	0	13
%	0,59	0,88	0,29	0,59	0,59	0,29	0,59	0,00	0,00	3,81
25 - 40 let	51	20	1	41	51	30	50	3	0	247
%	14,96	5,87	0,29	12,02	14,96	8,80	14,66	0,88	0,00	72,43
41 - 60 let	16	6	5	9	16	13	15	0	1	81
%	4,69	1,76	1,47	2,64	4,69	3,81	4,40	0,00	0,29	23,75
CELKEM	69	29	7	52	69	44	67	3	1	341
%	20,23	8,50	2,05	15,25	20,23	12,90	19,65	0,88	0,29	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 25 Konkrétní problémy partnerských vztahů patologických hráčů - respondenti dle dětí

Děti hráčů	1	2	3	4	5	6	7	8	9	CELKEM
bezdětní	11	3	2	7	11	7	10	0	0	51
%	3,23	0,88	0,59	2,05	3,23	2,05	2,93	0,00	0,00	14,96
s nezl. dětmi	51	19	2	39	51	35	50	1	1	249
%	14,96	5,57	0,59	11,44	14,96	10,26	14,66	0,29	0,29	73,02
se zlet. dětmi	7	7	3	6	7	2	7	2	0	41
%	2,05	2,05	0,88	1,76	2,05	0,59	2,05	0,59	0,00	12,02
CELKEM	69	29	7	52	69	44	67	3	1	341
%	20,23	8,50	2,05	15,25	20,23	12,90	19,65	0,88	0,29	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Položka č. 12: Konkrétní problémy vztahů patologických hráčů s dětmi.

Tab. 26 Konkrétní problémy vztahů patologických hráčů s dětmi - celkový soubor

Jaké konkrétní problémy ve vztazích s dětmi způsobila závislost patologických hráčů?	absolutní četnost	relativní četnost
Ztráta komunikace (1)	8	5,63 %
Finanční problémy (2)	51	35,92 %
Odcizení dítěte, je naváděno proti mně partnerem (3)	15	10,56 %
Ztráta autority a s ní přidružené prvky (4)	29	20,42 %
Odmítavé reakce na nabídku trávení volného času (5)	9	6,35 %
Výčitky nastalé situace (6)	13	9,15 %
Proměna nálad u dítěte oproti běžnému stavu (7)	14	9,86 %
Jiné (8)	3	2,11 %
CELKEM	142	100 %

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 27 Konkrétní problémy vztahů patologických hráčů s dětmi - respondenti dle věku

Věk hráčů	1	2	3	4	5	6	7	8	CELKEM
15 - 24 let	0	0	0	0	0	0	0	0	0
%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
25 - 40 let	2	44	15	17	5	0	10	3	96
%	1,41	30,99	10,56	11,97	3,52	0,00	7,04	2,11	67,61
41 - 60 let	6	7	0	12	4	13	4	0	46
%	4,23	4,93	0,00	8,45	2,82	9,15	2,82	0,00	32,39
CELKEM	8	51	15	29	9	13	14	3	142
%	5,63	35,92	10,56	20,42	6,34	9,15	9,86	2,11	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 28 Konkrétní problémy vztahů patologických hráčů s dětmi - respondenti dle rodinného stavu

Rodinný stav	1	2	3	4	5	6	7	8	CELKEM
s partnerem	6	43	15	17	3	8	9	2	103
%	4,23	30,28	10,56	11,97	2,11	5,63	6,34	1,41	72,54
bez partnera	2	8	0	12	6	5	5	1	39
%	1,41	5,63	0,00	8,45	4,23	3,52	3,52	0,70	27,46
CELKEM	8	51	15	29	9	13	14	3	142
%	5,63	35,92	10,56	20,42	6,34	9,15	9,86	2,11	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 29 Konkrétní problémy vztahů patologických hráčů s dětmi - respondenti dle dětí

Děti hráčů	1	2	3	4	5	6	7	8	CELKEM
nezletilé	0	48	15	18	4	0	14	1	100
%	0,00	33,80	10,56	12,68	2,82	0,00	9,86	0,70	70,42
zletilé	8	3	0	11	5	13	0	2	42
%	5,63	2,11	0,00	7,75	3,52	9,15	0,00	1,41	29,58
CELKEM	8	51	15	29	9	13	14	3	142
%	5,63	35,92	10,56	20,42	6,34	9,15	9,86	2,11	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Položka č. 13: Změna běžného režimu rodiny patologických hráčů po přiznání jejich hráčské závislosti.

Tab. 30 Proměna běžného režimu rodiny patologických hráčů po přiznání jejich závislosti - celkový soubor

Jak se změnil běžný režim rodin patologických hráčů po přiznání jejich závislosti?	absolutní četnost	relativní četnost
Partner kontroluje (i mé) finance, hospodaří s nimi (1)	62	38,04 %
Nesmím chodit nikam sám/sama (2)	3	1,84 %
Partner mi pravidelně kontroluje telefon, mail, soc. síť (3)	68	41,73 %
Zůstal/a jsem sám/sama (partner se odstěhoval, musel/a jsem se odstěhovat) (4)	3	1,84 %
Partner mi organizuje volný čas (5)	18	11,04 %
Jako rodina spolu trávíme více času (6)	1	0,61 %
Běžný režim se nezměnil (7)	1	0,61 %
Jiné (8)	7	4,29 %
CELKEM	163	100 %

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 31 Proměna běžného režimu rodiny patologických hráčů po přiznání jejich závislosti - respondenti dle věku

Věk hráčů	1	2	3	4	5	6	7	8	CELKEM
15 - 24 let	0	0	1	0	0	0	1	1	3
%	0,00	0,00	0,61	0,00	0,00	0,00	0,61	0,61	1,84
25 - 40 let	47	0	54	3	11	0	0	1	116
%	28,83	0,00	33,13	1,84	6,75	0,00	0,00	0,61	71,17
41 - 60 let	15	3	13	0	7	1	0	5	44
%	9,20	1,84	7,98	0,00	4,29	0,61	0,00	3,07	26,99
CELKEM	62	3	68	3	18	1	1	7	163
%	38,04	1,84	41,72	1,84	11,04	0,61	0,61	4,29	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 32 Proměna běžného režimu rodiny patologických hráčů po přiznání jejich závislosti - respondenti dle rodinného stavu

Rodinný stav	1	2	3	4	5	6	7	8	CELKEM
s partnerem	62	3	66	0	18	1	1	7	158
%	38,04	1,84	40,49	0,00	11,04	0,61	0,61	4,29	96,93
bez partnera	0	0	2	3	0	0	0	0	5
%	0,00	0,00	1,23	1,84	0,00	0,00	0,00	0,00	3,07
CELKEM	62	3	68	3	18	1	1	7	163
%	38,04	1,84	41,72	1,84	11,04	0,61	0,61	4,29	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 33 Proměna běžného režimu rodiny patologických hráčů po přiznání jejich závislosti - respondenti dle dětí

Děti hráčů	1	2	3	4	5	6	7	8	CELKEM
bez dětí	0	0	1	0	0	0	1	1	3

%	0,00	0,00	0,61	0,00	0,00	0,00	0,61	0,61	1,84
nezletilé	51	3	54	3	14	0	0	0	125
%	31,29	1,84	33,13	1,84	8,59	0,00	0,00	0,00	76,69
zletilé	11	0	13	0	4	1	0	6	35
%	6,75	0,00	7,98	0,00	2,45	0,61	0,00	3,68	21,47
CELKEM	62	3	68	3	18	1	1	7	163
%	38,04	1,84	41,72	1,84	11,04	0,61	0,61	4,29	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Položka č. 14: Vztahy patologických hráčů s jejich okolím (širší rodina, kamarádi) v době před hráčskou závislostí.

Tab. 34 Vztahy patologických hráčů s jejich okolím v době před hráčskou závislostí - celkový soubor

Vztah patologických hráčů s okolím před závislostí	absolutní četnost	relativní četnost
Výborný (1)	2	2,56 %
Spíše dobrý (2)	35	44,87 %
Neutrální (3)	27	34,62 %
Spíše špatný (4)	9	11,54 %
Špatný (5)	1	1,28 %
Nevím, nejsem si jistý/á (6)	4	5,13 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 35 Vztahy patologických hráčů s jejich okolím v době před hráčskou závislostí - respondenti dle věku

Věk hráčů	1	2	3	4	5	6	CELKEM
15 - 24 let	0	2	0	0	0	0	2
%	0,00	2,56	0,00	0,00	0,00	0,00	2,56
25 - 40 let	2	24	22	9	0	3	60
%	2,56	30,77	28,21	11,54	0,00	3,85	76,92
41 - 60 let	0	9	5	0	1	1	16
%	0,00	11,54	6,41	0,00	1,28	1,28	20,51
CELKEM	2	35	27	9	1	4	78
%	2,56	44,87	34,62	11,54	1,28	5,13	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 36 Vztahy patologických hráčů s jejich okolím v době před hráčskou závislostí - respondenti dle rodinného stavu

Rodinný stav	1	2	3	4	5	6	CELKEM
s partnerem	0	28	24	9	1	4	66
%	0,00	35,90	30,77	11,54	1,28	5,13	84,62
bez partnera	2	7	3	0	0	0	12
%	2,56	8,97	3,85	0,00	0,00	0,00	15,38
CELKEM	2	35	27	9	1	4	78
%	2,56	44,87	34,62	11,54	1,28	5,13	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 37 Vztahy patologických hráčů s jejich okolím v době před hráčskou závislostí - respondenti dle dětí

Děti hráčů	1	2	3	4	5	6	CELKEM
bez dětí	2	8	1	0	0	0	11
%	2,56	10,26	1,28	0,00	0,00	0,00	14,10
nezletilé	0	19	22	9	0	4	54
%	0,00	24,36	28,21	11,54	0,00	5,13	69,23
zletilé	0	8	4	0	1	0	13
%	0,00	10,26	5,13	0,00	1,28	0,00	16,67
CELKEM	2	35	27	9	1	4	78
%	2,56	44,87	34,62	11,54	1,28	5,13	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Položka č. 15: Proměna vztahů patologických hráčů s jejich okolím po přiznání jejich závislosti.

Tab. 38 Proměna vztahů patologických hráčů s jejich okolím po přiznání závislosti - celkový soubor

Proměnil se vztah patologických hráčů s okolím v důsledku přiznání jejich závislosti?	absolutní četnost	relativní četnost
Ano, z důvodu studu se okolí vyhýbá (1)	23	29,49 %
Ano, vyhýbá se okolí z jiných důvodů, souvisejících s hráčstvím (2)	44	56,41 %
Ano, vyhýbá se okolí z jiných důvodů, nesouvisejících s hráčstvím (3)	1	1,28 %
Ano, vyhýbá se okolí, protože okolí tvoří lidé se stejným problémem (4)	4	5,13 %
Ano, vztahy s okolím jsou intenzivnější (podpora, únik) (5)	3	3,85 %
Ne, vztahy se neproměnily (6)	1	1,28 %
Neví, není si jistý/á (7)	2	2,56 %
Jiné (8)	0	0 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 39 Proměna vztahů patologických hráčů s jejich okolím po přiznání závislosti - respondenti dle věku

Věk hráčů	1	2	3	4	5	6	7	8	CELKEM
15 - 24 let	0	0	0	2	0	0	0	0	2
%	0,00	0,00	0,00	2,56	0,00	0,00	0,00	0,00	2,56
25 - 40 let	12	41	0	2	3	1	1	0	60
%	15,38	52,56	0,00	2,56	3,85	1,28	1,28	0,00	76,92
41 - 60 let	11	3	1	0	0	0	1	0	16
%	14,10	3,85	1,28	0,00	0,00	0,00	1,28	0,00	20,51
CELKEM	23	44	1	4	3	1	2	0	78
%	29,49	56,41	1,28	5,13	3,85	1,28	2,56	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 40 Proměna vztahů patologických hráčů s jejich okolím po přiznání závislosti - respondenti dle rodinného stavu

Rodinný stav	1	2	3	4	5	6	7	8	CELKEM
s partnerem	19	41	1	3	0	0	2	0	66
%	24,36	52,56	1,28	3,85	0,00	0,00	2,56	0,00	84,62
bez partnera	4	3	0	1	3	1	0	0	12
%	5,13	3,85	0,00	1,28	3,85	1,28	0,00	0,00	15,38
CELKEM	23	44	1	4	3	1	2	0	78
%	29,49	56,41	1,28	5,13	3,85	1,28	2,56	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 41 Proměna vztahů patologických hráčů s jejich okolím po přiznání závislosti - respondenti dle dětí

Děti hráčů	1	2	3	4	5	6	7	8	CELKEM
bez dětí	6	0	0	2	1	1	1	0	11
%	7,69	0,00	0,00	2,56	1,28	1,00	1,28	0,00	13,82
nezletilé	9	40	1	2	2	0	0	0	54
%	11,54	51,28	1,28	2,56	2,56	0,00	0,00	0,00	69,23
zletilé	8	4	0	0	0	0	1	0	13
%	10,26	5,13	0,00	0,00	0,00	0,00	1,28	0,00	16,67
CELKEM	23	44	1	4	3	1	2	0	78
%	29,49	56,41	1,28	5,13	3,85	1,28	2,56	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Položka č. 16: Zaměstnanost patologických hráčů.

Tab. 42 Zaměstnanost patologických hráčů - celkový soubor

Jste zaměstnaný/á (i OSVČ)?	absolutní	relativní
	četnost	četnost
Ano (1)	71	91,03 %
Ne, jsem nezaměstnaný v důsledku hráčské závislosti (2)	4	5,13 %
Ne, jsem nezaměstnaný, ale nesouvisí to se závislostí (3)	3	3,84 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 43 Zaměstnanost patologických hráčů - respondenti dle věku

Věk hráčů	1	2	3	CELKEM
15 - 24 let	1	0	1	2
%	1,28	0,00	1,28	2,56
25 - 40 let	57	3	0	60
%	73,08	3,85	0,00	76,92
41 - 60 let	13	1	2	16
%	16,67	1,28	2,56	20,51
CELKEM	71	4	3	78
%	91,03	5,13	3,85	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 44 Zaměstnanost patologických hráčů - respondenti dle rodinného stavu

Rodinný stav	1	2	3	CELKEM
s partnerem	63	2	1	66
%	80,77	2,56	1,28	84,62
bez partnera	8	2	2	12
%	10,26	2,56	2,56	15,38
CELKEM	71	4	3	78
%	91,03	5,13	3,85	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 45 Zaměstnanost patologických hráčů - respondenti dle dětí

Děti hráčů	1	2	3	CELKEM
bez dětí	8	2	1	11
%	10,26	2,56	1,28	14,10
nezletilé	52	0	2	54
%	66,67	0,00	2,56	69,23
zletilé	11	2	0	13
%	14,10	2,56	0,00	16,67
CELKEM	71	4	3	78
%	91,03	5,13	3,85	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Položka č. 17: Projevy závislosti patologických hráčů v zaměstnání.

Tab. 46 Projevy závislosti patologických hráčů v zaměstnání - celkový soubor

Projevovala se Vaše závislost v zaměstnání?	absolutní četnost	relativní četnost
Ano, v práci jsem se spíše věnoval/a hazardním hrám (1)	60	42,25 %
Ano, v práci jsem si půjčoval/a peníze (od kolegů apod.) (2)	37	26,06 %
Ano, v práci jsem kradl/a (či jiná trestná činnost) (3)	20	14,08 %
Ano, v práci jsem provozoval/a hazard s kolegy (4)	6	4,23 %
Ano, přestal/a jsem do práce pravidelně docházet (5)	7	4,93 %
Ne, moje závislost se v práci neprojevovala (6)	11	7,75 %
Jiné (7)	1	0,70 %
CELKEM	142	100 %

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 47 Projevy závislosti patologických hráčů v zaměstnání - respondenti dle věku

Věk hráčů	1	2	3	4	5	6	7	CELKEM
15 - 24 let	0	2	0	0	1	0	0	3
%	0,00	1,41	0,00	0,00	0,70	0,00	0,00	2,11
25 - 40 let	50	28	17	5	4	10	0	114
%	35,21	19,72	11,97	3,52	2,82	7,04	0,00	80,28
41 - 60 let	10	7	3	1	2	1	1	25
%	7,04	4,93	2,11	0,70	1,41	0,70	0,70	17,61
CELKEM	60	37	20	6	7	11	1	142
%	42,25	26,06	14,08	4,23	4,93	7,75	0,70	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 48 Projevy závislosti patologických hráčů v zaměstnání - respondenti dle rodinného stavu

Rodinný stav	1	2	3	4	5	6	7	CELKEM
s partnerem	50	33	18	1	7	11	0	120
%	35,21	23,24	12,68	0,70	4,93	7,75	0,00	84,51
bez partnera	10	4	2	5	0	0	1	22
%	7,04	2,82	1,41	3,52	0,00	0,00	0,70	15,49
CELKEM	60	37	20	6	7	11	1	142
%	42,25	26,06	14,08	4,23	4,93	7,75	0,70	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 49 Projevy závislosti patologických hráčů v zaměstnání - respondenti dle dětí

Děti hráčů	1	2	3	4	5	6	7	CELKEM
bez dětí	8	2	4	0	5	1	0	20
%	5,63	1,41	2,82	0,00	3,52	1,00	0,00	14,38
nezletilé	40	30	12	3	0	4	0	89
%	28,17	21,13	8,45	2,11	0,00	2,82	0,00	62,68
zletilé	12	5	4	3	2	6	1	33
%	8,45	3,52	2,82	2,11	1,41	4,23	0,70	23,24
CELKEM	60	37	20	6	7	11	1	142
%	42,25	26,06	14,08	4,23	4,93	7,75	0,70	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Položka č. 18: Reakce zaměstnavatele na projevy závislosti patologických hráčů v zaměstnání.

Tab. 50 Reakce zaměstnavatelů na projevy závislostního jednání patologických hráčů v zaměstnání - celkový soubor

Jak reagovali zaměstnavatelé na závislostní projevy patologických hráčů v zaměstnání?	absolutní četnost	relativní četnost
Snížili mzdu/osobní ohodnocení (1)	36	48 %
Slovní či písemná (i opakovaná) výtka (2)	11	14,67 %
Přeřazení na jiné pracoviště (3)	0	0 %
Rozvázání pracovního poměru (4)	4	5,33 %
Žádným způsobem (patologický hráč je OSVČ/zaměstnavatel nereagoval/zaměstnavatel nevěděl) (5)	24	32 %
Jiné (6)	0	0 %
CELKEM	75	100 %

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 51 Reakce zaměstnavatelů na projevy závislostního jednání patologických hráčů v zaměstnání - respondenti dle věku

Věk hráče	1	2	3	4	5	6	CELKEM
15 - 24 let	1	0	0	0	1	0	2
%	1,33	0,00	0,00	0,00	1,33	0,00	2,67
25 - 40 let	29	3	0	4	22	0	58
%	38,67	4,00	0,00	5,33	29,33	0,00	77,33
41 - 60 let	6	8	0	0	1	0	15
%	8,00	10,67	0,00	0,00	1,33	0,00	20,00

CELKEM	36	11	0	4	24	0	75
%	48,00	14,67	0,00	5,33	32,00	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 52 Reakce zaměstnavatelů na projevy závislostního jednání patologických hráčů v zaměstnání - respondenti dle rodinného stavu

Rodinný stav	1	2	3	4	5	6	CELKEM
s partnerem	30	9	0	4	21	0	64
%	40,00	12,00	0,00	5,33	28,00	0,00	85,33
bez partnera	6	2	0	0	3	0	11
%	8,00	2,67	0,00	0,00	4,00	0,00	14,67
CELKEM	36	11	0	4	24	0	75
%	48,00	14,67	0,00	5,33	32,00	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 53 Reakce zaměstnavatelů na projevy závislostního jednání patologických hráčů v zaměstnání - respondenti dle dětí

Děti hráčů	1	2	3	4	5	6	CELKEM
bez dětí	3	2	0	0	5	0	10
%	4,00	2,67	0,00	0,00	6,67	0,00	13,33
nezletilé	30	8	0	2	13	0	53
%	40,00	10,67	0,00	2,67	17,33	0,00	70,67
zletilé	3	1	0	2	6	0	12
%	4,00	1,33	0,00	2,67	8,00	0,00	16,00
CELKEM	36	11	0	4	24	0	75
%	48,00	14,67	0,00	5,33	32,00	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Položka č. 19: Dluhy patologických hráčů a jejich výše.

Tab. 54 Dluhy patologických hráčů a jejich výše - celkový soubor

Máte dluhy, a jaká je jejich přibližná výše?	absolutní četnost	relativní četnost
Ano, méně než 10.000 Kč (1)	0	0 %
Ano, v intervalu 10.000 – 100.000 Kč (2)	1	1,28 %
Ano, v intervalu 100.000 – 500.000 Kč (3)	38	48,72 %
Ano, vyšší než 500.000 Kč (4)	39	50 %
Ne, dluhy nemám (5)	0	0 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 55 Dluhy patologických hráčů a jejich výše - respondenti dle věku

Věk hráče	1	2	3	4	5	CELKEM
15 - 24 let	0	1	0	1	0	2
%	0,00	1,28	0,00	1,28	0,00	2,56
25 - 40 let	0	0	32	28	0	60
%	0,00	0,00	41,03	35,90	0,00	76,92
41 - 60 let	0	0	6	10	0	16

%	0,00	0,00	7,69	12,82	0,00	20,51
CELKEM	0	1	38	39	0	78
%	0,00	1,28	48,72	50,00	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 56 Dluhy patologických hráčů a jejich výše - respondenti dle rodinného stavu

Rodinný stav hráčů	1	2	3	4	5	CELKEM
partner/manžel	0	1	33	32	0	66
%	0,00	1,28	42,31	41,03	0,00	84,62
bez partnera	0	0	5	7	0	12
%	0,00	0,00	6,41	8,97	0,00	15,38
CELKEM	0	1	38	39	0	78
%	0,00	1,28	48,72	50,00	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 57 Dluhy patologických hráčů a jejich výše - respondenti dle dětí

Děti hráčů	1	2	3	4	5	CELKEM
bezdětní	0	1	10	0	0	11
%	0,00	1,28	12,82	0,00	0,00	14,10
s nezl. dětmi	0	0	23	31	0	54
%	0,00	0,00	29,49	39,74	0,00	69,23
se zlet. dětmi	0	0	5	8	0	13
%	0,00	0,00	6,41	10,26	0,00	16,67
CELKEM	0	1	38	39	0	78
%	0,00	1,28	48,72	50,00	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Položka č. 20: Proměna životní úrovně patologických hráčů a jejich rodin.

Tab. 58 Proměna životní úrovně patologických hráčů a jejich rodin - celkový soubor

Proměnila se Vaše životní úroveň (nebo Vaší rodiny) v důsledku patologického hráčství?	absolutní četnost	relativní četnost
Ano, k lepšímu (1)	0	0 %
Ano, k horšímu (2)	78	100 %
Ne, neproměnila (3)	0	0 %
Nevím, nejsem si jistý/á (4)	0	0 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 59 Proměna životní úrovně patologických hráčů a jejich rodin - respondenti dle věku

Věk hráče	1	2	3	4	CELKEM
15 - 24 let	0	2	0	0	2
%	0,00	2,56	0,00	0,00	2,56
25 - 40 let	0	60	0	0	60
%	0,00	76,92	0,00	0,00	76,92
41 - 60 let	0	16	0	0	16
%	0,00	20,51	0,00	0,00	20,51
CELKEM	0	78	0	0	78
%	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 60 Proměna životní úrovně patologických hráčů a jejich rodin - respondenti dle rodinného stavu

Rodinný stav hráčů	1	2	3	4	CELKEM
partner/manžel	0	66	0	0	66
%	0,00	84,62	0,00	0,00	84,62
bez partnera	0	12	0	0	12
%	0,00	15,38	0,00	0,00	15,38
CELKEM	0	78	0	0	78
%	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 61 Proměna životní úrovně patologických hráčů a jejich rodin - respondenti dle dětí

Děti hráčů	1	2	3	4	CELKEM
bezdětní	0	11	0	0	11
%	0,00	14,10	0,00	0,00	14,10
s nezl. dětmi	0	54	0	0	54
%	0,00	69,23	0,00	0,00	69,23
se zlet. dětmi	0	13	0	0	13
%	0,00	16,67	0,00	0,00	16,67
CELKEM	0	78	0	0	78
%	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Položka č. 21: Vymezení konkrétních projevů proměny životní úrovně patologických hráčů a jejich rodin v důsledku závislostního chování.

Tab. 62 Konkrétní projevy proměny životní úrovně patologických hráčů a jejich rodin - celkový soubor

Jak konkrétně se projevuje změna Vaší životní úrovně (či úrovně Vaší rodiny)?	absolutní četnost	relativní četnost
Mám(e) více financí, a tím i možností, jak s nimi naložit (1)	0	0 %
Nemám(e) finance na uspokojení zákl. životních potřeb (2)	29	9,35 %
Vyčerpal/a/i jsem (jsme) veškeré finanční rezervy (3)	77	24,84 %
Přestal jsem (přestali jsme) trávit volný čas aktivitami, které stojí peníze (4)	78	25,16 %
Nemohu si (nemůžeme si) dovolit žádnou dovolenou (5)	76	24,52 %
Závislost ovlivnila vzdělávání dětí (nemáme finanční prostředky na školku, vzdělávání apod.) (6)	41	13,23 %
Jiným způsobem (7)	9	2,90 %
Má (naše) životní úroveň se nezměnila (8)	0	0 %
CELKEM	310	100 %

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 63 Konkrétní projevy proměny životní úrovně patologických hráčů a jejich rodin - respondenti dle věku

Věk hráčů	1	2	3	4	5	6	7	8	CELKEM
15 - 24 let	0	1	1	2	2	0	0	0	6
%	0,00	0,32	0,32	0,65	0,65	0,00	0,00	0,00	1,94

25 - 40 let	0	14	60	60	58	38	6	0	236
%	0,00	4,52	19,35	19,35	18,71	12,26	1,94	0,00	76,13
41 - 60 let	0	14	16	16	16	3	3	0	68
%	0,00	4,52	5,16	5,16	5,16	0,97	0,97	0,00	21,94
CELKEM	0	29	77	78	76	41	9	0	310
%	0,00	9,35	24,84	25,16	24,52	13,23	2,90	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 64 Konkrétní projevy proměny životní úrovně patologických hráčů a jejich rodin - respondenti dle rodinného stavu

Rodinný stav	1	2	3	4	5	6	7	8	CELKEM
s partnerem	0	20	65	66	64	31	5	0	251
%	0,00	6,45	20,97	21,29	20,65	10,00	1,61	0,00	80,97
bez partnera	0	9	12	12	12	10	4	0	59
%	0,00	2,90	3,87	3,87	3,87	3,23	1,29	0,00	19,03
CELKEM	0	29	77	78	76	41	9	0	310
%	0,00	9,35	24,84	25,16	24,52	13,23	2,90	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 65 Konkrétní projevy proměny životní úrovně patologických hráčů a jejich rodin - respondenti dle dětí

Děti hráčů	1	2	3	4	5	6	7	8	CELKEM
bez dětí	0	3	10	11	9	0	4	0	37
%	0,00	0,97	3,23	3,55	2,90	0,00	1,29	0,00	11,94
nezletilé	0	18	54	54	54	35	1	0	216
%	0,00	5,81	17,42	17,42	17,42	11,29	0,32	0,00	69,68
zletilé	0	8	13	13	13	6	4	0	57
%	0,00	2,58	4,19	4,19	4,19	1,94	1,29	0,00	18,39
CELKEM	0	29	77	78	76	41	9	0	310
%	0,00	9,35	24,84	25,16	24,52	13,23	2,90	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Položka č. 22: Dobrovolnost/nedobrovolnost vyhledání odborné pomoci ve formě ambulantní léčby ze strany patologických hráčů.

Tab. 66 Dobrovolnost/nedobrovolnost vyhledání odborné pomoci ve formě ambulantní léčby - celkový soubor

Ambulantní léčbu jsem vyhledal/a:	absolutní četnost	relativní četnost
Dobrovolně, sám/sama (1)	9	11,54 %
Dobrovolně, po dohodě s rodinou/blízkými osobami (2)	39	50 %
Nedobrovolně, po přímém nátlaku ze strany rodiny/blízkých osob (3)	30	38,46 %
Nedobrovolně, na základě soudního rozhodnutí apod. (4)	0	0 %
Jiné (5)	0	0 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 67 Dobrovolnost/nedobrovolnost vyhledání odborné pomoci ve formě ambulantní léčby – respondenti dle věku

Věk hráčů	1	2	3	4	5	CELKEM
15 - 24 let	0	0	2	0	0	2
%	0,00	0,00	2,56	0,00		2,56
25 - 40 let	6	30	24	0	0	60
%	7,69	38,46	30,77	0,00	0,00	76,92
41 - 60 let	3	9	4	0	0	16
%	3,85	11,54	5,13	0,00	0,00	20,51
CELKEM	9	39	30	0	0	78
%	11,54	50,00	38,46	0,00	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 68 Dobrovolnost/nedobrovolnost vyhledání odborné pomoci ve formě ambulantní léčby – respondenti dle rodinného stavu

Rodinný stav hráčů	1	2	3	4	5	CELKEM
partner/manžel	6	33	27	0	0	66
%	7,69	42,31	34,62	0,00	0,00	84,62
bez partnera	3	6	3	0	0	12
%	3,85	7,69	3,85	0,00	0,00	15,38
CELKEM	9	39	30	0	0	78
%	11,54	50,00	38,46	0,00	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 69 Dobrovolnost/nedobrovolnost vyhledání odborné pomoci ve formě ambulantní léčby – respondenti dle dětí

Děti hráčů	1	2	3	4	5	CELKEM
bezdětní	0	2	9	0	0	11
%	0,00	2,56	11,54	0,00	0,00	14,10
s nezl. dětmi	7	35	12	0	0	54
%	8,97	44,87	15,38	0,00	0,00	69,23
se zlet. dětmi	2	2	9	0	0	13
%	2,56	2,56	11,54	0,00	0,00	16,67
CELKEM	9	39	30	0	0	78
%	11,54	50,00	38,46	0,00	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Položka č. 23: Podpora nejbližší rodiny v léčebném procesu patologických hráčů.

Tab. 70 Podpora nejbližší rodiny v léčebném procesu patologických hráčů - celkový soubor

Podporuje Vás nejbližší rodina v léčbě?	absolutní četnost	relativní četnost
Ano, i aktivní formou (např. rodinná terapie) (1)	29	37,18 %
Ano, jen pasivní formou (důvěra, povzbuzení) (2)	27	34,61 %
Ne, nepodporuje mě (3)	22	28,21 %
CELKEM	78	100 %

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 71 Podpora nejbližší rodiny v léčebném procesu patologických hráčů - respondenti dle věku

Věk hráčů	1	2	3	CELKEM
15 - 24 let	0	2	0	2
%	0,00	2,56	0,00	2,56
25 - 40 let	25	18	17	60
%	32,05	23,08	21,79	76,92
41 - 60 let	4	7	5	16
%	5,13	8,97	6,41	20,51
CELKEM	29	27	22	78
%	37,18	34,62	28,21	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 72 Podpora nejbližší rodiny v léčebném procesu patologických hráčů - respondenti dle rodinného stavu

Rodinný stav	1	2	3	CELKEM
s partnerem	29	23	14	66
%	37,18	29,49	17,95	84,62
bez partnera	0	4	8	12
%	0,00	5,13	10,26	15,38
CELKEM	29	27	22	78
%	37,18	34,62	28,21	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 73 Podpora nejbližší rodiny v léčebném procesu patologických hráčů - respondenti dle dětí

Děti hráčů	1	2	3	CELKEM
bez dětí	1	3	7	11
%	1,28	3,85	8,97	14,10
nezletilé	24	22	8	54
%	30,77	28,21	10,26	69,23
zletilé	4	2	7	13
%	5,13	2,56	8,97	16,67
CELKEM	29	27	22	78
%	37,18	34,62	28,21	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Položka č. 24: Důvody, proč nejbližší rodina nepodporuje patologické hráče v jejich léčebném procesu.

Tab. 74 Důvody, proč rodina patologické hráče v jejich léčbě nepodporuje - celkový soubor

Proč rodina nepodporuje patologické hráče v jejich léčbě?	absolutní četnost	relativní četnost
Po přiznání závislosti rodina odešla/zřekla se hráče (1)	3	13,64 %
Rodina nevěří, že se dokáže vyléčit (2)	19	86,36 %
Rodina o závislosti neví (3)	0	0 %
Rodina má za to, že se jedná pouze o problém hráče (4)	0	0 %
Jiné (5)	0	0 %
CELKEM	22	100 %

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 75 Důvody, proč rodina patologické hráče v jejich léčbě nepodporuje - respondenti dle věku

Věk hráčů	1	2	3	4	5	CELKEM
15 - 24 let	0	0	0	0	0	0
%	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00
25 - 40 let	0	17	0	0	0	17
%	0,00	77,27	0,00	0,00	0,00	77,27
41 - 60 let	3	2	0	0	0	5
%	13,64	9,09	0,00	0,00	0,00	22,73
CELKEM	3	19	0	0	0	22
%	13,64	86,36	0,00	0,00	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 76 Důvody, proč rodina patologické hráče v jejich léčbě nepodporuje - respondenti dle rodinného stavu

Rodinný stav hráčů	1	2	3	4	5	CELKEM
partner/manžel	0	14	0	0	0	14
%	0,00	63,64	0,00	0,00	0,00	63,64
bez partnera	3	5	0	0	0	8
%	13,64	22,73	0,00	0,00	0,00	36,36
CELKEM	3	19	0	0	0	22
%	13,64	86,36	0,00	0,00	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 77 Důvody, proč rodina patologické hráče v jejich léčbě nepodporuje - respondenti dle dětí

Děti hráčů	1	2	3	4	5	CELKEM
bezdětní	0	7	0	0	0	7
%	0,00	31,82	0,00	0,00	0,00	31,82
s nezl. dětmi	3	5	0	0	0	8
%	13,64	22,73	0,00	0,00	0,00	36,36
se zlet. dětmi	0	7	0	0	0	7
%	0,00	31,82	0,00	0,00	0,00	31,82
CELKEM	3	19	0	0	0	22
%	13,64	86,36	0,00	0,00	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Položka č. 25: Primární očekávání patologických hráčů od vybraného způsobu odborné pomoci.

Tab. 78 Primární očekávání patologických hráčů od vybraného způsobu léčby jejich závislostního chování - celkový soubor

Co od ambulantní léčby primárně očekáváte?	absolutní četnost	relativní četnost
Napravení vztahů (zejména rodinných) a soc. vazeb (1)	78	33,19 %
„Uzdravení“ ve smyslu ovládat nutkání hrát (2)	78	33,19 %
Odpovědi na otázku „Proč jsem závislý/á“, „Proč nekontroluji své jednání“ (3)	6	2,55 %

Pomoc z nepříznivé životní situace (finance, zaměstnání, aj.) (4)	70	29,79 %
Nevím/nic neočekávám (5)	3	1,28 %
Jiné (6)	0	0 %
CELKEM	235	100 %

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 79 Primární očekávání patologických hráčů od vybraného způsobu léčby jejich závislostního chování - respondenti dle věku

Věk hráče	1	2	3	4	5	6	CELKEM
15 - 24 let	2	2	1	2	0	0	7
%	0,85	0,85	0,43	0,85	0,00	0,00	2,98
25 - 40 let	60	60	0	54	2	0	176
%	25,53	25,53	0,00	22,98	0,85	0,00	74,89
41 - 60 let	16	16	5	14	1	0	52
%	6,81	6,81	2,13	5,96	0,43	0,00	22,13
CELKEM	78	78	6	70	3	0	235
%	33,19	33,19	2,55	29,79	1,28	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 80 Primární očekávání patologických hráčů od vybraného způsobu léčby jejich závislostního chování - respondenti dle rodinného stavu

Rodinný stav	1	2	3	4	5	6	CELKEM
s partnerem	66	66	0	59	1	0	192
%	28,09	28,09	0,00	25,11	0,43	0,00	81,70
bez partnera	12	12	6	11	2	0	43
%	5,11	5,11	2,55	4,68	0,85	0,00	18,30
CELKEM	78	78	6	70	3	0	235
%	33,19	33,19	2,55	29,79	1,28	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 81 Primární očekávání patologických hráčů od vybraného způsobu léčby jejich závislostního chování - respondenti dle dětí

Děti hráčů	1	2	3	4	5	6	CELKEM
bez dětí	11	11	2	7	2	0	33
%	4,68	4,68	0,85	2,98	0,85	0,00	14,04
nezletilé	54	54	3	52	0	0	163
%	22,98	22,98	1,28	22,13	0,00	0,00	69,36
zletilé	13	13	1	11	1	0	39
%	5,53	5,53	0,43	4,68	0,43	0,00	16,60
CELKEM	78	78	6	70	3	0	235
%	33,19	33,19	2,55	29,79	1,28	0,00	100,00

Zdroj: vlastní zpracování.