

”MÄ VAAN GOOGLÉTIN SEN VAIVAN”

KESKIASTEEN TAI ALEMMAN TUTKINNON SUORITTANEIDEN TERVEYS-
TIEDONHANKINTA

Maria Väänänen

Tampereen yliopisto
Viestintätieteiden tiedekunta
Informaatiotutkimus ja interak-
tiivinen media
Pro gradu -tutkielma
Huhtikuu 2018

TAMPEREEN YLIOPISTO, Viestintätieteiden tiedekunta

Informaatiotutkimus ja interaktiivinen media

VÄÄNÄNEN, MARIA: ”Mä vaan googletin sen vaivan” – keskiasteen tai alemman tutkinnon suorittaneiden terveystiedonhankinta

Pro gradu -tutkielma, 82 s., 4 liites.

Huhtikuu 2018

Tässä tutkielmassa tarkastellaan keskiasteen tai alemman tutkinnon suorittaneiden työikäisten terveystiedonhankintaa, fokusoiden internetissä tapahtuvaan tiedonhankintaan. Keskiasteen tutkinnon suorittaneilla tarkoitetaan ylioppilastutkinnon tai ammatillisen tutkinnon omaavia henkilöitä. Heidän terveystiedonhankintaansa tarkasteltiin tiedontarpeiden, tiedonhankinnan kanavien ja -lähteiden ja niiden hyödyntämisen, tiedonkäytön sekä terveystiedonhankinnan haasteiden ja esteiden kautta. Tavoitteena on selvittää, millaista on keskiasteen tai alemman tutkinnon suorittaneiden terveystiedonhankintakäyttäytyminen.

Keskiasteen tai alemman tutkinnon suorittaneiden terveystiedonhankintaa tutkittiin arkielämän tiedonhankinnan kontekstissa, johon terveystiedonhankinta kuuluu. Tuloksia verrattiin kahteen suomalaisten terveystiedonhankintaa osin tarkastelevaan tutkimukseen (Tuominen 1992, Savolainen 1995).

Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluin joulukuussa 2017 ja tammikuun alussa 2018. Haastateltavia oli seitsemän ja he olivat iältään 20-60 vuotiaita. Teemahaastattelun teemoja olivat terveystietoon kohdistuvat tiedontarpeet, tiedonhankinta ja tiedonhankinnan kanavat, tiedon käyttö ja tiedonhankinnan haasteet ja esteet. Aineisto analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin menetelmällä.

Tutkimustuloksien perusteella keskiasteen tai alemman tutkinnon suorittaneiden terveystiedonhankinta näyttäisi olevan 1) tilannesidonnaista, 2) monimuotoista ja lisäksi internetin erityispiirteenä näyttäisi aineiston perusteella olevan niin sanottu vähemmän vaivan periaate, koska lähes kaikissa haastatteluissa esiintyivät samat sivustot, suomalaisen lääkäriseura Duodecimin verkkosivusto ja keskustelupalstat eli foorumit.

Tutkimustulosten pohjalta terveystiedonhankintaa ja internetissä toimivia terveystietopalveluita tulisi kehittää huomioimaan yksilölliset eroavaisuudet tiedonhankintatavoissa ja välttelevässä terveystiedonhankintakäyttäytymisessä. Terveystietosivustojen näkyvyyttä tulisi parantaa, koska kohderyhmälläni oli vaikeuksia ymmärtää Duodecimin sivustoilla olevia artikkeleita.

Avainsanat: terveystiedonhankinta, tiedonhankinta, internet, sense-making, critical incidents

Sisällysluettelo

1	JOHDANTO	1
2	KESKEISET KÄSITTEET JA TIEDONHANKINNAN MALLIT	3
2.1	Keskeiset käsitteet	3
2.1.1	Tiedonhankintatutkimus	3
2.1.2	Arkielämän tiedonhankinta.....	7
2.1.3	Terveys käsitteenä	8
2.2	Tiedonhankinnan mallit.....	9
3	AIEMPI TUTKIMUS.....	12
3.1	Aiempiä terveystiedonhankinnan pro graduja.....	27
3.2	Yhteenveto.....	27
4	TUTKIELMAN TEOREETTINEN VIITEKEHYS	29
4.1	Sense-making	29
4.2	Informaatiokäyttämisen yleinen malli.....	32
4.3	Arkielämän tiedonhankinnan malli (Everyday Life Information Seeking, ELIS)	34
4.4	Zipfin vähimmän vaivan teoria ja riski-palkkio paradigma	37
5	EMPIIRINEN TUTKIMUS	39
5.1	Tutkimuksen eettisyydestä	40
5.2	Tutkimusmenetelmät	41
5.2.1	Käyttäjäkeskeinen paradigma.....	42
5.2.2	Teemahaastattelu	43
5.2.3	Critical incidents-lähestymistapa.....	44
5.3	Tutkimusaineiston keruu	45
6	AINEISTON KÄSITTELY JA ANALYYSI.....	49
6.1	Terveysteen liittyvät tiedontarpeet.....	50
6.2	Terveysteen liittyvät tiedonlähteet ja tiedonhankinta	58
6.3	Terveysteen liittyvän tiedon käyttö.....	66
6.4	Terveysteen liittyvän tiedonhankinnan haasteet ja esteet	69
7	YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ.....	75
7.1	Tutkielman yleistettävyydestä	81
8	LÄHTEET	83

LIITTEET

1 JOHDANTO

Suomalaisten terveyserojen taustalla näkyvät sosioekonomiset erot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kirjoittaa FINRISKI-tutkimuksen (2012) tuloksissa miten ”koulutus lisää tietoa ja taitoa ymmärtää ja toteuttaa terveellisiä elämäntapoja”. Uusimman, FinTerveys 2017-tutkimuksen, tulokset julkaistaan vuonna 2018, mutta ne eivät ehtineet ilmestyä ennen tämän tutkielman palauttamista. (Männistö et al. 2012, 3.)

Internetin yleistymisen myötä kasvoivat myös yksilön mahdollisuudet vaikuttaa omaan terveyteensä ja osallistua kokonaisvaltaisemmin terveyteen liittyviin päätöksiin (Tan & Goonawardene 2017). Internet onkin yleisin terveystiedonhankinnan kanava sen helpouden ja käytettävyyden (*availability*) vuoksi (Brigo et al 2015, 146, Tana 2016, 78). Google on raportoinut, että heidän hakukoneellaan tehdyistä hauista yksi kahdestakymmenestä tai neljä tuhatta hakua sekunnissa ovat terveyteen liittyviä (Abedi et al. 2015, 1212). Vuonna 2016 70 prosenttia 16-24 vuotiaista suomalaisista oli hakenut viimeisen kolmen kuukauden aikana sairauteen, ravintoon tai terveyteen liittyvää tietoa internetistä. 25-34 vuotiaita tarkasteltaessa tämä luku oli 80 prosenttia ja 34-44 vuotiailla 75 prosenttia. Koulutustason erot näkyivät Tilastokeskuksen ”Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö”-tutkimuksessa, jossa perusasteen koulutuksen omaavista 43 prosenttia oli hakenut viimeisen kolmen kuukauden aika terveyteen liittyvää tietoa internetistä, kun taas korkeakoulutetuilla luku oli 74 prosenttia. (Tilastokeskus 2016, katsottu viimeksi 22.3.2018.) Tilastokeskuksen data antaa osviittaa, että tilanne on edelleen sama kuin vuoden 2012 FINRISKI-tutkimuksen aikaan.

Terveystiedonhankinta on laaja tutkimusalue, jolla on useita painopisteitä. Painopisteestä huolimatta erot sosio-ekonomisissa ja demografisissa tekijöissä ovat todettuja, esimerkiksi Ayers ja Kronenfeld (2007) ovat huomanneet miten nuoremmat, korkeammin koulutetut, korkeammin tienaavat ja yksityisen sairausvakuutuksen omaavat henkilöt käyttävät internetiä useammin terveystiedonhankintaan ja miten he, jotka hakevat tietoa internetistä, muuttavat todennäköisemmin terveyteen liittyvää toimintaansa. Massey, Langellier, Sentell ja Manganello (2017) totesivat syntyperän ja äidinkielen vaikuttavat terveystiedonhankintaan.

Suomessa terveystiedonhankintaa on tarkasteltu 1990-luvulla Tuomisen ja Savolaisen toimesta. Tuominen (1992, 111) halusi tutkia keksivertokansalaisen tiedonhankintaa, johon minäkin osin tutkielmassani pyrin. ”Tiedonhankinta terveydellisissä pulmatilanteissa” on Tuomisen (1992) artikkelin avulla luotu katsaus hänen omasta tutkimuksestaan ”Arkielämän tiedonhankinta”, joka julkaistiin myös vuonna 1992. Artikkelissa keskitytään yhteen tutkimuksessa esiin nousseeseen aihealueeseen, eli terveystiedonhankintaan. Savolainen tutki vuonna 1995 ”Tiedonhankinnan arkipäivää: Vertaileva tutkimus teollisuustyöntekijöiden ja opettajien arkielämän tiedonhankinnasta elämäntavan viitekehyydessä” millä tavoin elämäntapa ja elämänhallinta vaikuttavat arkielämän tiedonhankintaan. Hän oletti, että yksilön elämäntapa ja elämänhallinta määrittävät sen, mihin ryhmään yksilö sosiaalisesti ja kulttuurillisesti kuuluu. Myös hänen yksi aihealueistaan oli terveystiedonhankinta. Molemmat käyttivät tutkimuksessaan teemahaastattelun menetelmää, jonka valitsin myös omaan tutkielmaani.

Vaikka edellä mainitut tutkimukset ovatkin oman tutkimukseni lähtökohta, puuttuu niistä internetin osuus, joka on muuttanut arkielämän ja terveystiedonhankinnan luonnetta radikaalisti. Muutamia pro gradu -tutkielmia terveystiedonhankinnasta on tehty, joskin ne ovat keskittyneet joko keskustelupalstoihin tai jotakin kroonista sairautta sairastavien tiedonhankintaan. Itse pyrin laajentamaan tutkimustani Tuomista lainaten ”keskivertokansalaisen” tiedonhankintaan ja tarkastella teemahaastattelun avulla keskiasteen tai alemman koulutuksen omaavien terveystiedonhankintaa, fokusoiden internetissä tapahtuvaan tiedonhankintaan. Tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi terveystiedonhankinnan kohdentamiseksi, jotta suomalaisten sosio-ekonomisia terveyseroja saataisiin kavennettua. On hyvin tärkeää varmistua siitä, että kaikilla on yhtäläiset mahdollisuudet terveytensä edistämiseen.

Tämä tutkielma koostuu seitsemästä luvusta. Johdannon jälkeen esitellään tutkimuksen kannalta keskeiset käsitteet ja muutamia terveystiedonhankintaan kohdennettuja malleja. Luvussa kolme luodaan katsaus terveystiedonhankinnan aiempaan tutkimukseen. Luku neljä esittelee tutkielman kannalta tärkeimmät teoreettiset mallit ja luvusta viisi löytyvät tutkimuskysymykset sekä tutkimuksen empiirinen osio. Luvussa kuusi käydään läpi tutkimusaineisto ja sen analyysi. Tutkielma päättyy lukuun seitsemän, jossa tutkimuksen tuloksia tarkastellaan suhteessa aiempaan tutkimustietoon sekä tehdään yhteenvetoa ja johtopäätöksiä, viimeisestä luvusta löytyy myös pohdintaa tulosten yleistettävyydestä.

2 KESKEISET KÄSITTEET JA TIEDONHANKINNAN MALLIT

Tässä luvussa esitellään tutkielman kannalta keskeiset käsitteet ja muutamia terveystiedonhankintaan kehitettyjä spesifejä malleja, joita ei voi tutkielman aihepiirin vuoksi ohittaa. Tutkielmassa käytetyt tiedonhankinnan yleismallit esitellään luvussa 4.

2.1 Keskeiset käsitteet

2.1.1 Tiedonhankintatutkimus

Tiedonhankintatutkimus on informaatiotutkimuksen ydinaluetta, Järvelinin ja Vakkarin (1988, 30-31) mukaan voidaan löyhästi katsoa informaatiotutkimuksen olevan tiedonhankinnan tiedettä, jossa tiedonhankintatutkimuksen kautta pyritään kehittämään informaatiotutkimuksen metodologista ja käsitteellistä pohjaa. Tiedonhankintatutkimuksessa tutkitaan informaatiokäyttäytymistä (*information behavior*) ja sen pääpaino on tiedontarpeissa, tiedonhankinnassa ja tiedonkäytössä. Hankimme tietoa päivittäin, niin työtä, opintoja, harrastuksia kuin muuta vapaa-aikaa varten ja tiedonhankintatutkimus jakautuukin karkeasti ammatilliseen ja ei-ammatilliseen, arkielämän tiedonhankintaan. (Case 2012, 3, Haasio & Savolainen 2004, 9, Mäkinen 2010, 13.)

Tiedonhankintatutkimuksen keskeiset käsitteet ovat vaikeita määritellä yksiselitteisesti. Esimerkiksi tieto, informaatio, data ja tietämys ovat merkitykseltään erilaisia, mutta suomen kielessä ei tehdä eroa niiden välille vaan niistä käytetään usein yhteiskäsitettä tieto. (Haasio & Savolainen 2004, 14, Case 2012, 47, 72.)

Datalla tarkoitetaan informaatiotutkimuksessa merkkejä ja symboleita, jotka muodostavat potentiaalista informaatiota, jonka on mahdollista tulla välityksen kohteeksi. Data on siis informaation raaka-ainetta. Data informaatiotutkimuksen käyttämänä terminä eroaa esimerkiksi tietojenkäsittelytieteen näkemyksestä. Myös informaatio on monitulkintainen käsite, mutta informaatiotutkimuksessa sen määritellään olevan kaikki ideat, faktat, data ja muut fiktiiviset hengentuotteet, jotka voidaan kommunikoida informaalisti tai formaalisti muodosta riippumatta (Chen & Hernon 1982, 5, Case 2012, 4, 51). Informaatio voi siis olla sekä annettua että vastaanotettua, mutta se jalostuu tiedoksi vasta

kun se tulkitaan ja se saa merkityksen. Informaatiotutkimuksessa tieto nähdään jotain asiantilaa tai asiaa kuvaavan semanttisen tai pragmaattisen informaation tulkinnaksi tai merkityksenannoksi, jossa semanttinen informaatio rakentuu väitelauseista, jotka ilmentävät asiantiloja ja pragmaattinen taas on vastaanottajalle merkityksellinen asia, joka voi toimia vastaanottajalle resurssina. Tieto (*knowledge*) muodostuu vasta kun informaatio muuttaa tulkitsijan käsitystä ja sen synonyymi tietämys taas tarkoittaa tulkitsijan tämän hetkistä ymmärrystä itsestään ja ympäristöstä. Tietoa tulkitaan aina yksilön omassa kontekstissa, johon vaikuttavat yhteisö ja kulttuuri, jonka parissa hän elää. (Haasio & Savolainen 2004, 15—17, Case 2012, 73.)

Tiedonlähteellä (*information source*) tarkoitetaan informaatioisällön kantajaa. Se voi olla dokumentti, joka on painettu tai elektroninen, mutta se käsittää myös henkilölähteet. Tiedonkanavat ovat organisoituja käytäntöjä tai mekanismeja, jotka auttavat tai mahdollistavat tiedonlähteelle pääsemisen, esimerkkinä tästä on kirjasto. Internet sen sijaan on ongelmallisempi, sillä sitä ei ole Haasion ja Savolaisen mukaan mahdollista määrittää tiedonlähteeksi tai -kanavaksi. Haasio ja Savolainen mainitsevatkin, että tulevaisuudessa ero tiedonlähteen ja -kanavan välille voi olla ongelmallinen. (Haasio & Savolainen 2004, 19-20.)

Tiedontarpeen käsitteestä on esitetty useita näkemyksiä informaatiotutkimuksessa. (Case 2012, 77—78). Haasio ja Savolainen mainitsevat haasteeksi sen monitulkintaiset lähikäsitteet psykologiasta kuten halu, intressi, motiivi tai uskomukset, jotka tarkoittavat toimintaa virittäviä tai toiminnan aikaansaavia tekijöitä. Niistä on kuitenkin vaikea osoittaa yksiselitteisesti, miten ne vaikuttavat tiedonhankintaan tai lähteisiin. Informaatiotutkimuksessa ei ainakaan vuonna 2004 oltu analysoitu tiedontarpeen käsitettä syvällisesti. Haasio ja Savolainen katsoivat sen johtuvan empiirisen tutkimuksen puutteellisuudesta sekä siitä, että useimmat tiedontarvejäsenyykset olivat pinnallisia käsitteellisiä pohdintoja tai tyypittelyjä, esimerkiksi jako orientoivaan ja ongelmalähtöiseen tai praktisen tiedon tarpeisiin. Tiedontarpeeseen liittyy sekä kognitiivisia, affektiivisia ja tilansidonnaisia tekijöitä, joista esimerkkinä tässä tutkielmassa esitettävä Brenda Dervinin Sense-Making, jossa tiedontarpeeseen viitataan käsitteellä kuilu (*“gap”*), jonka kohdattessaan toimija estyy toimimasta aiemmin totutuilla tavoilla ja joutuu täten pysähtymään kuilun reunalle etsimään uusia merkityksellistämisen tapoja. Dervinin mukaan tiedontarve johtuu tarpeesta saada selvyys (*make sense*) tilanteesta. Useat muutkin teoriat pyrkivät merkityksellistämään Dervinin tavoin tiedontarvetta. Monista näkemyksistä huo-

limatta tiedontarve on edelleen vaikeasti määriteltävissä ja Haasio ja Savolainen mainitsevat miten tiedontarpeista on hedelmällisintä puhua ongelman ja sen ratkaisemisen tai toiminnan merkityksellistämisen kohdalla tai tietämyksen aukoista ja toimintaan liittyvänä epävarmuutena, joka virittää tiedonhankintaa. Tiedontarpeen käsite on informaatiotutkimuksessa kuitenkin laajalti käytetty käsite, johon suhtaudutaan pragmaattisesti. (Haasio & Savolainen 2004, 21, 25, 27, Case 2012, 84—85.) Tiedontarpeen käsitteestä puhutaan tiedonhankintaa virittävänä tekijänä myös tässä tutkielmassa.

Tiedonhankinta (*information seeking*) on Casen (2012, 5, 91) mukaan tiedonhankintatutkimuksen tunnetuin konsepti, jota on pidetty itsestään selvänä eikä sitä ole määritelty yhtä syvällisesti kuin tiedontarvetta. Tiedonhankinta voidaan Haasion ja Savolaisen (mt.) mukaan määritellä sekä suppeasti että laajasti. Pääasiassa sen voidaan kuitenkin katsoa tarkoittavan toimintaa, joka nousee tiedontarpeesta ja jonka tarkoituksena on tunnistaa tiedonhakijalle relevantteja tiedonlähteitä ja -kanavia, joihin hakeutumalla niitä voidaan käyttää tiedontarpeen *täyttämiseksi*. Kapeammassa merkityksessä tiedonhankinta voidaan käsittää lähteille ja kanaville hakeutumiseen sekä dokumenttien hankkimiseen tarkastelua varten, esimerkiksi ”*googlettaminen*” tarkoittaisi tiedonhankintaa suppeammassa merkityksessä. Se ei kuitenkaan ota kantaa mitä hakutulosten saamisen jälkeen tapahtuu; sen sijaan laajemmassa merkityksessä otetaan huomioon myös tulosten relevanssin arviointi. Haasio ja Savolainen huomauttavat miten jälkimmäisessä tiedonhankinnan ja tiedon käytön raja on häilyvä. (Haasio & Savolainen 2004, 28.)

Tiedonhankinta voi olla systemaattista ja tavoitteellista, jolloin tietoa etsitään jotakin varten. Se voi kuitenkin myös olla sattumanvaraista, jolloin tietoa saadaan passiivisesti tai niin sanotusti vahingossa. Tässä tutkielmassa myöhemmin esiteltävä Wilson (1999) on jakanut tiedonhankinnan juuri näin, aktiiviseen ja passiiviseen, sekä niiden lisäksi vielä aktiivisen ja passiivisen eri muotoihin. Wilson (mt.) tuo esiin, miten tiedonhankintaa tapahtuu myös sykleissä (Wilson 1999, 256—257). Wilsonin malli esitellään luvussa 4.2.

Tiedonhankintaan vaikuttavat useat tekijät: tiedonhankkijan käsitys siitä, mitä lähteitä ja kanavia hänellä on käytössään, hänen arvionsa lähteiden ja kanavien tavoitettavuudesta, arvio lähteiden ja kanavien laadusta, esimerkiksi luotettavuuden, ajankohtaisuuden ja kattavuuden osalta, tiedonhankkijan käsitys omasta pystyvyydestään, esimerkiksi motivaatiosta, kielitaidosta ja tiedonhankintataidoista. Tiedonhankintaa ohjaavat myös af-

afektiivinen ulottuvuus, tuntemukset, jotka voivat muuttua tiedonhankintaprosessin yhteydessä esimerkiksi epävarmasta myönteisempään, jolloin itseluottamus tiedonhankintaa kohtaan kasvaa, joskaan näin ei aina tapahdu. Tilannetekijät vaikuttavat tiedonhankintaan ja valittuihin lähteisiin, esimerkiksi aikapula, tehtävän luonne ja tiedonhankkijan oma arvio tehtävän tärkeydestä vaikuttavat: terveystieteet voinee katsoa tärkeiksi ja sellaisiksi, joilla on kauaskantoisia seurauksia, joten Haasion ja Savolaisen (mt.) ajatusta mukailleen tiedonhankinta tapahtuisi useista eri lähteistä monipuolisen kuvan saamiseksi päätöksenteon tueksi. Sen sijaan rutiininomaisissa tehtävissä saatetaan pitäytyä yhdessä lähteessä, joka on helposti saatavilla. Haasio ja Savolainen (mt.) kuitenkin huomauttavat miten tiedonhankinta on usein urautunutta ja rutinoitunutta, koska siihen vaikuttaa niin sanotun Zipfin vähimmän vaivan laki, jota tässä tutkielmassa käsitellään luvussa 4.4. Lopuksi, tiedonhankintaa voidaan tarkastella sen kohdentuneisuuden kautta: ongelmalähtöinen tai praktinen tiedonhankinta kohdentuu ongelmanratkaisuun, kun taas orientoivan tiedonhankinta tarkoittaa pitemmän aikavälin tarpeita ja saattaa olla hyvinkin urautunutta esimerkiksi sanomalehden lukemista tai iltauutisten katselua. (Haasio & Savolainen 2004, 28-30, Savolainen 1995, 181) Tässä tutkielmassa esiintyi molempia tiedonhankinnan muotoja, riippuen terveystieteistä: akuuttiin ongelmaan haettiin ongelmalähtöisesti tietoa, kroonisen sairauden kanssa elävä pysytteli selvillä uusista hoitomuodoista.

Tiedonkäyttö päättää tiedonhankinnan. Haasion ja Savolaisen (mt.) mukaan tiedonkäyttö tarkoittaa tiedonlähteestä saatujen sisältöjen relevanssin arviointia. Kognitiivisesti voidaan pyrkiä arvioimaan, millainen muutosprosessi tiedonhankkijan aiemmissa tietorakenteissa tapahtuu. Tämä on kuitenkin metodisesti haastavaa, joten usein tiedonkäyttöä tarkastellaan vain tiedonhankkijan omana kuvauksena tiedonhankinnasta ja siitä, mihin lähteitä käytettiin ja millaista hyötyä niistä koettiin saatavan. Esimerkiksi tässä tutkielmassa myöhemmin tarkasteltava Dervinin malli (1999) kuvaa tiedonkäyttöä sillan rakennusaineina, joka auttaa pääsemään tiedollisen kuilun yli. Tiedonkäyttöä ei kuitenkaan tule tarkastella vain kognitiivisesta näkökulmasta: siihen vaikuttavat myös affektiiviset ja tilannetekijät. Affektiiviset tekijät määräävät sen, miten sisältöihin suhtaudutaan: Haasio ja Savolainen (mt.) mainitsevat, miten elektronisten aikakauslehtien verkkojulkaisuihin sisältöjä arvioidaan tiukemmin kuin painettujen. Tilannetekijöistä vaikuttavat esimerkiksi käytössä oleva aika. Tiedonkäyttöön, kuten tiedonhankintaan, vaikuttaa myös tiedonhankkijan ominaisuudet. Tiedonkäyttöä ei myöskään tule

tarkastella itseisarvona, vaan se voi johtaa lisätiedon hankintaan. Näin ollen tiedonhankinnan prosessi on usein syklistä. (Haasio & Savolainen 2004, 31—33.) Tässä tutkielmassa pyritään tarkastelemaan tiedonhankinnan prosessia kokonaisuudessaan, ottaen huomioon valitsemieni tiedonhankinnan mallien kautta laajasti tiedonhankintaan vaikuttavia tekijöitä.

Jo aiemmin käytin termiä tiedonhankintaprosessi. Skemaattinen tiedonhankinnan malli kuvaa prosessia, jossa tiedonhankinta pohjaa ongelmaan, josta syntyy tiedontarpeita. Tiedontarpeet aiheuttavat yksilössä epävarmuutta, jota voidaan kuvailla myös Dervinin kuiluna. Tiedontarpeen taustalla voi olla uteliaisuutta, välttämätön tarve saada tietoa, kiinnostus tai halu ymmärtää laajemmin jotakin. Tiedontarpeen tiedostamisen jälkeen, tietoa lähdetään hankkimaan. Kun tarvittu tieto on paikannettu, valitaan sellainen tieto, jota aiotaan käyttää. Tiedonkäytössä tiedolle annetaan merkitys ja se saattaa muuttaa tiedonhankkijan käsityksiä. Näin ei kuitenkaan automaattisesti tapahdu, jolloin tiedonhankintaprosessi saatetaan aloittaa alusta. Toisinaan, ongelma saattaa ratketa, mutta samalla syntyy uusia kysymyksiä, jolloin tiedonhankintaprosessi alkaa myös alusta. (Haasio & Savolainen 2004, 43, 45-46.) Prosessi on siis syklistä, kuten aiemmin todettua ja varsinkin tutkielman aiheessa eli terveystilanteissa tämä syklistyys tuli esiin muodoissaan

2.1.2 Arkielämän tiedonhankinta

Arkielämän tiedonhankintaa on tutkittu 1970-luvulta lähtien. Tätä ennen tiedonhankinnan tutkimus keskittyi pääosin ammatilliseen tiedonhankintaan. Tiedonhankinnan ”uutta” suuntausta voidaan kutsua arkielämän, ei-ammattillisen tiedonhankinnan tutkimukseksi, arkielämän tiedonhankinnaksi tai englanniksi *everyday life information seeking*. Käsitteenä arkielämän tiedonhankinta ei ole ollut ongelmaton ja se on aiemmin sidottu esimerkiksi yhteiskuntaan (*kansalaisen tiedontarpeet ja -hankinta*) sekä kielteisyteen ohjaavalla ja vastakkainasettelulla työkontekstin kanssa (*non-work information seeking*). Ongelmallisuutta on purettu käyttämällä aiemmin mainittuja käsitteitä arkielämä tai arki, joskin arkielämän ja ammatillinen tiedonhankinta voivat limittyä. Arkielämän tiedonhankinta voi käsittää useita aiheita: perhe, ammatinvalinta ja koulutus, ostopäätökset ja myös terveystilanteet ja haasteet kaikissa muodoissaan. Arkielämän tiedonhankinta voi tiedonhankinnan yleiskäsitteen tavoin olla orientoivaa tai praktista. (Haasio & Savolainen 2004, 106-108, 110, Savolainen 1993, 15.)

Internet muutti 1990-luvun lopulla tiedonhankinnan prosessia ja nousi nopeasti keskeiseksi tiedon lähteeksi ja kanavaksi ja se muutti tiedonhankinnan ja -välityksen asetelmaa: tietopalveluiden sijasta ihmiset etsivät tietoa itse. Internetin etuja ovat nopeus, ajantasaisuus ja globaalius, varjopuolia sen sijaan ovat kysymykset tiedon luotettavuudesta. Myös digikuiluun (*digital divide*) liittyvät ongelmat nousevat esiin esimerkiksi terveystalveluiden sähköistymisen myötä. Arkielämän orientoivan tiedon hankinnassa on tapana tukeutua tuttuihin lähteisiin, joissa internet oli jo vuonna 2004 noussut yhdeksi käytetyimmistä. Ongelmalähtöisessä tiedonhankinnassa vuonna 2004 internet oli noussut henkilölähteiden kanssa suosituimmaksi kanavaksi. (Haasio & Savolainen 2004, 134—137, 147—149.) Varsinkin jälkimmäinen piti paikkansa myös tämän tutkielman osalta, informanttien puheissa esiintyivät pääosin internet ja henkilölähteet.

2.1.3 Terveys käsitteenä

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee terveyden täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Määritelmää on kritisoitu, koska se on epärealistinen eikä sen kuvailemaa tilaa ole mahdollista saavuttaa. Käsitettä onkin kehitetty ja uuden käsitteen mukaan terveys on tila, joka muuttuu ja johon vaikuttaa sairauksien ja fyysisen sekä sosiaalisen ympäristön lisäksi voimakkaasti myös ihmisen oma kokemus ja arvot ja asenteet. (Huttunen 2015.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2018) määrittelee sivuillaan ”Keskeisiä käsitteitä” terveyden seuraavasti:

Terveys: Fyysisen, sosiaalisen ja henkisen hyvinvoinnin tila. Laajempi merkitys, kuin pelkkä vaivan tai sairauden puute. Voimavara, jonka avulla myös monet muut hyvinvoinnin osatekijät ja hyvä elämä ylipäänsä voivat toteutua. Terveys on inhimillinen perusarvo ja välttämätön sosiaaliselle ja taloudelliselle kehitykselle. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos määrittelee myös koetun terveyden olevan ”ihmisen itse antama arvio omasta terveydentilastaan, joka ennustaa toimintakykyä, terveystalveluiden käyttöä ja kuolleisuutta väestössä” (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018, katsottu viimeksi 30.3.2018). Terveiden määrittelyminen ei ole yksinkertaista, vaan se koostuu sekä fyysisistä, sosiaalisista että henkilön omista kokemuksista. Normaalin ja epänormaalin erottaminen on vaikeaa sekä vaikeistakin vammoista tai sairauksista kär-

sivä voi pitää itseään terveenä. Terveys näyttäisikin olevan jossain määrin tilannesidonnaista. (Huttunen 2015.)

Sairauden määrittely ei myöskään ole yksinkertaista. Se, missä menee normaalista poikkeavan raja, voi olla vaikea tunnistaa esimerkiksi ylipainon kohdalla, siinä, milloin lihavuus muuttuu sairaudeksi. Huttunen esittelee artikkelissaan myös esimerkin vilkkaasta lapsesta, jonka kohdalla on pohdittava, onko kyse normaalista reippaudesta vai keskittymishäiriöstä, joka vaatii lääkettä. Lääketieteen ongelmaksi on myös tunnistettu ”medikalisaatio”, jossa arjen ilmiöille esitetään ”lääketieteellisiä” selityksiä. Se osaltaan on Huttusen mukaan ohjannut ihmisiä etsimään lääketieteestä apua elämän kaikille osa-alueille, esimerkiksi liikunta ja terveellinen ruokavalio saatetaan korvata kolesteroli- ja verenpainelääkkeillä sekä ajaa vähäisempien keskiarvopoikkeamien hoitamista lääkkeitä. Medikalisaatio kietoutuu terveystiedonhankintaan siten, että ihmisten on helppo löytää internetistä lääketieteellinen selitys tavanomaisille arjen haasteille. Medikalisaatio itsessään on eettisesti arveluttavaa ja ennen kaikkea talouden ala, jolla lääkeyhtiöt tienaa. Samalla lääketieteen kehitys on erittäin tärkeää sellaisten sairauksien kohdalla, jotka aiheuttavat yksilölle kohtuutonta kärsimystä joka päiväisessä elämässä. (Huttunen 2015.)

2.2 Tiedonhankinnan mallit

Tiedonhankinnan malleja on julkaistu kymmenittäin ja ne eroavat toisistaan niin oletuksissa, rakenteissa, tarkoituksessa, laajuudessa sekä käyttötarkoituksessa. Alkuperäinen jaottelu malleissa on tehty kahteen, sen mukaan onko malli yleinen (*general*) vai kontekstiriippuvainen (*context specific*). Alkuperäinen jako mallien kesken määrittäytyi myös sen mukaan, onko mallien tarkoitus valottaa ennemmin kuin ennakoita tiedonhankintaa. Terveystieteen liittyvän tiedonhankinnan tutkiminen Casen (2012) mukaan kuuluu useammin ensimmäiseen muun muassa ostokäyttäytymisen ohella, eli tilanteisiin, jossa yksilön käyttäytymiseen yritetään vaikuttaa. Terveystieteen liittyviä tiedonhankinnan malleja löytyy myös sellaisia, jotka päättyvät tiedonhankinnan ympyrään tai päättyvät, koska haluttu tieto on löydetty. (Case 2012, 136—137.)

Wilsonin (1999, 250) mukaan tiedonhankinnan mallit eivät tyypillisesti sisällä täysin muodostettuja teorioita. Malleja voi Wilsonin (mt.) mukaan kuvaila viitekehysteiksi (*framework*) ongelmaa ajateltaessa ja se voi kehittyä kannanotoksi (*statement*) teoreet-

tisten esitysten välisestä suhteesta. Suurin osa yleismalleista ovat jälkimmäisen kaltaisia; ne ovat kannanottoja, joiden tavoitteena on selittää tiedonhankintaa, syitä ja seurauksia sekä tiedonhankinta käyttäytymisen tasojen suhteita. (Wilson 1999, 250—251.)

Arkielämän tiedonhankinnan malleja on huomattavasti vähemmän, kun verrataan ammatillisen tiedonhankinnan tutkimukseen. Osa malleista on kuitenkin niin sanottuja yleismalleja, tällaisia on muun muassa myöhemmin tarkemmin esiteltävä Wilsonin malli. Tiedonhankinnan mallit auttavat arvioimaan hypoteesien johdonmukaisuutta, sitä, mitä näemme "oikeassa elämässä". Sekä Savolaisen Arkielämän tiedonhankinnan malli että Wilsonin informaatiokäyttäytymisen yleinen malli ovat runsaasti viittauksia saaneita, pitkälle kehitettyjä ja laajimmin käytettyjä, kuin monet muut tiedonhankinnan mallit. Mallit esittävät ja selittävät käyttäytymisen sarjaa ja kuvaavat riittävästi prosesseja ja variaabeleita toimiakseen viitekehyksinä, mutta ovat samalla riittävän yksinkertaisia kuvauksia todellisuudesta yrittämättä kuvata jokaista mahdollista vaikuttajaa tai prosessia. (Haasio & Savolainen 2004, 115.) Näitä malleja käsitellään tarkemmin luvussa 4.

Keskitetymmät mallit löytyvät terveysalalta. Pääosin nämä mallit keskittyvät siihen, mitä ihmiset tekevät kohdatessaan tietoa terveysvaaroista. Mallit ovat käytettyjä kansanterveystyössä, sekä sellaisiin tutkimustarpeisiin että viestinnän suunnitteluun, jonka tavoitteena on saada ihmisiä muuttamaan terveystapojaan. Casen (2012) mukaan tyypillinen esimerkki on Kahlorin (2010) "Planned Risk Information Seeking Model" (PRISM), joka on laajennus "Risk Information Seeking and Processing"-mallista. Muita tunnettuja malleja ovat Freimuthin, Steinin ja Keenin (1989) "Health Information Acquisition" ja Afifin ja Weinerin (2004) teoria motivoituneesta tiedonhallinnasta (theory of motivated information management). Kuten mainittua, tyypillistä näille malleille on, että ne loppuvat tiedonhankintaan tai "toimintaan" (*action*), eli ne eivät tutki miten tai missä etsiminen tapahtuu tai mitä tiedonlähteitä käytetään. Terveystiedonhankinnan malleille on tyypillistä myös mitattavuus, sillä ne pyrkivät olemaan tilastollisesti mitattavia. Esimerkkeinä tästä ovat jo aiemmin mainittu Afifin ja Weinerin (2006) malli sekä Czajan, Manfredin ja Pricen (2003) malli. (Case 2012, 160.)

Vaihtoehtoisia terveystiedonhankinnan malleja ovat Czajan, Manfredin ja Pricen (2003) "Conceptual Model of Patient Information Seeking", Longon (2005) "Expanded Conceptual Model of Information Seeking Behaviors", ter Huurnen, Griffenin ja Guttelengen (2009) "Risk Information Seeking and Processing"-malli sekä Veinotin (2010)

"Multilevel Model of HIV/AIDS Information/Help Network Development". Viimeisin eroaa muista siinä, että se käsittää tiedon vain yhtenä sairauden kanssa selviytymisen resursseista. (Case 2012, 160.)

Terveystiedonhankinnan mallit voivat keskittyä myös terveyteen liittyviin riskeihin. Näistä yleisempiä malleja ovat edellä mainittu Kahlorin (2010) "Planned Risk Information Seeking Model" ja Longon (2005) "Expanded Conceptual Model of Health Information Seeking Behaviour", joka tarkastelee potilaiden ja kuluttajien terveystiedonhankintaa. Case (mt.) esitteli myös useita muita malleja, mutta niistä jokainen käsitteli riskien arviointia tai terveysongelmia, enemmän kuin itse tiedonhankintaa. (Case 2012, 134, 137—139.)

Terveystiedonhankinnan mallit usein limittyvät (*overlap*) vetoamiinsa konsepteihin: minäpystyvyyteen (*self-efficacy*), selviytymisteoriaan (*coping theory*), monitorointiin (*monitoring*) ja välttelyyn (*blunting*). Konsepteista minäpystyvyys ja selviytymisteoria ovat mainittuja myös muutamissa valtavirtamalleissa, kuten myöhemmin esiteltävässä Wilsonin (1999) mallissa. Sen sijaan, mikä on terveystiedonhankinnan malleille tyypillistä, mutta jota ei yleensä esiinny tiedonhankinnan yleismalleissa, on tiedon välttäminen. Tiedon välttämisen mahdollisuus on kuitenkin huomioitu Johnsonin mallissa sekä Wilsonin "informaatiokäyttäytymisen" -mallissa. Wilsonin malli tunnistaa välttämiskäyttäytymisen psykologian kirjallisuuden kautta selviytymiskeinona. (Case et al. 2005, 354, 356—357.) Päädyin valitsemaan tutkielmaani yleisiä tiedonhankinnan malleja, siitä huolimatta, että tarjolla on runsaasti juuri terveystiedonhankintaan kohdennettuja malleja. Tavoitteeni on tarkastella terveyteen liittyvää tiedonhankintaa yleisesti, kokonaisuutena, ei sairauden tai riskien arvioinnin kautta ja tavoitteeni on myös tunnistaa tiedon käytön tapoja, joihin terveystiedonhankinnan malleissa ei välttämättä olla riittävästi keskitytty.

3 AIEMPI TUTKIMUS

Terveystiedonhankinta on alue, josta löytyy runsaasti tutkimusta. Li ja muut (2015) selvittivät internetin terveystiedonhankinnan tutkimustrendejä tutkimuksessaan, jossa he hakivat artikkeleita PubMedin kautta syyskuussa 2014. Lin ja muiden tarkoitus oli kartoittaa suosituimpia aiheita internetin terveystiedonhankintaa tutkivissa julkaisuissa ja he tunnistivat niitä kymmenen: tiedonhankintakäyttäytyminen HIV-virusta tai muita sukupuolitauteja sairastavilla, opiskelijoiden terveystiedonhankinta internetistä, terveystiedonhankinta älypuhelimella tai applikaatioilla, lääkärien käyttämät tietoresurssit, vanhempien sosiaalisen median hyödyntäminen, syöpäpotilaiden internetin terveystiedonhankinta, internetin terveystietoon kohdistuva tyytyväisyys tai luottamus, internetin hyödyntäminen ja lääkäri-potilas kommunikointi tai suhde, ihmisten tiedonhakujärjestelmien tutkiminen mieltymyksen tai kirjallisuuden perusteella sekä ihmisten, erityisesti nuorison, suhtautuminen terveystiedonhankintaan internetistä. Erityisen suosittu tutkimusaihe, joka ei ollut ajankaan myötä menettänyt kiinnostavuuttaan, oli internetin tiedonhankinta syöpään sairastuneilla ja vuodesta 2011 eteenpäin älypuhelimien käyttö terveystiedonhankinnassa. Li ja muut totesivat vuonna 2015, miten internet ja tiedonhankintakäyttäytymisen tutkimus ovat kasvussa – tosin suurin osa tutkimuksesta on keskittynyt Amerikkaan ja moni muu maa saattaa tulla jäljessä tällä tutkimusalueella. (Li et al. 2015.) Tilanne ei ole muuttunut ja syöpädiagnoosiin liittyvä tiedonhankinnan tutkimus on edelleen suosittu tutkimusaihe.

Pyrin kartoittamaan laajaa aluetta esittelemällä tutkielmani kannalta merkittävimmät julkaisut. Uusin artikkeli on vuodelta 2018. Luvun kuitenkin aloittavat suomalaiset tutkimukset, jotka ovat 1990-luvun alkupuolelta ja ne esitetään syvällisemmin, koska niitä käytetään myös analyysin apuna ja osin tulosten vertailuun. Siitä etenen löyhällä teemoittelulla kohti uusimpia julkaisua pyrkien luomaan kokonaiskuvaa laajasta tutkimusalueesta.

Tutkimuksessaan ”Tiedonhankinnan arkipäivää: Vertaileva tutkimus teollisuustyöntekijöiden ja opettajien arkielämän tiedonhankinnasta elämäntavan viitekehyksessä” Reijo Savolainen (1995) selvitti millä tavoin elämäntapa ja elämänhallinta vaikuttavat arkielämän tiedonhankintaan. Hänen lähtökohtanaan on, että yksilön elämäntapa ja elämänhallinta määrittävät sen, mihin ryhmään yksilö sosiaalisesti ja kulttuurillisesti kuuluu.

Tutkimuksen tavoitteena oli myös tarkentaa ja konkretisoida Savolaisen aiempaa tutkimusta arkielämän tiedonhankinnasta. Savolainen rekrytoi haastatteluun 22 henkilöä, joista 16 oli naisia ja 6 miehiä, iältään 29-61 vuotiaita. Haastateltavat edustivat kahta eri sosiaaliluokkaa; teollisuustyöntekijöitä ja opettajia. Sosiaaliluokkien vertailua Savolainen ei kuitenkaan pitänyt ongelmattomana, vaan tutkimuksen yhtenä tavoitteena oli selvittää, miten sosiaaliluokkajakoinen lähtökohta toimii arkielämän tiedonhankinnan tarkastelussa. Savolaisen viitekehystenä toimi elämäntapa arkielämän tiedonhankinnan kontekstina eli ELIS-malli, joka esitellään tässä työssä luvussa 4.3. Tutkimuksessa tarkasteltiin tiedonhankintaa jakaen se kahteen: orientoivan eli jokapäiväiseen tiedonhankintaan sekä praktiseen, eli ongelmatilanteissa käytettävään tiedonhankintaan. Yhdessä nämä muodostavat kokonaisuuden, joka Savolaisen mukaan kuvaa arkielämän tiedonhankintaa: yksilön elämäntapojen tapa vaikuttaa siihen, miten aktiivinen tiedonhankkija yksilö on. (Savolainen 1995, 23, 32—34, 41, 180—181.)

Savolainen havaitsi sekä eroja että yhtäläisyyksiä sosiaaliluokkien välillä. Yleisesti arkielämäntiedonhankinnassa opettajat olivat teollisuustyöntekijöitä intensiivisempiä tiedonhankkijoita ja he käyttivät monipuolisemmin eri medioita sekä olivat kriittisempiä viihteellistä aineistoa kohtaan. Savolainen nosti esiin yhtenä selittävänä tekijänä opettajien työn vaatimukset, joiden mukaan opettajien tulee ylläpitää ajankohtaisten asioiden tietouttaan. Molemmissa ryhmissä medioiden seuraaminen oli tottumuksiin perustavaa ja molemmat ryhmät elivät monipuolisessa informaatioympäristössä, joka koostui samoista perusaineiksista, jossa informaatiota on tarjolla runsaasti, osan mielestä liikaakin. Yksilön sosiaaliluokkaan perustuva tapa valita ja tulkita määrittää valitut mediasisällöt tästä informaatioympäristöstä. Mikä oli Savolaisen mukaan huolestuttavaa, olivat erot praktisessa tiedonhankinnassa; opettajat olivat aktiivisempia ja käyttivät monipuolisemmin lähteitä, kun taas teollisuustyöntekijät olivat riippuvaisempia lähteistä, jotka olivat välittömästi tai pienin ponnistuksin saavutettavissa. Taito etsiä artikkeleita tai kielitaidon puutteet rajoittivat lähteiden saantia ja valintaa. Orientoivan tiedonhankinnan kohdalla Savolainen tarkasteli tiedonhankintaa erikseen painetuista medioista eli sanomalehdistä ja kirjoista, sekä sähköisistä medioista, joilla hän tarkoitti radiota ja televisiota. Käyttö jaettiin runsaaseen, keskimääräiseen ja vähäiseen käyttöön sekä medioihin suuntautumisen kognitiiviseen, affektiiviseen sekä tasapainoiseen, neutraaliin suhtautumiseen. Tulokset sähköisten medioiden osalta olivat linjassa aiempien tutkimusten kanssa. Runsaasti sähköisiä medioita käyttäviä löytyi vain teollisuustyöntekijöistä, kun

taas opettajat eivät kuuluneet vain vähän käyttävien joukkoon. Suurin osa sijoittui tasapainoisten joukkoon, useampi opettaja kognitiivisesti suhtautuviin, kun taas affektiivisesti suuntautuneista ei löytynyt yhtään opettajaa. Neutraalisti suhtautuvista oltiin kallellaan jompaankumpaan suuntaan; opettajat kognitiiviseen, työnsä edellytysten mukaisesti. Painetun median kanssa tilanne oli samankaltainen. Suurin osa haastatelluista oli neutraalisti orientoituneita, aiempia tutkimuksia vahvisti myös se, että opettajat kuuluivat useammin runsaasti käyttävien joukkoon, sekä olivat kognitiivisesti orientoituneita. Ainoastaan tehdastyöntekijöistä löytyi affektiivisesti orientoituneita. Kuitenkin päinvas-
toin kuin sähköisillä medioilla, kognitiivisesti orientoituneet käyttivät runsaasti painet-
tua mediaa, kun taas affektiiviset käyttäjät käyttivät painettuja medioita vähän. Painet-
tuihin medioihin näytti liittyvän myös kasaantumista: toisen median aktiivinen käyttä-
minen ennusti myös muiden painettujen medioiden aktiivikäyttöä. Molempia media-
tyyppejä tarkastellessa huomattiin, miten haastatellut sijoittuivat johdonmukaisesti sa-
moihin orientaatioryhmiin. Suurimman osan kohdalla elämänhallinnan tyyppi ei näyttä-
nyt olevan yhteydessä haastateltujen sosiaaliluokkaan; tässäkin kuitenkin opettajat pai-
nottuivat ongelmanratkaisussaan kognitiivisempaan suuntaan, kun taas ainoa defensiivis-affektiivinen henkilö löytyi työntekijöiden joukosta. (Savolainen 1995, 183—188, 190—194, 199.)

Savolainen käsitteli omana alalukunaan terveyteen liittyvää tiedonhankintaa, koska se esiintyi useissa haastatteluissa. Savolaisen mukaan terveyteen liittyvä tiedonhankinta on kaksijakoista; toisaalta haastateltavat ovat motivoituneita kertomaan heidän elämänsä vahvasti vaikuttaneesta tapahtumasta, toisaalta taas sairastuminen tai terveyden heikkeneminen voidaan kokea häpeällisenä, jos siihen liittyvät niin kutsutut itseaiheutetut sairaudet. Haastattelussa ei kuitenkaan kukaan tuonut esiin jälkimmäisen tyyppisiä terveyshaasteita. (Savolainen 1995, 154—155.)

Haastattelujen perusteella Savolainen arvioi, etteivät sosiaaliluokkiin tai elämäntapaan perustuvat erot nousseet terveystieteissä esiin, muuten kuin yksittäistapauksessa, jossa haastateltu opettaja kertoi, miten hänen lähipiiriinsä kuului terveydenhuollon ammattilaisia, joilta hän sai terveyteen liittyvää tietoa. Muutoin haastateltavat kääntyivät ensi sijassa asiantuntijoiden puoleen. Toissijaiset lähteet, eli oma ongelman pohdiskelu ja ystävien tai tuttavien neuvot, olivat merkityksellisiä ongelman alkuvaiheessa. Terveystieteiden kirjallisuudella oli haastateltavien keskuudessa vain vähän merkitystä, joka oli erona Tuomisen (1992, 80, 86, esitellään myöhemmin tässä luvussa) tutkimukseen. Sa-

volainen kuitenkin huomauttaa miten tutkimukset eroavat muun muassa syvyydeltään toisistaan, joten vertailu Tuomisen tutkimuksen kanssa ei ole täysin mahdollista. Terveydelliset ongelmat erosivat muista ongelmatilanteista siinä, että niiden keskeisen aseman vuoksi, niihin kohdistuva tiedonhankinta oli usein aktiivista. Tiedontarpeen ilmettyä käännyttiin asiantuntijoiden puoleen; tosin vasta Savolaisen mukaan ”pienen sinnittelyn” jälkeen. Tiedonhankinnan prosessin aikana mukaan otettiin myös muita lähteitä. Tämä johtui myös siitä, että haastateltavan kiinnostus terveyttään kohtaan kasvoi. Savolaisen mukaan yksilön ongelmanratkaisu on kaikkein eniten sidoksissa asiantuntijaan juuri terveyteen liittyvän tiedonhankinnan alueella. Hän arveli sen johtuvan siitä, että erityisesti vakavien sairauksien kohdalla ei löydy varteenotettavia vaihtoehtoja lääketieteen lisäksi. (Savolainen 1995, 161—163.)

Savolainen käytti tutkimuksessaan *critical incidents*-lähestymistapaa, joka osoittautui osin ongelmalliseksi, koska kaikki haastatellut eivät keksineet ongelmatapauksia ja ylipäänsä ongelmatapauksia oli hyvin laaja-alaisesti. Täsmällisemmän analyysin saamiseksi olisi vaadittu sitä, että ongelmat olisivat keskittyneet tietyille alueelle, esimerkiksi terveysongelmiin. Ongelman luonne näytti vaikuttavan myös elämänhallinnan tyyppiin. Siitä huolimatta empiirinen tutkimus osoitti Savolaisen mukaan suuntaantavasti, millainen elämäntapa vertailluilla sosiaaliluokilla oli sekä miten he hankkivat orientoivaa ja praktista tietoa. (Savolainen 1995, 182, 195, 200.)

Kimmo Tuomisen artikkeli ”Tiedonhankinta terveydellisissä pulmatilanteissa” (1992) pohjaa Tuomisen tutkimukseen ”Arkielämän tiedonhankinta”, joka julkaistiin vuonna 1992. Artikkelissa keskitytään yhteen tutkimuksessa esiin nousseeseen aihealueeseen, eli terveystiedonhankintaan.

Tutkimuksessaan ”Arkielämän tiedonhankinta” Tuomisen (1992) tavoitteena oli tutkia niin sanotun keskivertokansalaisen arkielämän tiedonhankintaa. Hän haastatteli kahtakymmentä Nokia Mobile Phones Oy:n Salon tehtaan työntekijää. Haastateltavat toimivat erilaisissa rooleissa, niin suorittavassa työssä kuin henkilöstöhallinnossa, markkinoinnissa ja tuotesuunnittelussa. Koska haastateltavat olivat näin ollen hyvin heterogeeninen joukko, koki Tuominen heidän muodostavan kuvaa arkielämän tiedonhankinnasta. Tuomisen haastattelumenetelmä oli teemahaastattelu, jossa haastateltavat olivat iältään 24-59 vuotiaita, heistä naisia oli 8 ja miehiä 12. Tutkimuksessa haastateltavia pyydettiin muistelemaan terveyteen liittyviä pulmatilanteita ja sitä, miten ne ratkaistiin.

Teemahaastattelussa esille nousseita tiedontarpeita Tuominen luokitteli neljällä tavalla: aiheen, tilanteen, esitettyjen kysymysten ja tiedon hyötyjen mukaan. Hän käytti apunaan Brenda Dervinin (1999) Sense-making-konseptiota määritellessään luokkia ja analyysin tukena. Ensisijaisesti hän käytti aiheenmukaista luokitusta, joista yksi tärkeäksi nousut tiedontarve koski terveydellisiä asioita. (Tuominen 1992, 111—112.)

Terveyteen liittyviä tiedontarpeita Tuominen tunnisti yhteensä yksitoista. Tarpeet liittyivät joko omiin tai läheisten terveydessä tapahtuneisiin muutoksiin ja muutoksien seurauksiin. Dervinin Sense-making-konseption mukaan tiedontarpeet nousivat problemaattisen tai estetilanteen vuoksi ja tiedontarpeiden luonne usein muuttui tilanteen edessä. Kun problemaattinen tilanne muuttui estetilanteeksi, kiinnostus laajemmin omaan tai läheiseen sairauteen alkoi kasvaa. Kysymysten muotoilua mitä, miksi ja kuinka esiintyi tasaisesti haastateltavien keskuudessa. Terveyteen liittyvässä tiedonhankinnassa yleisimmiksi lähteiksi nousivat lääkärit ja terveydenhuoltohenkilökunta. Myös lähipiiri, ystävät, tuttavat ja sukulaiset olivat yleisesti käytettyjä lähteitä. Vähemmän käytettyjä, mutta haastattelussa esiintyneitä lähteitä olivat kirjasto, haastateltavan omaa kotoa löytyneet lääkärikirjat ja luentosarjat ja kurssit, sekä kahden haastateltavan esiin tuomana sairauksia käsittelevät tv-ohjelmat ja artikkelit. (Tuominen 1992, 115.)

Terveydenhuollon ammattilaisten kohdalla jokainen haastateltu oli hankkinut tietoa useammalta ammattilaiselta, osa myös vaihtoehtoisten hoitojen kautta. Ensin mainitussa tapauksessa hakeuduttiin taloudellisista syistä ensin yleislääkäriin ja vasta myöhemmin, jos vaivaan ei löytynyt ratkaisua, mentiin erikoislääkärin vastaanotolle. Terveydellisissä kysymyksissä tiedonhankinta ja -käyttö ei välttämättä ollut helppoa ja suoraviivaista; ongelmia oli esimerkiksi tiedonhankintakanavien tai tiedon löytämisessä. Kommunikatio-ongelmat lääkärin kanssa tulivat haastatteluissa esiin. Myös ristiriitaista tietoa esiintyi sekä muutamissa tapauksissa tieto oli haitallista ja se pahensi oireita. Varsinkin ristiriitatilanteissa haastateltavan piti itse pyrkiä tunnistamaan ja päättelemään tiedon luotettavuus. Valinta perustui usein haastateltavan omaan käsitykseen tiedonlähteen luotettavuudesta, esimerkiksi omien, aiempien kokemusten pohjalta. Informaalit lähteet olivat haastatelluille enemmän ehdotuksia tai ohjeita, miten he menettelisivät terveyspulman suhteen ja mistä he lähtisivät hakemaan apua pulmaan. Haastateltujen kokemukset tällaisista lähteistä vaihtelivat; osa koki saaneensa ristiriitaista tietoa, kun taas toinen sai tietoa, joka osoittautui todeksi, eikä sitä oltu tarjottu muualta. Tuttavien ja sukulaisten kautta saatu tieto saattoi Tuominen mukaan toimia myös terapeuttisena.

Tuominen näki terveyteen liittyvän tiedon hyödyntämisen asettuvan Sense-making – konseption ”apu”-kategoriassa kahteen: rauhoittumiseen ja rentoutumiseen tai suunnan löytymiseen. Ensimmäinen liittyi tilanteisiin, jossa pitkäaikainen sairaus oli parantunut. Jälkimmäisessä löydettiin oikea kanava, josta vaivaan tai sairauteen saatiin apua. (Tuominen 1992, 116-117.)

Kirjallinen tieto terveystiedonhankinnassa oli jonkin verran esillä ja niistä etsittiin useimmiten tarkentavaa tietoa. Toisinaan kirjallisuus oli liian yleisluontoista ollakseen sovellettavissa haastateltavan tiedontarpeeseen. Toisaalta taas, osa haastateltavista sai kirjoista yleiskuvan, jonka pohjalta lääkärin antama tieto oli helpommin ymmärrettävissä. Neljä haastateltua kymmenestä oli etsinyt tietoa kirjastosta. Kaksi oli onnistunut tiedonhankinnassa, kun taas kahdessa muussa tapauksessa tietoa ei ollut löytynyt. He olivat turvautuneet kirjaston kokoelmaan viimeisenä vaihtoehtonaan eivätkä osanneet enää nimetä uusia tiedonhankinnan kanavia, kun kirjastosta ei ollut löytynyt apua. (Tuominen 1992, 117—118.)

Tuominen arveli, ettei hänen tutkimuksensa perusteella voida tehdä suoria johtopäätöksiä, miten tämän tietyn yrityksen toimihenkilöt hankkivat arkielämän tietoa. Hän kuitenkin oletti, että tutkimukset antavat viitteitä millaista terveyteen liittyvä tiedonhankinta on salolaisilla, Nokia Mobile Phones Oy:n työntekijöillä ja millaisia strategioita he käyttävät tiedonhankinnassa. Käyttäjäkeskeiseen näkökulmaan kuuluu oletus siitä, että demografiset muuttujat vaikuta tiedonhankintaan yhtä paljon kuin dynaamiset- ja tilannekohtaiset muuttujat. Tältä pohjalta Tuominen osoitti tutkimuksensa olevan mahdollisesti sovellettavissa myös jonkin muun ryhmän terveystiedonhankintaan. (Tuominen 1992, 118—119.)

Internetin käyttö lähti yleistymään 1990-luvun lopulla ja sillä oli suuri vaikutus myös arkielämän tiedonhankintaan. Tiedontarvitsijat ryhtyivät nyt itse hakemaan tietoa, kun ennen sitä tekivät kirjastonhoitajat ja muut välittäjätahot. Internetin hyödyt ja haasteet tunnistettiin: nopeus, ajantasaisuus ja globaalius olivat etuja, siinä missä haitaksi tunnistettiin ennen kaikkea tiedon luotettavuus. Haasio ja Savolainen (2004) kirjoittavat miten tärkeää olikin panostaa tiedonhakijoiden koulutukseen. (Haasio & Savolainen 2004, 135—136, 145.)

Ennen vuotta 2010 terveystiedonhankintaa internetistä tutkivat muun muassa Cotten ja Gupta (2004) ja Ayers ja Kronenfeld (2007). Cotten ja Gupta tarkastelivat artikkelissaan ”Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them” niitä tekijöitä ja eroavaisuuksia, joita liittyy heihin, jotka hakevat terveystietoa internetistä ja heihin, jotka hakevat terveystietoa internetin ulkopuolelta. Jo vuonna 2004 Cotten ja Gupta näkivät internetin potentiaalinen tehokkaana terveystiedonvälittäjänä. Empiirinen aineisto kerättiin osana ”2000 General Social Survey (GSS)”-kyselyä. Kyselyn lisäksi osallistujille tehtiin 90 minuutin haastattelu. Cotten ja Gupta raportoivat tutkimuksensa päälöydökseksi sen, miten sosiaaliset erot vaikuttivat siihen, etsiikö yksilö terveyteen liittyvää tietoa internetistä vai ei. Ikä, koulutus ja tulotaso vaikuttivat siihen, haetaanko tietoa internetistä. Lisäksi internetistä terveystietoa hakevat olivat terveempiä kuin ei-hakijat. Tämä oli myös yksi tutkimuksen raportoiduista päälöydöksistä. Cotten ja Gupta arvelivat, että tulevaisuudessa iän merkitys vähenee ja että internetin käyttö lisääntyy vähemmän koulutettujen ja matalatuloisempien keskuudessa. Nämä muutokset voivat olla yksi tapa pienentää epätasa-arvoa terveydenhoidossa (health care provision) ja siihen liittyvässä päätöksenteossa. (Cotten & Gupta 2004, 1795, 1802—1804.)

Ayers ja Kronenfeld (2007, 327) kuvasivat artikkelissaan ”Chronic illness and health-seeking information on the Internet” kroonisen sairauden, terveyteen liittyvän internetistä haetun tiedon ja terveystietokäytön muuttamisen välistä suhdetta. Tutkimusaineisto kerättiin osana ”the Impact of the Internet and Advertising on Patients and Physicians”-nimistä tutkimusta vuosina 2000-2001 Bernard Lo:n toimesta Kalifornian yliopistolla San Franciscossa. Tutkimuksen tarkoitus oli ymmärtää internetissä olevan terveystiedon vaikutuksia. Tutkimus toteutettiin puhelinhaastattelulla ja siihen valittiin aikuisia, yli 18-vuotiaita amerikkalaisia, joilta löytyi lankapuhelin. Vastajat kattoivat koko maan ja vastausprosentti oli 51,2. (Ayers & Kronenfeld 2007, 333—334.)

Ayersin ja Kronenfeldin tulokset tukivat teoriaa terveystiedonhankinnasta ja he tunnistivat terveyteen liittyvän epävarmuuden ja internetin käytön yleisyyden välillä olevan suhteen. Tämä vahvasti ehdottaa, että silloin kun kroonisten sairauksien määrä kasvaa, epävarmuus terveydestä kasvaa, joka johtaa siihen, että yksilö etsii terveyteen liittyvää tietoa internetistä saadakseen tietoa jokaisesta sairaudestaan. Tämä tukee aiemman tutkimuksen tuloksia (Burrows et al. 2000). Lisäksi Ayers ja Kronenfeld pitävät help-seeking behaviour –teoriaa käyttökelpoisena tutkimukselle. He näkivät, että päätöksen-

teon spiraali (*spiral of decision making*) ja internetin käytön yleisyys kroonisesti sairail- la ovat yhteydessä toisiinsa. Internetistä saatavaa tietoa pidetään täydentävänä tietona. Kun sairauksia on useampi, käydään useammin lääkärissä ja koetaan tarvetta lisätiedol- le. Myös hypoteesi, jonka mukaan nuoremmat, korkeammin koulutetut, korkeammin tienaavat ja yksityisen sairausvakuutuksen omaavat henkilöt käyttävät internetiä use- ammin terveystiedonhankintaan, oli tuettu. Myös ne yksilöt, jotka hakivat tietoa interne- tistä, muuttivat todennäköisemmin terveyteen liittyvää toimintaansa. (Ayers & Kronen- feld 2007, 334, 336, 342—343.)

Li, Theng ja Foo (2016) tutkivat eroja internetin terveystiedonhankintakäyttäytymisessä vuosien 2002 ja 2012 välillä. He analysoivat kahta hakudatakokoelmaa Pew Research Centerin sivuilta. Molemmat kokoelmat olivat samasta the Pew Internet and American Life Project-nimisestä tutkimusprojektista, joka pyrkii olemaan edustava otos amerikka- laisista. Kymmenen vuoden aikana otoksessa tapahtui muutoksia ja internetin käytön yleisyys oli oletetusti kasvanut vuoteen 2012 mennessä. Siitä huolimatta, yleisin haettu terveysaiheinen aihe sekä vuonna 2002 että kymmenen vuotta myöhemmin olivat sai- raudet. Heti seuraavaksi yleisimmät olivat sairauksien hoito (*treatment*) ja terveyskäyt- täytyminen (*healthy behavior*). Vuonna 2012 haut vaihtoehtohoidoista laskivat merkit- tävästi., johon Li ja muut arvelivat olevan syynä internetin terveystiedon epäluotetta- vuuden. Molempina vuosina demografiset tekijät, erityisesti sukupuoli ja koulutus, vai- kuttivat terveystiedonhankintakäyttäytymiseen, niin että todennäköisempiä terveystie- donhankkijoita olivat korkeakoulutetut naiset. Vuonna 2012 myös ikä, tulotaso ja lapsen huoltajuus lisäsivät terveystiedonhankinnan todennäköisyyttä, mitä ei taas vuoden 2002 tilastoissa näkynyt. Ylipäänsä terveydentila yksittäisenä tekijänä kasvatti merkittävyyt- tään vuodesta 2002 vuoteen 2012. Sairaushistoria oli molempina vuosina voimakkain terveystiedonhankintaa lisäävä tekijä, niin että huono terveydentila ajoi etsimään tervey- teen liittyvää tietoa muita aktiivisemmin. Siitä huolimatta internetin käyttö ylipäänsä osoitti laskevaa vaikutusta vuodesta 2002 vuoteen 2012, joka oli ristiriidassa aiempien tutkimusten kanssa. Li ja muut epäilivät ristiriidan johtuvan siitä, miten internetin yleis- tyessä yksittäiset aihealueet eivät erotu muista, koska käyttö joka alueella on kasvanut. Li ja muut painottivat miten tämänkaltainen vertailu lisää ymmärrystä terveystiedon- hankintakäyttäytymiseen ja sen muutoksiin sekä tulevaisuuden muutosten ennakoimisen ja mahdollistaa myös tutkijoiden ja terveydenhuollon ammattilaisten räätälöidä tietoa tämän hetken tarpeiden mukaiseksi. (Li, Theng & Foo 2016, 805, 806, 808, 809, 810.)

Myös Jones ja muut (2014) tutkivat terveystiedonhankintaa 15 tietokannasta. Jones ja muut kirjoittavat miten he kävivät läpi yli 200 artikkelin otsikointia ja abstrakteja ja valitsivat niistä 12 julkaisua mukaan tutkimukseensa. He tunnistivat kahdenlaisia tiedontarpeita: tarve löytää ja ymmärtää terveystietoa yksilön oman terveystilanteen valossa, tarjolla olevista hoidoista ja tulevaisuuden ennustamiseksi sekä tunteiden hallintaa, kokemalla voivansa kontrolloida, kokea olonsa luottavaiseksi ja turvalliseksi tehtyjen päätösten kautta. Suurin osa terveystiedonhankkijoista tämänkin tutkimuksen mukaan olivat nuoria, ei-latinalaisamerikkalaisia, valkoihoisia naisia, jotka etsivät tietoa syövästä. Jones ja muut pyrkivät tunnistamaan millaista tietoa tarvitaan, jotta sitä voidaan räätälöidä vastaanottajille sekä tarjota laadukasta terveystietoa monimuotoiselle väestölle. (Jones et al. 2015, 1376—1377.)

Terveystiedonhankinnan alueella yksi tärkeä tiedonhankinnan erityispiirre on tiedon välttely. Bakerin artikkeli MS-tautia sairastavista naisista julkaistiin vuonna 1996. Artikkelissaan ”A Study of the Nature of Information Needed by Women with Multiple Sclerosis” Baker selvitti, onko selviytymisstrategioiden kautta mahdollista tarkastella kroonista sairautta sairastavien tiedontarpeita ja tiedonhankintakäyttäytymistä. Pohjana hänellä oli Millerin teoria ja Millerin kehittämä mittari ”The Miller Behavioral Style Scale” eli MBSS. Millerin teorian mukaan selviytymisstrategioita voivat olla tiedonhankkiminen eli monitorointi ja tiedon välttely. (Miller 1987; tässä Baker 1996, 67) Tutkimuksessaan Baker selvitti, voiko MS-tautia sairastavien naisten joukosta tunnistaa tiedon monitoroijia ja välttelijöitä. Hän tutki myös tiedon luonteen yhteyttä naisten tietoon orientoitumiseen, hypoteesinaan se, että monitoroijat haluavat sekä yleistä että spesifiä tietoa, kun taas välttelijät haluavat vain yleistä tietoa sairaudestaan. (Baker 1996, 67—68, 70—71.)

Osallistujat, joita oli alun perin 155 naista, olivat kahdelta eri MS-tautiklinikalta Kanadasta, iältään 20-69 vuotiaita ja heillä oli vaihteleva koulutus. Demografisten tekijöiden perusteella ei kuitenkaan löydetty merkittäviä eroja. Tulosten avulla pyrittiin tunnistamaan, millaista tietoa kroonista sairautta sairastava tarvitsee, sekä se, minkä tyyppistä tietoa monitoroijat ja välttelijät tyyppillisesti haluavat. Bakerin mukaan tuloksissa odotetun mukaisesti monitoroijat etsivät tietoa huolimatta siitä, oliko tieto akuutisti tarpeen vai ei ja uskoi heidän keräävän tietoa mahdollisimman laajasti. Eroavaisuuksia tiedontarpeissa monitoroijien ja välttelijöiden välillä ei löytynyt ja Baker arveli tämän johtuvan osallistujien samankaltaisista etukäteistiedoista sairauteen liittyen. Aiemmasta tie-

tämyksestä huolimatta yli puolet naisista koki tarvitsevansa lisää tietoa sairaudestaan. Lisätietokysymykset olivat luonteeltaan erittäin spesifejä tai sellaisia, joihin ei ollut vastausta. Muutama vastaaja koki lisätiedon pelottavana, koska se lisäsi heidän ahdistustaan. Tämä osoitti Bakerin mukaan sen, että tiedon tulisi olla räätälöity vastaanottajan tarpeisiin. Bakerin tutkimus on ainutkertainen, koska se tutki MS-tautia sairastavien naisten tiedontarvetta ja tiedonhankintakäyttäytymistä tietoon orientoitumisen kautta. Bakerin mukaan tutkimuksen tulokset voidaan yleistää myös muita kroonisia sairauksia sairastavien tiedonhankintaan. (Baker 1996, 71—77.)

Suomalainen tutkimus ”Avoiding Health Information in the Context of Uncertainty Management” on Sairasen ja Savolaisen (2010) artikkeli, jossa selvitettiin terveyteen liittyvän tiedon välttelyä ja syitä välttelyn takana. Artikkelissa Sairanen ja Savolainen ehdottavat, että yksilöt vähentävät epätietoisuuttaan välttelemällä informaatiota. He haastattelivat yhdeksää yliopisto-opiskelijaa. Rajaus tehtiin sen perusteella, että opiskelijoilla ovat riskiryhmässä useisiin terveysongelmiin, vaikka he eivät välttämättä itse koe kuuluvansa riskiryhmään. Vähäisen osallistujamäärän Sairanen ja Savolainen epäilivät johtuvan aiheen henkilökohtaisuudesta. Mukana olevista kahdeksan oli naisia ja vain yksi mies. Heidän opiskelualansa olivat vaihtelevia ja iältään he olivat 22-52 vuotta. (Sairanen ja Savolainen 2010.)

Vaikka haastateltavia oli vain yhdeksän, katsovat Sairanen ja Savolainen haastattelujen antavan osviittaa alueesta, koska haastateltavat jakoivat yhteisiä näkemyksiä ja kokemuksia sekä haastattelujen olleen riittävän yksityiskohtaisia, että uusien haastattelujen ei enää uskottu tuovan uutta näkökulmaa. Haastatteluista Sairanen ja Savolainen tunnistivat kaksi pääkategoriaa: halu välttää negatiivisia tunteita ja halu välttää tietoa, joka on sopimatonta omiin tarpeisiin. Tiedon välttelyyn liittyviä strategioita tunnistettiin neljä: tarkoituksellinen poistuminen sosiaalisista tilanteista, joissa voi paljastua epätoivottua tietoa, tiedon lähteiden valikointi, terveydenhuollon ammattilaisten välttely ja terveysaiheiden miettimisestä pidättäytyminen. Välttelykäyttäytymistä ja strategian valintaa määrittivät voimakkaasti negatiiviset tunnetilat, kuten ahdistus ja pelko. Empiirisen tutkimuksen löydökset tukivat epävarmuusteorioiden perusolettamusta siitä, miten stressiä aiheuttavaa tietoa joko suoraan tai valikoivasti vältellään. Välttely ilmenee tiedonhaun prosessin aikana tai sen ulkopuolella; ensimmäisessä tiedonhaku lopetetaan törmättyä epätoivottuun informaatioon ja jälkimmäisessä välttely on kokonaisvaltaista ja tiedonhaku ei lainkaan aloiteta. (Sairanen & Savolainen 2010.)

Sairanen ja Savolainen vertasivat haastattelunsa tuloksia Barbourin ja muiden vuoden 2005 tutkimukseen, jossa tutkittiin myös terveystiedon välttelyä yliopisto-opiskelijoiden keskuudessa. Tutkimukset ovat vertailtavia, joskin Sairanen ja Savolainen esittivät kaksi uutta näkökulmaa välttelyyn: välttelyn ulottuvuus ja se, miten välttelyn olemassaolo ja välttelyn taso voivat vaihdella tiedonhankintaprosessin aikana. Sairasen ja Savolaisen tulokset tukivat Barbourin ja muiden tutkimuksen tuloksia. Sekä suomalaiset että amerikkalaiset tutkimukseen osallistuneet yliopisto-opiskelijat omasivat useita syitä ja strategioita välttelyyn, ja niitä käytettiin joko yksin tai yhdessä muiden strategioiden kanssa. Muutamia eroavaisuuksia tutkimusten välillä tunnistettiin: suomalaiset eivät kokeneet, etteikö omaan terveyteen voisi vaikuttaa eikä tietoa jätetty hakematta yksityisyyden suojan peittämissä pelossa. Strategioiden kohdalla suomalaisilla ei ollut tarvetta pidättäytyä katsomasta epätoivottuja televisio-ohjelmia. Edellä mainitut erot olivat kuitenkin marginaalisia. (Sairanen ja Savolainen 2010.)

Tiedon monitorointia ja välttelyä tarkastellaan myös toisessa suomalaisessa tutkimuksessa ”Monitoring or Avoiding Health Information – the relation to inner inclination and health status”. Ek ja Heinström (2011) pyrkivät valottamaan tutkimuksessaan mekanismeja, joissa persoonallisuuden piirteet ja maailmankuva vaikuttavat yksilön kiinnostukseen terveyteen liittyvää tietoa kohtaan ja yksilön tiedonhankintaan suhteessa terveydentilaan. Ek ja Heinström olettavat, että yksilölliset erot tiedonhankintakäyttäytymisessä määrittävät terveystilanteen kontekstin, kuten stressaavan tilanteen kohtaamisen tai ahdistuksen käsittelyn. Ekin ja Heinströmin empiirinen tutkimuksensa toteutettiin kvalitatiivisesti postikyselyllä. Ek ja Heinström saivat 1287 vastausta, joista 549 oli miehiä, 726 naisia ja 12 henkilöä, jotka eivät vastanneet sukupuolta koskevaan kysymykseen, iältään he olivat 18-65-vuotaita. Kyselyssä tiedusteltiin vastaajien terveydellistä tilannetta, kontrollin ”paikkaa” (*locus of control*) kolmen vaihtoehdon kautta, jotka olivat: sisäinen kontrolli eli itsekontrolli (*itsekontrolli*), vaihtoehtoinen kontrolli ja ulkoinen kontrolli, eli muiden armoilla oleminen. Tutkimuksen tuloksien mukaan sukupuoli oli merkittävä tekijä vastaajien subjektiivisessa terveystilanteessa, ulkoisessa kontrollin tunteessa ja tiedonhankintakäyttäytymisessä. Miehet mielsivät terveytensä huonommaksi kuin naiset ja heidän itsekurinsa terveystilanteita kohtaan oli heikompaa. Miehet myös olivat epäaktiivisempia terveyteen liittyvän tiedon hankkijoina. Myös ikä oli vaikuttava tekijä, se korreloi negatiivisesti koetun terveyden kanssa. Lisäksi iän ja itsekurin välillä oli vahva yhteys. Siitä huolimatta iäkkäämmät ihmiset uskoivat nuorempia useammin

sattumukseen tai kohtaloon, mitä tuli terveystiedonhankintoihin. Heidän lähteensä olivat pääasiassa terveydenhuollon ammattilaisia ja he olivat myös hyvin innokkaita tiedonhankijoita. Myös koulutus oli merkittävä tekijä itsetietoisuudessa terveydessä; alemmin koulutetut raportoivat heikomman terveyden ja myös uskoivat enemmän sattumaan tai kohtaloon terveyshaasteissa. (Ek & Heinström 2011, 201—203.)

Ek ja Heinström painottavat, miten tärkeää on ymmärtää yksilöiden välisiä eroja terveystiedonhankintakäyttäytymisen takana. Ymmärryksen myötä terveyteen liittyviä informaatiopalveluita voidaan räätälöidä vastaanottajalle sopivaksi. Välttelijät pyrkivät suojelemaan itseään ahdistukselta välttellessään tietoa, kun taas monitorioijat käyttivät tietoa poistamaan stressiä. Tunneperusteiset erot terveystiedonhankintakäyttäytymisessä tulisi ottaa huomioon kaikissa terveystiedon palveluissa. Ek ja Heinström tulivat siihen tulokseen, että ihmiset, jotka kokevat terveystiedonhankintaa vaikeaksi, ovat suhteellisesti enemmän ulkoisen kontrollin puolella, kokevat heikkoa kognitiivista kontekstin hallintaa, kyvyttömyyttä tai vain vähän uskoa mahdollisuuksiinsa vaikuttaa tilanteeseensa ja kokevat matalaa motivaatiota pyrkiä vaikuttamaan terveyteensä. Sen sijaan ne vastaajat, jotka kokivat terveytensä hyväksi, omasivat sisäisen kontrollin, ja kokivat halua ja mahdollisuutta toimia kohdatessaan stressitekijöitä. Sen myötä heillä oli paremmat edellytykset selvitä stressaavissa ja ongelmallisissa tilanteissa. Heidän terveystiedonhankintaansa leimaavat korkea kiinnostus ja matala tiedonvälttelyn tarve. Ylipäänsä he vaikuttavat omaavan kognitiiviset, affektiiviset ja auttavat henkilökohtaiset resurssit, jotka ovat määrittävät tekijät onnistuneessa tiedonhankintakäyttäytymisessä stressaavassa ja epävarmassa tilanteessa. Ekin ja Heinströmin tutkimus on linjassa aiempien tutkimusten kanssa. He myös kiinnittävät huomiota siihen, miten toimiva sisäisen ja ulkoisen kontrollin- konsepti tämänkaltaisessa tutkimuksessa on; vahva sisäinen kontrolli ennustaa terveystiedonhankintaa koskevaa korkeaa kiinnostusta ja matalaa välttelyä, ja se on tärkeä tekijä terveyteen liittyvien stressitekijöiden ja epävarmuuden tunteen kanssa selviytymisessä. (Ek & Heinström 2011, 208).

Muulla tehtyistä tutkimuksista Lambert, Loisele ja Macdonald (2009) tarkastelivat terveystietoon kohdistuvaa välinpitämättömyyttä ja tiedon välttelyä artikkelisarjansa toisessa osassa ”An In-depth Exploration of Information-Seeking Behavior Among Individuals With Cancer – Understanding Patterns of Information Disinterest and Avoidance”. He haastattelivat 30 syöpädiagnoosin saanutta ja kahdeksaa fokusryhmää, joissa oli 31 osallistujaa. Joukko nousi esiin aiemmasta tutkimuksesta, jossa tunnistettiin

grounded theory- menetelmän avulla syöpädiagnoosin saaneen terveystiedonhankinnan tapoja. (Lambert et al. 2009, 28.)

Esiin tuotiin niitä eroja, mitä on tietoon kohdistuvalla välinpitämättömyydellä ja tiedon välttelyllä syöpädiagnoosin saaneilla. Lambert ja muut toivat esiin, miten ”blunting” tiedon välttelyn terminä ei ole sama asia kuin tiedon minimaalinen hankinta (”*minimal information seeking*”), koska jälkimmäiseen ei liity pelkoa tai syövän kieltämistä, joka on tyypillistä ”*blunting*” käyttäytymistä, vaan tiedon minimoinnissa lääkäreiltä saatu tieto hyväksytään ilman jatkokysymyksiä. Sen sijaan seulottu tiedonhankinta (”*guarded information seeking*”) sisältää myös kieltämistä (*denial*) ja välttelyä syöpään liittyvissä aiheissa. (Lambert et al. 2009, 34.)

Lambert ja muut huomauttavat miten terveydenhuoltohenkilökunnan tulee olla tietoinen näistä eroista, jotta potilas-lääkäri-suhteen kommunikointi onnistuu parhaalla mahdollisella tavalla. Minimaalisesti tietoa hankkivat haluavat lääkäreiltään vain tärkeimmän ja oleellisimman tiedon syöpään liittyen ja haluavat välttää liian yksityiskohtaista, musertavaa (*overwhelming*) tietoa. Sen sijaan tiedon seulojat (*guarded information seekers*) toivovat lääkäreiden keskittyvän positiiviseen syöpätietoon ja henkiseen tukena olemiseen. He kaipaavat työkaluja ahdistuksen ja stressin hallintaan ennemmin kuin itse syöpään liittyvää tietoa. Lambert ja muut tunnistivat aiempien tutkimusten kanssa yhtenevää siinä, miten vain pieni joukko valitsi tiedon välttelyn aktiivisen hankinnan sijasta. Vain tiedon seulojat (*guarded information seekers*) valitsivat syöpään liittyvää tietoa pohjautuen heidän tuntemuksiinsa. Vaikka haastateltavat puhuivat negatiivisesti syöpään liittyvästä tiedosta, he kokivat tärkeäksi hakea ja saada tietoa sairaudestaan. Myös tunnistettavaa oli, miten syöpään liittyvää tietoa välteltiin syystä, että ei vahingossa löydettäisi epähaluttua tietoa, joka voisi lisätä huolta. Seulotut tiedonhankkijat hyötyivät eniten heille räätälöidystä yksilöllisestä tiedosta. Molemmissa ryhmissä esiintyi sitä, miten ei haluttu osallistua hoitoon liittyvään päätöksen tekoon vaan luotettiin asiantuntijoihin. Ne muutamat jotka kuitenkin osallistuiivat hoitoon liittyviin päätöksiin, perustivat päätöksensä intuition, eivät tieteelliseen, yksityiskohtaiseen tietoon. Lambertin ja muiden tutkimus tunnisti myös kontribuution yksilöllisiin eroavaisuuksiin ja kontekstimuutuksiin tiedonhankinnan preferensseissä. Tiedon minimaalinen hakeminen selitettiin esimerkiksi luottamuksella lääkäriin, taipumuksella olla huolehtimatta elämässä tapahtuvista muutoksista tai sillä, miten tuli keskittyä muihin elämän osa-alueisiin. Muiden kanssa linjassa, myös Lambert ja muut huomasivat, miten luottamus lääkäriin näytti

ennustavan vähäisempää tiedonhankintaa. Useat lääkäriä kyseenalaistamattomat potilaat olivat iäkkäämpiä. Omasta itsestään ja roolistaan huolehtiminen (*”playing my part and taking care of myself”*) oli yksi Lambertin ja muiden kategoria syöpäpotilaiden tiedonhankinnalle ja se tarkoitti samaa kuin itsemäärääminen: he päättivät mitä rooleja ja vastuuta heille kuuluu ja miten tärkeää tiedonhankinta oli näiden roolien täyttämiseksi. Lambert ja muut huomauttavat miten artikkelissa esiin nousseet välttelyn tyypit tuovat uusia nyansseja perinteiseen syöpäpotilaiden tiedon välttelyyn. (Lambert et al. 2009, 28, 34—35.)

Myös jo aiemmin mainittu Barbourin ja muiden tutkimus julkaistiin artikkelina *”Avoiding Health Information”* vuonna 2012. Tutkimuksessa selvitettiin miksi ja miten yksilöt välttelevät terveyteen liittyvää informaatiota käyttäen apuna *”uncertainty and information management (UMT)”*-mallia. Barbour ja muut tutkivat tiedon välttämistä kommunikoinnin (*communicative*) tapana reagoida epävarmuuteen ja tapana, joka voi kasvattaa, vähentää tai ylläpitää epävarmuutta. He näkivät välttämisen olevan riippuvainen tilanne- ja yksilötekijöistä, se voi palvella useita tarkoituksia eikä se välttämättä ole epätervettä (vrt. Ek ja Heinström 2011) ja miten tiedon välttely tulisi ottaa huomioon tiedonhankinnan malleissa. Heidän tutkimusotoksensa oli laaja, 507 opiskelijaa ja 418 yhteiskunnan (*community*) jäsentä ympäri Amerikkaa. Opiskelijoista reilu puolet olivat naisia, mutta toisesta ryhmästä suurin osa oli naisia. Tutkimus toteutettiin kyselynä. Tutkimuksen mukaan tietoa vältettiin koska haluttiin ylläpitää toivoa tai kiistää tilanteen, haluttiin välttää altistumista liialle tiedolle, haluttiin hyväksyä oman toiminnan rajat, haluttiin välttää virheellistä tietoa, haluttiin ylläpitää rajoja ja haluttiin jatkaa elämää *”normaalisti”*. Välttelyn strategioita olivat paikalta poistuminen tai huomiotta jättäminen ja keskustelun kontrollointi. Barbourin ja muiden (2012) hypoteesi oli: yksilöt, jotka ovat kokeneet aiempia vakavia sairauksia, ovat alttiimpia tiedon välttelylle. Tutkimuksen tulokset tukivat osin hypoteesia. Barbour ja muut huomauttavat, miten itseraportoiduissa tuloksissa on aina tulkinnanvaraa, lisäksi henkilöt eivät välttämättä muistele menneisyydessä tapahtunutta tiedonhankinnan välttelemistä tai he ovat tehneet sitä tiedostamattaan. Barbour ja muut suosittelivat kyselyn sijasta tai lisäksi myös muita menetelmiä, kuten haastattelua tai fokus-ryhmää. He kuitenkin pitivät tutkimustaan hyvänä katsauksena aiheeseen. (Barbour et al. 2012, 212—215, 223, 226.)

Tuoreimpana on Huvilan ja muiden (2018) artikkeli *”Anticipating Ageing: Older Adults Reading Their Medical Records”*, jossa Huvila ja muut selvittivät, miten ikääntyneiden

terveystiedonhankinta eroaa nuoremista ja millaista tiedonhankintakäyttäytymistä heillä on internetissä olevia potilastietojaan ja terveystietopalveluita kohtaan. Artikkelissa oli jaettu iän mukaan verrokkiryhmä ”nuorempiin” (*young*), iäkkäämpiin (*older adults*) ja vanhuksiin (*elderly*). Verrattaessa ryhmiä toisiinsa huomattiin, miten iäkkäät olivat vähemmän kiinnostuneita internetissä olevista potilastiedoista eivätkä olleet innostuneita puhumaan tällaisesta tiedoista lähipiirinsä kanssa verrattuna muihin ikäryhmiin. Aiemmista tutkimuksista poiketen Huvila ja muut tunnustivat vanhuksille tyypilliseksi hyvän luottamuksen (*confident*) internetissä olevia potilastietojaan kohtaan, verrattuna iäkkäiden ryhmään, vaikka pientä varauksellista suhtautumista oli ilmassa. Sen sijaan muiden tutkimusten kanssa oli linjassa se, että tunnustettiin internetissä sijaitsevien potilastietojen potentiaali terveystietoinformaation välityskanavana. Huvila ja muut kuitenkin huomauttavat miten lisätutkimusta tarvitaan spesifeistä strategioista, metodeista ja teknologioista, jotta eri ikäryhmien tarpeet voitaisiin ottaa huomioon. Huvila ja muut kuitenkin huomauttavat miten ryhmässä löytyy myös poikkeavuuksia. Erityishuomiota ryhmänä tulisi kuitenkin kiinnittää ikääntyneisiin, sillä he näyttävät olevan ryhmänä vähiten itseluottamusta tiedonhankintaa kohtaan omaavia ja vähiten motivoituneita internetissä sijaitsevaa terveystietoa kohtaan. (Huvila et al. 2018.)

Lyhyt katsaus uusimpiin artikkeleihin luo kuvaa tämän hetken tutkimuskohteista: syöpädiagnoosin saaneiden terveystiedonhankinta on edelleen pinnalla (Valera et al. 2018, Miller et al. 2018, Habtu et al. 2018, Saab et al. 2018, Rehman et al. 2018), sitä tarkastellaan eri kansallisuuksien (Valera et al. 2018, Miller et al. 2018, Habtu et al. 2018), iän (Rehman et al. 2018) ja sukupuolen (Valera et al. 2018, Habtu et al. 2018, Saab et al. 2018) perusteella. Tilanne ei siis siltä osin ole muuttunut tämän kappaleen alussa esitetystä Lin ja muiden (2015) tilastoinnista. Toinen suosittu alkuvuoden tutkimusaihe näyttää artikkelien perusteella olevan terveystiedonhankinta internetistä, jota on tutkittu opiskelijoiden (Waldman et al. 2018), sosiaalisen median (Zucco et al. 2018, Taylor & Pagliari 2018), digitaalisten terveystietopalveluiden käyttökokemusten (Aabel & Abeywarnana 2018) ja internetissä tapahtuvan tiedonhankintakäyttäytymisen (Cioni et al. 2018, Ahadzadeh et al. 2018) näkökulmasta.

3.1 Aiempia terveystiedonhankinnan pro graduja

Pro gradu tutkielmista ensimmäinen näyttäisi olevan Anu Sairasen (2008) ”Mä en halua tietää”, joka käsitteli terveysinformaation välttelemistä. Pro gradun pohjalta Sairanen yhdessä Savolaisen (2010) kanssa julkaisi yllä esitellyn artikkelin ”Avoiding health information in the context of uncertainty management”.

Muita suomalaisia pro graduja terveystiedonhankinnasta on tehty jonkin verran. Vuonna 2009 Hannele Malmsten ja vuonna 2010 Marianne Wilenius tutkivat internetin keskustelufoorumeilla tapahtuvaa tiedonhankintaa; Malmsten laihdutuksen ja painonhallinnan näkökulmasta, Wilenius pienten lasten äitien näkökulmasta, jossa sivuttiin myös terveysaiheita.

Vuonna 2011 Heli Korhonen tutki tutkielmassaan ihoatoopikkojen terveystiedonhankintaa ja seuraavana vuonna ilmestyi Terhi Kuisman (2012) kyselytutkimus reumaa sairastavien tiedonhankinnasta. Vuonna 2013 Kirsi Hovikorven tutkielmassa IBD-potilaiden tiedonhankinnasta sairauteensa liittyen tutkittiin kroonista sairautta sairastavien tiedonhankintaa jakamalla osallistujat akuutti-vaiheen, että remissio-vaiheen ryhmiin. Hovikorpi huomasi näiden ryhmien informaatiokäyttäytymisen eroavan toisistaan.

Terveystiedonhankintaa on pro gradujen muodossa lähdetty kartoittaan sekä keskustelufoorumien että sairauksiin liittyvän tiedonhankinnan kautta. Sairasen pro gradu-tutkielman jälkeen melkein kaikissa jälkimmäisissä oli huomioitu myös tiedon välttelyn ulottuvuus.

3.2 Yhteenveto

Kirjallisuuskatsauksessa keskityin tutkimukseni luonteen ja kohdistuneisuuden vuoksi pääasiassa Suomessa julkaistuun tutkimukseen. Päähuomion saivat Reijo Savolaisen Tiedonhankinnan arkipäivää (1995) ja Kimmo Tuomisen (1992). Näitä tullaan käsittelemään lisää luvuissa 6 ja 7.

Aihepiirin tutkimus on erittäin laajaa ja julkaisuja ilmestyy jatkuvasti. Tutkimusaluetta kartoitin Lin ja muiden (2015) katsauksella eniten käsiteltyihin aihepiireihin, on kuitenkin huomattava, että vuodesta 2014, jolloin tietokantahaut tehtiin, on jo neljä vuotta. Aihepiirit ovat varmasti tässä ajassa laajentuneet huomattavasti, mutta esimerkiksi syö-

päidiagnoosin saaneiden tutkimusaiheena on edelleen suosittu. Omaan kirjallisuuskatsaukseeni valitsin aiemmin mainittujen Savolaisen ja Tuomisen lisäksi kaksi pääteemaa aiemmalle tutkimukselle: demografisten tekijöiden merkitys internetistä haetulle terveystiedolle ja terveystiedonhankinnalle tyypillinen välttelykäytös.

Ikä, koulutus ja tulotaso indikoivat terveystiedonhankintaa internetistä (Cotten & Gupta 2004; Ayers & Kronenfeld 2007, Jones et al 2014; Li et al. 2016) Myös sukupuolen katsottiin olevan merkityksellinen, niin että terveystiedonhankinta oli yleisempää naisilla. (Jones et al 2014; Li et al. 2016). Demografisilla tekijöiden merkitys ei kuitenkaan näyttänyt suuntaavan tiedonhankinnan välttelyä (Baker 1996), mutta matalammin koulutetut uskoivat sattumaan tai kohtaloon koulutettuja useammin (Ek & Heinström 2011) ja tuorein artikkeli nosti esiin iän merkityksen siinä, miten ikääntyneet kokivat heikompaa itseluottamusta ja olivat epämotivoituneempia terveystiedonhankintaan (Huvila et al. 2018).

Varsinkin välttely-käyttäytymisen kohdalla tuoreemmat artikkelit tuovat esiin välttelyn monia muotoja ja syitä ja korostavat miten olisi tärkeää ottaa henkilökohtaiset eroavaisuudet huomioon suunniteltaessa terveystalvveluita (Baker 1996, Lambert, Loïselle & Macdonald 2009, Ek & Heinström 2011, Barbour 2012, Huvila et al. 2018).

4 TUTKIELMAN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

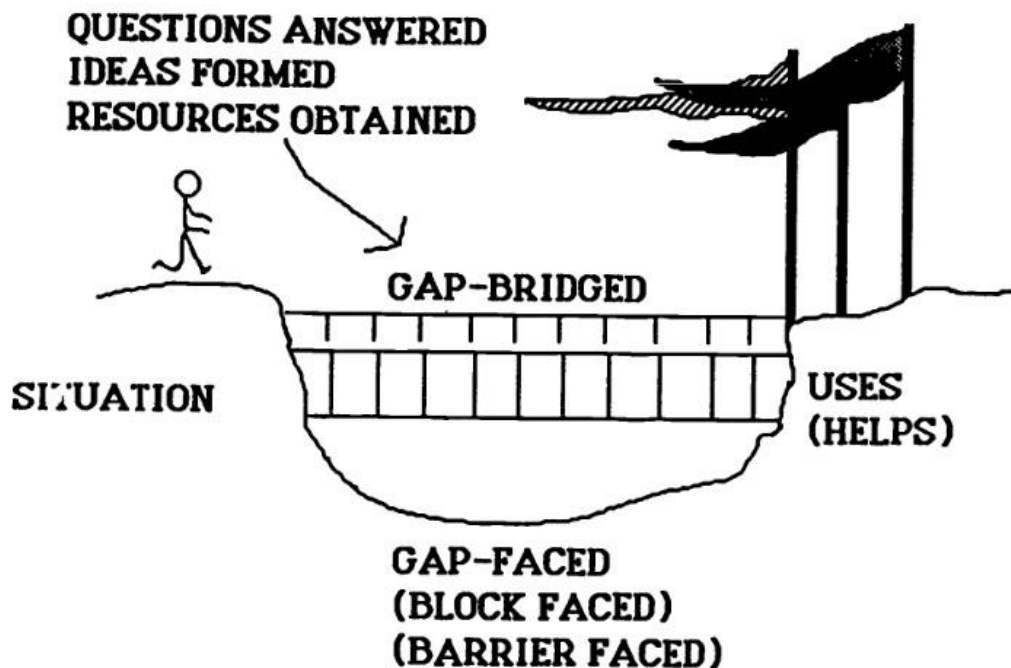
Alkuperäisen tutkimussuunnitelmani mukaan katsoisin aineistoani kahden tiedonhankinnan mallin läpi: Wilsonin informaatiokäyttäytymisen sekä Savolaisen arkielämän tiedonhankinnan mallin. Kuitenkin pian aineiston keruun aloitettuani huomasin ajatus-teni palaavan toistuvasti Brenda Dervinin Sense-making-malliin ja kokevani sen luonnolliseksi kehykseksi tarkastella kerääntyvää aineistoani. Malli tuntui sopivan lähes yhteen terveyteen liittyvän tiedonhankinnan tarkastelemiseen metaforisen kuilukäsitteensä kautta: terveyspulma pysäyttää yksilön lähes poikkeuksetta kuilun äärelle ja pakottaa hänet arvioimaan käyttämiään tiedonhankinnan tapoja sekä etsimään uusia toimintatapoja. Tämän vuoksi Dervinin malli otettiin mukaan tutkielmaan ja se esiteltiin ensimmäisenä saaden suurimman roolin tässä tutkielmassa. Sen jälkeen siirryin Wilsonin informaatiokäyttäytymiseen, jonka valitsin mukaan sen vuoksi, koska se käsittelee laajasti useita tiedonhankinnan näkökulmia, esimerkiksi jo aiemmin mainittua tiedon välttelyä, jota esiintyy terveyteen liittyvässä tiedonhankinnassa ja siihen liittyvässä kirjallisuudessa niin usein, ettei sitä voi jättää huomiotta. Lopuksi esittelen Savolaisen arkielämän tiedonhankinnan mallin. Vaikka Sense-making saikin arkielämän tiedonhankinnan mallia suuremman roolin, tarjoaa Savolaisen malli kahdesta aiemmasta poikkeavan viitekehyksen, joka nostaa huomioon myös yksilön sosioekonomisen aseman. Tämä asetelma on tutkielmani pääteema. Jotta Savolaisen mallia olisi voinut hyödyntää isommassa roolissa, aineiston keruussa olisi tullut käyttää enemmän aikaa ja resursseja informanttien taustatietojen selvittämiseen. Koen kuitenkin arkielämän tiedonhankinnan malli olevan edelleen oleellinen tutkielmani kannalta, joskaan ei niin suuressa roolissa kuin Dervinin ja Wilsonin mallit.

4.1 Sense-making

Brenda Dervin lähti kehittämään ”Sense-making”-malliaan 1970-luvun alkupuolella. (Dervin 1999, 728). Hänen lähtökohtanaan oli, miten toiminta ja ”asiantilat” ovat jatkuvassa muutostilassa ja niille on tyypillistä epäjatkuvuus. Tämä epäjatkuvuus pätee myös tiedonhankinnassa, jossa Dervinin näkemyksen mukaan askel askeleelta siirrytään tilanteesta toiseen. Mallin nimi ”sense-making” tarkoittaa toiminnan merkityksellistämistä, joka ilmenee tiedonhankintana sekä tiedon muokkaamisena, luomisena ja -käyttönä. ”Sense” viittaa sanana ”sense-making” prosessin tulokseen, joka tarkoittaa asioiden

ymmärtämistä tai käsittämistä. ”Sense-making”-konseptio nojaa muutamiin perusolet-
 tamuksiin, joita ovat esimerkiksi ihmisen monimuotoisuus, mutta myös rajoittuneisuus,
 jo aiemmin mainittu maailman epäjatkuvuus ja katkokset, hahmotukseen käytettyjen
 käsitteiden epätäydellisyys, viestinnän ja tiedonhankinnan epäjatkuvuus, rutiinien rik-
 koutumisesta johtuvat haasteet sekä inhimillisen käyttäytymisen luomat käsitykset ja
 merkitykset, joiden avulla mahdollistetaan selviytyminen ja toiminta muuttuvissa olo-
 suhteissa sekä se, miten ongelmalliseksi koetut asiat koetetaan palauttaa tuttuihin asian-
 tiloihin tai miten niihin pyritään keksimään uusi lähestymistapa. (Haasio & Savolainen
 2004, 60—61.)

Teorian peruskäsitteitä ovat tilanne (*situation*), joka on metafora tiedonhankinnan kon-
 tekstille, tilanteelle, jossa yksilö toimii, kuilu (*gap*), joka ilmenee tiedontarpeena, siis
 metaforinen kuvaus tilanteelle, jossa kuilu pysäyttää yksilön sekä käyttö (*use*), eli mer-
 kitykset, joita yksilöllä on tiedolle ja joka ilmenee tiedonkäyttönä. (Haasio & Savolai-
 nen 2004, 62.)



Kuva 1 Sense-Making metaforinen kuvaus tiedonhankinnasta (Lähde: Dervin & Clark 1987, 27)

Kuvassa 1 on kuvattu metaforisesti Sense-making-malli. Mallissa yksilö kohtaa ongelman, jolloin tilanne (*situation*) syntyy; yksilölle tulee siis tiedontarve, jota aiempi tieto ei kata. Tilanteeseen liittyy myös erilaisia pysähdyksiä (*stops*), kuten päätöstilanne (*decision stop*), jossa on kaksi tai useampia suuntia, este tilanteeseen (*barrier stop*) taas liittyy tiedonhankinnan esteitä, tien puuttumistilanteessa (*spin-out stop*) yksilö kohtaa umpikujan, kun taas tien huuhtoutumistilanteessa (*wash-out stop*) yksilö joutuu tyhjän päälle etenemissuunnan puuttuessa, ”ongelmallisessa tilanteessa” (*problematic stop*) yksilö on joutunut tilanteeseen, jossa ei haluaisi olla. Esimerkiksi Haasion ja Savolaisen (mt.) teoksessa Tiedonhankintatutkimuksen perusteet on edellä mainituista tilanteista konkreettisia esimerkkejä. (Dervin 1998, 40, Haasio & Savolainen 2004, 62—63.)

Tilanteeseen liittyy kuilu (*gap*), joka pysäyttää yksilön arvioimaan toimintaansa. Kuilu on metafora sille ainekselle, jota yksilö, tiedonhankkija, ei vielä ymmärrä. Kuilun kohdalla Dervin on tehnyt erottelun 5W-luokituksiksi: miksi-kysymykset (*why*), yksilö haluaa tietää syyn sille, miksi on joutunut tielle, joka on johtanut kuilun kohtaamiseen, esimerkki Haasion ja Savolaisen (mt.) teoksesta on kysymys ”miksi olen sairas?”, missä ja milloin-kysymykset (*when and where*), joiden kohdalla yksilö pohtii milloin hänen tulisi toimia tai milloin hänen on mahdollista tehdä jotakin tai mistä esimerkiksi kannattaisi hakea apua, mitä-kysymykset (*what*) sen sijaan kartoittavat tiellä olevia yksityiskohtia tai olosuhteita, kuka-kysymykset (*who*) etsivät apua toimijoista, heistä, jotka voisivat auttaa, lopuksi miten ja kuinka-kysymykset (*how*) pohtivat keinoja siirtyä vallitsevasta tilanteesta eteenpäin. Kysymyksiin haettavilla vastauksilla aletaan rakentamaan subjektiivista siltaa (”silloittaminen”, *gap-bridging*) kuilun ylle ja kulkiessaan tätä siltaa voidaan yksilön katsoa käyttävän hankittua tietoa. Tiedon käyttöön (*use*) kuuluvat kokemukset siitä, miten kuilun yli päästiin (*helps*). Toisinaan valittu tieto ei auta, jolloin tilanne voi hankaloitua entisestään (*hurts*). (Haasio & Savolainen 2004, 63—64.)

Sense-making on metaforinen kuvaus prosessista, jossa tiedonhankkijan rooli on aktiivinen ja hän rakentaa sillan kuilun yli valitsemistaan tiedollisista aineista. Tiedonhankkija joutuu itse valikoimaan käyttökelpoiset ”rakennusaineet”. Dervinin mallissa yksilö korostuu, malli on siis tiedon konstruoijan näkökulmasta. Tieto ymmärretään mallissa hyvin laajasti ja Dervin korostaa ihmisen olevan kokonaisuus, jonka toimintaa ohjaavat niin rationaaliset kuin emotionaalisetkin ainekset. (Haasio & Savolainen 2004, 65—66.)

4.2 Informaatiokäyttäjätymisen yleinen malli

Yksi tunnetuimmista informaatiokäyttäjätymisen malleista on Tom D. Wilsonin (1981; 1999, 263) kehittämä yleinen malli. Informaatiokäyttäjätymisen ja informaatiokäyttäjätymisen käsitteet nähdään monesti lähes samaa tarkoittavina. Kuitenkin informaatiokäyttäjätymisellä tarkoitetaan näkökulmaa, jonka mukaan erilaiset tarpeet käynnistävät toiminnan tarvitun tiedon tavoittamiseksi sekä löydetyn tiedon hyödyntämiseksi. Ne nähdään yksilön tiedontarpeiden tiedostamiseen, muotoiluun, tarvitun tiedon hakemiseen, käyttöön sekä siirtoon liittyvinä toimintoina. Informaatiokäyttäjätymisen mallissa sen sijaan painotetaan tiedonhankintaa sosiaalisesta ja kulttuurisesta näkökulmasta lähtevänä asioiden tekemisestä. Wilsonin määrittelemä informaatiokäyttäjätymisen on laajempi käsite, jonka alueelle tiedonhankintakäyttäjätymisen kuuluu ja tiedonhankintakäyttäjätymiseen kuuluu tiedonhakukäyttäjätymisen. Tiedonhakukäyttäjätymisen ja tiedonhankintakäyttäjätymisen ovat siis informaatiokäyttäjätymisen osa-alueita, joka puolestaan on osa viestintäkäyttäjätymistä. Informaatiokäyttäjätymiseen kuuluu yksilön tiedontarve ja sen havaitsemiseen vaikuttavat tekijät, tiedontarpeen havaitsemisen jälkeen yksilön reaktioon vaikuttavat tekijät sekä tiedontarpeen havaitsemisesta seuraavaan reagointiin kuuluvat toiminnot ja prosessit. Informaatiokäyttäjätymisen tarkastelu osana viestintäkäyttäjätymistä tuo esille sen, miten tiedonhankintakäyttäjätymisen ja tiedonhakukäyttäjätymisen ovat osa kommunikaatioon liittyvää kokonaisuutta. (Haasio & Savolainen 2004, 37—38.)

Wilsonin ensimmäinen malli vuodelta 1981 pohjaa siihen, miten tiedontarve ei ole ensisijainen tarve, vaan se nousee ihmisen perustarpeista sekä siihen, miten tiedonhankinnassa on todennäköistä kohdata tiedonhankinnan esteitä. Ylipäänsä Wilsonin mielestä termi informaatiokäyttäjätymisen oli käyttökelpoisempi kuin yleisemmin käytetty tiedontarve. Malli pyrki esittelemään informaatiokäyttäjätymistä laajasti tuoden esiin myös sen aikaisen tutkimuksen aukkoja, mutta samalla se jäi kuvaukseksi informaatiokäyttäjätymisen kompleksisuudesta. (Wilson 1999, 251—252.)

Wilsonin toinen malli (*the Second Wilson Model*), 90-luvulta, pohjautuu Wilsonin ensimmäisen malliin (Case 2012, 155). Verrattuna Wilsonin aiempaan malliin, uudempi malli on sovellettavissa myös ammatillisen tiedonhankinnan ulkopuolelle, siinä on useampia komponentteja ja siinä käsitellään tiedollinen käyttäjätymisen syklisenä prosessina. Verrattuna aiempaan, tässä mallissa ei erikseen esitellä tiedonhankinnan esteitä.

(Haasio & Savolainen 2004, 74—75.) Wilson tunnisti mallin tekijät muiden alojen tutkimuksista, sisältäen malliinsa päätöksentekoa, psykologiaa, innovointia, terveysviestintää (*health communication*) ja kuluttajatutkimusta. Malli turvautuu selkeisiin teorioihin selittäessään tiedonhankinnan kolmea tekijää: miksi toiset tarvitsevat nopeaa/täsmällistä tiedonhankintaa enemmän kuin toiset (stressinhallinta ja selviytymisteoria, psykologias-ta), miksi jotkut lähteet ovat käytetympiä kuin toiset (riski-palkinto teoria, kuluttajatutkimuksesta) sekä miksi ihmiset kykenevät tai eivät kykene saavuttamaan tavoitettua onnistuneesti, perustuen heidän havaintoihinsa omasta tehokkuudestaan (sosiaalisen oppimisen teoria, psykologia). (Haasio & Savolainen 2004, 75—76.)

Wilson on jakanut tiedonhankinnan passiiviseen ja aktiiviseen; passiiviseen toimintaympäristön seurantaan, passiiviseen hakuun ja tiedonhankintaan, joka on aktiivista ja suunnitelmallista. Passiivisessa toimintaympäristön seurannassa tietoa vastaanotetaan sattumalta, passiivisessa haussa taas etsiessä tietoa eri aiheesta, saadaan samalla tietoa myös toisesta aiheesta. Aktiivinen haku on suunnitelmallista hakeutumista tiedonlähteille ja niiden hyödyntämistä, jatkuva haku tarkoittaa toimintaympäristön jatkuvaa, aktiivista seurantaa. Saatua tietoa hyödynnettäessä saatetaan törmätä uusiin tiedontarpeisiin. Tiedonhankinta voi siis tapahtua myös sykleissä. (Wilson 1999, 256—257, Haasio & Savolainen 2004, 76—77.)

Haasio ja Savolainen kirjoittavat, että keskeisenä kysymyksenä onkin yksilön suhtautumistapa hyvinvointiaan uhkaaviin tekijöihin, jota selitetään stressinhallinnan kautta. Näin ollen kognitiivisia tekijöitä painottaessa stressinhallinta on ongelmakeskeistä, affektiivisia painottaessa tunnekeskeistä. Ongelmakeskeinen tapa johtaa useimmiten aktiiviseen tiedonhankintaan ja tilanteeseen pyritään saadun tiedon avulla vaikuttamaan. Tunnekeskeiselle tavalle sen sijaan on ominaista sopeutuminen tai Haasion ja Savolaisen mukaan pahimmillaan tilanteeseen alistuminen eikä tiedonhankintaa koeta merkitykselliseksi, koska tilannetta ei pyritä muuttamaan. (Haasio & Savolainen 2004, 75—76.)

Wilsonin "aktivoinnin mekanismit" (*activating mechanism*), voidaan tulkita motiivoinnin työkaluiksi: mikä motivoi tiedonhakuun, milloin ja millä laajuudella? Motivaattoreihin vaikuttavat väliin tulevat muuttujat: psykologiset taipumukset (*psychological predispositions*), kuten uteliaisuuteen taipuvainen tai riskejä karsastava luonne (*averse to risk*), demografinen tausta, kuten ikä tai koulutus, sosiaaliseen rooliin liittyvät tekijät,

kuten rooli äitinä tai työrooli, ympäristöön liittyvät tekijät, kuten saatavilla olevat resurssit, sekä lähteisiin liittyvät piirteet, kuten lähteiden saavutettavuus ja luotettavuus. Nämä ominaisuudet yhdessä yksilölle ominaisen stressinhallinnan tavan kanssa määrittävät myös tiedonhankinnan intensiivisyyttä. (Wilson 1999, 256—257; Case 2012, 162—163; Savolainen 2010, 96—98.)

Wilsonin mallia ei Haasion ja Savolaisen mukaan voi pitää valmiina kuvauksena tiedonhankinnasta ja sen ilmiöistä, vaan esimerkiksi väliin tulevia muuttujia tulisi empiirisesti validoida tutkittaessa miten riski-palkinto-käsitys määrittää tiedonhankintaa ja sen intensiivisyyttä. (Haasio & Savolainen 2004, 77). Wilson (1999, 257) korostaa miten malli edelleen kuvaa pääasiassa makro-käyttäytymistä, mutta toisen mallin laajennus mahdollistaa sen käyttämisen hypoteesien pohjana. Valitsin mallin mukaan, koska se pyrkii esittämään tiedonhankintaa monimuotoisesti ja muun muassa erilaisia tiedonhankinnan tapoja huomioiden mahdolliset tiedonhankinnan esteet. Terveysteen liittyvään tiedonhankintaan vaikuttavat monet tekijät, joita malli auttaa tunnistamaan.

4.3 Arkielämän tiedonhankinnan malli (Everyday Life Information Seeking, ELIS)

Valitsin tutkielmaani Savolaisen aiemman sovelluksen arkielämän tiedonhankinnan mallista (Everyday Life Information Seeking, ELIS), joka esitettiin teoksessa ”Elämäntapa, elämänhallinta ja tiedonhankinta” (1993), uudemman ja tunnetumman sovelluksen ”Everyday Information Practices” (2008) sijaan. Syy tähän on vanhemman mallin sovellettavuus tutkielmaani sekä mallin pohjalta tehdyn tutkimuksen ”Tiedonhankinnan arkipäivää” (1995, esitelty luvussa 3) vertailtavuus omaan tutkielmaani.

Arkielämän tiedonhankinnan malli (Everyday Life Information Seeking, ELIS) ei yritä tehdä keinotekoista erottelua työhön ja työn ulkopuolelle liittyvän tiedonhankinnan välille. Mallin kehittäneen Savolaisen mukaan nämä kaksi ovat osittain päällekkäin tapahtuvaa toimintaa, jonka lisäksi niillä on yhteisiä piirteitä kuten tiedonlähteiden ja kanavien vähimmän vaivan periaate (*the principle of the least effort*). Konseptina arkielämän tiedonhankinta kuitenkin pyrkii erittelemään arkielämän, ei-työhön, liittyvän tiedonhankinnan piirteitä. Laajasti määritellen arkielämän tiedonhankinta tarkoittaa useiden informatiivisten elementtien, sekä kognitiivisten että ekspressiivisten, hankintaa, joita ihmiset käyttävät selvittääkseen jokapäiväisestä elämästään tai haasteista, jotka eivät suo-

raan ole kytköksissä ammatillisiin tehtäviin. Tällaiset haasteet voidaan assosoida useille arkielämän alueille, esimerkiksi kulutukseen ja terveydenhoitoon ja ne kuuluvat ennen kaikkea *elämismaailman* (*life-world*) kontekstiin. Tavat, joilla yksilö monitoroi päivittäisiä tapahtumia ja etsii tietoa selvittääkseen spesifejä ongelmia, määrittyvät elämäntapaan liittyvien arvojen, asenteiden ja kiinnostuksen kohteiden kautta; niiden kautta arkielämän tiedonhankinta saa merkityksensä. Suurimmassa osassa tapauksista, lähteiden ja kanavien relevanssi on evaluoitu tuttuuden ja tiedon vaikutuksen (*effectiveness*) perusteella. Koska erilaiset tiedon lähteet ja -kanavat mielletään tutuiksi tai tuntemattomiksi elämäntavan kontekstissa, niiden käyttö tulee luonnolliseksi tai jopa itseltään selväksi tietyissä ongelmatilanteissa. (Savolainen 1995b, 266—267; Savolainen 2008, 64.)

Malli kehitettiin Savolaisen haastattelututkimuksen pohjalta. Haastateltavat olivat "tavallisia kansalaisia" ja heitä haastateltiin työajan ulkopuolisista toimista. Mallissa korostetaan sosiaalisten ja kulttuuriin liittyvien tekijöiden roolia, jotka vaikuttavat ihmisten tapaan valita ja käyttää lähteitä. Tässä mielessä Savolaisen malli on sosiologisempi kuin suurin osa muista malleista. Se myös lainaa käsitteitä sosiologian puolelta, kuten sosiaalisen ja kognitiivisen pääoman (*social capital, cognitive capital*) käsitteet ja käsittelee taloudellisia tekijöitä. Näin ollen Savolainen ottaa huomioon miten sosio-ekonominen tilanne vaikuttaa median kulutukseen. Savolainen myös huomioi pidemmän ajanjakson ihmisen elämässä ja käyttää siitä käsitettä "*mastery of life*", elämäntähtä. Elämäntähtä Savolainen tarkoittaa projektien identifioimista (*identify projects*), ajanhallintaa, elämän "järjestyksen" ja "ymmärrettävyyden" (*make sense of our lives*) ylläpitoa. (Case 2012, 149—151.) Elämäntähtä-käsite pohjautuu Bourdieun (1984) "habituksen" ideaan. Habitus on karkeasti yksilön toimintataipumusten järjestelmä. Savolaisen elämäntähtä määrittellään "asioiden järjestykseksi". Asiat tarkoittavat arjen toimia, niin vapaa-aikaa kuin työtehtäviä. Elämäntähtä toteutuu sosiaalisten, taloudellisten ja kulttuuristen rakenteiden puitteissa. Elämäntähtä on siis valintojen, jotka yksilö on tehnyt, kokonaisuus. Yksilö on järjestänyt ne tietyllä tavalla, siis priorisoinut ne. (Haasio & Savolainen 2004, 124—125.)

"Asioiden järjestys" terminä on kuitenkin löyhä. Sen vuoksi Savolainen on operationalisoinut sen kolmeen keskeiseen näkökulmaan. Nämä ovat aikabudjetointi, kulutusmallit ja harrastusten luonne. Ensimmäisessä tarkastellaan työlle tai päätoimiselle opiskelulle ja vapaa-ajalle annettua ajan jakaantumista. Kulutusmallien kautta tarkastellaan, millai-

sia tuotteita tai palveluita priorisoidaan rahankäytössä. Harrastusten luonne kertoo mihin ne painottuvat: opintoihin vai esimerkiksi television katseluun. Kognitiivinen järjestys ja asioiden järjestys eivät välttämättä kohtaa. Tämä voi aiheuttaa yksilössä epävarmuutta ja nostaa esille kysymyksen elämönhallinnasta. (Haasio & Savolainen 2004, 125—126.)

Elämönhallinta on toimintaa, joka on sitoutunutta ja jota uusinnetaan jatkuvasti. Sitä voidaan tyypitellä monin kriteerein. Elämönhallinnan tyyli kuvanee Haasion ja Savolaisen mukaan tiedonhankinnan aktiivisuutta. Haasion ja Savolaisen (2004) teoksessa kuvataan neljä elämönhallinnan ideaalityyppiä: aktiivista tiedonhankintaa esiintyy oletettavimmin optimistis-kognitiivisten ja pessimistis-kognitiivisten elämönhallinnan tyypeissä, sen sijaan defensiivis-affektiivisen ja pessimistis-affektiivisen elämönhallinnan tyypeissä tiedonhankintaa esiintyy vain satunnaisesti tai ei lainkaan. Tyypistä riippumatta tietoa voidaan ottaa vastaan passiivisesti. (Haasio & Savolainen 2004, 126—128.)

Tiedonhankintaan, sen suuntautuneisuutta, laajuutta sekä intensiivisyyttä, ohjaavat tilannetekijät eli vaikkapa ongelman kiireellisyys ja käytettävissä oleva aika, yksilön omat arvot ja vallitsevat normit. Yhdessä nämä tekijät määrittävät tiedonlähteiden ja kanavien valintaa, sekä tiedon käytön syvyyttä. Haasio ja Savolainen kuitenkin huomauttavat miten ongelmatilanteen tiedonhankinnan prosessin ja yksilön elämäntavan välille ei voida vetää suoraa viivaa. Elämäntavalla viitataan tiedonhankinnan prosessien yleisiin reunaehtoihin, tämä tarkoittaa valintoja, joita yksilö on pitänyt aiemmin luontevimpina ja jotka suuntaavat tulevia valintoja. Myös elämönhallinnan tyypittely on vain yleinen kuvaus siitä, mikä on yleinen tapa yksilölle käyttäytyä arkielämän ongelmatilanteissa. Haasio ja Savolainen kirjoittavat miten tarvitaan tietoa myös ongelmatilanteista, niiden piirteistä ja vaatimuksista, jotta tiedonhankinnan prosessia voitaisiin kuvata tarkemmin. (Haasio & Savolainen 2004, 130.)

Varsinkin viimeksi mainitut seikat tekevät mallista ainutlaatuisen, vaikka siitä on myös löydettävissä muille malleille tyypillisiä ominaisuuksia. Malli itsessään ei ole kuvaus tiedonhankinnan prosessista, vaan lista komponenteista, joita käyttää syvähaastatteluun. (Case 2012, 151.) Savolaisen malli eroaa muista yleisesti käytetyistä malleista siinä, miten se keskittyy nimenomaan arkielämän tiedonhankintaan ja laajasti kaikenlaisiin ihmisiin. Sen erikoispiirteisiin kuuluvat myös sekä psykologisten että sosiaalisten ulottuvuuksien huomioiminen sekä erityisesti tiedonhankinnan tarkastelu pitkällä ajanjak-

solla – jopa koko elämänmittaisena. (Case 2012, 158.) Mallia on kokeiltu käytännössä empiirisen tutkimuksen avulla (Savolainen 1995). Haastatteleamalla kahtakymmentä opettajaa ja teollisuustyöntekijää, Savolainen löysi sekä yhteisiä että eroavia piirteitä tiedonhankinnassa. (Haasio & Savolainen 2004, 131—133.) Empiiristä tutkimusta avattiin tarkemmin luvussa 3. Vaikka malli jäikin omassa tutkielmassani lähinnä teemahaastattelun tueksi ja analyysin viritäjäksi, koin sen merkityksen omalle ajatustyölleni ja tutkielmani asetelman muodostamisen apuna suureksi. Sen vuoksi se jää tutkielmani teoreettisten mallien osioon.

4.4 Zipfin vähimmän vaivan teoria ja riski-palkkio paradigma

Vähimmän vaivan periaatetta (Principle of Least Effort, Zipf 1949) on kutsuttu useiden tutkijoiden toimesta tiedonhankinnan pohjateoriaksi (*ground theory*), vaikka Zipf (1949) ei tarkoittanutkaan sitä alun perin teoriaksi. Sitä on kuitenkin käytetty Poolen (1985; Case 2012, 175) analyysin mukaan tiedonhankinnan kirjallisuudesta 40:ssä 51 tutkimuksesta ja että siitä on tunnistettavissa yleiset teorian tunnusmerkit. (Case 2012, 175.)

Zipfin teorian mukaan kaikki yksilöt omaksuvat toiminnan, joka sisältää todennäköisimmin vähiten kuluttavaa työtä, toisin sanoen siis vähiten vaivannäköä (*least effort*). Teoria pohjautuu useisiin ihmisen käyttäytymisen piirteisiin. Zipf kutsuu tätä "harmoniseksi levinneisyydeksi" (*harmonic distributions*) ja asettaa tämän käytöksen kaiken ihmisen jakamien resurssien lopulta muotoutuvan tällaiseksi järjestelyksi. Syy tähän on vaivannäön taloudellisuudessa: ihmiset tapaavat käyttää lyhyitä, yleisiä sanoja aina kun voivat. Tämän Zipf perustaa tutkimuksiin kielen käytöstä ja erityisesti tilastolliseen dataan sanojen käytöstä pohjautuen James Joycen Ulysses-teokseen, jossa kymmenennekksi yleisin sana esiintyy yli 2600 kertaa, sadanneksi yleisin sana 265 kertaa ja tuhannes yleisin sana 26 kertaa. Sama esiintyvyys on löydettävissä myös kirjastoista ja arkistointijärjestelmistä; ihmisillä on tapana käyttää, lainata ja viitata samoihin dokumentteihin uudestaan ja uudestaan. Tämä taipumus tunnetaan "80-20"-sääntönä (tai Zipfin mukaan joissain tapauksissa "70-30"-sääntönä): 20 prosenttia dokumenteista on 80 prosenttia kaikesta käytöstä. Saman tyyppinen ilmiö on nähtävissä internetissä kahdella tapaa; Broder ja muut (2000, 315) huomasivat miten 28 prosenttia sivustoista ovat keskeisiä mitattaessa lähteillä linkeillä ja Huberman, Pirollis, Pitkow ja Lukose (1998, 95) huo-

masivat että vain muutamalla sivustolla on huomattavasti suuremmat kävijämäärät, kun muille sivustoille ne jakautuvat tasaisesti. (Case 2012, 176.)

Tiedonhankinnassa vähimmän vaivan periaatteen piirteitä on tunnistettu: Durrancen (1988; Case 2012, 176) mukaan ihmiset tapaavat valita ensimmäiseksi henkilölähteen (oral channel), jos se on vaivattominta. Toinen esimerkki on, kun asiantuntija käyttää työhuoneessaan sijaitsevaa vanhempaa painosta, vaikka käytävän päästä löytyisi uusin. Allenin (1977; Case 2012, 177) mukaan saavutettavuus on yksi merkittävimpiä tekijöitä tiedonhankinnassa ja lähteiden valinnassa. (Case 2012, 176—177.)

Teoriaan liittyen on kehitetty myös lähestymistapa nimeltä riski-palkkio-paradigma (*cost-benefit-paradigm*). Se pyrkii selittämään edellä kuvattua käytöstä vaihdannan kautta: vaivannäön määrä valitussa strategiassa ja tulosten laadussa. Nämä kaksi näkemystä ovat niin samankaltaiset, että ne mielletään helposti samaksi teoriaksi. Eroja kuitenkin on. Zipfin teoria on kuvaileva, kun taas riski-palkkio on normatiivinen sen oletuksessa ja se hakeutuu kohti tietoista päätöksentekoa vaivannäön kuluissa halutun tuloksen saavuttamiseksi. (Case 2012, 177.)

Riski-palkkio teorian mukaan ihmiset valitsevat tiedonlähteet ja kanavat sen perusteella, mitkä ovat heidän olettamansa hyödyt suhteessa mahdollisiin kuluihin. Paradigman mukaan tiedonhankinta on rationaalista toimintaa, joka korostaa hyötyjä, jotka saadaan, kun valitaan täydellisin ja täsmällisin tieto. Sen sijaan vähimmän vaivan periaatteen mukaan ihminen valitsee lähteet, jotka minimoivat käytetyn vaivannäön, vaikka se tarkoittaisi, että tieto olisi laadullisesti tai määrällisesti heikompaa. Myös tästä on näyttöä, esimerkiksi Hardyn tutkimus, jossa metsänhoitajat arvottivat kulut kaksi kertaa korkeammiksi kuin laadukkaan lopputuloksen. (Case 2012, 177—178.) Tutkielmassani arvioidaan näiden teorioiden paikkaansa pitävyyttä terveystiedonhankinnan kontekstissa, sen vuoksi että ne esiintyvät sekä aiemmassa tutkimuksessa että tutkielmani apuna käytetyissä teoreettisissa malleissa.

5 EMPIIRINEN TUTKIMUS

Tämän pro gradutyön tavoitteena on kartoittaa keskiasteen tai sitä alemman tutkinnon suorittaneiden työkäisten suomalaisten terveystiedonhankintaa, fokusoiden internetistä haettavaan tietoon. Keskiasteen koulutuksella tarkoitetaan ylioppilastutkintoa tai ammatillista koulutusta (Tilastokeskus, katsottu viimeksi 5.4.2018). Tutkimuksessa selvitetään, millaisia terveyteen liittyviä tiedontarpeita kohderyhmällä on, mistä he hakevat terveyteen liittyvää tietoa ja miten internet sijoittuu suhteessa näihin tiedonhankintakanaviin ja lähteisiin, tiedon luotettavuuden arvioinnin tapoja, miten he mahdollisesti käyttävät löytämäänsä tietoa sekä millaisia mahdollisia esteitä ja muita haasteita terveystiedonhankintaan liittyy.

Kiinnostukseni tutkielmani aihetta kohtaan heräsi kansanterveystieteen opintojen aikana, jossa tutustuin suomalaisten tämän hetkiseen terveystilanteeseen ja sen parissa tehtyyn tutkimukseen. Lisäksi työskennellessäni sivutoimisesti terveyteen liittyvällä alalla, huomasin, miten terveyteen liittyvä tieto näytti olevan vahvasti kaupallisesti väritynyttä ja sitä oli tarjolla niin runsaasti, että sen kanssa ei välttämättä osattu toimia. Kansanterveystieteen opinnot, työssäni kohtaamat niin sanotut ruohonjuuritason huomioid yhdessä informaatiotutkimuksen opintojen kanssa muodostivat pohjan tälle mielenkiintoiselle ja tärkeälle tutkimusaiheelle, jota halusin lähteä pro gradutyössäni työstimään.

Tutkimuksen pääkysymys on: *millaista on keskiasteen tai alemman tutkinnon suorittaneiden terveystiedonhankinta?* Tutkimus on jaoteltu seuraaviin alakysymyksiin, jotka teemoittavat aihetta:

1. Millaisia terveyteen liittyviä tiedontarpeita kohderyhmällä on?
2. Millaisia terveyteen liittyviä tiedonlähteitä ja -kanavia kohderyhmäni käyttää ja miten he niitä käyttävät? Millainen on internetin rooli?
3. Miten löydettyä informaatiota hyödynnetään?
4. Millaisia haasteita tai esteitä terveyteen liittyvään tiedonhankintaan liittyy?

Tutkielmani kautta pyrin kartoittamaan kohderyhmäni informaatiokäyttäytymistä. Tuloksia soveltamalla voidaan kehittää terveyteen liittyvän informaation tarjoamista internetissä, joka on tiedonhankintakanavana suosittu; josta 70 % suomalaisista hakee terveyteen liittyvää tietoa (Tilastokeskus 2016, katsottu viimeksi 22.3.2018) ja jota ei aiemmissa suomalaisten terveystiedonhankintaa tutkivissa tiedonhankintatutkimuksissa

ole painotettu. Tutkimustulokset antavat osviittaa siitä, millaista terveyteen liittyvää informaatiota kohderyhmälle tulee tarjota, millaisessa muodossa ja mitä välttämättä. Hypoteesini aiempien tutkimusten, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen FINRISKI 2012-tutkimuksen sekä Tilastokeskuksen ”Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö”-tutkimuksen sekä aiempien tutkimustulosten (Cotten & Gupta 2004; Ayers & Kronenfeld 2007, Jones et al 2014; Li et al. 2016, Ek & Heinström 2011) pohjalta on, että alemmin koulutetuilla on keskimäärin heikommat mahdollisuudet löytää ja hyödyntää internetistä sijaitsevaa terveystietoa.

5.1 Tutkimuksen eettisyydestä

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK, <http://www.tenk.fi/>) sivuilta löytyy ohjeita humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettisiin periaatteisiin, jotka pätevät kaikissa ihmistieteisiin katsottavissa tutkimusaloissa.

Informaatiotutkimus on tutkimusalana monitieteinen (Mäkinen 2010, 14), kuuluen Tampereen yliopistossa (<http://www.uta.fi/>) viestintätieteisiin ja Oulun yliopistossa (<http://www.oulu.fi/yliopisto/>) humanistisiin tieteisiin. On perusteltua ottaa esiin tutkimuksen eettisyys tutkimusalan sekä sen vuoksi, että tutkitaan ihmisten terveystiedon hankintaa, joka on hyvin henkilökohtainen aihe.

Kaikkeä tutkimustoimintaa koskevat Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat ohjeet ”Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen” (2012), mutta ”Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi”-julkaisussa (2009) keskitytään nimenomaan ihmistieteisiin liittyviin eettisiin kysymyksiin, joita tässä alaluvussa käsitellään.

Eettiset periaatteet on jaettu kolmeen alueeseen: tutkittavien itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen, vahingoittamisen välttämiseen sekä yksityisyyteen ja tietosuojaan. Ensin mainitussa on tämän tutkielman kannalta tärkeää huomioida osallistumisen vapaaehtoisuus, jossa tutkittavan on ilmaistava suostuneensa tutkimukseen, tutkittavien informointi, jossa tutkijan on tiedotettava vähintään omat yhteystietonsa, tutkimuksen aihe, aineistonkeruun tapa sekä siihen kuluva aika ja se, mihin aineistoa aiotaan käyttää, miten sitä säilytetään ja onko sille tulossa mahdollista jatkokäyttöä sekä ilmaistava, että

osallistuminen on vapaaehtoista. Julkaisussa myös ilmaistaan, miten lisätietokysymyksiin on vastattava totuudenmukaisesti. (TENK 2012, 4—6). Tutkielmassani itsemääräämisoikeus toteutui edellä mainitun tavoin.

Toinen osa-alue on vahingoittamisen välttäminen, jossa henkisten haittojen välttäminen pitää sisällään tutkittavien arvostavan kohtelun, varsinkin tämän kaltaisessa henkilökohtaisia ja arkoja aiheita kartoittavassa haastattelututkimuksessa, ja heitä kunnioittavan kirjoitustavan. Taloudellisten ja sosiaalisten haittojen välttäminen toteutuu, kun tulokset esitetään puolueettomasti ilman leimaavuutta. (TENK 2012, 7—8). Koska tässä tutkielmassa tarkasteltava tutkimusjoukko on valittu demografisten ominaisuuksien eli koulutuksen perusteella, koen tärkeäksi mainita sosiaalisten haittojen välttämisestä. Tutkielmassa ei kuitenkaan esitetä ryhmää leimaavia väitteitä vaan heidän tiedonhankintaansa tarkastellaan ainoastaan haastatteluaineiston pohjalta. Lisäksi mielestäni on huomioitava, miten koulutus ja ammatti voivat esiintyä myös ylpeydenaiheena eikä ammattitaito ole riippuvainen koulutustasosta.

Kolmantena osa-alueena on yksityisyys ja tietosuojat. Tämä on äärimmäisen tärkeä osa-alue ottaen huomioon tutkimusjoukon pienuuden, ja siitä on säädetty myös henkilötietolaissa (523/1999). Yksityisyyden suoja on Tutkimuseettisen neuvoston julkaisussa (2012, 8) jaettu kolmeen: tutkimusaineiston suojaaminen ja sen luottamuksellisuus, tutkimusaineiston säilyttäminen tai hävittäminen sekä tutkimusjulkaisut. Ensimmäisessä on kyse yksityisyyden suoja ylläpitämisestä aineiston suojaamisen suunnittelulla, sähköisten aineistojen kohdalla on erityisesti huomioitava varmuuskopiointi, käyttäjätunnukset sekä säilytys ja poisto. (TNK 2012, 9—11.) Tutkimusaineiston säilyttämistä tai hävittämistä koskevan päätöksen olen tehnyt niin että hävitän puhutun aineiston pro gradutyön julkaisemisen jälkeen sekä olen jo työvaiheessa anonymisoinut litterointiaineistossa tutkittavia koskevat tunnistetiedot. Kolmas huomioitava osa-alue on yksityisyyden suoja tutkimusjulkaisuissa, tässä tutkielmassa ei haastateltavista käytetä (pseudo)nimiä eikä heihin liitetä tunnistettavia tietoja, ainoat määritelmät ovat sukupuoli ja ikä ja mahdollisesti terveydentilaan liittyviä karkeistettuja tietoja.

5.2 Tutkimusmenetelmät

Valitsin tutkielmaani kvalitatiivisen lähestymistavan. Haasio ja Savolainen kirjoittavat teoksessaan "Tiedonhankintatutkimuksen perusteet" kvalitatiivisen lähestymistavan

sopivan tutkimukseen, joka tarkastelee tiedonhankintakäyttäjien selityksiä ja motiiveita. (Haasio & Savolainen 2004, 163.) Lisäksi kvalitatiivinen lähestymistapa on yleisesti käytetty Tuomisen (1992) ja Savolaisen (1995) tutkimuksissa, joka lisää tutkielmani vertailtavuutta.

5.2.1 Käyttäjäkeskeinen paradigma

Käyttäjäkeskeinen paradigma luotiin vaihtoehdoksi järjestelmäkeskeiselle lähestymistavalle, joka oli vallitseva 1980-luvulle asti. Brenda Dervin ja Michael Nilan kehittivät uuden paradigman, koska järjestelmäkeskeisyys palveli heidän mukaansa etupäässä kirjasto- ja tietopalvelujärjestelmiä, asettaen ”yhteisön” yksilöllisen näkökulman edelle. Heidän mielestään tieto ja informaatio olivat subjektiivisia ilmiöitä, joiden merkitys on tilannekohtaista. Koska tieto saa merkityksensä vasta yksilön tulkinnan kautta, ei sitä voida järjestelmäkeskeisen paradigman tavoin pitää objektiivisena. Uutta oli myös Dervinin ja Nilanin käsitys aktiivisesta tiedon käyttäjästä, toimijasta, korvaten perinteisen näkemyksen passiivisesta tiedon vastaanottajasta, joille kirjasto- tai informaatiopalvelu välitti tietoa. Muita paradigmoja erottelevia näkemyksiä olivat: käyttäjäkeskeinen paradigma huomioi näkemyksessään tilannetekijät ja näkemään, että tiedonhankinta on prosessi sekä jo aiemmin mainittu yksilöllisyyden korostaminen. (Dervin & Nilan 1986, 6—10, Haasio ja Savolainen 2004, 56—59.)

Käyttäjäkeskeinen paradigma ja kvalitatiivinen tutkimusote tiedonhankintatutkimuksessa käyttäen tässäkin tutkimuksessa käytettyä teemahaastattelun menetelmää auttavat tutkimaan tiedonhankinnan ilmiöitä, niiden motiiveja ja taustoja monipuolisemmin ja syvällisemmin kuin kyselytutkimus. 1990-luvulta lähtien käyttäjäkeskeinen paradigma on vahvistanut asemaansa tiedonhankintatutkimuksessa. (Haasio ja Savolainen 2004, 59—60.)

Käyttäjäkeskeinen lähestymistapa tuntui ainoalta vaihtoehdolta tutkittaessa terveyteen liittyvää tiedonhankintaa haastattelun keinoin. Tutkimusprojektini alussa pohdin kvantitatiivisen menetelmää, lomakehaastattelua, vaihtoehtona, mutta huomasin sen olevan vaikea toteuttaa kahdesta syystä: 1) vaikka lomake tarjoaisi anonymiteettiä joskus herkkienkin, henkilökohtaisten terveysasioiden parissa, vastaajien motivointi ja sitoutuneisuus olisi vaikeaa varmistaa ja 2) lomakehaastattelulla kerätty tieto jäisi suuremmalla todennäköisyydellä pinnallisemmaksi kuin haastatteluun kerätty aineisto. Haasio ja Sa-

volainen (2004, 60) toteavat, miten tiedonhankintatutkimukselle olisi eduksi kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen yhdistäminen ja itse näkisin sen jälkeenpäin olevan myös tämän kaltaisessa tutkimuksessa toimiva: laajempi mitattavan aineiston keruu yhdistettynä pienempään otokseen, joka toteutettaisiin syvähaastatteluihin, tarjoaisi erinomaista aineistoa terveystiedonhankinnan tutkimiseen.

5.2.2 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu. Puolistrukturoidulla haastattelulla voidaan tarkoittaa kysymysten muodon olevan kaikille haastateltaville sama, mutta kysymysten järjestystä voidaan vaihdella haastateltavien mukaan (Fielding 1993, 136), tai teemat ovat kaikille samat, mutta kysymyksillä ei ole tarkkaa muotoa tai järjestystä (Eskola & Suoranta 1998, 87), yhden näkemyksen mukaan kysymykset ovat määrätty ennalta, mutta niiden sanamuotoa voidaan vaihdella tilanteen mukaan (Robson & McCartan 2016, 288). Hirsjärvi ja Hurme tiivistävät, että puolistrukturoiduissa menetelmissä osa haastattelusta on ennalta suunniteltu, mutta osa on vapaata (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47).

Teemahaastattelun nimitys tulee siitä, että haastattelu rakentuu ennalta määriteltyjen teemojen ympärille. Teemahaastattelu-käsite esiintyy sellaisenaan vain suomenkielessä, mutta samantapaisia menetelmiä käytetään eri terminologian alla. Esimerkkinä Hirsjärvi ja Hurme mainitsevat Pattonin (1990) käyttävän samanlaisesta haastattelusta nimitystä "the general interview guide approach". Teemahaastattelu pohjautuu Mertonin, Fiskin ja Kendallin vuonna 1956 julkaisemaan "The Focused Interview"-kirjaan, josta ilmestyi uusi painos vuonna 1990. Teemahaastattelu eroaa fokusoidusta haastattelusta siinä, että yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita on mahdollista tutkia haastatteleamalla, kun taas fokusoitu haastattelu lähtee liikkeelle kokeellisesti todistetusta yhteisestä kokemuksesta. Yhteistä menetelmille on haastateltavien elämismaailmaan ja tilanteisiin liittyviä määritelmiä korostetaan. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47—48.)

Teemahaastattelun pääperiaate on se, että se koostuu keskeisistä teemoista yksittäisten kysymysten sijaan. Koska haastattelun teemat pysyvät samoina haastattelusta toiseen, kuuluu teemahaastattelu puolistrukturoituihin menetelmiin. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48.)

Teemahaastattelua kutsutaan Haasion ja Savolaisen teoksessa Tiedonhankintatutkimuksen perusteet, suosituimmaksi tiedonhankinnan materiaalinkeruumenetelmäksi, sen vuoksi että sillä on mahdollista saada yksityiskohtaista ja syvää tietoa tutkittavasta aihepiiristä (Haasio & Savolainen 2004, 161). Menetelmän valinta oli minulle helppo, koska jo aiemmasta kirjallisuudesta huomasin, miten menetelmää oli käytetty ja miten se toimi tämän kaltaisessa tutkimuksessa.

5.2.3 Critical incidents-lähestymistapa

Tutustuin critical incidents-lähestymistapaan Savolaisen (1995) Tiedonhankinnan arkipäivää-tutkimuksen kautta ja vaikka Savolainen käytti menetelmää haastattelunsa loppupuolella, päädyin itse aloittamaan sillä. Critical incidents-tilanne on haastateltavalle itselleen tapahtunut, mieleen jäänyt tapahtuma. Koin sen keskustelun aloittavana ja teemoihin johdattelevana menetelmänä, joka voisi sopia terveystutkimuksiin, aiheen vakavan luonteen vuoksi. Tarkoituksena oli Savolaisen (1995, 128) tavoin tarkastella yhtä, tärkeäksi koettua ongelmatilannetta ja toimintamalleja sen ympärillä päästäkseni tutustumaan haastateltavieni tiedonhankintaprosessiin heidän kertomansa kautta. Uskoin myös critical incidents-tavan kautta pääseväni konkreettisesti mukaan tiedonhankinnan matkalle, koska kerrottu oli tapahtunut eikä sisältäisi arvelua siitä, miten haastateltava saattaisi toimia. Savolaisen (mt.) teoksen pohjalta laadin listan aiheista, joita nämä critical incidents-tapaukset voisivat koskea. Listaa ei lähetetty haastatelluille etukäteen vaan se oli pöydällä haastateltavan saapuessa haastatteluun. Suurin osa haastateltavista katsoi listaa heti istuttuaan. Lista löytyy tämän tutkielman liitteistä.

Savolainen (1995, 129) mainitsi tutkimuksessaan critical incidents-lähestymistavan haasteista. Tutkielmassani Savolaisesta poiketen critical incidents-tilanne otettiin esiin heti ensimmäisten kysymysten joukossa.

”Palauta mieleesi jokin tilanne, jossa olet hakenut internetistä terveyteen liittyvää tietoa ja kerro siitä”

Savolainen (1995, 37) perusteli valintaansa ottaa critical incidents-tilanne esiin vasta haastattelun loppupuolella, sillä miten haastattelun loppupuolella haastateltava olisi viittäytynyt aihepiiriin enemmän. Itse rakensin haastattelun critical incidents-tilanteen ympärille, vaikka haastattelun edetessä sai ja oli suotavaa nostaa esiin myös muita aiheita.

Aiemmin mainitsemani tukilista aiheista voidaan katsoa olevan johdatteleva. Savolaisen (1995, 129) mukaan haastateltavat tuntuivat valitsevan aiheensa listan alku- tai loppupäästä. Kuten aiemmin mainittua, minun listani oli huomattavasti lyhyempi ja erosi muutenkin sisällöltään, koska painottui vain terveyteen osa-alueena. Silti kuusi haastateltavaa seitsemästä valitsi kertoa sairastamastaan sairaudesta, joka oli listan ensimmäinen aihe. Vain yksi haastateltava kertoi listan loppupäästä löytyvästä liikuntaharrastukseen liittyvästä aiheesta, mutta haastattelun edetessä vaihtoi sen myös sairaudesta kertovaan tapaukseen. Hän valitsi ensimmäisen aiheen sen tuoreuden vuoksi, koska oli samana päivänä tutkinut internetistä liikuntaharrastukseen liittyvää tietoa.

Oliko listan järjestys johdatteleva? Aihetta olisi voinut tutkia tuomalla jokaiselle haastateltavalle listan, jossa aihepiirit olisivat eri järjestyksessä. Toisaalta taas sairastuminen tai krooninen sairaus on pysäyttävä kokemus, joka jää mieleen. Critical incidents-tilanne pyrkii tuomaan esiin juuri tällaisia kokemuksen. Näin ollen en pidä listaa ainakaan merkittävästi johdattelevana.

Teemahaastattelun runko sekä tukilistat löytyvät tämän tutkielman liitteistä. Critical incidents-menetelmää arvioidaan seuraavassa alaluvussa tutkimusaineiston keruun yhteydessä.

5.3 Tutkimusaineiston keruu

Haastateltavien löytäminen muodostui haastavaksi. Aloitin haastateltavien etsimisen loka-marraskuussa 2017 ja pyrkimykseni oli kerätä haastateltavia lumipallo-metodilla Tampereen alueelta, jossa itsekkin asuin. Toiveeni oli kerätä mahdollisimman laajalta ikähaarukalta ja ammattiryhmistä haastateltavia, saadakseni kattava kuva keskiasteen tai alemman tutkinnon omaavien terveystiedonhankinnasta.

Ensimmäinen yritykseni löytää haastateltavia ei kuitenkaan onnistunut ja marraskuun puoleen väliin mennessä olin suorittanut ainoastaan kaksi harjoitushaastattelua. Päätin ryhtyä kontaktoimaan tamperelaisia aikuisoppilaitoksia. Näistä kahta lähestyin marraskuun lopulla, lisäksi lähestyin erästä vantaalaista oppilaitosta. Samalla jatkoin haastateltavien etsimistä oppilaitosten ulkopuolelta. Oppilaitoksista ei vastattu ja arvelin sen joutuvan joulukuun kiireistä kokeiden, harjoitteluiden tai muiden oppilaitoksille kuuluvien tehtävien osalta. Samaan aikaan löysin lähipiirini avulla kaksi haastateltavaa ja suoritin

ensimmäiset haastatteluni Tampereella 10. ja 12.12.2017. Lähestyin haastateltavia hyvin epämuodollisesti tekstiviestillä, jossa kerroin tutkivani ”internetissä olevaa terveyteen liittyvää tietoa”. Valitsin hieman epämääräisemmän, aihepiiriä löyhästi kuvailevan ilmauksen, jotta se olisi helpommin lähestyttävä ja kerroin aihepiiristä tarkemmin vasta itse haastattelutilanteessa, jossa kävin läpi haastattelun teemat, ellei haastateltava kysynyt itse lisätietoja. Mainitsin viesteissä myös, ettei haastatteluun tarvinnut etukäteen valmistautua. Koska haastatellut suostuivat, sovimme viestitse haastattelun ajankohdasta. Samalla tavoin epävirallisemmalla viestillä kontaktoimalla sain Helsingistä haastateltavan, jonka kautta sain lopulta kerättyä lumipallo-metodilla loput haastateltavat. Suoritin haastatteluni pääkaupunkiseudulla 14.12.2017-10.1.2018.

Haastateltavia tutkielmassani on seitsemän, joista viisi oli yksilöhaastatteluja ja yksi parihaastattelu. Parihaastattelu ei kuitenkaan menetelmänä sopinut tutkielmaani, koska käsitellyt aiheet ovat henkilökohtaisia sekä haastateltavien dynamiikassa selvästi toinen vastasi ensin ja toinen tyytyi useimmiten olemaan samaa mieltä. Lisäksi koin haastattelukokemukseni puutteellisuuden vaikeuttavan parihaastattelun seuraamista ja muutamia kiinnostavia aiheita pääsi niin sanotusti ohi, kun en muistanut tarttua niihin enää kahden eri puheenvuoron jälkeen. Jälkeenpäin ajatellen en tekisi enää parihaastatteluja tämänkaltaisessa tutkimuksessa.

Lumipallo-metodin käyttö johti siihen, että haastateltavani ovat jokseenkin homogeeninen ryhmä: isossa kaupungissa asuvia, noin 50-60 vuotiaita vapaa-ajallaan aktiivisia naisia. Heidän lisäksi haastateltavia oli myös noin 20-30 vuotiaista, joista kaksi oli miehiä ja yksi nainen. Kokonaisuudessaan miehiä oli haastatelluista kaksi ja loput olivat naisia. Ammateiltaan haastateltavat olivat koulunkäyntiavustaja, sairaseläkkeelle jäänyt kirjanpitäjä, autonkuljettaja, lähihoitaja, palomies, johdon assistentti ja työttömäksi jäänyt johdon assistentti. Haastattelut kestivät 20-40 minuuttia ja etenivät pääosin haastattelurungon (liite 1) mukaisesti.

Critical incidents-lähestymistapa ei toteutunut kuin kahdessa haastattelussa puhtaana, joka sai minut pohtimaan olisiko jokin muu lähestymistapa parempi tämän kaltaisessa tutkielmassa vai vaatiiko tutkimushaastattelu pidemmän ajan ja niin sanotusti helpompia kysymyksiä alkuun, jotta haastateltavalla ja haastattelijalla on aikaa rakentaa keskinäistä luottamusta. Suurin osa haastateltavista (5) keksi pienen miettimisen jälkeen terveyteen liittyvän tiedonhankinta-tilanteen, yksi mainitsi aluksi eri tilanteen, mutta vaihtoi sen

haastattelun edetessä toiseen tapaukseen. Hänen haastattelussaan esiintyi haastattelun aikana muutenkin useita erilaisia tilanteita. Kaksi haastateltavaa eivät meinanneet keksiä tilannetta, joka sopisi heidän mielestään haastatteluun. Toinen haastateltavista kertoi tilanteesta, jossa oli etsinyt tietoa toisen terveysongelmasta lisätäkseen omaa tietouttaan. Kysyessäni onko hän hakenut itseensä liittyvää tietoa, hän luetteli muutamia aiheita, mutta palasi muita varten tai muiden ongelmista haettuun, omaa ymmärrystä lisäävään tiedonhankintaan. Toinen haastatelluista, joka ei keksinyt mitään tilannetta, päätyi ensimmäisen kysymyksen kohdalla toteamaan, ettei keksi mitään. Hän kertoi sen jälkeen laajasti kroonisesta sairaudestaan, kunnes keksi siihen liittyviä tiedonhankintatilanteita ja lopulta kertoi muutamasta erilaisesta sairauteen liittyvästä tiedonhankinnan tilanteesta. Suurin osa haastateltavista sanoi kysyttäessä haastattelun arviointia, haastattelun olleen helppo ja tilanteita olleen helppo muistaa ja palauttaa mieleen. Uskoisin silti, että haastattelun luonteen vuoksi critical incidents-kysymyksen rooli voisi olla pienempi ja Savolaisen tavoin loppupuolella haastattelua. Haastattelussa käsitellään arkoja aiheita, joten pieni lämmittely aihepiiriin ja haastateltavan ja haastattelijan välisen luottamuksen rakentaminen olisi lisännyt menetelmän tuottavuutta.

Törmäsin haastatteluissani critical incidents-tavassa myös haastateltavien vähäpuheisuuteen. Savolaisen (1995, 131) tutkimuksessa löytyi viitteitä samasta ja hän mainitsi työntekijöitä ja opettajia haastateltuaan heidän eroavan siinä, miten työntekijät antoivat opettajia lyhyempiä vastauksia tai he eivät löytäneet puhuttavan arvoista ongelmatilannetta tai he suostuivat pohtimaan vain kuvitteellista tilannetta. On kuitenkin huomattava, miten Savolainen (mt.) tutki paljon omaani laajempaa aluetta: arkielämän tiedonhankintaa, kattaen useita sen osa-alueita, joka voi vaikuttaa tilanteen keksimisen vaikeuteen. Omassa tutkielmassani keskityn vain terveyteen liittyviin tiedonhankinnan tilanteisiin, joka rajaa tilanteita huomattavasti verrattuna Savolaiseen. Haastatteluissa näkyi, miten haastateltavani saattoivat vastata kysymyksiin hyvin lyhyesti, vaikka olivat muuten puheliaan oloisia. Minulla ei ollut esimerkiksi koulutustasoltaan erilaista vertailukohtaa, mutta harjoitushaastatteluissa haastateltavat kertoivat hyvin laajasti ja syvällisesti terveysongelmastaan vastaten critical incidents-kysymyksen kohdalla jo suureen osaan muista teemoista. Molemmat harjoitushaastateltavat olivat opiskelleet teknillisessä korkeakoulussa. Tämä ei luonnollisestikaan ole riittävä vertailukohta koska harjoitushaastateltavia oli vain kaksi ja harjoitushaastattelut erosivat itse tutkimushaastatteluista jonkin

verran muun muassa teemoiltaan, ja vaikka asettelu onkin linjassa Savolaisen vuoden 1995 tutkimuksen kanssa.

Tutkimushaastattelut muodostuivat hyvin samankaltaisiksi sekä rakenteeltaan että pituudeltaan. Pidin haastattelupäiväkirjaa ja pyrin analysoimaan itseäni sekä parantamaan taitojani haastattelijana jatkuvasti. Suoritin kahta viimeistä haastattelua lukuun ottamatta yhden haastattelun päivässä, joka toimi minulle parhaiten. Tällöin pystyin heti käymään mielessäni haastattelutilanteen läpi ja etsimään onnistumiset ja parantamiskohdat. Koin kuitenkin haastattelujen tiiviin tahdin vuoksi pystyneeni kehittymään vain pinnallisesti. Haastavinta oli parihaastattelu, jonka haasteista kirjoitin ylempänä, muita haasteita olivat lisäksi haastateltavat, jotka saattoivat aluksi olla vastahakoisia kertomaan syväliemmin kokemuksistaan ja rentoutuivat vasta haastattelun loppua kohden. Uskon että kokemattomuuteni haastattelijana vaikutti vahvasti siihen, kuinka syvälle haastatteluissa päästiin.

Koen kuitenkin haastattelujen mahdollistavan mielenkiintoisia nostoja tutkielmani aihepiireistä. Niitä käyn läpi seuraavassa luvussa.

6 AINEISTON KÄSITTELY JA ANALYYSI

Pyrin litteroimaan haastattelut heti, käytännössä kuitenkin viimeisen haastattelun ja litteroinnin väli kasvoi viikkoon. Valitsin litterointitavaksi peruslitteroinnin, johon sisällytin myös täytesanat. Litteroin haastattelut säilyttäen puhekielisyyden ja pyrin sanatarkkuuteen. Lisäsin myös tauot, joiden pituuden merkitsin pisteellä: yksi piste tarkoitti lyhyttä taukoa, kolme pistettä pitkää taukoa. Pääosin nauhoitukset olivat hyvälaatuisia eikä litterointi tuottanut ongelmia kuin muutamassa kohdin, jossa haastateltava puhui hiljaa tai puhuimme haastateltavan kanssa päällekkäin. Litteroin kaiken puheen, vaikka muutama haastateltava eksyi aiheesta ja kertoi esimerkiksi sairaudestaan laajasti, unohtaen tiedonhankinnan näkökulman. En kuitenkaan halunnut jättää mitään pois, koska sairaskertomus sisälsi usein jossain kohtaa siirtymän takaisin aiheeseen. Valitsin peruslitteroinnin sen vuoksi, että tarkoitukseni oli analysoida vain puheen asiasisältöä ja koin peruslitteroinnin selkeimmäksi tavaksi löytää puheesta sisältöjä, jotka ovat analyysille käyttökelpoisia. Litteroinnin jälkeen pyrin tunnistamaan sisältöjä merkiten ne aihepiireittäin korostamalla eri väreillä.

Haastatteluaineistoa analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysi on sekä metodi että väljätkö teoreettinen kehys. Sitä ei ohjaa mikään tietty teoria tai epistemologia, vaan siihen soveltuvat monenlaiset teoreettiset ja epistemologiset lähtökohdat. Sisällönanalyysillä analysoidaan dokumentteja, joita voivat olla kirjat, artikkelit, kirjeet, haastattelut, puhe, keskustelu, siis lähes mikä vain. Sisällönanalyysi on tekstianalyysi, jossa etsitään dokumentista merkityksiä. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 103, 117.)

Sisällönanalyysin tekniikka on sisällön erittely. Siinä pyritään kuvaamaan kvantitatiivisesti dokumenttien sisältöjä ja sisällönanalyysillä kuvataan näitä sisältöjä sanallisesti. Ero on merkittävä ja näin ollen termit eivät ole synonyymeja. Sisällönanalyysin tavoite on järjestää aineisto tiiviisti, selkeään muotoon, jotta sen sisältämä informaatio ei katoa. Analyysi luo siis selkeyttävän sanallisen kuvauksen tutkittavasta ilmiöstä, jota aineisto kuvaa. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 119, 122.)

Laadullista tutkimusta sisällönanalyysin menetelmällä tehtäessä voidaan sisällönanalyysi jakaa induktiiviseen ja deduktiiviseen, josta ensin mainittu tarkoittaa yksittäisestä yleiseen ja jälkimmäinen yleisestä yksittäiseen tehtävää analyysia. Tämä on kuitenkin Tuomen ja Sarajärven (mt.) mukaan tunnistettu ongelmalliseksi ”puhtaan” induktiivi-

suuden mahdottomuuden vuoksi sekä tieteellisen päättelyn logiikan eli abduktiivisen päättelyn unohtamisena jaottelusta. Tuomi ja Sarajärvi (mt.) tuovatkin esiin, miten sisällönanalyysia voidaan tarkastella myös jakamalla se aineisto- ja teorialähtöiseen analyysiin. Kolmas, teoriaohjaava analyysi, on heidän mukaansa harvinainen eikä sitä käsitellä tässä tutkielmassa, vaan siihen voi tutustua esimerkiksi Tuomen ja Sarajärven teoksessa. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 107, 121.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi tunnistaa eri tasoisia käsitteitä ja yhdistelemällä niitä pyrkii vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Tuloksin ja päättelyn kautta empiirinen aineisto jalostetaan käsitteellisemmäksi näkemykseksi tutkittavasta ilmiöstä. Analyysin kaikissa vaiheissa ja johtopäätöksissä pyritään ymmärtämään tutkittavien näkökulmaa ja siitä, mikä heille on merkittävintä. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissa analyysi muodostetaan jonkin aikaisemman järjestelmän, eli teorian, mallin tai käsitejärjestelmän, pohjalta. Käsitejärjestelmästä muodostetaan analyysirunko, jonka sisälle muodostuu aineistosta tulkiten erilaisia luokkia tai kategorioita. Luokkien ulkopuolelle jääneistä voidaan muodostaa omia luokkia. Molemmat analyysitavat päättyvät johtopäätöksiin. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 117, 127—128, 145.)

Sisällönanalyysi on yksinkertainen metodi, jonka kanssa on kuitenkin varottava tilannetta, jota Tuomi ja Sarajärvi (mt.) kutsuvat ”tekevinään analyysia”-tilanteeksi, jossa aineistoa vain järjestellään tai todetaan siitä asioita. ”Olla tekevinään analyysia” jää vain pinnalliseksi, eikä ole perusteltua sisällönanalyysia. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 145—146.)

Tutkielmassani käytän metodina sekä aineistolähtöistä analyysia, jossa muodostan aineistosta omia käsiteluokituksia analyysin avuksi, sekä teorialähtöistä, jossa käytän pääasiassa Dervinin sense-making -teoriasta lähtöisin olevia analyysirunkoja. Sisällön erittely ja analyysi etenevät luvussa 5 esitettyjen alakysymysten mukaisessa järjestyksessä.

6.1 Terveysteen liittyvät tiedontarpeet

Tutkielmani ensimmäinen alakysymys käsittelee kohderyhmäni terveyteen liittyviä tiedontarpeita. Teemahaastatteluni rakentui terveyteen liittyvän tiedonhankintatapahtuman ympärille, jonka haastateltavat saivat itse omista kokemuksistaan kertoa.

Osassa haastatteluista haastateltavat kertoivat myös muista terveystiedonhankintaan liittyvistä kokemuksistaan.

Seuraavat aiheet nousivat critical incidents-kertomuksena esiin: krooninen väsymysoireyhtymä, kilpirauhassyövän jälkihoito, magneettikenttähoito, työkaverin puolison harvinaislaatuinen sairaus, syöpä, alkoholismi, verenpaineongelmat, vatsaongelmat, jotka esiintyivät kahteen otteeseen, veren oksentaminen, olkapääongelmat, liikuntavinkit, jotka esiintyivät kahteen kertaan, selkäongelmat ja selkä-niskaongelmat, viisaudenhammas, öinen hengenahdistus sekä kroonisen migreenin hoito. Haastatteluista tunnistettiin yhteensä 18 tiedontarvetta. Ottaen huomioon, että haastateltavia oli vain seitsemän, on 18 mielestäni suuri määrä tiedontarpeita, joka kertonee siitä, miten laaja terveystieteiden kirjo on. Critical incidents-tavassa läpi haastattelun pitäytyi vain kolme haastateltavaa, joiden puheissa esiintyi lähinnä heidän alussa valitsemansa sairaus. Muut vaihtoivat aihetta haastattelun edetessä tai kertoivat useammista tapauksista.

Kaikki haastateltavien tiedontarpeet liikuntavinkkejä lukuun ottamatta olivat vakavia sairauksia, joiden voidaan katsoa pysäyttävän yksilön Brenda Dervinin metaforisen ”kuilun” reunalle. Jotta elämä voisi jatkua, on jotakin tehtävä. Osa haastatteluista (3) kertoi odottavansa, josko oireet menisivät ohi, kun taas osa (2) siirtyi nopeasti etsimään tietoa. Kaikkien kanssa reaktion nopeus ei noussut esiin. Odottajiin kuuluivat molemmat miehet. Tällaista viivyttelyä myös Savolaisen (1995, 156, 162) tunnisti omassa tutkimuksessaan. Nopeuteen näytti kuitenkin ennen kaikkea vaikuttavan elämäntilanne, jota konkretisoin seuraavalla lainauksella haastatteluaineistosta:

”Kyl mä oikeestaan heti (lähden hakemaan tietoa) se, se johtuu ihan siitä, että mä menetin mun miehen [...] niin mä oon niinku ihan omilani niinku sil tavalla ja tota mulla on lapset, mun täytyy ajatella lapsia ja sit lapset varmaan tarvii niinku mua ja mä haluun pysyy niinku kunnossa heitä varten”

Vaikka minulla oli pöydällä tukilista, jossa oli lueteltu haastatteluun sopivia aiheita, critical incidents-lähestymistapa ohjasi ensisijaisesti vakavampien sairauksien pariin. Ne estävät yksilöä jatkamasta normaalia elämäänsä ja jäävät sitä kautta mieleen. Kuusi haastateltavaa kertoivat hakeneensa tietoa omaan sairauteen, yksi kertoi pääasiassa hakeneensa tietoa muista lisätäkseen omaa ymmärrystään. Hän koki itsensä terveeksi eikä näin ollen muistanut tapausta jossa olisi tarvinnut tietoa itselleen.

Lähdin luokittelemaan haastattelussa esiin nousseita tiedontarpeita mukailleen Sense-making -konseptiota. Aluksi kuitenkin jäsensin esiin nousseet 18 tiedontarvetta niiden aiheen mukaisesti.

Taulukko 1 Tiedontarpeiden luokittelu aiheen mukaan

Aihe	Määrä
Uusi sairaus tai oire	6
Sairauden hoito/vaihtoehtohoidot	6
Muita varten/muiden tilanteesta	3
Liikuntaan liittyvät	2
<i>Yhteensä</i>	<i>17</i>

Taulukosta on löydettävissä 17 tiedontarvetta. Haastattelussa mainittiin myös alkoholismi, joka esiintyi tiedontarpeena vain mainintana eikä siitä käynyt ilmi oliko kyseessä kertojan oma vai jonkun muun sairaus. Sen vuoksi se voidaan lisätä kahteen mahdolliseen luokkaan. Koska aihe pääsi niin sanotusti ohitse, eikä siihen enää palattu, päätin jättää sen pois taulukoinnista. Aiheen stigman vuoksi voi olla, että haastateltava tahtoi tarkoituksella siirtyä nopeasti ”turvallisempiin” aiheisiin, pois niin sanotusta itse aiheutetusta sairaudesta. Savolainen (1995, 154—155) on huomionut tämän omassa tutkimuksessaan, jossa hän arvioi miten aiheina esimerkiksi sydänvaivat tai ”burnout” ovat helpompia tuoda julki, koska niiden voidaan katsoa johtuvan kovasta työnteosta, kun taas itseaiheutetut sairaudet, esimerkiksi päihderiippuvuus tai Savolaisen mainitsema keuhkosityöpä tupakoitsijalla, jäävät helpommin mainitsematta. Tällaisia sairauksia ei esiintynyt lainkaan Savolaisen (mt.) tutkimuksessa ja omassanikin tällaista edustanut alkoholismi esiintyi vain lyhyenä mainintana.

Kuten jo aiemmin mainittua, critical incidents-tapa saattaa ohjata kertomaan sairauksista. Sen vuoksi eniten esille nousivat luokat uusi sairaus tai oire sekä sairauden hoito tai vaihtoehtohoidot. Myös muita varten tai muiden tilanteesta virinneet tiedontarpeet olivat vastausten vähyyden vuoksi toiseksi yleisin tiedontarveaihe. On kuitenkin huomattava, että kaikki toiseen liittyvät tiedontarpeet nousivat saman haastatellun kertomuksissa. Sinänsä aiheen mukainen luokittelu on siis hyvin pinnallinen katsaus tiedontarpeiden

luokitteluun. Liikuntaan liittyvät tiedontarpeet nousivat esiin nuorimpien haastateltujen kohdalla, toisen kohdalla sen vuoksi että hän oli haastattelun kanssa samana päivänä hakenut liikuntaan liittyvää tietoa ja toisen kohdalla, kun hän arvioi internetissä olevien liikuntaan liittyvien suoritustekniikkaohjeiden luotettavuutta.

Haastateltavien vähäisen määrän vuoksi aiheet jakautuvat epätasaisesti haastateltavien kesken: kolme haastateltavaa kertoivat vain yhdestä tapauksesta eivätkä haastattelun edetessä viittaneet muihin tiedontarpeiksi luokiteltaviin aiheisiin. Sen sijaan neljä muuta kertoivat useammasta tapauksesta. Pitäisin siis aiheen mukaista luokittelua lähinnä suuntaa-antavana katsauksena siihen aihepiiriin kirjoon, mitä nousee esiin tarkasteltaessa kohderyhmäni terveyteen liittyvää tiedonhankintaa.

Terveysongelmat pysäyttävät tiedontarvitsijan. Sense-making-konseptioon nojaten lähdin tarkastelemaan tiedontarpeita näiden pysähdysten (*stops*) kautta. Dervin (mt.) on luokitellut pysähdykset viiteen, jotka on käyty läpi kappaleessa 4.1. Näistä pysähdyksistä tunnistin seuraavat: tien puuttumistilanne (*spin-out stop*), jossa koetaan, että ollaan päädytty umpikujaan, sekä ongelmallinen tilanne (*problematic stop*), jossa ollaan tiellä eli ongelmatilanteessa, jossa ei haluta olla. Lisäksi otin mukaan päätöstilanteen (*decision stop*), jossa yksilöllä on kaksi tai useampi etenemissuunta. Tähän ”pysähdykseen” katsoin löyhästi kuuluvaksi liikuntaharrastukseen liittyvät tiedontarpeet. Liikuntaan liittyviä vinkkejä haettaessa kerrottiin, miten haetaan esimerkiksi Youtube-videoista suoritushjeita eli saatetaan selata useita videoita etsien sopivaa ”liikettä” tai kun arvioitiin suoritustekniikka-videoiden luotettavuutta, puhuttiin videoista monikossa. Katsoisin siis niiden sisältävän useita etenemissuuntia, koska liikunta-aiheisia vinkkejä voi etsiä internetistä, sosiaalisesta mediasta ja kaupallisesta mediasta esimerkiksi blogeista ja videoilta ja niistäkin usealta eri tiedontarjoajalta ja lähteestä.

Kimmo Tuomisen (1992, 46-47) tutkimuksessa esiintyy sama jaottelu. Hän on kuitenkin lisännyt oman luokkansa nimeltä ymmärtämistilanteet, joissa pyritään tarkempaan ja laajempaan ymmärrykseen jostakin asiasta. Luokka sopii ehdottomasti myös omaan tutkimukseeni, nousten aineistosta esiin kolme kertaa.

Taulukko 2 Tiedontarpeesta johtuvat pysähdykset

Pysähdystilanne	Määrä
Päätöstilanne	2
Tien puuttumistilanne	5
Ongelmallinen tilanne	8
Ymmärtämistilanne	3
<i>Yhteensä</i>	<i>18</i>

Eniten tiedontarpeita löytyi kategoriasta ”ongelmallinen tilanne”. Siihen katson kuuluvaksi sairaudet, jotka ovat tilanteita, joissa ei haluta olla. Toiseksi eniten tiedontarpeita katsoin kuuluvaksi kategoriaan ”tien puuttumistilanne”. Mikä erottaa tien puuttumistilanteen ongelmallisesta tilanteesta? Ero näkyy siinä, että ongelmatilanne on uusi sairaus tai uusi tilanne, jossa lähdetään hakemaan apua johonkin uuteen, ilmaantuneeseen oireeseen. Sen sijaan tien puuttumistilanteessa apua on haettu, mutta ollaan päädytty tilanteeseen, jossa tiedontarve ei tule tyydytetyksi tai jopa kasvaa:

”... paitsi sitte kun joskus tulee semmosia lääkäreitä, joitten vastaanottoon ei oo ollu niin tyytyväinen niin sitte saattaa palata takas siihen nettiin ja miettii onks mulla nyt oikee diagnoosi vai ei [...] et en mä nyt niinku sit mee takas että sää annoit mulle väärän diagnoosin [nauraa] tälleen [...] sit kun ei enää jaksanu ongelmia eikä ite löytäny enää ratkasua niin sitten on se erikoislääkäri”

Haastateltava oli etsinyt ratkaisua pitkään jatkuneisiin niska-selkäongelmiin terveyskeskuslääkäreiltä, palaten aina itse internetiin etsimään lisätietoa. Hän koki, ettei saanut vastauksia lääkäristä eikä internetistä. Lopulta tilanne ratkesi niin, että hän hakeutui erikoislääkärille, joka tunnisti ongelman. Toinen esimerkki on 60-vuotiaan pitkäaikais-sairaana sairaushistorian alkupäästä:

”Ehkä siinä oli niinku semmonen et mä ihmettelin et mikä et mitä tää on et mä ihmettelin sitä [...] nii että ja mä en niinku halunnu sellasta

*elämää tai niinku että ajattelin että tähän on niinku pakko löytyä tai
siis mä . tarviin selityksen”*

Molemmissa tapauksissa tilanteessa päästiin eteenpäin tiedonhankkijan omalla sinnikkyydellä, vaikka he olivat tilanteessa, jossa niin sanottua ”tietä” tai selvää etenemissuuntaa ei ollut. Tällaisessa tilanteessa saatettaisiin myös päätyä luopumaan tiedonhankinnasta, mihin viittaavat esimerkiksi vähimmän vaivan periaate, informaatiokäyttämisen yleinen malli ja arkielämän tiedonhankinta. Koska terveystiedonhankinta on kuitenkin oma, erityinen tutkimuskohteensa, on huomattava miten terveydellisissä asioissa motivaatio tiedonhankintaan voi olla todella korkealla. Tästä aiheesta on enemmän pohdintaa luvussa 7.

Taulukko 1 kohdalla huomattiin, miten kaikki muiden terveystilanteesta nousseet tiedontarpeet olivat saman henkilön haastattelusta. Taulukko 2:ssa eli pysähdysjaottelussa hänen yllä mainitut tiedontarpeensa kuuluivat luokkaan ”ymmärtämistilanteet”. Myös Kimmo Tuomisen (1992,78) haastattelututkimuksessa esiintyi muita varten hankittua terveystietoa; mielenkiintoista onkin, että hänen tutkimuksessaan tietoa hankittiin oman lapsen, vanhemman tai aviopuolison terveydestä. Tutkielmassani haastateltava haki tietoa muiden tilanteesta lisätäkseen omaa ymmärrystään:

*V: m-mun työkaverin miehellä oli tää sairaus ja sitten mä en niinku
ymmärtänyt yhtään mistä oli kysymys, kun se on mulle ihan täysin
harvinainen sairaus niin sitten etin sen ja netistä löyty aika hyvin tie-
too sitten siitä*

*H: joo kerroitko sä sitten eteenpäin siitä tälle sun työkaverille vai
haitsä vaan ittelles*

V: ei, vain ittelleni, mun työkaveri toki tiesi sen jo sen

H: aa niin niin niin sä hait että sä ymmärtäisit paremmin

*V: Joo hain, kun mä en tota mä en viitsinyt kysyä työkaverilta kun se
on vähän semmonen ei-kiva asia, ei oo kiva udella semmosta*

Tiedontarpeita voidaan Derviniä mukailleen luokitella myös kysymysten mukaan. Sense making-konseptiossa on W5-kysymyksiä, joita esitetään niin sanotuissa kuilu-tilanteessa. Kysymys-perusteinen luokittelu on kuitenkin haastavaa, koska haastatteluis-

sa ei käsitelty tiedontarpeita kysymysten kautta vaan haastateltavat kertoivat niistä teemahaastattelu-metodin mukaisesti. Jälkeenpäin ajateltuna haastattelussa olisi voinut olla hedelmällistä tarkastella tiedontarpeiden kohdalla myös sitä, millaisia konkreettisia kysymyksiä haastatelluilla heräsi tilanteessa, pyytäen haastateltavia sanoittamaan niitä.

Koska näin ei tehty, on kysymysten kautta tiedontarpeiden luokittelu oman tulkintani kautta tapahtuvaa pohdintaa kysymyksistä, joita tiedontarvetilanteessa voisi haastatteluaineiston perusteella herätä. On kuitenkin huomattava, miten osa tiedontarpeista oli vaikeasti sanoitettavia tai hyvin laajoja, jolloin tietoa haetaan esimerkiksi kroonisesta sairaudesta.

Taulukko 3 Tiedontarvekysymykset

Kysymys	Määrä
Mitä	11
Miten/kuinka	2
Miksi	1
Milloin	2
Kuka	2
<i>Yhteensä</i>	<i>18</i>

Luonnollisesti eniten esiintyi mitä-kysymyksiä, joiden tulkitsin olevan ”*Mitä tämä on?*” -tyyppisiä. Näitä oli huomattava osa kaikista haastatteluista tunnistamistani kysymyksistä. Tässäkin kohtaa on pidettävä mielessä aiemmin mainittu pohdinta critical incidents-tavan ohjaamasta ajattelusta. Muut kysymystyyppit jakaantuivat tasaisesti, esimerkiksi *kuinka edetä tilanteessa, milloin hakeutua lääkärille, kuka olisi paras lääkäri tähän vaivaan?* Kysymystyyppien jaottelu oli varsin selkeä seuraus siitä, minkä luontoista tietoa terveydestä halutaan löytää: selvyyttä johonkin vaivaan tai sairauden hoitoon (taulukko 1).

Niin sanottuja psykologisia taipumuksia pyrin pinnallisesti kartoittamaan Savolaisen teemahaastattelurungosta löytyneen arviointitaulukon pohjalta: vaihtoehdot tiedonhankintaan suhtautumiseen olivat optimistisesti, varovaisen optimistisesti, välttelevästi tai

pessimistisesti. Neljä haastateltavaa suhtautuivat tilanteeseen, jossa kokevat tarvitsevan-
sa terveyteen liittyvää tietoa, ”varovaisen optimistisesti”, joista kaksi, 60-vuotias työtön
nainen ja 28-vuotias mies mainitsivat ”varovaisen optimistisen” lisäksi myös ”optimisti-
sen” suhtautumisen olevan mahdollista ja he pohtivat näiden kahden suhtautumisen vä-
liltä. Ainoastaan 20- ja 22-vuotiaat haastateltavat vastasivat suhtautuvansa tilanteeseen
”välttelevästi”, joskin 22-vuotias mies arvioi suhtautuvansa kevyempiin terveysaihei-
siin, kuten treenivinkkeihin, ”varovaisen optimistisesti”.

Selitykseksi ”varovaisen optimistiseen” suhtautumiseen olivat oma kokemus kyseessä
olevasta sairaudesta, oma kyky tulkita tiedon luotettavuutta ja usko siihen, että aiheesta
löytyy tietoa. Välttelevän suhtautumisen taustalla oli epäluotettavan tiedon määrä, var-
sinkin internetissä.

Kukaan ei tässä kohtaa oma-aloitteisesti viitannut omiin tiedonhankintataitoihinsa, vaan
arvioinnit perustuivat muihin mittareihin esimerkiksi edellä mainittuun omaan koke-
mukseen tai tiedon luotettavuuteen itsessään, ei niinkään toimijan omiin kykyihin suh-
teessa tietoon. Kysyessäni tarkemmin tiedonhankintataidoista, vastaukset olivat lyhyitä:

*V: Ihan niiku ykkönen tai kakkonen (optimistinen/varovaisen optimistinen,
tukilista X) että varmaa tietoa löytyy, mutta mä aattelin sillee että sille (ol-
kapääkipu) ei välttämättä voi tehdä sillee mitään*

H: Joo eli sä uskoit että sä pystyt sun taidoilla löytää tietoa . netistä

V: Joo

V: ... Varovaisen optimisti

*H: Joo eli susta . sä uskoit että sä tuut löytään siihen aiheeseen liittyvää tie-
toa*

V: Kyllä

Kuitenkin myöhemmin muun muassa alemman lainauksen haastateltava mainitsi ole-
vansa huono hakemaan tietoa internetistä. Lisää aiheesta seuraavan alaluvun loppupuol-
lella.

6.2 Terveysteen liittyvät tiedonlähteet ja tiedonhankinta

Käytettyjen lähteiden määrän laskemista tiedontarpeiden tapaan en pidä mahdollisena tai edes tarpeellisena. Lähteet ja kanavat eivät esiintyneet haastattelussa puhtaina, laskettavassa muodossa ja sen lisäksi haastattelussa oli käytössä ohjaava apulista: ”Tukilista 2”, jossa oli lueteltu mahdollisia lähteitä (liite 1). Tukilistan tarkoitus oli auttaa varsinkin haastattelun alussa, jossa haastateltava ei välttämättä ollut vielä täysin rentoutunut. Haastateltavan oli listaa apuna käyttäen kerrottava käyttämistään lähteistä. Listalla oli myös vaihtoehto ”muut lähteet”, mutta sitä ei valinnut yksikään haastateltavista.

Haastattelussa tarkasteltiin mitä lähteitä koetaan helpoimmiksi ja vaikeimmiksi terveysaiheisen informaation lähteiksi. Haastateltava sai ensin miettiä itse ja sitten katsoa listalta apua. Kaikkia vaihtoehtoja ”muut lähteet” lukuun ottamatta esiintyi haastateltavien puheissa. Koska kyseessä oli critical incidents-lähestymistapa, suurinta osaa puheessa esiintyvistä lähteistä oli itse käytetty ja koettu hyväksi. Kahdesti haastateltujen puheissa esiintyi arvelua, mitä lähdeitä he voisivat käyttää, jos heille tulisi terveyteen liittyvä pulmatilanne. Molemmissa tapauksissa maininnan sai internet, mutta ei tarkemmin mikään sivusto.

Terminä ”helpoin” tuli valituksi siksi, että se oli muotoiltavissa kysymykseksi. Sitä seurasi kysymys siitä, miksi nämä lähteet ovat helpoimpia. Yleensä puhe kääntyi lähteen arvioituun luotettavuuteen. Taulukkoa 4 voisi siis tarkastella myös helpoimpien lisäksi luotettavimpina lähteinä.

Taulukko 4 Helppoimmat lähteet terveystiedonhankintaan

Lähde	Määrä
Terveystiedon ammattilaiset	7
Työkaverit ja kollegat	3
Ystävät ja sukulaiset	5
Kirjat, lehdet, mainokset ja esitteet	1
Internet, sosiaalinen media	6
Kaupalliset lähteet, esim. hieroja	2
<i>Yhteensä</i>	<i>24</i>

Internetin kohdalla helppoimmissa lähteissä suurin osa maininnoista koski internetin muita sivustoja ja sosiaalinen media esiintyi vain kerran. Sen sijaan seuraavassa taulukossa (taulukko 5) kaikki maininnat internetistä koskevat sosiaalista mediaa. Sosiaalinen media olisikin kannattanut erottaa omaksi kohdaksi, jotta ero olisi tullut selvemmin esille.

Selvästi suosituin ja luotetuin lähde on lääkäri, yhdessä maininnassa sairaanhoitaja. Lääkäreistä haastatetuille ei kuitenkaan kelvannut ”kuka tahansa” vaan terveyskeskus tai yleislääkäriä pidettiin useissa maininnoissa huonona vaihtoehtona ja erikoislääkäri oli luotettavin taho. Arvioinnit lääkärien luotettavuudesta perustuivat pääosin omiin kokemuksiin, mutta ne esitettiin toteamuksina, kuin yleislääkäri olisi tunnetusti huono vaihtoehto. Tästä aiheesta jatketaan alaluvussa tiedonhankinnan esteet. Lääkäriin ja muiden hoitoalan ammattilaisten pitäminen ensisijaisena lähteenä on linjassa myös Savolaisen (1995, 159, 162) ja Tuomisen (1992, 80) tulosten kanssa. Tuomisen (mt.) haastattelututkimuksessaan lääkäri ja muut terveydenhuollon ammattilaiset olivat eniten mainintoja saanut lähde terveystiedonhankinnassa, mutta lääkäri ei kuitenkaan yksistään luotettava lähde, vaan hänen tutkimuksessaan haastateltavista kaikki olivat hakeneet tietoa useammalta lääkäriltä tai vaihtoehtoisista hoidoista. Lisäksi linjassa on myös se, miten terveyskeskuslääkäreitä, ainakaan yksinään ei pidetä luotettavana. (Tuominen 1992, 81.) Omassa tutkimuksessani esiintyi myös arviointeja siitä, miten lääkäriin ei välttämättä

haluta hakeutua, joten lääkäri ei ollut ainoastaan ja pelkästään ensisijainen lähde vaan se näyttäisi olevan myös vahvasti tilannesidonnainen. Esimerkiksi sairaseläkkeellä oleva haastateltava mainitsee:

*”... kyl mun täytyy sanoo et kun tällä hetkellä on niinku vaivaa ja vai-
vaa, en mä kauheen helposti lääkärin puheille mee koska et sit ku mä
meen niin mulla on monta asiaa [...] et kovin nytkin ois kysyttävää
mut en mä nyt kun mä oon just ollu mä oon kaks kertaa jo joutunu
oleen vähän aikaa sitten niin ei oikein helposti mee uudestaan lääkä-
riin lääkärin luo [...] ihan vaan sen takia et siel joutuu ramppaan niin
usein”*

Internet ei vuoden 1992 tai 1995 tutkimuksissa kerännyt lainkaan mainintoja (Savolainen 1995, Tuominen 1992). Sen vuoksi tilannesidonnaisuus nousi aineistostani esiin: yksittäisiin kysymyksiin on helpompi hakea tietoa internetistä, kun ennen vaihtoehtona olivat pääasiassa sukulaisten ja lähipiirin lisäksi vain kirjastot:

*”Siis vuonna -86 niin silloinhan mä epäilin, että mulla on jotain vial-
la, silloinhan ei ollut internettiä, mä vaan tiesin että mulla on jotain,
mitään ei näkynyt, mitään ei ollut niinku mut mä tiesin et mulla on nyt
jotain vialla ja sittenhän mä kävin kirjastossa lukemassa aina lääkä-
ri(-kirjoja/-lehtiä) että mikä sairaus mulla vois olla”*

Sen sijaan omassa tutkimuksessani, vuonna 2018, toiseksi suosituin terveystiedonhan-
kinnan lähde on internet. Sosiaalinen media tai foorumit eli keskustelupalstat mainittiin
jokaisessa haastattelussa. Kahta poikkeusta lukuun ottamatta, niitä ei kuitenkaan pidetty
luotettavana terveystiedon lähteenä. Poikkeuksia olivat vertaistukifoorumi ja muiden
kokemusten etsiminen. Alla olevat lainaukset ovat kahdesta eri haastattelusta, jossa
ylemmässä pitkäaikaissairas kertoo sairaushistorian alkupäässä käyttämästään foorumis-
ta ja jälkimmäinen nuoren naisen maininta keskustelupalstojen käytöstään. Aiheesta
jatkan lisää myöhemmin.

*”- ja sitten oli tämmönen foorumi, siihen aikaan oli tällänen kilpirau-
hasfoorumi ja siellä mä kävin aina lukemassa eli siellä oli ne sairas-
tuneet kerto mitä heidän kokemuksiaan ja oireitaan ja sitten mä olin*

siellä ja aika tiiviisti kävin niitä lukemassa siellä ja täähän on ihan mitä mulla on ja tämmöstä tää just on eli se oli tosi tärkeä juttu”

”No mä kyllä aika usein käyn vielä senkin jälkeen, jos mä oon saanut jonkun diagnoosin niinku lukeen just ihmisten kokemuksia keskustelupalstoilta tai jotain tämmöstä”

Myös ystävät ja sukulaiset nousivat esiin usein mainittuna lähteenä. Esimerkiksi puheessa esiintyivät anoppi, äiti ja lääkäri-isä. Näyttäisikin siltä, että läheinen on tiedonhankijaa iältään vanhempi. Kuten myöhemmin huomataan, läheisistä lähteeksi ei kuitenkaan kelpuuteta ketä tahansa, erään haastattelun puheessa sukulaiset kuuluivat hyviin sekä huonoihin terveystiedon lähteisiin.

Muut lähteet jakautuivat maininnaltaan 1-3 mainintaan ja olivat usein oman kokemuksen kautta hyväksi todettuja. Esimerkiksi osteopaatti oli auttanut autonkuljetustyötä tekevää miestä, joten hänen luotettavin lähteensä selkävaivoissa oli tämä kaupallinen toimija:

”No toi on aika hyvä toi kaupalliset lähteet, kun mulla on vaki-osteopaatti, jolta esimerkiks kysyin, kun kävi töissä semmonen et selkä venähti niin kysyin sitten osteopaattikäynnillä häneltä niinku että tunnetko siellä selässä mitään kun lääkäri ei osannu sanoa niin se tunsu heti että tota oikeanpuoleisen selän lihaskalvo on tota ihan revenny niin se tunsu sen [...] Niin siltä kysyin ja sit viestillä kysyin et onko tähän niinku mitään hoitoo”

28-vuotiaalle miehelle työtoverit ja kollegat olivat vaihtoehto lähteeksi, varsinkin jos kärsittiin samasta vaivasta. Työtoverit ja kollegat mainittiin myös hyvänä lähteenä, jossa tärkeää tai mielenkiintoista terveystietoa saatetaan saada sattumalta ”kahvipöytäkeskustelun” kautta. Terveystiedonhankinta näyttääkin olevan aktiivisen tiedonhankinnan lisäksi myös passiivista toimintaympäristön seurantaa, jonka myös Savolainen on arkielämän tiedonhankinnan mallissaan tunnistanut. Elämänhallinnan tyypit esiteltiin luvussa 4.3.

Wilson (1999) on informaatiokäyttäjytymisen mallissaan jakanut tiedonhankinnan neljään tapaan: passiiviseen tarkkailuun ja hakuun, aktiiviseen hakuun ja jatkuvaan hakuun. Jokaista näistä tiedonhankinnan tavoista oli tunnistettavissa haastatteluaineistosta,

voi siis tulkita, että terveystiedonhankinta on hyvin moninaista ja lisäksi se on osin myös jatkuva prosessi. Passiivista toimintaympäristön seuranta esiintyi edellä mainitussa työpaikan kahvipöytäkeskustelussa, jossa haastateltava kertoi saaneensa mielenkiintoista terveystietoa sattumalta, passiivista hakua tapahtui, kun pitkäaikaissairas sai etsiessään tietoa sairaudestaan tietoa myös magneettikenttähoidoista ja innostui tutkimaan niistä lisää sairaudestaan erillisenä kiinnostuksenkohteena. Aktiivista hakua oli eniten tunnistettavissa, koska sitä esiintyi, kun haettiin tietoa äkilliseen tai uuteen vaivaan ja jatkuva haku oli migreenipotilaan ja pitkäaikaissairaana tiedonhankinnan tapa, jossa kroonistuneesta sairaudesta haettiin tietoa muun muassa uusista hoitomuodoista.

Taulukko 5 Vaikeimmat lähteet terveystiedonhankintaan

Lähde	Määrä
Terveystiedonhankinnan ammattilaiset	2
Työkaverit ja kollegat	1
Ystävät ja sukulaiset	2
Kirjat, lehdet, mainokset ja esitteet	2
Internet, sosiaalinen media	5
Kaupalliset lähteet, esim. hieroja	1
<i>Yhteensä</i>	<i>13</i>

Vaikeita lähteitä mainittiin huomattavasti vähemmän verrattuna helppoihin lähteisiin. Taulukoita 4 ja 5 ei voida vertailla suoraan datan perusteella, koska esimerkiksi ystävät ja sukulaiset esiintyivät erään haastateltavan puheessa molemmissa kategorioissa: helpo ja vaikeana lähteenä tilanteessa, jossa haastatellulla oli sukulainen, joka ei ollut terveydenhuollon ammattilainen, mutta johon haastateltava luotti terveysasioissa. Saman haastattelun aikana hän kuitenkin mainitsi, että hän ei luota muihin sukulaisiinsa terveysasioissa. Myös vaikeimpien lähteiden taulukossa internet keräsi huomattavasti mainintoja. Internetiin pureudutaan tarkemmin tämän alaluvun loppupuolella. Tarkastellaan kuitenkin ensin lähteiden ja –kanavien valintaperusteita.

Taulukko 6 Valintaperusteet

Peruste	Määrä
Tottumus	2
Vaivattomuus	5
Sisältö helppo ymmärtää	2
Asiantunteva ja tarjoaa lisätietoa	2
Lähde on mielestäni luotettava	5
Taloudellisuus	1
Sisällön viihteellisyys	0
<i>Yhteensä</i>	<i>17</i>

Lista on koottu Savolaisen (1995) tutkimuksen pohjalta. Eniten mainintoja keräsivät luotettavuus ja vaivattomuus. Vaivattomuus tarkoitti lähteen olevan helposti saavutettavissa ja luotettavuudesta oli monia arviointeja. Savolaisen arkielämän tiedonhankinnan mallissa kanavien ja lähteiden käyttökelpoisuus arvioidaan tuttuuden ja tiedon vaikuttavuuden avulla. Tulokset ovat hieman ristiriidassa omieni kanssa, varsinkin jos niiden katsoo tarkoittavan samaa kuin ”tottumus” ja ”tarjoaa lisätietoa”. Huomioisin tässä kohdalla kuitenkin otokseni pienuuden ja kohdan ”*lähde on mielestäni luotettava*”, joka oli suurimman osan haastateltavista valinta. Muut saattavat jäädä sen varjoon. Seuraavaksi kuitenkin pyrittiin kartoittamaan, mikä tekee lähteestä luotettavan. Lähteiden epäluotettavuutta tarkastellaan tämän kappaleen viimeisessä alaluvussa 6.4.

Lähteiden luotettavuutta arvioitiin muun muassa lähteitä yhdistelemällä; jos informaatio oli eri lähteissä samankaltaista, sen arvioitiin olevan luotettavaa. Tällainen luotettavuuden arvioinnin tapa esiintyi kolmessa haastattelussa. Sana ”skeptisyys” esiintyi terminä kahdesti. Luotettavuus saattoi myös liittyä lähteen alkuperään.

H: tarkistaksä jotenkin sen lähteen taustoja

V: En, en tarkista [...] Koska se tekee sen siellä siis koska ne (kilpirauhasyhdistys) järjestää (kilpirauhas)yhdistyksessä järjestetään esi-

merkiksi lääkäriluentoja, ravintoluentoja plus erilaisia myös tähän myös ihan viihdykettä teatterikäyntii, nää on tärkeitä asioita potilaille tai asiakkaille sanotaanko näin niin tota kyllä se tieto aina tarkistetaan sitten siellä, että se mitä siellä kuulee ja ne on niitä omia omia kokemuksia

Kukaan ei maininnut mitään sisällön viihteellisyydestä. Viihteellisyys oli tässä kohtaa muutenkin vaikeasti sovellettavissa, koska kaikki haastateltavat kertoivat pääosin vain vakavista sairauksista, joihin viihteellisyys harvoin liittyy. Sen sijaan esimerkiksi kahden haastateltavan puheissa esiintyneet liikuntavinkit voisivat hyvinkin olla viihteellisen sisällön sarjaan kuuluvia, mutta eivät nousseet haastattelussa enää tässä kohtaa esiin.

Internet esiintyi molemmissa kategorioissa, sekä helppona että vaikeana, terveystiedon lähteenä. Internet vaikuttaa haastattelujen perusteella olevan joustava terveystiedon lähde, joka esiintyy usein jossain kohtaa tiedonhankintaa ja sen käyttö riippuu tilanteesta: jos tilanne on akuutti, siirryttiin suoraan terveydenhuollon ammattilaisen pariin tai jos ei, niin saatettiin katsoa ensin internetissä (3). Välillä internetiä käytettiin vasta muiden lähteiden jälkeen tai niiden välissä: eräässä tapauksessa ystävien kanssa käydyn keskustelun jälkeen, mutta ennen lääkärille hakeutumista. Haastateltava mainitsi internetin myös ennen lääkärikäyntiä:

” [...] ja sitte tietää jo vähä mitä sanoo siellä lääkärin pakeilla, että ei mee sinne ihan että mun päätä särkee että ku se kysyy ne samat kysymykset et osaa vähän ohjata sitä että sinne suuntaan ”

Kuten johdantoluvussa mainittiin, on internet muuttanut potilaan asemaa ja vaikuttamismahdollisuuksia terveyteen sekä sairauksien hoitoon. Tan & Goonawardene (2017) artikkelissaan tutkivat, miten potilas-lääkäri suhde (*patient-physician relationship*) on muuttunut internetin myötä ja miten sillä on positiivisia vaikutuksia muun muassa potilaan hoitoon sitoutumiseen, varsinkin jos potilas keskustelee internetistä lukemastaan lääkärin kanssa. Myös potilaan ja lääkärin aiempi suhde vaikutti siihen, onko etukäteen hankitusta terveystiedosta positiivisia hyötyjä. (Tan & Goonawardene 2017.)

Lisäksi haastatteluissa esiintyi samankaltaisuutta muun muassa internetissä käytetyistä sivustoista: Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin verkkosivusto mainittiin neljässä

haastattelussa, lisäksi ”keskustelupalstat” esiintyivät neljässä haastattelussa. Keskustelupalstat esiintyivät useammin negatiivisessa mielessä:

”[...] siis internetistähän mä haen täsmätietoa ja sieltä tulee Duodecimin sivut ja sitte joku lääkesivustot ja tommoset”

”No, esim Terveyskirjasto (Duodecimin hallinnoima sivusto) on semmonen sivusto mikä on niinku ammattilaisten luoma, mutta joku suomi24 niin ei, ei oo tai se klassinen vauva.fi niin niistä ei oikeastaan kannata ottaa ees prosentillista haaviin koska ne on todennäköisesti täyttä [...]”

Keskustelupalstat negatiivisesta suhtautumisesta huolimatta näyttävät olevan tunnettuja, mutta niiden mainetta saatetaan pitää huonona ja tämä saattaa vaikuttaa vastaajien käyttäytymiseen. Aiemmassa kappaleessa esiintynyttä kahta lainausta lukuun ottamatta keskustelupalstoja ei ainakaan myönnetty käytettävän tiedonlähteenä:

V: [...] juuri keskustelupalstat kun ihmiset keskustelee et niinku ne voi olla aika paljon harhaanjohtavia kyllä

H: käyksi kuitenkin kattelemassa niitä et onks ne yks semmonen sun lähde

V: ei, en käy et joskus on vaan vahingossa, kun on etsinyt tietoa on eksynyt sinne että aijaa mitäs täällä keskustellaan aiheen

Internetistä yleisin tiedonhankinnan tapa oli ”googlaus”. Kaikki alla olevat lainaukset ovat eri haastatteluista:

”Siis mähä kirjotan vaan googleen [naurahdus]”

”No kyllä se vaan on näin [naurahtaa] kyllä se on, kerran google tietää kaiken mitä pitää tietää”

”Mä en menny minnekään lääketieteellisille sivuille, mä vaan googletin sen vaivan”

”Googlen kautta”

Google on ennen kaikkea kaupallinen toimija, joten sen pitäminen vain ja ainoastaan luotettavana hakukoneena on sinänsä harhaanjohtavaa. Googlen kanssa ongelmana näytti olevan myös sen toimintalogiikan ymmärtämättömyys.

*V2: [...] eli jos sä googlaat jotain niin et sä niitä sivuja rupee rullaan
sinne loppuun asti vaan ne on, ne ensimmäiset mitä luetaan*

VI: Niin siinä tulee ne osuvimmat

Googlen käyttämä algoritmi ei itsessään tai pelkästään tuo esiin osuvimpia lähteitä, vaan hakutulokset järjestetään monien, meille myös tuntemattomien, toimintalogiikoiden avulla (esim. Baeza-Yates & Ribeiro-Neto 2011, 27). On kuitenkin huomattava, että Google on myös toimiva tiedonhankintakanava:

H: Löysiks sä sieltä internetistä (googlen kautta) jotain tietoa

V: Löysin, semmosta et mä niinku eliminoin, että pystyin itse eliminoimaan, että mulla ei varmaan oo sydäimestä johtuvaa [...] Mut että niiku sieltä sai jonkinlaista osviittaa et täytyykö olla huolissaan, pitääkö heti tilata lääkäri

Internetistä koettiin kuitenkin pääasiassa olevan vaikeaa löytää tietoa. Internetin tietoa piti ”pureskella” tai se koettiin olevan ”vaikeasti ymmärrettävää”. Ainoastaan 28-vuotias mies oli sitä mieltä, että internetistä on helppo löytää tietoa ja yksi haastateltava ei ottanut kantaa asiaan. Haasteiksi koettiin a) tiedonhankintataitojen puutteellisuus internetissä ja b) tiedon luotettavuus sekä c) internetissä olevan informaation vaikea ymmärrettävyys tai sen yleisluontoisuus. Edelleenkin on huomattava, että kyse on pienestä otoksesta, joten edellä mainitut huomiot koostuvat vain muutamista haastatteluista.

6.3 Terveysteen liittyvän tiedon käyttö

Lähdin luokittelemaan tiedon käyttöä Sense-making konseptin ”apu”-kategorioiden pohjalta. Huomasin kuitenkin pian, etteivät kategoriat sellaisenaan sopineet terveystiedon käsittelyyn. Taulukossa esitellyt toiminnat pohjautuvatkin vain löyhästi Sense-making-konseptioon.

Taulukko 7 Tiedonkäyttö toimintana

Toiminta	Määrä
Suunnan löytyminen (hakeutui ammattilaiselle)	5
Ymmärryksen lisääminen	2
Käsitysten vahvistaminen	2
Rauhoittuminen, rentoutuminen	1
Motivaation löytäminen	2
Ei muutosta	2
<i>Yhteensä:</i>	<i>14</i>

Haastatteluissa eniten esiintynyt kategoria oli ”lääkäriin hakeutuminen”, joka löytyy taulukosta ”suunnan löytymisenä”. Tässä kategoriassa tiedonhankinnan voi katsoa joutaneen oikealle ammattilaiselle hakeutumiseen. Hakeutuminen ammattilaiselle tarjosi avun tiedonhankkijan ongelmaan, kun hän tietoa hankkimalla löysi suunnan, mihin lähteä saadakseen ongelmaansa apua. Tämä ei kuitenkaan aina ollut suoraviivaista. Tässä tutkielmassa esiintynyt lainaus siitä, miten apu löytyi vasta erikoislääkäriltä, on esimerkkinä tämänkaltaisesta tilanteesta. Osassa tapauksista tiedonhankinta oli vielä kesken: hakeuduttiin uudelleen lääkärille, mutta tilanne ei ollut haastattelun aikana vielä täysin ratkennut. Tällöin lääkäri on katsottu vain yhdeksi tiedonhankinnan kanavaksi. On myös huomattava, ettei tiedon käytön tulos ole välttämättä sairaudesta paraneminen, esimerkiksi kroonisten sairauksien kanssa elämään oppiminen on tiedon käyttöä, näin oli myös Savolaisen tutkimuksessa (1995, 162).

Tuomisen (1992, 84) ”apu-konseptiossa” eniten tunnistettiin rauhoittumisena ja rentoutumista sekä suunnan löytämistä. Tuominen tulkitsee rauhoittumisen ja rentoutumisen tilana, jossa pitkäaikaiseen sairauteen oli löydetty parannuskeino ja se oli lakannut vaamasta. Itse en tunnistanut kuin yhden maininnan rauhoittumisesta ja rentoutumisesta. Sen sijaan linjassa oli suunnan löytäminen, joka on varmasti yleisin apu-kategoriaksi

tunnistettava tiedonkäytön tapa mitä tulee terveystekstiin terveystekstien luonnon perusteella tulkiten.

Muut toiminnat saivat 1-2 mainintaa. Ymmärryksen lisääminen ja käsitysten vahvistaminen sekä ei muutosta toiminnassa esiintyvät kaksi kertaa. Kahden ensin mainitun ero löytyy siitä, miten ymmärryksen lisäämisessä saatettiin hakea tietoa sairauksista, joita ei itse tuntenut tai jotta voitaisiin ohjata keskustelua lääkärissä. Sen sijaan käsitysten vahvistaminen tarkoitti lisätiedon tai vahvistavan tiedon hakemista jostakin, mistä tiedonhankkijalla oli jo tietoa tai käsitys. Tällaista esiintyi esimerkiksi migreenistä kärsivän haastateltavan puheessa:

H: Joo hmmm . pysytään vielä tässä migreenissä ää kun sä löysit internetistä siihen tietoa niin miten se autto sua tai jos ei se auttanut niin miksei

V: No se ehkä vahvisti sit taas sitä mitä mä olin ihmislähteeltä kuullu, niin se vahvisti taas sitä tietoa ja käsitystä asiasta

Kaksi haastateltavaa kokivat, ettei heidän tiedonhankintansa johtanut mihinkään eikä auttanut heitä.

H: öö onks sun oma toimintatapa muuttunut sen tiedon saamisen jälkeen joko tässä tilanteessa, kun sä oot hakenu muita varten tai sit omasta

V: äää no ei oo, ei oo

Luultavasti tiedonhankinnalla oli jotakin muutoksia, esimerkiksi tunnetilana, mutta haastateltava ei tullut pohtineeksi aihetta. Ehkä haastattelun rakenne tai minä haastattelijana en ohjannut sellaiseen pohdintaan tai sitten haastateltavat todella kokivat, ettei saatu tietoa muuttanut heidän toimintaa tai ajatusmaailmaansa lainkaan.

Motivaation löytäminen liittyi tiedonhankkijan aktiiviseen toimintaan kuntosaliharrastuksesta edistääkseen; molemmat haastateltavat etsivät uusia liikkeitä, mitä voisi kuntosalilla suorittaa, jotta harrastus pysyisi edelleen kiinnostavana ja kehittäväenä.

Kolme haastateltavaa kokivat, että internetistä oli helppoa löytää riittävästi tietoa. Kroonisesti sairas kertoi myös internetistä olevan helppoa löytää kokemuksia sairauden kans-

sa elämisestä. Internetistä oli siis löydettävissä haastateltavaa tyydyttävää tietoa ja ver-
taistukea. Suurin osa haastateltavista, myös aiemmin helpoksi internetiä luonnehtivista,
kuitenkin mainitsi haasteista, joita internetissä olevaan tietoon liittyy. Niitä ja muita
tiedonhankinnan haasteita ja esteitä käsitellään tarkemmin seuraavassa, analyysiluvun
viimeisessä alaluvussa.

6.4 Terveyteen liittyvän tiedonhankinnan haasteet ja esteet

Teemahaastattelun viimeinen, neljäs teema, liittyi terveyteen liittyvän tiedonhankinnan
haasteisiin ja esteisiin. Taulukossa 8 on luokiteltu haastatteluissa esiintyneitä haasteita.

Taulukko 8 Tiedonhankinnan haasteet

Haaste	Määrä
Tieto liian yleisluontoista	3
Tietoa on liikaa	2
Tietoa on liian vähän	1
Tiedon luotettavuutta on vaikea arvioida/ tieto on epäluotettavaa	3
Tieto on pelottavaa	2
Muut ongelmat (teknologia, tiedonhankintataidot)	3
<i>Yhteensä:</i>	<i>14</i>

Hieman muita mainintoja useammin esiintyi tiedon yleisluontoisuus, varsinkin interne-
tissä. Haastateltavat kokivat, ettei tietoa voi soveltaa juuri heidän vaivaansa:

*”.. jaa-a nyt millasias ongelmia mä oon kohdannut . ehkä semmonen
jos on ihan täsmällinen joku tietty yksityiskohta niin ehkä on vaikee
löytää just siihen eli et tää on enemmän yleisluontoista”*

V: No se just et jos ei vaan löydy mitään niinku omaa ongelmaa kuvaavaa ..

H: [...] oisiksä niiku toivonut et sä oisit löytäny enemmän tietoa . tai erilaista tietoa

V: No erilaista tietoa joo.

H: Okei, voiksä vähän kuvailla et millä tavalla erilaista

V: No ehkä vähän tota tarkemmin justiiinsa tähän mun vaivaan liittyvää

Tiedon yleisluontoisuus tiedonhankinnan haasteena tuli esille myös Tuomisen (1992, 84) tutkimuksessa, jossa tutkittiin ”kirjallista tietoa”. Kirjallinen tieto viitanee kirjoihin ja julkaisuihin, mutta katson kirjallisen tiedon sijaitsevan nykyään myös internetissä.

Tiedon epäluotettavuus ja sen luotettavuuden arvioinnin vaikeus nousivat esiin, erityisesti internetin kohdalla. Lainaukset ovat kahdesta eri haastattelusta:

”No ei tossa just oikeen oo muuta paitsi se, että miettii aina että kuinka luotettavaa se tieto on”

” .. no varmaan varmaan se yks on se että ei löydä sitä ehkä luotettavaa lähdeittä niinku ihan heti et siellä on vähän kaikenlaisia eri risteeviä . juttu(ja) mielipiteitä . joten se on vähän vaikee sanoo et mikä on sitte niiku luotettava”

Viimeinen haaste, muut ongelmat, piti sisällään kolmenlaisia haasteita: eräs haastateltavista arveli internetin puutteen voivan vaikeuttaa terveyteen liittyvää tiedonhankintaa, mutta totesi ettei itse kärsinyt siitä, 60-vuotias haastateltu totesi vaikeudeksi tietyille sivuille pääsyn olevan vaikeaa rekisteröitymisen vuoksi sekä tiedon löytämistä hankaloittavan hänen heikot ”googletustaitonsa”, jotka tulkitsin tiedonhankintataidoiksi. Kaksi jälkimmäistä mainintaa sulautuvat osaltaan yhteen, mutta laskin ne kahdeksi eri haasteeksi, koska haastateltu kertoi niistä eri asiayhteydessä.

” Joo. Et mä en oo mikään ammattilainen siis mä en oo mikään ammattigooglettaja [naurahdus] sillai että mä en oo ihan haka noissa hommissa”

Wilson (1999) on informaatiokäyttämisen mallissaan ottanut esiin yhtenä näkökulmana juuri tiedonhankinnan taidot, jotka ohjaavat tiedonhankintaa jopa niin voimakkaasti, että tiedonhankinnasta saatetaan luopua, jos ei riittävästi luoteta omiin tiedonhankintataitoihinsa. Silti kysyttäessä omista tiedonhankintataidoista, eivät haastattelutarttuneet niihin pohtiakseen niiden merkitystä. Ylempi ”ammattigooglettaja”-lainaus on samasta haastattelusta kuin luvun 6.1 lopussa esiintynyt lainaus, jossa haastateltava arvioi tiedonhankintataitonsa olevan hyvät. Joko näillä ei nähdä yhteyttä tai en avannut termiä ”tiedonhankintataidot” riittävästi tai sen laaja tulkinta ohjasi siinä kohtaa haastattelua ajattelemaan eri tavoin. Voi myös olla, että vastaaja alkoi vasta jälkikäteen ajatella, että hänen tiedonhankintataitonsa nimenomaan internetistä ovat heikot.

Tiedonhankinnan esteet jaoin kahteen: tiedonhankinnan tai informaation välttelemiseen ja tiedonhankinnasta luopumiseen. Näiden luokkien ero on siinä, että ensimmäisessä tiedonhankintaa ei aloiteta ja toisessa siitä luovutaan kesken hankintaprosessin. Osan haastateltavissa puheista esiintyi vain toinen näistä, osalla molemmat. Vain yksi haastateltavista, 28-vuotias mies, ei muistanut tilannetta, jossa olisi vältellyt tai luopunut terveysaiheisen tiedon hankinnasta.

H: [...] nii ooksä joskus luopunut tiedonhankinnasta tai vältellyt tiedonhankintaa niiku terveyteen liittyissä aiheissa

V: .. noo . eeen varmaan [...] nii no kun riittävän kauan joku vaivaa niin kyllä sitä nyt täytyy (hakea tietoa)

Taulukko 9 Tiedonhankinnan esteet

Este	Määrä
Tiedonhankinnan vältteleminen	4
Tiedonhankinnasta luopuminen	3
Ei kumpaakaan	1
<i>Yhteensä:</i>	8

Tiedonhankinnan välttelemistä esiintyi yhden maininnan verran enemmän kuin tiedonhankinnasta luopumista.

V: [...] ja onhan mulla ystäviä jotka on aina tuputtaakin jopa tietoa ja hyviä ohjeita mutta mä koen voimakkaasti niinku sen että mä itte tiedän parhaiten mä oon vuosien mittaan tän saanu taistelussa tuulimyllyjä vastaan . saanu sellasen itseluottamuksen

H: sanoksä näille ystäville sit jotenkin et sä et halua kuulla vai annat-sä vaan mennä toisesta korvasta sisään ja toisesta ulos vai

*V: No kyllä mä saatan joskus vähän sanookin sitten et hei kuule mä oon kolkyt vuotta sairastanut tätä että ne ei yleensä ihmiset ei tajua tätä asiaa että mä oon aika nuorena sairastanut ja elänyt sen kanssa koko ajan [...] joo en mä siis jos on tämmösiä vuodatuksia tai tämmösiä et aletaan tai tämmösiä niin en mä jaksa sellasia kuunnella
[nauraa]*

Yllä oleva lainaus oli ainoa, jossa viitattiin internetin ulkopuolisten lähteiden välttelyyn. Kroonista sairautta sairastava ei halunnut kuulla läheisiltään ohjeita, vaan koki itse tietävänsä parhaiten. Lisäksi haastateltava ei halunnut kuulla muiden sairastuneiden ”vuodatuksia”. Esimerkiksi Sairanen ja Savolainen (2011) tunnistivat tämän kaltaista välttämiskäyttäytymistä: motiivi voi olla joko halu välttää negatiivisia tunteita tai itselleen sopimatonta informaatiota. Tässä haastattelussa kyse voisi olla ensimmäisestä, koska haastateltava vaikutti turhautuvan muiden ”neuvoihin” tai ”vuodatuksen”.

Muut kokemukset liittyivät internetiin:

*V: Mä en nyt kaikkea kaikkia kaikkia sairauksia viitti käydä katso-massa siellä et ne voi kyl olla et ne voi olla et ei oo kivaa luettavaa
mut*

H: Joo se on sun oma valinta et ei

V: Joo

Haastateltava oli valinnut olla hankkimatta lisätietoa sairauksistaan. Tietoista terveystiedon torjumista esiintyi myös Tuomisen (1992, 84) tutkimuksessa ja Sairasen ja Savolaisen (2011) artikkelissa.

V: [...] kerran kun oli jotain särkyä jossain . olikohan mahan alueella tai jotain ja sit lähti googlaan sitä niin ainahan sieltä tulee sitte ensimmäisenä että joo sulla on neljä syöpää mahassa että että ei ei, on ruvennu vältteleen sitä googlausta että ei se tota ..

Haastateltava on aiemmista kokemuksistaan johtuen alkanut vältellä tiedonhankintaa internetistä. Muista haastatteluista poiketen yllä oleva lainaus esiintyi haastattelun alussa.

V2: On kyllä varmaan molempia käyny et jos ei niinku löydy mitään hyvää vastausta niin ei sitä sitten jatka enempää ja sitten jos se ei vaan niinku tuu aloitettua vaikka niinku pitäis tai haluais

V1: Joo just niinku jonkun pienen vaivan kanssa niin ei sitä rupee sitte ettimään kun tietää melkein jokin mitä se on just ollu niinku aikasemmin

V2: Varmaan just toi sama että ei oo niin iso ongelma että käyttäis aikaa mihkään googlailuun

Haastateltavat kertoivat sekä välttelystä että tiedonhankinnasta luopumisesta. Välttely perustui siihen, että tiedontarvetta ei koettu tarpeeksi merkittäväksi, jotta käytettäisiin aikaa tiedonhankintaan. Tätä taipumusta voidaan tarkastella vähimmän vaivan teorian kautta, jonka mukaan yleistä on omaksua tapa, joka on vähiten kuluttava. Koska tilanteekijät (sairauden laatu) eivät vaadi nopeita toimia, voidaan tukeutua aiempaan tietoon ("rupee sitten ettimään kun tietää melkein jokin mitä se on just ollu niinku aikasemmin"). Myös alemman koulutuksen omaavilla Savolaisen (1995, 186) tutkimuksessa oli tyypillistä tukeutua lähteisiin, joka on helposti saavutettavissa.

Tiedonhankinnasta luopumista esiintyi haastateltavien puheissa myös.

"No voi olla et jos mä en oo löytäny tyydyttävän tasosta tietoa sieltä niin sit mä oon lopettanut sen hakemisen etsimisen"

H: Joo entäs sit jos sä oot niiku alottanut mut sit sä oot lopettanu kesken niin onks siinä ollu millasia motiiveja tai syitä tai tuntemuksia

V: No se just et jos ei vaan löydy mitään niinku omaa ongelmaa kuvaavaa .. [...] just semmosta että tai sit voi löytyä semmosta mitä vaan ei usko että ei tää nyt voi olla ihan näin

Lainaukset ovat kahdesta eri haastattelusta. Tiedonhankinnasta luopumisen motiiveja oli kahdenlaisia: tieto ei ole ollut riittävää tai sitten se on vaikuttanut epäluotettavalta. Yleinen tunne näiden yhteydessä oli turhautuminen, joka on linjassa Sairasen ja Savolaisen (2011) artikkelin kanssa.

7 YHTEENVETOA JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

Tässä pro gradutyössä tutkittiin keskiasteen tai alemman tutkinnon suorittaneiden terveystiedonhankintaa. Ensimmäinen alakysymys tutkielmassani on: *millaisia terveyteen liittyviä tiedontarpeita kohderyhmällä on?* Seitsemän haastateltavaa toivat esiin yhteensä 18 terveyteen liittyvää aihetta, jotka kahta lukuun ottamatta olivat vakavia sairauksia. Eniten aiheista kuului luokkaan uusi sairaus tai oire (6) ja sairauden hoito tai vaihtoehtohoidot (6). Haastateltavien vähäisen määrän vuoksi aiheperusteinen luokittelu on vain suuntaa antava katsaus tiedontarpeiden moninaiseen kirjoon. Tiedontarvekysymyksissä esiintyi eniten mitä-kysymyksiä (11), kun muut kysymystyypit saivat vain 1-2 mainintaa. Tiedontarpeita tutkittaessa on otettava huomioon critical incidents-lähestymistavan ohjaavuus tilanteisiin, jotka ovat pysäyttäviä ja jäävät näin ollen mieleen. Silloin luonnollisin kysymys mitä terveysaiheista nousee, on: *mitä tämä on?* kuten myös se, että suurin osa haastatteluissa käsitellyistä aiheista olivat vakavia sairauksia.

Suhtautuminen tiedonhankintaan oli pääosin varovaisen optimistista (4). Kuitenkin kaksi haastateltavaa valitsivat myös optimistisen suhtautumisen mahdollisuuden sekä kaksi valitsivat välttelevän tai pessimistisen. Koska tutkimusjoukkoni on pieni, ei aineistosta voi tehdä yleistäviä päätelmiä. Siitä huolimatta nostan esiin sen, miten molemmat välttelevän tai pessimistisen valinneet olivat iältään haastatteluaineiston nuorimpia. Uudessa Huvilan ja muiden (2018) artikkelissa tarkasteltiin iäkkäämpien suhtautumista terveystietoon internetistä. Ainakin oman aineistoni perusteella myös nuorempi ikä yhdessä demografisten tekijöiden kanssa voisi olla indikaattori välttelevälle käytökselle. Myös arkielämän tiedonhankinnan mallin mukaista elämäntavan tai elämäntilanteen vertaamista olisi mielenkiintoista tehdä tässä asetelmassa, mutta koska haastattelussa ei otettu riittävästi malliin kuuluvia aiheita esiin elämäntavan taustoittamiseksi, ei analyysia ole tästä aineistosta mahdollista tehdä. Sen sijaan kaksi haastateltavaa, jotka pohtivat optimistisen suhtautumisen mahdollisuutta, olivat 60-vuotias pitkäaikaissairas nainen ja 28-vuotias mies. Ensin mainittu mainitsi haastattelussa saaneensa itseluottamuksen tiedonhankintataitojaan kohtaan, koska oli sairastanut sairauttaan jo niin kauan. Ayers ja Kronenfeld (2007) kirjoittivat artikkelissaan miten kroonisesti sairaat hakevat muita yleisemmin onnistuneesti tietoa sairaudestaan internetistä; sen sijaan vastakkainen näkemys siitä, miten terveet hakevat tietoa enemmän ja miten heillä esiintyy vähemmän välttelykäyttäytymistä, näkyi Cottenin ja Guptan (2004) sekä Ekin ja Heinströmin

(2011) artikkeleissa. Koska näkemyksiä on useita, en voi pitää kroonista sairautta täysin suhtautumisen syynä, mutta sen mahdollisuus nousi haastatteluaineistosta tämän aiheen kohdalla esiin. Muutoin en löytänyt yhteyttä näiden kahden haastateltavan välillä; sellainen olisi tarvinnut vielä tätä syvemmän haastatteluotteen ja voisi olla myös mielenkiintoista tarkastella Savolaisen arkielämän tiedonhankinnan mallin kautta.

Pysähdystilanteista löytyi kaksi eniten mainintaa saanutta: ongelmallinen tilanne (8) ja tien puuttumistilanne (5). Näistä kahdesta nousee esiin terveystiedonhankinnan erityisluonne: Wilson (1999) on mallissaan tuonut esiin riski-palkinto-teorian, joka ohjaa tiedonhankintaa. Jos lähteen käsiin saaminen vaatii liikaa ponnisteluja, eikä hyödyistä ole varmuutta, saatetaan tiedonhankinnasta luopua. Riski-palkinto-teorian mukaan myös, vaikka lähde olisi helposti saatavissa, mutta hyöty koetaan pieneksi, ei sitä välttämättä lähdetä hankkimaan. Toisaalta taas, jos lähteen hyödyt arvioidaan suuriksi, voidaan olla valmiita ponnistelemaan lujastikin sen saamiseksi. Wilson (mt.) tuokin esiin tilannetekijöiden merkityksen, miten aikaresurssit tai tehtävän tärkeys, ohjaavat tiedonhankintaa tai siitä luopumista. Terveystieto istuu osin tähän teoriaan. Terveystiedonhankinnan erityispiirteeksi näkisin aineistoni perusteella sen, miten sairastuminen saattaa ohjata lukuisiin ponnisteluihin, vaikka onnistumisesta ei ole takeita tai aiemmat yritykset ovat päättyneet tuloksettomina. Tästä esimerkkinä on aiemmin tutkielmassa esiintynyt lainaus nuorelta naispuoliselta haastateltavalta, joka arvioi suhtautuvansa pääosin välttelevästi terveystiedonhankintaan ja kertoi sekä vältelleensä että luopuneensa tiedonhankinnasta. Kuitenkin hän osoitti sinnikkyyttä ja periksi antamattomuutta etsiessään tietoa kroonistuneeseen niska-selkäongelmaansa. Lisäksi tutkielmassa esiintyi lainaus, jossa 28-vuotias mies painotti, miten terveysongelmiin on aina lopulta haettava tietoa.

Aineiston perusteella voisi siis katsoa terveyden olevan aiheena vahvasti tilannesidonnainen, tiedontarvetta ei voida sivuuttaa, jos sairaus häiritsee normaalia arkea. Toinen useissa lainauksissa esiintynyt pitkäaikaissairas on koko sairautensa ajan vuodesta 1986 etsinyt aktiivisesti tietoa sairauteensa liittyen ja omasta tahdostaan ja vaikutuksestaan kokeillut 1990-luvulla lääkettä, joka sittemmin kiellettiin. Hänkin on osoittanut pitkäjänteisyyttä, mutta erityisesti myös vahvaa uskoa omaan arviointikykyynsä mitä tulee tiedonhankintaa. Riski-palkinto teorian ei voida siis katsoa yksioikoisesti pätevän terveystiedonhankinnassa.

Eräs aineistosta noussut erityispiirre oli tiedonhankkijan poikkeuksellinen tiedonhankintakäyttäytyminen verrattuna aiempaan suomalaiseen tutkimukseen. Kimmo Tuomisen (1992, 78) haastattelututkimuksessa esiintyi muita varten hankittua terveystietoa; mielenkiintoista onkin, että hänen tutkimuksessaan tietoa hankittiin oman lapsen, vanhemman tai aviopuolison terveydestä. Tutkielmassani haastateltava haki tietoa muiden tilanteesta lisätäkseen omaa ymmärrystään, aikomatta jakaa tietoa sairastuneen tai tämän lähipiirin kanssa. Tällaista ei esiintynyt Tuomisen haastattelututkimuksessa, vaikka hänellä oli huomattavasti suurempi otos. Terveystiedonhankinnan kaikkia motiiveja ei välttämättä esiinny suomalaisessa terveystiedonhankintatutkimuksessa, mutta ennen kaikkea, pidän huomionarvoisena sitä, miten internet, sen nopeus, vaivattomuus ja ajantasaisuus, on muuttanut tiedonhankintaa. Motiivina edellä mainittuun voi olla uteliaisuus tai oman vaikean olon, tietämättömyyden, helpottaminen, siitä huolimatta, että terveysvaiva ei niin sanotusti vaikuta tiedonhankkijan elämään, tavalla, jolla puolison tai lapsen sairastuminen voisi vaikuttaa.

Tutkielman toinen alakysymys käsitteli terveyteen liittyviä tiedonlähteitä ja -kanavia sekä internetin roolia ja etsi kohderyhmälle tyypillistä tiedonhankintakäyttäytymistä. Lähteitä ja kanavia ei lähdetty laskemaan samaan tapaan kuin tiedontarpeissa, mutta ennen kaikkea tärkein ja haastatteluissa eniten esiintynyt lähde on lääkäri. Lääkäreissä nähtiin eroavaisuuksia: erikoislääkäri oli luotettavampi kuin yleis- tai terveyskeskuslääkäri. Tulos on täysin linjassa aiemman suomalaisen terveystiedonhankinnan tutkimuksen kanssa (Savolainen 1995, 159, 162; Tuominen 1992, 80—81). Se, mikä nousi uuteen esiin, on tässäkin tilannesidonnaisuus: internet on muuttanut tiedonhankintaa niin, että pieniä, ei-akuutteja, ongelmia voidaan tarkistaa ensin internetistä, kun ennen tuli käännyä lähipiirin tai kirjaston puoleen. Molemmissa, sekä lähipiirissä että kirjastossa, ongelmana voinee ilmetä esimerkiksi arkaluontoisten terveysaiheiden haaste ja varsinkin jälkimmäisessä myös aikaresurssit, koska kirjastoon piti erikseen lähteä. Siinä missä lähipiiri oli aiemmissa tutkimuksissa seuraavaksi yleisin lähde, on internet kiilannut sen eteen. Myöskään ”omaa pohdiskelua” ei esiintynyt omassa haastatteluaineistossa, vaikka sitä oli Savolaisen tutkimuksessa esillä, uskon tässäkin kyseessä olevan internetin vaikutus pohdiskelun välineenä ja tukena. Siinä missä Savolaisella (1995, 161—162) kirjallisuudella ei ollut suurta osaa terveystiedonhankinnassa, mutta Tuomisella (1992, 80, 86) taas oli, eivät omassa haastatteluaineistossani kirjat esiintyneet kuin kerran, mainintana ajasta ennen internetiä. Sen sijaan kirjallisen aineiston luonteen voi katsoa

muuttuneen ja kirjallisen informaation sijaitsevan internetissä. Kirjaston rooli tiedonvälittäjä ei kuitenkaan saanut yhtään mainintaa (pl. aiempi menneisyyden muistelu) vaan internetistä haettiin kirjallista tietoa (esimerkiksi suomalaisen lääkäriseura Duodecimin artikkelit).

Internetistä tuotiin esiin Duodecim-sivusto, joka esiintyi lähes jokaisessa haastattelussa sekä keskustelupalstat, joista jälkimmäisestä tuotiin esiin vain vertaistuen ja kokemusten hakemiseen. Terveysviestinnän kannalta on kuitenkin huomionarvoista, miten kohderyhmän käytössä näyttäisi haastatteluaineiston perusteella olevan kaksi ääripäätä: Duodecimin tieteelliset artikkelit ja epäviralliset keskustelupalstat. Näkisinkin tärkeäksi tuoda esiin sellaisia sivustoja, joista voisi löytää Duodecim-sivuston artikkeleita matlamman kynnyksen, helposti omaksuttavaa terveystietoa.

Terveystiedonhankintakäyttäytymisessä esiintyi kaikkia Wilsonin (1999) esiin tuomia tiedonhankinnan tapoja: passiivista toimintaympäristön seuranta (työpaikan kahvipöytäkeskustelussa saatu terveystieto), passiivista hakua (pitkäaikaissairaana kiinnostus uudesta terveyteen liittyvästä aihepiiristä), aktiivista hakua (tiedonhaku äkilliseen vaivaan) ja jatkuvaa hakua (kroonistuneesta sairaudesta aktiivinen tiedonhankinta). Terveystiedonhankinta näyttäytyy pienessäkin otoksessa monimuotoisena.

Terveystiedonhankinnan lähteiden ja kanavien valintaperusteissa eniten mainintoja sai ”lähde on mielestäni luotettava”, jonka yleisluontoisuus varmasti sai suurimman osan vastaajista valitsemaan sen ja se on linjassa Savolaisen (1995) tutkimuksen kanssa. Lähteiden luotettavuus pyrittiin selvittämään tarkistamalla asia monesta eri lähteestä, lisäksi mainittiin olevan ”skeptisiä” lähteessä olevaa tietoa kohtaan. Myös lähteen alkuperä, se onko se ”virallisella sivustolla” (ote haastattelusta), oli luotettavuuden arvioinnin kriteeri.

Haastavimmissa lähteissä mikään ei noussut yli muiden, vaan kaikki lähteet saivat tasaisesti mainintoja. Syyksi voinee arvioida kysymyksen ohjanneen haastateltavan pois critical incidents-tavasta ja oletettavan heidän keksivän nopeasti tilanteita, jossa kokivat tiedonhankinnan haastavaksi. Jonkin verran päällekkäisyyksiä oli löydettävissä, jossa samat lähteet olivat mainittuja sekä hyvänä että huonona lähteenä, jopa saman haastattelun aikana. Näitä olivat ystävät ja sukulaiset ja internet, joskin internetissä eroavaisuuksia oli sosiaalisen median ja muiden sivustojen kohdalla. Näkisin tämän johtuvan terveyspulmien tilannesidonmaisesta luonteesta, jossa eri vaipeihin haetaan eri tyyppistä tietoa.

Internet koettiin sekä helpoksi että vaikeaksi lähteeksi terveystiedolle. Kuten aiemmin mainittua, haastatteluissa esiintyneet sivustot jakautuivat kahteen ääripäähän. Luvussa 4.4 esiteltiin Zipfin vähimmän vaivan teoria, jonka mukaan kaikki omaksuvat tavan, joka on vähiten kuluttava. Tämä ohjanee jo edellä mainitusti tuttujen lähteiden äärelle ja myös internetissä päädytään usein käyttämään samoja sivustoja.

Kolmas alakysymys koski löydetyn informaation hyödyntämistä. Eniten esiintynyt tiedonkäytön kategoria oli ”lääkäriin hakeutuminen”, jonka sense-making konseptiosta katsoin suunnan löytämiseksi. Tämä ei kuitenkaan aina ollut suoraviivaista. Tulos on linjassa Tuomisen (1992, 84) tutkimuksen kanssa.

Viimeinen alakysymys käsitteli kohderyhmäni terveystiedonhankinnan haasteita ja esteitä. Muita haasteita hieman useammin esiintyi tiedon yleisluontoisuus, varsinkin internetissä. Haastateltavien mielestä tieto ei ole sovellettavissa heidän vaivaansa. Sama esiintyi Tuomisen (1992, 84) tutkimuksessa. Toinen, erityisesti internetin kohdalla esiin tuotu haaste liittyi tiedon koettuun epäluotettavuuteen sekä luotettavuuden arvioinnin vaikeuteen. Esiin tuotiin myös tiedonhankintataitojen puutteellisuus, joka on erityisen mielenkiintoinen näkökulma, koska haastateltavat arvioivat tiedonhankintataitonsa pääosin hyväksi.

Tiedonhankinnan esteet jaettiin välttelyyn ja tiedonhankinnasta luopumiseen. Vain yksi haastateltava ei tunnistanut kumpaakaan käyttäytymistä, muuten niitä esiintyi tasaisesti. Tiedon välttelykäyttämisen syyksi kerrottiin ahdistavien tuntemusten torjuminen, joka on linjassa muun muassa Tuomisen (1992, 84) ja Sairasen ja Savolaisen (2010) kanssa, aiemmat kokemukset ja se, että tarvetta ei koettu tarpeeksi merkittäväksi, jotta siihen käytettäisiin aikaresursseja vähimmän vaivan teorian mukaisesti.

Tiedonhankinnasta luopumisen motiiveja nousi haastatteluaineistosta kahdenlaisia: tieto ei ollut riittävää tai se vaikutti epäluotettavalta, jolloin haastateltavat kokivat turhautumisen tunteita. Kun verrataan Sairaseen ja Savolaiseen (2010), artikkelissa esiintyneet kaksi pääkategoriaa, halu välttää negatiivisia tunteita ja halu välttää omiin tarpeisiin soveltumatonta tietoa, löytyivät osin myös omasta tutkimuksestani. Negatiiviset tunteet mainittiin molempien, välttelyn ja luopumisen, kohdalla. Sen sijaan soveltumaton tieto ei sellaisenaan esiintynyt haastateltavien puheissa.

Aineiston pohjalta voisi sanoa, että kohderyhmäni terveystiedonhankinta näyttäisi olevan a) tilannesidonnaista ja b) monimuotoista. Lisäksi vähimmän vaivan teoria näyttäisi pätevän internetiin tiedonhankinnan lähteenä.

Verrattaessa aiempaan tutkimukseen, ei aineistosta noussut sukupuoleen liittyviä eroja, vaikka ne ovat tunnistettu aiemmissa tutkimuksissa (Jones et al 2014; Li et al. 2016), joka johtunee siitä että tutkimusotokseni oli pieni ja naisvoittoinen, iän merkitys tiedonhankinnassa (Cotten & Gupta 2004; Ayers & Kronenfeld 2007, Jones et al 2014; Li et al. 2016; Huvila et al. 2018) jäi myös sivuun aineistostani, ainoa huomio oli se, miten nuorimmat haastateltavat suhtautuivat kaikkein pessimistisimmin tiedonhankintaan. Se ei kuitenkaan riitä yleistykseen, vaikka ei tuekaan aiempaa tutkimusta.

Tutkielmani hypoteesi oli seuraava: alemmin koulutetuilla on keskimäärin heikommat mahdollisuudet löytää ja hyödyntää internetistä sijaitsevaa terveystietoa. Hypoteesi on monitulkintainen, varsinkin kun vertailuluokkaa ei ole tai jos katsomme Savolaisen tutkimuksen (1995) sellaiseksi, on huomioitava, miten nämä eivät ole täysin verrattavissa internetin yleistymisen vuoksi. Vaikka Savolaisen (1995, 161) mukaan terveystiedonhankinta ei ole sosiaaliluokkaperusteista, hypoteesiani tukivat Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen FINRISKI 2012-tutkimustulokset sekä Tilastokeskuksen ”Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö”-tutkimus, kuin myös aiemmat tutkimustulokset (Cotten & Gupta 2004; Ayers & Kronenfeld 2007, Jones et al 2014; Li et al. 2016, Ek & Heinström 2011). On kuitenkin huomattava Savolaisen tutkimuksen toteutusajankohdan olevan aikaa ennen internetiä ja miten internet on sittemmin nostanut tiedonhankinnan taitojen merkittävyyttä tiedonhankinnassa, myös terveysaiheissa, huomattavasti (Haasio & Savolainen 2004, 134—137) ja voi näin ollen muuttaa sosiaaliluokkaerojen merkittävyyttä terveystiedonhankinnassa. Hypoteesini paikkaansa pitävyyttä voisi tutkia laajemmalla aineistolla, esimerkiksi koko maan kattavalla kyselytutkimuksella, joka yhdistettäisiin pienempään, syvähaastatteluun toteutettavaan, otokseen tavoitteena tutkia demografisten muuttujien vaikutusta terveystiedonhankintaan, ei vain sen yhteen osaan niin kuin tässä tutkielmassa. Tämän tutkielman perusteella ei voi tehdä yleistystä siitä, millaista keskiasteen tai alemman tutkinnon omaavien tiedonhankinta on verrattuna muuhun väestöön. Tiedonhankintaan näyttäisi oman aineistoni kohdalla vaikuttavan vahvasti tilannekohtaiset tekijät (”lapsilla on vain minut”, ”jos jokin vaivaa, se on selvitetävää”), joka on linjassa Tuomisen (1992, 106) tutkimuksen kanssa. Sen sijaan edellä mainittuja huomionarvoisia nostoja haastatteluaineistostani löytyi ja niiden perusteella

voisi sanoa, että myös Suomessa, kuten aiemmissa tutkimussakin (Baker 1996, Lambert, Loiselle & Macdonald 2009, Ek & Heinström 2011, Barbour 2012, Huvila et al. 2018) terveystiedonlähteet on kiinnitettävä entistä enemmän huomiota käyttäjäkohtaisiin eroihin. Jos internetin terveystiedon lähteet ovat lääkäriseura Duodecimin sivusto (esiintyi lähes jokaisessa haastattelussa) ja toinen ääripää on keskustelupalstat, jää moni potentiaalinen terveystiedonlähde käyttämättä. Huomiota on myös kiinnitettävä verkossa toimiviin terveystiedonlähteisiin, joihin erityisesti yli 50-vuotiaat (3) haastateltavat viittasivat. On tärkeää, että terveystiedonlähteet ja palvelut palvelevat mahdollisimman laajaa yleisöä. Myös niiden esiintymiseen tulisi kiinnittää huomiota, koska selvästi tunnetuin sivusto oli lääkäriseura Duodecimin verkkosivusto, joka sisältää tietoa, joka voi olla liian vaikeaa omaksuttavaksi tavalliselle kansalaiselle.

7.1 Tutkielman yleistettävyydestä

Kvalitatiivisen tutkimuksen luonteen mukaisesti tutkielman luotettavuutta on pohdittava aineiston riittävyyden ja analyysin kattavuuden kautta. Eskola ja Suoranta (1998) esittävätkin hyväksi tutkimusotoksen riittävyyden mittariksi pienen otoksen vertaamisen laajempaan. Tutkielmani otos on erittäin pieni (alle kymmenen) ja vertasin sitä kaksinkertaisiin aineistoihin (Tuominen 1992, Savolainen 1995, osin myös Sairanen ja Savolainen 2010). Aineistoilla ei kuitenkaan ollut täydellistä vertailtavuutta, koska internet on kasvattanut merkittävyyttään tiedonhankinnan kanavana, verrattuna Tuomiseen (mt.) ja Savolaiseen (mt.), joiden tutkimuksissa internet ei esiintynyt. (Eskola & Suoranta 1998, 216.)

Analyysin kattavuudella tarkoitetaan sitä, että tulokset eivät perustu yksittäisiin, satunnaisiin otteisiin aineistosta. Eskola ja Suoranta (1998) mainitsevatkin että laadullisessa tutkimuksessa saatetaan hypoteesien todistamisen sijaan keskittyä hypoteesien tuottamiseen. (Eskola & Suoranta 1998, 216.) Omasta tutkielmastani nousevat huomiot ovat tehty osin vain yhteen otteeseen aineistosta, mutta päälöydökset perustuvat useamman otteen yhdenmukaisuuksiin.

Kolmas tapa arvioida tutkimuksen yleistettävyyttä on analyysin arvioitavuus ja toistettavuus. Tämä tarkoittaa sitä, että myös muiden on mahdollista tehdä samat tulokset aineistosta, kuin alkuperäinen tutkija. (Eskola & Suoranta 1998, 217.) Tämän todistetta-

vuuteen pyrin luokittelun lisäksi tuomalla tutkielmaani haastatteluista nostoja, joiden avulla analyysia on helpompi seurata.

Tulosten yleistettävyyden kohdalla haluaisin vielä nostaa esiin sen, miten tutkielma näyttäytyy pilottihankkeena tai näytteenä alemman koulutuksen omaavien tiedonhankinnasta. Tutkimuksen laajentaminen onnistuisi suuremman, kvantitatiivisen aineiston keruulla, esimerkiksi kyselylomakkeella, yhdistettynä pienempään otokseen, joka toteutettaisiin syvähaastatteluihin. Tällä tavoin voitaisiin pyrkiä tarkastelemaan maanlaajuisesti eri ryhmien terveystiedonhankintaa ja luomaan tietoa internetissä tapahtuvan terveystiedon viestinnän tueksi.

8 LÄHTEET

Aabel, B., & Abeywarna, D. (2018). Digital Cross-Channel Usability Heuristics: Improving the Digital Health Experience. *Journal Of Usability Studies*, 13(2), 52-72.

Abedi, V., Mbaye, M., Tsivgoulis, G., Male, S., Goyal, N., Alexandrov, A. V., & Zand, R. (2015). Internet-based information-seeking behavior for transient ischemic attack. *International Journal of Stroke*, 10(8), 1212-1216. 10.1111/ijvs.12593 Retrieved from <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/ijvs.12593>

Afifi, W. A., & Weiner, J. L. (2004). Toward a theory of motivated information management. *Communication Theory*, 14(2), 167-190. doi:10.1111/j.1468-2885.2004.tb00310.x

Ahadzadeh, A. S., Pahlevan Sharif, S., & Sim Ong, F. (2018). Online health information seeking among women: the moderating role of health consciousness. *Online Information Review*, 42(1), 58-72. doi:10.1108/OIR-02-2016-0066

Ayers, S. L., & Kronenfeld, J. J. (2007). Chronic illness and health-seeking information on the internet. *Health*, 11(3), 327-347. doi:10.1177/1363459307077547

Baeza-Yates, R., & Ribeiro-Neto, B. (2011). *Modern information retrieval: The concepts and technology behind search* (2nd ed.). Harlow: Addison Wesley.

Baker, L. M. (1996). A study of the nature of information needed by women with multiple sclerosis. *Library & Information Science Research*, 18(1), 67-81.

Barbour, J. B., Rintamaki, L. S., Ramsey, J. A., & Brashers, D. E. (2012). Avoiding health information. *Journal of Health Communication*, 17(2), 212-229. doi:10.1080/10810730.2011.585691

Brigo, F., & Trinka, E. (2015). *Google search behavior for status epilepticus*//doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.02.029 Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525505015000852>

- Broder, A., Kumar, R., Maghoul, F., Raghavan, P., Rajagopalan, S., Stata, R., . . . Wiener, J. (2000). Graph structure in the web. *Computer Networks*, 33(1), 309-320. doi:10.1016/S1389-1286(00)00083-9
- Case, D. O. (2012). Looking for information: A survey of research on information seeking, needs, and behavior (3rd ed.). Bingley: Emerald.
- Case, D. O., Andrews, J. E., Johnson, J. D., & Allard, S. L. (2005). Avoiding versus seeking: The relationship of information seeking to avoidance, blunting, coping, dissonance, and related concepts. *Journal of Medical Library Association*, 93, 353–362.
- Chen, C., & Herson, P. (1982). *Information seeking: Assessing and anticipating user needs*. New York: Neal-Schuman.
- Cioni, E., Lovari, A., & Tronu, P. (2018). We-Caring: Searching for Online Health Information by Italian Families. *Health Communication*, 33(1), 68-77. doi:10.1080/10410236.2016.1242037
- Czaja, R., Manfredi, C., & Price, J. (2003). The determinants and consequences of information seeking among cancer patients. *Journal of Health Communication*, 8(6), 529-562. doi:10.1080/716100418
- Cotten, S. R. & Gupta, S. S. 2004. Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them.
- Dervin, B. & Nilan, M.S. (1986). Information Needs and Uses. Williams, M.E.(ed.), *Annual Review of Information Science and Technology*.
- Dervin, B. (1998). Sense-making theory and practice: an overview of user interests in knowledge seeking and use. *Journal of Knowledge Management*, 2(2), 36–46.
- Dervin, B. (1999). On studying information seeking methodologically: the implications of connecting metatheory to method. *Information Processing and Management*, 35: 727–750. doi:10.1016/S0306-4573(99)00023-0.
- Dervin, B. & Clark, K. (1987). ASQ: Alternative Tools for Information Need and Accountability Assessments by Libraries. A Publication of the Peninsula Library System for California State Library. Belmont.

Ek, S., & Heinström, J. (2011). Monitoring or avoiding health information – the relation to inner inclination and health status. *Health Information & Libraries Journal*, 28(3), 200-209. doi:10.1111/j.1471-1842.2011.00947.x

Ellen F J ter, Huurne, Griffin, R. J., & Gutteling, J. M. (2009). Risk information seeking among U.S. and dutch residents: An application of the model of risk information seeking and processing. *Science Communication*, 31(2), 215-237. 10.1177/1075547009332653. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/1075547009332653>

Eskola, J., Suoranta, J., & Ellibs. (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.

Fielding, N. (1993). "Qualitative Interviewing", in Gilbert, N. (2008). *Researching social life* (3rd ed.). Los Angeles: Sage.

Freimuth, Vicki S. & Stein, Judith A. & Kean, Thomas J. (1989). *Searching for health information: the Cancer Information Service model*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press

Haasio, A. & Savolainen, R. (2004). Tiedonhankintatutkimuksen perusteet

Habtu, Y., Yohannes, S., & Laelago, T. (2018). Health seeking behavior and its determinants for cervical cancer among women of childbearing age in Hossana Town, Hadiya zone, Southern Ethiopia: community based cross sectional study. *BMC Cancer*, 181. doi:10.1186/s12885-018-4203-2

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2008). Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hovikorpi, K. (2013). *IBD -potilaiden tiedonhankinta sairauteen liittyvissä tilanteissa*. Tampere: Tampereen yliopisto.

Huberman, B. A., Pirolli, P. L. T., Pitkow, J. E., & Lukose, R. M. (1998). Strong regularities in world wide web surfing. *Science*, 280(5360), 95-97. Retrieved from <http://helios.uta.fi/docview/213567139?accountid=14242>

Huttunen, J. 2015. "Mitä terveys on?" Lääkärikirja Duodecim. <
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903 > (katsottu 25.1.2018)

Huvila, I., Enwald, H., Eriksson-Backa, K., Hirvonen, N., Nguyen, H., & Scandurra, I. (2018). *Anticipating ageing: Older adults reading their medical records*//doi.org/10.1016/j.ipm.2018.01.007 Retrieved from

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306457317306647>

Järvelin, K. & Vakkari, P. (1988). Kirjastotiede ja informatiikka – tiedon hankinnan tiede. *Kirjastotiede ja informatiikka* 7 (1): 18-32, 1988.

Jones, L. M., Veinot, T. C. E., Pressler, S. J., Seng, J. S., McCall, A. M., Fernandez, D., & Coleman-Burns, P. W. (2014). Internet health information seeking (IHIS): An integrative review of the literature. *Western Journal of Nursing Research*, 36(10), 1376-1377. doi:10.1177/0193945914540100

Kahlor, L. (2010). PRISM: A planned risk information seeking model. *Health Communication*, 25(4), 345-356. 10.1080/10410231003775172 Retrieved from <https://doi-org.helios.uta.fi/10.1080/10410231003775172>

Korhonen, H. (2011). *Mitä enemmän tietää, sitä parempi olla: Terveystiedon hankinta ihoatoopikkojen selviytymisstrategiana*. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kuisma, T. (2012). *Sitä tiedonjanoisempi olen, mitä enemmän sairastan: Kyselytutkimus reumaa sairastavien tiedonhallinnasta*. Tampere: Tampereen yliopisto.

Lambert, S. D., Loiselle, C. G., & Macdonald, M. E. (2009). An in-depth exploration of information-seeking behavior among individuals with cancer: Part 2: Understanding patterns of information disinterest and avoidance. *Cancer Nursing*, 32(1), 26-36. 10.1097/01.NCC.0000343373.01646.91

Li, F., Li, M., Guan, P., Ma, S., & Cui, L. (2015). Mapping publication trends and identifying hot spots of research on internet health information seeking behavior: A quantitative and co-word biclustering analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 17(3), e81. doi:10.2196/jmir.3326

Li, J., Theng, Y., & Foo, S. (2016). Predictors of online health information seeking behavior: Changes between 2002 and 2012. *Health Informatics Journal*, 22(4), 804-814. doi:10.1177/1460458215595851

- Longo, D. R. (2005). Understanding health information, communication, and information seeking of patients and consumers: A comprehensive and integrated model. *Health Expectations*, 8(3), 189-194. doi:10.1111/j.1369-7625.2005.00339.x
- Malmsten, H. (2009). *Laihdutusta ja painonhallintaa koskeva tiedonhankinta internetin keskustelufoorumilla*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Massey, P., Langellier, B., Sentell, T., & Manganello, J. (2017;2016;). Nativity and language preference as drivers of health information seeking: Examining differences and trends from a US population-based survey. *Ethnicity & Health*, 22(6), 596-609. doi:10.1080/13557858.2016.1244745
- Miller, K. A., Ramirez, C. N., Wojcik, K. Y., Ritt-Olson, A., Baezconde-Garbanati, L., Thomas, S. M., & ... Milam, J. E. (2018). Prevalence and correlates of health information-seeking among Hispanic and non-Hispanic childhood cancer survivors. *Supportive Care In Cancer*, 26(4), 1305-1313. doi:10.1007/s00520-017-3956-5
- Mäkinen, Ilkka 2010. Informaatiotutkimuksen tie. Teoksessa Sami Serola (toim.) Ote informaatiosta. Johdatus informaatiotutkimukseen ja interaktiiviseen mediaan. Helsinki: BTJ.
- Männistö, S., Laatikainen, T., Vartiainen, E. (2012) Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. Tutkimuksesta tiiviisti 4. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.
- Rehman, S., Lyons, K., McEwen, R., & Sellen, K. (2018). Motives for sharing illness experiences on twitter: Conversations of parents with children diagnosed with cancer. *Information, Communication & Society*, 21(4), 578-593. <http://dx.doi.org/10.1080/1369118X.2017.1299778> Retrieved from <http://helios.uta.fi/docview/1975989443?accountid=14242>
- Robson, C., & McCartan, K. (2016). *Real world research*. John Wiley & Sons.
- Saab, M. M., Reidy, M., Hegarty, J., O'Mahony, M., Murphy, M., Von Wagner, C., & ... O'Mahony, M. (2018). Men's information-seeking behavior regarding cancer risk and screening: A meta-narrative systematic review. *Psycho-Oncology*, 27(2), 410-419. doi:10.1002/pon.4506

Sairanen, A., & Savolainen, R. (2010). Avoiding health information in the context of uncertainty management. *Information Research-an International Electronic Journal*, 15(4), NP-NP.

Savolainen, R. (1995). Tiedonhankinnan arkipäivää: Vertaileva tutkimus teollisuustyöntekijöiden ja opettajien arkielämän tiedonhankinnasta elämäntavan viitekehyksessä. Tampere: Tampereen yliopisto.

Savolainen, R. (1995b). Everyday life information seeking: approaching information seeking in the context of "way of life". *Library & Information Science Research* 17(1995) 3, s. 259–294.

Savolainen, R. Tiedonhankintatutkimuksen lähtökohtia. toim. Serola, S. (2010). Ote informaatiosta: Johdatus informaatiotutkimukseen ja interaktiiviseen mediaan. Helsinki: BTJ.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön tieto- ja viestintätekniiikan käyttö [verkkajulkaisu]. ISSN=2341-8699. 2016, Liitetaulukko 20. Internetin käyttö tavaroita ja palveluita, sairauksia, ravitsemusta ja terveyttä koskevan tiedon etsintään sekä matkailupalveluiden selailuun 2016, %-osuus väestöstä 1). Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 6.4.2018].

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön koulutusrakenne [verkkajulkaisu]. ISSN=1799-4586. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 5.4.2018].

Tana, J. (2016). Infodemiology: Insights into health information seeking. Retrieved from <https://tamcat.finna.fi/Record/arto.1771154>

Tan, S. S.-L., & Goonawardene, N. (2017). Internet Health Information Seeking and the Patient-Physician Relationship: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(1), e9. <http://doi.org/10.2196/jmir.5729>

Taylor, J., & Pagliari, C. (2018). #Deathbedlive: the end-of-life trajectory, reflected in a cancer patient's tweets. *BMC Palliative Care*, 171-10. doi:10.1186/s12904-018-0273-9

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2018. ”Keskeisiä käsitteitä”. <
<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita> >
(katsottu 25.1.2018)
- Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (Uudistettu laitos. ed.). Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuominen, K. (1992). Arkielämän tiedonhankinta. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Tuominen, K. (1992). Tiedonhankinta terveydellisissä pulmatilanteissa. information seeking in health problem situations. *Kirjastotiede Ja Informatiikka*, 11(4), 111-119.
- Valera, P., Zi, L., Brotzman, L., & Reid, A. (2018). Fatalistic Cancer Beliefs and Information Seeking in Formerly Incarcerated African-American and Hispanic Men: Implications for Cancer Health Communication and Research. *Health Communication*, 33(5), 576-584. doi:10.1080/10410236.2017.1283564
- Waldman, L., Ahmed, T., Scott, N., Akter, S., Standing, H., & Rasheed, S. (2018). 'We have the internet in our hands': Bangladeshi college students' use of ICTs for health information. *Globalization & Health*, 141. doi:10.1186/s12992-018-0349-6
- Veinot, T. (2010). A multilevel model of HIV AIDS information help network development. *Journal of Documentation*, 66(6), 875-905. doi:10.1108/00220411011087850
- Wilenius, M. (2010). *Aina joku äiti on paikalla: Pienten lasten äitien tiedonhankintaa internetin keskustelufoorumilla*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Wilson, T. D. (1999). Models in information behaviour research. *Journal of Documentation*, 55(3), 249-270. 10.1108/EUM0000000007145
- Zucco, R., Lavano, F., Anfosso, R., Bianco, A., Pileggi, C., & Pavia, M. (2018). Internet and social media use for antibiotic-related information seeking: Findings from a survey among adult population in Italy. *International Journal Of Medical Informatics*, 111131-139. doi:10.1016/j.ijmedinf.2017.12.005

LIITE 1: TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

ALUKSI

- Kerrotaan lyhyesti tutkimuksesta ja haastattelun tarkoituksesta sekä käydään läpi haastattelun rakenne
- Pyydetään lupa haastattelun nauhoittamiseen ja korostetaan, että tietoja käsitellään luottamuksellisesti eikä haastateltavaa voida tunnistaa
- Käydään läpi termit: teemahaastattelu, mielipide ja kokemus suhteessa tietoon, tiedontarpeet, tiedonhankinta, tiedonhankinnan kanavat, tiedonkäyttö ja tiedonhankinnan esteet

TEEMAT

Tiedontarpeet,

Tiedonhankinta ja tiedonhankinnan kanavat,

Tiedonkäyttö,

Tiedonhankinnan esteet

TAUSTATIEDOT

Ikä, koulutus, työtilanne, elämäntilanne

Millaista työsi on: millaisia työtehtäviä, millainen on työn rasittavuus fyysisesti/henkisesti, oletko tyytyväinen työhösi, miksi

Mitä teet vapaa-aikanasi, onko sinulla harrastuksia?

Millainen on tämän hetkinen terveystilanteesi? (Omin sanoin)

Onko lähipiirissäsi terveydenhuollon ammattilaisia?

TIEDONTARPEET

Palauta mieleesi tilanne, jolloin etsit internetistä tietoa terveysaiheesta. Kerro tilanteesta.

Millaisiin kysymyksiin olet etsinyt vastauksia? Oletko etsinyt johonkin näistä? (Tukilista 1, pöydällä haastattelun alusta alkaen)

Minkälaisia tunteita tai tuntemuksia alussa kuvailemiisi tilanteisiin tai terveystietoon liittyvään tiedonhankintaan yleisesti on liittynyt?

Miten suhtaudut tilanteeseen, jolloin koet tarvitsevasi tietoa terveyteen liittyen? *

1 optimistisesti: löydän varmasti ratkaisun terveyspulmaan

2 varovaisen optimistisesti: uskon voivani löytää tietoa terveyspulmaan liittyen

3 välttelevästi: odotan jos ongelma katoaisi, lykkään tiedonhankintaa, keksin verukkeita

4 pessimistisesti: en koe voivani vaikuttaa tilanteeseen

*huom. nämä suoraan Savolaisen Tiedonhankinnan arkipäivää teoksesta, pitäisikö olla listana?

TIEDONHANKINTA JA KANAVAT

Mainitse kolme tärkeintä/ hyödyllisintä tiedonlähdetä, joita käytät terveyteen liittyvän tiedon hankintaan.

Onko näillä tiedonlähteillä merkitystä sinulle? (Tukilista 2-3 pöydälle)

Millä perusteella valitset lähteen/lähteet? (Tukilista 3)

INTERNET TERVEYTEEN LIITTYVÄN TIEDON LÄHTEENÄ

Kuinka usein valitset hakukanavaksi internetin (verrattuna muihin lähteisiin)?

Haetko tietoa ensisijaisesti internetistä vai käytätkö sitä toissijaisena (esim. Lääkärikäynnin tai ystävän kanssa jutteleminen jälkeen) lähteenä?

Millä tavoin lähdit etenemään alussa kuvailemassasi terveystilanteessa?

Lähditkö mielestäsi liikkeelle ajoissa vai viivytelitte (liian pitkään)?

(Oliko lähteitä vaikea löytää? Koitko itsesi motivoituneeksi? Oliko aikapulaa?)

TIEDONKÄYTTÖ

Miten internetistä löytämäsi tieto auttoi sinua? Jos ei auttanut, miksi ei?

Miten helppoa tai vaikeaa ratkaisun/tiedon löytäminen oli? Miksi helppoa/miksi vaikeaa?

Auttoiko se parantamaan tilannetta terveystiedon suhteen? Miten?

Muutitko toimintatapoja saatua tietoa? Millä tavalla?

Muuttuivatko tiedontarpeen aikana koetut tuntemukset tiedon myötä?

Koitatko löytäneesi internetistä riittävästi tietoa terveystiedon suhteen?

Tarkastitko tiedon luotettavuuden? Miten/miksi et?

Opitko jotakin alussa kertomastasi tilanteesta? Jos kohtaat vastaavan kaltaisen tilanteen, toimisitko samoin?

TIEDONHANKINNAN ESTEET

Mitä ongelmia olet kohdannut etsiessäsi tietoa internetistä terveyteen liittyen?

Mistä lähteestä/lähteistä (tukilista 2) terveystiedonhankinta on vaikeinta? Miksi koet valitsemasi lähteet vaikeiksi?

Koitatko että jostain internetistä haetusta tiedosta on ollut haittaa?

Oletko joskus luopunut tiedonhankinnasta? Miksi?

Oletko jossain tilanteessa välttänyt tiedon hankkimista? Millainen tilanne? Miksi?

HAASTATTELU

1 Jäikö sinulle vielä jotain, mitä haluaisit lisätä, sanoa tai kysyä?

2 Miltä haastattelu tuntui? Oletko aiemmin miettinyt tällaisia asioita?

Millaisiin kysymyksiin olet etsinyt vastauksia? Oletko etsinyt johonkin näistä? (Tukilista 1, pöydällä haastattelun alusta alkaen)

TUKILISTA 1

1 Sairastamaasi sairauteen liittyvää tietoa

2 Sairauteen, jonka riskiryhmään kuulut, liittyvä tieto

3 Painonhallintaan, laihtumiseen liittyvä tieto

4 Ravitsemukseen liittyvä tieto, esimerkiksi proteiinin lähteet, kasvisruokavalio

5 Liikuntaan liittyvä yleinen tieto, esimerkiksi liikunnan aloittaminen, juoksuohjelma, kuntosaliohjelma

6 Liikuntaharrastukseen liittyvä tieto

7 Jokin muu aihe

TUKILISTA 2

1 Terveystieteiden ammattilaiset (lääkäri ja hoitohenkilökunta)

2 Työtoverit, kollegat

4 Ystävät, sukulaiset

5 Kirjat, lehdet, mainokset, esitteet

6 Internet, sosiaalinen media

7 Kaupalliset lähteet, esimerkiksi kaupalliset kuntosalit, myös hierojat, valmentajat, muut vastaavat

8 Muut lähteet

TUKILISTA 3

1 Tottumus: lähde on minulle ennestään tuttu

2 Vaivattomuus: helposti ja nopeasti saatavissa, osaan käyttää lähdettä

3 Minun on helppo ymmärtää lähteen sisältö

4 Lähde on mielestäni asiantunteva ja antaa minulle lisää tietoa

5 Lähde on mielestäni luotettava

6 Taloudellisuus: lähde on edullinen

7 Lähteen sisältö on viihteellistä

Miten tarkkaan selvität lähteen tarjoaman tiedon taustoja?