

Oulun yliopisto
Humanistinen tiedekunta

Jenni Backman

UUSIA NÄKÖKULMIA JA TIEDONLÄHTEITÄ
Terveystiedon hankinta ja arviointi Suomi24 -keskustelupalstalla

Informaatiotutkimuksen
Pro Gradu -tutkielma
Oulu 2019

TIIVISTELMÄ

Tutkielman aiheena on sosiaalisen median rooli terveystiedon hankinnassa. Tutkimuksella pyrittiin selvittämään sosiaalisen median terveystiedon vaikutuksia, hyötyä ja menetelmiä, joita käytetään tiedonarvioimiseen sosiaalisessa mediassa. Lukutaitojen vaikutusta tiedonarviointiin pyrittiin selvittämään sosiaalisen median lukutaitoa mittaamaan luodulla mittaristolla sekä e-terveystiedon lukutaidon mittaristolla (eHeals).

Tutkimuksen kohteena on Suomi24 -keskustelupalstan käyttäjät. Suomi24 on suurin suomalainen sosiaalisen median sivusto. Suomi 24:n omistaa Aller Media. Aineisto kerättiin verkkokyselyllä, jonka lisäksi keskustelupalstalta kerättiin keskusteluaineisto, kyselyn vastaajamäärän jäädessä pieneksi. Keskusteluaineistoon kuului 50 viestiketjua, joissa oli yhteensä 1220 kommenttia. Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää sosiaalisen median merkitystä terveystiedon hankinnassa. Tutkimusmenetelmänä olivat verkkokysely sekä verkkotutkimus. Verkkokeskusteluaineisto analysoitiin määrällisellä sisällön erittelyllä ja laadullisella sisällön analyysillä. Määrällinen keskusteluaineisto ja kyselynaineisto ristiintaulukoitiin.

Sosiaalista mediaa käytettiin omien kokemusten jakamiseen ja tiedon saamiseen terveydentilaa koskien. Sosiaalisesta mediasta löydettiin vertaisia ja saatiin tukea. Informaatioressurssina sosiaalinen media on tiedonhankintaa eteenpäin vievä aloituspiste tai uusia lähteitä tarjoava väliresurssi. Sosiaalisen median arvioinnin perustana olivat vastaanottajan omat tiedot ja kokemukset. Kirjoittajia arvioitiin sosiaalisessa mediassa uskomusten samankaltaisuuden tai asiantuntijuuden perusteella. Viestin arvioinnissa käytettiin kriteereinä todenmukaisuutta, uskottavuutta ja tiedon oikeellisuutta tai virheellisyyttä. Sosiaalisen median tietoja todennettiin ulkopuolisten lähteiden avulla. Sosiaalisen median lukutaidon mittaamisessa tulisi jatkossa mitata kykyä arvioida jaettujen lähteiden luotettavuutta.

Asiasanat: tiedonhankinta, tiedonarviointi, keskustelupalsta, e-terveystieto, verkkotutkimus, sosiaalinen media, sosiaalisen median lukutaito

Sisällysluettelo

| | |
|--|----|
| TIIVISTELMÄ..... | 2 |
| 1 JOHDANTO..... | 5 |
| 1.1 Tutkimuksen tavoitteet | 5 |
| 1.2 Keskeiset käsitteet..... | 7 |
| 1.3 Tutkimuksen rakenne..... | 8 |
| 2 ARKIELÄMÄN TERVEYSTIEDON HANKINTA JA ARVIOINTI SOSIAALISESSA MEDIASSA | 9 |
| 2.1 e-Terveystieto ja sosiaalinen media..... | 11 |
| 2.2 Terveystiedon hankinta sosiaalisen median ympäristössä..... | 14 |
| 2.2.1 Sosiaalisen median rooli tiedonhankinnassa | 17 |
| 2.2.2 Kognitiivinen auktoriteetti..... | 18 |
| 2.3 e-Terveystiedon arviointi | 20 |
| 2.3.1 Kirjoittajan ominaisuudet tiedonarvioinnissa..... | 20 |
| 2.3.2 Viestin ja sisällön ominaisuudet tiedonarvioinnissa..... | 23 |
| 2.3.3 Sivuston ominaisuudet tiedon arvioinnissa | 29 |
| 3 LUKUTAIDOT | 31 |
| 3.1 e-Terveystiedonlukutaito ja e-Heals..... | 31 |
| 3.2 Sosiaalisen median lukutaito | 32 |
| 3.3 Lukutaidot terveystiedon hankinnassa..... | 35 |
| 4 TUTKIMUSMENETELMÄT JA -AINEISTOT | 37 |
| 4.1 Tutkimuksen aineisto ja luotettavuus | 37 |
| 4.2 Verkkokysely | 40 |
| 4.3 Keskusteluaineisto | 43 |
| 4.3.1 Suomi24 -keskustelupalsta | 43 |
| 4.3.2 Keskustelupalstan havainnointi | 45 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.3.3 | Aineiston valintakriteerit | 46 |
| 4.4 | Analyysi | 48 |
| 4.4.1 | Tilastollinen analyysi..... | 48 |
| 4.4.2 | Sisällön erittely..... | 50 |
| 5 | TULOKSET | 54 |
| 5.1 | Keskustelupalstan rooli terveystiedon hankinnassa..... | 59 |
| 5.1.1 | Sosiaalisen median luotettavuus terveystiedon lähteenä..... | 64 |
| 5.1.2 | Sosiaalisen median hyödyllisyys terveystiedon lähteenä..... | 65 |
| 5.2 | Tiedon arviointi ja kognitiivinen auktoriteetti sosiaalisessa mediassa | 71 |
| 6 | POHDINTA..... | 75 |
| | LÄHTEET | 80 |
| | LIITTEET..... | 89 |
| | LIITE 1 Saateviesti..... | 89 |
| | LIITE 2 Kyselylomake | 90 |
| | LIITE 3: e-Heals -mittaristo | 96 |
| | LIITE 4: Väittämät koskien terveysaiheita ja terveystiedon vaikutusta terveyskäyttäytymiseen | 99 |

1 JOHDANTO

Sosiaalisen median kautta kerätty tieto on tulossa yhä tärkeämmäksi päivittäisessä elämässämme. Sen kautta on mahdollista niin levittää kuin kerätä tietoa. Sosiaalinen media voi koostua verkostoista, jotka perustuvat tiiviille tai löyhille henkilökohtaisille siteille tai ryhmä voi koostua samasta aiheesta kiinnostuneista ihmisistä, jotka ovat muuten tuntemattomia toisillensa. (Palsdottir 2014.) Terveystiedon osalta sosiaalinen media voi näyttäytyä mainoksina, ystävien flunssa -päivityksinä tai olla tärkeä kanava tuen saamiseen heiltä, jotka ovat samassa tilanteessa. Perinteisten sivustojen lisääntyneet sosiaaliset elementit hämärtävät perinteisen ja sosiaalisen median rajoja. Tiedonarviointi hankaloituu tiedon suuren määrän ja kontekstista irrottamisen takia.

Kaikkea tietoa emme halua emmekä pysty arvioimaan perusteellisesti ja suuren osan tietoa hylkäämme meille epäolennaisena. Mutta tieto, joka koskettaa meitä kiinnostavia aiheita, saa huomiomme ja joudumme arvioimaan sen laatua. Tieto voi saavuttaa uskottavuuden jo sen perusteella, että se käy yksiin omien oletuksiemme kanssa, eikä sisällä merkittäviä ristiriitaisuuksia. Tietoa arvioidaan myös sosiaalisesti verkostojen välityksellä (Hukka 2014). Saatua terveystietoa vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen ja hyvinvointiin. Tämän vuoksi terveystietoon liittyvää informaatiokäyttäytymistä on tärkeä tutkia ja tutkimuksella parantaa terveystiedon saatavuutta sekä käyttöä.

1.1 Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää sosiaalisen median käyttöä terveystiedon hankinnassa. Ek, Eriksson-Backa ja Niemelä (2013) tutkivat suomalaisten terveystietosivustojen käyttöä vuosina 2001 ja 2009. Internetiin pääsyn yleistyminen näkyi terveystietosivustojen lisääntyneenä käyttönä. (Ek ym. 2013.) Viimeisen reilun kymmenen vuoden aikana erilaiset sosiaaliset applikaatiot ja palvelut ovat yleistyneet, mikä herättääkin kysymyksen: Millainen merkitys sosiaalisella medially on arkipäivän terveystiedon hankinnassa?

Tässä tutkimuksessa keskityn Suomi24 -keskustelupalstan käyttäjien terveystiedon hankintaan. Kuinka paljon sosiaalista mediaa hyödynnetään terveystiedon saamiseksi? Kuinka paljon sosiaalista mediaa käytetään verrattuna muihin lähteisiin? Miten käyttäjien tuottamaa ja välittämää tietoa arvioidaan ja millaisia vaikutuksia sosiaalisen median terveystiedolla on käyttäjien terveyskäyttäytymiseen? Tutkin terveystiedon arviointia määrällisin ja laadullisin menetelmin. Tarkastelen sosiaalisen median tiedonarvioimisessa erityisesti saadun tiedon hyödyllisyyttä, uskottavuutta ja luotettavuutta. Tiedon uskottavuus ja luotettavuus kuuluvat olennaisesti tiedon arvioimiseen. Sosiaalisen median tiedon hankinnan ongelmiin kuuluu tiedon valtavan määrän lisäksi muun muassa tiedon ristiriitaisuus ja epäluotettavuus (Sin 2015). Hyvä lukutaito antaa välineitä tiedon luotettavuuden arvioimiseen alustasta riippumatta. Media- ja informaatiolukutaitoinen osaa erottaa tiedon jakamisen tarkoitusperät ja sosiaalisen median lukutaitoinen osaa toimia aktiivisena keskusteluun osallistujana. (Vanwynsberghe 2012, Unesco 2013).

Tutkimuksen kohteena olivat Suomi24:n Terveys -keskustelun käyttäjät. Tutkimuksen aineisto kerättiin verkkokyselyllä sekä keskusteluaineistona.

Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Millainen rooli sosiaalisella medially on terveystiedon hankinnassa?
 - a. Kuinka luotettavaksi lähteeksi sosiaalinen media koetaan?
 - b. Kuinka hyödylliseksi lähteeksi sosiaalinen media koetaan?
2. Mitä menetelmiä sosiaalisen median terveystiedon luotettavuuden arvioinnissa käytetään?
3. Millaiseksi käyttäjät kokevat e-lukutaitonsa?
 - a. Millaiseksi käyttäjät kokevat sosiaalisen median lukutaitonsa?
 - b. Millaiseksi käyttäjät kokevat e-terveystiedon lukutaitonsa?

1.2 Keskeiset käsitteet

Tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat e-terveystieto, joka muodostaa tutkimuksen kontekstin, sekä arkielämä, eli tilanne, jossa tietoa hankitaan. Sosiaalinen media on ympäristö, jossa tiedonhankinta ja arviointi tapahtuvat.

Terveystietoa on kaikki jokapäiväiseen elämään liittyvä tieto, joka käsittelee ravintoa, liikuntaa, unta, terveyden ylläpitoa tai sairauksien hoitoa. Terveystietoa ovat muun muassa viralliset potilastiedot ja terveydenhuollon ammattilaisten välinen viestintä. (Drake 2014, 84-103.) *e-Terveystietoa* on terveyteen liittyvää tietoa elektronisessa ympäristössä (Norman & Skinner 2006), esimerkiksi verkkosivujen terveystieto ja laboratoriotulokset tietokannassa.

Arkielämä, tai *arki*, on ajan ja paikan viitekehys, joka vaikuttaa siihen, mitä tehdään ja milloin, kenen kanssa ja missä. Arkielämällä tarkoitetaan ihmisten jokapäiväistä elämää. Arkeen liittyy rutiininomaisuutta, tuttuutta ja tavallisuuden määreitä. Juhlat ja äkilliset kriisit voidaan katsoa arkea murtavina tapahtumina, mutta toisaalta säännöllisesti kalenterivuositain toistuvat juhlat voidaan yhtä hyvin nähdä osana arkea ja kriisi voi olla sekä arkea murtava että arkeen sopeutumista vaativa prosessi. (Niemelä 2006, 29-30.) Tässä tutkimuksessa arkielämän terveystiedon katsotaan koskettavan vastaajaa tai hänen läheistään. Muutosten, joissa tarvitaan terveystietoa, katsotaan kuuluvan arkeen.

Sosiaalinen media perustuu Kangaksen, Toivosen ja Bäckin (2007) mukaan kokonaan tai palvelun arvon kannalta merkittävässä määrin käyttäjien tuottamalle sisällölle. Sosiaalisen median tyypillisiä piirteitä ovat osallistuminen, verkostoituminen, avoimuus, keskustelu ja yhteisöt. (Kangas ym. 2007, 14-15.)

Keskustelupalsta on verkkosivusto, jossa ihmiset voivat keskustella lähettämällä sivustolle viestejä, postauksia. Keskustelupalstalla keskustelu ei ole yleensä reaaliaikaista, vaan viestit arkistoidaan vähintään väliaikaisesti. Keskustelupalsta voi sisältää useita alapalstoja, joissa voi olla useita ”topikkeja” eli keskustelunaiheita. Yhden

topikin postaukset muodostavat ketjumaisen rakenteen, viestiketjun. (Sanastokeskus TSK 2010, Wikipedia 2016.)

e-Terveystiedon lukutaito on Normanin ja Skinnerin (2006) mukaan kykyä etsiä, löytää, arvioida, yhdistää ja käyttää informaatioteknologian välittämää tietoa, jolla voidaan parantaa tai ylläpitää terveyttä. e-Terveystiedon lukutaito kuuluu uusiin lukutaitoihin kuten sosiaalisen median lukutaitokin.

Sosiaalisen median lukutaito on kykyä käyttää asianmukaisesti sosiaalisen median palveluita ja sovelluksia. Lisäksi se on kykyjä kriittisesti analysoida, arvioida, jakaa ja luoda sosiaalisen median sisältöjä. (Vanwynsberghe ym. 2012, 9.)

Luotettavuus on todenmukaisena, paikkansapitävänä, uskottavana koettua (Kielitoimisto 2018). Luotettavuus on osa tiedonarvioinnin uskottavuuden (*credibility*) käsitettä ja määritellään vastaanottajan arvioiksi koskien viestijän uskottavuutta (*believability*). Uskottavuuteen ja luotettavuuteen vaikuttavat vastaanottajan havainnot, asenteet ja käyttäytyminen. (Rains ym. 2009.)

1.3 Tutkimuksen rakenne

Luvun kaksi aloitan taustoittamalla tutkimusta aiemman terveystiedon hankinnasta ja sosiaalisen median tiedonhankinnasta tehdyn tutkimuksen avulla. Luvussa 2.2 avaan tutkimuksen viitekehysten, joka on muodostettu soveltamalla Banduran (1968) tiedonhankinnan kolmijakoista vuorovaikutusta Sonnenwaldin (1999) informaatiohorisontti -teoriaan. Teoriasta nostan esille tarkemmin informaatioressurssin roolin ja kognitiivisen auktoriteetin muodostumisen. Luvun kaksi lopuksi avaan aiempaa tutkimusta terveystiedon arvioinnista verkossa. Luku kolme keskittyy lukutaitoihin, joista tässä tutkimuksessa käytetään Normanin ja Skinnerin (2006) käsitettä e-terveystiedon lukutaidosta ja Vanwynsberghen ym. (2012) sosiaalisen median lukutaidon käsitettä sekä Unescon media- ja informaatiolukutaitoa (2013). Tutkimusmenetelmästä kerron luvussa neljä. Avaan verkkokyselyssä käytetyt mittarit sekä keskusteluaineiston analyysissa

käytetyn sisällön erittelyyn. Luvussa viisi kerron tutkimuksen tulokset, joiden suhdetta teoriaan pohdin luvussa kuusi.

2 ARKIELÄMÄN TERVEYSTIEDON HANKINTA JA ARVIOINTI SOSIAALISESSA MEDIASSA

Suomalaisten terveystiedon hankintaa ovat tutkineet Ek ja Niemelä (2010) kansallisella kyselytutkimuksella. Kysely suoritettiin vuosina 2001 ja 2009. Terveysportaalien käyttö oli suosittua molempina vuosina. Yleisesti internetin ja terveysivustojen käyttö oli kasvanut merkittävästi kahdeksan vuoden aikana. Tyypillinen suomalainen terveystiedon hankkija oli tutkimuksen mukaan 26-45 vuotias korkeakoulutettu nainen, joka koki terveydentilansa erittäin hyväksi (Ek ym. 2010). Tilastokeskuksen (2018) mukaan 65% suomalaisista käytti vuonna 2018 internetiä sairauksiin, ravitsemukseen tai terveyteen liittyvän tiedon etsintään. Terveystiedon hankinta oli viidenneksi suosituin toiminta internetissä. (Suomen virallinen tilasto 2018.)

Below ja Patrikainen (2003) tutkivat pro gradu -tutkielmassaan 15-69 -vuotiaiden suomalaisten terveystiedon tarpeita. Sukupuoli vaikutti terveystiedon hankintaan ikää enemmän. Naiset etsivät enemmän terveystietoa kuin miehet. Naiset olivat hakeneet tietoa eniten terveellisistä elämäntavoista, sairauksista ja niiden hoidosta, arkipäivän oireista ja vaivoista ja laihdutuksesta. Miehet olivat hakeneet tietoa vastaavasti, mutta stressi ja jaksaminen oli miehillä laihdutusta yleisempi tiedontarve. Sekä miesten että naisten tiedon tarpeista vähäisempiä olivat ihmissuhteet ja päihteet. Ikäryhmittäin terveystiedon tarpeessa ei ollut suurta eroa. 15-19 -vuotiaat (55%) olivat hakeneet terveystietoa vähemmän kuin 60-69 -vuotiaat (72%). Muissa ikäryhmissä (20-59 -vuotiaat) terveystietoa oli hakenut 61-67%. (Below ym. 2003, 28-34.)

Hukan (2014) mukaan terveystiedon lähteenä tärkein on yhä terveydenhuollon ammattilaiset. Toisena tulevat internet sekä ystävät ja tuttavat. Terveystietoa haetaan niin hakukoneilla kuin omien verkostojen kautta. Sosiaaliset verkostot ovat merkityksellisiä niin tiedonhankinnassa kuin arvioinnissakin. Verkostojen perheen ja ystävien avulla

arvioidaan löydettyä tietoa, ja sosiaalisen median avulla saatu tieto voidaan tarkistuttaa lääkärillä. (Hukka 2014, 104-122.)

Savolainen (2011a) tutki tiedontarpeen määrittelyä masennusta käsittelevissä blogeissa sekä Suomi24 -keskustelupalstan masennusta koskevista keskustelualueista. Useimmiten tiedontarpeet koskivat mielipiteen saamista tai asian arviointia. Masennukseen liittyvää tietoa tai tietoa menettelytavoista koskien mahdollisia toimintavaihtoehtoja kysyttiin harvemmin. Sekä blogeissa että keskustelupalstalla tiedusteltiin yhtä lailla enemmän kokemukseen pohjautuvaa tietoa. Keskustelupalstalla mielipidettä koskevia pyyntöjä oli 72,3% marraskuun 1999 ja tammikuun 2000 välillä esitetystä pyynnöistä. Pyyntöistä 20,9% koski faktatietoa. Tiedonlähteenä oli 88,6% vastauksista henkilökohtainen kokemus, 3,1% ammatilainen tai ammattilaisjärjestö ja 6,2% verkostolähde. Henkilölähteitä, painettuja lähteitä tai muita lähteitä vastauksista sisälsi pieni osa. (Savolainen 2011a.)

Pew Internet & American Life Project on tutkimus amerikkalaisten terveystiedon hankinnasta internetissä. Terveystietoa etsittiin netistä vuorokauden kaikkina aikoina. Kahdeksan kymmenestä haki terveystietoa muutaman kuukauden välein. Heistä, jotka olivat lähiaikoina hakeneet terveystietoa internetistä, yli puolet hakivat tietoa puolison, lapsen, ystävän tai muun läheisen puolesta. Lähes kolme neljännestä koki terveystiedon hankinnan internetistä parantaneen hakijan tietoutta terveydestä ja saamia palveluita. Terveystiedon hankinta internetistä vaikutti myös potilaan ja lääkärin suhteeseen, mutta ei aina parantanut sitä. (Fox & Follows 2003.) Terveystiedon hankinta oli kolmanneksi suosituin toiminta internetissä. Suurimmat syyt terveystiedon hankinnalle internetistä olivat tuttavien saama diagnoosi (81%), vastikään saatu diagnoosi (53%) ja uusi lääkitys tai hoitomenetelmä (56%). 47% haki tietoa terveydentilansa vuoksi ja 47% jos heillä oli jäänyt kysyttävää terveydenhuollon tapaamisen jälkeen. (Fox 2003, Rice 2006.) Internetistä etsittiin vinkkejä oireisiin toisilta omaishoitajilta tai potilailta. Internetissä saatiin ja annettiin vertaistukea ja tiedotettiin ystäviä sekä sukulaisia lähimmäisen terveydentilasta. Internetistä löydettiin huumoria ja iloa tilanteen ollessa huono. (Fox ym. 2003.)

Pew Internet and American Life Project -tutkimuksen tulosten mukaan viisi tekijää vaikuttivat voimakkaimmin ja säännönmukaisimmin internetin käyttöön terveystiedonhankinnassa. Naiset käyttivät enemmän internetiä terveystiedon hankinnassa. Henkilöt, jotka eivät olleet kokopäiväisesti työelämässä, tai jotka osallistuivat muihinkin internetin aktiviteetteihin, käyttivät myös internetiä enemmän terveystietoa saadakseen. Lisäksi halu auttaa toisia selviytymään jonkin terveydentilan kanssa ja terveystietoa, kuten vasta selvinnyt terveysongelma, pitempään jatkunut terveydellinen tila, määrätty uusi lääke tai toimenpide vaikutti internetin käyttöön terveystiedon hankinnassa positiivisesti. Tulosten saaminen tai tiedonhankinnan positiivinen arvioiminen oli todennäköisempää naisilla, muihin internetin aktiviteetteihin osallistuvilla, auttamistarkoituksessa tietoa hankkivilla, tukiryhmään kuuluvilla ja tietyn terveystietoon vuoksi tietoa hakevilla. Tulokset ja positiivinen arviointi yhdistyivät tiheämpään terveystiedon hankintaan internetistä. (Rice 2006.)

Kivits (2009) tutki internetin käyttöä terveystiedon hankinnassa tapaustutkimuksena neljässä taloudessa. Internet mahdollisti terveystietoon käsiksi pääsemisen kotona ja mahdollisuuden valita tietoa, joka vastasi omaa terveystietoa. Internet koettiin arjen apurina, jonka puoleen saattoi kääntyä tarvittaessa. Internet mahdollistaa terveystiedon omaksumisen riippumatta siitä millaista tietoa ollaan hakemassa, tässä tapauksessa terveystiedon kuluttaja tulee tietoisemmaksi ja mahdollisesti reflektoi omaa terveyttään saamaansa tietoon. Internet mahdollistaa myös terveystiedon osittaisen tai kokonaisen välttelyn. (Kivits, 2009.)

2.1 e-Terveystieto ja sosiaalinen media

Terveystietoa tuottavat esimerkiksi yliopistot, yliopistosairaalat, tutkimuslaitokset, teollisuus ja tutkimusrahoittajat. Yksityisellä sektorilla terveystietoa tuottavat apteekit, teollisuus ja yksityiset hoitopalvelut. Julkisella sektorilla sitä tuottavat terveydenhuolto, johon kuuluu sairaaloiden ja terveystietokeskusten lisäksi hallinta- ja valvontaviranomaiset. Terveystietoa tuottavat erilaiset järjestöt, kuten potilasjärjestöt, valistusjärjestöt ja edunvalvontajärjestöt. Yritykset, yhteisöt, vallanpitäjät ja media ovat perinteisesti

muodostaneet tiedontuottamisen neliyhteyden. Sosiaalisen median tullessa mukaan, on neliyhteys muotoutumassa viisikannaksi. (Järvi 2014, 122-137.)

Sosiaaliseen mediaan kuuluvat muun muassa blogit (esim. Wordpress), sosiaaliset verkostoitumissivustot (esim. Facebook), virtuaalimaailmat (Second Life), yhteistyössä toteutetut verkkotietosanakirjat (Wikipedia), sisällölliset yhteisöt (YouTube), virtuaaliset pelimaailmat (World of Warcraft), sosiaaliset kirjanmerkit (Pinterest), pikaviesti- ja keskustelusovellukset (Skype ja Whatsapp), keskustelufoorumit ja kysymysvastaupalvelut (Ask.fm ja Suomi24) sekä pilvitallennuspalvelut ja dokumenttien tekeminen verkossa (Dropbox ja Google Drive) (Vanwynsberghe ym. 2012, Pönkä 2014). Tässä tutkimuksessa sosiaalisen median terveystiedon lähteiksi on otettu mukaan blogit, verkostoitumissivustot, verkkotietosanakirjat, sisällölliset yhteisöt ja keskustelufoorumit. Pikaviesti- ja keskustelusovellukset, pelimaailmat ja pilvitallennuspalvelut ovat jääneet tutkimuksen ulkopuolelle, niiden yksityisen luonteen vuoksi. Verkkokyselyyn on otettu mukaan kuitenkin terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien sovellusten tarjoama terveystieto.

Sosiaalinen media on vaikuttanut ihmisten tapoihin hankkia tietoa ja neuvoja heidän yrittäessään selvittää sairauden tai terveysongelman kanssa. Ennen ystävät ja perhe olivat tiedonlähteitä, joiden puoleen käännettiin, kun haluttiin mielipiteitä ja apua terveyttä koskevien päätösten tekemisessä. Nykyään erilaiset sosiaalisen median palvelut ovat mahdollistaneet vertaisryhmien luomisen ja kokemusten vaihtamisen toisten saman terveydentilan omaavien kanssa. Lin ym. jakavat sosiaalisen median ympäristön vuorovaikutuksen ihmisten väliseen ja ihmisten ja informaation väliseen vuorovaikutukseen. (Lin & Chang 2018.) Ledermanin ym. (2014) mukaan keskustelupalstoilla tuotetaan ja saadaan tietoa, joka pohjautuu käyttäjien omiin kokemuksiin. Tieteellistä tietoa jaetaan usein viittaamalla ulkopuoliseen lähteeseen, internet -sivustoon, kirjaan tai muuhun. Sosiaalisessa mediassa jaetaan myös ei-lääketieteellistä tietoa, jota voi olla mm. vakuutusyhtiöiden, sairaaloiden käytännöt tai valtion rahoitus, koskien jotain terveydellistä tilaa tai ongelmaa. (Lederman ym. 2014.)

Sin (2015) nostaa sosiaalisen median tiedonhaun ongelmista esille informaation suuren määrän, vaikeuden löytää relevantteja tuloksia, tiedon ristiriitaisuuden sekä vanhentuneen

ja epäluotettavan tiedon. Tiedonhankinnan eduiksi sosiaalisessa mediassa katsotaan kuuluvan vuorovaikutus ja mahdollisuus keskusteluun. Kysely voidaan lähettää suoraan aiheeseen perehtyneelle ryhmälle. (Sin 2015.) Suomi24:n erilaisten keskustelutopikkien käyttäjät edustavat tietystä aiheesta kiinnostunutta ja siihen perehtynyttä ryhmää. Sosiaalisen median työkaluilla on helppo kopioida, levittää ja yhdistellä netistä löytynyttä aineistoa ja monet sosiaalisen median sivustoista perustuvatkin ulkopuolelta kerättyyn aineistoon (Lietsala ja Sirkkunen 2010, 270). Internetin tiedon määrä voi myös laskea pystyvyyttä ja tietoa voidaan sen vuoksi olla hankkimatta. Tiedon valtava määrä voi johtaa siihen, ettei tiedosta saada hyödyllistä tai oikeaksi koettua informaatiota irti ja tiedon määrästä huolimatta tiedon hankkija ei tunne saaneensa vastauksia. (Kivits, 2009.)

Lin ym. (2018) tutkivat mikä motivoi ihmisiä terveystiedon vaihtamiseen sosiaalisessa mediassa. Terveystiedon vaihtamiseen vaikuttivat positiivisesti odotukset sosiaalisista suhteista ja tuloksista koskien sairauden hallintaa ja itsehoitokykyä. Ihmisten välinen vuorovaikutus vaikutti positiivisesti tuloksiin, joita odotettiin oman sairauden hallinnan ja itsehoidon taidoissa. Sama koski ihmisten ja informaation välistä vuorovaikutusta. Ihmisten välinen vuorovaikutus vaikutti positiivisesti odotuksiin sosiaalisista suhteista. Sosiaalisen median välityksellä koettiin saatavan informaatiota, jonka avulla voitiin lisätä omaa tietämystä ja kykyä terveydentilaa koskien. (Lin ym. 2018.)

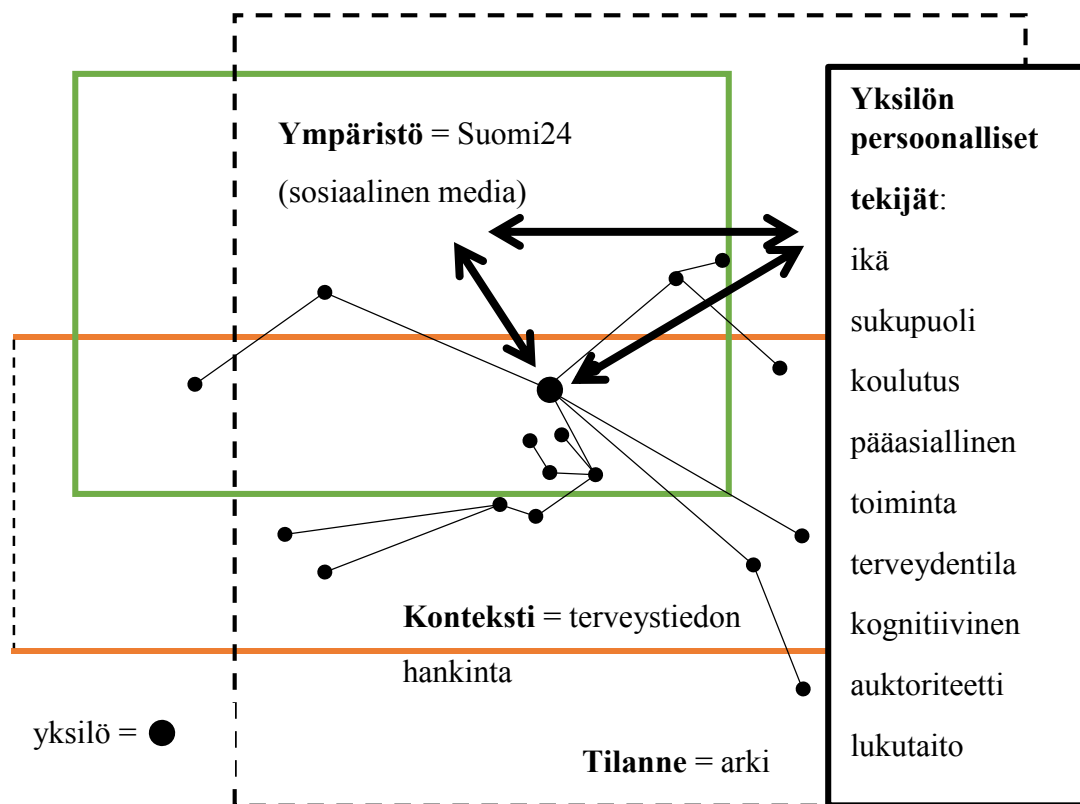
Liaon ja En-yin (2012) mukaan sosiaalinen pääoma, vertaisten vaikutus ja saatu hyöty vaikuttavat positiivisesti tiedon omaksumiseen internetyhteisöissä. Yhteisöissä lukijoiden ja katselijoiden asenteisiin vaikuttavat enemmän verkoston suhteet, molemminpuoliset normit, yksimielisyys ja saatu hyöty, kun puolestaan sisällön tuottajien asenteisiin vaikuttavat enemmän keskinäinen luottamus ja yhteinen kieli. (Liaon ym. 2012.) Sosiaalisella pääomalla tarkoitetaan sosiaalisia verkostoja ja normeja sekä luottamusta, joiden mukaan verkoston suhteet rakentuvat (Ruuskanen 2019).

Hsu, Chang, Lin ja Lin (2015) tutkivat Facebook -käyttäjien vuorovaikutuksen vaikutuksia. Tulosten mukaan vuorovaikutusta tapahtui ihmisten välillä, ihmisten ja viestin välillä sekä ihmisten ja yhteisön välillä. Tiedonhankinta vaikutti positiivisesti ihmisten ja viestin sekä ihmisten ja yhteisön väliseen vuorovaikutukseen. Kaikki

vuorovaikutustyyppit lisäsivät tyytyväisyyttä, joka puolestaan vaikutti yhdessä ihmisten välisen sekä ihmisten ja yhteisön välisen vuorovaikutuksen kanssa sosiaalisen median käytön jatkamiseen. (Hsu ym. 2015.)

2.2 Terveystiedon hankinta sosiaalisen median ympäristössä

Informaatiokäyttäytyminen muodostuu yksilöiden, sosiaalisten verkostojen, tilanteiden ja kontekstien ympärille. Yksilö reflektoi käyttäytymisessään kontekstissa ja tilanteessa tapahtuvia muutoksia. Informaatiokäyttäytyminen rakentuu informaation puutteen, reflektioiden ja arviointien virtauksesta. Jokaista vaihetta motivoi yhteen sopeutuminen itsensä, toisten ja ympäristön kanssa. Sopeutumista ohjaa usein jonkin tekijän dominanssi. Konteksti on olosuhteet, joissa tietyt tilanteet ilmenevät. Kontekstia määrittäviä ominaisuuksia ovat esimerkiksi aika, tavoitteet, järjestelmät, tilanteet, prosessit, organisaatiot ja osallistujien tyyppi. Konteksti voi sisältää useita tilanteita. Tilannetta voi kuvailla toisiinsa liittyvien tapahtumien kokoelmana, jota ilmenee ajan kuluessa. (Sonnenwald 1999.) Banduran (1968) sosio-kognitiivisessa teoriassa käyttäytymistä ohjaa ihmisen kognitio ja persoonalliset tekijät vuorovaikutuksessa ympäristön tapahtumien ja oman käyttäytymisen refleктоimisen kanssa. Ihmisluonnetta määrittävät viisi peruskykyä: kyky ymmärtää symboleja, kyky ennakoida, kyky välillisyyteen eli oppimiseen muiden toiminnasta, kyky itsesäätelyyn ja kyky itsereflektion. (Bandura 1968, 18-26.) Tutkimuksen ympäristönä on sosiaalisen median palvelu Suomi24 -keskustelupalsta. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Tiedonhankinnan kolmijakoinen vuorovaikutus.

Jokaisessa kontekstissa ja tilanteessa voidaan olettaa olevan informaatiohorisontti, jossa toimitaan. Horisontti määräytyy sosiaalisesti ja yksilöllisesti ja on erilainen eri kontekstissa. Informaatiohorisontti koostuu informaatioresursseista ja niiden välisistä suhteista. Informaatioresurssit voivat olla henkilölähteitä sosiaalisista verkostoista, dokumentteja ja tiedon välittäjiä kuten kirjat, erilaiset mediat tai verkkosivut, tiedonhakupöytäkirjat sekä omat ja toisten kokemukset maailmasta. (Sonnenwald 1999, 5-10, Sonnenwald 2005, 191-197.) Sosiaalinen media informaatioresurssina voi toimia esimerkiksi kokemustiedon tarjoajana tai tiedon välittäjänä. Sosiaalinen media on kuitenkin ympäristö, jossa on useita tiedon jakajia ja tuottajia. Tarkastelen informaatioresurssina keskustelupalstan viestiketjua, ja sitä millaisia rooleja viestiketjut saavat.

Tiedonhankinta on yksilön ja informaatioresurssien välistä yhteistyötä ja sisältää välitöntä (reflektiivistä) vuorovaikutusta (Sonnenwald 1999, 5-10). Sosiaalinen media on ihanteellinen ympäristö reaaliaikaiselle tai nopealle vuorovaikutukselle. Vuorovaikutukseen voi osallistua useampi yksilö, mikä antaa monipuolisemmin informaatiota sekä tiedontarjoajasta että tuotetusta tai jaetusta tiedosta.

Tiedonhankintaan vaikuttavat sekä epävarmuus että minäpystyvyys. Epävarmuus liittyy informaation puutteeseen ja antaa alkusysäyksen tiedonhankinnalle (Rieh 2005, 83-87). *Minäpystyvyys* on ihmisen arvio omista kyvystään suorittaa tarvittavat toiminnot tietynlaisen lopputuloksen saavuttamiseksi. Kun minäpystyvyys on hyvä, odotetaan positiivisia tuloksia. Negatiivisia tuloksia odotetaan helpommin, jos minäpystyvyyden tunne ei ole vahva. Minäpystyvyyden tunne vaikuttaa näin siihen, millaiseen toimintaan ryhdytään. Ihmisen käyttäytymiseen kuuluu jatkuvia valintoja. Sen lisäksi, että valitaan, millaiseen toimintaan ryhdytään, on valittava myös, kauanko toimintaa jatketaan. Vahvan tunteen minäpystyvyydestä omaavat sietävät paremmin epävarmuutta. Ajatusmallit ja tunteet vaikuttavat ympäristön kanssa tapahtuvan varsinaisen ja odotetun vuorovaikutuksen aikana. Kun minäpystyvyyden tunne on vähäinen, mahdolliset vaikeudet kuvitellaan usein pahemmiksi, mikä puolestaan vaikuttaa negatiivisesti ja lisää tilanteen aiheuttamaan stressiä. Epäonnistumiset voidaan kokea omien kykyjen puutteena. Kun tunne minäpystyvyydestä on vahva, epäonnistumiset koetaan yrittämisen puutteena. Tilanteen vaatimukseen keskitytään enemmän ja esteitä pyritään ylittämään yrittämällä enemmän. (Bandura 1968, 390-397.)

Minäpystyvyyden tunne vaikuttaa siihen, kuinka sinnikkäästi tietoa hankitaan ja kuinka monia resursseja hyödynnetään. Resurssien hyödyntämiseen vaikuttavat tästä hankitut aiemmat kokemukset. Koska ihmisen kokemukset kattavat vain kapean alan maailmastamme, voimme hyödyntää tiedonhankinnassa henkilöitä, joilla on aiheeseen liittyvää kokemusta tai tietoa. (Rieh 2005, 83-87). Sosiaalinen media mahdollistaa aiheeseen perehtyneiden henkilöiden löytämisen (Sin 2015).

2.2.1 Sosiaalisen median rooli tiedonhankinnassa

Sonnenwaldin ym. (2001) mukaan informaatioresurssit voidaan jakaa informaatiohorisonttikartalla neljään erilaiseen tyyppiin. Informaatiohorisontissa resurssien suhteita toisiin resursseihin kuvataan resurssista toiseen kulkevalla viivalla. *Eristyneistä* (isolates) ei lähde eikä niihin tule viivaa. *Siirtäjistä* (transmitters) ei tule viivaa, mutta siitä lähtee viiva tai useampia viivoja. *Vastaanottajiin* (receivers) viivoja tai viiva tulee, mutta siitä ei lähde viivaa. *Välittäjiin* (carriers) viiva tai viivoja tulee sekä lähtee siitä. Termit tulevat viestinnästä, eivätkä ne ole erityisen kuvailevia. Tyypit joko siirtävät (transmitters), vastaanottavat (receivers) tai välittävät (carrier) yhteyttä resurssien välillä. (Sonnenwald ym. 2001.)

Informaatiohorisontissa tyypit edustavat informaatioresursseja, joilla on rooli tiedonhankintaprosessissa. Roolit voidaan luokitella. Vastaanottajat ovat lopetusresursseja, siirtäjät aloitusresursseja ja välittäjillä on tasapuolinen rooli tiedonhankinnassa, joten ne ovat tasavertaisia (eng. balanced resource) resursseja. Välittäjät voidaan jakaa edelleen suositteleviin resursseihin ja fokuoiviin resursseihin. Suosittelevia ovat ne, joista viivoja lähtee enemmän kuin tulee. Ne voivat olla joissain kartoissa aloitusresursseja. Nämä resurssit ovat riittämättömiä vastaamaan tiedontarpeeseen tai suosittelevat muita resursseja, jonka vuoksi tiedonhankintaa jatketaan edelleen. Fokuoivista resursseista tulee viivoja enemmän kuin siitä lähtee, ne kohdentavat tiedonhankintaa. (Sonnenwald ym. 2001.)

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan keskustelupalstan viestiketjua informaatioresurssina laadullisen analyysin avulla. Koska keskustelupalstoja ei voida nähdä osana yksilön koko informaatiohorisonttia, resurssin roolia tutkitaan lisäksi sen hyödyllisyyden ja luotettavuuden perusteella.

2.2.2 Kognitiivinen auktoriteetti

Kognitiiviset auktoriteetit vaikuttavat ajatteluun. Vaikka muutkin voivat vaikuttaa tai yrittää vaikuttaa ajatteluun, vaikutusta voidaan yrittää torjua, kun se huomataan. Kognitiivisen auktoriteetin vaikutus koetaan oikeana ja perusteltuna. Kognitiivista auktoriteettia voi olla vähän tai paljon, se on siis asteittaista. Kognitiivisen auktoriteetin tulee olla uskottava ja uskottavuuteen kuuluu sekä kompetenssi että luotettavuus. Erityistä kompetenssia omaavat jonkin alan asiantuntijat, kun taas tavallista kompetenssia omaavat ihmiset, joita pidämme luotettavina, kuten ystävät ja läheiset. Tavallista kompetenssia omaavat ihmiset ovat oman kokemuksensa asiantuntijoita. Voimme pitää lähteitä eri asteisesti uskottavina, vaikkeivat ne vaikuttaisikaan ajatteluamme. Kognitiivinen auktoriteetti on auktoriteetti yleensä tietyssä aihealueessa, mutta hänellä voi olla auktoriteetti alueen ulkopuolellakin, vähenevissä määrin. Kognitiivinen auktoriteetti on voimakkainta tietyn aiheen ydinalueella ja heikompaa sen reunoilla. Kognitiivinen auktoriteetti tulee olla perusteltavissa ja perusteena voi olla esimerkiksi kokemus, koulutus, maine, saavutukset, suoritus tai henkilökohtainen luottamus. (Wilson 1983, 13-37.)

Jokaisella ihmisellä on suuri varasto uskomuksia, eikä niitä kyseenalaisteta. Tämä niin sanottu tiedon alkupääoma (initial stock of knowledge) alkaa kehittyä ihmisen elämän alussa. Missä ja milloin ihminen on elämänsä aloittanut, ovat tärkeimmät asiat hänen uskomustensa muodostumisessa. Alussa ihminen kehittää tiedollisen alkupääoman maailmasta ja siitä, kuinka sitä voi laajentaa hyödyntämällä toisten pääomaa. Jo varhain opitaan kuka tietää mitä ja tämä muodostaa auktoriteettiuskomusten varaston. Olennainen osa auktoriteettiuskomuksia on tieto sosiaalisesta työnjaosta ja ammatillisesta rakenteesta, tämä muodostaa käsityksen asiantuntijatiedon jakelusta. Osa uskomuksista säilyy läpi elämän, toiset muuttuvat matkan varrella. Ajan kuluessa maailmankuva kehittyy ja auktoriteetit vaihtuvat, oppiessamme muiden pääomasta ja kartuttaessamme omia kokemuksia. (Wilson 1983, 123-163.) Tiedon alkupääoma muodostaa pohjan, jolle ihmiset perustavat kognitiivisen auktoriteetin tunnistamisen. Näitä syitä on usein vaikea kuvailta ja viittauksia voidaan tehdä epäsuorasti. Tämän vuoksi kognitiivisen auktoriteetin selvittämisessä tulee käyttää avoimia kysymyksiä. (Rieh 2005, 83-87.)

Arkielämässä auktoriteetin asemasta on kova kilpailu. Arjessa meidän ei tarvitse edes hakea tietoa, kun se tulee luoksemme eri medioiden välityksellä kilpaillen huomiostamme ja hyväksynnästämmme. Osa arkielämän tiedosta on luonteeltaan sellaista, että isoissa yhteisöissä on mahdotonta päästä yksimielisyyteen, tällöin auktoriteetti voi olla pakotettu eli sillä on valtiollinen tuki. (Wilson 1983, 123-163.)

Yksityiselämässä tarvitsemme tietoa monilta alueilta. Arkielämän tiedonhankinnassa kognitiivista auktoriteettia voi olla lääkäriellä, papilla, ystävällä, työkavereilla tai tuttavilla. Taloudessa vastuu asioista on yleensä jaettu talouteen kuuluvien henkilöiden kesken, jolloin muut luottavat siihen henkilöön, joka on asiasta vastuussa. Elämän aikana kognitiivisia auktoriteetteja ei välttämättä haeta tarkoituksella, vaan niitä tavataan sattumalla. Kun etsimme kognitiivista auktoriteettia, siihen vaikuttaa käytettävissä oleva aika ja ongelman laatu. Jos aikaa on vähän, voimme tyytyä helpoimpaan vaihtoehtoon. Jos koemme ongelman olevan yksinkertainen tai tavanomainen, voimme kokea, että kenellä tahansa alan asiantuntijalla on vaadittavat taidot ongelman ratkaisemiseksi. Auktoriteetti voi kärsiä jo yhdestä huonosta kokemuksesta, oli se sitten oma tai ystävältä kuultu. Kaikkien alojen asiantuntijoista meillä ei ole kokemusta ja he eivät meidän näkökulmastamme omaa kaikkea sitä auktoriteettia mitä he vaativat. Jos kokee, ettei asiantuntija osaa asiaansa, se ei johdu siitä, että tietäisi itse paremmin, vaan kokemukset kumuloituvat epäluottamukseksi. (Wilson 1983,123-163.)

Arkielämän tiedonhankinnassa on huomioitava, että kognitiivinen auktoriteetti ei aina ole henkilö, vaan voi olla myös kirja, organisaatio tai instituutio. Asiantuntijan auktoriteettiasemaan vaikuttaa viiteryhmän mielipide, joka voi olla kyseisen asiantuntijan kanssa yhtenevä tai eriävä. Arvostus voidaan saavuttaa myös siten, että henkilö, jota arvostetaan, arvostaa tiettyä asiantuntijaa ja se vaikuttaa positiivisesti asiantuntijan auktoriteettiasemaan. Dokumenttilähteissä kognitiiviseen auktoriteettiin vaikuttaa julkaisuajankohta ja julkaisuajankohdan trendit, aihealueen asiantuntijoiden hyväksyntä ja tuki, sekä tekijä ja julkaisija. Dokumenttilähteissä kognitiivinen auktoriteetti voidaan assosoida myös julkaisijaan, kustantajaan tai tiettyyn julkaisuun. Dokumentin tyyppi voi toimia kognitiivisena auktoriteettina, esimerkiksi sanakirjoissa. Kognitiivinen

auktoriteetti voidaan saavuttaa, jos tekstin sisältö on uskottava. Tekstin kognitiivisessa auktoriteetissa on suurelta osin kyse laadusta. Kognitiivinen auktoriteetti tunnustetaan usein nopeasti. (Wilson 1983, 165-198, Rieh 2005, 83-87.)

2.3 e-Terveystiedon arviointi

Sosiaalisessa mediassa epäluotettavaa tietoa voidaan jakaa ystäville, vaikka tiedon epäluotettavuus tunnustettaisiin. Tähän vaikuttaa muun muassa se, ettei sosiaalista mediaa käytetä pääasiallisesti informaation hankintaan. Suurempia käytön syitä ovat emotionaalinen tuki, sosiaalisuus, itsensä ilmaisu ja statuksen etsiminen. (Sin 2015.) e-Terveystiedon arviointia on tutkittu kirjoittajien ominaisuuksien, viestin ja sisällön ominaisuuksien sekä sivuston ominaisuuksien arvioinnin näkökulmasta.

Sosiaalisen median ympäristössä tapahtuvaan terveystiedon arviointiin ei ole luotu ohjeistoa, mutta internetin terveystiedon arviointiin on useita ohjeistoja. (Terveystiedon arviointiin tarkoitettuja mittareita on tutkinut mm. Beaunoyer ym. 2017.) Muun muassa Diviani ym. (2016) on käyttänyt internetin terveystiedon arvioimiseen luotua työkalua HON -kriteeristöään tutkimuksessaan. Sosiaalisen median tiedon arvioimista tutkivat esimerkiksi Lederman ym. (2014), Sin (2015) ja Pian ym. (2016). Tämän tutkimuksen kannalta olennaisin on Savolaisen (2011b) tutkimus Suomi24 – keskustelufoorumin tiedon arvioimisesta. Tutkimuksessa löydettyä kriteeristöä käytetään apuna laadullisessa analyysissä. Arviointikriteerit on jaettu arviointikohteen mukaan ja esitetty tutkijoittain jokaisen alaluvun lopussa.

2.3.1 Kirjoittajan ominaisuudet tiedonarvioinnissa

Savolainen (2011b) tutki laadun ja uskottavuuden arvioimista suomalaisella Suomi24 - keskustelufoorumilla. Tutkimuksen aineisto sisälsi 4739 viestiä 160 viestiketjussa. 20,5 % viesteistä sisälsi arvioita laadusta ja muiden viestien uskottavuudesta. Arviot olivat sekä negatiivisia että positiivisia. Positiivisia arvioita esitettiin vähemmän, 6,7%.

Arvioista 72,85% koski kirjoittajan uskottavuutta. Uskottavuutta voidaan kuvata luotettavaksi, tarkaksi ja objektiiviseksi. Lähteen uskottavuus koskee kirjoittajan tai lähettäjän uskottavuutta. Uskottavuuden arviointikriteereinä olivat kirjoittajan maine, asiantuntemus ja rehellisyys. (Savolainen 2011b.)

Keskustelupalstalta löytyi 13 erilaista arviointikriteeriä, joihin sisältyy sekä negatiivinen että positiivinen vaikutus: tekijän tunnistaminen tai tunnistamattomuus, kirjoittajan maine, asiantuntijuus tai sen puute, reiluus tai epäreiluus tietojen tulkitsemisessa, kirjoittajan koettu rehellisyys tai epärehellisyys, kirjoittajalla on tai ei ole suostutteleva tarkoitus, asian esittämisen laatu tai esittämisen huolimattomuus, esitetyn tiedon aukottomuus tai tiedon puutteellinen perustelu, kirjoittaja esittää todisteita tai ne puuttuvat, kirjoittaja viittaa tai ei viittaa ulkopuolisiin lähteisiin, kirjoittajan uskomukset ovat samankaltaiset tai erilaiset vastaanottajan uskomusten kanssa, esitetyn tiedon ristiriitaisuus tai yhteneväisyys ja luotettavuus tai epäluotettavuus. (emt.) (Taulukko 1.)

Asiantuntijuus oli lähteiden uskottavuutta arvioitaessa yksi merkittävimmistä arviointikriteereistä. Lääkärit ja tutkijat olivat uskottavampia terveystiedon lähteitä. (Avery 2010.) Divianin ym. (2016) mukaan tekijän lääketieteellisyys, instituutionaalisuus tai tunnistettavuus toimi tiedon arviointikriteerinä. Lisäksi tekijän rehellisyys vaikutti arviointiin. (Diviani ym. 2016.) Jucks ym. (2017) tutkivat tiedon arviointia koeasetelman avulla. Ammatillinen asiantuntijuus vaikutti 49% vastaajista päätöksen tekoon. Heistä 39% kertoi asiantuntijuudella olevan positiivinen vaikutus myös luotettavuuden arviointiin. (Jucks ym. 2017.) Ledermanin ym. (2014) mukaan lähteiden luotettavuus koskee lähinnä tieteellisen tiedon arviointia. Luotettavasta lähteestä katsotaan tulevan luotettavaa tietoa. Lähteen arviointiin vaikutti kirjoitustaito. (Lederman ym. 2014.)

Sbaffi ja Rowley (2017) tekivät kirjallisuuskatsauksen verkkopohjaisten terveystiedon lähteiden luotettavuudesta ja uskottavuudesta. Kirjallisuuskatsaus käsitti 73 englannin kielistä artikkelia. Suurin osa tutkimuksesta oli empiirisiä, joista 55 oli toteutettu tilastollisin menetelmin. Noin puolet tutkimuksista koski aikuisväestöä (18-65), 20 kappaletta opiskelijoita, yli 50-55 vuotiaita tutkittiin kahdeksassa tutkimuksessa. Kirjoittajan ominaisuuksista positiivinen vaikutus arviointiin oli tekijän auktoriteetilla,

luotettavuudella, uskottavuudella, puolueettomuudella ja monimenetelmäisyydellä. Negatiivisesti vaikutti tiedon ristiriitaisuus. (Sbaffi ym. 2017.)

Tekijän tiedot ja tunnistaminen ovat tiedon arvioinnissa olennaisessa osassa myös sosiaalisen median ympäristössä. Anonyymiuden koettiin heikentävän tiedon luotettavuutta ja vaikeuttavan arviointia. Toisaalta suuren käyttäjämäärän kanssa tieto on useamman silmäparin tarkastelun alaisena ja näin ollen tiedon arviointi voi olla vuorovaikutteista ja helpottua. (Sin 2015.) Sosiaalisessa mediassa tiedon levittäjän kirjoitustaito on eduksi arvioidessa luotettavuutta, mutta se ei välttämättä ole olennaisinta kokemuksellisessa tiedossa tai kirjoitusvirheet voidaan lukea terveydentilan aiheuttamaksi, esimerkiksi jos kirjoittaja on uupunut. (Lederman ym. 2014.) Sosiaalisessa mediassa tiedon jakajan profiili saatetaan myös tarkistaa, kun etsitään tietoa itselle tai toisen puolesta, mikä viittaisi tiedon jakajan auktoriteetin arviointiin. (Pian ym. 2016.)

Kognitiivinen auktoriteetti on tärkein tiedon uskottavuuden määre, joka kertoo sekä kirjoittajan kyvystä että luotettavuudesta. Rieh (2002) tutki tiedon laadun arvioimista ja kognitiivista auktoriteettia internetin tiedonhankinnassa. Ennen toimintaa ja päätöksentekoa tutkimukseen osallistuneet huomioivat informaation laadun, kognitiivisen auktoriteetin ja aiheenmukaisuuden. Oletettu laatu ja kognitiivinen auktoriteetti vaikuttivat valintaan yli puolessa päätöksistä avata verkkosivu. Oletettu kognitiivinen auktoriteetti vaikutti niin ikään tiedonhankintatehtävän aiheen mukaan. Lääkkeisiin/hoitoon liittyvissä tehtävissä (22,5%) kognitiivinen auktoriteetti vaikutti enemmän kuin muissa tehtävissä. Kognitiivinen auktoriteetti vaikutti eniten myös arvion sivuston sisällöstä lääkkeisiin ja hoitoon (25,2%) liittyvissä tiedonhankintatehtävissä. Lääkkeisiin/hoitoon liittyen päätökseen avata verkkosivu eniten vaikutti lähteen ominaisuudet (40,8%), kuten lähteen maine, lähteen tyyppi, tekijätiedot, verkkotunnus ja lähteen kollektiivisuus. Toiseksi eniten vaikutti tietämys (26,8%), kuten järjestelmän tuntemus ja sisällön tuntemus. (Rieh 2002.)

Taulukko 1. Kirjoittajan ominaisuuksien arviointikriteerit.

| | Rieh (2002) | Avery (2010) | Rains & Karminkel (2009) | Sbaffi & Rowley (2017) | Sin (2015) | Lederman ym. (2014) | Jucks ym. (2017) | Pian ym. (2016) | Savolainen (2011 b) | Diviani ym. (2016) |
|---|-------------|--------------|--------------------------|------------------------|------------|---------------------|------------------|-----------------|---------------------|--------------------|
| Tekijän/ kirjoittajan/ jakajan ominaisuudet | x | x | | x | x | x | x | x | x | x |
| Kognitiivinen auktoriteetti | x | | | x | | | | | | |
| Asiantuntijuus | | x | | | | | x | | x | |
| Tietämys aiheesta | | x | | | | | | | | |
| Kokemus | | x | | | | | | | | |
| Lääketieteellinen tekijä | | | | | | | x | | | x |
| Instituutionaalinen tekijä | | | | | | | x | | | x |
| Tekijän tunnistaminen | | | | | | | | | x | x |
| Kirjoittajan nimimerkki/anonymius | | | | | x | | | | | |
| Tiedon jakajan profiili | | | | | | | | x | | |
| Kirjoittajan maine | | | | | | | | | x | |
| Kirjoitustaito/asian esittämisen laatu | | | | | | x | | | x | |
| Rehellisyys | | | | | | | | | x | x |
| Suostutteleva sävy | | | | | | | | | x | |
| Tiedon tulkinnan reiluus | | | | | | | | | x | |

2.3.2 Viestin ja sisällön ominaisuudet tiedonarvioinnissa

Arvioitaessa verkkosivujen tai sosiaalisen median viestejä ja sisältöä useimmiten vaikuttavia kriteereitä ovat sisällön aiheenmukaisuus, lähteiden käyttö ja tiedon

todennettavuus. Sivuston käyttöön ja arviointiin vaikutti sivuston tuttuus ja sisällön samankaltaisuus käyttäjän uskomusten kanssa. Sivuston saamat suositukset ja suosio vaikuttivat positiivisesti arviointiin. (Taulukko 2 ja taulukko 3.)

Riehin (2002) mukaan verkkosivustoista muodostettiin ennakkokäsitys, jota verrattiin käsitykseen verkkosivuston sisällöstä. Mikäli sivuston sisältö vastasi ennakkokäsitystä, sivuston käyttöä jatkettiin. Ensimmäiset arviot sivustosta eivät vielä vaikuttaneet päätökseen toimia. Oletettu laatu vaikutti vaihdellen aiheen mukaan, tutkimustehtävissä 38,9%, tietokoneisiin liittyen 42,5%, matkustamiseen liittyen 23,7% ja lääkeisiin ja hoitoon liittyen 30,4%. (Rieh 2002.)

Sbaffin ja Rowleyn (2017) mukaan sisällön ominaisuuksista positiivinen vaikutus arviointiin oli ajantasaisuudella, hyödyllisyydellä, aiheenmukaisuudella, suositteluilla, tarkkuudella, laadulla, selkeydellä, soveltuvuudella. Negatiivinen vaikutus oli sopimattomalla, asiaankuulumattomalla tai monimutkaisella tiedolla. (Sbaffi ym. 2017.) Divianin ym. (2016) tutkimuksessa haastateltavat kertoivat arviointikriteereiksi tarkkuuden, ajantasaisuuden ja selkeyden tai informaation monimutkaisuuden. Lisäksi terveystietoa arvioitiin verkkosivun sisältämän tiedon määrän perusteella. (Diviani ym. 2016.) Sinin (2015) mukaan sosiaalisessa mediassa artikkelin pituus on yksi luotettavuuden arviointikriteeri. Viestejä jaettiin todennäköisemmin, jos ne herättivät mielenkiintoa tai niillä oli keskustelua herättävä otsikointi. (Sin 2015.) Myös Avery (2010) havaitsi otsikoinnin vaikuttavan tiedon arviointiin.

Jucksin ym. (2017), Ledermanin ym. (2014) ja Divianin ym. (2016) mukaan sosiaalisen tiedon todentamisella oli vaikutusta internetin terveystiedon arviointiin. Aiemmin on tutkittu, että sosiaalinen vahvistus vaikuttaa internetissä ainakin ostopäätöksiin. Tutkimuksessa 77% vastaajista kertoi tekevänsä päätöksen tiedon luotettavuudesta omien tietojensa perusteella. 44% vastaajista mainitsi tiedon luotettavuuden arvioinnissa sosiaalisen vahvistuksen, jota edusti tutkimuksessa terveystiedon arviointi tähtiä antamalla. Heistä 38% kertoi arvostelujen vaikuttavan päätökseen ja 47% kertoi sen vaikuttavan positiivisesti. 15% yritti jättää arvioinnin huomioimatta päätöksen teossa. (Jucks ym. 2017.) Ledermanin ym. (2014) mukaan sekä kokemuksellista että tieteellistä

tietoa arvioitiin argumentin laadun ja todennettavuuden perusteella. Argumentin laatu perustuu siihen, kuinka väite on järjellä perusteltavissa. Todennettavuus tarkoittaa sitä, löytyykö vastaava tieto muista lähteistä. Kokemuksellista tietoa arvioitiin sen saavuttaman yksimielisyyden perusteella. Yksimielisyys koskee kokemuksellista tietoa ja tarjoaa vahvistuksen ryhmän mielipiteelle. (Lederman ym. 2014.)

Kaikista luotettavuuden arviointikriteereistä tiedon todennettavuudella oli eniten vaikutusta sekä tieteellisen tiedon että kokemuksellisen tiedon luotettavuuden arvioinnissa. Argumentin laadulla oli vähemmän merkitystä. Tieteellisen tiedon arvioinnissa lähteiden luotettavuus oli seuraavaksi tärkein ja tiedon jakajan kirjoitustaito vähiten merkittävä tekijä. Kokemustietoa arvioidessa yksimielisyys ja jakajan kirjoitustaito olivat toiseksi ja kolmanneksi tärkeimmät tekijät. (Lederman ym. 2014.) Divianin ym. (2016) tutkimuksessa haastateltavat kertoivat arvioivansa tietoa sen perusteella ”löytyykö sama tieto muualta”. Haastatteluissa mainittiin myös tiedon yhdenmukaisuus omien oletusten ja tietojen kanssa, joka vastaa Jucksin ym. (2017) tutkimustuloksia. Määrittelemättömät subjektiiviset tuntemukset, informaation sävy, tosielämän kokemukset, käyttäjien määrä, informaation keskittyminen vaihtoehtoiseen lääketieteeseen sekä se, että informaatio oli käännetty toisesta kielestä, vaikuttivat haastateltavien mukaan arviointiin. (Diviani ym. 2016.)

Rainsin ja Karmikelin (2009) mukaan uskottavuuteen ja asenteeseen terveysaihetta kohtaan vaikuttivat tekstin erityispiirteet ja sivuston ominaisuudet. Divianin ym. (2016) tutkimuksessa tekstin erityispiirteistä arviointiin vaikutti luettavuus ja informatiivinen kuvitus. Pian ym. (2016) tutkivat silmän liikkeiden perusteella, kuinka keskusteluforumilla arvioidaan tiedon relevanssia haettaessa tietoa itseä koskevaan terveydentilaan, toista koskevaan terveyden tilaan tai selailtaessa palstaa ajanvietteenä. Kun tietoa etsittiin koskien omaa terveydentilaa, kiinnitettiin huomiota oireisiin, tiedon jakajan terveyshistoriaan, sairauskuvauksiin ja hänen saamaan hoitoon. Lääketieteelliset termit, sairauden syyt sekä yleiset hoitomenetelmät ja käytännöt kiinnittivät eniten huomiota, kun tietoa haettiin koskien toisen terveydentilaa. Selailtaessa palstaa muuten ajankuluksi huomio kiinnittyi kiinnostaviin ja yleisiin terveyttä koskeviin aiheisiin tai suosittuihin aiheisiin. (Pian ym. 2016.)

Savolainen (2011b) löysi Suomi24 -keskustelufoorumilta 13 viestin arviointikriteeriä, joista eniten toistuivat hyödyllisyys tai hyödyttömyys, virheettömyys tai tiedon virheellisyys, tiedon yksityiskohtaisuus tai yleisyys ja ristiriitaisuus tai tiedon yhteneväisyys. Viestin uskottavuus koskee viestin ominaisuuksia. Uskottavuus määritellään joskus laaduksi ja laatu uskottavuudeksi. Laatu on joskus todenmukaisuutta, mutta ennen kaikkea tiedon erinomaisuutta, eli hyödyllistä, hyvää, ajankohtaista ja tarkkaa. Laadun kriteereitä arvioista oli 27,2%. Laadun kriteereinä käytettiin edellä mainittujen lisäksi tiedon laajuutta tai suppeutta, tiedon ajantasaisuutta tai epäajantasaisuutta, todenmukaisuutta tai epätodenmukaisuutta, uutuutta tai saman tiedon toistuvuutta, virallista tai epävirallista luonnetta, luotettavuutta tai epäluotettavuutta, tieteellisyyttä tai epätieteellisyyttä, validiutta tai epävalidiutta sekä monipuolisuutta tai yksipuolisuutta. (Savolainen 2011b.)

Taulukko 2. Viestin ja sisällön ominaisuuksien arviointikriteerit, osa 1.

| | Rieh (2002) | Avery (2010) | Rains & Karminkel (2009) | Sbaffi & Rowley (2017) | Sin (2015) | Lederman ym. (2014) | Jucks ym. (2017) | Pian ym. (2016) | Savolainen (2011 b) | Diviani ym. (2016) |
|--|-------------|--------------|--------------------------|------------------------|------------|---------------------|------------------|-----------------|---------------------|--------------------|
| Sisällön ja viestin ominaisuudet | x | x | x | x | | x | x | x | x | x |
| Informaation laatu | x | | | x | | x | | | | |
| Tarkkuus | | | | x | | | | | x | x |
| Ajankohtaisuus | | | | | | | | | x | x |
| Uskottavuus | | x | | x | | | | | x | |
| Luotettavuus | | | | x | | | x | | x | |
| Hyödyllisyys | | | | x | | | | | x | |
| Kokonaisvaltaisuus/ laajuus | | | | x | | | | | x | x |
| Virheettömyys | | | | | | | | | x | x |
| Tiedon validius | | | | | | | | | x | |
| Aiheenmukaisuus | x | | | x | | x | | x | x | |
| Tiedon läpinäkyvyys | | x | | | | | | | | |
| Otsikoinnin informatiivisuus | | x | | | | | | | | x |
| Tekstin erityispiirteet | | | x | | | | | | | |
| Kuvitus | | | | x | | | | | | x |
| Lainaukset | | | | x | | | | | | |
| Tilastot | | | | x | | | | | | |
| Helppolukuisuus | | | | x | | | | | | |
| Helppokäyttöisyys | | | | x | | | | | | |
| Objektiivisuus | | | | x | | | | | x | x |
| Tuttuus/ vastaanottajan uskomusten kanssa | | x | | x | | | x | | x | x |

2.3.3 Sivuston ominaisuudet tiedon arvioinnissa

Sbaffin ja Rowleyn (2017) mukaan verkkosivujen ominaisuuksista eniten positiivisia vaikutuksia luottamukseen ja uskottavuuteen oli selkeällä ulkoasulla, yhteystiedoilla ja omistajan auktoriteettiasemalla. Positiivisesti vaikuttivat lisäksi sivuston vuorovaikutteiset ominaisuudet, sivuston ulkopuolelle johtavat linkit, laatumerkintä, valikot ja kuvat. Yksityisyydensuojaseloste vaikutti koettuun uskottavuuteen. Luottamukseen vaikutti brändin tai logon näkyvyys sivustolla, keskustelualusta ja käyttäjäystävällisyys. Negatiivisesti vaikuttivat mainokset, hitaus, monimutkainen ulkoasu, tylsä ulkoasu, sopimaton nimi, valikoiden puute, huonot hakuominaisuudet tai niiden puuttuminen ja kaupallinen verkkotunnus. (Sbaffi ym. 2017.) Sinin (2015) mukaan sosiaalista mediaa arvioidaan sivuston ulkonäön perusteella. Ledermanin ym. (2014) mukaan ulkoiset ominaisuudet vaikuttivat lähinnä tieteellisen ei niinkään kokemuksellisen tiedon arviointiin. Sivuston ulkonäkö esiintyi tutkimuksissa arviointikriteereistä eniten (Taulukko 4).

Diviani ym. (2016) selvittivät haastattelututkimuksessaan pohjoisitalialaisten ja italiaa puhuvien sveitsiläisten käyttävän HON (Health On the Net) –periaatteiden mukaisista arviointimenetelmistä mainosten puuttumista ja kaupallisuutta, tekijätietojen löytymistä, yhteystietojen saatavuutta, sivustolle myönnettyä laatusertifikaattia, käyttäjäystävällisyyttä ja sivustolta löytyviä interaktiivisia ominaisuuksia tiedon laadun arvioimiseksi. Haastateltavat kertoivat arvioivansa sivustoa lisäksi sijainnin perusteella hakutulosten joukossa, sivuston latausnopeuden, ulkonäön, tietokirjamaisuuden ja toisen käyttäjien antamien arvioiden perusteella. (Diviani ym. 2016.) Arviointiin vaikutti lisäksi Averyn (2010), Riehin (2002) ja Divianin ym. (2016) tutkimuksissa se, jos sivusto oli aiemmin tuttu tai, jos joku oli suositellut sitä. Mitä enemmän sivustolla oli ominaisuuksia, kuten valikot ja linkit, sitä uskottavammaksi sivusto koettiin. Asenteet olivat sitä positiivisempia, kun tekstissä oli esimerkiksi tekijätietoja, sitaatteja ja tilastoja. Kun Internetiä käytettiin tiedonhakatarkoituksessa tekstin erityispiirteet eivät olleet yhtä tärkeässä roolissa kuin käytettäessä internetiä selailuun. (Rains ym. 2009.) Sosiaalisessa mediassa sivuston alhainen laadun tarkkailu vaikutti negatiivisesti tiedon luotettavuuteen ja arviointiin (Sin 2015).

3 LUKUTAIDOT

Luku- ja kirjoitustaito tarkoittaa yksilön tiedollista ja toiminnallista kykyä irrottaa informaatiota kirjoitetusta testistä ja käyttää sitä. Peruslukutaito ymmärretään suppeimmillaan kirjainten teknisenä koodaamisena sanoiksi ja lukemisen ymmärtämisenä. Teknologian kehittyessä ja informaation tuottamisen ja välittämisen muuttuessa, lukutaito on saanut useita rinnakkaistermejä, joilla on pyritty kattamaan eri viestinnän muodot. Näitä ovat muun muassa visuaalinen lukutaito, verkkolukutaito, informaatiolukutaito ja medialukutaito. (Kupiainen, Kulju ja Mäkinen 2015, 13-24.) Tässä luvussa avaan tarkemmin terveyteen liittyviä lukutaitoja sekä sosiaalisen median lukutaitoa.

3.1 e-Terveystenlukutaito ja e-Heals

Terveyteen liittyviä lukutaitoja ovat terveyden lukutaito ja terveystiedon lukutaito. Näitä on tarkasteltu myös digitaalisessa kontekstissa e-terveyden ja e-terveystiedon lukutaidon käsitteillä. *Terveyden lukutaidon* käsite on monimuotoinen. Nutbeam (2008) mukaan terveyden lukutaito koostuu neljästä osa-alueesta, kulttuurisista ja käsitteellisistä tiedoista, puhe- ja kuuntelutaidoista, luku- ja kirjoitustaidosta sekä numeerisesta osaamisesta. Terveyden lukutaito on kykyä saavuttaa suurempi kontrolli omaan terveyteen ja siihen vaikuttaviin henkilökohtaisiin, sosiaalisiin ja ympäristöllisiin tekijöihin. (Nutbeam 2008). Ratzanin ja Parkerin Healthy People (2010) määritelmässä terveyden lukutaito määrittää ihmisen kyvyn saavuttaa, käsitellä ja ymmärtää perusterveystietoa, jotta voidaan tehdä sopivia päätöksiä terveyden vuoksi (Ratzen ja Parker; tässä Berkman ym. 2010). Nämä jokseenkin erilaiset terveyden lukutaidon määritelmät tähtäävät kuitenkin samaan päämäärään, tarvittavan tiedon saamiseen ja soveltamiseen terveyden parantamiseksi tai ylläpitämiseksi. Voidaan todeta, että terveyden lukutaito vaatii tiedonhankintataitoja.

The Medical Library Association (MLA) määrittelee *terveystiedon lukutaitoon* kuuluvan taidon tunnistaa tiedontarpeet, valita ja käyttää informaatiolähteitä relevantin tiedon

löytämiseksi, kyky arvioida tiedon laatua, käytettävyyttä ja soveltuvuutta kyseiseen tilanteeseen ja taidoksi ymmärtää ja käyttää tietoa hyvien terveyttä koskevien päätöksen tekemiseen. (Schardt 2011). Niemelä, Ek, Eriksson-Backa ja Huotari (2012) kehittivät edeltävän MLA:n määritelmän pohjalta e-terveystiedon lukutaidon seulontavälineen, jolla voidaan selvittää henkilön terveystiedon tarpeita ja tiedon laadun ja relevanssin arviointia. Seulontaväline huomioi niin perinteiset kuin elektronisetkin terveystiedon lähteet sekä tiedon käyttötarkoituksen, onko tietoa haettu itseä koskevaan terveysaiheeseen vai toista henkilöä varten.

e-Terveystiedon lukutaito määritellään ihmisen kyvyksi parantaa ja ylläpitää terveyttä käyttäen apuna alati lisääntyvää informaatio- ja viestintäteknologiaa (Neter & Brainin 2012). Teknologian käyttäminen terveyden ylläpitämiseen ja parantamiseen vaatii e-terveydenlukutaitoa, joka tarkoittaa seuraavien taitojen hallintaa: lukutaito, tietotekniikan käyttötaito, tiedonhakutaidot, kyky ymmärtää terveystietoa ja tiedon kontekstia. e-Terveystieto on terveystietoa elektronisessa ympäristössä. Sen käyttö vaatii kyky etsiä, löytää, arvioida, yhdistää ja käyttää tietoa. (Norman & Skinner 2006.)

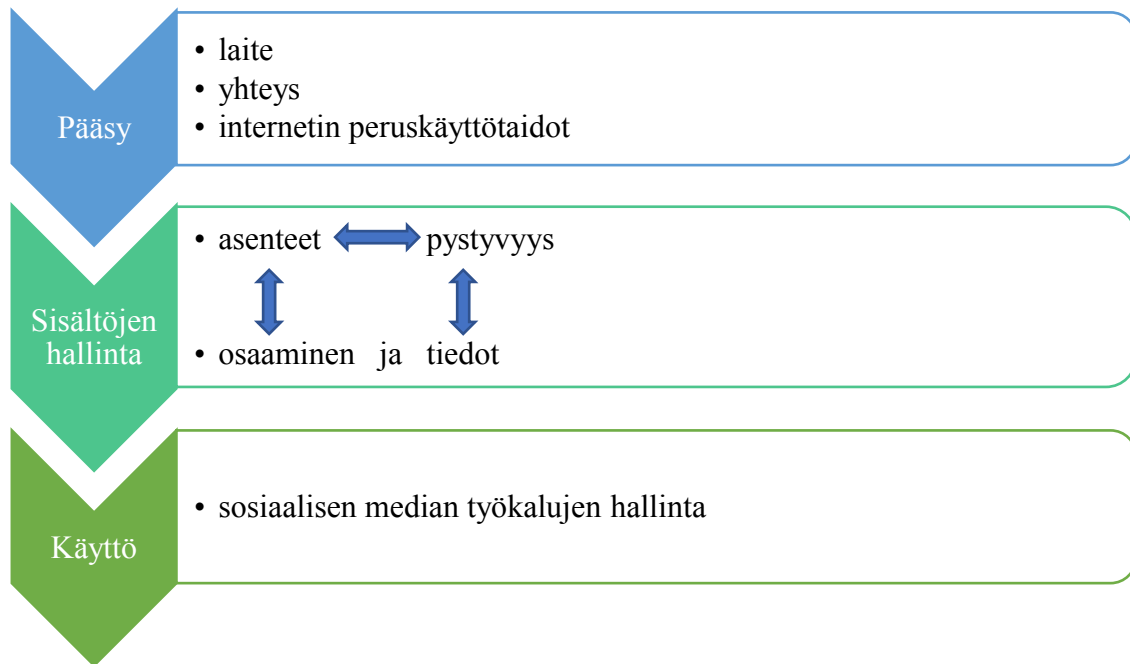
Norman & Skinner (2006) ovat rakentaneet eHEALS (eHealth Literacy Scale) mittariston arvioimaan kuluttajan kokemia taitoja tietotekniikan käyttämisessä terveyden kontekstissa ja avuksi määrittelemään e-terveyskampanjoiden sopivuutta kuluttajille. e-Terveystiedon lukutaidon mittaristo on rakennettu kuudesta eri lukutaidosta: perinteinen lukutaito, terveyden lukutaito, informaatiolukutaito, tieteellinen lukutaito, medialukutaito ja tietotekniikan lukutaito. e-Terveystiedon lukutaito perustuu osittain sosiokognitiiviseen teoriaan ja minäpystyvyyden teoriaan, joka esittää kykyjen ja itseluottamuksen käyttäytymisen muutoksen ja taitojen kehittymisen ennustajana. (Norman & Skinner 2006.)

3.2 Sosiaalisen median lukutaito

Unescon määrittelemä *media- ja informaatiolukutaito* tunnistaa informaation ja median ensisijaiset roolit jokapäiväisessä elämässä. Media- ja informaatiolukutaitoinen

ymmärtää median ja muiden informaatiota tarjoavien tahojen tarkoituksen arvioidakseen näiden sisältöjä ja tehdäksään päätöksiä informaatio- ja mediasisältöjen käyttäjänä sekä tuottajana. Media- ja informaatiolukutaito kattaa kaikki mediat sekä muut informaatiota tuottavat tahot, kuten kirjastot, arkistot museot sekä internetin riippumatta käytetystä teknologiasta. (Unesco 2013.) Unescon media- ja informaatiolukutaito kattaa sosiaalisen median, mutta sosiaalisella medially on erityispiirteitä, jotka hankaloittavat tiedonhankintaa ja -arviointia. Kangas, Toivonen ja Bäck (2007, 14) määrittävät tutkimuksessaan sosiaalisen median perustuvan kokonaan käyttäjien tuottamalle sisällölle tai sen olevan merkittävässä roolissa palvelun arvon kannalta. Sosiaalisen median tyypillisiä piirteitä ovat osallistuminen, verkostoituminen, avoimuus, keskustelu ja yhteisöt (Kangas ym. 2007, 15).

Vanwynsberghen ym. (2012) mukaan *sosiaalisen median lukutaidossa* on kysymys käyttäjän mahdollisuudesta toimia aktiivisena osallistujana sosiaalisessa mediassa. Käsitteen pääpaino on toimintaorientoituvassa ja taitoperusteisessa sosiaalisen median käytössä. Sosiaalisen median käyttö edellyttää sosiaalisen median työkalujen hallintaa, jota ennen käyttäjällä on oltava pääsy verkkoon ja tarvittava laitteisto sekä perustaidot internetin käyttämiseksi. Käyttö edellyttää lisäksi sisältöjen hallintaa, johon kuuluu subjektiivisia ja objektiivisia taitoja. Näistä subjektiivisia ovat henkilön pystyvyys toimia sosiaalisessa mediassa sekä asenteet sosiaalisen median palveluita kohtaan. Objektiivisesti arvioitavia kykyjä ovat henkilön osaaminen ja taidot sekä tiedot ja tietämys. Sosiaalisen median työkalujen hallinta muodostuu subjektiivisten valmiuksien ja objektiivisen osaamisen kokonaisuudesta, jonka hallinta voi johtaa onnistuneeseen vuorovaikutukseen sosiaalisessa mediassa. (Kuvio 2.) (Vanwynsberghe ym. 2012, 31-36.)



Kuvio 2. Sosiaalisen median lukutaito.

Asenteet ja pystyvyys ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Positiivinen usko omaan pystyvyyteen edistää myönteisten asenteiden kehittymistä. Vastaavasti positiiviset asenteet vaikuttavat pystyvyyden kokemukseen ja edistävät taitojen ja tiedon lisääntymistä. Osaamiseen kuuluvat sekä perusteet mediaosaamisesta, että edistyneemmät sisältötaidot. Perustaitoihin sisältyvät käytännölliset ja kuvailevat sisällön hallintataidot. Perusosaaminen vaatii alhaisen itsetietoisuuden tason. Edistyneemmät taidot käsittävät web 2.0 -sovellusten, mediakontekstien sekä sisältöjen ymmärtämisen. Lisäksi tähän kuuluu tieto tiedosta eli informaatiotaidot, tiedon luomistaidot ja kommunikaatiotaidot. Sisältöjen hallinnan osa-alue luo pohjan käyttäytymiselle sosiaalisessa mediassa. Sosiaalisen median työkalujen hallinta muodostuu subjektiivisten valmiuksien ja objektiivisen osaamisen kokonaisuudesta, jonka hallinta voi johtaa onnistuneeseen vuorovaikutukseen sosiaalisessa mediassa. Onnistunut vuorovaikutus voimaannuttaa käyttäjää ja hän voi näin kokea hyötyvänsä sosiaalisen median sovelluksista. Sosiaalisen median lukutaitoon voivat vaikuttaa myös erilaiset yksilölliset (esimerkiksi tulot) ja sosiaaliset tekijät (esimerkiksi verkostot). (Vanwynsberghe 2012, 2-15.)

3.3 Lukutaidot terveystiedon hankinnassa

Suri ym. (2016) tutkivat singaporelaisten opiskelijoiden terveyden lukutaidon vaikutusta heidän terveystiedonkäyttämiseensä. Kyselytutkimus käsitti viiden eri terveydenlukutaito alueen testaamisen ja niiden vaikutuksen selvittämisen tiedonlähteiden käyttöön, tiedontarpeisiin ja terveystiedon käyttöön terveydenhuollon ja elämäntapojen osalta. Terveyden lukutaidon osa-alueita olivat terveystiedon löytäminen, (FHI, ability to Find Health Information), terveystiedon arvioiminen (AHI, ability to Appraise Health Information), terveystiedon ymmärtäminen, niin että sen perusteella voidaan toimia ja tehdä päätöksiä (UHI, ability to Understand Health Information to act), terveystiedon soveltaminen oman terveyden hoitamiseen (AMH, ability to Actively Manage One's Health) ja e-terveyden lukutaito (eHeals, E-Health Literacy). Parempi terveyden lukutaidon osa-alueiden hallinta yhdistyi sekä perinteisten (painetut lähteet, perinteiden media) että internetlähteiden käyttöön niin terveydenhuollon kuin elämäntapojen osalta. (Suri ym. 2016.)

Suri ym. (2016) tarkasteli lukutaitojen vaikutusta terveystiedon hankinnan tuloksiin. Tulokset jaettiin kolmeen kategoriaan, oppimiseen, vuorovaikutukseen terveyden huollon kanssa ja terveyteen liittyviin toimiin. Kaikki terveyden lukutaidon osa-alueet yhtä lukuun ottamatta yhdistyivät oppimistuloksiin, vuorovaikutukseen terveydenhuollon kanssa ja terveyteen liittyviin toimiin, mutta terveystiedon löytäminen yhdistyi vain oppimistuloksiin ja terveyteen liittyviin toimiin. (Suri ym. 2016.)

Ikä, koulutus ja terveydentila ovat digitaalisten lähteiden käyttömahdollisuuden ja lukutaidon lisäksi merkittäviä indikaattoreita e-terveystiedon lukutaidon osalta. Nuorilla ja paremmin koulutetuilla oli parempi e-terveystiedon lukutaito, ja he hankkivat muutenkin ahkerammin tietoa internetistä sekä arvioivat sitä huolellisemmin. e-Terveystiedon lukutaitoiset käyttivät monipuolisemmin erilaisia tiedonhakustrategioita, ja saivat tyydyttävämpiä tuloksia niin kognitiivisesti (oppimiseen), käytännöllisesti (oman terveyden ylläpitämiseen), kuin välillisesti (vuorovaikutukseen terveydenhuollon henkilökunnan kanssa) käytettäväksi. (Neter & Brain 2012). McInnes ja Haglund (2011)

tutkivat terveyden lukutaitoa ennustavia tekijöitä, joita olivat hyvät tulot, valkoihoisuus, koulutus tai opiskelu. Samat tekijät indikoivat internetin käyttöä eli internetistä tietoa hakivat ne, joilla oli hyvä terveyden lukutaito. Tähän on kuitenkin jo havaittavissa muutos, koska yhä useammalla on pääsy internetiin. Tietoa etsivät internetistä entistä enemmän ne, joilla ei ole hyvää terveyden lukutaitoa. Heillä hoitoon hakeutuminen on alhaisempaa, kuin ”hyväosaisilla”. (MCInnes ym. 2011.) Diviani, den Putte, Meppelink ja van Weert (2016) havaitsivat tutkimuksessaan hyvän e-terveydenlukutaidon olevan yhteydessä vakiintumattomien arviointimenetelmien käyttöön pohjoisitalialaisilla ja Sveitsin italialaisilla. Tutkimuksesta selvisi myös, ettei osa kyseenalaistanut nettitietoa lainkaan. (Diviani ym. 2016.)

Tässä tutkimuksessa keskitytään keskustelupalstalla tapahtuvaan tiedonhankintaan ja tiedontarpeita sekä tiedonhankinnan tuloksia on kyselytutkimuksessa pyritty selvittämään Surin ym. (2012) tutkimuksen mukaisilla aihe- ja tulosväittämillä. e-Terveystiedon lukutaidon mittaristoksi on valittu Norman ym. (2006) eHEALS, koska mittaristo keskittyy pelkästään verkkoympäristöön ja oli yksinkertaisuudessaan helpompi toteuttaa muutoin melko laajan verkkokyselyn osana. Alkuperäiset mittaristot löytyvät liitteestä 3 ja 4. Oulun yliopistossa terveystiedon lukutaitoa ovat aiemmin käsitelleet Alisa Tirroniemi, Neea Savilaakso ja Jenna Iisakka pro gradu tutkielmissaan sekä Noora Hirvonen väitöstutkimuksessaan. Kreetta Askola (2008) on tutkinut yliopisto-opiskelijoiden terveystiedon hankintaa internetistä.

Hirvonen, Savilaakso ja Iisakka ovat hyödyntäneet MOPO -hankkeen kautta saatuja tutkimustuloksia. MOPO -hankkeen tarkoitus on edistää nuorten miesten fyysistä aktiivisuutta ja estää syrjäytymistä. Hirvosen (2016) tutkimuksen kohteena olivat suomalaiset kutsuntaikäiset miehet, heillä arkielämän terveystiedon lukutaito liittyi terveyttä edistäviin aktiviteetteihin. Terveystiedon lukutaidon tasoon vaikutti sosio-ekonominen status, erityisesti koulutus. (Hirvonen ym. 2016.) Alisa Tirroniemen pro gradu -tutkielmassa tarkasteltiin Demi -keskustelufoorumin käyttäjien terveystietokäyttämistä ja e-terveystiedon lukutaitoa. Kyselytutkimukseen osallistui 11-29 -vuotiaita naishenkilöitä. Tutkimuksessa nousi esiin foorumilta saatu sosiaalinen tuki ja toisten kokemuksista saatu hyöty. Foorumilta lähes 60% oli kokenut saaneensa apua

terveysaiheisissa ongelmissa ja noin 47% koki foorumilta saadun tiedon luotettavaksi. Luotettavuuden kokeminen vaihteli iän ja koulutuksen mukaan. Luotettavimmaksi foorumin kokivat yli 26 -vuotiaat ja 11-15 -vuotiaat vastaajat. 16-20 -vuotiaista yli 40% ei osannut arvioida foorumin tietojen yleistä luotettavuutta. Luotettavuuden kokemus väheni vastaajien koulutustason noustessa. (Tirroniemi 2017, 42, 68-87.)

4 TUTKIMUSMENETELMÄT JA -AINEISTOT

Tässä luvussa esittelen tutkimuksessa käytetyn aineiston sekä tutkimus- ja analyysimenetelmät eli verkkokyselyn ja keskusteluaineiston sisällön erittelyn ja analyysin. Sisällön erittely on ollut teorialähtöistä. Keskusteluaineistosta on tarkasteltu sisällön analyysillä kognitiivisen auktoriteetin ja luotettavuuden ilmenemistä. Tutkimuksen kohderyhmä oli Suomi24 -keskustelupalstan käyttäjät. Aineisto on kerätty verkkokyselyllä keväällä 2019 ja keskusteluaineisto on kerätty kevään ja kesän 2019 aikana. Aineiston keräämistä on taustoitettu palstan havainnoinnilla ja Citizen Mindscapes -tutkimuksen tuloksilla. Näitä käytettiin apuna aineiston valintakriteereitä muodostettaessa.

4.1 Tutkimuksen aineisto ja luotettavuus

Tutkimuksen aineisto muodostui Suomi24- keskustelufoorumille lähetetystä verkkokyselystä, johon tuli yhteensä kahdeksan kokonaista vastausta. Tämän lisäksi keskustelupalstalta koottiin tekstiaineisto, joka käsitti yhteensä 50 viestiketjua. Aineistoa kerättiin seuraavina aikoina: verkkokysely maaliskuussa 2019, keskusteluaineisto1 26.4.-1.5.19, keskusteluaineisto2 4.6.-6.6.19 sekä keskusteluaineisto3 14.6.-16.6.19. Aineisto sisälsi 1220 kommenttia, ja A4 -sivuina sen laajuus oli yli 500 sivua. Keskusteluaineistoa voidaan pitää edustavana otoksena eniten esiintyvien aiheiden osalta, joita olivat mielenterveys ja henkinen hyvinvointi sekä sairaudet tai lääketieteelliset ongelmat.

Ihmisiä tutkivassa tutkimuksessa tulee olla kiinnostunut ”ihmisen hyvästä”. Tutkittavien suojaan kuuluu se, että tutkittavat tietävät tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit. Tutkittavien suojaan kuuluu oleellisesti osallistujien oikeuksien ja hyvinvoinnin turvaaminen. Tutkimustietojen tulee olla luottamuksellisia, eikä tietoja luovuteta ulkopuolisille ja niitä käytetään vain luvattuun tarkoitukseen. Tutkimukseen osallistujat jäävät nimettömäksi. Osallistujilla on oikeus odottaa tutkijan noudattavan lupaamiaan sopimuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 126-131.) Aineiston keräämisessä on pyritty noudattamaan hyvää tutkimusetiikkaa noudattamalla Suomi24 -keskustelupalstan sääntöjä, koskien aineiston keräämistä. Saateviestissä (LIITE 1) on huomioitu Suomi24:n vaatimukset ja tutkimuksen tarkoituksen ja tulosten julkaisemisen avoimuus vastaajille. Verkkokyselyn vastaukset kerättiin anonymisti.

Lisäksi tutkimusetiikkaan kuuluu hyvän tieteellisen tavan noudattaminen. Tähän kuuluvat muun muassa rehellisyys ja tarkkuus koko tutkimusprosessin aikana, avoimuus ja muiden työn huomioiminen asiaan kuuluvalla tavalla. Tutkimuksessa noudatetaan tieteellisen tutkimuksen kriteerit täyttävää tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan. Tieteellisen tutkimuksen eettisyys koskee osittain tutkimuksen luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 127, 132-133.) Luotettavuutta arvioidessa arvioidaan koko tutkimusta sen sisäistä johdonmukaisuutta painottaen. Tutkimuksen tulisi olla raportoitu niin selkeästi, että lukija voi arvioida sen tuloksia. Tutkijan subjektiviteetti tulee ottaa huomioon tutkimuksen tekemisessä, koska tutkija toimii keskeisenä työvälineenä tutkimuksessa. (Eskola & Suojärvi 1998, 152, Tuomi & Sarajärvi 2011, 132-133.)

Sosiaalisen median käyttäminen tutkimusaineistona vaatii yksityisen ja julkisen erottamista toisistaan sekä alustan käytösääntöjen huomioimista. Internet -tutkimuksessa tutkimuksen kohteena ovat ihmisten, teknologioiden ja ilmaisumuotojen väliset suhteet ja vuorovaikutus, sosiaalinen vaihto, läsnäolon ja suoruuden tunteet. Sanalla käyttäjä kuvataan internetissä toimijoita, sekä sisältöjen tuottajia että katselijoita ja lukijoita. Verkkosivujen katselusta ja linkkien avaamisesta jää aina seurattavissa oleva jälki.

(Paasonen 2013, 33-34.) Verkkokeskustelusta kerätyssä tekstiaineistossa eivät katselijat, lukijat ja linkkien klikkaajat ole kuitenkaan nähtävissä.

Verkkokeskustelujen käyttämisessä tutkimusaineistona tulee huomioida viestien tuottamiskonteksti sekä viestin kirjoittajan rajanveto henkilökohtaisen ja julkisen välillä. Verkkokeskustelusta tulee tietää, mitä tarkoitusta varten se on syntynyt. On huomioitava, kuka aineiston on tuottanut, missä yhteydessä ja kenelle. Lisäksi on ymmärrettävä verkkokeskustelulle tyypilliset ilmaisutavat. Verkkokeskustelua tulisi havainnoida jonkin aikaa ennen varsinaisen tutkimuksen tekemistä, mikäli keskusteluun ei ole itse osallistunut aiemmin, jotta voi ymmärtää palstan käytännöt. Käytäntöjen ja kontekstien ymmärtäminen auttaa tutkijaa tulkitsemaan aineistoa tutkittavien lähtökohdista käsin. (Turtiainen & Östman 2013, 51-52.)

Mikäli verkkokeskustelu on vapaasti kaikkien saatavilla, voidaan sitä käyttää kuin mitä tahansa julkaistua materiaalia. On kuitenkin huomioitava, tarvitseeko palstalle rekisteröityä, miten keskusteluyhteisö muodostuu ja kuinka syvälle ihmisten tuntemuksiin, kokemuksiin ja henkilökohtaiseen elämään tutkija aikoo paneutua. Keskustelun aihe vaikuttaa siihen, koetaanko keskustelu yksityiseksi, vain oman viiteryhmän kanssa käydyksi, jolloin sisällöt vertautuvat yksityiskeskusteluun. Keskusteluun osallistujien yksityisyyttä on suojeltava, eikä tutkimuksessa tulisi julkaista mitään mikä ei ole tutkimuksen kannalta välttämätöntä, kuten ikä ja sukupuoli. Peitenimien käyttö on anonymisoinnin vähimmäistaso. (emt., 52-55.)

Verkkokeskustelut voidaan jakaa kahteen ryhmään: synkronisiin ja asynkronisiin. Synkroniset keskustelut tapahtuvat reaaliaikaisesti ja asynkroniset keskustelut voivat tapahtua viiveellä. Toinen jako on julkisen ja yksityisen välillä. Yksityinen ja julkinen keskustelu on usein mahdollista saman palvelun sisällä. Yksityisyyteen liittyy olennaisesti keskustelijoiden identiteetin esittäminen. Anonyymissä keskustelussa identiteetti ei ole esillä, mutta käytössä voi olla myös nimimerkin avulla luotu pseudonyymi. (Laaksonen ja Matikainen 2013, 177-9.)

Tässä tutkimuksessa keskustelun aiheet vaihtelevat aremmista aiheista yleisempiin terveysongelmiin. Olen pyrkinyt tuomaan aineiston keräämisessä käytetyt kriteerit ja analyysin sisällön erittelyn esille riittävällä tarkkuudella käyttämättä kuitenkaan suoria lainauksia aineistosta. Lainauksien määrä on pyritty pitämään raportoinnissa mahdollisimman pienenä ja lainaukset lyhyinä. Nimimerkit ovat toimineet apuna aineiston luokittelussa, esimerkiksi keskustelun aloittajan tunnistamisessa, vuorovaikutusta tutkittaessa. Nimimerkkien avulla ei pyritty tunnistamaan esimerkiksi keskustelupalstalle rekisteröityneitä, heidän sukupuoltansa tai ikäänsä.

4.2 Verkkokysely

Verkkokyselyyn vastasi yhdeksän vastaajaa, joista yksi keskeytti. Kyselyn tuloksista ei voida tehdä yleistyksiä. Kyselytutkimuksessa mittarilla tarkoitetaan kysymysten ja väitteiden kokoelmaa, jolla pyritään mittaamaan erilaisia moniulotteisia ilmiöitä, kuten asenteita ja arvoja (Vehkalahti 2008, 12). Tutkimus perustuu aina teoriaan, josta käytettävät mittarit tulee johtaa. On mietittävä, miten asiat ovat mitattavissa ja mitä niistä tulee mitata. Teoriasta etsitään tutkijoiden ja asiantuntijoiden määrittelemiä termejä ja asioita. Näiden mitattavissa olevien määritelmien, eli operationalisointien, pohjalle rakennetaan mittari, eli käsitteet operationalisoidaan mitattavaan muotoon. (Vehkalahti 2008, 22, Valli 2015, 41-44.) Tässä tutkimuksessa käytetyt mittarit on esitetty taulukossa 5.

Samasta ilmiöstä tarkastellaan useita teorioita, joista valitaan tutkimukseen parhaiten sopiva. Teoriaa valittaessa on hyvä kiinnittää huomiota mm. siihen, kuvaako teoria riittävällä laajuudella tutkittavaa ilmiötä. On tärkeää, että käsitteet erotetaan toisistaan. Käsite voi olla monitasoinen. Pääkäsite tulee tasolle 1 ja käsitteen alakäsitteet tätä alemmille tasoille 2 ja 3 ja niin edelleen. Mittarin laadinnassa noudatetaan seuraavia vaiheita: (1) Oikean kysymyksen kysyminen (2) Aihepiiriä koskevan teorian löytäminen (3) Teoriaan ja omaan järkeilyyn perustuva alustava osioiden kirjoittaminen ja mittarin rakentaminen (4) Osioiden kriittinen tarkastelu (5) Pilottitutkimus (6) Osioiden hyvyyden ja parametrien tarkistaminen (7) valmis mittari. (Metsämuuronen 2002, 30.) Kehitetyllä

mittarilla saadaan selville vain sen mitä kyseisellä mittarilla voi saada selville, eikä ilmiön luonnetta välttämättä tavoiteta. Yksittäiset kysymykset yhdessä muodostavat mittarin. Ne toimivat siis mittarin osina. Kysymysten tulee johtaa siihen, ettei yksittäinen osio ole äärimmäisen tärkeä. (Vehkalahti 2008, 18-27.)

Kyselylomake muodostuu perustiedoista, joita ovat henkilötiedot ja terveydentila. Keskustelupalstan käyttöä ja vaikutusta terveystietoon liittyen pyritään selvittämään Surin ym. (2016) käyttämällä mittaristolla (LIITE 4). Suri ym. (2016) tutkivat viiden terveydenlukutaidon osa-alueen vaikutusta terveystiedon hankintaan ja vaikutuksiin, joita vastaajilla oli liittyen oppimiseen, terveydenhuollon kanssa vuorovaikuttamiseen ja terveyteen ja hyvinvointiin liittyviin toimiin. Mittaristo on yhdistelmä aiemmassa terveystiedonlukutaitotutkimuksessa luotuja mittareita. (Suri ym. 2016.) Koska mittaristoon ei kuulunut ainuttakaan negatiivista vaikutusta vastausvaihtoehtona, lisättiin kyselyyn kaksi negatiivista vaihtoehtoa: Saamani tieto oli ristiriitaista tai muutoin hämmentävää. Saamani tieto tai mielipiteet olivat epäystävällisiä tai lannistavia. Jotta kaikki vastausvaihtoehdot olisi huomioitu lisättiin vielä kaksi vastausvaihtoehtoa: Saamillani tiedoilla ei ole ollut vaikutusta terveystietäytymiseeni. Muu, mikä?

Sosiaalisen median lukutaitoa koskevat kysymykset (LIITE 2) on tehty Vanwysberghen ym. (2012) esittämän sosiaalisen median lukutaidon sekä Unescon media- ja Informaatiolukutaidon määrittelyn pohjalta. e-Terveystiedon lukutaidon osuus muodostuu valmiista jo testatusta mittaristosta, jonka Norman ja Skinner (2006) ovat kehittäneet. e-Terveystiedon lukutaidon mittariston kysymyksiä on muokattu siten, että kaikkiin kysymyksiin voidaan vastata samalla asteikolla (5 täysin samaa mieltä – 1 täysin erimieltä (LIITE 3). Sosiaalisen median lukutaito -mittaristo on pilotoitu syksyllä 2016 Facebookissa toteutetussa verkkokyselyssä. Tulokset olivat yhden suuntaisia aiemman sosiaalisen median käyttöä koskevan tutkimuksen kanssa (esimerkiksi Kyung-Sun Kim, Sei-Ching Joanna Sin ja Yuqi He, 2013.) Tulokset poikkesivat käyttötarkoituksessa jonkin verran. Pilotoinnissa ensisijainen käytön syy oli ajanviete, kun Kim ym. (2013) tutkimuksessa sosiaalista mediaa käytettiin ensisijaisesti tiedonhankintaan.

Taulukko 5. Kyselytutkimuksessa käytetyt mittarit

| Käsite | Mitattava osa-alue | Mittari (kysymysnumero) | |
|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------|
| Terveystiedon hankinta | Käyttö | 8, 13 | |
| | Tiedonlähteet | 9, 16, 17 | |
| | Tiedontarve | 10, 13, 16, 17 | |
| Tiedonarviointi | Hyöty | 15, 20 | |
| | Luotettavuus | 18, 19 | |
| | Vaikutukset/tulokset | 15, 16, 17 | |
| Sosiaalinen media | Käyttö | 10,11, 13, 14 | |
| | Hyöty | 15, 20 | |
| | Jakaminen | 12 | |
| | Vaikutukset/tulokset | 15, 16, 17 | |
| Yksilön persoonalliset tekijät | Ikä | 1 | |
| | Sukupuoli | 2 | |
| | Koulutus | 3 | |
| | Pääasiallisen toiminta | 4 | |
| | Terveydentila | 5,6,7 | |
| | Kognitiivinen auktoriteetti | 9, 16, 17, 18, 19 | |
| | Sosiaalisen median lukutaito | | 21 a-j |
| | | Pääsy, saatavuus | d (,11) |
| Käyttö | | d, e, g | |
| Pystyvyys, asenteet ja taidot | | a, b, c, e, f, g, h, i, j | |
| Luominen ja hyöty | | c, d, f, g, i, j (12, 20) | |
| | Tiedonarviointi | a, b, f, h, i (18) | |
| e-Terveystenlukutaito | | 22 a-j | |
| | Pääsy | b, f, e | |
| | Tiedonhaku | c, d, h | |
| | Tiedonarvioiminen | h, i, | |
| | Tiedon soveltaminen | a, g, j | |

4.3 Keskusteluaineisto

Verkkokeskusteluaineisto on kerätty manuaalisesti, mikä tarkoittaa sitä, että olen etsinyt tietyt kriteerit täyttäviä keskusteluja ja valinnut sopivat tallennettavaksi. Aineisto on tallennettu osittain näyttökuvina ja suurimmaksi osaksi pelkkänä tekstinä. Näin on toimittu, koska tekstiaineiston käsittely on helpompaa sekä nopeampaa ja mahdolliset kuvat tai muu tekstistä poikkeava tallennettiin kuvina. Suomi24 -keskustelupalstaan minulla ei ole henkilökohtaista suhdetta, enkä ole aiemmin käyttänyt palstaa. Tutustuin palstan käyttöehtoihin ja -sääntöihin sekä suoritin palstalle havainnoinnin. Lisäksi Suomi24 -palstaa on tutkittu Citizen Mindscapes –hankkeessa, jossa toteutettiin kysely Suomi24 käyttäjille. Kysely koski foorumin käyttöä ja siihen liittyviä kokemuksia ja tunteita. Kyselyyn vastasi 1400 käyttäjää.

4.3.1 Suomi24 -keskustelupalsta

Aller -mediaan kuuluva Suomi24:n on suurin suomalainen sosiaalisen median sivusto. Suomi24 -sivustolla on 1,7 miljoonaa käyttäjää ja palveluun tulee päivittäin jopa 20 000 uutta mielipidettä. (Wikipedia 2019.) Keskustelupalstan sisällöt muodostuvat käyttäjien, heidän kiinnostuksiansa ja odotuksiansa mukaan. Käyttäjät voivat pyytää ylläpidolta uusia keskustelualueita. Kun keskustelualue ei enää kiinnosta käyttäjiä, se poistetaan. Sisältöihin vaikuttaa palstan informaatioarkkitehtuuri. Suomi 24 -palstalla viimeksi kommentoitu viestiketju näkyy sivulla ylimpänä. Yhteen viestiketjuun mahtuu enintään 500 kommenttia. Suomi24 -palstaa ei ole optimoitu mobiililaitteille, joten palstan käyttö mobiililaitteilla on vähäistä. (Lagus ym. 2016.)

Palstalle voi rekisteröityä, jos henkilöllä on toimiva sähköpostiosoite. Rekisteröityessä itselleen voi varata nimimerkin, jota muut eivät voi käyttää. Palstalle voi kirjoittaa myös rekisteröitymättä. Aloitusviestiin voi lisätä itselleen rekisteröimättömän nimimerkin, mutta kommentoitaessa vain rekisteröityneet voivat käyttää nimimerkkiään tai valita halutessaan uuden nimimerkin. Tästä johtuen saman nimimerkin takana voi olla useampi

kirjoittaja tai palstalla voidaan jopa esiintyä toisena kirjoittajana, joka on käyttänyt rekisteröimätöntä nimimerkkiä. (emt.)

Suomi24:n käyttäjiä ovat sekä sen lukijat että kirjoittajat. Monet löytävät palstalle hakukoneen kautta. Käyttäjät voivat olla sekä muutaman viestin lukevia satunnaisia vierailijoita tai aktiivisia osallistujia, jotka viettävät aikaa palstalla päivittäin. Suomi24 -palstalle tuli vuonna 2016 viidestätoista kahteenkymmeneen tuhanteen viestiä päivittäin, näistä moderaattorien käsittelyyn tai poistettavaksi joutui noin tuhat. Verkkoyhteisönä Suomi24 jakaantuu useaksi pienemmäksi yhteisöksi eri aihealueiden alle. Yhteisöt voivat muodostua hyvinkin tiiviiksi, jolloin uusia käyttäjiä voidaan jopa ajaa pois keskustelusta. (Lagus ym. 2016.)

Suomi24:n 29 pääkeskustelualueesta vilkkain on Yhteiskunta. Terveys -alue on 7. vilkkain. Se sisältää 5% palstan kommentteista, 5% sanoista ja 6-7% ketjuista. Terveys on myös katselukertojen mukaan 7. suosituin. (Lagus ym. 2016.) Palstan keskivertokäyttäjä on Citizen Mindscapes -hankkeeseen tehdyn kyselyn perusteella keski-ikäinen mies. Hän elää avio- tai avoliitossa, lapsia ei ole tai he ovat muuttaneet jo pois kotoa. Kolmannes vastaajista asui yksin, heistä enemmistö oli miehiä. Kolmasosa vastaajista oli eläkkeellä ja kymmenesosa oli työttömänä vastaushetkellä. Satunnaisia kävijöitä vastaajista oli 39%, lukijoita 17% ja aktiivisia osallistujia 44%. (Harju 2018.)

Vastaajista lähes puolet oli käyttänyt Suomi24 -keskusteluja pitkään, 10 vuotta tai enemmän. Negatiivisena ominaisuutena Suomi 24 -keskustelupalstasta nähtiin keskustelukulttuurin ongelmat ja moderoinnin tehottomuus. Keskustelukulttuurista nousivat esille monenlaiset kielteiset piirteet kuten henkilökohtaisuuksiin menevä kommentointi, asioiden vääristely ja vihan lietsonta. Nämä ongelmat ovat tyypillisiä monille muillekin keskustelupalstoille. Vapaan keskustelun mahdollisuutta kiiteltiin, mutta myös moderoinnin tiukentamista ja muut paremmin huomioon ottavaa keskustelua toivottiin. Lähes puolet vastaajista koki kuuluvansa palstalla heille tärkeään ryhmään. 80% vastaajista koki antaneensa vertaistukea ja auttavansa muita. Yli puolet koki saaneensa palstalta vertaistukea. Sivuston teknologisista ratkaisuksista esille nousivat negatiivisina mainosten sijoittuminen, määrä ja sisältö sekä keskusteluketjujen ja viestien

rakenteelliset ominaisuudet. 80% vastaajista oli kokenut muut käyttäjät häiriöksi foorumilla. (emt.)

Tämän tutkimuksen kannalta merkittävämpiä Citizen Mindscapes -kyselyn tuloksia ovat palstan käyttötarkoitus ja se, millaisena palstalle tuotettu tieto nähtiin. Kyselyssä kolme tärkeintä syytä käyttää palstaa olivat ajan kuluttaminen, uuden tiedon etsintä, ja asioiden ja tapahtumien ihmettely. Keskusteluihin osallistuttiin omista lähtökohdista. Suomi24 -palstan sisältöjen koettiin pohjautuvan käyttäjien omiin kokemuksiin ja olevan käyttäjille itselleen arvokasta tietoa. Vastaajat kertoivat palstalla olevan tietoa, mikä ei muissa medioissa pääse esille. Osalle palsta ei edustanut totuudellisuutta, mutta osa koki sen edustavan ”kansan ääntä”. (Harju 2018.)

4.3.2 Keskustelupalstan havainnointi

Keskustelupalstan havainnointia suoritin yhteensä yli 10 tuntia. Tarkoituksena oli kiinnittää huomiota palstan käytäntöihin, keskustelujen kontekstiin, keskustelun kokemukseen yksityisyydestä tai julkisuudesta, palstan käyttäjien hierarkiaan, tyypillisiin ilmaisutapoihin ja keskustelun synnyn tarkoitukseen. (kts. Laaksonen ym. 2013.) Havainnointia suoritin kolmena päivänä.

Keskustelupalsta on vilkas ja kommentteja sekä aloituksia tulee useita kymmeniä päivässä. Havainnoin palstalta ensin Terveys -aiheen alle muodostuvaa keskustelua. Keskusteluissa oli usein negatiivinen sävy. Osa käyttäjistä tuntui saaneen yleisen palstan häirikön leiman. Useat viestit sisälsivät piikittelyä ja vähättelyä. Palstalla vaikuttaisikin olevan sallittua puuttua kirjoittajan esittämiin asioihin sekä arvostella viestin lähettäjää, mutta viestin ilmaisuun, kuten kirjoitusvirheisiin ei kiinnitetä huomiota. Ilmaisuihin on usein värikästä, painokasta ja provosoivaakin. Hyvin harvalla oli profiilissaan kuvaa. Kommentoimassa rekisteröityneet käyttäjät voivat käyttää nimimerkkiä, mutta muilla nimimerkkinä on ”anonyymi”. Käyttäjät saatettiin tunnistaa vaihtelevasta nimimerkistä huolimatta. Nimimerkki oli vaihteluista huolimatta toisille tärkeä yksilöllisyyttä

ilmaiseva asia. Selkeää hierarkiaa palstalla ei tunnu olevan, mutta pitkään mukana olleet erottuu joukosta eräänlaisella ”tietäjät tietää” -asenteella.

Seuraavat kaksi havainnointikertaa käytiin keskusteluaiheiden järjestelmälliseen selailuun. Huomasin keskustelun sävyn olevan asiallisempi, mitä neutraalimpi aihe oli kyseessä. Sairaus -aiheen alla olevissa 12 aihekokonaisuudessa keskustelu vaikutti asialliselta ja joutui harvemmin sivuraiteille kuin jos terveydentilasta tiedusteltiin kaikki aiheet käsittävän terveys -otsikon alla. Mielipiteitä jakavat aiheet kuten ruokavalio, painonhallinta ja vaihtoehtoiset hoidot sisälsivät enemmän kiivaita väittelyitä, joissa saatiin arvostella viestin lisäksi sen lähettäjä. Useat palstan aiheista liittyivät vertaistukeen ja sen saamiseen vaikeassa elämäntilanteessa. Kommentit sellaisissa aiheissa kuin masennus tai yksinäisyys saattoivat kuitenkin olla hyvin laidasta laitaan joko kannustavia tai vähätteleviä. Keskusteluissa ei juuri ollut yksityisyyden tuntua, osin arvaamattomuuden ja osin moderoinnin vuoksi. Moderaattorit havainnoinnin perusteella poistivat hyvin herkästi kommentteja, joissa mainittiin mitään liian henkilökohtaisia tietoja, esimerkiksi asuinalueeseen liittyen.

Havainnoinnin ja aiemmin Suomi24 -palstasta tehdyn tutkimuksen perusteella muodostettiin aineiston valintakriteerit.

4.3.3 Aineiston valintakriteerit

Verkkokeskustelun valinnassa on etsitty viestiketjuja, jotka viittaavat keskustelupalstan rooliin terveystiedon hankinnassa sekä tuotetun tiedon luotettavuuteen ja hyötyyn. Verkkokeskusteluaineistolla pyritään vastaamaan tutkimuskysymyksiin: Millainen rooli sosiaalisella medialla on terveystiedon hankinnassa? Kuinka luotettavaksi lähteeksi sosiaalinen media koetaan? Kuinka hyödylliseksi lähteeksi sosiaalinen media koetaan? Mitä menetelmiä sosiaalisen median terveystiedon luotettavuuden arvioinnissa käytetään? Keskusteluaineistoa keräsin kolmessa osassa yhteensä 50 viestiketjua. Aineisto sisälsi 1220 kommenttia.

Taulukko 6. Viestiketjun valintakriteerit.

| Kriteeri (esiintyy keskustelussa) | Analyysi | Vastaa kyselyn kysymystä |
|---|--|---------------------------------|
| Lähteet | laadullinen ja ristiintaulukointi | 9, 14, 19, 20 |
| Kirjoittajan tai viestin sanallinen arviointi | laadullinen ja ristiintaulukointi | |
| Keskustelun/viestin/aiheen hyödyllisyyden arvioiminen | laadullinen ja ristiintaulukointi | |
| Lainattu teksti | laadullinen ja ristiintaulukointi (lähteet) | 9, 14, 19,20 |
| Vaikutukset/ ongelman ratkaisuun päätyminen | laadullinen ja ristiintaulukointi | 15 |
| Kognitiivinen auktoriteetti | laadullinen | |

Aineistoon valittiin keskustelut, jotka sisälsivät viestin sisällön tai viestin kirjoittajan arviointia, mukaan lukien lähteiden arviointi, viestiketjut, jotka sisälsivät lähteitä tai ketjun ulkopuolelta lainattua tekstiä, ketjut, joissa esiintyy keskustelun, yksittäisten viestien tai aihealueen hyödyn arviointia, sekä keskustelut, jotka johtivat aloittajan kannalta tulokseen, kuten päätöksentekoon. Lisäksi aineistoon valittiin keskustelut, joista voitiin tunnistaa viitattavan kognitiiviseen auktoriteettiin. (Taulukko 6.) Aineisto kerättiin Terveys -pääkeskustelualueelta (<https://keskustelu.suomi24.fi/terveys>) esiintymisjärjestyksessä ja useimmat keskustelut täyttivät kriteerit. Osa aineistosta jouduttiin hylkäämään. Keskusteluja, joissa oli kommentteja nolla tai yli 100 ei otettu mukaan keskusteluun. Koska aineisto kerättiin ja käsiteltiin manuaalisesti, yli 100 kommenttia sisältävät keskustelut muodostuivat liian työlääksi arvioitavaksi kriteerien osalta. Lisäksi keskustelu jätettiin aineiston ulkopuolelle, mikäli se ei koskenut terveyttä ja hyvinvointia, kuten sananmuunnokset, tai jos keskustelua oli vaikea tulkita. Vaikeaksi

tulkita muodostui keskustelu, joka sisälsi vain anonyymeja viestejä, joissa saattoi esiintyä 1-3 kirjoittajaa.

4.4 Analyysi

Aineiston analyysi on ollut pääasiassa teoriaohjaavaa laadullista analyysia. Aineiston analyysi keskittyy keskustelupalstan rooliin ja tiedonarviointiin. Roolia määrittää Sonnenwaldin (1999) informaatiohorisontti -teorian mukaisesti muiden resurssien käyttö, tilanne ja konteksti. Tiedonarviointiin vaikuttaa Banduran (1968) kolmijakoisen tiedonhankinnan mallin mukaisesti yksilön persoonalliset tekijät ja ympäristö. Tiedonarviointia on jaettu aiemman tutkimuksen perusteella viestin ja kirjoittajan arvioinnin luokitteluun (Savolainen 2011b). Aineistosta nousi kuitenkin esiin tarve laajentaa luokittelua arviointikriteerien osalta. Kognitiivinen auktoriteetti on analysoitu täysin aineistolähtöisesti, koska aiempaa laadullista tutkimusta analyysin tueksi ei löydetty.

Määrällisistä analyysimenetelmistä on käytetty ristiintaulukointia, sekä verkkokyselyn tulosten että keskusteluaineiston luokittelun osalta. Ristiintaulukoinnilla on pyritty selvittämään terveysaiheen ja käyttösyyn vaikutusta tiedonhankintaan ja arviointiin. Kahta erilaista aineistoa on pyritty yhtenäistämään käyttämällä kyselylomakkeen mittareita sisällön erittelyssä. Näin on toimittu vaikutusten (outcomes) ja käyttösyiden osalta. Keskustelupalstan vaikutukset koskevat sisällön erittelyssä viestiketjun aloittajaa. Keskustelun hyötyä tarkasteltiin koskien kaikkia keskusteluun osallistujia.

4.4.1 Tilastollinen analyysi

Kyselyn vastauksista laskettu tunnusluku on keskiarvo. Kyselyn tuloksia on tarkasteltu lukutaitojen näkökulmasta ristiintaulukoinnin avulla. Ristiintaulukointi selvittää kahden luokitellun muuttujan välistä yhteyttä, miten ne vaikuttavat toisiinsa. Muuttujat esitetään

samassa taulukossa sarake- ja rivimuuttujan muodossa. (Heikkilä 2008, 194-195.) Koska vastauksia tuli vain kahdeksan ei riippuvuutta voida tutkia.

Verkkokyselyn vastauksia tarkastellaan sukupuolen mukaan tiedonhankinnan ja keskustelupalstan käytön osalta. Sukupuoli oli vastauksissa ainoa tasaisesti esiintyvä muuttuja, puolet vastaajista oli miehiä, puolet naisia. Kyselyn vastausten samansuuntaisuutta lähteiden hyödyllisyyden ja luotettavuuden suhteen tarkasteltiin yhdistelmätaulukoinnilla. Keskusteluaineistosta aiheet on luokiteltu kyselyn mittarien mukaisesti (Taulukko 7). Keskustelupalstan aiheet yleistä terveydestä, kysy terveydestä, terveyden hoito ja suun hoito on luokiteltu aloituksesta ilmenevän aiheen mukaisesti luokkiin a.-l. Sosiaaliselle tuelle ja sairausvakuutuksille ei ollut omaa aihealuetta, eli topikkia, Terveys -palstalla. Sairausvakuutukset eivät tulleet esille aiheena aineistossa, mutta sosiaaliseen tukeen luokiteltiin yhteensä neljä keskustelua. Mikäli keskustelu koski useampaa kuin yhtä aihetta, se luokiteltiin molempiin aiheisiin. Tällaisia tapauksia oli esimerkiksi masennusta ja lääkitystä koskeva keskustelu ja masennusta ja vertaistukea koskeva keskustelu.

Taulukko 7. Terveys -keskustelun aiheiden jaottelu kyselylomakkeen mukaisesti.

| | |
|--|--|
| a. hoitomuoto, menetelmä, lääke | <i>lääkkeet</i> |
| b. sairaus, lääketieteellinen ongelma | <i>sairaudet</i> |
| c. sairaala, lääkäri, klinikka tai muu | <i>terveydenhoitopalvelut, plastiikkakirurgia</i> |
| d. sairausvakuutus | |
| e. seksuaalisuus, seksuaaliterveys, ehkäisy | <i>ehkäisy</i> |
| f. mielenterveyttä | <i>henkinen hyvinvointi ja mielenterveys</i> |
| g. sosiaalinen tuki | |
| h. ravitsemus tai ruokavalio | <i>painonhallinta</i> |
| i. liikunta tai kuntoilu | <i>painonhallinta</i> |
| j. painonhallintaa | <i>painonhallinta</i> |
| k. ravinnelisiä | <i>vitamiinit, lääkkeet</i> |
| l. muu _____ | <i>aistit, kuolema ja suru, plastiikkakirurgia, päihteet, miesten, naisten terveys</i> |

4.4.2 Sisällön erittely

Sisällön erittely on sopiva analyysimenetelmä viestinnän sisältöjen systemaattiseen ja määrälliseen kuvailuun. Tavoitteena on tuoda aineistosta tutkimuksen kannalta olennaisin sisältö esiin. Sisällön erittelyssä aineistoa käydään läpi järjestelmällisesti ja jaotellaan sisältöluokkiin, niin että tutkimus on mahdollista toistaa käyttämällä samaa luokittelurunkoa. Määrällisellä kuvailulla pyritään yleistämiseen ja säännönmukaisuuksien etsimiseen. Tavoitteena on luoda tiivis, mutta kattava kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Laadullinen argumentointi kertoo aineiston ainutkertaisuudesta. Laadullisella analyysillä pyritään ymmärtämään ilmiön luonnetta. Tutkimuskysymykset

määrittävät sekä aineiston keräämistä että sen erittelyä. (Hakala ym. 2013, 200-225.) Keskusteluaineiston sisällön erittely on kuvattu alla taulukossa 8.

Taulukko 8. Sisällön erittelyn esimerkki sisältöluokan ja kategorian mukaan. Ilmaisun sijaintia aineistossa kuvataan koodilla, jossa a =aineisto ja k =keskustelu.

| ALKUPERÄINEN ILMAISU | PELKISTETTY ILMAISU | (sisältöluokka) KATEGORIA |
|---|--|--|
| Hyvä, että löysin tämän palstan sillä asia on hyvin häpeällinen ja en voi tästä kertoa lähi ystäviä lukuunottamatta. | Hyvä, että löysin tämän palstan [...] en voi tästä kertoa lähi ystäviä lukuunottamatta (a2k1) | (hyöty) TOIVOTTUJA SISÄLTÖJÄ & VERTAISTUKI |
| Hyvä että monet teistä ajattelee myös ruokavaliota hiivan hoidossa, mutta mielestäni on kummaa että puhutte sokerin poisjättämisestä ja kuitenkin mainostatte että syötte paljon marjoja ja hedelmiä. Muistakaa että niissä on paljon sokeria, vaikka se onkin hedelmäsokeria (ja ainakin suolistohiivan hoidossa myös hedelmäsokerin lähteet minimoidaan)! | mutta mielestäni on kummaa että puhutte sokerin poisjättämisestä ja kuitenkin mainostatte että syötte paljon marjoja ja hedelmiä. (a2k8) | (viestin arviointi) RISTIRIITTAISUUS |
| Eikö ketään oikeasti häiritse nämä markkinointimielessä viestejä kirjoittevat? | markkinointimielessä viestejä kirjoittevat (a2k8) | (kirjoittajan arviointi) SUOSTUTTELEVA SÄVY |
| ...soitan hammaslääkäriin! Kiitti teille asiallisista vastauksista! (Paitsi sinä ”höhläke”...Jätä ystävällisesti vastaamatta jos et tiedä asioista mitään. | soitan hammaslääkäriin! (a1k1) | (vaikutus terveyskäyttäytymiseen) AUTTOI PÄÄTÖKSENTEOSSA |
| | Kiitti teille asiallisista vastauksista! (a1k1) | (hyöty) TOIVOTTUJA VASTAUKSIA |
| | Paitsi sinä ”höhläke” (a1k1) | (vaikutus terveyskäyttäytymiseen) EPÄYSTÄVÄLISIÄ MIELIPITEITÄ |

Määrällisessä kuvailussa vaarana on, että aineistosta annetaan liian pelkistetty kuva, siksi määrällinen analyysi tulee tulkita vihjeinä kokemuksista ja tapahtumista. Sisältöluokat tulee olla aineistoa mahdollisimman hyvin kuvailevaa. Määrällisessä erittelyssä havaintoyksiköt, kuten sanat tai ilmaukset, jaetaan sisältöluokkiin. Kaikissa määrällisissä erittelyissä on havaintoyksikköjä, joista ei ole saatu mitattua kaikkia muuttujia. Laadullisella analyysillä ei pyritä yleistettävyyteen, vaan ymmärtämään tiettyä ilmiötä sen ilmenemiskontekstissa. Laadullinen analyysi tehdään myös luokittelun avulla. (emt.)

Puuttuvia havaintoyksikköjä voi tässä tutkimuksessa aiheuttaa inhimilliset virheet analyysissä, kuten yksikön kuuluminen useampaan kuin yhteen luokkaan, mutta yksikkö on kirjattu vain yhteen. Laajassa aineistossa joidenkin havaintoyksiköiden huomioimatta jääminen on myös todennäköistä. Mahdolliset puuttuvat havaintoyksiköt pyritään huomioimaan aineiston kuvailussa. Määrällisesti aineistoa on pyritty kuvailemaan kuviossa 3. esitetyn luokittelurungon mukaisista sisällöistä. Lisäksi aineistosta on eritelty luotettavuutta ja kognitiivista auktoriteettia ilmaisevat tekstit. Näitä tarkastellaan laadullisesti omana ilmiönään.

| | |
|---------------------------------|--|
| Hyöty | <ul style="list-style-type: none"> •Negatiivinen: •Positiivinen: •Aloittajalle/kommetoijalle |
| Lähteet | <ul style="list-style-type: none"> •Fokusoivat lähteet: •Terveystieteiden ammattilaiset, oma kokemus/tieto, ystävät, tuttavat ja sukulaiset, lainaukset ja tekstin referointi •Suosittelevat lähteet: •Nimet ja hakusanat: Painetut lähteet, perinteinen media, henkilöt ym. •Linkit: Verkkolähteet, sosiaalinen media •Aiemmin käytetyt lähteet |
| Vaikutus terveyskäyttäytymiseen | <ul style="list-style-type: none"> •ymmärrykseni tietyn sairauden tai terveydellisen tilan syistä tai oireista on parantunut •ymmärrykseni hoidosta tai menetelmästä on parantunut •oppiminen vaihtoehtoisista menetelmistä, esim. homeopatia •oppiminen terveysalan uusista menetelmistä ja innovaatioista •tietoisuus sairausvakuutuksiin kuuluvista oikeuksistani ja vaihtoehtoistani on parantunut •pystyin kysymään ja keskustelemaan lääkärin kanssa terveyden tilastani •pystyin saamaan lääkäriltä mielipiteen •voimaantumisen, joka paransi myös vuorovaikutusta terveydenhuollon kanssa •terveystottumusten muuttaminen •itsenäisten päätösten teko, kuten yhteydenotto lääkäriin •motivoi liikkumaan •auttoi muokkaamaan ruokailutottumuksia •ristiriitaisen tai hämmentävän tiedon saaminen •epäystävälliset tai lannistavat mielipiteet |
| Kirjoittajan arviointi | <ul style="list-style-type: none"> •Negatiivinen /positiivinen •henkilökohtaiset ominaisuudet, asiantuntemus, asema/maine, uskottavuus, tunnistettavuus, reiluus, ei-suostutteleva, aukottomuus, laatu/oikeellisuus, todisteisiin perustuva, lähteitä, samanlaiset uskomukset, ristiriidaton |
| Viestin arviointi | <ul style="list-style-type: none"> •Negatiivinen/positiivinen •asiantunteva, uskottava, validi, tiedon laajuus/suppeus, oikeellisuus/virheellisyys, ajantasaisuus, todenmukaisuus, uutta tietoa/toistoa, yhdenmukaisuus/ristiriitaisuus, virallisuus, tieteellisyys, yksityiskohtaisuus/yleisyys, moni-/yksipuolisuus, selkeys, asiattomuus, aiheenmukaisuus |

Kuvio 3. Sisällön erittelyn luokittelurunko.

Keskustelupalstan roolia informaatioresurssina on tutkittu luomalla jokaiselle 50 ketjulle sisällön erittelyn perusteella tiedonhankinnan polku (Esimerkki 1.). Mainintoja aiemmasta tiedonhankinnasta kuvataan resurssiin johtavilla viivoilla ja suosittelevia lähteitä kuvataan resurssista pois johtavilla viivoilla. Näin resurssi näyttäytyi osana informaatiohorisonttia. Resurssin sisältämät lähteet on jaettu suositteleviin ja fokuoiviin lähteisiin. Suosittelevia ovat kaikki linkit, kehotukset hakukoneen käyttöön sekä nimet, jotka eivät itsessään sisällä aiheeseen liittyvää informaatiota vaan edellyttävät tiedonhankinnan jatkamista. Fokuoiviksi lähteiksi on katsottu kaikki informaatiota itsessään sisältävät lähteet, kuten kirjoittajien omat kokemukset aiheesta, lainaukset, lähteiden referoinnit, sekä terveydenhuollosta saadun informaation jakaminen. (Kuvio 3.) Tämän jälkeen keskustelut ristiintaulukoitiin aiheittain ja tyypeittäin. Resurssin eli keskustelun tyyppi polulla ilmaisee lähteen roolin aloittaja-, välittäjä- tai lopettajaresurssina. Aiemmin käytetyt lähteet ovat resurssiin johtavia polkuja ja resurssissa esiintyvät suosittelevan roolin omaavat lähteet edustavat lähteitä polkuja resurssista. (Sonnenwald 2001, kts. 2.2.1)

Esimerkki 1. Tiedonhankintapolku sisällön erittelyssä.

Aineisto2 Keskustelu14

Aiempi tiedonhankinta: terveydenhuolto Aihe: B. Syy: tieto sairaudesta

Lähteet: 2 fokuoivaa, 2 suosittelevaa lähettä

→ Resurssiin johtaa viivoja ja siitä lähtee viivoja → Resurssi on välittäjä.

5 TULOKSET

Aineisto sisälsi verkkokyselyn kahdeksan kokonaista vastausta ja 50 viestiketjua, joissa oli yhteensä 1220 kommenttia. Viestiketjuista viisi käsitteli hoitomuotoa, menetelmää tai lääkettä, 14 sairautta tai lääketieteellistä ongelmaa, kaksi sairaalaa, lääkäriä, klinikkaa tai muuta. 17 ketjua käsitteli mielenterveyttä, neljä sosiaalista tukea, kaksi painonhallintaa, kolme päihteitä ja riippuvuuksia, kaksi naisten terveyttä, kolme kuolemaa ja surua sekä

yksi terveyshaittoja. Mikäli viestit käsittelevät useaa aihetta, niin ne on huomioitu molemmissa. Tällaisia olivat esimerkiksi masennusta ja lääkitystä koskeva viestiketju sekä masennusta ja vertaistukea koskevat viestiketjut. Aineistosta poimitut ja tässä luvussa esitetyt ilmaisut on merkitty lainausmerkein ja analyysissa käytetyllä aineistokoodilla, jossa on aineistonnumero ja keskustelunnumero esimerkiksi aineisto1, keskustelu1 on merkitty muotoon a1k1.

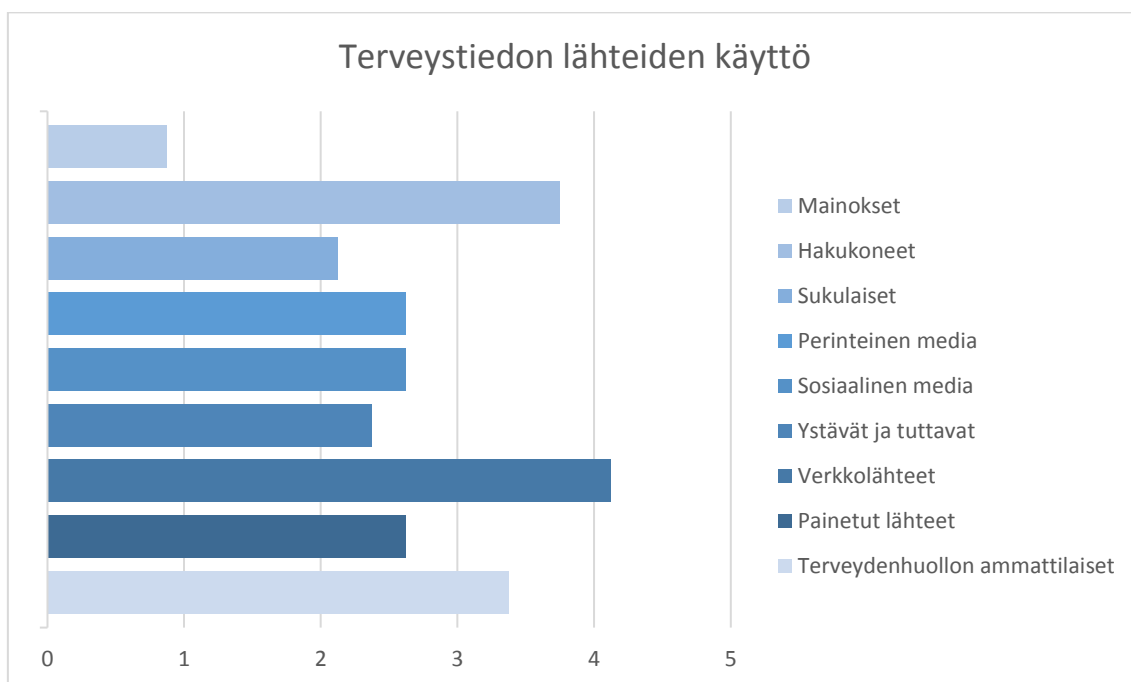
Verkkokysely (LIITE2) oli Suomi24 -keskustelufoorumilla kolmen viikon ajan. Vastauksia tuli yhdeksän kappaletta, joista kyselyn loppuun suoritti kahdeksan. Kysely sai myös muutaman negatiivisen kommentin, joista osan ylläpito oli poistanut. Koska vastaajia oli niukasti, kyselyn tuloksista ei voida tehdä tilastollisesti merkittäviä päätelmiä. Osittainen vastaus on jätetty pois kyselyn tuloksista, koska se sisälsi vastaukset vain perustietojen osalta.

Kyselyyn vastaajat olivat iältään 26-73 vuotiaita, keskiarvolta 55,4 vuotiaita. Vastaajista puolet oli naisia ja puolet miehiä. Koulutustaustana suurimmalla osalla vastaajista oli ammattikorkeakoulu (5 vastaajaa). Suurin osa vastaajista oli vastaushetkellä eläkkeellä (6 vastaajaa), yksi vastaaja opiskeli ja yksi oli sairaalalla. Puolet vastaajista koki terveydentilansa melko hyväksi ja kaksi melko huonoksi. Yksikään vastaajista ei kokenut terveydentilaansa todella hyväksi. Yksi vastaajista ei kokenut terveydentilaan hyväksi eikä huonoksi. Kaikilla vastaajilla oli jonkin diagnosoitu perussairaus, mutta kahdella heistä ei ollut hoitosuhdetta terveydenhuoltoon.

Taulukko 9. Terveystiedon hankinta sukupuolen mukaan.

| Terveystiedon hankinta | Naiset (vastaajaa) | Miehet (vastaajaa) |
|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| päivittäin | | |
| useita kertoja viikossa | 2 | 1 |
| kerran viikossa | 1 | |
| useita kertoja kuukaudessa | | 2 |
| kerran kuukaudessa | 1 | |
| harvemmin | | 1 |

Terveystietoa vastaajat hankkivat enimmäkseen useita kertoja viikossa tai useita kertoja kuukaudessa (Taulukko 9.). Verkkokyselyssä vastaajat arvioivat terveystiedon lähteiden käytön todennäköisyyttä asteikolla 5 hyvin todennäköisesti – 0 en käytä kyseistä lähdettä. Terveystiedon hankinnassa suosittiin eniten verkkolähteitä (4,1), hakukoneita (3,8) ja terveydenhuollon ammattilaisia (3,4). Vastauksien perusteella sosiaalista mediaa (2,6), perinteistä mediaa (2,6), painettuja lähteitä (2,6) ystäviä tai tuttavvia (2,4) tai sukulaisia (2,1) käytettiin lähteenä melko epätodennäköisesti. Mainokset olivat terveystiedon lähteistä epätodennäköisimmin käytetty (Kuvio 4.).



Kuvio 4. Terveystiedon lähteiden käytön todennäköisyys verkkokyselyn mukaan, asteikolla 5 hyvin todennäköisesti – 0 en käytä kyseistä lähdettä.

Vastaajista yksi kertoi käyttävänsä keskustelupalstaa päivittäin, kolme vastasi käyttävänsä palstaa useita kertoja kuukaudessa ja puolet vastaajista käytti palstaa kerran kuukaudessa tai harvemmin. Naiset käyttivät Suomi24 -keskustelupalstaa tiheämmin kuin miehet, vähintään kerran kuukaudessa. (Taulukko 10.) Palstaa käyttivät eniten 35-

64 vuotiaat ja terveydentilansa melko hyväksi kokevat. Muista sosiaalisen median palveluista vastaajat ilmoittivat käyttävänsä Facebookia ja Vauva.fi -keskustelupalstaa. Kaksi vastaajista ei käyttänyt muuta sosiaalista mediaa. Kaikki kyselyyn vastanneet olivat jakaneet omia kokemuksiaan keskustelupalstalla. Kuusi vastaajista jakoi kokemuksiaan joskus ja kaksi vastaajista harvoin. Keskustelun käyttösyistä tiedon saaminen ja muiden kokemukset, yhdistyivät useammin omien kokemusten jakamiseen, kun taas keskustelupalstaa ajanvietteenä ja terveysaiheen kiinnostavuuden vuoksi käyttävät, jakoivat kokemuksiaan palstalla harvemmin.

Taulukko 10. Suomi24 -keskustelupalstan käyttö sukupuolen mukaan

| Suomi 24:n käyttö | Naiset (vastaajaa) | Miehet (vastaajaa) |
|----------------------------|--------------------|--------------------|
| päivittäin | 1 | |
| useita kertoja viikossa | | |
| kerran viikossa | | |
| useita kertoja kuukaudessa | 1 | 2 |
| kerran kuukaudessa | 2 | |
| harvemmin | | 2 |

Verkkokyselyssä naiset ilmoittivat keskustelupalstalle useampia käyttösyitä kuin miehet. Naisille suurimmat käytön tarkoitukset olivat muiden kokemukset sekä omien kokemusten jakaminen. Miehet käyttivät keskustelupalstaa eniten ajanvietteenä ja tiedon saamiseksi tiettyä terveydentilaa koskien. Käyttösyiden jakautuminen sukupuolen mukaan on esitetty taulukossa 11.

Taulukko 11. Suomi 24 -keskustelupalstan käyttötarkoitus sukupuolen mukaan.

| Suomi24:n käyttötarkoitus | Naiset (vastaajaa) | Miehet (vastaajaa) |
|---------------------------|--------------------|--------------------|
| ajanviete | 1 | 2 |
| kiinnostus | 1 | 1 |
| tieto | 2 | 2 |
| kokemukset | 3 | 1 |
| samaistuminen | 1 | 1 |
| jakaminen | 3 | 1 |
| Yhteensä | 11 | 8 |

Verkkokyselyllä tutkittiin keskustelupalstan käyttäjien sosiaalisen median ja e-terveystiedon lukutaitoa. Kyselyyn vastasi kahdeksan keskustelupalstan käyttäjää. Koska vastaajamäärä jäi alhaiseksi, voidaan lukutaidosta tehtyä ristiintaulukointia tarkastella vain suuntaa antavana. Lukutaidoista esitettiin yhteensä 20 väittämää, joissa vastaaja arvioi kykyjään asteikolla 5 täysin samaa mieltä – 1 täysin erimieltä. Kyselyyn vastanneilla oli hyvät e-terveystiedon lukutaidot (ka. 4,06) ja sosiaalisen median lukutaito oli hyvä (3,8). Sosiaalisessa mediassa erityisen helpoksi koettiin viestinnän ymmärtäminen sekä oman käyttäytymisen arviointi. Internetin terveystietoon käsiksi pääseminen oli vastaajille erittäin tärkeää. He kokivat internetin terveystiedon hyödyntämisen helpoksi ja kykenivät helposti tunnistamaan laadukkaan terveystiedon lähteen verkosta.

Aiemman tutkimuksen mukaan (kts. Neter & Brain, 2012) nuoremmilla ja paremmin koulutetuilla on paremmat e-terveystiedon lukutaidot. Tässä kyselyssä tulokset olivat saman suuntaisia. Korkeammin koulutetut ja alle 65 -vuotiaat vastaajat kokivat e-terveystiedon lukutaitonsa paremmaksi kuin yli 65 -vuotiaat. Sosiaalisen median lukutaidot olivat paremmat alle 65 -vuotiailla. Sosiaalisen median lukutaidosta ei kuitenkaan ole tehty aiempaa tutkimusta, eikä yhteyttä ikään, sukupuoleen, koulutukseen tai terveydentilaan voida mitata näin pienen vastaajamäärän perusteella.

e-Lukutaitojen yhteyttä terveydentilaan, terveystiedon hankintaan ja sosiaalisen median käyttöön olisi ollut mielenkiintoista tutkia, verkkokyselyssä muuttujat saivat kuitenkin useita arvoja ja kahdeksan vastaajan ristiintaulukoinnilla olisi tarkasteltavana ollut yksittäisiä vastauksia. Sosiaalisen median käytön todennäköisyyttä terveystiedon lähteenä verrattiin ristiintaulukoinnilla koettuun sosiaalisen median luotettavuuteen, hyötyyn ja lukutaitoon. Käytön todennäköisyys ei kuitenkaan yhdistynyt luotettavuuden tai hyödyn arvioon eikä lukutaitoon. Sosiaalisen median käyttö terveystiedon lähteenä saattoi olla melko epätodennäköistä, vaikka sosiaalinen media olisi koettu lähteenä luotettavaksi tai hyödylliseksi. Sosiaalista mediaa saatettiin toisaalta käyttää terveystiedon lähteenä melko todennäköisesti, vaikka hyöty ja luotettavuus oli arvioitu alhaiseksi.

5.1 Keskustelupalstan rooli terveystiedon hankinnassa

Sosiaalisen median roolilla pyritään selvittämään sosiaalisen median osuutta terveystiedon hankinnassa. Millaista tietoa sosiaalisen median välityksellä tai sosiaalisesta mediasta haetaan? Millainen informaatioresurssi sosiaalinen media on? Mitä vaikutuksia tiedonhankinnalla on?

Selvitin syitä Suomi24:n Terveys- keskustelujen käyttöön verkkokyselyllä ja luokittelemalla keskusteluaineiston 50 aloituspostasta kyselyn mukaisiin syihin käyttää palstaa. Näitä olivat ajanviete, terveyden tai terveysaiheen kiinnostavuus, tiedon saaminen, muiden kokemusten saaminen, vertaisten löytäminen ja omien kokemusten jakaminen. Syyt käyttää palstaa kertovat myös millaista tietoa palstalta etsitään. Verkkokyselyyn vastanneet käyttivät Suomi24:n Terveys -keskustelupalstaa omien kokemusten jakamiseen (4), tiedon saamiseen sairautta tai terveyttä koskevaan asiaan (4) ja muiden kokemusten löytämiseen (4). Palstaa käytettiin myös ajanvietteenä (3). Keskimäärin vastaajilla oli useampi kuin yksi syy käyttää keskustelupalstaa. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Verkkokyselyn tulokset Suomi24:n Terveys -keskustelujen käyttösyistä.

| Syy käyttöön | Verkkokysely (vastausta) |
|-----------------------|--------------------------|
| Ajanviete | 3 |
| Kiinnostus | 2 |
| Tieto | 4 |
| Muiden kokemukset | 4 |
| Vertaisten löytäminen | 2 |
| Jakaminen | 4 |
| Yhteensä | 19 |

Jaoin Suomi24:n keskustelunaloitukset kyselylomakkeen mukaisiin luokkiin. Aloitukset saattoivat koskea usean tyyppistä tietoa ja silloin ne on taulukoitu useampaan luokkaan. Tiedon saaminen (23 aloituspostausta) ja omien kokemusten jakaminen (21) olivat suurimmat syyt keskustelupalstan käyttöön. (Taulukko 13.) Muiden kokemukset ja vertaisten löytäminen mainittiin kyselyn avoimissa kysymyksissä tyydyttävänä tiedonhankintatilanteena keskustelupalstalla.

Taulukko 13. Keskusteluaineiston havainnot Suomi24:n Terveys- keskustelujen käyttösyistä.

| Syy käyttöön | Keskusteluaineisto (havaintoa) |
|-----------------------|--------------------------------|
| Ajanviete | 1 |
| Kiinnostus | 8 |
| Tieto | 23 |
| Muiden kokemukset | 18 |
| Vertaisten löytäminen | 15 |
| Jakaminen | 21 |
| Yhteensä | 86 |

Suomi24:n Terveyspalstan aiheista verkkokyselyn vastaajat käyttivät eniten hoitomuotoa, menetelmää tai lääkettä (7 vastausta) käsittelevää aihealuetta ja toiseksi eniten sairautta tai lääketieteellistä ongelmaa (6 vastausta) koskevaa aihealuetta. (Taulukko 14.) Keskusteluaineiston 50 aloitusviestistä suurin osa käsitteli masennusta tai henkistä hyvinvointia (17 havaintoa). Keskustelun aloitusviestit saattoivat kuulua myös useampaan aiheeseen, kuten masennukseen ja sosiaaliseen tukeen. Toiseksi eniten aloitusviestit käsittelivät sairautta tai lääketieteellistä ongelmaa (14 havaintoa). Verkkokyselyssä yksi vastaaja valitsi vaihtoehdon muu, tarkentaen käyttävänsä useita aihealueita. Keskusteluaineistosta muina aihealueina esiin nousi päihteet ja riippuvuudet (3), naisten terveys (2), kuolema ja suru (3) sekä yksi yleinen terveysaihe, joka käsitteli ympäristön ihmiselle aiheuttamia terveyshaittoja. Verkkokyselyn sekä keskusteluaineiston perusteella sairausvakuutukset, seksuaalisuus ja seksuaaliterveys sekä liikunta ja kuntoilu olivat vähiten käytettyjä aihealueita. Suomi24:n keskusteluforumilla liikuntaa koskevat keskustelut ovat omana palstanaan, joka ei ole Terveys -otsikon alla.

Taulukko 14. Keskustelupalstan käyttö aiheittain.

| Aihe | Verkkokysely (vastausta) |
|--|--------------------------|
| a)hoitomuoto, menetelmä tai lääke | 7 |
| b)sairaus tai lääketieteellinen ongelma | 6 |
| c)sairaala, lääkäri, klinikka tai muu | 1 |
| d) sairausvakuutus | - |
| e)seksuaalisuus tai seksuaaliterveys | - |
| f)mielenterveys tai henkinen hyvinvointi | 1 |
| g) sosiaalinen tuki | 1 |
| h)ravitsemus tai ruokavalio | 2 |
| i) liikunta tai kuntoilu | - |
| j) painonhallinta | 1 |
| k) ravinnelisiä | 1 |
| l) muu: | 1 |

Keskustelun roolia informaatioresurssina tarkasteltiin sisällön erittelyn avulla saaduilla tiedonhankinnanpoluilla. 22 keskustelussa mainittiin aiemmin tehdystä tiedonhankinnasta (välittäjä- ja vastaanottajaresurssit). Välittäjäresursseja aineistossa oli 16 keskustelua ja vastaanottajia 6 keskustelua. Eristäytyneet resurssit ovat keskusteluita, jotka eivät sisältäneet mainintaa aiemmasta tiedonhankinnasta eikä sisältäneet suosittavia lähteitä. Näitä aineistossa oli 7 keskustelun verran. Yli puolet eristäytyneistä lähteistä koski aiheita henkinen hyvinvointi ja kuolema ja suru.

Välittäjäresursseja löytyi eniten sairautta tai lääketieteellistä ongelmaa koskevista ja siirtäjäresursseja eniten mielenterveyttä ja henkistä hyvinvointia koskevista keskusteluista. Kyseistä aihetta esiintyi aineistossa eniten. Jakaumaa resurssityyppeihin aiheen sisällä voidaan pitää luotettavampana näiden aiheiden osalta, joista aineistoa on enemmän. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Keskustelupalstan rooli informaatioresurssina aiheittain.

| Aihe | Siirtäjät | Välittäjät | Vastaanottajat | Eristäytyneet |
|--|-----------|------------|----------------|---------------|
| a) hoitomuoto, -menetelmä tai lääke | 3 | | 1 | |
| b) sairaus tai lääketieteellinen ongelma | 1 | 10 | 2 | 3 |
| c) lääkäri, sairaala tai klinikka | 1 | 1 | | |
| f) mielenterveys ja henkinen hyvinvointi | 10 | 3 | 1 | 3 |
| g) sosiaalinen tuki | 3 | | 1 | |
| j) painonhallinta | 2 | | | |
| aa) päihteet ja riippuvuudet | 2 | 1 | | |
| ab) naisten terveys | | 1 | 1 | |
| ac) kuolema ja suru | 2 | | | 1 |
| ad) terveyshaitat | 1 | | | |
| Yhteensä | 25 | 16 | 6 | 7 |

Puolet aineiston keskusteluista oli rooliltaan siirtäjäresursseja aiheen mukaan tarkasteltuna ja 42.9% käyttösyyn mukaan tarkasteltuna. Sisällön erittelyssä keskustelu saattoi kuulua käyttösyiden mukaan useaan luokkaan samanaikaisesti. Keskustelun aloituksille olikin tyypillistä etsiä aiheesta esimerkiksi tietoa ja toisen kokemuksia, tai jakaa omia kokemuksia ja etsiä kohtalotovereita, eli samaistumista. Siirtäjäroolia esiintyy eniten, kun keskustelun aloituksen tarkoituksena on tiedon saaminen terveydentilasta tai omien kokemusten jakaminen. Toisten kokemuksia etsittäessä keskustelulla on rooli yhtä usein siirtäjänä kuin välittäjänä. (Taulukko 16.)

Taulukko 16. Keskustelupalstan rooli informaatioressina käyttösyyn mukaan.

| Syy käyttöön | Siirtäjät | Välittäjät | Vastaanottajat | Eristäytyneet |
|-----------------|-----------|------------|----------------|---------------|
| kiinnostus | 1 | | | |
| tieto | 8 | 7 | 3 | 4 |
| kokemukset | 6 | 6 | 3 | |
| samaistuminen | 4 | 2 | 2 | 3 |
| jakaminen | 8 | 5 | | 1 |
| Yhteensä | 27 | 20 | 8 | 8 |

Siirtäjä- ja välittäjäressurssin roolia esiintyy aineistossa selkeästi eniten, jolloin keskustelupalstan rooli näyttää olevan tiedonhankintaa eteenpäin vievä aloituspiste tai tiedonhankintaa kohdentava tai laajentava välietappi. Keskusteluaineistosta löytyi 381 tiedonlähdeä ja 188 omaan kokemukseen tai tietoon pohjautuvaa kommenttia. Tiedonlähteisiin luettiin mukaan ystäviltä ja terveydenhuollosta välitetyt tiedot, joita oli yhteensä 33. Verkkolähteitä jaettiin keskustelussa eniten, tiedonlähteistä 19,7%. Toiseksi eniten jaettiin sosiaalisen median lähteitä (10,2%). Tieteelliseen tietoon viitattiin 9,2% tiedonlähteessä. Tieteellistä tietoa jaettiin useimmiten suorina lainauksena tai viittaamalla lähteeseen. Järjestöjen kautta saatua tietoa tai järjestöjen verkkosivuja tiedonlähteistä oli 5,8%. Terveydenhuollon tietoja välitettiin eniten sairautta tai lääketieteellistä ongelmaa

koskevissa aiheissa. Tieteellisiin teksteihin viitattiin useimmiten mielenterveyttä ja henkistä hyvinvointia koskevassa keskustelussa. Hoitomuotoa, -menetelmää tai lääkettä koskevat aiheet sisälsivät eniten käyttäjien kokemuksia ja omia tietoja.

5.1.1 Sosiaalisen median luotettavuus terveystiedon lähteenä

Keskustelupalstan luotettavuudella tarkoitetaan yleistä kokemusta luotettavuudesta eli kuinka todennäköisesti keskustelupalstalta koetaan saatavan luotettavia tuloksia. Savolainen (2011b) määrittelee luotettavuuden lähteen yleiseksi uskottavuuden (believability) asteeksi. Keskustelupalstan luotettavuutta kysyttiin verkkokyselyllä. Kyselyssä vertailtavina lähteinä oli useita muita e-terveystiedon lähteitä. Kyselyssä arvioitiin e-terveystiedon lähteiden luotettavuutta ja hyötyä asteikolla 1-5, ei lainkaan – erittäin luotettava/hyödyllinen, tai 0, en käytä kyseistä lähdettä ollenkaan. Lähteiden luotettavuus ja hyöty olivat jokseenkin samansuuntaisia (Kuvio 5.) Sosiaalisen median lähteistä luotettavimmaksi koettiin muiden kuin käyttäjien ylläpitämät ryhmät (3,5), keskustelupalstat olivat luotettavuudeltaan toisena (2,9) ja kolmanneksi luotettavimmaksi koettiin verkkotietosanakirjat (2,8). Vähiten sosiaalisen median palveluista luotettiin videoiden jakamispalveluihin (1,6). Kaikista e-terveystiedon lähteistä luotettavimmaksi koettiin verkkokirjastot (3,9) sekä järjestöjen verkkosivut (3,9). Verkkomainontaan koettiin vähiten luottamusta (1,1) ja se oli lähteistä ainoa, jota kaikki vastaajat eivät käyttäneet lähteenä.

Keskusteluaineiston avulla Suomi 24 -keskustelupalstan luotettavuutta tutkittiin aineistolähtöisesti keskustelupalstalla esiintyvänä ilmiönä. 50 viestiketjussa keskustelun luotettavuus mainittiin vain harvoin. Kun luotettavuus mainittiin, se oli pääosin positiivista ja perustui jaetun terveydentilan tai kokemusten aiheuttamaan yhteisymmärrykseen. Vertaiset koettiin luotettavaksi lähteeksi kokemuksesta tai terveydentilasta, joka ei ollut yleinen tai jota muut eivät kokemuksen puutteen vuoksi voineet ymmärtää. Keskustelupalsta koettiin ympäristöksi, jossa pystyttiin auttamaan vertaisia antamalla tukea ja neuvoja. Luotettavuutta ilmaistiin yhteisöllisyyteen viittaavin ilmauksin, kuten 'toimitaan näin'. Ketjuissa, joissa ilmaistiin keskustelun luotettavuutta,

ilmaistiin lisäksi hyötyä ja keskustelulla oli vaikutusta terveyskäyttäytymiseen sosiaalisen tuen ja vaihtoehtoisista menetelmistä oppimisen muodossa.

Epäluottamusta keskustelupalstassa herätti ”trollit” ja keskustelua häiritsevät kirjoittajat. Palstaa koskien ilmaistiin myös epäluottamusta asiantuntemuksen tason takia. Palstan arvioinnin perusteena oli usein jonkun kirjoittajan kommentoinnin yleistäminen koskemaan koko palstan keskustelun tasoa. Närkästystä aiheutti, mikäli aihealueella keskusteltiin aiheeseen kuulumattomista asioista.

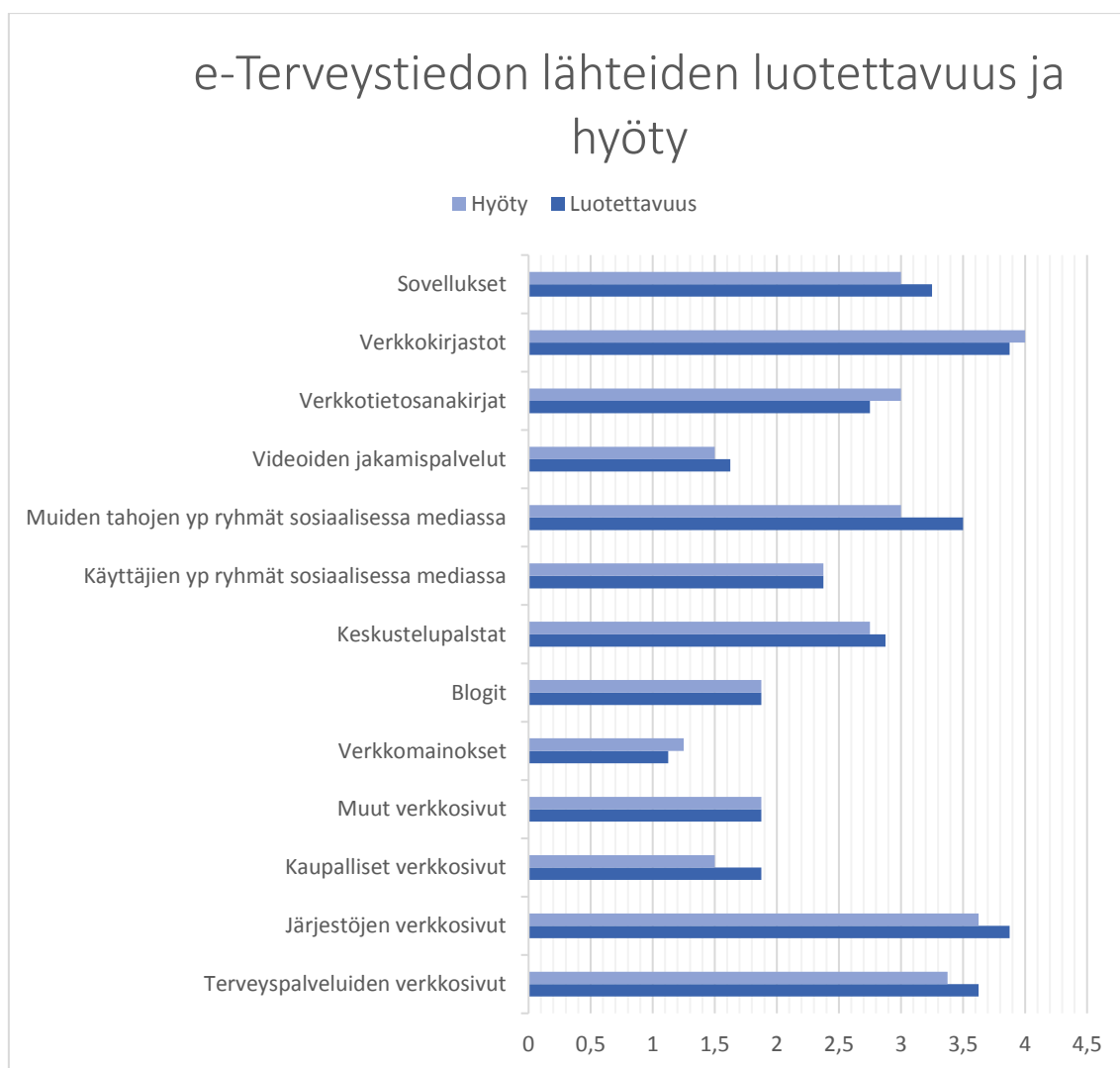
5.1.2 Sosiaalisen median hyödyllisyys terveystiedon lähteenä

Savolaisen (2011b) mukaan hyöty kertoo missä määrin lähde on avuksi käyttäjälleen ja vastaa hänen tarpeisiinsa. Verkkokyselyllä mitattiin Suomi24 -keskustelupalstan vaikutusta vastaajien terveyskäyttäytymiseen. Keskusteluaineistosta etsittiin samoja teemoja sisällön erittelyn avulla.

Suomi24 -palstalle lähetetyssä verkkokyselyssä kysyin e-terveystiedon lähteiden hyödyllisyyttä asteikolla 5 hyvin hyödyllinen – 0 ei lainkaan hyödyllinen. Lähteiden joukossa oli kuusi sosiaalisen median palvelua, blogit, keskustelupalstat, käyttäjien ylläpitämät ryhmät, järjestöjen tai muiden tahojen ylläpitämät ryhmät, videoiden jakamispalvelut ja verkkotietosanakirjat. Verkkokyselyyn vastanneet kokivat hyödyllisimmäksi e-terveystiedon lähteeksi verkkokirjastot (4). Tämän jälkeen hyödyllisimmäksi koettiin järjestöjen verkkosivut (3,6), terveydenhuollon verkkosivut (3,4) ja verkkotietosanakirjat (3) sekä terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät sovellukset (3). Vähiten hyötyä terveystiedon lähteenä oli verkkomainoksista, videon jakamispalveluista ja kaupallisista verkkosivuista. Sosiaalisen median palveluista hyödyllisimmäksi koettiin muiden kuin käyttäjien ylläpitämät ryhmät (3), verkkotietosanakirjat ja keskustelupalstat (2,8). (Kuvio 5.)

Keskusteluaineistossa 104 kommenttia käsitteli keskustelun hyötyä. Näistä 92,3 % olivat keskustelun hyödyllisyydestä kertovia ja 7,7 % hyödyttömyyteen viittaavia.

Keskusteluaineistossa tiedon tai keskustelun hyödyllisyyttä arvioitiin useimmiten positiivisesti. Kommenteissa annettiin kiitosta vastauksista ja jaettiin kannustusta sekä tiedusteltiin aiheesta lisää tai ilmaistiin saman suuntaista mielenkiintoa. Keskusteluun osallistumisesta oli aineiston perusteella hyötyä.



Kuvio 5. e- Terveystiedon lähteiden hyöty ja luotettavuus verkkokyselyn mukaan.

Keskusteluaineistosta löytyi seitsemän erilaista kategoriata hyödyn ilmaisemiseksi. Kolme näistä olivat negatiivisia kategoriata ja neljä kategoriata olivat positiivisia. Hyödyn ilmaisemisessa sosiaalinen tuki sai useita ilmaisuja. Positiivisia kategoriata ovat

yhteinen kiinnostus, toivotut vastaukset ja sisällöt, sosiaalinen tuki ja muu positiivinen vaikutus. Negatiivisia kategorioita ovat ei-toivotut vastaukset, rajoittaminen (ylläpidon toimesta) ja muu negatiivinen vaikutus. Sosiaalisen tuen kategoriaan on laskettu mukaan samaistuminen (terveydentilaan tai tuntemuksiin), vertaistuki (kannustaminen ja yhteisöllisyyden ilmaisu) sekä ymmärryksen ja myötätunnon saaminen, kun muut osallistujat olivat esimerkiksi tulkinneet esitetyn asian epäreilusti. Toivotut vastaukset ja sisällöt -kategoriaan kuuluu ilmaisu, joissa annetut vastaukset tai keskustelun sisällöt ovat saaneet kiitosta osakseen, kun taas ei-toivotut vastaukset ovat ilmauksia, joissa vastauksia tai niiden hyötyä on väheksytty. Kategoriat vaikuttavat olevan hyvin lähellä toisiaan, mutta eroavat tarkoituksiltaan. Yhteistä kiinnostusta ilmaistiin koskien tietoa, kuten hoitomenetelmää, ja samaistumista kokemuksia kohtaan. Sosiaalinen tuki palstan käytöstä saatuna hyötynä on osittain päällekkäinen keskustelun vaikutusten kanssa. Hyötyä on tarkasteltu kaikkien kommentoijien näkökulmasta, kun taas keskustelun vaikutusta arvioidaan aloittajan näkökulmasta.

Eniten hyötyä saavutettiin sosiaalisen tuen muodossa (35,6%). 26% hyödyllisyydestä käsitteli samaistumista kirjoittajan kokemusiin, terveydentilaan tai tuntemuksiin. Yhteistä kiinnostusta ilmaistiin saman verran kuin samaistumista eli 26%. Hyödyn ilmaisuista 7,7% oli negatiivisia. Keskustelu koettiin hyödyttömäksi useimmiten, jos keskustelu ei tarjonnut aloittajan toivomia vastauksia (3,8%). Positiivisia ilmaisuja saaduista vastauksista annettiin 23% kaikista hyötyä ilmaisevista kommentteista. (Taulukko 17.) Aineistossa oli eniten masennukseen ja henkiseen hyvinvointiin (34%) liittyviä sekä sairauteen ja terveydentilaan (32%) liittyviä keskusteluja, joihin hyödyn ilmaisuja kertyi eniten. Merkittävä määrä hyötyä käsitteleviä kommentteja (18,3%) löytyi hoitomuotoa, -menetelmää tai lääkettä koskevista keskusteluista, joita oli vain 6% aineistosta.

Taulukko 17. Hyötyä ilmaisevien mainintojen määrä aiheittain.

| Hyöty | a. hoitomuoto, menetelmä tai lääke | b. sairaus tai lääketieteellinen | c. lääkäri, sairaala tai klinikka | f. mielenterveys ja henkinen hyvinvointi | g. sosiaalinen tuki | j. painonhallinta | aa. päihteet ja riippuvuudet | ab. naisten terveys | ac. kuolema ja suru | ad. terveyshaitat |
|---------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--|---------------------|-------------------|------------------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| Ei-toivottuja vastauksia | | | | 2 | 1 | | 1 | | | |
| Rajoittaminen | | | | 1 | | 1 | | | | |
| Muu negatiivinen vaikutus | | | | 2 | | | | | | |
| Yhteensä | | | | 5 | 1 | 1 | 1 | | | |
| Yhteinen kiinnostus | 8 | 7 | 3 | 4 | 2 | | 2 | 1 | | |
| Toivottuja vastauksia | 5 | 8 | | 8 | 1 | | | 2 | | |
| Sosiaalinen tuki | | | | | | | | | | |
| samaistuminen | 4 | 11 | | 8 | | | | 4 | | |
| vertaistuki | 2 | 6 | | 3 | 1 | | | | | |
| ymmärrys tai myötätunto | | | 1 | 1 | | | | | | |
| Muu positiivinen vaikutus | | | | 4 | | | | | | |
| Yhteensä | 19 | 32 | 4 | 28 | 4 | 0 | 2 | 7 | 0 | 0 |

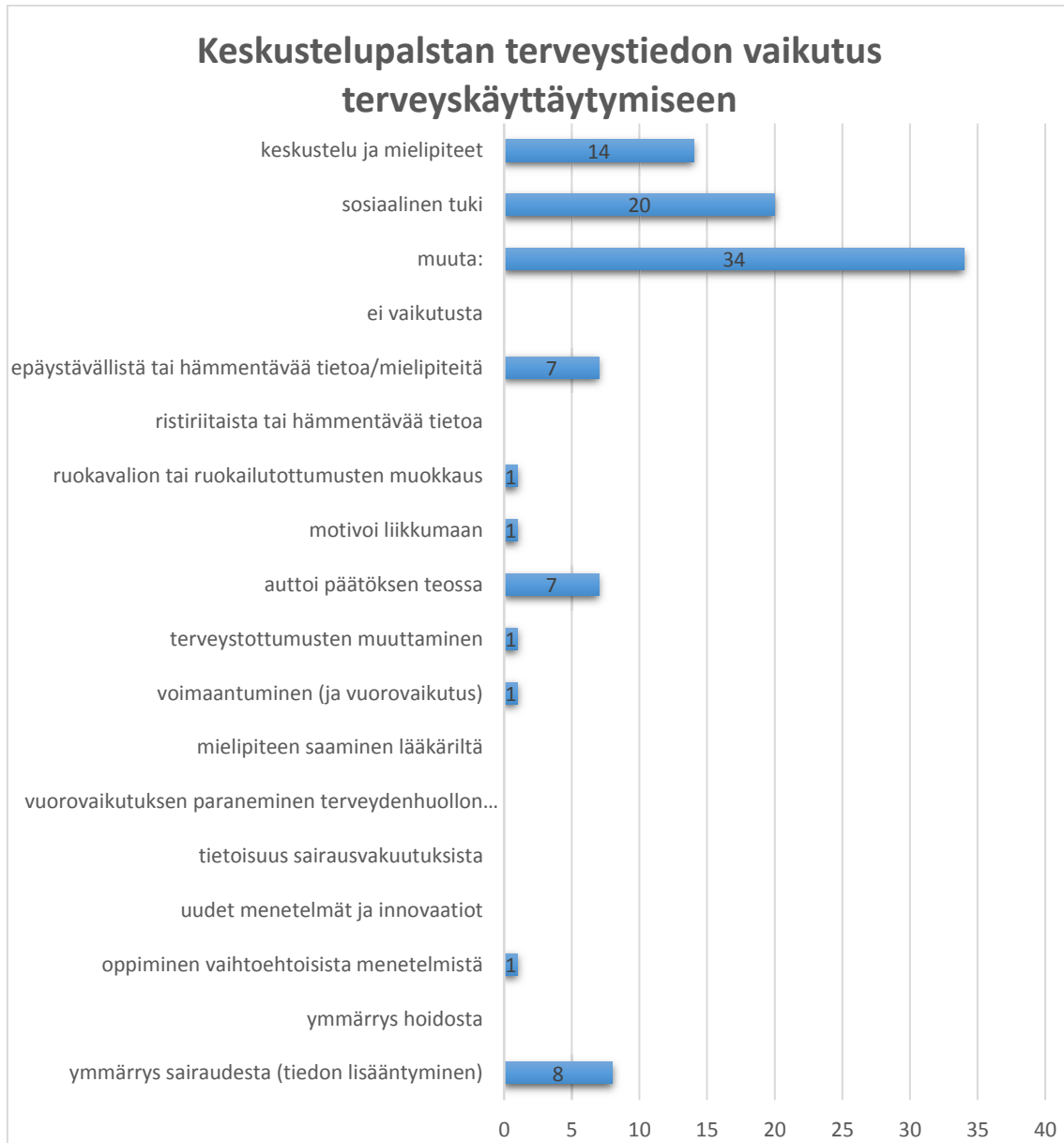
Kyselyssä vastaajat arvioivat keskustelupalstan vaikuttaneen eniten ymmärryksen lisääntymisenä sairautta tai terveydentilaa koskien. Toiseksi eniten keskustelupalsta vaikutti auttamalla päätöksen teossa sekä lisäämällä ymmärrystä hoidosta tai menetelmästä. Yksi vastaaja kertoi saaneensa palstalta epäystävällisiä tai lannistavia mielipiteitä ja kaksi vastasi tiedon olleen ristiriitaista tai hämmentävää. Vastauksia tuli

kaikkiin esitettyihin vaihtoehtoihin, paitsi ei vaikutusta ja muu, mikä. Eniten vaikutusta keskustelupalstalla oli oppimiseen ja terveyttä ja hyvinvointia koskevaan toimintaan liittyvissä vaikutuksissa. (Kuvio 6.) Muiden kokemuksista oppiminen mainittiin verkkokyselyn avoimissa kysymyksissä.



Kuvio 6. Verkkokyselyn tulokset keskustelupalstan vaikutuksista

Viestiketjuja analysoitaessa esiin nousi terveystyöskäyttyymiseen vaikuttavana tekijänä sosiaalisen tuen saaminen ja mielipiteiden vaihtaminen keskustelun kautta. Kyselyssä käytettyjen vaihtoehtojen osuudet vaikutuksista jäivät pieniksi ja suurin vaikutus keskustelupalstalla oli sosiaalisen tuen saamisessa (20 havaintoa). Keskustelupalstalla koettiin olevan jonkin verran vaikutusta terveyteen ja hyvinvointiin liittyvässä toiminnassa (10 havaintoa) ja oppimiseen (9 havaintoa). Yksi maininta koski vuorovaikutusta terveydenhuollon kanssa. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Keskustelupalstan vaikutus terveystietämiseen keskusteluaineiston mukaan.

5.2 Tiedon arviointi ja kognitiivinen auktoriteetti sosiaalisessa mediassa

Keskusteluaineisto sisälsi 233 ilmaisua kirjoittajan tai viestin arvioimiseksi. Näistä positiivisia arvioita oli 22,3% ja negatiivisia 77,7%. 36,9% ilmaisuista koski viestin arviointia. Viestien arviointi oli määrällisesti positiivisempaa kuin kirjoittajan arviointi. Viestin arvioinnista 32,6% oli positiivista. Eniten viestin arvioinnissa käytettiin kriteerinä

uskottavuutta (22,4% negatiivisista arvioista), todenmukaisuutta (35,7% positiivisista arvioista) tai epätodenmukaisuutta (8,6% negatiivisista) ja tiedon oikeellisuutta (25% positiivisista) tai virheellisyyttä (13,8% negatiivisista). Muina viestin arviointikriteereinä käytettiin sen sisältämää uutta tietoa, asiantuntijuutta tai epäasiantuntijuutta, validiutta, tiedon virallisuutta, epätieteellisyyttä, tiedon yksipuolisuutta, epäajantasaisuutta ja ristiriitaisuutta. 17 viestiä oli saanut tykkäyksen. Savolaisen (2011b) käyttämän arviointikriteeristön lisäksi keskustelusta löydettiin aiheenmukaisuuden arviointia ja viestin asiasisällön selkeyden arviointia. Yhdeksän mainintaa annettiin viestin asiattomasta sisällöstä, joka koski ”keskustelun terrorisoijia” (a3k3) ja loukkaavaa ja ilkeämielistä kirjoittelua.

Kirjoittajan arviointia esiintyi aineistossa enemmän, 63,1% arvioinnista. Suurin osa arvioinnista oli negatiivista (83,7%). Kirjoittajan arvioinnista iso osa oli henkilön luonteeseen, toimintaan ja jopa fyysisiin ominaisuuksiin kohdistuvaa negatiivista kommentointia (27,6%). Palstalla kirjoittajia arvosteltiin niin henkilön älykkyyden, osaamisen, ulkonäön, sekä palstalla ja vapaa-ajalla toimisen vuoksi. Mitä enemmän keskustelu jakoi mielipiteitä, sitä herkemmin keskustelussa menttiin henkilökohtaisuuksiin. Mutta myös positiivisia arvioita annettiin kannustavassa hengessä.

Esimerkki 2. Henkilöön kohdistuva negatiivinen arviointi

”Olette sääliittäviä.” (a3k7)

”Jollei teillä ole muuta tekemistä kun tulla nauramaan, ja haukkumaan..” (a3k4)

”[...] tunnistan että olet itse ainakin hyvin tyly” (a2k9)

”ihminen voi käyttäytyä kuin järkevä aikuinen” (a1k6)

Esimerkki 3. Henkilöön kohdistuva positiivinen arviointi

” lahjakas, pohjimmiltaan iloinen ja positiivinen” (a3k28)

”Olet todella kypsästi ja fiksusti, ihanasti ajatteleva ihminen” (a3k28)

Kirjoittajan arviointikriteerinä käytettiin useimmiten asiantuntijuutta (8,3% positiivisista) tai sen puutetta (18,7% negatiivisista arvioista). Negatiivinen arvio perustui toiseksi

eniten kirjoittajan uskottavuuteen (15,4% negatiivisista arvioista). Kirjoittajaa arviointiin erilaisten uskomusten perusteella (8,9% negatiivisista) tai vahvistettiin kirjoittajan näkemykset samankaltaisten uskomusten perusteella (50% positiivista arvioista). Lisäksi arviointiin käytettiin todisteiden puutetta, kirjoittajan osoittamaa ristiriitaisuutta ja virheellisyyttä. Lisäksi kirjoittajan maine palstalla toimi arviointikriteerinä tai se käyttikö kirjoittaja nimimerkkiä. Kirjoittajaa arvioitiin myös tiedontulkinnan epärealiteetin vuoksi.

Savolaisen (2011b) arviointikriteereistä poiketen aineistosta nousi esiin kirjoittajan esittämän tiedon arviointia kirjoittajan elämäntilanteen näkökulmasta. Mielenterveyttä ja henkistä hyvinvointia sekä sosiaalista tukea koskevassa keskustelussa, kirjoittajaa saatettiin arvioida hänen asemansa perusteella. Tiedot kirjoittajan asemasta saattoivat olla oletuksia tai yleistyksiä, tai aloittajan elämästään antamia tietoja. Aseman käyttö arviointikriteerinä asetti kirjoittajan ja arvioijan kokemukset vertailun kohteeksi, paremmassa asemassa olevan, kuten työn tai perheen omaava, ei voida olettaa ymmärtävän asianlaitaa. Asemaa käytettiin positiivisessa merkityksessä sosiaalisen tuen antamiseen ja samaistumisen ilmaisuun.

Kirjoittajan henkilökohtaisten ominaisuuksien arviointia oli peräti 46,3% kaikista kirjoittajaa koskevasta arvioinnista. 58,7% käsitteli kirjoittajan toimintaa palstalla tai vapaa-ajalla. Suurin osa arvioinnista käsitteli henkilön keskusteluun osallistumista, kuten empatian puutetta tai asiattomuutta kommentointia. Asiattomuus kommentointi sai yleensä aina jotain palautetta. Kirjoittajaa saatettiin pyytää poistumaan keskustelusta tai kirjoittajalle huomautettiin, ettei hänen kommentointiaan huomioida. Henkilökohtaisuuksiin menevä kommentointi tuli esille keskustelupalstan negatiivisena puolena Citizen Mindscapes -kyselyssä. Laguksen ym. (2016) mukaan piirre on keskustelupalstoille yleinen, eikä koske vain Suomi24 -keskustelupalstaa. Kirjoittajan henkilökohtaisten ominaisuuksien arviointi vaikutti tiedonarviointiin ainakin siten, että kirjoittajan väitteet jätettiin huomiomatta ja palautetta annettiin vain negatiivisesta sävystä. Verkkokyselyssä ”herjosten heittäjien” ja keskustelun laadun mainittiin tekevän palstan tiedonhankinnasta epätyytyvävä. Osa vastaajista mainitsi olevansa tyytymätön tiedonhankintaan usein palstalla vieraillessaan, koska keskustelu ei ollut pysynyt asiallisena.

Verkkokysely sisälsi yhden avoimen kysymyksen sosiaalisen median tiedon luotettavuuden arvioinnista. Kysymys oli pakollinen. Vastaukset olivat samansuuntaisia aiemman tutkimuksen kanssa (kts. Lederman ym. 2014, Jucks 2017). Tietoa arvioitiin omien kokemusten ja tietojen pohjalta sekä todentamalla ulkopuolisia lähteitä käyttämällä. Vastaajat mainitsivat käyttävänsä muita verkkosivuja tai tutkimustietoa sosiaalisen median tiedon todentamiseksi. Hakukonetta ja järjestöjen tarjoamaa tietoa käytettiin tiedon todentamiseksi. Tietoa sosiaalisessa mediassa arvioitiin kyselyn mukaan koetun uskottavuuden ja tiedon yhdenmukaisuuden perusteella. Lähteiden esittämisen koettiin lisäävän tiedon luotettavuutta, mikäli lähteet osoittautuivat luotettaviksi. Omat opinnot mainittiin yhtenä arvioinnin lähtökohtana. Vastaajat kertoivat suhtautuvansa tietoon kriittisesti tai epäillen.

Kysely keskittyi vain e-terveystiedon lähteisiin, joista järjestöt nousivat esiin luotettavimpana. Lisäksi järjestöjen tarjoamaan tietoa kerrottiin käytettävän tiedon todentamisessa. Kokemustietoa arvioitaessa niiden yhteensopivuutta verrattiin omiin kokemuksiin ja tietoihin. Sosiaalisesta mediasta saatua tietoa todennettiin tutkimustiedolla, jota etsittiin hakukoneella.

Keskusteluaineistossa kognitiiviseen auktoriteettiin viitattiin harvoin. Ennemmin keskusteluissa puitiin auktoriteetin puutetta tai sen muuttumista omien kokemusten myötä. Aineisto oli kahtiajakoinen terveydenhuollon ammattilaisten asiantuntijuutta ja auktoriteettiasemaa kohtaan. Yhtäältä kommentteissa kehoitettiin kääntymään lääkärin puoleen, toisaalta lääkärin tietämystä epäiltiin. Aiheissa, joissa apua haettiin, kun sitä ei ollut terveydenhuollosta löytynyt, kognitiivisena auktoriteettina saattoi olla kirja tai muu henkilö, jolla oli ”useiden vuosien” kokemusta asiasta. Tutkimustietoon viitattiin useissa ilmauksissa tietoa vahvistavassa tarkoituksessa.

Mielenterveys ja henkinen hyvinvointi oli aihealue, jossa esiintyi hyvin voimakkaita kognitiivisen auktoriteetin puutteen ilmaisuja masennuksen hoitoa kohtaan. Kognitiivisen auktoriteetin muuttumista ilmaistiin etenkin lääkkeitä käsittelevissä aiheissa. Omat kokemukset lääkehoidon edetessä olivat vieneet uskottavuutta etenkin psykiatriasta ja lääketieteen tutkimuksesta, mutta myös valvontaviranomaisilta ja

terveydenhuollolta yhteiskunnallisena järjestelmänä. Kokemusten myötä kognitiivisen auktoriteettiaseman olivat voineet saada valtavirrasta erottuvat toisinajattelijat, tiettyjä menetelmiä kannattavat psykiatrit tai lääkkeettömän hoidon puolesta puhuvat järjestöt. Tutkimustieto tai tietty tutkija esitettiin kognitiivisena auktoriteettina esimerkiksi homesairauksien ja borreliosisin ollessa kyseessä. Borreliosisin sekä home- ja sienisairauksien yhteydessä ilmaistiin myös terveydenhuollon puuttuvaa asiantuntemusta ja tutkimustiedolla vahvistettiin yleensä omia näkemyksiä. Omia näkemyksiä luotettavasta ja epäluotettavasta tiedosta jaettiin ahkerasti.

Auktoriteettiaseman muuttumista ilmaistiin keskustelussa kertomalla aiemmista elämäntapahtumista ja niiden seurauksista, sekä luotettavana pidetyn lähteen tarjoaman tiedon vaikutuksista päätöksentekoon. Mielenterveyttä ja henkistä hyvinvointia koskevasta keskustelusta esiin nousseita ajatuksia kognitiivisen auktoriteetin muuttumisesta ja asian tärkeydestä kuvaa hyvin lainaus aineistosta:

”Meidät jotenkin kasvatetaan luottamaan lääkäriin ja lääketieteeseen ja pitämään niitä auktoriteetteina.” (a3k8)

6 POHDINTA

Tämän tutkimuksen merkittävimmät tulokset koskevat tiedonarviointia, keskustelupalstan käytön syitä, hyötyä ja palstan vaikutusta terveystietoon. Tulosten perusteella keskustelupalstalta saadulla terveystiedolla on vaikutusta. Sosiaalisen median terveystieto lisäsi ymmärrystä terveydentilasta ja auttoi päätöksen teossa. Keskusteluaineistossa vaikutusta havaittiin eniten sosiaalisen tuen saamisessa, joka vastaa Sinin (2015) tuloksia sosiaalisen median käyttötarkoituksesta. Palstalle jaettiin esimerkiksi omia ajatuksia ja linkkejä uutisartikkeleihin, joilla pyrittiin herättämään keskustelua aiheesta. Keskustelulla ja mielipiteiden vaihtamisella tarkoitus voi olla ymmärryksen lisääntyminen tai sosiaalisen tuen saaminen. Muita syitä voi olla sosiaalisuus, itsensä ilmaisu tai statuksen etsiminen. Keskusteluiden, joihin aloittajan ei voitu enää todistettavasti osallistuneen, vaikutusta terveyskäyttäytymiseen oli mahdotonta tulkita. Vuorovaikutuksen tutkiminen ei ollut tämän tutkimuksen tarkoitus,

vaikka aloittajan osallistuminen keskusteluun huomioitiinkin terveystiedon vaikutuksia tarkastellessa. Hyödyn käsitteellä pyrittiin mittaamaan keskustelun vaikutusta kaikille osallistujille. Keskustelun hyötyä ilmaistiin herkemmin kuin sen hyödyttömyyttä. Hyötyä keskusteluista saatiin eniten sosiaalisen tuen muodossa. Yhteistä mielenkiintoa aiheita kohtaan ilmaistiin, tarkoituksena jakaa yhteisiä tiedontarpeita.

Aineisto antoi monipuolisen katsauksen laajaan aiheeseen. Keskustelupalstat tarjoavat monimuotoisen aineiston tiedonarvioinnin tutkimiseen. Analyysiohjelman käyttäminen olisi ollut hyvä vaihtoehto, jos aineistoa olisi kerätty vielä enemmän, näin tulokset määrällisestä sisällön erittelystä olisivat olleet myös luotettavampia. Aineiston kerääminen painottui kesäkuulle ja ajankohta voi vaikuttaa siihen millaiseksi aineisto muodostui. Kesäkuun alkuun sijoittuu koulujen kesälomat ja ehkä monen muunkin kesäloma, tämä voi aiheuttaa muutoksia esimerkiksi ajankäytössä ja sosiaalisissa suhteissa. Masennukseen ja henkiseen hyvinvointiin liittyvät aiheet olivat keskusteluaineistossa yleisiä, toisin kuin verkkokyselyn mukaan, jossa suosituin aihe oli hoitomuoto, -menetelmä tai lääkkeet. Kyselyn vastaajamäärä oli kuitenkin alhainen. Kysely herätti jonkin verran negatiivisuutta. Aihe ei välttämättä ollut keskustelupalstan käyttäjien mielestä mielenkiintoinen. Vaikutusta saattoi olla saateviestin pituudella ja otsikoinnilla. Viesti verkkokyselystä oli luetuimpien joukossa, kesken jättäneitä vastaajia ei ollut, joten viesti tai aihe ei houkuttanut käyttäjiä vastaamaan. Kyselyn aineiston ollessa pieni ei käytön määrää voitu tutkia, eikä e-lukutaidoista saatu luotettavaa kuvaa.

Kyselyyn vastanneet vierailivat eniten hoitomuotoa, -menetelmää tai lääkettä koskevilla aihealueilla. Sairautta tai lääketieteellistä ongelmaa koskevat aiheet olivat toiseksi suosituin sekä keskustelu- että kyselyaineiston perusteella. Palstan käyttösyyt olivat molempien aineistojen mukaan jakaminen ja tiedon saaminen terveydentilaa koskien. Citizen Mindscapes tutkimuksen (Harju 2018) ja Ledermanin ym. (2014) mukaan sosiaalisessa mediassa jaetun tiedon koetaan olevan lähtöisin käyttäjien omista tiedoista ja kokemuksista, joka vaikuttaa ehkä tiedonarvioinnissa käytettyihin kriteereihin.

Viestin arvioinnissa eniten käytetyt arviointikriteerit olivat uskottavuus (negatiivinen), todenmukaisuus (positiivinen) ja tiedon oikeellisuus tai virheellisyys. Savolaisen (2011b)

tutkimuksessa eniten käytetyt kriteerit viestin arvioinnissa oli hyödyllisyys ja virheellisyys. Savolaisen tutkimus käsitti palstan kaikki aiheet, tämän tutkimuksen koskiessa vain terveysaiheita. Kirjoittajan arvioinnissa Savolaisen (2011b) mukaan eniten käytettiin kirjoittajan uskottavuutta, jonka kriteerinä oli maine, asiantuntijuus ja rehellisyys. Keskusteluaineistossa jopa puolet positiivisista arvioista tehtiin uskomusten samankaltaisuuden perusteella ja negatiivisia arvioita annettiin eniten koskien asiantuntijuutta. Asiantuntijuus tuli esille merkittävimpana arviointikriteerinä Averyn (2010) tutkimuksessa. Verkkokyselyssä esille nousi tiedon todennettavuus sekä omat tiedot ja kokemukset tiedon arvioinnissa. Jucksin (2017) ja Ledermanin ym. (2014) mukaan todennettavuus ja yksimielisyys olivat tärkeimpiä arviointikriteereitä e-terveystiedon kontekstissa.

Uskomusten samankaltaisuus on Wilsonin (1983) mukaan yksi kognitiivisen auktoriteetin arviointiperusteista ja keskustelupalstalla kirjoittajaa arvioitiin positiivisesti juuri uskomusten yhteneväisyyden perusteella. Tällöin arvioinnin lähtökohtana ovat omat tiedot ja kokemukset aiheesta. Kokemusten perusteella ansaittua auktoriteettiasemaa palstalta ei kuitenkaan löytynyt, vaan tietoon suhtauduttiin yleensä melko kriittisesti ja arviointimenetelmiä käytettiin useampia kuin yhtä. Auktoriteettia koskevat ilmaisut olivat enimmäkseen negatiivisia ja kertoivat auktoriteetin muuttumisesta. Auktoriteetti oli muuttunut negatiivisten kokemusten myötä ja muuttumista ilmeni erityisesti mielenterveyttä ja henkistä hyvinvointia käsittelevässä keskustelussa. Auktoriteettiaseman muuttumisen yhteydessä ilmaistiin usein voimakkaita pettymyksen tunteita. Kirjoittajat kokivat aiheen ja kokemuksensa tärkeiksi jaettaviksi muille, koska asialla oli ollut merkittäviä vaikutuksia heidän omaan terveyteensä. Uskomusten samankaltaisuuden arviointi antoi yhdenmukaisen kuvan luotettavuutta koskevien kommenttien kanssa. Luotettavuutta ilmaistiin eniten keskusteluissa, joissa oli saman kokemusmaailman omaavia ja samankaltaisia kokemuksia käytettiin luotettavuuden arvioinnin perusteena.

Lähteet ja viittaukset olivat kiinteä osa keskustelua ja argumentointia. Aineistosta löytyi 381 ulkopuolista lähdettä ja 188 omaa kokemusta lähteenä käytävää kommenttia. Keskustelujen ulkopuolisista lähteistä verkkosivuja jaettiin eniten. Toisinaan linkit oli

keskustelussa korvattu hakusanoilla, koska pelättiin ylläpidon poistavan linkkejä sisältäviä viestejä. Suurin osa keskusteluista tarjosi yhden tai useamman uuden informaatioresurssin. Lähteiden ja aiemman tiedonhankinnan sisällön erittelyllä keskusteluilla oli tiedonhankinnassa rooli siirtäjänä tai välittäjänä. Lähes puolet keskustelun aloituksista sisälsi maininnan aiemmasta tiedonhankinnasta, tietoa olivat hakeneet sekä aloittaja että kommentoijat, ennen keskustelupalstalle päätymistä. On kuitenkin oletettava, että aiempaa tiedonhankintaa ei välttämättä mainita, vaikka sitä olisi tehty. Keskustelun tarjoamien lähteiden käyttöä ei voi tutkia määrällisesti, mutta keskustelu sisälsi jaettujen lähteiden arviointia ja kommentointia, joka voidaan tulkita jaettujen lähteiden käytöksi. Siirtäjä- ja välittäjäresurssien todellista suhdetta ei voida tietää, mutta voidaan todeta, että tiedonhankinta harvimminkin päättyy keskustelupalstalle. Sosiaalisen median rooli on enemmän tarjota uusia näkökulmia tiedonhankintaan, kuin löytää ratkaisuja ongelmaan.

Sosiaalinen media on voinut korvata osittain ystäviä, tuttavien ja sukulaisia tiedonlähteenä. Sosiaalisesta mediasta on mahdollisuus löytää henkilöitä, joilla on kokemusta samasta terveydentilasta tai itselle määrätystä hoidosta, nopeammin kuin omasta sosiaalisesta verkostosta. Internetissä kohtaamattomuus ja huijaamisen helppous muodostaa mahdollisia ongelmia tiedonarviointiin. Ilkeämieliseen kommentointiin puututtiin keskustelijoiden toimesta herkästi ja eriävät mielipiteet tulkittiin usein asiantuntijuuden puutteeksi. Asiaton ja loukkaava kommentointi voi vaikuttaa tiedonhankinnan etenemiseen, koska heikko tunne minäpystyvyydestä vaikuttaa tiedonhankinnan jatkamisen sinnikkyytteen (Bandura 1968). Sosiaalisen median lukutaidossa asenteet ja minäpystyvyys ovat olennaisia kokonaisuuksia, jotka huomioitiin mittariston väittämässä laajasti. Sosiaalisen median lukutaidon mittaamisessa tulisi jatkossa mitata kykyä tunnistaa jaettujen lähteiden luotettavuutta, koska ulkopuolisten lähteiden jakamisella on merkittävä rooli sosiaalisen median sisällöissä.

Verkkokyselyyn vastanneet arvioivat sosiaalisen median lukutaidossaan parhaimmiksi osaamisalueiksi kykynsä ymmärtää sosiaalisen median viestintää sekä arvioida omaa osaamistaan ja käytöstään sosiaalisessa mediassa. Media- ja informaatiolukutaidossa, johon sosiaalisen median lukutaito kuuluu, onkin tärkeää ymmärtää tiedon jakamisen

tarkoitusta. Jatkossa sosiaalisen median lukutaitoa voitaisiin tutkia suhteessa sosiaalisesta mediasta saatuun hyötyyn ja vaikutuksiin. Verkkokyselyn vastaajamäärän ollessa alhainen vaikutuksia ja hyötyä ristiintaulukoimalla lukutaidon tulosten kanssa saatiin hyvin hajanaisia tuloksia. Kognitiivisen auktoriteetin ilmenemisen tutkimiseen keskustelupalsta tarjoaisi runsaasti aineistoa, mutta aineiston valintakriteerit tulisi muodostaa keskittyen kognitiiviseen auktoriteettiin.

LÄHTEET

Askola, Keetta (2012). *Nuoret yliopisto-opiskelijat terveystiedon hankkijoina*. Informaatiotutkimuksen pro gradu -tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto.

Avery, Elizabeth Johnson (2010). *The role of source and the factors audiences rely on in evaluating credibility of health information*. Public Relations Review, vol 36(1), p. 81-83.

Bandura, Albert (1968). *Social Foundations of Thought and Action. A Social Cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall, Inc.

Below, Susanna & Patrikainen, Anu (2003). *Tiedontarvetta terveydestä. 15-69 -vuotiaiden suomalaisten kokema terveystiedon tarve ja sitä selittävät sosiodemografiset tekijät*. Jyväskylän yliopisto: Terveystieteiden laitos. Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma.

Diviani, Nicola, Putte, Basvan den, Meppelink, Corine s. ja Weert, Julia C.M. van (2016). *Exploring the role of health literacy in the evaluation of online health information: Insights from a mixed-methods study*. Patient Education and Counseling. Vol 99(6), p.1017-1025.

Drake, Merja (2014). *Kansa kysyy ja netti vastaa – mutta kuinka kauan?* Teoksessa: Ulla Järvi (toim.) *Tautinen media*. (s.84-103). Kustannus Oy Duodecim.

Ek, Stefan, Eriksson-Backa, Kristina & Niemelä, Raimo (2013). *Use of and trust in health information on the Internet: A nationwide eight-year follow-up survey*. Informatics for Health and Social Care, vol. 38(3), p.236-245.

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

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Fox, Susannah & Fallows, Deborah (2003). *Internet Health Resources*. PEW INTERNET & AMERICAN LIFE PROJECT. <http://www.pewinternet.org/2003/07/16/internet-health-resources/>.

Global Media and Information Literacy (MIL): *Assesment Framework: Country Readiness and Competencies*. (2013.) France: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (UNESCO)
<http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002246/224655e.pdf>. (Käytetty 04.11.2016.)

Hakala, Salli ja Vesa, Juho (2013). Verkkokeskustelut ja sisällön erittely. Teoksessa: Laaksonen, Salla-Maria, Matikainen, Janne ja Tikka, Minttu (toim.) *Otteita verkosta: Verkon ja sosiaalisen median tutkimusmenetelmät*. (s.200-225) Tampere: Vastapaino.

Harju, Auli (2018). *Suomi24- keskustelut kohtaamisten ja törmäysten tilana*. Media ja viestintä. Media & viestintä, vol. 41 (1), p. 51-74.

Hirvonen, Noora, Stefan, Ek, Niemelä, Raimo, Pyky, Riitta, Ahola, Riikka, Korpelainen, Raija ja Huotari, Maija-Leena (2016). Everyday health information literacy in relation to health behavior and physical fitness: A population-based study among young men. *Library & Information Science Research*, vol 38(4), p. 308-318.

Hsu, Meng-Hsiang, Chang, Chun-Ming, Lin, Hsien-Cheng ja Lin, Yi-Wan (2015). *Determinants of continued use of social media: the perspectives of uses and gratifications theory and perceived interactivity*. *Information research* 20(2).

Hukka, Eija (2014). Potilaasta partneriksi – sosiaalinen media haastaa terveydenhuollon. Teoksessa: Ulla Järvi (toim.) *Tautinen media*. (s.104-121). Kustannus Oy Duodecim.

Iisakka, Jenna (2013). *Arkielämän terveystiedon lukutaito ja sen yhteys terveyskäyttäytymiseen ja terveydentilaan kutsuntaikäisillä miehillä*. Informaatiotutkimuksen pro gradu -tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto.

Jucks, Regina & Thon, Franziska M. (2017). *Better to have many opinions than one from an expert? Social validation by one trustworthy source versus the masses in online health forums*. *Computers in human behavior* 70(2017), p. 375-381.

Järvi, Ulla (2014). *Mistä nykyajan terveysjutut tulevat?* Teoksessa: Ulla Järvi (toim.) *Tautinen media*. (s. 122-137). Kustannus Oy Duodecim.

Kangas, Petteri, Toivonen, Santtu ja Bäck, Asta (2007). *Googlen mainokset ja muita sosiaalisen median toimintamalleja*. Helsinki. Edita Prima Oy. VTT Tiedotteita 2369. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/tiedotteet/2007/T2369.pdf>. (Käytetty 23.10.2016.)

Kielitoimiston sanakirja (2018). *Luotettava*. <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/netmot.exe?motportal=80>. Käytetty 26.5.2019.

Kivits, Joëlle (2009). *Everyday health and the internet: a mediated health perspective on health information seeking*. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 31 (5), p.673-687.

Kupiainen, Reijo, Kulju, Pirjo & Mäkinen, Marita (2015). *Mikä monilukutaito?* Teoksessa: Tapani Kaartinen (toim.) *Monilukutaito kaikki kaikessa*. (s.13-24.) Tampereen yliopiston normaalikoulu.

Laaksonen, Salla-Maaria ja Matikainen, Janne (2013). *Tutkimuskohteena vuorovaikutus ja keskustelu verkossa*. Teoksessa: Laaksonen, Salla-Maria, Matikainen, Janne ja Tikka, Minttu (toim.) *Otteita verkosta: Verkon ja sosiaalisen median tutkimusmenetelmät*. (s.177-199) Tampere: Vastapaino.

Lagus, Krista, Pantzar, Mika, Ruckenstein, Minna ja Ylisiurua, Marjoriikka (2016). *Suomi24: muodonantoa aineistolle*. Kuluttajatutkimuskeskus 2016:10. Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja, Helsingin yliopisto. Helsinki 2016.

Lederman, Reeva, Fan, Hanmei, Smith, Stephen & Chang, Shanton (2014). *Who can you trust? Credibility assesment in online health forums*. Health Policy and Technology, vol 3 (1), p.13-25.

Liao, Shuling & Chou, En-yi (2012). *Intention to adopt knowledge through virtual communities: posters vs lurkers*. Online Information Review, vol. 36(3), pp. 442-461.

Lietsala, Kari & Sirkkunen, Esa (2010). *Johdatus sosiaaliseen mediaan*. Teoksessa: Ote informaatiosta. Toim. Sami Serola. Helsinki: BTJ.

Lin, Hsien-Cheng & Chang, Chun-Ming (2018). *What motivates health onformation exchange in social media? The roles of the social cognitive theory and perceived activity*. Information & Management, vol 55 (6), pp. 771-780.

MCInnes, Nicholas ja Haglund, Bo J. A. (2011). *Readability of online health information: implications for health literacy*. Informatics for Health & Social Care, vol. 36(4): 173–189.

Neter, Efrat & Brainin, Esther (2012). *eHealth Literacy: Extending the Digital Divide to the Realm of Health Information*. Journal of Medical Internet Research, 14(1):e19. URL: <http://www.jmir.org/2012/1/e19> DOI: 10.2196/jmir.1619. PMID: 22357448. PMCID: PMC3374546.

Niemelä, Raimo (2006). Ikääntyneiden informaatiokäyttäytyminen. Laadullinen tutkimus arkielämän informaatiokäytännöistä ja aktivoitumisesta. Acta Univ. Oul. B 74. Oulu: Oulu yliopisto.

Niemelä, Raimo, Ek, Stefan, Eriksson-Backa, Kristina ja Huotari, Maija-Leena (2012). *A Screening Tool for Assessing Everyday Health Information Literacy*. Libri, vol. 62(2), pp. 125-134.

Norman, Camaron D. & Skinner, Harvey A. (2006). *eHEALS: The eHealth Literacy Scale*. Journal of Medical Internet Research, 8(4): e27. URL: <http://www.jmir.org/2006/4/e27>. DOI: 10.2196/jmir.8.4.e27. PMID: 17213046. PMCID: PMC1794004.

Nutbeam, Don (2008). *The evolving concept of health literacy*. Social Science & Medicine 67 (2008), p. 2072-2078.

Paasonen, Susanna (2013). Ihmisiä, kuvia, tekstejä ja teknologioita. Laaksonen, Salla-Maria, Matikainen, Janne ja Tikka, Minttu (toim.) *Otteita verkosta: Verkon ja sosiaalisen median tutkimusmenetelmät*. (33-47) Tampere: Vastapaino.

Pálsdóttir, Ágústa (2014). *Preferences in the use of social media for seeking and communicating health and lifestyle information*. Information Research, 19(4) paper 642. Retrieved from <http://InformationR.net/ir/19-4/paper642.html>

Percheski, Christine & Hargittai, Eszter (2011). *Health Information seeking in the Digital Age*. Journal of American College Health, vol 59(5), p. 379-386.

Pian, Wenjing, Khoo, Christopher SG & Chang, Yun-Ke (2016). *The Criteria People Use in Relevance Decisions on Health Information: An Analysis of User Eye Movements When Browsing a Health Discussion Forum*. Journal of Medical Research, vol. 18 (6), p.

Pönkä, Harto (2014). *Sosiaalisen median käsikirja*. Jyväskylä: Docendo Oy.

Rains, Stephen A. & Donnerstein Karmikel, Carolyn (2009). *Health information-seeking and perceptions of website credibility: Examining Web-using orientation, messae*

characteristics, and structure features of websites. Computers in Human Behavior, vol 25 (2009), p. 544–553.

Rice, Ronald E. (2006). *Influences, usage, and outcomes of Internet health information searching: Multivariate results from the Pew surveys.* International Journal of Medical Informatics vol 75(1), p.8-28.

Rieh, Soo Young (2002). *Judgement of information quality and cognitive authority in web.* Journal of the American society for information science and technology, vol 53(2), p. 145-161.

Rieh, Soo Young (2005). *Cognitive Authority.* Teoksessa Theories of Information Behavior 2005. Toim. Karen E. Fisher, Sada Erdelez ja Lynne (E.F.) McKechnie. American Society for Information Science and Technology.

Ruuskanen, Petri (2019). Kansalaisyhteiskunnan tutkimusportaali: *Sosiaalinen pääoma.* <http://kans.jyu.fi/sanasto/sanat-kansio/sosiaalinen-paaoma>. (Käytetty 23.7.2019.)

Sanastokeskus TSK (2010). *Sosiaalisen median sanasto.* TSK 40. Helsinki: Sanastokeskus TSK ry. Verkkojulkaisu saatavissa osoitteessa: http://www.tsk.fi/tiedostot/pdf/Sosiaalisen_median_sanasto.

Savilaakso, Neea (2016). *Arkielämän terveystiedon lukutaidon eri ulottuvuuksien yhteys ravitsemuskäyttäytymiseen nuorilla miehillä.* Informaatiotutkimuksen pro gradu - tutkielma. Oulu: Olun yliopisto.

Savolainen, Reijo (2011a). *Requesting and providing information in blogs and internet discussion forums,* Journal of Documentation, Vol. 67 Issue: 5, pp.863-886, <https://doi.org/10.1108/00220411111164718>.

Savolainen, Reijo (2011b). *Judging the Quality and Credibility of Information in Internet Discussion Forums*. Journal of the American Society for Information Science & Technology, vol. 62(7), p. 1243-1256.

Sbaffi, Laura ja Rowley, Jennifer (2017). *Trust and Credibility in Web-Based Health Information: A Review and Agenda for Future Research*. Journal of Medical Internet Research, vol 19 (6). doi:10.2196/jmir.7579.

Schardt, Connie (2011). *Health information literacy meets evidence-based practice*. Journal of Medical Library Association, vol. 99(1), p.1–2.

Sin, Sei-Ching Joanna (2015) *Social media and problematic everyday life information-seeking outcomes: Differences across use frequency, gender, and problem-solving styles*. Journal of the Association of Information Science and Technology, vol 67 (8), p. 1793-1807.

Sonnenwald, Diane H. (2005). *Information Horizons*. Teoksessa Theories of Information Behavior 2005. Toim. Karen E. Fisher, Sada Erdelez ja Lynne (E.F.) McKechnie. American Society for Information Science and Technology.

Sonnenwald, D.H., Wildemuth, B.M., & Harmon, G. (2001). A research method using the concept of information horizons: An example from a study of lower socio-economic students' information seeking behavior. The New Review of Information Behavior Research, 2, 65-86.

Sonnenwald, Diane H. (1999). *Evolving Perspectives of Human Information Behavior: Contexts, Situations, Social Networks and Information Horizons*. Teoksessa: Wilson, T. & Allen, D. (toim.) (1999). Exploring the Contexts of Information Behaviour (pp. 176-190.) London: Taylor Graham. Verkkojulkaisu osoitteessa: <https://pdfs.semanticscholar.org/f643/f0d9bf2dc4d4032b078168cd7d795bf55780.pdf>.

Suomen virallinen tilasto (SVT): *Väestön tieto- ja viestintätekniiikan käyttö* [verkkójulkaisu]. ISSN=2341-8699. 2018, Liitetaulukko 12. Internetin käyttötarkoitusten yleisyys 2018, %-osuus väestöstä 1) . Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 23.7.2019].

Saantitapa: http://www.stat.fi/til/sutivi/2018/sutivi_2018_2018-12-04_tau_012_fi.html

Suri, Venkata Ratnadeep, Majid, Shaheen, Chang, Yun-Ke ja Foo, Schubert (2016). *Assessing the influence of health literacy on health information behaviors: A multi-domain skills-based approach*. Patient Education and Counseling, vol 99, is 6, 2016, p. 1038-1045. ISSN 0738-3991. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.12.017>.

Tirroniemi, Alisa (2017). *Terveystiedon lukutaito ja terveysaiheinen tiedonhankinta Demi -keskustelufoorumilla. Tyttöjen ja nuorten naisten terveystiedon lukutaito, terveyteen ja kehoon liittyvät tiedontarpeet ja Demi -keskustelufoorumiterveysaiheisen tiedon tarjoajana*. Informaatiotutkimuksen pro gradu -tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2011). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Turtiainen, Riikka ja Östman, Sari (2013). Verkkotutkimuksen eettiset haasteet: Armi ja anoreksia. Teoksessa: Laaksonen, Salla-Maria, Matikainen, Janne ja Tikka, Minttu (toim.) *Otteita verkosta: Verkon ja sosiaalisen median tutkimusmenetelmät*. (s.48-64) Tampere: Vastapaino.

Valli, Raine (2015). *Johdatus tilastolliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: PS- Kustannus.

Vanwynsberghe, Hadewijch, Boudry, Elke ja Verdegem, Pieter (2012.) *THE DEVELOPMENT OF A CONCEPTUAL FRAMEWORK OF SOCIAL MEDIA LITERACY*. <https://biblio.ugent.be/publication/3047212/file/3047219.pdf>. (Käytetty 26.10.2016.)

Vehkalahti, Kimmo (2008). *Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Wikipedia (2016). *Keskustelupalsta*. <https://fi.wikipedia.org/wiki/Keskustelupalsta>
Käytetty 1.8.2019.

Wikipedia (2019). *Suomi24*. <https://fi.wikipedia.org/wiki/Suomi24> Käytetty 1.8.2019.

Wilson, Patrick (1983). *Second-Hand Knowledge: An Inquiry into Cognitive Authority*.
Contributions in Librarianship and Information Science, 44. Westport, Connecticut:
Greenwood Press.

LIITTEET

LIITE 1 Saateviesti

Olen Oulun yliopiston opiskelija ja teen pro gradu -opinnäytetyötä terveystiedon hankinnasta ja arvioinnista. Tutkimuksen tarkoitus on selvittää, miten keskustelupalstaa käytetään arjen terveystiedon hankinnassa ja kuinka hyödylliseksi sosiaalinen media koetaan terveystiedon tarjoajana. Terveystietoa on kaikki jokapäiväiseen elämään liittyvä tieto, joka käsittelee ravintoa, liikuntaa, unta, terveyden ylläpitoa tai sairauksien hoitoa.

Kyselyyn vastaaminen kestää noin 15 minuuttia. Kyselyn vastausaika on 6.3.2019-24.3.2019. Tutkimusaineisto kerätään ainoastaan kyselylomakkeella. Kyselyn tiedot kerätään anonymisti ja tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Opinnäytetyö julkaistaan sähköisenä Oulun yliopiston julkaisuarkistossa. Tutkimusaineistoa voidaan käyttää opinnäytteen lisäksi Oulun yliopiston CogaHealth -hankkeessa. Hankkeeseen voit tutustua verkossa: <https://www oulu fi/cogahealth/etusivu>

Sähköpostiosoitteensa jättäneiden vastaajien kesken arvotaan 20 euron superlahjakortti, jonka voi käyttää haluamaansa GoGift.fi:n edustamista lahjakorteista. (www.gogift.com)

Kyselyyn pääset tästä linkistä:

<http://app.surveymethods.com/EndUser.aspx?E3C7ABB3EAA6B5B6E2>

Mikäli sinulla on kysyttävää kyselystä tai tutkimuksesta, olethan yhteydessä sähköpostitse jenni.backman@student oulu fi

Kiitos ajastasi.

Ystävällisin terveisin Jenni Backman

- Hei. Halusin vielä mainita, että käyttäjien kokemukset ovat tärkeitä, kun tutkitaan sosiaalisen median terveystiedon vaikutuksia. Tuloksilla edistetään terveystiedon hankkijoiden tasa-arvoa.

Linkki kyselyyn:

<http://app.surveymethods.com/EndUser.aspx?E3C7ABB3EAA6B5B6E2>

- o 12.3.2019

- Hei.

Toivoisin vielä lisää vastauksia e-terveystietokyselyyni ja jatkan vastausaikaa maaliskuun viimeiseen päivään asti (31.3.2019).

Kyselyyn pääset vastaamaan tästä linkistä:

<http://app.surveymethods.com/EndUser.aspx?E3C7ABB3EAA6B5B6E2>

- o 25.3.19, 26.3.19, 29.3.19

LIITE 2 Kyselylomake

Henkilötiedot

1. Ikä vuosina _____
2. Sukupuoli: (nainen, mies, muu/en halua kertoa)
3. Koulutustausta/ meneillään oleva koulutus: (peruskoulu, ammattikoulu tai ylioppilas, ammattikorkeakoulu, yliopisto)
4. Pääasiallinen toiminta: (työssä, työtön, opiskelija, eläkkeellä, yrittäjä, muu, mikä _____)

Terveyden tila:

5. Kuinka terveeksi tunnet itsesi
1 erittäin huonoksi 3 4 5 erittäin hyväksi
6. Onko sinulla jokin diagnosoitu perussairaus:
kyllä ei
7. Vaatiiko terveydentilasi hoitosuhdetta terveydenhuollon palveluihin? Esim. toimenpiteeseen liittyviä kontrollikäyntejä

kyllä ei

Terveystiedon hankinta:

Terveystietoa on kaikki tieto, joka koskee unta, ravintoa, liikuntaa, sairauden hoitoa tai terveyden ylläpitämistä.

8. Kuinka usein hankit terveystietoa: (päivittäin, useita kertoja viikossa, kerran viikossa, useita kertoja kuukaudessa, kerran kuukaudessa, harvemmin)
9. Kuinka todennäköisesti käyttäisit seuraavia terveystiedon lähteitä? 5 = hyvin todennäköisesti, 4 = melko todennäköisesti, 3 = en osaa sanoa, 2 = melko epätodennäköisesti, 1 = hyvin epätodennäköisesti, 0=en käytä kyseistä lähdettä
- | | |
|---|--------------------------------------|
| terveydenhuollon ammattilaiset (esim. lääkärit) | painetut lähteet (kirjat, lehdet) |
| verkkolähteet (esim. verkkosivut, verkkolehdet) | ystävät |
| sosiaalinen media (esim. keskustelupalstat, Facebook) | järjestöt |
| perinteinen media (tv, radio, sanomalehdet) | sukulaiset |
| hakukone (esim. google) | mainokset |
| muu, mikä _____ | |

Sosiaalisen median käyttö terveystiedon hankinnassa

10. Käytän Suomi24 -keskustelupalstan Terveys -aihealuetta (voit valita useamman vaihtoehdon):
(ajanvietteenä – olen kiinnostunut terveydestä ja hyvinvoinnista – löytääkseni/saadakseni tietoa sairautta tai terveyttä koskevaan asiaan – etsin muiden kokemuksia palvelusta/tuotteesta/toimenpiteestä/oireista/terveydellisestä tilasta – etsin saman terveyden tilan omaavia ihmisiä – jakaakseni omia kokemuksia/tietoja – muu, mikä? _____)
11. Kuinka usein käytät Suomi24 -keskustelupalstan Terveys -aihealuetta? (päivittäin, useita kertoja viikossa, kerran viikossa, useita kertoja kuukaudessa, kerran kuukaudessa, harvemmin)
12. Jaatko omia kokemuksia keskustelupalstalla? (valitse yksi)

usein silloin tällöin harvoin en koskaan

13. Tätä keskustelupalstaa käytän terveystiedon osalta, joka koskee

(valitse yksi tai useampi vaihtoehto)

- tiettyä hoitomuotoa tai menetelmää tai lääkettä
- tiettyä sairautta tai lääketieteellistä ongelmaa
- tiettyä lääkäriä, sairaalaa, klinikkaa tai muuta terveydenhoitolaitosta
- sairausvakuutuksia
- seksuaalisuutta tai seksuaaliterveyttä, ehkäisyä
- mielenterveyttä
- sosiaalista tukea
- ravitsemusta tai ruokavaliota
- liikuntaa ja kuntoilua
- painonhallintaa
- ravinnelisiä
- muu, mikä _____

(Venkata Ratnadeep Suri, Shaheen Majid, Yun-Ke Chang, Schubert Foo (2016).)

14. Tämän sivuston lisäksi käytän terveystiedon hankintaan seuraavia sosiaalisen median palveluita _____

15. Sosiaalisen median terveystiedolla on ollut vaikutusta terveystietämiseeni seuraavissa asioissa (valitse yksi tai useampi vaihtoehto):

- Saamani tiedon avulla ymmärrykseni tietyn sairauden tai terveydellisen tilan oireista tai syistä on parantunut.
- Saamani tiedon avulla ymmärrykseni minulle määrätystä hoidosta tai lääketieteellisestä testistä on parantunut.
- Saamani tiedon avulla kykenin oppimaan lisää vaihtoehtoisista hoitomenetelmistä, esim. homeopatia.
- Saamani tiedon avulla käsitykseni terveysalan uusista menetelmistä ja innovaatioista parani.
- Saamani tiedon avulla tulin paremmin tietoiseksi sairausvakuutuksiin kuuluvista oikeuksista ja vaihtoehdoista.

- Saamani tiedon avulla pystyin kysymään ja keskustelemaan lääkärin kanssa terveydentilastani
- Saamani tiedon avulla pystyin saamaan lääkäriltä mielipiteen asiaan, josta hain tietoa.
- Koin voimaantuvani saamani tiedon kautta, joka auttoi minua myös vuorovaikutuksessa terveydenhuollon kanssa.
- Saamani tieto auttoi minua muuttamaan terveystottumuksiani tai lopettamaan tavan, josta oli huomattavia seurauksia terveydelleni.
- Saamani tieto auttoi minua tekemään itsenäisiä päätöksiä kuten ottamaan yhteyttä lääkäriin.
- Saamani tieto motivoi minua liikunnan aloittamiseen.
- Saamani tieto auttoi minua muokkaamaan ruokailutottumuksiani tai ruokavaliotani.
- Saamani tieto oli ristiriitaista tai muutoin hämmentävää.
- Saamani tieto tai mielipiteet olivat epäystävällisiä tai lannistavia.
- Saamillani tiedoilla ei ole ollut vaikutusta terveyskäyttäytymiseeni.
- Muuten, miten _____

(lähde em.)

16. Kerro tilanteesta, jolloin olit tyytyväinen terveystiedonhankintaan tällä palstalla? (Voit käyttää vastatessasi seuraavia apukysymyksiä: Millaista informaatiota tarvitsit? Miksi tätä informaatiota tarvittiin? Mitä muita informaatioresursseja käytit ja missä järjestyksessä? Kuinka tyytyväinen koit olevasi saamiisi tuloksiin? Miten käytit informaatiota? Mitä tekisit samoin seuraavalla kerralla? Miten toimisit eri tavalla?)

17. Kerro tilanteesta, jolloin olit tyytymätön terveystiedon hankintaan (Voit käyttää vastatessasi seuraavia apukysymyksiä: Millaista informaatiota tarvitsit? Miksi tätä informaatiota tarvittiin? Mitä muita informaatioresursseja käytit ja missä järjestyksessä? Kuinka tyytyväinen koit olevasi saamiisi tuloksiin?)

Miten käytit informaatiota? Mitä tekisit samoin seuraavalla kerralla? Miten toimisit eri tavalla?)

Tiedonarviointi sosiaalisessa mediassa

18. Kerro omin sanoin, kuinka arvioit tiedon luotettavuutta sosiaalisessa mediassa?

e-Terveystiedon luotettavuus ja hyöty

19. Luotettavuus

Arvioi seuraavista lähteistä saamasi tiedon luotettavuutta oheisella asteikolla: 1 ei lainkaan luotettava 2 vähän luotettava 3 kohtalaisen luotettava 4 melko luotettava 5 täysin luotettava, 0 en käytä kyseistä palvelua/tämä ei kosketa minua.

Terveyspalveluiden verkkosivut

Järjestöjen verkkosivut

Kaupalliset verkkosivut

Muut verkkosivut

Verkkomainokset

Blogit

Keskustelupalstat

Käyttäjien ylläpitämät ryhmät

Yritysten, järjestöjen ym. tahojen ylläpitämät ryhmät

Ystävät (verkostoitumissivuilla, kuten Facebook)

Videoiden jakamispalvelut (esim. Youtube)

Verkkokirjastot

Terveysten ylläpitämiseen, liikuntaan tai ravitsemukseen liittyvät sovellukset

20. Hyöty

Arvioi seuraavista lähteistä saamasi tiedon hyödyllisyyttä oheisella asteikolla: 1 ei lainkaan hyödyllinen 2 vähän hyödyllinen 3 kohtalaisen hyödyllinen 4 melko hyödyllinen 5 todella hyödyllinen, 0 en käytä kyseistä palvelua/tämä ei kosketa minua.

Terveyspalveluiden verkkosivut

Järjestöjen verkkosivut

Kaupalliset verkkosivut

Muut verkkosivut

Verkkomainokset

Blogit

Keskustelupalstat

Käyttäjien ylläpitämät ryhmät

Yritysten, järjestöjen ym. tahojen ylläpitämät ryhmät

Ystävät (verkostoitumissivuilla, kuten Facebook)

Videoiden jakamispalvelut (esim. Youtube)

Verkkokirjastot

Terveyden ylläpitämiseen, liikuntaan tai ravitsemukseen liittyvät sovellukset

Lukutaidot

Valitse sopivin vaihtoehto 5-täysin samaa mieltä 4-jokseenkin samaa mieltä 3-en samaa enkä eri mieltä 2-jokseenkin eri mieltä 1-täysin erimieltä

21. Sosiaalisen median lukutaito

- a. Minun on helppo ymmärtää sosiaalisen median viestintää.
- b. Tiedon luotettavuuden arviointi on haastavaa.
- c. Minun on helppo tuottaa sisältöjä sosiaaliseen mediaan.
- d. Koen sosiaalisen median tärkeäksi osaksi elämäni.
- e. Sosiaalisen median ominaisuuksien oppiminen on helppoa minulle.
- f. Pystyn huomioimaan muut sosiaalisen median viestinnässäni.
- g. Koen hyötyväni sosiaalisen median palveluista.
- h. Sosiaalisessa mediassa jaetun tiedon tarkoitus on helposti tunnistettavissa.

- i. Pystyn arvioimaan omaa osaamistani ja käytöstäni sosiaalisessa mediassa.
 - j. Koen jotkin sosiaalisen median palveluista käyttöarvoltaan alhaisiksi.
-

22. e- Terveystiedon lukutaito

- a. Koen internetin hyödylliseksi tehdessäni terveyttäni koskevia päätöksiä.
- b. Minulle on tärkeää päästä käsiksi internetin tarjoamaan terveystietoon.
- c. Tiedän, mitä terveystiedon lähteitä internetistä löytyy.
- d. Tiedän, mistä internetistä löydän terveystietoa, josta voi olla apua.
- e. Tiedän, miten löydän internetistä terveystietoa, josta voi olla apua.
- f. Tiedän, miten hyödyntää internetiä, löytääksesi vastauksia terveyteen liittyvissä kysymyksissä.
- g. Tiedän kuinka voin hyödyntää terveystietoa, jonka löydän internetistä.
- h. Minulla on tarvittavat taidot arvioida internetistä löytämäni terveystietoa.
- i. Pystyn tunnistamaan laadukkaan terveystiedon lähteen internetissä.
- j. Pystyn hyödyntämään internetistä löytämäni terveystietoa tehdessäni terveyttäni koskevia päätöksiä.

LIITE 3: e-Heals -mittaristo

e-Terveystiedon lukutaidon mittaristo (Norman & Skinner 2006)

1. How **useful** do you feel the Internet is in helping you in making decisions about your health?

- 1) Not useful at all
- 2) Not useful
- 3) Unsure
- 4) Useful
- 5) Very useful

2. How **important** is it for you to be able to access health resources on the Internet?

- 1) Not important at all

- 2) Not important
- 3) Unsure
- 4) Important
- 5) Very important

3. I know **what** health resources are available on the Internet

- 1) Strongly Disagree
- 2) Disagree
- 3) Undecided
- 4) Agree
- 5) Strongly Agree

4. I know **where** to find helpful health resources on the Internet

- 1) Strongly Disagree
- 2) Disagree
- 3) Undecided
- 4) Agree
- 5) Strongly Agree

5. I know **how** to find helpful health resources on the Internet

- 1) Strongly Disagree
- 2) Disagree
- 3) Undecided
- 4) Agree
- 5) Strongly Agree

6. I know **how to use** the Internet to answer my questions about health

- 1) Strongly Disagree
- 2) Disagree
- 3) Undecided
- 4) Agree
- 5) Strongly Agree

7. I know how to use **the health information** I find on the Internet to help me

- 1) Strongly Disagree
- 2) Disagree
- 3) Undecided
- 4) Agree
- 5) Strongly Agree

8. I have the skills I need to **evaluate** the health resources I find on the Internet

- 1) Strongly Disagree
- 2) Disagree
- 3) Undecided
- 4) Agree
- 5) Strongly Agree

9. I can tell **high quality** health resources from **low quality** health resources on the Internet

- 1) Strongly Disagree
- 2) Disagree
- 3) Undecided
- 4) Agree
- 5) Strongly Agree

10. I feel **confident** in using information from the Internet to make health decisions

- 1) Strongly Disagree
- 2) Disagree
- 3) Undecided
- 4) Agree
- 5) Strongly Agree

LIITE 4: Väittämät koskien terveysaiheita ja terveystiedon vaikutusta terveyskäyttäytymiseen

Terveysaiheet ja terveystiedon vaikutus terveyskäyttäytymiseen (Suri ym. 2012)

Healthcare Topics

- 1) Specific medical treatment/procedure,
- 2) Specific disease or medical problem,
- 3) Specific doctor, clinic, or hospital,
- 4) birth control,
- 5) Health insurance,
- 6) information about a medicine or a drug,
- 7, 8) Sex/sexual health,
- 9) mental health
- 10) social support.

Health Lifestyle Topics

- 1) Diet and nutrition,
- 2) Exercise and fitness,
- 3) Weight Control/Weight Management,
- 4) Nutritional supplements.

Outcomes

Learning Outcomes

- 1) Improved my understanding about symptoms or causes of a specific disease or a health condition.
- 2) Improved my understanding of a specific treatment, or a medical test prescribed by a doctor.
- 3) Enabled me to learn about alternative traditional treatment options, ex. Traditional Chinese Medicine, homeopathy.
- 4) Updated my knowledge in health innovations.
- 5) Made me more aware of my insurance rights and options.

Doctor-Patient Communication Outcomes

- 6) Enabled me to ask my physician questions and discuss about my health condition based on the information I found.
- 7) Enabled me to get opinion of my physician on the information that I retrieved.
- 8) Raised my sense of power and during interactions with my physician.

Instrumental Outcomes

- 9) Altered a habit/give up a habit that had a significant impact on my health.
- 10) Led me to take independent steps such as visiting a doctor/or a specialist
- 11) Motivated me to start exercising.
- 12) Helped me modify my diet and eating habits.