

Prevalence problémového hráčství v České republice



MRAVČÍK, V.^{1,2,3}, CHOMYNOVÁ, P.^{1,3}, ROZNEROVÁ, T.², DRBOHLAVOVÁ, B.^{1,2,3}, ČERNÝ, J.^{1,4}, TION LEŠTINOVÁ, Z.¹

¹ Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, Praha

² Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

³ Národní ústav duševního zdraví

⁴ Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita v Brně

Citace: Mravčík, V., Chomynová, P., Roznerová, T., Drbohlavová, B., Černý, J., Tion Leštinová, Z. (2015). Prevalence problémového hráčství v České republice. *Adiktologie*, 15(4), 310–319.

VÝCHODISKA: Nadměrné hraní hazardních her může vést k rozvoji problémového (patologického) hráčství. **CÍLE:** Odhadnout míru a popsat vzorce problémového/patologického hráčství v ČR. **METODIKA:** (1) Celopopulační dotazníková studie Národní výzkum 2012 na reprezentativním souboru obecné populace ve věku 15–64 let (N=2134), pro odhad míry problémového hráčství byl použit nástroj Problem Gambling Severity Index (PGSI), (2) omnibusové dotazníkové šetření na kvótně vybraném souboru populace ve věku 15+ let v l. 2013 a 2014 (N=1797 a 1810), které obsahovalo škálu Lie/bet, a (3) omnibusový dotazníkový průzkum mezi praktickými lékaři pro dospělé a pro děti a dorost obsahující otázku na výskyt patologických hráčů z l. 2012 a 2014 (N=551 a 550). **VÝSLEDKY:** V r. 2012 podle PGSI dosahoval podíl dospělé populace v riziku problémového hráčství 5,1 % (7,4 % mužů a 2,8 % žen), z toho ve středním a vysokém riziku se nacházelo 2,3 %, z toho ve vysokém riziku 0,6 % (1,2 % mužů a 0,0 % žen). V r. 2014 se v riziku (alespoň 1 bod v Lie/bet) na-

cházel celkem 4,9 % dospělých (7,4 % mužů a 2,6 % žen). Ve skupině mladých dospělých (15–34 let) bylo v riziku v r. 2012 podle PGSI 6,2 % a v r. 2014 podle Lie/bet 5,3 % osob. Odhad počtu problémových hráčů z průzkumu mezi lékaři činil 80–90 tis. osob (0,9–1,0 % dospělé populace) v r. 2012 a 90–110 tis. osob (1,0–1,2 %) v r. 2014. Vysoký podíl osob v riziku je ve věkové skupině 15–24 let, nejvyšší podíl hráčů v nejrizikovějších pásmech je ve věku 35–44 let. Přibližně čtvrtinu problémových hráčů tvoří ženy. Nejvyšší riziko vykazuje hraní na elektronických herních zařízeních (EHZ) – třetina a více hráčů na EHZ je v riziku rozvoje problémového hráčství; u kurzových sázek a on-line hraní je to nejméně čtvrtina hráčů. **ZÁVĚR:** V riziku rozvoje problémového hráčství je přibližně 5 % dospělé populace, z toho v pásmu problémového hráčství je 1,5–2,3 %, z nichž cca polovinu tvoří patologičtí hráči (0,6–1,2 % dospělých). Problémové hráčství je v ČR spojeno především s EHZ, lze očekávat jeho nárůst ve spojení s kurzovými a live sázkami a on-line hazardními hrami.

KLÍČOVÁ SLOVA: PROBLÉMOVÉ HRÁČSTVÍ – PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ – HRÁČSKÁ PORUCHA – PREVALENCE – ODHADY

Došlo do redakce: 1 / ZÁŘÍ / 2015

Přijato k tisku: 21 / ŘÍJEN / 2015

Grantová podpora: Příprava článku byla podpořena prostřednictvím programu institucionální podpory vědy č. PRVOUK-P03/LF1/9 a projektem „Národní ústav duševního zdraví (NUDZ)“, registrační číslo CZ.1.05/2.1.00/03.0078, financovaným z Evropského fondu regionálního rozvoje.

Korespondenční adresa: MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D. / mravcik.viktor@vlada.cz / Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, Úřad vlády ČR, náb. E. Beneše 4, 118 01 Praha 1

● 1 ÚVOD

Problémové hráčství je porucha kontroly hráčského chování, která je charakterizována zejména vysokou intenzitou a epizodickým charakterem hraní a vysokými finančními částkami vloženými do hraní (příčemž jejich absolutní výše je relativní vůči ekonomickému statusu jedince) s následnými negativními důsledky pro hráče a jejich okolí. Pro závažné a zejména klinicky diagnostikované formy se používá rovněž výraz patologické hráčství (Abbott et al., 2013; Neal, Delfabbro & O'Neil, 2005; Richard & Humphrey, 2014; Vacek, 2014; Williams, West & Simpson, 2012). Pro účely článku a dalších článků specializovaného čísla Adiktologie používáme pojmy problémové hráčství nebo patologické hráčství (druhé jmenované spíše pro závažné či klinicky diagnostikované formy hráčské poruchy).

V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) nebo DSM-IV bylo patologické hráčství zařazeno mezi poruchy impulzivity a ovládnání (American Psychiatric Association, 2000; WHO & ÚZIS ČR, 2008). V DSM-5 došlo ke změně názvu nozologické jednotky z *patologické hráčství* na *hráčská porucha* (anglicky *gambling disorder* nebo *disordered gambling*), k jejímu zařazení do skupiny s látkovými závislostmi a rovněž došlo ke snížení celkového počtu diagnostických kritérií z 10 na 9, přičemž minimální počet kritérií nutných k diagnóze hráčské poruchy (patologického hráčství) se snížil z 5 na 4 (American Psychiatric Association, 2013a, 2013b; Reilly & Smith, 2013). Hazardní hraní je přitom potřeba vnímat ve spojitém kontinuu od rekreačního po patologické, přičemž rozdíl mezi problémovým a rekreačním hraním je především v jeho intenzitě (problémoví hráči hrají častěji, déle, utrácejí více) a nezpochybnitelné kvalitativní kritérium nebo absolutní hodnota měřitelných parametrů odlišující problémového hráče od neproblémového pravděpodobně neexistuje (Shaffer, 2014).

Silným prediktorem problémů spojených s hazardním hraním je pohlaví (mezi muži se problémové hráčství vyskytuje častěji), nízký věk při prvním hraní hazardních her, příslušnost k některým profesním skupinám – vyšší riziko mají např. osoby pracující v herním průmyslu, osoby s volnou pracovní dobou, bez dohledu, s disponibilní hotovostí (Abbott et al., 2013; Johansson, Grant, Kim, Odlaug & Götestam, 2009; Nelson et al., 2007). Predisponovány jsou rovněž osoby s poruchami emocí nebo osobnosti, zejména s vysokou impulzivitou tíhnoucí k riskantnímu (rizikóvému) chování (Blaszczynski & Nower, 2002; Richard & Humphrey, 2014). K rozvoji problémového hráčství přispívá i sociální a ekonomický kontext člověka. Problémové hraní má tendenci vyskytovat se ve zvýšené míře v sociálně a ekonomicky znevýhodněných regionech, kde je nedostatek práce, chudoba a kde lidé nenacházejí dostatek jiných příležitostí k trávení volného času. Dopady a související problémy jsou pak u této skupiny lidí citelné dříve, jelikož hazard působí jako regresivní daň, kdy nemajetní za něj utratí více než bo-

hatí (Abbott et al., 2013). Blíže k problémovému hráčství viz rovněž článek věnovaný charakteristikám problémových hráčů v tomto čísle (Mravčík, Černý, Roznerová, Licehamerová & Tion Leštinová, 2015).

Pro screening a diagnostiku problémového a patologického hráčství se používá řada standardních nástrojů (některé z nich mají verzi pro adolescenty). Nejčastěji používanými jsou SOGS-R, tj. revidovaný South Oaks Gambling Screen (Lesieur & Blume, 1993; Lesieur & Blume, 1987), DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) a Canadian Problem Gambling Index (CPGI), resp. jeho zkrácená verze PGSI – Problem Gambling Severity Index (Ferris & Wynne, 2001). Za velmi kvalitní nástroj s vysokou senzitivitou i specificitou je považována dvoupoložková škála Lie/bet (Johnson et al., 1997). Existuje dokonce i jednopoložkový nástroj (The One-Item Screen for Problem Gambling), který zahrnuje jen jednu otázku „Měl/a jste někdy problémy s vaším hraním?“ (Thomas, Piterman & Jackson, 2008), který má však nízkou senzitivitu, tj. vysokou pravděpodobnost falešně negativních výsledků, kdy problémoví hráči zůstávají neodhaleni (Stinchfield, 2014).

Míry prevalence problémového hráčství v dospělé populaci se celosvětově pohybují v rozmezí 0,1–4,5 % pro problémové hráčství a 0,02–2,0 % pro patologické hráčství. Srovnatelnost odhadů mezi různými studii a zeměmi je omezená vzhledem k rozdílům v metodologii studií, ve výběrových postupech, ve sběru dat, v kritériích pro zařazení do studie, v referenčních obdobích pro zjišťování míry prevalence, v použitých nástrojích a v hraničních skóre pro problémové nebo patologické hráčství u stejných nástrojů (Griffiths, 2009; Sassen, Kraus & Bühringer, 2011; Williams, Volberg, & Stevens, 2012).

Použití různých screeningových nástrojů vede k mírně odlišným odhadům míry prevalence problémového hraní (Stucki & Rihs-Middel, 2007) – vážený průměr prevalence problémového a patologického hráčství (dohromady) pro SOGS byl 3,0 % (problémové hráčství 1,2 %, patologické hráčství 1,8 %), pro CPGI 3,3 % (2,4 % a 0,8 %) a pro DSM-IV 3,1 % (1,9 % a 1,2 %). Ukazuje se také, že změna DSM v počtu a skladbě kritérií může vést k rozdílům v míře identifikace problémového a patologického hráčství v populaci. Zatímco u žen se zdají rozdíly nevýznamné, u mužů mohou zvýšit prevalenci osob klasifikovaných jako problémoví hráči přibližně o čtvrtinu (Temcheff, Derevensky & Paskus, 2011).

Griffiths (2009) ve svém evropském přehledu uvádí hodnoty pro patologické hráčství v rozmezí 0,1–0,6 %, pro problémové hraní (včetně patologického) 0,5–2 %, v některých zemích (např. Estonsko, Finsko, Švýcarsko) nad 3 %. Hráči na EHZ tvoří významnou nebo převažující část problémových hráčů v řadě evropských zemí, což souvisí s nepříznivými strukturálními charakteristikami elektronických herních zařízení (EHZ), tj. technických her, tzv. automatů.

Existují podstatné rozdíly v rizikosti jednotlivých her. Ta je dána mírou, s jakou poskytují impulzy, které vyvolávají nutkání hrát a které podmiňují a posilují problémové hraní (Delfabbro, 2014). Jde především o míru vzrušení, kterou v hráčích vzbuzují, společenskost hry nebo míru dovednosti, jež je ke hře potřeba, přičemž vztah mezi konkrétní hrou a rizikem pro hráče je individuální. Přesto existují napříč různými typy her obecné faktory, tzv. strukturní charakteristiky her, které jejich rizikovost zvyšují (Abbott et al., 2013; Parke & Griffiths, 2007). Patří k nim výše sázky, proměnlivost sázek, struktura a pravděpodobnost výher, výše jackpotu, frekvence her jdoucích po sobě, tzv. těsné prohry, zvukové a barevné efekty apod. Rizikovost her zvyšuje také možnost hrát nepřetržitě po dlouhou dobu, prostředí, ve kterém se hra uskutečňuje, souběžné užívání návykových látek včetně cigaret a alkoholu. Nepříznivými strukturními charakteristikami se vyznačují zejména EHZ. Právě EHZ přitom tvoří v ČR nejvyšší podíl na herním trhu a jejich nabídka je v mezinárodním kontextu mimořádně vysoká – podle posledních dostupných údajů mezinárodního srovnání z r. 2013 připadalo na Slovensku 3,7, v Německu 3,0, v Polsku 0,6 a v Rakousku 0,3 EHZ na 1000 obyvatel, zatímco v ČR to bylo 7,5 EHZ na 1000 obyvatel (Mravčík et al., 2014; Rous, Drbohlavová, Tion Leštinová, Černý & Mravčík, 2015). Ke hrám s vyšším rizikem patří také kurzové sázky, především tzv. on-line live sázky, a také hry v kasinu (Griffiths, 2009; Livingstone, Woolley, Zazryn, Bakacs & Shami, 2008; Parke & Griffiths, 2007; Williams, West et al., 2012). U sportovních sázek nebo karetních her se navíc uplatňuje princip sociálního posilování chování tím, že některé sociální skupiny oceňují riziko, které hráč podstupuje (Griffiths & Delfabbro, 2001). Kromě výše uvedených faktorů bývá v hraní hazardních her přítomen i silný spirituální rozměr, u problémových hráčů se při vtažení do hry vyskytují stavy disociace podobné transu a vytržení u náboženských rituálů (např. Binde, 2007).

Do r. 2012, do doby, než se Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (NMS) začalo zabývat otázkou monitoringu hazardního hraní a jeho dopadů, byly publikovány odhady problémového hráčství v ČR založené na aplikaci populačních frekvencí ze zahraničí. Nešpor a Csémy (2005) odhadli na základě dat ze studie ESPAD a zahraničních dat prevalenci patologického hráčství v ČR na 0,5–1 % populace, což odpovídalo přibližně 50–100 tis. hráčů. Verosta (2012) na základě zahraničních údajů odhadl prevalenci problémových hráčů v ČR na cca 3 % populace, což odpovídá počtu přibližně 300 tis. hráčů.

V tomto článku jsou prezentovány nejnovější odhady problémového hráčství v ČR provedené NMS od r. 2012.

● 2 METODIKA

Pro odhad prevalence problémového hráčství v populaci bylo využito screeningových baterií otázek umístěných ve

2 dotazníkových šetřeních: v Národním výzkumu 2012 a Výzkumu občanů 2013 a 2014 (viz také Chomynová, Drbohlavová & Mravčík, 2015). Dále byl k odhadu využit průzkum mezi lékaři, který NMS dlouhodobě využívá pro odhad počtu problémových uživatelů návykových látek.

● 2 / 1 Národní výzkum 2012

Na podzim 2012 realizovalo NMS ve spolupráci s agenturou SC&C celopopulační studii na reprezentativním vzorku populace ve věku 15–64 let s názvem Národní výzkum užívání návykových látek 2012 (Národní výzkum, 2012). Celkem bylo ve studii osloveno 6210 domácností, konečný výběrový soubor dotázaných tvořilo celkem 2134 respondentů vybraných náhodným čtyřstupňovým stratifikovaným výběrem. Dotazník obsahoval podrobný modul na zkušenosti s hraním hazardních her. Pro odhad míry výskytu problémového hráčství byla použita škála PGSI – Problem Gambling Severity Index (Currie, Casey & Hodgins, 2010; Currie, Hodgins & Casey, 2013; Holtgraves, 2009). Jde o 9položkovou škálu, která vychází z původní 31položkové škály CPGI – Canadian Problem Gambling Index (Bagby, Quilty & Watson, 2012; Ferris & Wynne, 2001; Svetieva & Walker, 2008). Škála PGSI se nepoužívá jako nástroj pro klinické posouzení pacienta, ale byla vytvořena pro screening výskytu problémů v souvislosti s hraním hazardních her v obecné populaci. Škála PGSI se skládá z následujících otázek, jež jsou kladeny respondentům, kteří uvedli hraní hazardních her v posledních 12 měsících:

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

Respondenti odpovídali na škále 0=nikdy až 3=téměř vždy. Výsledné PGSI skóre, které je součtem uvedených odpovědí, nabývá hodnot 0–27, kdy 0 bodů značí žádný problém v souvislosti s hraním hazardních her, 1–2 body odpovídají nízkému riziku v souvislosti s hraním hazardních her, 3–7 bodů střednímu riziku s výskytem určitých negativních dopadů hraní a 8 a více bodů značí vysoké riziko v souvislos-

ti s hraním, tedy riziko patologického hráčství s negativními dopady a ztrátu kontroly (Maitland & Adams, 2007).

● 2 / 2 Výzkum občanů

V l. 2013 a 2014 zařadilo NMS téma hazardního hraní do omnibusového šetření Výzkum názorů a postojů občanů České republiky k otázkám zdravotnictví a k problematice zdraví realizovaného agenturou INRES-SONES. V r. 2013 bylo v souboru 1802 a v r. 2014 celkem 1810 osob ve věku 15 a více let. Respondenti byli vybráni kvótním výběrem tak, aby reprezentovali populaci ČR s ohledem na věk, pohlaví, vzdělání, kraj a velikost sídla bydliště. Kromě otázek na zkušenosti s hazardním hraním byl do modulu zařazen dvoupoložkový Lie/bet screeningový dotazník na problémové hráčství (Johnson et al., 1997), obsahující otázky:

1/ Musel/a jste někdy lhát lidem, kteří jsou pro vás důležití, o tom, jak moc hrajete?

2/ Cítil/a jste někdy potřebu hrát za více a více peněz?

Možné odpovědi na obě otázky jsou „ano“ (1 bod) a „ne“ (0 bodů), výsledné Lie/bet skóre vzniklé jejich součtem tak může nabývat hodnoty až 2 body, přičemž alespoň 1 pozitivní odpověď indikuje riziko problémového hráčství.

● 2 / 3 Průzkum mezi lékaři ČR

V letech 2012 a 2014 byl proveden pravidelný omnibusový sociologický průzkum mezi lékaři ČR, který provádí agen-

tura INRES-SONES. Z iniciativy NMS byl do průzkumu zařazen dotaz na prevalenci problémového hráčství, na který odpovídali pouze praktičtí lékaři pro dospělé a lékaři pro děti a dorost. Ti totiž registrují své pacienty pro účely kapitáční platby ze zdravotního pojištění, což znamená, že každý člověk žijící (resp. zdravotně pojištěný) v ČR je registrován u jednoho lékaře a celá populace je tak rozdělena do jednotlivých lékařských praxí. Z praxí praktických lékařů je tedy možné provádět populační odhady. Lékařům byla položena otázka na počet „patologických hráčů nebo osob se závažnými problémy s hraním sázkových (hazardních) her, jako jsou automaty, jiné hry v kasinu nebo sázky (včetně internetového sázení)“.

V r. 2012 se průzkumu zúčastnilo 341 praktických lékařů pro dospělé a 210 dětských lékařů, v r. 2014 to bylo 340, resp. 210. Výsledky byly extrapolovány jednak na celkový počet obyvatel ČR (střední stav v r. 2012 a 2013 podle ČSÚ, rok 2014 nebyl v době analýzy k dispozici), jednak na celkový počet praktických lékařů obou odborností v r. 2012 a 2013, neboť údaje za r. 2014 nebyly k dispozici (Chudobová, 2013, 2014; Marková, 2013). Frekvence (prevalence) problémových hráčů mezi registrovanými osobami byla vy počítána jako průměrná frekvence v souboru vážená počtem registrovaných pacientů.

Tabulka 1 / Table 1

Míra prevalence problémového hraní a extrapolace výsledků na počet obyvatel ČR v r. 2012 (Národní výzkum 2012)

Prevalence of problem gambling and number of problem gamblers extrapolated to the population of the Czech Republic in 2012 (National Survey 2012)

Škála PGSI	Muži (n=1014)	Ženy (n=1047)	Mladí dospělí 15–34 let (n=799)	Celkem 15–64 let (n=2068)		
	Střední odhad	Střední odhad	Střední odhad	Střední odhad	95% CI dolní mez	95% CI horní mez
Míra prevalence v %						
V riziku celkem	7,4	2,8	6,2	5,1	4,1	6,0
Nízké riziko (1–2 body)	3,2	2,2	3,4	2,7	2,0	3,4
Střední riziko (3–7 bodů)	2,9	0,6	1,9	1,7	1,2	2,3
Vysoké riziko (8 a více bodů)	1,2	0,0*	0,8	0,6	0,3	0,9
Střední a vysoké celkem (3 a více bodů)	4,1	0,6	2,7	2,3	1,7	3,0
Extrapolace na počet obyvatel						
V riziku celkem	270 000	101 000	169 000	365 000	297 000	433 000
Nízké riziko (1–2 body)	118 000	79 000	94 000	196 000	145 000	246 000
Střední riziko (3–7 bodů)	107 000	22 000	53 000	126 000	85 000	167 000
Vysoké riziko (8 a více bodů)	45 000	0*	22 000	43 000	19 000	67 000
Střední a vysoké celkem (3 a více bodů)	152 000	22 000	75 000	169 000	122 000	217 000

Pozn.: * Ve vysokém riziku se v souboru nenacházela žádná žena.

Note: * The sample did not include any women at high risk.

Tabulka 2 / Table 2

Míra prevalence problémového hraní a extrapolace výsledků na počet obyvatel ČR v r. 2013 a 2014 (Výzkum občanů 2013 a 2014)

Prevalence of problem gambling and number of problem gamblers extrapolated to the population of the Czech Republic in 2013 and 2014 (Citizen Survey 2013 and 2014)

Lie/bet skóre	Muži	Ženy	Mladí dospělí 15–34 let	Celkem 15 a více let (N=1802 v r. 2013 a 1810 v r. 2014)		
	Střední odhad	Střední odhad	Střední odhad	Střední odhad	95% CI dolní mez	95% CI horní mez
2013						
Míra prevalence v %						
V riziku celkem	8,0	1,6	6,8	4,7	3,7	5,7
– z toho 1 bod	5,4	1,0	4,5	3,1	2,3	3,9
– z toho 2 body	2,6	0,7	2,3	1,6	1,0	2,2
Extrapolace na počet obyvatel						
V riziku celkem	349 000	73 000	180 000	420 000	331 000	510 000
– z toho 1 bod	235 000	46 000	119 000	277 000	206 000	349 000
– z toho 2 body	113 000	32 000	61 000	143 000	89 000	197 000
2014						
Míra prevalence v %						
V riziku celkem	7,4	2,6	5,3	4,9	3,9	5,9
– z toho 1 bod	5,3	1,8	4,3	3,5	2,7	4,4
– z toho 2 body	2,0	0,8	0,9	1,4	0,8	1,9
Extrapolace na počet obyvatel						
V riziku celkem	322 000	119 000	140 000	438 000	349 000	528 000
– z toho 1 bod	231 000	83 000	114 000	313 000	241 000	393 000
– z toho 2 body	87 000	37 000	24 000	125 000	72 000	170 000

Zdroje: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2014), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2015b)
Sources: National Monitoring Centre for Drugs and Addiction and INRES-SONES (2014), National Monitoring Centre for Drugs and Addiction and INRES-SONES (2015b)

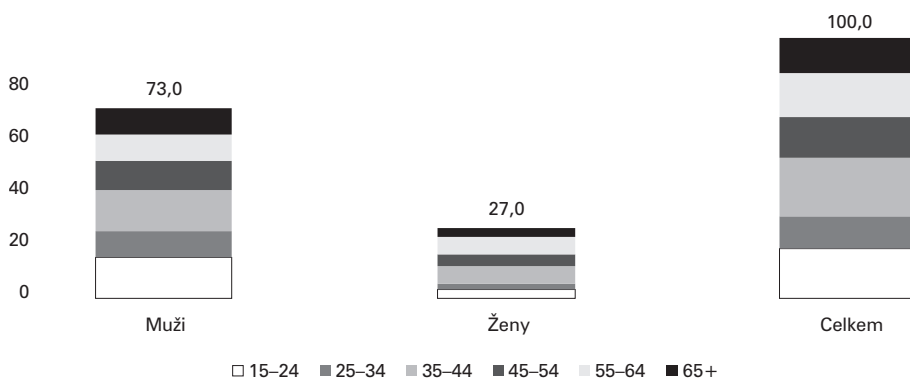
● 3 VÝSLEDKY

Odhady prevalence problémového hráčství podle PGSI a absolutní počty problémových hráčů po extrapolaci na počet obyvatel ČR v r. 2012 uvádí *tabulka 1*.

Odhady prevalence problémového hráčství podle nástroje Lie/bet a absolutní počty po extrapolaci na počet obyvatel v r. 2013 a 2014 uvádí *tabulka 2*.

Odhady prevalence problémového hráčství ČR v r. 2013 a 2014 z průzkumu mezi lékaři uvádí *tabulka 3*.

Výskyt rizika problémového hráčství v r. 2012 a v r. 2014 podle věku uvádí *tabulka 4*. Strukturu skupiny problémových hráčů v r. 2014 (alespoň 1 bod v Lie/bet) uvádí *graf 1*.



Graf 1 / Graph 1

Struktura problémových hráčů (alespoň 1 bod v Lie/Bet) ve Výzkumu občanů 2014 podle pohlaví a věku (n=89), v %

Structure of problem gamblers (one or two points in Lie/Bet) according to Citizen Survey 2014, by gender and age (n=89) (%)

Tabulka 3 / Table 3

Odhady počtu problémových hráčů v ČR z průzkumu mezi lékaři v r. 2012 a 2014

Estimated numbers of problem gamblers in the Czech Republic based on surveys among general practitioners conducted in 2012 and 2014

Odbornost	Odhad	Extrapolace na počet obyvatel		Extrapolace na počet lékařů	
		2012	2014	2012	2014
Praktický lékař pro dospělé	Střední hodnota	80 471	101 811	72 198	76 468
	95% CI – dolní mez	64 975	82 865	59 158	62 454
	95% CI – horní mez	95 967	120 757	85 239	90 483
Praktický lékař pro děti a dorost	Střední hodnota	8 261	10 828	10 889	11 660
	95% CI – dolní mez	4 753	6 868	6 459	5 926
	95% CI – horní mez	11 769	14 787	15 319	17 394
Celkem	Střední hodnota	88 732	112 638	83 088	88 129
	95% CI – dolní mez	69 727	89 733	65 617	68 380
	95% CI – horní mez	107 736	135 544	100 559	107 877

Zdroje: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti and INRES-SONES (2013), Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti and INRES-SONES (2015a)

Sources: National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and INRES-SONES (2013), National Monitoring Centre for Drugs and Addiction and INRES-SONES (2015a)

Tabulka 4 / Table 4

Distribuce rizika problémového hráčství podle věku v Národním výzkumu 2012 a ve Výzkumu občanů 2014, v %

Risk of problem gambling in different age groups according to National Survey 2012 and Citizen Survey 2014 (%)

Míra rizika	15–24 let	25–34 let	35–44 let	45–54 let	55–64 let	65 a více let
Národní výzkum 2012 (PGSI)						
Nízké riziko (1–2 body)	4,8	2,5	1,8	1,8	3,3	n. a.
Střední riziko (3–7 bodů)	2,8	1,3	2,5	1,6	0,7	n. a.
Vysoké riziko (8 a více bodů)	0,3	1,3	1,1	0,0	0,2	n. a.
Celkem v riziku	7,9	5,1	5,4	3,4	4,2	n. a.
Výzkum občanů 2014 (Lie/bet)						
Nízké riziko (1 bod)	7,0	2,3	2,8	4,0	3,8	2,5
Vysoké riziko (2 body)	0,4	1,3	2,8	1,1	1,4	0,8
Celkem v riziku	7,4	3,7	5,7	5,1	5,1	3,3

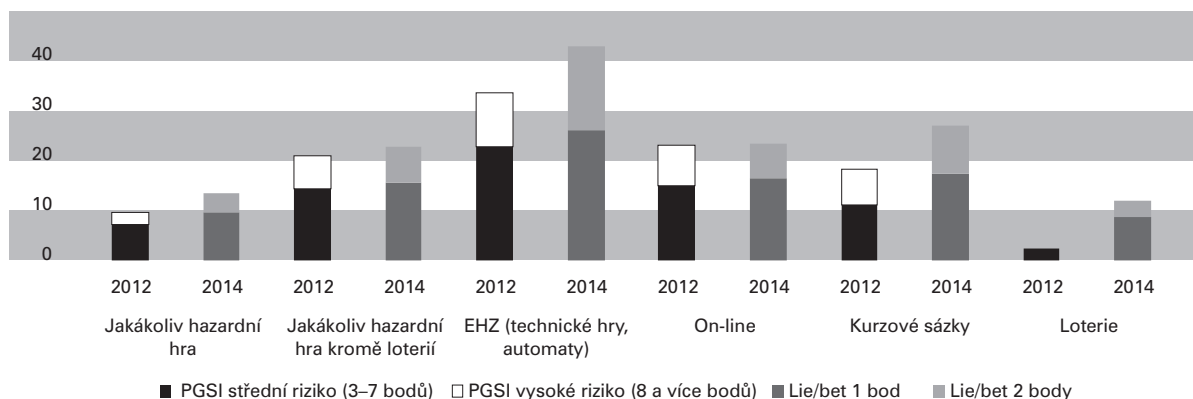
Výskyt rizika problémového hráčství v r. 2012 a v r. 2014 podle typu her uvádí *graf 2*.

● 4 DISKUSE

Výsledné odhady jsou ovlivněny volbou screeningových nástrojů použitých v průřezových populačních šetřeních. Např. PGSI, které bylo použito v Národním výzkumu 2012, vede k relativně vyšším odhadům celkového rizika, ale současně k nižším odhadům nejvyššího rizika problémového hráčství než jiné standardní nástroje, jako jsou SOGS nebo nástroj založený na DSM. Stucki and Rihs-Middel (2007) ve své metaanalýze dospěli k váženému průměru 3,0 % prevalence problémového a patologického hráčství (dohromady) při použití SOGS (problémové hráčství 1,2 %, patologické hráčství 1,8 %), 3,3 % při použití CPGI (2,4 % a 0,8 %) a 3,1 % při použití DSM-IV (1,9 % a 1,2 %). Škála Lie/bet, která byla rovněž v ČR použita v omnibusových šetřeních,

umožňuje velmi hrubý odhad míry rizika. Srovnatelnost odhadů provedených různými nástroji je tedy velmi omezená. Je rovněž potřeba vzít v úvahu, že údaje pocházející z dotazníkových šetření bývají zatíženy informační systematickou chybou.

Podle škály PGSI odpovídal v r. 2012 podíl osob v riziku v souvislosti s hraním hazardních her 5,1 % obecné populace ve věku 15–64 let (7,4 % mužů a 2,8 % žen), z toho ve středním a vysokém riziku (problémového hráčství) bylo 2,3 % populace (4,1 % mužů a 0,6 % žen), z toho ve vysokém riziku (patologického hráčství) 0,6 % (1,2 % mužů a 0,0 % žen). Při extrapolaci na populaci ČR ve věku 15–64 let odpovídal počet osob v riziku v souvislosti s hraním hazardních her přibližně 365 tis. (297–433 tis.) osob, z nich přibližně 169 tis. (122–217 tis.) bylo ve středním a vyšším riziku (problémového hráčství), z nichž 43 tis. (19–67 tis.) bylo ve vysokém riziku (patologického hráčství). Ve skupině osob



Graf 2 / Graph 2

Odhady míry problémového hráčství mezi hráči v posledních 12 měsících v r. 2012 (Národní výzkum 2012) a 2014 (Výzkumu občanů 2014) podle typů her, v %

Estimated prevalence of problem gambling in last-12-month gamblers in 2012 and 2014, by gambling activity (%)

Pozn.: Počet respondentů (n) v jednotlivých kategoriích dosahuje v r. 2012 počtu 77 až 536, v r. 2014 107 až 662.

Note: The number of respondents (n) in the categories ranged from 77 to 536 in 2012 and from 107 to 662 in 2014.

ve věku 15–34 let bylo celkem 6,2 % v riziku v důsledku hraní hazardních her, přičemž 2,7 % bylo v riziku vzniku problémového hráčství a 0,8 % v riziku patologického hráčství. Při extrapolaci na počet obyvatel to odpovídalo celkem 169 tis. mladých lidí v riziku, z toho 75 tis. osob ve středním a vyšším riziku a 22 tis. osob ve vysokém riziku vzniku patologického hráčství.

Z výsledků z r. 2014 za použití Lie/bet škály vyplývá, že v riziku (alespoň 1 bod na škále Lie/bet) se nacházelo celkem 4,9 % (95% CI: 3,9–5,9 %) české populace ve věku 15 a více let (7,4 % mužů a 2,6 % žen), což po přepočtu představuje přibližně 440 tis. osob, z toho 320 tis. mužů a 120 tis. žen. Ve skupině mladých dospělých (15–34 let) je v riziku problémového hráčství 5,3 % osob (140 tis.). V pásmu vysokého rizika (2 body v Lie/bet), tj. velmi orientačně v pásmu problémového hráčství, se nacházelo 1,4 % (125 tis.) dospělých osob.

Odhad počtu problémových/patologických hráčů v ČR za r. 2014 z průzkumu mezi lékaři činí 90–110 tis. osob (1,0–1,2 %), z toho 11–12 tis. dospívajících; v r. 2012 to bylo 80–90 tis. osob (0,9–1,0 %), z toho 8–11 tis. dospívajících.

Odhady provedené v letech 2012–2014 tedy naznačují, že v riziku rozvoje problémového hráčství je v ČR přibližně 5 % dospělé populace (cca 450 tis.), z toho v pásmu problémového hráčství se nachází 1,5–2,3 % dospělých osob (130 až 200 tis.), z nichž 55–110 tis. (0,6–1,2 % české dospělé populace) tvoří patologičtí hráči. Přibližně čtvrtinu z nich tvoří ženy.

Je obtížné hodnotit trend výskytu problémového hraní v ČR v letech 2012–2014. Na základě výsledků získaných pomocí Lie/bet škály došlo ke zvýšení středního odhadu osob v riziku, ale vzhledem k širší intervalu spolehlivosti odhadů nejsou změny v letech 2012–2014 statisticky významné. Střední odhad míry problémového hráčství v ČR z průzkumu mezi lékaři se mezi lety 2012 a 2014 rovněž

zvýšil, ale i zde jsou odhady zatíženy značnou nejistotou vyjádřenou širokými intervaly spolehlivosti, které se překrývají. Je rovněž potřeba vzít v úvahu, že prevalenční odhady získané prostřednictvím praktických lékařů jsou založeny na kvalifikovaných odhadech. Lze předpokládat, že rovněž zintenzivnění odborné i veřejné diskuze na téma negativních dopadů hazardního hraní v ČR, ke kterému v posledních letech došlo, vedlo ke zvýšené pozornosti a identifikaci těchto problémů také mezi klientelou praktických lékařů. Regionální rozdíly v rámci ČR nebyly analyzovány, neboť kvalita a povaha dostupných dat regionální analýzu neumožnila.

Vyšší podíl osob v riziku se nachází v nejmladší věkové skupině 15–24 let. Tato skupina má však pravděpodobně vzhledem k nízkému věku a kratší hráčské kariéře nejnižší podíl osob ve vyšších pásmech rizika a nedošlo u nich prozatím k rozvoji silné hráčské poruchy. Oproti tomu ve skupině 35–44 let je nejvíce hráčů v těch nejvyšších rizikových pásmech.

Výskyt problémového hraní se liší s ohledem na typ hazardní hry. Nejvyšší riziko rozvoje hráčské poruchy vykazuje hraní na EHZ – třetina a více hráčů na EHZ je v riziku rozvoje problémového hráčství. To je v souladu s údaji o strukturních charakteristikách her a s empirickými daty od léčených patologických hráčů v ČR o hrách, v důsledku jejichž hraní došlo k rozvoji hráčské poruchy (Mravčík et al., 2015). Kurzové sázky, live sázky a on-line hazardní hry vůbec však také vykazují nezanedbatelné riziko – v riziku je nejméně čtvrtina jejich hráčů. Data je však potřeba interpretovat opatrně vzhledem k nízkým počtům respondentů populačních šetření u některých kategorií podle her. Nicméně také vzhledem k očekávanému zvyšování dostupnosti a míry on-line hraní lze očekávat nárůst výskytu problémového hráčství s nimi spojených. Zdá se, že mladí muži jsou zvláště ohrožení hraním na internetu, neboť vyhledávají

anonymní prostředí a jsou náchylnější k nadměrným sázkám v důsledku ztráty přehledu o čase během hraní (Ejova, 2015).

● 5 ZÁVĚR

Od r. 2012 jsou k dispozici odhady výskytu problémového hráčství v ČR provedené standardními nástroji a srovnatelnými metodami. Odhad výskytu nejzávažnější formy hráčské poruchy (patologického hráčství) dosahuje až 1,2 %, což je ve srovnání s úrovní v jiných evropských zemích nadprůměrný výskyt. Problémové hráčství je v ČR spojeno především s EHZ (tj. technickými hrami, laicky automaty), což odpovídá jejich vysoké rizikovitosti a nabídce v ČR. Nelze však podceňovat rizika ostatních her (především kurzových sázek a on-line hazardních her), jejichž prevalence je na

vzestupu, a lze očekávat také nárůst problémových forem hraní s nimi spojených. Výsledky této práce by měly pomoci formulovat opatření v oblasti politiky a zákonné regulace týkající se hazardního hraní v ČR.

Role autorů: VM, PCH, BD a JC se podíleli na sběru a zpracování dat, všichni autoři se podíleli na zpracování článku.

Bez konfliktu zájmů

The role of the authors: Viktor Mravčík, Pavla Chomynová, Barbora Drbohlavová, and Jakub Černý were involved in the data collection and processing, and all the authors participated in drafting the article.

There is no conflict of interest involved.

LITERATURA / REFERENCES

- Abbott, M., Binde, P., Hodgins, D., Korn, D., Pereira, A., Volberg, R. & Williams, R. (2013). *Conceptual framework of harmful gambling: An international collaboration*. Guelph, Ontario, Canada: The Ontario Problem Gambling Research Centre (OPGRC).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – TR (4th ed.)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013b). *Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bagby, R. M., Quilty, L. C. & Watson, C. (2012). *CPGI - population harm: A supplement to the Canadian problem gambling index*. Canadian Consortium for Gambling Research.
- Binde, P. (2007). Gambling and religion: Histories of concord and conflict. *Journal of Gambling Issues*(20), 145–165. doi: 10.4309/jgi.2007.20.4.
- Blaszczynski, A. & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487–499.
- Currie, S. R., Casey, D. M. & Hodgins, D. C. (2010). *Improving the psychometric properties of the problem gambling severity index*. Canadian Consortium for Gambling Research.
- Currie, S. R., Hodgins, D. C. & Casey, D. M. (2013). Validity of the problem gambling severity index interpretive categories. *Journal of Gambling Studies*, 29(2), 311–327. doi: 10.1007/s10899-012-9300-6.
- Delfabbro, P. H. (2014). Behavioral risk factors in disordered gambling and treatment implications. In: D. C. S. Richard, A. Blaszczynski & L. Nower (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of disordered gambling* (pp. 71–97). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Ejova, A., Licehammerová, S., Chomynová, P., Leštinová, Z. T. & Mravčík, V. (2015). The risks of online gambling for younger males: Insights from Czech National Surveys. In: D. S. Pascaline Lorentz, Monika Metykova, & Michelle Wright (Ed.), *Living in the digital age: Self-presentation, networking, playing and participating in politics*. Brno: Masaryk University Press.
- Ferris, J. & Wynne, H. (2001). *The Canadian problem gambling index: Final report*. Submitted for the Canadian Centre on Substance Abuse.
- Griffiths, M. (2009). *Problem gambling in Europe: An overview*. Nottingham: International gaming research unit, Nottingham Trent University.
- Griffiths, M. & Delfabbro, P. (2001). The Biopsychosocial approach to gambling: Contextual factors in research and clinical interventions. *Journal of Gambling Issues*. doi: 10.4309/jgi.2001.5.1.
- Holtgraves, T. (2009). Evaluating the problem gambling severity index. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 105–120. doi: 10.1007/s10899-008-9107-7.
- Chomynová, P., Drbohlavová, B. & Mravčík, V. (2015). Rozsah hazardního hraní v české populaci. *Adiktologie*, 15(4), 298–308.
- Chudobová, M. (2013). *Činnost praktických lékařů pro dospělé v roce 2012*. Aktuální informace č. 22/2013. Praha: ÚZIS ČR.
- Chudobová, M. (2014). *Činnost praktických lékařů pro dospělé v roce 2013*. Aktuální informace č. 16/2014. Praha: ÚZIS ČR.
- Johansson, A., Grant, J., Kim, S., Odlaug, B. & Götestam, K. G. (2009). Risk factors for problematic gambling: A critical literature review. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 67–92. doi: 10.1007/s10899-008-9088-6.
- Johnson, E. E., Hamer, R., Nora, R. M., Tan, B., Eisenstein, N. & Engelhart, C. (1997). The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol. Rep.*, 80(1), 83–88.
- Lesieur, H. & Blume, S. (1993). Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings. *Journal of Gambling Studies*, 9(3), 213–223. doi: 10.1007/BF01015919.
- Lesieur, H. R. & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am. J. Psychiatry*, 144(9), 1184–1188.
- Livingstone, C., Woolley, R., Zazryn, T., Bakacs, L. & Shami, R. (2008). *The relevance and role of gaming machine games and game features on the play of problem gamblers*. Report prepared for Independent Gambling Authority South Australia.
- Maitland, S. B. & Adams, G. R. (2007). *Replication and generalizability of the Problem Gambling Severity Index: Are results consistent and comparable across studies?* Ontario Problem Gambling Research Centre.
- Marková, J. (2013). *Činnost oboru dětského a dorostového v ambulanci péči v roce 2012*. Aktuální informace č. 26/2013. Praha: ÚZIS ČR.
- Mravčík, V., Černý, J., Leštinová, Z., Chomynová, P., Grohmannová, K., Licehammerová, Š., . . . Kocarevová, V. (2014). *Hazardní hraní v České republice a jeho dopady*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Černý, J., Roznerová, T., Licehammerová, Š. & Tion Leštinová, Z. (2015). Charakteristiky léčených problémových hráčů v ČR: průřezová datazníková studie. *Adiktologie*, 15(4), 320–333.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & INRES-SONES. (2013). *Lékaři České republiky 2012 – Užívání návykových látek u pacientů a problematika substituční léčby*.

- Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti & INRES-SONES. (2014). *Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravotního způsobu života v r. 2013*.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti & INRES-SONES. (2015a). *Lékaři České republiky 2014 – Problematika substituční léčby, problémové užívání návykových látek a patologické hráčství mezi pacienty*.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti & INRES-SONES. (2015b). *Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravotního způsobu života v r. 2014*.
- Neal, P., Delfabbro, P. & O'Neil, M. (2005). *Problem gambling and harm: Towards a national definition* (pp. 169). Victoria. Dept. of Justice. Office of Gambling and Racing, Australia. Ministerial Council on Gambling, University of Adelaide. Dept. of Psychology, Gambling Research Australiae.
- Nelson, T. F., LaBrie, R. A., LaPlante, D. A., Stanton, M., Shaffer, H. J. & Wechsler, H. (2007). Sports betting and other gambling in athletes, fans, and other college students. *Res. Q. Exerc. Sport*, 78(4), 271–283.
- Nešpor, K. & Csémy, L. (2005). Kolik je v české republice patologických hráčů? *Česká a slovenská psychiatrie*, 101(8), 433–435.
- Parke, J. & Griffiths, M. D. (2007). The role of structural characteristics in gambling. In: G. Smith, D. Hodgins & R. Williams (Eds.), *Research and measurement issues in gambling studies* (pp. 211–243). New York: Elsevier.
- Reilly, C. & Smith, N. (2013). *The evolving definition of pathological gambling in the DSM-5*. Washington: National Center for Responsible Gaming.
- Richard, D. C. S. & Humphrey, J. (2014). The conceptualization and diagnosis of disordered gambling. In: D. C. S. Richard, A. Blaszczynski & L. Nower (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of disordered gambling* (pp. 1–25). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Rous, Z., Drbohlavová, B., Tion Leštinová, Z., Černý, J. & Mravčík, V. (2015). Obce a regulace hazardního trhu v ČR. *Adiktologie*, 15(4), 388–398.
- Sassen, M., Kraus, L. & Bühringer, G. (2011). Differences in pathological gambling prevalence estimates: facts or artefacts? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 20(4), e83–e99. doi: 10.1002/mpr.354.
- Shaffer, H. J. (2014). Foreword: Gambling ghosts, shadows, and taxonomies. In: D. C. S. Richard, A. Blaszczynski & L. Nower (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of disordered gambling* (pp. ix–xvii). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Stinchfield, R. (2014). A review of problem gambling assessment instruments and brief screens. In: D. C. S. Richard, A. Blaszczynski & L. Nower (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of disordered gambling* (pp. 165–203). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Stucki, S. & Rihs-Middel, M. (2007). Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: An update. *Journal of Gambling Studies*, 23(3), 245–257. doi: 10.1007/s10899-006-9031-7.
- Svetieva, E. & Walker, M. (2008). Inconsistency between concept and measurement: The Canadian Problem Gambling Index (CPGI). *Journal of Gambling Studies*, 24(22), 157–173. doi: 10.4309/jgi.2008.22.2.
- Temcheff, C. E., Derevensky, J. L. & Paskus, T. S. (2011). Pathological and disordered gambling: a comparison of DSM-IV and DSM-V criteria. *International Gambling Studies*, 11(2), 213–220. doi: 10.1080/14459795.2011.581677.
- Thomas, S. A., Piterman, L. & Jackson, A. C. (2008). Problem gambling: what do general practitioners need to know and do about it? *Med. J. Aust.*, 189(3), 135–136.
- Vacek, J. (2014). *Identifikace a řešení rizik spojených s hraním hazardních her. Příručka pro obce a jejich zastupitele*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Verosta, P. (2012). *Patologické hráčství: souhrn faktů a aktuální situace v České republice*. Přehledový článek.
- WHO & ÚZIS ČR. (2008). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - 10. revize (MKN-10)*. Retrieved 2014-01-16, 2014, from <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.
- Williams, R. J., Volberg, R. A. & Stevens, R. M. G. (2012). *The population prevalence of problem gambling: Methodological influences, standardized rates, jurisdictional differences, and worldwide trends*. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care.
- Williams, R. J., West, B. L. & Simpson, R. I. (2012). *Prevention of problem gambling: A comprehensive review of the evidence, and identified best practices*. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care. October 1, 2012.