

TAMPEREEN YLIOPISTO

Johtamiskorkeakoulu

**TERVEYSTALTION ENSIKÄYTTÖKOKEMUKSEN
MERKITYSSISÄLLÖT NUORILLA NAISILLA**

Markkinointi

Pro gradu -tutkielma

Tammikuu 2014

Ohjaaja: Hannu Saarijärvi

Minnamari Jokinen

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto

Johtamiskorkeakoulu, markkinointi

Tekijä:

MINNAMARI JOKINEN

Tutkielman nimi:

Terveystaltion ensikäyttökokemuksen merkityssisällöt nuorilla naisilla

Pro gradu -tutkielma:

86 sivua

Aika:

tammikuu 2014

Avainsanat:

terveystaltio, ensikäyttökokemus, merkityssisällöt, teknologian omaksuminen, TAM, suullinen protokolla-analyysi, sisällönanalyysi

Tutkielmani tarkastelee terveystaltion ensikäyttökokemuksen merkityssisältöjä nuorilla naisilla. Tutkittavana ilmiönä on ollut terveystalvuiden sähköistyminen ja kuluttajan roolin muuttuminen yhä aktiivisemmaksi oman terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitäjänä. Teoreettisen viitekehyksen tutkielmalle muodostaa teknologian omaksumisen teoria, erityisesti teknologian omaksumisen malli, TAM. Olen keskittynyt tarkastelemaan TAM:n pohjalta määrittyvien ulottuvuuksien, koetun helppokäyttöisyyden ja koetun hyödyllisyyden, merkityssisältöjä, joita terveystaltion ensikäyttökokemuksessa nousee esiin.

Tutkielman empiirisen osion muodostaa laadullinen tutkimus. Kahdeksan nuorta naista testasi Terveyskortti-palvelua, joka on vuonna 2008 julkaistu terveystaltio. Generoin aineiston suullisen samanaikaisen protokolla-analyysin ja teemahaastattelun keinoin ja analysoin sisällönanalyysin menetelmin.

Sisällönanalyysissä koetun hyödyllisyyden ja helppokäyttöisyyden ulottuvuuksien lisäksi esiin nousi kaksi muuta laajaa merkityssisältöä, koettu hauskuus ja koettu turvallisuus, jotka ovat myös tuttuja teknologisen omaksumisen laajemmista teoreettisista malleista. Havaittujen merkityssisältöjen pohjalta tunnistin myös viisi erilaista roolia, joita nuoret naiset ottavat ensikäyttökokemuksen aikana ja toisaalta viisi roolia, joita he odottavat terveystaltion ottavan. Tulokset rikastuttavat olemassa olevaa tietoa terveystaltion omaksumisen ulottuvuuksista nuorilla naisilla. Niin havaittuja merkityssisältöjä kuin rooliparejakin voidaan hyödyntää terveystaltioiden kuluttajalähtöisessä suunnittelussa ja kehittämisessä sekä terveystaltioiden kohdistamisessa nuorten naisten vaikeasti tavoitettavalle ryhmälle.

Tutkimustuloksiin ja johtopäätöksiin nojaten voidaan todeta, että jatkotutkimusta tarvitaan liittyen ensikäyttökokemukseen ja sen merkitykseen terveystaltioiden omaksumisessa. Olisi opittava ymmärtämään paremmin, mitä erityispiirteitä terveystaltioipalvelulla on ja miten nämä erityispiirteet mahdollisesti vaikuttavat ensikäyttökokemukseen ja sitä kautta koko omaksumisen prosessiin kuluttajanäkökulmasta. Jatkotutkimusmahdollisuuksia voidaan tunnistaa lisäksi liittyen mm. nuorten naisten erityispiirteisiin terveystaltioiden kuluttajina, iän ja sukupuolen vaikutuksiin ensikäyttökokemuksessa, sekä ensikäyttökokemuksen aikaisiin rooleihin kuluttajalla ja palvelulla.

SISÄLLYS

SISÄLLYS	3
1 JOHDANTO	4
1.1 Tutkimuskysymykset ja tutkielman rakenne	5
1.2 Terveydenhuollon toimintaympäristön ja kuluttajan roolin muutos	7
1.2.1 Kohti uusia sähköisiä ratkaisuja	7
1.2.2 Kansalaiset valmiita sähköisille terveydenhuoltopalveluille	8
1.3 Terveystaltio	9
1.3.1 Terveystaltioiden merkitys ja piirteet	9
1.3.2 Terveystaltioiden omaksuminen ja sen haasteet	10
2 TEKNOLOGIAN OMAKSUMINEN	13
2.1 Miksi TAM tässä tutkielmassa?	14
2.2 Taustalla sosiaalipsykologia ja asennetutkimus	15
2.3 Teknologisen omaksumisen malli ja sen ulottuvuudet	16
2.3.1 Koettu helppokäyttöisyys	18
2.3.2 Koettu hyödyllisyys	20
2.4 Teknologian omaksumisen malli ja sähköisten palveluiden omaksuminen kuluttajan näkökulmasta	22
2.4.1 Turvallisuus ja yksityisyys	23
2.4.2 Hauskuus, leikkisyys ja nautinto	25
2.5 Teoreettisen viitekehyksen synteesi	26
3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	27
3.1 Päämetodologiana laadullinen tutkimus	28
3.2 Tutkittavien valinta ja kuvaus	29
3.3 Tiedonkeruumenetelmänä suullinen protokolla ja teemahaastattelu	30
3.3.1 Suullinen protokolla-analyysi	31
3.3.2 Teemahaastattelu	35
3.4 Tutkimustilanteen kulku	37
3.5 Analyysimenetelmänä selittävä teoriaohjaava sisällönanalyysi	39
3.5.1 Selittävä analyysi	39
3.5.2 Sisällönanalyysi	40
3.6 Medixine Oy ja Terveyskortti	45
4 ENSIKÄYTTÖKOKEMUKSEN MERKITYSSISÄLLÖT	48
4.1 Koettu helppokäyttöisyys	49
4.1.1 Suorituskyky	50
4.1.2 Intuiivisuus	54
4.2 Koettu hauskuus	57
4.2.1 Mielenkiinnon herättäminen ja ylläpitäminen	57
4.2.2 Toiminnallinen hauskuus	58
4.3 Koettu hyödyllisyys	60
4.3.1 Palvelun aktiivisuus osana palvelukokemuksen muodostumista	60
4.3.2 Käyttäjän huomioiminen yksilönä	63
4.3.3 Käyttäjän huomioiminen osana kohderyhmää	64
4.4 Koettu turvallisuus	66
4.4.1 Kontrolli	67
4.4.2 Luottamus	68
4.4.3 Yksityisyys	69
4.5 Teorian ja tutkimustulosten synteesi	71
5 YHTEENVETO	73
5.1 Johtopäätökset	73
5.1.1 Kärsimätön tehotoimija - napakka ohjeistaja	75

5.1.2 Huolestunut kontrolloija - luotettava asiantuntija.....	76
5.1.3 Arvostettu asiakas - viihdyttävä innostaja	76
5.1.4 Oman tien kulkija - huomioiva palvelija	77
5.1.5 Viiteryhmän tasavertainen jäsen - tasavertainen keskustelukumppani.....	77
5.2 Tutkimuksen rajoitteet ja jatkotutkimustarpeet	78
LÄHTEET	81

1 JOHDANTO

Tämä tutkielma kertoo ajankohtaisesta ilmiöstä, terveystalvuiden sähköistymisestä ja kuluttajan roolin muuttumisesta yhä aktiivisemmaksi oman terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitäjänä. Vanha paternalistinen terveydenhuolto on saamassa vastapainoa kuluttajalähtöisestä palvelumallista, jossa palveluita hakee tiedostava, kriittinen ja valintoja tekevä kuluttaja (Toiviainen 2011, 778). Terveydenhuolto toimii myös yhä vahvemmin teknologian ja kaupallistumisen ehdoilla (Toiviainen 2007, 13). Tarjolla on yhä useampia kuluttajalähtöisiä palveluita, jotka mahdollistavat oman hyvinvoinnin ja terveyden seuraamisen ja yhä aktiivisemmän, itsehoidollisenkin roolin ottamisen.

Tutkimusten mukaan kuluttajat ovat valmiita sähköisiin terveysseurantapalveluihin, mutta samaan aikaan palveluntarjoajat valittelevat, että uudenlaisten sähköisten terveysseurantapalveluiden - terveystalvioiden - omaksuminen on ihmeellisen hidasta (mm. Tang ym. 2006; Lafky ja Horan 2011; Markle Foundation 2011). Kuluttajien kokemuksia terveystalvioidista on tutkittu tieteellisesti vähän (mm. Tang 2006; Kaelberg ym. 2008; Hordern ym. 2011). Lisäksi paino on tehdyissä tutkimuksissa ollut kvantitatiivisissa menetelmissä, eikä kuluttajien kokemusten merkityssisältöihin ole juuri keskitytty. Kuluttajan ääni on ollut vielä varsin hiljainen. Tutkielmassani tartun juuri tähän tutkimusaukkoon.

Tutkimukseni tarkoitus on kuvata terveystalvion ensikäyttökokemuksen merkityssisältöjä nuorilla naisilla. Keskityn tarkastelemaan teknologisten palvelujen omaksumisen teorian pohjalta määrittyvien ulottuvuuksien, koetun helppokäyttöisyyden ja koetun hyödyllisyyden, merkityssisältöjä, joita nuoret naiset nostavat esiin. Tutkimukseni on metodologisesti teoriaohjaava eli se etenee pitkälti keräämäni aineiston ehdoilla, mutta tukeutuu väljästi teknologian omaksumisen teoreettiseen viitekehykseen, joka auttaa luomaan tarttumapintaa aineistoon. Teknologian omaksumisen malli (Davis 1986, 1989) tarjosi tutkimukselleni näkemyksellisen lähtökohdan, jota lähdin tarkentamaan ja syventämään laadullisen tutkimuksen keinoin. Tehdyt metodologiset ratkaisut antoivat tilaa myös teoreettisen viitekehyksen ulkopuolisen tiedon esiintulolle.

1.1 Tutkimuskysymykset ja tutkielman rakenne

Teknologian omaksumisen mallin (Davis 1986, 1989) mukaan käyttöaikomukseen vaikuttavat keskeisesti tuotteen tai palvelun koettu helppokäyttöisyys ja sen koettu hyödyllisyys. Koetun hyödyllisyyden ja helppokäyttöisyyden ulottuvuuksilla on laajasti todistetusti suuri vaikutus teknologisten palveluiden omaksumiseen niin organisaatioissa kuin kuluttajakontekstissakin. Olinkin erityisen kiinnostunut tarkastelemaan, nousevatko kyseiset ulottuvuudet esiin myös laadullisin menetelmin tarkasteltuna ja mikäli nousevat, niin millaisia merkityssisältöjä niihin liittyy. Merkityssisältö viittaa tässä tutkielmassa ajatukselliseen kokonaisuuteen, joka syventää näkemystä tietyistä käsitteistä tai ulottuvuudesta tietyn henkilön näkökulmasta. Merkityssisältö muodostuu tutkittavan subjektiivisessa kokemuksessa, mutta se on ulkopuolisen tutkijan tulkitsema ajatuskokonaisuus. Teknologian omaksumisen teoriasta kirjoitan luvussa 2.

Halusin myös keskittyä tutkimaan terveystaltioita, jotka ovat lähtökohtaisesti suunnattuja koko kansalle, sillä juuri nämä terveystaltiot on omaksuttu kuluttajien keskuudessa hitaasti. Koska halusin keskittyä saamaan mahdollisimman syvää ja rikasta tietoa ilmiöstä valitsemastani näkökulmasta, päädyin keskittymään yhteen taustoiltaan mahdollisimman homogeeniseen käyttäjäryhmään. Nuorten naisten on koettu olevan erityisen haastava ryhmä terveystaltiopalveluiden omaksumisen osalta. Terveystaltio tavoittaa usein helpommin ihmiset, jotka kärsivät seuraamista vaativista sairauksista, mutta ennakoivassa mielessä olisi erityisen tärkeää tavoittaa nuoret ja terveet. Suuri osa näistä nuorista ja terveistä naisista tulee myös pian huolehtimaan lastensa ja vanhenevien vanhempiensa terveydestä, ja myös tästä syystä ryhmän tarpeiden ja mieltymysten ymmärtäminen on tärkeää. (Jokinen 2013) Päätin keskittyä tutkimaan ensikäyttökokemusta nimenomaan tämän haastavan ryhmän, nuorten naisten, osalta. Keskityin siis tutkimaan mahdollisimman syvällisesti kahdeksan nuoren naisen näkemyksiä. Rajaamisen perustetta tukee myös laadulliselle tutkimukselle ominainen harkinnanvarainen näyte (Eskola & Suoranta 1998, 18).

Ensikäyttökokemus valikoitui tutkimukseni ytimeen, sillä sen on todettu olevan erityisen kriittinen sähköisiä palveluita ja erityisesti terveystaltioita käytettäessä (Jokinen 2013). Kilpailua on paljon ja kuluttajalla on mahdollisuus valita vapaasti eri palveluntarjoajien väliltä. Näin ollen ensikäyttökokemus, sähköisen palvelun totuuden hetki, on kriittisen tärkeä. Ensikäyttökokemuksella viitataan tutkielmassani ensimmäiseen kertaan, jolloin kuluttaja – tässä tutkielmassa nuori nainen – käyttää sähköistä terveystaltiota. Näen terveystaltion ensikäyttökokemuksen muodostavan monivaiheisen prosessin, jossa käyttäjä ensin perustaa terveystaltion ja tämän jälkeen kokeilee sen erilaisia ominaisuuksia ja tutustuu näin palvelun käyttöön.

Muodostin lopulta seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Millaisia koetun hyödyllisyyden merkityssisältöjä liittyy terveystaltion ensikäyttökokemukseen nuorilla naisilla?
2. Millaisia koetun helppokäyttöisyyden merkityssisältöjä liittyy terveystaltion ensikäyttökokemukseen nuorilla naisilla?

Lähestyin tutkimuskysymyksiä laadullisen tutkimuksen keinoin. Aineiston keräsin protokolla-analyysin ja teemahaastattelun keinoin ja analysoin teoriaohjaavan sisällönanalyysin menetelmällä. Tekemiäni metodologisia ratkaisuja kuvailen ja perustelen luvussa 3. Samassa luvussa esittelen keväällä 2012 toteuttamani laadullisen tutkimuksen aineiston, joka koostui kahdeksasta tutkimustilanteesta, joissa yhdistyivät suullinen protokolla-analyysi ja teemahaastattelu. Tutkimustilanteissa tutkittavat käyttivät ensi kertaa Medixine Oy:n Terveyskortti-palvelua, joka on koko kansalle suunnattu terveystaltio.

Terveyskortti-tutkimuksen aineiston analysoin teoriaohjaavan sisällönanalyysin keinoin ja tutkimustulokset esittelen luvussa 4. Tutkielmani viidennessä ja viimeisessä luvussa pohdin, mitä saamani tulokset kertovat tutkittavasta ilmiöstä ja miten aiheen tutkimusta olisi syytä jatkaa tulevaisuudessa. Lisäksi pohdin tutkimuksen rajoituksia ja sovellusmahdollisuuksia.

1.2 Terveydenhuollon toimintaympäristön ja kuluttajan roolin muutos

Terveydenhoito, terveystalot ja asiakkaan käyttäytyminen muuttuvat tulevaisuudessa nopeasti. Teknologian kehittymisen ansiosta koko yhteiskunta ja sen mukana myös terveydenhuolto on ollut valtavan muutoksen alla 2000-luvun alusta lähtien (Wen, Kreps, Zhu ja Miller 2010). Teknologia mahdollistaa koko nykyisen palvelumallin muuttumisen terveydenhuollossa, jossa on totuttu pitkiin potilasjonoihin (Sitra 2013 a).

1.2.1 Kohti uusia sähköisiä ratkaisuja

Arvioiden mukaan kokonaan uusi terveydenhuollon asiakas ja kehittyneen teknologian tuomat muutokset ovat vuoden 2030 yhteiskunnan ja Suomen terveydenhuollon keskeisin muutos (Kuusi 2008). Uudet digitaaliset ratkaisut luovat kansalaisille paremmat mahdollisuudet oman sairastumisriskin arvioinnille ja itsehoidolle yhteistyössä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Tulevaisuudessa kansalaisille tullaankin tarjoamaan yhä paremmat mahdollisuudet seurata omaa ja läheisten terveyttä reaaliaikaisesti. (Sitra 2013a). Terveydenhoitoalalla sähköiset palvelut mahdollistavat painopisteen siirtämisen sairauksien hoidosta terveyden edistämiseen (Weitzman, Kaci ja Mandl 2010; Sitra 2013b). Kun lisäksi kansalaisille tarjoutuu mahdollisuuksia esimerkiksi hakeutua etälääkäreiden ja hyvinvointiasemien asiakkaiksi, lääkärikäynnit vähenevät ja terveydenhuollon ammattilaisten aikaa vapautuu vakavammin sairaiden hoitoon. (Sitra 2013a)

Sitran artikkelissa (2013a) johtaja Antti Kivelä kommentoi muutoksia seuraavasti:

"Kun kansalaiset omistavat oman terveystietonsa, terveydenhuollon tiedonkulku uuden ict-tekniikan avulla paranee ja keskeiset terveyteen vaikuttavat riskitekijät tunnetaan entistä paremmin, Suomella on jopa edellytykset tulla yksilöllisen terveydenhoidon edelläkävijäksi maailmassa. Toimiva terveyssuunnittelu on mahdollista toteuttaa, kun terveydenhuollon järjestämisvastuut ja ict-ratkaisut on ratkottu yhteisen vision mukaan." (Sitra 2013a)

Sitran johtava asiantuntija Tuula Tiihonen on Kivelän kanssa samoilla linjoilla. Hänen

mukaansa Suomi oli eräs ensimmäisistä maista, joka muovasi yhteiskuntaa sähköisten palveluiden avulla. Suomalaiset ovat nähneet sähköisten palveluiden hyödyt, mutta tietävät myös, ettei teknologia ole kaikkein tärkein asia. Kyse on pikemminkin ihmisten käyttäytymisen, eettisten kysymysten, motivaatiotekijöiden ja mieltymysten ymmärtämisestä, ja niistä on opittava rutkasti lisää. (Sitra 2013b)

Tarve lisätutkimukselle koskien kuluttajien mieltymyksiä ja motivaatiotekijöitä on tunnistettu laajasti myös Suomen rajojen ulkopuolella. Mm. Weitzman ym. (2009, 2010), Kahn, Aulakh ja Boswoth (2009), Silvestre ja Allen (2009) ja Whetstone ja Goldsmith (2009) vaativat lisää kuluttajatutkimusta alalle.

1.2.2 Kansalaiset valmiita sähköisille terveydenhuoltopalveluille

Terveydenhuollon toimintakentän muutoksen lisäksi myös kansalaisten suhtautuminen terveydenhoitoon on suuressa muutoksessa. Taloustutkimuksen tuoreen tutkimuksen mukaan suuri osa ihmisistä haluaa tarkkailla terveyttään, pitää itsestään parempaa huolta ja sairastuessaan tuntee oman hoitoprosessinsa ja vaikuttaa siihen (Sitra 2013c). Tutkimuksen mukaan yli 70 prosenttia kansalaisista uskoo, että sähköiset terveyspalvelut lisäävät asiakkaiden tyytyväisyyttä ja palvelujen käyttö helpottuu (Sitra 2013c). Tutkimuksessa sähköisillä palveluilla viitattiin internetin ja puhelimen kautta käytettäviin omahoitopalveluihin. 74 prosenttia 1085:stä haastatellusta suomalaisesta pitää sähköisten palvelujen lisääntymistä myönteisenä kehityssuuntana. Tutkimuksen mukaan joka toinen suomalainen uskoo käyttävänsä sähköisiä terveyspalveluja seuraavan vuoden aikana. Tämä tarkoittaisi noin 20 prosentin kasvua tähän hetkeen verrattuna. (Sitra 2013b; Sitra 2013c) Samanlaisia tuloksia on saatu myös muualla maailmassa. Tutkimusten mukaan suurin osa amerikkalaisista toivoo saavansa oman terveystaltion ja lähes 80% uskoo, että terveystaltion käyttö toisi merkittäviä hyötyjä terveyden seurantaan ja henkilökohtaiseen terveydenhuoltoon (Wen ym. 2010).

Rustin ja Kannanin (2003, 40) mukaan sähköisellä palveluympäristöllä on erityisiä ominaisuuksia, jotka ovat omiaan tuomaan kuluttajalle lisäarvoa. Sähköinen palveluympäristö mahdollistaa kontrollin ja omaehtoisen palvelun tarjoamisen, mikä puolestaan lisää kuluttajan tyytyväisyyttä (Rust ja Kannan 2003, 40). Näyttääkin siltä,

että suomalaiset vain odottelevat uusia palveluja. Peräti 83 prosenttia Taloustutkimuksen teettämään tutkimukseen vastanneista haluaisi sähköisten palvelujen kautta mahdollisuuden seurata läheistensä terveydentilaan liittyviä asioita. Tämä helpottaisi vastaajien mukaan tiedonkulkua ja asioiden hoitamista. Nykyisen palvelutarjonnan suomalaiset kokevat tutkimuksen mukaan suppeaksi. (Sitra 2013b; Sitra 2013c). Sähköisten terveyspalvelujen kuluttajaa voidaankin kuvailla Gabrielin ja Langin (1995, 8) ajatuksen mukaisesti moraalisenä oppijana: kuluttajuus on keino saavuttaa vapaus ja onnellisuus, jotka perustuvat kuluttajan kykyyn valita ja vaatia.

1.3 Terveystaltio

Terveystaltio (engl. Personal Health Record, PHR) on sähköinen työkalu, joka mahdollistaa omien terveystietojen hallinnan ja koordinoinnin (Personal health technology council 2006). Terveystaltio on käyttäjakeskeinen ja käyttäjän kontrolloimattio, ja se edustaa informaatiosteemien suunnittelun uutta mallia: se on vapaaehtoinen, hyödynnettävissä pitkällä aikavälillä ja yhdistettävissä erilaisten instituutioiden taltiointisysteemeihin (Lafky ja Horan 2011, 70). Terveystaltion ideana on yhdistää tietoa, osaamista ja ohjelmistotyökaluja ja motivoida ihmisiä ottamaan aktiivisempi rooli omassa terveydenhuollossaan (Tang ym. 2006).

1.3.1 Terveystaltioiden merkitys ja piirteet

Terveystaltio on sähköinen terveydenhuollon alalla nopeasti kasvava alue. Se on yksi konkreettisimpia osoituksia siitä, että yhteiskunnassa siirrytään kohti potilaslähtöistä hoitomallia (Lafky ja Horan 2011, 70). Terveystaltio toimii sekä henkilökohtaisen terveyden edistämisen että sairauden hoidon tukena. Terveyden edistäminen voidaan ymmärtää prosessina, johon vaikuttavat yksilölliset ja yhteiskunnalliset tekijät sekä vallitsevat olot. Terveyden edistämisen prosessissa ihmisille luodaan edellytykset hallita, ylläpitää ja parantaa terveyttään. Yhdysvalloissa hallituksen tavoitteena on, että kaikilla amerikkalaisilla on elektroninen pääsy omiin terveystietoihinsa vuoteen 2014 mennessä. Toiveena on aktivoida kuluttajia ottamaan enemmän vastuuta omasta terveydestään. Taustalla on myös halu parantaa terveydenhuollon laatua ja vähentää terveydenhuollon kuluja lisäämällä läpinäkyvyyttä ja kuluttajan omaa kontrollia. (Lafky

ja Horan 2011, 63-64) Australiassa ilmoitettiin vuonna 2010 466,7 miljoonan Australian dollarin investoinnista sähköisen terveydenhuollon, kuten terveystaltioiden kehittämiseen (Hordern ym. 2011, 6). Investoinnit ovatkin tarpeellisia, sillä huolimatta kansalaisten toiveista saada oma terveystaltio, yllättävän harvalla on pääsy niihin. Tutkimusten mukaan vain pienellä osalla on mahdollisuus perustaa terveystaltio ja esimerkiksi amerikkalaisista aikuisista vain 2,7 prosentilla on oma terveystaltio (Wen ym. 2010, 3).

Ollakseen toteuttamiskelpoinen sähköisen terveystaltion on täytettävä tietyt kriteerit. Sen on oltava yksityinen, turvallinen ja helposti integroitavissa muihin lääketieteellisiin tietosäilöihin. Lisäksi sen on oltava joustava, jotta se voi vastata käyttäjän yksilöllisiin tarpeisiin. Terveystaltio on voitava suunnitella palvelemaan kaikkia riippumatta terveydentilasta. Lisäksi sen on oltava onnistunut paitsi yksityisen käyttäjän, myös sitä hyödyntävien organisaatioiden näkökulmasta. (Lafky ja Horan 2011)

Terveystaltioita on rakennettavissa eritasoisia. Mitä useampaan tahoon taltio on mahdollista liittää sitä monimutkaisempi terveystaltio on. Yksinkertaisimmillaan terveystaltio on yksilön itselleen esimerkiksi verkossa luoma sovellus, joka toimii täysin itsenäisesti erillään muista systeemeistä (Tang ym. 2006, 122). Monimutkaisimmillaan terveystaltio taas on integroitu esimerkiksi lääkäriaseman tai terveyskeskuksen tietojärjestelmään, jolloin asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisten välinen tiedonvaihto on mahdollista terveystaltion välityksellä (Tang ym. 2006). Itsenäinen terveystaltio takaa lähtökohtaisesti paremmin käyttäjän yksityisyyden, sillä sisällön tuottaminen ja tietojen seuraaminen on mahdollista vain terveystaltion luoneelle käyttäjälle. Toisaalta taltion integroitavuus tuo valtavasti lisää mahdollisuuksia kuluttajalle (Tang ym. 2006, 122).

1.3.2 Terveystaltioiden omaksuminen ja sen haasteet

Laajasti tuetuista tavoitteista ja terveystaltiomarkkinoiden vilkastumisesta huolimatta terveystaltioiden omaksuminen on ollut hidasta (Wen ym. 2010; Lafky ym. 2011; Benford ym. 2013). Markle Foundationin vuonna 2011 tekemän tutkimuksen mukaan terveystaltion omaksuminen kuluttajilla oli noussut 7 prosenttiyksikköä edellisestä

vuodesta, mutta oli edelleen vain 10% (Markle Foundation 2011). Yksi syy hitaaseen omaksumiseen saattaa olla se, että kuluttajien mieltymyksiä terveystaltioihin liittyen on tutkittu vähän (Tang ym. 2006; Lafky ja Horan 2011). Mieltymysten parempi ymmärtäminen voi auttaa terveystaltioiden omaksumiseen liittyvien ajurien ja hidasteiden tunnistamisessa (Lafky ja Horan 2011). Greenhalghin, Hinderin, Stramerin, Bratanin ja Russelin (2010) tutkimuksen mukaan haasteita on erityisesti terveystaltion koetun helppokäyttöisyyden ja koetun hyödyllisyyden ulottuvuuksissa.

Tangin ym. (2006) mukaan terveystaltioiden omaksumiseen liittyvät haasteet ovat laadultaan paitsi taloudellisia ja teknisiä, myös organisatorisia ja käyttäytymiseen liittyviä. Tang ym. (2006) summaavat kirjoituksessaan yhteen helmikuussa 2005 pidetyssä Symposium of the American College of Medical Informatics käytyä keskustelua. Omaksumiseen liittyviä haasteita ilmaantuu sekä ympäristön että yksilön tasolla. (Tang ym. 2006, 125) Symposiumissa käydyn keskustelun mukaan kuluttajien parempi ymmärtäminen auttaa haasteiden voittamisessa. Olisi opittava ymmärtämään paremmin, mitä terveystaltion toimintoja kuluttajat mieluiten käyttävät ja millä tavalla terveystaltio muuttaa kuluttajien terveyskäyttäytymistä. Niin kuluttajan kuin palvelun tarjoajankin näkökulmasta yksityisyyteen liittyvät näkökulmat nousevat myös huolenaiheiksi. Jotta terveystaltion yksityisyys voidaan taata, joudutaan usein turvautumaan monimutkaisiin tunnistustoimenpiteisiin, mikä puolestaan heikentää helppokäyttöisyyttä (Tang ym. 2006, 125). Saman asian nostavat tutkimuksissaan esiin myös Shen ja Chiou (2010) sekä Whetstone ja Goldsmith (2009). Yksityisyyteen liittyä olennaisesti myös luottamus. Kuluttajan on pystyttävä luottamaan siihen, että hänen terveystaltioon liittämänsä materiaali on turvassa ulkopuolisten katseilta ja toisaalta, että integroidun taltion ollessa kyseessä taltion kautta saatu tieto on luotettavaa. (Tang ym. 2006, 125) Kaelberin ym. (2008) tekemän analyysin mukaan terveystaltioiden omaksuminen on ollut verraten hidasta myös kuluttajilla, joille on tarjottu ilmaista terveystaltiota. Samat kirjoittajat pohtivat tämän johtuvan kenties siitä, että tiedossa ei ole juurikaan tapauksia, jotka antaisivat selkeitä esimerkkejä onnistuneesta ja kuluttajalle arvoa tuovasta käytöstä. Terveystaltioihin liittyviä liiketoiminnallisia malleja ei myöskään juuri ole. Lisäksi tutkimuksista on selvinnyt, että kuluttajat eivät käytä terveystaltioita tehokkaasti. Edellä mainituista seikoista johtuen on vaikea hyödyntää terveystaltioiden täyttä potentiaalia.

Eräs yksilötason haasteista terveystaltion omaksumisessa on se, että kuluttajan on ymmärrettävä oma aktiivinen roolinsa omassa terveydenhuollossa. Jotta oikeanlaisia palveluita osataan tuottaa, on pystyttävä ymmärtämään niin kuluttajan kuin palveluntarjoajankin mentaalisia malleja. Olisi pystyttävä selvittämään paremmin, miten terveystaltio ja sen käyttö saataisiin luontevaksi osaksi kuluttajan arkipäivää. (Tang ym. 2006, 125)

Tang ym. (2006) muistuttavat, että terveystaltioiden omaksumista hidastavien tekijöiden voittamiseksi tarvitaan tutkimusta ja koulutusta. Kuluttajien terveystaltioon liittyvistä tarpeista ja mieltymyksistä ja potentiaalisesta käytöstä tiedetään vasta vähän. Toistaiseksi lähes kaikki terveystaltioihin liitetyt investoinnit on ohjattu tuotekehitykseen ja implementointiin eikä tutkimukseen (Kaelber 2008, 729). Hordernin ym. (2011) tutkimus osoitti, että sähköinen terveydenhuolto tarjoaa kuluttajille paljon mahdollisuuksia ja potentiaalista hyötyä, mutta ihmiset ovat huolissaan joidenkin ratkaisujen turvallisuudesta ja rajoitusten toimivuudesta ja tehokkuudesta. Hordern ym. muistuttavatkin, että jatkossa tarvitaan selkeitä pelisääntöjä ja säännöksiä, jotta voidaan turvata sähköisten terveystaltioiden tehokas, vaikuttava ja turvallinen käyttö (Hordern ym. 2011, 6). Personal health technology councilin (2006) mukaan potentiaalisia vahvuuksia ovat mm. lääketieteellisten virheiden ennakointi, parempi kontrolli hoidosta ja itsehoidon kehittyminen. Toisaalta terveystaltiot herättävät myös heidän mukaansa huolenaiheita, joita ovat mm. turvallisuus, yksityisyys ja sen turvaaminen sekä yleinen turvallisuus (Personal health technology council 2006).

2 TEKNOLOGIAN OMAKSUMINEN

Teknologian omaksumisen on sanottu olevan yksi informaatiosteemien kypsimmistä tutkimusalueista (mm. Venkatesh ym. 2003; Cheng 2011). Ilmiöön liittyen on kehitetty monia erilaisia teoreettisia malleja, joiden juuret ovat psykologiassa, sosiaalipsykologiassa ja informaatiosteemeissä (Venkatesh ja Davis 2000, Venkatesh ym. 2003). Suuri osa malleista pohjautuu Davisin (1986) teknologian omaksumisen mallin (Technology Acceptance Model, TAM) ulottuvuuksiin.

Fred D. Davis esitteli jo legendaksi muodostuneen teknologian omaksumisen mallin vuonna 1986 julkaistussa väitöskirjassaan. Hän halusi luoda mallin, joka selittäisi teknologian omaksumista käyttäjällä nimenomaan tietokonepohjaisten informaatoratkaisujen kontekstissa. Tavoitteena oli luoda malli, joka parantaisi ymmärrystä käyttäjän omaksumisprosesseista ja näin auttaisi suunnittelemaan ja rakentamaan yhä parempia teknologisia ratkaisuja. Lisäksi Davis halusi luoda teoreettisen pohjan omaksumisen testaamisen metodologialle, jotta uusia informaatiosteemejä pystyttäisiin testaamaan jo ennen niiden käyttöönottoa ja voitaisiin arvioida käyttäjän motivaatiota hyödyntää tiettyä teknologista ratkaisua. Tietoa pystyttäisiin hyödyntämään jo uuden teknologian aikaisessa kehitysvaiheessa, jolloin käyttäjän motivaatioon ja preferensseihin liittyvä tieto on erityisen arvokasta. Davis halusi selvittää, mitkä motivaatioon liittyvät muuttujat vaikuttavat teknologisen systeemin ja käytön välillä ja onko eri muuttujien välillä nähtävissä kausaalista yhteyttä (Davis 1986). Tuloksena syntyi teknologian omaksumisen malli, jonka keskiössä ovat helppokäyttöisyyden ja hyödyllisyyden ulottuvuudet ja joka on jo vuosikymmeniä auttanut selittämään erilaisten informaatioteknologisten ratkaisujen omaksumista käyttäjillä.

Tässä luvussa paketoin lukijalle tiiviin kokonaisuuden teknologian omaksumisen mallista ja siihen liittyvästä erityisesti oman tutkimukseni kannalta olennaisesta tutkimuksesta. Aloitan avaamalla mallin taustoja, jonka jälkeen esittelen tarkemmin mallin pääulottuvuudet. Tarkoituksena on antaa tiivis yleiskuva aiheen teoriasta ja tuoda

esiin esimerkkejä TAM:n hyödyntämisestä kuluttajakontekstissa erityisesti sähköisten palveluiden omaksumisessa.

Teknologian omaksumisen mallista on tehty myös valtavasti erilaisia sovelluksia ja laajennuksia, joista tärkeimpiä sivuan myös tässä luvussa. Yksittäisiä laajennuksia ei kuitenkaan ole todettu yhtä laajasti luotettaviksi, kuin alkuperäistä TAM:a. TAM:n ympärille rakennetut laajennukset tunnustavat koetun helppokäyttöisyyden ja hyödyllisyyden ulottuvuudet merkittäviksi ja lisäävät ympärille muita kontekstista riippuen merkittäviä ulottuvuuksia ja tekijöitä. Erilaisten jatkettujen mallien yksityiskohtaista esittely ei ole tämän tutkielman tavoitteiden kannalta relevanttia.

2.1 Miksi TAM tässä tutkielmassa?

Teknologian omaksumisen mallia on yleisesti käytetty kuvaamaan uuden teknologian käyttöönottoa. Terveystaltio on palveluna uudenlainen, sillä se antaa kontrollin täysin kuluttajalle. Ensikäyttökokemuksella on olennainen rooli käyttöönoton ja teknologian omaksumisen kannalta siten, että sen aikana käyttäjä arvioi kriittisesti palvelun ominaisuuksia. Mikäli käyttö ei jatku ensikokemuksen jälkeen, ei käyttökokemusten jatkumoa synny, eikä palvelua omaksuta. Näistä syistä TAM sopiikin hyvin näkökulmaksi ensikäyttökokemuksen syvällisempään ymmärtämiseen ja apuvälineeksi ilmiön jäsentämiseen.

TAM:a on käytetty laajasti tutkittaessa käyttäjien aikomusta omaksua erilaisia informaatioteknologisia ratkaisuja, myös kuluttajakontekstissa. TAM toimii tutkielmani teoreettisena viitekehyksenä osin juuri siitä syystä, että sen teoreettinen perusta on poikkeuksellisen vankkarakenteinen. Terveystaltioiden omaksumiseen ja ensikäyttökokemukseen liittyvän tieteellisen tutkimuksen ollessa vähäistä ja itse tekemäni tutkimuksen otoksen ollessa pieni, tein valinnan nojata vahvaan, todistettuun teoriaan. Teknologian omaksumisen malli luo mielestäni mielenkiintoisen näkökulman kuluttajan kontrolloimien terveysseurantapalveluiden ensikäyttökokemukseen ja korostaa ensikäyttökokemuksen roolia terveystaltioiden omaksumisessa. TAM on toiminut rakenteena, johon olen voinut palata tutkimuksen eri vaiheissa ja jota vasten olen voinut peilata tutkimaani ilmiötä.

TAM:n käyttöaikomukseen liittyvät ulottuvuudet, koettu helppokäyttöisyys ja koettu hyödyllisyys, ovat vahvasti todistetusti käyttöaikomuksen taustalla. Koska koetun helppokäyttöisyyden ja hyödyllisyyden merkitys on laajasti todistettu myös sähköisten palveluiden omaksumisessa kuluttajalla, olen aineistonkeruuvaiheessa syventynyt erityisesti merkitysisältöihin näiden ulottuvuuksien takana. Teoria antaa siis vihjeen ulottuvuuksista ja merkitysisällöistä, joihin paneutua. TAM auttaa merkitysisältöjen kartoittamisessa ja niiden sijoittamisessa selkeisiin rakenteisiin osaksi tutkittavaa ilmiötä. Laadullisen tutkimuksen keinoin päästään syvälle TAM:n ulottuvuuksien merkitysisältöihin.

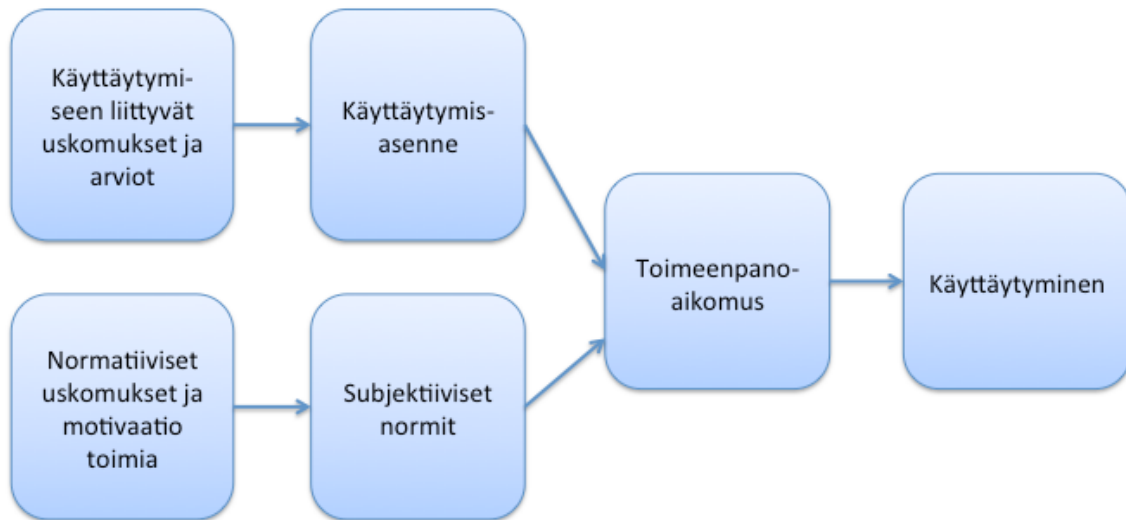
2.2 Taustalla sosiaalipsykologia ja asennetutkimus

TAM perustuu Fishbeinin vuonna 1967 esittelemään ja Fishbeinin ja Ajzenin vuonna 1975 korjaamaan harkitun toiminnan teoriaan (Theory of Reasoned Action, TRA). Harkitun toiminnan teoria selittää tekijöitä, jotka määräävät tietoisesti tarkoituksellista toimintaa (Davis ym. 1989). Se on saavuttanut jokseenkin vakiintuneen aseman sosiaalipsykologian tieteenalan asennetutkimuksessa.

Harkitun toiminnan teorian tavoitteena on suhteuttaa uskomukset asenteisiin, asenteen toimeenpanoaikeisiin ja toimeenpanoaikeet todelliseen käyttäytymiseen. Teorian mukaan ihmisen käyttäytyminen määrittyy toimeenpanoaikeen kautta. Toimeenpanoaike puolestaan voidaan määritellä käyttäytymistä kohtaan muodostuneiden asenteiden ja subjektiivisten normien avulla. (Erwin 2001)

Sitä, kuinka voimakas on yksilön todellinen aikomus toimia tietyllä tavalla kuvataan toimeenpanoaikeen ulottuvuudella (Fishbein ja Ajzen 1975, 288). Asenteen käyttäytymistä kohtaan Fishbein ja Ajzen puolestaan määrittelevät olevan yksilön positiivinen tai negatiivinen tunne kyseessä olevaa käyttäytymistä kohtaan. Subjektiiviset normit viittaavat yksilön käsitykseen siitä, että hänelle tärkeimmät ihmiset ajattelevat, että hänen pitäisi tai ei pitäisi toimia kyseessä olevalla tavalla (Fishbein ja Ajzen 1975, 302). Uskomukset viittaavat yksilön subjektiiviseen todennäköisyyteen, että kyseinen käyttäytyminen johtaa tiettyyn lopputulokseen. Arvoilla taas viitataan tiettyyn seuraukseen liittyvään implisiittiseen arvioivaan

responsiin (Fishbein ja Ajzen 1975, 29). Kuvio 1 esittää harkitun toiminnan teorian ulottuvuudet ja niiden väliset suhteet.



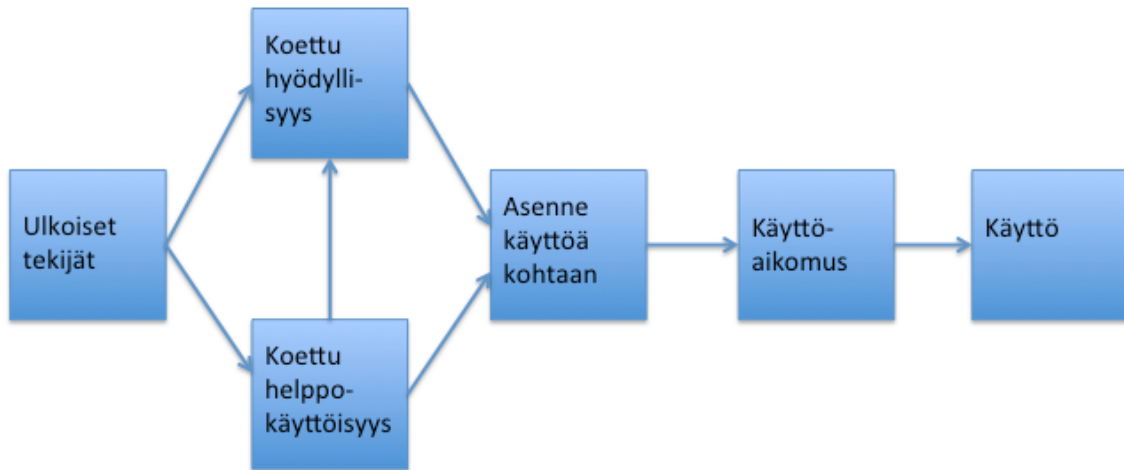
Kuvio 1. Harkitun toiminnan teoria (Davis ym. 1989, 984).

Huomionarvoista on, että harkitun toiminnan teoria painottaa tiettyä toimintaa ja käyttäytymistä eikä suoraan jotakin kohdetta koskevia asenteita (Erwin 2001, 129). Jos esimerkiksi halutaan selvittää potentiaalisen käyttäjän asennetta terveystaltioita kohtaan kannattaa tarkastella hänen asennettaan palvelun käyttämiseen, eikä terveystaltioon esineenä. Tämä harkitun toiminnan teoriaan pohjaava ajatus luo pohjana TAM:lle ja on vahvasti läsnä myös omassa tutkimuksessani.

2.3 Teknologisen omaksumisen malli ja sen ulottuvuudet

TAM on yksi eniten käytetyistä malleista tutkittaessa syitä, miksi yksilö tai organisaatio omaksuu uusia teknologisia ratkaisuja. Malli on kuvattu kuviossa 2. TAM:n mukaan tietyn teknologian omaksumiseen liittyy kaiken kaikkiaan viisi ulottuvuutta: ulkoiset muuttujat, koettu hyöty, koettu helppokäyttöisyys, asenne käyttämistä kohtaan ja aikomus käyttää kyseistä teknologiaa. Nämä ulottuvuudet johtavat lopulta teknologian käyttämiseen (Davis 1986, 1989; Davis ym.1989). Koetun helppokäyttöisyyden Davis (1986, 1989) määrittelee viittaavaan siihen, kuinka vähän potentiaalinen käyttäjä kokee, että hänen täytyy nähdä vaivaa käyttääkseen uutta teknologiaa. Koettu hyödyllisyys puolestaan viittaa potentiaalisen käyttäjän näkemykseen siitä, kuinka todennäköistä on,

että kyseisen teknologian käyttäminen parantaa hänen suorituskyykyään tai toimintaansa (Davis ym. 1989, 320). Teknologian omaksumisen mallissa 'käyttö' viittaa alunperin tietyn teknologisen ratkaisun käyttöön yksilön oman työn kontekstissa (Davis 1986, 25). TAM on kuvattu kuviossa 2.



Kuvio 2 Teknologian omaksumisen malli (Davis 1986, 24).

TAM:n mukaan yksilön käsitys käytön helppoudesta ja käytön hyödyllisyydestä vaikuttavat vahvasti aikomukseen käyttää tiettyä informaatioteknologista ratkaisua (Davis 1986). Malli osoittaa, että potentiaalisen käyttäjän kokonaisvaltainen asenne teknologisen tuotteen käyttämistä kohtaan, vaikuttaa suoraan siihen, käyttääkö henkilö kyseistä tuotetta jatkossa vai ei. Tämän ajatus on yhtenäinen myös harkitun toiminnan teorian kanssa. Käyttöaikomuksen takana puolestaan vaikuttavat koettu helppokäyttöisyys ja koettu käytön hyödyllisyys.

Koettu helppokäyttöisyys vaikuttaa suoraan koettuun hyödyllisyyteen ja teknologisen tuotteen erilaiset piirteet, ulkoiset tekijät, vaikuttavat sekä koettuun helppokäyttöisyyteen että koettuun hyödyllisyyteen. Koetulla hyödyllisyydellä on myös todettu olevan suora yhteys käyttäytymisaikomukseen. (Davis 1986; Davis ym. 1989) TAM esittää, että koettu helppokäyttöisyys edeltää kokemusta käytön hyödyllisyydestä, sillä helppokäyttöiset teknologiat koetaan usein hyödyllisempinä (Davis 1989).

Davis jatkoi aktiivisesti omaa työtään TAM:n parissa ja vuonna 1989 hän esitteli kaksi toteuttamaansa tutkimusta, joissa tutkittiin yhteensä 152 käyttäjää organisaatioissa

(Davis 1989). Tätä ennen tutkimus liittyen teknologian omaksumiseen oli ollut vähäistä. Lisäksi suurinta osaa tutkimuksissa kuvatuista subjektiivisista mittareista ei ollut validoitu eikä niiden yhteyttä teknologian käyttämiseen ollut pystytty osoittamaan. (Davis 1989) Tutkimuksessaan Davis osoitti jälleen koetun käytön helppouden ja koetun käytön hyödyllisyyden olevan teknologian omaksumisen pohjalla (Davis 1989, 319). Samassa tutkimuksessa Davis kehitti ja validisoi uudet skaalat koetun hyödyllisyyden ja koetun käytön helppokäyttöisyyden ulottuvuuksille (Davis 1989). Esittelen skaalat tarkemmin luvuissa 2.2.1 ja 2.2.2, kun tarkastelen helppokäyttöisyyden ja hyödyllisyyden ulottuvuuksia yksityiskohtaisemmin. Uudet skaalat todettiin valideiksi myös Adamsin, Nelsonin ja Toddin tutkimuksessa (1992), jossa tutkittiin sähköpostin ja puhelinvastaajan koettua helppokäyttöisyyttä ja hyödyllisyyttä kymmenessä eri organisaatiossa.

Kingin ja Hen (2006) meta-analyysi kerää hyvin yhteen tutkimustietoa TAM:sta. Analyysi koostuu 88 TAM-tutkimuksesta ja yli 12000 havainnoinnista (King ja He, 2006, 751). Meta-analyysi todisti mm. seuraavaa:

1. TAM:n ulottuvuudet ovat luotettavia ja niitä voi hyödyntää eri konteksteissa.
2. TAM:n suurilla korrelaatioarvoilla on suurta vaihtelua, mikä viittaa siihen, että välilliset muuttujat voivat auttaa selittämään vaikutuksia.
3. Koetun hyödyllisyyden vaikutus käyttöaikomukseen on perustavanlaatuinen ja siihen liittyy vahvasti koetun käytön helppouden ulottuvuus. (King ja He, 2006, 751)

Seuraavaksi kuvailen tarkemmin mallin keskeisiä ja oman tutkimukseni kannalta relevantteja ulottuvuuksia, koettua helppokäyttöisyyttä ja koettua hyödyllisyyttä.

2.3.1 Koettu helppokäyttöisyys

Koetulla helppokäyttöisyydellä Davis ym. (1989, 320) tarkoittavat yksilön kokemusta siitä, kuinka vähän panostusta tietyn teknologian käyttäminen häneltä vaatii. Käsite pohjautuu sanan “helppous” määritelmään: “vapaa vaikeuksista ja suurista ponnisteluista” (Davis ym. 1989, 320). Davis ym. (1989, 335) painottavat, että koettu

käytön helppous ja koettu hyödyllisyys ovat subjektiivisia käsitteitä eivätkä ne kerro objektiivisesta todellisuudesta.

Davis teki urauurtavaa työtä vuonna 1989 julkaistussa tutkimuksessaan ja loi skaalat niin helppokäyttöisyyden kuin hyödyllisyydenkin ulottuvuuksille (Davis 1989). Alalla tehdyn tutkimuksen perusteella hän tunnisti molempien ulottuvuuksien osalta 14 osatekijää, jotka vaikuttivat käyttäjän kokemukseen. Tämän jälkeen Davis arvioi osatekijöiden semanttista sisältöä testihaastattelujen avulla ja karsi sitten osatekijöiden listaa jättämälle tutkimukseen ne, jotka parhaiten vastasivat ulottuvuuksien sisältöjä. Nyt osatekijöitä oli jäljellä 10. Viimeisessä vaiheessa Davis toteutti lomaketutkimuksen, jonka tulosten perusteella hän tiivisti edelleen osatekijöitä päästen lopulta kuuteen selkeinten ilmiöön vaikuttavaan osatekijään. (Davis 1989, 323-324)

Edellä kuvattu vaiheittainen prosessi ilmiön ja kontekstin kannalta olennaisten avaintekijöiden löytämiseksi on ollut yleisessä käytössä TAM-tutkimuksissa. Koetun helppokäyttöisyyden 14:sta osatekijän skaala on kuvattu taulukossa 1 ja esimerkkinä on käytetty terveystaltiota.

Taulukko 1 Alkuperäiset skaalayksiköt koetun helppokäyttöisyyden ulottuvuudelle (mukaiillen Davis ym. 1989, 324).

1. Hämmennyn usein käyttäessäni terveystaltiota.
2. Teen usein virheitä käyttäessäni terveystaltiota.
3. Vuorovaikutus terveystaltion kanssa on usein turhauttavaa.
4. Terveystaltiota käyttäessäni joudun usein turvautumaan ohjeisiin.
5. Vuorovaikutus terveystaltion kanssa vaatii minulta paljon vaivannäköä.
6. Terveystaltiota käyttäessäni minun on helppo päästä tekemieni virheiden yli.
7. Vuorovaikutus terveystaltion kanssa on joustamatonta ja jäykkää.
8. Minusta on helppoa saada terveystaltio tekemään niin kuin haluan.
9. Terveystaltio käyttäytyy usein odottamattomalla tavalla.
10. Terveystaltio on kömpelö käyttää.
11. Vuorovaikutus terveystaltion kanssa on helppo ymmärtää.
12. Minun on helppo muistaa, miten terveystaltiossa voi suorittaa erilaisia tehtäviä.
13. Terveystaltio tarjoaa hyödyllisiä ohjeita tehtävien suorittamiseen.
14. Kaiken kaikkiaan terveystaltiota on mielestäni helppo käyttää.

Vaikka myös Adamsin ym. (1992) tutkimus tuki pääosin Davisin rakentamaa skaalaa, se osoitti myös, että helppokäyttöisyyden ja hyödyllisyyden yhteys käyttöön on kenties sittenkin siihen asti luultua monimutkaisempi (Adams ym. 1992). Tutkijat totesivat, että ulottuvuuksille ei ole yksiselitteisiä tai absoluuttisia mittareita ja että kokemukset

helppokäyttöisyydestä ja hyödyllisyydestä saattavat muuttua ajan ja kokemuksen myötä (Adams ym. 1992, 245).

Venkatesh julkaisi vuonna 2000 oman tutkimuksensa liittyen helppokäyttöisyyteen. Tutkimuksessaan hän pyrki määrittelemään helppokäyttöisyyden käsitettä yksityiskohtaisemmin ja eritellymmin (Venkatesh 2000). Aiheeseen liittyvä tutkimus ei ollut tähän mennessä juurikaan keskittynyt sen ymmärtämiseen, miten käsitys helppokäyttöisyydestä muodostuu ja miten tämä käsitys muuttuu ajan kuluessa. Davis ym. (1989) olivat tosin jo teorisoineet, että helppokäyttöisyyden vaikutus käyttöaikomukseen vähenee sitä mukaa, kun käyttäjän kokemus teknologisen ratkaisun käytöstä karttuu. Venkateshin mallin mukaan koettuun helppokäyttöisyyteen vaikuttavat erilaiset asiat eri vaiheissa. Kun käyttöä vasta aloitellaan, helppokäyttöisyyden kokemukseen vaikuttavat ankkuritekijät, joita mallin mukaan ovat ulkoinen ja sisäinen kontrolli (koettu tietotekniikkaosaaminen), tunne (tietotekniikkaan liittyvä ahdistus) ja sisäinen motivaatio (leikkisyys tietokoneiden kanssa). Kun aikaa kuluu ja käyttöä jatketaan, kokemukseen helppokäyttöisyydestä alkavat vaikuttaa sopeutumistekijät, joita mallin mukaan ovat koettu nautinto ja objektiivinen käytettävyys. (Venkatesh 2000)

Venkatesh (2000) testasi luomaansa mallia kolmessa eri organisaatiossa. Tutkittavina oli 246 valittujen organisaatioiden työntekijää. Empiirinen tutkimus tuki mallia vahvasti ja selitti jopa 60 % sovellukseen liittyvästä koetusta helppokäyttöisyydestä. Suurin vaikutus koettuun helppokäyttöisyyteen oli yksilön yleisillä uskomuksilla tietotekniikan käyttöä kohtaan niin käytön alussa kuin käyttökokemuksen karttuessakin. Tulokset olivat merkittäviä ja osoittivat, että teknologian omaksumisen tutkimuksessa on syytä jatkossa keskittyä enemmän yksilöllisiin muuttujiin (Venkatesh 2000, 360).

2.3.2 Koettu hyödyllisyys

Koetun hyödyllisyyden ulottuvuus kuvaa sitä, kuinka hyvin tietyn teknologisen sovelluksen käyttäminen yksilön mielestä parantaa hänen suorituskykyään tai toimintaansa (Davis 1989, 320). Määritelmä pohjautuu sanan `hyödyllinen` määritelmään: “mahdollista käyttää jonkin asian edistämiseksi” (Davis 1989, 320).

Organisaation kontekstissa ihmisiä usein palkitaan hyvistä suorituksista palkankorotuksilla, ylennyksillä, bonuksilla ja muilla palkinnoilla. Teknologisen tuotteen tai palvelun, jonka koettu hyödyllisyys on korkea, uskotaan vaikuttavan myönteisesti suoritukseen (Davis 1989, 320). Määritelmää on sovellettu myös kuluttajakontekstiin, jolloin koetun hyödyllisyyden katsotaan liittyvän työsuorituksen sijaan toimintaan tai päämäärään, jota varten tai jonka saavuttamiseksi kyseistä tuotetta tai palvelua aiotaan käyttää.

Davis (1989) loi skaalat koetun helppokäyttöisyyden lisäksi myös koetun hyödyllisyyden ulottuvuudelle. Teknologisen ratkaisun 14 piirrettä vaikuttavat kokemukseen hyödyllisyydestä. Alkuperäiset ja edelleen TAM-tutkimuksessa käytössä olevat skaalaysiköt on esitetty taulukossa 2 ja palveluesimerkkinä toimii terveystaltiopalvelu.

Taulukko 2 Alkuperäiset skaalaysiköt koetun hyödyllisyyden ulottuvuudelle (mukaillen Davis ym. 1989, 324).

1. Terveyden ja hyvinvoinnin seuraaminen olisi vaikeaa ilman terveystaltiota.
2. Terveystaltiota käyttämällä minulla on parempi kontrolli terveydestäni ja hyvinvoinnistani.
3. Terveystaltion käyttö parantaa suoritustani terveyden ja hyvinvoinnin seuraamisessa.
4. Terveystaltio vastaa tarpeisiini terveyden ja hyvinvoinnin seurannassa.
5. Terveystaltion käyttö säästää aikaani.
6. Terveystaltio mahdollistaa terveyden ja hyvinvoinnin seurantaan liittyvien tehtävien suorittamisen nopeammin.
7. Terveystaltio tukee minulle terveyden ja hyvinvoinnin seurannan kannalta olennaisia näkökulmia.
8. Terveystaltion avulla saan enemmän aikaiseksi terveyden ja hyvinvoinnin seurannassa kuin muuten olisi mahdollista.
9. Terveystaltion käyttö vähentää tehottomiin toimiin käyttämäni aikaa.
10. Terveystaltio parantaa tehokkuuttani terveyden ja hyvinvoinnin seurannassa.
11. Terveystaltion käyttö parantaa terveyden ja hyvinvoinnin seurannan laatua.
12. Terveystaltion käyttö parantaa tuottavuuttani.
13. Terveystaltio helpottaa terveyteni ja hyvinvointini seuranta.
14. Kaiken kaikkiaan koen terveystaltion olevan hyödyllinen terveyden ja hyvinvoinnin seurannassa.

Venkatesh ja Davis (2000) halusivat ymmärtää paremmin, mitkä tekijät määrittävät koetun hyödyllisyyden ulottuvuutta, jotta teknologian käyttöä ja käyttöönottoa pystyttäisiin organisaatioympäristössä parantamaan ja tehostamaan. He olivat myös kiinnostuneita selvittämään, miten havaitut määrittävät tekijät ja niiden vaikutukset omaksumiseen muuttuisivat ajan myötä (Venkatesh ja Davis 2000). Koetun hyödyllisyyden taustalta löytyi sekä sosiaalisia että kognitiivisia tekijöitä. Sosiaalisia

tekijöitä olivat imago, käytön vapaaehtoisuus sekä jo harkitun toiminnan teoriasta tutut subjektiiviset normit (Venkatesh ja Davis 2000). Kognitiivisia tekijöitä olivat suoritettavan tehtävän relevanssi, tuloksen laatu, tuloksen demonstroitimahdollisuudet ja helppokäyttöisyys (Venkatesh ja Davis 2000, 187–188).

2.4 Teknologian omaksumisen malli ja sähköisten palveluiden omaksuminen kuluttajan näkökulmasta

Paljon käytetty ja tutkittu TAM on saanut osakseen myös paljon kritiikkiä, mikä onkin vienyt alan tutkimusta huimasti eteenpäin. Mallin on sanottu olevan liian yksinkertaistettu ja pelkistetty ja jättävän ulkopuolelleen omaksumisen kannalta olennaisia ulottuvuuksia (mm. Legris ym. 2003; Pikkarainen ym. 2004). Erityisesti tutkittaessa kuluttajia, joilla on vapaus valita teknologinen tuote tai palvelu, on koetun helppokäyttöisyyden ja koetun hyödyllisyyden katsottu olevan riittämättömiä selittämään tuotteen tai palvelun omaksumista tai edes käyttöaikomusta. Tätä mieltä olivat mm. Kulviwat, Cumar, Nasco ja Clark (2007), jotka nostivat esiin, että suurin osa tehdystä teknologian omaksumisen tutkimuksesta on keskittynyt kognitioon tunteiden sijaan. Paino kognitiossa sopinee organisaation kontekstiin, jolloin omaksuminen on määrättyä, eikä käyttäjillä ole osaa päätöksenteossa. Se on kuitenkin riittämätön selitys kuluttajakontekstissa, jolloin kuluttaja on vapaa valitsemaan, omaksuuko uuden teknologian vai ei riippuen siitä, miltä hänestä tuntuu ja miten hän ajattelee (Kulviwat ym. 2007, 1061).

Kuluttajakontekstin huomioiminen onkin näkynyt teknologian omaksumisen tutkimuksessa erityisesti 2000-luvulla ja sähköisten palveluiden omaksuminen on ollut erityisenä kiinnostuksen kohteena. Koettu helppokäyttöisyys ja koettu hyödyllisyys on laajasti tunnistettu käyttöaikomukseen vaikuttaviksi tekijöiksi myös sähköisten kuluttajapalveluiden kontekstissa. Mallinnettaessa kuluttajien sähköisten palveluiden omaksumista TAM:n pohjalta on TAM:sta tuttujen koetun hyödyllisyyden ja helppokäyttöisyyden ulottuvuuksien rinnalle nostettu 2000-luvulla erityisesti taulukossa 3 esitettyjä ulottuvuuksia.

Taulukko 3 Koetun hyödyllisyyden ja helppokäyttöisyyden rinnalle nostettuja sähköisten kuluttajapalvelujen omaksumiseen liittyviä ulottuvuuksia 2000-luvulla.

Ulottuvuus	Tutkijat
Turvallisuus	Pikkarainen 2004; Shin 2008; Shin ja Kim 2008; Shin 2009; Whetstone ja Goldsmith 2009; Shen ja Chiou 2010
Hauskuus	Dabholkar ja Bagozzi 2002; Bruner ja Kumar 2002; Bruner ja Kumar 2005
Leikkisyys	Moon ja Kim 2001; Wang ja Wang 2010
Yksityisyys	Pikkarainen 2004; Whetstone ja Goldsmith 2009
Nautinto	Childers ym. 2001; Koufaris 2002; Lee ym. 2007; Kulviwat ym. 2007

Erilaisia TAM:a täydentäviä malleja on luotu kymmenittäin. Taulukossa 3 esitellyt ulottuvuudet nousevat toistuvasti esiin 2000-luvun teknologisen omaksumisen tutkimuksessa, mutta ne eivät luo läheskään täydellisen kattavaa kuvaa koko kentän tutkimuksesta. Mallien suuren lukumäärän vuoksi rajauksia on kuitenkin täytynyt tehdä ja siksi keskityn seuraavassa kuvaamaan tarkemmin taulukossa 3 esitettyjä ulottuvuuksia ja tutkimuksia, jotka ovat myös tekemäni empiirisen tutkimuksen kannalta kiinnostavia ja relevantteja.

2.4.1 Turvallisuus ja yksityisyys

Koetun turvallisuuden ja luottamuksen merkitys teknologian omaksumisessa on tullut 2000-luvulla esiin erityisesti mobiilipankkipalvelujen kontekstissa. Luottamuksen on määritelty tarkoittavan uskomusta siitä, että palvelun tarjoaja toimii asiakkaan odotusten mukaisesti (Gefen ja Straub 2004, 408). Tutkittuaan mobiilipankkipalvelujen omaksumista Shin (2009) totesi koetun turvallisuuden ja luottamuksen olevan merkittävin tekijä käyttöaikomuksen muodostumisen kannalta. Myös Shen ja Chiou (2010) nostivat tutkimuksessaan esiin turvallisuusnäkökulman. Taatakseen verkkopalveluiden turvallisuuden palvelujen tarjoajat joutuvat usein lisäämään sivustoille erilaisia varmennus- ja sisäänkirjautumismekanismeja, jotka puolestaan tekevät palvelusta helposti monimutkaisemman ja vaikeamman käyttää (Shen ja Chiou 2010, 42). Tutkimuksen mukaan koetun helppokäyttöisyyden merkitys riippui siitä, kuinka pitkäaikaista käytön odotetaan olevan, tuotetyypistä, ja siitä, esitetäänkö sivuilla turvallisuuteen liittyvää tietoa (Shen ja Chiou 2010). Tulokset osoittivat, että koettu

helppokäyttöisyys nostaa todennäköisyyttä, että internetpalvelua aiotaan käyttää, jos käyttäjä odottaa palvelun käytön olevan lyhytaikaista tai jos käyttäjällä ei ole pääsyä sivuston turvallisuuteen liittyviin tietoihin. Toisaalta, jos käytön odotettiin olevan pitkäaikaisempaa tai jos käyttäjällä oli pääsy turvallisuuteen liittyvään tietoon, käyttäjät arvostivat palveluita, jotka vaativat verraten paljon työtä turvallisuuden varmistamiseksi. Tulokset osoittivat myös, että tieto muista ulkopuolisista käyttäjistä nosti todennäköisyyttä, että henkilö aikoo käyttää tuotetta jatkossa (Shen ja Chiou 2010, 42). Yhteenvedona voidaan todeta, että kuluttaja käyttää internetpalvelua todennäköisemmin, mikäli palvelun sivuston varmennusmekanismit ovat verraten yksinkertaiset (Pikkarainen ym. 2004; Shen ja Chiou 2010).

Pikkarainen ym. (2004) tutkivat sähköisten pankkipalveluiden omaksumista Suomessa. TAM:n ja sähköisiin pankkipalveluihin liittyvien tutkimusten pohjalta he rakensivat teoreettisen mallin, joka kuvaa sähköisten pankkipalveluiden omaksumista kuluttajanäkökulmasta. Testattavassa mallissa oli kuusi ulottuvuutta, joiden arveltiin johtavan sähköisten pankkipalveluiden käyttöön: TAM:sta tutut koettu hyödyllisyys ja koettu käytön helppous, koettu nautinto, sähköisistä pankkipalveluista saatu tieto, turvallisuus ja yksityisyys sekä internetyhteyden laatu (Pikkarainen ym. 2004, 227). Tehdyn faktorianalyysin mukaan edellä mainituista ulottuvuuksista ensimmäiset viisi vaikuttivat palvelun omaksumiseen (Pikkarainen ym. 2004, 229). Regressioanalyysi puolestaan osoitti, että koettu hyödyllisyys ja sähköisistä pankkipalveluista saatu tieto vaikuttivat omaksumiseen eniten (Pikkarainen ym. 2004, 229).

Whetstone ja Goldsmith (2009) olivat ensimmäisiä, jotka tutkivat terveystaltion käyttöaikomusta kuluttajakontekstissa. Sähköisen kyselylomakkeen avulla he kartoittivat käyttöaikomukseen liittyviä tekijöitä alle 25-vuotiailla yliopisto-opiskelijoilla. Teoreettisen viitekehyksen tutkimukselle loi teknologian omaksumisen malli (Davis 1986) ja tutkijat keskittyivät tarkastelemaan nimenomaan suoraan käyttöaikomukseen liittyviä tekijöitä. Tulokset osoittivat, että innovatiivinen suhtautuminen terveydenhuoltoon, terveystaltion koettu turvallisuus ja yksityisyys sekä erityisesti terveystaltion koettu hyödyllisyys vaikuttivat positiivisesti käyttöaikomukseen (Whetstone ja Goldsmith 2009, 8). Näin ollen käyttäjät, jotka kokivat terveystaltion käytöstä koituvan jotakin henkilökohtaista hyötyä, suunnittelivat

todennäköisemmin sen käyttöä (Whetstone ja Goldsmith 2009, 18). Lisäksi, mitä vakuuttuneempia potentiaaliset käyttäjät olivat siitä, että heidän tietonsa pysyvät turvassa, eikä niitä jaeta, sitä todennäköisemmin he aikoivat käyttää terveystaltiota (Whetstone ja Goldsmith 2009, 18). Tutkimus osoitti myös, että henkilöt, joille terveystaltio oli entuudestaan tuttu, aikoivat käyttää taltiota hieman todennäköisemmin kuin ne, joille terveystaltio oli täysin uusi tuttavuus. Sen sijaan sukupuoli, iällä tai terveydentilalla ei nähty olevan erityistä vaikutusta käyttöaikomukseen (Whetstone ja Goldsmith 2009, 8).

Whetstonen ja Goldsmithin tutkimus (2009) tuo uusia sovellusmahdollisuuksia terveydenhuollon kentälle. Oman tutkielmani kannalta Whetstonen ja Goldsmithin (2009) tutkimuksen olennaisinta antia on se, että se osoitti perinteisen Davisin ym. (1989) mallin toimivan myös terveystaltion kontekstissa. Jotta terveystaltio omaksuttaisiin paremmin, olisi palvelun tarjoajien keskityttävä entistä enemmän pohtimaan, miten saada terveystaltiosta käyttäjälle hyödyllinen. Hyödyllisyyttä, turvallisuutta ja yksityisyyttä arvostetaan myös terveystaltiossa. Myös Silvestre, Sue ja Allen (2009) mallinsivat terveystaltioiden omaksumista TAM:n avulla ja totesivat koetun hyödyllisyyden ja koetun helppokäyttöisyyden vaikuttavan käyttöaikomukseen.

2.4.2 Hauskuus, leikkisyys ja nautinto

Davis, Bagozzi ja Warshaw (1992) esittivät laajennetun TAM:n, jossa koetun hyödyllisyyden ja koetun helppokäyttöisyyden rinnalle nostettiin koetun nautinnon ulottuvuus. Cheng (2011) testasi mallia sähköisten oppimispalveluiden kontekstissa ja tulokset osoittivat, että niin koetulla hyödyllisyydellä, koetulla helppokäyttöisyydellä kuin koetulla nautinnollisuudellakin oli selvä yhteys käyttöaikomukseen. Chenkin tutkimuksen (2011) tulokset kertoivat samaa kuin Davisin ym. (1992) alkuperäinen tutkimus myös sen osalta, että koetulla helppokäyttöisyydellä oli vaikutus myös koetun nautinnon ulottuvuuteen. Mitä helpompi teknologista palvelua oli käyttää, sitä nautinnollisemmaksi palvelun käyttö koettiin. Childers ym. (2001) puolestaan todistivat koetun nautinnon ennustavan vahvasti suhtautumista interaktiiviseen ostosten

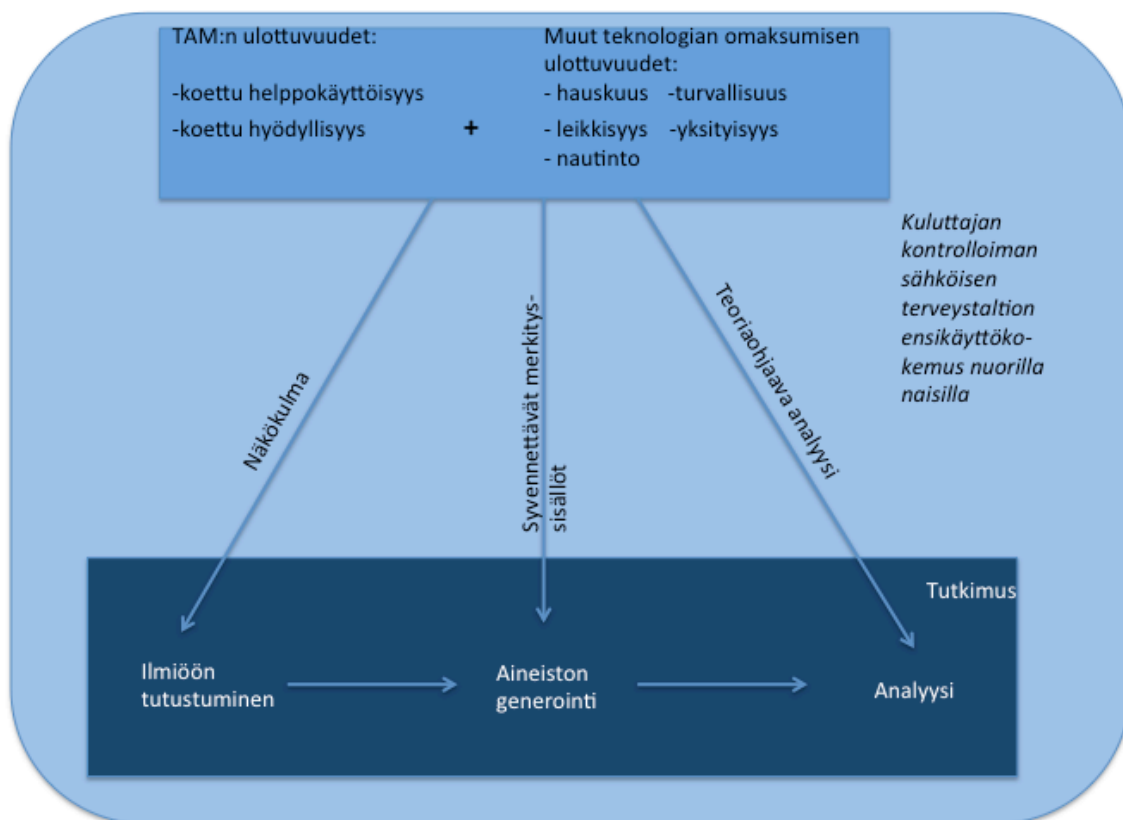
tekoon. Tutkimuksessaan he osoittivat hedonististen ja utilitarististen motiivien olevan relevantteja kuluttajien tehdessä ostoksia verkkoympäristössä (Childers ym. 2001).

Bruner ja Kumar (2005) taas lisäsivät hauskuuden alkuperäisen TAM:n ulottuvuuksiin. He huomasivat, että hauskuudella oli suora vaikutus asenteeseen, joka kuluttajalla on teknologisen tuotteen käyttöä kohtaan. Tämä vaikutus oli yli 1,5-kertainen verrattuna kognition vaikutukseen. (Bruner ja Kumar 2005, 1061) Tulokset olivat yhteneviä Dabholkarin ja Bagozzin (2002) tutkimuksen kanssa, jossa koetulla hauskuudella huomattiin olevan merkittävä vaikutus teknologiapohjaisen itsepalvelun omaksumisessa.

Saman tyyppinen ulottuvuus, koettu leikkisyys, määriteltiin Moonin ja Kimin toimesta vuonna 2001. Leikkisyys on mielentila, joka koostuu kolmesta ulottuvuudesta: kuluttajan tarkkaavuuden ohjaamisesta vuorovaikutukseen sovelluksen kanssa, kuluttajan uteliaisuudesta vuorovaikutusta kohtaan sekä kuluttajan kokemasta vuorovaikutuksen miellyttävyydestä.

2.5 Teoreettisen viitekehyksen synteesi

Tässä tutkimuksessa TAM ei ole koko tutkimusta määrittävä rakenne, vaan erityisesti väline ilmiön lähestymiseen. Laadullisten menetelmien keinoin helppokäyttöisyyden ja hyödyllisyyden käsitteitä pyritään rikastuttamaan syväluotaavammalla aineiston keruulla ja -analyysillä. Teoreettisen viitekehyksen synteesi on kuvattu kuviossa 3.



Kuvio 3 Teoreettisen viitekehyksen synteysi.

Kuten kuviosta 3 nähdään, tutkielmani on ennen kaikkea aineistovetoinen ja teoriaohjaava. Teknologian omaksumisen teoria tarjoaa näkökulman ilmiöön ja auttaa syvennettävien merkitysisältöjen valinnassa. Analyysi on teoriaohjaava.

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkielmani empiirisen osion muodostaa keväällä 2012 generoitu tutkimusaineisto. Päämetodologiaksi valitsin laadullinen tutkimus ja aineisto generoitiin suullisen protokolla-analyysin ja teemahaastattelun keinoin. Analyysin tein sisällön analyysin keinoja hyödyntäen. Tässä luvussa kuvaan ja perustelen tekemiäni metodologisia ratkaisuja.

3.1 Päämetodologiana laadullinen tutkimus

Tutkimukseni tavoitteena oli perehtyä terveystalion ensikäyttökokemusten merkityssisältöihin nuorilla naisilla. Tämä tavoite ja tutkimuskysymykset ohjasivat tutkimusmetodologisia valintoja. Laadullisten menetelmien avulla akateemisia tutkimuskysymyksiä voidaan tutkia täsmällisesti, tarkasti ja perusteellisesti (Salkind 2009, 222). Oikein toteutettuna kvalitatiivinen tutkimus tuottaa paljon tietoa tutkittavasta aiheesta ja antaa tutkijalle perusteellisen kuvan tutkittavasta aiheesta (Salkind 2009, 222). Kvalitatiivinen tutkimus on sosiaalista tai käyttäytymiseen liittyvää tieteellistä tutkimusta, joka tutkii ihmiskäyttäytymisen pohjalla olevia prosesseja hyödyntämällä selittäviä menetelmiä, kuten haastatteluja, kyselyitä ja tapaustutkimuksia (Salkind 2009, 209).

Metsämuurosen (2006, 88) mukaan kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus pohjautuu eksistentiaalis-fenomenologis-hermeneuttiseen tieteenfilosofiaan. Teoksessa "Laadullisen tutkimuksen käsikirja" (2006, 88) Metsämuuronen esittelee Leena Syrjälän nelikohtaisen listan tilanteista, joihin laadullinen tutkimus soveltuu erityisen hyvin:

1. Kun ollaan kiinnostuneita tapahtumien yksityiskohtaisista rakenteista eikä niinkään niiden yleisluontoisesta jakaantumisesta.
2. Kun ollaan kiinnostuneita tietyissä tapahtumissa mukana olleiden yksittäisten toimijoiden merkitysrakenteista.
3. Kun halutaan tutkia luonnollisia tilanteita, joita ei voida järjestää kokeeksi tai joissa ei voida kontrolloida läheskään kaikkia vaikuttavia tekijöitä.
4. Kun halutaan saada tietoa tiettyihin tapauksiin liittyvistä syy-seuraussuhteista, joita ei voida tutkia kokeen avulla.

Erityisesti listan kohdat 1, 2 ja 3 tukevat laadullisen tutkimuksen valintaa tutkimusotteeksi tähän tutkimukseen. Vaikka kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimusote eivät sinänsä sulje toisiaan pois, on Metsämuurosen (2006, 88) mukaan järkevää valita jompi kumpi metodologia ainakin päämetodologiaksi. Kvantitatiiviset ja

laadulliset metodologiat ovat toisiaan täydentäviä, eivät toisiaan poissulkevia menetelmiä.

Teknologian omaksumisen tutkimuksissa on käytetty lähes järjestäen vain kvantitatiivisia menetelmiä. Tutkimukselleni teoreettisen lähestymistavan tarjoavan TAM:n skaalat ja mittaristot on luotu kvantitatiivisesti ja ulottuvuuksien välisiä suhteita kartoitetaan vakioiduin kysymyspatteristoin. On selvää, että TAM:n ulottuvuuksien kausaalisuussuhteisiin tämä laadullinen tutkimus ei voi ottaa kantaa. Sen sijaan se ottaa teknologian omaksumisen tutkimukseen uuden, syvemmän ja kuvailevamman näkökulman, joka painottaa ja arvostaa kuluttajan subjektiivisia näkemyksiä ja ensikäyttökokemusta. Näin tämä tutkimus ottaa askelen TAM:a syvemmälle.

3.2 Tutkittavien valinta ja kuvaus

Tutkimuksessa haastattelin kahdeksaa henkilöä, jotka ovat potentiaalista Terveyskortin käyttäjiä. Haastateltavaksi halusin henkilöitä, jotka ovat Terveyskortin kohderyhmää, mutta eivät ole vielä käyttäneet palvelua, sillä tutkimus paneutuu nimenomaan ensikäyttökokemukseen.

Terveyskortti on suunnattu koko kansalle. Näin ollen koko Suomen kansa on käytännössä palvelun kohderyhmää. Tutkimuksen luotettavuuden ja informatiivisuuden kannalta näin kuitenkin järkeväksi keskittyä tiettyyn, mahdollisimman homogeeniseen ryhmään. Tutkimuksen hyödyllisyyden kannalta näin paremmaksi tutustua syvällisemmin yhden ryhmän ajatuksiin, kuin riipaista tietoa pintapuolisesti hyvin heterogeenisestä potentiaalisten käyttäjien ryhmästä. Lisäksi olin erityisen kiinnostunut nuorten naisten ryhmästä, sillä sen on koettu olevan erityisen vaikea tavoittaa terveystalioita markkinoissa (Jokinen 2013).

Haastateltavilta toivottiin analyttistä ja oivaltavaa ajattelutapaa, nopeaa oppimiskykyä ja parannusehdotuksia. Koska tutkimuksen tarkoituksena on saada mahdollisimman paljon irti Terveyskortin ensikäyttökokemuksesta, haluttiin haastateltavien olevan myös tottuneita IT-käyttäjiä. Näin puutteellisista IT-taidoista johtuva hämmennys

testitilanteessa ei veisi liiaksi huomiota muilta mahdollisilta ulottuvuuksilta. Edellisiin syihin vedoten haastateltavat päätettiin etsiä korkeakouluopiskelijoiden joukosta.

Sain yliopisto-opiskelijoilta vihjeitä henkilöistä, jotka mahdollisesti olisivat kiinnostuneita osallistumaan tutkimukseen. Otin kyseisiin henkilöihin suoraan yhteyttä puhelimitse, ja kerroin tekeväni tutkimusta Terveyskorttipalveluun liittyen. Sitten kysyin henkilöiden halukkuutta osallistua noin tunnin kestoiseen tutkimustilanteeseen. Olin puhelimitse yhteydessä kahdeksaan potentiaaliseen haastateltavaan ja kaikki kontaktoidut henkilöt ilmoittautuivat vapaaehtoisiksi haastateltaviksi. Taulukossa 4 nähdään tutkittavien demografiset tekijät. Tutkittavien nimet on muutettu anonymiteetin varmistamiseksi.

Taulukko 4 Tutkittavien demografiset tekijät

	sukupuoli	ikä	ammatti	oppilaitos	opintojen vaihe
1. Katariina	nainen	26	opiskelija	Helsingin kauppakorkeakoulu	maisteriopinnot
2. Jaana	nainen	26	opiskelija	Haaga-Helia ammattikorkeakoulu	AMK-opinnot
3. Minna	nainen	25	opiskelija	Haaga-Helia ammattikorkeakoulu	AMK-opinnot
4. Annu	nainen	24	opiskelija	Helsingin yliopisto	maisteriopinnot
5. Sanni	nainen	23	opiskelija	Kuopion yliopisto	kandidaatin opinnot
6. Enni	nainen	25	opiskelija	Helsingin yliopisto	maisteriopinnot
7. Iina	nainen	26	opiskelija	Helsingin yliopisto	kandidaatin opinnot
9. Kaija	nainen	28	opiskelija	Helsingin yliopisto	maisteriopinnot

Vapaaehtoiset olivat 23–29-vuotiaita naisia, jotka opiskelivat tutkimushetkellä korkeakoulussa. Kuusi tutkittavista opiskeli yliopistossa, viisi maisterivaiheessa ja yksi kandidaattivaiheessa. Kaksi tutkittavista viimeisteli opintojaan ammattikorkeakoulussa ja heidän tarkoituksenaan oli jatkaa opintoja tutkinnon saatuaan yliopistossa maisteriohjelmassa.

3.3 Tiedonkeruumenetelmänä suullinen protokolla ja teemahaastattelu

Saadakseni kerättyä mahdollisimman rikkaan aineiston käytin tutkimuksessani kahta menetelmää aineiston generointiin. Suullisen protokolla-analyysin avulla pyrin saamaan mahdollisimman tarkkaa tietoa ensikäyttötilanteesta. Teemahaastattelun avulla taas pääsin syvemmin käsiksi hyödyllisyyden ja helppokäyttöisyyden ulottuvuuksiin, jotka teknologian omaksumiseen liittyvän tutkimuksen lisäksi nousivat tärkeään asemaan

tutkittavien suullisissa protokollissa. Teemahaastattelun joustavuus mahdollisti myös muihin ensikäyttötilanteessa esiin nousseisiin teemoihin syventymisen.

3.3.1 Suullinen protokolla-analyysi

Protokolla-analyysi on käytetyimpiä prosessin jäljennyksen metodeja (Kuusela ja Paul 2000, 387). Prosessin jäljennyksen metodien tarkoituksena on selvittää erilaisten ongelmanratkaisutilanteiden kognitiota. Kirjassaan "Protocol analysis: Verbal reports as data." Ericsson ja Simon (1984) osoittavat, että suullisen protokollan tuottama data on varteenotettavaa, luotettavaa dataa. He argumentoivat suullisen protokollan olevan yksi muiden käyttäytymistä tarkkailevien menetelmien joukossa.

Suullista protokolla-analyysiä kutsutaan usein myös ääneen ajattelun metodiksi, sillä siinä tutkittavat henkilöt ajattelevat ääneen ja kertovat näin mielikuviaan tiettyyn käsillä olevaan tilanteeseen liittyen. Tarkoituksena on, että tutkittava esittää kaikki ajatuksensa tehtävän alusta loppuun ja tämän perusteella voidaan arvioida hänen kognitiivista toimintaa osoittavia sisäisiä mekanismejaan (Ericsson ja Simon 1984). Tutkija koostaa tutkittavan tuottaman äänimateriaalin erilaisten luokittelujen avulla tutkittavaa kohdetta kuvaaviksi rakenteiksi. Protokolla-analyysiä on sovellettu usein ongelmanratkaisuprosesseja käsittelevissä tutkimuksissa mm. lääketieteen, psykologian ja tekniikan alalla. (Anttila 1998)

Protokolla-analyysin pohjalla on perustavaa laatua oleva ajatus siitä, että kognitio on tiedon prosessointia (Ericsson ja Simon 1984, 11). Tutkimuksen kohteena ovat siis ajatteluprosessit, joissa tutkittava käyttää lyhyt- ja pitkäkestoista muistia. Menetelmän avulla voidaan saada selville mitä tietoa tutkittava käyttää hyväkseen, miten hän käsittelee ärsykettä ja millaisia arvioita hän tutkittavassa tilanteessa tekee (Todd ja Benbasat 1987, 496).

Ääneen ajattelussa syntyvä protokolla on itselleen luonteenomaista eli idiosynkraattista: se sisältää vain tutkittavalle itselleen ymmärrettäviä viittauksia. Tutkijan teoreettisena tehtävänä on sanallisen raportin tulkinta (Anttila 1998). Suullisen protokollan käyttäminen tieteellisenä datana nostaa esiin useita haasteita, joita Ericsson ja Simon

(1984) ovat ansiokkaasti käsitelleet teoksessaan. Suullisen aineiston on usein tulkittu olevan ns. "pehmeää dataa" juuri sen suullisen luonteen vuoksi. Suullinenkin informaatio voidaan kuitenkin muuttaa "kovaan" muotoon huolellisen raportoinnin keinoin: suullinen protokolla on nauhoitettava ja purettava kirjalliseen muotoon (Ericsson ja Simon 1984, 4). Näin toimin myös omassa tutkimuksessani. Nauhoitin jokaisen tutkimustilanteen ja litteroin tämän jälkeen verbaalisen sisällön sanasta sanaan. Lisäksi raportoin tutkittavan tunnetilaa kuvaavia äännähdyksiä, kuten huokauksia ja naurahduksia. Kahdeksan tutkimustilannetta tuotti lopulta 59 sivua litteroitua aineistoa.

Suullinen protokolla tarjosi erinomaisen tavan aineistoin generointiin myös omassa tutkimuksessani. Ensikäyttökokemus voidaan nähdä monivaiheisena ongelmanratkaisuprosessina, jossa tutkittava ensin perustaa Terveyskortin ja tämän jälkeen testaa sen ominaisuuksia. Vaikka suullinen protokolla ei tutkimukseni tilanteessa voikaan tuottaa vertailukelpoista dataa käyttökokemuksen tasolla yleensä, se antaa tietoa nimenomaan ensikäyttökokemuksesta. Suullinen protokolla mahdollistaa tietyn rajatun prosessin tutkimisen ainutlaatuisen tutkittavalähtöisesti.

Ericsson ja Simon (1984, 79–80) puhuvat verbalisoinnin tasoista ääneen ajattelun prosessissa. He erottavat kolme tasoa, joilla tutkittava voi muuttaa ajatusprosessinsa ja niiden sisällön sanalliseen muotoon. Ensimmäisellä tasolla verbalisointi on yksinkertaisesti artikulaarisen tai suullisen aineksen koodaamista sanalliseen muotoon. Ensimmäisellä tasolla ei ole samanaikaisia muita prosesseja, joten tutkittavan ei tarvitse nähdä juurikaan vaivaa tuodakseen ajatuksensa esiin.

Toinen verbalisoinnin taso sisältää kuvailua, ajatussisältöjen selittämistä (Ericsson ja Simon 1984, 79). Taso vaatii siis kognitiivisesti jo selvästi ensimmäistä tasoa enemmän. Tuoksun kuvailu on esimerkki toisen tason verbalisoinnista. Toisella tasolla kuvailu kuitenkin keskittyy tiukasti käsillä olevaan tehtävään eikä siten tuo uusia elementtejä tutkittavan sen hetkiseen kokemuspieriin. Tutkittavan toimiessa tällä tasolla käsillä olevaan tehtävään käytetty aika saattaa pidentyä, mutta tehtävään liittyvän ongelmanratkaisuprosessin rakenne ei muutu (Ericsson ja Simon, 1984, 79).

Kolmannella verbalisoinnin tasolla verbalisoidaan ajatuksia ja ajatusprosesseja. Tällä tasolla pelkkä lyhytkestoiseen muistiin turvautuminen ei riitä, vaan käsillä olevaa tietoa on pystyttävä yhdistelemään aiemmin opittuun (Ericsson ja Simon, 1984, 79).

Suulliset protokollat voidaan erottaa samanaikaisiin ja retrospektiivisiin protokolliin. Kun samanaikaisessa protokollassa tutkittava ajattelee ääneen käynnissä olevassa tilanteessa, retrospektiivisessä protokollassa hän kuvaa mennyttä tilannetta. Samanaikaisessa protokollassa tutkittava siis samanaikaisesti verbalisoi ajatuksiaan ja suorittaa tehtävää (Todd ja Benbasat 1987, 497). Tällöin voidaan liikkua kaikilla verbalisoinnin tasoilla, mutta tasot 1 ja 2 painottuvat. Kriitikoiden mukaan samanaikainen protokolla voi muodostua epäluotettavaksi, kun tutkittava joutuu samanaikaisesti tekemään ongelmanratkaisua ja purkamaan ajatuksiaan sanoiksi (Anttila 1998). Toisaalta retrospektiivisen protokollan on sanottu olevan epäluotettava, sillä se vaatii aikaisemmin tapahtuneiden tiedonkäsittelyprosessien palauttamista mieleen (Todd ja Benbasat 1987, 497). Retrospektiivisessä suullisessa protokollassa liikutaan siis verbalisoinnin tasolla 3. Koska mieleen palauttaminen vaatii tiedon hakemista pitkäkestoisesta muistista, on vaarana, että menetetään tutkimustilanteen kannalta olennaista tietoa, joka ei ole varastoitunut tutkittavan pitkäkestoiseen muistiin (Todd ja Benbasat 1987, 497).

Samanaikaisella ja retrospektiivisellä protokollalla on molemmilla vahvuutensa ja heikkoutensa. Samanaikainen protokolla on todettu retrospektiivista protokollaa luotettavammaksi menetelmäksi useissa menetelmiä vertaavissa tutkimuksissa (mm. Ericsson ja Simon, 1984 ; Todd ja Benbasat 1987; Kuusela ja Paul 2000). Tutkimusten mukaan voidaan tiivistetysti sanoa, että samanaikainen protokolla soveltuu erityisen hyvin tilanteisiin, joissa tutkimuksen fokus on itse päätöksenteon prosessissa, kun taas retrospektiivistä protokollaa suositellaan käytettäväksi silloin, kun ollaan erityisen kiinnostuneita tehtävän tuloksesta (Kuusela & Paul 2000, 387). Käytin tutkimuksessani samanaikaista protokollaa, sillä olin nimenomaan kiinnostunut pääsemään mahdollisimman syvälle ensikäyttökokemukseen.

Toisaalta retrospektiivisen suullisen protokollan on joidenkin tutkimusten mukaan todettu tuottavan laajemman kirjon tutkittavien reaktioista. Retrospektiiviset protokollat ovat tuoneet esiin enemmän tutkittavien selityksiä ja ehdotuksia liittyen omaan

toimintaan, kun taas samanaikaisessa protokollassa korostuu tehtävän aikaisen toiminnan kuvailu (Van Den Haak ym. 2003, 349). Jotta saisin vielä syvällisempää tietoa tutkittavien henkilöiden ajatuksista, täydensin suullista samanaikaista protokollaa teemahaastattelulla, jonka toteutin suullisen samanaikaisen protokollan yhteydessä. Teemahaastattelua esittelen tarkemmin luvussa 3.3.2.

Protokollia voidaan tyypitellä paitsi aikajänteen mukaan myös tutkijan roolin aktiivisuuden asteen mukaan. Tutkijan ottaessa neutraalin roolin puhutaan neutraalista protokollasta. Tällöin protokollalle ei ole määritelty ennalta rakennetta, vaan tutkittava ajattelee vapaasti ääneen eikä tutkija ohjaa häntä tarkennetuin kysymyksiin (Todd ja Benbasat 1987, 498). Mikäli tutkija ottaa aktiivisemmän roolin, puhutaan strukturoidusta protokollasta. Tällöin tutkija kysyy tutkittavalta tarkkoja kysymyksiä, jotka tosin ovat ennalta määräämättömiä (Todd ja Benbasat 1987, 498).

Neutraalin suullisen protokollan etu on, että se häiritsee tutkittavan ongelmanratkaisuprosessia vähemmän kuin strukturoitu suullinen protokolla. Haasteena on, että se tuottaa paljon strukturoimatonta dataa. Suurella osalla saadusta datasta voi olla vain vähän tekemistä tutkittavan ongelman kanssa. Tämä tekee menetelmästä myös tutkijalle erittäin työlään, sillä hänen on erotettava olennainen data epäolennaisesta. (Todd ja Benbasat 1987, 498)

Strukturoidun suullisen protokolla-analyysin eduiksi voidaan laskea sen tuottaman materiaalin laatu ja käsiteltävyys: saatu data on neutraalin protokollaan verrattuna suppeampaa, mutta toisaalta helpommin analysoitavissa ja vertailtavissa tutkittavien henkilöiden välillä. Haasteena on, että tutkittava joutuu käyttämään hyväkseen tietoa, jota ei ole lyhytkestoisessa muistissa. Tällöin on vaarana, että ongelmanratkaisuprosessi häiriintyy. (Todd ja Benbasat 1987, 498)

Käytin tutkimuksessani suullista samanaikaista protokollaa, jossa roolini vaihteli tilanteen mukaan. Pyysin tutkittavia ajattelemaan ääneen, mutta tarvittaessa pyysin heitä tarkentamaan lausumiaan, jotta pääsisin kaivamaan merkityksiä esiin paremmin. Valitsin menetelmäksi osin strukturoidun suullisen protokollan, sillä halusin taata mahdollisimman hyvät vertailumahdollisuudet tutkittavien välillä. Olin toisaalta myös

kiinnostunut ensikäyttökokemuksen sisällöstä, jolloin osin strukturoitu protokolla toi neutraalia protokollaa paremmin mahdollisuuksia keskittää tiedonhankintaa juuri haluttuun aihealueeseen. Osin strukturoitu protokolla vaati tutkittavalta välttämättä astumista myös verbalisoinnin tasolle 3, jolloin vaarana on ongelmanratkaisuprosessin häiriintyminen ja muuttuminen. Tutkimukseni pääfokuksena oli kuitenkin merkitykset käyttötilanteessa eikä niinkään prosessin kirjaimellinen rakenne tai numeerisesti mitattu suoritus. Korkeimmalle verbalisoinnin tasolle siirtyminen siis tuskin vääristäisi aineistoa.

3.3.2 Teemahaastattelu

Haastattelu on keskustelua, jolla on tarkoitus: informaation kerääminen (Hirsjärvi ja Hurme 2009, 11, 42). Haastatteluun kuten keskusteluunkin sisältyy kielellistä ja ei-kielellistä kommunikaatiota, jonka avulla ajatukset, asenteet, mielipiteet, tiedot ja tunteet välittyvät (Hirsjärvi ja Hurme 1979, 39). Tutkimushaastattelu tapahtuu haastattelijan ehdoilla tai ainakin tämän johdolla, mutta samalla kumpikin osapuoli vaikuttaa toiseen. Tarkoituksena on yleensä etsiä vastauksia tiettyihin kysymyksiin tai saada tietoa tietyistä aiheista. Tutkijan tehtävänä on kaivaa esiin haastateltavan ajatuksia, kokemuksia ja tunteita (Hirsjärvi ja Hurme 2009, 41). Koska halusin nimenomaan päästä vielä syvemmälle kaivamaan esiin merkityksiä, päädyin käyttämään haastattelua protokolla-analyysin rinnalla.

Hirsjärvi ja Hurme (1979, 41) tiivistävät, että haastattelu tutkimuksen osana on vuorovaikutustilanne, jolla on tiettyjä luonteenomaisia piirteitä. Ensinnäkin haastattelu on ennalta suunniteltu: haastattelija on tutustunut tutkimuskohteeseen käytännössä ja teoriassa, ja tavoitteena on saada luotettava tietoa alueilta, jotka ovat tutkimusongelman kannalta relevantteja. Toiseksi haastattelu on haastattelijan alulle panema ja ohjaama. Kolmanneksi haastattelija joutuu yleensä motivoimaan haastateltavaa. Neljänneksi haastattelija tuntee roolinsa, mutta haastateltava oppii sen haastattelun kuluessa. Viidenneksi on pidettävä huolta siitä, että haastateltava voi luottaa annettujen tietojen tulevan käsiteltäväksi luottamuksellisesti. (Hirsjärvi ja Hurme 1979, 41)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumuoto, jossa läpi käytävät teemat on lyöty lukkoon, mutta kysymykset ja niiden järjestys voivat vaihdella (Hirsjärvi ja Hurme 2009; Eskola ja Vastamäki 2007). Teemahaastattelu lähtee oletuksesta, että kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita voidaan tutkia tällä menetelmällä (Hirsjärvi ja Hurme 2009, 48). Toisin kuin strukturoidussa haastattelussa kysymysjärjestystä ja -muotoa ei kuitenkaan ole rajoitettu, vaan niitä voidaan säädellä tilannekohtaisesti (Eskola ja Suoranta 2008, 86). Menetelmä ei edellytä haastateltavilta kokeellisesti tuotettua yhteistä kokemusta, vaan se korostaa haastateltavien yksilöllisiä tulkintoja ja määritelmiä tutkittavista asioista (Hirsjärvi ja Hurme 2009, 48). Teemahaastattelu on lähempänä strukturoimatonta kuin strukturoitua haastattelua (Hirsjärvi ja Hurme 2009, 48). Se huomioi ihmisten asioista tekemien tulkintojen ja ihmisten asioille antamien merkitysten keskeisyyden ja tuo näin tutkittavan äänen kuuluviin.

Käytin tutkimuksessani toisena tiedonkeruumenetelmänä teemahaastattelua, sillä koin sen hyvin aiheeseen ja tutkimuksen luonteeseen sopivaksi. Hirsjärven ja Hurmeen (2009, 35) mukaan haastattelu yleensä on oiva menetelmä silloin, kun halutaan korostaa sitä, että ihminen on tutkimustilanteessa subjekti. Haastattelu on myös hyödyllinen tiedonkeruutapa silloin, kun tutkimusaihe sijoittuu vähän kartoitetulle, tuntemattomalle alueelle ja silloin, kun halutaan syvää tietoa (Hirsjärvi ja Hurme, 2009, 35). Eskolan ja Vastamäen (2007) mukaan teemahaastattelun ja syvähaastattelun välistä rajaa voi olla vaikea vetää, sillä myös teemahaastattelussa voidaan päästä hyvinkin syvälle käsiteltäviin teemoihin. Terveystaltion omaksumisesta on tehty varsin vähän tieteellistä tutkimusta ja tämän tutkimuksen tarkoituksena on nimenomaan päästä syvemmälle ensikäyttökokemukseen. Tutkittavat nähtiin aktiivisina, kokevina osapuolina ja tätä roolia korostettiin yhdistämällä suullinen protokolla ja teemahaastattelu. En käyttänyt tutkimuksessani syvähaastattelua, sillä vaikka halusinkin tutkittavien kertovan kokemuksistaan ja näkemyksistään mahdollisimman vapaasti, olin kuitenkin kiinnostunut kuulemaan heidän ajatuksiaan tietyistä ulottuvuuksista. Halusin antaa tilaa myös muiden mahdollisten teemojen esiin nousemiselle, mutta avoin haastattelu ei olisi tässä tutkimusasetelmassa luultavasti tuottanut tarpeeksi koherenttia tietoa. Suullisen samanaikaisen protokollan rinnalle tiedonkeruumenetelmäksi valittiinkin teemahaastattelu, josta kerron seuraavassa luvussa enemmän.

Teemahaastattelu mahdollisti myös tässä tutkimuksessa vaadittavan joustavuuden. Koska terveystaltioon liittyviä kuluttajan näkemyksiä on tutkittu tieteellisesti vähän, halusin jättää tutkimuksessa tilaa mahdollisille uusille näkökulmille. Haastateltavia ei haluttu ohjata liikaa ja heidän toivottiinkin tuovan oma-aloitteisesti ja aktiivisesti esiin erilaisia näkemyksiä ja mielipiteitä. Teemahaastattelu mahdollisti yllättäviin ja ennakoimattomiin näkökulmiin tarttumisen jo haastattelutilanteessa. Näin saatiin arvokasta lisätietoa tutkitusta ilmiöstä.

Valitsin protokolla-analyysyä syventäväksi menetelmäksi teemahaastattelun, mutta metodologisia valintoja tehdessäni pohdin myös avoimen haastattelun käyttömahdollisuutta. Avoin haastattelu tunnetaan myös mm. nimillä syvähaastattelu, vapaahaastattelu ja strukturoimaton haastattelu (Hirsjärvi ja Hurme 1979, 44). Se tarjoaa mahdollisuuden syvempään tietoon kuin strukturoidut haastattelut ja se perustuu vapaamuotoiseen vuorovaikutukseen ja syvempiin sosiaalisiin kontakteihin (Siekkinen 2009). Aiheen vaihto tapahtuu usein haastateltavan aloitteesta ja vaikka haastattelijan osa onkin keskeinen, hänen roolinsa ei ole yhtä johtava kuin lomakehaastattelussa (Hirsjärvi ja Hurme 1979, 44-45). Avointa haastattelua on hyvä käyttää käsiteltäessä esimerkiksi menneisyyden tapahtumia tai hyvin arkaluontoisia aiheita (Siekkinen 2009).

3.4 Tutkimustilanteen kulku

Tutkimustilanteet sisälsivät sekä suullisen protokollan että teemahaastattelun ja ne olivat kestoaltaan 48-90 minuuttia. Tutkimustilanteet toteutettiin tutkittavan toiveesta riippuen joko tutkijan kotona, tutkittavan kotona, Medioine Oy:n tiloissa tai Helsingin yliopiston tiloissa. Jokaisessa haastattelussa käytettiin käyttöttestiä varten MacBook Pro kannettavaa tietokonetta, jotta käyttökokemus olisi välineistön suhteen mahdollisimman samanlainen. Tutkimustilanteiden ajankohdat, kestot ja tutkimuspaikat on taulukoitu taulukossa 5.

Taulukko 5 Tutkimustilanteet.

	päivämäärä	kellonaika	paikka	kesto
1. Katariina	20.1.2012	11.54	Medixine Oy:n pieni neuvotteluhuone	92 min.
2. Jaana	22.2.2012	11.51	tutkijan olohuone	66 min.
3. Minna	22.2.12	18.41	tutkijan koti	52 min.
4. Annu	23.2.2012	11.18	Helsingin yliopiston ryhmätyötila	48 min.
5. Sanni	23.2.2012	14.33	tutkijan olohuone	63 min.
6. Enni	23.2.2012	16.47	tutkittavan työhuone	70 min.
7. Iina	24.2.2012	09.14	tutkittavan olohuone	56 min.
9. Kaija	24.2.2012	16.30	tutkittavan työhuone	70 min.

Tutkimustilanteen alussa kerroin lyhyesti, että tutkittavan tehtävänä oli kokeilla Terveyskortti-palvelun käyttöä. Kerroin lyhyesti, että Terveyskortti on sähköinen palvelu, jonka avulla voi hallinnoida omia terveystietoja. Tietokoneen olin avannut valmiiksi. Pyysin tutkittavia ajattelemaan palvelua testatessaan ääneen ja kertomaan mahdollisimman avoimesti ajatuksiaan ja näkemyksiään Terveyskorttiin ja sen käyttöön liittyen. Tämän ohjeistuksen jälkeen pyysin tutkittavaa siirtymään Terveyskeskus.fi -sivulle ja perustamaan Terveyskortin.

Perustamisen jälkeen pyysin tutkittavia tutustumaan palvelun pääosa-alueisiin: mittaamiseen, keskusteluihin ja Terveyskortin taustalla vaikuttavaan Terveyskeskus.fi-sivustoon. Edelleen heitä pyydettiin ajattelemaan ääneen. Tutkittavia rohkaistiin tässä kysymällä aina uuden ikkunan avauduttua, mitä ajatuksia näkymä hänessä herättää tai miltä tietyn toiminnon suorittaminen Terveyskortti-ympäristössä tuntuu. Jo kahden ensimmäisen haastattelun aikana totesin menetelmän tutkimuksen aiheen kannalta erittäin toimivaksi, sillä näin haastateltavista saatiin hyvin esiin myös spontaaneja, käyttökokemuksen aiheuttamia reaktioita. Haastateltavat reagoivat rennosti ja spontaanisti ja toivat rohkeasti esiin näkemiään ja kokemiaan epäkohtia ja onnistumisia.

Suullisen protokollan jälkeen käytiin teemahaastattelu, jossa syvennyttiin tarkemmin helppokäyttöisyyden ja hyödyllisyyden teemoihin sekä suullisen protokollan aikana esiin tulleisiin teemoihin. Tarkoituksena oli rikastuttaa suullisen protokollan tuomaa dataa ja toisaalta keskittyä tarkemmin tutkittavien näkemyksiin liittyen teknologian omaksumisen tutkimuksen perusteella erityisen olennaisiksi koettuihin ulottuvuuksiin. Teemahaastattelun kysymykset vaihtelivat tutkittavasta riippuen. Riippuen siitä, millaisia asioita he olivat suullisessa protokollassa nostaneet esiin, saatoin pyytää heitä

tarkentamaan joitakin aikaisemmin mainittuja kommentteja. Yhteistä kaikille tehdyille kahdeksalle teemahaastattelulle oli kolme kysymystä:

- Koitko Terveyskortin helppokäyttöiseksi? Miksi/Miksi et?
- Koitko Terveyskortin sinulle hyödylliseksi? Miksi/Miksi et?
- Koitko kuuluvasi kohderyhmään? Miksi/Miksi et?

Jo nämä kolme kysymystä saivat aikaan mielenkiintoisia, jokaisen tutkittavan itsensä näköisiä keskusteluita.

3.5 Analyysimenetelmänä selittävä teoriaohjaava sisällönanalyysi

Analysoin tutkimusaineiston selittävän teoriaohjaavan sisällönanalyysin keinoin, joita kuvaan seuraavaksi yksityiskohtaisemmin.

3.5.1 Selittävä analyysi

Guest ym. (2012, 7–8) kuvaavat hyvin, kuinka tärkeää tutkimuksessa on määrittää analyysin tarkoitus. Analyysin tarkoituksella he viittaavat analyysin yleiseen lähtökohtaan ja odotettuun tulokseen. Karkeasti jaotellen analyysin tarkoitus voi olla joko selittää ilmiötä tai vahvistaa tiettyjä hypoteeseja. Tässä tutkimuksessa analyysin tarkoitus on nimenomaan selittää nuorten naisten ensikäyttökokemusta ja erityisesti heidän kokemaansa helppokäyttöisyyttä ja hyödyllisyyttä. Selittämällä ei tässä tutkielmassa kuitenkaan viitata hypoteettis-deduktiiviseen selittämiseen, eikä tarkoituksena ole pyrkiä aukottomasti selittää terveystaltion ensikäyttökokemusta. Sen sijaan pyritään rikkaaseen merkityssisältöjen kuvailun, joka antaa lisätietoa tutkitusta ilmiöstä.

Selittävä analyysi on sisältövetoista, kun taas vahvistava analyysi on hypoteesivetoista (Guest ym. 2012, 7). Tämä tarkoittaa sitä, että selittävän analyysin kysyessä, mitä ihmiset ajattelevat tietyistä ilmiöistä, vahvistava analyysi pyrkii vahvistamaan, ajattelevatko ihmiset ilmiöstä jo valmistellun hypoteesin mukaisesti. Selittävä analyysi ei määrittele etukäteen analyyttisiä kategorioita, vaan antaa niiden nousta itse aineiston

keskeltä. Vahvistavan analyysin pohjautuessa vahvasti jo olemassa olevaan tietoon, selittävä analyysi luottaa aineiston esiin tuomaan tietoon. Laadullisessa tutkimuksessa selittävää analyysia käytetään useammin kuin vahvistavaa, mutta myös hypoteesivetoisen analyysin käytöstä on esimerkkejä, kuten klassinen sisällönanalyysi (Guest ym. 2012, 7).

Guest ym. (2012, 8) muistuttavat, että vaikka selittävän analyysin tarkoitus ei ole vahvistaa tiettyjä hypoteeseja, se ei ole analyysimenetelmänä ei-teoreettinen. Teoria antaa suuntaa pohdittaessa, mitä tutkitaan ja miten tutkitaan. Esimerkiksi haastattelurungon muodostaminen olisi hyvin vaikeaa, mikäli tutkijalla ei olisi minkäänlaista kuvaa siitä, mitkä asiat saattaisivat olla merkityksellisiä tutkittavan ilmiön kannalta. Olemassa oleva kirjallisuus ja tutkimustieto ohjaavat ymmärtämään, mitä on tärkeää tutkia. Tämä oli olennainen oivallus tätä tutkielmaa työstäessäni. Ajattelin ensin, että koska olin määritellyt tutkimukselleni teoreettisen viitekehysten, tulisi minun analysoida saamaani aineistoa vahvistavan analyysin keinoin. Teoreettinen viitekehys antoi minulle tarttumapinnan ja lähtökohdan, mutta se ei sulkisi pois uusien näkökulmien esiin tulemistä. Analysoimalla aineistoa selittävän analyysin keinoin saisin tutkittavien henkilöiden äänen vielä paremmin kuuluviin ja pääsisin keräämään lihaa teoreettisen luurangon päälle.

3.5.2 Sisällönanalyysi

Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mukaan sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti (ks. Tuomi ja Sarajärvi 2009, 108). Sen juuret ovat 1920-luvun Yhdysvalloissa, jolloin lehdistötutkimuksessa kiinnostuttiin erityisesti sotapropagandan tutkimisesta (Borg 1968, 1). Sisällönanalyysi on kirjallisen, kuvallisen ja sanallisen materiaalin kuvaamiskeino, jolla pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota (Borg 1968, 1; Tuomi ja Sarajärvi 2009, 108). Sisällönanalyysin käsite on hyvä erottaa sisällön erittelyn käsitteestä. Kun sisällön erittelyllä viitataan dokumenttien analyysiin, jossa kuvataan kvantitatiivisesti esimerkiksi tekstin sisältöä, sisällönanalyysillä tarkoitetaan pyrkimystä kuvata

dokumenttien sisältöä sanallisesti (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 106). Grönforsin (1982, 161) mukaan sisällönanalyysi on keino järjestellä aineisto johtopäätöksiä varten.

Sisällönanalyysi voidaan tyypitellä laadullisten analyysimuotojen mukaisesti. Eskolan (1998) mukaan laadullinen analyysi voidaan jakaa kolmeen analyysimuotoon, joiden erot liittyvät tutkittavaa ilmiötä kuvaavan teorian ohjaavuuteen aineiston hankinnassa, analyysissä ja raportoinnissa. Nämä kolme muotoa ovat aineistolähtöinen, teoriaohjaava ja teorialähtöinen analyysi (Eskola 2007).

Aineistolähtöisessä analyysissä pyrkimyksenä on luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus (Eskola 2007). Analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaan. Aineistolähtöisessä analyysissä teorian merkitys analyysin ohjaajana liittyy metodologiaan siten, että teoria, joka tutkimuksessa liittyy analyysiin koskee vain analyysin toteuttamista (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 95). Aineistolähtöinen tutkimus on jo lähtökohtaisesti vaikea toteuttaa. Induktion eli yksittäisestä yleiseen etenevän päättelyn mahdollisuus yleensä on asetettu kyseenalaiseksi: uusi teoria ei voi syntyä pelkästään havaintojen pohjalta ja toisaalta havainnot ovat aina teoriapitoisia (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 95-96). Toisaalta induktiivinen lähtökohta tutkimukselle on esimerkiksi liiketoiminnan tutkimuksessa saanut vahvan jalansijan, sillä moni on epäillyt kvantitatiivisen tutkimuksen teorialähtöistä logiikkaa (Eriksson ja Kovalainen 2008). Aineistolähtöisessä tutkimuksessa ja analyysissä onkin lopulta kyse siitä, voiko tutkija kontrolloida omia ennakkoluulojaan niin, että ne eivät vaikuta analyysiin. Fenomenologis-hermeneuttisen perinteen mukaisesti tutkijan tulisi kirjoittaa auki omat ennakkokäsityksensä ilmiöstä ja olla niistä tietoinen analyysin aikana (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 96).

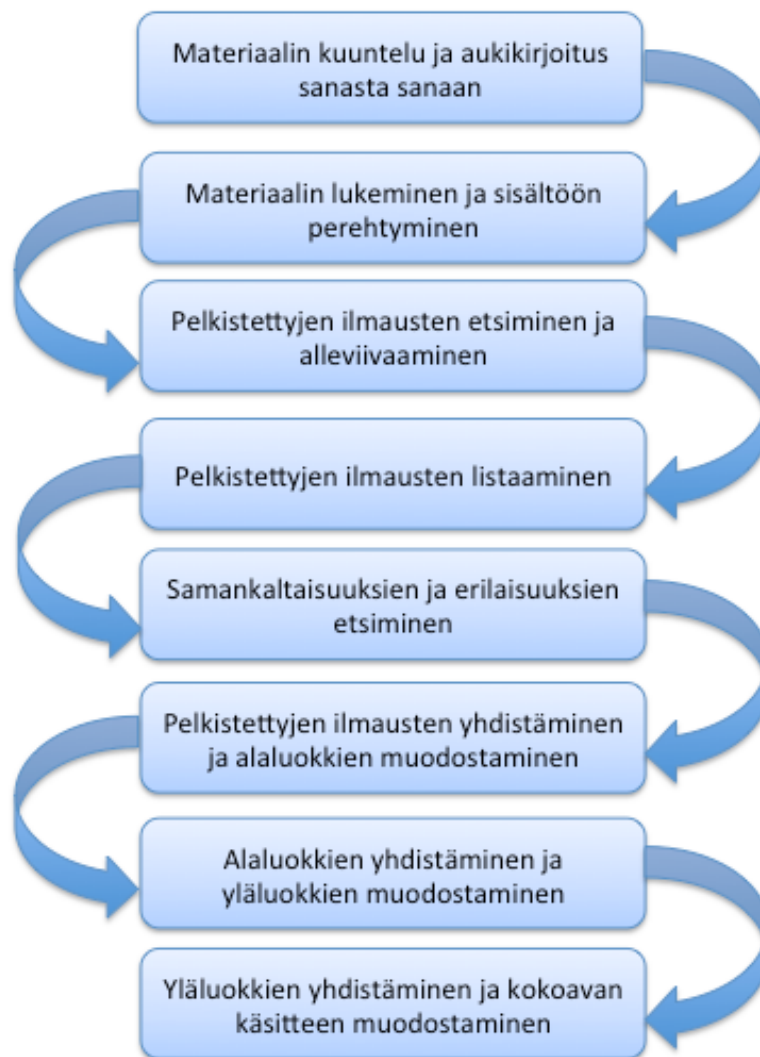
Teorialähtöinen analyysi nojaa selkeästi tietyn teorian, mallin tai auktoriteetin esittämään ajatteluun (Eskola 2007). Analyysiyksiköt määrittää teoria ja tutkittava ilmiö määritellään jonkin jo tunnetun mukaisesti (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 97). Usein teorialähtöisen analyysin taustalla on aikaisemman tiedon testaaminen uudessa kontekstissa. Teorialähtöisen analyysin päättelyn logiikka yhdistetään usein deduktiiviseen eli yleisestä yksittäiseen etenevään päättelyyn. Deduktio on epäilemättä ollut vahvin tapa luoda teoreettista pohjaa tutkimuksessa (Eriksson ja Kovalainen

2008). Kvalitatiiviseen tutkimukseen tiukka deduktiivinen linja kuitenkin harvoin sopii (Eriksson ja Kovalainen 2008, 22).

Omassa tutkimuksessani olen hyödyntänyt teoriaohjaavaa analyysiä. Teoriaohjaavassa analyysissä on teoreettisia kytkentöjä, jotka eivät kuitenkaan pohjaa suoraan teoriaan. Toisaalta teoria voi myös toimia apuna analyysin etenemisessä (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 96) Kuten aineistolähtöisessä analyysissä, myös teoriaohjaavassa analyysissä analyysiyksiköt valitaan aineistosta, mutta analyysistä on tunnistettavissa aikaisemman tiedon vaikutus. Aikaisemman tiedon merkitys ei kuitenkaan ole teoriaa testaava, vaan pikemminkin uusia ajatusuria avaava (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 96–97). Juuri tämä on teoreettisen viitekehyksen merkitys tässä tutkielmassa. Tutkijana olen tunnistanut TAM:n tavaksi kuvata teknologian omaksumista, joka luo näkökulman tutkielmaani. Aineistoa kerätessäni suullinen protokolla-analyysi on toteutettu vailla TAM:n vaikutusta, mutta teemahaastattelussa teoria on ohjannut lähestymään tarkemmin tiettyjä teemoja. Teoriaohjaavassa analyysissä päättelyn logiikka on abduktiivinen eli tutkijan ajattelussa vaihtelevat aineistolähtöisyys ja valmiit mallit (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 97). Abduktiivinen tutkimusote mahdollistaa ihmisten antaminen kuvausten ja merkitysten tiivistämisen kategorioiksi ja edelleen käsitteiksi, jotka luovat pohjan tutkitun ilmiön ymmärtämiseksi tai selittämiseksi (Eriksson ja Kovalainen 2008, 23). Aineistoa analysoidessani olen kuunnellut rohkeasti aineiston ääntä, mutta pitänyt toisaalta mielessä TAM:n tavan jäsentää omaksumista ja lopussa verrannut aineiston kertomaa teoriaan.

Ennen kuin päästään varsinaiseen sisällönanalyysiin, on aineisto purettava kirjalliseen muotoon. Aloitin siis kirjoittamalla auki kaikki kahdeksan tutkimustilannenauhaa. Litteroitua tekstiä kertyi lopulta 59 sivua Times New Roman -fontilla, kirjasinkoolla 12 ja rivivälillä 1. Kirjallinen materiaali sisälsi paitsi tutkittavien sanallisen ilmaisun myös tunnetiloja ja reaktioita kuvaavia äännähdyksiä, kuten huokauksia ja naurahduksia. Ennen varsinaista analyysiä on myös tutkimustehtävän ja aineiston laadun pohjalta määriteltävä analyysiyksikkö (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 110). Tässä tutkimuksessa analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus, joka saattoi sisältää useita lauseita. Pyrkimyksenä oli löytää mahdollisimman rikkaita kuvauksia, joten sana tai yksi lause olisi ollut tutkimusyksiköksi liian yksiulotteinen.

Teoriaohjaava sisällönanalyysi etenee hyvin pitkälle kuten aineistolähtöinen sisällönanalyysikin, jonka Miles ja Huberman (1994) jakavat kolmeen päävaiheeseen: aineiston redusointiin eli pelkistämiseen, aineiston klusterointiin eli ryhmittelyyn ja abstrahointiin eli teoreettisten käsitteiden luomiseen. Analyysityyppien välinen ero tulee esiin lähinnä abstrahointivaiheessa (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 117). Tätä eroa tarkastelen yksityiskohtaisesti jäljempänä. Analyysin kulku on kuvattu kuviossa 4.



Kuvio 4 Analyysin kulku (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 109).

Aineiston pelkistämävaiheessa kirjallinen dokumentti, tässä tapauksessa litteroidut tutkimustilanteet, pelkistetään karsimalla aineistosta epäolennainen pois (Cavanagh 1997). Litteroituani suullisen materiaalin kävin ensin jokaisen tutkimustilanteen läpi yksittäin niin suullisen protokollan kuin teemahaastattelunkin osalta. Luin aineistoa läpi

ja alleviivasin tutkimusaiheen kannalta olennaista materiaalia. Tässä vaiheessa tiivistin alkuperäisilmauksia ytimekkääseen, ilmaisen ydintä kuvaavaan muotoon.

Aineiston klusterointivaiheessa aineistosta pelkistettyjen ilmaisujen joukosta etsitään yhdistäviä ja erottavia tekijöitä. Tarkoituksena on löytää kaavoja ja asioiden välisiä suhteita, jotka jäisivät ulkopuoliselta tarkkailijalta helposti huomaamatta (Krippendorff 2004, 191). Tämän työn pohjalta aineistoa aletaan ryhmitellä alaluokkiin, jotka nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä (Tuomi & Sarajärvi 2009; Cavanagh 1997). Tässä vaiheessa aloin yhdistellä tietoa eri tutkimustilanteiden välillä siten, että etsin eri tutkimustilanteissa toistuvia pelkistettyjä ilmaisuja. Loin oman Word-dokumentin jokaiselle löytämälleni alaluokalle ja siirsin eri tutkimustilanteista materiaalia alaluokkien alle.

Klusterointi on jo oikeastaan osa abstrahointiprosessia, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä (Tuomi ja Sarajärvi 2009). Abstrahointiprosessi etenee alkuperäisilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin ja prosessia jatketaan yhdistelemällä luokkia niin pitkälle kuin aineisto taipuu (Cavanagh 1997). Krippendorffin (2004) mukaan tuloksia on hyvä verrata aikaisempaan tutkimukseen, jotta voidaan paremmin varmistaa tulosten validiteetti.

Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä teoreettiset käsitteet tuodaan valmiina, ilmiöstä "jo tiedettynä" (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 117). Keskeinen ero teoriaohjaavan ja teorialähtöisen sisällönanalyysin välillä on, että teorialähtöisessä analyysissä tutkija poimii aineistosta asioita ja ilmauksia jo lähtökohtaisesti tietyn teorian mukaan, kun taas teoriaohjaavassa analyysissä hän "lähestyy aineistoa sen omilla ehdoilla ja vasta analyysin edetessä pakottaa sen tiettyyn sopivaksi katsomaansa teoriaan" (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 117). Olen eri mieltä tämän Tuomen ja Sarajärven (2009) lausunnon kanssa. Mielestäni aineistoa ei voi tai ainakaan kannata pakottaa teoriaan. Teorian olisi oltava se, joka joustaa tarvittaessa. Koska omassa tutkimuksessa teoria ohjasi näkökulman valinnassa, se oli taustalla läsnä analyysissä. Eteninkin abstrahoinnissa mahdollisimman pitkälle aineiston ehdolla, mutta samaan aikaan pidin mielessä TAM:n ulottuvuudet ja peilasin aineistosta löytämäni myös niihin. Mielenkiintoista oli, että

suuri osa alaluokista oli kuitenkin selkeästi ryhmiteltävissä TAM:n ulottuvuuksien alle. Esiin nousi myös uusia yläluokkia koetun helppokäyttöisyyden ja koetun hyödyllisyyden rinnalle. Eskola ja Suoranta (2008, 174) muistuttavat, että kvalitatiivisen aineiston analyysi saattaa jäädä pelkäksi tematisoinnin nimissä tapahtuneeksi sitaattikokoelmaksi. Teemoittain järjestetyt sitaatit voivat olla mielenkiintoisia, mutta ne eivät välttämättä osoita kovin syvällistä analyysia eivätkä johtopäätöksiä. Onnistunut teemoittelu vaatii teorian ja empirian vuorovaikutusta, joka tutkimustekstissä näkyy niiden lomittumisena toisiinsa. (Eskola & Suoranta 2008, 174)

3.6 Medixine Oy ja Terveyskortti

Tutkimustilanteessa tutkittavia pyydettiin testaamaan Terveyskortti-palvelua. Terveyskortti on Medixine Oy:n luoma terveystaltio. Se on sähköinen palvelu, jonka avulla käyttäjä voi kerätä ja ylläpitää sekä omaa että perheensä terveyttä ja hyvinvointia koskevia tietoja.

Medixine tarjoaa yhdessä yhteistyökumppaneidensa kanssa sähköisiä palveluita terveydenhuollon tarjoajille ja kansalaisille. Medixinen tarjoamat ratkaisut pohjautuvat yrityksen omiin konsepteihin ja monikanavaisiin kommunikaatio-ohjelmistoihin. Medixinen asiakkaina on suuria terveydenhuollon palvelujen tarjoajia, vakuutusyhtiöitä, apteekkeja ja lääkeyrityksiä; sen tuotteilla hallitaan yli 100 000 potilaan tietoja kuudessatoista maassa. (Jokinen 2011c)

Medixine tarjoaa palveluita kansalais- ja potilastasolla. Kansalaistasolla Medixine tarjoaa kokonaisvaltaisia terveyden edistämiseen liittyviä palveluita. Tarkoituksena on edistää ennaltaehkäisevää ja itsenäistä terveydenhoitoa. Medixinen palveluiden avulla kansalainen voi helposti ja turvallisesti seurata esimerkiksi painon kehitystä, liikunnan määrää ja tehokkuutta, ruokavalion monipuolisuutta ja vaikkapa raskauden etenemistä. Potilastasolla Medixine tarjoaa muun muassa sairauden seurantaa, ajanvarausta, lääkkeiden ottamisen seurantaa ja lääkärin ja potilaan välistä kommunikaatiota helpottavia ratkaisuja. (Medixine 2013)

Medixinen teknologia koostuu palvelin- ja mobiiliteknologioista. Palvelinohjelmistot

toimivat Microsoft Windows -palvelimilla ja ne on rakennettu käyttäen .NET ja Medixine Development Platformia. Mobiiliohjelmisto toimii erilaisilla mobiilialustoilla. Yritys yhdistää ohjelmisto- ja mobiiliteknologiaa ja erilaisia laitteita tarjotakseen monenlaisia ratkaisuja terveyssektorilla. Ratkaisuja voidaan hyödyntää selainohjelmia, matkapuhelimia, lankapuhelimia, erilaisia mittalaitteita tai interaktiivista TV:tä käyttäen. (Medixine 2013; Jokinen 2011 c)

Medixinen palvelut perustuvat ratkaisujen horisontaalisuuteen ja monikanavaisuuteen. Useimpien kilpailijoiden tarjotessa vain spesifejä, esimerkiksi tiettyyn sairauteen erikoistuneita palveluita Medixine tarjoaa yleiskäyttöisen palvelun, joka on helposti sovellettavissa erilaisiin tilanteisiin ja sairauksiin. Yritys on ensimmäisten joukossa siirtynyt sairaus- ja palveluntarjoajakeskeisistä ratkaisuista kansalaiskeskeisiin ratkaisuihin. Ratkaisujen avulla kaikki hoitoyhteisön jäsenet ovat tavoitettavissa, myös esimerkiksi käyttäjän perhe, ystävät ja muu lähipiiri, jotka jäävät perinteisten ratkaisujen ulottumattomiin. (Jokinen 2011c)

Terveyskortti pohjautuu Medixine Clinic Personal Edition -ohjelmiston prototyyppiin vuodelta 2008. Terveyskortti on julkaistu yhteistyössä Sanoma Oyj:n hs.fi -portaalin kanssa ja sillä on yli 20 000 käyttäjää Suomessa (Jokinen 2011d). Terveyskortti on terveystaltio kansalaisen itsenäiseen käyttöön ja sen tarkoitus on olla mahdollisimman helppokäyttöinen. Palvelu tarjoaa erilaisia laskureita ja käyttömahdollisuuksia ja on näin räätälöitävissä erilaisiin käyttötarkoituksiin. Terveyskortin avulla käyttäjä voi ylläpitää tietoja esim. lääkkeitä, diagnooseista, allergioista ja rokotuksista. Käyttäjä voi myös mm. seurata verenpainetta, painoa ja kaloreiden kulutusta. Terveystaltio-ohjelma tuottaa graafisia raportteja ja käyttäjällä on tarvittaessa mahdollisuus tulostaa terveystietoja esimerkiksi lääkärikäyntiä varten. Ohjelma myös muistuttaa tarvittaessa sähköpostilla tai tekstiviestillä esimerkiksi lääkkeiden ottamisesta tai tulevasta lääkärin vastaanotosta. (Jokinen 2011b; 2011e)

Terveyskortti on suunnattu koko kansalle ja se on käyttäjälle ilmainen. Sen voi perustaa www.terveyskeskus.fi -sivuilla. Terveyskortin perustaminen ei vaadi henkilötietojen luovuttamista, vaan kortin voi luoda täysin anonymisti. Myös järjestöt ja yhdistykset voivat hyödyntää terveyskorttia palvelemaan jäseniensä etuja. (Jokinen 2011e)

Terveyskortti tavoittaa parhaiten seurantaan vaativista sairauksista kärsivät sekä perheenjäsentensä - vanhusten tai pienten lasten - terveydestä vastaavat, mutta se tarjoaa myös välineitä sairauden ennakointiin ja terveyden ylläpitämiseen. Toistaiseksi Terveyskortti on keskittynyt seurantavälineiden tarjoamiseen, mutta tarkoituksena on laajentaa palvelua siten, että se olisi yhä hyödyllisempi myös muille kohderyhmille.

4 ENSIKÄYTTÖKOKEMUKSEN MERKITYSSISÄLLÖT

Jo tutkimustilanteissa kävi nopeasti ilmi, että testattavat olivat tyytymättömiä Terveyskortti palveluun. Tutkittavien puhe oli suurilta osin kritiikin ilmaisemista ja parannusehdotusten ja toiveiden esiin tuomista. Teknologian omaksumattomuudelle ei ole luotu juurikaan omia jäsenettyjä malleja (Greenhalgh ym. 2010), joten päätin kuitenkin kerätä tulokset taulukon 6 mukaisen rakenteen alle. Luokkien otsikot käsitetään tässä siis ulottuvuuksien nimiksi, merkityssisältöjen yläotsikoiksi, ja ulottuvuus sinänsä voi sisältää niin positiivisia kuin negatiivisiakin näkemyksiä. Taulukossa 6 on esitetty aineistosta esiin nousset pelkistetyt ilmaukset, alaluokat, yläluokat ja yhdistävä luokka. Tutkimusaineiston sisältö tiivistyi lopulta yhteensä kolmeen yläluokkaan ja kuuteen alaluokkaan. Ensikokemuksen ulottuvuudet terveystaltiopalvelussa nuorilla naisilla on kuvattu taulukossa 6. TAM:sta tuttujen pääulottuvuuksien, koetun helppokäyttöisyyden ja koetun hyödyllisyyden rinnalle aineistosta nousi selkeästi kaksi muita ulottuvuutta: koettu hauskuus ja koettu turvallisuus. Myös nämä ulottuvuudet ovat tuttuja TAM:iin pohjaavista tutkimuksista, kuten luvusta 2 muistetaan.

Taulukko 6 Terveystaltion ensikäyttökokemus nuorilla naisilla.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Vaivattomuus	Suorituskyky (kpl 4.1.1)	Koettu helppokäyttöisyys (kpl 4.1)	Terveystaltion ensikäyttökokemus nuorilla naisilla (luku 4)
Selkeys			
Syvyys	Intuitiivisuus (kpl 4.1.2)		
Rakenne			
Merkitykset			
Värikkyys	Mielenkiinnon herättäminen ja ylläpitäminen (kpl 4.2.1)	Koettu hauskuus (kpl 4.2)	
Eläväisyys			
Selkeys	Toiminnallisuus (kpl 4.2.2)		
Kiinnostavuus			
Toiminta	Palvelun aktiivisuus osana palvelukokemuksen muodostumista (kpl 4.3.1)		
Palaute			
Kontrolli			
Keskusteleavuus puute			
Toivottaminen tervetulleeksi	Käyttäjän huomioiminen yksilönä (kpl 4.3.2)	Koettu hyödyllisyys (kpl 4.3)	
Räätälöintimahdollisuudet			
Tunnistaminen osaksi viiteryhmää	Käyttäjän huomioiminen osana kohderyhmää (kpl 4.3.3)		
Koettu kohderyhmä			
Kokemus kuulumisesta kohderyhmään			
Hallinnan tunne	Kontrolli (kpl 4.4.1)	Koettu turvallisuus (kpl 4.4)	
Selkeys	Luottamus palveluntarjoajaa kohtaan (kpl 4.4.2)		
Informatiivisuus			
Terveystietojen salassapito	Yksityisyys (kpl 4.4.3)		
Terveystietojen ja hyvinvoinnin käsitteiden ero			

Tutkimustuloskappale jakautuu kolmeen osaan yläluokkien mukaan siten, että luvussa 4.1 avataan koetun helppokäyttöisyyden, luvussa 4.2 koetun hauskuuden, luvussa 4.3 koetun hyödyllisyyden ja luvussa 4.4 koetun turvallisuuden ulottuvuuksia. Alaluokat muodostavat alaluvut kuhunkin kappaleeseen. Taulukossa 6 ei ole esitetty alkuperäisilmaisuja, vaan niihin perehdytään kunkin alaluvun yhteydessä.

4.1 Koettu helppokäyttöisyys

Aineistosta nousi selkeästi esiin käytön vaivattomuuteen liittyviä haasteita.

Tutkittavat pitivät Terveyskorttia sinänsä helppona, että he eivät tarvitsisi ohjausta sivun peruspalveluiden toimintaan. Tottuneina internetin käyttäjinä he tiesivät, miten navigoida sivuilla. Ongelmana oli, että palvelu koettiin hitaaksi, epäselkeäksi ja työlääksi.

Käytön helppouden ulottuvuus nousi selkeästi esiin nuorten naisten puheissa. Terveyskortin haasteita olivat tutkittavien mukaan suorituskyykyyn liittyvät haasteet, kuten työläys, epäselkeys ja pinnallisuus sekä rakenteisiin liittyvät haasteet, kuten ohjeiden epäsuhtainen määrä ja epäselkeys ja palvelun funktion ja käytettyjen käsitteiden epämääräisyys.

4.1.1 Suorituskyyky

Suorituskyykyyn liittyviä haasteita tunnistin nuorten naisten puheista erityisesti työläyden, epäselkeyden ja pinnallisuuden osalta. Työläys tuli esiin toistuvasti ensikäyttökokemuksen eri vaiheissa, mutta erityisesti aivan käytön alussa Terveyskorttia perustettaessa. Nuoret naiset tuntuivat olevan varsin kärsimättömiä ja he vaativat palvelulta tehokkuutta ja nopeutta. He myös kommentoivat, että yleisesti suorituskyykyyn liittyvät haasteet koetaan ratkaiseviksi tekijöiksi käytön jatkumisen kannalta. Erityisen vaarallista oli turhautuminen. Kun Terveyskortti koettiin työlääksi, naiset turhautuivat nopeasti ja olivat jopa valmiita lopettamaan käytön siltä istumalta:

"Mä luulen et täs kohtaa moni ois jo ollu silleen, et ei jaksa, et come on, mä tein jo nää. Ku se on aina se, ettei välttämättä kaikki, mut joillekki se saattaa olla hyvin pienestä kiinni. Ja sit ku nää ei vaikuta kovin isoilta toimenpiteiltä, ei ehkä kannata ottaa sitä riskiä."

-Katariina

"Onpas hankalaa, miksei toi keskustelunimimerkki voi olla sama. Jengi tämmösessä, jos se ei oo elintärkeä juttu, niin luovuttaa aika helposti. Et, ai, tää oliki tämmönen hankala, en mä sittenkään. Ärsyttää enemmän joku tämmönen, jos halua jotain tietoa ja haluaa pohjan terveydelle, niin ei ne lähde sitä tekemään jos se ei oo tosi helppo ja jos se ei hyödytä mitenkään."

-Jaana

Yleinen epäselkeys palvelussa aiheutti myös turhautumisen tunteita ja tunteen siitä, että Terveyskortti oli vaikea tai vaivalloinen. Palvelu tuntui usein herättävän kysymyksiä

enemmän kuin se pystyi tarjoamaan vastauksia. Epäselkeydestä johtuen naiset kokivat olevansa hukassa, ärsyyntyneitä ja jumissa. Selkeyden vaatimus korostui erityisesti aivan käyttökokemuksen alussa. Vaikka tutkittavat kokivat olevansa varsin harjaantuneita tietokoneen ja internetin käyttäjiä, he kaipasivat alkuun hyvin selkeitä käyttöohjeita, jotka eivät jättäisi tulkinnan varaa:

"Mun mielestä tääl kannattais olla joku miten pääsen alkuun tai miten käytän Terveyskorttipalvelua tai yleensäki koko sivustoa. Semmonen for dummies."

-Jaana

"Joo siis tääl on tosi hyviä juttuja, mut mun mielestä mun ei pitäis joutua lukee noin pitkiä pätkiä, et mun pitäis heti saada kuva tästä ilmankin."

-Minna

Lisäksi käyttöohjeiden oli oltava nähtävissä ja omaksuttavissa yhdellä silmäyksellä, sillä kärsimätön ja kiireinen käyttäjä ei ollut valmis odottamaan, vaan halusi päästä alkuun heti. Epäselkeyden vaikutukset tulevat hyvin esiin Minnan reaktiossa hänen saapuessaan ensimmäistä kertaa Terveyskortin mittausosioon:

"Voit kirjata järjestelmään seuraamiasi mittauksia? Mitäh? Ota mittaus käyttöön painamalla ensin valitse kaikki mittaustyytit. Mitä? Mut mitä mä niinku teen? Missä se mittaus nyt on? Ku täs on niinku, jos mulle pitää kertoa tällanen juttu, ni sit tää on ihan väärässä paikassa. Tai sit tän pitäis tulla niinku suoraan, et mun pitäis heti ymmärtää et mitä mä teen tällä ilman että mun pitää lukea kokoajan niinku käyttöohjeita. Ja sit tää on niinku hirveen pelottavan näkönen. Tääl on niin paljon kaikkee, et en mä osaa käyttää tätä! "

-Minna

Minnan kommentti heijastelee Linin, Shinin ja Sherin (2007) tunnistamien teknologisen valmiustilan hidasteita. Lin ym. (2007) nostivat vahvasti esiin kuluttajan näkemykset ja roolin teknologian omaksumisessa. Heidän tutkimuksensa mukaan kuluttajan teknologinen valmiustila vaikuttaa koetun helppokäyttöisyyden ja hyödyllisyyden kokemuksiin. Teknologisella valmiustilalla Lin ym. (2007, 643) viittaavat yleiseen

mielentilaan, joka rakentuu optimismista, innovatiivisuudesta, epämiellyttävyyden tunteesta ja epävarmuudesta teknologian käyttöä kohtaan. Optimismi ja innovatiivisuus ovat teknologisen valmiustilan ajureita, kun taas epämiellyttävyyden tunne, johon liittyy mm. kontrollin puutteen tunne ja epävarmuus, johon liittyy mm. skeptinen suhtautuminen teknologian toimivuutta kohtaan ovat teknologisen valmiustilan hidasteita (Lin ym. 2007, 664). Nuorten naisten puheista nousikin esiin erityisesti epämiellyttävyyden tunne, jota yleinen epäselkeys ja sen herättämä hämmennys saivat aikaan. Mielenkiintoista oli, että nuoret naiset kokivat olevansa kokeneita internetin ja tietokoneen käyttäjiä, mutta tästä huolimatta yleinen epäselkeys sai heissä aikaan yllättävääkin epävarmuutta.

Tutkittavat tunnistivat itse olevansa ohjeiden suhteen kärsimättömiä ja kiireisiä. Tämä oli olennainen tutkittavia nuoria naisia yhdistävä piirre:

"Ei käyny mielessäkään (että alkaisi käymään ohjeita läpi), rupesin niin innokkaasti vaan naputtamaan. Mut se saattaa liittyä myös siihen tapaan miten on tottunu lukemaan, et on hirvee kiire ja pitää nopeesti vaan saada sieltä se olennainen. Et ei oo niinku aikaa tavallaan muka lukee kaikkee."

-Kaija

"Tää on kyl aika työläs siinä mielessä, että mä en oo jaksanu esim. lukee näitä ohjeita, mitä on täs oikees laidassa, että mä vähän niinku tutkin niitä, mut sit ei jaksu oikeen keskittyä. On jo vähän sillee, et laa laa, lähdenpäs jo täyttämään."

-Katariina

Selkeyttä kaivattiin paitsi ohjeisiin myös asiasisältöön. Tutkittavat kokivat Terveyskortin olevan täynnä "sälää". Materiaalia oli paljon, mutta sillä ei ollut rakennetta ja siitä ei siksi saanut otetta. Näin ollen kokemus jäi epämääräiseksi ja pinnalliseksi. Jäsentymätön kokonaiskuva johti myös siihen, että nuorten naisten mielenkiinto ei pysynyt yllä, eivätkä he löytäneet itseään ja tarpeitaan Terveyskortin tarjonnasta:

"Olis kiinnostava, jos tää olis selkeempi. Koska kaikkihan, mun mielestä kaikki nää aiheet. Perimmäinen ajatus ja nää aiheet mitä täs käsitellään on kiinnostavia, mut mä en jaksa kiinnostua, ku täs tulee niin paljon kaikkee."

-Annu

"Eli kaikki nää missä on vähänki väriä ja painikkeita ja tommosia ni ne pomppaa silmään, mut ne ei kerro mulle mitään. Eli paraatipaikat on käytetty epärelevanttiin asiaan."

-Minna

Pinnallisuus tuli esiin myös siinä vaiheessa, kun tutkittavat pääsivät käsiksi johonkin Terveyskortin yksittäisistä toiminnoista. Toiminnoilta olisi toivottu lisää syvyyttä ja monipuolisuutta:

"Tää näyttää siltä, et liikuntaa seurataan kaloreiden kautta ja se on must vähän suppee näkökulma. Et vois olla joku sykkeen seuranta tai muuta. Vaikuttaa aika sillee ehkä vähän laihdutukseen liittyvältä ja tuol on kuitenkin se laihdutus erikseen. Et tällä vois jotenki sitä suorituskykyä tai hapenottokykyä tai muuta suorituskyvyn seurantaa olla, et miten se paranee."

-Kaija

"Hei! Mä olin just verenluovutuksessa ni mä voin laittaa sen! Vähäks jännää, tääl on tämmönenki! Mitäköhän tää kysyy? Ai tää on vaan tämmönen. Höh. Ja mikä kommentti? Otettiin puol desii verta? Mä aattelin, että täällä olis ollu semmosia valmiita kohtia, tylliin mitkä on veriarvot. Tää on ihan tylsä. Olis voinu olla tarkempia kysymyksiä ja ois voinu laittaa, et milloin menet seuraavan kerran."

-Jaana

Shenin ja Chioun (2010) tutkimuksessa selvisi, että taatakseen verkkopalveluiden turvallisuuden palvelujen tarjoajat joutuvat usein lisäämään sivustoille erilaisia varmennus- ja sisäänkirjautumismekanismia, jotka puolestaan tekevät palvelusta helposti monimutkaisemman ja vaikeamman käyttää. Tämä aiheuttaa käyttäjissä helposti ärsyyntymistä ja turhautumista (Shen & Chiou 2010) ja vaikuttaa

käyttöaikomukseen, mikäli käyttö on lyhytaikaista. Shenin ja Chioun tutkimuksen (2010) ja keräämäni aineiston pohjalta voidaan todeta, että kun kyseessä on ensimmäinen käyttökokemus, jolloin käyttäjä vasta tutustuu palveluun ja arvioi sen soveltuvuutta itselle, helppokäyttöisyys nousee tärkeään osaan. Turvallisuuden ulottuvuus nousi selkeästi esiin myös tämän tutkimuksen aineistossa, mutta selkeästi eniten havaittavissa olevaa turhautumista ja ärsyyntymistä aiheutti nimenomaan käytön vaivallisuus testitilanteen aikana.

Venkateshin (2000) mallin mukaan koettuun helppokäyttöisyyteen vaikuttavat erilaiset asiat eri vaiheessa. Kun käyttöä vasta aloitellaan, helppokäyttöisyyden kokemukseen vaikuttavat ankkuritekijät, joita mallin mukaan ovat ulkoinen ja sisäinen kontrolli (koettu tietotekniikkaosaaminen), tunne (tietotekniikkaan liittyvä ahdistus) ja sisäinen motivaatio (leikkisyys tietokoneiden kanssa). Nuorten naisten pohdinnat tukevat ja rikastuttavat tätä väitettä. Tulevien tutkimusten pohjalle esittäisinkin hypoteesin, että ensikäyttökokemuksessa helppokäyttöisyyden ulottuvuus nousee erityisesti suorituskyykyyn liittyvien tekijöiden osalta tärkeään asemaan.

4.1.2 Intuiivisuus

Intuiivisuuden osalta nuoret naiset nostivat esiin erityisesti Terveyskortin rakenteet ja merkitykset. Palvelussa oli tutkittavien mukaan vaikea navigoida, koska rakenne ja polut palvelun osista toiseen olivat tutkittavien mielestä epäloogisia ja usein intuition vastaisia. Tämä koski paitsi ohjeiden sisältöä, myös niiden paikkaa sivuilla sekä käytettyjen käsitteiden epämääräisyyttä. Ohjeet oli usein sijoitettu siten, että ne eivät olleen nähtävissä ensimmäisellä silmäyksellä, mihin tutkittavat kiinnittävät huomiota lähes poikkeuksetta:

"Mä oon varmaan kirjottanu sen salasanan alunperin väärin. Joka tarkoittaa sitä, et se pitäis kysyä se salana kahteen kertaan, jotta tää vältettäis. Ne pitäis ne tärkeet ohjeet olla heti siinä alla, eikä missään sivussa. Ei niitä ala sietlä lukemaan. Tää toimii täysin epäjohdonmukaisesti. Noi on vaan sikäli kriittisiä juttuja, koska tos vaiheessa ihmiset halposti näissä luovuttaa eikä tuu takas."

-Iina

"Täs on ohjeet, mut ne on paljon alempana, kun esim. muistuta itseäsi tai kuvaajat, et ohjeet vois olla ton liikuntajutun heti tos alla, et tietäisin heti mitä tehdä seuraavaks."

-Enni

Tutkittavien mukaan ohjeiden sisältö oli myös usein käytön kannatta epärelevantti. Ohjeilta ei kaivattu pitkiä teknisiä selostuksia, vaan yksinkertaistettua selvennystä siitä, mitä tapahtuu ja miksi se on käyttäjälle hyödyllistä. Naiset puhuivat myös siitä, miten helppokäyttöisyyden pitäisi syntyä rakenteen ja selkeyden, ei ohjeistusten kautta:

"Toisaalta täs neuvotaan ja opastetaan niin paljon, koska tän sivuston rakenne on vaikee, et mä oon kuitenkin niin valveutunut netin ja koneen käyttäjä, et mä en koe, että mä tarvitsen neuvoa. Jollon sillon mulle tulee semmonen olo, että mä oon ihan väärällä sivustolla, ku tähän tulee kokoajan, että paina tosta, klikkaa tosta. Faktahan on se, että mä en tiedä, että pitää klikata tosta, mut en mä oo semmonen joka menee googleen, et miten käytät tätä. Et sen selkeyden pitäis tulla muuta kautta sen rakenteen ja näin. Se on se juttu oikeestaan."

-Minna

Perustavanlaatuinen haaste Terveyskortissa oli se, että tutkittavien oli vaikea hahmottaa, mitä varten Terveyskorttia olisi tarkoitus käyttää ja millaisia käyttömahdollisuuksia se tarjoaa.

"Siis mulla ei oo oikeen mitään mielikuvaa siitä, et mitä mä voin tällä tehdä. Aika karuu, mutta ilmeisesti voi jotain näitä mittausjuttuja laittaa, jotain muistutuksia ilmeisesti, mut mitä kaikkee tähän sit voi laittaa? Tää sivun alaosa lisää sitä, tää vois olla ylempänä. Täs pitäis ehkä olla just joku, että listataan mitä kaikkee sä voit tänne laittaa. Ja ehkä vois olla joku, ku aina on näitä, joilla ei lamppu syty, ni jos nää ois eka ja sit että katso täältä Matti Meikäläisen esimerkkiterveyskortti, josta vois tehdä kaikkien Terveyskorttien äidin."

-Sanni

"Mutta sitten mulle on vähän epäselvää tän jutun koko funktio, et onks tää enemmän semmonen, et lääkäri vinkkaa, et käytä tätä vai jotain semmosta, et ihmisten pitäis ite tajuta, et mä voisin käyttää tätä palvelua. "

-Annu

Haasteena oli myös sivustolla käytetyt ilmaisut, jotka olivat usein nuorten naisten intuition vastaisia. Esimerkiksi palvelussa usein näkyvillä olevat ilmaisut, kuten "mittaus", "ota käyttöön" ja "aseta tavoite" loivat väärinkäsityksiä ja turhautumista, sillä ne tarkoittivat eri asioita palvelun rakentajalle ja nuorille naisille:

"Mittaus kuulostaa edelleen, että se viittaa mun veriarvoihin tai johonki, mikä mua ei kiinnosta."

-Enni

"Ensinnäki tää et mikä tää on tää aseta itsellesi tavoite. Ei mulle tullu mieleen mikään kalorikulutus. Ei se oo se mitä mä tässä haen pelkästään. Vaan myös kunnon kehittymisen seurantaa muillakin mittaustavoilla, ku kaloreilla mitattuna. Eli tää ei vastaa millään tavalla sitä, mitä mä ajattelin. Tai vastaa, mutta nää tavoitteet kertoo jotain muuta, ku kaloritavoitteet. Se ensimmäinen ajatus ei oo se, että tän takaa löytyy kalorit. Se ei viittaa sellaseen."

-Iina

Lienee kohtuutonta vaatia palvelulta, että se olisi kaikille käyttäjille intuitiivinen käyttää. Asia on kuitenkin syytä huomioida Terveyskortin tyyppisessä palvelussa, jonka kohderyhmää ei ole rajattu. Tällöin ollaan välttämättä tilanteessa, jossa moni käyttäjä välttämättä joutuu toimimaan intuitionsa vastaisesti ja kauhuskenaariona voidaan pitää tilannetta, jossa palvelu ei oikeastaan ole kenenkään intuition mukainen. Helppokäyttöisyyden vaikutus teknologian omaksumiseen on voimakas, erityisesti aivan käytön alussa (Venkatesh 2000; Kulviwat ym. 2007). Ensikäyttökokemuksen kannalta tämä on mielenkiintoista, sillä helppokäyttöisyydellä on todettu olevan sekä suora yhteys käyttöasenteeseen että koettuun hyödyllisyyteen (Kulviwat ym. 2007, 1075). Tämä tieto korostaan entisestään ensikäyttökokemuksen merkitystä omaksumisen kannalta, sillä helppokäyttöisyyden vaikutuksen vähentyessä ajan myötä

kokemuksen karttuessa, koetun hyödyllisyyden vaikutus korostuu. (Davis 1989; Venkatesh 2000). Jos helppokäyttöisyydellä on suora vaikutus hyödyllisyyteen, voi ensikäyttökokemuksen aikaisella vaikeakäyttöisyyden kokemuksella olla kohtalokkaita seurauksia myös pitemmällä tähtäimellä.

4.2 Koettu hauskuus

Käytön hauskuus nousi yhdeksi pääulottuvuudeksi ensikäyttökokemusta tutkittaessa. Terveyskortti koettiin tylsäksi ja nuoret naiset kokivat, että se ei onnistunut pitämään heidän mielenkiintoaan yllä. Hauskuuden ulottuvuuteen liitettiin kokemus sekä visuaalisesta että toiminnallisesta hauskuudesta.

4.2.1 Mielenkiinnon herättäminen ja ylläpitäminen

Terveyskortin eräs suurimmista ongelmista tuntui olevan se, että se ei onnistunut herättämään mielenkiintoa. Suurin syy tähän oli keskustelujen perusteella palvelun visuaalinen harmaus. Harmaus myös sai mielenkiinnon lopahtamaan nopeasti:

"Tähän vois laittaa ehkä vähän värejäkin että tää hyppäis silmään. Tää ei yhtään nyt hyppää silmään, ei oikeestaan oikeen mikään täällä. Paljon tekstii eikä yhtään kuvii. Tylsää."

-Iina

"Tää on jotenkin vaan niin tylsä. En mä tiedä mitä mä odotin, mutta, hmmm, tulee mieleen, et jos pitäisin päiväkirjaa ni voisin tehdä exceliin saman. Toi on vaan tommonen yks rivi. Vaikka pieni veripisara! Jotain, joka vähän piristäis. Tää on aika harmaa. Jotain visuaalista. Mulla lopahtaa mielenkiinto jos on vaan harmaa taulukko toisen perään. Mä ymmärrän et terveystuttujen pitää olla asiallisia, mutta sen ja tylsyyden raja voi olla joskus häilyvämpi."

-Sanni

Värikkyuden ja visuaalisen hauskuuden kautta palvelu tulisi lähemmäs käyttäjänsä ja tarjoaisi lisää virikkeitä, lisäisi syitä käyttää palvelua. Pelkkä visuaalinen hauskuus ei

kuitenkaan tutkittavien mukaan riitä, vaan käytön on oltava hauskaa myös toimintojen osalta.

4.2.2 Toiminnallinen hauskuus

Terveyskortilta toivottiin lisää hauskuutta paitsi visuaalisuuden myös toiminnallisuuden osalta. Erityisen tärkeänä tutkittavat pitivät sitä, että hauskuus tulisi toimintojen kautta uudelle käyttäjälle esille heti kättelyssä:

"Se semmonen yleinen vekkuliutus noissa toiminnoissa on tärkeä silloin, kun houkuttelee uusia käyttäjiä. Kun se on jo osoittautunut helppokäyttöiseksi, niin eri asia, mutta erityisesti alussa on tärkeää."

-Katariina

Vaikka Terveyskortti koskettaa vakaviakin aiheita, henkilökohtaista terveyttä, naiset muistuttivat, että he käyttäisivät palvelua kuitenkin myös siitä syystä, että se on heistä kivaa ja koska he ovat innoissaan omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan:

"Hauskuutta nimenomaan lisää! Koska vaikka tässä on kyse vakuuttavasta ja asiallisesta palvelusta, niin tässä on menty niiden kanssa äärimmäisyyksiin, koska ihmisethän tekevät näitä asioita kuitenkin huvia vuoksi. Se on tärkeä osa sitä."

-Iina

"Vaikka mä en noita kaloreita tai noita laskeja mä tykkään tehdä noita testejä se on hauskaa ja jos sais niitä suorituskyvyn mittauksia niin silloin ois kiva. Ja mä tykkään näistä laskureista. Must on hauska tehdä erilaisia testejä. Oon kuitenkin kiinnostunut omasta terveydestä ja hyvinvoinnista ja sen takia"

-Kaija

Hauskuuden ja viihteellisyyden koettiin olevan kaksi erillistä asiaa. Palveluun kaivattiin nimenomaan lisää hauskuutta, ei viihteellisyyttä. Viihteellisyyden katsottiin olevan jotakin, joka tekee vakavasta asiasta, terveydestä vitsin ja vähentää kokemusta palvelun asiantuntijuudesta ja luotettavuudesta. Terveyskortti koettiin sikäli onnistuneeksi,

että sitä ei oltu viihteellistetty liikaa. Hauskuudella nuoret naiset taas viittasivat asioihin, jotka tekivät palvelusta ja sen käytöstä mukavaa ja kiinnostavaa ja jotka pitivät käyttäjän mielenkiintoa yllä.

"Hauskuus ja viihteellisyys on eri asia. Et kyl tää sais olla hauska. Tää on nyt vähän karu. Tässä tää näyttää tosi yksinkertaselta, tai no yksinkertaisuus on varmaan tämmösessä hyvä, mutta tää on vähän semmonen, tai no joo, nyt ku mä mietin, ni en mä tiedä haluisiko mä et täs olis jotain, joka vipeltäis ja hirveesti jotain flasheja tai kuvia. Mut kyl siel vois olla jotain "päivän terveysarjis" vaikka, tai päivän mietelause tai jotain."

-Jaana

Hauskuus oli tutkittavien mukaan lähtöisin perusasioista: selkeydestä ja hyvin muotoillusta palvelutarjonnasta. Tässä Terveyskortilla oli naisten mukaan vielä parannettavaa:

"Mun mielestä (hauskuus) tulis jo ihan sitä kautta, että mulle kerrotais selkeesti ja kivasti, että mitä kaikkee täällä voi tehdä. Et sen ei tarvi niinku erikseen tänne luoda mitään hauskuutta. Mut se riittää, että mulle kerrotaan magessti kuvilla, et miten mä voin treenata itteni maratonkuntoon. Tai toi muistutus, vois olla vaikka joku värisevä puhelin, et pirr, pirr, muista pilleri."

-Minna

"Musta se hauskuus ja kiinnostavuus pitäis tulla tästä palvelusta ja sitte täs pitäis olla se että ois selkeemmin esitetty, et mikä tää on tää palvelu."

-Annu

Hauskuuden ulottuvuuden esiin nouseminen ei ole yllättävää ainakaan jo tehdyn TAM-tutkimuksen perusteella. Kuten aikaisemmissa luvuissa on todettu, koetun hauskuuden on selkeästi osoitettu vaikuttavan internetpalveluiden omaksumiseen (mm. Bruner ja Kumar 2005). Tutkimuksissa on todettu, että mitä helpompi teknologista palvelua on käyttää, sitä nautinnollisempaa käyttö on kuluttajalle (Cheng 2011). Myös Brunerin ja Kumarin (2005) mukaan koettu helppokäyttöisyys vaikuttaa koettuun hauskuuteen.

Nuorten naisten ensikäyttökokemukset tuntuvatkin tukevan näitä näkemyksiä. Perusasioilla, selkeydellä ja rakenteella, on merkitys myös koetun hauskuuden kannalta, jolle on selvästi kysyntää myös terveysseurantapalvelussa.

4.3 Koettu hyödyllisyys

Käytön hyödyllisyyden ulottuvuuden taustalla nuorilla naisilla kolmesta alaluokasta, joita olivat palvelun aktiivisuus osana omaa palvelukokemusta, käyttäjän huomioiminen yksilönä ja käyttäjän huomioiminen osana kohderyhmää.

4.3.1 Palvelun aktiivisuus osana palvelukokemuksen muodostumista

Keskusteluista oli helposti huomattavissa nuorten naisten esittämä vaatimus palvelun aktiivisuudesta. Käyttäjällä itsellään oli kontrolli omista tiedoista ja hän toimi aktiivisena osapuolena palvelukokemuksen luomisessa, mutta yhtä tärkeää oli, että Terveyskortti oli mukana keskustelussa ja pallottelussa. Terveyskortilta oltaisiin toivottu aktiivista reagointia ja käyttäjän mukana elämistä ja kehittymistä palvelukokemuksen aikana. Tämä näkyy pelkistetyistä ilmauksista, joita olivat mm. toiminnallisuus, palautteen antaminen, keskustelevuus ja käyttösyyn antaminen. Kaikki nämä pelkistetyt ilmaukset nousevat esiin Minnan pohdinnoista, jotka tiivistävät erinomaisesti tutkittavien näkemyksiä palvelun aktiivisuudesta osana palvelukokemusta:

"Terveenä ihmisenä en seurais mitään liikuntaa ym. liittyvää, koska mulle ei ole kerrottu, et miks mä tekisin niin. Koska sehän riittäis mulle jos se kertois et se antaa mulle punasen palkin, jos mä oon liikkunu liian vähän ja vihreetä, jos oon liikkunu oikein. Mä en tiedä, ehkä tää tekeeki niin, mutta mulle ei oo kukaan tähän mennessä kertonu, että tekeekö se niin. Mulla ei oo mitään syytä, miks mä alkaisin lisää mitään, koska mä en tiedä miltä se näyttää, jos mä liikun liian vähän tai sopivasti ja tuleeks mulle sydämiä tai salamoita, jos mä saan liikaa kaloreita tai sopivasti tai kertooks tää mulle, että tänään söit niin, että sydämesi on tosi onnellinen. Mut ei mulla oo nyt mitään syytä tätä käyttää, jos mulla ei oo mitään sairautta. Jos se ois tuotu esiin jotenki mielenkiintoisesti, ni mä voisin kuvitellakin tarttuvani siihen. Todellaki. Kuvittele, jos

tos olis joku käyrä, että tästä näet kuntograaffisi, et se olis laitettu niinku tähän että sit ku se on tietys pisteessä vaikka se graaffi, niin sitten jaksat juosta vaikka puolimaratonin. Ja sit mä merkkaisin sinne niitä treenikertoja. Ni oishan se nyt vähän eri juttu."

-Minna

Nuorille naisille ei selvästi riittänyt, että Terveyskortti oli paikka, jonne tallentaa tietoja. He olisivat toivoneet palvelulta enemmän aktiivisuutta myös tiedon antajana. Tätä kautta palvelu olisi paitsi jo itsessään toiminnallisempi, myös mahdollistaisi uudenlaista toiminnallisuutta käyttäjälle ja osallistaisi käyttäjää omaan terveydenhuoltoon:

"Se olis makee, että lääkärikin olis yhteys siihen Terveyskorttiin. Et potilas vois sanoa, ku saa reseptin, ni lääkärielle, että voitko laittaa sen myös mun Terveyskorttiin. Ni sehän ois ihan ideaali! Semmonen integrointi olis tosi hyvä! Joo joo! Ja tätä kautta vois esim. tarkistaa, et onko verikokeen tulokset tullu. Et otettais mukaan myös terveydenhuollossa. Sillon tää olis ehkä aktiivisempi. Et sinne myös tulis tietoa."

-Sanni

"Enemmän vois olla tietoa. Ihmiset voi olla tosi daijuja. Ei vaan paikka, missä kirjojat asioita ylös, vaan myös paikka, missä saat tietoa asioista, joita kirjoitat ylös. Muuten vois pitää jotain omaa tiedostoaki."

-Katariina

Tutkittavat kokivat myös, että Terveyskortti ei keskustellut heidän kanssaan, eikä antanut heille palautetta. Näin ollen kokemus Terveyskortista jäi valjuksi ja yksipuoliseksi. Terveyskortin olisi pitänyt pystyä kannustamaan ja motivoimaan käyttäjää palautteen avulla:

"Mä kaipaaisin, et se juttelis se koko ohjelma keskenään. Et se kertois mulle, että kun teet näin ja näin, niin pystymme kertomaan sinulle nämä ja nämä asiat vaikka. Et se kertois mulle, mitä mun täytyy lisätä et se vois johtaa niinku tietynlaisiin niinku, hmmm, et se tuottais mulle, mmmm, et mua tavallaan palkittais sillä, et mä lisään tietoa, niin saan

jotain. Koska nythän se on vähän sillee, et sä laitat sen tiedon sinne ja siellä se makaa, ni se ei ehkä hirveesti motivoi mua."

-Jaana

"Tää vois niinku keskustella keskenään. Tää on tämmönen laskuri vaan, et se tunkee sen tonne. Jotenki et tää on vaan tämmönen, ni mitä tää niinku hyödyttää. Se pitäis olla jotenki, et ku sä laitat sinne jotain ni se kertoo sulle jotain, vaikka joku tilasto, et miten se vaikuttaa sun elämään."

-Enni

Tutkittavat kokivat myös ongelmaksi sen, että Terveyskortti ei antanut heille mitään syytä käyttää palvelua. Myös tässä mielessä palvelulta olisi siis toivottu aktiivisuutta:

"Mulle ei missään vaiheessa selvinny, et miks mun kannattais toi tehä, et edes tän jälkeen, ku mä meen kotiin, ni mä en oo vakuuttunu, et oliko tää mulle hyvä juttu."

-Minna

"Jos mä sanon suoraan, ni mä en kyllä [huokaus]en mä tee tällä mitään. Ja tää voi olla, et mä tekisin tällä paljonki, jos mulle vaan kerrottais miksi."

-Sanni

Vaikka markkinoinnin tutkimuksessa on viime vuosien aikana pidetty hyvin tärkeänä sitä, että asiakas kokee olevansa aktiivinen osa palvelukokemuksen tuottamisen prosessia, osoittaa tämä tutkimus myös palvelun aktiivisen roolin tärkeyden. Palvelukokemus muodostuu onnistuneesta yhteispelistä ja molemminpuolisesta reagoinnista. Samaa ajatusta jatkavat Moon ja Kim (2001), jotka nostivat tutkimuksessaan esiin leikkisyyden ulottuvuuden tärkeyden omaksumisen kannalta. Leikkisyyden ulottuvuudenhan katsottiin määrittyvän pitkälti kuluttajan kokemaan vuorovaikutukseen laatuun palvelun kanssa (Moon ja Kim 2001).

4.3.2 Käyttäjän huomioiminen yksilönä

Tutkimani nuoret naiset odottivat Terveyskortilta heidän huomioimistaan yksilönä heti palvelukokemuksen alusta alkaen. He halusivat kokea itsensä tervetulleiksi ja kohdelluksi arvokkaana asiakkaan:

"Joten sillon, ku mä tuun tämmöselle sivulle, ni mä toivoisin, et täs olis, että hei Minna, tervetuloa ensimmäistä kertaa Terveyskorttiin. Ja niinku, että mitä haluaisit tehdä. Mut joku tommonen juttu, mikä on niinku selkeesti kerrottu mulle, että hei Minna, olet käynyt viimeksi papassa vuosi sitten, että haluatko seurata sitä. Terveyskortilla se onnistuu. Tai että moikka, yritätsä laihduttaa. Vähän se ajatus, mitä siinä yritettiin vähän tuoda siinä etusivulla, mutta et se olis avattu niiiiin auki. Se pitäis tulla niinku asiakas edellä, et mitä se asiakas halua. Täs ollaan lähetty Terveyskortti edellä, eikä sen ihmisen tarve edellä."

-Minna

Nuorten naisten puheissa korostui selkeästi toive siitä, että palvelu ottaisi heidät huomioon yksilönä ja tarjoaisi räätälöintimahdollisuuksia. Oikeastaan tutkittavat eivät vain toivoneet, vaan suorastaan vaativat näitä ominaisuuksia:

"Ideaalitulanteessa tää lähestyis sisältö ensin ja olis hirveen selkee ... olis otettu jo aikasemmin selvää, mistä mä oon kiinnostunu, koska ei mua enää täs kohtaa kiinnosta alkaa räätälöimään, vaan et tää räätälöitäis mulle jo etukäteen. Et ahaa, haluat juosta maratonin, tää on siihen tosi hyvä juttu. Esimerkiks okei, toi tuli maratonkohdasta sisään. Liikunnan lisäksi, mistä olet kiinnostunut? Täppää vaikka. Ja sitte mä meen sinne, ni sit siel on rakennettu se juttu missä on liikunta ja muita ja sit siellä on selkeesti se, että jos haluat käyttää Terveyskorttia monipuolisemmin, niin täältä löytyy. Pitäis olla räätälöity mulle ja mun tarpeisiin niin aikasin ku mahdollista. Ku en mä lähtis enää tässä vaiheessa, mä lähtisin sit vaan pois."

-Kaija

Kuten edeltävästä otteesta voidaan huomata, räätälöintimahdollisuudet tuntuivat olevan eräs ratkaisevista tekijöistä sen suhteen, näkikö tutkittava itsensä palvelun käyttäjänä

jatkossa vai ei. Se osoittaa myös tutkittuja nuoria naisia yhdistävän piirteen: he osasivat vaatia ja olivat omaksuneet vahvasti roolin palvelun asiakkaana, jonka tarpeet ja toiveet palvelun tulisi tyydyttää. He vaativat huomiota ja erityiskohtelua, kenties jopa enemmän kuin perinteisessä kasvotusten tapahtuvassa palvelutilanteessa. Onko niin, että kasvottomalta ja tunteettomalta internetpalvelulta on helpompi vaatia kuin perinteiseltä palvelulta, jota tarjoaa ihminen?

4.3.3 Käyttäjän huomioiminen osana kohderyhmää

Oli mielenkiintoista huomata, että vaikka käyttäjät toivoivat Terveyskortilta yksilöllistä lähestymistä ja räätälöintimahdollisuuksia, oli myös hyvin tärkeää, että he kokivat olevansa palvelun kohderyhmää. Keskusteluista selvisi nopeasti, että tutkittavat halusivat tulla nähdyksi osana hyvinvoinnistaan kiinnostuneiden, nuorten ja aktiivisten käyttäjien ryhmää ja he odottivat Terveyskortilta jonkinlaista merkkiä siitä, että heidät on tunnistettu tämän ryhmän jäseneksi, ja että palvelu on kohdistettu kyseiselle ryhmälle ja sitä kautta lopulta heille yksilöinä. Terveyskortti ei onnistunut tutkittavien mukaan tätä merkkiä antamaan, mikä näkyy Annun ja Iinan pohdinnoissa:

"Periaatteessa koen olevani kohderyhmää, mutta mä koen, että tää palvelu ei lähesty mua niinku mä olisi kohderyhmää. Et jotenki [huokaus] ei sen takia, etteikö nää asiat olis niinku semmosia, jotka kiinnostaa mua, mut ehkä tää palvelu ei oo nähny niin paljon vaivaa mun lähestymisessä et sen takia mä koen, että mä en oo tän palvelun kohderyhmää vaan näiden aiheiden kohderyhmää. Et se on vähän jännä. Mä en varsinaisesti sanois, et mä en, hmm, mut sit taas, et jos mä en oo tän palvelun kohderyhmää, ni sit mä en tiedä, et kuka on, koska mä kyl oon oikeesti aika kiinnostunu niinku terveyteen liittyvistä asioista. Mut että se miks mä en koe olevani kohderyhmää liittyy enemmän siihen, et ku tää on niin sekava, ni must tuntuu, että mua ei kaivata tän palvelun käyttäjäksi."

-Annu

Huolimatta siitä, että Terveyskortin kohderyhmää ei ole lähtökohtaisesti rajattu lainkaan, vaan se on kohdistettu koko kansalle, tutkittavat tuntuivat hyvin vahvasti olevan sitä mieltä, että palvelu oli kohdistettu vanhuksille ja sairaille. Terveyteen

liittyvä mittaukset yhdistettiin sairauksiin, ja ajatus sairauksista herätti nuorissa ja terveissä tutkittavissa lähinnä pelkoa. Iina kuvailee näkemyksiään Terveyskortin kohderyhmästä seuraavasti:

"Tästä hyötyis varmaan joku viiskymppinen ylipainonen ihminen, joka yrittää saada terveyttään hallintaan tai joku ihminen, jolla on paljon sairauksia, joita täytyy mitata. Ne sairaudet on se, mikä täs tulee selkeesti esiin. Sun pitää olla sairas, et sä voisit tätä käyttää. Tai sun pitää olla sairas, et sulle olis tästä hyötyä. Täs tulee se vaikutelma, et täs on hyvin vähän tietoa liikunnasta ja painonhallinnasta, semmoisista asioista, mitkä mua kiinnostaa, koska ne on rinnastettu noihin insuliinijuttuihin."

-Iina

Tutkittavat eivät halunneet, että heidät yhdistettäisiin sairaiden ryhmään, mikä teki palvelusta erityisesti mittausten osalta suorastaan luotaantyöntävän. Sairaus ja vanhuus olivat asioita, jotka koettiin vielä kaukaisina ja haluttiin myös pitää kaukaisina:

"Ehkä, jos mulla olis joku aktiivinen tauti tai raskaus tai joku, joka vaatis seurantaa enemmän, mutten koe, että jaksaisin mitään jatkumoa, et jaksaisin perusterveydenhuoltoa johonki järjestelmään syöttää. Täs vaiheessa, kun on suht koht nuori, ni on aika huithaithapeli, ni se ei niinku. Ehkä vanhempana."

-Jaana

"Ja sitte taas nuoret, jotka oikeesti käyttää, ni mä en tiedä onks ihan tämmösii ongelmia. Et onks nää tavoitteet vaikka realistisia jonku verenpaineen suhteen niinku mejän ikäsillä ihmisillä."

-Annu

Keskusteluissa heräsi myös huoli siitä, että mikäli Terveyskortti on suunnattu iäkkäille ja sairaille, kuten tutkittavat kokivat, onko kyseisellä ryhmällä tarvittavat tietotekniset taidot palvelun hyödyntämiseksi:

"Ehkä mä mietin sitä, että tämmösestä palvelusta vois olla hyötyä esimerkiks vähän iäkkäämmille ihmisille, joilla voi olla monenlaisii onkkuja. Mutta sitte tää, tätä ei oo

tehty mitenkään helpoks esim. jos miettii omaa vaaria käyttämässä tämmöstä, ni sillontää on niinku aivan liian vaikee."

-Annu

"Kohderyhmä on mun mielestä semmoset keski-ikäiset ja sen ylittäneet ihmiset, ehkä 60+ joilla alkaa olla jo jotain sairauksia, joiden täytyy seurata ja olla tarkkana. Toisaalta se on ehkä hankala, koska semmoset ihmiset ei ehkä käytä, ku ne ei käytä tietokonetta."

-Enni

Tämä lienee perusteltu huoli. Tutkittavien kommenttien perusteella Terveyskortin kohderyhmää olisi syytä pohtia uudemman kerran. Keskusteluiden perusteella vaikutti siltä, että tällä hetkellä palvelun vaikeusaste vastasi hyvin tutkittavien henkilöiden tietoteknisten taitojen tasoa, mutta sisältö ei. Toisaalta sisältö vastasi kenties sairaiden ja vanhusten tarpeita, mutta tälle kohderyhmälle navigoitavuuden sivulla tulisi ehkä olla huomattavasti selkeämpää.

Mielestäni on kiinnostavaa, että jo aikaisemmin tässäkin tutkielmassa mainitun Whetstonen ja Goldsmithin (2009) tutkimuksen mukaan sukupuolella, iällä tai terveydentilalla ei nähty olevan erityistä vaikutusta terveystaltion käyttöaikomukseen. Keräämässäni aineistossa kohderyhmään kuuluminen nousi selkeästi esiin ja iällä ja terveydentilalla oli selkeä rooli tutkittavien pohtiessa, kenelle Terveyskortti on suunnattu. Näin ollen esittäisin hypoteesin, että iällä ja terveydentilalla on merkitystä käyttäjänkohderyhmään kuulumisen kokemuksen muodostumisen kannalta. Hypoteesi olisi mielenkiintoista testata. Päättelyä tukee myös mm. Venkateshin (2003) ja Koufarisin (2002) tutkimukset, joiden mukaan iällä oli kuin olikin merkitystä omaksumisen kannalta: eri ikäryhmät kokevat ja käyttäytyvät eri tavoin.

4.4 Koettu turvallisuus

Turvallisuuden ulottuvuus nousi selkeästi esiin keskusteluissa tutkittavien kanssa. Alaluokkina esiin nousivat kontrolli, luottamus palveluntarjoajaan ja yksityisyys, jotka

on tunnistettu merkittäviksi käyttöaikomukseen vaikuttaviksi tekijöiksi kuluttajakeskeisessä TAM-tutkimuksessa (ks. luku 2.4.1).

4.4.1 Kontrolli

Tutkittavat pitivät erittäin tärkeänä sitä, että heidän terveystietonsa ovat varmassa tallessa, ja että kontrolli siitä, mitä tietoja Terveyskorttiin syötetään on tiukasti heillä itsellään. Internetsovelluksen turvallisuuteen oli monen mielestä kuitenkin vaikea vielä luottaa ja ehkä osin juuri tästä syystä heille oli hyvin tärkeää voida varmistua siitä, että heillä itsellään on täysi kontrolli omista tiedoista. Tällöin riski mahdollisesta tietojen vuotamisesta tai karkaamisesta on osin käyttäjän itsensä käsissä, mikä tuntui tuovan tutkittaville hallinnan tunnetta. Näin Jaana ja Kaija puhuivat aiheesta:

"Enemmän mä nään sen mahdollisuuden, et sä pystyisit ite hakea jostain lääkäriaseman tiedoista omat tiedot tähän. Se olis musta tässä se oleellisin, koska jos sä alat tähän lisäälee niitä tietoja, ni sehän on niinku loputon suo, tai en tiedä tartteeks ihan kaikkee ollakaan Mut se et olis tommosii tietojärjestelmiä, ni vie varmaan pari valovuotta, että sä voisit turvallisesti ottaa sieltä niitä tietoja tänne. Sä oot ite vastuussa, ettei sun tiedot katoa jonnekki bittiavaruuteen."

-Jaana

"Sitte täältä vois ehkä jopa lähettää suoraan labraan (omia mittauksia), jos se on mahdollista. Olis kiva jos sen vois integroida, mut se pitää olla niin, et se valta on mulla, et saan ite päättää, mitä jaan muualle. Mut se ois selkeetä, jos sen pystyis. Ei sinne Facebookiin."

-Kaija

Shinin (2008) määritelmän mukaan turvallisuus on asiakkaan uskomuksen aste siihen, että palvelun käyttämisen prosessi on turvallinen. Kontrolli liittyy olennaisesti turvallisuuden kokemukseen, sillä tutkimusten mukaan turvallisuus on paljon muutakin kuin tekninen turvallisuus ja käyttäjän kokemalla kontrollin tunteella on suuri merkitys turvallisuuden kokemuksen rakentumisessa (Kim ja Shin 2008). Saman on osoittanut Shin omassa tutkimuksessaan (2009). Nuorten naisten näkemykset ovatkin hyvin saman

suuntaisia. Mielenkiintoista oli, että vaikka kontrolli omista tiedoista haluttiin ehdottomasti pitää itsellä, palvelulta toivottiin muuten osallistumista ja aktiivisuutta, jopa ennustavuutta. Ristiriitaista kyllä, toivotunlainen aktiivisuus vaatisi käyttäjän antamien yksityisten tietojen käyttämistä. Vaikuttikin siltä, että mikäli luottamus palveluntarjoajan ja käyttäjän välillä oli rakentunut, tietojen käyttäminen hyväksi oli hyväksyttävämpää. Jos luottamus oli rakentunut, palveluntarjoajan uskottiin käyttävän yksityisiä tietoja käyttäjän hyväksi.

4.4.2 Luottamus

Keskusteluissa korostui luottamuksen tärkeys palveluntarjoajaa kohtaan. Käyttäjän on pystyttävä luottamaan paitsi siihen, että sovellus pitää arkaluontoiset tiedot tallessa, myös palvelun tarjoavaan tahoon. Käyttäjän näkökulmasta palveluntarjoaja on ulkopuolinen taho, joka saa käsiinsä arkaluontoista tietoa käyttäjän terveysasioista. Tutkittavat suhtautuivat ylipäättään tietojensa jakamiseen hyvin varauksellisesti ja kauhuskenaariossa palveluntarjoajan koettiin olevan ikään kuin mahdollinen tirkistelijä, jolla on mahdollisuus käyttää hyväksi käyttäjän tietoja. Jaana kuvaa asiaa seuraavasti:

"Ekana tulee mieleen, se on tekijä, miks mä miettisin et ottaisinko, koska luottamuksellisuus kuuluu yleensä terveysjärjestelmään. Sä et halua levittää sun arkaluontoisia asioita ihan mihin vaan, jos sinne tulee semmonen, et Jaanalla on ollu peräpukamia viikolla 7. Sä et halua sitä tietoa mihinkään Facebookiin. Sillon se on hirveen tärkeä se luottamus siihen palveluntarjoajaan. Toisaalta seki, et se palveluntarjoaja, et kuinka paljon mulle aletaan tarjoamaan ja kohdistamaan juttuja, et tuleeks jotain mainontaa. Et jos mä laitan, et mulla on joku tauti, ja sit jos sieltä alkaa tulla jotain mainoksia ja ehdotuksia, ni se tuntuis tosi tungettelevalta."

-Jaana

Luottamuksen rakentumista käyttäjän ja palveluntarjoajan välille tuntui hidastavan kaikenlainen tiedon jakamiseen liittyvä yllätyksellisyys. Käyttäjän kirjautuessa Terveyskorttiin, palvelu ilmoittaa, että käyttäjällä on nyt pääsy sekä Terveyskorttiin että keskustelupalstalle. Keskustelupalstan olemassaolo mainitaan kuitenkin ensimmäistä kertaa vasta käyttäjän rekisteröidyttyä palveluun. Tämä säikäytti tukittavat.

Mahdollisuus tietojen joutumisesta väärin käsiin herätti pelkoa. Selkeyden ja informatiivisuuden rooli korostui siis myös luottamuksen rakentumisessa. Ennin reaktio keskustelupalstan mainintaan kuvaa tilannetta hyvin:

"Mut siis miten niin rekisteröidyin molempiin palveluihin? Siis rekisteröidyin keskusteluihin ja saan kortin. Täs mä sain ekaa kertaa tietooni tän keskustelut. Eli vähän nyt herää, et oonksmä menossa johonki nettichattikeskusteluun, mihin en ehkä haluais. Täshän ei oo myöskään mitään tietoa. Eli tässäkö ei oo mitään tietoa tosta keskustelusta. Miks siitä ei oo tietoa? Mikä toi on? Näkeeks ne muut, että olen perustanut Terveyskortin?"

-Enni

Luottamuksen osalta aineistossa oli nähtävissä selkeitä yhtymäkohtia TAM-pohjaisen kuluttajatutkimuksen kanssa. Gefen ja Straubin (2010) määritelmä luottamuksesta uskomuksena siitä, että palvelun tarjoaja toimii asiakkaan odotusten mukaisesti kuvaa hyvin nuorten naisten ajatuksia luottamuksesta palvelun tarjoajaa kohtaan. Luottamus tuntuu oikeastaan luovan pohjan koko turvallisuuden kokemukselle. Epäluottamuksen kokemus saattaa siis vetää maton jalkojen alta ja viedä pohjan koko turvallisuuskokemuksen muodostumiselta, mikä puolestaan vaarantaa koko käytön jatkumisen.

4.4.3 Yksityisyys

Turvallisuuden ulottuvuuteen liitettiin myös yksityisyys ja sen tärkeys. Terveystietojen koettiin olevan hyvin yksityisiä asioita, jotka eivät kuulu kenellekään muulle, kuin henkilölle itselleen. Terveyskortti on mahdollista liittää Facebookiin ja tämä tuntui tutkittavista yksimielisesti kummalliselta. He kokivat terveystietojen olevan täysin yksityistä informaatiota, jota on syytä suojella, melkein jopa piilotella muilta. Ajatus kiteytyy hyvin Annun pohdintoihin Facebookin liittämistä Terveyskorttiin:

"No tulee mieleen, että se (Facebook) on aina helppo tapa mainostaa niinku viidakkorumpu tyylillä, et sit mä tykkään jostain ja kaveritki tulee kattoo, et mikä on Terveyskortti, mut sit toisaalta tulee myös mieleen se, et jos mä vahingossa lähen

mokaa jotain, ni sit kaikki näkee, et millon mä oon viimeks ollu missäki lääkärissä. Et ehkä se yksityisyysjuttu ei oo niin hyvin ehkä [huokaus]. Tää on kuitenkin enemmän yksityinen. Et enemmän mä vertaisin sitä päiväkirjaan yöpöydällä. Et sitten ehkä niinku me sivuttiin aiemminkin, ni se, et mä mietin sen fb:n kohdalla, et mitä kaikkee ne mun kaverit näkee ja sit mä toteisin tän hyväks palveluks ni ehkä mä vinkkaisin kavereille sillee vähän yksityisemmin, et hei, jos sullaki on niin, ettet muista sun rokotuksia, ni mieti tätä palvelua, mut mä en ehkä missään Twitterissä jakais."

-Annu

Tämä osoitti myös mielenkiintoisesti terveyden ja hyvinvoinnin käsitteiden eron. Terveysasioita ei oltu valmiita jakamaan muille, mutta hyvinvoinnista oltiin valmiita keskustelemaan ja omia kokemuksia jakamaan. Sannin pohdinta kuvaa hyvin tutkittavien ajatuksia terveyden ja hyvinvoinnin käsitteiden välisestä erosta:

"Mun mielestä terveys on niin henkilökohtasta. Hyvinvointi on enemmänki mihin, tai et onhan niitä kaikkii sovelluksia esim fb:ssä, että tein tällasen lenkin jne. Ehkä se on hyvinvointia enemmän, ku terveyttä. Mä oon niin vainoharhanen noissa, mitä tulee noihin tietoturvajuttuihin."

-Sanni

Sama ajatus tulee esille Minnan pohtiessa mahdollisuutta yhdistää Terveyskortti Facebookiin:

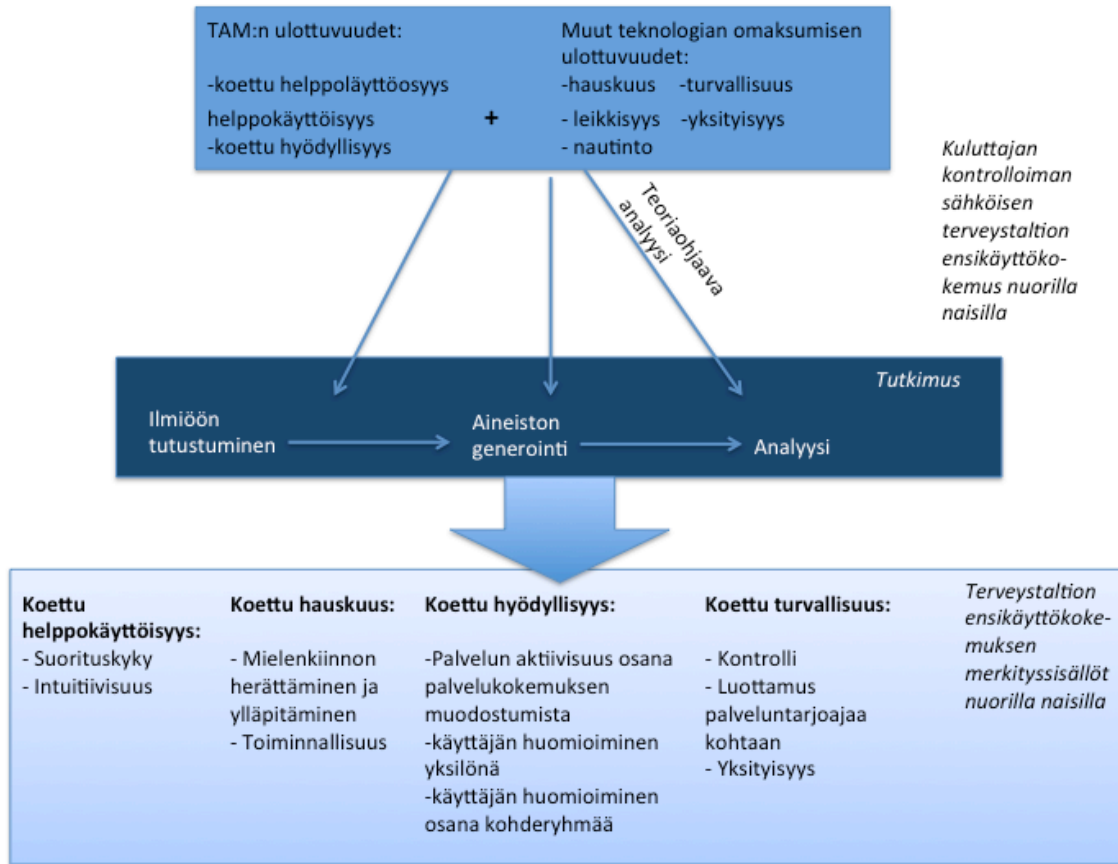
"Mutta toisaalta en usko, että mulle ikinä tulis mieleen mennä tänne muuten, ku mun terveyteen liittyen, et ei se kenellekään kuulu. Vähän niinku pankki. Et en mä nyt sano kellekään, että oon pankissa ja mitä pankkii mä käytän. Eri asia, jos täällä olis jotain toiminnallisuuksia. Et miten vakavana toi halutaan niinku pitää. Et jos toi halutaan tehdä niinku kansanomaisemmaksi, ni voihan tuol sit olla jotain, et käytä tätä kaverisi kanssa, molemmat kun ootte maratonikunnossa. Siinä mä näkisin, et tommonen olis tosi hyvä juttu, mut sillon ku mä saan ite seurata mun hemoglobiinia, ni miksi?"

-Minna

Näyttäisikin siltä, että riippuen siitä, koetaanko terveystalton olevan ensisijaisesti terveys- vai hyvinvointipalvelu, palveluun kohdistuu erityyppisiä odotuksia ja turvallisuusvaatimuksia. Terveyspalvelulta vaaditaan ensisijaisesti ehdotonta turvallisuutta, hyvinvointipalvelulta sallitaan tässä suhteessa enemmän. Toisaalta hyvinvointipalvelulta vaaditaan vielä enemmän toiminnallisuutta ja hauskuutta kuin terveyspalvelulta. Terveyskortin haasteeksi näytti muodostuvan se, että tutkittavat eivät olleet täysin varmoja, oliko kyseessä terveys- vai hyvinvointipalvelu. Esimerkiksi mittausosio koettiin vahvasti terveyspalveluksi, mutta keskusteluosio ja terveyskeskus.fi -sivusto tunnuttiin mielleltävän vahvasti hyvinvointipalveluksi. Tästä johtuen palveluun kohdistui sekä terveys- että hyvinvointipalvelun vaatimuksia käyttäjältä, mikä tekee Terveyskortin asemasta varsin haastavan ja epäkiitollisen.

4.5 Teorian ja tutkimustulosten synteesi

Tutkimusilmiö, teoreettinen viitekehys, tutkimusmetodologia ja tutkimustulokset nivoutuvat yhteen kuviossa 5, joka pohjautuu jo luvussa 2 esitettyyn teoreettiseen viitekehysten synteisiin (kuvio 3).



Kuvio 5 Tutkimustulokset ja teoreettinen viitekehys.

Teknologian omaksumisen tutkimuksen pohjalta muodostettu teoreettinen viitekehys on ohjannut tutkielman etenemistä ja rakentumista määrittämättä kuitenkin tiukasti siinä esiin tulleita sisältöjä. Tässä tutkimuksessa havaitut terveystaltion ensikäyttökokemuksen merkityssisällöt nuorilla naisilla rikastuttavat teknologian omaksumisen tutkimuksen pohjalta muodostettuja ulottuvuuksia.

5 YHTEENVETO

Tutkielmani on tarkastellut terveystaltion ensikäyttökokemuksen merkityssisältöjä nuorilla naisilla. Tutkittavana ilmiönä on ollut terveystaltion sähköistyminen ja kuluttajan roolin muuttuminen yhä aktiivisemmaksi oman terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitäjänä. Kahdeksan nuorta naista testasi Terveyskortti-palvelua, joka on vuonna 2008 julkaistu terveystaltio. Aineisto generoitiin suullisen samanaikaisen protokollaanalyysin ja teemahaastattelun keinoin ja analysoitiin sisällönanalyysin menetelmin.

Olen keskittynyt tarkastelemaan teknologisten palvelujen omaksumisen teorian pohjalta määrittyvien ulottuvuuksien, koetun helppokäyttöisyyden ja koetun hyödyllisyyden, merkityssisältöjä, joita nuoret naiset nostavat esiin. Tutkielma vastaa kahteen tutkimuskysymykseen:

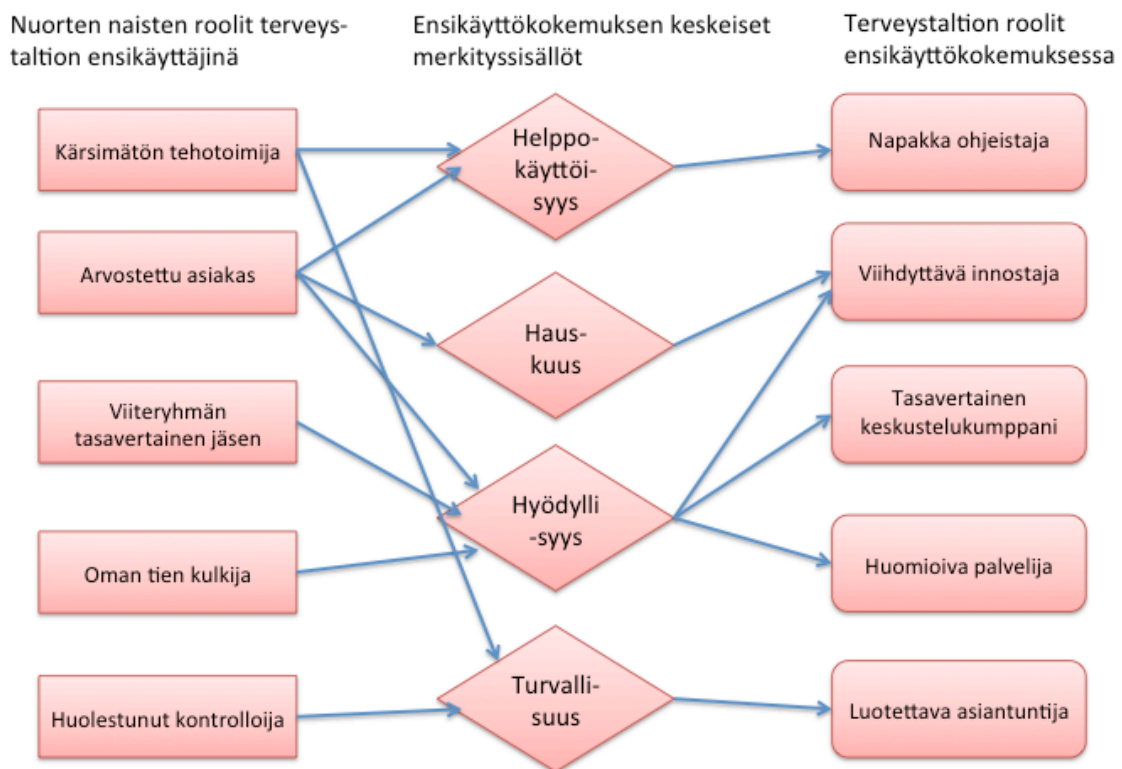
1. Millaisia koetun hyödyllisyyden merkityssisältöjä liittyy terveystaltion ensikäyttökokemukseen nuorilla naisilla?
2. Millaisia koetun helppokäyttöisyyden merkityssisältöjä liittyy terveystaltion ensikäyttökokemukseen nuorilla naisilla?

Sisällönanalyysissä koetun hyödyllisyyden ja helppokäyttöisyyden ulottuvuuksien lisäksi esiin nousi kaksi muuta laajaa merkityssisältöä, koettu hauskuus ja koettu turvallisuus, jotka ovat tuttuja teknologisen omaksumisen laajemmista teoreettisista malleista. Tässä luvussa esittelen luvun 4 pohjalta tekemäni johtopäätökset. Lisäksi pohdin tutkimukseni rajoitteita ja jatkotutkimustarpeita.

5.1 Johtopäätökset

Tutkimukseni mukaan terveystaltion ensikäyttökokemukseen nuorilla naisilla liittyy neljä pääasiallista merkityssisältöä, joita ovat koettu helppokäyttöisyys, koettu hauskuus, koettu hyödyllisyys ja koettu turvallisuus. Nämä tunnistetut yläluokat ovat tuttuja myös teknologian omaksumisen teoriasta ja ne seisovat luontevasti rinta rinnan TAM-tutkimuksessa tunnistettujen merkittävien ulottuvuuksien kanssa, kuten

tutkielman aikaisemmissa luvuissa on osoitettu. Kun yläluokkia tarkastellaan syvemmin, voidaan huomata, että terveystaltion ensikäyttökokemukseen nuorilla naisilla liittyy paitsi palvelun eri osa-alueiden pintapuolista arviointia, myös tuen hakemista syvemmille merkityksille. Tulokset osoittavat, että nuoret naiset eivät kokeneet terveystaltiota hyödylliseksi, vaivattomaksi, turvalliseksi tai hauskaksi. Tulosten pohjalta onkin helppo tunnistaa terveystaltion käyttöön liittyviä haasteita ja toisaalta toiveita, joita tämä erityisen vaikeasti tavoitettavissa oleva ja vaikeasti miellytettävä ryhmä nostaa esiin. Toiveet voidaan nähdä rooleissa, joita Terveyskortti ei pystynyt naisten puheiden perusteella täyttämään. Tulosten pohjalta voidaan myös tunnistaa rooleja, joita nuoret naiset itse ottavat ensikäyttökokemuksen aikana. Johtopäätökset on tiivistetty kuvioon 6. Kuvion nuolet eivät esitä kausaalisia suhteita, vaan niiden tarkoitus on esittää eri käsitteiden liittymistä toisiinsa.



Kuvio 6 Tutkielman johtopäätökset.

Tutkimustulosten pohjalta voidaan tunnistaa viisi roolia, joita nuoret naiset ottavat ensikäyttökokemuksen aikana (kuvio 6). Nämä roolit ovat kärsimätön tehotoimija, arvostettu asiakas, viiteryhmän tasavertainen jäsen, oman tien kulkija ja huolestunut

kontrolloija. Oli mielenkiintoista huomata, että vaikka roolit kuulostavat osin ristiriitaisilta, jokainen tutkituista nuorista naisista otti jokaisen näistä roolista jossakin vaiheessa ensikäyttökokemusta. Lisäksi jokaisella roolille löytyi vastapari terveystaltion osalta. Nuoren naisen ottaessa ensikäyttökokemuksen aikana tietyn roolin, naiset odottivat terveystaltion vastaavan tietyssä roolissa, joita olivat napakka ohjeistaja, viihdyttävä innostaja, tasavertainen keskustelukumppani, huomioiva palvelija ja luotettava asiantuntija. Näin syntyi erilaisia roolipareja, jotka oli myös linkitettävissä ensikäyttökokemuksen keskeisiin merkityssisältöihin. Rooliparit saattoivat tilanteiden mukaan vaihdella jonkin verran, mikä näkyy myös kuviossa 6. Pääosin oli kuitenkin tunnistettavissa viisi selkeää rooliparia, jotka esittelen luvuissa 5.1.1–5.1.5.

5.1.1 Kärsimättömän tehotoimija - napakka ohjeistaja

Kärsimättömän tehotoimijan rooli nousi esiin erityisesti aivan ensikäyttökokemuksen alussa, jolloin helppokäyttöisyyden ulottuvuus oli selkeästi läsnä käyttötilanteessa. Suorituskykyyn ja intuitiivisuuteen liittyvät haasteet, kuten käytön työläys, ohjeiden ja rakenteen epäselkeys, palvelun pinnallisuus ja merkitysten monitulkintaisuus nousivat esiin Terveyskorttia perustettaessa ja uusia palvelun osioita avattaessa. Nuoret naiset kertoivat näissä yhteyksissä haluavansa päästä heti kiinni itse palveluun ilman monimutkaisten ohjeiden läpikäyntiä. Jo ensi silmäyksellä he halusivat ymmärtää, mistä on kyse ja lukematta ohjeistuksia tarkemmin päästä kiinni itse toimintaan. Nuoret naiset kuvasivat olevansa kiireisiä ja vaativat terveystaltiolta tehokuutta. Kärsimättömän tehotoimijan roolissa toimiessaan nuoret naiset odottivatkin terveystaltion ottavan napakan ohjeistajan roolin. Kokemukset tehottomuudesta liittyivät myös hyödyllisyyden kokemukseen siten, että naiset kommentoivat olevansa omien tarpeidensa suhteen täysin väärässä paikassa, mikäli heidän tulisi etsiä tietoa ja syitä käyttää palvelua. Kärsimättömän tehotoimijan rooli näkyi myös turvallisuuden ulottuvuudessa siten, että vaikka turvallisuutta pidettiin erittäin tärkeänä, monimutkaiset varmennusjärjestelmät saivat naiset turhautumaan ja moni kommentoi olevansa tässä vaiheessa valmis lopettamaan käytön kesken.

5.1.2 Huolestunut kontrolloija - luotettava asiantuntija

Turvallisuuden ulottuvuus oli sikäli mielenkiintoinen, että siihen liittyen oli havaittavissa kaksi varsin ristiriitaista roolia, jotka kuitenkin molemmat näkyivät jokaisen tutkitun nuoren naisen puheissa. Kärsimättömän tehotoimijan roolin lisäksi naiset ottivat huolestuneen kontrolloijan roolin. Huolestuneen kontrolloijan rooli nousi esiin erityisesti tilanteissa, joissa Terveystaltio tarjosi mahdollisuuksia jakaa tietoa keskusteluissa tai sosiaalisessa mediassa. Tietojen jakaminen nosti lähes poikkeuksetta esiin pelon yksityisten terveystietojen karkaamisesta väärin käsiin, mikä sai naiset varpailleen ja kiristämään entisestään otettaan tiedoistaan. Vaikka turvallisuuteen liittyviä pitkiä selostuksia ei palvelulta tehokkuuden vaatimuksen nimissä toivottu, hyvin tarkat ohjeet tiedon jakamisen suhteen olisivat palvelussa tarpeen. Näin voitaisiin lieventää huolta ja pelon tunnetta osana käyttökokemusta. Nuoret naiset odottivat terveystaltion vastaavan heidän huoleensa luotettavan asiantuntijan roolissa. Tässä terveystaltiolta vaadittiin siis kärsivällisyyttä ja faktapohjaista, selkeästi esitettyä tietoa huolestuneen kontrolloijan rauhoittamiseksi.

5.1.3 Arvostettu asiakas - viihdyttävä innostaja

Arvostetun asiakkaan rooli näkyi ensikäyttökokemuksen monissa vaiheissa ja se nousi esiin niin helppokäyttöisyyden, hauskuuden kuin hyödyllisyydenkin merkityssisällöissä. Selkeinten arvostetun asiakkaan rooli nousi esiin käytön hauskuuteen liittyen. Arvostettuna asiakkaana nuoret naiset vaativat palvelulta paljon. He olettivat, että palvelu tekisi aktiivisesti töitä herättääkseen heidän mielenkiintonsa ja pitääkseen sitä yllä. Terveystaltion olisi vastattava arvostetulle asiakkaalle nöyränä palvelijana, jonka ensisijaisena tavoitteena oli väsymättä viihdyttää asiakasta visuaalisin ja toiminnallisoin keinoin. Arvostetun asiakkaan roolissa nuoret naiset olivat erittäin herkkiä vastapuolen, viihdyttävän innostajan, virheille. Mielenkiinnon herpaantuminen nähtiin innostajan epäonnistumisena ja jälleen oltiin valmiita siirtymään jonnekin muualle, missä kenties mielenkiinto osattaisiin pitää yllä paremmin. On kiinnostavaa huomata, että vaikka vastaavia palveluita ei Suomessa vielä juuri ole, nuoret naiset kokivat arvostettuina asiakkaina, että heillä oli mahdollisuuksia valita ja äänestää jaloillaan. Tämän voidaan nähdä olevan yhteydessä koetun hyödyllisyyden kokemukseen siten, että mikäli

terveystaltiota ei koeta hyödylliseksi, viihdyttävän innostajan tehtävä töitä hiki hatussa, sillä tällöin käytön jatkaminen on koetun hauskuuden varassa.

5.1.4 Oman tien kulkija - huomioiva palvelija

Oman tien kulkijan roolissa korostui nuorten naisten kokemus omasta itsestä erityislaatuisena yksilönä. Roolissa on paljon samoja piirteitä kuin arvostetun asiakkaan roolissa, mutta oman tien kulkijana nuoret naiset viestivät vielä vahvemmin omia, yksilöllisiä, nimenomaan heille tyypillisiä valintoja. Oman tien kulkija on itsenäinen ja omaa valitsemaansa tietä arvostava. Tällöin hän odottaa vastapuolelta omien valintojen ymmärtämistä ja hyväksymistä ja erityisesti niihin mukautumista valintoja kyseenalaistamatta. Tässä roolissa nuoret naiset eivät siis vielä vaatineet terveystaltiolta palautetta tai keskustelevuutta, vaan yksisuuntaista ymmärrystä, nyökkäilyä ja toimimista oman tien kulkijan valintojen ja toiveiden mukaan. Terveystaltion roolin tulisi siis olla huomioiva palvelija, joka samoin kuin viihdyttävä innostaja antaa, muttei ota. Oman tien kulkijan rooli näkyi nuorilla naisilla erityisesti heidän tutustuessaan Terveyskortin käyttömahdollisuuksiin. Tällöin he toivat spontaanisti esiin omia valintojaan ja mielipiteitään terveydestä ja hyvinvoinnista.

5.1.5 Viiteryhmän tasavertainen jäsen - tasavertainen keskustelukumppani

Nuorten naiset ottivat viiteryhmän tasavertaisen jäsenen roolin erityisesti puhuessaan kohderyhmään kuulumisesta. Kohderyhmään kuulumisen nousi esiin toistuvasti ensikäyttökokemuksen aikana ja se liittyi koetun hyödyllisyyden ulottuvuuteen. Vaikka naiset toisaalta halusivat tulla kohdelluiksi arvostettuina yksilöinä, oman tien kulkijoina, oli heille myös tärkeää, että terveystaltio tunnisti heidän olevan osa ryhmää, jonka osana naiset halusivat itsensä nähdä. Nuoret naiset halusivat terveystaltion näkevän heidät osana hyvinvoinnistaan kiinnostuneiden, terveiden ja aktiivisten nuorten ryhmää. Viiteryhmän tasavertainen jäsen kaipasi tällöin tasavertaista keskustelukumppania, jonka kanssa vaihtaa ajatuksia viiteryhmälle tärkeistä teemoista. Lisäksi nuoret naiset kaipasivat viiteryhmän tasavertaisina jäseninä palautetta terveystaltiolta. Enää ei siis riittänyt, että terveystaltio palveli, sen täytyi myös aktiivisesti osallistua ajatusten

pallotteluun, haastaa ja viedä keskustelua uudelle tasolle. Terveystaltion rooli oli siis oikeastaan esiintyä viiteryhmän jäsenenä.

5.2 Tutkimuksen rajoitteet ja jatkotutkimustarpeet

Kuten kaikella tieteellisellä tutkimuksella, myös tällä Pro gradu -tutkielmalla on rajoitteensa. Rajoitteita voidaan nähdä teoreettisessa lähestymistavassa ja metodologisissa ratkaisuisissa.

Valittu teoreettinen näkökulma, teknologian omaksumisen malli, on vahvasti yksinkertaistava ja kapeakatseinenkin. Valitsin teknologian omaksumisen mallin toisaalta juuri sen yksinkertaistavan ja tiivistävän luonteen vuoksi. Se toimii karkeana runkona, jonka avulla tuntematonta aluetta on helpompi lähteä kartoittamaan. Koettu käytön helppous ja hyödyllisyys ovat hyviä peruspilareita ja lähtökohtia aihealueen selvittämiseen, mutta näkökulma on koko terveystaltioiden omaksumisen kannalta kapea. Tutkimukseni ei myöskään voi ottaa suoraan kantaa terveystaltioiden omaksumisen syy-seuraussuhteisiin, vaan se keskittyy kuvaamaan ensikäyttökokemuksessa esiin nousseita merkityssisältöjä, joiden voidaan teknologian omaksumisen tutkimuksen valossa sanoa hypoteettisesti vaikuttavan käyttöaikomuksiin.

Tutkimuksessa keskityttiin haastattelemaan hyvin kapeasti rajattua ryhmää, 23–29-vuotiaita korkeakoulutaustaisia naisia. Vaikka rajaus on toisaalta perusteltu (luvut 1 ja 2), on huomattava, että tulokset eivät ole yleistettävissä laajempiin, monimuotoisempiin populaatioihin. Tämä tutkimus lisää ymmärrystä terveystaltion ensikäyttökokemuksesta nuorilla naisilla, mutta se ei kerro terveystaltion käyttökokemuksista laajemmin tai pidemmällä aikavälillä. Tulokset avaavat aiheeseen liittyviä ulottuvuuksia yhdestä, varsin kapeasta näkökulmasta ja tämä on syytä ottaa huomioon tuloksia tarkasteltaessa. Lisäksi tutkimuksen otos on hyvin pieni, vain kahdeksan henkilöä. Kuten luvuissa 1 ja 2 olen perustellut, resurssien ollessa niukat näin paremmaksi vaihtoehdoksi keskittyä muutamiin tutkittaviin mahdollisimman syvällisesti kuin raapaista pintaa suuremmasta otoksesta. Uskon tämän olleen oikea valinta tutkielman kokonaisuuden kannalta.

Jatkossa olisi mielenkiintoista nähdä lisää laadullista tutkimusta terveystaltioiden omaksumiseen liittyvistä ulottuvuuksista, jotta kuluttajien mieltymyksiä opittaisiin ymmärtämään paremmin. Tekemäni tutkimuksen perusteella uskon ensikäyttökokemuksen olevan erittäin tärkeässä osassa kuluttajan pohtiessa, ottako hän terveystaltiota käyttöönsä vai ei. Näin ollen on mahdollista, että ensikäyttökokemuksella on hyvinkin olennainen rooli teknologian omaksumisen kannalta. Ensikäyttökokemuksen osuutta teknologian omaksumisessa kuluttajilla olisikin kiinnostava ja tärkeä tutkia.

Teknologian omaksumisen mallin ja sen pohjalta rakennettujen muiden mallien sisältöjä olisi myös syytä kartoittaa tarkemmin terveystaltioiden kontekstissa. Terveystaltio on palveluna sikäli erityinen, että se antaa kontrollin täysin kuluttajalle ja näin ollen myös vaatii kuluttajalta paljon. Toisaalta kuten tämän tutkimuksen tuloksista huomataan, asetelma vaatii paljon myös palvelulta itseltään. Lisää tutkimusta tarvitaan sen ymmärtämiseksi, mitä erityispiirteitä terveystaltiopalvelulla on ja miten nämä erityispiirteet mahdollisesti vaikuttavat ensikäyttökokemukseen ja sitä kautta koko omaksumisen prosessiin kuluttajanäkökulmasta.

Nuorten naisten ryhmään olisi myös kiinnostavaa keskittyä vielä syvemmin, sillä jo tämän tutkimuksen mukaan ryhmällä on erityispiirteitä, joiden ymmärtäminen mahdollistaisi terveyden ennakointiin liittyvien palveluiden paremman kohdistamisen. Olisi myös mielenkiintoista tutkia tekijöiden kuten iän ja sukupuolen vaikutuksia terveystaltioiden omaksumiseen niin ensikäyttökokemuksessa kuin laajemminkin, sillä aiheesta on ristiriitaisia tuloksia. Tekemäni tutkimuksen perusteella arvioin iällä ja sukupuolella olevan merkitystä terveystaltioiden käyttökokemuksen merkityssisältöjen rakentumisessa, sillä erityisesti ikä näkyi selvästi tutkimieni naisten puhuessa kuulumisesta kohderyhmään.

Ennakoivan itsehoidon kannalta nuorten naisten ryhmä olisi ensiarvoisen tärkeä tavoittaa. Olisi myös kiinnostavaa tutkia tarkemmin käyttökokemuksen aikana esiin nousevia roolipareja. Tässä tutkielmassa tunnisteltuja terveystaltion rooleja ensikäyttökokemuksessa voidaan myös käyttää apuna terveystaltioita kehitettäessä. Roolit auttavat ymmärtämään, mitä nuoret naiset terveystaltioilta odottavat ja toivovat

ja niiden avulla voidaan jäsentää palvelun tavoitteita. Rooliparit saattavat olla avain nuorten naisten terveystaltioita koskeviin syvempiin mieltymyksiin ja tarpeisiin ja sitä kautta terveystaltioiden omaksumiskäyttämisen ymmärtämiseen.

LÄHTEET

Kirjallisuus

- Adams, D., Nelson, R.R. & Todd, P.A. 1992. Perceived usefulness, ease of use and usage of information technology: A replication. *MIS Quarterly*, 16 (2), 227–247.
- Borg, O. 1968. Sisällönanalyysin tavoitteista ja metodisista pulmista. Tampereen Yliopiston Tutkimuslaitos. Monistesarja. Tampere.
- Bruner II, G. C., Kumar, A. 2005. Explaining consumer acceptance of handheld Internet devices. *Journal of Business Research*, 58 (5), 553–558.
- Cavanagh, S. 1997. Content Analysis: Concepts, Methods and Applications. *Nurse researcher*, 4 (3), 5–16.
- Cheng, Y.-M. 2011. Antecedents and consequences of e-learning acceptance. *Information Systems Journal*, 21 (3), 269–299.
- Childers, T. L., Carr, C. L., Peck, J. & Carson, S. (2001). Hedonic and utilitarian motivations for online retail shopping behavior. *Journal of Retailing*, 77 (4), 511–536.
- Dabholgar, P.A. & Bagozzi, R.P. 2002. An attitudinal model of technology-based self-service: Moderating effects of consumer traits and situational factors. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 30 (3), 184–201.
- Davis, F.D. 1986. A technology acceptance model for empirically testing new end-user information systems: Theory and results. Doctoral dissertation. Cambridge. MA.
- Davis, F.D. 1989. Perceived usefulness, perceived ease of use and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13 (3), 319–340.
- Davis, F. D., Bagozzi, R. P. & Warshaw, P. R. 1989. User acceptance of computer technology: A comparison of two theoretical models. *Management Science*, 35 (8), 982–1003.
- Davis, F. D., Bagozzi, R. P. & Warshaw, P. R. 1992. Extrinsic and intrinsic motivation to use computers in the workplace. *Journal of Applied Social Psychology*, 22 (1), 111–132.
- Ericsson, K. A. & Simon, H.A. 1984. Protocol analysis: Verbal reports as data. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Ericsson, K. A. & Simon, H. A. 1993. Protocol analysis. London: MIT Press.

- Eriksson, P. & Kovalainen, A. 2008. *Qualitative Methods in Business Research*. London: Sage Publications.
- Erwin, P. 2001. *Attitudes and Persuasion*. Hove: Psychology Press.
- Eskola, J. 2007. *Eläytymismenetelmän autuus ja kurjuus. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1*. Juva: WS Bookwell Oy.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino
- Eskola, J. & Vastamäki, J. 2009. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: vinkkejä aloittelevalle tutkijalle*. Jyväskylä: PS Kustannus. 26–44.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. 1975. *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley: Reading, MA.
- Gabriel, Y. & Lang, T. 1995. *The Unmanageable Consumer*. London: Sage.
- Gefen, D. & Straub, D.W. 2004. Consumer trust in B2C e-commerce and the importance of social presence: Experiments in e-products and e-services. *Omega*, 32 (6), 407–424.
- Greenhalgh, T., Hinder, S., Stramer, K., Bratan, T. & Russel, J. 2010. Adoption, non-adoption, and abandonment of a personal electronic health record: case study of HealthSpace. *BMJ* 2010;341;c5814.
- Guest, G., MacQueen, K.M. & Namey, E.E. 2012. *Applied thematic analysis*. Los Angeles: Sage.
- Hang, J.-C. 2011. Original research. Exploring the acceptance of telecare among senior citizens: An application of back-propagation network. *Telemedicine and Health*, 17 (2), 111–117.
- Hirsärvi, S. & Hurme, H. 1979. *Teemahaastattelu*. Tampere: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki. Gaudeamus Helsinki University Press.
- Hordern, A., Georgiou, A. & Whetton, Prgomet, M. 2011. Consumer e-health: An overview of research evidence and implications for future policy. *Health Information Management Journal*, 40 (2), 6–14.

- Kaelber, D., Jha, A., Johnston, D., Middleton, B. & Bates, D. 2008. A research agenda for personal health records (PHRs). *Journal of American Informatics Association*, 15 (6), 729–736.
- Kahn, J.S., Aulakh, V. & Boswoth, A. 2009. What it takes: Characteristics of the ideal personal health record. *Health Affairs*, 28 (2), 369–376.
- King, J.H. & He, J. 2006. A meta-analysis of the technology acceptance model. *Information & Management*, 43 (6), 740-755.
- Koufaris, M. 2002. Applying the technology acceptance model and flow theory to online consumer behavior. *Information Systems Research*, 13 (2), 205–223.
- Krippendorff, K. 2004. *Content Analysis. An Introduction to Its Methodology*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kulviwat, S., Gordon, C.B., Kumar, A., Nasco, S.A. & Clark, T. 2007. Toward a unified consumer acceptance technology. *Psychology & Marketing*, 24 (12), 1059–1084.
- Kuusela, H. & Paul, P. 2000. A comparison of concurrent and retrospective verbal protocol analysis. *The American Journal of Psychology*, 113 (3), 387–404.
- Kuusi, O. 2008. Kansalaiset, potilaat ja terveysyhteisöt vuonna 2030. Teoksessa vuorenkoski, L., Konttinen, M. & Sinkkonen, M. (toim.) *Signaaleja: Stakesin tulevaisuusraportti 12/2008*. Helsinki: Valopaino Oy. 9–18.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, 11 (1), 3–12.
- Lafky, D.B. & Horan, T.A. 2011. Personal health records: Consumer attitudes toward privacy and security of their personal health information. *Health Informatics Journal*, 17 (1), 63–71.
- Legris, P., Ingham, J. & Collerette, P. 2003. Why do people use information technology? A critical review of the technology acceptance model. *Information & Management*, 40 (3), 191–204.
- Lin, C.-H., Shih, H.-Y. & Sher, P.J. 2007. Integrating technology readiness into technology acceptance: The TRAM model. *Psychology and Marketing*, 24 (7), 641–657.
- Metsämuuronen, J. (Toim.) 2006. *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Miles, M.B. & Huberman, A.M. 1994. *Qualitative data analysis*. California: Sage.
- Moon J.W. & Kim YG. 2001. Extending the TAM for a World-Wide-Web context. *Information & Management*, 38 (4), 217–230.

- Personal health technology council 2006. Connecting Americans to their health care. A common framework for networked personal health information. Markle Foundationin julkaisuja.
- Pikkarainen, T., Pikkarainen, K., Karjaluoto, H., & Pahlila, S. (2004). Consumer acceptance of online banking: An extension of the technology acceptance model. *Internet Research*, 14(3), 224–235.
- Rust, R. & Kannan, P.K. 2003. E-service: A new paradigm for business in the electronic environment. *Communications of the ACM*, 46 (6), 36–42.
- Salkind, N. 2009. Exploring research. Upper Saddle River: Pearson/Prentice Hall.
- Shen, C. & Chiou, J. 2010: The impact of perceived ease of use on Internet service adoption: The moderating effects of temporal distance and perceived risk. *Computers in human behavior*, 26 (1), 42–50.
- Shin, D. 2008. Understanding purchasing behaviors in virtual economy: Consumer behavior of virtual currency in Web2.0 communities. *Interacting with computers*, 20 (4), 433-446.
- Shin, D. 2009. Towards an understanding of the consumer acceptance of mobile wallet. *Computer in Human Behavior*, 25 (6), 1343-1354.
- Shin D. & Kim, W. 2008. Applying the technology acceptance model and flow theory to cyworld user behavior. *Cyber Psychology and Behavior*, 11 (4), 12–20.
- Siekkinen, K. 2009. Syvähaastattelu. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: vinkkejä aloittelevalle tutkijalle*. Jyväskylä: PS Kustannus. 45–60.
- Silvestre, A.-L., Sue, V.M. & Allen, J.Y. 2009. If you build it, will they come? The Kaiser permanent model of online health care. *Electronic Health Records*, 28 (2), 334–344.
- Tang, P.C., Ash, J.S., Bates, D.W., Overhage, J.M. & Sands, D.Z. 2006. Personal health records: Definitions, benefits and strategies for overcoming barriers of adoption. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13 (2), 121–126.
- Thong, J.Y.L., Venkatesh, V., Xu, X., Hong, S.-J. & Tam, K.Y. 2011. Consumer acceptance of personal information and communication technology services. *IEEE Transactions on Engineering Management*, 58 (4), 613–625.
- Todd, P. & Benbasat, I. 1987. Process tracing methods in decision support systems research: Exploring the black box. *MIS Quarterly*, 11 (4), 493–512.
- Toiviainen, H. 2007. Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Helsinki.

- Toiviainen, H. 2011. Konsumerismi, potilaan voimaantuminen ja lääkärin työn muuttuminen. *Duodecim Lääketieteellinen Aikakauskirja*, (127) 8, 777–783.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tampere: Kustannusyhtiö Tammi.
- Van Den Haak, M.J., De Jing, M.D.T. & Schellens, P.J. 2003. Retrospective vs. concurrent think-aloud protocols: testing the usability of an online library catalogue. *Behaviour & Information Technology*, 22 (5), 339–351.
- Wang, H.-Y. & Wang, S.-H. 2010. User acceptance of mobile internet based on the Unified theory of acceptance and use of technology: Investigating the determinants and gender differences. *Social Behavior and Personality*, 38 (3), 415–426.
- Weitzman, E.R., Kaci, L. & Mandl, K.D. 2009. Acceptability of a personal health record in a community-based setting: Implications for policy and design. *Journal of Medical Internet Research*, 11 (2), e14.
- Weitzman, E.R., Kaci, L. & Mandl, K.D. 2010. Sharing medical data for health research: The early personal health record experience. *Journal of Medical Internet Research*, 12 (2), e14.
- Wen, K.-Y., Kreps, G., Zhu, F. & Miller, S. 2010. Consumers' perceptions about and use of the internet for personal health records and health information exchange: Analysis of the 2007 Health information national trends survey. *Journal of Medical Internet Research*, 12 (4), e73.
- Venkatesh, V. 2000. Determinants of perceived ease of use: Integrating control, intrinsic motivation and emotion into the Technology acceptance model. *Information Systems Research*, 11 (4), 342–365.
- Venkatesh, V. & Davis, F.D. 2000. A theoretical extension of the Technology acceptance model: Four longitudinal field studies. *Management Science*, 46 (2), 186–204.
- Venkatesh, V., Morris, M.G., Davis, G.B. & Davis, F.D. 2003. User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly*, 27 (3), 425–478.
- Whetstone, M. & Goldsmith, R. 2009. Factors influencing intention to use personal health records. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 3 (1), 8–25.

Muut painetut lähteet

- Jokinen, T. 2011a. A set of advanced PHR solutions for the TALTIONI Platform. *Medixinen sisäisiä julkaisuja*.

Jokinen, T. 2011b. Medixine solutions list. Medixinen sisäisiä julkaisuja.

Jokinen, T. 2011c. More and better services with existing resources. Powerpointesitys. Esitetty 15.10.2011.

Jokinen, T. 2011d. Partnering Opportunity Fact Sheet. Medixinen sisäisiä julkaisuja.

Jokinen, T. 2011e. Terveyskorttipromo. Medixinen sisäisiä julkaisuja.

WWW-sivut

Anttila, P. 1998. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Tulostettu ja viitattu 9.11.2013.
http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/09_tutkimusmenetelmat/44_protokollan

Markle Foundation 2011. PHR Adoption on the Rise: 1 in 10 Say They Have Electronic PHR. Julkaistu 01/2011. Tulostettu ja viitattu 29.9.2013.
http://www.markle.org/sites/default/files/5_PHRs.pdf.

Medixine Oy 2013. www.medicine.com. Viitattu 29.8.2013.

Sitra 2013a. Ratkaisuja terveydenhuollon ahdinkoon. Julkaistu 21.8.2013. Tulostettu 29.8.2013. <http://www.sitra.fi/uutiset/ratkaisuja-terveydenhuollon-ahdinkoon>.

Sitra 2013b. Suomalaiset haluavat lisää sähköisiä terveydenhuoltopalveluja. Julkaistu 9.7.2013. Tulostettu 29.8.2013.
<http://www.sitra.fi/artikkelit/terveyskioski/suomalaiset-haluavat-lisaa-sahkoisia-terveydenhoitopalveluja>.

Sitra 2013c. Suomalaiset uskovat sähköisen asioinnin parantavan terveystalvveluja. Julkaistu 14.5.2013. Tulostettu 29.8.2013.
<http://www.sitra.fi/uutiset/omahoito/gallup-suomalaiset-uskovat-sahkoisen-asioinnin-parantavan-terveyspalveluja>.

Henkilölähteet

Jokinen, T. 2013. Medixine Oy:n toimitusjohtaja Tapio Jokisen haastattelu 15.12 2013. Espoo.