

OULUN YLIOPISTO
Humanistinen tiedekunta
Informaatiotutkimus

Liisa Komminaho

NUORET NAISSET TERVEYSTIEDON KÄYTTÄJINÄ
Kehollinen tieto ja tiedon auktoriteetit

Informaatiotutkimuksen
pro gradu-tutkielma
Oulu 2020

TIIVISTELMÄ

Tämän tutkimuksen aiheena on nuorten naisten terveystietokäyttäytyminen, kehollinen tieto ja kognitiiviset auktoriteetit. Tutkimuksella haluttiin selvittää terveystietokäyttäytymisen tapoja sosiaalisessa mediassa ja muissa ympäristöissä, kognitiivisten auktoriteettien muodostumista ja perusteita terveystiedon piirissä ja kehollisen tiedon merkitystä sekä sen suhdetta muualta saatuun tietoon. Aineiston hankinnan menetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelu sopii menetelmänä tutkimusaiheisiin, joista ei ole paljon aikaisempaa tietoa. Erityisesti kehollinen tieto on vähän tutkittu informaatiokäyttäytymisen osa-alue, josta tämän tutkimuksen avulla haluttiin saada lisää tietoa. Aineisto koostui yhdestätoista haastattelusta, jotka toteutettiin marraskuun 2019 ja huhtikuun 2020 välisenä aikana. Tutkimusaineisto analysoitiin teoriaohjaavan sisällönanalyysin keinoin.

Tutkimuksen perusteella kognitiiviseen auktoriteettiin vaikuttaa tiedon aihe ja sen koettu tärkeys. Sairauksia ja vakaviksi epäiltyjä oireita koskevaa tietoa hankittiin mieluiten terveydenhuollon ammattilaisilta, mutta yleistä hyvinvointia koskevan tiedon lähteiksi hyväksyttiin muitakin tahoja paljon väljemmin perustein. Kaikkeen terveystietoon liittyen vanhemmat olivat vahva kognitiivinen auktoriteetti nuorille naisille.

Terveystietokäyttäytymiseen vaikuttaa asenne terveyttä kohtaan. Niillä haastateltavilla, joille laihuus oli tärkeää ja yhdistyi vahvasti terveyteen, terveystiedon hankinta oli hyvin säännöllistä ja lähteenä käytettiin runsaasti sosiaalista mediaa. Enemmän terveyttä painottavilla haastateltavilla korostui oman kehollisen tiedon tulkinta, ja tiedonhankinta muista lähteistä oli vähäisempää. Terveystiedon hankinta ja sattumalta saaminen sosiaalisesta mediasta on yleistä tässä ikäryhmässä, ja yleisempää kuin tiedon itse jakaminen. Tiedon jakaminen on usein vastavuoroista, ja se on yleisintä henkilökohtaisissa keskusteluissa kavereiden ja vanhempien kanssa.

Asiasanat: kognitiivinen auktoriteetti, terveystieto, terveystietokäyttäytyminen, kehollinen tieto, sosiaalinen media, nuoret naiset

Sisällys

1 JOHDANTO	5
1.1 Keskeiset käsitteet.....	6
1.2 Tutkimuskysymykset	7
2 INFORMAATIOKÄYTTÄYTYMINEN	8
2.1 Terveystietokäyttäytyminen.....	14
2.2 Kehollinen tieto.....	14
2.3 Terveystiedon hankinta	17
2.4 Terveystiedon lukutaito	20
2.5 Sosiaalisen median käyttö.....	22
2.5.1 Informaatiokäyttäytyminen sosiaalisessa mediassa	23
2.5.2 Terveystietokäyttäytyminen sosiaalisessa mediassa	24
2.6 Naiset terveystiedon käyttäjinä.....	26
2.7 Terveystiedon tutkimuksen menetelmiä.....	27
3 KOGNITIIVINEN AUKTORITEETTI.....	29
3.1 Kognitiivisen auktoriteetin perusteet.....	29
3.2 Nuorten kognitiiviset auktoriteetit	31
3.3 Luotettavuuden arviointi.....	32
3.4 Kognitiivinen auktoriteetti terveystiedossa	34
3.5 Yhteenveto teoreettisesta katsauksesta.....	35
4 TUTKIMUSMENETELMÄ JA -AINEISTO	38
4.1 Haastattelu	38
4.2 Teemahaastattelu.....	39
4.3 Aineiston hankinta.....	41
4.5 Sisällönanalyysi	43
4.6 Aineiston käsittely.....	45
5 TULOKSET.....	47
5.1 Terveystietokäyttäytyminen internetissä, sosiaalisessa mediassa ja muissa ympäristöissä	48
5.1.1 Terveys ja ulkonäkö	51
5.1.2 Tiedon jakaminen.....	54

5.2 Kehollinen tieto.....	56
5.3 Kognitiiviset auktoriteetit.....	59
5.4 Luotettavuuden arviointi.....	62
5.5 Tiedon saaminen terveydenhuollossa.....	64
6 TULOSTEN TARKASTELU TEORIAN AVULLA.....	65
6.1 Informaatiokäytäntöjen tavat terveystiedossa.....	65
6.2 Väliin tulevat muuttujat.....	70
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	73
7.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	76
7.2 Jatkotutkimus.....	77
LÄHTEET.....	79
LIITTEET.....	89
Liite 1. Haastattelurunko.....	89
Liite 2. Pyyntö tutkimukseen osallistumisesta.....	91

1 JOHDANTO

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tutkia nuorten naisten roolia erityisesti terveystiedon käyttäjänä, mutta myös sen tuottajana ja levittäjänä. Nuoret naiset ovat aktiivisia terveystiedon kuluttajia, ja toisaalta myös jakavat terveyteen liittyvää tietoa usein (Ek & Niemelä 2010, 4; Pálsdóttir 2014). Tutkimuksen kohderyhmänä ovat nuoret naiset, jotka on tässä tutkimuksessa määritelty Suomen nuorisolain mukaan alle 29-vuotiaiksi (Nuorisolaki 1285/2016). Tutkimuksessa painotetaan ennaltaehkäisevää ja hyvinvointia edistävää terveystietokäyttäytymistä sekä sosiaalisessa mediassa, että muissa ympäristöissä. Aikaisemman tutkimuksen perusteella internet ja erityisesti sosiaalinen media ovat tärkeitä informaation lähteitä kaikissa ikäryhmissä, erityisesti nuorilla ja naispuolisilla. (Ek & Niemelä 2010, 4; Johnson & Case 2012, 82; Rennis, McNamara, Seidel & Shneyderman 2015, 422.) Sosiaalinen media on erityisen tarkastelun kohteena myös siksi, että informaation lisäksi sieltä välittyy normeja ja ihanteita, jotka saattavat vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen (Riesmeyer, Hauswald & Mergen 2019, 164-166; Pilgrim & Bohnet-Joschko 2019).

Suuri osa aiemmasta terveystietokäyttäytymisen tutkimuksesta liittyy yleensä johonkin tiettyyn sairauteen tai sen riskiin (Case & Given 2016, 338). Naisia terveystiedon käyttäjinä on tutkittu enemmän kuin miehiä, ja sairauksien lisäksi tutkimukset saattavat liittyä lisääntymisterveyteen, esimerkiksi raskauteen tai vaihdevuosiin (McKenzie 2003a; Genuis 2013; Case & Given 2016, 337). Terveysten edistäminen ja sairauksien ehkäisy vaativat tietoa, ja sitä onkin saatavilla runsaasti. Sosiaalisen median myötä myös tiedon jakaminen on entistä helpompaa. Informaation valtava määrä asettaa kuitenkin paljon vaatimuksia yksilön terveystiedon lukutaidolle, ja luotettavan ja relevantin tiedon löytäminen voi olla haastavaa. Kaikki painettu materiaaliakaan ei ole tieteeseen perustuvaa tai luotettavaa, mutta julkaisuprosessi karsii kuitenkin osan epäluotettavasta ja harhaanjohtavasta materiaalista. Sosiaalisessa mediassa tätä julkaisukynnystä ei ole, vaan vastuu jää kokonaan lukijalle.

Tiedonlähteen valintaan vaikuttavat helppo saatavuus ja suositukset, ja sosiaalisen median välityksellä jaettu tieto täyttää nämä molemmat kriteerit (Wilson 1983, 139).

Yleisin terveystietokäyttämisen tapa sosiaalisessa mediassa onkin tutustua toisten käyttäjien jakamiin tiedonlähteisiin (Pálsdóttir 2014). Sosiaalisesta mediasta, ja internetistä yleisesti, etsitään myös vertaistukea ja kokemustietoa (Zhang 2013; Alhabash & Ma 2017). Myös muut kuin terveysalan ammattilaiset voivat siten muodostua kognitiivisiksi auktoriteeteiksi terveystiedon suhteen.

Informaatiokäyttämisen ja lukutaitojen tutkimuksessa on kiinnitetty vain hyvin vähän huomiota keholliseen tietoon, eikä yleisesti käytetyissä malleissa juurikaan viitata siihen (Cox, Griffin & Hartel 2016, 378-388). Osa ihmisistä kuitenkin kokee terveystiedon lukutaidon nimenomaan kehon havainnointina ja kuuntelemisena (Yates 2015, 224). Tutkimalla yhtäältä kehollisen tiedon roolia ja toisaalta sen suhdetta kognitiivisiin auktoriteetteihin, voidaan saada uutta tietoa terveystiedon hankintaan ja käyttöön aktivoitumisesta ja terveystietokäyttämiseen vaikuttavista muuttujista.

1.1 Keskeiset käsitteet

Tutkimuksen lähtökohtana on Patrick Wilsonin (1983) kognitiivisen auktoriteetin käsite. Kognitiivinen auktoriteetti tarkoittaa lyhyesti määriteltynä tahoja, johon luotetaan ja jonka puoleen käännetään tiedontarpeen ilmentyessä. Kognitiivista auktoriteettia voi olla jollakin henkilöllä, mutta myös instituutiolla kuten kirjastolla tai julkaisijalla. (Wilson 1983, 13-15, 81, 168.)

Aktiivisuus terveyden edistämässä, sairauksien ehkäisyssä tai niiden hoidossa vaatii terveystiedon lukutaitoa. Terveystieto on kaikkea tietoa, joka liittyy hyvinvoinnin edistämiseen, terveyteen tai sairauksiin. (Johnson & Case 2012; Hirvonen 2015, 32.) Terveystiedon lukutaito sisältää terveystiedon tarpeen tunnistamisen, tiedon etsimisen, arvioinnin ja soveltamisen taitoja (Niemelä, Ek & Huotari 2012, 152-153).

Kehollinen tieto ja keho tiedonlähteenä ovat yksi osa terveystiedon lukutaitoa. Kehollista tietoa ovat kehon muutokset ja reaktiot, kuten kipu tai epämukavuuden tunne, mutta myös

oman kehon tavanomaisen tilan tunnistaminen. Kehollisen tiedon lukutaitoa on kyky tunnistaa kehon tuottamaa tietoa ja tulkita sitä. (Lloyd 2014, 88-89; Yates 2015, 224.)

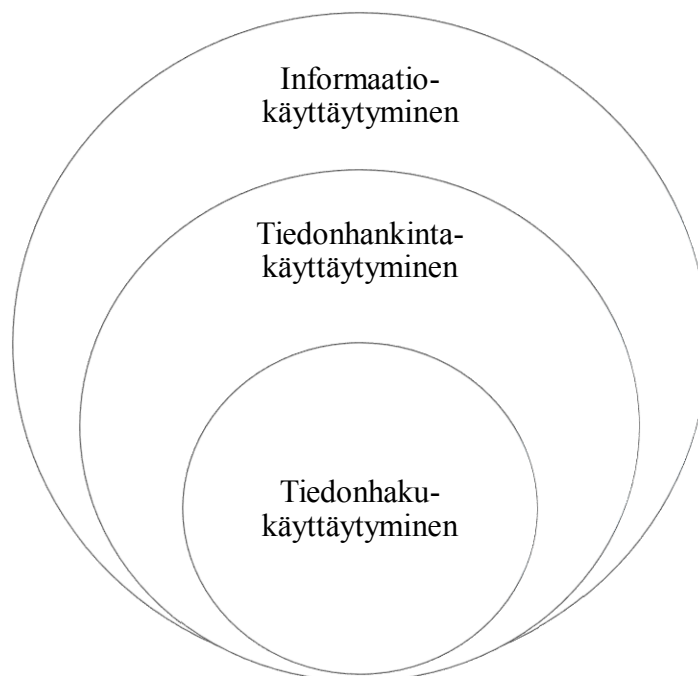
1.2 Tutkimuskysymykset

Tutkimuksen pääpaino on kognitiivisilla auktoriteeteilla, niiden muodostumisella, ja nuorten naisten terveystietokäyttäytymiseen vaikuttavilla tekijöillä. Teoreettisena pohjana on Patrick Wilsonin (1983) kognitiivisen auktoriteetin käsite, ja sitä suhteutetaan Tom Wilsonin (1996) informaatiokäyttäytymisen ja McKenzien (2003a) informaatiokäytäntöjen malleihin. Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Minkälaisia terveystietokäyttäytymisen tapoja nuorilla naisilla on sosiaalisessa mediassa?
2. Mikä on kehollisen tiedon rooli terveystietokäyttäytymisessä?
 - a. Aktivoiko kehollinen tieto lisätiedon hankintaan ulkoisista lähteistä?
 - b. Aktivoiko muualta saatu tieto kehollisen tiedon havainnointiin ja huomioon ottamiseen?
 - c. Minkälaisia vaikutuksia on kehollisen tiedon ja muista lähteistä saadun tiedon ristiriitatilanteilla?
3. Mitkä tekijät vaikuttavat kognitiivisten auktoriteettien muodostumiseen terveystiedon kontekstissa?

2 INFORMAATIOKÄYTTÄYTYMINEN

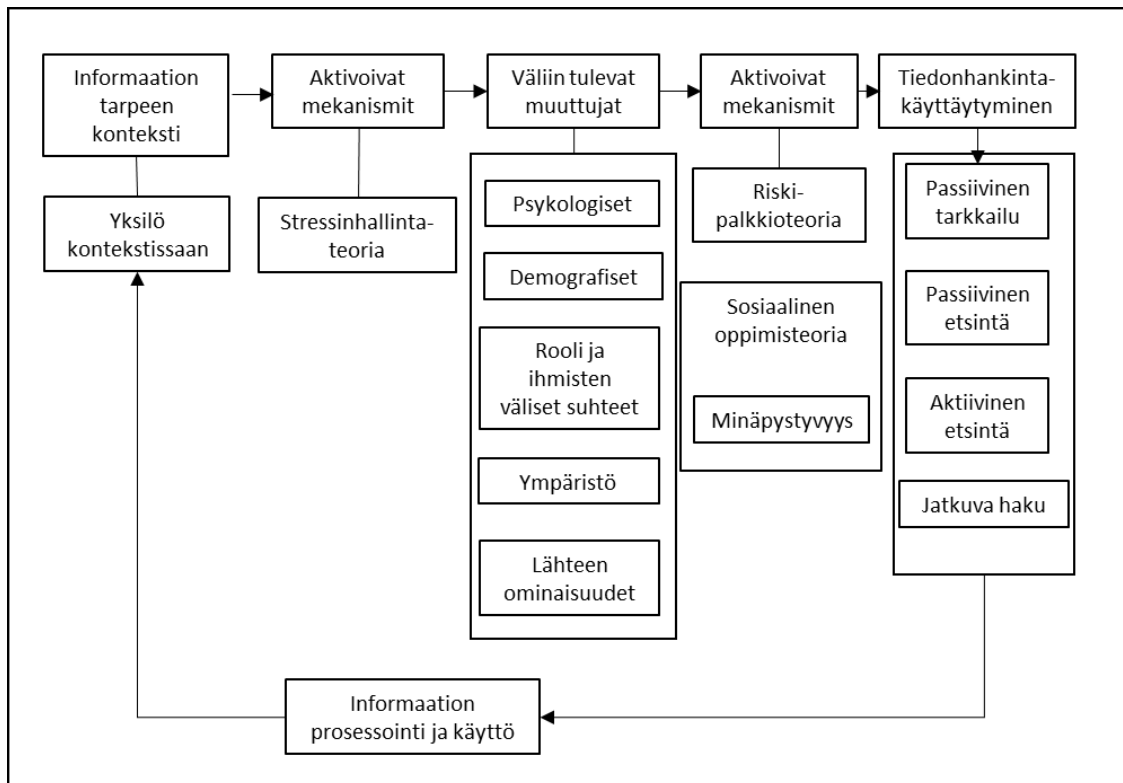
Informaatiokäyttäytyminen on laajin taso, jolla ihmisen ja informaation suhdetta tarkastellaan (Case & Given 2016, 6). Informaatiokäyttäytyminen on laajempi käsite kuin tarkoituksellinen tiedonhankinta. Arkielämässä satunnainen ja orientoiva tiedonhankinta ja -saanti yhdistyvät intentionaaliseen, johonkin tiettyyn tehtävään tai tarpeeseen liittyvään tiedonhankintaan. (Niemelä 2006, 30.) Informaatiokäyttäytyminen sisältää kaikki toimet, jotka liittyvät informaation tarpeen tunnistamiseen ja määrittelyyn, lähteiden etsimiseen ja hankkimiseen, ja informaation kanssa vuorovaikuttamiseen. Se kattaa myös passiivisen tiedon saamisen ja tiedon välttelyn. Informaation hankkimisen ja käyttämisen lisäksi informaatiokäyttäytymisen mallissa otetaan huomioon konteksti, jossa yksilö informaation suhteen toimii. (Case & Given 2016, 6.) Kuten kuviossa 1 havainnollistetaan, tiedonhankintakäyttäytyminen ja tiedonhakukäyttäytyminen voidaan nähdä osana laajempaa, informaatiokäyttäytymisen kokonaisuutta.



Kuvio 1. Informaatiokäyttäytymisen, tiedonhankintakäyttäytymisen ja tiedonhakukäyttäytymisen suhdetta kuvaava malli (Wilson 1999, 263).

Informaatiokäyttäytymisestä ja tiedonhankinnasta on muodostettu useita malleja (Wilson 1999, 249, 263). Niiden avulla voidaan kuvata informaatiokäyttäytymisen osa-alueita ja tiedonhankinnan prosesseja yksinkertaistettuina. Mallien pohjalta voidaan myös muodostaa laajempia teorioita, ja niitä voidaan testata empiirisesti tutkimuksessa. (Wilson 1999, 250; Case & Given 2016, 142-143.) Wilsonin mukaan informaatiokäyttäytymisen mallin tulee kuvata vähintään tiedontarve ja sen aiheuttamat toiminnot, sekä tekijät, jotka vaikuttavat tiedontarpeen havaitsemiseen ja siihen reagoimiseen (Wilson 1999, 250; Haasio & Savolainen 2004, 38). Useissa malleissa yksi osa-alue on palaute, koska tiedon hankinta on harvoin suoraviivainen prosessi. Palaute liittyy sekä tiettyyn prosessiin, että yksilön tiedonhankintaan yleisesti. Onnistumisia ja tyydyttävän tuloksen tuottaneita tiedonhankinnan tapoja voidaan hyödyntää vastaisuudessakin. (Wilson 1999, 256-257.)

Wilsonin (1997, 569) päivitetty malli informaatiokäyttäytymisestä (kuvio 2) painottaa informaatiokäyttäytymisen kontekstia. Siinä kuvataan kattavasti informaation tarpeen ja sen etsimisen välillä olevia tekijöitä, joita ovat aktivoivat mekanismit ja väliin tulevat muuttujat. Aktivointimekanismeihin Wilson yhdistää teorioita muilta tieteenaloilta, kuten riski-palkkioteorian, joka Wilsonin mukaan voi selittää lähteiden valintaa. Case ja Given (2016, 163) kuvailevat Wilsonin mallin aktivoivia mekanismeja motivaattoreina. Motivaatio tiedon hankintaan voi olla esimerkiksi opiskeluun liittyvän tehtävän suorittaminen, tuotteen tai palvelun hankkiminen, uteliaisuus, halu osallistua keskusteluun tai halu jakaa tietoa eteenpäin. (Johnson & Case 2012, 166; Case & Given 2016, 20-33.)



Kuvio 2. Informaatiokäyttäjien malli (Wilson 1997, 569).

Väliin tulevat muuttujat voivat joko edistää tai haitata informaation hankintaa. Wilsonin aikaisempi, vuoden 1981 malli, tunnisti vain tiedonhankinnan esteitä. Muuttujat voivat kuitenkin myös edistää informaation hankintaa. Väliin tulevia muuttujia ovat muun muassa psykologiset tekijät, ympäristö ja sosioekonominen tausta, lähteen ominaisuudet ja ihmisten väliset suhteet ja roolit. Psykologisia tekijöitä, jotka vaikuttavat tiedonhankintaan, ovat esimerkiksi kognitiivinen dissonanssi, jonka käyttäjä haluaa korjata lisätietoa etsimällä, tai torjumalla uuden, ristiriitaa aiheuttavan tiedon. Myös halu saada tietoa ja ymmärtää maailmaa, tämän tutkimuksen yhteydessä terveyttä ja oman kehon toimintaa, edistää tiedonhankintaan ryhtymistä. Tämä voi toimia myös toisin päin, jos kiinnostusta ja siten motivaatiota tiedonhankintaan ei ole. Demografisia tekijöitä ovat muun muassa ikä ja sukupuoli. (Wilson 1997, 556-562; Wilson 1999, 252, 256-257; Case & Given 2016, 163.)

Julien (2005, 390) korostaa sukupuolen ja etnisen taustan merkitystä piirteinä, jotka voidaan sijoittaa väliin tulevien muuttujien kategoriaan, ja joilla voi olla suuri merkitys tiedonhankinnan edistäjinä tai esteinä. Suhteisiin ja rooleihin liittyviä tekijöitä esiintyy

aina, kun tiedonlähteenä on joku toinen henkilö, tai toisen henkilön apua tarvitaan tiedon äärelle pääsyyn. Muun muassa yleiset asenteet ja vuorovaikutus terveydenhuollon henkilökunnan kanssa kuuluvat myös tähän kategoriaan. Ympäristön muuttujia ovat fyysinen sijainti, käytössä oleva aika ja kulttuuri. Lähteen ominaisuuksia ovat saavutettavuus, luotettavuus ja kanava. (Wilson 1997, 557-562; Wilson 1999, 252, 256-257.)

Informaatiokäyttämisen mallin visuaalisessa esityksessä (kuvio 2) väliin tulevat muuttujat on selkeyden vuoksi esitetty ainoastaan yhdessä kohdassa, mutta Wilson huomauttaa, että nämä muuttujat voivat sijoittua myös esimerkiksi tiedonhakukäyttämisen ja tiedon prosessoinnin ja käytön väliin. (Wilson 1997, 569.) Vuoden 1997 artikkelissaan informaatiokäyttämisen mallista Wilson tuo esille fyysiset tekijät väliin tulevina muuttujina, mutta varsinaisessa mallissa henkilökohtaiset tekijät on pelkistetty psykologisiksi tekijöiksi (Wilson 1997, 557).

Mallissa on kuvattu neljä tiedonhankinnan tapaa: jatkuva haku, aktiivinen haku, passiivinen haku ja passiivinen tarkkailu (Wilson 1999, 256-257). Casen ja Givenin (2016, 172) mukaan Wilsonin malli on yleistettävissä mihin tahansa tiedontarpeeseen ja yksilöön. Malli on laaja, ja kuvaa hyvin sitä, miten informaatiokäyttämiseen liittyy paljon toimintaa ja muuttujia ennen varsinaista tiedonhakua. (Wilson 1999, 257; Case & Given 2016, 172.) Godbold (2006) on täydentänyt mallia tiedon tuhoamisella tai piilottamisella. Tiedon välttelyn lisäksi ei-toivottua tai pelottavaa informaatiota voidaan piilottaa toisilta tai tuhota. (Godbold, 2006.) Pelko voi myös olla este tiedonhankinnan aloittamiselle tai jatkamiselle (St. Jean, Jindal & Chan 2018, 300-301).

Informaatiokäyttämisen ja tiedonhankinnan mallit eivät kuitenkaan yleensä kuvaa kattavasti tai tarkasti niitä arkielämän tiedonhankintakäyttämisen ja informaatiokäyttämisen osia, jotka eivät ole aktiivista ja määrätietoista tiedonhankintaa (McKenzie 2003a, 19). Informaatiokäytäntöjen käsitteeseen sisältyvät myös nämä edellä mainitut piirteet. Wilsonin (1983, 139) mukaan systemaattinen tiedonhaku on poikkeus, ja useimmiten arkielämässä turvaudutaan toisten suosituksiin tai helposti saatavilla olevaan vaihtoehtoon. Informaatiokäytäntöjen malli (kuvio 3) kuvaa

aktiivisen ja suunnitelmallisen tiedonhankinnan lisäksi sattumanvaraista tiedon saantia ja tiedonhankinnan sosiaalista ulottuvuutta. (McKenzie 2003a, 26-27; Haasio & Savolainen 2004, 33; Niemelä 2006, 36.)

Yksilö kontekstissaan

Informaatiokäytäntöjen tapa	Yhteyden ottaminen lähteisiin	Vuorovaikutus lähteiden kanssa
Aktiivinen tiedonetsintä	Aktiivinen hakeutuminen tunnistetuille lähteille spesifissä informaatioympäristössä	Ennalta suunniteltujen kysymysten aktiivinen esittäminen
Aktiivinen selailu	Lupaavien lähteiden tunnistaminen, informaatioympäristön selailu	Kysymysten esittämismahdollisuuksien tunnistaminen, aktiivinen havainnointi tai kuunteleminen
Kohdentumaton toimintaympäristön seuranta	Satunnainen törmäminen lähteisiin ennakoimattomissa tilanteissa	Havainnointi tai sattumalta kuuleminen ennakoimattomissa tilanteissa
Tiedon saaminen toisen henkilön hankkimana	Tuleminen tunnistetuksi tiedonhankkijana, tiedon saaminen lähteestä toisen henkilön kautta	Tiedon saaminen jonkun toisen kertomana
Informaatiosta pidättäytyminen	Etääntyminen tai pidättäytyminen lähteestä tai kanavasta	Informaation saamatta jääminen; osattomuus informaatiosta
Informaation jakaminen	Informaation jakajana toimiminen sopivissa tilanteissa	Informaation jakaminen muille sitä tarvitseville; muiden ihmisten tiedontarpeiden tunnistaminen

Informaatiokäytännöt: voidaan hyödyntää vaihtoehtoisina strategioina yhteyden ottamisen tai viestinnän esteitä kohdattaessa.

Kuvio 3. Informaatiokäytäntöjen täydennetty malli (McKenzie 2003a, 26-27; Niemelä 2006, 163; Godbold 2006; Pohjanen 2013, 118).

Informaatiokäytäntöjen tavat jakaantuvat kukin kahteen vaiheeseen, jotka ovat yhteyden ottaminen lähteeseen ja vuorovaikuttaminen sen kanssa. Aktiivinen etsintä on suunnitelmallista tiedonhankintaa, ja sisältää muun muassa tietyn tiedonlähteen etsimisen, systemaattisen tiedonhaun ja ennalta mietittyjen kysymysten esittämisen. (McKenzie 2003a, 26-27; Niemelä 2006, 35-36.) Aktiivinen seuranta ei ole yhtä suunnitelmallista, ja kohdistuu jonkin teeman ympärille yleisempänä, orientoivana tiedonhakuna. Keskiössä on potentiaalisten lähteiden tunnistaminen. (McKenzie 2003a 26-27; Haasio & Savolainen 2004, 33-34.)

McKenzien (2003a) tiedonhankintakäytäntöjen merkittävin ero Wilsonin (1997) mallin tiedonhankinnan tapoihin onkin tiedon saaminen toisen henkilön kautta. Myös Niemelä (2006, 30) nostaa esiin informaatiokäyttäytymisen mallien ja termistön puutteita arkielämän näkökulmasta. Niemelä huomauttaa, että parempi termi kuvaamaan informaation kohtaamista ilman tarkoituksellista etsimistä olisi satunnainen tiedonsaanti eikä passiivinen tiedonhankinta, jossa sana hankinta viittaa kuitenkin aktiiviseen toimintaan. Esimerkiksi McKenzien (2003a, 26-27) käyttämän kohdentumattoman havainnoinnin Niemelä näkee kuuluvan satunnaisen tiedonsaannin kategoriaan (Niemelä 2006, 36).

Niemelä (2006, 108-109, 163) on täydentänyt informaatiokäytäntöjen mallia lisäämällä siihen yhden informaatiokäytäntöjen tavan, informaatiosta pidättäytymisen. Lisäystä perustellaan sillä, että täydennetty malli kattaa monipuolisemmin yksilön informaatiokäyttäytymisen. Niemelä kuvailee informaatiosta pidättäytymistä pääsääntöisesti omaehtoisena toimintana, esimerkiksi jonkin tietyn lähteen käyttämättä jättämisenä. Tiedosta vaille jäämistä voi kuitenkin tapahtua myös käyttäjän niin tahtomatta. Mallia on edelleen täydentänyt Pohjanen (2013, 118), joka pro gradu-työssään transsukupuolisten informaatiokäyttäytymisestä lisäsi malliin myös tiedon jakamisen. Myös Godbold (2006) on nostanut esille informaation jakamisen yhtenä informaatiokäyttäytymisen osana. Tässä tutkimuksessa käytetään tätä laajennettua informaatiokäytäntöjen mallia, koska olennainen osa tutkimusta on sosiaalinen media, joka perustuu informaation vastavuoroiselle jakamiselle. Informaatiosta pidättäytyminen

on aikaisemmassa kirjallisuudessa esiintynyt osana terveystietokäyttäytymistä, ja on siksi tärkeää huomioida myös tässä tutkimuksessa (St. Jean, Jindal & Chan 2018, 300-301).

2.1 Terveystietokäyttäytyminen

Terveys määritellään usein negation kautta, siten että sairauksien tai oireiden puuttuminen on terveyttä (Johnson & Case 2012, 6-7). Maailman terveysjärjestö WHO (2020, 1) määrittelee terveyden kuitenkin laajemmin, fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena hyvinvointina, ei pelkästään sairauden puuttumisena. Riittävä tieto sekä fyysisestä että psyykkisestä terveydestä on edellytys parhaimman mahdollisen terveyden saavuttamiseksi, ja jokaisella tulee olla mahdollisuus tehdä tietoon perustuvia päätöksiä ja osallistua oman terveytensä edistämiseen (WHO 2020, 1).

Kaikki tieto, joka liittyy hyvinvointiin, terveyteen tai sairauteen, on terveystietoa. Terveystietoa voidaan saada mediasta esimerkiksi uutisten tai mainosten välityksellä, sosiaalisesta mediasta ja muualta internetistä, sairauksiin liittyvien organisaatioiden ja yhdistysten kautta, ja keskusteluista sekä terveydenhuollon ammattilaisten, että tuttavien tai läheisten kanssa. (Abrahamson 2008, 315; Johnson & Case 2012, 82; Hirvonen 2015, 32.) Terveystietokäyttäytymistä on kaikki edellä mainittuun tietoon liittyvä käyttäytyminen.

2.2 Kehollinen tieto

Terveystiedon kontekstissa on tunnistettava ulkoisen aineiston lisäksi myös kehollinen tieto ja keho tiedonlähteenä (Lloyd 2014, 88-89). Kehollinen tieto on tietoa, joka muodostuu kehollisten kokemusten kautta. Se sisältää aikaisemmat kokemukset ja oman kehon normaalin tilan tunnistamisen, ja myös kertyneen henkilökohtaisen terveystiedon. Kehon tuottama tieto, esimerkiksi kipu tai epämukavuus ovat tyypillinen esimerkki ruumiillisesta tiedosta, mutta kehollista tietoa tuottavat myös muutokset ruumiinrakenteessa tai aikaisemmasta poikkeavat kehon toiminnot ja reaktiot. Kehollinen

tieto voi olla myös positiivisten muutosten havainnointia. Omien, mutta myös toisten kehollisten kokemusten havainnointi ja kokemuksista oppiminen voivat havahduttaa huomaamaan tiedontarpeen, jota täytetään muista lähteistä saatavalla tiedolla. Kehollisen tiedon lukutaito on kykyä tunnistaa ja kiinnittää huomiota kehon tuottamaan tai kehon kautta saatuun tietoon. (Lloyd 2006; Lloyd 2014, 88, 92-95; Yates 2015, 224; St. Jean, Jindal & Chan 2018, 290.)

Toisten ihmisten kehoilla, ja niistä saatavalla tiedolla, on useita eri rooleja suhteessa henkilökohtaiseen keholliseen tietoon. Heidät voidaan kokea vertaisina ja kohtalotovereina, mentoreina tai mentoroitavina, inspiroijina tai lannistajina (St. Jean, Jindal & Chan 2018, 302). Toisia voidaan opettaa tunnistamaan kehon tuntemuksia ja oireita oman kokemuksen kautta. Tunnistamisen ja kuvailun taidot auttavat kommunikoinnissa terveydenhuollon henkilökunnan kanssa, ja voivat myös parantaa hoitohenkilökunnan ammattitaitoa, kun ymmärrys potilaan kokemuksesta laajenee. Potilaan sanoittama kehollinen tieto sekä hoitajan havainnointi vaikuttavat siihen, miten hoitotyötä käytännössä tehdään, täydentäen koulutuksessa opittua teoreettista tietoa siitä mitä tehdään. (Bonner & Lloyd 2011, 1218; Godbold 2013, 16, 20, 25.) Toisilta voi oppia positiivisen esimerkin kautta, mutta useammin muiden kehollisen tiedon kautta opitaan mitä pitää välttää. Vältettävää terveyskäyttäytymistä voidaan oppia esimerkiksi sellaisissa tilanteissa, joissa toisen henkilön sairauden hoito ei ole tasapainossa. Toisten havainnointi voi vaikuttaa myös pystyvyyden tunteeseen oman terveydentilan hallinnassa ja kohentamisessa. (St. Jean, Jindal & Chan 2018, 295, 302, 311.)

Sairauden eri vaiheissa kehollisen tiedon tulkinta muuttuu, ja muuttuvat tuntemukset tai kivut voivat aiheuttaa huolestumista. Toisaalta potilas usein kokee olevansa oman kehonsa ja sairautensa asiantuntija. Potilaat eivät kuitenkaan yleensä koe saavansa terveydenhuollon henkilökunnalta tunnustusta omasta kehosta ja sairaudesta kertyvälle tiedolleen. (Neal & McKenzie 2011, 130; St. Jean, Jindal & Chan 2014, 306; Graffigna, Barello, Bonanomi & Riva 2017, 1919-1920.) Keskipisteenä terveydenhoidon tilanteissa on usein lääkäri, vaikka siihen voisi asemoida jonkun muunkin tekijän, kuten hoidettavan kehon osan tai vaikka potilaalta otetun verinäytteen. Potilas on kuitenkin pääasiallinen tiedon lähde, koska hänen kehonsa on lähtökohtana hoitotilanteessa. (Godbold 2013, 17.)

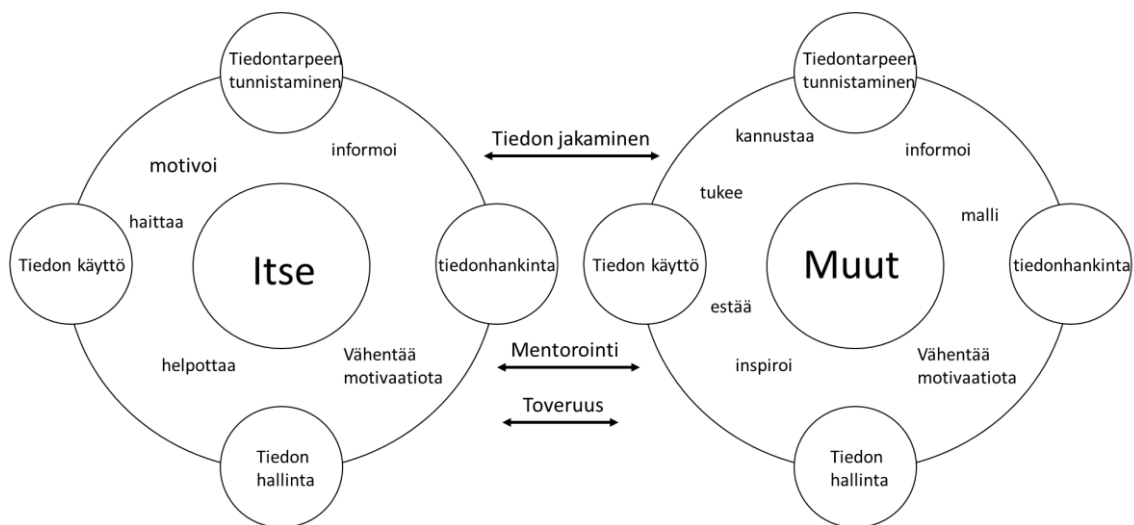
Potilas voi siitä huolimatta itsekin kokea lääkärin omaa kehoaan luotettavampana tiedonlähteenä, tai ainakin parempana tiedon tulkitsijana (McKenzie 2003b, 275).

Hoitohenkilökunta voi saada tietoa potilaan kehosta kysymällä tämän tuntemuksia, mutta myös havainnoimalla. Havainnot voivat tukea muuta, mitattavaa informaatiota, ja potilaan kuvailua omasta voinnistaan. Tätä eri lähteistä saatavaa tietoa hoitohenkilökunta voi työssään yhdistellä ja peilata tutkittuun lääketieteelliseen tietoon. (Bonner & Lloyd 2011, 1217-1218.) Terveystietäminen on sosiaalinen tilanne, jossa on useita tietämisen tapoja, joista osa on hyväksytympiä kuin toiset. Valtasuhteet vaikuttavat tähän hyväksyttävyyteen, jolloin hoitotilanteessa lääkärin tieto voi ohittaa potilaan oman kehollisen tiedon ja kokemuksen. Kehollisen tiedon sivuuttaminen hoitotilanteessa voi aiheuttaa potilaassa avuttomuuden tunnetta, pelkoa ja jopa traumoja. (Jordan 2014, 96, 101.)

Kehollisen tiedon tulkinnan tulos voi olla muiden terveystiedon lähteiden äärelle hakeutuminen, tai niiden välttäminen. Riippuen siitä tulkitaanko kehollinen tieto ja muutokset positiivisiksi vai negatiivisiksi, ne voivat vahvistaa olemassa olevia käyttäytymismalleja, tai osoittaa tarpeen muutokselle terveyskäyttäytymisessä. (Yates 2015, 224.) Motivaattorina tiedon hankintaan ja käyttöön voi olla pelko, mutta myös toiveikkuus paremmasta. Pelko voi kuitenkin myös lamaannuttaa ja estää tiedonhankintaa. (St. Jean, Jindal & Chan 2018, 300-301.) Kehollinen tieto voi kuitenkin myös estää havaitsemasta tiedontarpeita tai estää tiedon käyttöä. Kehollisen tiedon lukutaidon ollessa puutteellinen kehon tuottamaa tietoa ja oireita, tai niiden vakavuutta ei välttämättä ymmärretä, tai niitä ylitulkitaan. Kehollisen tiedon lukutaidossa voi kehittyä havainnoimalla aktiivisesti kehoaan, ja yhdistämällä subjektiivisten kokemusten havainnointia ja niiden kirjaamisesta saatavaa tietoa numeraaliseen tietoon ja lääketieteellisiin mittauksiin, kuten verikokeista saatavaan informaatioon. (St. Jean, Jindal & Chan 2018, 289, 305-308.)

St. Jean, Jindal ja Chan (2018, 308-309) ovat tutkimuksensa perusteella muodostaneet mallin kehoon liittyvästä informaatiokäyttäytymisestä (kuviot 4). Malli kuvaa oman ja muiden kehojen tuottaman tiedon ja sen jakamisen vaikutusta

terveystietokäyttämiseen. Mallissa on kaksi ulottuvuutta, henkilö itse ja toiset. Näitä ympäröivät informaatiokäyttämisen osa-alueet, eli tiedontarpeen tunnistaminen, tiedonhaku, tiedon käyttö ja tiedon hallinta. Informaatiokäyttämisen osa-alueiden ja kuvion kahden keskustan välillä ovat ne oman kehon ja kokemusten tuottamat reaktiot, jotka johtavat toimintaan tai haittaavat siihen ryhtymistä. Oman kehon tuottama tieto voi motivoida tai haitata tiedontarpeiden tunnistamista, tiedonhakuun ryhtymistä tai tiedon soveltamista. Samoin toisten kehojen tuottama tieto ja kokemukset voivat kannustaa toimintaan, motivoida, tukea tai estää tai vähentää motivaatiota toimintaan. Omaa kehoa havainnoimalla saatua tietoa voidaan myöhemmin jakaa neuvoina muille. Kehollisen tiedon jakaminen voi olla myös vertaistukea, ja toisille voidaan myös kuvailla, kuinka omaa kehollista tietoa on opittu tunnistamaan ja tulkitsemaan (Godbold 2013, 16; St. Jean, Jindal & Chan 2018, 308-309). Mallin kahta puolta yhdistävät tiedon jakaminen, mentorointi ja toveruus.



Kuvio 4. Kehollisen terveystietokäyttämisen malli (St. Jean, Jindahl & Chan 2018, 309).

2.3 Terveystiedon hankinta

Yleistynyt internetin käyttö on lisännyt sen käyttöä myös terveystiedon lähteenä. Terveystieteen liittyvät kysymykset ovat yleisimpiä tiedonhaun aiheita internetissä, ja lähes

puolet ihmisistä etsii viikoittain terveyteen liittyvää tietoa internetistä. (McMullan 2006, 27; Ek & Niemelä 2010, 2; Weaver ym. 2010, 1522; Johnson & Case 2012, 82; Rennis ym. 2015, 422.) Internetistä etsitään etenkin nuorten keskuudessa kaikenlaista tietoa, ja se on usein ensimmäinen valinta tiedonlähteeksi. Terveystiedon näkökulmasta tämä tarkoittaa tietoa sekä sairauksista ja niiden hoidosta, että terveellisistä elämäntavoista ja sairauksien ehkäisystä. (Rennis ym. 2015, 422.) Weaverin ym. (2010) tutkimuksessa, joka kattoi yli 500 aikuista vastaajaa, terveyttä edistävää tietoa etsivät eniten vastaajat, jotka olivat terveimpiä ja jotka kokivat elämänlaatunsa parhaimmaksi. Myös Johnson ja Case (2012, 15) nostavat esille terveystiedon ja terveydentilan positiivisen korrelaation. Terveystiedon etsimisellä voi siis olla positiivinen vaikutus sekä ennaltaehkäisevänä, että parhaimpana mahdollisena parantumisenä. Toisaalta pelkästään sairauksiin liittyvää tietoa etsivät kaikista sairaimmat vastaajat (Weaver ym. 2010, 1523).

Terveystietoa ja -neuvoja voidaan etsiä internetissä sekä maallikoilta että terveydenhuollon ammattilaisilta, ja monista erityyppisistä lähteistä kuten viranomaisten ylläpitämiltä sivuilta tai sosiaalisesta mediasta (Johnson & Case 2012, 81). Tutkittaessa internetin käyttöä terveystiedon lähteenä on siis olennaista tarkentaa, minkälaisia resursseja oikeastaan on käytetty. Tietoa voidaan etsiä myös tarkoituksena haastaa toisten esittämiä väittämiä, keskustella löydetyistä tiedosta toisten kanssa, tai perusteeksi kieltäytyä ehdotetuista muutoksista elintavoissa (Johnson & Case 2012, 13-14, 176).

Syyt terveystiedon etsimiseen internetistä vaihtelevat. Internetin ääreen saatetaan joissakin maissa hakeutua terveydenhuollon korkeiden kustannusten vuoksi, kuten Renniksen ym. (2015, 422) tutkimuksessa yhdysvaltalaisen opiskelijoiden terveystiedon hankinnasta. Toisaalta hyvä sosioekonominen asema ja sukupuoli korreloivat internetin käytön yleisyyden kanssa: todennäköisimmin terveystietoa internetistä etsii korkeasti koulutettu nainen (Ek & Niemelä 2010, 4; Jacobs, Amuta, & Jeon 2017, 8-9). Itseenäisiin toimijoina oman terveytensä suhteen pitävät henkilöt käyttävät monipuolisesti internetiä terveystiedon lähteenä, ja voivat etsiä sekä terveydenhoidon instituutioiden tuottamaa tietoa, että yksittäisten henkilöiden jakamaa kokemustietoa (Genuis 2013, 558-559, 563-564).

Puutteelliset tekniset taidot tai ymmärrys esimerkiksi hakukoneiden toiminnasta asettavat riskejä internetin käyttöön terveystiedon lähteenä. Toisaalta tiedon puute tarjolla olevista lähteistä johtaa hakukoneiden käyttöön tiedonhaun ensimmäisenä askeleena. (White & Horvitz 2009, 7-8; Johnson & Case 2012, 174.) Paikkansapitävääkin informaatiota voidaan tulkita väärin, mikä voi johtaa turhaan huolestumiseen. Whiten ja Horvitzin (2009, 8) mukaan jopa kolme neljäsosaa hakukoneiden käyttäjistä olettaa, että tulosten järjestys hakukoneessa indikoi yleisyyttä tai todennäköisyyttä, vaikka hakukoneen tulosten järjestys kertoo oikeasti vain sivun suosittuudesta ja linkitysten määrästä. Hakukoneet voivat myös järjestellä tuloksia käyttäjän oman hakuhistorian ja verkostojen perusteella. Algoritmit siis näyttävät eri ihmisille eri tuloksia, tai ainakin eri järjestyksessä. (Bradley & Blakeman 2012, 46.) Myös oikean tiedon saaminen voi lisätä huolestumista, jos käyttäjä saa tietoa esimerkiksi sairauden etenemisestä ja sen hoidon rajoitteista (Yi 2015, 60).

Jonkin oireen syytä etsivä tiedonhakija saattaa siis hakukoneen tulosten perusteella kuvitella, että esimerkiksi päänsärky johtuu aivokasvaimesta, vaikka todennäköisempi syy on jokin tavanomainen, vaaraton tekijä (White & Horvitz 2009, 8). Huonojen uutisten pelko voi olla yksi syy välttää terveystietoa ja sen hankintaa (Johnson & Case 2012, 174). Kun otetaan huomioon edellä mainittu väärä käsitys hakukoneiden antamista tuloksista, on ymmärrettävää, että osa ihmisistä välttää terveystiedon etsimistä.

Muihin lähteisiin kuin internetiin tukeutuvat yleisemmin iäkkäät, ja ne, joilla on huonommat taidot internetin käytössä. Muita lähteitä ovat esimerkiksi apteekin henkilökunta, kirjalliset lähteet ja omat sosiaaliset verkostot. (Eriksson-Backa 2012; Genuis 2013, 560-561; Jacobs, Amuta & Jeon 2017, 9.) Kirjalliset lähteet ja sosiaaliset verkostot ovat myös osa itsenäisesti tietoa hakevien, varttuneempien terveystiedon käyttäjien lähteitä (Genuis 2013, 558). Terveystiedon ammattilaisten pariin tiedonlähteenä hakeutuivat erityisesti ne, joilla oli ollut lähisuvussa syöpätapauksia (Jacobs, Amuta & Jeon 2017, 9). Vielä kotona asuvien nuorten terveystietoon ja ainakin terveystietokäyttämiseen perheellä on suuri vaikutus, koska tavallisesti vanhempiansa kanssa asuvilla nuorilla ei ole mahdollisuutta päättää ainakaan täysin esimerkiksi omasta ruokavaliostaan (Riesmeyer, Hauswald & Mergen 2019, 164)

2.4 Terveystiedon lukutaito

Informaatiolukutaitoon kuuluu kyky tunnistaa tiedontarve ja toimia sen täyttämiseksi. Siihen liittyy informaation etsiminen ja hankkiminen sekä tiedon arviointi, soveltaminen ja peilaaminen muuhun informaatioon aiheesta. Myös tiedonhakuun tarvittavien välineiden, kuten tietokoneiden ja tietokantojen, tuntemuksen voidaan katsoa kuuluvan informaatiolukutaitoon. Informaatiolukutaitoinen henkilö osaa myös arvioida omaa tiedonhakuprosessiaan. (Poikela & Sormunen 2008, 10; Lanning 2017, 5.) Informaatiolukutaito käsitteenä korostaa sitä, että mekaanisen lukutaidon lisäksi tietoyhteiskunnassa on hallittava paljon muitakin tiedon käsittelyyn liittyviä taitoja eli toiminnallista lukutaitoa (Poikela & Sormunen 2008, 10-11).

Terveystiedon lukutaidolle on useita eri määritelmiä. Terveystiedon lukutaitoon sisältyy sekä terveyden edistämiseen ja sairauksien välttämiseen, että sairauksien hoitoon tarvittavia tietoja ja taitoja. Hyvään terveystiedon lukutaitoon kuuluu kyky etsiä, ymmärtää, arvioida ja kommunikoida terveyteen liittyvää informaatiota, sekä tehdä päätöksiä sen pohjalta. (Sorensen ym. 2012, 10.) Terveystiedon taso vaikuttaa siihen, minkälaista tietoa ja lähteitä kannattaa etsiä. Osa terveystiedon lukutaitoa on myös terveydenhuollon palveluiden tarpeen tunnistaminen sekä kyky hakeutua niiden piiriin. Lisäksi kyky noudattaa saatuja ohjeita, sekä taito tulkita esimerkiksi lääkeohjeita ja ravintoarvoja, sekä myös kehollista tietoa, ovat osa terveystiedon lukutaitoa. (Niemelä, Ek & Huotari 2012, 152-153; Johnson & Case 2012, 9; Yates 2015, 224.) Puutteelliset tiedot lääketieteellisestä terminologiasta, vaikeus löytää oikeanlaiset hakulausekkeet ja tiedon puute tarjolla olevista terveystiedon resursseista voivat vaikeuttaa tiedonhankintaa ja terveystiedon ääreen pääsyä (Yi 2015, 59).

Johnsonin ja Casen (2012) mukaan terveydenhuollon asiakkaiden kyky ymmärtää ja soveltaa terveystietoa on nykyään entistä tärkeämpää. Sairauksien nähdään liittyvän osittain yksilön elämäntapoihin, ja kykyyn muuttaa niitä tarvittaessa. Ihmisiltä odotetaan aktiivista roolia omasta terveydestään huolehtimisessa, ja osa on myös omaksunut tämän roolin. (Shaw, Ibrahim, Reid, Ussher & Rowlands, 2009, 114; Johnson & Case 2012, 6, 40; Genuis, 2013, 555.) Yksilön terveystiedon lukutaito määrittää terveystiedon

tarpeen, ja ne toimet, joihin on ryhdyttävä terveysongelmia kohdatessa (Johnson & Case 2012, 9). Kykyä tulkita terveystietoa voi haitata terveyden liittäminen ulkoisiin tekijöihin kuten laihuuteen ja kauneusihanteiden mukaiseen vartaloon. Tällöin terveellisen ruokavalion motivaationa on toive olla laiha ja näyttää yhtä hyvältä kuin muutkin sosiaalisessa mediassa, ja hyvinvointi jää sivuseikaksi. (Riesmeyer, Hauswald & Mergen 2019, 165.)

Kohdatessaan terveysongelmia potilaat kuitenkin tarvitsevat muutakin kuin informaatiota. Sosiaalista tukea sairauden kanssa elämiseen saa muista kuin perinteisesti auktoriteetteina pidetyistä lähteistä, esimerkiksi muiden sairastuneiden kirjoittamista blogeista. Vertaistuki voi myös lisätä aktiivisuutta tiedonhaussa, jos sairauteen liittyviä psykologisia muutoksia tai vaikeuksia voi käsitellä vertaistuen avulla, ja tiedonhankinnan väliin tulevat psykologiset muuttujat eivät enää haittaa tiedonhankintaa. (Neal & McKenzie 2011, 127; Johnson & Case 2012, 177.) Ryhmissä ja sosiaalisissa verkostoissa voidaan myös oppia terveydestä, ja toisaalta jakaa omaa terveyteen liittyvää tietoa ja kokemuksia. Ryhmä voi olla virallisemmän vertaistukiryhmän lisäksi myös työyhteisössä tai ystäväpiirissä muodostuva epävirallinen ryhmä. Ryhmiä voi myös muodostua hyvinkin spontaanisti, ja vastavuoroisuus tiedon jakamisessa on niissä tärkeää. (Yates 2015, 225.)

Terveydenhuollon ammattilaisilta saatu tieto lisää luottamusta ja oma-aloitteisuutta esimerkiksi reseptilääkkeiden käytössä ja muussa hoitoon sitoutumisessa, ja siten parantaa hoidon vaikutusta. Potilaiden aktiivisuus ja terveystietokäyttäytyminen internetissä ovat yhteydessä toisiinsa, mutta itsenäinen tiedonhankinta ei kuitenkaan välttämättä lisää sitoutumista hoitoon, vaan esimerkiksi sosiaalisesta mediasta saatu informaatio voi vaikuttaa negatiivisesti hoitoon sitoutumiseen. (Iftikhar & Abaalkhail 2017; Graffigna, Barello, Bonanomi & Riva, 2017, 1924.)

Terveyshäikäyttämiseen ja terveystietokäyttämiseen voi myös vaikuttaa vääristynyt käsitys omista informaatiolukutaidoista. Vaikka tiedonhakutaidoissa tai lähteiden luotettavuuden arvioinnissa olisi suuriakin puutteita, omia taitoja pidetään usein vähintään hyvänä (Ivanitskaya, O'Boyle & Casey 2006). Terveystiedon lukutaitoon

vaikuttavia taustatekijöitä ovat muun muassa ikä, koulutus, sosioekonominen tausta ja taidot teknologian käytössä (Niemelä, Ek & Huotari 2012, 153). Haasteita terveydenhuollolle ja terveystiedon lukutaidon opetukselle asettaa se, että eri ihmiset kokevat terveystiedon eri tavoin. Yatesin (2015, 220-227) tutkimuksessa löydettiin erilaisia suhtautumistapoja terveystiedon lukutaitoon. Ne voidaan jakaa karkeasti kahteen kategoriaan: suoraviivaisempaan, praktiseen suhtautumiseen ja laajempaan, erilaisia tiedonlähteitä tunnistavaan ja sosiaalisen ulottuvuuden sisältävään tapaan. Tiedon käyttökelpoisuuden arviointi omassa elämässä, sen luotettavuuden arviointi ja tiedollisen pohjan laajentaminen ovat terveystiedon kokemisen tapoja, jossa tietoon suhtautuminen on käytännönläheistä, ja jossa arvioidaan tiedon omaksumisen suoria seurauksia. Laajempi käsitys terveystiedosta pitää sisällään jatkuvan oppimisen ja potentiaalisten informaatioympäristöjen tunnistamisen, sosiaalisen tiedonhankinnan tavat ja suunnitelmallisen terveystietokäytön, sekä oman kehollisen tiedon tunnistamisen ja sen havainnoinnin. Laajempi terveystiedon ymmärtämisen tapa osoitti holistisempaa näkemystä terveystiedosta ja kiinnostusta terveyteen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn, mutta sosiaalinen tiedonhankinta ja tiedon omaksuminen useista lähteistä voivat altistaa myös väärälle informaatiolle. (Yates 2015, 220-227.)

Ihmisten tausta vaikuttaa siihen, miten internetin terveystietoon suhtaudutaan yleisellä tasolla. Matalasti koulutetut voivat kokea, ettei heillä ole kykyä arvioida terveystiedon laatua. (Diviani, van den Putte, Giani & van Weert 2015.) Korkeasti koulutetuilla sen sijaan saattaa olla todellisuutta parempi käsitys omasta terveystiedon lukutaidostaan (Ivanitskaya ym. 2006). Kun tarkastellaan pelkästään sosiaalisesta mediasta saatavaa terveystietoa ja sen käyttöä, eroja koulutusasteiden välillä ei kuitenkaan näytä syntyvän (Iftikhar & Abaalkhail 2017).

2.5 Sosiaalisen median käyttö

Sosiaalisen median ja verkostojen käyttäjillä on usein tili tai profiili useammassa kuin yhdessä kanavassa. Myös motivaatiot eri kanavien käyttöön vaihtelevat: eri kanavat soveltuvat erilaiseen käyttöön paremmin. Esimerkiksi Twitteriä käytetään paljon tiedon

etsimiseen, Facebookia taas enemmän ihmissuhteiden ylläpitoon. Molemmat ovat tärkeitä kanavia itseilmaisuun. Muita syitä sosiaalisen median kanavien käyttöön ovat muun muassa uusiin ihmisiin tutustuminen ja uusien kokemusten saaminen, yhteenkuuluvuuden tunne ja huomion saaminen sekä viihtyminen ja tylsyyden välttely. (Jansen, Sobel & Cook 2011, 132; Alhabash & Ma 2017, 5-7.)

Sosiaalisen median ja sen eri kanavien käytön aloittamiseen vaikuttaa usein sosiaalinen ympäristö, kuten opiskelu- tai työkaverit ja sukulaiset tai läheiset, jotka innostavat luomaan tilin samaan kanavaan, jota he itse käyttävät. Käytön helppous madaltaa kynnystä käyttää sosiaalista mediaa yhteydenpitoon. (Hiram, Wong Poh Ming, de Run & Choo 2015, 24-25). Alhabashin ja Man (2017) tutkimuksessa nuoret käyttäjät viettivät eniten aikaa Instagramissa, ja naiset käyttivät miehiä enemmän Instagramia ja Facebookia verrattuna Twitterin käyttöön. Etenkin Instagramin käytön motivaationa oli oman elämän dokumentointi. Verkoston koolla, eli seuraajien tai kavereiden määrällä, ei tässä tutkimuksessa ollut yhteyttä tavallisten käyttäjien aktiivisuuteen tai käytön intensiteettiin missään kanavassa. (Alhabash & Ma 2017, 5-7.)

2.5.1 Informaatiokäyttäytyminen sosiaalisessa mediassa

Sosiaalisen median kanavat ovat verkostojen muodostamisen ja ylläpitämisen lisäksi muodostumassa tärkeiksi, täydentäviksi tiedonlähteiksi, ja niissä ihmisten informaatiokäyttäytymistä vuorovaikutuksessa toisiinsa voi tutkia eri tavalla kuin fyysisissä ympäristöissä. (Boyd & Ellison 2007, 201-211; Khoo 2014, 75-76.) Yhteisöllistä informaatiokäyttäytymistä internetissä on tutkittu opiskelun (Hernández-Hernández 2015) ja työelämän (Byström 2017) näkökulmasta, mutta Williamsonin (1998, 37) mukaan on tärkeää kiinnittää huomiota merkittäviin tiedon jakamisen kanaviin myös silloin, kun tutkitaan arkielämän informaatiota.

Informaatiokäyttäytymisen tavat internet-yhteisöissä ovat monipuolisia, ja niitä voidaan jaotella esimerkiksi seuraaviin kategorioihin: kysyminen, vastaaminen, tiedon jakaminen, selailu, tiedon yhdisteleminen ja seuraaminen. Sosiaalisessa mediassa jaetaan sekä

kokemustietoa että käytännöllistä tietoa, jotka täydentyvät toisilta käyttäjiltä saatavalla vertaistuellalla. (Khoo 2014, 89.) Tiedon itse jakaminen ei kuitenkaan ole merkittävin syy käyttää sosiaalista mediaa, vaan muiden jakaman materiaalin ja lähteiden merkitys on suurempi (Pálsdóttir 2014; Alhabash & Ma 2017, 7).

2.5.2 Terveystietokäyttäytyminen sosiaalisessa mediassa

Tavallisin terveystietokäyttäytymisen tapa sosiaalisessa mediassa on muiden käyttäjien jakamien linkkien avaaminen ja lähteiden lukeminen (Pálsdóttir 2014). Sosiaalisen median äärelle saatetaan päätyä myös, kun tietoa haetaan hakukoneiden välityksellä (Bradley & Blakeman 2012, 42). Sosiaalisesta mediasta voidaan myös etsiä vertaistukiryhmiä jonkun sairauden kanssa elämiseen, ja saada sekä jakaa tietoa ja omia kokemuksia näissä ryhmissä (Zhang 2012, 6-7). Muilta käyttäjiltä saadaan linkkien, lähteiden ja neuvojen lisäksi myös terveystietokäyttämiseen liittyvää henkilökohtaista informaatiota. Tyypillinen esimerkki ovat Instagramissa jaettavat kuvat terveellisistä aterioista, tai kuvat ja videot treenaamisesta. Henkilökohtaista tietoa voi olla myös tiedon jakaminen omasta terveydentilasta tai sairaudesta. Terveystietokäyttämiseen liittyvää materiaalia jakavat myös tuttavat, mutta pääasiassa sen tuottajia olivat sosiaalisen median vaikuttajat. Julkaisuja terveellisestä ruokavaliosta ei myöskään toivottu muilta kuin vaikuttajilta ja julkisuuden henkilöiltä, ja samat sisällöt kavereiden jakamana saatettiin kokea ärsyttävänä. (Zhang 2012, 6-7; Riesmeyer, Hauswald & Mergen 2019, 164; Pilgrim & Bohnet-Joschko 2019, 7.)

Sosiaalisen median vaikuttajat rakentavat usein yhteyttä ulkoisen kauneuden ja hyvinvoinnin sekä terveyden välille, ja tarjoavat mahdollisuutta saavuttaa sekä fyysinen että henkinen hyvinvointi noudattamalla vaikuttajan neuvoja ja käyttämällä samoja tuotteita. Iso osa sosiaalisen median vaikuttajien julkaisuista onkin jonkin terveyteen tai urheiluun liittyvän tuotteen, kuten lisäravinteiden, urheiluvaatteiden tai ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvien oppaiden mainostamista. Terveys- ja fitness-vaikuttajien seuraajat ovat kuitenkin enemmän kiinnostuneita seuraamastaan henkilöstä ja hänen persoonallisuudestaan kuin hänen mainostamistaan tuotteista. (Pilgrim & Bohnet-

Joschko 2019, 7). Tavallisten käyttäjien parissa ruokavalioon liittyvät julkaisut olivat yleisempiä niillä, jotka noudattavat jotain tiettyä ruokavaliota. Esimerkiksi vegaaneille sosiaalinen media voi toimia identiteetin rakentamisen ja yhteisöllisyyden kanavana. (Riesmeyer, Hauswald & Mergen 2019, 165-166.)

Sosiaalisesta mediasta saadun tiedon vaikutus terveystietoisuuteen voi olla merkittävä. Saadun tiedon perusteella saatetaan aloittaa tai lopettaa lääkitys tai muu hoito jopa konsultoimatta lääkäriä ensin. (Iftikhar & Abaalkhail 2017.) Myös neuvoja terveyttä edistävään käyttäytymiseen, kuten ruokavalioon, omaksutaan sosiaalisesta mediasta. Sosiaalisen median vaikuttajien tai kavereiden jakamia reseptejä saatetaan kokeilla, ja omaksua myös laajempia käyttäytymismalleja, kuten sokerin välttely. (Riesmeyer, Hauswald & Mergen 2019, 164-165.) Aktiivinen sosiaalisten medioiden päivittäminen ja suuri määrä kavereita tai seuraajia sosiaalisen median kanavissa indikoivat, että käyttäjä hyödyntää sosiaalista mediaa myös tiedon hankkimiseen, ja soveltaa löytämiään tietoja ja neuvoja käytäntöön (Jansen ym. 2011, 133-134; Iftikhar & Abaalkhail 2017). Sosiaalista mediaa ei kuitenkaan välttämättä pidetä tiedonlähteenä, vaikka sieltä saadaan tietoa, jota myös sovelletaan käytäntöön. Tiedon saaminen sosiaalisesta mediasta on usein passiivista tai aktiivista havainnointia, ei aktiivista etsimistä, jolloin sen ei mielletä kuuluvan samaan kategoriaan kuin niiden lähteiden, joista tietoa aktiivisesti etsitään. (Khoo 2014, 82.)

Sosiaalinen media on monipuolistanut internetissä tarjolla olevan tiedon luonnetta. Informaatio on usein subjektiivista, informaalia, jakautunut hyvin lyhyisiin kokonaisuuksiin ja se on nopeasti vanhentuvaa. (Teevan & Dumais 2011, 202.) Etenkin visuaalinen sosiaalinen media, kuten YouTube tai Instagram, välittävät hyvin yksilöllistä kehollista tietoa laajalle yleisölle kuvien ja videoiden avulla. Toisten kehollisesta tiedosta on mahdollista oppia. Käyttäjän kannalta vaarana on, että informaatio on tahattomasti tai tahallaan harhaanjohtavaa, kun sen jakamisen motivaationa on raha ja julkaisijan toimeentulo, ja julkaisuilla pyritään markkinoimaan erilaisia tuotteita (St. Jean, Jindahl & Chan 2018, 309; Riesmeyer, Hauswald & Mergen 2019, 164-165; Pilgrim & Bohnet-Joschko 2019, 7). Sosiaalinen media tarjoaa kuitenkin myös mahdollisuuden

terveydenhuollon ammattilaisille jakaa laadukasta informaatiota niissä ympäristöissä, joita erityisesti nuoret käyttävät (Pálsdóttir 2014).

Terveystietokäyttäytyminen sosiaalisessa mediassa voi liittyä myös sosiaalisten suhteiden ylläpitoon, jolloin siihen usein linkittyy tiedon saamista, hankkimista tai jakamista toisten kehollisesta tiedosta. Tällaisia tiedonhankinnan tapoja voivat olla esimerkiksi kaverin tai tuttavän terveydentilasta lukeminen sosiaalisen median päivityksistä, terveydentilasta ja voinnista kysymistä, ja tämän informaation jakamista muiden, esimerkiksi sukulaisten kanssa. (Zhang 2012, 6-7.)

2.6 Naiset terveystiedon käyttäjinä

Internet on osa arkielämää, ja naiset ovat myös siellä aktiivisempia terveystiedon käyttäjiä kuin miehet. He sekä etsivät, että myös jakavat ja kommentoivat terveystietoa sosiaalisessa mediassa useammin kuin miehet. (Ek & Niemelä 2010, 4; Pálsdóttir 2014.) Naisten aktiivisuus internetissä voidaankin nähdä yhtenä osana terveysvaikuttajan roolia. Internetin lisäksi naiset käyttävät myös painettuja lähteitä miehiä enemmän. (Eriksson-Backa 2012.) Useissa tutkimuksissa tyypillisiä piirteitä terveystietoa internetistä etsivällä henkilöllä on itsensä terveeksi kokeminen, korkea koulutus ja naissukupuoli. Näitä ominaisuuksia selittäviä tekijöitä ovat sekä ennaltaehkäisevän terveystiedon positiivinen vaikutus terveydentilaan ja koulutuksen tuoma luottamus omiin tiedonhankintataitoihin, että rooli terveystiedon hankkijana myös läheisiä varten. (Abrahamson 2008, 314-315; Ek & Niemelä 2010, 4; Weaver ym. 2010, 1523; Johnson & Case 2012, 15; Jacobs, Amuta, & Jeon 2017, 8-9.)

Toisin kuin terveystiedon tutkimuksessa, terveysviestinnässä ja sen tutkimuksessa on keskitytty yleensä niihin, jotka eivät etsi tietoa, ja keinoihin heidän tavoittamiseen. Samalla on menetetty mahdollisuus levittää tietoa kaikista aktiivisimpien terveystiedon etsijöiden kautta. Nämä henkilöt ovat todennäköisesti mielipidevaikuttajia eli kognitiivisia auktoriteetteja yhteisöissään, ja välittävät tietoa eteenpäin. (Johnson & Case 2012, 176.) Hemminki (2003, 265-268) nostaa esiin saman ajatuksen

terveysvaikuttamisesta. Terveysvaikuttajia yhteisöissä ovat usein naiset: heillä on pääsääntöinen hoivavastuu lapsista, iäkkäistä perheenjäsenistä ja sukulaisista, ja jopa puolisoistaan. Siten naisten tekemät päätökset esimerkiksi terveyttä edistävästä ruokavaliosta vaikuttavat laajemmalle kuin vain heihin itseensä, koska he tekevät päätöksiä muidenkin puolesta. Terveysvaikuttajan rooliin liittyy aktiivisempi tiedon hankinta (Ek & Niemelä 2010, 4; Johnson & Case 2012, 15; Jacobs, Amuta, & Jeon 2017, 8-9). Naiset myös saavat miehiä enemmän terveystietoa keskusteluissa ystävien ja tuttavien kanssa, ja ero korostuu erityisesti nuoremmassa ikäryhmissä. (Ek 2013, 742).

Informaatiokäyttäytymisen mallit eivät ota eksplisiittisesti huomioon sukupuolta muuttujana. Julienin (2005, 390), mukaan sukupuoli, samoin kuin etninen ryhmä ja yhteiskuntaluokka, tulisi huomioida laajemmin informaatiokäyttäytymisen tutkimuksessa. Wilsonin (1999, 257) informaatiokäyttäytymisen mallissa nämä muuttujat sopivat väliin tulevien muuttujien kategoriaan, jossa ne sijoittuvat demografisiin tekijöihin. Myös yksilön konteksti voidaan nähdä laajemmin sisältäen sukupuolen henkilökohtaisen konstruktion, jolloin voidaan päästä pintaa syvemmälle informaatiokäyttäytymisen syihin. (Julien 2005, 390.)

2.7 Terveystiedon tutkimuksen menetelmiä

Informaatiokäyttäytymisen tutkimuksissa tyypillinen rajaus on joko rooli tai informaatiokäyttäytymisen konteksti, joissakin tapauksissa molemmat. Rooli voi olla ammatti, tai vapaa-aikaan liittyvä rooli, kuten kuluttaja tai äänestäjä, ja terveystiedon kontekstissa potilas. Terveystietokäyttäytymisen tutkimuksessa rajaus on usein jokin tietty sairaus, tyypillisesti joku syövän muoto, tai krooninen sairaus kuten diabetes. Naisten terveystietokäyttäytymistä on tutkittu enemmän kuin miesten, ja myös ikää voidaan käyttää tutkimuksessa rajaavana tekijänä tai vertailun kohteena. (Case & Given 2016, 14, 337-338.)

Terveystiedon ja terveystiedon lukutaidon tutkimuksessa voidaan soveltaa useita eri menetelmiä, riippuen tutkimuskysymysten tyypistä. Kyselytutkimuksilla voidaan kerätä

laajoja aineistoja. Iftikharin ja Abaalkhailin (2017) tutkimukseen sosiaalisesta mediasta ja terveystiedosta, jossa käytettiin suljettuja kysymyksiä ja monivalintakysymyksiä, osallistui 401 sosiaalisen median käyttäjää. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää demografisten tekijöiden vaikutusta asenteisiin sosiaalisen median terveystietoa kohtaan, ja miten sosiaalisesta mediasta saatu terveystieto vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen. (Iftikhar & Abaalkhail 2017.)

Suljettuja ja avoimia kysymyksiä yhdisteltiin Nealin ym. (2011) tutkimuksessa, joka keskittyi terveystietokäyttäytymiseen internetissä ja erityisesti sähköisten mielenterveysresurssien käyttöön. Tutkimus oli rajattu nuoriin, ja kyselylomake lähetettiin sähköisenä yhden yliopiston 18-25-vuotiaille opiskelijoille, joista kyselyyn vastasi 1308 henkilöä. Opiskelijoiden terveystiedon lukutaitoa ja terveystietokäyttäytymistä on tutkittu myös pienemmillä otoksilla ryhmähaastatteluilla (Rennis ym. 2015) ja havainnoimalla (Bui ym. 2009). Havainnointi menetelmänä oli käytössä myös Jordanin (2014) tutkimuksessa, jossa tutkimuskohteena olivat ihmisten väliset suhteet ja vuorovaikutus. Jordanin tutkimuksessa tilanteet videoitiin ja niitä analysoitiin jälkikäteen. Havainnointi on hyvä menetelmä spesifejä tilanteita tutkittaessa, mutta nyt tekeillä olevaan tutkimukseen se ei sovellu. Arkielämän tiedonhankinta on usein sattumanvaraista kohtaamista tiedon kanssa, ei aktiivista etsintää, joten luonnollisia tilanteita ei ole mahdollista jäljitellä laboratorio-oloissa (Wilson 1983, 139).

Teemahaastattelua käytettiin menetelmänä Kosenkon, Harvey-Knowlesin ja Hurleyn (2014) tutkimuksessa naisista, joilla on HPV. Haastatteluissa kysyttiin sekä ensireaktiota diagnosoimalla, että myöhemmin seurannutta käyttäytymistä. Epätietoisuus johti aluksi sekä itsenäiseen tiedonhankintaan että lisätietojen kysymiseen lääkäriltä. Monille haastateltaville ratkaisu jatkuvaan huoleen oli olla ajattelematta asiaa. Tällöin tietoa ei enää etsitty, mutta sitä kohdattiin vastentahtoisesti muun muassa HPV-rokotteen mainoksissa. (Kosenko, Harvey-Knowles & Hurley 2014, 821-822.) Teemahaastattelu oli käytössä myös Abrahamsonin ym. (2008) tutkimuksessa, jossa tutkimuskohteena oli pääasiassa terveystiedon etsiminen muiden puolesta. Tutkimus yhdisteli lomakekyselyä ja teemahaastattelua, ja haastatteluilla syvennettiin lomakkeella kerättyä tietoa.

3 KOGNITIIVINEN AUKTORITEETTI

Wilson (1983, 13) määrittelee tiedon kahteen luokkaan sen perusteella, miten se on saatu: vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa henkilökohtaisen kokemuksen ja havaintojen avulla, tai toisten ihmisten kautta. Ihmisten rajallisen kokemuspiirin vuoksi suurin osa tiedosta tulee muiden kautta, toisen käden tietona. Kaikki tieto ja lähteet eivät kuitenkaan ole samanarvoisia. Ne, joita pidetään luotettavina lähteinä, ovat kognitiivisia auktoriteetteja (Wilson 1983, 15).

Kognitiivinen auktoriteetti konkretisoituu siinä, kuinka paljon käyttäjä uskoo voivansa luottaa lähteen tarjoamaan tietoon (Rieh 2002, 146). Auktoriteetti ei kognitiivisen auktoriteetin yhteydessä siis tarkoita minkäänlaista käskyvaltaa, ainoastaan vaikuttamista toisten ajatteluun tai mielipiteisiin. Auktoriteetti on harvoin absoluuttista, vaan sitä voidaan kuvata janalla, jossa sitä voi olla vähän tai paljon. Kognitiivista auktoriteettia voi olla paitsi henkilöllä, myös instituutiolla tai tiedon lähteellä kuten kirjastolla, kustantajalla tai sanomalehdellä. (Wilson 1983, 81, 168.)

Kognitiivinen auktoriteetti rajoittuu aiheittain, mutta aihealueet eivät ole selkeärajoja. Auktoriteetti ei voi itse määritellä auktoriteettinsa rajoja, ja se voi ulottua hänen varsinaisen osaamisalueensa ulkopuolelle. (Wilson 1983, 28.) Tyypillisesti tällainen tilanne syntyy, kun tutkijalta tai asiantuntijalta kysytään aiheesta, joka ei ole hänen asiantuntemuksensa ytimessä. Lankes (2008, 681) kuvaa halo-efektiä, jossa luotettavana pidetyn henkilön tai lähteen auktoriteetti alkaa ulottua myös muihin aiheisiin. Tämä voi toimia myös toisin päin, ja epäluotettavaksi osoittautuminen yhdellä elämän osa-alueella voi johtaa epäilyksen lankeamiseen myös muissa yhteyksissä, vaikka näillä asioilla ei olisi minkäänlaista yhteyttä toisiinsa.

3.1 Kognitiivisen auktoriteetin perusteet

Muutkin kuin kognitiivisina auktoriteetteina pidetyt tahot voivat vaikuttaa ihmisten ajatteluun, mutta tämä vaikutus on tiedostamatonta. Kognitiivisella auktoriteetilla on lupa

vaikuttaa, koska sitä pidetään ansaittuna luottamuksena. Auktoriteettia voidaan perustella monin eri tavoin. Tyypillisiä epäsuoria perusteita ovat esimerkiksi ammatti tai koulutus, ja henkilön tai tahon, kuten jonkin julkaisun tai kustantajan, nauttima arvostus oman alansa toimijoiden piirissä (Wilson 1983, 14, 21; Neal & McKenzie 2011, 130). Tällainen auktoriteetti kyseenalaistetaan usein vasta kun ilmenee kilpaileva näkemys (Wilson 1983, 32).

Kognitiivisen auktoriteetin perusteena voi olla myös hyvä maine ja saavutukset, sekä yleinen mielipide tahon uskottavuudesta. Voi syntyä myös arvostuksen ketjuja. Kun luotettavana ja kognitiivisena auktoriteettina pidetty taho pitää jotakin toista auktoriteettina, tähän suositukseen yleensä luotetaan. (Wilson 1983, 23; Burbules 2001, 446.) Yleinen mielipide voi olla myös yksittäisen kanavan, kuten keskustelupalstan, käyttäjien kollektiivinen samanmielisyys lähteen ja informaation luotettavuudesta (Hirvonen, Tirroniemi & Kortelainen 2018, 92). Erityyppisen tiedon ja tiedon lähteiden arvostus voi olla vastavuoroista. Jos yhteistyö koetaan hedelmälliseksi, molemmat osapuolet luottavat toistensa arvioihin kognitiivisista auktoriteeteista. (Genuis 2013, 564.) Toisilta saadut suositukset ovat sitä tärkeämmässä roolissa, mitä enemmän tietoa on saatavilla. Jos tiedosta on ylitarjontaa, eikä kaikkia lähteitä ole mahdollista käydä itse läpi, suositukset auttavat valitsemaan mihin lähteisiin tutustuu paremmin. (Kelly & Ruthven 2011, 209-210.)

Suora peruste auktoriteetille syntyy kokemuksen perusteella. Kun jostakin tahosta on hyviä kokemuksia, siihen luotetaan myös tulevaisuudessa. Johdonmukainen reliabiliteetti synnyttää ja vahvistaa lähteen auktoriteettia. Tämä toimii myös vastakkaiseen suuntaan. Jos auktoriteetti osoittautuukin olevan useita kertoja väärässä, eikä informaation reliabiliteetti ole tasalaatuista, luottamus vähenee. (Wilson 1983, 24-25; Lankes 2008, 680.) Auktoriteetti voi vähentyä myös, jos joku henkilö tai taho vaatii sitä itselleen (Genuis 2013, 559).

Byström (2016) viittaa ammattilaisten kognitiivisen auktoriteetin ja internetin suhteeseen. Minkä tahansa alan ammattilaisten kognitiivinen auktoriteetti voi heikentyä, kun ihmisillä itsellään on helpommin pääsy monenlaisen informaation ja mielipiteiden äärelle

internetissä. Viestinnän helppous heikentää tiedon jakamisen monopoliasemaa, koska kuka tahansa voi kilpailla huomiosta ja pääsystä kognitiivisen auktoriteetin asemaan. Myös Lankesin (2008, 680) mukaan internetin käytön yleistymisen on johtanut auktoriteetin merkityksen vähenemiseen, ja informaation arvioinnin merkityksen kasvuun. Tällöin informaatiota arvioidaan useiden eri tekijöiden kautta. Toisaalta ammatin, aseman tai koulutuksen tuoman auktoriteetin heikentymisestä on kirjoitettu jo ennen internetin yleistymistä, osana kulttuurista muutosta. (Wilson 1983, 124, 140-141.) Perinteisten, institutionaalisten auktoriteettien merkitys onkin voinut heikentyä kilpailun vuoksi, mutta auktoriteetin asemaan niiden tilalle on paljon tulijoita. Jopa anonyymillä keskustelupalstalla informaation luotettavuutta voidaan arvioida sen tekijän ominaisuuksien kautta. Näitä auktoriteettia vahvistavia ominaisuuksia ovat muun muassa ikä, argumentaation tyyli, käyttäjän ilmoittama koulutustausta sekä tekijän aikaisempi viestintä ja sen johdonmukaisuus. (Hirvonen, Tirroniemi & Kortelainen 2018, 88, 92; Lankes 2008, 680.)

3.2 Nuorten kognitiiviset auktoriteetit

Vanhemmilla on lapsiinsa paitsi käskyvaltaa, usein myös kognitiivista auktoriteettia (Wilson 1983, 126). Kuten esimerkiksi Johnson ja Case (2012, 176) sekä Hemminki (2003, 265-268) kirjoittavat, perheen äideillä on usein pääasiallinen vastuu perheen terveydestä. Työnjaon perheessä ollessa tällainen, nuori voi hyväksyä vanhemman, usein siis äidin, kognitiiviseksi auktoriteetiksi terveysasioissa ja hyväksyä hänen suosituksensa tiedonlähteistä silloinkin, kun nuorella olisi itsellään mahdollisuus osallistua terveystiedon hankintaan ja päätöksentekoon omasta terveydestään (Wilson 1983, 126, 137). Samoin sekä käskyvaltaa että kognitiivista auktoriteettia voi olla ulkopuolisilla, aikuisuuteen liittyvillä vaatimuksilla (Wilson 1983, 128).

Johonkin sosiaaliseen ryhmään tai asemaan päästäkseen tai sopeutuakseen nuori voi omaksua uusia tai aikaisemmasta poikkeavia kognitiivisia auktoriteetteja, ja alkaa ajatella samalla tavoin uuden viiteryhmän kanssa. Hyväksynnän kaipuu tai kunnianhimo voivat

muuttaa uskomuksia, ja siten toimia voimakkaina vaikuttimina kognitiivisten auktoriteettien hyväksymisessä. (Wilson 1983, 129.)

3.3 Luotettavuuden arviointi

Informaation uskottavuus ja laadun arviointi sekä kognitiivinen auktoriteetti liittyvät läheisesti toisiinsa (Wilson 1983, 15; Rieh 2005, 86). Niitä onkin tutkittu rinnakkain useissa eri tutkimuksissa (Rieh 2002; Savolainen 2007; Watson 2014). Uskottavuus voidaan jakaa kahteen osaan, luotettavuuteen ja kompetenssiin. Luotettavuudella tarkoitetaan sitä, että lähde on rehellinen eikä pyri johtamaan harhaan tai huijaamaan. Kompetenssi on taitoa havainnoida ja päätellä, ja tilanteen mukaan se voi olla arkielämään liittyvää kompetenssia tai erityistä tietämystä tai ammattitaitoa vaativaa kompetenssia. (Wilson 1983, 15.) Aiheen mukaan lähteelle voidaan asettaa erilaisia vaatimuksia: lääketieteellisessä tiedossa kognitiivinen auktoriteetti on tärkeämpää kuin esimerkiksi matkailua koskevan tiedon arvioinnissa. (Rieh 2002, 152).

Kognitiivinen auktoriteetti on erityisen hyödyllinen konsepti, kun käsitellään tiedon luotettavuuden arviointia internet-lähteissä (Rieh 2002, 156; Neal & McKenzie 2011, 128). Burbules (2001, 443-445) luokittelee tiedon luotettavuuden arvioinnin haasteet internetissä kolmeen kategoriaan. Nämä ovat luotettavuuden arviointi toisten internet-lähteiden avulla, kasvuvauhti ja myös väärän tiedon leviämisen nopeus, sekä internetin laajuus ja tiedon määrä. Yleisinä luotettavuuden arvioinnin kriteereinä hän nimeää muun muassa sivuston ulkoasun, viimeisimmän päivityksen ajankohdan, onko kirjoittajaa nimetty, ja mikä taho tiedon on tuottanut tai kuka ylläpitää sivustoa. Samoja kriteereitä luotettavuuden arvioinnista tuli esille tutkimuksissa nuorista ja nuorista aikuisista, joissa käyttäjät kiinnittivät huomiota aluksi lähteen maineeseen ja URL-osoitteeseen, josta voi päätellä sivuston ylläpitäjän. .gov tai .org-päätteiset sivustot olivat luotettuja, koska niitä ylläpitävät valtio tai järjestöt. Käyttäjät luottivat myös lääketieteellisten organisaatioiden ylläpitämiin sivustoihin. (Neal, Campbell, Williams, Liu & Nussbaumer 2011, 31; Watson 2014, 1398.)

Ihmiset eivät kuitenkaan aina käytännössä toteuta edellä mainittuja yleisiä tapoja arvioida tiedon luotettavuutta niiden vaatiman vaivannäön vuoksi. Burbulesin (2001, 446) mukaan vastuu arvioinnista annetaan helposti jollekin toiselle, luotettavana pidetylle henkilölle, joka toimii tällöin kognitiivisena auktoriteettina. Myös samaa mieltä olevien ihmisten arviointikykyyn luotetaan. Tiedonhaun haasteiden vuoksi jotkut turvautuvat mielellään tietoa välittävien yhteisön jäsenten apuun. (Wilson 1983, 139; Johnson & Case 2012, 176.) Myös Lun (2007, 103) mukaan tiedonsaannissa luotetaan henkilökohtaisiin verkostoihin ja kontakteihin. Tämä luottamus ilmenee myös sosiaalisen median käytössä ja sieltä saadun tiedon soveltamisessa (Iftikhar & Abaalkhail 2017).

Tiedon luotettavuutta arvioidaan usein oman aikaisemman tiedon pohjalta, jolloin tiedon lähteen luotettavuutta ei tarvitse joka käänteessä arvioida tarkasti. Tällöin on kuitenkin mahdollista, että oma arvio luotettavuudesta perustuu alun perin väärään, vanhentuneeseen tai puutteelliseen tietoon (Riesmeyer, Hauswald & Mergen 2019, 166). Toisten puolesta tietoa etsivillä on enemmän vaikeuksia sekä informaation löytämisessä, että sen luotettavuuden arvioinnissa. Abrahamsonin (2008) mukaan kyseessä voi olla varovaisuus ja realismi. Toisaalta, kun tietoa etsitään itseä varten, relevanssin arviointi ja spesifit termit saattavat olla paremmin hallussa, kuin toisen puolesta tietoa etsivällä. (Abrahamson 2008, 316-318.)

Median luotettavuuden arviointi ei ole systemaattista, ja tietoa saadaan mediasta usein sattumalta (Williamson 1998, 32). Orientoivaa tai sattumalta saatua tietoa ei useinkaan arvioida silloin kun tieto saadaan. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että siihen uskottaisiin kyseenalaistamatta. Sattumalta saatua tietoa ei välttämättä ole tarkoitus hyödyntää mitenkään, ja sitä arvioidaan usein vasta kun sille on käyttöä. (Wilson 1983, 31.) Sama sattumanvaraisuus koskee myös esimerkiksi keskusteluja tuttavien kanssa (Williamson 1998, 29).

Akateemisessa yhteisössä akateemisia lähteitä pidetään luotettavina (Rieh 2002, 156). Muille akateemiset tai viralliset, valtion tarjoamat informaation lähteet voivat kuitenkin näyttäytyä irrelevantteina, abstrakteina tai vaikeaselkoisina. Niitä ei siis välttämättä pidetä epäluotettavina, mutta ei myöskään käyttökelpoisina itselle. Käyttäjien kriteerit

lähteiden valinnalle arkielämän tiedonhankinnassa poikkeavat akateemisista kriteereistä. Luotettavuus ei siis käyttäjän näkökulmasta aina tarkoita samaa kuin käytettävyys tai relevanssi itselle. (Burbules 2001, 448; Neal & McKenzie 2011, 132; Neal ym. 2011, 31.)

3.4 Kognitiivinen auktoriteetti terveystiedossa

Terveystiedossa kognitiivinen auktoriteetti on erityisessä asemassa. Kehittyneissä maissa ihmisten oma vastuu terveydestä korostuu. Toisaalta terveysviestintä ja sen suuri määrä saattavat aiheuttaa pelkoja ja turvattomuuden tunnetta, eikä informaatiota välttämättä ymmärretä tai osata soveltaa. (Shaw ym 2009, 114; Neal ym. 2011, 31; Nemelä, Ek & Huotari 2012, 151-152; Graffigna ym. 2017, 1919.) Terveystiedon ammattilaisten kognitiivinen auktoriteetti on vahva koulutuksen ja aseman vuoksi. Toisaalta lääketieteen kehittyminen, hoitosuositusten muuttuminen ja puutteellinen tieto joistakin sairauksista voi saada aikaan hämmennystä ja turvattomuutta. (Neal & McKenzie 2011, 127, 130; Genuis 2013, 559.) Esitteissä annettu informaatio, joka on tarkoitettu potilaalle itsenäisesti tutustuttavaksi, voidaan kokea hämmäntäväksi tai huolestuttavaksi (Shaw ym. 2009, 119.)

Terveystiedon tasosta riippumatta koetaan tarvetta luoda luottamuksellinen suhde lääkäriin. Potilaan oman tiedonhankinnan säännöllisyyteen vaikuttaa positiivisesti mahdollisuus osallistua omaan hoitoon liittyviin päätöksiin. (Shaw ym. 2009, 119; Graffigna ym. 2017, 1924.) Itsenäinen tiedonhankinta ja halu osallistua hoitoa koskeviin päätöksiin ovat myös yhteydessä toisiinsa. Potilas voi kuitenkin myös kokea itsenäisen tiedonhankinnan välttämättömyytenä, jos luottamusta hoitohenkilökuntaan tai heidän tietojensa paikkansapitävyyteen ei ole. (Neal & McKenzie 2011; Genuis 2013, 558-560.) Vastavoroisuuden puute tai potilaan kehollisen tiedon tai kokemusten huomiotta jättäminen voi heikentää hoitohenkilökunnan auktoriteettia. Oman ja hoitohenkilökunnan näkemysten ollessa ristiriidassa, vahvistusta voidaan hakea esimerkiksi läheisiltä. (Wilson 1983, 23; McKenzie 2003b, 276; Genuis 2013, 564.) Toisaalta lääkärin kognitiivinen auktoriteetti voi olla niin vahva, että potilas luottaa lääkäriin tai ainakin

hänen tulkintaansa enemmän kuin oman kehonsa tuottamaan tietoon (McKenzie 2003b, 275).

Joka tapauksessa Wilsonin (1983, 13) ensimmäisen käden tiedon määritelmää on kehollisen tiedon osalta täydennettävä, koska kehollisen tiedon saaminen ja havainnointi ei vaadi vuorovaikutusta muiden kanssa. Kehollista tietoa voidaan kyllä tulkita vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa tai toisen käden tiedon avulla, mutta sen saaminen ei välttämättä vaadi vuorovaikutusta ympäristön kanssa. Terveystiedon henkilökunnan auktoriteettia saatetaan kyseenalaistaa, mutta se on kuitenkin yleensä vahva. Vielä enemmän auktoriteettia on kuitenkin kokemuksilla, ja myös mittausten tulokset ovat korkealla luotettujen auktoriteettien hierarkiassa. (Godbold 2014, 20.)

3.5 Yhteenveto teoreettisesta katsauksesta

Aiempaan kirjallisuuteen perustuen internet on jo pitkään ollut tärkeä terveystiedon hankinnan kanava nuorille aikuisille (Weaver ym. 2010, 1522; Rennis ym. 2015, 422). Sosiaalisen median merkitys kasvaa uusien kanavien syntyessä ja niiden käytön yleistyessä. Sosiaalisessa mediassa tietoa saadaan omien verkostojen lisäksi sosiaalisen median vaikuttajilta. Sosiaalinen media mahdollistaa erilaisia informaatiokäytäntöjä, kuten tiedon etsimistä, mutta myös sen jakamista ja sattumalta kohtaamista. (Pálsdóttir 2014.)

Muut sosiaalisen median käyttäjät voivat muodostua kognitiivisiksi auktoriteeteiksi terveystiedon suhteen. Luotettaviksi arvioidut tiedon lähteet ovat kognitiivisia auktoriteetteja. Kognitiivinen auktoriteetti on onnistunut vakuuttamaan yleisönsä asiantuntevuudestaan, mutta auktoriteetilla ei ole valtaa määritellä oman auktoriteettinsa rajoja. Auktoriteettia voi olla vähän tai paljon, ja sen perusteet vaihtelevat. Koulutus ja kokemus ovat perusteita kognitiiviselle auktoriteetille, mutta myös luotetun henkilön suositus tai pelkästään tietoa jakavan henkilön karisma voi vakuuttaa kuulijan. (Wilson 1983, 21-25.) Kokemus tai koulutus hyvinvointialalta ja urheilusta, karismaattisuus ja aikaisemmat hyvät kokemukset voivat siis olla kognitiivisen auktoriteetin perustana myös sosiaalisen median käyttäjille. Luotettavuutta voidaan myös tarkoituksellisesti rakentaa

läheisyyden tunteen ja yhteenkuuluvuuden kasvattamisella (Pilgrim & Bohnet-Joschko 2019, 5-7). Etsittävän tiedon tärkeyden ja aihepiirien mukaan kognitiiviselle auktoriteetille asetetaan eritasoisia vaatimuksia (Rieh 2002, 152).

Kehollinen tieto ja sen lukutaito on vielä toistaiseksi vähän tutkittu informaatiokäyttäytymisen osa-alue. Kehollista tietoa on sekä oman kehon tuottama tieto, että toisten kehoista havainnoimalla tai kerrottuna saatava tieto. Kehollisen tiedon jakaminen voi liittyä vertaistukeen tai erilaisten terveyskäyttäytymisen tapojen suositteluun, ja sosiaalisen median avulla kehollista tietoa on helppo jakaa visuaalisten välineiden avulla. (St. Jean, Jindahl & Chan 2018, 302, 309; Riesmeyer, Hauswald & Mergen 2019, 164-165; Pilgrim & Bohnet-Joschko 2019, 7.) Jakamalla kehollista tietoa sosiaalisessa mediassa kognitiivista auktoriteettia voi omalla esimerkillä vahvistaa (Pilgrim & Bohnet-Joschko 2019, 5-7). Jaettu tieto voi johtaa sen vastaanottajien inspiroimiseen ja motivointiin (St. Jean, Jindahl & Chan 2018, 302, 309). Myös ystävien suositukset sosiaalisen median tilistä tai käyttäjästä voivat johtaa kognitiivisen auktoriteetin muodostumiseen.

Wilsonin (1999, 257) informaatiokäyttäytymisen malli kuvaa laajasti tekijöitä, jotka vaikuttavat yksilöön ennen varsinaista tiedonhakua ja sen aikana. Väliin tulevien muuttujien (psykologiset, demografiset, roolit ja ihmisten väliset suhteet, ympäristö ja lähteen ominaisuudet) joukkoon voi lisätä myös kehollisuuden vaikutuksen muualta saatavan tiedon hakemiseen, soveltamiseen ja siitä mahdollisesti luopumiseen. Oman kehon tuottama tieto voi ohjata tiedonhankinnan ääreen, mutta tilanteen mukaan se voi olla myös tiedonhankintaa estävä tekijä. Kehollinen tieto on edelleen tärkeässä roolissa informaation prosessoinnissa ja käytössä. Aikaisemman kehollisen tiedon perusteella tehdään päätös, vaikuttaako hankittu tieto relevantilta ja kannattaako sitä soveltaa. Tiedon soveltamisen jälkeen kehon mahdollisia muutoksia tulkitaan, mikä voi johtaa tiedon pitempiaikaiseen omaksumiseen ja sen käyttöön, tai siitä luopumiseen. (St. Jean, Jindahl & Chan 2018.)

Tässä tutkimuksessa aineistosta etsitään nuorten naisten tyypillisiä informaatiokäytäntöjen tapoja erityisesti sosiaalisessa mediassa. Tutkimuksessa

selvitetään, ovatko toiset sosiaalisen median käyttäjät kognitiivisia auktoriteetteja terveystiedon suhteen, ja miten tämä ilmenee. Myös muita kognitiivisia auktoriteetteja ja mahdollisia eroja sosiaaliseen mediaan ja internetlähteisiin tarkastellaan. Tutkimuksessa tarkastellaan myös kehollisen tiedon suhdetta muualta saatavaan tietoon, ja sen huomioimista terveystietokäyttäytymisessä ja terveyttä koskevia päätöksiä tehdessä.

4 TUTKIMUSMENETELMÄ JA -AINEISTO

Yleisiä menetelmiä laadullisessa tutkimuksessa ovat haastattelu eri muodoissaan, kysely, havainnointi ja valmiin aineiston käyttö (Tuomi & Sarajärvi 2013, 71). Laajemmissa tutkimuksissa eri menetelmiä aineiston keruuseen voidaan myös yhdistellä, esimerkiksi valmis aineisto ja kysely tai lomake ja teemahaastattelu. Valmis aineisto voi olla esimerkiksi blogeja, kuten McKenzien (2003a) tutkimuksessa kognitiivisista auktoriteeteista terveystiedossa. Eri tavoin toteutetut survey-tutkimukset ovat yleisimpiä informaatiokäyttämisen tutkimuksen menetelmiä (Case & Given 2016, 235). Kun halutaan selvittää miten ja miksi ihmiset toimivat, sitä kannattaa kysyä heiltä itseltään. Haastatteluissa on mahdollista analysoida vastausten sisällön lisäksi sitä, miten haastateltava ilmaisee asiat (Tuomi & Sarajärvi 2013, 72-73).

4.1 Haastattelu

Erilaisille haastattelutyypeille on runsaasti osittain päällekkäisiä ja ristiriitaisiakin nimityksiä. Hirsjärvi ja Hurme (2011, 43) jaottelevat haastattelutyyppit kahtia strukturoituun lomakehaastatteluun ja muihin, vapaamuotoisempiin haastatteluihin, joissa struktuurin aste vaihtelee. Teemahaastattelu ja syvähaastattelu ovat hyviä menetelmiä silloin kun kyseessä on subjektiivinen aihe ja kokemus (Case & Given 2016, 243).

Haastattelu sopii menetelmäksi myös silloin, kun tutkimusaihe ei ole vielä tarkasti tunnettu. Tarkkoja kysymys- ja vastausvaihtoehtoja voi olla vaikea tai mahdoton valmistella, jos aiheesta ei ole riittävästi aikaisempaa tietoa. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 43.) Laajemmissa tutkimuksissa haastatteluaineiston rinnalla voi olla toinen aineistonkeruumenetelmä, kuten Abrahamsonin (2008) tutkimuksessa tiedon etsimisestä toisten puolesta, jossa käytössä oli sekä teemahaastattelu että lomakekysely.

Tutkimusmenetelmänä tässä tutkimuksessa on teemahaastattelu. Sekä kehollinen tieto että kognitiiviset auktoriteetit ovat luonteeltaan yksilöllisiä, ja toisaalta tutkimuskohteille

käsitteinä todennäköisesti vieraita, joten teemahaastattelulla on mahdollista saada laajempia vastauksia. Kehollista tietoa ei ole myöskään informaatiotutkimuksen alalla tutkittu paljoa, joten tarkkojen kysymysten muotoilu voisi osoittautua mahdottomaksi. Teemahaastattelu mahdollistaa käsitteiden avaamisen haastateltavalle ja tarkentavat kysymykset, jotka todennäköisesti ovat tarpeen.

4.2 Teemahaastattelu

Haastattelu perustuu kielelliselle vuorovaikutukselle, ja tuottaa tietoa sen avulla (Ruusuvoori & Tiittula 2013, 10). Haastattelu tarjoaa mahdollisuuden saada selville merkityksiä, ja kuinka haastateltava jäsentää maailmaa tai tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä (Hirsjärvi & Hurme 2011, 11). Esimerkiksi Yatesin (2015) tutkimuksessa selvitettiin etnografisten haastattelujen avulla, miten ihmiset itse ymmärtävät terveystiedon lukutaidon. Tämän tutkimuksen teemahaastattelujen teemat (liite 1) perustuvat teoreettisesta viitekehystä poimittuihin teemoihin kognitiivisista auktoriteeteista (Wilson 1983; Rieh 2001), kehollisesta tiedosta (Jean, Jindal & Chan 2018; Lloyd 2014; Yates 2015) ja terveystietokäyttäytymisestä erityisesti sosiaalisessa mediassa Zhang 2012; (Riesmeyer, Hauswald & Mergen 2019; Pilgrim & Bohnet-Joschko 2019).

Teemahaastattelu rakentuu tutkimuksen viitekehykselle. Teemat ja kysymykset perustuvat siihen mitä jo tiedetään. Ne johdetaan teoriasta tai pohjataan aikaisempaan tutkimukseen, tai muodostetaan näitä taustoja yhdistämällä. (Eskola & Vastamäki 2015, 35.) Teemahaastattelu on muodoltaan vapaampi kuin muut puolistrukturoidut haastattelut, ainoastaan aihepiirit eli teemat ovat kaikille samat (Hirsjärvi & Hurme 2011, 48). Joskus puolistrukturoiduissa haastatteluissa pysytään tiukasti teemoissa ja niiden järjestyksessä, joskus lähestytään syvähaastattelun vapaampaa keskusteleavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2013, 75).

Jokaisella teemalla ja kysymyksellä pitäisi olla suunniteltu funktio, jotta haastattelusta saatava materiaali ei laajene liian työlääksi käsitellä. Aikaisempaan tutkimukseen ja

teorioihin tukeutuminen kysymysten laatimisessa varmistaa sen, ettei kysymysten asettelu toista tutkijan ennakko-oletuksia aiheesta. (Eskola & Vastamäki 2015, 35.) Teemahaastattelussa käydään kaikkien haastateltavien kanssa läpi samat teemat, mutta niiden laajuus vaihtelee sen mukaan, paljonko sanottavaa haastateltavilla eri teemoihin on. (Eskola & Vastamäki 2015, 38.)

Haastattelussa haastateltava voi tuoda omia kokemuksiaan, mielipiteitään ja käsityksiään esille vapaasti. Haastattelijalla on mahdollisuus pyytää selvennyksiä, esimerkkejä tai syventää aihetta lisäkysymyksin. Teemojen lisäksi haastattelun tekijä voi valmistautua kysymyslistoilla, jos haastateltavalta ei muuten saa riittävän laajoja vastauksia, tai teemat vaativat jonkun haastateltavan kohdalla paljon selventämistä. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 37-38.) Tarkentavista kysymyksistä on hyötyä aiheen selventämisen lisäksi myös silloin, kun haastateltava tulkitsee kysymyksen eri tavalla kuin on tarkoitus, ajattelee aihetta suppeammin tai ei heti muista kaikkea kysymykseen liittyvää (Henerson, Morris & Firz-Gibbon 1987, 99-100). Vapaamuotoisuus aiheuttaa kuitenkin myös mahdollisuuden virhelähteisiin, ja haastattelun ajautumisen ohi tutkittavista ilmiöistä. Haastattelijan on osattava tunnistaa nämä tilanteet ja ohjattava keskustelu takaisin haastattelun teemoihin. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 35; Leedy & Ormrod 2015, 282.) Aiheen ohi ajautumista voidaan ehkäistä myös käymällä tutkittava ilmiö ja termit läpi jokaisen haastateltavan kanssa samalla tavalla, jotta kaikilla haastatteluilla on samanlainen lähtökohta (Henerson, Morris & Firz-Gibbon 1987, 99).

Ennen aineiston keruuta ja haastattelujen litterointia täytyy päättää, mikä on kielen rooli ja osuus tutkimuksessa. Kieli voidaan nähdä vain välineenä, jonka avulla haastateltava kuvaa tutkittavaa ilmiötä omassa elämässään, mutta on myös mahdollista kiinnittää huomiota siihen, miten kieltä käytetään. (Eskola 2018, 216.) Tässä tutkimuksessa kielen käyttö jätetään analyysin ulkopuolelle, koska haastattelut tehdään pääasiassa englanniksi, joka ei ole tutkimuksen tekijän eikä suurimman osan haastateltavista äidinkieli. Mahdollisuus virhelähteille kielen käytön tulkinnassa olisi siten liian suuri, ja haastateltavien kielitaidon tason vaihtelun vuoksi vertailua vastausten välillä ei olisi mahdollista tehdä.

Tutkittaessa informaatiokäyttäytymistä, tiedonhankinnan motivaatioita ja lähteiden arviointia on kiinnitettävä huomiota myös asenteisiin. Asenteet esimerkiksi internetiä kohtaan tiedonlähteenä, tai terveyden ja hyvinvoinnin tärkeys omassa elämässä, vaikuttavat informaation tulkintaan ja lähteen hyväksyntään kognitiiviseksi auktoriteetiksi. Haastatteluissa asenteista saa parhaiten tietoa ihmisiltä, jotka kykenevät arvioimaan itseään ja jotka vastaavat rehellisesti kysymyksiin. Rehellisyyteen voi vaikuttaa itsetietoisuuden puute, jolloin se on tahatonta, tai halu miellyttää ja ryhmäpaine, jolloin haastateltava vastaa kuten olettaa haastattelijan haluavan, tai tavalla, jonka ajattelee olevan yleisesti hyväksyttyä. Haastateltavan antamat vastaukset esimerkiksi tiedonlähteiden arvioinnista ja niiden käytöstä sekä tiedon soveltamisesta käytäntöön voivat siis olla keskenään ristiriitaisia. (Henerson, Morris & Fitz-Gibbon 1987, 12-13, 20-24.)

4.3 Aineiston hankinta

Tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastatteluilla aikavälillä joulukuu 2019 – huhtikuu 2020. Kahdeksan haastattelua tehtiin Saksassa, jossa olin suorittamassa vaihto-opintoja tutkimuksen tekemisen aikaan. Haastattelut tehtiin yhtä lukuun ottamatta yliopiston tiloissa. Yksi haastattelu tehtiin haastattelijan kotona, koska se sopi haastateltavalle parhaiten. Aineistoa täydennettiin vielä kolmella haastattelulla Suomessa. COVID-19-pandemian vuoksi nämä haastattelut jouduttiin toteuttamaan puhelimen välityksellä, jotta voitiin välttää lähikontakteja ja tartuntariskiä. Haastatteluja tehtiin siis yhteensä yksitoista, ja niiden pituus vaihteli 11 minuutista 1 tuntiin 4 minuuttiin. Yhteensä haastatteluaineistoa kertyi 4 tuntia 36 minuuttia, joka oli litteroituna 48 sivua. Keskimäärin yksi haastattelu kesti 25 minuuttia ja siitä syntyi 4,5 sivua litteroitua aineistoa.

Haastateltavat rekrytoitiin pääasiassa yliopiston kansainvälisten opiskelijoiden sähköpostilistan kautta, jonne viestin sai välitettyä kansainvälisten asioiden koordinaattorin avulla (liite 2). Listalle lähetettiin saatekirje ja linkki Google Forms-lomakkeeseen, johon saattoi ilmoittaa taustatietonsa, yhteystietonsa ja kiinnostuksen

haastatteluun. Saateviestissä kerrottiin, että tutkimukseen etsitään 18-29-vuotiaita naisia, ja taustatietolomakkeessa kysyttiin vielä erikseen näitä tietoja siltä varalta, että kaikki vastaanottajat eivät huomanneet näitä rajoituksia saatteesta. Lomakkeessa kysyttiin haastateltavien sukupuolta, ikää, yhteystietoja ja kiinnostusta osallistua tutkimukseen tai saada lisätietoja. Kukaan lomakkeeseen vastanneista ei valinnut haluavansa lisätietoja.

Osa haastateltavista löytyi sattumalta, kun he vapaa-ajan keskusteluissa tutkimuksen tekemisestä ilmoittivat kiinnostuksestaan osallistua, tai tieto tutkimuksesta välitettiin tuttavalle, joka halusi osallistua tutkimukseen. Kaksi haastateltavaa löytyi naisille suunnatun Facebook-ryhmän kautta, jonne laitettiin ilmoitus tutkimuksesta ylläpidon luvalla. Jo haastateltavia rekrytoidessa kerrottiin, että vastauksia käsitellään täysin nimettömänä, ja mahdolliset tunnistettavat tiedot lainauksista poistetaan. Yksi haastateltavista varmisti vielä vastausten anonyymiyden ja haastattelumateriaalin käsittelyn tietoturvan ennen kuin lupautui antamaan haastattelun.

Kaksi haastattelua tehtiin suomeksi, ja loput toteutettiin englannin kielellä. Joissakin haastatteluissa käytettiin ohessa myös saksan kieltä koska se oli näille haastateltaville vahvempi vieras kieli. Kahdeksasta englanniksi haastatellusta osallistujasta vain yhdelle englanti oli äidinkieli. Haastattelujen toteutus muulla kuin äidinkielellä on saattanut vaikuttaa vastausten tarkkuuteen ja laajuuteen, koska terveyteen liittyvä sanasto ei välttämättä ole täydellisesti hallussa, vaikka muuten kielitaito olisikin sujuva. Toisaalta yhtä lukuun ottamatta kaikki haastateltavat onnistuivat kuvailemaan informaatiokäyttäytymisen tapojaan yksityiskohtaisesti. Haastattelutilanne muulla kuin äidinkielellä saattaa myös aiheuttaa ylimääräistä jännitystä haastateltavalle, joista osa pahoittelikin omaa kielitaidon puutettaan, jos oikea sana ei heti löytynyt. Toisaalta, koska haastattelijallekaan englanti ei ole äidinkieli, tämä tasapainotti tilannetta.

Haastattelujen aluksi jokaisen haastateltavan kanssa käytiin läpi haastattelun aihe, ja mitä haastattelija tarkoittaa esimerkiksi sanoilla terveys ja tieto. Näin pyrittiin välttämään tilanteita, joissa haastateltavat ymmärtävät kysymykset ja toivotut vastaukset eri tavoin. Myös haastattelun kuluessa haastateltavia muistutettiin tarpeen mukaan kertomaan myös esimerkiksi ennaltaehkäisevästä terveystiedosta, ja tiedosta, jota he ovat kohdanneet

sattumalta. Haastatteluaineisto kerättiin pitkällä aikavälillä, noin viiden kuukauden aikana. Haastattelujen edetessä, ensimmäisten haastattelujen perusteella, voitiin esittää parempia tarkentavia kysymyksiä tarvittavissa kohdissa.

4.5 Sisällönanalyysi

Aineiston analyysin tapa on hyvä valita jo ennen aineiston keräämistä, jotta haastattelut ja niiden purkamisen voi suunnitella sopivalla tavalla. Analyysi voi alkaa jo haastattelun aikana, kun haastattelijä voi havainnoida vastauksia ja esimerkiksi ilmiöiden toistuvuutta. Aineistoa ei ole aina tarpeen purkaa eli litteroida sanantarkasti, jos tarkoituksena ei ole tutkia puheen tapaa vaan enemmän sisältöä. Tällöin analyysiä ja valintoja tehdään myös purkamisvaiheessa. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 135-136, 141-142.)

Teemahaastattelu on keskustelunomainen eikä etene strukturoidusti, vaikka haastattelijalla on kaikissa haastatteluissa sama teemarunko käytössään. Ensimmäinen työvaihe käsiteltäessä teemahaastattelun aineistoa on siis järjestää aineisto teemoittain. Aineistoa käsiteltäessä visuaaliset työkalut, kuten värikoodaus tai taulukointi, voivat auttaa aineiston hallinnassa ja olennaisen sisällön löytämisessä. (Eskola 2018, 219-220; Tuomi & Sarajärvi 2013, 92-93.) Tämän jälkeen aineistoa tematisoidaan tai tyypitellään informaatioarvon kasvattamiseksi, ja siitä ryhdytään etsimään yhteyksiä teoriaan. Eskolan (2018, 223-227) mukaan kirjoittaminen on osa analyysiprosessia, ja aineiston perusteella kirjoitettua analyysiä täydennetään viittauksilla teoriaan ja liitetään aikaisempi kirjallisuus omaan analyysiin.

Analyysin tapoja voi olla aineistolähtöinen, teoriasidonnainen eli teoriaohjaava, tai teorialähtöinen sisällönanalyysi. Tässä työssä menetelmäksi on valittu teoriaohjaava analyysi, jossa analyysi kytkeytyy teoriaan, mutta etenee aineiston ehdoilla. Analyysi siis aloitetaan samalla tavalla kuten aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä, mutta teoreettisia käsitteitä ei johdeta aineistosta, vaan ne tuodaan teoriasta valmiina. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 117; Eskola 2018, 212-213.) Taulukossa 1 on esimerkki aineiston analyysistä lähtien haastateltavan käyttämästä ilmaisusta pelkistettyyn ilmaisuun, alaluokkaan ja

pääluokkaan. Kaikki esimerkit liittyvät keholliseen tietoon ja sen ilmenemiseen haastatteluissa. Osa alkuperäisistä ilmauksista on käännetty englannista suomeksi.

Taulukko 1. Esimerkki kehollisen tiedon luokkaan kuuluvan aineiston analyysistä.

Alkuperäinen lausuma	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka
”...tuntui, että on tosi vaikeaa tavallisille ihmisille seurata sitä dieettiä. [...] Minulla on arkinen elämäni ja pitää opiskella ja käydä töissä, ja seurata hänen dieettiään, se on tosi vaikeaa koska minulla oli koko ajan nälkä enkä voi harrastaa liikuntaa niin usein kuin hän, niin se tuntui tosi vaikealta [...]”	Ristiriita arjen vaatimusten ja dieetin välillä; jatkuva nälkä ja rajalliset mahdollisuudet liikuntaan.	Muualta hankitun tiedon ja kehollisen tiedon ristiriita	Kehollinen tieto
Kyllä, olin uupunut ja nälkäinen. Kaikista eniten, en voinut pysyä tällä dieetillä, koska tajusin, lopetin koska minulla ei ollut yhtään energiaa.	Uupumus ja nälkä, voimaton olo dieetillä		
En ole kovin pitkäjänteinen enkä kovin tietoinen, niin en ole huomannut mitään muutoksia tai mitään mitä parantaa. [...] luulen että minulta puuttuu havainnointikykyä (omasta kehostani).	Vaikeus pitäytyä tehdyissä terveystietämisen muutoksissa, vaikeus havainnoida muutoksia	Kehollisen tiedon heikko lukutaito	
On semmosta väsymystä ja myös sitä että vaaka näyttää, tai vaatteet kiristää, mutta myös semmosta väsymystä ja yleistä huonoa oloa, huomaa että on jotenki huonovointinen.	Yleinen hyvinvoinnin heikentyminen sekä painon ja kehon mitattavat muutokset	Kehollisen tiedon ja mitattavan terveystiedon yhdistäminen	

4.6 Aineiston käsittely

Aineisto nauhoitettiin 3GP-tiedostoina puhelimella, ja litteroitiin selaimen kautta käytettävää, ilmaista oTranscribe-ohjelmaa apuna käyttäen. Ohjelmaa varten äänitiedostot piti muuntaa MP3-tiedostoiksi, tämä tehtiin myös selaimen kautta ilmaiseksi käytettävällä ohjelmalla, Online Uniconverter. Aineisto litteroitiin sanasta sanaan, mutta esimerkiksi taukoja tai äännähdyksiä ei merkitty litterointiin. Puheenvuorot merkittiin tunnuksilla L (haastattelija) ja H (haastateltava). Haastateltavien yksilölliset tunnukset olivat siis H1-H11. Aineistoa teemoiteltiin ensin Word-dokumenttiin ja sitten Excelin avulla.

Aineiston käsittely aloitettiin lukemalla litteroitu materiaali, ja tekemällä siitä muistiinpanoja haastatteluteemojen mukaan. Tässä vaiheessa englanninkielistä aineistoa käännettiin suomeksi, ja muistiinpanoihin tiivistettiin vastausten sisältöä suomeksi. Analysointivaiheessa tiivistelmän rinnalla käytettiin koko ajan myös alkuperäistä litteroitua aineistoa, jotta vastausten tarkkoja sanamuotoja voitiin tarkistaa alkuperäisestä, ja vältettäisiin mahdolliset virhetulkinnat. Aineistosta tehdyt lainaukset lukuun 6 on käännetty englanniksi tehtyjen haastattelujen osalta suomeksi mahdollisimman suoraan, niin että alkuperäinen merkitys ja ymmärrettävyys säilyvät. Joissakin kohdissa on mainittu sulkeissa haastateltavan käyttämä englanninkielinen ilmaus.

Aineiston alustava analyysi aloitettiin jo ennen kaikkien haastattelujen valmistumista. Aineistoa teemoiteltiin haastatteluteemojen mukaan, mutta myös aineistosta nousevien teemojen mukaisesti. Teemojen mukaisen analyysin lisäksi aineistosta tarkasteltiin tiedonhankinnan tapoja teorian mukaan, käyttäen McKenzien (2003a, 257) tiedonhankintakäytäntöjen laajennetun mallin luokittelua erilaisista tiedonhankinnan käytännöistä (aktiivinen tiedonetsintä, aktiivinen selailu, kohdentumaton seuranta, tiedon saaminen toisen henkilön kautta, informaatiosta pidättäytyminen ja informaation jakaminen). Aineistosta poimittiin myös Wilsonin (1997) informaatiokäyttäytymisen mallin mukaisia väliin tulevia muuttujia. Tarkasteltaviksi muuttujiksi valittiin psykologiset tekijät, ihmisten väliset roolit ja suhteet, ympäristö sekä lähteen ominaisuudet. Demografiset tekijät jätettiin sivuun analyysistä useista eri syistä.

Tutkimukseen haastatellut olivat kotoisin eri maista ja jopa eri maanosista, joten heidän taustansa olivat erilaisia eivätkä helposti verrattavissa toisiinsa. Esimerkiksi koulussa saatavan terveystiedon opetuksen eroja tai kulttuurieroja ei ollut mahdollista huomioida tämän tutkimuksen puitteissa. Toisaalta nykyinen elämäntilanne, opiskelijuus tai vasta päättyneet opinnot ja ikä, yhdistivät kaikkia haastateltavia.

5 TULOKSET

Tässä luvussa esitellään aineistosta sisällönanalyysin avulla saadut tulokset, ja vastaukset tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymykset olivat:

1. Minkälaisia terveystietokäyttäytymisen tapoja nuorilla naisilla on sosiaalisessa mediassa?
2. Mikä on kehollisen tiedon rooli terveystietokäyttäytymisessä?
 - a. Aktivoiko kehollinen tieto lisätiedon hankintaan ulkoisista lähteistä, ja aktivoiko muualta saatu tieto kehollisen tiedon havainnointiin ja huomioon ottamiseen?
 - b. Minkälaisia vaikutuksia on kehollisen tiedon ja muista lähteistä saadun tiedon ristiriitatilanteilla?
3. Mitkä tekijät vaikuttavat kognitiivisten auktoriteettien muodostumiseen terveystiedon kontekstissa?

Alaluvussa 5.1 käsitellään haastateltavien terveystietokäyttäytymisen tapoja sosiaalisessa mediassa, internetissä ja muussa sosiaalisessa kanssakäymisessä. Luvussa 5.2 tarkastellaan kehollista tietoa, sen havainnointia ja vaikutusta tiedonhankintaan, sekä muita tiedonhakuun vaikuttavia tekijöitä. Luvut 5.3 ja 5.4 kuvaavat kognitiivisten auktoriteettien muodostumista terveystiedon kontekstissa ja auktoriteettien sekä luotettavuuden arvioinnin vaihtelua aiheittain. Luvussa 5.5 käsitellään tiedon saamista terveydenhuollossa, ja terveydenhuollon kokemusten vaikutusta tiedonhankintaan.

Haastateltavat olivat 20-29-vuotiaita. Yksi haastateltavista oli vasta valmistunut ja siirtynyt jo työelämään, ja yksi opiskeli työn ohessa ammattikorkeakoulussa. Muut haastateltavat olivat päätoimisia opiskelijoita, joista yksi opiskeli ammattikorkeakoulussa ja loput yliopistossa. Yliopisto-opiskelijoista suurin osa oli vaihto-opiskelijoita. Haastateltavien äidinkielet olivat suomi, korea, espanja, venäjä, englantia, ranska ja italia, ja heidän kotimaansa olivat Suomi, Korea, Argentiina, Venäjä, Ukraina, Ranska, Italia ja Iso-Britannia. Vertailu eri maiden välillä ei tehty, koska lähes kaikki haastateltavat olivat eri maista kotoisin. Vaikka haastateltavat olivat useista eri maista ja maanosista kotoisin, vastauksista löytyi paljon yhteneväisyyksiä tiedonlähteiden ja informaatiokäytäntöjen

suhteen. Kolmella haastateltavista oli krooninen sairaus, joka vaikutti heidän terveydentilaansa ja terveyskäyttäytymiseensä. Sairauksista huolimatta nämä haastateltavat kokivat terveydentilansa muutoin hyväksi, kuten muutkin haastateltavat. Nuoria koskevassa tutkimuksessa hyvä terveydentila on tavallista, koska tyypillisesti nuoret aikuiset kokevat terveydentilansa vähintään melko hyväksi. Askolan, Atshusin ja Huotarin (2010) terveystietoa koskevassa tutkimuksessa valtaosa osallistuneista opiskelijoista arvioi terveydentilansa vähintään keskiverroksi, ja tuoreemmassa terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksessa 83 % prosenttia nuorista naisista arvioi terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi. Suomalaisista nuorista aikuisista kootussa aineistossa 31 % naisista ilmoitti että heillä oli todettu jokin pitkäaikainen sairaus. Näiden tulosten perusteella pitkäaikaissairaus ei siis välttämättä heikennä koettua terveydentilaa merkittävästi. (Jääskeläinen ym. 2019, 2-3.)

5.1 Terveystietokäyttäytyminen internetissä, sosiaalisessa mediassa ja muissa ympäristöissä

Jokaisella haastateltavalla oli käytössään sosiaalisen median tilejä. Yhtä lukuun ottamatta jokaisella haastateltavalla oli käytössään Instagram-tili, ja sitä myös käytettiin aktiivisimmin. Myös Facebook-tili löytyi lähes jokaiselta vastaajalta, mutta sen käyttö oli suurimmalla osalla satunnaisempaa. Lisäksi yhdellä haastateltavalla oli tili venäläisessä VKontakte-palvelussa, joka muistuttaa Facebookia. Erilaisia keskustelufoorumeita sekä Youtubea tiedonlähteenä käytti myös usea haastateltava, satunnaisemmin käytössä olivat Tumblr, Pinterest ja Twitter.

Kuten aikaisemmassakin tutkimuksessa on tullut ilmi (ks. esim. Johnson & Case 2012, 82; Rennis ym. 2015, 422), internet on tärkeä ja usein ensimmäinen lähde, jonka puoleen terveystiedon hankinnassa käännytään. Internet ja sosiaalinen media olivat käytössä terveystiedon lähteenä jopa silloin, kun käyttäjällä oli epäilyksiä tiedon luotettavuudesta tai yleisesti käytön negatiivisista vaikutuksista. Tähän on useita syitä, esimerkiksi tottumus ja tiedon ymmärrettävyys. Haastateltavat kuvasivat myös käytön helppoutta ja saavutettavuutta, kuten kysyttäessä tiedon etsimisen tavoista.

L: Voisitko aluksi kuvailla, miten etsit terveyteen liittyvää tietoa, mistä saat tietoa kun tarvitset sitä?

H2: Yksinkertaisin vastaus on älypuhelin ja tietokone. Käytän kannettavaa tietokonetta kotona, ja älypuhelin muissa paikoissa.

Lähteen valintaan saattaa vaikuttaa myös tarve yksityisyyteen. Eräs haastateltavista ei mielellään keskustellut terveysasioista muiden kanssa, ja internetistä tietoa on mahdollista etsiä anonyymisti.

Ensimmäiseksi menen Googleen, en Facebookiin tai Instagramiin, koska totta puhuakseni, en halua kuvailla oireitani kavereille kysyäkseeni neuvoa, en halua kertoa heille, jos minulla on vaikka jotain kipuja. Olen ujo puhumaan kavereille. Vanhemmilta saatan kysyä, mutta ensiksi se on Google, teen haun, ja luen niitä sivuja. (H8)

Kuten edellä olevasta esimerkistä tulee ilmi, kaikki haastateltavat eivät halunneet käyttää sosiaalista mediaa terveystiedon lähteenä. Yksityisyyden lisäksi syynä muiden lähteiden suosimiseen oli tiedon epäluotettavuus. Yhtä lukuun ottamatta kaikki haastateltavat olivat kuitenkin kohdanneet terveystietoa sosiaalisen median kautta, joko itse etsien tai sattumalta. Sosiaalisen median käytössä suuressa roolissa onkin tiedon kohtaaminen, joka sijoittuu McKenzién (2003b, 257) informaatiokäytäntöjen mallissa pääasiassa kategorioiden kohdentumaton toimintaympäristön seuranta ja aktiivinen selailu. Useat haastateltavat kertoivat kohtaavansa terveystietoa sosiaalisessa mediassa päivittäin tai lähes päivittäin. Kyseessä voi olla kohtaaminen sattumalta, kuten etsiessä jotain muuta tietoa. Esimerkiksi haastateltava, joka kertoi, ettei etsi aktiivisesti terveyteen liittyvää tietoa sosiaalisesta mediasta, kuvaili kohtaavansa sitä joka tapauksessa.

Tiedäthän sen hakuosion Instagramissa, joka muuttuu koko ajan preferenssien mukaan. Eli koska rakastan ruoanlaittoa, monesti sinne ilmestyy niin kuin terveellisiä ruokia ja sen sellaista, tai ehkä mitä pitäisi tehdä, että voi laihtua tai saada paremman vartalon. (H3)

Tiedon kohtaaminen sosiaalisessa mediassa ei kuitenkaan yleensä ole täysin sattumanvaraista. Kuten yllä olevassa esimerkissä, oma hakuhistoria ja seurattavat tilit vaikuttavat algoritmiin, joka tarjoaa käyttäjälle uutta sisältöä. Toinen piirre, joka johtaa tiedon kohtamiseen on niiden tilien valinta, joita käyttäjä seuraa. Kaikki päivittäin tai lähes päivittäin terveystietoa saavat haastateltavat kertoivat seuraavansa joitain sosiaalisen median tilejä, joiden pääasiallinen aihepiiri oli hyvinvointi, terveys, liikunta tai laihduttaminen. Tällöin aktiivinen tiedonhaku on täytynyt tehdä vain kerran, ja kun tiliä alkaa seuraamaan tai tykkää sivustosta, julkaisut ja informaatio tulevat uutisvirtaan automaattisesti. Tässä tapauksessa voidaan puhua Wilsonin (1997) mallin passiivisesta etsinnästä, tai McKenzien (2003a) termein aktiivisesta selailusta, kun omasta sosiaalisen median syötteestä on luotu potentiaalinen terveystiedon informaatioympäristö.

Sosiaalisessa mediassa kohdataan myös ei-toivottua tietoa, joka voi herättää negatiivisia tunteita kuten ärtymystä. Osa siitä tulee mainosten välityksellä, mutta myös muiden jakamana. Jaettu informaatio voi olla esimerkiksi linkki vaihtoehtohoitoja käsittelevään blogipostaukseen. Ei-toivottua terveystietoa voitiin kohdata myös Instagramin suositteluja julkaisuja selaamalla, ja ne liittyivät yleensä laihduttamiseen tai vaihtoehtoisiin hoitomuotoihin. Terveystieto voi aiheuttaa myös pelkoa ja huolestumista, ja olla siksi ei-toivottua (Kosenko, Harvey-Knowles & Hurley 2014, 821-822). Yksi haastateltavista toi esille aikaisemmassakin tutkimuksessa esiintyneen ilmiön, jossa tiedon etsiminen oireista voi johtaa vakavien sairauksien epäilemiseen ja siten aiheuttaa ahdistusta (White & Hirvitz 2009, 8). Haastateltava kertoi pidättäytyvänsä liiasta tiedonhausta jos koki joitain oireita, ja käyttävänsä vain vähän aikaa tiedon etsimiseen ja sen lukemiseen.

Useissa haastatteluissa tiedonhankinnan motivaationa oli huolehtiminen omasta terveydestä ja jaksamisesta, ja ennaltaehkäisevää terveyskäyttäytymistä kuten terveellistä ruokavaliota pidettiin tärkeänä. Yleinen uteliaisuus, ajan tasalla pysyminen ja sosiaaliset syyt motivoivat myös osaa haastateltavista tiedonhankintaan.

Pääasiallinen syy on tieto itsessään, haluan pitää itseni ajan tasalla, vaikka minulla ei olisikaan tiettyä sairautta, on hyödyllistä tietää siitä. (H7)

Ihan vain ollakseen avoimempi, tietääkseen enemmän. Se on kiinnostavaa, en ole lääketieteen alalla, mutta jotkut asiat lääketieteessä ovat kiinnostavia, ja oppiakseni lisää, etsin tällaista tietoa. (H8)

Joskus, jos tiedän että jollakin tutulla on joku sairaus, haluan hankkia tietoa, että tietäisin miten suhtautua heihin, että en tee heidän oloaan hankalaksi. (H7)

Sitten toisinaan ihan puhtaasta mielenkiinnosta asioita, mua kiinnostaa, miten ihmisten aivot toimii ja semmosta. (H9)

Tiedonhankintaan johtivat myös omat oireet tai sairaudet, ja halu löytää vertaistukea ja lukea toisten kokemuksia samasta tilanteesta. Myös tiedontarve liikunnan tai uuden lajin aloittamisen yhteydessä oli tiedonhankinnan syynä. Haastateltavat kuvasivat myös hyvin spesifejä tiedontarpeita, kuten jonkin liikkeen oikeanlaiseen suorittamiseen liittyviä visuaalisia ohjeita.

5.1.1 Terveys ja ulkonäkö

Haastateltavat saivat paljon tietoa terveydestä sosiaalisen median kautta, mutta toivat esille myös sen varjopuolia. Yksi haastateltava kertoi sairastaneensa aikaisemmin syömishäiriötä, ja hän koki sosiaalisesta mediasta tulevien paineiden vaikuttaneen sairastumiseen voimakkaasti. Hän käytti edelleen sosiaalista mediaa ja etenkin Instagramia tiedonlähteenä, mutta ei oman sairastumisensa vuoksi kuitenkaan pitänyt sitä hyvänä tiedonlähteenä sen aiheuttamien ulkonäköpaineiden vuoksi eikä suosittelisi sen käyttöä toisille.

Luulen että syy, miksi minulla oli tämä [syömishäiriö], oli Instagram. Siellä on niin paljon vaikuttajia, jotka syövät paljon mutta näyttävät hyvältä [...]

haluan olla kuten he, mutta samalla haluan syödä jotain, ja tämä ristiriita aiheutti tämän sairauden. (H1)

Haastateltava ei ole yksin tämän ajatuksensa kanssa, vaan riski on tunnustettu myös Instagramissa. Tämän voi nähdä muun muassa siitä, että Instagramin ohje- ja tukikeskuksesta löytyy osio ”Tietoja syömishäiriöistä,” jossa kerrotaan miten syömishäiriön voi tunnistaa, annetaan vinkkejä, miten toimia, jos epäilee kaverillaan syömishäiriötä, ja tarjotaan linkkejä joidenkin maiden syömishäiriöliittojen internet-sivuille. (Instagram 2020a.) Myös Riesmeyerin, Hauswaldin ja Mergenin (2019) tutkimuksessa haastateltavat kuvailivat Instagramin negatiivista vaikutusta henkiseen hyvinvointiin. Sosiaalinen media voi ruokkia itsetunto-ongelmia ja huonommuuden tunnetta. Sosiaalisen median uutisvirrasta voi ulkonäköpaineiden lisäksi saada vaikutelman, että kaikki muut syövät aina terveellisesti, mikä voi aiheuttaa syyllisyyttä omasta ruokavaliosta. Ainakin osalla haastatelluista oli kuitenkin käsitys siitä, että sosiaalinen media mahdollistaa valheellisuuden tai kertomatta jättämisen esimerkiksi ruokavalion suhteen. Siitä huolimatta tietynlaisen viestin toistuminen jatkuvasti voi vaikuttaa käyttäytymiseen. (Riesmeyer, Hauswald & Mergen 2019, 164-165, 166.) Instagram kanavana korostui negatiivisessa valossa. Syitä tähän voi olla kanavan visuaalisuus, ja toisena syynä sen käytön yleisyys. Aineiston perusteella lähes jokaisen haastateltavan käytetyin sosiaalisen median kanava oli Instagram.

Ulkonäköpaineet sekä terveyden ja laihuuden yhdistäminen toisiinsa nousivat merkittävällä tavalla esille tuloksissa, ja sosiaalisen median rooli näissä paineissa oli suuri. Samansuuntaisia tuloksia on saatu aikaisemmassakin tutkimuksessa sosiaalisesta mediasta ja terveystietoisuudesta (Riesmeyer, Hauswald & Mergen 2019, 165). Aina syynä ei ole kuitenkaan sosiaalinen media, ja samankaltaisia käsityksiä ja paineita oli myös niillä haastateltavilla, joiden sosiaalisen median käyttö oli vähäisempää, ja jotka eivät käyttäneet sitä terveystiedon hankintaan. Terveystietoisuudessa liittyvissä kampanjoissakin paino ja kehon koko saatetaan nostaa terveyden mittariksi, ohi omien tunteiden ja terveellisten elämäntapojen (Ginsberg & Johnson 2015, 207-222). Osa haastateltavista tunnisti vaatimukset ja nautinnosta luopumisen, joihin laihtuminen tavoiteltiin, ja puhui niistä hyvin avoimesti.

Hoikkana pysyminen on todella tärkeää, tärkeämpää kuin ruoasta nauttiminen. (H8)

Olen pahoillani, että tein keholleni jotain mikä ei ole normaalia, kuten söin vain yhden banaanin päivässä. (H2)

Hyvässä kunnossa pysyminen on niin tärkeää, ja vaivaamme toisiamme sillä asialla koko ajan [...] olemme ihan pakkomielteisiä sen kaloreiden laskemisen kanssa. (H8)

Taulukossa 2 esitetään liikuntaan, ruokavalioon ja painon pudottamiseen liittyvien julkaisujen määriä Instagramissa eri aihesanojen avulla. Erityisesti Instagram-vaikuttajat, joilla on paljon seuraajia, käyttävät paljon aihetunnisteita saavuttaakseen mahdollisimman suuren yleisön julkaisuilleen. On siis mahdollista, että kaikkia tai ainakin useita taulukossa lueteltuja aihetunnisteita saatettaisiin käyttää samassa julkaisussa.

Taulukko 2. Suosittuja terveyskäyttäytymiseen liittyviä avainsanoja Instagramissa (Instagram 2020b).

Avainsana	julkaisujen määrä
#fitness	386 milj.
#workout	157 milj.
#fit	155 milj.
#health	114 milj.
#fitnessmotivation	80.8 milj.
#healthyfood	74.2 milj.
#weightloss	63.3 milj.
#healthylifestyle	60.1 milj.
#weightlossjourney	35.1 milj.
#fitnessjourney	22 milj.
#fitnesslifestyle	11.4 milj.

Sosiaalisesta mediasta ja muusta mediasta saatava informaatio voi kuitenkin vaikuttaa myös positiivisesti asenteisiin ja terveyskäyttäytymiseen. Yksi haastateltavista kertoi positiivisesta muutoksesta omassa mielialassaan ja suhtautumisessaan terveyteen opittuaan kehopositiivisuudesta naisille suunnatun aikakauslehden ja Youtube-videoiden kautta. Laihuuden tavoittelu vaihtui hänen terveyskäyttäytymisessään terveellisten elämäntapojen noudattamiseen, ja tällä oli positiivinen vaikutus sekä mielenterveyteen että fyysiseen vointiin. Osa muistakin haastateltavista kuvasi samankaltaista muutosta suhtautumisessaan terveyteen sekä ulkonäköön, ja tämä muutos vaikutti myös sosiaalisen median käyttöön, joka väheni, ja myös käytetyt sisällöt vaihtuivat. Muutos suhtautumisessa oli tapahtunut yleensä iän myötä, ja aikaisempaa painon tarkkailua ja laihduttamista kuvattiin joissakin vastauksissa pakkomielteiseksi. Osalla haastateltavista tätä muutosta ei ollut tapahtunut, ja heidän terveyskäyttäytymistään ja tiedonhankintaansa leimasi edelleen tiedon etsiminen laihduttamisesta. Asian tärkeys vaihteli, mutta lähes kaikki haastateltavat kertoivat jossain vaiheessa elämää kokeneensa paineita ulkonäön ja erityisesti painon suhteen, tai tarvetta laihduttamiseen.

5.1.2 Tiedon jakaminen

Haastateltavat jakoivat jonkin verran terveystietoa omissa sosiaalisen median kanavissaan. Jaettua materiaalia oli muun muassa julkaisut omasta liikunnan harrastamisesta, ruokakuvat tai yleinen informaatio omasta sairaudesta. Motivaationa esimerkiksi treenien ja ruokailujen jakamiseen oli oman arjen tapahtumista kertominen tai erityisen onnistuneen ruokalajin ja siitä otetun kuvan jakaminen, ei niinkään tarkoitus jakaa tietoa terveydestä tai hyvinvoinnista yleisesti.

Teen Instagram-tarinoita [terveyteen liittyvistä asioista] tai jotain, mutta enemmän sen takia, että se oli sitä mitä tein sinä päivänä, en tarkoitukseni inspiroida muita tai jakaa tietoa. (H6)

Samoin kuten Pálsdóttirin (2014) tutkimuksessa sosiaalisen median käytöstä, myös tässä tutkimuksessa muiden tekemien julkaisuiden ja jakamien linkkien tarkastelu oli

haastateltavien keskuudessa yleisempää kuin tiedon itse jakaminen. Enemmän kuin sosiaalisessa mediassa, terveystietoa jaettiin kavereiden kesken henkilökohtaisissa keskusteluissa, joko kasvotusten tai viestien ja puheluiden välityksellä. Henkilökohtaisten suhteiden suosiminen terveystiedon lähteenä noudattaa sekin aikaisempia tutkimustuloksia (Ek 2013, 742; Pálsdóttir 2014). Tiedon ja neuvojen jakaminen oli pääsääntöisesti vastavuoroista, ja liittyi esimerkiksi ruokavalioon, mutta myös sairauksiin tai terveysongelmiin. Lähteitä ja seurattavia tilejä saatettiin myös ehdottaa kavereille, jos he olivat kiinnostuneet samoista asioista.

Joskus ehdotan tutuille, että he seuraisivat samoja ihmisiä kuin minä, että he saisivat ne samat tiedot, jos heillä on jotain epäilyksiä. Joskus myös ehdotan, että katsotaan jotain yhdessä. (H7)

Joskus jaamme linkkejä kavereiden kesken, tai tägäämme toisiamme, että tämä voisi olla tosi hyvä sinulle, mutta ei kauhean usein, joskus tehdään niin. (H1)

Erilaisia vinkkejä ja neuvoja jaettiin kavereiden kesken enemmän kuin pelkkiä tiedonlähteitä. Keskustelujen ja tiedon jakamisen aiheet vaihtelivat, mutta kaikki haastateltavat keskustelivat terveydestä ja hyvinvoinnista muiden kanssa ja jakoivat kokemuksia tai neuvoja ainakin joskus. Aikaisemmassakin tutkimuksessa on tullut esille, että erityisesti nuoret naiset saavat paljon terveystietoa keskusteluissa kavereiden kanssa, ja tämä tiedon jakaminen on yleensä vastavuoroista (Ek 2013, 742; Yates 2015, 255).

Tässä on tämmönen kiva terveellinen kasvisateria, kannattaa kokeilla, mutta ei se oo mitenkään jokapäiväistä, että siitä puhutaan. (H9)

Osalle terveysaiheiset neuvot ja keskustelut olivat vain esimerkiksi ruokavalioon liittyviä vinkkejä kuten yllä olevassa esimerkissä, toisilla myös sairauksiin ja niiden hoitoon liittyvää neuvontaa. Neljä haastateltavaa kertoi, että he antoivat kavereilleen neuvoja terveysasioissa myös sairauksien suhteen. Yhdellä haastateltavista tämä liittyi terveysalan koulutukseen, ja häneltä kysyttiin neuvoa aktiivisesti. Yksi haastateltava sanoi, ettei

neuvo ketään sairauksien hoidossa koska ei ole alan ammattilainen, mutta kertoi toisaalta jakavansa vinkkejä vaihtoehtoisista hoitomuodoista kuten aromaterapiasta ja lääkkeettömistä hoitomuodoista. Kaikki kuitenkin painottivat, että kehottivat keskustelukumppania joka tapauksessa menemään lääkäriin. Vastuuta itse jaetun tiedon ja annettujen neuvojen tarkastamisesta siirrettiin neuvojen saajalle. Toisaalta yksikään haastateltava ei tuonut esille itse koskaan epäilleensä tai tarkistaneensa kavereilta saatua terveystietoa. Yleisesti luotettavina pidettyjen henkilöiden antamaan tietoon luotetaankin yleensä myös silloin, kun tällä henkilöllä ei ole erityistä asiantuntemusta kyseisestä aiheesta (Lankes 2008, 681).

Yritin etsiä sitä tietoa internetistä, mutta luottaako siihen vai ei, se on kaverini päätös. Lähetin hänelle kaikkea tietoa ja linkkejä, ja koitimme keskustella siitä, mutta lopuksi sanoin, että tämä on vain tyhjää puhetta, sinun pitäisi kuitenkin mennä lääkäriin. (H8)

Toisille annetuissa neuvoissa korostettiin terveystiedon yksilöllisyyttä, ja sitä etteivät kaikki neuvot välttämättä sovi kaikille. Silti terveystietoa jaettiin ja saatiin kavereiden ja ystävien kesken usein. Kavereiden ja tuttavien lisäksi tärkeä terveystiedon lähde suurelle osalle haastateltavia oli omat vanhemmat. Aikaisemman kirjallisuuden perusteella erityisesti äidit ovat kognitiivinen auktoriteetti terveyteen liittyvässä tiedossa (Wilson 1983 126-137; Hemminki 2003, 265-268). Useilla haastateltavista joko toinen tai molemmat vanhemmat työskentelivät terveydenhuollon alalla, ja terveystiedon hankinnassa ensimmäinen lähde oli usein kysyminen heiltä. Tietoa kysyttiin useimmin sairauksiin tai oireisiin liittyen, ja terveyttä edistävää tietoa etsittiin enemmän itsenäisesti muista lähteistä. Tietoa saatiin vanhemmilta myös kysymättä, ja kahden haastateltavan tapauksessa vanhempi toimi myös vertaistukena saman diagnoosin vuoksi.

5.2 Kehollinen tieto

Haastateltavat kuvailivat kehollista tietoa ja sen havainnointia kehon kuuntelemisena, ja sellaisena tunteena, että keho haluaa jotakin. Negatiivisia tuntemuksia kuvailtiin energian

puutteena ja väsymyksenä, epämukavuutena, yleisenä huonona olona ja painavana tunteena (feeling heavy). Positiivista kehollista tietoa kuvailtiin sen sijaan energisyytenä, aktiivisuutena ja kevyenä olona. Positiivisiin kehollisiin tuntemuksiin liittyi usein myös mielialan parantuminen ja positiivisempi suhtautuminen itseän. Joskus kehollista tietoa yhdistettiin myös mitattavissa olevaan tietoon, ja siten varmistettiin omia havaintoja. Tällainen eri tavoin hankitun tiedon yhdistely voi auttaa kehittymään kehollisen tiedon lukutaidossa (St. Jean, Jindal & Chan 2018, 289, 305-308). Muualta saatu tieto voi myös tukea omia havaintoja, jos niistä on epävarma tai kokee kehollisen tiedon lukutaitonsa heikoksi. Erään haastateltavan tapauksessa heikko kehollisen tiedon lukutaito vähensi motivaatiota tehdä muutoksia terveystyötytymiseen tai pitäytyä tehdyissä muutoksissa, koska niiden vaikutusten havainnointi oli hänelle hankalaa.

Kehollinen tieto ja muutokset omassa voinnissa vaikuttivat tiedon hankintaan, muualta saadun tiedon soveltamiseen, ja usein myös tiedosta luopumiseen. Positiivinen muutos hyvinvoinnissa kannusti jatkamaan käyttöön otettuja terveystyötytymisen tapoja, ja toisaalta tieto omaksuttujen terveystyötytymisen tapojen hyödyistä lisäsi motivaatiota niiden soveltamiseen ja jatkamiseen. Kuten aikaisemmassa tutkimuksessa on tullut ilmi, kehollinen tieto voi siis sekä motivoida että haitata toimintaa ja muualta tulevan tiedon käyttöä (St. Jean, Jindahl & Chan 2018, 309). Terveystyötytymisen muutoksilla oli positiivinen vaikutus myös henkiseen hyvinvointiin, vaikka fyysiset vaikutukset eivät kaikissa tapauksissa olleetkaan havaittavissa.

Aloimme harrastaa liikuntaa joka päivä, käydä kävelyllä tai kuntoilla vähän. Silloin minusta tuntui, että kehoni halusi sitä. (H2)

Ei oikeastaan fyysisesti, mutta henkisesti, voin paremmin henkisellä tasolla. (H7)

Oon huomannut, että on jotenkin parempi fiilis itsestään, vähän enemmän energiaa. (H9)

Pääasiallisia kehollisia syitä, jotka saivat hakemaan tietoa ulkoisista lähteistä, olivat akuutit kivut ja vaivat, kuten päänsärky, tai muut oireet, kuten jatkuva väsymys. Jos sairastuminen vaati lääkärin hoitoa, omatoimista tiedonhankintaa esiintyi harvemmin kuin lievempien oireiden yhteydessä. Jotkut haastateltavat kuvasivat myös tilanteita, joissa kehollinen tieto johti lisätiedon etsimiseen terveyden edistämisen tueksi. Yksi haastateltava kertoi, että oli alkanut pohtia ruokavalion muutosta koska ei kokenut voivansa hyvin, ja sai siihen neuvoja useista lähteistä.

L: Mistä oot sitte saanut tätä ruokavalioon liittyvää tietoa, ootko saanut sitäkin vanhemmilta, vai muualta?

H9: Vanhemmilta oon saanut hyviä vinkkejä ja sitten joiltain kavereilta, ja sitten mää kävin tuolla koulun terveydenhoitajalla, niin sekin antoi vinkkejä siihen [ruokavalioon].

Yleensä teen muutoksia sen mukaan, miten voin, ja jos se on jotain mikä jatkuu, sitten menen etsimään lisää tietoa. (H7)

Kehollinen tieto johti jo omaksutusta tiedosta luopumiseen useammin kuin tiedonhankintaan. Kun tiedonhankinnan taustalla oli ollut halu esimerkiksi laihtua, löydetty dieetti saattoi olla liian rajoittava ja johtaa sekä jatkuvaan nälkään että henkiseen stressaantumiseen. Itselle sopimatonta tietoa ja neuvoja ei kuitenkaan pidetty epäluotettavana tai vääränä, vaan siitä luopuminen perusteltiin siten, ettei se sopinut itselle tai omaan elämäntilanteeseen. Yksi haastateltava kertoi kokeilleensa Instagram-vaikuttajalta oppimaansa ruokavaliota, ja myöhemmin lopettaneensa sen koska oli jatkuvasti nälkäinen ja voimaton. Hän perusteli tämän siten, että kyseisen vaikuttajan työ on näyttää hyvältä ja treenata, eikä samanlainen elämäntyyli sovi opiskelijalle, jonka täytyy jaksaa käydä luennoilla ja jonka arki ei voi olla niin aikataulutettua. Samankaltainen kokemus oli toisellakin haastateltavalla, joka oli kokenut tarkasti rajatut annoskoot liian pieniksi, ja niiden mittaamisen työlääksi ja stressaavaksi. Nämä kokemukset ovat yhteneväisiä St. Jeanin, Jindahlin ja Chanin (2018, 309) mallissa kuvattuun motivaation vähenemiseen kehollisen tiedon perusteella.

L: Oliko se siis työstä mitata kaikki, vai oliko se myös fyysisesti, olitko nälkäinen tai [...].

H7: Henkisesti stressaavaa mutta myös, en ollut tyytyväinen annoksiin, luulen että kehoni tarvitsi vähän enemmän. Niin se oli tosi stressaavaa myös fyysisellä tasolla.

Toisten kehollinen tieto voi myös toimia sekä esteenä että edistäjänä terveyteen liittyvän tiedon hankinnassa ja käytössä, kuten myös aikaisemmassa tutkimuksessa on tullut ilmi (Riesmeyer, Hauswald & Mergen 2019, 164; Pilgrim & Bohnet-Joschko 2019, 7). Sosiaalisen median vaikuttaja voi omaa kehollista tietoaan ja kuviaan jakamalla kannustaa ja inspiroida ottamaan samoja tai markkinoimiaan terveyskäyttäytymisen tapoja käyttöön, joista tosin edellä olevissa esimerkeissä myöhemmin luovuttiin. Kehollista tietoaan jakamalla ja mentorina toimimalla vaikuttajalle voi myös syntyä auktoriteettia käyttäjän suhteen. Haastateltaville oma kehollinen tieto oli hyvin henkilökohtaista, eivätkä he halunneet yleistää omia kehollisia havaintojaan koskemaan muita. Tämä ilmeni esimerkiksi yksilöllisyyden korostamisena, kun omia kokemuksia jaettiin muille. Kognitiivisia auktoriteetteja ja luotettavuutta käsitellään laajemmin luvuissa 5.3 ja 5.4.

Aikaisemmassa tutkimuksessa on tullut esille, että terveydenhuollossa potilaan kehollinen tieto saatetaan sivuuttaa, ja tästä voi aiheutua sekä henkistä että fyysistä haittaa (Jordan 2014, 96, 101). Samankaltainen tilanne voi tapahtua myös itsenäisesti etsityn tiedon soveltamisessa, kuten liian niukkaenergisissä ja tarkkaan määritellyissä dieeteissä, joita haastateltavat kuvasivat. Tällöin oman kehon tuottama tieto sivuutetaan, ja luottamus asetetaan mieluummin ulkopuolelta tulevaan tietoon. Näissä tilanteissa on kuitenkin mahdollista itse korjata tilanne, kuten haastateltavien kertomissa esimerkeissä oli lopulta toimittu.

5.3 Kognitiiviset auktoriteetit

Kognitiivinen auktoriteetti on luotettu lähde, jolle annetaan tietoisesti vaikutusvaltaa (Wilson 1983, 15). Kognitiivisten auktoriteettien puoleen saatetaan kääntyä suorilla

kysymyksillä, jos kyseessä on läheinen tai tuttu, tai esimerkiksi lukemalla henkilön julkaisemia tekstejä tai katsomalla videoita. Aineistossa tyypillisin peruste kognitiiviselle auktoriteetille oli terveydenhuollon alan koulutus, ja lääkäreihin ja hoitajiin luotettiin lähes poikkeuksetta. Myös vastavuoroisuus ja hyvät kokemukset synnyttävät kognitiivista auktoriteettia (Genuis 2013, 564). Aineistossa tämä vastavuoroisuus korostui tiedon jakamisessa ja neuvojen saamisessa kavereiden kesken. Aina kognitiivisen auktoriteetin asemaa ei kuitenkaan haluttaisi itselle, ja useat haastateltavat kuvasivatkin tilanteita, joissa he neuvoja annettuaan kehottivat kuitenkin hakeutumaan lääkäriin tai tarkistamaan tiedon muualta.

Yksittäisen henkilön lisäksi kognitiivinen auktoriteetti voi olla myös organisaatio tai instituutio (Wilson 1983, 81, 168). Yksi haastateltava kertoi saavansa paljon tietoa omasta sairaudestaan yhdistykseltä, jonka tarkoituksena on jakaa tietoa ja tarjota vertaistukea. Haastateltava oli saanut tietoa yhdistyksestä lääkäriltä, jonka ammattitaitoon hän luotti. Tässä tapauksessa kognitiivisen auktoriteetin, eli lääkärin, suositteluun tahoon syntyi luottamus arvostuksen ketjun kautta (Wilson 1983, 23). Samankaltaisia arvostuksen ketjuja syntyi myös internetlähteiden yhteydessä, kun saatua tietoa arvioitiin esimerkiksi internetissä toimivan ravitsemusterapeutin jakaman tiedon avulla, joka puolestaan oli saanut kognitiivisen auktoriteetin aseman kertomansa koulutuksen avulla.

Useilla haastateltavista oli perheessä tai lähipiirissä terveydenhuollon ammattilaisia. Nämä läheiset, yleensä vanhemmat, olivat vahvoja kognitiivisia auktoriteetteja erityisesti sairauksiin liittyvän tiedon suhteen. Vastuun ja käskyvallan lisäksi vanhemmilla yleensä on lapsiinsa kognitiivista auktoriteettia (Wilson 1983, 126). Aineiston perusteella tämä kognitiivinen auktoriteetti jatkui selkeästi myös nuorten aikuisten elämässä, vaikka päätösvalta olikin jo heillä itsellään. Yhdistettynä terveydenhuollon koulutukseen vanhempien kognitiivinen auktoriteetti oli todella vahva, eikä sitä kyseenalaistettu millään tavalla. Niilläkin haastateltavilla, joiden vanhemmat eivät olleet terveydenhuollon alalla, äiti oli myös tärkeä kognitiivinen auktoriteetti ja tuki terveyteen liittyvissä asioissa. Tulos noudattaa aikaisemman kirjallisuuden havaintoja, joissa naiset kantavat vastuuta perheidensä terveydestä, ja heidät myös hyväksytään kognitiiviseksi

auktoriteetiksi perheenjäsenten taholta (Wilson 1983, 126, 17; Hemminki 2003, 265-268; Johnson & Case 2012, 176).

Eräs haastateltava totesi, että osasyynä läheisen, tässä tapauksessa äidin, vahvaan auktoriteettiin on äidin koulutuksen lisäksi se, ettei hän itse ollut erityisen kiinnostunut terveydestä eikä siksi halunnut itse etsiä muuta tietoa sen lisäksi, mitä oli äidiltään saanut.

En ole myöskään kauhean kiinnostunut terveydestä. Kun äiti on lääkäri, sanotaan että yleensä ihmiset lääkäreiden ympärillä eivät juuri välitä terveydestä. En ole sellainen ihminen, joka olisi kauhean kiinnostunut siitä.
(H3)

Jako lähteiden valinnassa oli selkeä: yleistä tietoa muun muassa liikunnan harrastamisesta ja ruokavalioista etsittiin tai saatiin internetistä ja erityisesti sosiaalisesta mediasta, mutta sairauden tai sen epäilyn suhteen kaikki haastateltavat, joilla oli lähipiirissä terveydenhuollon ammattilaisia, kääntyivät näiden läheisten puoleen. Muilla aloilla toimivilta vanhemmilta saatiin enemmän yleisluontoisia terveysneuvoja ja tukea mutta vakavammissa oireissa hakeuduttiin terveydenhuollon piiriin.

Aineistosta nousi selvästi esille, että ennaltaehkäisevää ja terveyttä edistävää tietoa ei pidetty yhtä tärkeänä kuin sairauksiin liittyvää tietoa, ja lähteiden arviointiin suhtauduttiin huolettomammin kuin sairauksiin liittyvän tiedon yhteydessä. Rieh (2002, 152) kuvailee kognitiiviselle auktoriteetille asetettujen vaatimusten eroa aiheen tärkeyden mukaan, esimerkkinään lääketieteellinen tieto, jonka suhteen vaatimukset ovat suuremmat kuin esimerkiksi matkailussa. Eroja on siis kuitenkin havaittavissa myös terveystiedon kategoriassa erilaisten tiedon lajien suhteen. Tähän viittaa myös Zhangin (2012, 15-16) tutkimuksen tulos, jossa sosiaalista mediaa käytettiin lähinnä hyvinvointia edistävään ja lieviin oireisiin liittyvän tiedon hankintaan. Sairauksiin liittyvää tietoa kuvattiin, erotuksena terveyttä edistävään tietoon, muun muassa sanoilla vakava ja tärkeä (serious, important). Haastateltava, joka käytti Instagramia pääasiallisena lähteenä terveyttä edistävän tiedon hankintaan, totesi ettei hän tietenkään käyttäisi Instagramia etsiäkseen tietoa jostakin sairaudesta.

Sairauksia varten, niin kuin vakavaa tietoa varten, en käytä Instagramia. [...] Vakavammissa ongelmissa, Instagram ei ole hyvä lähde. (H1)

Haastateltavien välillä oli suuria eroja kognitiivisissa auktoriteeteissa. Osa suhtautui hyvin avoimesti ja neutraalisti siihen, että sosiaalisen median vaikuttajilla oli vaikutusta heidän omaan käyttäytymiseensä, ja että sosiaalisesta mediasta haettiin mallia esimerkiksi omaan ruokavalioon. Yleistä hyvinvointia koskevaa tietoa saatiin Instagramista ja yhden haastateltavan tapauksessa Facebook-ryhmästä. Sosiaalisen median vaikuttajien auktoriteettiin vaikutti mahdollisuus havainnoida heidän kehollista tietoaan ja oppia siitä. Auktoriteettiin ja luotettavuuden arviointiin vaikutti vahvasti myös visuaalisuus.

Kun voin katsoa videon ja nähdä kuvia, kun tuotetta käytetään, se tuntuu luotettavammalta kuin pelkkä teksti. Ajattelen, että se on kiinnostavampaa ja totuudenmukaisempaa. (H1)

Osa haastateltavista torjui sosiaalisen median ja internetin kokonaan terveystiedon lähteenä, ja hakeutui ainoastaan luottamiensa tahojen pariin tiedontarpeensa kanssa. Nämä luotetut lähteet olivat henkilökohtaisia kontakteja, joko haastateltavan äiti tai lähipiiriin kuuluva terveydenhuollon ammattilainen.

5.4 Luotettavuuden arviointi

Internetlähteiden luotettavuuden arviointiin vaikutti lähteiden käyttö ja niiden mainitseminen myös videon tai blogikirjoituksen yhteydessä. Myös tekijän taustalla oli merkitystä, jos materiaalia tuottamassa tai sitä tarkastamassa oli mukana lääkäri, siihen luotettiin. Osa haastateltavista käytti terveystiedon hankintaan virallisten tai tunnettujen tahojen ylläpitämiä sivustoja, kuten terveysviranomaisen sivustoa tai Duodecimin terveyskirjastoa ja käypä hoito -suosituksia. Näitä käytettiin lähteenä erityisesti omien oireiden tunnistamiseen, ja apuna päätöksenteossa, jos tarpeesta ottaa yhteyttä lääkäriin ei oltu varmoja. Yleinen ulkoasu ja virheettömyys lisäsivät myös luottamusta tietojen todenperäisyyteen. Tulokset olivat samansuuntaisia aikaisemman tutkimuksen kanssa,

jossa ulkoasu ja sivuston tekijä ja ylläpitäjä vaikuttavat luotettavuuteen (Burbules 2001, 443-445).

Sivuilla, jotka on kirjoitettu akateemisella tyyllillä, ilman virheitä, kirjoitusvirheitä tai yleisesti virheitä, se tarkoittaa, että ihmiset tarkistavat tiedot ja yrittävät kirjoittaa ilman virheitä, totta kai voin luottaa siihen. Mutta jos näen sivuston, jossa on kirjoitusvirheitä tai sellaista, en tietenkään voi luottaa siihen. (H8)

Jos se näyttää luotettavalta sivulta, niin luen sen läpi, jos se sivusto on sellanen että se yleensäkin liittyy terveyteen, ja tämmöistä, niin sitten katon sieltä. Mutta jos se on joku blogi, tai uutisartikkelipaikka, niin sitte oon vähän kriittisempi mitä siellä sanotaan. (H9)

Internetissä ja sosiaalisessa mediassa kohdattua informaatiota arvioitiin myös muiden internetlähteiden avulla. Yksi haastateltava kertoi, että Instagramissa toimivan ravitsemusterapeutin tili auttoi häntä arvioimaan kohtaamansa informaation todenmukaisuutta, ja toinen haastateltava sanoi tarkistavansa uuden informaation toisista internetlähteistä, ja arvioivansa luotettavuutta sen perusteella, jos samaa informaatiota löytyy muistakin lähteistä. Tämä tiedon arviointi toisten internetlähteiden avulla, ja toisaalta sen epävarmuus, on esiintynyt myös aikaisemmassa tutkimuksessa internetlähteiden luotettavuudesta (Burbules 2001, 443-445). Informaation lähteen tausta, tasalaatuisuus ja jatkuvuus auttavat myös arvioimaan luotettavuutta. Esimerkiksi blogille tai sosiaalisen median vaikuttajalle saattoi syntyä kognitiivista auktoriteettia, jos julkaistu tieto oli linjassa aikaisemman tiedon kanssa, ja perustui esimerkiksi julkaisijan omaan pitkään kokemukseen. Samanlaista luottamuksen syntyä kuvaa Lankes (2008, 681).

Myös oma, aikaisemmin hankittu tieto oli tärkeässä roolissa tiedon luotettavuuden arvioinnissa. Jos uusi tieto oli ristiriitaista aikaisemman tiedon kanssa, siihen ei juurikaan luotettu. Aikaisempaan tietoon nojaamisessa on kuitenkin se riski, että täydentävää tietoakaan ei oteta vastaan tai siihen ei uskota. Aikaisemmin saatu tieto voi myös olla vanhentunutta tai väärää, tai sitä ei osata tulkita. (Riesmeyer, Hauswald & Mergen 2019,

166.) Esimerkiksi yksi haastateltavista kuvaili, kuinka oli saanut tietoa terveydestä peruskoulussa ja vanhemmiltaan ollessaan lapsi, eikä kokenut tarvitsevansa tätä laajempaa tietomäärää. Samoin kuin Ivanitskayan, O'Boyleen ja Casey'n (2006) tutkimuksessa yliopisto-opiskelijoista, myös tässä tutkimuksessa lähes kaikki haastateltavat pitivät omaa informaatiolukutaitoaan hyvänä tai erinomaisena.

5.5 Tiedon saaminen terveydenhuollossa

Kuten kappaleessa 5.3 on tuotu esille, terveydenhuollon ammattilaisiin luotettiin vahvasti kognitiivisena auktoriteettina. Aseman ja koulutuksen perusteella syntynyt luottamus oli vahva, vaikka se oli heikentynyt jonkin verran negatiivisten kokemusten vuoksi. Lähes kaikilla haastateltavilla oli kokemuksia, joissa he olivat potilaana jääneet vaille tarvitsemaansa tietoa tai saaneet ei-toivottua tietoa terveydenhuollon piirissä asioidessaan. Eräs haastateltava kuvaili tiedonsaantia vaihtelevaksi ja riippuvaiseksi siitä, kenen kanssa asioi.

[...] aluksi oli niinku, ei saanu sitä tietoa eikä ohjausta mihinkään suuntaan, mutta sitte ku on pitkä hoitosuhde takana, nii se riippuu siitä ammattilaisesta ketä on vastassa, että saako tietoo vai ei. On molempia. (H11)

Jotkut haastateltavat kokivat terveydenhuollon omassa maassaan puutteelliseksi ja hoitoon pääsyn vaikeaksi. Terveydenhuollosta saatuun tietoon kuitenkin luotettiin silloin kun sitä saatiin, ongelma oli yleensä nimenomaan tiedosta paitsi jääminen. Asenteet lääkärissä käymistä kohtaan vaihtelivat neutraalista pelkoon, mutta negatiivisistakin ajatuksista huolimatta lääkäri nähtiin parhaana vaihtoehtona, eikä kukaan haastateltavista kertonut turvautuvansa sairauksissa esimerkiksi vaihtoehtoisiin hoitomuotoihin. Kuten aikaisemmassakin tutkimuksessa on tullut esille, ikävät kokemukset olivat kuitenkin jääneet hyvin muistiin vaikka niistä olisi kulunut jo pidempi aika (Jordan 2014, 96, 101). Kehollisen tiedon sivuuttaminen aiheutti turhautumista ja hämmennystä. Puutteellinen tiedonsaanti johti hakeutumiseen toisen lääkärin vastaanotolle tai lisätiedon itsenäiseen hankintaan.

6 TULOSTEN TARKASTELU TEORIAN AVULLA

Tässä luvussa tarkastellaan edellisessä luvussa esiteltyjä tuloksia teoriaan pohjautuen. Tutkimuksen luvussa 2 on esitelty sekä Wilsonin (1997) informaatiokäyttäytymisen malli, että McKenzien (2003a) informaatiokäytäntöjen malli. Näistä informaatiokäytännöt on valittu käytettäväksi tiedonhankinnan tapojen osalta, koska siinä huomioidaan laajemmin tiedonhankinnan ja -saamisen sosiaalinen puoli, jonka arvioitiin jo ennen tutkimusaineiston keräämistä olevan merkittävässä roolissa. Mallista käytetään täydennettyä versiota, jossa on mukana sekä Niemelän (2006) lisäys informaatiosta pidättäytymisestä, että Pohjasen (2013) informaation jakaminen. Molemmilla lisäyksillä on paikkansa arkielämän ja terveystiedon informaatiokäytännöissä. Tiedonhaun tapoja käsitellään luvussa 6.1.

Luvussa 6.2 käsitellään Wilsonin (1997) informaatiokäyttäytymisen mallin väliin tulevia muuttujia, ja kuvataan miten ja missä vaiheissa ne vaikuttavat tiedonhankintakäyttäytymiseen. Wilsonin malliin esitetään tutkimuksen tulosten perusteella täydennystä kehollisuudesta yhtenä väliin tulevana muuttujana.

6.1 Informaatiokäytäntöjen tavat terveystiedossa

Aineistosta nousi esille useita erilaisia informaatiokäyttäytymisen tapoja. Tärkeimmät kanavat terveystietoon liittyville käytännöille olivat henkilökohtaiset kontaktit ja sosiaalinen media, joten tässä luvussa keskitytään niiden tarkasteluun. Sosiaalisen median käytössä aktiivinen selailu nousi selkeästi yleisimmäksi informaatiokäyttäytymisen tavaksi, ja sitä kautta saatiin eniten tietoa. Muut tavat olivat jokseenkin tasaisesti edustettuna aineistossa, ja tulokset noudattelevat aikaisemmassa kirjallisuudessa esille tulleita informaatiokäyttäytymisen tapoja (Zhang 2012, 15-16; Khoo 2014, 89). Henkilökohtaisten kontaktien kautta yleisin informaatiokäyttäytymisen tapa oli aktiivinen etsintä, joka tarkoitti yleensä kysymyksen esittämistä potentiaaliselle lähteelle.

Kohdentumatonta havainnointia sosiaalisessa mediassa esiintyi verrattain vähän. Se liittyi lähinnä mainoksiin esimerkiksi urheiluvaatteista tai -välineistä, lisäravinteista tai

painonpudotusohjelmista. Tietoa saatiin harvakseltaan myös sellaisten tilien julkaisuista, joiden pääasiallinen aihe oli jokin muu kuin terveys ja hyvinvointi. Näitä olivat esimerkiksi kavereiden tai julkisuuden henkilöiden julkaisut terveystietokäyttämiseen liittyen. Henkilökohtaisissa kontakteissa haastateltavat eivät tunnista tilanteita, jotka olisivat sopineet tähän informaatiokäyttämisen kategoriaan. Niemelä (2006, 103-104) käyttää esimerkkinä kohdentumattomasta selailusta radion kuuntelua, josta kiinnostavaa tietoa saatetaan saada odottamatta.

Aktiivinen selailu oli sosiaalisessa mediassa yleisin terveystietokäyttämisen tapa. McKenzie (2003a, 29) kuvailee aktiivista selailua fyysisissä ympäristöissä, kuten kirjastoissa tai kirjakaupoissa, mielenkiinnon aiheeseen liittyvien keskustelujen kuuntelemista tarkasti ja odotushuoneiden esitteiden selailua. Potentiaalisten lähteiden tunnistamista voidaan hyvin soveltaa myös verkkoympäristöissä, joissa aktiiviseksi selailuksi määriteltiin tässä tutkimuksessa terveysaiheisten avainsanojen ja tilien selailu. Lisäksi tähän kategoriaan laskettiin sosiaalisen median selailu silloin, kun omasta uutisvirrasta oli muokattu potentiaalinen informaatioympäristö seuraamalla tai tykkäämällä terveys- ja hyvinvointiaiheisista tileistä ja käyttäjistä. Instagram oli tässä kategoriassa selkeästi yleisin sosiaalisen median kanava, ja sieltä tietoa saatiin aktiivisesti selaillemalla päivittäin. Myös aikaisemmassa tutkimuksessa Instagram on ollut merkittävä tiedonlähde nuorille naisille (Riesmeyer, Hauswald & Mergen 2019, 164; Pilgrim & Bohnet-Joschko 2019, 7). Henkilökohtaisissa kontakteissa aktiivisen selailun kategoriaan laskettiin perheen ja tuttavien kanssa käydyt yleiset terveysaiheiset keskustelut, joista saatiin myös omaan terveystietokäyttämiseen sovellettavia neuvoja.

Aktiivinen etsintä oli yleisempää henkilökohtaisissa kontakteissa kuin sosiaalisessa mediassa. Tietoa hankittiin kysymällä sekä kavereilta että terveydenhuollon ammattilaisilta, mutta erityisesti vanhemmilta. Useilla haastateltavilla toinen tai molemmat vanhemmista olivat terveydenhuollon alalla, joten tässä syntyi päällekkäisyyttä perheen ja ammattilaisten välillä. Sosiaalisessa mediassa aktiivista etsintää oli lähteiden etsiminen tulevia tiedontarpeita varten, kuten toisten käyttäjien seuraamisen aloittaminen tai ryhmiin liittyminen. Aktiivisen etsinnän tavat ovat yhteneväisiä McKenzién (2003a, 28) esittelemien tapojen kanssa, joita olivat

tiedontarpeen ennakoinnin lisäksi yhteydenotto lähteeseen esimerkiksi puhelimitse ja aikaisemmin löydetyn lähteen käyttöönotto.

Tiedon saaminen toisen henkilön kautta oli yleistä. Henkilökohtaisissa kontakteissa tietoa saatiin eniten vanhemmilta, mutta myös kavereilta. Erotuksena aktiiviseen etsintään, tässä kategoriassa korostuivat ne, joiden perheessä ei ollut terveydenhuollon ammattilaisia. Ne, joiden lähipiirissä oli terveydenhuollon ammattilaisia, kysyivät tietoa yleensä oma-aloitteisesti, kun taas muilla aloilla toimivat vanhemmat jakoivat tietoa enemmän pyytämättä. Myös McKenzien (2003a, 31) tutkimuksessa perheenjäsenet olivat aktiivisia antamaan tietoa ja vinkkejä tiedonlähteistä, usein säännöllisesti. Sosiaalisessa mediassa tämän kategorian tiedonsaanti oli vähäistä, ja se liittyi yleensä lähteiden suositteluun. Tässä kategoriassa esiintyi myös tapauksia, joissa saatu tieto oli ei-toivottua. Esimerkiksi sairauden vakavuudesta saatiin terveydenhuollossa tietoa, joka oli ristiriidassa oman käsityksen kanssa ja jota ei olisi haluttu kuulla. Myös diagnosointivaiheessa esiintyi ei-toivotun tiedon ja neuvojen saamista.

Informaatiosta pidättäytymistä tapahtui sekä sosiaalisen median että henkilökohtaisten suhteiden parissa. Sosiaalisessa mediassa informaatiosta pidättäytyminen saattoi olla hetkellistä, esimerkiksi käytön vähentämistä muutaman päivän ajaksi, mutta myös pidempiaikaista toimintaa. Tällöin syynä oli yleensä asenteiden muutos suhteessa terveyteen ja ulkonäköön. Niemelän (2006, 108-109) tutkimuksessa vastaava esimerkki oli television katselusta pidättäytyminen. Informaatiosta pidättäydyttiin myös välttämällä omista terveysasioista puhumista, ja rajoittamalla tiedonhankintaa sen aiheuttamien negatiivisten tunteiden vuoksi. Tulos on samansuuntainen kuin aikaisemmassa kirjallisuudessa, jossa pelko ei-toivotun tiedon kohtaamisesta voi johtaa tiedon välttelyyn (Niemelä 2006, 163; St. Jean, Jindal & Chan 2018, 300-301). Merkittävää oli terveydenhuollon yhteydessä tapahtuva informaatiosta pidättäytyminen ja siitä vaille jääminen. Aineistossa oli useita kokemuksia, joissa tietoa ei saatu riittävästi. Joissakin tilanteissa tämä johti tiedon etsimiseen muualta, yleensä ottamalla yhteyttä toiseen lääkäriin, mutta myös etsimällä tietoa itsenäisesti, yleensä internetistä. Puutteellista tiedonsaantia ja ei-toivotun tiedon saamista esiintyi myös samoissa tilanteissa. Tällöin kyseessä saattoi olla vastaanottotilanne, jossa potilaalla oli ennakkokäsitys omasta

sairaudestaan tai tilansa vakavuudesta. Lääkärin ollessa eri mieltä oireiden syystä, potilas koki saavansa ei-toivotun vastauksen, mutta jäi myös vaille riittävää tietoa ongelmansa todellisesta syystä.

Tiedon jakamisen tapoja sosiaalisessa mediassa olivat esimerkiksi toisten merkitseminen julkaisuun jotta he näkisivät sen, tai seurattavien tilien suosittelu muilla tavoin. Toisten aloittamiin terveysaiheisiin keskusteluihin saatettiin myös osallistua. Henkilökohtaisen tiedon jakaminen sosiaalisessa mediassa ei ollut säännöllistä vastaajien keskuudessa. Omasta terveystietäytymisestä jaettiin satunnaisesti tietoa, kuten kuvia treenaamisesta tai ruoasta, mutta motivaationa oli enemmän omasta arjesta kertominen kuin varsinaisen terveystiedon jakaminen tai toisiin vaikuttaminen. Poikkeuksena tähän oli haastateltava, joka jakoi tietoa kroonisesta sairaudesta lisätäkseen muiden tietoisuutta tästä hänen mukaansa melko vähän tunnetusta sairaudesta. Jaettu tieto ei ollut henkilökohtaista, vaan yleensä sairauteen liittyvän yhdistyksen julkaisujen jakamista. Pohjasen (2013, 101-102) tutkimuksessa transsukupuolisista esiintyi sama ilmiö, jossa vähän tunnetusta ilmiöstä haluttiin jakaa tietoa lähipiirissä tai laajemminkin. Vaikka kyseessä ei olekaan sairaus, ilmiöt ovat osin verrannollisia, koska tiedon jakamisen motiivi on lisätä tietoa ja ymmärrystä omasta tilanteesta, ja samalla mahdollisesti helpottaa muiden samassa tilanteessa olevien asemaa.

Yksi haastateltavista oli aikaisemmin jakanut erillisellä Instagram-tilillä omaa ruokapäiväkirjaansa. Tämä käyttäytyminen oli liittynyt syömishäiriön sairastamiseen, ja haastateltava oli poistanut tilin käytöstä, kun alkoi toipua sairaudestaan. Yksi tiedon jakamisen tapa sosiaalisessa mediassa oli merkitä kavereita julkaisuihin, jotka saattaisivat olla heille kiinnostavia tai hyödyllisiä. Tämä merkitseminen oli yleensä vastavuoroista. Yksi haastateltavista opiskeli terveydenhuollon alaa, ja kertoi että sai usein henkilökohtaisissa keskusteluissa kysymyksiä läheisiltä terveyteen liittyvistä asioista. Myös useat muut haastateltavat, vaikka eivät olleetkaan terveydenhuollon ammattilaisia tai opiskelijoita, antoivat toisinaan neuvoja kavereilleen terveyteen liittyen. Keskusteluissa jaettiin sekä omia kokemuksia, että muualta saatua tietoa. Joissakin tapauksissa toisen puolesta saatettiin myös etsiä tietoa ja ohjata tämän tiedon äärelle. Taulukossa 3 on esitetty aineistosta esille nousseita tiedonhankintakäytäntöjen tapoja.

Taulukko 3. Informaatiokäyttämisen tavat yleisimmissä kanavissa.

Informaatiokäytäntöjen tapa	Informaatiokäytäntöjen tavat kanavissa	
	Sosiaalinen media	Henkilökohtaiset kontaktit
Kohdentumaton havainnointi	Mainokset; Hyvinvointiin liittyvä julkaisu tililtä tai henkilöltä jonka aihe on pääasiassa jokin muu kuin terveys; Sovelluksen suositukset	
Aktiivinen selailu	Seurattavien terveysaiheisten tilien julkaisut	Yleiset terveysaiheiset keskustelut
Aktiivinen etsintä	Terveysaiheisten tilien ja julkaisujen etsiminen hakusanoilla	Kysyminen vanhemmilta tai kavereilta; Yhteydenotto lääkäriin
Tiedon saaminen toisen henkilön kautta	Merkitseminen julkaisuun; Suositusten saaminen seurattavista tileistä tai henkilöistä	Tiedon saaminen vanhemmilta tai kavereilta; Lähteen äärelle neuvominen, linkkien jakaminen; Ei-toivotun tiedon saaminen terveydenhuollossa
Informaatiosta pidättäytyminen	Sosiaalisen median käytön vähentäminen; Tiedonhaun vähentäminen	Omista terveysasioista puhumattomuus; Tiedon hankinnan rajoittaminen; Puutteellinen tiedonsaanti terveydenhuollossa
Tiedon jakaminen	Treenaamiseen tai ruokaan liittyvän julkaisun tekeminen; Muiden merkitseminen julkaisuihin; Seurattavien tilien suosittelu; Yleisen informaation jakaminen sairaudesta; Keskusteluihin osallistuminen	Neuvojen antaminen; Ohjaaminen tiedonlähteiden äärelle; Tiedon etsiminen toisille; Kysymyksiin vastaaminen

6.2 Väliin tulevat muuttajat

Wilsonin (1997) informaatiokäyttäytymisen mallissa kuvataan väliin tulevia muuttujia, jotka voivat joko edistää tai haitata tiedonhankinnan prosessia. Mallissa näitä muuttujia ovat psykologiset, demografiset, ihmisten väliset roolit ja suhteet, ympäristö, ja lähteen ominaisuudet. Väliin tulevat muuttajat voivat sijoittua informaatiokäyttäytymisen ja tiedonhankinnan eri vaiheisiin ja niiden väliin. Sattumalta tietoa kohdatessa voidaan katsoa, että muuttajat sijoittuvat suurimmaksi osaksi informaation saamisen ja sen prosessoinnin ja käytön väliin. Tietoa ei kuitenkaan välttämättä prosessoida eli oteta osaksi käyttäjän olemassa olevaa tietoa tai, ristiriitaisen informaation ollessa kyseessä, korvata sitä. Informaation soveltaminen käyttöön ei myöskään ole itsestään selvä lopputulos uuden informaation hankkimisesta tai saamisesta. (Wilson 1997, 566-567).

Useilla haastateltavilla aineistossa oli lähipiirissä lääketieteen ammattilaisia, kuten lääkäreitä tai sairaanhoitajia, jotka olivat vahvasti kognitiivisia auktoriteetteja sekä koulutuksensa että perhesuhteen vuoksi. Näissä tapauksissa henkilöiden välisillä suhteilla ja rooleilla oli merkittävä osa tiedonhankinnassa. Vanhempien, tai yhden haastateltavan tapauksessa veljen, koulutus rajasi tiedonhankinnan lähteitä, kun lähes kaikissa sairauksiin ja oireisiin liittyvissä kysymyksissä käännettiin heidän puoleensa. Suhteet ja roolit voivat rajata tiedonhankintaa myös silloin, kun omista terveydellisistä asioista ei haluta keskustella muiden kanssa. Tällöin sosiaaliset kontaktit ja esimerkiksi suositusten saaminen rajautuvat tiedonhankinnan keinovalikoimasta pois. (Wilson 1997, 559-560.)

Ympäristön voi vaikuttaa tiedonhankintaan monin eri tavoin. Wilson (1997, 560) esittää tähän kategoriaan kuuluvaksi ajan, maantieteellisen ympäristön ja kulttuurin. Haastatteluaineistossa maantieteellisellä ympäristöllä oli senhetkiseen tiedonhankintaan suuri merkitys, koska iso osa haastateltavista oli suorittamassa vaihto-opintoja vieraassa maassa. Kynnys terveydenhuollon pariin hakeutumiseen oli normaalia suurempi kielimuurin ja käytännön asioiden eroavaisuuksien vuoksi. Ympäristö vaikutti siis tiedonhankinnan tapoihin, ja ohjasi hankkimaan tietoa vielä tavallista enemmän helposti tavoitettavista lähteistä, kuten internetistä ja kavereilta. Terveydenhuollossa asioidessa ajan puute vastaanottotilanteessa voi olla esteenä riittävään tiedonsaantiin (Wilson 1997, 560).

Lähteen ominaisuudet vaikuttavat tiedonhankinnan prosessin joka vaiheessa. Helposti saavutettavana lähteenä internet oli aineistossa selkeästi yleisin lähde erityisesti ennaltaehkäisevälle ja hyvinvointia ylläpitävälle terveystiedolle. Tulos noudattaa aikaisemman tutkimuksen tuloksia (ks. esim. McMullan 2006, 27; Ek & Niemelä 2010, 2; Johnson & Case 2012, 82). Toisaalta internetinlähteiden ominaisuudet aiheuttivat epävarmuutta tiedon prosessoinnissa ja soveltamisessa, koska luotettavuuden arviointi oli haastavaa. Kuten aikaisemmassakin tutkimuksessa (Neal ym. 2011, 31), lääketieteelliset organisaatiot olivat luotettuja kognitiivisia auktoriteetteja, mutta vain pieni osa haastateltavista käytti näitä tahoja lähteenä aktiivisesti.

Väliin tuleviin muuttujiin voidaan laskea myös keholliset muuttujat, jotka eivät sijoitu mihinkään Wilsonin mallissa alun perin esitellyistä muuttujista, vaikka niihin on Wilsonin eräässä artikkelissa (1997, 557) viitattukin. Kehollisuus, samoin kuin muut väliin tulevat muuttujat, voi sekä estää että edistää tiedon hankintaa. Kehollisen tiedon hyvä lukutaito auttaa tiedon hankkijaa tunnistamaan tiedontarpeensa ja ryhtymään tiedonhankintaan, kun esimerkiksi hakusanojen ja potentiaalisten lähteiden tunnistaminen on helpompaa. Hyvä lukutaito auttaa myös terveydenhuollossa asioidessa, kun omia tuntemuksia osataan kuvailla paremmin (Bonner & Lloyd 2011, 1218; Godbold 2013, 16, 20, 25). Sen sijaan heikko kehollisen tiedon lukutaidon taso voi estää tai hidastaa tiedonhankintaan ryhtymistä tai vaikeuttaa sen saamista. Aineistosta nousi esille tapauksia, joissa haastateltava ei ollut tullut ymmärretyksi terveydenhuollossa. Tällöin avun saaminen oli hidastunut tai tietoa oli pitänyt etsiä muualta. Jos kehon tuntemusten ja oireiden vakavuutta tai muutoksia ei tunnisteta, ne eivät johda tiedonhankintaan ulkoisista lähteistä. Kehollisuuteen liittyy myös minäpystyvyys aktivoivana mekanismina. Jos ihminen uskoo kykenevänsä muutokseen, tunnistettu tiedontarve johtaa tiedon hankintaan (Wilson 1997, 653).

Kehollisen tiedon sivuuttaminen voi tilanteen mukaan estää tai edistää tiedonhankintaa, kuten muutkin väliin tulevat muuttujat. Tiedonlähteenä olevaan kognitiiviseen auktoriteettiin saatetaan luottaa enemmän kuin omaan keholliseen tietoon, kuten on tullut ilmi aikaisemmassakin tutkimuksessa (McKenzie 2003b, 275). Tutkimuksessa tuli ilmi useita tapauksia, joissa ulkonäköpaineet ja pyrkimys laihtumiseen johtivat lähes

jatkuvaan tiedonhankintaan. Kehollinen tieto ja kehon reaktiot, kuten jatkuva nälkä tai voimattomuus dieettiä tai kuntoiluohjelmaa noudattaessa, pyrittiin joissain tapauksissa sivuuttamaan, ja vasta niiden käytyä liian raskaaksi, omaksutusta tiedosta luovuttiin ja siirryttiin takaisin vanhaan, tai johonkin uuteen toimintamalliin. Kehollisuus ja kehollinen tieto väliin tulevana muuttujana vaikutti useissa tapauksissa siis vasta tiedon prosessointiin ja käyttöön, ja niihinkin viiveellä. Kehollisuus vaikutti kuitenkin tiedonhankinnan jatkuvuuteen, kun pyrittiin löytämään itselle paremmin sopivia neuvoja (Wilson 1997, 562).

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkimuksen tärkeimmät tulokset liittyvät kognitiivisiin auktoriteetteihin ja keholliseen tietoon. Aikaisemmassa kirjallisuudessa on tullut ilmi, että kognitiivisille auktoriteeteille asetetaan erilaisia vaatimuksia riippuen tiedon aiheesta (Rieh 2002, 152). Tämän tutkimuksen perusteella kognitiivisille auktoriteeteille asetetuilla vaatimuksilla on myös hyvin suuri vaihtelu sen mukaan, etsitäänkö ennaltaehkäisevää terveystietoa vai tietoa sairaudesta. Yleisesti hyvinvointiin liittyvää tietoa etsittiin ja saatiin runsaasti sosiaalisen median kautta, mutta sitä ei käytetty tiedonhankintaan sairauksien yhteydessä. Ainoa poikkeus oli vertaistuen piiriin hakeutuminen sosiaalisen median ryhmässä. Tämä on linjassa aikaisemman tutkimuksen kanssa, jossa sosiaalista mediaa käytettiin mieluummin lähteenä hyvinvointiin ja lieviin oireisiin liittyvässä tiedonhankinnassa, kuin vakavampiin sairauksiin liittyvissä tiedontarpeissa (Zhang 2013, 15-16).

Haastatteluaineistosta nousi esille muutamia toistuvia teemoja, jotka noudattavat aikaisemman tutkimuksen tuloksia. Terveystiedon ja terveyden yhdistäminen laihuuteen, ja painonpudotus hyvinvointia suurempana motivaattorina terveyskäyttäytymisen muutoksille ja terveystiedon hankinnalle oli yksi näistä. (Ginsberg & Johnson 2015, 207-222; Riesmeyer, Hauswald & Mergen 2019, 165.) Nämä käsitykset ja asenteet olivat merkittävästi yhteydessä sekä tiedonhankinnan määrään, käytettyihin lähteisiin että kehollisen tiedon havainnointiin ja huomioon ottamiseen terveyskäyttäytymisessä.

Vastauksissa terveys yhdistyi usein laihuuteen ja laihduttamiseen, ja suurin osa vastaajien etsimästä tiedosta liittyi myös tähän. Vastaajista muodostui kaksi terveystietokäyttäytymisen profiilia. Ryhmässä yksi ulkonäkö ja laihuus yhdistyivät hyvin voimakkaasti terveyteen, ja aihe oli erittäin tärkeä. Tietoa hankittiin eri tavoilla päivittäin tai lähes päivittäin. Tietoa saatiin suurelta osin sosiaalisesta mediasta, erityisesti Instagramista. Pääasiallinen tiedonlähde näissä aiheissa olivat sosiaalisen median vaikuttajat, joilla oli laihduttamiseen tai liikuntaan liittyviä tilejä, joita käyttäjät seurasivat.

Toisessa ryhmässä terveydellä oli suurempi merkitys kuin laihuudella, ja tietoa hankittiin huomattavasti harvemmin, muutamia kertoja kuukaudessa. Tässä ryhmässä omaa kehollista tietoa havainnoitiin enemmän ja terveyskäyttäytymistä muutettiin sen perusteella. Osa haastateltavista kuvaili muutosta asenteissaan, joka oli johtanut myös terveystietokäyttäytymisen ja terveyskäyttäytymisen muutokseen. He olivat siis aiemmin kuuluneet ryhmään yksi, mutta muuttaneet käyttäytymistään ja nykytilanteessa sijoittuivat ryhmään kaksi. Molemmat näistä ryhmistä saivat paljon terveystietoa myös henkilökohtaisissa suhteissa vanhemmiltaan ja kavereiltaan, ja myös jakoivat sitä itse vastavuoroisesti.

Tutkimuksessa havaittiin selkeä ero kognitiivisissa auktoriteeteissa terveystiedon aiheen mukaan. Sairauksiin liittyvässä tiedossa kognitiivinen auktoriteetti muodostui lähinnä koulutuksen ja aseman perusteella, eli pääasiallisia ja luotetuimpia tiedonlähteitä olivat terveydenhuollon ammattilaiset. Tulos noudattaa aikaisemman tutkimuksen havaintoja (Neal & McKenzie 2011, 127, 130; Genuis 2013, 559). Näin oli siitä huolimatta, että useilla haastateltavilla oli ollut kokemuksia, joissa terveydenhuollon asiakkaana tiedonsaanti oli ollut puutteellista, tai hoitoa oli jopa joutunut etsimään usealta eri lääkäriltä. Monilla tutkimukseen osallistuneista oli perhepiirissä terveydenhuollon ammattilaisia, jolloin heidän auktoriteettinsa muodostui osittain vanhemman roolista ja osittain ammatillisesta roolista. Myös niihin vanhempiin, joilla ei ollut terveydenhuollon koulutusta, luotettiin terveystiedon lähteenä. Erityisesti äidit ovatkin tyypillisesti terveystiedon lähde (Hemminki 2003, 265-268; Johnson & Case 2012, 176). Kaverit olivat myös merkittävä tiedonlähde, ja heiltä saatua tietoa ei yleensä arvioitu kriittisesti, riippumatta sen luonteesta. Nuorten naisten kohdalla terveystiedon saaminen tavallilta on tavallista myös aikaisemman kirjallisuuden mukaan (Ek 2013, 742). Tiedon jakamisen taustalla olevaan auttamisen motivaatioon ja sen myötä tiedon luotettavuuteen uskottiin vahvasti.

Ennaltaehkäisevän tai hyvinvointia ylläpitävän terveystiedon suhteen kognitiiviset auktoriteetit muodostuivat helpommin. Tietoa ei pidetty niin tärkeänä tai kriittisenä, vaikka terveys itsessään oli tärkeää lähes kaikille vastaajille. Auktoriteetin perusteena oli muun muassa lähteen siisti ja virheetön ulkoasu, joka on tavallinen tapa arvioida lähteen

luotettavuutta (Neal ym. 2011, 31; Watson 2014, 1398). Myös henkilökohtaisilla ominaisuuksilla oli suuri merkitys. Sosiaalisen median vaikuttajalla oli auktoriteettia, jos hänellä oli pitkä tausta hyvinvoinnin parissa ja siihen liittyvän informaation julkaisemisessa. Visuaalinen informaatio lisäsi viestin luotettavuutta. Myös henkilökohtainen kokemus liikunnasta tai tietyn ruokavalion noudattamisesta lisäsi vaikuttajan auktoriteettia.

Wilson (1983, 13) määrittelee tiedon saamisen vuorovaikutuksena ympäristön kanssa. Tämä määritelmä koskee myös ensimmäisen käden tietoa, eli itse hankittua tietoa. Siinä ei kuitenkaan oteta huomioon kehollista tietoa, jonka saaminen ei ole riippuvaista vuorovaikutuksesta. Kehollista tietoa tulkitaan ja siihen reagoidaan usein vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa, mutta sen saamiseksi vuorovaikutus ei ole välttämätöntä. (Godbold 2014; St. Jean, Jindahl & Chan 2018.) Aineiston perusteella kehollinen tieto voi aiheuttaa ristiriitoja muualta saadun tiedon tai käsitysten kanssa. Kehollinen tieto on hyvin henkilökohtaista, ja sitä ei haluta yleistää koskemaan muita ihmisiä. Toisaalta oman kehollisen tiedon tulkintaan ja siihen reagointiin ympäristöllä voi olla suuri vaikutus. Täydentämällä ensimmäisen käden tiedon määritelmää tiedolla, joka on saatu omaa kehoa havainnoimalla ja omien kehollisten kokemusten kautta, se kattaa paremmin kaikki tiedon lajit.

Kehollinen tieto aktivoi tiedonhakuun pääsääntöisesti akuuteissa oireissa. Tällöin tietoa etsittiin sekä internetistä, vanhemmilta että terveydenhuollon ammattilaisilta, mutta ei juurikaan sosiaalisesta mediasta. Ristiriitoja kehollisen tiedon ja muualta saadun tiedon välillä syntyi yleensä tilanteissa, jossa oli omaksuttu jokin terveyskäyttämisen tapa, yleensä tavoitteena laihtua, ja siitä seurasi erilaisia haittoja. Haitat olivat fyysisten tuntemusten lisäksi henkisiä. Kehollisen tiedon tulkintaan ja huomioon ottamiseen omassa terveyskäyttämisessä vaikutti merkittävästi asenne ja käsitys terveydestä. Niillä vastaajilla, joilla terveys yhdistyi merkittävässä määrin laihuuteen, kehollinen tieto ei ollut merkittävässä roolissa, ja siihen kiinnitettiin huomiota vasta sen ollessa todella häiritsevää. Tätä tulosta korostaa useiden vastaajien kokema muutos omassa suhtautumisessaan. He kuvasivat vastauksissaan tavoitelleensa aikaisemmin laihuutta epämukavuudesta huolimatta, mutta terveystietämisen muututtua laihuudesta kohti

hyvinvointia, he kuuntelivat omaa kehoaan enemmän ja omaksuivat terveystietokäyttämisen tapoja, jotka tuottivat hyvää oloa sekä fyysisesti että henkisesti.

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimusaiheen ollessa melko vähän aiemmin tutkittu, teemahaastattelu sopi aineiston keruun menetelmäksi hyvin. Se mahdollisti esimerkiksi tarkentavien kysymysten esittämisen, jolle oli runsaasti tarvetta. Haastateltavien määrän, 11 henkilöä, vuoksi tutkimuksen tuloksia ei sellaisenaan voi yleistää koskemaan laajemmin nuorten naisten tai opiskelijoiden informaatiokäytäntöjä. Tulokset kuitenkin luovat kuvan ilmiöstä, johon sisältyy yhtäältä terveyteen ja laihuuteen liittyvien asenteiden vaikutus sosiaalisen median lähteiden käyttöön ja niiden muodostumiseen kognitiivisiksi auktoriteeteiksi, ja toisaalta sairauksiin liittyvän tiedon eriyttäminen terveyttä edistävästä tiedosta ja erilaisten vaatimusten asettaminen lähteille. Näiden teemojen osalta aineisto alkoi toistaa itseään, ja terveystiedon aiheiden tärkeysjärjestys toistui jokaisessa haastattelussa jollain tasolla. Erilainen demografinen ryhmä, esimerkiksi eri ikäisten ihmisten tai erilaisten koulutustasojen mukana olo voisi tarjota erilaisia tuloksia. Internetiä ja sosiaalista mediaa koskeva tutkimus myös vanhenee nopeasti uusien kanavien syntyessä ja käyttötapojen muuttuessa.

On merkillepantavaa, että vastaajien terveystietokäyttämisen tavat olivat hyvin samankaltaisia, vaikka vastaajat olivat kotoisin eri puolilta maailmaa. Mahdollisuus internetin käyttöön ja samankaltainen koulutustausta tasasivat eroja, ja vaikka vastaajat käyttivät pääsääntöisesti omankielisiä lähteitä, resurssien tyyppi oli sama. Muille kuin suomalaisille haastateltaville perheenjäsenet olivat merkittävämpi terveystiedon lähde. Silloinkin kun perheessä oli terveydenhuollon ammattilaisia, heidän tiedonhankintansa oli itsenäisempää ja siihen sisältyi myös perheenjäsenten antamiin lähteisiin itse tutustumista, eikä vain suorien kysymysten esittämistä. Näin pienellä otoksella johtopäätöksiä ei voi tehdä, mutta havainto noudattelee aikaisemman tutkimuksen itsenäisempää tiedonhankinnan otetta suomalaisnuorten keskuudessa. Aikaisemmassa tutkimuksessa (Askola, Atsushi & Huotari 2010) on vertailtu suomalaisten ja

japanilaisten nuorten aikuisten terveystiedon lähteitä. Japanilaisiin verrattuna suomalaisille perheenjäsenet olivat merkittävästi harvemmin terveystiedon lähteenä, ja vastaavasti japanilaiset käyttivät terveystiedon ammattilaisia lähteenä huomattavan paljon vähemmän. Suomalaisille internet oli myös tyypillisempi lähde, mutta ero ei ollut yhtä merkittävä kuin edellä mainituissa lähteissä.

Aineistoa tulkittaessa siitä löytyi osin ristiriitaisia vastauksia. Henersonin, Morrisin ja Firz-Gibbonin (1987, 12-13) mukaan asenteiden ja niiden muutoksen mittaamisessa onkin tehtävä päätös siitä, otetaanko huomioon pelkästään haastateltavan antama vastaus vai myös käytös, joka voi olla ristiriidassa vastauksen kanssa. Tässä tapauksessa ristiriidan kohde oli pääasiassa sosiaalisen median käyttö ja käytön laajuus terveystiedon lähteenä. Osa haastateltavista vastasi, että ei hanki tietoa sosiaalisen median avulla eikä luota siihen, mutta muissa vastauksissa ilmeni, että he esimerkiksi seurasivat sosiaalisen median vaikuttajia, joiden julkaisut koskivat pääasiassa ruokavaliota tai liikuntaa, ja omaksuivat tietoa sitä kautta. Ristiriitaa selittää osin myös Khoon (2014, 82) havainto siitä, että sosiaalista mediaa ei mielletä tiedonlähteeksi koska sieltä ei aktiivisesti etsitä tietoa, vaan sitä saadaan passiivisesti tai aktiivisesti havainnoimalla. Syynä ristiriitaan voi olla myös miellyttämisen halu tai ryhmäpaine, eli haastateltava vastaa tavalla, jota olettaa haastattelijan pitävän hyvänä tai oikeana toimintatapana (Henerson, Morris ja Firz-Gibbon 1987, 12-13).

7.2 Jatkotutkimus

Tutkimus antaa uutta tietoa nuorten naisten terveystietokäyttäytymiseen liittyvistä ilmiöistä, ja tarjoaa mielenkiintoisia lähtökohtia jatkotutkimukselle. Tutkimuksen haastateltavat olivat kotoisin useista eri maista, mutta informaatiokäyttäytymisen tavoissa oli paljon samankaltaisuuksia. Internetin ansiosta on entistä helpompaa päästä käsiksi samoihin, kansanvälisiin materiaaleihin. Kaikille haastateltaville oma äidinkieli oli kuitenkin pääasiallinen terveystiedon käytön kieli, joka eriyttää käytettyjä lähteitä. Kirjallisuudessa kulttuurien välisestä vuorovaikutuksesta ilmenee, että ihmiset käyttävät yleensä mieluiten paikallisia tiedonlähteitä esimerkiksi uutisten lukemiseen tai katseluun.

Myös sosiaalisen median verkostot keskittyvät useimmilla oman maan sisälle. (Witchalls 2012.) Jatkotutkimuksessa voitaisiin selvittää terveyteen liittyvän informaatiokäyttämisen eroja eri kulttuurien ja kielialueiden välillä, ja kulttuurillisten tekijöiden vaikutusta terveyteen liittyviin asenteisiin ja terveystietokäyttämiseen. Myös kehollisen tiedon rooli terveystietokäyttämässä on aihepiiri, josta on tarpeen tehdä enemmän tutkimusta. Tämän tutkimuksen perusteella asenteet vaikuttavat merkittävästi kehollisen tiedon huomioon ottamiseen. Jatkotutkimus voisi selvittää laajemmin kehollisen tiedon lukutaidon yhteyttä terveystietokäyttämiseen ja informaation hankintaan ulkoisista lähteistä.

LÄHTEET

Abrahamson, Jennie. A. (2008). Lay information mediary behavior uncovered: Exploring how nonprofessionals seek health information for themselves and others online. *Journal of the Medical Library Association*, 96(4), 310.

Alhabash, Saleem, & Ma, Mengyan (2017). A tale of four platforms: Motivations and uses of facebook, twitter, instagram, and snapchat among college students? *Social Media + Society*, 3(1). doi:10.1177/2056305117691544

Bonner, Ann, & Lloyd, Annemaree (2011). What information counts at the moment of practice? information practices of renal nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1213-1221. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05613.x

Boyd, Danah, & Ellison, Nicole (2007). Social network sites: Definition, history, and scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13(1), 210-230.

Bradley, Phil, & Blakeman, Karen (2012). The changing web: Sites to social. Teoksessa Godwin, P & Parker, J. (Toim.), *Information literacy beyond library 2.0* (41-51). London: Facet Publishing.

Buhi, Eric R, Daley, E. M., Fuhrmann, H. J., & Smith, S. A. (2009). An observational study of how young people search for online sexual health information. *Journal of American College Health*, 58(2), 101-111.

Burbules, Nicholas. C. (2001). Paradoxes of the web: The ethical dimensions of credibility. *Library Trends*, 49(3), 441.

Byström, Katriina. (2017). Work and information: Which workplace models still work in modern digital workplaces? *Information Research*, 22(1) URL: <http://hdl.handle.net/10642/5135>

Case, Donald. O. & Given, Lisa. M. (2016). *Looking for information: A survey of research on information seeking, needs, and behavior*. 4. uudistettu painos. Bingley: Emerald.

Cox, Andrew M., Griffin, Brian, & Hartel, Jenna (2017). What everybody knows: Embodied information in serious leisure. *Journal of Documentation*, 73(3), 386-406. doi:10.1108/JD-06-2016-0073

Diviani, Nicola, van den Putte, Bas, Giani, Stefano, & van Weert, Julia C. M. (2015). Low health literacy and evaluation of online health information: A systematic review of the literature. *Journal of Medical Internet Research*, 17(5), 112.

Ek, Stefan (2015). Gender differences in health information behaviour: A Finnish population-based survey. *Health Promotion International*, 30(3), 736-745. doi:10.1093/heapro/dat063

Ek, Stefan & Niemelä, Raimo (2010). Onko internetistä tullut suomalaisten tärkein terveystiedon lähde? Deskriptiivistä tutkimustietoa vuosilta 2001 ja 2009. *Informaatiotutkimus* 29 (4).

Eriksson-Backa, Kristina (2012). Ikäihmisten terveystiedon lähteiden käyttö: Kyselytutkimuksen antia. *Informaatiotutkimus* 31(3).

Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana. (2015). Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. In Aaltola, Juhani & Valli, Raine (Ed.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1* (27-44). Jyväskylä: PS-kustannus.

Eskola, Jari 2018. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat: laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. 5. uudistettu painos. (209-231) Jyväskylä: PS-kustannus.

Genuis, Shelagh K. (2013). Social positioning theory as a lens for exploring health information seeking and decision making. *Qual Health Res*, 23(4), 555-567.

Ginsberg, Alice E., & Johnson, Donna Marie (2015). *Difficult dialogues about twenty-first-century girls*. Albany: SUNY Press.

Godbold, Natalya (2006). Beyond information seeking: A general model of information behaviour. *Information Research: An International Electronic Journal*, 11(4), 269.

Godbold, Natalya (2013). Listening to bodies and watching machines: Developing health information skills, tools and services for people living with chronic kidney disease. *Australian Academic & Research Libraries*, 44(1), 14-28. doi:10.1080/00048623.2013.773859

Graffigna, Guedalina, Barelo, Serena, Bonanomi, Andrea, & Riva, Giuseppe (2017). Factors affecting patients' online health information-seeking behaviours: The role of the patient health engagement (PHE) model. *Patient Education and Counseling*, 100 (10), 1918-1927.

Haasio, Ari, & Savolainen, Reijo (2004). *Tiedonhankintatutkimuksen perusteet*. Helsinki: BTJ Kirjastopalvelu.

Hemminki, Elina (2003). Naiset terveystvaikuttajina. Teoksessa Riitta Luoto, Kirsi Viisainen & Ilona Kulmala (Toim.), *Sukupuoli ja terveys* (265-274). Tampere: Vastapaino.

Henerson, Marlene E., Morris, Lynn Lyons, & Fitz-Gibbon, Carol Taylor (1987). *How to measure attitudes*. Newbury Park, Calif.: SAGE.

Hernández-Hernández, Fernando (2015). A learning process within an education research group: An approach to learning qualitative research methods. *International Journal of Social Research Methodology*, 18(6), 1-16.

Hiram, Ting, Wong Poh Ming, Winnie, Der Run, Ernest, & Choo, Sally (2016). Beliefs about the use of instagram: An exploratory study. *The SAGE Handbook of Social Media Research Methods*.

Hirsjärvi, Sirkka, & Hurme, Helena (2011). *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirvonen, Noora, Tirroniemi, Alisa, & Kortelainen, Terttu (2019). The cognitive authority of user-generated health information in an online forum for girls and young women. *Journal of Documentation*, 75(1), 78-98. doi:10.1108/JD-05-2018-0083

Hirvonen, Noora (2015). *Health information matters: Everyday health information literacy and behaviour in relation to health behaviour and physical health among young men*. Oulu: University of Oulu.

Iftikhar, Rahila, & Abaalkhail, Bahaa (2017). Health-seeking influence reflected by online health-related messages received on social media: Cross-sectional survey. *Journal of Medical Internet Research*, 19(11), e382.

Instagram. (2020a). Tietoja syömishäiriöistä.

[https://help.instagram.com/252214974954612/?helpref=hc_fnav&bc\[0\]=Instagramin%200ohje&bc\[1\]=Yksityisyys-%20ja%20turvallisuuskeskus](https://help.instagram.com/252214974954612/?helpref=hc_fnav&bc[0]=Instagramin%200ohje&bc[1]=Yksityisyys-%20ja%20turvallisuuskeskus). Käytetty 05.01.2020.

Instagram (2020b). Explore. <https://www.instagram.com/explore/?hl=fi>. Käytetty 13.04.2020.

Ivanitskaya, Lana, OBoyle, Irene, & Casey, Anne Marie (2006). Health information literacy and competencies of information age students: Results from the interactive online research readiness self-assessment (RRSA). *Journal of Medical Internet Research*, 8(2).

Jacobs, Wura, Amuta, Ann O., & Jeon, Kwon Chan (2017). Health information seeking in the digital age: An analysis of health information seeking behavior among US adults. *Cogent Social Sciences*, 3(1).

Jansen, Bernard J., Sobel, Kate, & Cook, Geoff (2011). Classifying ecommerce information sharing behaviour by youths on social networking sites. *Journal of Information Science*, 37(2), 120-136.

Johnson, J. David, & Case, Donald Owen (2012). *Health information seeking*. New York: Peter Lang.

Jordan, Birgitte (2014). Technology and social interaction: Notes on the achievement of authoritative knowledge in complex settings. *Anthropology News*, 57(6), 126-127. doi:10.1111/AN.34

Julien, Heidi (2005). Women's ways of knowing. In K. Fisher, S. Erdelez & L. McKechnie (Eds.), (pp. 387-391). Medford, New Jersey: Information today Inc.

Jääskeläinen Tuija, Koponen Päivikki, Lundqvist Annamari, Borodulin Katja, Koskinen Seppo sekä FinTerveys 2017 –tutkimuksen johtoryhmä (2019). Nuorten aikuisten terveys ja elintavat Suomessa – FinTerveys 2017 -tutkimuksen tuloksia. *Tutkimuksesta tiiviisti 11, huhtikuu 2019*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Kelly, Diane, & Ruthven, Ian (2011). *Interactive information seeking, behaviour and retrieval*. London: Facet Publishing.

Khoo, Christopher (2014). Issues in information behaviour on social media. *LIBRES: Library and Information Science Research Electronic Journal*, 24(2), 75-96.

Kosenko, Kami, Harvey-Knowles, Jaquelyn, & Hurley, Ryan (2014). The information management processes of women living with HPV. *Journal of Health Communication*, 19(7), 813-824. doi:10.1080/10810730.2013.864728

Lankes, R. David (2008). Credibility on the internet: Shifting from authority to reliability. *Journal of Documentation*, 64(5), 667-686. doi:10.1108/00220410810899709

Lanning, Scott (2017). *Concise guide to information literacy* (Toinen uudistettu painos). Santa Barbara, California: Libraries Unlimited, an imprint of ABC-CLIO, LLC.

Leedy, Paul D., & Ormrod, Jeanne Ellis (2015). *Practical research: Planning and design* (11. uudistettu painos.). Harlow: Pearson Education Limited.

Lloyd, Annemaree (2006). Information literacy landscapes: An emerging picture. *Journal of Documentation*, 62(5), 570-583.

Lloyd, Annemaree (2014). Informed bodies: Does the corporeal experience matter to information literacy practice? *Information experience: Approaches to theory and practice* (pp. 85-99) Emerald Group Publishing Limited.

Lu, Yang (2007). *The human in human information acquisition: Understanding gatekeeping and proposing new directions in scholarship* doi://doi.org/10.1016/j.lisr.2006.10.007

McKenzie, Pamela J. (2003). Justifying cognitive authority decisions: Discursive strategies of information seekers. *Library Quarterly*, 73(3), 261-288.

McKenzie, Pamela J. (2003). A model of information practices in accounts of everyday-life information seeking. *Journal of Documentation*, 59(1), 19-40.

Mcmullan, Miriam (2006). Patients using the internet to obtain health information: How this affects the patient–health professional relationship. *Patient Education and Counseling*, 63(1), 24-28.

Neal, Diane M., Campbell, Andrew J., Williams, Lynne Y., Liu, Ye, & Nussbaumer, Doris (2011). “I did not realize so many options are available”: Cognitive authority,

emerging adults, and e-mental health. *Library & Information Science Research*, 33(1), 25-33

Neal, Diane M., & McKenzie, Pamela J. (2011). Putting the pieces together: Endometriosis blogs, cognitive authority, and collaborative information behavior. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 99(2), 127-134.

Niemelä, Raimo (2006). *Ikääntyneiden informaatiokäyttäytyminen: Laadullinen tutkimus arkielämän informaatiokäytännöistä ja toimintaan aktivoitumisesta*. Oulu: Oulun Yliopisto.

Niemelä, Raimo, Ek, Stefan & Huotari, Maija-Leena (2012). Terveystiedon lukutaito lisää hyvinvointia. Teoksessa: Jukka Reivinen & Leena Vähäkylä (Toim.) *Kansanterveys, yksilön hyvinvointi*. Helsinki: Gaudeamus, pp.150-163.

Nuorisolaki 21.12.2016/1285. Finlex.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20161285#Pidp447034880>

Pálsdóttir, Ágústa (2014). Preferences in the use of social media for seeking and communicating health and lifestyle information. *Information Research: An International Electronic Journal*, 19(4)

Pilgrim, Katharina, & Bohnet-Joschko, Sabine (2019). Selling health and happiness how influencers communicate on instagram about dieting and exercise: Mixed methods research. *BMC Public Health*, 19(1), 1054. doi:10.1186/s12889-019-7387-8

Pohjanen, Aira (2013). *Transsukupuolisten identiteetin rakentamiseen liittyvä informaatiokäyttäytyminen*. Informaatiotutkimuksen pro gradu-tutkielma. Oulu: Oulun Yliopisto.

Poikela, Esa & Sormunen, Eero (toim.) (2008). *Informaatio, informaatiolukutaito ja oppiminen*. Tampere: Tampere University Press.

Rennis, Lesley, McNamara, Gloria, Seidel, Erica, & Shneyderman, Yulia (2015). Google it: Urban community college students' use of the internet to obtain self-care and personal health information. *College Student Journal*, 49(3), 414-426.

Rieh, Soo Young (2005). Cognitive authority. In K. Fisher, S. Erdelez & L. McKechnie (Eds.), *Theories of information behavior* (pp. 83-87). Medford, New Jersey: Information Today Inc.

Rieh, Soo Young (2002). Judgment of information quality and cognitive authority in the web. *Journal of the American Society for Information Science & Technology*, 53(2), 145-161.

Riesmeyer, Claudia, Hauswald, Julia, & Mergen, Marina (2019). (Un)healthy behavior? the relationship between media literacy, nutritional behavior, and self-representation on instagram. *Media and Communication*, 7(2), 160-168. doi:10.17645/mac.v7i2.1871

Ruusuvuori, Johanna, & Tiittula, Liisa (2013). *Haastattelu: Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Tampere: Vastapaino.

Savolainen, Reijo (2007a). Information behavior and information practice: Reviewing the “Umbrella concepts” of Information-Seeking studies. *The Library Quarterly: Information, Community, Policy*, 77(2), 109-132. doi:10.1086/517840

Savolainen, Reijo (2007b). Media credibility and cognitive authority. The case of seeking orienting information. *Information Research: An International Electronic Journal*, 12(3).

Shaw, Adrienne, Ibrahim, Saima, Reid, Fiona, Ussher, Michael, & Rowlands, Gillian (2009). Patients' perspectives of the doctor–patient relationship and information giving across a range of literacy levels. *Patient Education and Counseling*. 75(1), 114-120.

Sorensen, Kristine, Van den Broucke, Stephan, Fullam, James, Doyle, Gerladine, Pelikan, Jürgen M., Slonska, Zofia, & Brand, Helmut (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80

St Jean, Beth, Jindal, Gagan, & Chan, Katherine (2018). "You have to know your body!": The role of the body in influencing the information behaviors of people with type 2 diabetes. *Library Trends*, 66(3), 289. doi:10.1353/lib.2018.0004

Teevan, Jaime, & Dumais, Susan (2011). Web retrieval, ranking and personalization . In I. Ruthven, & D. Kelly (Eds.), *Interactive information seeking, behaviour and retrieval* (pp. 189-204). London: facet publishing.

Tuomi, Jouni, & Sarajärvi, Anneli (2013). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (11. uudistettu laitos). Helsinki: Tammi.

Watson, Curtis (2014). An exploratory study of secondary students' judgments of the relevance and reliability of information. *Journal of the Association for Information Science & Technology*, 65(7), 1385-1408.

Weaver, 3rd, James B, Mays, Darren, Weaver, Stephanie Sargent, Hopkins, Gary L., Eroglu, Dogan, & Bernhardt, Jay M. (2010). Health Information–Seeking behaviors, health indicators, and health risks. *American Journal of Public Health*, 100(8), 1520-1525. doi:10.2105/AJPH.2009.180521

White, Ryen, & Horvitz, Eric (2009). Cyberchondria. *ACM Transactions on Information Systems (TOIS)*, 27(4), 1-37. doi:10.1145/1629096.1629101

WHO Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019). Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Williamson, Kirsty (1998). Discovered by chance: The role of incidental information acquisition in an ecological model of information use. *Library and Information Science Research*, 20(1), 23-40.

Wilson, Patrick (1983). *Second-hand knowledge: An inquiry into cognitive authority*. Westport, Conn.: Greenwood Press.

Wilson, Tom D. (2000). Human information behavior. *Informing Science*, 3(2), 49-55.

Wilson, Tom D. (1999). Models in information behavior research. *Journal of Documentation*, 55(3), 249-70.

Wilson, Tom D. (1997). *Information behaviour: An interdisciplinary perspective* Elsevier Ltd. doi:10.1016/S0306-4573(97)00028-9

Witchalls, Peter James. (2012). Ist das Konzept von Nationalkultur noch zeitgemäß? *interculture journal: Online Zeitschrift für interkulturelle Studien*, [S.l.], p. 11-19. ISSN 2196-9485

Yates, Christine (2015). Exploring variation in the ways of experiencing health information literacy: A phenomenographic study. *Library and Information Science Research*, 37(3), 220-227. doi:10.1016/j.lisr.2015.04.003

Yi, Yong Jeong (2015). Consumer health information behavior in public libraries: A qualitative study. *The Library Quarterly*, 85(1), 45-63.

Zhang, Yan (2012). College students' uses and perceptions of social networking sites for health and wellness information. *Information Research: An International Electronic Journal*, 17(3)

LIITTEET

Liite 1. Haastattelurunko

- 1) Haastattelun aloitus, käsitteiden läpikäyminen:
 - a) Tarkoitus on käsitellä laajasti terveyteen liittyvän tiedon käsittelyä. Siihen törmäämistä, kuulemista sattumalta, itse etsimistä.
 - b) Tieto: kaikki informaatio, myös sellainen mitä pidät epäluotettavana.
 - c) Terveystieto: kaikki terveyteen liittyvä tieto. Lääkkeitä, sairauksia koskeva, mutta myös yleinen terveyden edistäminen kuten liikunta, uni, ruoka.

- 2) Terveystiedon hankinta & lähteet
 - a) Voisitko aluksi kuvailla, mistä etsit tai saat terveyteen ja hyvinvointiin liittyvää tietoa?
 - b) Tarkentavat kysymykset (jos tarpeen)
 - i) Internetlähteiden erittely
 - ii) Minkälaista tietoa?
 - iii) Aiheet
 - (1) Ohjeet/ neuvot
 - (2) Vertaistuki
 - (3) Yleisempi tieto
 - iv) Onko vaikeuksia löytää itselle sopivaa tietoa?
 - v) Tiedon saaminen terveydenhuollossa, minkälaisia kokemuksia on?

- 3) Luotettavuus / relevanssi / kognitiivinen auktoriteetti
 - a) Miten valitset lähteet, joita käytät? Kun olet löytänyt tai saanut tietoa, mistä päättelet, että siihen voi luottaa?
 - b) Tarkentavat kysymykset
 - i) Saatko suosituksia lähteistä?
 - ii) Onko tiettyjä vakiolähteitä?
 - (1) Henkilöt (läheiset, somevaikuttajat, ammattilaiset)
 - (2) Julkaisijat/nettisivut (Käypä hoito, Fineli, Terveyskirjasto, mediat yms.)
 - iii) Missä tilanteissa olet saanut informaatiota, jota ei ole halunnut/johon ei usko/joka ei ole tarpeellista? Voitko kuvata tällaista tilannetta?

- 4) Toiminta
 - a) Mistä syystä alat hankkimaan tietoa?
 - b) Tarkentavat kysymykset:
 - i) Kehollinen tieto, tuntemukset
 - ii) Halu huolehtia/ennaltaehkäistä
 - iii) Sairauden hoito
 - iv) Jo saadun tiedon täydentäminen
 - v) Yleissivistys, läheisen sairaus, muu "ulkoinen" syy, jonka ei ole tarkoitus johtaa toimintaan

- c) Oletko muuttanut käyttäytymistä saadun tiedon perusteella, miten?
 - i) Tarkentavat kysymykset:
 - (1) Luopuminen jostain toimesta/tavasta, miksi? Onko saanut muualta erilaista tietoa, vai oma tuntemus?
 - (2) Kehollinen tieto: seuraatko painoa, kirjaatko ylös asioita
 - (3) Miten reagoit, jos huomaat että olo on erilainen (parempi/huonompi)? Muutatko jotain, etsitkö ensin tietoa muualta, kysytkö joltain neuvoa?
 - d) Miksi teet muutoksia, joista äsken puhuttiin?
 - e) Jaatko tieto terveydestä?
 - i) Tarkentavat:
 - (1) Somessa, kavereille/perheen kanssa
 - (2) Minkälaista tietoa? Omasta toiminnasta, yleistä informaatiota
- 5) Onko jotain muuta aiheeseen liittyvää mielessä, josta en ole kysynyt?

Liite 2. Pyyntö tutkimukseen osallistumisesta

Invitation to take part in a thesis study about health information

Dear fellow students,

I am a masters' student in information studies, and I am searching interviewees for my thesis. In my thesis I am studying preventive health information and behaviour, the sources young women use for health information, and what makes the source trustworthy to them.

If you are a woman aged 18-29 and interested to take part in this study, please fill the google form <https://forms.gle/Da7i8n8kbv375CGT6> or send me an email, and I will contact you to find a time for the interview. The interviews are very informal, and the goal is to map the typical sources and possible obstacles when searching for and using information about health. The interviews will last approximately 30-60 minutes and will be conducted from December 2019 onwards. The study will be published in 2020 (in Finnish). All answers will be anonymous.

If you have any questions, you are welcome to send me an email to liisa.komminaho@student oulu.fi and ask!

Best regards,
Liisa Komminaho