

RAHAPELAAMISEN VAIKUTUKSET ARKEEN

Kyselytutkimus yli 25-vuotiaiden rahapelaamisesta,
peliriippuvuudesta ja hoitoon ohjautuvuudesta

Lapinkangas Sanna
Mertaniemi Heidi

Opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

2021

Sosiaali-, terveys-, ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijät	Sanna Lapinkangas & Heidi Mertaniemi	2021
Ohjaaja	Satu Elo	
Työn nimi	Rahapelaamisen vaikutukset arkeen, kyselytutkimus yli 25-vuotiaiden rahapelaamisesta, peliriippuvuudesta ja hoitoon ohjautuvuudesta	
Sivu- ja liitesivumäärä	59 + 7	

Noin 124 000 suomalaisella on rahapeliongelma ja arvioiden mukaan 565 000:n suomalaisen rahapelaaminen on riskialtista. Rahapeliriippuvuus voi aiheuttaa monia vakavia ongelmia yksilölle, kuten velkaantumista ja rikollisuutta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää aikuisten rahapelikäyttäytymistä, haitallista pelaamista ja hoitoon ohjautuvuutta. Kohderyhmäksi valikoitui yli 25-vuotiaat rahapelaajat. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä tietoa rahapelaamiseen liittyvistä ilmiöistä ja tuoda ammattilaisille uutta tietoa rahapeliriippuvaisten hoitoon ohjautuvuuden haasteista pelaajien kokemana.

Tutkimusongelmilla etsittiin vastausta siihen, miten ongelmapelaajat kokevat pelaamisen vaikuttavan arkeen, miten rahapeliriippuvaisen hoitoon ohjautuvuutta voisi helpottaa ja miksi hoitoon ohjautuvuus viivästyy. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena. Aineisto kerättiin anonyymina verkkokyselynä, jota jaettiin peliriippuvaisten hoitoa tarjoavien organisaatioiden kautta. Kyselytutkimukseen vastasi 36 vastaajaa.

Tutkimus osoitti, että ongelmapelaajat kokivat pelaamisen vaikuttavan haitallisesti arkeen. Tutkimuksessa selvisi ongelmapelaajien toivovan rahapelaamisen puheeksiottoa terveydenhuollossa, mutta yli puolet kyselyyn vastanneista vastasi, ettei puheeksiottoa ole koskaan tapahtunut terveydenhuollossa. Tutkimuksen vastausten perusteella suurimmaksi esteeksi hoitoon hakeutumiselle nousivat häpeä, puheeksioton vaikeus sekä pelko.

Avainsanat

rahapelaaminen, ongelmapelaaminen, peliriippuvuus

School of Northern Wellbeing and
Services
Degree Programme in Nursing and
Health Care
Bachelor of Health Care

Author	Sanna Lapinkangas & Heidi Mertaniemi	2021
Supervisor	Satu Elo	
Subject of thesis	Effects of problem gambling In daily life, inquiry re- search of gambling behaviour, of over 25 year old persons, gambling addiction and therapy guidance.	
Number of pages	59 + 7	

About 124 000 finns have gambling problem, and it is estimated that ammounth of gamblers that have potential risk of evolving a gambling problem is 565 000. Gambling problems can cause serious issues to individual, like getting into debt and criminal activity.

This thesis studies gambling behaviour, problem gambling and therapy guidance. The population of this research was over 25 year old gamblers. The main objective of this research is to get more information about effects of gambling and to bring more information about the issues in therapy guidance of problem gambler, as they experience it.

Research problems were used to give information about how problem gamblers experience effects of gambling due to normal life, how to make therapy guidance easier and why is therapy guidance usually delayed. The inquiry research was made with quantitative methods. The research material was gathered by anonymous online inquiry, which was distributed by organizations that provide gambling therapy. Total of 36 individuals answered to the inquiry.

The research showed that problem gambler experienced that gambling effects negatively to their normal lives. The research also showed that problem gamblers wish that public healthcare would take gambling issues to their notebook, but more than half of the population of this research have never been questioned about gambling by public healthcare. This research shows that the biggest malfunction of problem gambler getting to therapy is shame, communication problems and fear.

Key words gambling, problem gambling, gambling addiction

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	RAHAPELAAMINEN.....	7
2.1	Rahapelit ja rahapelaaminen	7
2.2	Suomalaisten rahapelaaminen	8
2.3	Rahapelaamisen eri muodot.....	10
3	RAHAPELIONGELMAAN LIITTYVÄ PELIRIIPPUUUS JA SEN HOITO	12
3.1	Peliongelmia kuvaavat käsitteet	12
3.1.1	Riskipelaaminen ja ongelmapelaaminen	12
3.1.2	Rahapeliriippuvuus.....	13
3.2	Riippuvuuskäyttäytyminen	16
3.3	Peliriippuvuuden hoito Suomessa.....	18
3.4	Hoitoa tarjoavat organisaatiot	21
3.5	Peliriippuvaisen läheiset	23
4	TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT.....	27
5	TOTEUTUSTAPA.....	28
5.1	Määrällisen tutkimuksen lähestymistapa.....	28
5.2	Kohderyhmä ja aineiston keruu	28
5.3	Käytetyn kyselylomakkeen kuvaus	29
5.4	Aineiston analysointi	31
6	TUTKIMUSTULOKSET	32
6.1	Vastaajien taustatiedot.....	32
6.2	Rahapelaamiseen liittyvät kysymykset.....	33
6.3	Pelaamisen haitallisuus	35
6.4	Tuen tarve.....	37
6.5	Hoitoon ohjautuvuus	40
6.6	Läheisten huoli ja läheisille valehtelu.....	42
6.7	Avoimen kysymyksen tulokset	44
7	POHDINTA	47

7.1	Tulosten tarkastelua ja yhteenvetoa tuloksista	47
7.2	Tutkimuksen luotettavuus	49
7.3	Tutkimuksen eettisyys.....	50
7.4	Jatkotutkimusaiheet	51
7.5	Oma pohdinta	52
LÄHTEET		54
LIITTEET		60

1 JOHDANTO

Riippuvuudet ovat vielä tänäkin päivänä tabu aihe. Riippuvuuksia vähätellään helposti ja niistä vaietaan. Koska riippuvuuksista puhutaan vähän, on ihmisten myös osin vaikeaa suhtautua niihin. Mediassa on viime vuosina noussut esiin enemmän keskustelua ja tutkittua tietoa riippuvuuksista. Esiin on noussut myös aineellisten riippuvuuksien rinnalle toiminnalliset riippuvuudet, joista tunnetuimpia ovat seksi-, osto- ja peliriippuvuus. Ihmiset ovat puhuneet ja antaneet haastatteluja peliriippuvuudesta ja siihen liittyvistä ongelmista myös omilla kasvoiltaan. Tämä tuo omalta osaltaan asiaa näkyväksi ja inhimillisemmäksi meille jokaiselle. (Pelo 2011; Lundbom & Vuohelainen 2016.)

Noin 124 000 suomalaisella on rahapeliongelma ja arvioiden mukaan 565 000:n suomalaisen rahapelaaminen on riskialtista (Jaakkola 2020). Rahapeliriippuvuus voi aiheuttaa monia vakavia ongelmia yksilölle, kuten velkaantumista ja rikollisuutta (Alho, Castrén, Lahti & Salonen 2014, 8; Alho, Castrén, Lahti & Salonen 2015). Suomessa ei ole vielä hoitosuosituksia peliriippuvuuteen ja hoito on hajanaista (Jaakkola 2020).

Rahapelaamista ja pelikäyttäytymistä on tutkittu Suomessa pelaajien näkökulmasta verrattain vähän. Tutkimusten vähäisyys lisäsi halukkuutta tarkastella aihetta lisää. Rajasimme kohderyhmän yli 25-vuotiaisiin pelaajiin. Arpajaislaki muuttui vuonna 2011, jonka seurauksena rahapelien alaikäraja nousi 18 vuoteen. Tämän päivän alle 25-vuotiaat ovat kasvaneet erilaiseen rahapelimaailmaan. Pelaaminen ei ole alaikäisille sallittua, ja asennoitumista rahapeleihin on pidetty viime vuosina aiempaa kielteisempänä. (Hagfors & Salonen 2020, 24.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää yli 25-vuotiaiden rahapelaamista ja siihen liittyviä ilmiöitä. Tavoitteena on lisätä hoitotyön tekijöiden tietoutta rahapelaamisesta ja peliriippuvuudesta. Tässä tutkimuksessa menetelmänä on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Se kuvaa muuttujien eli mitattavien ominaisuuksien välisiä eroja ja suhteita. Määrällinen tutkimus vastaa kysymykseen, kuinka paljon tai miten usein. (Vilkkä 2007,13.)

2 RAHAPELAAMINEN

2.1 Rahapelit ja rahapelaaminen

Rahapelaamiseen liittyvä jännitys on aina kiehtonut ihmisiä. Tarinoita tunnetaan niin kreikkalaisissa taruissa, kuin Raamatussakin. Arkeologit ovat löytäneet jopa 40 000 vuotta vanhoja rahapelaamiseen liittyviä merkkejä, kuten vedonlyöntiä kuvaavia luolamaalauksia ja lampaanluisia noppia. (Alho & Lahti 2015, 9.)

Suhtautuminen rahapelaamiseen on vaihdellut eri aikoina. Nykyään rahapelaaminen on suosittua ajanvietettä (Alho ym. 2015, 9). Ihmisten asenteissa on tapahtunut viime vuosikymmeninä radikaali muutos. Elämä on yleisesti viihteellistynyt ja arvot vapautuneet. Rahapelaamiseen tämä kehitys on vaikuttanut suotuisasti. Pelaamisesta on tullut arkeen kuuluvaa normaalia viihdetoimintaa. (Lund 2010, 18–19.)

Rahapelejä voidaan jaotella eri tavoin. Kaikkia rahapelejä yhdistävä asia on se, että ne perustuvat ainakin osittain sattumaan ja niissä on rahallinen panos sekä palkinto. (Jaakkola & Kinnunen 2015, 35; Mäkelä 2018, 49.) Rahapelit tarjoavat konkreettisen mahdollisuuden helposta ja nopeasta rahasta. Unelma rikastumisesta ilman pitkäjänteistä säästämistä houkuttelee pelaamaan. Rikastumisen todennäköisyys on hyvin pieni ja suurin osa pelaajista ymmärtää rahapelaamisen todellisen luonteen. (Lund 2010, 16.)

Suomessa rahapelaamista ja uhkapelaamista käytetään usein toistensa synonyymeina, vaikka niillä on lainsäädännössä selkeä ero. Suomessa rahapelaamista on säädelty useilla eri lailla ja asetuksilla. Uhkapelaaminen on Suomessa laitonta toimintaa, poikkeuksena Helsingin Kasino, jolle on annettu oikeus uhkapelaamisen järjestämiseen. Rahapelaaminen on laillista ja Veikkauksella on rahapelimonopoli. Veikkaus on valtion omistama yhtiö ja pelitoimintaa valvoo poliisihallitus. (Hirschovits-Gerz 2014, 53; Kinnunen & Jaakkola 2015, 35; Veikkaus 2020a.)

2.2 Suomalaisen rahapelaaminen

Suomalaiset ovat innokkaita rahapelaajia. Alho, Castrén, Lahti, Salonen (2014) tekemän ”Rahapeliiriippuvuuden diagnostiikka muutoksessa” -tutkimuksen mukaan 78 % suomalaisista pelaa rahapelejä satunnaisesti. Kolmannes rahapelaajista pelaa vähintään kerran viikossa. Alho ym. (2014) arvion mukaan patologisia pelaajia on 1 % väestöstä. (Alho ym. 2014, 469.) Myös Salonen & Raisamo (2015) toteavat tutkimuksessaan kolmanneksen rahapelaajista pelaavan kerran viikossa tai useammin. Lisäksi tutkimuksessa todetaan rahapelaamisen olevan miehillä noin 10 % yleisempää, kuin naisilla. (Salonen & Raisamo 2015, 30.) Suomessa alaikäisten rahapelaaminen on ollut kiellettyä vuodesta 2011 lähtien. Rahapelaamisen ikäraja nostettiin tällöin 15 vuodesta 18 vuoteen. Kouluikäisten rahapelaaminen on ikärajanostosta huolimatta edelleen varsin yleistä. (Alho & Lahti 2015, 10.)

Suomessa rahapelaamiseen liittyy yhteiskunnan näkökulmasta ristiriitaa. Rahapelitoiminta on saanut kasvaa varsin rauhassa nykyisille uomilleen ja sillä on merkittävä historiallinen rooli eri palveluiden rahoittajana. Rahapelaamisesta on saatu taitavasti rakennettua pieni pahe ja hyväntahtoinen viihde, joka kuuluu suomalaisten arkielämään. Suomalainen yhteiskunta hyötyy rahapelien tuotoista monin tavoin. Suurin osa tuotoista siirtyy eri kolmannen sektorin järjestöjen ja yhteisöjen kautta hyödyntämään yhteiskuntaa. Rahapelaamisesta saatavia tuottoja käytetään mm. urheilun, tieteen, taiteen, nuorisotyön ja hevoskasvatusta edistävään viihde- ja kulttuuritoimintaan. Tuottoa jaetaan terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia edistävälle järjestöille sekä sotaveteraanien kuntoutukseen ja hoitoon. Osittain tuotto menee suoraan valtion budjettiin. (Murto & Mustalampi 2015, 16–19.)

Rahapelitoiminnan maine on ollut Suomessa viime vuosina koetuksella. Suomalaiset näkevät rahapelaamiseen liittyvät ongelmat vakavana ja ovat havahtuneet rahapeliongelmien lisääntyneeseen merkittävästi. Samaan aikaan kun rahapelaajat ovat tiedostavampia, tarjonta ja markkinointi on alalla aggressiivisempaa kuin koskaan aikaisemmin. Jokaisen Suomessa rahapelejä pelaavan pitäisi käyttää kotimaisiin rahapeleihin arviolta 500 euroa vuodessa, jotta nykyinen summa saataisiin kerättyä. Viime vuodet ovat näyttäneet, ettei summaa saada kasaan, ellei

pelimyyntiä ja markkinointia tapahdu kaikkialla ihmisen arkisissa ympyröissä. Tämä on koetellut ihmisten uskomusta ja ymmärrystä rahapelijärjestelmää kohtaan. (Murto & Mustalampi 2015, 19–20.)

Suomessa raha-automaatteja pelataan enemmän kuin missään muussa Euroopan maassa. Suomalaisten aktiivipelaajien väestöosuus on noin kymmenkertainen eurooppalaiseen tasoon verrattuna. Raha-automaattien on väitetty aiheuttavan eniten riippuvuutta, vaikka yhteys onkin epäselvä. 87 % suomalaisista peliongelmaisista pelaa pelikoneita. Toisin kuin monessa muussa maassa, Suomessa rahapelaaminen ei ole keskittynyt kasinoihin. Suomessa rahapeliautomaatteja on sijoitettuna ihmisten saataville arkisiin paikkoihin yhteensä yli 18 000 kappaletta. Rahapeliautomaatteja löytyy kaupoista, kioskeista ja huoltoasemilta, joten peliautomaatteihin törmää arjessa jatkuvasti. Tämä aiheuttaa sen, että peliriippuvainen ei voi käydä kaupassa ilman riippuvuutta ruokkivia ärsykeitä. Tilanne olisi sama, jos alkoholisti joutuisi kävelemään aina baaritiskin kautta kauppaan. (Kaasinen, Kuoppamäki & Salonen 2015, 2 261–2 262.)

Suomalaisten rahapelaamista on seurattu sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta vuodesta 2003 alkaen neljän vuoden välein. Tiedonkeruu on toteutettu puhelimitse. Uusin tutkimusaineisto on julkaistu 21.4.2020. Tutkimuksessa kartoitetaan 15–74-vuotiaiden suomalaisten rahapelaamiseen liittyviä yleisiä asenteita ja mielipiteitä, rahapelaamista ja rahapeliongelmia sekä niihin liittyviä taustatekijöitä. Uusimmassa tutkimuksessa on otettu näkökantaa myös mediassa lähiaikoina paljon puhutusta peliautomaattien sijoituspaikoista. Vuoden 2019 tutkimukseen osallistui 3 994 suomalaista (vastausprosentti 52). STM:n tutkimuksen mukaan suomalaisten rahapelaaminen ei ole juuri muuttunut edeltävään vuoden 2015 vuoden tutkimukseen verrattaessa. Vuoden 2019 tutkimuksen mukaan viimeisen vuoden aikana vähintään yhtä rahapelityyppiä pelanneita oli 78,4 %. Osuudessa ei tapahtunut muutoksia vuosien 2015 ja 2019 välillä, mutta pelaamisen useus muuttui. Harvemmin kuin kuukausittain pelanneiden osuus lisääntyi, ja sitä useammin pelaaminen puolestaan väheni. Vähintään kerran viikossa pelaavien osuus oli 29 % vastaajista. Suomalaisten rahapelaamisen kokonaiskulutusta tarkasteltaessa tutkimuksessa käy ilmi, että suurin osa pelaajista käyttää

pelaamiseen rahaa vain vähän ja jäljelle jäävä pieni osa vastaavasti erittäin paljon. Väestökyselyn perusteella 2,5 % pelaajista kulutti puolet (50 %) rahapelaamisen kokonaiskulutuksesta. Tämä tarkoittaa sitä, että rahapeliongelmat voivat olla taloudellisesti hyvinkin vakavia pienelle osalle pelaajista. (Hagfors, Kontto, Lind & Salonen 2020, 1.)

2.3 Rahapelaamisen eri muodot

Rahapeleillä on eri muotoja, ja niitä voidaan jaotella pelien ominaisuuksien perusteella. Karkeasti rahapelit voidaan jaotella onnenpeleihin sekä taitoon- ja tietoon perustuviin peleihin. Ainoa yhdistävä tekijä on kuitenkin se, että lopputulos perustuu ainakin osittain sattumaan ja niissä on rahallinen tai rahaan verrattava panos, sekä palkinto. Kaikki tavallisimmat ja tutuimmat rahapelit, kuten ruletti, lotto, pokeri ja raha-automaattipelit ovat selkeästi tällaisia pelejä. Toisaalta erityisesti internetissä on monenlaisia pelejä, jotka voidaan määritellä lähelle tätä määritelmää, mutta ne eivät ole kuitenkaan samanlaisia kuin perinteiset rahapelit. Esimerkiksi ns. taitopelisivustoilla (skill gaming) pelaajat pelaavat rahapanoksella erilaisia viihdepelejä toisiaan vastaan. Pelaajien välisen kilpailun lopputulos ei ole sattumanvaraista, jonka vuoksi niitä ei yleensä lueta rahapeleiksi. Pelaajat voivat saada tällaisista peleistä samanlaisia pelikokemuksia, kuin tavallisista rahapeleistä. (Jaakkola & Kinnunen 2015, 35.)

Onnenpeleissä lopputuloksen määrää pelkästään sattuma, eikä pelaajilla ole mahdollisuutta vaikuttaa lopputulokseen. Rahapeliautomaatit, lotto ja ruletti ovat perinteisiä onnenpelejä. Onnenpelien säännöt on laadittu siten, että järjestäjällä on aina matemaattinen etu. Tämän vuoksi suurin osa pelaajista jää aina tappiolle, jos he pelaavat tarpeeksi pitkään. (Jaakkola & Kinnunen 2015, 36.)

Taito- ja tietopeleissä pelaaja voi puolestaan vaikuttaa pelin lopputuloksen määräytymiseen. Tästä pelimuodosta yleisimmät ovat urheiluedonlyönti ja pokeri. Esimerkiksi pokerissa sattumanvaraisesti jaetuista pelikorteista huolimatta pelaajat voivat taidoillaan pienentää sattuman vaikutusta lopputulokseen. Todennäköisesti taitavampi pelaaja voittaa heikomman vastustajansa erityisesti pitkäkestoisissa peleissä. Vedonlyönnissä pelaajat voivat perehtyä etukäteen vedonlyönnin

kohteisiin ja kerätä erilaista tietoa niistä. Keräämiensä tietojen perusteella pelaaja arvioi kenen tai minkä puolesta ja minkä kokoisella panoksella lyö vetoa. Toisin kuin pokerissa, vedonlyönnissä ei voi kuitenkaan suoraan itse vaikuttaa lopputulokseen. Taito- ja tietopeleissä pelaamisen koukuttavuutta lisää niiden mahdollisuus pelata kauan voitollisesti, sillä osa pelaajista voi jäädä voitolle myös pitkällä aikavälillä. Huomioitavaa on se, että suurimman osan pelaaminen ei ole voitollista. Vähemmän taitavat pelaajat menettävät rahansa ja häviävien pelaajien rahoista kertyy harvojen ammattilaispelaajien voitot. (Jaakkola & Kinnunen 2015, 36–37; Kinnunen 2017.)

Rahapeleissä on erilaiset voiton todennäköisyydet riippuen pelin rakenteesta. Raha-automaateissa voiton todennäköisyys voi olla esimerkiksi 1:1 000 tai 1:10 000, kun taas Lotossa päävoiton todennäköisyys on vain 1:15 300 000. Suomessa eri pelimuotojen palautusprosentit ovat määrätty valtionneuvoston asetuksella totopelien, veikkaus- ja vedonlyöntipelien, sekä raha-arpajaisten osalta. Pelien palautusprosentit voivat erota paljonkin toisistaan. Teoriassa korkealla palautusprosentilla voisi pelata pidempään, mutta palautusprosentin pitäisi olla yli 100, jotta se olisi pelaajalle voitollinen. Raha-automaatit palauttavat keskimäärin 90 % panoksista voittoina pelaajille. Vakioveikkauksen palautusprosentti on vuositasolla 40–75 %, ja Loton palautusprosentti on keskimäärin 40 %. Kääntäen palautusprosentti tarkoittaa, että pelinjärjestäjä ottaa edellä mainittujen pelien panostetusta rahasta n. 10–60 %. Palautusprosentti kertoo todellisuudessa sen, kuinka paljon pelaaja keskimäärin häviää panostetusta rahasta joka kierroksella. (Jaakkola & Kinnunen 2015, 37; Peluuri 2020a.)

3 RAHAPELIONGELMAAN LIITTYVÄ PELIRIIPPUUUS JA SEN HOITO

3.1 Peliongelmaa kuvaavat käsitteet

Rahapelaamiseen liittyvä toiminta voidaan luokitella pelaamisen intensiivisyyden ja siihen liittyvien ongelmien mukaan. Rahapelaaminen voi olla hallittua pelaamista, riskitason pelaamista, ongelmapelaamista tai diagnostisesti määriteltävää rahapeliriippuvuutta. Nämä neljä luokkaa ovat toisensa poissulkevia: henkilö ei voi kuulua samanaikaisesti moneen luokkaan. Luokkien välinen raja on kuitenkin liukuva, joten luokasta toiseen siirtymistä voi tapahtua. Ongelmapelaamisesta ja rahapeliriippuvuudesta puhuttaessa käytetään yläkäsitteenä termiä rahapeliongelma. (Alho & Lahti 2015, 11.)

Rahapeliongelma koskettaa monia, sillä THL:n tilastoraportin (2019) mukaan yli neljännes (29,2 %) suomalaisista pelasi rahapelejä vähintään viikoittain. 15–74-vuotiasta arvioidaan olevan n. 397 000 (10,7 %) riskitasolla pelaavia henkilöitä, n. 112 000 (3 %) ongelmapelaajia ja n. 52 000 (1,4 %) rahapeliriippuvaisia henkilöitä. (Hagfors ym. 2020, 9.)

3.1.1 Riskipelaaminen ja ongelmapelaaminen

Riskitason pelaaminen tarkoittaa käsitteenä runsasta rahapelaamista, joka ei aiheuta yksilölle merkittäviä haittoja. Riskitason pelaaja pelaa rahapelejä usein ja käyttää niihin paljon rahaa tai aikaa. Riskitason pelaajiksi luetaan henkilöt, jotka pelaavat vähintään kolme kertaa viikossa rahapelejä. Pelaamisesta saattaa aiheutua jonkin asteisia taloudellisia tai terveydellisiä haittoja, mutta haitat eivät ole vielä merkittävän suuria. Riskitason pelaaminen saattaa edeltää ongelman kehittymistä. Suomalaisista jopa 13 % kuuluu riskitason pelaajiin. (Alho & Lahti 2015, 10–11; Jaakkola & Karjalainen 2016, 6.) Jopa 565 000 suomalaista pelaa riskialttiisti ja jonkinasteisesta rahapeliongelmosta kärsii n. 124 000 ihmistä (Jaakkola 2020).

Ongelmapelaamista edeltää aina riskitasolla pelaaminen. Ongelmapelaaminen on käsitteenä joustava, ja se voi vaihdella yksilöittäin. (Alho & Lahti 2015, 10.)

Ongelmapelaamisen määrittelyminen on haastavaa ja siihen voidaan liittää erilaisia termejä, kuten patologinen-, himo-, sairaalloinen-, tai liikapelaaminen. Kansainvälisesti yleisesti käytetty termi on problem gambling (ongelmapelaaminen). (Pajula 2007, 13.) Ongelmapelaamisen (problem gambling) määritelmä vaihtelee eri kirjallisuuksissa. Ongelmapelaamisen käsite voidaan nähdä ongelman näkökulmasta. Ongelmapelaajana pidetään sellaista henkilöä, jonka liiallinen pelaaminen aiheuttaa haittoja pelaajalle itselleen tai heidän läheisilleen, työnantajilleen ja koko yhteiskunnalle. (Hofmarcher, Håkansson, Persson, Spångberg & Romild 2020; Svetieva & Walker 2008.) Ongelmapelaamisen keskeisinä tunnusmerkeinä voidaan pitää pelaamista yli varallisuuden, pelaamisen kasvavaa toleranssia sekä lisääntyneitä negatiivisia terveydellisiä ja taloudellisia vaikeuksia. (Hofmarcher ym. 2020.) Alho & Lahti (2015) mukaan ongelmapelaamisen voidaan katsoa olevan pelaamista, johon liittyy monia kielteisiä seurannaisvaikutuksia. Pelaamisesta koituu fyysisiä ja psyykkisiä terveysongelmia sekä talousvaikeuksia. (Alho & Lahti 2015, 11; Peluuri 2020b.) Ongelmapelaaminen tapahtuu usein sykleittäin, ja se lisääntyy usein esimerkiksi palkkapäivien lähellä. Ongelmapelaamisen kielteiset vaikutukset näkyvät pelaajan työelämässä tai opinnoissa. (Avellan 2012, 57.) Ongelmapelaamisen haitat vaihtelevat satunnaisista tai lievistä haitoista jatkuviin ja keskisuuriin haittoihin. 1,7 % suomalaisväestöstä on ongelmapelaajia. Ongelmapelaamista käytetään usein myös kattokäsitteenä kaikentylaiselle haitalliselle pelaamiselle. (Alho & Lahti 2015, 10–11.)

3.1.2 Rahapeliiriippuvuus

Peliriippuvuus kuuluu toiminnallisiin riippuvuuksiin (Holmberg, Partanen, Salo-Chydenius 2015, 125–126). Rahapeliiriippuvuus määritellään yhdysvaltalaisessa psykiatrisessa tautiluokituksessa DSM-5:ssä selkeästi riippuvuudeksi. Rahapeliiriippuvuuteen on selkeä hoitotyön malli ja suositukset, joiden mukaan riippuvuuksia seulotaan, arvioidaan ja hoidetaan. WHO:n uudessa (2019) ICD-11-diagnosijärjestelmässä peliriippuvuus on määriteltyinä, kun vielä aiemmassa ICD-10-järjestelmässä se kuvattiin vain termillä pelihimo. (Chang, Demetrovics, Király, Ko & Yen 2020.)

Patologinen pelaaminen, rahapeliriippuvuus ja pelihimo tarkoittavat tilaa, jossa pelaaja ei kykene kontrolloimaan pelaamista. Rahapeliriippuvuudelle on määritetty lääketieteelliset diagnostiset kriteerit. Suomessa peliriippuvuutta ei määritellä riippuvuussairaudeksi, vaan rahapeliriippuvuutta kuvaavana terminä käytetään edelleen WHO:n ICD-10-luokituksen mukaisesti pelihimoa. ICD-10-luokituksen mukaan rahapelihimoa kuvaavat toistuvat yksilön elämää hallitsevat pelaa misjaksot, jotka vahingoittavat hänen sosiaalisia, ammatillisia, aineellisia tai per heeseen liittyviä arvojaan ja sitoumuksiaan. (Alho & Lahti 2015, 13–14.) ICD-11 päivityksessä peliriippuvuuden kriteerit ovat pelaamisen hallinnan vaikeus, pelaamisen asettaminen etusijalle muihin toimintoihin nähden, pelaamisen jatkaminen negatiivisista seurauksista huolimatta ja pelaamisen jatkuminen yli 12 kuu kauden ajan. (Chang ym. 2020.) Peliongelmaisten hoitoon ei ole Käypä hoito - suosituksia. EHYT ry:n tutkimuksen mukaan pelaajat hakeutuvat hoitoon liian myöhään. Hoitoon hakeutuneet ovat kokeneet, että heillä on ollut rahapelion gelma keskimäärin 7–9 vuotta ennen hoidon alkua. (Jaakkola 2020.)

Päihderiippuvuudella ja rahapeliriippuvuudella on useita yhtäläisyyksiä. Molem missä riippuvuuksissa havaitaan pakottava, voimakas tarve toimia tietyllä tavalla. (Alho ym. 2014, 469.) Rahapelaamisen tuottaman hetkellisen noston ja hyv äänolon tunteen vuoksi rahapeliriippuvuudesta kärsivä henkilö pelaa toistuvasti. Toleranssi kasvaa, pelaajan on pelattava yhä enemmän ja suuremmin panoksin, jotta hän saa riittävästi tyydytystä. Rahapeliriippuvaisen vierotusoireita voi verrata päihderiippuvuudesta kärsivän henkilön vieroitusoireisiin. Ärtymys, ahdistus, alakulo ja syyllisyyden tunteet ovat rahapeliriippuvaisen tyypillisiä vierotusoireita. Rahapeliriippuvuudesta kärsivä henkilö tuntee pakonomaista halua pelata, eikä pysty pidättäytymään siitä negatiivisista seurauksista huolimatta. Useimmiten pelaamisen lopettamisen yritykset päättyvät pelaamisen aloittamiseen uudestaan. (Alho ym. 2014, 469–470; Kiiänmaa 2015, 55.)

Perinnölliset tekijät lisäävät merkittävästi peliriippuvuuden kehittymisen riskiä. Kaksosilla tehtyjen tutkimusten valossa periytyvyyden on arvioitu olevan jopa 50–60 %. Samat tekijät lisäävät myös alkoholismia, vakavaa masentuneisuutta ja antisosiaalisen käyttäytymisen riskiä, sekä selittävät osittain traumaattisten elä-

mäntäpahtuminen ja peliriippuvuuden välistä yhteyttä. Lähes kaikkien aivojen välittäjäaineiden ja useiden eri aivojen alueiden on esitetty olevan peliriippuvuuden taustalla. Välittäjäaineista ja geeneistä huolimatta peliriippuvaiseksi ei synnytä, vaan päätyminen peliriippuvaiseksi on monen tekijän summa. Pelihimon riskitekijöitä ovat lapsuuden aikaiset traumat, pelikoneiden tai kasinoiden läheisyys, pelaamiseen myönteisesti suhtautuva kulttuuri, kielteisten tunteiden niukat hallintakeinot, pelaamiseen myönteisesti suhtautuva roolimalli sekä ajankohtaiset kriisit. Mikään näistä riskitekijöistä ei kuitenkaan yksin johda peliriippuvuuteen. (Huttunen 2015.)

Rahapeliriippuvaiset pyrkivät useimmiten salaamaan ongelmansa, joten peliriippuvuuden tunnistaminen on vaikeaa. (Jaakkola 2008, 504). Rahapeliongelmastä kärsivän henkilön pelaaminen alkaa hallita koko elämää ja pelaajan käytös voi olla impulsiivista tai jopa aggressiivista. Pelaamiseen kuluu kohtuuttomasti aikaa ja rahaa. Rahapeliongelma johtaa usein taloudellisiin vaikeuksiin ja velkaantumiseen. Taloudelliset vaikeudet ovat olennainen osa rahapeliongelmaa (Huttunen 2015, 2 248.) Monet ongelmapelaajat lainaavat rahaa pelaamiseen oman maksuvyön loputtua. Pelaamisen rahoittamiseksi käytetään pikavippejä, lainataan rahaa ystävilta ja sukulaisilta, käytetään luottokorttia tai haetaan pankin kulutusluottoa. Salailun ja häpeän vuoksi pelaaja piilottelee usein laskuja ja tiliotteita esimerkiksi heittämällä ne avaamattomina roskiin. Taloudellisia vaikeuksia saataan pyrkiä ratkomaan myös yli- ja sivutöillä, mutta se ei näy taloudellisessa tilanteessa. (Castrén & Lahti 2015, 70; Peluuri 2020c.)

Rahapeliongelma voi koitua monenlaisia terveysongelmia. Ongelmapelaaminen voi aiheuttaa esimerkiksi masennusta, ahdistusta, alkoholin liikakäyttöä, väkivaltaista käyttäytymistä ja jopa itsemurhia. Hofmarcher ym. (2020) tehdyn ruotsalaisen tuoreen tutkimuksen mukaan peliriippuvuus -diagnoosin saaneiden itsemurhakuolleisuudet olivat viisitoistakertaisia muihin nähden. (Hofmarcher ym. 2020.) Velkaantuminen ja salailu voivat aiheuttaa stressiä, joka voi näkyä alakuoloisuutena, unettomuutena ja päänsärkynä. Rahapeliongelmastä kärsivä henkilö hakeutuukin usein sosiaali- ja terveyspalveluihin jonkin muun syyn vuoksi, kuin rahapelaamiseen liittyvien ongelmiansa takia. (Castrén & Lahti 2015, 70.) Terveystarkastukset ja muut sairaanhoidon kontaktit ovat haittojen tunnistamiseen

keskeisiä paikkoja. Rahapelaamisen tunnistamiseen, puheeksiottoon ja varhaisen tuen tarjoamiseen mahdollisuus on muissakin palveluissa, kuten talous- ja velkaneuvonnassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 22.)

3.2 Riippuvuuskäyttäytyminen

Riippuvuuksien ymmärtäminen ei ole helppoa, koska eri tieteenalat käsittävät riippuvuuden eri tavoin. Monipuolinen käsitys riippuvuuskäsitteestä voidaan saada yhdistelemällä eri tieteenalojen tuottamaa tietoa. Lääketiede tarkastelee riippuvuutta yksilönäkökulmasta, ja näkee riippuvuuden sairauskeskeisenä. Lääketiede haluaa löytää taustalla olevia kemiallisia, psykologisia ja biologisia tekijöitä, jotka ovat johtaneet kontrollin menettämiseen. Lääketieteen tunnetuimmat selitysmallit liittyvät neurokemiallisiin muutoksiin aivoissa, sekä genetiikkaan. Psykologian teoriat ja selitysmallit ovat tiiviisti nidottu biologiseen selitysmalliin, mutta ne korostavat lisäksi käyttäytymisen merkitystä ja vuorovaikutusta ympäristötekijöihin. Psykologian eri teorioissa riippuvuutta yritetään selittää esimerkiksi persoonallisten piirteiden ja mielihyvän kautta. Aineettomilla riippuvuuksilla on etiologiassa psykologialla suurempi merkitys, kuin aineellisilla riippuvuuksilla. Taipaleen (2017) mukaan psykiatrian tulisi luokitella tasavertaisesti aineelliset ja aineettomat addiktiot. Sen sijaan aineellisten ja aineettomien riippuvuuksien erottelu toisistaan vaikuttaisi merkittävästi mm. syyntakeisuuden kysymyksiin. (Clark 2011, 54–59; Taipale 2017, 172–178; Efrati, Neumark, Rassovsky, Yadid & Zilberman 2018, 174–179.)

Vaikka riippuvuuskäyttäytymistä on tutkittu paljon, ei tiedetä, miksi ihmisille kehittyy erityyppisiä riippuvuuksia. Efrati ym. (2019) tutkivat erilaisia riippuvuuksia samassa tutkimuksessa eri riippuvuuksien välisen vertailun mahdollistamiseksi. Negatiiviset elämäntapahtumat, kuten puolison kuolema tai avioero, näyttäisivät olevan selkeästi yhteydessä riippuvuuksien syntyyn. Tutkijoiden mukaan ”Self-medication”, eli teoria itselääkityksestä viittaa siihen, että ihminen kehittää itse itselleen riippuvuuksia paetakseen stressaavia elämäkokemuksia. Stressiä eivät välttämättä aiheuta vain negatiiviset elämäntapahtumat, vaan yhtä lailla positiiviset elämäntapahtumat voivat olla stressaavia. Esimerkiksi lapsen syntymä tai uuden työn saaminen voi aiheuttaa positiivista stressiä. Efrati ym. (2019) toteavat

tutkimuksessaan, että riippuvuuksien ja positiivisten elämäntapahtumien välillä voi olla yhteys. (Efrati, Rassovsky, Yadid & Zilberman 2019.)

Hirschovits-Gerzin (2014) mukaan intohimoinen tapakäyttäytyminen ja riippuvuus ovat kaksi eri asiaa. Riippuvuus on tapaa fiksoituneempaa käyttäytymistä, eikä se ole helposti korvattavissa. Riippuvuus muuttuu vähitellen itse omaksi tavoitteekseen. Se syrjäyttää vähitellen tilaa muilta elintärkeiltä toiminnoilta. Riippuvuus on toimintaa, joka heikentää ihmisen kykyä tehdä omaa terveyttä edistäviä päätöksiä. (Hirschovits-Gerz 2014, 32–35.) Koski-Jännes (2011) määrittelee riippuvuuden yksilön toiminnaksi, jolle on ominaista lyhyellä aikavälillä koettu tyydytys tai palkkio, huolimatta pitkän aikavälin haitoista. (mm. terveydelliset haitat). Hänen mallissaan riippuvuuteen sisältyy kontrolliparadoksi, jossa ihminen pyrkii kontrolloimaan sisäistä pahan olon tunnettaan, ärtymystä ja stressiä riippuvuus-käyttäytymisellään. (Koski-Jännes 2011, 38–34.)

Aivojen palkitsemisjärjestelmä on hermoratojen verkosto, ja sen tarkoitus on tuottaa yksilölle tyydyttäviä tunteita. Aivojen palkitsemisjärjestelmän rooli pelihimossa ja muissa riippuvuuksissa näyttää vahvalta. Yhteyteen viittaa erityisesti aivojen palkitsemisjärjestelmään vaikuttavien lääkkeiden kyky laukaista pelihimo tai ylläpitää sitä. Palkitsemisjärjestelmä voi tuottaa jopa euforiaa toiminnoissa, ja kohdullisesti annosteltuna auttaa yksilöä selviytymisessä. Esimerkiksi seksi omien mieltymysten mukaan tai runsaskalorinen ravinto viinin kera voivat laukaista euforisia tunteita. Pelaamisen edetessä hallitsemattomaksi aivojen palkitsemisjärjestelmä on ikään kuin kalibroituun vääriin asetuksiin. Normaalisti palkitsemisjärjestelmän ärsykkeestä ei saada enää riittävää positiivista takaisinkytkentää. Riittävä tunne saadaan vaan palkitsemisjärjestelmän ravistelulla, kun pelataan enemmän ja isommilla panoksilla. Tämän mallin mukaan peliriippuvuus on verrannollinen huumeriippuvuuteen, jossa toleranssin kehitymisellä on suuri rooli. Aivojen palkitsemisjärjestelmässä dopamiinilla on olennainen merkitys. Palkinto saa aikaan dopamiinin vapautumisen aivoissa, mutta dopamiinin heilahtelut riippuvat siitä, kuinka suuri ja yllättävä palkinto on. Aivojen palkitsemisjärjestelmä on eniten kiihottunut, kun voittamisen mahdollisuus on täysin sattumanvaraista. (Kaasinen ym. 2015, 2 260–2 261.)

Yksilön persoonallisuuteen liittyvillä piirteillä saattaa olla yhteyttä siihen, mihin riippuvuuteen on alttius sairastua. Efratin ym. (2018) tutkimuksessa huume-, alkoholi- ja seksiriippuvuuksia tutkittaessa yhteistä yksilöiden välillä oli korkea impulsiivisuus ja neuroottisuus, kun heitä verrattiin terveeseen kohderyhmään. Seksi- ja huumeriippuvuuteen näytti liittyvän myös alhainen tunnollisuus ja sovinollisuus, mutta peliriippuvaisilla ei havaittu tällaisia eroja terveeseen kohderyhmään nähden. Tutkijoiden mukaan ympäristötekijöillä ja sosioekonomisella asemalla on suurempi rooli peliriippuvuuden kehittämisessä, kuin persoonallisuuden piirteillä. (Efrati ym. 2018, 174–179.)

3.3 Peliriippuvuuden hoito Suomessa

Peliriippuvuus on sairautena melko uusi ilmiö (Alho & Lahti 2015, 6; Mäkelä 2018, 191). Suomessa peliriippuvuuden hoito on vielä varsin hajanaista, eikä selkeää hoitolinjaa ole. Rahapeliongelmaisten hoidon kehittämiseen tarvitaan lisää tutkimusten tuottamaa näyttöön perustuvaa tietoa. (Alho ym. 2015.) Tutkittuun tietoon perustuvia hoitomalleja ei hyödynnetä tai on hyödynnetty Suomessa hyvin vähän (Jaakkola 2020). Olennaista on tunnistaa riskiryhmät, joita tulisi seuloa erilaisia arviointimenetelmiä käyttäen. Rahapeliongelman tunnistamisen jälkeen tulisi tehdä tilannearvio eli kartoittaa elämäntilanne kokonaisvaltaisesti. Hoitomenetelminä käytetään lähinnä kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja motivoivaa haastattelua. (Alho ym. 2015, 650–651.)

Riippuvuus vaikuttaa yksilöön kokonaisvaltaisesti. Seuraukset ovat yksilölle vakavia. Ihminen kärsii usein fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalista ja taloudellisista ongelmista, jotka kaikki vaativat huomiota hoidossa. Peliriippuvuuden hoitoon liittyvät haasteet hoitotyön näkökulmasta asettaa sen moninaisuus ja sen liittyminen toisiin ongelmiin, kuten maanisdepressiivisyyteen tai päihdeongelmaan. Peliriippuvuuden hoidon tulisi olla kokonaisvaltaista. Hoitotyötä ajatellen avainasemassa on ongelman tunnistaminen. Riskiryhmiä tulisi seuloa mahdollisemman laajasti peliongelmiensa osalta. Tällaisia ryhmiä ovat esimerkiksi mielenterveyden ongelmia potevat asiakkaat. Peliongelman kasvulle on monenlaisia riskejä olemassa: tarjonnan laajuus ja kirjavuus, rahapelaamisen puutteellinen

valvonta, hoidon niukat ja vaihtelevat resurssit ja ammattilaisten tietotaidon puute. (Jaakkola 2008, 504.)

Rahapeliongelman tunnistamisen jälkeen tulisi tehdä yhdessä potilaan, sekä hänen läheistensä kanssa tilannearvio. Tilannearviossa tulisi kiinnittää rahapeliongelman vakavuusasteen lisäksi huomiota myös samanaikaissairauksiin. (Alho ym. 2015, 650.) Peliriippuvaisilla esiintyy usein myös muita riippuvuuksia, sekä samanaikaissairauksia. Neurobiologi Stefan Brenén (2007) mukaan peliriippuvuutta ei tulisi tarkastella erillisenä lainkaan, vaan tilana, joka esiintyy muiden psykiatristen diagnoosien kanssa. Hänen tutkimuksensa mukaan samanaikaisesti esiintyviä ongelmia ovat mm. kaksisuuntainen mielialahäiriö 33–75 %:lla pelaajista, ahdistuneisuushäiriö 9–40 %:lla pelaajista ja päihteiden väärinkäyttö 30–50 %:lla pelaajista. (Jaakkola 2008.) Samanaikaissairaudet tulee kartoittaa psykiatrisilla arviointiasteikoilla, kuten AUDIT-kyselyllä ja DEPS-masennusseulalla. Tilannearvion jälkeen ongelmiin puututaan niiden tärkeysjärjestyksen mukaan. Esimerkiksi potilaan pelatessa rahapelejä lähinnä päihtyneenä, on päihdeongelmaan puututtava ensin. (Alho ym. 2015, 651–655.)

Rahapeliongelman arvioinnin ja tunnistamisen tueksi on kehitetty monia mittareita. Lyhyet mittarit (1–3 kysymystä) ovat kustannustehokkaita ja sopivat rahapeliongelman seulontaan hyvin. Ne soveltuvat myös kiireisiin klinisiin hoitotilanteisiin, koska niiden täyttämiseen ei kulu juurikaan aikaa. Luotettavimpina lyhyinä mittareina pidetään seuraavia suomennettuja mittareita: NODS-CLiP (National Opinion Research Center DSM-IV Screen for Gambling Problems), BBGS (Brief Biosocial Gambling Screen) ja Lie/Bet. NODS-CLiP sisältää kolme kysymystä, jotka liittyvät koko elinaikaiseen pelaamiseen. Mittarin kysymykset ovat kontrollin menetyksestä, pelaamiseen juuttumisesta ja valehtelusta. (Castrén & Salonen 2015, 84–87.) BBGS:n kolmen kysymyksen mittarissa arvioidaan vieroitusoireita, rahapelaamiseen liittyvää valehtelua ja rahan lainaamista pelaamisen vuoksi edeltävän vuoden ajalta. Myöntävä vastaus mihin tahansa BBGS:n kysymykseen viittaa mahdolliseen peliongelmaan (Jaakkola 2020.) Lie/Bet -mittaria pidetään pätevänä mittarina rahapeliongelman seulontaan. Se sisältää kaksi koko elinikäisen rahapelaamisen arvioivaa kysymystä pelaamiseen käytettävästä rahasta ja läheisille valehtelusta: ”Oletko koskaan tuntenut tarvetta käyttää pelaamiseen

yhä enemmän rahaa?” ja ”Oletko koskaan joutunut valehtelemaan läheisillesi siitä, kuinka paljon pelaat?” Myöntävä vastaus molempiin tai toiseen kysymykseen saattaa merkitä rahapeliongelmaa. (Räsänen 2016, 41.)

Kognitiivinen käyttäytymisterapia ja motivoiva haastattelu ovat kansainvälisten tutkimusten mukaan vaikuttavimpia hoitomuotoja rahapeliongelmaan. Suomessa niitä on kuitenkin sovellettu toistaiseksi vähän ja rahapeliiriippuvaisten hoito on kokonaisuudessaan pirstaleista. Peliriippuvaisen henkilön hoitoon motivoituminen ja hänet omat toiveensa vaikuttavat sekä hoitoon ohjautumiseen, että hoidon onnistumiseen. Matalan kynnyksen maksuttomat ja anonyymisti tukea tarjoavat palvelut ovat monelle peliriippuvaiselle ensimmäinen paikka, josta he hakevat apua peliongelmaan. Virtuaalisen tuen ja vertaistuen tarjonta on Suomessa varsin laajaa. Vertaistuen hyödyistä on verrattain vähän tutkimustietoa rahapeliiriippuvuuden hoidossa. (Alho ym. 2015.)

Motivoiva haastattelu tarkoittaa keskusteluterapeuttista tyyliä kohdata potilas, ja se on yleisesti käytetty menetelmä riippuvuussairauksien hoitoon. Motivoivaa haastattelua voidaan soveltaa hyvin myös peliriippuvuuden hoitoon. Menetelmän on todettu sopivan erityisen hyvin vastahakoisille ja ristiriitaisille potilaille, jotka eivät ole vielä ratkaisseet mitä tehdä omalle ongelmalleen. Motivoivassa haastattelussa käytetään erilaisia avaintaitoja, joiden avulla potilas etenee muutosvaiheesta toiseen ratkaistakseen sisäisiä ristiriitoja. Rahapelaamiseen liittyvä ratkaistava ristiriita on esimerkiksi pelaamisen tuottava mielihyvä, ja siitä aiheutuvat kielteiset seuraukset. Olemassa olevien ristiriitojen tunnistaminen ja potilaan vastuuttaminen ovat motivoivan haastattelun peruselementtejä. Motivoivan haastattelun perusmenetelminä käytetään avoimia kysymyksiä, reflektointia, kuuntelua sekä suunnitelman tekemistä. Motivoivan haastattelun tavoitteena on lisätä potilaan valmiuksia muutokseen ja löytää sen edellytyksiä itsestään. Muutos tapahtuu herättelemällä potilaan omia muutoshaluja, sekä vahvistamalla muutospuheita. (Koski-Jännes, Lahti & Rakkolainen 2013; Alho ym. 2015, 650–653; Järvinen 2020.)

Motivoivan haastattelun vaiheita voidaan kuvata eri tavoin. Yhteistä vaiheiden kuvaamiselle on se, että eri muutosvaiheissa voidaan tunnistaa potilaan valmiudet ratkaista ongelmia. Niemelä (2020) kuvaa Käypä hoito -suosituksissa muutoksen vaiheita hoitoon kiinnittymisvaiheena, suostutteluvaiheena, aktiivisen hoidon vaiheena, sekä retkahduksen estovaiheena. Alho, Castrén, Salonen & Lahti (2015) kuvaavat muutosvaiheita nimenomaan peliriippuvuuden kannalta. Esiharkintavaiheessa potilas ei tunnista vielä omaa ongelmaa. Harkintavaiheessa potilas on epävarma muutoksen tarpeesta, eikä suunnittele käyttäytymisen muutosta lähiajoille. Valmisteluvaiheessa potilas aikoo muuttaa käyttäytymistään lähiaikoina, mutta ei tiedä miten tekisi muutoksen. Toimintavaiheessa potilas on sitoutunut käyttäytymisen muutokseen ja muokkaa omaa käyttäytymistään. Potilas omaksuu uusia taitoja, toimintamalleja ja ajatusmalleja, jotka edistävät hänen toimimistaan. Ylläpitovaiheessa potilas on sitoutunut toteutuneen muutoksen ylläpitämiseen. (Alho ym. 2015, 650–655; Niemelä 2020.)

3.4 Hoitoa tarjoavat organisaatiot

Suomessa rahapeliongelmaista kärsivän henkilön hoitoa toteutetaan pääsääntöisesti päihde- ja mielenterveyspalveluissa. Suomessa rahapeliriippuvuuden hoidosta vastaa lähinnä eri järjestöt. Hoitoa tuotetaan myös osana kunnallisia päihdepalveluja. Suomessa rahapeliongelmaisten hoitoa tarjoavat palvelut voidaan jakaa kolmeen tasoon; 1) neuvontatyypiset, itsehoitoa tukevat palvelut, 2) sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa toteutettava ongelmien tunnistaminen, lievien ongelmien hoito ja tarpeenmukaiseen hoitoon ohjaus ja 3) rahapeliongelmaisten hoitoon erikoistuneet palvelut. (Alho ym. 2015; Mustalampi & Partanen 2015, 131.)

Matalan kynnyksen palvelua tarjoaa Peluurin auttava puhelin ja chat. Peluurin palvelu on valtakunnallinen ja palvelua tarjotaan pelaajille, heidän läheisilleen ja työssään pelihaittoja kohtaaville. Peluurin palvelua tuottaa Sininauhaliitto ja A-klinikkasäätiö. (Peluuuri 2020.) Peluurin toimintaa rahoittavat Veikkaus Oy ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. Sosiaali- ja terveysministeriö STM osallistuu Peluurin toimintaan johtoryhmässä, koordinoi toimintaa ja antaa sille tukea. (Pa-

jula 2013, 5.) Palvelun puheluihin ja chattiin vastaa rahapeliongelmiin erikoistuneet ammattilaiset. Palveluihin voi ottaa yhteyttä myös nimettömänä ja työntekijää sitoo vaitiolovelvollisuus. Palveluissa pyritään siihen, että yhteydenoton jälkeen pelaajalla olisi toimintasuunnitelma peliongelmaan liittyvästä avuntarpeen järjestämisestä. Peluurin auttava puhelin on asiakkaalle maksuton, ja se on auki arkisin klo 12–18. Chat palvelee maanantaisin, keskiviikkoisin ja perjantaisin klo 12–15. Peluurilla on lisäksi tarjolla OmaPeluri -vertaistukialusta, jossa pelaajan ja hänen läheistensä on mahdollista saada vertaistukea ympäri vuorokauden. (Peluri 2020d; Veikkaus 2020b.)

Suomessa rahapeliongelmaisten hoito toteutetaan pääosin kolmannen sektorin kautta, joko kunnan ostopalveluna tai asiakkaan itse maksamana. Hoidosta vastaa pääosin A-klinikat. Rahapeliongelman hoidon taso A-klinikoilla vaihtelee alueittain. Hoidon laatuun vaikuttaa työntekijöiden tietotaito peliriippuvuudesta. A-klinikkasäätiö arvioi n. 3 %:n asiakkaista olevan hoidossa peliriippuvuuden vuoksi. Kokonaisvaltaista hoitotyötä ajatellen päihdehuollon sektorilla hoitamista ei voida pitää ideaalina. Päihdehuollon sektorille hoitoon ajautuneilla peliriippuvaisilla henkilöillä on lähes poikkeuksetta taustalla päihdeongelma, jonka vuoksi he ovat hoidon piirissä. Viime vuosina onkin pohdittu, sulkeeko rahapeliriippuvaisen ihmisen hoidon toteuttaminen pääosin päihdehuollossa hoidon ulkopuolelle osan rahapeliriippuvaisista. Täysin rahapeliongelmaisten henkilöiden hoitoon keskittyneitä palveluita Suomessa ei juuri ole. (Ahonen & Halinen 2008, 13–14; Pajula & Sjöholm 2015, 139.)

Kolmannen sektorin palveluna hoitoa tarjoaa myös Avominne. Hoidon maksaa yleensä kunta tai työnantaja. Avominnellä on käytössä peliriippuvuuteen oma hoito-ohjelma, joka kestää yhteensä vuoden. Hoito-ohjelmaan kuuluu 28 vuorokauden intensiivinen hoitajakso sekä 11 kuukauden jatkohoito vertaisryhmässä kertaviikkoisin käynnein. Intensiivijaksoon sisältyy myös kymmenen tunnin läheispäivä sekä läheisille jatkohoito kerran viikossa 11 kuukauden ajan. Avominne ajatuksena on, että parantuneen peliriippuvaisen tunne-elämä on toipunut. Riippuvainen on itse vastuussa toipumisestaan, hoito-ohjelma antaa avaimet toipumiseen. (Avominne 2020.)

Helsingin peliklinikka on ainoa rahapeliongelmiin erikoistunut palvelukokonaisuus Suomessa. Peliklinikka on valtion, järjestöjen ja pääkaupunkiseudun kuntien yhteishanke. Peliklinikan palvelut ovat asiakkaalle maksuttomia ja osa palveluista on valtakunnallisia. ”Peliklinikka on osa THL:n koordinoimaa kokonaisu-hanketta rahapelaamisesta aiheutuvien haittojen selvittämiseksi sekä ehkäisyn ja hoidon kehittämiseksi STM:n hallinnonalalla.” (Peliklinikka 2020.)

Peluuri tarjoaa kahdeksan viikon mittaista verkkotuettua Peli Poikki -terapiaohjelmaa. Ohjelma on valtakunnallinen ja siinä yhdistyy ammattilaisen tuki ja oma-apu. Peli Poikki -ohjelman vaikuttavuudesta on tutkimusnäyttöä. (Jaakkola 2020.) Veikkaus osallistuu peliongelmiin ehkäisyyn ja tarjoaa erilaisia pelaamisen hallinnan välineitä. Näitä ovat esimerkiksi rahapelaamisen tunnistamisen itsearviointitestit, rahansiirtorajat ja itse asetettu pelikielto. Itse-arviointitestejä, työkirjoja, tietoa ja seurantapäiväkirjoja sisältävät oma-apuohjelmat ovat suosittuja peliriippuvuuden hoidossa, niitä tarjoaa Peluuri. (Alho ym. 2015; Castrén ym. 2019, 85–86; Veikkaus 2020b.)

Rahapeliongelma käänsivät sekä heidän läheisensä voivat saada apua vertaistukiryhmistä. Vertaistukiryhmiä järjestetään eri puolilla Suomea. Säännöllinen osallistuminen vertaistukiryhmään vaikuttaa positiivisesti rahapeliongelma toipumiseen. Vertaistuki voi toimia joillekin riittävänä apuna yksistään, tai se voi olla muun hoidon tukena. (Jaakkola 2020.) Nimettömät pelurit -ryhmä (GA, gamblers anonymous) käyttää ohjenuoranaan alkoholisteille suunnattua 12 -portaista ohjelmaa, joka tähtää täyteen pelaamattomuuteen. Tällaisesta ryhmästä voi olla apua etenkin silloin, kun se yhdistetään psykoterapiaan. Suomessa toimii useilla paikkakunnilla myös Pelirajat'on -vertaistukiryhmiä rahapeliongelmaisille ja heidän läheisilleen. (Alho ym. 2015.) Pelirajat'on on pysyvä osa Sosped-säätiön toimintaa. Veikkauksen avustamana mahdollistetaan toiminnan pitkäjänteinen suunnittelu ja toteutus (Pelirajat'on 2014.)

3.5 Peliriippuvaisen läheiset

Peliriippuvaisten läheiset eivät ole olleet juuri tutkimusten kohteena. Suomessa ongelmapelaajien läheisiin liittyviä tutkimuksia löytyi kolme. Marttinen (2009) on

tutkinut puolisoiden kokemuksia peliongelmaista heidän itsensä kertomana. Tutkimuksessa merkittävimpiä tuloksia nousi esille puolisoiden kokema ahdistava ja vaikea elämäntilanne. Puolisot kokivat peliongelman vaikuttavan kokonaisvaltaisesti elämään ja parisuhteeseen. Peliongelma aiheutti parisuhteeseen negatiivisia tunnereaktioita, luottamuspulaa, epätasa-arvoisuutta, kommunikatiovaikeuksia ja kodin ilmapiirin muuttumista negatiiviseksi. Perheiden elämäntilanteen ja taloudellisen selviytyminen olivat alentuneet. Merkittävänä tuloksena nousi esille puolisoiden kokema ammatillisen ja sosiaalisen tuen tarve. (Marttinen 2009, 1.)

Pajula on tutkinut aihetta vuonna 2004 ja 2007. Pro gradu -tutkielmassaan (2004) Pajula tutkii ongelmapelaajien läheisten kokemuksia haastattelujen kautta. Tutkimuksessa on tarkasteltu läheisen roolia ja omaa avun tarvetta ongelmapelaajan läheisenä. Keskeisimpinä tuloksina Pajula toteaa läheisten kokevan peliongelman vaikutukset moninaisina ja ongelmapelaajan kanssaelämisen vaikuttavan vahvasti omaan elämään. Läheinen joutuu kantamaan vastuuta toimeentulosta, parisuhteesta ja perheen hyvinvoinnista. Peliongelma heijastuu niin fyysiseen, psyykkiseen kuin sosiaaliseen hyvinvointiin. Sosiaalinen verkosto kutistuu ja se tekee peliongelmaista perheensisäisen, johon muu lähipiiri ei pysty puuttumaan. Tutkimuksessa korostuukin läheisen kokema ulkopuolisen tuen tarve. Läheiset kokevat, etteivät saa riittävästi tukea ja apua. (Pajula 2004, 101–106.) Vuoden 2007 tutkimuksessa Pajula nostaa esille läheisiin kohdistuvia vakavia haittoja. Myös tässä tutkimuksessa nousee selkeästi esille läheisten kokema avun ja tuen tarve. Läheiset tulisi huomioida ongelmapelaajan hoidossa. Läheinen on piittaamaton omista tarpeistaan ja joustaa omasta hyvinvoinnistaan kantaessaan vastuuta peliongelmaisen rinnalla. (Pajula 2007, 32–33.) Pajulan (2007) tutkimuksessa nousee esiin läheisten yleisimpänä toiveena pelaajan selviytyminen peliongelmaista kokonaan. Ongelmat ovat niin moninaisia, että se ei kuitenkaan välttämättä auta läheistä tai poista ongelmaa läheisen näkökulmasta. Tutkimuksessa nousi esiin myös se, että usein pelaajan ja läheisen näkemys ongelman suuruudesta eroaa toisistaan. Vaikeinta läheiselle on silloin, kun pelaaja ei näe ongelmaansa eikä hakeudu hoidonpiiriin. (Pajula 2007, 43.)

Rahapelaamiseen liittyviä sosiaalisia vaikutuksia on tutkittu jonkin verran ulkomailla (Seppä 2013, 2). Yksi laajimpia peliongelmaisten läheisiä koskeva tutkimus on australialainen Crisp, Thomas, Jackson & Thomason (2001) tekemä läheisten psykososiaalisiin ongelmiin keskittyvä tutkimus. Tutkimukseen otti osaa 440 henkilöä. Tutkimuksessa todettiin peliongelman vaikuttavan erityisesti vuorovaikutussuhteisiin, tunne-elämään ja perheeseen liittyviin asioihin. (Crisp, Jackson, Thomas & Thomason 2001, 209.) Tuoreessa tutkimuksessa on otettu läheisten tutkimiseen hieman eri näkökulma. Battersby, Crisp, Lawn, Riley (2020) tekemässä tutkimuksessa on haastateltu sellaisia ongelmapelaajien kumppaneita, joiden peliongelmastä kärsivä puoliso ei ole hakeutunut hoidon piiriin. Tutkimuksessa nousee edelleen esille se, että omaisia koskevia tutkimuksia on käytävissä vähän. Tutkimustuloksista nousi esille ongelmapelaajan kumppanille olevan ominaista krooninen huoli, uupumus, suhteiden konfliktit ja ylivoimainen eristäytyneisyyden tunne. Kumppanien mielestä pelaaminen ja sen salailu aiheutti luottamuspulaa. Kumppanit olivat haluttomia etsimään apua omiin ongelmiinsa leimautumisen vuoksi. (Battersby, Crisp, Lawn, Riley 2020.)

Ulkomaisia tutkimuksia ei voida kuitenkaan hyödyntää suoraan Suomessa, koska pelikulttuurissa on muihin maihin verrattuna niin suuria eroja (Huotari 2007, 15). Australian Productivity Commission (1999) tutkimusarvioiden mukaan yhdellä peliongelmaisella on vaikutusta keskimäärin seitsemään ympärillä elävään ihmiseen. Tämän mukaan voisi päätellä, että Suomessa haittoja ongelmapelaamisesta aiheutuu n. 294 000 henkilölle. (Pajula 2007, 13.) THL:n Suomalaisten rahapelaaminen -tilastoraportissa (2019) ilmenee noin 21 %:n vastanneen, että ainakin yhden läheisen rahapelaaminen on ollut ongelmallista. Raportin mukaan läheisen peliongelma koskettaa Suomessa noin 790 000 henkilöä. (Hagfors ym. 2020, 13.)

Useissa eri tutkimuksissa nousee esille peliongelmaasta johtuva läheisten hyvinvoinnin merkittävä heikkeneminen sekä vaikeudet perhe-elämässä. Pelaaminen koetaan sekä yksilön että perheen ongelmana. Läheiset kokevat fyysisiä ja stressiperäisiä oireita, kuten vatsakipua, unettomuutta tai päänsärkyä. Läheisten kokea vertais- ja ammattilaisen tuen tarve nousee myös esille. (Lorenz & Yaffee

1988, 18; Dickson-Swift, James & Kippen 2005, 11; Patford 2009, 18,188.) Kaikissa suomalaisissa peliongelmaisen liittyvissä tutkimuksissa nousi esiin läheisten kokema avun tarve ja tarve tulla huomioiduksi ongelmapelaamisen hoidossa (Pajula 2004, 106; Pajula 2007,42; Marttinen 2009, 1.)

4 TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää yli 25-vuotiaiden rahapelikäyttäytymistä, ongelmapelaamista ja rahapelaamiseen liittyviä ilmiöitä. Tässä työssä tarkastellaan pelaajien kokemuksia rahapelaamisen vaikutuksesta arkeen, haittapelaamisen ja riippuvuuskäyttäytymisen esiintyvyyttä sekä rahapeliriippuvaisten hoitoon ohjautuvuutta. Tavoitteena on lisätä hoitotyötä tekevien tietoutta peliriippuvuudesta ja rahapelaamiseen liittyvistä ilmiöistä. Tietoisuuden lisääminen auttaa hoitotyötä tekeviä tunnistamaan ongelmapelaamisen, antaa avaimia peliriippuvaisen kohtaamiseen sekä helpottaa peliriippuvaisen hoitoon ohjauksessa. Tutkimustulokset tuovat uutta tietoa peliriippuvaisten hoitoon ohjautuvuudesta.

Tutkimusongelmat:

1. Miten pelaamisen ongelmalliseksi tuntevat yli 25-vuotiaat pelaajat kokevat rahapelaamisen vaikuttavan arkeen?
2. Miten ongelmapelaajien hoitoon hakeutumista voisi pelaajien mielestä helpottaa?
3. Miksi ongelmapelaajien hoitoon ohjautuvuus viivästyy?

5 TOTEUTUSTAPA

5.1 Määrällisen tutkimuksen lähestymistapa

Tutkimusmenetelmänä päädyttiin käyttämään kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta. Määrälliselle tutkimukselle on ominaista ilmiöiden kuvaaminen numeerisesti tiedon pohjalta. (Heikkilä 2014, 15.) Määrällistä tutkimusta voidaan käyttää menetelmänä, kun aiheesta on jo olemassa olevaa tutkimustietoa, sillä määrällisellä mittarilla yksistään ei voida selvittää koko totuutta (Metsämuuronen 2011,55, 119). Määrällisessä tutkimuksessa mittarin kysymykset nojaavat vahvasti teoriaan. Suljetun kyselylomakkeen toivottiin lisäävän vastaajien määrää, jotta otos olisi riittävän suuri ja aiheesta saataisiin mahdollisimman laaja kuva. (Metsämuuronen 2011, 115.)

Kvantitatiivinen tutkimus perustuu tilastollisten menetelmien käyttöön, muuttujien mittaamiseen sekä niiden välisten yhteyksien tarkasteluun. Lähestymistapa tutkimuksessa on poikittaistutkimus, jossa aineisto kerätään kerran eikä tutkimusilmiötä tarkastella suhteessa ajalliseen etenemiseen. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2017, 55–56.)

Tutkimusprosessin avainkysymys ja kulmakivi on tutkimusongelman määrittäminen. Hyvin määritelty tutkimusongelma on koko tutkimuksen suuntaviiva. Se on tarkennettu ja rajattu siihen, mitä halutaan tutkia ja mihin halutaan saada lisäselvyyttä. Tässä opinnäytetyössä tutkimusongelmat kartoittavat pelaajien omia kokemuksia pelaamisen haitallisuudesta, hoitoon ohjautuvuudesta ja sen haasteista. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 22, Metsämuuronen 2011, 54.)

5.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Otos on sellainen perusjoukon osa, jolla voidaan saada kokonaiskuva koko kohderyhmästä, eli se edusta perusjoukkoa. Otanta tarkoittaa sitä menetelmää, jolla otos saadaan poimittua perusjoukosta. Tässä tutkimuksessa ei ole varsinaista otantamenetelmää ja tähän kyselyyn voi vastata kuka tahansa, joka on saanut kyselyn linkin peliriippuvuuksia hoitavan tahon kautta. Kokonaisotannassa koko perusjoukko otetaan mukaan tutkimukseen, jonka vuoksi se ei ole varsinainen

otantamenetelmä. Kokonaisotantaa käytetään usein pienissä tutkimusaineistoissa, joissa havaintoyksiköiden määrä on alle sata. (Vilkkä 2007, 52.)

Aineisto kerättiin anonyymina nettikyselynä, joka tehtiin Google Formsin pohjaan. Kohderyhmänä olivat yli 25-vuotiaat rahapelaajat. Kyselyssä selvitettiin vastaajien rahapelikäyttäytymistä sekä siihen liittyviä ilmiöitä, asenteita ja tottumuksia. Tarkoituksena oli myös saada ongelmapelaajien näkökulmaa hoitoon ohjautuvuudesta. Verkkokyselyn oli tarkoitus olla avoinna 1.8–30.9.2020, mutta vähäisen vastausmäärän vuoksi kyselyn aukioloa päätettiin jatkaa 15.10. saakka. Varsinainen aineiston keruu suoritettiin siten 1.8–15.10.2020.

Aineisto päädyttiin keräämään verkkokyselynä anonymiteetin varmistamisen vuoksi. Kysymysten muoto oli vakioitu, joten kyselyyn vastanneilta kysyttiin samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla (Vilkkä 2007, 8). Verkkokyselyn avulla kyselylomake oli myös helpommin kohdennettavissa oikealle kohderyhmälle. Verkkokyselyn jakoa pyydettiin 11 eri peliriippuvuuden hoitoon erikoistuneelta yksiköltä. Peluuri sekä Pelirajat'on jakoivat verkkokyselyä omilla internet-sivuillaan sekä vertaistukiryhmissä. Verkkokyselyn jako päädyttiin siirtämään kokonaan peliriippuvuuden hoitoon erikoistuneille yksiköille, jotta kyselyyn saadaan vastauksia oikealta kohderyhmältä. Tämä nosti kyselyn tasoa korkeammaksi lisäten myös sen eettisyyttä ja luotettavuutta.

5.3 Käytetyn kyselylomakkeen kuvaus

Opinnäytetyön kyselylomakkeen kysymykset muodostuivat tutkimuskysymysten ja teorian pohdinnan sekä aiheeseen perehtymisen kautta. Teorian pohjalta pystyttiin muodostamaan keskeiset käsitteet mittariin. Teorian sisäistämisen jälkeen alustavat kysymykset muodostuivat oman pohdinnan kautta. Lopuksi osioita tarkasteltiin kriittisesti ja ne esitettiin. (Metsämuuronen 2011, 72–73.) Yhteensä kysymyksiä muodostui 25, joista taustatietokysymyksiä oli 7. Varsinaisia rahapelaamiseen liittyviä kysymyksiä oli 18, lisäksi näihin kysymyksiin liittyviä avoimia lisäkysymyksiä oli 3 ja lopussa vapaa sana. Kysymykset liittyivät rahapelaamisen yleisyyteen, pelaamisen haitallisuuden arviointiin, tuen tarpeeseen, hoitoon ohjautuvuuteen sekä läheisten huoleen ja heille valehteluun. Avoimella

kysymyksellä haluttiin saada vastaajien omakohtaisia näkemyksiä ja kokemuksia aiheesta. Avoimella kysymyksellä voidaan saada tutkimukseen lisäarvoa, joka muuten voisi jäädä saavuttamatta. (Vehkalahti 2019, 25.)

Käytetty kyselylomake sisälsi monivalintakysymyksiä, vaihtoehtokysymyksiä, arviointiasteikkokysymyksiä, Likert-asteikkokysymyksiä ja yhden avoimen kysymyksen. Määrällisen aineiston keruuseen käytetään usein lomakkeita, joissa on vaihtoehtokysymyksiä. Vaihtoehtokysymyksessä vastaaja voi valita valmiiksi annetuista vaihtoehdoista yhden, tai useamman valinnan. Asteikkoihin perustuvassa kysymystyypissä esitetään väittämiä, ja vastaaja valitsee samaa mieltä tai eri mieltä esitettyyn väittämään. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 199–200.) Likert-asteikko on viisi- tai kuusiportainen. Sen toisessa päässä on vaihtoehto ”täysin samaa mieltä”, ja toisessa päässä vaihtoehtona ”täysin eri mieltä”. Asteikon keskivaiheelta löytyy ”en osaa sanoa” -vaihtoehto. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 102.) Kyselylomakkeen kysymyksistä ainoastaan kysymykseen liittyvät avoimet vastaukset ja vapaa sana olivat valinnaisia. Kyselylomake sisälsi asenne- ja motivaatiokysymyksiä, joihin oli mahdollista vastata myös neutraalisti. Erityisesti asenne- ja motivaatiokysymyksissä nousee esille se, ettei vastaaja halua ilmaista kantaansa. Kyse voi olla myös siitä, ettei vastaaja ole ymmärtänyt kysymyksen sisältöä. Syitä neutraaleihin vastauksiin ei voida erottaa lomakkeiden perusteella. (Vehkalahti 2019, 36.) On huomioitavaa, että Likertin asteikon ”en osaa sanoa” vaihtoehto kuvaa epätietoisuutta eikä erimielisyyttä tai samanmielisyyttä väittämään eikä ole automaattisesti neutraali vaihtoehto. (Metsämuuronen 2011, 71; Vehkalahti 2019, 83). Likertin asteikon keskikohdasta toiseen suuntaan samanmielisyyks suurenee, ja toiseen suuntaan samanmielisyyks vähenee (Vilkka 2007, 45). Likert-asteikossa vastaaja arvioi itse väittämän sisältöä (Metsämuuronen 2011, 70).

Kyselylomakkeelle suoritettiin esitestaus ennen varsinaista aineistonkeruuta. Esitestaajina toimivat kymmenen ammattikorkeakoulun opiskelijaa. Esitestaus suoritettiin heinäkuussa ennen virallisen verkkokyselyn avaamista. Käytössä oli erillinen testilinkki, joten esitestaajien vastaukset eivät tulleet varsinaiseen mittaukseseen. Nopein vastaaja vastasi esitestauksessa neljässä minuutissa ja hitain

10 minuutissa. Kaikkien esitestaajien kanssa käytiin keskustelua kyselyn toimivuudesta. Esitestaajat kertoivat havainnoimistaan epäkohdista ja muutosehdotuksista. Esitestauksella pyrittiin varmistamaan kyselylomakkeen laatu. Esitestauksella varmistettiin osakseen se, että mittari mittaa juuri sitä, mitä piti mitata. (Metsämuuronen 2011, 59.)

Useimmat esitestaajat toivat esiin samoja epäkohtia. Yksi kysymys oli kyselylomakkeessa toistettu kahteen kertaan hieman eri muodossa, joten näistä kysymyksistä päädyttiin poistamaan toinen. Taustatiedoista yhden kysymyksen vastausvaihtoehdot koettiin epäselviksi ja sen muotoilua muutettiin varsinaiseen kyselylomakkeeseen. Kyselylomakkeelle ei tehty uusintatestausta, koska esitestauksen palautteen perusteella virheet olivat selkeitä ja helposti korjattavissa.

5.4 Aineiston analysointi

Määrällisen tutkimuksen päätökset tehdään tilastollisen analyysin perusteella. Tutkittavia asioita kuvataan numeerisesti, ja vastauksia voidaan selkiyttää erilaisilla taulukoilla ja kuvioilla. Teksti ja kuvio ovat toisiaan täydentäviä, joten kuvioista tulkitaan tekstiin olennaisin asia, eikä luetella kaikkia lukuja. Tulokset esitetään tutkimuskysymyksittäin. (Vilka 2007, 13–14, 19–22; Hirsjärvi ym. 2009, 135–139.) Tilastollisena analyysinä käytetään ristiintaulukointia, eli tutkitaan muuttujien välistä jakautumista, sekä niiden välisiä riippuvuuksia. Ristiintaulukointia varten havaintojen määriä selkiytetään muuttamalla ne prosenttiluvuiksi, jolloin taulukkoon saadaan kuvattua havainnot selkeämmin. (Vilka 2007, 129.)

Vapaa-sana osion analysointiin käytettiin aineistolähtöistä sisällön analyysimenetelmää. Aluksi aineisto luettiin läpi ja redusointiin, jolloin aineistosta karsittiin epäolennainen tieto pois. Aineistosta etsittiin tarkentavia ilmaisuja tutkimusongelmien vastauksiin. Redusoinnin jälkeen aineisto ryhmiteltiin ja vastauksista etsittiin teemoittain samankaltaisuuksia. Aineistosta pyrittiin löytämään lisäarvoa suljetuihin kysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 108–111.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

Kysely (liite 2) koostui kahdesta osiosta, joista ensimmäisessä kysyttiin vastaajien taustatietoja. Taustatiedoista selvitettiin vastaajien ikää, sukupuolta, kansalaisuutta, koulutusta ja ammattiryhmää, johon vastaajat katsoivat kuuluvansa. Lisäksi kysyttiin vastaajien asuinalueita ja siviilisäätystä. Reilu puolet (55,6 %, n=20) vastasivat olevansa työntekijöitä tai alempia toimihenkilöitä. Vastaajista noin viidesosa (19,5 %, n=7) oli ylempiä toimihenkilöitä tai työskentelevänsä johtavassa asemassa. Vastanneista pienimmän ryhmän muodostivat eläkeläiset (5,6 %, n=2), työttömät (2,8 %, n=1) ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevat (2,8 %, n=1). Kyselyyn vastaajista suurin osa asui Pohjois-Pohjanmaalla (33,3 %, n=12) ja Uudellamaalla (22,2 %, n=8). Loput vastaajista asuivat tasaisesti ympäri Suomea.

Taulukko 1. Taustatiedot.

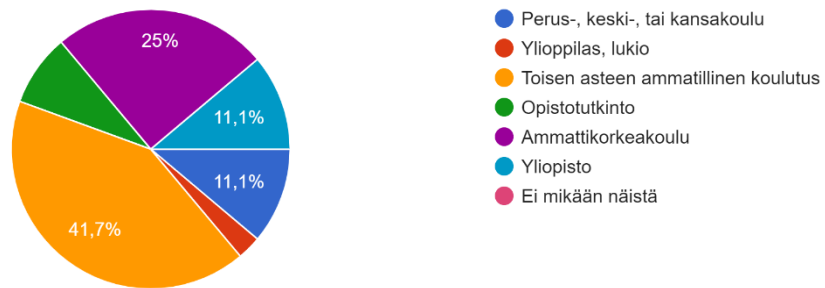
Sukupuoli	Nainen 63,9 % (n=23)	Mies 36,1 % (n=13)	Muu 0	Yhteensä n=36	
Ikä	25–34v 50 % (n=18)	35–44v 30,6 % (n=11)	45–54v 8,3 % (n=3)	55–64v 8,3 % (n=3)	yli 65v 2,8 % (n=1)
Kansalaisuus	Suomi 36				
Siviilisäätty	Avioliitossa 27,8 % (n=10)	Avoliitossa 25 % (n=9)	Rekisteröidyssä parisuhteessa 2,8 % (n=1)	Naimaton 36,1 % (n=13)	Eronnut 8,3 % (n=3)

Kyselyyn vastaajien lukumäärä oli 36, joista yli puolet (63,9 %) oli naisia. Vastaajista 50 % oli iältään 25–34-vuotiaita ja 30,6 % 35–44-vuotiaita. Kaikki vastaajat

olivat suomalaisia. Vastaajista yli puolet olivat joko avio- tai avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa (55,6 %). Taustatiedot on esitetty taulukossa 1.

Taustatietokysymykset sisälsivät kysymyksen vastaajien koulutustaustasta. Kyselyyn vastanneista suurin osa on suorittanut toisen asteen ammatillisen koulutuksen (n=15) tai ammattikorkeakoulututkinnon (n=9). Vastaajien koulutustausta esitetään kuviossa 1.

Koulutus
36 vastausta



Kuvio 1. Vastaajien koulutustausta.

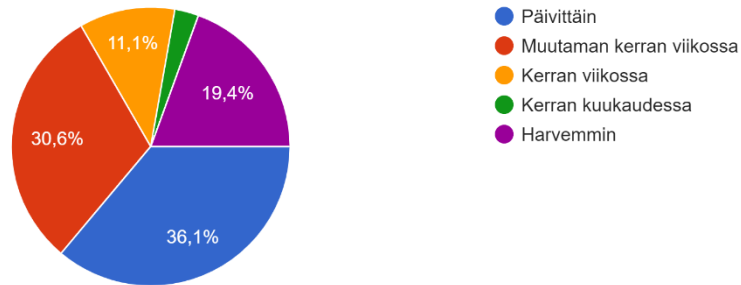
6.2 Rahapelaamiseen liittyvät kysymykset

Kyselyn toisessa osiossa kysyttiin rahapelaamiseen liittyviä kysymyksiä. Ensimmäisenä kysymyksessä tarkasteltiin sitä, kuinka usein vastaajat pelaavat rahapelejä.

Vastaajista 77,8 % (n=25) pelasi rahapelejä vähintään viikoittain, ja yli kolmannes (n=13) pelasi rahapelejä päivittäin. Tulokset näkyvät kuviossa 3. Päivittäin rahapelejä pelaavista oli suurin osa naisia (76,92 %, n=10) ja iältään alle 45-vuotiaita (61,54 %, n=8). Tulokset esitetään kuviossa 2.

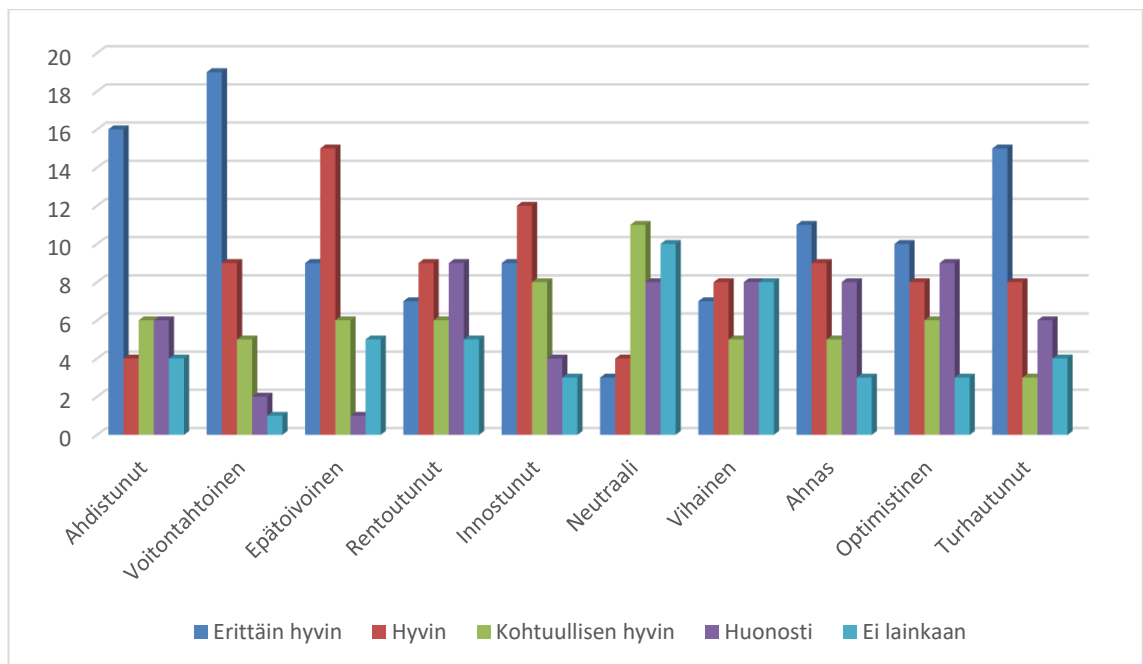
Kuinka usein pelaat rahapelejä?

36 vastausta



Kuvio 2. Rahapelien pelaamiskertojen yleisyys.

Vastaajat kuvasivat pelaamisen aikana aiheutuvia tunteita eri adjektiivein. Jokaiseen tunteesta kuvaavaan adjektiiviin täytyi valita jokin vaihtoehdoista (erittäin hyvin - ei lainkaan). Eniten ”erittäin hyvin -vastauksia” tuli seuraaviin tunteisiin: voitontahtoinen (n=19), ahdistunut (n=16) ja turhautunut (n=15). Edellä mainitut tulokset esitetään kuviossa 3. Voitontahtoisuutta ”erittäin hyvin” kuvanneista päivittäin rahapelejä pelaavien osuus oli noin puolet (47,4 %, n=9). Ahdistuneisuutta ”erittäin hyvin” kuvanneista päivittäin pelasi (62,5 %, n=10) Turhautuneisuutta ”erittäin hyvin” kuvanneista pelasi päivittäin (46,7 %, n=7).

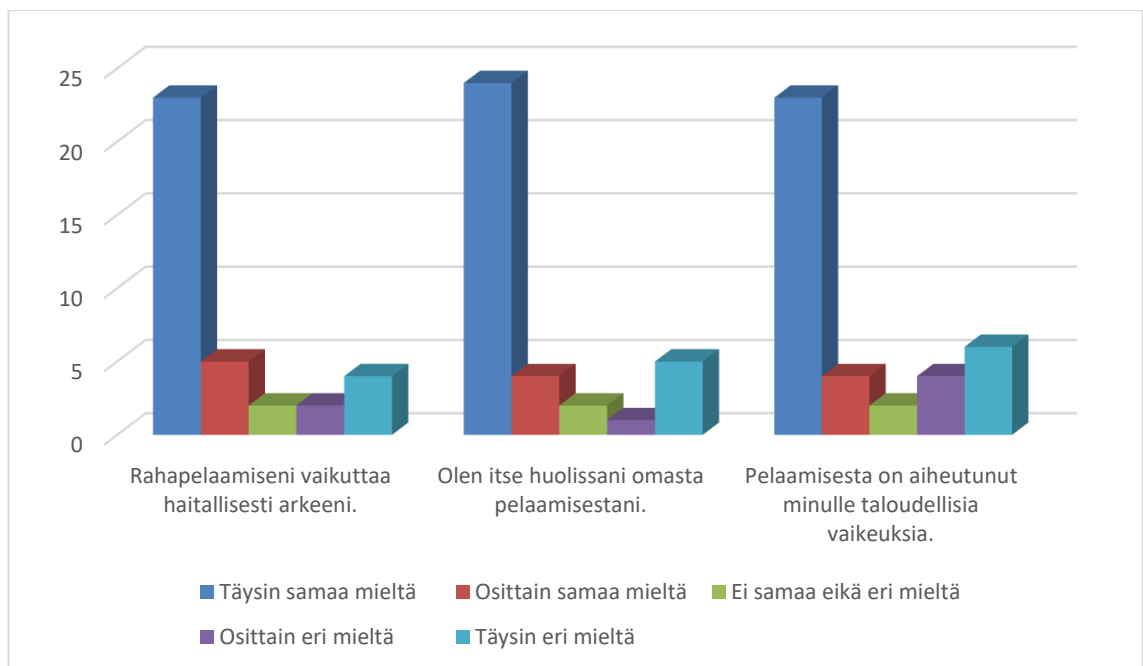


Kuvio 3. Tunteet rahapelaamisen aikana.

6.3 Pelaamisen haitallisuus

Tutkimusongelmaa ”Miten pelaamisen ongelmalliseksi tuntevat yli 25-vuotiaat pelaajat kokevat rahapelaamisen vaikuttavan arkeen?” selvittivät kysymykset 10–13 ja 16–17. Näistä kaikki kysymykset olivat pakollisia, eikä niissä ollut avoimia vastausvaihtoehtoja.

Kyselyyn vastanneista yli puolet (63,9 %, n=23) kokivat rahapelaamisen vaikuttavan haitallisesti arkeen täysin samanmielisesti (Kuvio 4). Heistä (73,1 %, n=17) oli alle 45-vuotiaita. Vastanneista 77,8 % (n=26) oli huolissaan omasta pelaamisestaan ainakin osittain. Vastajista lähes kolme neljäsosaa (75 %, n=27) vastasi heillä olevan pelaamisesta johtuvia taloudellisia vaikeuksia, heistä naisia oli 66,7 % (n=18). Yli puolet taloudellisia vaikeuksia kokeneista (51,9 %, n=14) oli alempia toimihenkilöitä tai työntekijöitä.

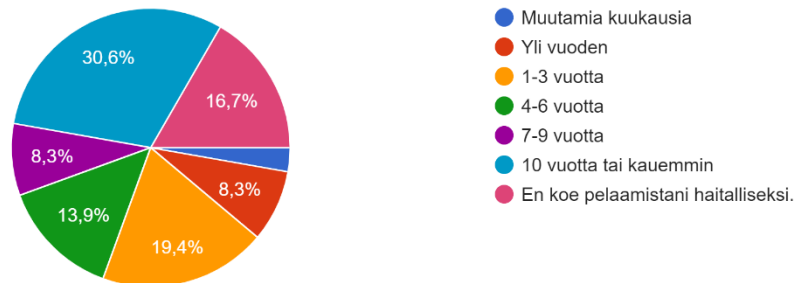


Kuvio 4. Pelaamisen haitalliset vaikutukset arkeen.

Kyselyn kahdennessatoista kysymyksessä kysyttiin vastaajien omaa näkemystä haitallisuuden kestosta. Kysymykseen oli mahdollista vastata, ettei koe omaa pelaamista haitalliseksi, tämän vaihtoehdon valitsi 16,7 % (n=6) vastaajista. Yli kolmasosa (30,6 %, n=11) arvioi haitallisuuden jatkuneen yli 10 vuotta tai kauemmin (Kuvio 5). Näistä vastaajista yli puolet (54,5 %, n=6) oli iältään 35–44-vuotiaita.

Jos koet pelaamisesi olevan haitallista, kuinka kauan arvioisit sen jatkuneen? (Jos olet jo hoidon piirissä, kuinka kauan pelaamisesi oli jatkunut ennen hoitoon hakeutumista?)

36 vastausta

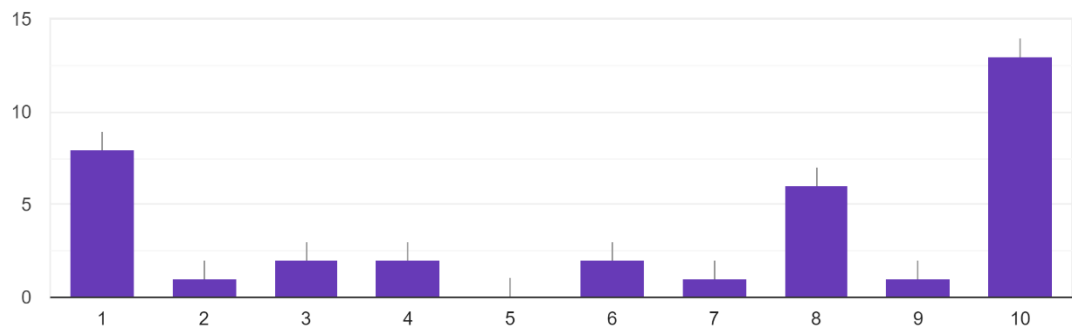


Kuvio 5. Haitallisuuden jatkumisen arvioiminen.

Haitallisuutta tarkasteltiin myös Likertin asteikon avulla. 64 % (n=23) vastaajista vastasi asteikkoon suuremman lukumäärän, kuin viisi. Reilu kolmasosa (36,1 %, n=13) vastasi pelaamisen olevan erittäin haitallista (kuvio 6).

Arvioi asteikolla 1-10 kuinka haitalliseksi koet tällä hetkellä pelaamisesi? (1=ei lainkaan haitallista, 10=erittäin haitallista)

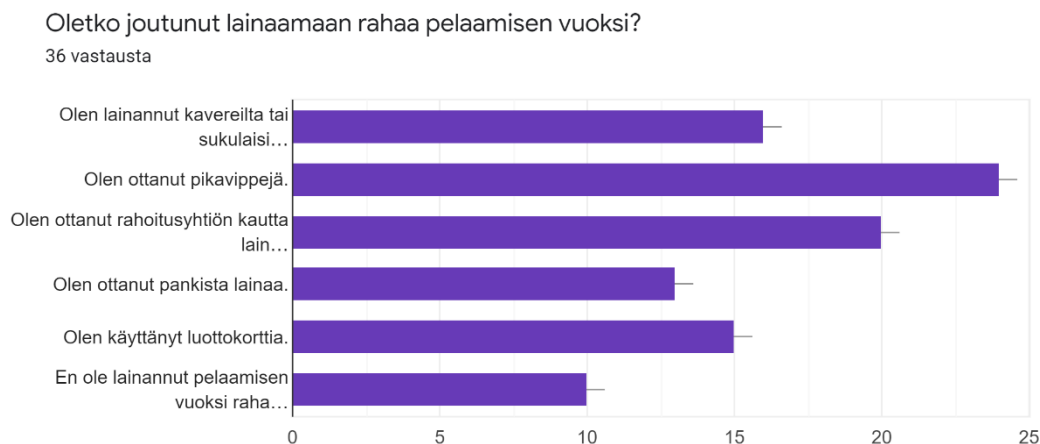
36 vastausta



Kuvio 6. Pelaamisen haitallisuuden arviointi.

Pääsääntöisesti vastaajat olivat lainanneet rahaa pelaamisen vuoksi. Ainoastaan 27,8 % (n=10) ei ollut lainannut pelaamisen vuoksi rahaa lainkaan. Vastaajat olivat ottaneet eniten pikavippejä (66,7 %, n=24) ja yli puolet (55,6 %, n=20) oli ottanut rahoitusyhtiön kautta rahaa lainaan. Pelaajat olivat lainanneet rahaa myös sukulaisilta (44,4 %, n=16) ja käyttäneet luottokorttia (41,7 %, n=15). Vähiten pelaamiseen oli lainattu rahaa pankista (27,8 %, n=10). Tulokset selviävät

kuviossa 7. Pikavippejä ottaneista lähes kaikki (83,3 %, n=20) olivat iältään alle 45-vuotiaita.



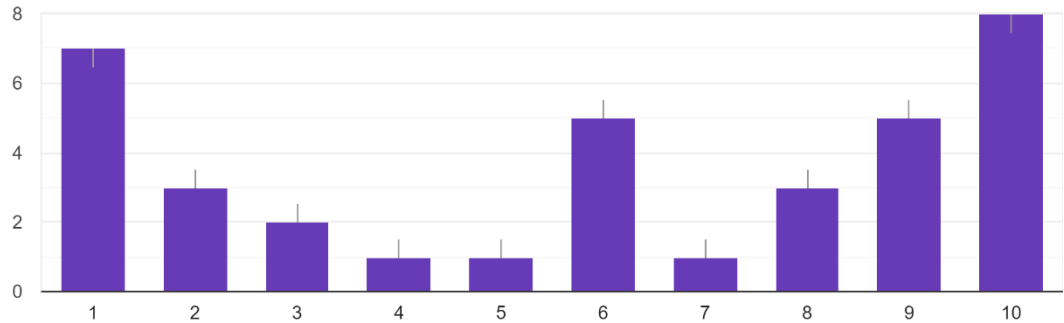
Kuvio 7. Rahan lainaaminen pelaamisen vuoksi.

6.4 Tuen tarve

Tutkimusongelmaan ”Miksi ongelmapelaajien hoitoon ohjautuvuus viivästyy” liittyivät kysymykset 14–15 ja 21–22. Lisäksi kysymyksiin 21 ja 22 sisältyi avoin vapaaehtoinen kysymys, jonka avulla vastausta pystyi täydentämään. Kysymyksillä pyrittiin löytämään vastausta pelaajien omaan näkemykseen tuen tarpeesta, sekä kartoittamaan pelaajien tietoa avun löytämiseen. Opinnäytetyön tulosten perusteella vastaajista 63,9 % (n=23) koki tarvitsevansa tukea pelaamisen vähentämiseksi ja 22,2 % (n=8) ei kokenut tarvitsevansa tukea. Loput vastaajista (13,9 %, n=5) eivät osanneet sanoa, tarvitsevatko tukea vai ei. Naisista 78,3 % (n=18) koki tarvitsevansa tukea pelaamisen vähentämiseksi, kun taas miehillä vastaava luku oli vain 46,2 % (n=6). Tukitoimien tarvetta kartoitettiin lisäksi Likertin-asteikkoa apuna käyttäen. Tulokset esitellään kuviossa 8. Vastaajista 63,9 % (n=23) vastasi luvuksi viisi tai enemmän.

Arvioi asteikolla 1- 10, kuinka todennäköisesti pystyt vähentämään pelaamistasi ilman tukitoimia?
(1= en tarvitse lainkaan tukitoimia, 10= tarvitsen runsaasti tukitoimia)

36 vastausta

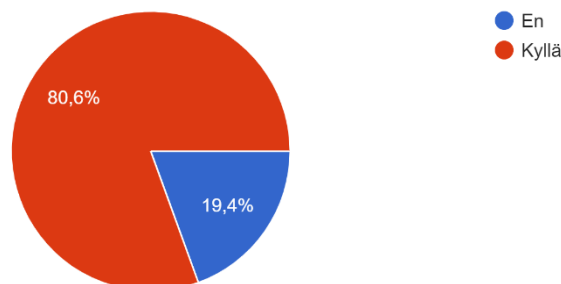


Kuvio 8. Pelaamisen vähentämiseen liittyvien tukitoimien tarve.

Kysymyksen 21 vastaukset osoittavat, että 80,6 % (n=29) vastaajista tietää mistä rahapeliongelmiin voi saada apua. Noin neljäsosa vastaajista (n=7) ei tiennyt mistä rahapelaamiseen voi hakea apua. Edellä mainitut tulokset tulevat esiin kuviossa 9. Kysymys 21 sisälsi myös avoimen jatkokysymyksen, jossa vastaajaa pyydettiin luettelemaan tietämiään avuntarjoajia. Avoimeen kysymykseen vastauksen kirjoitti 22 vastaajaa. Suurin osa vastaajista kirjoitti useita eri avuntarjoajia, ja vastauksissa toistuivat samat toimijat. Yleisimmin vastaajat mainitsivat Peluurin (17). Lisäksi vastaajat mainitsivat muita tahoja, kuten Pelirajat'on, Avominne-klinikat ja GA-ryhmät. Viisi vastaajaa mainitsi kunnalliset avuntarjoajat.

Tiedätkö mistä rahapelaamiseen voi hakea apua?

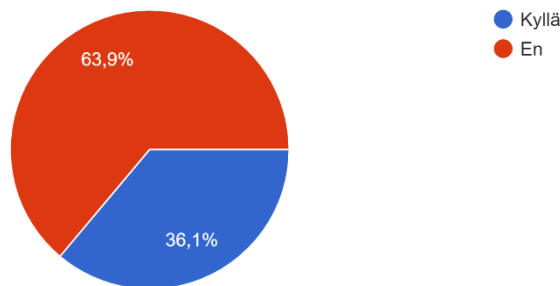
36 vastausta



Kuvio 9. Rahapelaajien tietoisuus avunsaannista.

Vastaajista 36,1 % (n=13) ei ollut ottanut yhteyttä auttavaan puhelimeen tai chattiin. Lähes kaksi kolmasosaa (63,9 %, n=23) vastaajista oli hyödyntänyt matalan kynnyksen anonyymia palvelua (kuvio 10).

Oletko koskaan ottanut yhteyttä auttavaan puhelimeen tai chattiin anonyymisti?
36 vastausta



Kuvio 10. Matalan kynnyksen yhteydenotto.

Kysymykseen liitettiin avoin kysymys kokemuksiin yhteydenotoista. Avoimeen kysymykseen tuli yhteensä 13 vastausta. Vastaajista osa ei kokenut hyötyvänsä anonyymista palvelusta juurikaan. Nämä vastaajat kuvailivat tuntemuksiaan seuraavanlaisesti:

"turha 😊"

"Suora hoitoonohjaus ei onnistu."

"Peluurin puhelimesta en juuri saanut tarvitsemaani tukea."

"Kuulin asiat jotka olin jo lukenut netistä."

"Ei oikein auttanut."

"Puhelu huono."

Osa vastaajista koki saaneensa tukea matalan kynnyksen palvelusta. Nämä vastaajat kuvailivat kokemukstaan näillä sanoilla:

"Erinomainen"

"Huojentava"

"Chat yllätti positiivisesti"

Suurin osa oli saanut jonkinlaista tukea, mutta vastausten perusteella tuki on ollut hetkellistä tai jäänyt vaillinaiseksi.

”Hyvä, mutta en kyennyt lopettamaan.”

”Sain keskusteluapua ja minua ohjattiin ottamaan yhteyttä terveyskeskukseen.

En koskaan ottanut yhteyttä, koska se vain jäi.”

”Ihan hyvä, sain apua sen hetken tunnelmiin.”

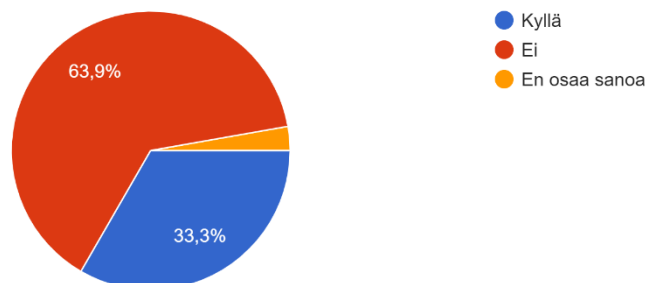
”Hyvä, hetkellisesti.”

6.5 Hoitoon ohjautuvuus

Tutkimusongelmaan ”Miten ongelmapelaajien hoitoon hakeutumista voisi pelaajien mielestä helpottaa?” etsittiin vastausta puheeksiottoon liittyvillä kysymyksillä. Kysymykset olivat seuraavat: ”Onko rahapelaamista otettu puheeksi missään terveydenhuollon yksikössä?” ja ”Pitäisikö rahapelaamisen puheeksiotto liittää esimerkiksi terveystarkastuksen yhteyteen?”. Lisäksi vastaajia pyydettiin arvioimaan hoitoon hakeutumista vaikeuttavia asioita.

Yli puolet vastaajista (63,9 %, n=23) vastasi, että rahapelaamista ei ole otettu puheeksi missään terveydenhuollon yksikössä. Reilu kolmasosa (33,3 %, n=12) vastaajista vastasi, että puheeksiotto on tapahtunut terveydenhuollossa (Kuvio 11).

Onko rahapelaamista otettu puheeksi missään terveydenhuollon yksikössä?
36 vastausta



Kuvio 11. Rahapelaamisen puheeksiotto terveydenhuollon yksikössä.

Kysymykseen liitettiin avoin kysymys, jossa pyydettiin myöntävän vastauksen antaneita avaamaan vastausta. Kaikki 12 vastaajaa (33,3 %) vastasivat jatkokysymykseen: ”Kuka otti rahapelaamisen puheeksi, ja missä yhteydessä?”. Vastauksissa tuli ilmi, että pelaajat olivat pääsääntöisesti ottaneet rahapelaamisen itse puheeksi eri terveydenhuollon yksiköissä. Muutamista vastauksista kävi ilmi, että puheeksiotto oli tapahtunut terveydenhuollon toimesta.

”Mielestäni rahapelaamisesta pitäisi aloittaa puhuminen jo yläasteella, kun puhutaan tupakoinnista yms.”

”Neuvolassa tuli puheeksi mutta se jäi tähän”

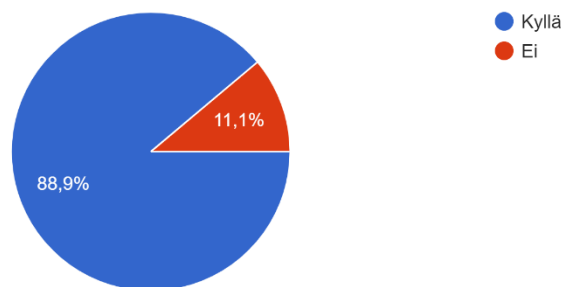
”Itse pyysin apua, kun pelaaminen ajoi itsemurhan partaalle”

”Rahapelaaminen ei kuulu terveydenhoitoon, jos ei erikseen sitä halua.”

”Lääkärin vastaanotolla”

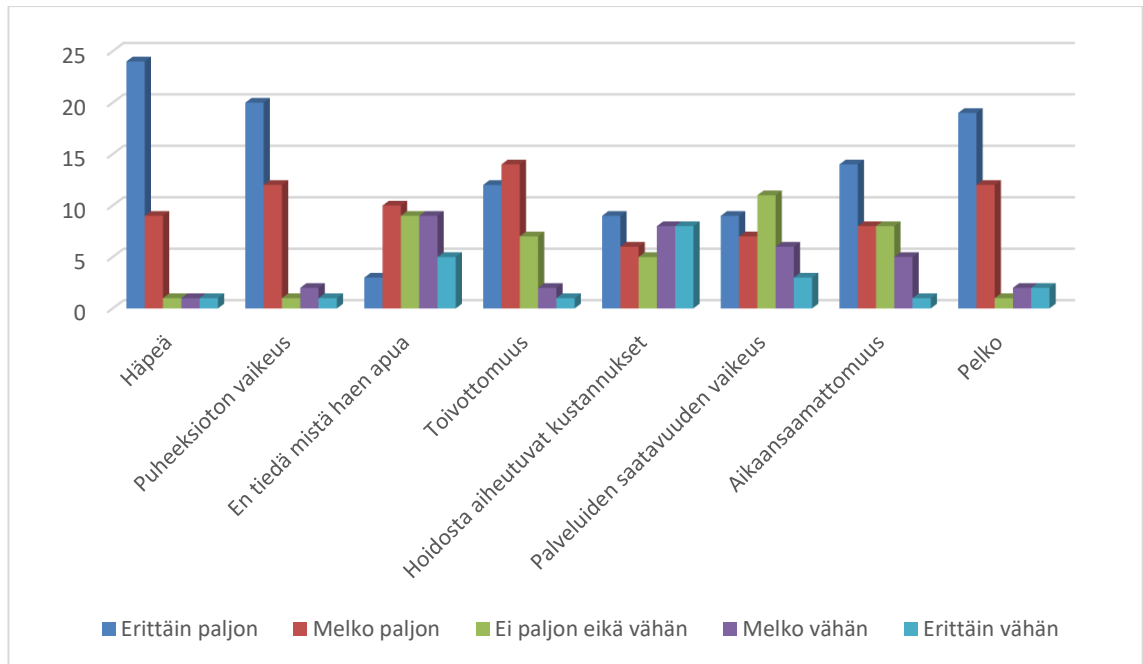
Kuviosta 12 selviää lähes kaikkien (88,9 %, n=32) vastaajien olleen sitä mieltä, että rahapelaamisen puheeksiotto tulisi liittää esimerkiksi terveystarkastuksen yhteyteen. Vain 4 vastaajaa (11,1 %) oli sitä mieltä, että puheeksiottoa ei tarvitse. Heistä kaikki oli miehiä.

Pitäisikö rahapelaamisen puheeksiotto liittää esimerkiksi terveystarkastuksen yhteyteen? (Esim. työterveyshuolto, opiskelijaterveydenhuolto, neuvolapalvelut)
36 vastausta



Kuvio 12. Rahapelaamisen puheeksioton liittäminen terveystarkastuksen yhteyteen.

Opinnäytetyön vastausten perusteella suurimmaksi esteeksi hoitoon hakeutumiselle nousivat häpeä (n=24), puheeksioton vaikeus (n=20), sekä pelko (n=19). Tulokset selviävät tarkemmin alla olevasta kuviosta 13.



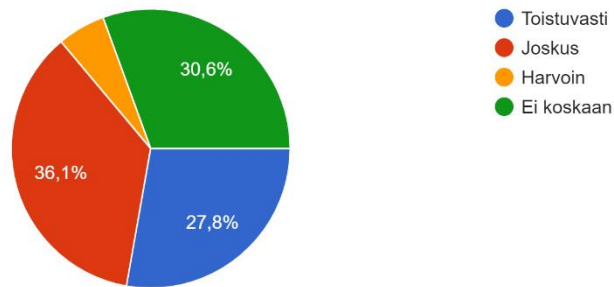
Kuvio 13. Hoitoon hakeutumista vaikeuttavat asiat pelaajien kuvaamana.

6.6 Läheisten huoli ja läheisille valehtelu

Kyselyssä kysyttiin kolme kysymystä, jotka liittyivät läheisten huoleen pelaamisesta sekä rahapelaamisesta valehteluun. Noin kaksi kolmasosaa vastaajista (n=23) vastasi läheisten olleen ainakin joskus huolissaan vastaajan rahapelaamisesta. 27,8 % (n=10) vastaajista vastasi läheisen olevan rahapelaamisesta huolissaan toistuvasti. Tulokset tulevat esiin kuviosta 14. Pelaajan parisuhdeusta ei juuri vaikuttanut siihen, olivatko läheiset olleet huolissaan pelaamisesta. 56,52 % (n=13) parisuhteessa olevan läheinen oli ilmaissut huolensa pelaamisesta.

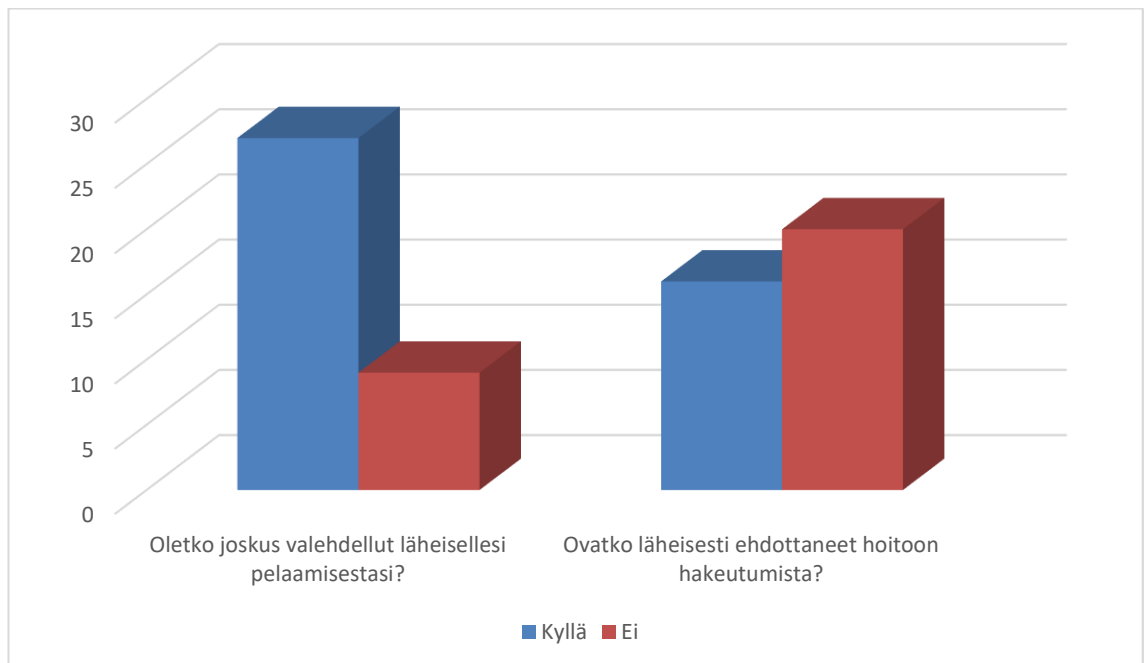
Ovatko läheisesi olleet huolissaan pelaamisestasi?

36 vastausta



Kuvio 14. Läheisten huoli rahapelaamisesta.

Kyselyyn vastanneista kaksi kolmasosaa (75 %, n=27) vastasi joskus valehdelleensa läheiselle pelaamisestaan (Kuvio 15). Heistä 59,7 % (n=16) oli parisuhhteessa. Lähes puolet kyselyyn vastanneiden läheisistä (44,4 %, n=16) oli ehdottanut vastaajalle hoitoon hakeutumista rahapelien pelaamisen vuoksi.



Kuvio 15. Rahapelaamisesta valehtelu läheiselle ja läheisen ehdottaminen hoitoon hakeutumisesta.

6.7 Avoimen kysymyksen tulokset

Tässä osiossa käsitellään kyselyssä olevan vapaan sanan vastauksia. Vapaa sana osioon kyselyssä tuli yhteensä 15 vastausta. Vastauksissa nousi esiin mm. hoitoon hakeutumisen vaikeudet. Vastauksissa tuli ilmi, että hoitoon on vaikea päästä omasta halusta huolimatta ja hoidon koettiin olevan riittämätöntä. Lisäksi vastauksissa toistuivat pelaajien kokemat taloudelliset ongelmat, hoidon kustannukset, puheeksioton vaikeus ja läheisille valehtelu.

Vapaa sana -vastauksissa pelaajat kokivat hoitoon hakeutumisen olevan hankalaa. Avun saaminen oli saattanut kestää kauan ja hoito-ohjelmiin oli täytynyt jonottaa.

”Muistan taistelleen kauan saadakseni apua. Rahaa ei ollut hakeutua yksityiselle hoitoon ja kunnallisessa terveyskeskuksessa ei ollut tietoa tai resursseja pelurin auttamiseen”

”Hoitoon ei pääse noin vain, jouduin jonottamaan peli poikki ohjelmaan useamman kuukauden”

Pelaajien mukaan rahapelaamista ei ymmärretä ongelmana, tai julkisessa terveydenhuollossa ei ole tietoa, eikä resursseja rahapeliongelmosta kärsivän auttamiseen.

”Julkisessa terveydenhuollossa ei ole riippuvuussairauksista oikeanlaista sairauskäsittelyä. Tietotaito puuttuu lähes joka kunnasta.”

”Rahapeliriippuvuus on selkeästi isompi ongelma kuin ajatellaan. Hoitoa saa, jos osaa hakea oikeasta paikasta. Toisaalta esimerkiksi työterveyden puolella oltiin tässä asiassa vielä ”lastenkengissä”, lääkäri vähätteli asiaa eikä osannut tarjota tukea ja apua”

Joissakin vastauksissa ilmeni epäilyä suomalaisen rahapeliriippuvuuden hoidon laatua kohtaan. Osalla vastaajista mietitytti myös hoidon kustannukset.

”Peliriippuvuuden hoito on todella kallista ns. laitoshoidossa. Peliriippuvaisilla tuskin on kovin monella tähän varaa, kun ovat veloissa muutenkin.”

”Riippuvuussairauksia hoidetaan keinoilla, jotka ylläpitävät riippuvuutta ja mahdollistavat sen jatkumisen.”

Avoimissa vastauksissa nousi esiin hoitoon hakeutumisen esteinä häpeä ja toivottomuus. Hoitoon hakeutumisen vaikeutta kysyttiin myös suljetulla kysymyksellä, jossa vastaukset olivat samankaltaisia.

”Minua hävettää, että pelaan niin paljon enkä uskalla sitä kenellekään myöntää.”

”Elämä tuntuu toivottomalle varsinkin, jos on onnistunut saamaan talouden epätasapainoon, tällaisessa tilanteessa ei välttämättä hakeudu avun piiriin tai ei saa apua. Tällaiset tilanteet sitten saattavat aiheuttaa epätoivoisuuden lisääntymisen siihen pisteeseen saakka, että ihminen ei enää kestä omaa pahaa oloaan ja päättää päivänsä, tappaa itsensä, kun kuvittelee että kaikki on loppu. Todellisuudessa mikäli ihminen saisi apua ajoissa, niin saataisiin toivo heräämään, että tällaisistakin ongelmista voi selvitä.”

Useat vastaajat toivat esille liiallisen pelaamisen aiheuttavan ongelmia fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella toimintakyvyn alueella. Rahapelaaminen koettiin kokonaisvaltaisena ongelmana. Pelaaminen aiheutti esimerkiksi henkistä stressiä, ahdistusta ja unettomuutta.

”Rahapelaaminen voi aiheuttaa todella isoja ongelmia, liitännäissairauksina voi tulla pahoja mielenterveydenhäiriöitä. Esim. peliriippuvuuden seurauksena tulee usein pahoja ahdistuskohtauksia”

”Rahapelaaminen aiheuttaa minulle henkistä stressiä ja en saa öisin nukuttua.”

”Peliriippuvuus aiheuttaa paljon henkisiä ja fyysisiä oireita ja julkisella puolella ei ole ymmärrystä siitä, että hoitamalla riippuvuutta oikeanlaisessa hoitopaikassa saadaan paljon pysyvämpiä tuloksia jokaiseen osa-alueeseen elämässä.”

Pelaajat kokivat rahapelaamisen lopettamisen jälkeen hankalaksi sen, että riippuvuutta ruokkivia ärsykejä on lähes joka paikassa.

”Peliriippuvaiselle annetaan myös koko ajan ärsykejä, mainoksia tv:ssä, sähköpostilla, tekstiviesteillä ja somessa. Lakeja ja rajoja olisi hyvä asettaa näitä vastaan.”

”Se kun on rekisteröitynyt monille kasinoille, on vaikeaa lopettamisen jälkeen, kun mainoksia tulee jatkuvasti ja se on iso työmaa saada kaikki tilit suljettua ja mainokset estettyä.”

Vastauksista ilmeni toive siitä, että pelaamisesta puhuttaisiin julkisuudessa enemmän. Myös pelaamisen lopettamisen vaikeus nostettiin esille.

”Olen ollut 145 päivää pelaamatta. Edellinen pelaamattomuusjaksoni oli melkein 2 vuotta. Pelihistoriaa minulla on 17 vuotta. Pelaamisesta pitäisi puhua enemmän julkisuudessa.”

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelua ja yhteenvetoa tuloksista

Useissa tutkimuksissa on todettu rahapeliongelman johtavan taloudellisiin vaikeuksiin. Pelaamista rahoitetaan pikavipeillä, luottokorteilla, pankin kulutusluotoilla sekä lainaamalla rahaa ystäviltä ja sukulaisilta. (Castrén & Lahti 2015, 70; Huttunen 2015, 2248.) Myös tämän opinnäytetyön vastauksista ilmeni pelaajien rahoittavan pelaamista lainarahalla. Yli 70 % kyselyyn vastanneista kertoi lainanneensa pelaamisen vuoksi rahaa. Hofmarcher ym. (2020) mukaan rahapelaajat saattavat pitää rahapelejä ratkaisukeinona heikkenevään taloudelliseen tilaan, jonka vuoksi pelaamiseen ollaan valmiita käyttämään lainattua rahaa. (Hofmarcher ym. 2020.)

Lähes kaikki (92,3 %, n=12) päivittäin rahapelejä pelaavat olivat täysin samaa mieltä siitä, että rahapelaaminen vaikuttaa haitallisesti arkeen ja he tarvitsevat tukea pelaamisen lopettamiseen. Heistä 76,9 % (n=10) vastasivat luvun 8-10 (10=tarvitsen runsaasti tukitoimia) siihen, kuinka todennäköisesti pystyy vähentämään pelaamista ilman tukitoimia. Silti päivittäin rahapelejä pelaavista lähes puolet (46,2 %, n=6) vastasi, ettei ole koskaan ottanut yhteyttä auttavaan puheliimeen tai chattiin. Kaikki (100 %) päivittäin pelaavista tiesivät kuitenkin mistä rahapelaamiseen voi hakea apua. Päivittäin pelaavista matalan kynnyksen palveluun oli ottanut yhteyttä (53,9 %, n=7), mutta avointen vastausten perusteella suurin osa ei kokenut saavansa merkittävää hyötyä palvelusta. Vastauksista tuli ilmi, että puhelu oli auttanut vain hetkellisesti tai ei juuri ollenkaan. Yksi vastaajista koki lukeneensa netistä samat tiedot, mitä puhelussa hänelle kerrottiin. Avoimissa vastauksissa tuli myös esille se, että suora hoitoonohjaus ei matalan kynnyksen yhteydenotossa onnistu. Siksi tärkeä kehityskohde olisi matalan kynnyksen palvelut. Palvelu on tärkeä säilyttää anonymyminä, mutta pelaajan niin halutessaan hoitoon ohjauksen tulisi onnistua palvelun kautta. Matalan kynnyksen palveluun voisi liittää esim. takaisinsoittopalvelun hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi. Näin hoitoon ohjautuvuus ei jäisi yksistään pelaajan vastuulle.

Suurin osa kyselyyn vastanneista toivoi, että pelaaminen otettaisiin puheeksi terveydenhuollossa. Kyselyn tulosten perusteella pelaamisen puheeksioton voisi liittää perusterveydenhuollon eri tarkastuksiin rutiinisti AUDIT-kyselyn tavoin. Pelaamisesta voisi olla lyhyt kysely esimerkiksi työterveyshuollossa, äitiysneuvolassa ja opiskelijaterveydenhuollossa.

Vähintään kerran viikossa pelaavien (n=28) mielestä häpeä nousi suurimmaksi esteeksi hoitoon hakeutumiselle. 92,9 % heistä vastasi häpeän vaikuttavan vähintään melko paljon. Myös Hofmarcher ym. (2020) toteavat tutkimuksessaan pelaajien kokevan häpeää, syyllisyyttä ja leimautumisen pelkoa. (Hofmarcher ym. 2020.) Myös puheeksiotto koettiin hoitoon hakeutumista vaikeuttavana asiana, sillä 89,3 % (n=25) vastasi sen vaikuttavan vähintään melko paljon. Toivottomuus vaikutti hoitoon hakeutumista hankaloittavana tekijänä 3/4 (71,4 %, n=20) viikoittain pelaavista henkilöistä. Sen sijaan hoidon kustannuksia ei pidetty niin vaikeuttavana tekijänä, koska yli puolet (57,1 %, n=16) vastasi kustannusten vaikuttavan hoitoon hakeutumiseen erittäin vähän tai melko vähän.

Vastauksista ilmeni peliriippuvuuden aiheuttaneen ahdistusta ja henkistä stressiä. Rahapelaaminen koettiin kokonaisvaltaisena ongelmana, johon voi liittyä monenlaisia henkisiä ja fyysisiä oireita. Pelaajat kokivat ahdistuneisuutta myös rahapelaamisen aikana, sillä kaikista päivittäin rahapelejä pelaavista kolme viidesosaa (62,5 %, n=10) vastasivat ahdistuneisuuden kuvaavan ”erittäin hyvin” tuntemusta rahapelaamisen aikana. Alho & Lahti (2015) mukaan ongelmapelaaminen voi aiheuttaa monenlaisia, kokonaisvaltaisia haittoja fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella osa-alueella. (Alho & Lahti 2015, 11). Castrén & Lahti (2015) mainitsee rahapelaamisen aiheuttavan monenlaisia terveysongelmia kuten stressiä, unettomuutta, päänsärkyä ja alakuloisuutta. (Castrén & Lahti 2015, 70).

Kyselyssä oli yksi kysymys lähes suoraan Lie/Bet:n mittarista, jolla seulotaan rahapeliriippuvuutta. Kyselyssä käytetty kysymys oli: ”Oletko joskus valehdellut läheisellesi pelaamisestasi?” Kaikista vastaajista 75 % (n=27) oli valehdellut läheiselleen rahapelaamisesta. Heistä lähes kaikki (89 %, n=24) vastasivat, että läheinen on ilmaissut huolensa rahapelaamisesta harvoin, joskus tai toistuvasti.

Rahapeleihin käytetty runsas aika ja rahamäärä voivat johtaa perhe- ja suhdeongelmiin. (Hofmarcher ym. 2020.)

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuudesta puhuttaessa erotetaan kaksi perustetta: validiteetti ja reliabiliteetti. Toimivia suomennoksia validiteetille ja reliabiliteetille voisivat olla pätevyys ja tarkkuus. Validiteetti kuvaa sitä, onko tutkimukseen valittu menetelmä sopiva ja mitataanko sitä mitä piti. Tutkimusmenetelmän validiteettia voidaan tarkastella monin tavoin. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa sitä, miten hyvin aineistosta saadut tulokset voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Yleistettävyyden vuoksi on tärkeää arvioida, kuinka hyvin tutkimusotos edustaa perusjoukkoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 189–191.) Tämän opinnäytetyön kyselyn vastausten vähäisen määrän (36) vuoksi tuloksia ei voida kovin hyvin yleistää perusjoukkoon. Vastaajien pieni lukumäärä heikentää myös tutkimuksen luotettavuutta. Sisäinen validiteetti tarkoittaa sitä, että tulokset johtuvat vain asetelmasta, eikä tuloksiin sekoitu muita tekijöitä. Sisäisen validiteetin uhkina voidaan pitää mm. valikoitumista, historiaa, kontaminaatiota. Tässä tutkimuksessa sisäisen validiteetin uhkana on erityisesti valikoituminen. Valikoituminen tarkoittaa sitä, että vain hyvät vastaajat seuloutuvat mukaan tutkimukseen. Tähän kyselyyn vastanneet ovat myöntäneet rahapeliongelman olemassaolon jollakin tasolla, ja ovat siksi voineet valikoitua vastaajiksi. Sen sijaan ongelman kieltäneet peliriippuvaiset eivät välttämättä ole vastanneet kyselyyn lainkaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 191–195.)

Mittarin luotettavuus korreloi koko tutkimuksen luotettavuutta. (Metsämuuronen 2011, 53). Tämän tutkimuksen validiteettia tarkasteltaessa voidaan todeta, että kvantitatiivinen tutkimus oli sopiva menetelmä tutkia aihetta. Kyselylomakkeen kysymykset olivat pääosin onnistuneita ja mittasivat tarkasteltavia asioita, joka lisää tutkimuksen luotettavuutta. Kyselylomake oli avoin kaikille, mutta sitä on jaettu vain peliongelmaisten hoitoon keskittyneiden organisaatioiden kautta, joka lisää luotettavuutta. Kyselyn saatekirjeessä on kerrottu tutkimuksen tekijöiden

koulutuksesta, kyselyn anonymiteetistä, sekä tavoitteista tutkimukselle. Saatekirjeessä on korostettu aiheen herkkyyden vuoksi sitä, ettei vastaajaa voida tunnistaa.

Reliabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen. Se on sitä parempi, mitä vähemmän siinä on mittausvirheitä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 160,165.) Valli (2015) määrittelee reliabiliteetin tutkimuksen kyvyksi antaa ei sattumanvaraisia tuloksia eli se mittaa siis tutkimuksen luotettavuutta. Reliabiliteetti on sitä parempi, mitä vähemmän sattuma on vaikuttanut tuloksiin. Mittareiden oikea valinta ja niiden soveltuvuus kyseisen mittauskohteen mittaamiseen parantaa tutkimuksen luotettavuutta. Vastaavasti luotettavuutta heikentää epäsopivan mittarin käyttö. Mitä tarkempia tuloksia halutaan, sitä tarkempi tulee mittarin olla. (Valli 2015, 139.) Tämän tutkimuksen kyselylomake oli laadittu huolellisesti ja mittarin kysymykset oli esitettävästi. Mittarin esitetauksesta huolimatta kyselylomakkeen yksi kysymys oli käsitetty toistuvasti eri tavoin, miten laatijat olivat sen ajatelleet. Kysymys puheeksiotosta oli käsitetty väärin. Osa oli vastannut puheeksioton tapahtuneen terveydenhuollossa, mutta oli itse ottanut rahapelaamisen puheeksi. Kysymyksessä olisi pitänyt selkeämmin ilmaista puheeksiotolla tarkoitettavan ammattilaisen puolelta tapahtuvaa puheeksiottoa. Kysymyksen olisi voinut pilkkoa kahteen osaan, jolloin olisi kysytty sekä itse tapahtuvaa ja ammattilaisen puolelta tapahtuvaa puheeksiottoa.

7.3 Tutkimuksen eettisyys

Hoitotieteellisessä tutkimuksessa eettisinä lähtökohtina ovat mm. anonymiteetti, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, vapaaehtoisuus ja haavoittuvat ryhmät. Tutkimukseen osallistuminen tulee olla vapaaehtoista ja tutkittavan tulee olla tietoinen, mihin on osallistumassa ja miksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 217–219.) Tutkimuksessa tulee huomioida, ettei tuloksia kaunistella (Hirsjärvi ym. 2009, 26). Tutkimus täyttää eettisyyden kriteerit. Kyselyyn vastanneiden henkilöllisyydet eivät ole selvitettävissä vastausten perusteella. Anonyymina vastaaminen juuri tässä tutkimuksessa korostuu, koska usealle ongelmapelaaminen ja etenkin riippuvuus ovat arka ja häpeällinen aihe. Tavoitteena oli, että pelaajat kokevat kyselyyn vastaamisen turvallisena. Opinnäytetyön tekijät ovat pyrkineet

rehellisyyteen ja huolellisuuteen työn jokaisessa vaiheessa. Vastauksia on käsitelty ja analysoitu ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden toimesta. Kyselyn avoimista vastauksista on nostettu esiin ainoastaan ne asiat, jotka tuovat tähän tutkimukseen lisäarvoa. (TENK 2019.)

Opinnäytetyön laatimisessa ja tulosten raportoinnissa on toimittu eettisten periaatteiden mukaisesti. Kirjoittamisessa pyrittiin rehellisyyteen välttämällä plagiointia ja käyttämään vain luotettavia lähteitä. (TENK 2019.) Raportti on laadittu Lapin ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeiden mukaisesti ja lähdemerkinnät sekä viittaukset ovat asianmukaiset. Tässä tutkimuksessa ei tarvittu erillistä tutkimuslupaa miltään organisaatiolta, vaan tutkimuksessa on toimittu Lapin ammattikorkeakoulun yleisellä tutkimusluvalla. Kyselyn saatekirjeessä on ilmaistu motiivi tutkimuksen tekemiseen, sekä informoitu tulosten käyttämisestä opinnäytetyössä. Kyselyyn vastannut vastaaja on itse antanut tietoisensa suostumuksensa tietojen käsittelyyn. Aineistoa on säilytetty sähköisessä muodossa salasanan takana vain tutkimuksen tekijöiden saatavilla, eikä tutkimusaineistoa ole luovutettu ulkopuolisille. Aineisto hävitettiin tietokoneelta tutkimuksen päätyttyä. (TENK 2019.)

7.4 Jatkotutkimusaiheet

Suomessa peliriippuvuuteen ja sen hoitoon liittyviä tutkimuksia on tehty melko vähän, ja tutkijoina esiin nousevat samat nimet. Tutkimusta tehdessä nousi esille useita eri jatkotutkimusaiheita. Useissa eri laadullisissa tutkimuksissa peliriippuvaisen kokemuksia ja arkea on tutkittu läheisen näkökulmasta. Tutkimuksissa nousi esiin tarpeellisuus tutkia lisää läheisen avuntarvetta ja huomioimista peliriippuvaisen hoidossa. Peliriippuvaisen omista tuntemuksista ja omasta näkökulmasta tarvitaan lisää validia tietoa. Tämä voi asettaa mm. eettisiä haasteita tutkijalle, koska useiden eri tutkimusten ja näyttöön perustuvan tiedon mukaan riippuvainen on usein sairaudentunnoton eikä kykene näkemään omaa tilaansa. Laadullista tutkimusta voisi tehdä jo ensimmäisellä parantumisaskeleella oleville, eli niille peliriippuvaisille, jotka näkevät omassa toiminnassaan ongelman.

Suomessa peliriippuvuuden hoito on melko hajanaista, yhtenäistä hoitosuositusta ei ole ja hoito tapahtuu monien eri toimijoiden kautta. Peliriippuvuuden hoitoon vaikuttaa myös alueelliset erot ja henkilöstön erityisosaaminen. Jatkotutkimusta voisi tehdä matalan kynnyksen palveluista ja niiden kautta hoitoon ohjautuvuudesta pelaajan kokemana. Mielenkiintoinen laadullinen tutkimus voisi olla hoitoon hakeutuneiden peliriippuvaisten hoitoon hakeutumisprosessista ja kokemuksista hoidon laadusta sekä hoitoon sitoutumisesta. Tärkeitä jatkotutkimusaiheita on myös pelaajien kokemukset hoitotyön mallista Suomessa, peliriippuvaisten taloudelliset ongelmat sekä puheeksiotto sairaanhoitajan vastaanotolla.

7.5 Oma pohdinta

Opinnäytetyön tekeminen on ollut kokonaisuudessaan antoisa ja opettavainen, mutta haastava prosessi. Teimme opinnäytetyön kahdestaan, ja olemme kokeneet parityöskentelyn voimavarana. Keskustelu ja mielipiteiden vaihto työparin kanssa ovat rikastuttaneet prosessia. Aihe on herättänyt meissä intohimoisia ja kiivaitakin keskusteluja. Aikataulujen yhteensovittaminen on ollut välillä vaikeaa, mutta toisaalta lähekkäin asuminen on mahdollistanut lyhyetkin tapaamiset. Olemme kirjoittaneet lähes kaiken yhdessä. Teorian kirjoitusprosessia on hankaloittanut etenkin suomalaisten lähteiden yksipuolisuus.

Opinnäytetyöprosessin raskaimmaksi työvaiheeksi koimme suunnitelmavaiheen. Oivalsimme ja sisäistimme tutkimustyöstä monta asiaa vasta kesken tutkimusprosessia. Molemmille tämä opinnäytetyö oli ensimmäinen, ja olemme joutuneet monia asioita pohtimaan ja kirjoittamaan useaan kertaan. Aikataulujen pitäminen oli haastavaa. Aikataulut pettivät erityisesti suunnitelmavaiheessa sen vaativuuden vuoksi. Lisäksi pidensimme kyselylomakkeen aukioloaikaa vähäisten vastausten vuoksi. Kesken suunnitelmavaiheen meillä vaihtui opinnäytetyön ohjaava opettaja. Ohjaajan vaihtumisen jälkeen työ on edistynyt helpommin ja nopeammin. Ohjaavan opettajan suorat kommentit, kannustava ja ohjaava työote, sekä nopea yhteydenpito ovat auttaneet meitä sisäistämään monia asioita.

Opinnäytetyön aihealueeseen olemme erittäin tyytyväisiä. Tutkimusaihetta olisi kuitenkin pitänyt rajata ja tarkentaa huomattavasti enemmän. Tutkimusongelmat

olisivat voineet keskittyä enemmän yhteen teemaan, sekä kapeampaan aihealueeseen. Kyselylomakkeen tekeminen oli mielenkiintoista, ja se nähtiin onnistuneena myös esitestauksen jälkeen. Prosessin edetessä ja vastauksia analysoitaessa ymmärsimme etenkin monien taustatietokysymysten olleen turhia. Peliriippuvuudesta kyselyssä oli paljon hyviä kysymyksiä, jotka vastasivat tutkimusongelmiin. Vastaajien vähäinen lukumäärä, sekä naisvaltaisuus aiheuttivat analysoinnissa haasteita. Kaiken kaikkiaan olemme saanut hyvin laajan näkemyksen peliriippuvuudesta, sen hoidosta ja rahapelaamiseen liittyvistä ilmiöistä.

Aluksi yhteistyökumppanin puuttuminen häiritsi meitä, ja selvitimme asiaa pitkään. Yhteistyökumppanin kariutuminen johtui lähinnä aikatauluongelmista, mutta lopulta olemme tyytyväisiä, ettemme tehneet tutkimusta tietylle toimijalle. Alkuperäinen suunnitelma oli itse jakaa kyselylomaketta sosiaalisessa mediassa ja julkisissa tiloissa. Prosessin edetessä pohdimme tutkimuksen luotettavuutta enemmän ja kohderyhmän tavoitettavuutta, joten päädyimme ottamaan yhteyttä peliriippuvaisia hoitaviin yksiköihin kyselyn jakamista varten. Yleisesti kyselyä jakamalla olisimme saaneet todennäköisesti enemmän vastauksia, mutta vastaukset olisivat koostuneet pääosin kohderyhmän ulkopuolelta. Halusimme kyselylomakkeeseen vastauksia nimenomaan ongelmapelaajilta. Peliriippuvuuden hoitoon keskittyneiden yksiköiden kautta kyselyä jaettuna saimme vastauksia juuri heiltä, jotka kokevat pelaamisen ongelmalliseksi.

LÄHTEET

- Ahonen, J. & Halinen, I. 2008. Yhteisöllinen avohoito rahapeliongelmaisten tukena. Mallin kehittäminen ja yhteisöhoiton vaikutukset. Stakesin raportteja 12/2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Alho, H., Castrén, S., Lahti, T. & Salonen A. 2014. Rahapeliiriippuvuuden diagnostiikka muutoksessa. *Lääkärilehti* 7/2014. VSK 69, 469–472.
- Alho, H., Castrén, S., Lahti, T. & Salonen A. 2015. Rahapeliongelmaisten hoito on vielä hajanaista. *Lääkärilehti* 10/2015. VSK 70, 650–655.
- Alho, H. & Lahti, T. 2015. Rahapelaamisen monet ulottuvuudet. Teoksessa H. Alho, P. Heinälä, K. Kiiänmaa, T. Lahti & A. Murto (toim.) *Rahapeliiriippuvuus*. Helsinki: Duodecim, 6–14.
- Avellan, M. 2013. Suomalaisen rahapelaamisen vuosikirja 2012. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos.
- Avominne. 2020. Riippuvuushoidot. Viitattu 11.11.2020 <https://www.avominne.fi/riippuvuushoidot>.
- Battersby, M., Crisp, B., Lawn, S. & Riley, B. 2020. “When I’m not angry I am anxious”: The lived experiences of individuals in a relationship with a non-help-seeking problem gambler—A hermeneutic phenomenological study. *Journal of Social and Personal Relationships*, Vol 37: Issue 8–9.
- Castrén, S., Hellman, M., Järvinen-Tassopoulos, J., Kontto, J., Lahdenkari, M., Lind, K., Salonen, A. & Selin, J. 2019. Rahapelaaminen, rahapelihaitat ja rahapelien markkinointiin liittyvät mielipiteet kolmessa maakunnassa. *Rahapelikyselyn 2016–2017 perustulokset yksinoikeusjärjestelmän uudistuksessa*. THL tilastoraportti 4/2019. Viitattu 20.11.2020 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137804/URN_ISBN_978-952-343-301-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Castrén, S. & Lahti, T. 2015. Rahapeliongelman tunnusmerkit, vaiheet ja pelaamisen motiivit. Teoksessa H. Alho, P. Heinälä, K. Kiiänmaa, T. Lahti & A. Murto (toim.) *Rahapeliiriippuvuus*. Helsinki: Duodecim, 70–71.
- Castrén, S. & Salonen, A. 2015. Rahapeliongelman puheeksiotto ja arvioinnissa käytettävät mittarit. Teoksessa H. Alho, P. Heinälä, K. Kiiänmaa, T. Lahti & A. Murto (toim.) *Rahapeliiriippuvuus*. Helsinki: Duodecim, 84–85.
- Chang, Y., Demetrovics, Z., Király, O., Ko, C. & Yen, J. 2020. Identifying individuals in need of help for their uncontrolled gaming: A narrative review of concerns and comments regarding gaming disorder diagnostic criteria. *Journal of Behavioral Addictions*, online first. Viitattu 6.10.2020 <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00058>.
- Clark, M. 2011. Conceptualising Addiction: How Useful is the Construct? *International Journal of Humanities and Social Science*, Vol 1: 13, 54-59. Viitattu

1.11.2020 http://www.ijhssnet.com/journals/Vol_1_No_13_Special_Issue_September_2011/8.pdf.

Crisp, B., Jackson, A., Thomas, S. & Thomason, N. 2001. Partners of Problem Gamblers Who Present for Counselling: Demographic Profile and Presenting Problems. *Journal of Family Studies* 7:208–216.

Dickson-Swift, V.A., James, E. & Kippen, S. 2005. The experience of living with a problem gambler: Spouses and partners speak out. *Journal of Gambling Issues* 13, 1– 22.

Efrati, Y., Neumark, Y., Rassovsky, Y., Yadid, G. & Zilberman, N. 2018. Personality profiles of substance and behavioral addictions. *Addictive Behaviors*, 82:7, 174–179. Viitattu 6.10.2020 https://www.researchgate.net/publication/323600262_Personality_profiles_of_substance_and_behavioral_addictions.

Efrati, Y., Rassovsky, Y., Yadid, G. & Zilberman, N. 2019. Negative and positive life events and their relation to substance and behavioral addictions. *Drug and Alcohol Dependence* vol 204. Viitattu 6.10.2020 <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107562>.

Hagfors, H. & Salonen, A. 2020. Rahapelaamiseen liittyvät asenteet ja mielipiteet – Suomalaisten rahapelaaminen 2019. Enemmistö kannattaa rahapeliautomaattien sijoittamista erillisiin pelisaleihin. THL- Tilastoraportti 24/2020. Viitattu 11.9.2020 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140192/Suomalaisen%20rahapelaaminen%2c%20asenteet%20ja%20mielipiteet%202019_tilastoraportti.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Hagfors, H., Kontto, J., Lind, K. & Salonen, A. 2020. Rahapelaaminen ja peliongelma -Suomalaisten rahapelaaminen 2019. Rahapeliä pelaaminen riskitasolla on vähentynyt. THL-Tilastoraportti 8/2020. Viitattu 30.11.2020 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139636/Suomalaisen%20rahapelaaminen%20ja%20peliongelmat%202019_tilastoraportti%2017.4.20.._.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Bookwell Oy.

Hirschovits-Gerz, T. 2014. Suomalaisten riippuvuuksia koskevat mielikuvat. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Akateeminen väitöskirja.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu. painos. Helsinki: Tammi.

Hofmarker, T., Håkansson, A., Persson, U., Spångberg, J. & Romild, U. 2020. The societal costs of problem gambling in Sweden. *BMC Public Health* 20: 1921. Viitattu 5.1.2021 <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-10008-9>.

Holmberg, J., Partanen, A. & Salo-Chydenius. 2015. Riippuvuuskäyttäytyminen. Teoksessa J. Holmberg, M. Inkinen, M. Kurki, A. Partanen & S. Salo-Chydenius Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro, 124–128.

Huotari, K. 2007. Pelaaminen hallintaan. Kuntoutus- ja koulutusohjelman ulkoinen arviointi. Dark Oy – Hansa Direct: Helsinki.

Huttunen, M. 2015. Miten pelihimo pääsee valloilleen?. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 131, 2 245–2 250.

Jaakkola, T. 2008. Pelihimo – Miten tunnistaa salattu ongelma?. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 124:5, 504–510.

Jaakkola, T. & Karjalainen, S. 2016. Työelämä pelissä. Tietoa rahapelihaittojen tunnistamisesta ja ehkäisemisestä työyhteisössä. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.

Jaakkola, T. 2020. Rahapelaaminen kannattaa ottaa puheeksi. Lääkärilehti 1-2/2020. VSK 75, 56–57.

Järvinen, M. 2020. Motivoiva haastattelu. Käypä hoito -suositus. Viitattu 11.11.2020 <https://www.kaypahoito.fi/nix02109>.

Kaasinen, V., Kuoppamäki M. & Salonen, R. 2015. Kun peli pelaa pelaajaa: pelihimo, riippuvuus ja lääkkeet. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 131, 2 259–2 264.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kiianmaa, K. 2015. Psyykkinen ja fyysinen riippuvuus rahapelaamisessa. Teoksessa H. Alho, P. Heinälä, K. Kiianmaa, T. Lahti & A. Murto (toim.) Rahapeliriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 55–56.

Kinnunen, J. 2017. Taitoon perustuvat rahapelit verkossa. A-klinikka säätiö. Viitattu 11.11.2020 <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/pelaaminen/taitoon-perustuvat-rahapelit-verkossa>.

Kinnunen, J & Jaakkola, T. 2015. Rahapelit ja -pelaamisen muodot. Teoksessa H. Alho, P. Heinälä, K. Kiianmaa, T. Lahti & A. Murto (toim.) Rahapeliriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 31–48.

Koski-Jännes, A. 2011. Sosiaalipsykologia ja poikkitieteellisyyden haaste. Esimerkkinä addiktiivinen käyttäytyminen ja siitä vapautuminen. Psykologia 46:1, 38–45.

Koski-Jännes, A., Lahti, J. & Rakkolainen, M. 2013. Motivoiva haastattelu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 129, 2 063–2 068.

Lorenz, V.C. & Yaffee, R.A. 1988. Pathological Gambling: Psychosomatic, Emotional and Marital Difficulties as Reported by the Spouse. The Journal of Gambling Behavior 4:1, 13–26.

Lund, P. 2010. Rahapeliongelma. Yksilölle jätetty taakka. Jyväskylä: PS-Kustannus.

- Lundbom, P. & Vuohelainen, E. 2016. Ehkäisevä päihdetyö ammattikorkeakou-
lussa- miksi ja miten? Viitattu 30.11.2020 <https://www.humak.fi/wp-content/uploads/2016/10/preventiimi-a5-netti.pdf>.
- Marttinen, J. 2009. Puolison kokemuksia peliongelmaista. Kuopion yliopisto. So-
siaalipsykologia. Pro gradu -tutkimus.
- Metsämuuronen, J. 2011. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Hel-
sinki: International Methelp Oy.
- Murto, A & Mustalampi, S. 2015. Rahapelaamisen yhteiskunnallinen merkitys.
Teoksessa H. Alho, P. Heinälä, K. Kiiänmaa, T. Lahti & A. Murto (toim.) Raha-
peliriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 16–21.
- Mäkelä, J. 2018. Kun pelihimo ottaa vallan. Peliriippuvuus ja siitä selviäminen.
Helsinki: Jenna Mäkelä & Minerva Kustannus Oy.
- Niemelä, S. 2020. Muutosvaihemallin mukainen hoitosuunnitelma. Käypä hoito -
suositus. Viitattu 11.11.2020 <https://www.kaypahoito.fi/nix02543>.
- Patford, J. 2009. For Worse, for Poorer and in Ill Health: How Women Experi-
ence, Understand and Respond to a Partner's gambling problems. International
Journal of Mental Health and Addiction 7, 177–189.
- Pajula, M. 2004. Kolikon toisella puolella. Ongelmapelaajan läheisen maailma.
Helsingin Yliopisto. Sosiaalityö. Pro gradu -tutkielma.
- Pajula, M. 2007. Ongelmapelaajan läheinen: sairastunut vai selviytyjä? Selvitys raha-
peliongelman vaikutuksista läheisiin. Stakes. Viitattu 11.11.2020
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193935>.
- Pajula, M. 2013. Peluuri puolivuosisraportti 2013. Viitattu 16.11.2020
https://www.peluuri.fi/sites/default/files/2020-10/Puolivuosisraportti_2013.pdf.
- Pajula, M. & Sjöholm, M. 2015. Avohoito A-klinikoilla. Teoksessa H. Alho, P.
Heinälä, K. Kiiänmaa, T. Lahti & A. Murto (toim.) Rahapeliriippuvuus. Helsinki:
Duodecim, 139.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmeto-
diikka. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Peliklinikka. 2020. Yleistä peliklinikasta. Viitattu 11.11.2020 [https://pelikli-
nikka.fi/peliklinikka/yleista-peliklinikasta-2/](https://pelikli-
nikka.fi/peliklinikka/yleista-peliklinikasta-2/).
- Pelirajat'on. 2014. Pelirajat'on sai kohdennetun toiminta-avustuksen. Viitattu
11.11.2020 [https://pelirajaton.fi/pelirajaton-sai-kohdennetun-toiminta-avustuk-
sen/](https://pelirajaton.fi/pelirajaton-sai-kohdennetun-toiminta-avustuk-
sen/).
- Pelo, M. 2011. Nykyajan riippuvuudet. Viitattu 30.11.2020 [https://yle.fi/aihe/ar-
tikkeli/2011/03/15/nykyajan-riippuvuudet](https://yle.fi/aihe/ar-
tikkeli/2011/03/15/nykyajan-riippuvuudet).
- Peluuri. 2020a. Rahapeliautomaatin palautusprosentti. Viitattu 11.11.2020
<https://www.peluuri.fi/tietopankki/rahapeliautomaatin-palautusprosentti>.

Peluuri. 2020b. Mitä rahapeliongelma on? Viitattu 2.11.2020 <https://www.peluuri.fi/pelaajalle/peliongelma>.

Peluuri. 2020c. Tukea talous- ja velkaongelmiin Viitattu 11.11.2020 <https://www.peluuri.fi/hae-apua/tukea-talous-ja-velkaongelmiin>.

Peluuri. 2020d. Peluurin auttava puhelin ja chat tukee, neuvoo ja ohjaa peliongelmissa. Viitattu 16.11.2020 <https://www.peluuri.fi/peluuri/peluurin-auttava-puhelin-ja-chat>.

Räsänen, T. 2016. Terveys pelissä. Nuorten rahapelaamisen yhteys riskikäyttäytymiseen. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Akateeminen väitöskirja.

Salonen, A. & Raisamo, S. 2015. Suomalaisten rahapelaaminen 2015. Rahapelaaminen, rahapeliongelmat ja rahapelaamiseen liittyvät asenteet ja mielipiteet 15-74-vuotiailla. Raportti 16/2015. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

Seppä, S. 2013. Pelikuntoutuskurssi ongelmapelaajan tukena. Jyväskylän yliopisto. Sosiaalityö. Pro gradu -tutkielma.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma. Alkoholien, huume- ja rahapelihaittojen sekä tupakoinnin vähentäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2015:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Svetieva, E. & Walker, M. 2008. Inconsistency between concept and measurement. The Canadian Problem Gambling Index (CPGI). Journal of Gambling Issues 22, 157–173. Viitattu 5.1.2021.

Taipale, J. 2017. Addiktio on ymmärrettävä laajemmin. Näkökulma Potilaan lääkärilehden www-sivuilla 18.10.2017. Viitattu 10.04.2020 <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/addiktio-on-ymmarrettava-laajemmin/>.

TENK. 2019. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Eettinen ennakoarviointi ihmistieteissä. Viitattu 3.12.2020 <https://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi-ihmistieteissa>.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Tammi.

Valli, R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Vehkalahti, K. 2019. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Viitattu 1.12.2020 <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/305021/Kyselytutkimuksen-mittarit-ja-menetelmat-2019-Vehkalahti.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Veikkaus. 2020a. Mikä veikkaus on? Viitattu 7.12.2020 <https://www.veikkaus.fi/fi/yritys#!/yritystietoa/mika-veikkaus-on>.

Veikkaus. 2020b. Otamme peliongelmat vakavasti. Viitattu 7.12.2020 <https://www.veikkaus.fi/fi/yritys#!/vastuullisuus/peliongelmien-ehkaisy>.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

LIITTEET

- Liite 1. Saatekirje
- Liite 2. Kyselylomake

Liite 1

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Lapin ammattikorkeakoulusta.

Teemme opinnäytetyötä yli 25-vuotiaiden rahapelaamisesta, peliriippuvuudesta ja hoitoon ohjautuvuudesta.

Haluamme tutkia niiden rahapelaajien hoitoon ohjautuvuutta, jotka kokevat pelaamisen ongelmalliseksi. Etsimme vastausta siihen, miten rahapelaajien hoitoon ohjautuvuutta voisi helpottaa.

Kysely toteutetaan anonymisti, eikä vastaajaa voida tunnistaa. Vastaaminen vie aikaa n. 5–10 minuuttia.

Kysely on auki 1.8–15.10. 2020.

Kyselyn alussa on 7 taustatietokysymystä, jonka jälkeen tulevat varsinaiset rahapelaamiseen liittyvät kysymykset. Kysely sisältää monivalintakysymyksiä, väittämiä, sekä muutaman avoimen kysymyksen. Avoimiin kysymyksiin voit vastata halutessasi.

Käytämme kyselystä saamiamme vastauksia hyödyksi opinnäytetyössämme.

Toivomme saavamme vastauksia erityisesti niiltä henkilöiltä, jotka pelaavat rahapelejä paljon.

Heidi Mertaniemi & Sanna Lapinkangas

Liite 2

1. IKÄ
 - 25–34
 - 35–44
 - 45–54
 - 55–64
 - yli 65-vuotias

2. SUKUPUOLI
 - nainen
 - mies
 - muu

3. SIVIILISÄÄTY
 - avioliitossa
 - avoliitossa
 - naimaton
 - eronnut
 - rekisteröidyssä parisuhteessa
 - leski

4. KANSALAISUUS
 - Suomi
 - Muu, mikä?

5. KOULUTUS
 - Perus-, keski- tai kansakoulu
 - Ylioppilas, lukio
 - Toisen asteen ammatillinen koulutus
 - Opistotutkinto
 - Ammattikorkeakoulu
 - Yliopisto
 - Ei mikään näistä

6. AMMATTIRYHMÄ, JOHON KATSOTTE LÄHINNÄ KUULUVANNE
 - Johtavassa asemassa
 - Ylempi toimihenkilö
 - Alempi toimihenkilö, työntekijä
 - Yrittäjä tai yksityinen ammatinharjoittaja
 - Opiskelija
 - Eläkeläinen
 - Kotiäiti- tai koti-isä
 - Työtön
 - Muu, mikä?

7. MISSÄ MAAKUNNASSA ASUT?

Lappi
Pohjois-Pohjanmaa
Kainuu
Keski-Pohjanmaa
Pohjanmaa
Etelä-Pohjanmaa
Keski-Suomi
Pohjois-Karjala
Pohjois-Savo
Etelä-Savo
Etelä-Karjala
Kymenlaakso
Päijät-Häme
Pirkanmaa
Häme
Satakunta
Varsinais-Suomi
Uusimaa
Ahvenanmaa

8. KUINKA USEIN PELAAT RAHAPELEJÄ?

Päivittäin
Muutaman kerran viikossa
Kerran viikossa
Kerran kuukaudessa
Harvemmin

9. MITEN SEURAAVAT ADJEKTIIVIT KUVAAVAT TUNTEMUKSIASI PELATESSASI RAHAPELEJÄ (asteikolla: erittäin hyvin -hyvin-kohtuullisen hyvin-huonosti-ei lainkaan)

Ahdistunut
Voitontahtoinen
Epätoivoinen
Rentoutunut
Innostunut
Neutraali
Vihainen
Ahnas
Optimistinen
Turhautunut

10. RAHAPELAAMISENI VAIKUTTAA HAITALLISESTI ARKEENI

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

11. OLEN ITSE HUOLISSANI OMASTA PELAAMISESTANI

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

12. JOS KOET PELAAMISESI OLEVAN HAITALLISTA, KUINKA KAUAN ARVIOISIT SEN JATKUNEEN? (Jos olet jo hoidon piirissä, kuinka kauan pelaamisesi oli jatkunut ennen hoitoon hakeutumista)

- Muutamia kuukausia
- Yli vuoden
- 1–3 vuotta
- 4–6 vuotta
- 7–9 vuotta
- 10 vuotta tai kauemmin
- En koe pelaamistani haitalliseksi

13. ARVIOI ASTEIKOLLA 1–10 KUINKA HAITALLISEKSI KOET TÄLLÄ HETKELLÄ PELAAMISESI?

- (1= Ei lainkaan haitallista, 10= Erittäin haitallista)
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. KOETKO, ETTÄ TARVITSISIT TUKEA VÄHENTÄÄKSENI PELAAMISTASI?

- kyllä
- en
- en osaa sanoa

15. ARVIOI ASTEIKOLLA 1–10, KUINKA TODENNÄKÖISESTI PYSTYT VÄHENTÄMÄÄN PELAAMISTASI ILMAN TUKITOIMIA? (1= en tarvitse lainkaan tukitoimia, 10= tarvitsen runsaasti tukitoimia)

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. PELAAMISESTA ON AIHEUTUNUT MINULLE TALOUDELLISIA VAIKEUKSIA

- Täysin samaa mieltä
- Osittain samaa mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Osittain eri mieltä
- Täysin eri mieltä

17. OLETKO JOUTUNUT LAINAAMAAN RAHAA PELAAMISEN VUOKSI?

- Olen lainannut kavereilta tai sukulaisilta rahaa.
- Olen ottanut pikavippejä.
- Olen ottanut rahoitusyhtiön kautta lainaa.
- Olen ottanut pankista lainaa.
- Olen käyttänyt luottokorttia.
- En ole lainannut pelaamisen vuoksi rahaa.

18. OVATKO LÄHEISESI OLLEET HUOLISSAAN PELAAMISESTASI?

- toistuvasti
- joskus
- harvoin
- ei koskaan

19. OLETKO JOSKUS VALEHDELLUT LÄHEISILLESÄ PELAAMISESTASI?

- kyllä
- en

20. OVATKO LÄHEISET EHDOTTANEET HOITOON HAKEUTUMISTA?

- kyllä
- ei

21. TIEDÄTKÖ MISTÄ RAHAPELAAMISEEN VOI HAKEA APUA

- En
 - Kyllä
-

22. JOS VASTASIT EDELLISEEN KYLLÄ, VOIT HALUTESSASI LUETELLA TÄHÄN TIETÄMIÄSI AVUN TARJOAJIA.

23. OLETKO KOSKAAN OTTANUT YHTEYTTÄ AUTTAVAAN PUHELIMEEN TAI CHATTIIN ANONYYMISTI?

- kyllä
- ei

24. JOS VASTASIT EDELLISEEN KYLLÄ, MILLAINEN OLI KOKEMUKSESI?

25. ONKO RAHAPELAAMISTA OTETTU PUHEEKSI MISSÄÄN TERVEYDENHUOLLON YKSIKÖSSÄ

Kyllä

Ei

En osaa sanoa

26. JOS VASTASIT EDELLISEEN KYLLÄ, KUKA RAHAPELAAMISEN OTTI PUHEEKSI JA MISSÄ YHTEYDESSÄ?

27. PITÄISIKÖ RAHAPELAAMISEN PUHEEKSIOTTO LIITTÄÄ ESIMERKIKSI TERVEYSTARKASTUKSEN YHTEYTEEN? (esim. työterveydenhuolto, opiskelijaterveydenhuolto, neuvolapalvelut)

kyllä

ei

28. ARVIOI KUINKA PALJON SEURAAVAT ASIAT VAIKEUTTAVAT HOITOON HAKEUTUMISTA? (Asteikolla erittäin paljon, melko paljon, ei paljon eikä vähän, melko vähän, erittäin vähän)

häpeä

puheeksioton vaikeus

en tiedä mistä haen apua

toivottomuus

hoidosta aiheutuvat kustannukset

palveluiden saatavien vaikeus

aikaansaamattomuus

pelko

29. VAPAA SANA