

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Sandra Vetik

**Kolme hasartmängusõltuvuse sõeltesti võrdlus Eesti valimil:
SOGS-i, PGSI ja PPGM-i valiidsus**

Magistritöö

Juhendajad: Kairi Kreegipuu ja Aili Maar

Tartu 2016

Kolme hasartmängusõltuvuse sõeltesti võrdlus Eesti valimil:**SOGS-i, PGSI ja PPGM-i valiidsus****Kokkuvõte**

Hasartmängude korraldamist ning hasartmängusõltuvuse ravi reguleeriva poliitika kujundamise seiskohast on probleemse hasartmängimise ja hasartmängusõltuvuse levimuse hindamine üldpopulatsioonis äärmiselt oluline. Käesoleva magistritöö eesmärk oli tõlkida eesti keelde kaks hasartmängusõltuvuse sõeltesti, *Problem Gambling Severity Index* (PGSI) (Ferris & Wynne, 2001) ja *Problem and Pathological Gambling Measure* (PPGM) (Williams & Volberg, 2010), ning võrrelda nende valiidsust Eesti valimil seni Eestis hasartmängusõltuvuse leviku-uuringutes kasutusel olnud *South Oaks Gambling Screen*-iga (SOGS)(Lesieur & Blume, 1987). Valim, mis koosnes 283 inimesest, moodustati kasiinode külastajatest ning interneti vahendusel küsimustikele vastajatest. Kõik küsitletavad täitsid nimetatud kolm sõeltesti. Hinnati instrumentide samaaegset valiidsust, klassifikatsiooni täpsust ning konstruktivaliidsust. Kõikide küsimustike samaaegne valiidsus ja konstruktivaliidsus olid kõrged. SOGS-i spetsiifilisus oli teiste instrumentidega võrreldes oluliselt madalam. PPGM-i tundlikkus oli teiste instrumentidega võrreldes oluliselt madalam. PGSI klassifikatsiooni täpsus oli teiste instrumentidega võrreldes kõige kõrgem. Nimetatud psühhomeetriseliste näitajate ja kvalitatiivse analüüsi põhjal leiti, et edasistes leviku-uuringutes on soovitatav kaaluda SOGS-i asemel PGSI kasutamist.

Märksõnad: probleemne ja patoloogiline hasartmängimine, SOGS, PGSI, PPGM, klassifikatsiooni täpsus, konstruktivaliidsus, sisereliaablus

**Comparing three pathological gambling screens on Estonian sample:
the validity of SOGS, PGSI and PPGM**

Abstract

To adequately design policy regulating the gambling industry and pathological gambling interventions, assessing the prevalence of problem and pathological gambling in the general population is extremely important. The purpose of this study was to translate into Estonian two pathological gambling screens—Problem Gambling Severity Index (PGSI) (Ferris & Wynne, 2001) and Problem and Pathological Gambling Measure (PPGM) (Williams & Volberg, 2010)—and to compare their validity on the Estonian sample with that of the South Oaks Gambling Screen (SOGS) (Lesieur & Blume, 1987), the screening instrument used in Estonian population surveys thus far. The sample included 283 people recruited at casinos and via the internet. All participants completed the three screens. The concurrent validity, classification accuracy and construct validity of the instruments were assessed. The results showed that all instruments had high construct validity and concurrent validity. The specificity of SOGS was significantly lower than that of the other screens, and the sensitivity of PPGM was significantly lower compared to the other screens. PGSI had the highest classification accuracy. Based on these psychometric indices and qualitative analyses, the study concluded that considering replacing SOGS with PGSI in future population surveys is recommended.

Keywords: problem and pathological gambling, SOGS, PGSI, PPGM, classification accuracy, construct validity, internal consistency

Sissejuhatus

Hasartmängusõltuvus ja probleemne hasartmängimine

Hasartmängudeks loetakse selliseid mängu, milles osalemise tingimuseks on mängija poolt panuse tegemine, kusjuures panus on rahaline või rahaliselt hinnatava väärtusega, ning mille tulemusel võib mängija saada võidu, mis on samuti rahaline või rahaliselt hinnatava väärtusega. Hasartmängu tulemus määratakse osaliselt või täielikult juhuslikkusel põhineva tegevusega või see sõltub eelnevalt mitteteadaoleva sündmuse toimumisest (Hasartmänguseadus, 2008). Seega on hasartmängud sõltumata mängukohast näiteks automaadimängud, pokker, loto jne.

Hasartmängusõltuvus on sõltuvushäire, mida iseloomustab ülemäärane hõivatus hasartmängimisega ja selle tulemusel tekkinud probleemid sotsiaalses funktsioneerimises. DSM V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*) kohaselt viitavad hasartmängusõltuvusele (1) vajadus mängida üha suuremate summadega, et saavutada sarnast erutustaset; (2) võõrutusnähtud nagu ärrituvus ja rahutus juhul, kui inimene püüab mängimist vähendada või lõpetada; (3) korduvad edutud katsed mängimist kontrollida, vähendada või lõpetada; (4) sagedane hõivatus mängimisega, näiteks varasemate mänguepisoodide meenutamine või järgmiste planeerimine; (5) mängimine negatiivsete emotsioonidega toimetuleku eesmärgil; (6) püüd kaotatud raha tagasi võita; (7) mängimise varjamine ja valetamine sellega seoses; (8) suhte, hariduse- või karjäärivõimaluse ohtu seadmine mängimise tõttu; ning (9) teistele toetumine, et mängimise majanduslike tagajärgedega toime tulla. Sõltuvuskäitumine võib olla nii episoodiline kui pidev. Püsivalt taandunuks loetakse sümptomeid juhul, kui neid ei ole esinenud 12 kuu jooksul (APA, 2013).

Hasartmängusõltuvus diagnoositakse DSM V kohaselt isikul, kelle mängukäitumine vastab neljale või enamale eelpool toodud kriteeriumile. Lisaks hasartmängusõltuvusele ehk patoloogilisele hasartmängimisele on aga põhjust rääkida ka probleemsest hasartmängimisest. Probleemse hasartmängimise korral esineb isikul hasartmängimisega seoses probleeme, kuid tema mängukäitumine ei vasta täielikult sõltuvuse kriteeriumidele. Aastal 2014 oli Eestis leviku-uuringu kohaselt probleemidega mängijaid hinnanguliselt 4% ning tõenäolisi patoloogilisi mängijaid 0,7% üldpopulatsioonist (EMOR, 2014).

Nagu definitsioonist järeldub, kaasnevad probleemse või patoloogilise hasartmängimisega tõsised negatiivsed tagajärjed nii mängija enda kui tema lähedaste sotsiaal-majanduslikule heaolule.

See on seotud suurenenud kroonilise stressiga ning võib aidata kaasa terviseprobleemide kujunemisele, nagu kõrge vererõhk ning südame-ja veresoonkonna haigused (Fong, 2005). Probleemsete mängijate seas on sage ka unevaegus, mida muuhulgas mõjutab ööpäevaringne ligipääs kasiinodele ja aja möödumist varjavad kasiinokeskkonna elemendid, näiteks pimendavad katted akende ees (Fong, 2005). Hasartmängimisega seotud probleemide süvenedes kogevad mängurid sageli lootusetust, süüd, häbi ja meeleheidet ning hasartmängusõltuvus võib otseselt vallandada või süvendada mitmete vaimsete häirete sümptomeid. Eelkõige esineb hasartmängusõltuvuse diagnoosiga inimestel oluliselt rohkem ärevust ja depressiooni (Kaare, Mõttus & Konstabel, 2009). Koguni kuni 76% teraapiasse pöördunud mängusõltlastest esineb kliiniline depressioon (Petry, 2005, Lorains, Cowlshaw & Thomas, 2011 järgi); samuti kaasneb probleemse hasartmängimisega suurenenud suitsiidirisk (Ledgerwood & Petry, 2004).

Kõige ilmsemad hasartmängusõltuvuse tagajärjed on majanduslikud raskused ja kuhjuvad võlad. Hasartmängusõltuvusega inimeste seas on pankrott oluliselt sagedasem kui üldpopulatsioonis, nad sooritavad raha hankimiseks sagedamini ebaseaduslikke tegusid (Gerstein, 1999) ja suurema tõenäosusega võtavad ning jätavad tagasi maksmata laene (EMOR, 2014). Unarusse võivad jääda kohustused tööl või koolis, millega tõsisematel juhtudel võib kaasneda töökaotus. Tüüpilised on ka potentsiaalselt laastavad probleemid suhetes: lahutajate hulk probleemsete mängijate seas on oluliselt suurem kui lahutajate hulk mitteprobleemsete või mittemängijate seas (Gerstein, 1999). Seega mõjutab ühe inimese hasartmänguprobleem veel mitut inimest tema lähiringkonnas; muuhulgas suurendab vanema mängusõltuvus riski, et tema lapsel kujuneb tulevikus välja sama probleem (Fong, 2005). Negatiivsed tagajärjed indiviidi tasandil väljenduvad riigi tasandil sotsiaalsete ja majanduslike kuludena, mis tulenevad hasartmängusõltuvusega seotud kuritegevusest, vähenenud tööjõudlusest, lahutustest, sõltuvuse ja sellega kaasnevate vaimse tervise probleemide ravist jne (Reith, 2006).

Hasartmängusõltuvust saab käsitleda haigusena, millel on iseloomulikud haigustunnused ning etioloogia, sealhulgas bioloogilised, psühholoogilised ja sotsiaalsed riskitegurid. Tõepoolest, nagu ülalmainitud leviku-uuringust (EMOR, 2014) ilmneb, kujuneb sõltuvus või tekib mängimisega seoses olulisi probleeme vaid väikesel osal hasartmängude mängijatest. Paljud uurijad leiavad aga, et haiguse mudel ei ole probleemse ja patoloogilise hasartmängimise rahuldavaks seletamiseks piisav (Ferentzy & Turner, 2012). Uuringute kohaselt on probleemse hasartmängimise taga keerulised seosed indiviidist tulenevate tegurite, keskkonna ning selle vahel, millisel määral ja mis tüüpi hasartmängudele indiviid

on eksponeeritud (Reith, 2006). Seega saab hasartmängusõltuvust käsitleda ka sotsiaalse probleemina, mille levimus on seotud hasartmängude korraldajate tegevusega ja selle reguleerimisega riigi poolt.

Et hasartmängimisega võivad kaasneda nii indiviidile kui ühiskonnale negatiivsed tagajärjed, mille ulatus ja tõsidus on seotud riikliku poliitikaga, kuulub hasartmängimise reguleerimine paljudes riikides, sealhulgas Eestis, valitsuse vastutuse alla. Seejuures on oluline olla teadlik ning arvesse võtta infot hasartmängusõltuvuse levimuse ja dünaamika kohta. Sellekohased teadmised informeerivad olulisi otsuseid hasartmängude korraldamise reguleerimise ning probleemse hasartmängimise ennetamisele ja leevendamisele suunatud sekkumiste kohta. Hasartmängimisega seotud info kogumise ja probleemi seire eesmärgil on Eestis Hasartmängusõltuvuse Nõustamiskeskuse algatusel ning koostöös Hasartmängude Korraldajate Liidu, Eesti Loto ja EV Rahandus- ja Sotsiaalministeeriumiga läbi viidud regulaarseid leviku-uuringuid.

Hasartmängusõltuvuse sõeluuringud elanikkonnas

Probleemse hasartmängimise ning hasartmängusõltuvuse levimuse hindamiseks ja selle varase tuvastamise abistamiseks on kasutusel sõeltestid. Sõelumine ehk skriinimine tähendab häire esinemise tõenäosuse hindamist. See erineb diagnoosimisest, mis on konkreetse haigusjuhtumi kinnitamise protsess, mille tulemusel on võimalik alustada sekkumist (Wynne, 2003).

Probleemse ja patoloogilise hasartmängimise skriinimist raskendab mitu asjaolu. Ühelt poolt on mitmed mängusõltuvuse sümptomid otseselt seotud hasartmängude iseloomuga. Näiteks tekitavad mänguautomaatide signaalid „napist kaotusest“ illusiooni, et võit on lähedal ning julgustavad sellega mängimise jätkamist ja püüdu kaotusi tagasi võita (Reid, 1986). Seega ei pruugi taolise püüu ilmumine alati viidata kontrolli kaotamisele, vaid olla mõjutatud sellest, millises olukorras ning missuguseid mängu inimene on mänginud. Seetõttu on probleemse hindamisel kindlasti oluline arvesse võtta sümptomite intensiivsust. Teiseks on tegemist mitmepalgelise häirega, mille konkreetset väljendusviisid ja millega kaasuvad tagajärjed erinevad indiviiditi. Ning viimaks on hasartmängusõltuvuse puhul tüüpiline probleemide ja kontrolli kaotuse eitamine või vähendamine (Suurvali, Cordingley, Hodgins & Cunningham, 2009), mis teeb enesekohaste küsimustike abil usaldusväärsete vastuste saamise keeruliseks.

Hea sõeltest peab arvesse võtma kõiki nimetatud asjaolusid, olles tundlik mitte ainult mängukäitumise kvalitatiivsele, vaid ka kvantitatiivsele poolele; haarates piisavalt laia valikut

patoloogiale viitavaid näitajaid; ning sõnastades küsimused viisil, mis aitab tuvastada probleeme ka juhul, kui isiku valmidus neid tunnistada on väike.

Maailmas üks levinumaid sõelteste probleemse hasartmängimise levimuse hindamiseks on *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) (PGRTC, 2011) mis on kasutusel olnud ka seni Eestis läbi viidud hasartmängusõltuvuse leviku-uuringutes aastatel 2010, 2012 ja 2014 (EMOR, 2010; EMOR, 2012; EMOR, 2014). SOGS on temaatilises kirjanduses pälvinud aga rohkelt kriitikat (PGRTC, 2011). Paljutöötavad kandidaadid SOGS-i mantlipärijana on PGSI ehk *Problem Gambling Severity Index* (Ferris & Wynne, 2001) ja PPGM ehk *Problem and Pathological Gambling Measure* (Williams & Volberg, 2010).

Sõeltestide klassifikatsiooni täpsus

Kuivõrd sõeluuringute eesmärk on hinnata häire esinemise tõenäosust, on oluline näitaja sõeltesti kohta klassifikatsiooni täpsus ehk see, kui suure täpsusega test tuvastab inimesi, kellel uuritav häire kas on või ei ole (Williams ja Volberg, 2014). Selle näitaja kirjeldamiseks kasutatakse mõisteid spetsiifilisus ja tundlikkus. Tundlikkus viitab sellele, kui suur osa nendest inimestest, kellel häire on, tuvastati hinnatava instrumendi poolt. Spetsiifilisus viitab sellele, kui suure osa nendest inimestest, kellel häiret ei ole, instrument tuvastas.

Optimaalne klassifikatsiooni täpsus sõltub testi kasutamise kontekstist ja eesmärkidest. Kui skriinimisele järgneb põhjalikum uurimine ja sekkumine, on oluline, et testi tundlikkus oleks võimalikult kõrge. Probleemse ja patoloogilise hasartmängimise leviku-uuringute eesmärk aga on enamasti hinnata probleemi levimust (EMOR, 2014), mitte tuvastada konkreetseid inimesi, kes ravi vajavad. Seetõttu ei pruugi leviku-uuringutes kasutatavate probleemse hasartmängimise sõeltestide klassifikatsiooni täpsus olla kuigi kõrge (Williams & Volberg, 2014). Siiski on soovitatav võimalikult kõrge klassifikatsiooni täpsus. Näitajaid, mis on kõrgemad kui 94% võib lugeda suurepäraseks; näitajad mis on 90-94% võib lugeda heaks; ning näitajaid, mis jäävad alla 90% võib lugeda rahuldavaks (PGRTC, 2011).

Järgnevalt tutvustan pikemalt eelpool nimetatud kolme sõeltesti. Nende psühhomeetrilised omadused on kokkuvõtvalt ära toodud Tabelis 1.

SOGS

SOGS ehk *South Oaks Gambling Screen* on hasartmängusõltuvuse sõeltest, mis töötati välja 1987. aastal (Lesieur ja Blume, 1987). Seda kasutatakse probleemse mängukäitumise identifitseerimiseks paljudes erinevates populatsioonides, sealhulgas psühhiaatrilised patsiendid, alkoholi- ja uimastisõltlased, vangid ning mängusõltuvuse riskigrupid (Battersby, Thomas, Tolchard, ja Esterman, 2002). SOGS-i kasutatakse laialdaselt ka sõltuvuse levimuse kaardistamiseks üldpopulatsioonis (Stinchfield, 2002).

Instrument töötati esialgu välja eesmärgiga tuvastada alkoholi- ja uimastisõltuvusega patsientide seas potentsiaalset hasartmängusõltuvust ning sama valimit kasutati küsimustiku loomisel. See põhineb DSM-III ja DSM-III-R poolt sätestatud hasartmängusõltuvuse kriteeriumitel. SOGS-iga on võimalik mõõta probleemset hasartmängimist nii terve inimese elu kui piiratud ajaperioodi jooksul (Lesieur & Blume, 1993). See koosneb 20 küsimusest, mis puudutavad mängimiseks raha laenamist, tülisid pere ja sõpradega, tõendite varjamist, mängimise tõttu töölt või koolist puudumist ning mängimisega seonduvat süütunnet. Võimalik skoor on 0-20 ning tõenäolist patoloogilist mängijat tähistavad skoorid alates 5-st.

Mitmed uurijad kahtlevad SOGS-i sobivuses üldpopulatsioonil kasutamiseks. Üks suurimaid probleeme on suur valepositiivsete vastuste arv ning hasartmängusõltuvuse levimuse ülehindamine (Williams ja Volberg, 2014). Selle taga on asjaolu, et valim, millel küsimustik välja töötati, ei kajastanud üldpopulatsiooni struktuuri realistlikult (Young & Stevens, 2008). Igas leviku-uuringus, kus hasartmängusõltuvuse hindamiseks on kasutatud nii SOGS-i kui DSM IV, on saadud SOGS-iga kõrgem levimuse protsent (Orford, 2003). Stinchfield (2002) leidis, et kasutades SOGS-i üldpopulatsioonis, oli valepositiivsete vastuste määr 50%. Ka on ette heidetud, et SOGS-i küsimuste sõnastus toob kaasa kallutatuse jaatavate vastuste suunas (Thompson, Walker, Milton ja Djukic, 2005).

Küsimuse alla on seatud ka SOGS-i sobivus erinevates kultuurikontekstides (Young & Stevens, 2008) ning erinevatel sotsiaalmajanduslikel tasemetel. On väidetud, et SOGS asetab ülemäära suure kaalu rahalistele probleemidele: tervelt 10 küsimust on seotud rahalise seisuga (Kaspar, 2015). See võib kaasa tuua palju valepositiivseid vastuseid madalama sotsiaalmajandusliku staatusega vastajate hulgas (Young & Stevens, 2008).

Orford et al (2003) leiavad, et populatsiooniuringute seisukohast probleemseks võib lugeda ka asjaolu, et SOGS-i küsimused laaduvad kahele või enamale faktorile. Üldpopulatsioonis läbi viidavad

leviku-uuringud mõõdavad hasartmängusõltuvust ühedimensioonilise konstruktina ning SOGS-i mitmedimensiooniline faktorstruktuur vähendab selle reliaablust (Orford et al., 2003). SOGS-i psühhomeetriselised omadused on ära toodud tabelis 1.

PGSI

PGSI ehk *Problem Gambling Severity Index* on SOGS-i järel levinuim probleemse ja patoloogilise hasartmängimise sõeltest ning üks osa probleemset mängukäitumist mõõtvast instrumendist *Canadian Problem Gambling Index* (CPGI), mis töötati välja Kanadas aastatel 1997-2000 spetsiaalselt üldpopulatsioonis kasutamiseks (Ferris & Wynne, 2001). CPGI loodi eesmärgiga võtta arvesse populatsiooni mõjutavaid tegureid, mida kliinilisel valimil loodud vahendid, sealhulgas SOGS, piisavalt ei kajasta. Instrumendi esialgne variant töötati välja, tuginedes kirjanduse ülevaate ning ekspertarvamuste põhjal tuletatud probleemse mängimise definitsioonile, ning seda täiustati ja valideeriti pilootuuringu ja üldpopulatsiooni uuringu käigus (Ferris & Wynne, 2001).

Võrdluses SOGS-iga on CPGI näidanud paremaid tulemusi. On leitud, et CPGI edestab SOGS-i küsimuste raskusastme, konstruktiivsuse ja klassifikatsiooni täpsuse osas (McMillen & Wenzel, 2006). Neale, Delfabbro ja O'Neil (2005) leidsid oma ülevaates, et CPGI on populatsiooniuuringutes kasutamiseks sobivam instrument.

CPGI koosneb 31 küsimusest, mis puudutavad hõivatust mängimisega, mängimise probleemset ja mängimise korrelaate (Wynne, 2003). PGSI sisaldab 9 küsimust CPGI probleemse mängimise alaskaalalt ning mõõdab probleemset mängukäitumist (5 küsimust) ja mängimise negatiivseid tagajärgi (4 küsimust) viimase 12 kuu jooksul (PGRTC, 2011). Küsimused skooritakse Likert-tüüpi 4-palli skaalal. Vastused liidetakse kokku, võimalik punktide arv on 27. PGSI jagab vastajad nelja probleemsete kategooriasse: probleemideta mängijad, väheste probleemidega mängijad, mõõdukate probleemidega mängijad ja tõenäoliselt patoloogilised mängijad. Normivalimil patoloogilisele hasartmängimisele viitavaks äralõikepunktiks, mis tagab nii tundlikkuse kui spetsiifilisuse rahuldava taseme, on 8 (Wynne, 2003).

Wynne (2009) kohaselt on PGSI psühhomeetriselised näitajad tugevad (Tabel 1). Selle sisereliaablus ja korduvtestimise reliaablus on kõrged ning ületavad SOGS-i vastavaid näitajaid. Kõik PGSI üheksa küsimust laaduvad ühele faktorile, mis tähendab, et see mõõdab probleemset hasartmängimist kui ühedimensioonilist nähtust. PGSI korreleerub tugevalt teiste probleemset

mängurlust mõõtvate vahendite SOGS-i ja DSM IV-ga, mis viitab selle kõrgele samaaegsele valiidsusele. Konstruktivaliidsus hinnatuna seeläbi, mil määral erinevad PGSI abil eristatud probleemsed, riskigruppi kuuluvad ja probleemideta mängurid selle poolest, kui palju raha nad mängimisele kulutavad, kui sageli nad mängivad ja kuivõrd kehtivad nende puhul probleemse mängimise korrelaadid, on samuti rahuldav (Wynne, 2003).

Seoses SOGS-i kitsaskohtadega on PGSI selle positsiooni populatsioonipõhistes uuringutes üha enam üle võtnud. Kanadas ja Austraalias on PGSI juba SOGS-i asendanud ning kujunenud enimkasutatud populatsiooni sõeltestiks (PGRTC, 2011), samuti kasutatakse seda Norras, Islandil ja Suurbritannias (Currie, Casey & Hodgins, 2010). Et hasartmängusõltuvus on suhteliselt selgepiiriline häire, on SOGS olnud edukas sõltuvuse all kannatavate inimeste tuvastamisel. See on olnud vähem edukas subkliiniliste sümptomite all kannatavate või riskigruppi kuuluvate inimeste märkamisel. PGSI suudab täpsemalt klassifitseerida isikuid, kes on madala või mõõduka riskiga sõltuvusprobleemi kujunemiseks (Wynne, 2002). PGSI tugevuseks on ka asjaolu, et see on suhteliselt lühike ning seda on lihtne kasutada.

Siiski ei ole ka PGSI pääsenud kriitikata. On ette heidetud seda, et see on SOGS-ile liiga sarnane ega heasta seega viimase puudujääke (PGRTC, 2011). Näiteks leidsid Williams ja Volberg (2014), et sarnaselt SOGS-iga ülehindab PGSI probleemse hasartmängimise levimust. Samuti on väidetud, et ehkki teadlaste seas leiab üha enam poolehoidu probleemse hasartmängimise kontseptualiseerimine läbi negatiivsete tagajärgede, asetab PGSI neile liiga vähe rõhku, käsitledes põhjalikumalt sõltuvuse sümptomeid (Svetieva & Walker, 2008). Svetieva ja Walker (2008) leiavad, et PGSI ei mõõda seetõttu ülemäärast hasartmängimist kui sotsiaalset probleemi.

PPGM

PPGM ehk *Problem and Pathological Gambling Measure* on käesolevas töös kirjeldatud instrumentidest kõige hilisem ning seetõttu on seda kõige vähem kasutatud. Selle töötasid 2010. aastal välja Kanada teadlased Rachel A. Volberg ja Robert J. Williams (Williams & Volberg, 2010).

PPGM on 14 küsimusest koosnev sõeltest, mille küsimused on organiseeritud kolme ossa: probleemid (7 küsimust), kontrolli puudumine (4 küsimust) ja muud tegurid (3 küsimust). Sarnaselt PGSI-le kehtivad küsimused viimase 12 kuu kohta ning mõõdavad mängimise probleemset kontinuumil, milles on 4 kategooriat (meelelahutuse eesmärgil mängija, suurenenud riskiga mängija,

probleemne mängija ning patoloogiline mängija). Test on välja töötatud ning seda on katsetatud ja täiendatud mitme aasta jooksul nii kliinilisel kui üldpopulatsiooni valimil (Williams & Volberg, 2012).

PPGM erineb eelpool kirjeldatud sõeltestidest mitmel olulisel viisil. Esiteks adresseerib see kõiki olulisi hasartmängimise potentsiaalseid kahjusid: majanduslikke, seaduslikke, töö- ja koolialaseid, suhete ning vaimse ja füüsilise tervisega seonduvaid. PGSI ja SOGS kõiki nimetatud teemasid samas ulatuses ei kata. See tähendab, et mõned mängijad, kellel esineb mängimisega seoses probleeme, võivad mainitud sõeltestidega jääda tuvastamata. Teiseks võimaldavad PPGM-i kahjusid puudutavad küsimused selgitada välja mängimisega kaasnevaid probleeme või probleemide indikaatoreid hoolimata sellest, kas inimene on valmis neid probleemideks nimetama. Kõik kahjusid puudutavad küsimused hindavad ülemäärase mängimise tõttu tekkinud raskusi nii inimesele endale kui mõnele tema lähedasele. Teistes sõeltestides käsitlevad pea kõik küsimused mängija enda kogetud probleeme, mitte probleeme, mida tema mängukäitumine on põhjustanud vahetus sotsiaalses võrgustikus (Williams & Volberg, 2012).

Suurema nimi- ja konstruktivaliidsuse huvides liigitatakse isik probleemseks või patoloogiliseks mängijaks juhul, kui ta on vastanud jaatavalt nii kahjusid puudutavatele küsimustele kui kontrolli puudumist hindavatele küsimustele. Jaatavad vastused ainult ühes valdkonnas toovad kaasa liigitamise riski all olevaks mängijaks. See lähenemine erineb teiste sõeltestide omast, kus kõikidel küsimustel on võrdne kaal ning igasugune jaatavate vastuste muster, mille punktisumma vastab vajalikule lävele, annab alust liigitada mängija probleemseks või patoloogiliseks; seda hoolimata asjaolust, et mõned küsimused puudutavad tõsisemaid probleeme või on suurema diagnostilise väärtusega. Seega on võimalik, et probleemseks või patoloogiliseks mängijaks liigitatakse isik, kellel ei kaasne mängimisega olulisi probleeme või vastupidi, et väheste, kuid tõsiste mängimisest tulenevate probleemidega isik ei liigitu probleemseks mängijaks (Williams & Volberg, 2012). Enamik uurijaid nõustub, et probleemse hasartmängude mängimisega on tegemist juhul, kui inimene kogeb mängimisega seoses nii negatiivseid tagajärgi kui vähenenud kontrolli (Neal, Delfabbro, & O'Neil, 2005).

Erinevalt SOGS-ist ja PGSI-ist liigitatakse PPGM-i puhul valepositiivsete vastuste minimeerimise eesmärgil probleemseteks või patoloogilisteks mängijateks ainult isikud, kes on viimase aasta jooksul mänginud hasartmänge vähemalt korra kuus. Kõikides populatsiooniuuringutes ilmneb väike hulk inimesi, kelle skoor paigutab nad probleemsete mängijate hulka, kuid kes on viimase aasta jooksul väga vähe mänginud. Williams ja Volberg on leidnud, et suur osa nendest inimestest ei ole

probleemsed mängijad. Seetõttu on oluline võtta probleemseuse hindamisel arvesse ka mängimise sagedus (Williams & Volberg, 2012).

Minimeerimaks valenegatiivseid vastuseid, liigitatakse mängukäitumine probleemseks juhul, kui vastaja annab jaatava vastuse kolmele või enamale küsimusele ükskõik missuguses kolmest hinnatavast kategooriast ning mängimise sagedus ja kaotuste suurus on populatsiooniuuringus leitud probleemsete ja patoloogiliste mängijate grupi mediaaniga võrreldes suurem või sellega võrdne. Kui mängimise sagedus ja kaotuste suurus on nimetatud grupi mediaaniga võrdne või sellest suurem, kuid vastaja ei ole vastanud jaatavalt mitte ühelegi küsimusele, liigitatakse ta riski all olevaks mängijaks (Williams & Volberg, 2012).

Seoses eelpool nimetatud parandustega on PPGM demonstreerinud teiste sõeltestidega võrreldes kõrgemat klassifikatsiooni täpsust (Williams & Volberg, 2013; Back, Williams & Lee, 2015). Teisisõnu saavad mängijad, kelle PPGM liigitab probleemseks või patoloogiliseks, suurema tõenäosusega kliinilise hindamise või eksperthinnangu tulemusel sama hinnangu kui teiste sõeltestide puhul. PPGM-i psühhomeetrilised omadused on ära toodud tabelis 1.

Tabel 1 Kolme probleemse hasartmängimise sõeltesti SOGS-i, PGSI ja PPGM-i psühhomeeriliste näitajate võrdlus

	SOGS	PGSI	PPGM
Sisereliaablus (<i>Cronbach'i alfa</i>)	0,81 ¹	0,84 ¹	0,81 ²
Korduvtestimise reliaablus (<i>korrelatsioon</i>)	0,75 ¹	0,78 ¹	0,78 ²
Samaaegne valiidsus (<i>korrelatsioon teiste instrumentidega</i>)	0,77 ¹ (DSM IV)	0,83 ¹ (DSM IV)	0,70 ² (PGSI) 0,69 ² (SOGS)
Spetsiifilisus	99% ³	100% ¹	98,9% ²
Tundlikkus	90,4% ² 67% ³	85,5% ² 83% ¹	99,7% ²
Positiivne ennustusjõud ²	85,9% ² 56,5%	91,2% ² 49,4%	93,5%
Negatiivne ennustusjõud ²	97,8%	98,4%	99,9%

Märkused: ¹ Wynne, 2003; ² Williams ja Volberg, 2013; ³ Stinchfield, 2002

Käesoleva töö eesmärgid

Käesoleva uurimistöö eesmärk on tõlkida eesti keelde kaks probleemse ja patoloogilise hasartmängimise sõeltesti, *Problem Gambling Severity Index* (PGSI) ja *Problem and Pathological Gambling Measure* (PPGM) ning võrrelda nende valiidsust omavahel ja seni Eestis kasutusel olnud *South Oaks Gambling Screen*-iga (SOGS). Uurimise tulemusel selgitatakse välja, missuguse sõeltesti alusel loodud indeks sobib Eesti valimile kõige paremini ning seega missugust vahendit on soovitatav edasistes leviku-uuringutes kasutada. Varasemates uurimustes ilmnenuv tulemuste põhjal püstitati käesolevas töös hüpotees, et PGSI ja PPGM ületavad SOGS-i psühhomeetriliste näitajate, eelkõige klassifikatsiooni täpsuse poolest; ning et PPGM-i klassifikatsiooni täpsus on kõrgeim.

Probleemse hasartmängimise ja hasartmängusõltuvuse skriinimine üldpopulatsioonis on vajalik nii probleemi ennetamise kui sekkumise seisukohast, võimaldades riikliku poliitika ja ravi kujundamisel võtta arvesse probleemi levimust ning sellega seotud näitajaid. Seetõttu on oluline, et probleemse ja patoloogilise hasartmängimise levimust oleks võimalik usaldusväärselt hinnata. Seoses mujal maailmas leviva kriitikaga SOGS-i kohta on ka Eestis aktuaalne ja asjakohane uurida, kuidas hilisemad, SOGS-i puudusi arvesse võttes kavandatud ning mitmetes uuringutes paremaid psühhomeetrilisi omadusi ilmutanud instrumendid Eesti valimil probleemse ja patoloogilise hasartmängimise levimuse hindamiseks sobivad.

Meetod

Valim ja protseduur

SOGS-i, PGSI ja PPGM-i psühhomeetriliste omaduste hindamiseks leiti esmalt uuritavad, kes kõik nimetatud küsimustikud täitsid. Võttes arvesse töö piiratud mahtu ja asjaolu, et hasartmängusõltuvust esineb vähem kui 1% Eesti üldpopulatsioonist (EMOR, 2014), kasutati uurimuses eesmärgipärast valimit. Et küsitleda piisaval hulgal mõningate probleemidega ja tõenäoliselt patoloogilisi mängijaid, moodustati valim peamiselt kasiinode küllastajatest. Väike osa uuritavaid, täpsemalt 13% valimist, leiti ka interneti vahendusel. Kokku täitis küsimustikke 342 inimest. 59 vastanu andmed jäid analüüsist välja, kuna neljast küsimustikust oli täidetud vähem kui kolm. Lõplik valim koosnes 283 inimesest.

Küsimustikku oli võimalik täita paber kandjal või elektroonselt TÜ psühholoogia instituudis väljatöötatud internetipõhise testimiskeskonna Kaemus vahendusel. Kasiinodest osalejate leidmiseks tehti koostööd Olympic Casino Eesti AS-ga, mille töötajatel paluti pöörduda mängukohas viibijate poole ning jagada neile ümbrikesse paigutatud paber kandjal küsimustikke. Samuti paigutati ümbrikes küsimustikud laudadele, kust mängukoha külastajad neid omaalgatuslikult võtta said.

Et inimese tavapärase väliselt jälgitav hasartmängukäitumine võib anda olulist lisainformatsiooni, võeti ka see käesolevas töös vaatluse alla. Probleemse mängukäitumisega seotud väliselt jälgitavateks näitajateks peetakse muuhulgas mängukoha külastamise sagedust ning kontrolli vähesusele viitavat käitumist (O'Mahony & Ohtsuka, 2015). Probleemse või patoloogilise hasartmängimisega seotud külastamise sageduseks peetakse erinevate uuringute kohaselt mängukoha külastust kord kuus, kolm korda kuus või kord nädalas (Quilty et al., 2014; Currie et al., 2006; Currie et al., 2008). Käesolevas töös valiti probleemile viitavaks sageduseks kord nädalas, et võimalikult vähendada valepositiivsete vastuste hulka. Kontrolli vähesusele viitavateks kasiino töötajate poolt jälgitavateks ja hinnatavateks käitumisteks valiti masinate löömine; kasiino operaatorite süüdistamine kaotuses; mängimise ajal söömise, joomise, rääkimise või muuga tegelemise vältimine; ning väikestele ja keskmistele võitudele mitte reageerimine.

Isikuid, kes vastasid mõlemale tingimusele, ehk kelle mängukoha külastamise sagedus oli vähemalt kord nädalas ning kelle tüüpilist mängukorda iseloomustas vähemalt üks ülaltoodud käitumistest, peeti potentsiaalselt probleemidega mängijaks. Vastava hinnangu mängija kohta andsid kasiino töötajad. Kasiinotöötaja hinnangute eristamiseks anti potentsiaalselt probleemidega mängijaks hinnatud isikule ümbrik, kuhu oli roheline värviga kirjutatud aastaarv 2016; isikule, kes kriteeriumitele ei vastanud, anti ümbrik, mille peale 2016 oli kirjutatud sinise värviga. Laudadele paigutatud küsimustikel puudus märgistus. Kasiino töötajatele anti kriteeriumite jälgimise kohta standardiseeritud juhised.

Elektroonselt jagati küsimustikku sotsiaalmeedias Facebooki vahendusel nii töö läbiviija isiklikul kui Hasartmängusõltuvuse Nõustamiskeskuse kontol. Seega jagunes valim nelja gruppi: isikud, kelle poole kasiinos isiklikult pöörduti ning kes olid kasiino töötajate hinnangul probleemidega mängijad (grupp 1); isikud, kelle poole kasiinos isiklikult pöörduti, kuid kes vastavat hinnangut ei saanud (grupp 2); isikud, kes täitsid kasiinos küsimustiku omaalgatuslikult (grupp 3); ning isikud, kes täitsid küsimustiku interneti vahendusel (grupp 4).

Uuringu läbiviimine kooskõlastati Tartu Ülikooli inimuuringu eetika komiteega.

Mõõdikud

Töös kasutati probleemset ja patoloogilist hasartmängimist hindavaid sõelteste SOGS, PGSI ja PPGM, mille kirjeldus ja psühhomeetrilised omadused on ära toodud sissejuhatuses, ning CPGI-s sisalduvaid küsimusi sissetuleku ning mängimisele tüüpiliselt kuluva aja ja raha kohta. Nimetatud testide klassifikatsiooni täpsuse hindamise eesmärgil lisati lõplikku küsimustikku ka DSM IV poolstruktureeritud intervjuu küsimused. Andmeid analüüsid võeti DSM IV kümnest küsimusest vaatluse alla üheksa, mis vastavad DSM V hasartmängusõltuvuse sümptomitele.

DSM V-s kirjeldatud hasartmängusõltuvuse sümptomid valiti käesolevas töös klassifikatsiooni täpsuse kriteeriumiks seetõttu, et neid kasutatakse kliinilises kontekstis häire diagnoosimiseks ning need esindavad seega ammendavalt kaasaegset hasartmängusõltuvuse kontseptsiooni. Parim kriteerium klassifikatsiooni täpsuse hindamiseks on spetsialisti poolt katseisikutega skriinimise järgselt läbi viidud kliiniline intervjuu, kuid käesoleva töö puhul ei olnud see rahaliste ja inimressursside piiratud tõttu võimalik. Kuivõrd probleemne hasartmängimine on laiem nähtus kui hasartmängusõltuvus, ei pruugi DSM V seda teistest instrumentidest suurema tundlikkusega tuvastada. Seetõttu väljendab klassifikatsiooni täpsus käesolevas töös täpsust just patoloogia, mitte laiemalt probleemset hindamisel. See on ka põhjus, miks käesoleva töö eesmärk on tõlkida eesti keelde spetsiaalselt üldvalimil kasutamiseks loodud sõeltestid ning uurida nende toimimist eesti valimil selle asemel, et skriinida probleemset hasartmängimist juba eesti keelde tõlgitud DSM IV küsimustiku abil.

Kõik nimetatud küsimustikud ja lisaküsimused koondati ühte ankeeti, mille pikkus oli neli lehekülge. Küsimustike järjekorda varieeriti, et välistada järjekorra mõju tulemustele. Leiti, et küsimustike järjekord ankeedis ei avaldanud tulemustele mõju. Lõplik küsimustik on ära toodud käesoleva töö Lisas 1.

SOGS ja DSM IV on varasemalt eesti keelde tõlgitud vastavalt Stella Laansoo (Laansoo, 2005) ja Pille-Riin Kaare poolt (Kaare, Mõttus & Konstabel, 2009). PGSI ja PPGM tõlgiti eesti keelde käesoleva töö raames lähtudes WHO (*World Health Organization*) sõltuvuskäitumisi hindavate instrumentide tõlke ja adapteerimise protsessi juhistest (WHO, s.a.). Esmalt tõlkis töö autor ingliskeelsete originaaltestide väited eesti keelde. Seejärel tegi nii inglise kui eesti keelt koduse keelena rääkiv inimene tagasitõlke. Lõpliku versiooni tarvis võrdlesid töö autor ja juhendajad tagasitõlget originaalküsimustikega ning tegid selle põhjal mõned täiendused. SOGS-i puhul tehti varasema versiooniga võrreldes MTÜ Hasartmängusõltuvuse Nõustamiskeskuse ning Olympic Casino Eesti AS

ekspertide abiga muudatusi küsimuses 1 („Milliseid küsimustikus nimetatud hasartmänge olete mänginud ja kui sageli?“) eesmärgiga kaasajastada küsimustikus mainitud hasartmängud. Hasartmängude nimekirjast eemaldati mängud, mis ei ole enam kättesaadavad, näiteks „sprint“. DSM IV puhul varasema eestikeelse versiooniga võrreldes muudatusi ei tehtud.

Instrumentide faktorstruktuur ja sisereliaablus

SOGS-i skoori arvutamise eeldus ühest hasartmängukäitumist kirjeldavast faktorist on Eestis kontrollimata. Käesolevas töös vaadeldi põgusalt, kui põhjendatud see eeldus on, kuid täpsema faktorstruktuuriga tegeleb suurema andmestiku peal Anneli Velt oma magistritöös, mis valmib 2017. aastal. Seega kasutati käesolevas magistritöös senist praktikat SOGS-i skoori arvutamiseks.

SOGS-i andmete faktoranalüüsimiseks kasutati programmi Statistica 8.0 (StatsSft Inc). Küsimused 1a-1m teisendati binaarsele skaalale. Küsimused 3-5 kodeeriti dihhotoomiliseks vastavalt sellele, kas vastus andis skoorimisel 1 või 0 punkti. Välja jäeti küsimus 16 (see oli täpsustus hasartmängimiseks laenu võtmise kohta, mida uuris küsimus 15). (Küsimused on ära toodud Lisas 1.) Andmetele teostati polühooriline korrelatsioonanalüüs ja korrelatsioonidele tehtud faktoranalüüsil uuriti, kui hästi kirjeldab andmestikku ühefaktoriline lahendus, kasutades suurima tõepära meetodit (*maximum likelihood*). Andmestikust eemaldati 1. küsimus („Palun märkige, milliseid küsimustikus nimetatud hasartmänge olete mänginud ja kui sageli“), sest see korreleerus absoluutsel tasemel 1,0 küsimustega 3 („Juhul kui olete raha mängu pannud ja kaotanud, siis kui tihti püüate te seda järgmisel päeval tagasi võita?“) ja 13 („Kas olete jätnud raha tagasi maksmata mängukire tõttu?“). Küsimustikku jäi 14 küsimust, mille standardiseeritud Cronbach'i alfa oli 0,66, mida võib pidada rahuldavaks. Kui analüüsida ainult SOGS-i skooritavaid küsimusi, on selle skaala sisereliaablus oluliselt kõrgem (Cronbach'i alfa: 0,82). Samas ei leidnud kinnitust piisavalt hea ühefaktoriline struktuur (Joonis 1, Lisa 2). Esimese faktori omaväärtus oli küll 7,47 ja see seletas ära 53,33 % variatiivsusest, kuid eksploratiivselt rohkemate faktorite lubamisel selgus, et mitu küsimust laadus mõnele teisele faktorile kõrgelt, isegi kõrgemalt kui esimesele faktorile.

PGSI puhul koguti vastused 4-pallisel skaalal ja seetõttu tehti faktoranalüüs toorandmetele. Ühefaktorilise lahenduse puhul (peakomponentide meetod) seletas leitud faktor ära 56,1% andmete variatiivsusest ja faktori omaväärtus oli 5,06 (Joonis 2, Lisa 2). Leitud skaala sisereliaablus oli väga

kõrge (Cronbach'i alfa 0,92, Standardiseeritud Cronbach'i alfa 0,92) ning ühegi väite eemaldamine seda oluliselt ei muutnud.

PPGM puhul kasutati seoses dihhotoomilise skaalaga taas tetrahoorilist korrelatsiooni. Ekstraheeritud faktori (suurima tõepära meetod) omaväärtus oli 7,2 ja see seletas ära 51,4% variatiivsusest. Omaväärtuste graafik (Joonis 3, Lisa 2) näitab, et küsimustikus on vähemalt 2 olulist faktorit. Küsimuste faktorlaadungid esimesel faktoril polnud aga väga kõrged, jäädes vahemikku 0,48 kuni 0,85. Samas oli originaalkomplekti väidete sisereliaablus kõrge (Cronbach'i alfa 0,95; Standardiseeritud Cronbach'i alfa 0,95) ning mitte ühegi küsimuse eemaldamine ei parandanud seda. Rohkemate faktorite (näiteks 6) lubamisel koondusid küsimused erinevatesse faktoritesse (vt Tabel 14, Lisa 2), kusjuures mängukäitumisega seotud näitajad koondusid ühte faktorisse, samas kui negatiivsete tagajärgede seas võis eristada mitut erinevat faktorit, sealhulgas ebaseaduslike tegude sooritamine, probleemid tervise ja suhetega ning rahalised ja tööga seotud probleemid. Ka teiste inimeste hinnang tuli eraldi teemana esile. Negatiivsete tagajärgede hulgas olid rahalised ja emotsionaalsed probleemid need, mis kõige tugevamalt seostusid mängukäitumisega.

Küsimustike faktoranalüüsi omaväärtuste graafikud (joonised 1-3) ning ühefaktorilise lahenduse korral saadud küsimuste faktorlaadungid (PPGM-i puhul ka mitmefaktorilise lahenduse korral saadud faktorlaadungid) (tabelid 11-14) on lisa 2. Kõrge reliaabluse ja originaaltestidega võrreldavuse säilitamise tõttu tehti edasise töö tarbeks testide skoorimisjuhendi alusel indeksid.

Probleemsuse kategooriad

Iga instrument jaotab küsitletavad probleemideta vastajateks, mõningate probleemidega mängijateks ning tõenäoliselt patoloogilisteks mängijateks. Lisaks sellele eristavad nii PGSI kui PPGM mõningate probleemidega mängijate seas kahte kategooriat. PPGM jagab mõningate probleemidega mängijad riski all olevateks ning probleemseteks mängijateks; PGSI jagab mõningate probleemidega mängijad väheste ning mõõdukate probleemidega mängijateks. Käesolevas töös kasutati parema jälgitavuse ja võrreldavuse huvides nii PPGM-i kui PGSI puhul nimetusi „väheste probleemidega mängijad“ ning „mõõdukate probleemidega mängijad“. SOGS-i puhul kuulusid kõik probleemidega mängijad ühte kategooriasse, „mõningate probleemidega mängijad“.

Käesolevas töös kasutati originaalinstrumentide autorite poolt soovitatud äralõikepunkte ning SOGS-i puhul varasemalt Eesti valimil kasutusel olnud äralõikepunkte. Tabelis 2 on kirjeldatud, millise

skooriga vastajad misssugusesse kategooriasse paigutati. PPGM-i puhul võeti vastajate kategooriatesse paigutamisel arvesse ka muud kui koguskoori; PPGM-i skoorimist kirjeldatakse pikemalt sissejuhatuses.

Tabel 2 Probleemsuse kategooriatele vastavad äralõike skoorid

	Probleemideta	Väheste probleemidega	Mõõdukate probleemidega	Mõningate probleemidega	Tõenäoliselt patoloogilised
SOGS ¹	0-1	-	-	2-5	5 ja rohkem
PGSI ²	0	1-2	3-7	-	8 ja rohkem
PPGM ³	0	1-2/ >0	3-5	-	5 ja rohkem

Märkused: ¹ Laansoo, 2009; ² Wynne, 2003; ³ Williams ja Volberg, 2012

Andmeanalüüs

Andmeid analüüsiti statistikaprogrammi SPSS 23 abil. Kasutati järgmisi meetodeid: kirjeldav statistika, reliaablusanalüüs, risttabelid, korrelatsioonianalüüs. Keskmiste erinevuste statistilise olulisuse hindamiseks kasutati Kruskal-Wallise testi ning proportsioonide erinevuse statistilise olulisuse hindamiseks kasutati z-testi (*z-test of proportions*).

Tulemused

Kirjeldav statistika

283 vastanu seas oli 86 naist, 172 meest ja 25 isikut, kes ei avaldanud oma sugu. Vastanud olid vanuses 21 kuni 83, keskmine vanus oli 37 aastat (SD 12) ning mediaan 35 aastat. Jättes analüüsi alt välja 3 vastajat, kelle sissetulek oli rohkem kui kolme standardhälbe võrra keskmisest suurem (17 500, 20 000 ja 100 000 eurot kuus), oli küsitletavate keskmine netosissetulek 1488 eurot kuus ning mediaan 1000 eurot kuus. Grupid ei erinenud teineteisest sissetulekuga seotud näitajate osas. Grupp 4 erines teistest gruppideest soolise ja vanuselise koosseisu osas (Tabel 3).

Andmeanalüüsis hinnati mängimisele kulunud raha protsendina sissetulekust. Küsimusele sissetuleku kohta jättis vastamata 89 inimest ning küsimusele mängimisele kulunud raha kohta 23 inimest. Kaks äärmuslikku juhtumit, kelle puhul mängimisele kulunud sissetuleku protsent oli rohkem kui kahe standardhälbe võrra keskmisest suurem, täpsemalt 1000 ja 5000, jäi analüüsi alt välja. Seega kokku oli sellekohase analüüsi all 180 inimest. Mängimise sagedust hinnati andmeanalüüsis erinevaid hasartmänge koondava koguskoori kaudu, kusjuures skoorimise eripära tõttu viitas kõrgem skoor väiksemale sagedusele. Nimetatud mängimise sagedusskoor varieerus vahemikus 11-43 punkti ning selle keskmine oli 34,8 punkti.

Koguskoor kõikide instrumentide peale kokku varieerus vahemikus 0-56 punkti. Kui üksikute instrumentide võimalik koguskoor teisedati kümnele, oli kõikide küsimustike keskmine koguskoor sarnane: PGSI puhul 1,53 punkti, PPGM-i puhul 1,61 punkti ning SOGS-i puhul 1,74 punkti.

Tabel 3 Gruppide demograafilised omadused

	Grupp 1 ^{G1}	Grupp 2 ^{G2}	Grupp 3 ^{G3}	Grupp 4 ^{G4}
Vastanute arv	63	89	93	38
Mehed (%)	79,6	78,8	68,6	18,4**
Vastanute keskmine vanus ¹	40 (13)	40 (10)	37 (13)	30** (8)

Märkused: ** Erinevus ülejäänud gruppidest: $p < 0,01$; ¹ Vanus on aastates, sulgudes standardhälve; ^{G1} Vastajad, kelle poole kasiinos isiklikult pöörduiti ning kes olid kasiino töötajate hinnangul probleemidega mängijad; ^{G2} Vastajad, kelle poole kasiinos isiklikult pöörduiti, kuid kes nimetatud hinnangut ei saanud; ^{G3} Vastajad, kes täitsid kasiinos küsimustiku omaalgatuslikult; ^{G4} Vastajad, kes täitsid küsimustiku interneti vahendusel

Üksikküsimuste analüüs

Erinevatele SOGS-i küsimustele vastas jaatavalt 8% kuni 60% vastajatest. PGSI küsimustele vastas jaatavalt (vastusevariandid „mõnikord“, „enamiku ajast“ ja „peaaegu alati“) 24% kuni 52% vastajatest. PPGM-i küsimustele vastas jaatavalt 5% kuni 36% vastajatest. Seejuures oli PPGM-i puhul vähem jaatavaid vastuseid probleemide puudutavatele küsimustele (5-15%) kui kontrolli kaotust ja muud puudutavatele küsimustele (18-36%). Võrreldes erinevate instrumentide sarnast kriteeriumi hindavaid küsimusi, ilmneb, et enamikele PPGM-i küsimustele vastati jaatavalt harvem (Tabel 4). Küsimused on ära toodud käesoleva töö Lisas 1.

Kõik SOGS-i küsimused olid mõõdukalt või tugevalt (r vahemikus 0,4 – 0,73; $p < 0,01$) ning PGSI küsimused tugevalt (r vahemikus 0,69 – 0,76; $p < 0,01$) instrumendi koguskooriga korreleeritud. Mõõdukas või tugev korrelatsioon oli ka kõikide PPGM-i küsimuste ja koguskoori vahel (r vahemikus 0,34 – 0,69; $p < 0,01$), välja arvatud küsimus 4 („Kas teie seotus hasartmängimisega on viimase 12 kuu jooksul põhjustanud teile või mõnele teie lähedasele olulisi terviseprobleeme või vigastusi?“) ($r = 0,29$).

Tabel 4 Sarnast kriteeriumi mõõtvale küsimusele jaatavalt vastanute osakaal sõltuvalt instrumendist

	SOGS	PGSI	PPGM
Raha laenamine või millegi endale kuuluva müümine	29% ¹⁵	25% ⁴	15% ^{1a}
Mängimisega seotud stress või ärevus	-	42% ⁶	26,5% ²
Isiku mänguharjumustele suunatud kriitika/kellegi teise arvamus	31% ⁷	37% ⁷	19% ⁷
Mängimisele kavatsetust rohkema aja/raha panustamine	60% ⁶	-	35% ⁸
Probleemid koolis või tööl	8% ¹⁴	-	6% ^{5a}
Püüd kaotatud raha tagasi võita	17,3% ³	39,6% ³	24% ⁹
Vajadus sarnase erutustaseme saavutamiseks suurendada mängupandavaid summasid	-	41% ²	15,9% ¹⁴

Märkus: Ülaindeks viitab küsimuse numbrile vastavas testis

Samaaegne valiidsus

Kõigi küsimustike alusel leitud indeksite kohta leiti nende samaaegne valiidsus hinnatuna küsimustike omavaheliste korrelatsioonide kaudu (Tabel 5). Kasutati Spearman'i korrelatsiooni. Kõik instrumendid korreleerusid teineteisega kõrgelt. PGSI korreleerus SOGS-iga oluliselt tugevamini kui PPGM ($p < 0,05$).

Tabel 5 Seosed SOGS-i, PGSI ja PPGM-i ja DSM V vahel (Spearman'i korrelatsioonikordaja)

	SOGS	PGSI	PPGM
DSM V	0,71** (274)	0,76** (277)	0,71** (273)
SOGS	1 (275)	0,82** (274)	0,71** (269)
PGSI		1 (280)	0,75** (274)
PPGM			1 (276)

Märkused: ** $p < 0,01$; Sulgudes on vastanute arv võrdluses

Klassifikatsiooni täpsus

Käesolevas töös kasutati klassifikatsiooni täpsuse kriteeriumina isiku mängukäitumise tunnuste vastavust DSM V poolt sätestatud hasartmängusõltuvuse sümptomitele. Nimetatud hinnangu tegemisel võeti arvesse relevantseid küsimusi kõikidest instrumentidest. Enamik sümptomitest on sõna-sõnaliselt kajastatud vaid DSM IV-s, kuid üks sümptom (püüd kaotatud raha tagasi võita) on sarnase sõnastusega kajastatud ka kõikides ülejäänud instrumentides ning üks sümptom (vajadus suurendada mängupandavaid summasid) on sarnaselt kajastatud ka PGSI-s ja PPGM-s (Tabel 15, Lisa 3). Juhul, kui nendele küsimustele oli neljast küsimustikust kolmes või kolmest küsimustikust kahes vastatud jaatavalt, loeti hinnatav kriteerium täidetuks ning seda ka juhul, kui DSM IV vastavale küsimusele oli vastatud eitavalt. Isik, kelle puhul kehtis neli või rohkem sõltuvuse kriteeriumi, loeti tõenäoliselt patoloogiliseks mängijaks, lähtudes hasartmängusõltuvuse diagnoosimise juhustest (APA, 2013). Viiele küsitlervale ei antud vastuolude tõttu kvalitatiivset hinnangut ning nad jäid analüüsi alt välja.

Seega instrumendi klassifikatsiooni täpsus oli seda kõrgem, mida sarnasemalt DSM V-le see vastajad tõenäoliselt patoloogiliste mängijate kategooriasse paigutas. Erinevate instrumentide klassifikatsiooni täpsus nimetatud meetodit kasutades on kirjeldatud tabelis 6.

Tabel 6 SOGS-i, PGSI ja PPGM-i klassifikatsiooni täpsus

	SOGS	PGSI	PPGM
N	274	277	273
Spetsiifilisus ¹	89,7%*	98,5%	98,5%
Tundlikkus ²	87,5%	77,6%	72,3%*

Märkused: *Erinevus teistest instrumentidest: $p < 0,05$; N – vastanute arv; ¹ DSM V kohaselt mitte-patoloogiliste (probleemideta ja mõningate probleemidega) mängijate osakaal, kes on ka uuritava instrumendi kohaselt mitte-patoloogilised; ² DSM V kohaselt patoloogiliste mängijate osakaal, kes on ka uuritava instrumendi kohaselt patoloogilised

Et välja selgitada, kas instrumentide vahelised erinevused tabelis 6 kirjeldatud näitajate osas on statistiliselt olulised, kasutati z-testi. Tulemustest ilmnes, et PPGM oli oluliselt vähem tundlik kui SOGS ja PGSI ($p < 0,05$), kuid SOGS ja PGSI omavahel oluliselt ei erinenud. PGSI ja PPGM ei

erinenud teineteisest spetsiifilisuse poolest, samas SOGS oli nendega võrreldes oluliselt vähem spetsiifiline ($p < 0,05$)

Vaatluse alla võeti ka see, mitu protsenti vastajatest liigitus erinevaid instrumente kasutades tõenäoliselt patoloogilisteks mängijateks (Tabel 7), selgitamaks välja, kui täpse hinnangu annavad uuritavad instrumendid patoloogilise hasartmängimise levimusele käesolevas valimis. PGSI ja SOGS-i täpsus patoloogiliste mängijate määra hindamisel oli sarnane ja ületas PPGM-i täpsust. PGSI hindas standardiga võrreldes patoloogiliste mängijate osakaalu 1,18 korda väiksemaks, SOGS 1,18 korda suuremaks ning PPGM 1,30 korda väiksemaks.

Tabel 7 Tõenäoliselt patoloogiliste mängijate osakaal vastajatest sõltuvalt instrumendist

	Tõenäoliselt patoloogiliste mängijate osakaal
SOGS	29,5%
PGSI	21,1%
PPGM	19,2%
DSM V	24,9%

Kuivõrd spetsiifilisus ja tundlikkus sõltuvad äralõikepunktidest, võeti vaatluse alla, kuidas muudab äralõikepunktide tõstmine või langetamine nimetatud näitajaid. Leiti, et mitte ühegi testi puhul ei parandanud äralõikepunktide muutmine klassifikatsiooni täpsust.

Konstruktivaliidsus

Konstruktivaliidsuse hindamiseks võeti vaatluse alla, mil määral seostusid instrumendi koguskoor ning selle probleemsuse kategooriad mängimisega seotud näitajatega. Selleks leiti Spearman'i korrelatsioon instrumendi koguskoori ja mängimisega seotud näitajate vahel, samuti instrumendi probleemsuse kategooria ja mängimisega seotud näitajate vahel (Tabel 8). Kõik korrelatsioonid osutusid kõrgeks, mis viitab sellele, et kõrgema skoori saanud või suurema probleemsuse kategooriasse kuuluvad inimesed kulutasid mängimisele rohkem raha, veetsid mängides rohkem aega ning mängisid sagedamini kui madalama skoori saanud või vähema probleemsuse kategooriasse kuuluvad inimesed.

Samuti vaadeldi, mil määral erinesid instrumendi poolt erinevatesse probleemsuse kategooriatesse paigutatud isikud teineteisest keskmiselt mängimisele kulunud raha, mängimise

sageduse ning ühe mänguepisoodi kestuse poolest (Tabel 9). Selgitamaks välja, kas leitud erinevused nimetatud näitajate keskmistes on statistiliselt olulised, kasutati Kruskal-Wallise testi.

Tabel 8 Korrelatsioonid instrumendi ja mängimisega seotud näitajate vahel

	Kulunud raha	Mängimise sagedus ¹	Mänguepisoodi kestus
SOGS koguskoor	0,69*	-0,55*	0,59*
SOGS kategooria	0,66*	-0,49*	0,57*
N	178	272	256
PGSI koguskoor	0,72*	-0,55*	0,60*
PGSI kategooria	0,72*	-0,54*	0,60*
N	179	271	262
PPGM koguskoor	0,72*	-0,51*	0,55*
PPGM kategooria	0,70*	-0,50*	0,60*
N	178	272	256

Märkused: * $p < 0,05$; N – vastanute arv; ¹ Skoorimise eripära tõttu on sagedusskoor seda väiksem, mida sagedamini vastaja hasartmänge mängib

SOGS eristas tõenäoliselt patoloogiliste mängijate kategooriat mõningate probleemidega mängijate kategooriast nii mängimise sageduse, mängimisele kulunud raha kui mänguepisoodi kestuse põhjal ($p < 0,01$). Ka probleemideta ja mõningate probleemidega mängijate kategooriaid eristas SOGS kõikide näitajate põhjal ($p < 0,01$).

PGSI eristas kõikide näitajate põhjal tõenäoliselt patoloogiliste mängijate kategooriat mõõdukate probleemidega mängijate kategooriast ($p < 0,05$) ning väheste probleemidega mängijate kategooriat probleemideta mängijate kategooriast ($p < 0,01$), samuti mõõdukate ja väheste probleemidega mängijate kategooriaid mängimisele kulunud raha ja mängimise sageduse põhjal ($p < 0,05$). PGSI ei eristanud omavahel mõõdukate probleemidega ja väheste probleemidega mängijate kategooriaid mänguepisoodi kestuse põhjal.

PPGM eristas probleemideta mängijate kategooriat väheste probleemidega mängijate kategooriast kõikide näitajate põhjal ($p < 0,01$). Väheste probleemidega mängijaid ja mõõdukate probleemidega mängijaid eristas PPGM mängimise sageduse põhjal ($p < 0,05$), kuid mitte mängimisele kulunud raha ega mänguepisoodi kestuse põhjal. Väheste probleemidega mängijaid ja ja tõenäoliselt patoloogilisi mängijaid eristas PPGM mängimisele kulunud raha ($p < 0,05$) ja mängimise sageduse ($p < 0,01$) põhjal, kuid mitte mänguepisoodi kestuse põhjal. PPGM ei eristanud usaldusväärset mõõdukate probleemidega mängijate kategooriat ja tõenäoliselt patoloogiliste mängijate kategooriat mitte ühegi näitaja põhjal.

Tabel 9 Instrumentide võime eristada probleemsuse kategooriaid mängimisega seotud näitajate osas

	N	Keskmine mängimisele kulunud raha (%) (SD)	Keskmine mänguepisoodi kestus (min) (SD)	Keskmine mängimise sagedus (sagedusskoor) (SD)
SOGS				
Probleemideta	108	9** ^{4,5} (35)	50** ^{4,5} (95,3)	37,1** ^{4,5} (5,6)
Mõningate probleemidega	86	22,8** ^{1,5} (27,3)	217** ^{1,5} (369,2)	35** ^{1,5} (4,3)
Tõenäoliselt patoloogilised	81	61,3** ^{1,4} (87)	283** ^{1,4} (316,5)	30,8** ^{1,4} (6,4)
PGSI				
Probleemideta	84	2,1** ^{2,3,5} (4)	44** ^{2,3,5} (118,6)	38** ^{2,3,5} (5,4)
Väheste probleemidega	60	20* ^{3, **1,5} (25)	209** ^{1,5} (394,4)	35,3* ^{3, **1,5} (5)
Mõõdukate probleemidega	77	36,1* ^{2, **1,5} (47)	171** ^{1,5} (251,6)	33,5* ^{2, **1,5} (5,6)
Tõenäoliselt patoloogilised	59	72,8** ^{1,2,3} (104,2)	346* ^{1,2,3} (373,6)	30,7** ^{1,2,3} (6)
PPGM				
Probleemideta	125	5,6** ^{2,3,5} (11,7)	55** ^{2,3,5} (91)	37,1** ^{2,3,5} (5,2)
Väheste probleemidega	87	30,5** ^{1, *5} (26,5)	262** ¹ (429)	34,8** ^{1,5, *3} (5)
Mõõdukate probleemidega	11	82,6** ¹ (104,8)	216** ¹ (105)	30,7** ^{1, *2} (6,7)
Tõenäoliselt patoloogilised	53	75,2** ^{1,2} (108,4)	310** ^{1,2} (331)	29,6** ^{1,2} (6)

Märkused: *p<0,05; **p<0,01; N – vastanute arv; SD – standardhälve; ¹erinevus probleemideta mängijatest; ²erinevus väheste probleemidega mängijatest; ³erinevus mõõdukate probleemidega mängijatest, ⁴erinevus mõningate probleemidega mängijatest, ⁵erinevus tõenäoliselt patoloogilistest mängijatest

Gruppidevahelised erinevused keskmiste skooride ja mängimisega seotud näitajate osas

Nagu käesoleva töö meetodi peatükis kirjeldatud, jagunes valim nelja gruppi. Töös võeti vaatluse alla gruppide keskmine skoor nii kõikide instrumentide peale kokku (koguskoor) kui üksikute instrumentide lõikes, selgitamaks välja, mil määral instrumendid grupe eristavad (Tabel 10). Samuti uuriti, kas grupid erinevad teineteisest mängimisega seotud näitajate osas (Tabel 10). Analüüsi alt jäi välja grupp 4, mille sooline ja vanuseline koosseis erines ülejäänud gruppidest olulisel määral. Et kasiino töötaja poolt gruppi 1 liigitamise eelduseks oli kasiinodes hasartmängude mängimine vähemalt kord nädalas, jäid analüüsi alt välja ka 18 grupi 1 liiget, kes enda väitel külastasid kasiinosid harvemini kui kord kuus.

Grupid 1 ja 2 erinesid teineteisest statistiliselt olulisel määral SOGS-i ja PGSI skoori ning keskmise mängimisele kulunud raha osas. Need ei erinenud statistiliselt olulisel määral PPGM-i skoori, mängimise sageduse ega mänguepisoodi kestuse osas. Grupp 3 erines grupist 1 kõikide näitajate osas ning grupist 2 kõikide näitajate osas, välja arvatud mänguepisoodi kestus ja mängimise sagedus (tabel 10). Grupis 1 oli oluliselt rohkem vastajaid, kes jätsid vastamata küsimusele mängimisele kulunud raha kohta ($p < 0,05$).

Tabel 10 Keskmised skoorid ja mängimisega seotud näitajate keskmised grupiti

	Grupp 1 ^{G1}	Grupp 2 ^{G2}	Grupp 3 ^{G3}
Vastanute arv	45	89	93
SOGS skoor (SD)	6 ^{*2} ; ^{**3} (3,95)	4,46 ^{*1} ; ^{**3} (3,39)	2,55 ^{**1,2} (3,1)
PGSI skoor (SD)	7 ^{*2} ; ^{**3} (5,78)	5,25 ^{*1} ; ^{**3} (4,72)	3,02 ^{**1,2} (4)
PPGM skoor (SD)	3,83 ^{**3} (3,61)	3,25 ^{**3} (3,6)	1,88 ^{**1,2} (3)
Koguskoor (SD)	19,8 ^{**3} (14,7)	15,32 ^{**3} (12,22)	8,83 ^{**1,2} (10,88)
Mängimisele kulunud raha (%) (SD)	65,6 ^{*2} ; ^{**3} (106,4)	29,2 ^{*1} ; ^{**3} (29,7)	23,3 ^{**1,2} (48,6)
Mänguepisoodi kestus (min) (SD)	259 ^{*3} (321)	199 (347)	138 ^{*1} (243)
Mängimise sagedus (sagedusskoor) (SD)	32,4 ^{*3} (5,5)	33,6 (5,7)	34,8 ^{*1} (5,6)

Märkused: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, SD – standardhälve; ¹ erinevus grupist 1, ² erinevus grupist 2, ³ erinevus grupist 3;

^{G1}Vastajad, kelle poole kasiinos isiklikult pöörduiti ning kes olid kasiino töötajate hinnangul probleemidega mängijad; ^{G2}Vastajad, kelle poole kasiinos isiklikult pöörduiti, kuid kes nimetatud hinnangut ei saanud; ^{G3}Vastajad, kes täitsid kasiinos küsimustiku omaalgatuslikult

Järeldused ja arutelu

Instrumentide psühhomeetrilised omadused

Käesoleva uurimuse põhjal oli instrumentide omavaheline korrelatsioon kõrge (Tabel 5), millest võib järeldada, et kõik uuritavad testid tõenäoliselt mõõdavad sama nähtust. Kooskõlas mitmete varasemate uuringutega iseloomustas SOGS-i suhteliselt kõrge valepositiivsete vastuste hulk, mis seletab selle teiste instrumentidega võrreldes oluliselt madalamat spetsiifilisust (Tabel 6). Seega võib oletada, et SOGS-i suhteliselt kõrge tundlikkus ehk võime identifitseerida suur osa DSM V

kriteeriumide kohaselt patoloogilistest mängijatest oli käesolevas uurimuses seotud selle kalduvusega patoloogiat ülehinnata.

PPGM-i iseloomustas SOGS-ile vastupidine trend patoloogiat alahinnata (Tabel 6). Sellega seoses oli instrumendi spetsiifilisus suurepärane, kuid tundlikkus teiste instrumentidega võrreldes madal. PGSI klassifikatsiooni täpsus oli kõige kõrgem (Tabel 6). Selle spetsiifilisus oli väga hea ega erinenud PPGM-i omast statistiliselt olulisel määral. Selle tundlikkus oli oluliselt kõrgem kui PPGM-il, ent mitte oluliselt madalam kui SOGS-il.

Nagu sissejuhatuses mainitud, sõltuvad optimaalne spetsiifilisus ja tundlikkus testi kasutamise kontekstist. Leviku-uuringute kontekstis on oluline eelkõige, et testi kaudu hinnatud tõenäoliselt patoloogiliste, mõningate probleemidega ning probleemideta mängijate osakaal kõikidest vastajatest oleks võimalikult täpne. Käesoleva uurimuse põhjal ilmnes, et PGSI ja SOGS-i hinnang tõenäoliselt patoloogiliste mängijate osakaalule oli sarnane, samas kui PPGM oli teiste instrumentidega võrreldes ebatäpsem (Tabel 7).

Instrumendi võimet usaldusväärset probleemi ära tunda saab hinnata ka selle kaudu, mil määral erinevatesse probleemsete kategooriatesse kuuluvad inimesed teineteisest oluliste mängimisega seotud näitajate osas erinevad. Taolisteks näitajateks olid käesolevas töös mängimisele kulunud raha, ühe mänguepisoodi kestus ning mängimise sagedus. Nimetatud tegurite seos probleemsete mängukäitumisega on kirjanduses kinnitust leidnud ning ilmnes ka käesolevas uurimuses. Ehkki seost võib nõrgendada asjaolu, et retrospektiivne hinnang oma mängukäitumisele ning kulutatud rahale on ebatäpne, et just patoloogiliste mängijate puhul on tüüpiline kulutuste alahindamine ning et paljud vastajad ei soovinud sellekohast informatsiooni jagada, esines kõikide instrumentide koguskoori ja probleemsete kategooria ning mängimisele kulunud raha ja mängimise sageduse vahel ootuspäraselt positiivne ning statistiliselt oluline tugev korrelatsioon (Tabel 8).

Samuti erinesid nimetatud näitajate – mängimisele kulunud raha, mänguepisoodi kestuse ja mängimise sageduse – keskmised erinevate probleemsete tasemete vahel (Tabel 9). Erandina ei eristunud teineteisest PPGM-i tõenäoliselt patoloogiliste ning mõõdukate probleemsete mängijate kategooriad. Kalduvuse kõrval patoloogiat alahinnata oli see PPGM-i nõrgim koht. Käesoleva töö põhjal ei tulnud PPGM-i mõõdukate probleemsete mängijate kategooria usaldusväärset esile kahel põhjusel: 1) see ei eristunud tõenäoliselt patoloogiliste mängijate kategooriast ning 2) kõikidest vastajatest kuulus mõõdukate probleemsete mängijate hulka vaid 4%. Teiste instrumentide mõningate

probleemidega mängijate kategooriale vastas pigem PPGM-i väheste probleemidega mängijate kategooria.

PGSI jagas samuti probleemsed vastajad kaheks. Taoline eristus oli PGSI puhul õigustatud, kuna kaks kategooriat eristusid teineteisest mängimise sageduse ja mängimisele kulunud raha poolest ning mõõdukate probleemidega mängijate kategooria eristus selgelt patoloogiliste mängijate kategooriast ja väheste probleemidega mängijate kategooria probleemideta vastajate kategooriast.

Nii PGSI kui SOGS eristasid omavahel erinevaid vastajate gruppe: kasiino töötajate poolt probleemseks hinnatud vastajate keskmine skoor nimetatud küsimustikes oli oluliselt kõrgem kui ülejäänud vastajate puhul (Tabel 10). PPGM-i skoor ei eristanud kasiino töötajate poolt probleemseks hinnatud vastajaid isikutest, kes nimetatud hinnangut ei saanud (Tabel 10). Kõikide instrumentide skoor erines oluliselt nende vastajate vahel, kelle poole kasiino töötajad isiklikult pöördusid ja nende vahel, kes täitsid küsimustiku omaalgatuslikult. Nimetatud leidu võib seletada sellega, et inimesed, kellel esineb hasartmängimisega seoses olulisi probleeme, on välise surve puudumisel väiksema tõenäosusega valmis mängukäitumist puudutavale küsimustikule vastama sõltuvusega kaasneva olulise stigma, süü- ja häbitunde ning kalduvuse tõttu probleeme varjata.

Kasiino töötajate hinnang vastajate probleemsele

Käesoleva töö metoodika oluline osa oli kasiino töötajatelt mängukäitumise kohta väliselt vaadeldava informatsiooni hankimine ning selle kasutamine andmete analüüsimisel. Vastupidiselt ootustele ei erinenud grupid 1 ja 2 kasiinodes mängimise sageduse poolest ning mitu gruppi 1 kuuluvat mängijat ei olnud enda sõnul mitte kunagi kasiinos hasartmänge mänginud. Kuivõrd gruppi 1 paigutamise eeldus oli iganädalane kasiinos mängimine, kõneleb see asjaolu ilmest vastuolust, mistõttu vaadeldes gruppidevahelisi erinevusi jäid analüüsi alt välja mängijad, kelle väidetav kasiinode külastamise sagedus oli harvem kui kord kuus.

Gruppi 1 vastajad jätsid ka oluliselt sagedamini vastamata küsimustele mängimisele kulunud raha kohta. Seega näib, et selles grupis oli rohkem inimesi, kes ei vastanud küsimustele tõepäraselt ning varjasid või vähendasid mängimisega seotud probleeme ja kontrolli kaotust. Et üks hasartmängusõltuvuse sümptomitest on mängimise varjamine või valetamine sellega seoses, on selline leid ootuspärane, kuid raskendab järelduste tegemist selle kohta, kuivõrd usaldusväärne probleemse kriteerium kasiino töötajate hinnang on.

Kvalitatiivne analüüs

Ehkki kolm vaatluse all olevat instrumenti mõõdavad sama nähtust, on nende lähenemisviisid, samuti tugevused ja nõrkused, erinevad.

Nagu käesoleva töö sissejuhatuses kirjeldatud, on oluline, et sõeltest tuvastaks probleemi ilmumise erinevatel intensiivsuse tasemetel. SOGS hindab probleemi intensiivsust enam kui kahel (on-ei ole) tasemel vaid kolme skooritava küsimuse puhul (Lisa 1). Seega on ülejäänute puhul võimalik, et kaht küsimusele jaatavalt vastanud isikut iseloomustab uuritav kriteerium erineval määral ning et ühte kategooriasse liigituvad sisuliselt väga erineva probleemse tasemega mängijad. Näiteks ei erista SOGS isikut, keda lähedane on hasartmängimise tõttu paar korda kritiseerinud isikust, kelle puhul hasartmängimine on põhjustanud lähedasega suuri lahkkelisid.

PGSI võimaldab tuvastada probleeme erinevatel intensiivsuse tasemetel tänu vastuste 4-pallisele skaalale (Lisa 1). Teisalt oli mitu PGSI valenegatiivse liigituse juhtumit käesolevas töös seotud sellega, et isik kasutas ainult madala skooriga vastusevarianti „mõnikord“. See võib tuleneda valikuvariantide sõnastusest (lisaks variandile „mõnikord“ olid valikus „enamiku ajast“ ja „peaaegu alati“, mis ei pruugi vastaja jaoks omavahel eristuda) või sellest, et mõisted nagu „mõnikord“ ja „enamiku ajast“ on subjektiivsed, ning kaasa tuua patoloogia alahindamist. Positiivse külje pealt näib selline struktuur aitavat vältida patoloogia ülehindamist, millele viitab PGSI kõrge spetsiifilisus (Tabel 4), ning võimaldab tundlikult eristada vähemate ja rohkemate probleemidega mängijaid.

PPGM võtab probleemide intensiivsust arvesse ja väldib valepositiivseid vastuseid küsimuste sõnastusega, mis eeldab, et jaatav vastus tähendab sümptomi või probleemi esinemist olulisel määral. Teisalt, kuna vastatakse binaarskaalal, tuvastab PPGM probleemi intensiivsust vaid kahel tasemel. Ka on taolise lähenemise nõrgaks kohaks asjaolu, et sõna „oluline“ tõlgendamine on väga subjektiivne ja eeldab kõrget valmisolekut probleemi tunnistada. See võib olla üks põhjuseid PPGM-i madala tundlikkuse taga.

Üksikküsimuste analüüsis ilmnes, et PPGM-i probleeme puudutavatele küsimustele vastati jaatavalt vähem kui kontrolli kaotust puudutavatele küsimustele, samuti vähem kui teiste instrumentide probleeme puudutavatele küsimustele. Arvestades PPGM-i skoorimist (patoloogilisse või probleemsesse kategooriasse liigitub vaid isik, kes vastab jaatavalt nii probleemide kui kontrolli kaotust puudutavatele küsimustele) ning seda, et erinevate küsimustike keskmine koguskoor oli sarnane,

ilmneb, et PPGM-i valenegatiivsed juhtumid olid seotud just küsitletavate vähese valmisolekuga vastata jaatavalt probleeme puudutavatele küsimustele. Seejuures näib rolli mängivat mitte niivõrd probleemide puudumine kuivõrd vähene valmidus nimetada neid „oluliseks“.

Nagu eelpool öeldud, on hasartmängusõltuvuse puhul tüüpiline probleemide eitamine või alahindamine (Suurvali et al, 2009); asjaolu, millega sõeltestid peaksid arvestama. PPGM uurib nimetatud raskuse ületamiseks kõikides probleeme puudutavates küsimustes negatiivseid tagajärgi nii vastajale endale kui mõnele tema lähedastest. Kuivõrd see ei tõstnud käesolevas uurimuses jaatavalt vastamise tõenäosust, ilmneb aga, et inimeste valmidus tunnistada oma käitumise negatiivset mõju teistele inimestele ei ole suurem nende valmidusest tunnistada iseendale põhjustatud probleeme. Lisaks uurib PPGM vastajatelt, kas keegi teine võiks öelda, et neil on hasartmängimisega seoses olulisi probleeme või raskusi oma mängimise kontrollimisega. Ent üldjuhul vastasid nimetatud kahele küsimusele jaatavalt vaid küsitletavad, kes vastasid jaatavalt ka paljudele teistele küsimustele ning liigitasid tõenäoliselt patoloogiliseks mängijaks. Seega ei leitud käesolevas töös kinnitust, et nimetatud küsimused tuvastaksid probleemi eitavaid mängijaid.

SOGS ja PGSI sisaldavad sarnast küsimust, uurides, kas keegi on küsitletava hasartmängimist kritiseerinud. Siinkohal vastas jaatavalt rohkem inimesi kui PPGM-i puhul ja nende seas oli rohkem väikese koguskooriga ning väheste või mõõdukate probleemidega mängijaid. Teisalt, ehkki mainitud küsimus võib aidata tuvastada inimesi, kes ei ole varmad probleemi tunnistama, võib see kaasa tuua ka valepositiivseid liigitusi, kuivõrd lähedasepoolne kriitika ei sõltu vaid vastaja reaalsest mängukäitumisest, vaid ka muudest teguritest; sealhulgas omavahelise suhte ning lähedase isiklike arusaamadega seonduvatest.

PGSI kõrgem klassifikatsiooni täpsus ei ole seotud sellega, et see kataks suuremal määral DSM V-s kirjeldatud hasartmängusõltuvuse sümptomeid. Kui PPGM puudutab otseselt või kaudselt 6 DSM V-s mainitud sümptomit ning SOGS 4, siis PGSI puudutab vaid 3 (Tabel 15, Lisa 3).

Kõige kasutajasõbralikumaks testiks võib pidada PGSI-d. Selle peamiseks tugevuseks on lühidus, mis suurendab tõenäosust, et inimesed küsimustiku täidavad: ehkki kolm inimest ei vastanud kõikidele küsimustele, ei jätnud keegi PGSI-d tervikuna täitmata. PGSI lühidus teeb selle kasutamise lihtsamaks ja odavamaks ka uurijate jaoks. PPGM näib olevat vastajate jaoks tülikam – 7 inimest ei vastanud kõikidele küsimustele ning nendest 6 jättis küsimustiku täielikult täitmata. SOGS-i täitis poolikult 8 ning jättis tervikuna täitmata 1 vastaja.

Töö piirangud

Piiratud ressursside tõttu kasutati käesolevas töös eesmärgipärast valimit, mis on üldpopulatsiooni suhtes vähem esinduslik kui juhuvalim. Töö piiranguks võib lugeda ka asjaolu, et klassifikatsiooni täpsust ei hinnatud kliinilise intervjuu kaudu, vaid DSM V sümptomeid puudutavate enesekohaste küsimuste kaudu. Seega ei olnud instrumentide täpsuse hindamisel kasutatud standard häire tuvastamiseks võimalikest meetoditest usaldusväärseim, vaid oli selle praktilistel kaalutlustel rakendatud käepärane lahendus.

Kokkuvõte

Käesoleva töö eesmärk oli analüüsida SOGS-i, PGSI ja PPGM-i valiidsust ning hinnata, milline nimetatud testidest sobib kõige paremini probleemse ja patoloogilise hasartmängimise skriinimiseks Eesti normvalimil. Kokkuvõtlikult kõige kõrgem valiidsus oli PGSI-l. Selle konstruktivaliidsus ja samaaegne valiidsus olid kõrged. PGSI oli tundlikum kui PPGM ning spetsiifilisem kui SOGS. Samuti eristas see usaldusväärset erinevaid probleemseuse kategooriaid. Seega töös püstitatud hüpotees leidis osalist kinnitust: PGSI klassifikatsiooni täpsus ületas SOGS-i oma. Kinnitust ei leidnud hüpotees, et kõige kõrgem on PPGM-i klassifikatsiooni täpsus. Käesoleva töö põhjal on alust kaaluda SOGS-i asendamist PGSI-ga edasistes leviku-uuringutes. Uuringutevahelise hinnatavuse huvides on vajalik järgmises leviku-uuringus SOGS-i kasutada. Töö autor soovib kasutada paralleelselt ka PGSI-d, misjuhul on võimalik instrumente võrrelda üldpopulatsiooni valimil ning kui tulemused seda lubavad, minna edaspidi üle PGSI-le.

Tänuavaldus

Soovin tänada oma suurepäraseid juhendajaid Kairi Kreegipuud ja Aili Maari nende abi, toetuse ja pühendumuse eest. Samuti tänan nõuannete eest Pille-Riin Kaaret, Karin Tähte, Rene Mõttust, Aire Raidveed, Jüri Allikut ja Kenn Konstabelit. Tänan ka Olympic Casino Eesti AS töötajaid, kelle vastutulelikkus oli käesoleva töö läbiviimisel suureks abiks.

Viited:

- American Psychiatric Association. (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Back K.J., Williams R.J., & Lee C.K. (2015) Reliability and validity of three instruments (DSM-IV, CPGI, and PPGM) in the assessment of problem gambling in South Korea. *Journal of Gambling Studies*. 31(3):775–86.
- Battersby M.W, Thomas L.J, Tolchard B, Esterman A. (2002) The South Oaks Gambling Screen: A Review with Reference to Australian Use. *Journal of Gambling Studies*. 18(3): 257–271.
- Currie, S.R., Hodgins, D.C., Wang, J., El-Guebaly, N., Wynne, H., Miller, V. N. (2008). Replication of low-risk gambling limits using Canadian provincial gambling prevalence data. *Journal of Gambling Studies*, 24, 321– 335.
- Currie, S. R., Hodgins, D.C, Wang, J., El-Guebaly, N., Wynne, H., Chen, S. (2006). Risk of harm among gamblers in the general population as a function of level of participation in gambling activities. *Addiction*, 101, 570–580
- Currie, S. R., Hodgins, D.C., Wang, J., El-Guebaly, N., Wynne, H., Miller, V. N. (2008). Replication of low-risk gambling limits using Canadian provincial gambling prevalence data. *Journal of Gambling Studies*, 24, 321–335.
- Currie, S.R., Casey, D.M., Hodgins, D.C. (2010) Improving the Psychometric Properties of the Problem Gambling Severity Index. Canadian Consortium for Gambling Research
- EMOR (2010) Eesti elanike kokkupuuted hasart- ja õnnemängudega. Leviku-uuring. http://15410.ee/pdf/Leviku-uuring_2010.pdf Kasutatud 04.12.16.
- EMOR (2012) Eesti elanike kokkupuuted hasartmängudega. Leviku-uuring. <http://15410.ee/pdf/Leviku-uuring%202012.pdf> Kasutatud 04.12.16.
- EMOR (2014) Eesti elanike kokkupuuted hasartmängudega. Leviku-uuring. http://www.15410.ee/pdf/Leviku-uuringu_2014.pdf Kasutatud 04.12.16.
- Ferentzy, P., Turner, N.E. (2012). Morals, medicine, metaphors, and the history of the disease model of problem gambling. *Journal of Gambling Issues*, 27.
- Ferris, J., & Wynne, W. (2001). The Canadian Problem Gambling Index: Final report. Ontario: Canadian Centre on Substance Abuse.

- Fong, T.W. (2005). The Biopsychosocial Consequences of Pathological Gambling. *Psychiatry (Edgmont)*, 2(3), 22–30.
- Gerstein D.R. (1999) Gambling Impact and Behavior Study: Report to the National Gambling Impact Study Commission. Chicago, IL: National Opinion Research Centre at the University of Chicago.
- Hasartmänguseadus. (2008). Riigi teataja I, 47, 261, <https://www.riigiteataja.ee/akt/13060644>. Kasutatud 14.11.2016.
- Kaare, P., Mõttus, R., & Konstabel, K. (2009) Pathological Gambling in Estonia: Relationships with Personality, Self-Esteem, Emotional States and Cognitive Ability. *Journal of Gambling Studies*, 25(3), 377-390.
- Kaspar P. (2015) Pathological gambling: screening, diagnosis and assessment. Bowden- Jones H, & George S. (toim) *A Clinician's Guide To Working With Problem Gamblers*, London ja New York, kirjastus Routledge.
- Laansoo, S. (2009) Patoloogiline hasartmängimine: ulatus eestis ning seosed käitumuslike ja isiksuslike riskifaktoritega (Magistritöö)
- Ledgerwood D.M, & Petry N.M. (2004) Gambling and suicidality in treatment-seeking pathological gamblers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 192(10):711–4.
- Lesieur H. R., & Blume S. (1987) The South Oaks Gambling Screen (The SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184–1188.
- Lesieur, H.R., & Blume, S.B. (1993). Revising the South Oaks Gambling Screen in different settings. *Journal of Gambling Studies*, 9, 213-223.
- Lorains, F. K., Cowlishaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490–498
- McMillen, J., & Wenzel, M. (2006) Measuring Problem Gambling: Assessment of Three Prevalence Screens. *International Gambling Studies*, 6(2): 147-174.
- Neale, P., Delfabbro, P., & O'Neil, M. (2005). Problem gambling and harm: Towards a national definition. Victoria: The SA Centre for Economic Studies.

- O'Mahony, B., & Ohtsuka, K. (2015) Responsible gambling: Sympathy, empathy or telepathy? *Journal of Business Research. Special Issue on Problem Gambling, Drinking, and Smoking*, 68(10): 2132–2139.
- Orford J, Sproston K, & Erens B. (2003) SOGS and DSM-IV in the British Gambling Prevalence Survey: Reliability and factor structure. *International Gambling Studies*.3(1), 53-65.
- Petry N.M., Stinson F.S., & Grant B.F. (2005) Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*. 66, 564–74.
- Problem Gambling Research and Treatment Centre (PGRTC) (2011). Guideline for screening, assessment and treatment in problem gambling. Clayton: Monash University.
- Quilty L, Avila Murati D, & Bagby R. (2014) Identifying indicators of harmful and problem gambling in a Canadian sample through receiver operating characteristic analysis. *Psychology Of Addictive Behaviors*, 28(1),229-237.
- Reid, R. L. (1986). The psychology of the near miss. *Journal of Gambling Behavior*, 2(1), 32-39.
- Reith G. (2006) Research on the social impacts of gambling, final report. Edinburgh: Scottish Executive Social Research.
- Stinchfield, R. (2002) Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviours*. 27(1), 1-19.
- Suurvali, H., Cordingley, J., Hodgins, D. C., Cunningham, J. (2009). Barriers to seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature. *Journal Of Gambling Studies*, 25(3), 407-424.
- Svetieva, E., Walker, M. (2008). Inconsistency between concept and measurement: The Canadian Problem Gambling Index (CPGI). *Journal of Gambling Issues*, 22, 157-173.
- Thompson A, Walker M, Milton S, Djukic, E. (2005) Explaining the High False Positive Rate of the South Oaks Gambling Screen. *International Gambling Studies*. 5(1), 45-56.
- WHO | Process of translation and adaptation of instruments. (s.a.). Kasutatud 05.12.2016 http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
- Williams, R.J., & Volberg, R.A. (2010). Best Practices in the Population Assessment of Problem Gambling. Report submitted to the Ontario Problem Gambling Research Centre. Guelph, Ontario.

- Williams R.J., & Volberg, R.A. (2012). Population Assessment of Problem Gambling: Utility and Best Practices. Report submitted to the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care and the Ontario Problem Gambling Research Centre.
- Williams R.J., & Volberg R.A (2013). The classification accuracy of four problem gambling assessment instruments in population research. *International Gambling Studies.*,14(1), 15-28.
- Wynne, H.J. (2003) Introducing the Canadian Problem Gambling Index. Edmonton, Canada: Wynne Resources.
- Young M, & Stevens M. (2008). SOGS and CGPI: Parallel Comparison on a Diverse Population. *Journal of Gambling Studies.* 24(3), 337-356

LISA 1. Vastajate poolt täidetud küsimustik**KÜSITLUS****Lugupeetud vastaja!**

Käesoleva küsitluse eesmärk on selgitada välja, missugune alljärgnevatest küsimustikest sobib kõige paremini Eesti uurimispraktikasse. Et saaksin Teie vastuseid kasutada, palun Teil kindlasti vastata kõikidele küsimustele. Olen Teile Teie panuse eest väga tänulik!

Sugu:

Vanus:

Keskmine netosissetulek kuus (kõikidest allikatest kokku):

Küsimustik 1 (SOGS)

Vastates järgnevatele küsimustele, mõelge palun tagasi viimasele 12 kuule.

1) Palun märkige, milliseid küsimustikus nimetatud hasartmänge olete mänginud ning kui sageli. Ühele reale märkige vastuseks AINULT ÜKS vastusevariant.

	Vähemalt kord nädalas või sagedamini	Vähemalt kord kuus	Harvemini kui kord kuus	Mitte kordagi
a. ...mänginud interneti vahendusel kasiinomänge või pokkerit	1	2	3	4
b. ...mänginud kasiinodes (seaduslikes ja/või pörandaalustes) mänguautomaatidel, mängulaudadel või turniiridel	1	2	3	4
c. ...mänginud kaardimänge raha peale väljaspool kasiinot	1	2	3	4
d. ...mänginud mänguautomaatidel väljaspool kasiinot (nt laevadel)	1	2	3	4
e. ...osalenud kihlvedudes või spordiennustustes	1	2	3	4
f. ...osalenud loteriides, v.a kiirloterii	1	2	3	4
g. ...ostnud kiirloteriid, nn kraabitavad kaardid	1	2	3	4
i. ...mänginud aktsia- või valuutaturgudel; nt Forex.ee või AdmiralMarkets; ärge arvestage panga vahendusel tehtud valuuta- või väärtpaberitehinguid	1	2	3	4
j. ...mänginud osavusmänge (bowlingut, piljardit, golfi, vms) raha peale	1	2	3	4

k. ...proovinud mängu pääseda ja võita raha või esemeid raadios või televisioonis	1	2	3	4
l. ...mänginud teisi mängu raha peale (täpsustage palun, milliseid):	1	2	3	4

2) Nimetage palun suurim summa, mille olete ühel päeval mängu pannud

1. 1-10 EUR 2. 11-100 EUR 3. 101-1000 EUR 4. 1 001-10 000 EUR 5. üle 10 000 EUR

3) Juhul kui te olete oma raha mängu pannud ja kaotanud, kui tihti püüate seda järgmisel päeval tagasi võita? Märkige üks vastus!

1. pärast iga kaotust 2. tihti, enamasti 3. mõnikord, harva 4. mitte kunagi

4) Kas olete kunagi väitnud, et võidate mängides raha, kuid tegelikult on olukord pigem vastupidine?

Märkige üks vastus!

1. jah, enamasti 2. jah, mõnikord / harva 3. mitte kunagi

5) Kas Teie arvates on Teil praegu või on varem olnud probleeme raha peale mängimise või panuste tegemisega? Märkige üks vastus!

1. jah, on probleeme 2. jah, varem oli probleeme, kuid enam mitte 3. ei

Järgnevalt on toodud erinevad väited. Palume Teil märkida, millistega neist enda kohta nõustute (märkige vastus veergu „jah“) ja millistega mitte (märkige vastus veergu „ei“). Jälgige, palun, et iga väite taga oleks vastus.

6. olete mänginud suurema summa peale, kui alguses kavas oli	Jah	Ei
7. inimesed on kritiseerinud Teie mängulust või väitnud, et olete sellest sõltuvuses, isegi kui see Teie arvates ei vasta tõele	Jah	Ei
8. olete tundnud end süüdlaslikult seetõttu, kuidas mängite või mis juhtub, kui mängite raha peale	Jah	Ei
9. olete tundnud, et sooviksite raha peale mängimist või panuste tegemist lõpetada, isegi kui ei pea end selleks võimeliseks	Jah	Ei
10. olete peitnud panuste piletikontse, loteriipileteid, võidetud raha või teisi hasartmängule viitavaid tõendeid oma abikaasa, laste või teiste Teile oluliste inimeste eest	Jah	Ei
11. olete vaielnud Teiega koos elavate inimestega selle üle, kuidas Te oma	Jah	Ei

rahaga ümber käite		
<i>(Vastake juhul, kui eelmise väitega nõustsite)</i>		
12. eelnimetatud (rahaga ümber käimise) vaidluste põhjuseks on olnud Teie mängukirg	Jah	Ei
13. olete jätnud laenatud raha tagasi maksmata oma mängukire tõttu	Jah	Ei
14. olete puudunud koolist või töölt mängukire tõttu	Jah	Ei

15) Kas olete kunagi mängimiseks või oma mänguvõla tasumiseks raha võtnud, laenanud? JAH / EI

16) *Vastake juhul kui vastasite eelnevale küsimusel jaatavalt.*

Kui jah, siis kellelt (kust) olete mängimiseks või oma mänguvõla tasumiseks raha laenanud? Tõmmake ring ümber

kõigile sobivate variantide taga olevatele numbritele.

jooksvatest elamiskuludest 1	tasunud krediitkaardiga 5	kirjutanud katteta pangatšekke 9
oma abikaasalt/elukaaslaselt 2	eralaenuna laenupakkujatelt kasiinos 6	Teil on kasiinos oma krediidiarve 10
sugulastelt 3	aktsiate või võlakirjade müügist, vms näol 7	muu variant (<i>täpsustage, milline?</i>) 11
pangast, laenukontoritest 4	isikliku või perekonna väärtesemete või vara müügist 8	

Küsimustik 2 (PGSI – Problem Gambling Severity Index)	Mitte kunagi	Mõnikord	Enamiku ajast	Peaaegu alati
1. Kui te mõtlete tagasi viimase 12 kuu peale, siis kas olete mängu panustanud rohkem raha kui see, mille kaotamist saaksite endale tegelikult lubada?	0	1	2	3
2. Pidades jätkuvalt silmas viimast 12 kuud, siis kas olete tundnud samasuguse erutustaseme saavutamiseks vajadust mängida üha suuremate summadega?	0	1	2	3
3. Kui mängisite hasartmänge, siis kas pöördusite mõnel järgneval päeval mängukohta tagasi, et püüda kaotatud raha tagasi võita?	0	1	2	3
4. Kas olete hasartmängimise tarvis raha laenanud või midagi ära müünud?	0	1	2	3
5. Kas olete tundnud, et hasartmängimine võib olla teie jaoks probleem?	0	1	2	3

6. Kas hasartmängude mängimine on põhjustanud teile terviseprobleeme, sealhulgas stressi või ärevust?	0	1	2	3
7. Kas inimesed on teie mänguharjumusi kritiseerinud või väitnud, et teil on hasartmängimisega probleeme, hoolimata sellest, kas teie leidsite, et see vastab tõele?	0	1	2	3
8. Kas teie hasartmängimine on põhjustanud teile või teie leibkonnale rahalisi probleeme?	0	1	2	3
9. Kas olete tundnud ennast süüdi selle tõttu, kuidas hasartmänge mängite või selle tõttu, mis juhtub, kui te mängite?	0	1	2	3

Küsimustik 3 (DSM IV)

1. Kas te meenutate minevikus toimunud mängimist, planeerite järgmist mängu või mõi mõtlete raha saamisele, mida mängu panustada? **JAH / EI**
2. Kas te suurendate mängu pandavaid summasid, et saavutada vajalikku erutustaset? **JAH / EI**
3. Kas te olete katsetanud oma mängimist kontrollida, vähendada või lõpetada? **JAH / EI**
4. Kui te üritate mängimist vähendada või sellest loobuda, siis kas see tekitab teis rahutust, ärritust vm ebameeldivaid tundeid? **JAH / EI**
5. Kas mängimine aitab teil põgeneda probleemide või ebameeldivuste eest? **JAH / EI**
6. Kas te üritate järgmisel päeval kaotust tasa teha? **JAH / EI**
7. Kas te valetate, et varjata oma hasartmängimist? **JAH / EI**
8. Kas te olete teinud midagi ebaseaduslikku, et oma hasartmängimist finantseerida? **JAH / EI**
9. Kas te olete ohtu seadnud või kaotanud olulise suhte, töö, hariduse või karjäärivõimaluse mänguhasardi tõttu? **JAH / EI**
10. Kas te toetute teistele, et saada raha kergendamaks mänguhasardi tagajärjel tekkinud halvenenud majanduslikku olukorda? **JAH / EI**

Küsimustik 4 (PPGM – <i>Problem and Pathological Gambling Measure</i>)	JAH	EI
1a. Kas te olete viimase 12 kuu jooksul hasartmängimisega seoses laenanud olulisel hulgal raha või müünud midagi endale kuuluvat?		
1b. Kas teie seotus hasartmängimisega on viimase 12 kuu jooksul põhjustanud teile või mõnele teie lähedasele olulisi rahalisi probleeme?		
2. Kas teie seotus hasartmängimisega on viimase 12 kuu jooksul põhjustanud teile või mõnele teie lähedasele olulist vaimset stressi süütunde, ärevuse või depressiooni näol?		

3a. Kas teie seotus hasartmängimisega on viimase 12 kuu jooksul põhjustanud tõsiseid probleeme teie suhetes abikaasa/partneri, oluliste sõprade või pereliikmetega?		
3b. Kas olete hasartmängimisega seoses viimase 12 kuu jooksul korduvalt oma lapse(d) või perekonna hooletusse jätnud?		
4. Kas teie seotus hasartmängimisega on viimase 12 kuu jooksul põhjustanud teile või mõnele teie lähedasele olulisi terviseprobleeme või vigastusi?		
5a. Kas teie seotus hasartmängimisega on põhjustanud viimase 12 kuu jooksul teile või mõnele teie lähedasele olulisi probleeme koolis või tööl?		
5b. Kas olete hasartmängimisega seoses viimase 12 kuu jooksul töölt või koolist olulisel määral puudunud?		
6. Kas teie seotus hasartmängimisega on viimase 12 kuu jooksul kaasa toonud, et teie või mõni teie lähedane on kirjutanud katteta tšekke, võtnud raha, mis teile ei kuulu või pannud toime muid ebaseaduslikke tegusid, et teie hasartmängimist finantseerida?		
7. Kas keegi teine võiks väita, et teie seotus hasartmängimisega on viimase 12 kuu jooksul kaasa toonud olulisi probleeme, hoolimata sellest, kas teie temaga nõustute või mitte?		
8. Kas olete viimase 12 kuu jooksul sageli veetnud hasartmänge mängides rohkem aega, panustanud rohkem raha või mänginud sagedamini kui alguses kavatsesite?		
9. Kas olete viimase 12 kuu jooksul sageli mängukohta tagasi pöördunud, et püüda tagasi võita raha, mille mängides kaotasite?		
10. Kas olete viimase 12 kuu jooksul teinud katsed hasartmängimist vähendada, kontrollida või lõpetada? (Kui "ei", siis pöörduge küsimuse nr 11 juurde.)		
10b. Kas need katsed olid edukad?		
11. Kas keegi teine võiks väita, et teil on viimase 12 kuu jooksul olnud raskusi oma hasartmängimise kontrollimisega, hoolimata sellest, kas teie temaga nõustuksite?		
12. Kas ütleksite, et olete viimase 12 kuu jooksul olnud hasartmängimisega ülemäära hõivatud?		
13. Kas viimase 12 kuu jooksul on sageli juhtunud, et kui te hasartmänge ei mänginud, tundsite ärrituvust, rahutust või tugevat tungi seda teha?		
14. Kas viimase 12 kuu jooksul olete leidnud, et sarnase erutustaseme saavutamiseks pidite mängu panema üha suuremaid summasid?		

Mõeldes tagasi viimasele 12 kuule, siis...

...umbes kui kaua aega kestis teie keskmine hasartmängimise sessioon* (minutites)?

...umbes kui palju raha kulutasite hasartmängimise peale tüüpiliselt kuu jooksul (eurodes)?

**Hasartmängimise sessiooni all pean silmas ühte mängukeskkonna külastust, näiteks ühte kasiinokülastust.*

Täna vastamast!

Lisa 2. Instrumentide küsimuste faktorlaadungid ja omaväärtused**Tabel 11** SOGS-i küsimuste faktorlaadungid ühefaktorilise lahenduse korral

Küsimus	Faktorlaadung
2	-0,67
3	0,78
4	0,78
5	0,85
6	-0,6
7	-0,77
8	-0,67
9	-0,66
10	-0,68
11	-0,68
12	-0,77
13	-0,74
14	-0,68
15	-0,84
Expl.Var	7,47
Prp.Totl	0,53

Tabel 12 PGSI küsimuste faktorlaadungid ühefaktorilise lahenduse korral

Küsimused	Faktorlaadungid
-----------	-----------------

1	-0,73
2	-0,73
3	-0,74
4	-0,72
5	-0,76
6	-0,74
7	-0,74
8	-0,79
9	-0,79
Expl.Var	5,06
Prp.Totl	0,56

Tabel 13 PPGM-i küsimuste faktorlaadungid ühefaktorilise lahenduse korral

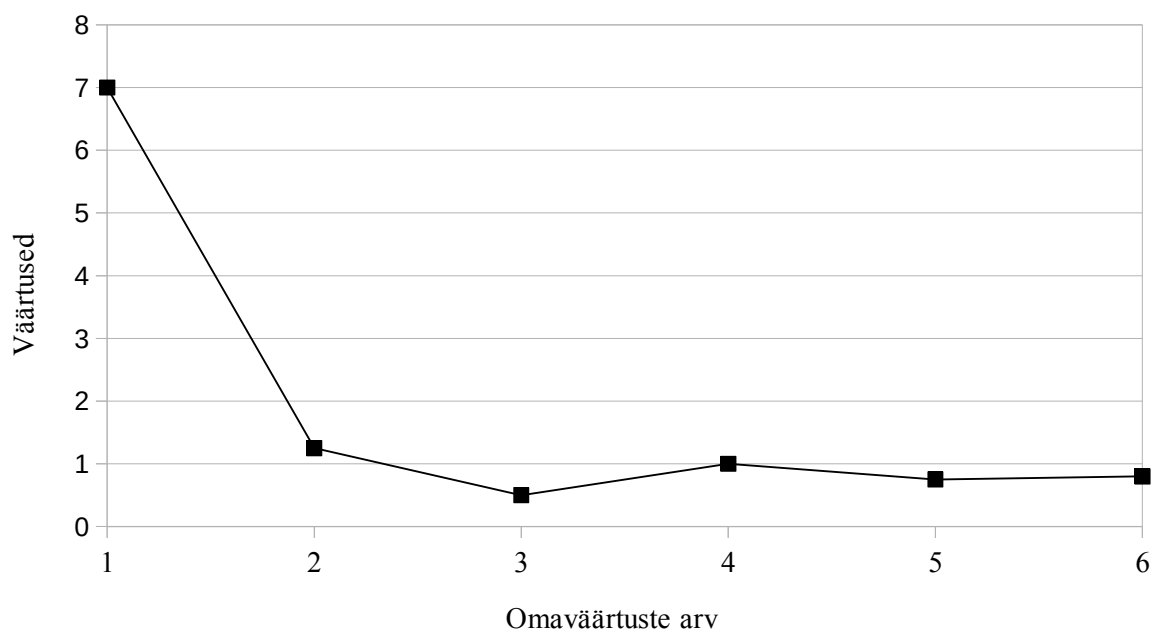
Küsimused	Faktorlaadungid
1	-0,8
2	-0,8
3	-0,76
4	-0,48
5	-0,69
6	-0,59
7	-0,79
8	-0,62

9	-0,69
10	-0,63
11	-0,85
12	-0,75
13	-0,78
14	-0,71
Expl. Var	7,2
Prp. Totl	0,51

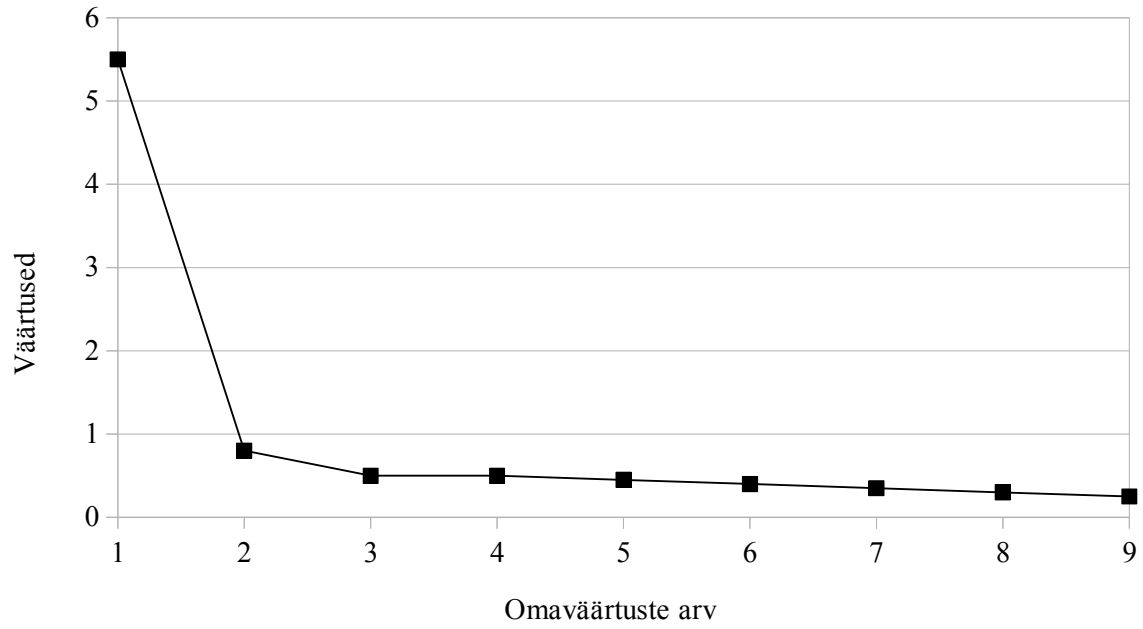
Tabel 14 PPGM-i faktorlaadungid mitmefaktorilise lahenduse korral

Küsimused	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Faktor 6
1	0,19	0,15	0,32	0,25	0,42	0,54
2	0,22	0,12	0,23	0,33	0,29	0,59
3	0,53	0,36	0,33	0,12	0,31	0,34
4	0,91	-0,12	-0,06	0,21	0,27	0,09
5	0,31	0,1	0,29	0,16	0,86	0,17
6	0,01	0,12	0,91	0,2	0,26	0,18
7	0,34	0,24	0,26	0,8	0,19	0,26
8	-0,07	0,33	-0,05	0,11	0,12	0,76
9	-0,03	0,84	0,15	0,21	0,12	0,45
10	0,31	0,21	0,25	-0,06	0,02	0,64
11	0,11	0,24	0,15	0,45	0,4	0,57

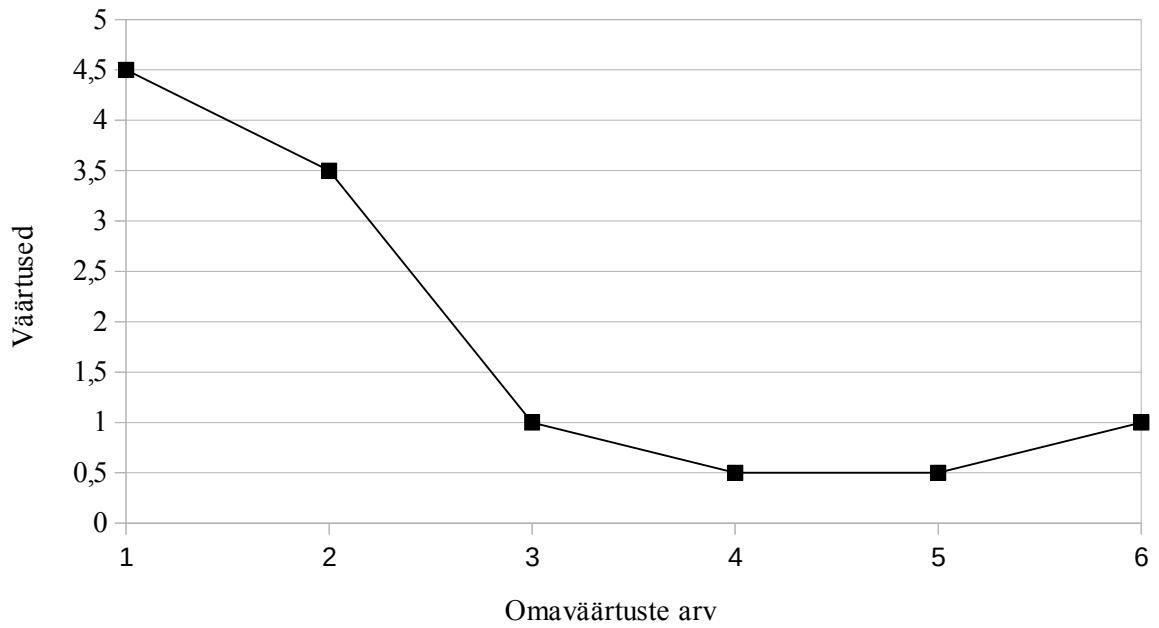
12	0,3	0,36	0,09	0,26	0,29	0,49
13	0,22	0,08	0,22	0,31	0,17	0,65
14	0,51	0,3	0,16	0,22	-0,01	0,53
Expl.Var	1,93	1,4	1,43	1,4	1,58	3,36
Prp.Totl	0,14	0,1	0,1	0,1	0,11	0,24



Joonis 1 SOGS-i omaväärtuste graafik



Joonis 2 PGSI omaväärtuste graafik



Joonis 3 PPGM-i omaväärtuste graafik

Lisa 3. DSM V-s kirjeldatud hasartmängusõltuvuse sümptomid erinevates instrumentides**Tabel 15** DSM V-s kirjeldatud hasartmängusõltuvuse sümptomeid puudutavad küsimused erinevatest instrumentidest ning nende arvestamine patoloogia hinnangu juures

DSM V-s kirjeldatud sümptom	DSM IV	SOGS	PGSI	PPGM
Vajadus mängida üha suuremate summadega, et saavutada sarnast erutustaset	Kas te suuredate mängu pandavaid summasid, et saavutada vajalikku erutustaset?*	-	Kas olete tundnud samasuguse erutustaseme saavutamiseks vajadust mängida üha suuremate summadega?*	Kas viimase 12 kuu jooksul olete leidnud, et sarnase erutustaseme saavutamiseks pidite mängu panema üha suuremaid summasid?*
Võõrutusnähud nagu ärrituvus ja rahutus juhul, kui inimene püüab mängimist vähendada või lõpetada	Kui te üritate mängimist vähendada või sellest loobuda, siis kas see tekitab teie rahutust, ärritust vm ebameeldivaid tundeid?*	-	-	Kas viimase 12 kuu jooksul on sageli juhtunud, et kui te hasartmänge ei mänginud, tundssite ärrituvust, rahutust või tugevat tungi seda teha?
Korduvad katsed mängimist kontrollida, vähendada või lõpetada	Kas te olete katsetanud oma mängimist kontrollida, vähendada või lõpetada? *	-	-	Kas olete viimase 12 kuu jooksul teinud katset hasartmängimist vähendada, kontrollida või lõpetada?
Sagedane hõivatus mängimisega, näiteks varasemate mänguepisoodide meenutamine või järgmiste planeerimine	Kas te meenutate minevikus toimunud mängimist, planeerite järgmist mängu või mõtlete raha saamisele, mida mängu panustada?*	-	-	Kas ütleksite, et olete viimase 12 kuu jooksul olnud hasartmängimisega ülemäära hõivatud?
Mängimine negatiivsete emotsioonidega toimetuleku eesmärgil	Kas mängimine aitab teil põgeneda probleemide või ebameeldivuste eest?*	-	-	-
Püüd kaotusi tagasi	Kas te üritate järgmisel	Juhul kui te	Kui mängisite	Kas olete viimase 12

võita	päeval kaotust tasa teha?*	olete oma raha mängu pannud ja kaotanud, kui tihti püüate seda järgmisel päeval tagasi võita?*	hasartmänge, siis kas pöördusite mõnel järgneval päeval mängukohta tagasi, et püüda kaotatud raha tagasi võita?*	kuu jooksul sageli mängukohta tagasi pöördunud, et püüda tagasi võita raha, mille mängides kaotasite?*
Mängimise varjamine ja valetamine sellega seoses	Kas te valetate, et varjata oma hasartmängimist?*	Kas te olete peitnud panuste piletikontse, loteriipileteid, võidetud raha või teisi hasartmängule viitavaid tõendeid oma abikaasa, laste või teiste Teile oluliste inimeste eest?	-	-
Suhte, hariduse- või karjäärivõimaluse ohtu seadmine mängimise tõttu	Kas te olete ohtu seadnud või kaotanud olulise suhte, töö, hariduse või karjäärivõimaluse mänguhasardi tõttu?*	Kas te olete vaieldnud Teiega koos elavate inimestega selle üle, kuidas Te oma rahaga ümber käite/ eelnimetatud (rahaga ümber käimise) vaidluste põhjuseks on olnud Teie mängukirg?	-	Kas teie seotus hasartmängimisega on viimase 12 kuu jooksul põhjustanud tõsisaid probleeme teie suhetes abikaasa/ partneri, oluliste sõprade või pereliikmetega?/ Kas teie seotus hasartmängimisega on põhjustanud viimase 12 kuu jooksul teile või mõnele teie lähedasele olulisi probleeme koolis või tööl?
Teistele toetumine, et mängimise majanduslike tagajärgedega toime tulla.	Kas te toetute teistele, et saada raha kergendamaks mänguhasardi tagajärjel tekkinud halvenenud majanduslikku olukorda?*		Kas olete hasartmängimise tarvis raha laenanud või midagi ära müünud?	Kas te olete viimase 12 kuu jooksul hasartmängimisega seoses laenanud olulisel hulgal raha või müünud midagi endale kuuluvat?

*Küsimused, mida isiku patoloogiat hinnates arvesse võeti

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Sandra Vetik,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Kolme hasartmängusõltuvuse sõeltesti võrdlus Eesti valimil: SOGS-i, PGSI ja PPGM-i valiidsus“, mille juhendajad on Kairi Kreegipuu ja Aili Maar,

1.1 reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2 üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace´i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

1. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

2. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, **16.01.2017**