

Alueelliset erot subjektiivisesti koetussa rahapeliongelmassa

JANI SELIN & SUSANNA RAISAMO & ANTTI MURTO

Tarkastelemme tässä artikkelissa subjektiivisesti koetun rahapeliongelman esiintyvyyden alueellista vaihtelua ja tekijöitä, joiden aiempi tutkimus on osoittanut olevan yhteydessä rahapeliongelmaan. Subjektiivisesti koettua rahapeliongelmaa ja siihen liittyviä tekijöitä ei ole Suomessa aiemmin tarkasteltu alueellisen vaihtelun näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa aineistona käytettävän Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) perustuloksissa on raportoitu ainoastaan subjektiivisesti koetun rahapeliongelman esiintyvyys maakunnittain (Kaikkonen & al. 2014). Tulosten mukaan koetun rahapeliongelman esiintyvyydessä on merkittäviä alueellisia eroja. Käytämme tätä tulosta lähtökohtanamme, mutta tavoitteenamme on syventää ymmärrystä tekijöistä, joihin alueelliset erot subjektiivisesti koetussa rahapeliongelmassa mahdollisesti liittyvät sekä luoda jatkotutkimuksia varten hieman tarkempaa kuvaa näiden alueellisesta vaihtelusta. Myös omissa analyyseissämme tarkastelemme alueet ovat maakuntia.

Suomessa on tarkasteltu rahapeliongelman esiintyvyyttä koko maassa vuosina 2003, 2007, 2011 ja 2015 toteutetuilla väestökyselyillä. Rahapeliongelman esiintyvyyttä on kartoitettu näissä tutkimuksissa SOGS (The South Oaks Gambling Screen; Lesieur & Blume, 1987; 1993) -mittarilla, johon sisältyy 20 kysymystä. Ne mittavat rahapelikäyttäytymistä ja siihen liittyviä haitallisia seurauksia. Tuoreimman, vuoden 2015 väestötutkimuksen tulosten mukaan 15–74-vuotiaista suomalaisista 3,3 prosentilla on rahapelion-

gelma.¹ Rahapeliongelma oli yleisin nuorilla aikuisilla, 18–24-vuotiailla (6 %) ja 24–34-vuotiailla (4 %). Alueittain tarkasteltuna rahapeliongelma oli yleisintä Kymenlaaksossa/Etelä-Karjalassa (3,5 %) sekä Pohjanmaalla (Pohjanmaa, Keski-Pohjanmaa, Etelä-Pohjanmaa, 3,3 %). Vastaavasti rahapeliongelman esiintyvyys oli alhaisinta Pirkanmaalla (1,4 %) sekä Pohjois-Pohjanmaan/Kainuun/Lapin alueella. Vuoden 2015 väestötutkimuksessa alueellisia eroja havaittiin, mutta alueet olivat useasta maakunnasta koostuvia suuralueita.

Myös useissa kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että rahapeliongelmat eivät jakaudu väestössä tasaisesti eri alueilla. Eroja on havaittu eri valtioiden välillä ja eri valtioiden sisäisten alueiden välillä (Williams & al. 2012). Eroja on tarkasteltu alueiden erityispiirteiden näkökulmasta. On todettu, että muun muassa rahapeliautomaattien määrä sijoituspaikkaa kohden sekä sijoituspaikan saavutettavuus ovat yhteydessä alueella ilmenevien rahapeliongelmiin määrään (Young & al. 2012; Storer & al. 2009). Niin ikään kasinoitten sekä koiraja hevoskilparatojen läheisyyden on havaittu olevan yhteydessä korkeampaan peliongelmiin esiintyvyyteen (Welte & al. 2015). Huomattavaa on, että kaikissa näissä tutkimuksissa on tarkasteltu vain perinteisiä, tiettyyn aikaan ja paikkaan sidottuja, rahapelaamisen muotoja. Rahapelaamisesta yhä suurempi osa tapahtuu kuitenkin erilaisten tietoverkkojen välityksellä, eikä ole siten sidoksissa tiettyyn aikaan ja paikkaan. Tämä merkitsee, että rahapelien saavutettavuus on noussut aivan eri tasolle aiempaan verrattuna, ja alueelliset tarjonta-

¹ Raja-arvona rahapeliongelmalta on kolme SOGS-mittarin pistettä. Henkilön arvioidaan olevan todennäköisesti rahapeliriippuvainen, mikäli hän saa viisi pistettä tai enemmän (Salonen & Raisamo 2015).

ja saavutettavuuserot ovat pienentyneet. Saavutettavuus ja tarjonta ovat puolestaan yhteydessä rahapelaamiseen kulutettuihin rahamääriin, jonka on osoitettu olevan eräs rahapeliongelmien riskitekijä (esim. Markham & al. 2016; 2014).

Rahapeliongelma kytkeytyy tutkimusten mukaan huono-osaisuuteen ja siihen liittyviin ongelmiin. On siis mahdollista, että alueelliset erot ovat yhteydessä tähän. Huono-osaisuus käsitteenä on moniulotteinen ja ilmiönä mutkikas. Tässä analyysissä viittaamme huono-osaisuutta luonnehtivilla tekijöillä muun muassa koettuun köyhyyteen ja koettuun huonoon terveyteen. Lisäksi tarkastelemme riskijuomista, päihdepalveluiden käyttöä ja masentuneisuutta. Koska analyysimme on luonteeltaan kuvailevaa, emme pyri selittämään koetua rahapeliongelmaa huono-osaisuuden tekijöillä tai huono-osaisuutta koetulla rahapeliongelmallä. Aiempien tutkimusten valossa rahapeliongelmat ovat yleisimpiä työttömillä ja lomautetuilla, työkyvyttömyyseläkkeellä olevilla tai pitkäaikaisesti sairailta (esim. Salonen & Raisamo 2015; Castrén & al. 2013). Myös heikosta terveydentilasta, päihdeongelmista ja mielenterveyden häiriöistä kärsivillä esiintyy rahapeliongelmaa selvästi enemmän kuin koko väestöllä keskimäärin (esim. Lorains & al. 2011; Castrén & al. 2013).

Katsauksemme aiempaan tutkimukseen osoittaa, että rahapeliongelman kehittyminen on monien tekijöiden tulema. Peliongelmien taustalla voi olla lukuisia yksilöllisiä, sosiaalisia ja alueiden erityispiirteisiin kytkeytyviä tekijöitä. Pyrimme artikkelissamme tarkastelemaan alustavasti sitä, missä määrin alueiden väliset erot koetussa rahapeliongelmassa liittyvät alueellisiin ja missä määrin muihin tekijöihin. Valitsemamme alueellinen näkökulma on tärkeä, koska alueelliset erot voivat toimia väestöryhmien välisen eriarvoisuuden lisääjänä. Tarvitaan siis tietoa alueellisten terveys- ja hyvinvointierojen taustalla olevista tekijöistä. Tietoa alue-eroista tarvitaan lisäksi rahapeliongelmien ennaltaehkäisyyn, hoidon ja myös rahapelipoliittisen päätöksenteon pohjaksi (Salonen & al. 2013).

Subjektiiivisesti koetussa rahapeliongelmassa on kyse yksilön omasta arviosta. Subjektiiivisella mittarilla saadut tulokset eivät välttämättä kuvaa rahapeliongelman todellista esiintyvyyttä alueella. Yksilön oma kokemus siitä, että rahapelaaminen on ongelma, on kuitenkin monella tapaa merkityksellinen ja myös perustava lähtökohta rahapeliongelman tunnistamiselle ja hoidolle. Tuloksiamme tulkittaessa on syytä pitää mielessä, että sub-

jektiiivisesti koettu rahapeliongelma kattaa mahdollisesti myös sellaisia ilmiöitä, joita rahapeliongelmaa tyyppillisesti mittaavat mittarit eivät tunnista rahapeliongelmiksi.

Aineisto ja menetelmät

Tarkastelumme perustuu Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) aineistoon vuodelta 2013 (www.thl.fi/ath). Tutkimuksessa kerättiin kattavasti kokemuksellista tietoa suomalaisten terveydestä, hyvinvoinnista, elintavoista sekä palveluiden tarpeesta ja käytöstä. ATH-tutkimuksen kohteena on aikuisväestö 20 ikävuodesta ylöspäin. Tutkimukseen vastasi kaikkiaan 49 882 henkilöä.

Subjektiiivisesti koetua rahapeliongelmaa tiedusteltiin tutkimuksessa seuraavalla kysymyksellä: ”Onko Teistä 12 viime kuukauden aikana tunnut, että rahapelaaminen saattaa olla Teille ongelma?” Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) ei koskaan, 2) joskus, 3) usein, 4) lähes aina ja 5) en pelaa rahapelejä. Tarkasteluissamme on mukana vastaajat, jotka vastasivat kysymykseen joskus, usein tai lähes aina. Esimerkiksi paljon käytettyihin ja tutkittuihin rahapeliongelmaa mittaaviin mittareihin (esim. SOGS- ja PGSI/CPGI) sisältyy lähes identtinen kysymys kuin tähän aineistoon. Validiteetiltaan hyväksi havaitussa CPGI-mittarissa (Ferris & Wynne 2001) olevan vastaavan kysymyksen korrelaatio mittarin muiden kysymysten kanssa on todettu vahvaksi (esim. Stevens & Young 2008). Nähdäksemme on perusteltua olettaa aineistoomme kuuluvan, subjektiiivisesti koetua rahapeliongelmaa koskevan, kysymyksen olevan melko luotettava indikaattori myös rahapeliongelman esiintyvyydestä.

Alueellisia eroja koetussa rahapeliongelmassa tarkastelimme maakunnittain, Ahvenanmaan maakuntaa lukuun ottamatta, joka ei ole mukana analyysissä. Lähtökohtanamme oli ATH:n perustuloksiin kuuluva tulos koetun rahapeliongelman yleisyydestä eri maakunnissa (kuvio 1). Muuttujina otimme huomioon ensinnäkin sukupuolen ja ikäryhmän. Käyttämämme ikäryhmäjaottelu oli 20–54-vuotiaat, 55–74-vuotiaat ja yli 75-vuotiaat. Näiden lisäksi poimimme aiemman tutkimuksen perusteella rahapeliongelman kanssa yhteydessä olevat muuttujat: koettu terveys, riskijuominen, köyhyys ja masentuneisuus, mielenterveyspalveluiden käyttö ja päihdepalveluiden käyttö. Tarkas-

telimme, miten nämä olivat yhteydessä koettuun rahapeliongelmaan eri alueilla.

Koettua terveyttä arvioimme seuraavan kysymyksen perusteella: ”Onko terveydentilanne mielestänne nykyisin 1) hyvä, 2) melko hyvä, 3) keskitasoinen, 4) melko huono vai 5) huono?” ”Huono terveys” muuttuja rakentui terveydentilaansa ”melko huonona” ja ”huonona” pitävistä vastaajista.

Riskijuomiseksi määrittelimme ne vastaajat, jotka vastasivat edellistä 12 kuukautta koskevaan kysymykseen ”Kuinka usein olette juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?” joko ”Kerran viikossa” tai ”Päivittäin tai lähes päivittäin”.

Köyhyydellä tarkoitamme tässä koettua taloudellista niukkuutta. Tätä varten rakensimme summamuuttujan ”Köyhyys” (korrelaatiot: 0,38–0,56; $\alpha = 0,815$). Muuttuja rakentui viidestä kysymyksestä seuraavasti. Köyhyys 1: ”Kotitaloudella voi olla erilaisia tulonlähteitä ja useammalla jäsenellä tuloja. Kun kotitaloutenne kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla: erittäin hankalaa, hankalaa, melko hankalaa, melko helppoa, helppoa, hyvin helppoa”. Jos vastaaja vastasi ”erittäin hankalaa” tai ”hankalaa”, sai muuttuja arvon 1, muuten arvon 0. Köyhyys 2: ”Oletteko joskus 12 viime kuukauden aikana pelännyt, että teiltä loppuu ruoka, ennen kuin saatte rahaa ostaaksenne lisää?”. Vastausvaihtoehdot olivat ”Kyllä” ja ”Ei”. Jos vastaaja vastasi ”Kyllä” sai muuttuja arvon 1. Köyhyys 3: ”Oletteko joskus 12 viime kuukauden aikana joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi?”. Vastausvaihtoehdot olivat ”Kyllä” ja ”Ei”. Jos vastaaja vastasi ”Kyllä”, sai muuttuja arvon 1. Köyhyys 4: ”Oletteko joskus 12 viime kuukauden aikana jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkärissä?”. Vastausvaihtoehdot olivat ”Kyllä” ja ”Ei”. Jos vastaaja vastasi ”Kyllä”, sai muuttuja arvon 1. Köyhyys 5: ”Onko teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähden?” Kysymys koski edellistä kahta viikkoa. Vastausvaihtoehdot olivat ”Ei lainkaan”, ”Vähän”, ”Kohtuullisesti”, ”Lähes riittävästi” ja ”Täysin riittävästi”. Jos vastaaja vastasi ”Ei lainkaan” tai ”Vähän”, sai muuttuja arvon 1. Määrittelimme henkilön köyhäksi, mikäli summamuuttujan sai vähintään arvon 2.

Mielenterveysongelmia tai päihdeongelmia kuvaavina mittareina käytimme summamuuttujia ”Mielenterveysongelma” (korrelaatiot 0,2–0,75; $\alpha = 0,7$) ja ”Päihdeongelma” (korrelaatiot: 0,24–0,54; $\alpha = 0,82$), joissa muuttujina oli terveyskeskuksen, työterveyshuollon, opiskeluterveyden-

huollon, mielenterveystoimiston tai psykiatrian poliklinikan, A-klinikan, yksityisvastaanoton, psykiatrisen sairaalan, muun sairaalan tai katkaisuhoidon palveluiden käyttäminen joko mielenterveydellisten tai päihdeiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi. Mikäli henkilö ilmoitti käyttäneensä vähintään yhtä palvelua mielenterveydellisten ongelmien vuoksi, sai summamuuttuja ”Mielenterveysongelma” arvon 1 ja määrittelimme henkilön mielenterveysongelmista kärsiväksi. Mikäli henkilö ilmoitti käyttäneensä vähintään yhtä palvelua päihdeiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi, sai summamuuttuja ”Päihdeongelma” arvon 1 ja määrittelimme henkilön päihdeongelmista kärsiväksi.

Masentuneisuutta varten loimme summamuuttujan ”Masentuneisuus” (korrelaatio: 0,67; $\alpha = 0,8$) kahdesta muuttujasta. Masentuneisuus 1: ”Onko Teillä 12 viime kuukauden aikana ollut vähintään kahden viikon jaksoa, jolloin olette suurimman osan aikaa ollut mieli maassa, alakuloinen tai masentunut?” Masentuneisuus 2: ”Onko Teillä 12 viime kuukauden aikana ollut vähintään kahden viikon jaksoa, jolloin olette suurimman osan aikaa menettänyt kiinnostuksenne useimpiin asioihin, kuten harrastuksiin, työhön tai muihin asioihin, joista yleensä koette mielihyvää?” Vastausvaihtoehdot olivat ”Kyllä” ja ”Ei” molempiin muuttujiin. Jos henkilö vastasi ”Kyllä” vähintään toiseen kysymykseen, sai muuttuja arvon 1, ja määrittelimme vastaajan kokeneen masentuneisuutta. (Ks. Kaikkonen & al. 2014.)

Vastataksemme kysymykseen siitä, ovatko koetun rahapeliongelman alueellisten erojen taustalla alueelliset erityispiirteet vai muut tekijät, teimme oletuksen, jonka mukaan erojen taustalla voivat olla alueelliset erityispiirteet vain jos valittujen muuttujiemme ja koetun rahapeliongelman välinen yhteys ei ole tilastollisesti merkitsevä. Tällöin erojen taustalla ovat mahdollisesti alueelliset erityispiirteet. Analyysimme eteni seuraavasti. Ristiintaulukoimme koko valtakunnan käsittävän aineiston osalta kaikki muuttujamme vuoroiltaan koetun rahapeliongelman kanssa, jotta voisimme nähdä, olivatko ne tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä koettuun rahapeliongelmaan. Tämän jälkeen tarkastelimme ainoastaan peliongelmaisista. Etsimme tilastollisesti merkitseviä eroja eri alueiden välillä eri muuttujien suhteen. Pyrimme näin saamaan kuvan siitä, eroavatko peliongelmia kokeneet näiden muuttujien osalta, toisin sanoen erosivatko eri maakuntien peliongelmaiset käytet-

tyjen muuttujien suhteen. Viimeisessä vaiheessa analysoimme tarkemmin neljää maakuntaa, joissa koetun rahapeliongelman esiintyvyys oli korkein ja matalin vuoden 2013 ATH-aineistossa. Tässä käytimme jälleen ristiintaulukointia, pyrkien kuvaamaan erosivatko rahapeliongelmiä kokeneet näillä alueilla toisistaan. Käytimme kaikissa analyyseissa ATH-tutkimusaineistoon valmiiksi laskettuja katoa korvaavia painokertoimia. Lisäksi vertailimme näitä neljää maakuntaa toisiinsa joidenkin keskeisten hyvinvointi-indikaattoreiden (työttömyysaste, bruttokansantuote [BKT], toimeentuloasiakkaiden osuus väestöstä, väestön kokonaisansiot ja pelikulutus Raha-automaattiyhdistyksen [RAY] peleihin) kautta.

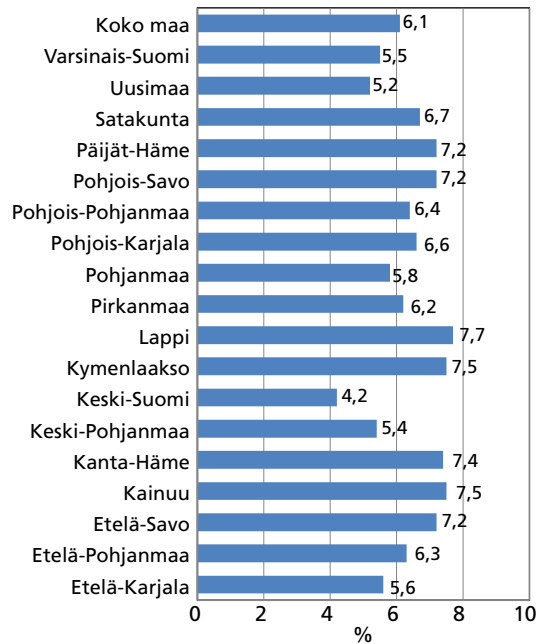
Tulokset

Tarkastelumme taustaksi mainittakoon, että ATH:n vuoden 2013 tutkimusaineiston perusteella (Kaikkonen & al. 2014) rahapelaamisensa ongelmaksi vähintään joskus 12 viime kuukauden aikana kokeneiden osuus oli kaikista vastaajista 6,1 prosenttia (n = 2 929) (miehet 8,7 %, naiset 3,6 %). Ikäryhmittäin tarkasteltuna rahapelaamisensa ongelmaksi kokeneiden osuus oli korkein 55–74-vuotiailla (7,2 %).

Kun subjektiivisesti koetun rahapeliongelman esiintyvyyss lukuja vertailtiin maakunnittain, havaittiin selviä eroja. Osuus oli korkein Lapissa (7,7 %) ja matalin puolestaan Keski-Suomessa (4,2 %) (kuvio 1).

Seuraavaksi tarkastelimme, kuinka hyvin aiemman tutkimuksen perusteella valitsemamme muuttujat (ikäryhmä, sukupuoli, köyhyys, masentuneisuus, riskijuominen, päihdeongelma ja mielenterveysongelma masentuneisuus ja koettu terveys) olivat yhteydessä koettuun rahapeliongelmaan koko maan käsittävässä aineistossa. Kukin muuttuja ristiintaulukoitiin koetun rahapeliongelman kanssa, ja havaitsimme, että kaikki yhteydet olivat koko maan kattavassa aineistossa tilastollisesti erittäin merkitseviä ($p < 0,001$). Tämä tulos tuki näkemystämme siitä, että valitsemamme subjektiivisesti koettua rahapeliongelmaa koskeva kysymys oli kelvollinen rahapeliongelman mittari – olivathan kaikki tarkastelemamme tunnetut rahapeliongelmaan yhteydessä olevat tekijät yhteydessä myös koettuun rahapeliongelmaan.

Seuraavaksi tarkastelimme samojen muuttujien suhteen *ainoastaan peliongelmiä kokeneita* eri alueil-



Kuvio 1. Koetun rahapeliongelman osuudet eri maakunnissa vuonna 2013 (%). Lähde: Kaikkonen & al. 2014.

la. Havaitsimme, että tilastollisesti merkitseviä eroja alueiden välillä oli masentuneisuuden (kuvio 2) ja riskijuomisen (kuvio 3) kohdalla. Toisin sanoen joissakin maakunnissa rahapeliongelmiä kokeneiden joukossa esiintyi masentuneisuutta tai riskijuomista huomattavasti enemmän tai vähemmän kuin toisissa maakunnissa. Esimerkiksi Kymenlaaksossa ja Pirkanmaalla noin puolet pelaamisen ongelmaksi kokeneista vastaajista oli kokenut masentuneisuutta. Vastaavasti Satakunnassa, Etelä-Pohjanmaalla ja Keski-Suomessa alle 30 prosenttia vastaajista koki masentuneisuutta rahapeliongelman lisäksi. Etelä-Karjalassa 35 prosenttia rahapelaamisensa ongelmaksi kokeneista oli myös riskijuojia, kun taas Lapissa vastaava luku oli 10 prosenttia. Tulokset ovat mielenkiintoisia, sillä ne viittaavat siihen, että rahapelaamisen ongelmaksi kokeneet eroavat koetun masentuneisuuden ja riskijuomisen osalta paljon toisistaan. Toiseksi tulokset viittaavat siihen, että nämä erot ovat yhteydessä myös alueeseen, jossa rahapelaamisen ongelmaksi kokevat asuvat.

Tarkentaaksemme edelleen analyysiamme, otimme vielä tarkastelun kohteeksi kaksi maakuntaa, Lapin ja Kymenlaakson, joissa oli korkein koetun rahapeliongelman esiintyvyys, ja vertailimme näitä maakuntiin, joissa oli koetun rahapelion-

gelman esiintyvyyksluvut olivat alhaisimpia, Keski-Suomeen ja Uuteenmaahan. Käytimme vertailuun ristiintaulukointia, koska halusimme verrata eri muuttujien suhteen rahapeliongelmaa kokeneita myös niihin, jotka eivät olleet kokeneet. Päihdeongelmien kohdalla luotettava analyysi ei ollut mahdollinen liian pienten vastaajamäärien vuoksi. Tuloksissa nousi esiin erityisesti Keski-Suomen maakunta, jossa koettu rahapeliongelma ei ollut tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä riskijuomiseen, masentuneisuuteen eikä köyhyyteen (taulukko 1). Tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ei myöskään löydetty riskijuomisen, koetun huonon terveyden ja koetun rahapeliongelman välillä Lapissa. Rahapelaamisen ongelmaksi kokeneet olivat Lapissa riskijuojia yhtä usein kuin muu väestö koko maassa.

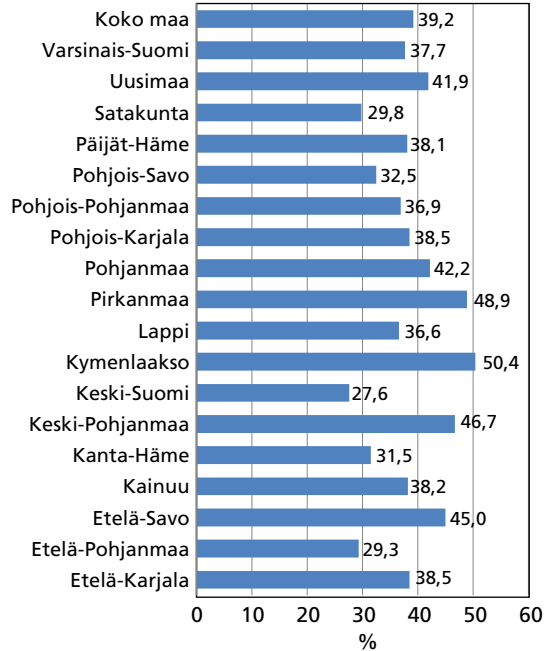
Koska edelliset tulokset viittasivat siihen, että Keski-Suomen ja Lapin osalta erot koetun rahapeliongelman esiintyvyydessä saattaisivat liittyä joihinkin alueellisiin erityispiirteisiin, vertailimme vielä näitä kahta maakuntaa väestön työttömyysasteen, BKT:n, toimeentuloasiakkaiden suhteellisen osuuden, väestön kokonaisansioiden ja RAY:n peleihin² käytetyn rahamäärän suhteen.

Vuonna 2013 työttömyysaste oli Lapissa 10,5 prosenttia ja Keski-Suomessa 10 prosenttia (Suomen virallinen tilasto (SVT): Työvoimatutkimus). BKT oli asukasta kohden Lapissa noin 33 000 euroa ja Keski-Suomessa 30 000 euroa (Suomen virallinen tilasto (SVT): Aluetilinpito). Kokonaisansiot keskimäärin asukasta kohti olivat Lapissa 3 053 euroa ja Keski-Suomessa 3 103 euroa kuukaudessa (Suomen virallinen tilasto (SVT): Palkkarakenne). Toimeentuloasiakkaita oli Lapissa vuonna 2013 1 000 asukasta kohti 75 ja Keski-Suomessa 77. Lapissa rahapeliautomaattien pelikulutus oli 178,12 euroa aikuista kohti vuonna 2014³. Vastaava pelikulutusluku Keski-Suomessa vuonna 2014 oli 169,81 euroa. (Raha-automaattiyhdistys, 2014.) Lappi ja Keski-Suomi eivät näiden indikaattoreiden osalta juuri eroa toisistaan.

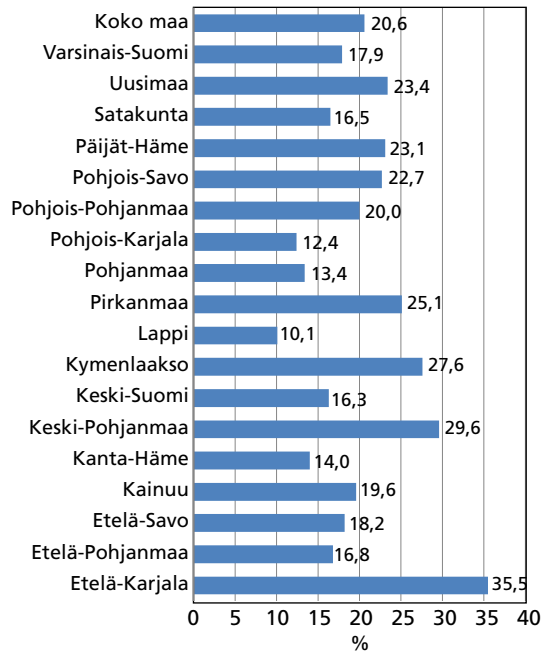
Tulokset viittaavat siihen, että subjektiivisesti koettuun rahapeliongelmaan yhteydessä olevien

² Otimme mukaan suomalaisista rahapelitoimijoista ainoastaan Raha-automaatti yhdistyksen (RAY:n), koska se oli ainoa, joka on tietääksemme julkaissut maakuntakohtaiset tiedot rahapelikulutuksesta. Lisäksi kansainväliset tutkimukset koskien pelikulutusta ovat keskittyneet paljolti juuri peliautomaateilla pelaamiseen, jotka ovat RAY:n pääasiallinen tulonlähde.

³ Vuoden 2013 tietoja ei ole tietojemme mukaan julkaistu maakuntien tarkkuudella.



Kuvio 2. Rahapelaamisensa ongelmaksi kokeneiden masentuneisuus maakunnittain vuonna 2013 (%).



Kuvio 3. Rahapelaamisensa ongelmaksi kokeneiden riskijuominen maakunnittain vuonna 2013 (%).

Taulukko 1. Koettu rahapeliongelma (PO) riskijuomisen, köyhyyden, koetun terveyden ja masentuneisuuden mukaan Uudellamaalla, Keski-Suomessa, Lapissa, Kymenlaaksossa ja koko maassa (%), $p < 0,05$

	Riskijuominen			Köyhyys			Masentuneisuus			Huono terveys		
	Ei	Kyllä	Yht.	Ei	Kyllä	Yht.	Ei	Kyllä	Yht.	Ei	Kyllä	Yht.
Uusimaa												
Ei PO	87,8	12,2	100 (n=11 619)	85,3	15,6	100 (n=12 201)	75,3	24,7	100 (n=43 549)	91,3	8,7	100 (n=43 549)
PO	76,6	23,4	100 (n=620)	71,8	28,2	100 (n=641)	60,7	39,3	100 (n=2 792)	83,7	16,3	100 (n=2 792)
Keski-Suomi												
Ei PO	88,7	11,3	100 (n=1 999)	85,1	14,9	100 (n=2 208)	75,2	24,8	100 (n=2 290)	89,2	10,8	100 (n=2 347)
PO	83,7	16,3^a	100 (n=92)	80,4	19,6^b	100 (n=92)	72,4	27,6^c	100 (n=98)	82,2	17,8	100 (n=101)
Lappi												
Ei PO	89,5	10,5	100 (n=1300)	85,6	14,4	100 (n=1 423)	75,4	24,6	100 (n=1 490)	89,7	10,3	100 (n=1 529)
PO	89,9	10,1^d	100 (n=109)	71,7	28,3	100 (n=113)	63,4	36,6	100 (n=123)	85,3	14,7^e	100 (n=129)
Kyme												
Ei PO	88,2	11,8	100 (n=1 292)	85,1	14,9	100 (n=1 385)	72,8	21,8	100 (n=1 452)	88,8	11,2	100 (n=1 495)
PO	72,4	27,6	100 (n=105)	67,3	32,7	100 (n=110)	49,6	50,4	100 (n=119)	79,3	20,7	100 (n=121)
Koko maa												
Ei PO	88,9	11,1	100,0	85,3	14,7	100,0	75,3	24,7	100,0	89,8	10,2	100,0
PO	79,4	20,6	100,0	70,5	29,5	100,0	60,7	39,3	100,0	83,3	16,7	100,0

^ap = 0,142; ^bp = 0,221; ^cp = 0,538; ^dp = 0,903; ^ep = 0,114

tekijöiden merkitys voi vaihdella huomattavastikin alueelta toiselle. Erityisesti riskijuominen ja masentuneisuus olivat tällaisia tekijöitä. Havaitsimme myös, että alueilla, joissa koetun rahapeliongelman esiintyvyys oli korkea (Lappi ja Kymenlaakso), yhteydet tutkimiiimme muuttujiin olivat riskijuomista (Lappi 10,1 %) ja koettua huonoa terveyttä (Lappi 14,7 %) lukuun ottamatta tilastollisesti merkitseviä. Alueet, joissa koetun rahapeliongelman esiintyvyys oli matalin, erosivat toisistaan. Uudellamaalla yhteydet kaikkiin tutkiimme muuttujiin olivat tilastollisesti merkitseviä. Sen sijaan Keski-Suomessa yhteydet riskijuomiseen, masentuneisuuteen ja köyhyyteen eivät olleet merkitseviä. Tulokset yhtäältä tukevat aiempia tuloksia tarkasteltujen muuttujien yhteydestä peliongelmiin. Toisaalta ne osoittavat, että on mahdollista, että peliongelman alueellinen vaihtelu on yhteydessä joihinkin alueellisiin erityispiirteisiin, joita emme tässä tutkimuksessa ole tarkastelleet.

Pohdinta

Saimme alustavista tarkasteluistamme vahvistusta sille, että koetun peliongelman alueellinen vaihtelu voisi olla yhteydessä joihinkin alueellisiin erityispiirteisiin. Tällaisia erityispiirteitä voisivat mahdollisesti olla paikalliset vaihtelut siinä, min-kälaisia pelejä pelataan. Toisin sanoen kulttuuriset tekijät voivat vaikuttaa. Myös rahapelihaittojen ehkäisytyössä ja palvelujärjestelmissä voi olla alueellisia eroja. Muiden riippuvuushäiriöiden tapaan myös peliriippuvuus on uusiutuvaa, ja on mahdollista, että onnistunut hoito ehkäisee peliongelman uusiutumista. Lisäksi on mahdollista, että rahapelaamisen sääntelytoimien intensiteetti vaihtelee alueittain.

Tuloksemme viittaavat myös siihen, että rahapeliongelmiä kärsivät eivät ole homogeenistä joukkoa. Samansuuntaisia huomioita on tehty myös Helsingissä toimivan Peliklinikan asiakkaita kos-

kevien tarkastelujen pohjalta: Peliklinikan asiakkaiden alkoholin käyttö ei poikkea koko väestön alkoholin käytöstä (Jaakkola & Paasio, 2015). Alkoholi ei siis ole Peliklinikan asiakkaiden kohdalla yhtä kovin vahvasti yhteydessä peliongelmaan, toisin kuin kansainvälinen tutkimus korostaa. Jatkossa tarvitaan hienosyisempää tutkimusta erityyppisten alueiden välisistä eroista rahapeliongelman

esiintyvyydessä ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä. Tarvitaan niin ikään tutkimusta siitä, kuinka peliongelmaiset eroavat toisistaan eri tekijöiden suhteen. Tämänkaltaisen tutkimuksen tarjoaman tiedon myötä voitaisiin rahapeliongelmiin ehkäisevää ja korjaavaa työtä suunnata tavalla, joka olisi sensitiivinen sekä alueellisille että yksilökohtaisille eroille.

KIRJALLISUUS

- Castrén, Sari & Basnet, Syaron & Salonen, Anne & Pankakoski, Maiju & Ronkainen, Jenni-Emilia & Alho, Hannu & Lahti, Tuuli: Factors associated with disordered gambling in Finland. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 8:24 (2013). DOI: 10.1186/1747-597X-8-24
- Ferris, J. & Wynne, H.: The Canadian problem gambling index: Final report. Canada: Submitted for the Canadian Centre on Substance Abuse, 2001.
- Jaakkola, Tapio & Paasio, Petteri: Pelaajan profiili. Peliklinikan avohoidon asiakunnasta nousevia havaintoja, S. 17–31. Teoksessa Tapio Jaakkola (toim.): Peliklinikka 2010–2014. Loppuraportti. Helsinki, 2015. <http://peliklinikka.fi/wp-content/uploads/2015/10/Peliklinikan-loppuraportti-hankekausi-2010-2014.pdf> (luettu 31.3.2016).
- Kaikkonen, Risto & Murto, Jukka & Pentala, Oona & Koskela, Timo & Virtala, Esa & Härkänen, Tommi & Koskeniemi, Timo & Ahonen, Juha & Vartiainen, Erkki & Koskinen, Seppo: Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010–2014. Verkkojulkaisu: www.thl.fi/ath
- Lesieur, Henry & Blume, Sheila: The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry* 144 (1987), 1184–1188.
- Lesieur, Henry & Blume, Sheila: Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings. *Journal of Gambling Studies* 9 (1993) 213–223.
- Lorains, Felicity & Cowlshaw, Sean & Thomas, Shane: Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction* 106 (2011): 3, 490–498.
- Markham, Francis & Young, Martin & Doran, Bruce: Gambling expenditure predicts harm: Evidence from a venue-level study. *Addiction* 109 (2014): 9, 1509–1516.
- Markham, Francis & Young, Martin & Doran, Bruce: The relationship between player losses and gambling-related harm: Evidence from nationally representative cross-sectional surveys in four countries. *Addiction* 111 (2016): 2, 320–330.
- Raha-automaattiyhdistys: RAY:n rahapeleihin käytetyt rahat vuonna 2014, maakunnittain. Liitetiedosto 25.2.2015. Raha-automaattiyhdistys, 2015. <https://www2.ray.fi/fi/ray/ajankohtaista/virolahdella-pelattiin-eniten-rayn-pelejä/C3%A4-vuonna-2014> (luettu 24.3.2016).
- Salonen, Anne & Raisamo, Susanna: Suomalaisen rahapelaaminen 2015. Rahapelaaminen, rahapeliongelmat ja rahapelaamiseen liittyvät asenteet ja mielipiteet 15–74-vuotiailla. Raportti 16/2015. Helsinki: THL, 2015.
- Salonen, Anne & Raisamo, Susanna & Alho, Hannu: Suomalaisen rahapeliongelmiin väestötutkimusten haasteet kansainvälisessä vertailussa. *Yhteiskuntapolitiikka* 78 (2013): 6.
- Storer, John & Abbott, Max & Stubbs Judith: Access or adaptation? A meta-analysis of surveys of problem gambling prevalence in Australia and New Zealand with respect to concentration of electronic gaming machines. *International Gambling Studies*, 9 (2009): 3, 225–244.
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Palkkarakenne [verkkojulkaisu]. ISSN=1799-0076. Huhtikuu 2015, Liitetaulukko 1: Kokoikaisten palkansaajien keskimääräiset kuukausiansiot ja ansioiden tunnuslukuja maakunnittain vuonna 2013. Helsinki: Tilastokeskus, 2015. <http://www.stat.fi/til/pral/index.html> (luettu 24.3.2016).
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Aluetilinpito [verkkojulkaisu]. ISSN=1799-3393. Joulukuu 2015, Taulukko: Bruttokansantuote asukasta kohti maakunnittain 2000–2013. Helsinki: Tilastokeskus, 2015. <http://www.stat.fi/til/altpl/index.html> (luettu 24.3.2016).
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Työvoimatutkimus [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-7830. Tammikuu 2016, Taulukko: Väestö työmarkkina-aseman ja maakunnan (2011) mukaan, 15–74-vuotiaat. Helsinki: Tilastokeskus, 2016. <http://www.stat.fi/til/tyti/index.html> (luettu 24.3.2016).
- Welte, John & Barnes, Grace & Tidwell, Marie-Cecile

& Hoffman, Joseph & Wieczorek, William: The relationship between distance from gambling venues and gambling participation and problem gambling among U.S. adults. *Journal of Gambling Studies* (2015):1–9. DOI:10.1007/s10899-015-9583-5

Williams, Robert & Volberg, Rachel & Stevens, Rhys: The population prevalence of problem gambling, methodological influences, standardized rates, jurisdictional differences, and worldwide trends. Report

prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care. May 8, 2012.

Young, Martin & Markham, Francis & Doran, Bruce: Too close to home? The relationships between residential distance to venue and gambling outcomes. *International Gambling Studies* 12 (2012): 2, 257–273.

TIIVISTELMÄ

Jani Selin & Susanna Raisamo & Antti Murto: Alueelliset erot subjektiivisesti koetussa rahapeliongelmassa

Tarkastelemme artikkelissa subjektiivisesti koetun rahapeliongelman esiintyvyyden alueellista vaihtelua ja tekijöitä, joiden aiempi tutkimus on osoittanut olevan yhteydessä rahapeliongelmaan. Aineistona käyttämämme Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) perustulosten mukaan subjektiivisesti koetun rahapeliongelman esiintyvyys maakunnittain vaihtelee merkittävästi. Käytämme tätä tulosta lähtökohtanamme, mutta tavoitteenamme on syventää ymmärrystä tekijöistä, joihin alueelliset erot subjektiivisesti koetussa rahapeliongelmassa mahdollisesti liittyvät sekä luoda jatkotutkimuksia varten hieman tarkempaa kuvaa näiden alueellisesta vaihtelusta. Muuttujina otamme tarkastelussamme huomioon sukupuolen ja ikäryhmän. Lisäksi tarkastelemme aiemman tutkimuksen perusteella rahapeliongelmaan yhteydessä olevia muuttujia: koettu terveys, riskijuominen, köyhyys, masentuneisuus, mielen-terveyspalveluiden käyttö ja päihdepalveluiden käyttö. Tarkastelemme, miten nämä muuttujat ovat yhteydessä koettuun rahapeliongelmaan eri alueilla. Oletamme lisäksi, että erot koetun rahapeliongelman esiintyvyydessä eri alueilla voivat johtua alueellisista erityispiirteistä vain jos tarkastelemiemme muuttujien ja koetun rahapeliongelman välinen yhteys ei ole tilastollisesti merkitsevä.

Tuloksemme viittaavat siihen, että rahapelaamisen ongelmaksi kokeneet eroavat koetun masentuneisuuden ja riskijuomisen osalta paljon toisistaan eri alueilla. Tuloksissa nousi esiin myös Keski-Suomen maakunta, jossa koetun rahapeliongelman esiintyvyys oli matalin. Siellä koettu rahapeliongelma ei ollut tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä riskijuomiseen, masentuneisuuteen eikä köyhyyteen. Tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ei myöskään löydetty riskijuomisen, koetun huonon terveyden ja koetun rahapeliongelman välillä Lapis- sa, jossa koetun rahapeliongelman esiintyvyys oli kaikkein korkein. Tulokset yhtäältä tukevat aiempia tuloksia tarkasteltujen muuttujien yhteydestä peliongelmiin. Toisaalta ne osoittavat, että on mahdollista, että peliongelman alueellinen vaihtelu on yhteydessä joihinkin alueellisiin erityispiirteisiin, joita emme tässä tutkimuksessa ole tarkastelleet. Jatkossa tarvitaan hienosyisempää tutkimusta erityyppisten alueiden välisistä eroista rahapeliongelman esiintyvyydessä ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä. Tarvitaan niin ikään tutkimusta siitä, kuinka peliongelmaiset eroavat toisistaan eri tekijöiden suhteen. Tämänkaltaisen tiedon myötä voitaisiin rahapeliongelmiin ehkäisevää ja korjaavaa työtä suunnata tavalla, joka olisi sensitiivinen sekä alueellisille että yksilökohtaisille eroille.