KÄSITYKSIÄ TERVEYSVIESTINNÄN LUOTETTAVUUDESTA JA RISTIRIITAISUUDESTA INTERNETISSÄ

Anniina Nykänen
Yhteisöviestinnän Pro gradu -tutkielma
Viestintätieteiden laitos
Jyväskylän yliopisto
Syksy 2016

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Tiedekunta – Faculty Humanistinen	Laitos – Department Viestintätieteiden laitos
Tekijä – Author Nykänen Anniina	
Työn nimi – Title Käsityksiä terveysviestinnän luotettavuudesta ja ristiriitaisuudesta internetissä	
Oppiaine – Subject Yhteisöviestintä	Työn laji – Level Pro gradu -tutkielma
Aika – Month and year Syyskuu 2016	Sivumäärä – Number of pages 103+5

Tiivistelmä – Abstract

Tässä pro gradu -tutkielmassa tutkittiin X- ja Y-mediasukupolvien käsityksiä terveysviestinnän luotettavuudesta ja ristiriitaisuudesta internetissä. Tutkimuksen tutkimuskysymykset olivat: 1. Mistä asioista kokemus terveysviestinnän luotettavuudesta syntyy? Sekä 2. Miten ristiriitaiseen terveysviestintään suhtaudutaan? Tutkimuskysymyksiä tutkittiin vertailevasti X- ja Y-mediasukupolvien välillä. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, eroavatko terveysviestintään kohdistuvat käsitykset kahden mediasukupolven välillä.

Tutkimus toteutettiin sähköisenä kyselytutkimuksena, missä vastaajajoukko koostui 109 henkilöstä (N=109). Vuonna 1964 - 1979 syntyneitä (X-mediasukupolvi) oli aineistossa 43 prosenttia (n=47) ja vuonna 1980 - 1995 syntyneitä (Y-mediasukupolvi) oli aineistossa 57 prosenttia (n=62). Aineistoa analysoitiin sekä määrällisesti että laadullisesti.

Tuloksista kävi ilmi, että mediasukupolvien käsitykset terveysviestinnän luotettavuudesta ja ristiriitaisuudesta ovat hyvin samansuuntaiset. Terveysviestinnän luotettavuuden kokemisessa argumentoinnin eri muotoja pidettiin molemmissa mediasukupolvissa tärkeimpinä luotettavuuden rakentajina. Lisäksi itsenäinen taustatutkinta ja vertaileminen muihin nettisivuihin, tutkimuksiin tai sisällön tuottajiin luotettavuuden arvioinnissa koettiin merkittävänä luottamuksen rakentajana terveysviestinnässä.

Ristiriitaiseen terveysviestintään mediasukupolvet arvioivat suhtautuvansa neutraalisti tai positiivisesti. Tämä tulos poikkeaa aikaisemmasta tutkimuskirjallisuudesta, sillä Han ym. 2006, 66 sekä Covello ja Peters (2002, 392) toteavat ristiriitaisen terveysviestinnän aiheuttavan negatiivisia tunteita yksilössä. Toisaalta laadullisessa analyysissä aineistosta tunnistettiin kolme terveysviestinnän ristiriitaisuuteen eritavoin suhtautuvaa tyyppikuluttajaa, joita ovat mediaan turhautunut terveysviestinnän kuluttaja, terveysviranomaisiin negatiivisesti suhtautuva terveysviestinnän kuluttaja sekä ymmärtävästi ristiriitaiseen terveysviestintään suhtautuva kuluttaja.

Asiasanat – Keywords Luotettavuus, mediasukupolvet, ristiriitaisuus, terveysviestintä, X-mediasukupolvi, Y-mediasukupolvi.

Säilytyspaikka – Depository Jyväskylän yliopisto / Jyväskylän yliopiston kirjasto

Muita tietoja – Additional information

SISÄLLYS

ABSTRACT/TIIVISTELMÄ
SISÄLLYS

1 JOHDANTO 5

2 TERVEYSVIESTINTÄ 8
2.1 Terveysviestintä käsitteenä 8
2.1.1 Terveysviestinnän määritelmiä 8
2.1.2 Terveysviestinnän lähikäsitteitä 12
2.2 Terveysviestintä tutkimuskohteena 14
2.2.1 Terveysviestinnän tutkimuksen juuret 14
2.2.2 Terveysviestinnän tutkimus tänä päivänä 15
2.3 Terveysviestintä ja media 16
2.3.1 Asiantuntijoiden väliset suhteet muutoksessa 19
2.4 Terveysviestintä internetissä 20
2.4.1 Terveysviestintä sosiaalisessa mediassa 22
2.5 Terveysviestinnän luotettavuus ja ristiriitaisuus 24
2.5.1 Terveysviestinnän luotettavuus 24
2.5.2 Terveysviestinnän ristiriitaisuus 27
2.6 Terveysviestinnän etiikka 28

3 TERVEYSVIESTINNÄN KULUTTAJA TUTKIMUKSEN KOHTEENA 30
3.1 Terveystietoa internetistä hankkiva henkilö 30
3.1.1 Terveyslukutaito 31
3.2 Sukupolvitutkimuksen juuret 34
3.3 Mediasukupolvet 35
3.4 X- ja Y-mediasukupolvet 37
3.4.1 X-mediasukupolvi 39
3.4.2 Y-mediasukupolvi 40
3.5 Vastaajajoukko 42
3.6 Tutkimusaineiston keruu 45
3.7 Aineiston analyysi 46

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS 49
4.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset 49
4.2 Laadullinen ja määrällinen tutkimus 50
4.3 Tutkimusmenetelmänä kyselytutkimus 52
4.4 Kyselyn laatiminen 53

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET 58
5.1 X- ja Y-mediasukupolvet terveysviestinnän kuluttajina 58

5.2 X- ja Y-mediasukupolvien näkemyksiä terveysviestinnän luotettavuuden rakentumisesta ... 60
5.3 X- ja Y-mediasukupolvien suhtautuminen terveysviestinnän ristiriitaisuuteen ... 67
5.4 Terveysviestinnän kuluttajatyypit ... 72

6 PÄÄTÄNTÖ ... 77
6.1.1 Johtopäätökset ... 77
6.2 Tutkimuksen arviointi ... 88
6.3 Jatkotutkimusideat ... 91

KIRJALLISUUS ... 93

LIITTEET ... 104

1 JOHDANTO

Terveys on asia, joka määrittelee vahvasti elämän laatua ja identiteettiä. Se nähdään yhtenä tärkeimmistä onnellisen elämän rakentajista rauhan ja ihmissuhteiden vierellä. (Aarva 1994.) Terveyden on kuvattu olevan jopa nykypäivän yksilöllistävän elämäntavan keskeisin elämänarvo ja ideaali (Väliverronen 2015, 90). Terveyden ihanteet ovat vahvistuneet suomalaisessa yhteiskuntapolitiikassa ja kulttuurissa. Vuonna 2007 julkaistun arvotutkimuksen mukaan terveys oli suomalaisten tärkein arvo vuonna 2006. Terveyden arvoasema näkyy kuntien ja valtion lisääntyneenä terveysvalituksena, terveysmarkkinointina sekä erimuotoisena terveysviestintänä. (Suhonen 2007, 40.)

Terveydestä etsitään tietoa internetistä. Terveystiedon etsiminen ja lukeminen on tullut helpommaksi internetin yleistymisen myötä. Ihmiset etsivät tietoa itselleen, ovat enemmän alttiita terveysviestinnän vaikutuksille ja voivat paremmin pitää huolta terveydestään. (Rice 2006, 3.) Internetin hyödyntämisellä terveystiedon hankinnassa on kuitenkin kaksi puolta. Internet toisaalta tarjoaa laajasti ja kattavasti tietoa terveysaiheista, mahdollistaa tuen saamisen yhteisöissä ja antaa mahdollisuuden kannanottamiseen anonyyminä henkilönä. Toisaalta sen hyödyntämisen varjopuoliksi muodostuvat lääketieteellisen tekstin lukemisen vaikeus, epätarkka tai harhaanjohtava tieto, terveydellisiä riskejä aiheuttava tai yksilön addiktioita lisäävä tieto. (Rice 2006, 3.) Ek: n ja Niemelän (2010, 6) mukaan Suomessa eniten terveystietoa hakee 26 - 45-vuotias korkeasti kouluttautunut nainen. Naiset hankkivat ennaltaehkäisevää tietoa sairauksien ehkäisemisestä ja terveyden ylläpitämisestä. (Drake 2009, 18.) Naispuoliset henkilöt etsivät myös todennäköisemmin tietoa terveydestä kuin miehet ja ovat huolissaan enemmän terveydestään kuin miehet (Atkinson, Saperstein & Pleis 2009; Boiarsky, Rouner & Long 2013, 884). Sairauksista haetaan tietoa internetistä ennen lääkärille menoa ja yhä useammin potilailla on valmiina oma diagnoosi oireisiinsa. Mediasta saatu tutkimustieto voi olla jopa syynä potilaan saapumiseen lääkärin vastaanotolle (Drake 2009, 18; Järvi 2011, 11). Lisääntynyt tiedonhakeminen ja terveysaiheiden lukeminen internetistä on johtanut siihen, että ihmiset eivät todennäköisesti edes muista, mistä ja milloin ovat terveystietoa hankkineet (Nicholas, Dobrowski, Whitey, Russel, Huntington ja Williams 2003, 30). Tiedon etsiminen terveysaiheista tutkitusti vaikuttaa jollain tapaa ihmisen terveyskäyttäytymiseen (Ramírez ym. 2013, 538).

Terveystieto on läsnä arkisissa keskusteluissa. Internetin avulla voi kartuttaa tietoa terveydestä ja hyvinvoinnista lähes loputtomiin. Terveydestä keskusteleminen on yleinen aihe normaalissa arjessa. Tänä päivänä keskustelu voi syntyä todella tarkkojen terveysfaktojen ympärille. Maitoa saatetaan kommentoida matala-asteisteisen tulehduksen aiheuttajaksi ja tehokasta HIIT -treeniä (High Intensity Interval -treeni) rasvanpolton ihmelöydöksi. Terveyteen perehtynyt ihminen on parhaassa tapauksessa

tehnyt itselleen monta diagnoosia internetin tarjoaman tiedon perusteella ja hoitaa sairauttaan itse etsimillään keinoilla.

Terveysviestintä on ristiriitaista. Mikä osa internetistä luetusta terveystiedosta on oikeaa tai hyödyllistä? Kuka tahansa voi julistautua asiantuntijaksi bloggaamalla terveellisistä elämäntavoista. Terveysaiheita luetaan blogeista ja uutisista sekä niistä keskustellaan erilaisilla yhteisöfoorumeilla. On tutkittu, että toimittajat sekä asiantuntijahaastattelijat antavat mediassa hoitosuosituksista poikkeavaa ohjeistusta (Laukkanen 2009, 31). Useita terveysaiheita esitetään tutkitusti mediassa ristiriitaisesti (Vardeman 2008, 283). Yli kolmannes suomalaisista ei usko median välittämään kuvaan terveydestä (Ek & Niemelä 2010, 6; Laukkanen 2009, 31). Terveystoimittajat arvelevat itse yleisön yhä suurenemassa määrin määrittelevän tulevaisuudessa terveysaiheet, joista kirjoitetaan mediassa. Samalla palstatilasta käydään yhä kovempaa kilpailua ja toimittajien aika ja resurssit työssä vähentyvät. Tämä voi aiheuttaa terveysaiheiden luotettavuuden heikentymistä. (AC-Sanafor Oy 2015.)

Tutkimusprofessori Markku Peltonen kirjoittaa syyn piilevän tieteellisestä tutkimuksesta kumpuavaan terveysinformaation ristiriitaisuuteen siinä, että tutkimusten nollatuloksia tulkitaan väärin. Media ja maallikot tulkitsevat tutkimuksen nollatuloksen usein niin, että se tarkoittaa edellisen tutkimuksen kumoutumista vääräksi. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015.) Ristiriitaisen ravitsemuskeskustelun syyksi arvellaan kuutta asiaa: 1) Individualisti uskoo tapauskuvauksiin, ei tieteeseen. 2) Liioitellut ja kärjistetyt kommentit pääsevät suhteettomasti esiin uutismedioissa. 3) Google ohjaa hakutulokset jaetuimpiin ja luetuimpiin sisältöihin. 4) Jopa yliopistolehdet liioittelevat ja antavat väärää tietoa. 5) Media elää uutisten myynnistä. Entisen tiedon vastainen tieto kiinnostaa ja myy. 6) Tutkimustulokset ovat aidosti ristiriitaisia. (Laatikainen 2015.)

Myös media on havahtunut asiaan. Viestinnän ammattilaiset sekä toimittajat ovat havahtuneet ristiriitaisen ja runsaan terveysviestinnän läsnäoloon. Ruokatieto ry:n toiminnanjohtaja Tiina Lampisjärvi kommentoi Suomenmaan lehtiartikkelissa ruokatietoa olevan niin paljon tarjolla, että oikea tutkimustieto uhkaa hukkua kaiken tiedon keskelle (Suomenmaa 2.7.2015). Helsingin Sanomat kirjoittaa ristiriitaisen terveysjournalismin vaikuttavan ihmisten luottamukseen tieteestä (Helsingin Sanomat 17.8.2015). Erityisesti ravitsemusaiheet ovat aiheuttaneet julkista keskustelua. ”Kuka tietää, mikä on paras ruokavalio”, kuuluu Helsingin Sanomien uutisotsikko (Helsingin Sanomat 20.11.2014). Artikkelissa tuodaan esiin huoli siitä, kuinka nykyihminen voi tietää ravitsemustietotulvan keskellä mikä on tämän hetken tieteellinen konsensus ravitsemusasioissa. Ylen tekemässä kyselyssä suomalaisilta kysyttiin, mitä mieltä he ovat valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemussuosituksista. Kyselyn perustella tehdyssä YLE: n uutisartikkelissa kerrottiin kansalaisten epätiedosta otsikolla: Ravitsemussuosituksiin monenlaisia mielipiteitä: ”Ei tässä enää tiedä, mihin uskoa” (YLE 24.8.2015).

Tarkoituksena tässä tutkielmassa on selvittää X- ja Y-mediasukupolven käsityksiä siitä, mistä asioista terveysviestinnän luotettavuus syntyy sekä miten terveysviestinnän ristiriitaisuuteen suhtaudutaan internetissä. Mediasukupolvien vastauksia kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella, joka koostui suljetuista ja avoimista kysymyksistä. Kyselylomakkeen kysymyksiä havainnollistettiin vastaajille esittämällä esimerkkitilanteita internetin ristiriitaisista ravitsemuskeskusteluista ja ruokavalio-ohjeistuksista. Tutkimuksen tavoitteeseen pyrittiin alla olevien tutkimuskysymysten avulla. Alla olevia tutkimuskysymyksiä tutkittiin vertailevasti X- ja Y-mediasukupolvien välillä.

Tutkimuskysymys 1. Mistä asioista kokemus terveysviestinnän luotettavuudesta syntyy?
Tutkimuskysymys 2. Miten ristiriitaiseen terveysviestintään suhtaudutaan?

2 TERVEYSVIESTINTÄ

2.1 Terveysviestintä käsitteenä

Tässä teorialuvussa perehdytään ensimmäiseksi terveysviestinnän käsitteeseen, määritelmiin sekä lähikäsitteisiin (luku 2.1). Tämän jälkeen tehdään katsaus terveysviestinnän tutkimukseen (luku 2.2), minkä jälkeen tutustutaan terveysviestinnän ja median suhteeseen (luku 2.3) sekä kerrotaan terveysviestinnästä internetissä (luku 2.4). Luvussa 2.5 kuvataan tutkimuksen pääteemoja, terveysviestinnän luotettavuutta ja ristiriitaisuutta. Viimeisenä perehdytään terveysviestinnän eettisiin ohjeistuksiin (luku 2.6).

2.1.1 Terveysviestinnän määritelmiä

Terveysviestintä käsitteenä ei ole yksioikoinen. Thompson, Parrott & Nussbaus (2011, 16) kirjoittavat, että terveysviestintää ei ole rajoitettu mihinkään tiettyyn suuntaukseen. Terveysviestinnällä ei ole olemassa yhteistä, yhtä ainutta terveysviestinnän paradigmaa (Torkkola 2008, 40). Drake (2009, 27) sekä Torkkola (2008, 39) toteavat, että yksi syy terveysviestinnän määritelmien suureen vaihtelevuuteen eri konteksteissa ovat terveysviestinnän toteuttamiseen käytettävissä olevat erilaiset lähtökohdat. Teknologian kehitys, erityisesti lisääntynyt osallistumisen mahdollisuus internetissä, on muuttanut terveysviestinnän kenttää ja samalla myös käsityksiä terveysviestinnästä (Chou ym. 2009).

Terveysviestinnän perimmäisenä tarkoituksena on usein pidetty yksilöiden terveyden edistämistä (Boiarsky ym. 2013, 881; Korhonen 2014, 144). Tällöin tavoitteena on terveystiedon avulla antaa yksilöille mahdollisuus tietoisen valinnan toteuttamiseen: terveyttä edistävään tai mahdollisesti terveyttä heikentävään valintaan (Peters, Lipkus, & Diefenbach 2006, 140).

Terveysviestintä käsitetään tällöin terveyden edistämisen apuvälineeksi. Myös Schiavo (2013) toteaa terveysviestinnän tavoitteeksi terveyden edistämisen, mutta samalla myös terveydenhuollon laadun takaamisen sekä terveyden tasa-arvon saavuttamisen kansan keskuudessa.

Wiio ja Puska (1993) ovat määritelleet jo 1990-luvun alussa terveysviestinnän olevan viestintää, joka jollain tapaa sivuaa jotakin terveysaiheitta. Lisäksi he ovat määritelleet, että terveysviestintään kuuluu osaksi aina arvolataus ja tavoitteellisuus. Torkkola (2008) kritisoi Wiion ja Puskan arvolataus ja tavoitteellisuus -ajatusta, mikä ei tutkijan mukaan ole tämän päivän viestintäympäristössä enää validi ajatus. Voi olla esimerkiksi vaikeaa tietää, ovatko yhteisöfoorumin ravintokeskusteluun osallistuneet yksilöt lähettäneet tavoitteellisia ja arvolatautuneita terveysaiheisia viestejä. Tästä huolimatta Wiio ja Puska ovat jo 90-luvun alussa määritelleet terveysviestinnän kattavasti kaksisuuntaiseksi viestinnäksi ja ovat luoneet suuntaa suomalaiselle terveysviestinnän tutkimukselle.

Kaksisuuntaisen viestimisen sijaan yksi tunnetuimmista globaaleista terveysviestinnän toteuttajista, World Health Organization (WHO), määrittelee terveysviestinnän edelleen lähettäjäkeskeisesti. WHO (1999) kuvaa terveysviestinnän kapea-alaisesti olevan vain terveystiedon välittämisen keino. Määritelmä on tyypillinen esimerkki 2000-luvun terveysviestinnän määritelmistä, joissa sanaan terveysviestintä kytkeytyy vieläkin kiinteästi yksisuuntainen valistusajatus. Mikkola ja Torkkola (2007) toteavat, että terveysviestinnän tutkimuksessa on edelleen vallalla lähettäjäkeskeisen viestinnän määritelmät, jotka yksipuolisesti painottavat terveysviestinnän valistavaa ja terveyskasvatuksellista tehtävää.

Laaja-alaisemman akateemisen käsitteen määritelmän tarjoavat Freimuth ja Quinn (2004), jotka toteavat terveysviestinnän olevan tutkimusala, jonka avulla pyritään tukemaan terveyttä vaalivien päätöksien tekemistä erilaisten viestintämetodien avulla. Torkkola (2008) laajentaa edellistä määritelmää edelleen ja määrittelee terveysviestinnän kaikeksi viestinnäksi mikä koskettaa terveyttä ja sairautta. Schiavon (2013) määritelmässä sen sijaan painotetaan terveysviestinnän moniulotteisuutta sekä sitä, kuinka eri tavoin ja keinoin sillä voidaan vaikuttaa yksilöiden sekä yhteisöjen terveyskäyttäytymiseen. Schiavon määritelmässä terveysviestinnän käsite ymmärretään laajasti, ei pelkästään lähettäjäkeskeiseksi viestinnäksi. Määritelmässä terveysviestinnän käsitettä havainnollisestaan huomioiden sen monet eri käyttötavat ja tarpeet modernissa teknologiayhteiskunnassa.

Yhteenvetona voidaan todeta terveysviestinnän määritelmien olevan monimuotoinen joukko, joiden kirjavuutta lisää englanninkielisen termistön erilaiset tulkinnat ja suomennokset suomalaisessa terveysviestinnän tutkimuksessa. Torkkola (2008, 39) sekä Mikkola ja Torkkola (2007) toteavat

esimerkiksi englanninkielisen termin Health Communication olevan pikemminkin synonyymi terveysvalitukselle, ei niinkään kaksisuuntaiselle terveysviestinnälle.

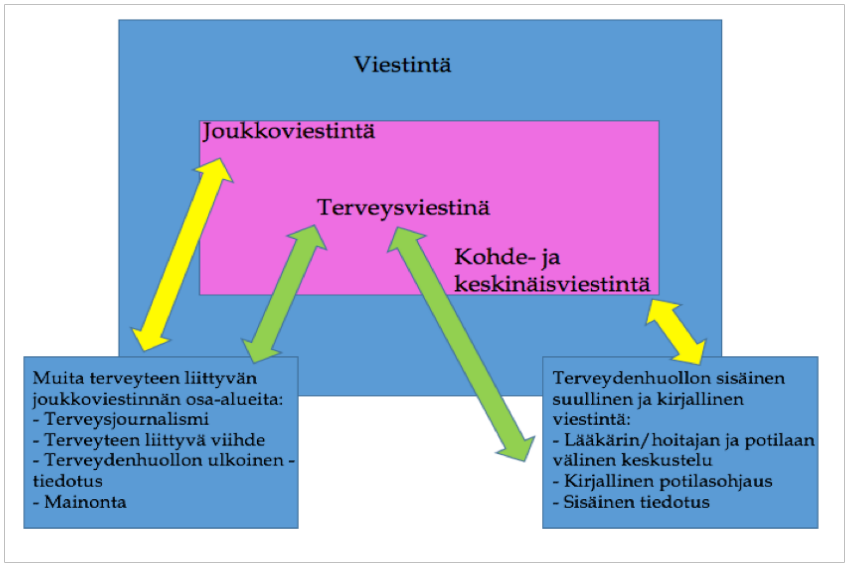
TAULUKKO 1 Terveysviestinnän määritelmiä

	Määritelmä	**Määrittelijä**
Terveysviestintä	Terveysviestintä on terveyteen tavalla tai toisella liittyvää viestintää, mille ominaista ovat arvolataus sekä tavoitteellisuus.	Wiio ja Puska (1993)
Terveysviestintä (engl. Health Communication)	Terveysviestintä on keskeinen keino välittää terveystietoa ja ylläpitää julkista keskustelua terveydestä. Terveystietoa voidaan levittää ja terveystietoisuutta lisätä kaikilla joukkoviestinnän välineillä.	World Health Organization (1999)
Terveysviestintä (engl. Health Communication)	Terveysviestintä on tutkimusala ja -tapa, missä tähdätään eri viestintämetodien avulla terveystiedon jakamiseen sekä vaikuttamaan yksilöiden ja yhteisöjen terveyttä vaaliviin päätöksiin.	Freimuth ja Quinn (2004)
Terveysviestintä	Terveysviestintä on kaikkea terveyteen ja sairauksiin liittyvää viestintää.	Torkkola (2008)
Terveysviestintä (engl. Health Communication)	Terveysviestintä on moniulotteinen ala, mikä tähtää terveystiedon jakamiseen tukemalla, voimaannuttamalla, osallistumalla, ylläpitämällä ja vaikuttamalla eri ryhmien terveyskäyttäytymiseen, -tapoihin ja -käytänteisiin sekä yksilö- että yhteisötasolla.	Schiavo (2013)

Tieteenalasta ja kontekstista riippuen terveysviestintä voi tarkoittaa useita asioita: kansallista terveysvalistusta tai terveydenhuollon viestinnällisiä asioita. Se voi nykyään olla myös sosiaalisen median välittämää terveysviestintää, lääkemarkkinointiviestintää tai internetissä tarjottavia terveyspalveluita (engl. E-Health) (Thompson ym. 2011, 5). Terveysviestintä voi olla myös sairauksien ehkäisemiseen liittyvää viestintää, terveysvalistusta, loukkaantumisten ja väkivallan estämiseen liittyvää viestintää sekä työpaikkaturvallisuuteen- ja viihtymiseen liittyvää viestintää (Parrot 2004, 751). Mikkola ja Torkkola (2007)

toteavat terveysviestinnän teoreettisissa määritelmissä näkyvän alan tutkimuksen nuoruus ja se, ettei terveysviestinnän tutkimus alkuperäisesti ole alkanut varsinaisesti viestinnän tutkimuksena. Monitieteellisyys heijastuu käsitteen moninaisena tulkitsemisena.

Kuviossa 1 kuvataan terveysviestinnän käsitettä kulttuurillisessa merkityksessä. Käsitettä voidaan osittaa joukkoviestintään sekä kohde- ja keskinäisviestintään. Tässä tutkimuksessa terveysviestintä määritellään laajasti kulttuurisena käsitteenä, joka laajentaa terveysviestinnän koskettamaan kaikkea terveyttä ja sairautta koskettavaa viestintää. Terveysviestintä voi kulttuurillisesti määriteltynä perustua tunteeseen, faktaan, fiktioon, tietoon tai kokemuksiin (Torkkola 2008, 89). Laaja käsite kohdentuu tässä tutkimuksessa internetpohjaisen terveysviestinnän kontekstiin. Käsite tukee tutkimuksen viitekehystä, sillä tutkimuksen tavoitteena on selvittää myös sellaisiin internetin terveyssisältöihin suhtautumista, joilla voi olla muukin tarkoitus kuin terveyden edistäminen tai sairauden ehkäiseminen. Kuviossa 1 nähdään, miten ja mistä terveysviestintä kulttuurillisessa merkityksessä koostuu. Terveysviestintä viestinnän kentällä on osa joukkoviestintää sekä kohde- ja keskinäisviestintää. Terveysviestintään lukeutuu myös esimerkiksi TV-viihde, jossa käsitellään terveyttä tai sairautta jollakin tapaa. Torkkola (2008, 87) toteaa, että olennaista terveysviestinnän kulttuurisessa jäsentämisessä ei ole rajojen vetäminen, vaan rajojen ymmärtäminen muuttuvina sekä sairauden ja terveyden muodostuminen samanaikaisesti useilla eri viestinnän alueilla.



KUVIO 1 Terveysviestintä kulttuurillisessa merkityksessä Torkkolan (2008) mukaisesti

Terveysviestinnän kulttuurinen tutkimus ja määritteleminen on vielä harvinaista. Terveysviestinnän kulttuurisessa tutkimuksessa poiketaan terveyden ja sairauden perinteisistä biolääketieteellisestä määritelmästä. (Torkkola 2008.) Biolääketieteellisesti ajateltuna sairaus on oire elimellisestä viasta, patologiasta. Tätä sairautta hoidetaan tai se poistetaan lääkkeillä tai toimenpiteillä ja selvitetään lääketieteellisillä tutkimuksilla. (Duodecim Terveysarkisto 2015.) Lääketieteellisestä näkökulmasta poiketen sairautta ja terveyttä ei nähdä ilmiönä, jota voidaan mitata yksilön fyysisten ja psyykkisen oireiden perusteella (Mikkola & Torkkola 2007.) Sairaus ja terveys nähdään pikemminkin sisältöinä, joita viestinnässä tuotetaan (Torkkola, 2008). Kulttuurisessa merkityksessä terveysviestintä ymmärretään olevan osa ihmisten jokapäiväistä elämää, joka rakentuu viestinnän kaikilla tasoilla. Nämä tasot heijastavat yksilön omaa käsitystä terveydestä, sairaudesta ja hyvinvoinnista (Mikkola & Torkkola 2007.) Terveysviestintää toteutetaan monella eri tasolla: yhteisöissä, organisaatioissa, ryhmissä tai yksilöllisellä tasolla (Corcoran 2013, 8.) Corcoran (2013, 8) toteaa yksinkertaistaen, ettei terveysviestinnän määritteleminen eroa muusta viestinnän määrittelystä. Se on yhtä lailla toiminnallinen prosessi, kuin muukin viestintä. Erottava tekijä yleiseen viestinnän määritelmään on se, että terveysviestintä keskittyy terveyteen tai sairauteen liittyviin viestinnällisiin prosesseihin.

2.1.2 Terveysviestinnän lähikäsitteitä

Terveysviestinnän lähikäsitteitä tarkastelemalla voidaan terveysviestinnästä tutkimuksen pääkäsitteenä saada syvempi käsitys. Taulukkoon 2 on valittu terveysviestinnän lähikäsitteitä, jotka selkeästi eroavat aikaisemmin käsitellyistä terveysviestinnän määritelmistä. Lähikäsitteissä viestintää voi määritellä eri sana kuin terveys, tai terveyttä määrittelee jokin toinen sana kuin viestintä.

Ensimmäiseksi käsitellään Nutbeamin (1998) määrittelemää sanaa *Health Promotion* (terveysvalistus). Tutkija kuvaa terveysvalituksen olevan prosessi, joka mahdollistaa kontrollin ottamisen omasta terveydestä. Määritelmä huomioi myös yksilön oman panoksen prosessissa. Terveyden edistämistä ei sysätä viestinlähettäjälle, vaikka sana "*promotion*" voitaisiin käsittää lähettäjältä vastaanottajalle suunnatuksi yksisuuntaiseksi viestinnäksi. Käsitteessä piilee terveyden edistämisen ajatus, joka samalla kytkeytyy hallinnolle kuuluvaksi vastuualueeksi. Nutbeam (1998) toteaa terveysvalistukselle viisi tärkeää perustaa, jotka ovat seuraavat: 1) hyvän terveyspolitiikan rakentaminen, 2) kestävän ympäristön rakentaminen terveydelle, 3) terveellisten tekojen vahvistaminen yhteisöissä, 4) yksilön omien taitojen kehittäminen sekä 5) terveyspalveluiden uudelleen järjestäminen.

Seuraavassa käsitteessä näkyy internetin vaikutus terveysviestinnästä kumpuavaan käsitteen syntyyn. Termi on nimeltään *"E-health"*. Termiä käytetään monipuolisesti, puhuttaessa terveyspalvelujen ja -tiedon jakamisesta internetissä (Eysenbach 2001.) Eysenbachin (2001) mukaan termi kuvaa teknisen kehityksen myötä kasvavaa terveystiedon välittämistä internetin kautta niin paikallisella kuin kansainvälisellä tasolla. Toisaalta Drake (2009, 17) rajaa *E-Health* -termin terveyteen liittyviin palveluihin internetissä, mihin potilaat pääsevät kirjautumaan sisään. Draken (2009, 17) mukaan *E-Health* terminä on monitulkintainen ja siksi hankala.

Interaktiivinen terveysviestintä on Freimuthin ja Quinnin (2004) luoma käsite, joka kuvaa nykyhetken terveysviestintää, joka on luonteeltaan yhä enemmän interaktiivista. Vaikka käsite on yli 10 vuotta vanha, se huomioi kattavasti käyttäjän mahdollisuuden tiedon hakemiseen ja luomiseen sekä siihen reagoimiseen omien mielenkiintojen perusteella.

Aikaisemmista määritelmistä eroten, Bernhardt (2006) yhdistää markkinoinnin ja terveyden *terveysmarkkinoinnin* käsitteeksi. Peruslähtökohtana *terveysmarkkinoinnissa* on kuluttajan hyötyminen, ei niinkään myyjälle koituva hyöty. Käsitteessä on otettu huomioon kommunikoinnin kaksisuuntaisuus ja kuluttajalähtöisyys. Tutkija pitää terveysmarkkinointia laajempana kokonaisuutena kuin terveysviestintää. Hän näkee terveysviestinnän terveysmarkkinoinnin osa-alueena. Bernhardt (2006) toteaa terveysviestinnän tarjoavan teoreettisia ja käytännön ohjeita erityisesti viestin luomiseen, kehittämiseen ja jakamiseen.

Terveyslukutaito on olennainen osa terveysviestintää. Se käsitetään yksilön tasoksi ymmärtää lukemaansa terveystietoa sekä tavaksi kommunikoida siitä, jotta kyseinen yksilö voi tehdä terveyttä edistäviä päätöksiä. (Berkman 2010). Terveyslukutaidon käsite on tämän tutkimuksen kannalta olennainen termi, jota käsitellään myöhemmin luvussa 3.1.1.

Terveystieto on Draken (2014) mukaan tietoa, joka on suullista, kirjallista tai audiovisuaalista informaatioita terveyteen liittyvistä aiheista. Terveystietoa käytetään tässä tutkimuksessa synonyyminä terveysviestinnälle.

TAULUKKO 2 Terveysviestinnän lähikäsitteet

Käsite	Määritelmä	Määrittelijä
Health Promotion (terveysvalistus)	Terveysvalitus on prosessi, joka mahdollistaa terveyden parantamisen ja kontrollin ottamisen omasta terveydestä.	Nutbeam (1998)
Interactive Health Communications (interaktiivinen terveysviestintä)	Tietokonepohjainen media, mikä 1) mahdollistaa käyttäjien pääsyn tietoon ja palveluihin, perustuen heidän omiin kiinnostusten kohteisiinsa. 2) Antaa mahdollisuuden käyttäjien vaikuttaa siihen, miten sisältö on esitelty. 3) Tarjoaa mahdollisuuden tiedon vaihdantaan ja reagoimiseen.	Freimuth ja Quinn (2004)
Health Marketing (terveysmarkkinointi)	Luodaan, viestitään ja jaetaan terveystietoa käyttämällä kuluttajalähtöistä ja tieteeseen perustuvaa strategiaa eri populaatioiden terveyden suojelemiseksi ja edistämiseksi.	Bernhardt (2006)
E-Health (internetpohjainen terveysteknologia)	Terveyteen liittyvät palvelut internetissä ja tietoverkoissa, joihin potilaalla on pääsy.	Drake (2009)
Health Literacy (terveyslukutaito)	Taso, jolla yksilö voi tarkkailla, prosessoida, ymmärtää ja kommunikoida terveyteen liittyvistä aiheista tehdäkseen terveyteen liittyviä päätöksiä.	Berkman (2010)
Terveystieto	Suullista, kirjallista tai audiovisuaalista tietoa ravinnosta, liikunnasta, unesta tai terveyden ylläpidosta.	Drake (2014)

2.2 Terveysviestintä tutkimuskohteena

2.2.1 Terveysviestinnän tutkimuksen juuret

Järven (2011, 37) mukaan terveysviestintää on ollut aina olemassa, kun terveysviestintä käsitetään ymmärrykseksi ja tiedoksi terveydestä. Itse terveysviestinnän teorioita voidaan nähdä olleen olemassa yli 25 vuotta (Drake 2009, 25; Mikkola & Torkkola 2007). Varsinaista alkupistettä terveysviestinnän synnylle on kuitenkin mahdotonta määrittää (Torkkola 2008, 41). Jos jonkinlaista aloituspistettä halutaan tutkimukselle etsiä, juuret voitanee sijoittaa Gary Krebsin ja Barbara Thornin vuonna 1984 julkaisemaan kirjaan: Health Communication, Theory and Practice (Järvi 2011, 27: Torkkola 2008, 41). Kirja käsittelee ensimmäisenä teoksena terveysviestintää useasta eri perspektiivistä, kuten esimerkiksi joukkoviestinnän ja median näkökulmasta (Torkkola 2008, 41). Eräänlaiseksi suomalaiseksi uudenaikaisen terveysviestinnän rantautumisajankohdaksi voidaan katsoa vuosi 1978, jolloin irti tupakasta –tv-ohjelma aloitti toimintansa (Korhonen 2014, 141). Terveysviestintään keskittyneitä julkaisuja alkoi ilmestyä vuonna 1989, jolloin Health Communication aloitti toimintansa (Drake 2009, 25). Vaikka Järvi (2011) toteaa

terveysviestintää olleen aina olemassa, on itse terveysviestinnän tutkimuksen juuret nuoret (Mikkola & Torkkola 2007). Syyksi Mikkola ja Torkkola (2007) toteavat sen, että terveys on ollut 1970-luvulle asti ainoastaan medikaalinen ilmiö terveystieteiden alalla. Vasta 80-luvulle tultaessa aloitettiin terveyttä katsomaan myös viestinnällisistä näkökulmista, jolloin viestiminen voisi toimia terveystiedon edistäjänä (Mikkola & Torkkola 2007).

2.2.2 Terveysviestinnän tutkimus tänä päivänä

Terveysviestinnän tutkimuksen lähtökohtina ovat pitkään olleet terveyden edistäminen sekä terveydenhuollon ja sairaanhoidon viestinnälliset tehtävät (Mikkola & Torkkola 2007). Terveydenhuollon ammattilaiset näkevät terveysviestimisen vieläkin usein ensisijaisesti apukeinona ja välineenä sairauksien ja terveydenhoidon ohjeistamisessa. Viestinnän ammattilaiset puolestaan näkevät asiassa viestinnällisen ulottuvuuden, mikä tarkoittaa esimerkiksi terveystiedon ymmärrettävyyteen ja viestin perillemenoon vaikuttamista. (Torkkola 2008, 39). Tästä syystä terveysviestinnän tutkimus on keskittynyt käytännönläheisten ongelmien ratkaisemiseen teoreettisten lähtökohtien sijaan (Thompson ym. 2011, 6; Corcoran 2013, 8). Terveysviestintä on monitietieteellinen ala ja sitä tutkitaan myös esimerkiksi terveystieteiden ja sosiologian parissa.

Erityisesti Yhdysvalloissa terveysviestintää on tutkittu laajasti, mutta Suomessa tutkimus on ollut vielä vähäistä (Torkkola 2014). Erityisen vähän suomalaista terveysviestinnän tutkimusta on tehty terveysviestinnän vastaanottamisesta, johtuen vähäisestä terveysviestinnän tutkijoiden määrästä (Korhonen 2014, 141). Internetin ja terveysviestinnän suhde sen sijaan on ollut 2000-luvun jälkeen kansainvälisesti monipuolisen tutkimuksen kohteena. Aiempaa tutkimusta on tehty 1) terveystietoa hankkivista yksilöistä, 2) terveystiedon luotettavuudesta ja luonteesta internetissä, 3) internetissä tuotetun terveystiedon hyödyistä ja haitoista sekä 4) terveystiedon vaikutuksista potilas-lääkäri -suhteeseen (Drake 2009). Parrot (2004) sen sijaan toteaa terveysviestinnän tutkimuksen kansainvälisellä tasolla keskittyvän julkisen terveydenhuollon ja riskiviestinnän pariin. Suomalaisessa tutkimuksessa kohteena ovat erityisesti olleet jollain tapaa sairaat henkilöt tai itsensä sairaaksi tuntevat (Drake 2009, 18.)

Terveysviestinnän tutkimuksessa terveysviestintää pyritään usein selventämään jakamalla pääkäsitettä eri suuntauksiin. Vaikka Torkkola (2014) toteaa keinotekoisen jaottelun olevan toissijainen asia, erittelee hän aikaisemmassa tutkimuksessaan terveysviestintää erilaisiin suuntauksiin. Torkkola (2008, 41) jakaa terveysviestinnän tutkimuksen kolmeen päälinjaan: vaikutustutkimuslinjaan, vuorovaikutuslinjaan sekä kulttuurilinjaan.

Vaikutustutkimuksessa keskitytään joukkoviestinnän kautta saatavan terveystiedon vaikutuksiin. Vuorovaikutustutkimus pureutuu puolestaan potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen väliseen kommunikointiin. Kulttuurilinjauksessa sen sijaan terveys ja sairaus ymmärretään sisältöinä, joita viestinnässä luodaan. (Torkkola 2008, 89.) Draken (2009) mukaan Torkkolan jaottelusta puuttuu potilaiden ja läheisten välinen ulottuvuus. Drake (2009, 26) esittääkin jaotteluksi joukkoviestintään, vuorovaikutukselliseen terveysviestintään ja tietopohjaiseen terveysviestintään ositetun jaottelun, missä potilaiden ja läheisten välinen kommunikointi on otettu huomioon. Sekä Drake (2009, 26 - 27) että Torkkola (2007) näkevät terveysjournalismin olevan osa terveysviestintää.

Terveysviestinnän tutkimusta on jaoteltu myös monitieteellisten projektien ja tutkimustyylien kautta. Thompson ym. (2011) jakaa terveysviestinnän tutkimuksen kolmeen kohtaan. Ensimmäiseksi tutkimukseen, jossa yleistä ja tiedettyä terveysongelmaa projektissa tutkii itsenäinen tutkija, ilman muita kanssatutkijoita. Tutkimus voi tällöin tapahtua yksipuolisesti, ilman muiden tutkimussuuntauksien tuomaa laajempaa näkökulmaa ongelmaan. Toiseksi terveysviestintä voidaan jakaa yhteistyötä korostavaan tutkimukseen, jossa eri tieteenaloilta tulevat tutkijat tutkivat ongelmaa yhdessä. Tutkimus mahdollistaa eri tieteen alojen tiedon ja taidon esiin tulemisen. Kolmanneksi terveysviestinnän tutkimus voidaan jakaa tutkimukseen, jossa tutkijat jakavat tietoa keskenään integroiden metodeja ja teorioita innovatiivisella tavalla. Tutkimus voi johtaa uusien mallien syntyyn, joka on rakentunut eri tieteenalojen teoriapohjien yhdistymisen kautta. Keller ja Lehmann (2008, 117) jakavat puolestaan terveysviestinnän tutkimuksen kahteen kategoriaan: 1) seurauksien tutkimiseen, joka on yhteydessä terveyssuositusten hyväksymiseen, sekä 2) seurauksien tutkimiseen, jossa tutkitaan viestin torjumisen seurauksia.

2.3 Terveysviestintä ja media

Castells (2009) toteaa, että perinteinen massamedia on siirtynyt ja on edelleen siirtymässä instituutionaaliseen käsitykseen perustuvasta mediakäsityksestä kohti sirpaleisen median kenttää. Myös Bennet Kendall ja McDougall (2011) kirjoittavat, että nykyajan mediaa olisi ajateltava laajempana kokonaisuutena, ei vain erillisenä yksikkönä. Tätä ajatusta puoltaa myös Matikainen (2015), joka toteaa, että sosiaalisen median ja lisääntyneen verkkoviestinnän myötä mediasanan merkitys on laajentunut perinteisestä joukkoviestintäkäsitteestä laajemmaksi ilmiöksi. Syy mediakäsitteen sirpaloitumiseen on teknologian ja internetin kehityskulussa, mikä on

mahdollistanut myös muiden toimijoiden osallistumisen viestimiseen. Uutismedialla ei ole enää valtaa yksin määritellä, mitkä asiat ovat esillä mediajulkisuudessa. Internet tarjoaa areenan, missä tavallinen ihminen voi olla terveysjournalisti ja saada asioita suuren yleisön tietoisuuteen. (Vos, Schoemaker & Luoma-aho 2014, 202.) Luoma-aho ja Vos (2010) toteavat, että teknologian kehitys ja sosiaalinen media ovat mahdollistaneet sen, että keskustelu on siirtynyt organisaatioiden ja median kontrollista teema-areenoille, missä kaikilla osapuolilla on samanlainen mahdollisuus osallistua keskusteluun sekä saada mielipiteilleen kannatusta. Näillä teema-areenoilla toisaalta viitataan keskusteluun, jota toteutetaan konkreettisessa paikassa tai mediassa, esimerkiksi vauva.fi -keskustelussa perheen äitien kesken. Toisaalta teema-areenalla viitataan abstraktiin käsitteeseen, millä tarkoitettaan kaikkia niitä paikkoja, josta asiasta keskustellaan. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi samasta uutisesta lähtöisin olevaa aihetta, joka esiintyy Twitterissä, Facebookissa ja keskustelupalstoilla.

Kuten jo aikaisemmin mainittiin, mediakäsite on laajentunut ja mediamaisema on jatkuvassa muutoksessa. Lavean määritelmän mukaan media tarkoittaa teknisten laitteiden avulla tapahtuvaa viestintää (Matikainen 2015, 166). Tämä määritelmä on kuitenkin vain pintaraapaisu jatkuvassa muutoksessa olevasta median käsitteestä. Teoreettinen lähtökohta mediakäsitteelle voi olla median käsittäminen yksinkertaisesti viestintäkanavina, joiden kautta jaetaan uutisia, viihdettä, puhetta, tietoa, koulutusta ja mainoksia (Armitage 2012). Viestinnän hajautuminen verkossa ja digitaalinen teknologia ovat kuitenkin muuttaneet mediakäsitettä paljon edellä mainitusta lähtökohdasta. Armitage (2012) erottaakin median karkeasti käsitteisiin vanha ja uusi media. Vanhalla medialla tutkija tarkoittaa internetin ulkopuolella olevia median muotoja, kuten lehdistöä, kirjoja ja elokuvia. Uudella medialla tutkija tarkoittaa onlineverkkojulkaisemista, älypuhelimia, tietokonepelejä, internetiä tai graafisen suunnittelun ohjelmia, kuten Adobe Photoshopia. Armitagen (2012) kahtiajako on kuitenkin liian mustavalkoinen nykyisen vuorovaikutteisen maailman piirissä. Lehdistö, kirjat ja elokuvat eivät ole erillään Armitagen (2012) nimeämästä ja määrittelemästä uudesta mediasta, vaan ovat sulautuneet uusiin medioihin. Elokuvia katsotaan ja kirjoja luetaan vuonna 2016 esimerkiksi älypuhelimista ja lehdistö on siirtynyt myös internetiin.

Erilaisen lähtökohdan median ymmärtämiseen esittää Jensen (2013), joka perustaa mediakäsitteen kolmeen eri tasoon. Mediakäsite on ikään kuin kehityskulun jatkumo, jonka muovautuminen jatkuu loputtomasti eteenpäin. Ensimmäisellä tasolla media ymmärretään biologisella tasolla syntyneiksi sosiaalisiksi rakenteiksi, jotka auttavat ihmisiä välittämään ymmärryksensä maailmasta toisten ihmisten kanssa. Tällä tasolla median kautta lähetetty ja

vastaanotettu viestiminen on sidottu sen hetkiseen aikaan sekä ihmiskehoon. Toisella tasolla media ymmärretään teknisesti tuotetuksi esitykseksi tai vuorovaikutukseksi, mikä tukee viestintää eri ajankohtina. Kolmannella tasolla media ymmärretään digitaalisesti tuotetuiksi vuorovaikutusten ja esitysten muodoiksi, mikä tuottaa ja yhdistää aikaisempia median muotoja yhteiselle alustalle. Jensen (2013) toteaa median kolmannen tason olevan median kehityskulun tämänhetkinen taso, joka muuttuu lisää teknologian myötä ja yhdistää medioita samalle alustalle, eli internetiin.

Internetin ja median suhdetta voidaan tarkentaa käytännön tasolla seuraavasti. Internetissä media voidaan karkeasti jakaa journalistisiin verkkomedioihin sekä sosiaalisen median portaaleihin, kuten ovat blogeihin ja keskustelupalstoihin. Journalistisille verkkomedioille ominaista on professionaalinen sisältö, joita usein täydennetään blogeissa tai keskustelufoorumeilla. Huomionarvoinen asia on, että perinteinen media on muuttanut toimintojaan internetiin, voidakseen olla vuorovaikutuksessa lukijoiden kanssa. Verkkomedia voidaankin jakaa alkuperäisesti internetissä perustettuun mediaan sekä perinteisestä mediasta toimintojaan internetiin siirtäneeseen mediaan (Suomen virallinen tilasto 2016).

Tässä tutkielmassa media ymmärretään laajana käsitteenä, joka sisältää sekä perinteisen median että internetiin pohjautuvan digitaalisen verkkomedian. Esimerkiksi uutistuotanto nähdään Jensenin (2013) mukaisesti pikemminkin osana modernia mediakäsitettä, mikä yhdistää perinteisiä mediamuotoja nykyisessä digitaalisessa mediaympäristössä. Lisäksi sosiaalinen media ymmärretään median yhtenä osa-alueena, joka on osaltaan vaikuttanut nykyisen sirpaleisen mediamaiseman muodostumiseen internetissä. Tästä syystä media on merkittävä osa terveysviestinnän tutkimusta internetissä. Mediakäsitteen muutos tämän tutkimuksen kannalta tarkoittaa myös sitä, että aikaisempaa terveysviestinnän tutkimusta tulee tulkita muuttuvaan mediakäsitteeseen peilaten.

Vuonna 2010 terveyssisältöjen määrä suomalaisessa mediassa on ollut suuri, sillä uutismedioiden aiheista jopa kymmenesosa oli terveysaiheita (Suikkanen & Syrjälä 2010). Terveysaiheiden näkyvyys mediassa juurtaa juurensa valistuksen pitkiin perinteisiin. Medialla on ollut tiedostettu ja tärkeä rooli suomalaisten terveyden edistäjänä, minkä katsotaan alkaneen 1800-luvun lopulla. Median rooli terveysviestinnän kentällä katsotaan muuttuneen 2000-luvun alun jälkeen, jolloin mediassa alkoi esiintyä vastakkaisista mielipiteitä ja näkemyksiä terveydestä. (Järvi 2014, 44.) Syyt terveyssisältöjen suosioon mediassa on useassa tekijässä. Korhonen (2014, 144) arvelee suosion syyksi sen, että terveysaiheet ovat yksinkertaisia ymmärtää, lähestyä sekä samaistua. Terveys on myös asia, joka koskettaa jokaista ihmistä. Terveysaiheiden suosio näyttää liittyvän osaksi sen henkilökohtaisuuteen. Järvi (2014, 32 - 33) toteaa

esimerkiksi sairaustarinoiden juttutyyppinä olevan suosittuja, sillä ne kertovat usein henkilön omaa selviytymistarinaa. Myös Korhonen (2014) toteaa henkilökohtaisten onnistumistarinoiden synnyttävän terveysilmiöitä. Sairaus on tavallisuudesta poikkeavaa ja silloin myös myyvää. Aiheiden kaupallisuus selittää osittain sairaus- ja terveysaiheiden suosioita mediassa. (Järvi 2014, 32 - 33).

Median merkitys ihmisten elämässä on kasvanut koko ajan ja kasvaa edelleen joka vuosi (Potter 2013, 5; Matikainen 2015, 173). Maailman sanotaan olevan meditoitunut, mikä tarkoittaa median ja organisaatioiden välisen yhteistyön tiivistymistä (Torkkola 2014, 17). Toisaalta meditoitumisen kuvataan tarkoittavan median lisääntynyttä merkitystä kulttuurissa ja yhteiskunnassa. Meditoituminen voidaan nähdä kaksipuolisena prosessina, missä media toisaalta toimii itsenäisenä yksikkönä, toisaalta on osa instituutioita, perheitä ja politiikkaa, joiden toiminta ohjautuu yhä enemmän median kautta. (Hjarvard 2008, 113). Terveysviestinnässä meditoitumisen ilmiö näkyy esimerkiksi terveydenammattilaisten toimitapojen muuttumisena median vaikutuksesta (Torkkola 2014, 17). Terveyden ammattilaisten tulee reagoida nopeasti viestintään, sietää viestinnän keskeneräisyyttä sekä toimia interaktiivisesti muuttuvissa viestinnän kanavissa (Hukka 2014). Mäki-Kuutti (2013, 16) toteaa, että yksilöiden käsitys terveydestä syntyy arjen sosiaalisissa, taloudellisissa ja kulttuurissa käytänteissä, mihin media kiinteästi kuuluu. Terveydestä on tullut median luomien sisältöjen kautta jopa yksi oman identiteetin rakentajista, mikä muovaantuu jatkuvasti media sisältöjen kautta (Mäki-Kuutti 2013, 16). Medialla on suora vaikutus ihmisten terveyskäsityksiin, esittämällä yleisölle mikä on terveellistä ja mikä ei (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2015).

2.3.1 Asiantuntijoiden väliset suhteet muutoksessa

Toimittajien, perinteisten terveydenasiantuntijoiden sekä tutkimusten tekijöiden motiivit tiedon jakamiseen ovat erilaiset (Mäki-Kuutti 2013, 16). Väliverronen (2005, 1395) toteaa tutkijoiden ja toimittajien välillä vallitsevan jännitteen, joka syntyy erilaisista käsityksistä viestinnän tyylin, uutiskriteerien sekä median yhteiskunnallisten tehtävien suhteen.

Lääketieteellä ja medialla on ollut pitkä yhteinen suhde, mikä selittyy kumpaakin osapuolta hyödyttävällä syyllä: lääketieteen asiantuntijat saavat julkisuutta tutkimuksilleen ja tiedon välittymään, kun taas media saa isoa yleisöä koskettavaa materiaalia ja vakuuttavia lähteitä uutiselleen. Tämä riippuvuussuhde on saanut muitakin osapuolia, maallikot. Fogelholm (2012) toteaa, että sosiaalisen median myötä tavalliset ihmiset voivat muodostaa toisiaan tukevan suhteen ja järjestäytyä yhteen jonkin terveysaatteen taakse. Maallikoilla on mahdollisuus internetin ja sosiaalisen median myötä esittää

terveyteen liittyviä mielipiteitä ja kokemuksia asiantuntijoiden rinnalla. Lisäksi sosiaalinen media toimii nykyään toimittajille yhtenä juttuaiheiden kirjastona, josta he voivat nostaa esiin maallikoita kiinnostavia juttuja helpommin (Järvi 2014, 136). Maallikoilla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan terveysviestinnän kuluttajia, jotka eivät varsinaisesti kuulu ammattinsa puolesta terveys- tai hyvinvointialan asiantuntijoihin.

Maallikoiden lisääntyneellä näkyvyydellä internetissä näyttäisi olevan vaikutusta terveyden asiantuntijoiden näkyvyyteen ja uskottavuuteen. Maallikoiden läsnäolo sosiaalisessa mediassa on osaltaan vaikuttanut siihen, että asiantuntijuus on nykymediajulkisuudessa haastettu osapuoli, jota kyseenalaistetaan yhä useammin maallikoiden argumenteilla ja näkemyksillä (Huovila 2014). Tämä on vaikuttanut media-agendaan vaikeuttaen perinteisten asiantuntijoiden näkyvyyttä mediassa (Mäki-Kuutti 2013, 16). Perinteistä asiantuntijatietoa kritisoidaan internetin ansioista enemmän kuin aikaisemmin. Siihen osaltaan vaikuttavat suomalaisten kohonnut koulutustaso, mahdollisuus eri tietolähteiden vertailuun internetissä sekä tutkimuslähteiden itsenäiseen arviointiin. (Jauho 2013, 368.) Fogelholm (2012, 2) esittää tutkijoiden ja maallikoiden vastakkainasettelun myyvän mediassa ja lisäävän asiantuntijoita arvostelevan journalismin julkaisemista entisestään.

Mediamurroksen myöstä asiantuntijoille on kasautunut paine tuottaa nopeasti tutkimustietoa median kasvavan janon myötä. Toimittajia kiinnostavat uudet ilmiöt ja uutiseksi kelpaavat alustavatkin tulokset. Tutkijat puolestaan haluaisivat julkaista varmaa tietoa, mieluiten tieteellisessä julkaisussa julkaistua tietoa. Varmistettu ja varmistamaton tutkimustieto sekä mielipiteet sekoittuvat mediassa nyt yhdeksi massaksi, josta terveysviestinnän kuluttajien eli maallikoiden on vaikea saada selkoa (Järvi 2014, 125 – 135).

2.4 Terveysviestintä internetissä

Fuchs ym. (2010) määrittelee internetin teknososiaaliseksi systeemiksi, jossa ihmiset ovat vuorovaikutuksessa teknisten verkostojen avulla. Teknososiaalisuudella tutkija tarkoittaa sitä, että internet tarvitsee toimiakseen ihmisiä. Internet on osa yhteiskunnan teknologista infrastruktuuria, joka toisaalta on tiedon, viestinnän, yhteistyön keskittymä. Internetin kehityskulkua voidaan kuvata kolmen vaiheen (engl. layer) avulla, joita kuvataan nimillä: Web 1.0, Web 2.0 ja Web 3.0. Web 1.0 kuvaa internetin kehitysvaiheen alkua, jolloin internetin viestintä oli yksisuuntaista lähettäjältä (internetsivujen tekijältä) vastaanottajalle (kuluttajalle). Viestin vastaanottajalla ei ollut mahdollisuutta vastata tai kommentoida lukemaansa sisältöä internetissä.

Internetsivut olivat tässä vaiheessa vielä staattisia. (Lipiäinen 2014.) Web 1.0-vaihe kehittyi Web 2.0 -vaiheeseen, jolloin tekniikka mahdollisti vuorovaikutuksellisen viestinnän harjoittamisen internetissä. Vaihe on mahdollistanut median siirtymisen internettiin ja nähdään alkusysäyksenä sosiaalisen median syntymälle. Web 2.0 tarkoittaa World Wide Webin kehittymistä sosiaalisemmaksi alustaksi, missä sisältöjä voidaan tuottaa ja muokata yhteisöllisemmin. Web 2.0 muodostaa ideologisen ja teknologisen perustan sosiaaliselle medialle. Sisällön julkaiseminen ja muokkaaminen eivät ole vain yksilöön kulminoituva toiminto, vaan tekniikka mahdollistaa sisältöjen jakamisen, kommentoinnin ja muokkaamisen myös muiden yksilöiden toimesta. (Kaplain & Heinlain 2010.) Web 2.0 -vaiheessa ihmisille avautui mahdollisuus keskusteluun teknologian kehityksen myötä. On tärkeää muistaa, että Web 1.0 -vaihe ja Web 2.0 -vaihe eivät sulje toisiaan pois: staattiset sivustot ovat vielä tänäkin päivänä osa internetiä. Kaikkia sivustoja ei ole tarkoitettu kommentoitavaksi. Viimeisimmässä vaiheessa, Web 3.0 –vaiheessa, teknologian muutos on mahdollistanut ihmisten entistä nopeamman ja intensiivisemmän yhteistyön (Lipiäinen 2014). Web 3.0 -vaihetta voidaan pitää tämän hetkisenä internetin kehityskulun huippuna, mikä perustuu kahdelle aikaisemmin mainitulle vaiheelle, mitkä eivät ole poistuneet internetistä. Wikien luominen yhdessä tai räätälöidyn viestin lähettäminen asiakkaalle big datasta saadun tiedon avulla, on esimerkki Web 3.0 –vaiheen tuomista toiminnollisuuksista internetissä. Fuchs ym. (2010) tiivistää vaiheet seuraavasti: Web 1.0 on ajatuksen internet, Web 2.0 vuorovaikutuksen internet ja Web 3.0 on yhteistyön internet.

Terveystietoa on paljon tarjolla internetin aikakaudella, kuten mitä tahansa muutakin tietoa nykypäivänä (Järvi 2014; Potter 2013). Ongelmana ei ole terveysaiheiden puutteellisuus, vaan pikemminkin tiedon paljous, kontrolloimattomuus sekä epäjärjestyneisyys (Corcoran 2007, 9; Chou ym. 2009). Epäjärjestyneisyys voi osaltaan johtua siitä, että sosiaalisessa mediassa tietoa voi levittää terveydestä kuka tahansa, jolla on pääsy internetiin (Sundar, Rice, Kim & Sciamanna 2011). Terveysviestintää ei harjoiteta nykyään vain terveysinstituutiolta kansalle yksisuuntaisesti terveysvalistusmielessä (McNab 2009).

Terveysviestinnän perimmäinen tarkoitus on edistää yksilöiden terveyttä (Korhonen 2014, 144; Boiarsky ym. 2013, 881). Internet on synnyttänyt uuden aikakauden, jossa ainoastaan terveyttä edistävän terveysviestinnän toteuttaminen on haastavaa. Suomessa internetiä käytetään saman verran jokaisessa ikäpolvessa, mutta sen käyttötarkoitukset erottelevat ikäpolvia (Matikainen 2015, 169). Itse terveystiedon etsimiseen internetiä vuonna 2013 oli käyttänyt yli 70 prosenttia 18 - 65-vuotiaista suomalaisista (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2015). Vuonna 2012 internetiä käytti 90 prosenttia suomalaisista (Jauho 2013). Tilastokeskuksen (2015) mukaan vuonna 2015

internetin käyttöaste oli 100 prosenttia ikäluokissa 25 - 34-vuotiaat ja 35 - 44-vuotiaat, 99 prosenttia ikäluokassa 16 - 24-vuotiaat ja 96 prosenttia ikäluokassa 45 - 54-vuotiaat.

Ennen internetiä kuluttajat pystyivät luottamaan tiedon antajan kokemuksiin. Internetin yleistymisen myötä tieto esittäytyy kuluttajalle yhä tasa-arvoisempana. Tiedon tasa-arvoistuminen näkyy asiantuntijoiden kokemuksen merkityksen pienentymisenä. (Nicholas ym. 2003). Digitaalisen murroksen myötä terveyden, ravitsemuksen ja liikunnan asiantuntijoiden rooli perinteisinä terveysvalistajina ja terveyden edistäjinä hukkuu yhä helpommin hajautuneen viestintäympäristön keskelle (Korhonen 2014, 144). Digitalisaation myötä valta on vaihtunut tiedon tarjoajilta (medialta) yleisölle, eli tavallisille internetin käyttäjille (Nicholas ym. 2003, 25). On tapahtunut terminologinen vaihdos viestinnän yleisöstä viestinnän käyttäjiksi (Matikainen 2015). Viestinnän suunta on vaihtunut monologista dialogiksi, mikä puolestaan vaikuttaa terveysviestimisen määrän kasvuun ja kilpailuun internetissä. Tämä on osaltaan muodostanut uusia haasteita ja tehtäviä terveysviestijöille (Torkkola 2014, 28). Terveysasiantuntijoiden tulee ymmärtää, että madaltunut kynnys tiedon hakemiselle ja jakamiselle sekä sen riippumattomuus ajasta ja paikasta lisää vaatimuksia myös virallisen terveysviestinnän suhteen (Jauho 2013, 367).

Kansainvälisesti kiinnostavimmat aiheet internetissä ovat dieetit ja ruokavaliot. (Drake 2014, 90). Rice (2006) listaa Yhdysvaltojen etsityimmiksi terveysaiheiksi internetissä vuonna 2005: 1) ruokavaliot, dieetit ja vitamiinit 2) lääkkeet ja 3) terveysvakuutukset 4) lääkärit/sairaalat 5) vaihtoehtoiset hoidot ja lääkkeet. Suomen haetuin terveysaihe vuonna 2011 oli ykkösluokan diabetes. Nuoria kiinnostavat erityisesti seksiin liittyvät aiheet, joista ei välttämättä uskalleta kysyä kasvokkain. (Drake 2014, 90).

2.4.1 Terveysviestintä sosiaalisessa mediassa

Kaplanin ja Heinlainin (2010) mukaan 75 prosenttia internetin käyttäjistä käytti vuonna 2008 sosiaalista mediaa. Potter (2013) toteaa sosiaalisen median olevan median osa-alue, joka kasvaa tällä hetkellä nopeimmin ja jota kulutetaan eniten mobiililaitteiden kautta. Sosiaalinen media haastaa perinteisen median ilmaisilla sisällöillään ja jaettavuuden helppoudella (Drake 2014, 84). Se tarjoaa ihmisille nopeasti tietoa, vertaistukea ja kokemuksia (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2015). Sosiaalisen median rooli luonnollisesti myös terveysviestinnän kentällä kasvaa koko ajan lisää: terveyteen liittyvää tietoa hankitaan yhä enemmän myös sosiaalisesta mediasta (Vance, Howe ja Dellwalle 2009). Tiedonhankkimisen lisäksi sosiaalinen media tarjoaa areenan, missä käyttäjät voivat itse tuottaa vapaasti terveysviestintää (Huovila &

Saikkonen 2015, 2). Suomalaiset terveystoimittajat näkevät terveysviestinnän määrän lisääntyvän tulevaisuudessa entisestään internetissä sekä sosiaalisella medialla tulevaisuudessa isomman roolin asiantuntijuuteen perustuvan terveysviestinnän rinnalla (AC-Sanafor Oy 2014).

Kaplan ja Haenlein (2010) toteavat, että akateemisessa maailmassa ollaan erimieltä siitä, mitä kaikkea sosiaalisen median termillä tarkoitetaan ja mitä siihen kuuluu. Sisältöä luodaan käyttäjälähtöisesti, sisältöä jaetaan, muokataan sekä siitä keskustellaan (Kietzmann, Hermkens, McCarthy & Silvestre 2011). Toisaalta sosiaalista mediaa voidaan kuvata tekniikan avulla tapahtuvaksi kommunikoinniksi, missä käyttäjät voivat olla sekä kuluttajia että tuottajia (Säntti ja Säntti 2010, 16). Kaplan ja Haenlein (2010) kirjoittavat, että sosiaalisen median määritteleminen vaatii kahden kiinteästi termiin kytköksissä olevan käsitteen esittelemisen, jotka ovat Web 2.0 sekä käyttäjien luoma sisältö (engl. User Generated Content). Web 2.0 määriteltiin aikaisemmin luvussa 2.4.

Käyttäjien luoma sisältö terminä kuvaa kaikkia niitä tapoja, joilla ihmiset innostavat toisiaan käyttämään sosiaalista mediaa. Termi kuvaa myös erilaisia mediasisältöjä, jotka ovat kaikkien haettavissa ja käyttäjien luomia. Käyttäjien luoma sisältö -termiin kuuluu kolme pääkriteeriä. Ensimmäiseksi, sisällön tulee olla jaettua sivustolla, johon kaikilla on avoin pääsy tai vastavuoroisesti pääsy on rajatulla ihmisryhmällä. Toiseksi, sisällön tulee olla luovaa sekä erottua ihmisen luomaksi sisällöksi. Kolmanneksi, sisällön tulee erottua ammattilaisten toiminnoista eikä saa olla kytköksissä kaupalliseen mainostamiseen. Kaplan ja Heinlein (2010) määrittelevät sosiaalisen median koostuvan internetiin pohjautuvista sovelluksista, jotka perustuvat Web 2.0 :n ideologiaan sekä käyttäjien luomaan sisältöön. Tutkijat määrittelevät sosiaalisen median internetiin pohjautuvaksi interaktiiviseksi alustaksi, jonka sisältö muodostuu yhteisöjen tuottamasta sisällöstä.

Sosiaalisesta mediasta ja terveysviestinnän suhteesta on esitetty akateemisessa tutkimuksessa paljon hyviä ja huonoja puolia. Hyvinä puolina nähdään se, että sosiaalinen media voi tarjota yksilölle yhteisöllisyyttä ja tukea terveysaiheisiin pureutuvissa ryhmissä. Vertaistuen jakamiseksi on kehitetty jopa keskustelufoorumeita, jotka on suunnattu samaa sairautta sairastaville henkilöille (Vance, Howe & Dellavalle, 2009).

Moorhead, Hazlett, Harrison, Carroll, Irwin ja Hoving (2013) listaavat sosiaalisen median terveyttä edistäviksi eduiksi seuraavia: 1) mahdollisuus vuorovaikuttua vertaisten kanssa, 2) keskitetyn ja jaettavissa olevan terveystiedon saaminen, 3) lisääntyneen ja laajan tiedon saaminen terveydestä 4) vertaistuki 5) sosiaalisen median kautta tuotetut terveydenhuollon palvelut sekä 6) yksilön lisääntynyt mahdollisuus vaikuttaa terveyspolitiikkaan. Lisäksi Steele ja Dumbrell (2012) toteavat terveysviestinnästä sosiaalisessa mediassa kumpuavaksi eduiksi seuraavia: 1) mahdollisuus dialogiseen viestintään, 2)

matala kynnys viestinnän kuluttamiseen ja luomiseen, 3) kroonista tautia sairastavien henkilöiden terveyskäyttäytymisen muuttuminen vertaistuen avulla ja 4) räätälöity viestintä.

Wright ja Bell (2003, 50) kirjoittavat online-keskustelujen tarjoavan yksiölle paikan, missä voi puhua itselleen aroista terveysaiheista. Terveyteen liittyvillä keskustelupalstoilla on ihmisiä, jotka voivat oman kokemuksensa kautta samastua tilanteeseen ja antaa emotionaalista tukea toisilleen (Wright & Bell 2003, 49). Sosiaalisen median hyödyiksi on todettu sen nopeus ja rajattomuus, jotka mahdollistavat kansainväliset rajat rikkovan terveystiedon jakamisen. Yksilöiden lisäksi myös terveysinstituutiot voivat hyötyä myös nopeammasta viestimisestä ja dialogista. Organisaatioilla on mahdollisuus puhua suoraan kansalaisten kanssa ja ohittaa perinteinen media, jota tarvittiin ennen viestin viejäksi. (McNab 2009.)

Sosiaalisen median tuomat negatiiviset vaikutukset terveysviestinnässä näkyvät muun muassa siinä, että tiedon jakamisen helppous lisää asiatonta, väärää ja virheellistä tietoa terveydestä. Sosiaalisessa mediassa tiedon paikkansapitävyyttä ei voi täysin hallita kukaan. Tiedonvaihdantaan sosiaalisessa mediassa kaivataan monitorointia ja laadun tarkkailemista. Lisäksi sosiaalisen median käyttäjien yksityisyyden ja tietosuojan varjelemiseen haluttaisiin parannusta. (Moorhead ym. 2013.) Negatiiviseksi seurauksesi voidaan tulkita myös se, että sosiaalisen median on tutkittu horjuttavan lääketieteen auktoriteettia. Potilaat luottavat internetiin yhä useammin terveystiedon lähteenä kuin omaan lääkäriinsä (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2015). Terveystietoa internetistä hakevat kokevat myös, etteivät perinteiset terveyden ammattilaiset välttämättä voi antaa samanlaista tukea terveydelliseen ongelmaan kuin keskusteluryhmät internetissä antavat (Wright & Bell 2003, 49).

2.5 Terveysviestinnän luotettavuus ja ristiriitaisuus

2.5.1 Terveysviestinnän luotettavuus

Internetissä tuotettavaa terveysviestintää koskettava kritiikki kohdistuu usein tiedon luotettavuuteen. Ei ole absoluuttista totuutta, tiedon välittäjää tai filtteriä, joka kertoisi mikä terveysinformaatio on totta ja mikä ei. (Cline & Haynes 2001.) Kansalaisten luottamus viralliseen terveysviestintään on horjunut mediassa esitettyjen ilmiöiden, kuten valelääkäreiden, rasvakeskustelun tai ristiriitaisesta D-vitamiinikeskustelusta johtuen. Erityisesti terveydenhuoltoalan ihmiset ovat huolissaan siitä, että internetissä tuotettu terveystieto ei aina täytä WHO:n, EU:n tai Health on the Netin laatukriteereitä.

(Drake 2014, 92.) Epäluotettavaa terveysviestintää on esimerkiksi alustavien tutkimusten esittämisen totena sekä toimittajien omien termien keksiminen, tieteellisten termien tilalle (Laukkanen 2009, 33).

Tutkimukset ovat osoittaneet, että mediassa terveyssisältöjä esitetään epärealistisesti sekä annetaan väärää tietoa vastaanottajalle (Torkkola 2008, 62; Vardeman 2008, 283). Selvaraj, Borkar ja Prasad (2014) toteavat, että toimittajat tutkitusti suosivat lähteinään lääketieteen heikkolaatuisia tutkimuksia, jotka on toteutettu esimerkiksi heikolla tutkimusmenetelmällä. Tutkijat ehdottavat terveysviestinnän laadun parantamiseksi toimittajien ja tutkijoiden välisen yhteistyön tiivistämistä, jotta tutkimuksia osattaisiin tulkita oikein toimituksen puolella. Hoitosuosituksista poikkeavaa ohjeistusta mediassa ovat antaneet esimerkiksi toimittajat sekä asiantuntijahaastattelijat. (Laukkanen 2009, 31). Media ei välitä aina tieteeseen perustuvaa tietoa. Esimerkiksi Laukkasen (2009) toteuttamassa tutkimuksessa selvitettiin, kuinka lääketieteellinen tutkimustieto välittyy aikakauslehtien kautta selkäpotilaille: 75 % tutkimusaineiston artikkeleista esitettiin jossain määrin virheellistä tietoa kivun lievittämisestä (Laukkanen 2009, 32). Tutkijat ovat havainneet, että tieteeseen perustuvaa viestintää julkaistaan usein ilman tutkimuksen kontekstia tai metodeja (Nagler 2010, 13). Toimittajilla voi olla myös tapana muuttaa tutkimuksen sanastoa enemmän kansankielisemmäksi, jolloin aihe vääristyy. Huomiota herättävämpää on puhua lihavuusgeenistä, kuin perintötekijöistä (Väliverronen 2005, 1395). Jopa itse toimittajilta kysytyn mielipiteen mukaan, media epäonnistuu tieteellisen tutkimuksen esittämisessä oikein yleisölle (Nagler 2010, 12).

Suomessa mediaa pidetään yhä uskottavana ja luotettavana, mutta suunta on ollut heikkenemään päin (Matikainen 2010, 55). Tutkimusten mukaan nuoret luottavat perinteiseen mediaan enemmän kuin vanhemmat ikäpolvet (Matikainen 2015, 166; Boiarsky ym:n 2013, 883). Mutta jopa 40 prosenttia suomalaisista ei usko median välittämään kuvaan terveydestä (Laukkanen 2009, 31). Vuonna 2009 suomalaisilla internetin käyttäjillä ei ollut omien arvioidensa mukaan tietoa terveysviestinnän luotettavuudesta (Ek & Niemelä 2010, 6). On todettu, että luottamus itse tieteeseen ei ole välttämättä vähentynyt, mutta luottamus tieteen edustajiin on heikentynyt. Toisaalta suomalaisten luottamustaso on eurooppalaisittain korkea esimerkiksi elintarviketeollisuutta ja ruoan turvallisuutta kohtaan. (Jauho 2013.) Drake (2009, 113) sen sijaan kertoo potilaiden arvioivan internetin olevan luotettava terveystiedon lähde ja omaavansa taidon terveystiedon luotettavuuden arviointiin. Terveystiedon luotettavuutta arvioitiin vertailemalla eri verkkosivujen tietoja keskenään sekä arvioimalla tiedon tuottajan luotettavuutta. Toisaalta Drake (2014, 98) kirjoittaa ihmisten luottavan enemmän painettuun terveysviestintään kuin internetiin. Myös Sundar ym. (2011) toteavat, että painettu viestintä on internetiä

luotettavampi, kun tarkoituksena on jakaa informaationaalista ja massoille tarkoitettua terveysietoa. Lisäksi on tutkittu, että Suomessa terveydenhuoltoalan ammattilaisiin luotetaan enemmän kuin internetin terveystietoon (Drake 2014). Tämän tuloksen lisäksi on kuitenkin huomioitava aikaisempi väite siitä, että potilaat luottavat internetiin nykyään enemmän kuin omaan lääkäriin terveystiedon lähteenä (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2015).

Kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että terveysaiheisten tekstien lähteiden luotettavuuden arvioinnissa asiantuntijalähteitä pidetään vakuuttavimpina. Kaikista luotettavimpina terveyssivustoina pidetään lääkäreiden tai sairaaloiden sivustoja. (Sundar ym. 2011; Cline & Haynes 2001) Toisaalta kaikista epäluotettavimpina pidetään sivustoja, jossa yritys myy terveystuotteita ja markkinoi tai suorittaa kyselyitä. Luotettavina terveysviestinnän lähteinä pidetään perinteisiä auktoriteetteja: tutkimusjournaaleja, tunnustettuja tutkimuslaitoksia, yliopistoja, kirjastoja, valtion laitoksia sekä asiantuntijaorganisaatioita. On tutkittu, että terveysaiheisia blogeja yleisesti ottaen pidetään luotettavana terveystiedon lähteenä. (Sundar ym. 2011.) Epäluotettavuutta aiheuttaa myös sisällön tuottajan tunnistettavuuden hankaluus. Useat eri sisällön tuottajat terveysaiheisessa tekstissä sekä häilyvä raja sisällön tuottajan ja yleisön välillä heikentää terveysaiheen luotettavuutta. (Moorhead ym. 2013.) Huovila ja Saikkonen (2015) toteavat bloggaajien käyttävän erilaisia taktiikoita luotettavuuden ja uskottavuuden rakentamisessa. Ravitsemusalan asiantuntijat, jotka eivät lukeudu virallisiin terveysviranomaisiin, käyttävät blogiteksteissään uskottavuuden rakentamisessa muun muassa yksilökeskeisten erojen painottamista, omiin kokemuksiin vetoamista sekä toteamusta siitä, kuinka kulttuurisilla tavoilla on vaikutusta nykyisiin vanhaan tutkimustietoon perustuviin ravitsemussuosituksiin. Ravitsemuksesta bloggaavat perustavat argumentoinnin usein käytännölliseen, subjektiiviseen ja moraaliin vetoavaan tietoon. Terveysviranomaiset vetoavat blogiteksteissään sen sijaan kansallisiin keskiarvoihin sekä syy- ja seuraussuhteisiin. (Huovila & Saikkonen 2015.)

Terveysviestinnän luotettavuuden rakentumiseen vaikuttaa myös yksilön oma terveyslukutaito. Esimerkiksi Doreyn ja McCoolin (2009) tekemän tutkimuksen mukaan aikuisten on vaikeaa erottaa terveysvalistuksellinen viesti kaupallisesta mainoksesta. Terveysmainokset ja terveysvalistus nähtiin keskenään ristiriitaisena ja epämääräisenä. Ristiriitaisuuden nähtiin olevan syy epäluotettavaan tunteeseen terveysviestinnässä. Terveysaiheiden luotettavuuden arvioinnissa ihmiset kokevat tunnistavansa luotettavat sisällöt internetissä, mutta eivät kuitenkaan useinkaan tarkasta lähdettä (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2015).

2.5.2 Terveysviestinnän ristiriitaisuus

Ristiriitainen terveysviestintä voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että lukija lukee internetistä ensin punaviinin terveellisistä hyödyistä, mutta viikkoa myöhemmin syventyy median välittämään artikkeliin punaviinin juomisen haitoista (Nagler 2010, 6). Nagler (2010, 6) jaottelee ristiriitaisen terveysviestinnän kolmeen eri osaan: 1) Tietoa tarjotaan kahdesta eri asiasta, mutta ne johtavat yhteen lopputulemaan. 2) Tietystä aiheesta esitetään kaksi erilaista lopputulemaa. 3) Viestit tarjoavat keskenään kilpailevia väitteitä tietystä asiasta, jotka johtavat yhteen lopputulemaan. Aikaisemmin kuvattu esimerkki punaviinistä, kuuluu jaotteluun 2, sillä punaviinin terveellisyydestä esitettiin kaksi erilaista lopputulemaa. Ensin punaviinin luettiin olevan hyväksi terveydelle, mutta myöhemmin mediassa julkaistu kirjoitus kumosi ensimmäisen väitteen.

Tutkijat ovat ilmaisseet huolensa mediassa lisääntyvien ristiriitaisten terveysaiheiden vaikutuksista ihmisiin. Tästä huolimatta kansainvälistä akateemista tutkimusta aiheesta on vielä vähän. (Nagler 2014, 24.) Aikaisemman, mutta vähäisen tutkimuksen kohteena ovat olleet kansainvälisessä ympäristössä esimerkiksi yksilöiden kokemat tunnetilat terveysviestinnällisessä ristiriitatilanteessa. On tutkittu, että yksilöiden havaitsema epämääräisyys terveysviestinnässä vaikuttaa yksilöiden tekemiin terveyteen liittyviin päätöksiin (Nagler 2010, 53). Terveysviestinnän ristiriitaisuudella ja luotettavuudella on havaittu olevan syy- ja seuraussuhde: henkilöt, jotka kokevat altistuvansa ristiriitaiselle terveysviestinnälle, kokevat myös enemmän epäluottamusta terveysaiheita kohtaan (Nagler 2014, 13).

Joissakin yksilöissä ristiriitaiset terveysviestit ovat aiheuttaneet pessimismiä, haavoittuvaisuuden tunnetta tai avuttomuutta terveyteen liittyvää aihetta kohtaan. Tutkimusten mukaan epämääräisyys luetussa terveysviestissä saattaa lisätä yksilössä tunnetta suostuttelusta tai manipuloinnista, mikä aiheuttaa negatiivisia tunteita (Han ym. 2006, 66). Negatiivisista vaikutuksista kirjoittavat myös Covello ja Peters (2002, 392), jotka raportoivat ristiriitaisen terveysviestinnän aiheuttavan yksilöissä hämmennystä, ylitarkkaavaisuutta, ärsytystä, stressiä, epäuskoa tiedettä ja lääkkeitä kohtaan sekä epäluottamusta mediaa kohtaan. Ristiriitaisuuden tunnetta koetaan myös sellaisia terveysaiheita kohtaan, joista ei mediassa esitetä ristiriitaista tietoa. Tämä johtuu muiden terveysaiheiden ristiriitaisesta näyttäytymisestä mediassa. (Nagler 2014.) Diekmanin ja Malcolmin (2009) kansainvälisessä tutkimuksessa tutkittiin kuluttajien kokemuksia rasvan roolista ruokavaliossa. Tietolähteinä toimivat median, valtion, asiantuntijoiden ja ruokayritysten tuottamat sisällöt samasta aiheesta. Tutkimuksen tulosten globaali keskiarvo osoitti, että 57

prosenttia vastaajista oli hämmentynyt lukemiensa viestien jälkeen ja 64 prosenttia kertoi, että saatu tieto oli keskenään ristiriitaista.

2.6 Terveysviestinnän etiikka

Terveysviestinnän ristiriitaisuudesta ja luotettavuudesta puhuttaessa etiikan esille nostaminen on tärkeää. Wiio ja Puska kuvaavat terveysviestinnän eettiset ohjeet, joita terveysviestintää toteuttavan henkilön tulisi noudattaa eettisen terveysviestinnän toteutumisen edistämiseksi. Wiio ja Puska (1993) toteavat terveysviestinnän etiikan kulmakiven muodostuvan terveystiedon oikeellisuudesta ja hyödyllisyydestä, käytännön taitojen opettamisesta viestinnän avulla omien terveydellisten tavoitteiden saavuttamiseksi, yhteiskunnalliseen kehitykseen vaikuttamisesta siten, että terveellisten elämäntapojen noudattaminen on helppoa sitä haluaville. Terveysviestinnän lähtökohtana on tieteellinen käsitys, joka on kyseisellä hetkellä pätevä (Wiio & Puska 1993, 26).

Wiion ja Puskan kirjoittamat etiikan lait ovat vieläkin relevantteja. Haasteeksi muodostuu etiikan siirtäminen käytännön tasolle, sillä nykypäivän terveysviestinnän toteuttaja voi olla yhteisöfoorumilla keskusteleva henkilö. Henkilö, joka jakaa tietoaan perustuen omiin kokemuksiinsa. Tällöin terveysviestinnän lähtökohtana ei ole lääketieteellinen tai asiantuntijuuteen perustuva tieto, jolloin terveystiedon oikeellisuudesta ja hyödyllisyydestä ei ole varmuutta. Terveysviestintää ei voi säädellä samaan tapaan kuin aikaisemmin, jolloin joukkoviestinnän ääni oli suureksi osaksi toimittajien käsissä.

Wiion ja Puskan suomalaisen eettisen ohjeiston lisäksi on olemassa kansainvälinen, Health on the Netin julkaisema eettinen koodisto (Engl. HONcode certification), minkä avulla pyritään kehittämään internetin terveystietoa laadukkaammaksi ja paikkaansapitävämmäksi. Koodisto on vanhin ja käytetyin koodisto eettisen ja luotettavan terveystiedon takaamiseksi internetissä. Koodisto on suunnattu erityisesti lääketiedettä ja terveyttä koskettavia nettisivuja ylläpitäville tahoille. Tarkoituksena on saada koodiston kautta internetiin läpinäkyvää viestintää, joka parantaisi terveystiedon käyttökelpoisuutta, objektiivisuutta sekä oikean tiedon julkaisemista.

Koodiston kahdeksan periaatetta ovat: auktoritatiivisuus, täydentävyys, yksityisyys, atribuutio, perusteltavuus, läpinäkyvyys, taloudelliset tiedot sekä mainostuskäytänteet. Auktoritatiivisuuden periaatteella halutaan varmistaa, että nettisivuilla kirjoitettu terveystieto on peräisin koulutetuilta ja päteviltä terveydenammattilaisilta ellei tekstissä toisin mainita. Sen sijaan täydentävyyden periaatteella halutaan tavoitella sitä, että terveystieto

internetsivuilla toimii täydentäen lukijan terveystietoa, muttei korvaavana lääkäri-potilassuhteelle. Koodiston yksityisyyden periaatteella halutaan varmistaa, että terveystietoa tarjoava nettisivusto arvostaa lukijan yksityisyyttä ja noudattaa laissa säädettyjä yksityisyyssääntöjä. Atribuutio -periaatteella tarkoitetaan internetsivujen lähteiden sekä internetsivujen viimeisimmän päivityspäivän esiin merkitsemistä. Lisäksi kaikki väitteet hoitojen tai tuotteiden hyödyistä täytyisi perustella lähteillä. Internetsivustolla tulisi olla yhteyshenkilö lisäinformaatiota etsivälle sekä kaikki tieto sivuilla tulee kirjoittaa mahdollisimman selkeästi. Taloudelliset tiedot -periaatteella pyritään saamaan internetsivustolle esiin kaikki sivustolle rahoitusta antavat tahot. Jos mainostajat ovat internetsivujen rahoittajia, tulee se merkitä selkeästi esiin. Maininta mainostuskäytänteistä sivulla tulee näkyä sivuilla. (Health on the Net 2016.)

On huomioitava, että terveysviestinnän toteuttamisen eettiset ohjeet on tehty viestinnän ammattilaisille. Terveysviestintää internetissä toteuttaa tällä hetkellä myös muutkin tahot kuin vain viestinnän ammattilaiset, maallikot. Tästä huolimatta eettistä säännöstöä kaikille terveysviestinnän tuottajille ei kuitenkaan ole. Tämä voi johtua ohjeistojen hitaasta reagoinnista viestinnän muuttuvaan maailmaan. Terveysviestinnän eettisen toteuttamisen vastuu on tällä hetkellä ikään kuin annettu vain viestinnän ammattilaisten käsiin. Yleisellä tasolla eettinen terveysviestinnän toteuttaminen internetissä perustuu pitkälti yksilön omaan arvopohjaan. Mikään ei velvoita kaikkia sisällön tuottajia, eikä edes viestinnän ammattilaisia, noudattamaan terveysviestinnän eettistä koodistoa tai ohjeistusta. Ohjeistojen noudattamista on myös erittäin vaikea seurata. Ei ole olemassa tahoa, joka pystyisi säätelemään kaikkea maailmassa tuotettua terveysviestintää.

3 TERVEYSVIESTINNÄN KULUTTAJA TUTKIMUKSEN KOHTEENA

Tässä teorialuvussa tehdään katsaus tutkimuksen kannalta olennaisesta toimijasta, terveysviestinnän kuluttajasta. Ensimmäisenä (luku 3.1) esitellään aikaisempaa tutkimustietoa terveystietoa internetistä hankkivasta henkilöstä sekä terveyslukutaidosta. Sen jälkeen siirrytään sukupolvitutkimuksen perustaan (luku 3.2), minkä jälkeen esitellään yleisesti mediasukupolvet (luku 3.3) sekä viimeisenä X- ja Y-mediasukupolvet (luku 3.4).

3.1 Terveystietoa internetistä hankkiva henkilö

Digitaalisen tiedon kuluttaja on hätäinen ja osittain ennustamaton. Kuluttajalla on valta valita. Digitaalisessa ympäristössä kuluttaja hyppii sivustolta toiselle sekä kuluttaa lyhyitä ajanjaksoja sisältöjen lukemiseen. (Nicholas ym. 2003.) Suurin osa internetissä terveyteen liittyviin aktiviteetteihin liittyy erityisesti terveys- tai lääketiedon etsimiseen (Atkinson, Saperstein & Pleis 2009).

Terveystietoa internetistä hankkii todennäköisemmin henkilö, jolla on krooninen sairaus tai vamma (Fox 2008, 2). Tätä havaintoa vahvistaa myös Tianin ja Robinsonin (2008, 189) toteamus siitä, että eniten terveydenhuoltopalveluja käyttävät henkilöt kiinnittävät myös enemmän huomiota internetissä tarjolla olevaan terveystietoon. Myös Rice (2006, 4) kertoo suurimman motivaation terveystiedon hankkimiseen olevan yksilöllä todettu sairaus.

Suomalaisessa tutkimuksessa puolestaan on selvitetty, että todenäkäisimmin terveystietoa hakee ihminen, joka sitä vähiten tarvitsee: terveeksi itsensä tunteva korkeasti koulutettu nuori 26 - 34 -vuotias nainen

(Drake 2014, 86). On siis havaittavissa, että terveysviestinnän tutkimustulokset ovat osittain ristiriitaisia. Syitä voi olla useita, mutta osasyytä voinee selittää terveysviestinnän toteuttamisen kulttuurisesti erilaiset lähtökohdat. Lisäksi, internetiä ja sitä käyttäviä henkilöitä tutkiessa on otettava huomioon viestintäympäristön nopea muutos. Internetin käyttöön liittyvä tutkimus saattaa vanhentua äkkiä, sillä tekniikka kehittyy nopeasti eteenpäin, kuten myös ihmisten tapa hyödyntää ja käyttää internetiä.

Terveysviestinnän kuluttamisessa näkyy sukupuolien välistä eroa: internetin terveysaiheista ovat kiinnostuneempia suomalaiset naiset kuin miehet. 67 prosenttia naisista kertoo hakeneensa tietoa ravitsemukseen, terveyteen tai sairauksiin liittyen netistä, kun taas miehillä sama luku on noin 50 prosenttia (Drake 2014, 86). Vuonna 2009 toteutetun tutkimuksen mukaan 24 prosenttia suomalaisista naisista ilmoitti käyneensä terveyteen liittyvillä internetsivustoilla vuoden sisällä yli kymmenen kertaa. Miehissä vastaava luku oli 12 prosenttia. (Ek & Niemelä 2010, 5.) Myös Väliverronen (2015, 90) sekä Keller ja Lehmann (2008, 119) toteavat terveysaiheiden kiinnostavan enemmän naisia kuin miehiä.

Terveystiedon etsiminen internetistä näyttää psykologisella tasolla vaikuttavan ihmiseen ja motivoivan sekä edesauttavan ihmistä toteuttamaan terveellisiä elämäntapoja (Ramírez ym. 2013, 538). Toisaalta on todettu, että erityisesti opiskelijat tulkitsevat väärän terveysinformaation oikeaksi terveystiedoksi, jolloin se voi vaikuttaa vahingoittavasti heidän terveyskäyttäytymiseen (Sundar ym. 2011). Draken (2009, 30) mukaan internetistä haettu tieto innostaa potilaita keskustelemaan terveysaiheista lääkärinsä kanssa, vaikka löydetty tieto olisikin osittain virheellistä. Internetiä terveystiedon etsimiseen käyttävät henkilöt kokevat tiedon enemmin apua antavaksi kuin harmia aiheuttavaksi (Fox 2008, 3). Aikuisten on tutkittu käyttävän monipuolisesti useita eri kanavia oman terveystietämyksensä lisäämiseksi (Tian & Robinson 2008, 189).

3.1.1 Terveyslukutaito

Terveystiedon suuri määrä hämmentää ja luo epävarmuutta omasta terveydestä. Terveysjutut ovat kulutetuimpia sisältöjä internetissä, mutta valitettavasti terveyslukutaito on puutteellista (Cline & Haynes 2011). Tulkinta, ymmärtäminen ja terveysjuttujen hyödyntäminen ei ole kansalaisten keskuudessa riittävällä tasolla (Korhonen 2014, 144). Tämän hetkinen terveyslukutaidon tutkimus on keskittynyt lääketieteen ja terveystieteen opiskelijoihin sekä kirjastomaailmaan, vaikka suurin osa terveysinformaatiosta saavuttaa ihmiset kuitenkin näiden kohteiden ulkopuolelta (Erikson-Backa 2010, 1). Terveyslukutaidon puute voi tarkoittaa sitä, että lukija: 1.) ei tiedä mikä on

vääristynyttä terveystietoa, 2.) ei tiedä mikä on tutkimustietoon perustuvaa terveystietoa, 3.) ei huomaa, että keskeinen tieto puuttuu artikkelista tai 4.) tulkitsee väärin terveysalan ammattilaisille kirjoitettuja artikkeleita. (Cline & Haynes 2011.)

Berkman (2010) määrittelee *terveyslukutaidon* (Engl. Health Literacy) yksilön tasoksi ymmärtää, prosessoida ja kommunikoida terveysaiheista, terveellisten valintojen edistämiseksi. Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan terveyslukutaito tarkoittaa kognitiivisia ja sosiaalisia taitoja, mitä määrittää yksilön motivaatio ja kyky vastaanottaa terveystietoa. Näitä kykyjä yksilö käyttää ymmärtääkseen terveystietoa ja käyttääkseen tietoa terveyden edistämiseen. Terveyslukutaidon käsitteitä on kritisoitu siitä, että käsitteet eivät ota huomioon tämän päivän modernia viestintäympäristöä. Norman ja Skinner (2006) nimeävät terveyslukutaidon termiksi *E- Health literacy*, joka voidaan suomentaa internetin toimintoihin pohjautuvaksi terveyslukutaidoksi. Tutkijat määrittelevät terveyslukutaidon kyvyksi löytää, hankkia ja arvioida terveystietoa elektronisista lähteistä ja käyttää saatua tietoa terveysongelman ratkaisemisessa tai käsittelemisessä. Tässä tutkielmassa terveyslukutaito ymmärretään edellä mainitun määritelmän tavoin osana nykyistä moniulotteista viestintäympäristöä.

Terveyslukutaitoa koskettavat tutkimukset ovat antaneet viitteitä siitä, että terveyslukutaidon taso on kytköksissä yksilön käyttämiin terveystiedon lähteisiin. Uutisia terveystiedon lähteenä käyttävät omaavat huonomman terveyslukutaidon, kuin ne, jotka käyttävät hyvinvointi- ja terveyslehtiä pääasiallisena lähteenään. Lisäksi paremman tietämyksen terveydestä antaa tieteelliseen tietoon perustuva sisältö popularisoidussa muodossa verrattuna lääketieteelliseen tekstiin tai yleiseen tietoon. (Korhonen 2014, 142.) Korhonen (2014, 143) kuvaa terveyslukutaidon olevan moniulotteinen tila, johon kiinteästi kytkeytyvät seuraavat taustamuuttujat: koulutus, ikä, varallisuus, etninen tausta tai teknologian käyttötaito. Neter ja Brainin (2012) toteavat, että nuoremmilla ja kouluttautuneimmilla sukupolvilla on parempi terveyslukutaito internetissä kuin vanhemmilla sukupolvilla.

Terveyslukutaito on kiinteästi kytköksissä *medialukutaidon* käsitteeseen. Terveyslukutaito voidaan nähdä yhtenä medialukutaidon osa-alueena. Median käyttöä ja medialukutaitoa käsitelleet tutkimukset ovat kohdistuneet erityisesti nuorisoon ja lapsiin. Erityisesti aikuisten medialukutaitoa käsittelevää tutkimusta kaivataan edelleen. (Pääjärvi & Palsa 2015.) Medialukutaito tarkoittaa yksilön taitoa käyttää tiedostusvälineitä, ymmärtää ja arvioida mediassa esitettyjen sisältöjä kriittisesti sekä viestiä itse erilaisissa tilanteissa (Euroopan Komissio 2016).

Potter (2013) sen sijaan määrittelee medialukutaidon yksilön näkökulmiksi, joita aktiivisesti käytetään mediasta saatujen viestien tulkitsemisessa.

Medialukutaidon näkökulmat syntyvät itse muodostetuista tietorakenteista. Tietorakenteet muodostetaan materiaalin, omien taitojen eli työkalujen sekä oman halukkuuden avulla. Työkalut ovat yksilön taitoja, joita kuvataan tarkemmin Taulukossa 3.

Potter (2013) kuvaa medialukutaidon koostuvan kolmesta osasta. Ensimmäiseksi, medialukutaito koostuu henkilökohtaisista tavoitteista ja motivaatiosta. Henkilökohtaiset tavoitteet ja motivaatio pitävät huolen siitä, mikä tieto sivuutetaan ja mikä tieto omaksutaan. Toiseksi, medialukutaito koostuu omista tietorakenteista, mikä tarkoittaa organisoitua tietoa muistissa. Nämä tietorakenteet eivät ole spontaanisti rakennettuja vaan ovat huolella ja tarkkuudella muodostettuja. Tietorakenteet auttavat rakentamaan yksittäisistä tiedoista isompia kokonaisuuksia. Näitä rakenteita käytetään ikään kuin karttana paikkaan, mistä aikaisemmin hankittu tieto hankittiin. Tietorakenteet antavat kontekstin, mihin asioihin uusia mediaviestejä peilataan. Mitä enemmän henkilö omaa tietorakenteita, sitä paremmin hän kykenee tekemään selkoa informaatiotulvasta. Kolmanneksi, medialukutaito koostuu taidoista eli työkaluista, joita käytetään mediasta saatujen tietojen rakentamiseen ja järjestämiseen yhä suurimmiksi tietorakenteiksi. Taitoja tarvitaan suurien tietomäärien käsittelyssä ja erityisesti tietomassasta itselle tärkeän tiedon erottamisessa. Medialukutaidon kannalta tärkeitä taitoja eli työkaluja ovat: analysointi, arvioiminen, jaottelu, induktio, deduktio, kokoaminen ja hajauttaminen. Taulukossa 3 kuvataan edellä mainitut medialukutaidon osa-alueet tarkemmin.

TAULUKKO 3 Powerin (2013) nimeämät seitsemän tarvittavaa taitoa medialukutaidon harjoittamiseen

Analysointi	Analysointi tarkoittaa mediaviestin kyseenalaistamista. Sen sijaan että henkilö hyväksyy esimerkiksi journalistin kirjoittaman artikkelin kyseenalaistamatta, hän asettaa viestille kysymyksiä. Analysointi tarkoittaa viestin purkamista pienempiin osiin kysymällä: kuka, mitä, milloin, miksi ja mitä.
Arvioiminen	Viestin ominaisuuksien arviointia. Arvioinnissa verrataan viestin ominaisuuksia johonkin tiettyyn henkilökohtaisesti muodostettuun standardiin. Jos viestin ominaisuudet vastaavat asetettua standardia, henkilö hyväksyy viestin.
Jaottelu	Jaottelu tarkoittaa viestien ominaisuuksien samankaltaisuuksien ja erovaisuuksien hahmottamista. Ominaisuuksien jaotteleminen vaikuttaa maailmankuvan rakentumiseen ja käsityksiin maailmasta.
Induktio	Viestien yksittäisistä ominaisuuksista tehdään yleinen johtopäätös. Esimerkiksi median tekemät gallupin yksittäiset ominaisuudet (mielipiteet) vaikuttavat henkilöiden omiin käsityksiin maailmasta, vaikka gallupin tulos eroaisi omasta tilanteesta.
Deduktio	Yleistyksiä käytetään yksityiskohtien selittämiseksi. ”Miehet ovat sikoja”-lause on esimerkki yleistämisestä, jota käytetään usein selittämään yksittäisen miehen huonoa käyttäytymistä.
Kokoaminen	Viestien elementeistä kootaan uusi tietorakenne. Uusien tietorakenteiden rakentamiseen

tai vanhan tiedon päivittämiseen tarvittava taito.

Hajauttaminen Tarkoittaa selvän ja tarkan kuvauksen tekemistä alkuperäisesti suuremmasta viestistä. Päätteleminen on ydinajatuksen selkeyttämistä pienemmäksi tietokokonaisuudeksi.

Terveysviestinnän luotettavuuden rakentuminen ja terveyslukutaito kulkevat käsi kädessä. Terveysviestinnän luotettavuuden kokemiseen vaikuttanee eittämättä sosiaalisen median myötä lisääntynyt tieto, mikä ei ole enää vain perinteisten portinvartioiden käsissä. Kriittisyys terveysviestintää kohtaan on tärkeää, sillä terveysviestintää tuotetaan paljon myös kaupallisten tavoitteiden edistämiseksi. Internetin hakutoimintoa terveystiedon lähteenä käyttävän olisi esimerkiksi hyvä tiedostaa, että Google tallentaa käyttäjän hakuhistoriaa ja tarjoaa sen perusteella kaupallisia mainoksia. (Drake 2014, 94.) Tavallisen lukijan on vaikea erottaa, onko kyseessä tuotteen tai palvelun myyminen vai puhtaasti terveyden edistäminen (Setälä 2014, 63).

3.2 Sukupolvitutkimuksen juuret

Sukupolvien välisiä nimityksiä ja jaotteluita on useita, mikä tekee käsitteestä monitulkintaisen. Sukupolvikäsitteen ongelmallisuus liittyy myös sen moninaiseen käyttötapaan eri yhteyksissä ja merkityksissä (Buckinham ja Willet 2013, 4). Edmunds ja Turner (2002, 179) toteavat, että sukupolviteoriaa voidaan muodostaa lähes loputtomasti, riippuen tutkijan aatemaailmasta. Käsitettä voidaan jaotella esimerkiksi sen mukaan, onko kyseessä generoitumisen prosessi vai kyse siitä mikä generoituu. Ensimmäinen merkitys tarkoittaa sitä, että vanhempien lapsia voi yksinkertaisesti kutsua seuraavaksi sukupolveksi ja on osa sukulaisuusjärjestelmää. Toinen merkitys tarkoittaa sitä, että sukupolveksi voidaan kutsua ihmisjoukkoa, jotka ovat syntyneet suunnilleen saman aikajakson aikana. Saman aikajakson aikana syntyneet henkilöt ovat usein akateemisen sukupolvitutkimuksen lähtökohta, mikä on usein kytkettynä ajatukseen yksilöitä yhdistävästä yhteisestä kokemuksesta (Purhonen 2007). Tällöin sukupolvi on historiallisen tilanteen ja yhteiskunnallisten olosuhteiden tuotos (Matikainen 2015).

Sukupolvitutkimuksen sosiologiset juuret voidaan sijoittaa Karl Mannheimin (1952) ”The Problem of Generations” -esseeseen (Purhonen 2007; Matikainen 2015; Edmunds & Turner 2002 ja Bolin & Skogerbø 2013). Mannheim esittää, että sukupolvi on sukupolvi vain silloin, kun ryhmän välillä on vahva side. Esimerkiksi suurten ikäluokkien tutkimuksessa vain osa tunsi kuuluvansa suuriin ikäluokkiin ja osa ei (Edmunds & Turner 2002, 4; Bolin &

Skogerbø 2013). Mannheimin esittämän kriteerin mukaisesti tällöin ei voitaisi puhua sukupolvesta. Mannheim esittää myös, että sukupolvi koostuu ikäkohorteista, jotka ovat kytköksissä kulloinkin erilaiseen historialliseen tilanteeseen. Tätä kutsutaan sukupolvikokemuksesi. Siinä yhdistyvät syntymäajankohta sekä yhteiskunnan historia ja kokemus siitä, millaisia asioita on tapahtunut tietyssä ikävaiheessa peilaten tapahtumia ja kokemuksia samanaikaisesti yhteiskunnan historiaan. Sukupolvikokemus voi vaihdella henkilöstä riippuen, vaikka henkilöt olisivat syntyneet samana vuonna.

Kun sukupolvikäsitys muodostetaan jonkin tietyn yhteiskunnallisen tai historiallisen tapahtumaan nojaten, on muistettava, että ihmisillä on tapana käsitellä tapahtumaa eri tavoin. Ilmiön käsitteleminen useilla erilaisilla tavoilla johtaa sukupolven sisällä eriytyneisiin sukupolviyksiköihin. Nämä sukupolviyksiköt heijastavat sukupolven sisällä eroavia käsityksiä ilmiöstä. (Bolin & Skogerbø 2013.) Tämä tarkoittaa sitä, että täysin yhtenäisen sukupolvikokemuksen vaade on liian suuri sukupolvijärjestelmän määrittelemisen perustaksi. Tästä syystä rimaa on usein madallettu: sukupolvikäsitteen muodostamiseksi riittää, kun yksilöt ovat tunteneet ja kokeneet samoja kokemuksia (Matikainen 2015).

On huomioitava myös se, että sukupolvitutkimuksessa on ollut pitkään vallalla tutkimuksen kiinnittyminen miessukupolveen. Sukupolvet ovat ikään kuin miespolvia, jossa naisten asemaa ei ole huomioitu. Tälle vinoumalle ei useinkaan anneta huomiota, joten aikaisempi sukupolvitutkimus on pitkälti vääristynyttä. Naiset huomioivaa sukupolvitutkimusta on alkanut ilmaantua pikkuhiljaa vasta 2000-luvun jälkeen. (Purhonen 2007.) Kehitystä on tapahtunut myös Edmundsin ja Turnerin (2002, 179) mukaan, sillä tutkijat toteavat sukupolvitutkimuksen kehittyneen ikään tai sukuun keskittyvästä sukupolvijaottelusta kohti kulttuuristen sukupolvien tutkimusta ja erityisesti sitä, kuinka nämä kulttuurisesti jakautuneet sukupolvet toimivat suhteessa yhteiskunnallisiin muutoksiin.

3.3 Mediasukupolvet

Tässä luvussa perehdytään mediasukupolvitutkimukseen, jonka pohjana aikaisempi sukupolvitutkimus toimii. Perustana toimii Purhosen (2007) koostama sukupolvijaottelun malli. Tässä sukupolvijaottelussa sukupolveksi kutsutaan ihmisjoukkoa, jotka ovat syntyneet suunnilleen saman aikajakson aikana ja johon kytkeytyy yksilöitä yhdistävä kokemus yhteisestä kokemuksesta. (Purhonen 2007.) Yksilöitä yhdistävä kokemus tutkimuksen mediasukupolvijaottelussa on mediamaisema, johon yksilöt ovat syntyneet

(Matikainen 2015). Kun mediasukupolvia jäsennetään ihmisjoukkona, jotka ovat syntyneet johonkin tiettyyn mediamaisemaan, on mediasukupolvikäsite pysyvä. Kun mediasukupolvikäsitettä jäsennetään nykyisiin mediakäytänteisiin tai välineiden käyttöön perustuen, käsite ei ole pysyvä tai muuttumaton.

Matikaisen (2015, 166) mukaan mediasukupolvia on määritelty useiden erilaisten mediamuotojen ja välineiden kautta kuten myös yhteiskunnallisen kehityksen suhteen. Bolin ja Skogerbø (2013) kirjoittavat, että mediasukupolvien käsitettä on tutkimuksissa muodostettu useimmiten suhteessa uuden teknologian kehitykseen. Lisäksi Buckinham ja Willet (2013, 4) toteavat, että sukupolvia eivät enää määritä sodat tai lamat, vaan pikemminkin mediakulttuuri. Mediasukupolvia voidaan toisaalta määritellä esimerkiksi nuoruusvuosina eletyn mediaympäristön kautta (Bolin & Westlund 2008). Toisaalta mediasukupolvia voidaan määrittää sosiaalisen median käyttötapojen mukaisesti (Säntti & Säntti 2011).

Median käyttötavat ovat jatkuvassa muutoksessa kaikissa ikäpolvissa. Tutkijat kirjoittavat kansainvälisen mediasukupolvitutkimuksen ja julkisen keskustelun aikaisemmin keskittyneen nuorempien sukupolvien mediakäyttämiseen. Tästä esimerkkinä tutkijat kirjoittavat esimerkiksi 1980-luvulla TV:n yleistymiseen liittyvästä tutkimuksesta, joka keskittyi negatiivisiin vaikutuksiin joita nuorille voi TV-ohjelmista koitua. Samanaikaisesti vanhemmat sukupolvet lisäsivät TV:n katselun kulutusta huomattavasti enemmän kuin nuoret, mutta asiaa ei huomioitu julkisessa keskustelussa juuri lainkaan. (Bolin ja Skogerbø 2013.)

Mediasukupolvijaottelua hyödynnettäessä on ymmärrettävä, että tietty ikä ei välttämättä aina tarkoita samanlaista mediakäyttäytymistä samaan ikäryhmään kuuluvien henkilöiden kesken. Tutkijat korostavat, että kaikista mediasukupolvista löytyy yksilöitä, jotka käyttäytyvät tämän hetken mediaympäristössä sukupolvelleen epätyypillisesti (Bolin & Skogerbø 2013; Herkman & Vainikka 2012, 24). Median käyttö on esimerkiksi jakautunut eri tavalla nuorten kesken (Matikainen 2015; Buckinham & Willet 2013). Yleisestä käsityksestä poiketen, nuorimmat sukupolvet eivät välttämättä ole uuden teknologian hyödyntämisessä kaikkein edistyneimpiä. (Herkman & Vainikka 2012, 24; Kilian, Hennigs, & Langner 2012, 116). Ei voida siis esimerkiksi yleistää, että kaikki nuoret taitavat sosiaalisen median kanavista Facebookin käytön näppärästi. Tästä syystä uudessa mediasukupolvitutkimuksessa on nähty tärkeäksi myös sukupolven sisällä olevien erojen esilletuominen. Esimerkiksi Y-mediasukupolvesta on tehty mediasukupolvea tarkemmin erittelevää tutkimusta. Mediasukupolvea on ryhmitelty edelleen pienempiin ryhmiin mediankäytössä ilmenevien erojen suhteen (The Media Insight Project 2015). Mediasukupolvikäsitettä on kritisoitu myös siitä, että mediasukupolvijaottelu on usein käytetty media- ja markkinointiyritysten

piirissä yritysten tulosten parantamiseksi (Buckinham & Willet 2013; Herkman & Vainikka 2012; Matikainen 2015).

Suomalaiset tutkimukset mediasukupolvista näyttäisivät osoittavan ikäryhmien välisiä eroja. Television katsominen lisääntyy vanhempiin ikäryhmiin siirtyessä. Vastavuoroisesti lehtien lukeminen vähenee, mitä nuorempiin sukupolviin siirrytään. Karkeasti jaoteltuna voidaan vanhempaa sukupolvea nimittää sanomalehtisukupolveksi ja nuorempaa ikäpolvea nettisukupolviksi. (Herkman & Vainikka 2012, 24; Suomen virallinen tilasto 2016.) Myös Bolin ja Skogerbø (2013) toteavat, että median kulutus on pohjoismaissa ikäsidonnaista. Vanhemmat sukupolvet katsovat enemmän TV:tä ja lukevat printtilehtiä, kun taas nuoremmat ikäpolvet käyttävät mobiiliteknologiaa enemmän.

Tilastokeskuksen (2015) mukaan viimeisen kolmen kuukauden aikana vuonna 2014 16 - 34-vuotiaat lukivat verkkolehtiä 90-prosenttisesti. Lisäksi lähes 70 prosenttia heistä luki uutissivustojen keskusteluita sekä luki blogeja. Tämä ikäryhmä oli suurin ulkomaisten verkkolehtien kuluttaja, sillä lähes 60 prosenttia luki ulkomaalaisia verkkolehtiä. Sen sijaan ikäryhmä 35 - 54 – vuotiaat kuluttivat vuonna 2014 suomalaisia verkkolehtiä hieman yli 80-prosenttisesti. Heistä 55 prosenttia luki uutissivustojen keskusteluita sekä lähes 50 prosenttia luki blogeja. Lisäksi ulkomaalaisia verkkolehtiä kulutettiin ikäryhmässä lähes 40-prosenttisesti. Nuorempi sukupolvi on siis aktiivisin verkkolehtien, uutissivustojen keskusteluiden ja blogien kuluttaja. Edeltävä (vanhempi) sukupolvi oli myös aktiivinen: eroa verkkolehtien lukemisen aktiivisuudessa oli vain 10 prosenttiyksikön verran nuorempaan. Ikäryhmät eivät täysin vastaa tässä tutkimuksessa käytettyä linjausta kahden mediasukupolven ikäkohorttijakaumasta. Tulokset antavat kuitenkin osviittaa tämän tutkimuksen mediasukupolvien verkkomedioiden kuluttamisesta, sillä tutkimuksen kohteena ovat 21 - 52-vuotiaat suomalaiset. Ylläkuvatut tilastot kuvaavat 16 - 54-vuotiaita suomalaisia.

3.4 X- ja Y-mediasukupolvet

Työelämän tutkimuksessa yleisesti käytetty sukupolvijaottelu osittaa yksilöt suuriin ikäluokkiin sekä X- ja Y-sukupolveen (Yu & Miller 2005). X- ja Y-mediasukupolvia on tutkittu paljon työelämään liittyvän tutkimuksen kontekstissa (Purhonen 2007). X- ja Y-sukupolvilla on tutkitusti erilaiset lähtökohdat ja historia elämään, mikä näyttäytyy erilaisina selviytymiskeinoina ja odotuksina asioita kohtaan. Tästä huolimatta sukupolvia yhdistää suuret muutokset, joita ovat vanhempien lisääntynyt eroaminen, taloudellinen lama

sekä heikko työllisyystilanne. (Reisenwitz & Iyer 2009.) On tärkeää myös muistaa, että mediasukupolvijaottelu perustuu länsimaiseen tulkintaan ja tutkimukseen sukupolvista. Jaottelua ei esimerkiksi kannattaisi samanlaisena soveltaa koko maailman väestöön tai länsimaisen kulttuurin ulkopuolella oleviin yhteiskuntiin.

X- ja Y-sukupolvien lisäksi tällä hetkellä (vuonna 2016) puhutaan Z-sukupolvesta, joka on syntynyt ja syntyy parhaillaan digitalisoitumisen keskelle (Matikainen 2015). Kyseessä on nuorin olemassa oleva sukupolvi. Kyseinen sukupolvi rajautuu tässä tutkielmassa pois tarkastelun keskiöstä. Tutkimuksen vastaajajoukko halutaan rajata erityisesti aikuisiin, sillä useat mediaan liittyvät tutkimukset ovat kohdistuneet lapsiin ja nuoriin tai heidän huoltajiinsa (Matikainen 2015; Pääjärvi & Palsa 2015, 201). Nuorimman sukupolven tutkiminen vaatisi myös lisäresursseja tutkimuksen toteuttamiseksi, sillä alaikäiset eivät saa osallistua tutkimukseen ilman huoltajien lupaa ja tutkimusluvan myöntämistä. Lisäksi X- ja Y- mediasukupolvikäsitteisiin kiinnittynyttä tutkimusta terveysviestinnästä ei ole vielä Suomessa aikaisemmin tehty. Aikaisempaa terveystiedon luotettavuuteen liittyvää suomalaistutkimusta on tehty potilaille (ks. Drake 2009), mutta sairaalamaailman ulkopuolinen tutkimus on ollut hyvin vähäistä. Mediasukupolvijaottelun avulla halutaan saada viitteitä myös siitä, eroavatko mielipiteet näiden kahden mediasukupolven välillä terveysviestinnästä.

Tässä luvussa mediasukupolvien erittelyssä on käytetty aikaisemman mediasukupolvitutkimuksen lisäksi työelämän sukupolvitutkimusta, joka pohjautuu samoihin ikäkohorttijakaumiin tutkimuksessa käytetyn mediasukupolvijaottelun kanssa. X-mediasukupolvea on eritelty seuraavasti syntymäajankohdan mukaan: Matikaisen (2015) jaottelun mukaan X-sukupolvi kattaa vuosina 1965 - 1976 syntyneet yksilöt. Myös Westlund ja Weibull (2013) rajaavat X-sukupolven vuosina 1964 - 1976 syntyneisiin. Tolbize (2008) toteaa X-sukupolven syntymävuoden alarajan akateemisissa määritelmissä alimmillaan olevan vuosi 1963 ja X-sukupolven nuoremman pään, eli sukupolven syntymävuoden ylärajan korkeimmillaan olevan vuosi 1982. Beutell ja Wittig-Berman (2008) rajaavat X-sukupolven ikäkohortin vuosiin 1963 – 1983.

Y-mediasukupolvea on eritelty seuraavasti syntymäajankohdan mukaan: Y-sukupolvi kattaa vuosina 1977 - 97 syntyneet (Matikainen 2015). Westlund ja Weibull (2013) rajaavat Y-sukupolven vuosina 1977 - 1995 syntyneisiin. Järvensivu toteaa (2014, 19) Y-sukupolveen kuuluvien syntymän ajoittuvan vuosiin 1980 - 1990. Tolbize (2008) sen sijaan toteaa Y-sukupolven sukupolven syntymävuoden ylärajan korkeimmillaan olevan vuosi 2002 ja toisaalta

syntymävuoden alarajan akateemisissa määritelmissä alimmillaan olevan vuosi Y-sukupolven 1978.

Z-mediasukupolvea on eritelty seuraavasti syntymäajankohdan mukaan: Z-sukupolvi tarkoittaa vuoden 1998 jälkeen syntyneitä yksilöitä (Matikainen 2015). Järvensivu (2014, 19) toteaa Z-sukupolven tarkoittavan vuoden 1991 jälkeen syntyneitä yksilöitä.

Yllä kuvatuista ikäkohorttijakaumista, sukupolvista on johdettu nimitys mediasukupolvi, mitä käytetään tutkimuksen vastaajajoukosta. Mediasukupolvi-sana kuvaa ajatusta siitä, että sukupolvikäsitteen perustana on ollut mediamaisema, johon tutkimuksen kohteet ovat syntyneet. Kuten aikaisemmasta tutkimuksesta voidaan huomata, sukupolvijaottelut menevät osittain päällekkäin eikä yhtä ainoaa linjaa sukupolvien rajavuosiksi ole. Tässä tutkimuksessa linjaus rajataan X-mediasukupolven kohdalla vuosina 1964 - 1979 syntyneisiin yksilöihin ja Y-mediasukupolven kohdalla vuosina 1980 - 1995 syntyneisiin yksilöihin. Tutkimuksen toteuttamisvuonna (2016) X-mediasukupolveen kuuluva henkilö on 37 - 52-vuotias sekä Y-mediasukupolveen kuuluva henkilö on 36 - 21-vuotias.

3.4.1 X-mediasukupolvi

X-mediasukupolvi on kohdannut digitalisaation aikuiselämässään ja joutunut muuttamaan radikaalisti vanhoja työskentelytapojaan (Vodanovich & Sundaram 2010). X-mediasukupolvi on ollut olemassa ennen sosiaalisen median läpimurtoa (Säntti & Säntti 2011, 37). X-mediasukupolvea voitaisiinkin kuvata ryhmänä myös digitaalisiksi maahanmuuttajiksi. Toisaalta 1960 - 1970 luvulla syntyneitä on kuvattu televisiosukupolveksi, sillä sukupolven elämän varhaisissa vaiheissa televisiosta syntyi keskeisin viestintäväline. (Herkman & Vainikka 2012, 23.) Y-mediasukupolveen verrattuna X-mediasukupolvi on kokenut enemmän aikaisempien ajatusmallien työstämistä, uudelleenmuokkaamista ja jopa kyseenalaistamista. X-mediasukupolven kuvataan olevan kriittisempi ja varovaisempi internetiä kohtaan kuin Y-mediasukupolvi. Verkossa X-mediasukupolvi käyttää vähemmän tekniikkaa ja keskittyy harvempiin ja tuttuihin välineisiin. (Säntti & Säntti 2011, 37.) Tästä huolimatta X-mediasukupolvi on tuttu internetin käyttäjä ja kunnia internetin tuomisesta osaksi työelämää kuuluu X-mediasukupolvelle (Reisenwitz & Iyer 2009). Vaikka Y-mediasukupolven todetaan usein nuorempana sukupolvena käyttävän internetiä luontevammin, käyttää X-mediasukupolvi amerikkalaistutkimuksen mukaan nopeammin verkkopankkipalveluita kuin Y-mediasukupolvi (Reisenwitz & Iyer 2009). Toisaalta mediasukupolvella todetaan vaikeuksia hahmottaa sosiaalisen median sisältöjen laatueroja (Säntti & Säntti 2011, 37).

X-mediasukupolven kuvataan olevan ensimmäinen sukupolvi, joka hakee työn tekemisestä henkilökohtaista tyydytystä, eikä näe työtä pelkästään rahan lähteenä. X-mediasukupolven edustajat ovat innokkaita kehittämään tietämystään ja tuomaan sen osaksi työtä (Yu & Miller 2005). Lisäksi X-mediasukupolven kuvataan olevan ensimmäinen sukupolvi, jonka ennustettiin tienaavan työelämässä enemmän kuin aikaisempi sukupolvi (Tolbize 2008). Edeltävään sukupolveen, suuriin ikäluokkiin verraten, X-mediasukupolveen kuuluvat yksilöt ovat itsenäisempiä ja haluavat kehittää omia taitojaan enemmän. X-mediasukupolvi asennoituu työhönsä kuitenkin siten, että se ei saa heikentää elämän muita alueita. Työntekeminen on arvona samalla viivalla perheen, vapaa-ajan ja muiden mielenkiinnon kohteiden kanssa. (Yu & Miller 2005.) X-mediasukupolvi on lojaali ihmisille, ei niinkään työnantajille. Mediasukupolvi on myös tottunut vaihtamaan työpaikkaa toisin kuin aikaisempi sukupolvi. (Reisenwitz & Iyer 2009.)

3.4.2 Y-mediasukupolvi

Y-mediasukupolven mediakäyttäytymistä ja kuluttamista on tutkittu enemmän kuin edeltävän X-mediasukupolven. Syy nuoremman mediasukupolven tutkimuksen runsaudelle lienee se, että uuteen digitaaliseen ympäristöön syntyneet nähdään edustavampana ryhmänä ennustamaan tulevia median käytön muutoksia. Nuoremmat omaksuvat vanhempia useimmin uuden teknologian omakseen. (Kilian ym. 2012, 115.)

Y-mediasukupolvea on kuvattu useilla eri nimityksillä: milleniaalit, nettisukupolvi ja diginatiivit (Säntti & Säntti 2011, 37). Sukupolvi on ensimmäinen digitaalisen teknologian aikana varttunut mediasukupolvi (Media Insight Project 2015). Reisenwitz & Iyer (2009) toteavat, että Y-mediasukupolvi on varttunut digiaikana ja on ensimmäinen sukupolvi, joka käyttää sähköpostia, chatia ja kännyköitä lapsuudesta lähtien. Mediasukupolvea on kuvattu myös ensimmäiseksi multitasking-sukupolveksi, joka hyödyntää useita eri teknologioita samanaikaisesti (Reisenwitz & Iyer 2009). Löyhä määritelmä käsittää Y-mediasukupolven sellaiseksi, joka hyödyntää tämän hetkistä mediaa ja teknologiaa paremmin kuin aikaisempi sukupolvi (Matikainen 2015; Reisenwitz & Iyer 2009).

Y-mediasukupolven kuvaillaan olevan tiedon etsijänä monipuolinen: yksilöt etsivät tietoa eri lähteistä ja hyväksyvät keskenään riitelevän tiedon olemassaolon. Mediasukupolvea kuvataan varomattomaksi ja avoimeksi omien julkaistujen sisältöjen suhteen sosiaalisessa mediassa. Mediasukupolvea sanotaan muotivirtausten viemäksi, sillä esimerkiksi sosiaalisen median käyttöä ohjaa uusimmat tekniikat. Y-mediasukupolvi on sosiaalisessa mediassa yleistäen osallistuva, vaikuttava ja sanoo mielipiteensä. (Säntti & Säntti 2011, 37.)

Työelämässä Y-mediasukupolvi omaa positiivisemman asenteen kuin X-mediasukupolvi. Mediasukupolvi on myös valmis työskentelemään tiiminä. Tästä huolimatta mediasukupolvi on aikaisempaa sukupolvea vähemmän lojaali työnantajaa kohtaan. Vaikka heillä on paljon tavoitteita menestyksen ja urakehityksen suhteen, he eivät ole täysin sitoutuneita työnantajiinsa. He tuntevat, että heidän täytyy jättää työ, sillä voivat saavuttaa tavoitteensa toisessa työpaikassa. Y-mediasukupolvi on niin pitkään lojaali työnantajiaan kohtaan, kun mediasukupolvi tuntee, että heillä on tasapaino työn ja yksityiselämän välillä. (Reisenwitz & Iyer 2009.)

Tuoreen amerikkalaistutkimuksen mukaan mediasukupolvikäsityksen muodostaminen geneerisestä Y-sukupolvesta on liian kapeakatseinen, sillä erot median käytössä sukupolven sisällä ovat huomattavat (The Media Insight Project 2015). Tutkimukseen osallistui noin tuhat nuorta amerikkalaista. Tutkimuksessa jaoteltiin median käyttöä Y-mediasukupolven keskuudessa seuraaviin ryhmiin:

1. Sitoutumattomat
2. Etsijät
3. Häiriintyvät
4. Aktiivit

Ryhmään 1. kuuluvat ovat vuonna 2015 18 - 24-vuotiaat nuoret. Nettikäyttäytyminen keskittyy koulutuksen, ensimmäisen työpaikan hakemisen sekä sosiaalisen verkoston ylläpitämisen ympärille. Puolet ryhmästä kuluttaa uutisia sekä etsii ihmisten vastakkaisia mielipiteitä, jotka poikkeavat omien sosiaalisen median verkostojen valtamielipiteistä. Useimmat käyttävät internetiä viihteelliseen tarkoitukseen.

Ryhmään 2. kuuluvat vuonna 2015 18 - 24 -vuotiaat nuoret, jotka aktiivisesti etsivät uutisia ja tietoa internetistä. He ovat erittäin kiinnostuneita uutista ja ovat aktiivisia seuraamaan niitä internetissä. Etsijät uskovat, että uutisten lukeminen hyödyttää niin sosiaalisella kuin yhteiskunnallisella tasolla.

Ryhmään 3. kuuluvat vuonna 2015 25 - 34 -vuotiaat henkilöt, joista osa on alkanut perustaa perhettä ja kuuluu yhteiskunnassa keskiluokkaan. Heidän kuvataan pikemminkin törmäävän uutisiin kuin aktiivisesti etsivän niitä. Koko Y-mediasukupolveen verraten he saavat vähiten tietoa ja lukevat vähiten uutisia internetissä. Tästä huolimatta puolet ryhmään kuuluvista vastaanottaa suurimman osan uutisista ja tiedosta internetin kautta. Lisäksi useat seuraavat aiheita, joilla on suora hyöty-yhteys työhön, perheeseen tai yksityiselämän ongelmien ratkomiseen.

Ryhmään 4. kuuluvat vuonna 2015 25 - 34 -vuotiaat henkilöt, jotka edellisestä ryhmästä poiketen etsivät aktiivisesti tietoa ja uutisia internetistä. He

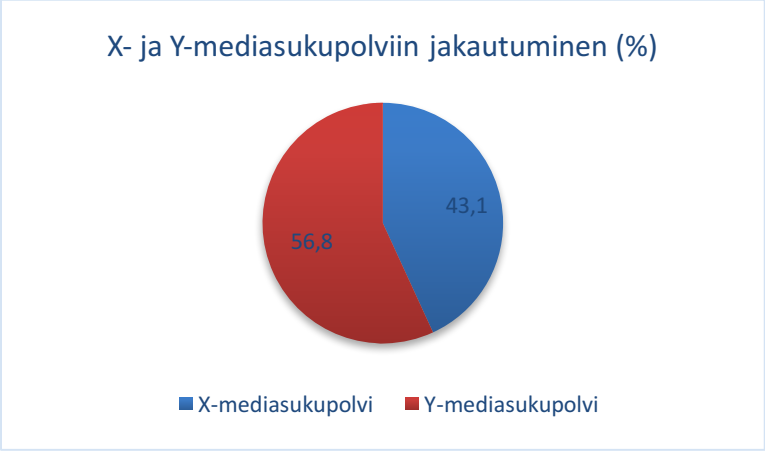
ovat saavuttaneet vakaan elämäntilanteen ja ovat hankkineet elämänsä aikana maailmasta niin paljon tietoa, että heillä on energiaa käyttää aikaa maailmanmenon seuraamiseen. He käyttävät harvemmin internetiä viihteelliseen tarkoitukseen.

Myös Kilian ym. (2012, 121) jaottelee Y-mediasukupolvea edelleen pienempiin ryhmiin: 1) viihdettä etsiviin, 2) laajasti verkostoituneisiin sekä 3) hillittyihin Y-mediasukupolven edustajiin. Kuten jo aiemmin mainittiin, Y-mediasukupolvi on tutkitumpi mediasukupolvi kuin X-mediasukupolvi. Y-mediasukupolven sisäistä jaottelua on tehty ja tutkittu tarkemmin kuin X-mediasukupolven sisäisiä eroavaisuuksia. Voi siis olla, että X-mediasukupolven sisäinen jaottelu olisi relevanttia ja lisäsi X- mediasukupolvikäsitteen luotettavuutta tässä tutkimuksessa. Sekä Y- että X-mediasukupolvia tarkastellaan tässä tutkimuksessa kuitenkin kahtena joukkona, joita ei ole eritelty alaryhmiin. Tarkastelun kohteena on pikemminkin selvittää, löytyykö näiden kahden mediasukupolven väliltä eroja.

3.5 Vastaajajoukko

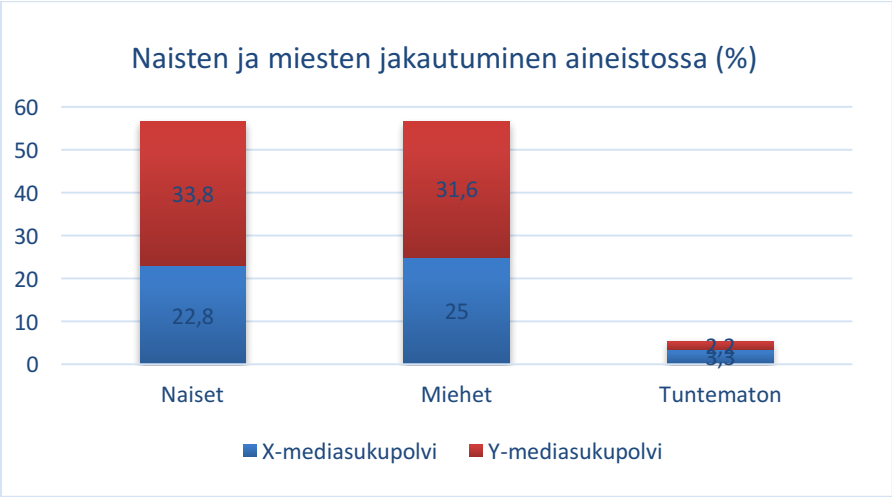
Tarkoin rajatulla vastaajajoukolla mahdollistetaan tutkimuksen analyysin syvällinen toteuttaminen. Tutkimuksen toteuttamisen ongelmana esiintyy usein liian runsas ja laaja aineisto, joka aiheuttaa analyysin pinnallisuuden (Tutkimusmenetelmät ja aineistot 2015). Tämän tutkimuksen perusjoukko koostui suomalaisista suomenkielisistä vuonna 1964 - 1995 syntyneistä henkilöistä, jotka käyttävät internetiä. Tutkimuksen kahdesta perusjoukosta käytetään nimiä X-mediasukupolvi (52 - 37-vuotiaat) ja Y-mediasukupolvi (36 - 21-vuotiaat).

Kokonaisuudessaan kyselyyn osallistui 118 vastaajaa, joista yhdeksän ei ilmoittanut syntymävuottaan. Tutkimukseen otettiin mukaan vain syntymävuotensa ilmoittaneet henkilöt, joita oli yhteensä 109 henkilöä (N=109). Vuonna 1964 - 1979 syntyneitä (X-mediasukupolvi) aineistossa oli 43 prosenttia (n=47) ja vuonna 1980 - 1995 syntyneitä (Y-mediasukupolvi) aineistossa oli 57 prosenttia (n=62) (kuvio 3).



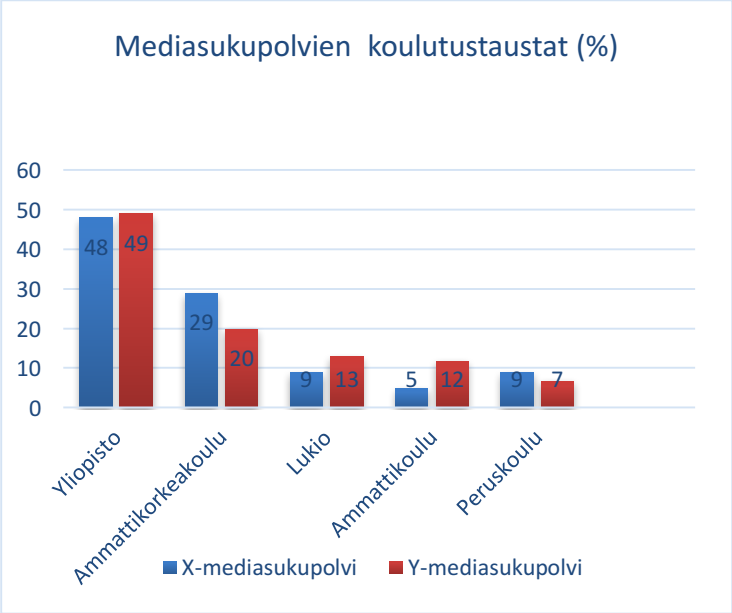
KUVIO 3 X- ja Y-mediasukupolviin jakautuminen aineistossa (N=109)

Kyselyyn vastasi naisia ja miehiä saman verran. X-mediasukupolvessa naisia oli 21 ja Y-sukupolvessa naisten osuus oli 31 eli yhteensä 52 oli naisvastaajia. X -mediasukupolvessa miehiä oli 23 ja Y-mediasukupolvessa 29, eli yhteensä 52 miesvastaajaa. X-mediasukupolveen kuuluvia oli lisäksi kolme (3), jotka eivät ilmoittaneet sukupuolta. Samoin Y-mediasukupolveen kuuluvista henkilöistä kaksi (2), ei ilmoittanut omaa sukupuoltaan. Yhteenlaskettuna kaikki X- ja Y-mediasukupolveen luokitellut henkilöt muodostavan 109 (N= 109) henkilön kokoisen vastaajajoukon. Kuviossa 4 havainnollistetaan sukupuoliin jakautuminen aineistossa prosentuaalisesti. Kuviosta 4 voidaan havaita, että sukupuolien välinen jakauma on tasapuolinen. Naisia ja miehiä aineistossa on lähes saman verran (50 %) koko aineistossa. Sekä X-mediasukupolven että Y-mediasukupolven sisäisesti sukupuolijakauma on myös tasapuolinen: naisia ja miehiä on lähes saman verran.



KUVIO 4 Naisten ja miesten jakautuminen aineistossa (n=109)

Kuviossa 5 kuvaannollisettaan mediasukupolvien jakautumista koulutustaustojen suhteen. X-mediasukupolvi jakautui koulutustaustoiltaan seuraavasti: yliopistokouluttautuneita henkilöitä oli 48 prosenttia, ammattikorkeakoulukouluttautuneita 9 prosenttia, lukiokouluttautuneita 9 prosenttia, ammattikoulun käyneitä 5 prosenttia sekä peruskoulun käyneitä 9 prosenttia. Y-mediasukupolvi oli jakautunut koulutustaustoiltaan siten, että yliopistokouluttautuneita henkilöitä ryhmästä oli 49 prosenttia, ammattikorkeakoulukouluttautuneita 20 prosenttia, lukiokouluttautuneita 13 prosenttia, ammattikoulun käyneitä 12 prosenttia ja peruskoulun käyneitä 7 prosenttia.



KUVIO 5 Mediasukupolvien jakautuminen koulutustaustoittain (n=109)

Nummenmaa (2009) toteaa, ettei ole yleistä sääntöä sille, kuinka paljon riittävä määrä määrällisen tutkimuksen otannalle on. Toisaalta Vilkka (2007) ja Heikkilä (2004) kirjoittavat, että määrällisessä tutkimuksessa suositeltava havaintoyksiköiden määrä on 100. Tässä tutkimuksessa aineistonkeruu päätettiin lopettaa, kun vastaajien ikä- ja sukupuolijakauma asettui tasaisesti sekä vastaajia oli yli 100 kappaletta. Vastaajista 50 prosenttia oli miehiä sekä 50 prosenttia naisia. Lisäksi jokaiselta syntymävuodelta oli vähintään yksi havaintoyksikkö. Heikkilä toteaa vertailevan tutkimusasetelman havaintoyksiköiden vähimmäismääräksi 30 havaintoyksikköä. Tässä tutkimuksessa yksi vertaileva ryhmä koostui yli 50 havaintoyksiköstä, mikä tarkoittaa, että X- ja Y-mediasukupolvissa vastaajia oli kummassakin ryhmässä yli 50 kappaletta.

3.6 Tutkimusaineiston keruu

Kysely tehtiin sähköisellä kyselylomakkeella kyselynetti.com-palvelun avulla. Palveluun päädyttiin, sillä ohjelma oli helppokäyttöinen sekä sisälsi mahdollisuuden kyselyn visuaaliseen muokkaamiseen. Ohjelman etuna oli myös ilmainen käyttömahdollisuus opiskelijalle. Kyselypalvelu ei myöskään rajoittanut kysymysten määrää.

Kyselyn lähettämisen ajoittaminen on tärkeää tarpeeksi suuren vastaajajoukon saamiseksi (Vilkka 2007, 29). Kysely lähetettiin keskustelupalstoille tiistaina 1.2.2016. Kyselyn lähettäminen ajoittui tutkimuksen toteuttamisen kannalta otolliseen ajankohtaan: joulun pyhien herkutteluiden jälkeen alkuvuosi on mediassa terveys- ja hyvinvointiaiheiden ruuhka-aikaa. Kyselylomakkeen jakamisvaiheessa vastaajia pyrittiin saamaan kyselyyn osallistumiskutsun avulla (ks. liite 2). Osallistumiskutsuissa kerrottiin tutkimuseettisistä asioista, kuten vastausten käsittelemisestä anonyymisti, kyselyn tarkoituksesta, arvioidusta vastausajasta sekä tutkijan yhteistiedoista.

Kyselyä jaettiin suomalaisilla keskustelupalstoilla ja sosiaalisessa mediassa. Se lähettiin suomi24.fi -, plaza.fi -, tiede.fi -, murobbs.muropaketti.com - sekä menaiset.fi -sivustojen keskustelupalstoille. Kyselyä päädyttiin jakamaan keskustelupalstojen lisäksi Facebookissa sekä Twitterissä. Edellä mainitut kanavat otettiin aineistonkeruuprosessiin mukaan, sillä näissä kanavissa oli mahdollisuus jakaa kyselyä eteenpäin ja näin saada suurempi vastaajajoukko kyselyyn. Kyselyn arveltiin saavan vastauksia nopeammin Twitterin ja Facebookin kautta, joten kysely laitettiin kyseisiin kanaviin kolme päivää myöhemmin kuin keskustelupalstoille.

Koska kyselylomaketta jaettiin myös keskustelupalstoilla, kyselyyn vastaaminen edellytti vastaajan itse löytävän kyselyn keskustelupalstalta. Lukijan motiivi kyselyyn osallistumiseen tällaisessa tapauksessa on usein mielenkiinto aihetta kohtaan (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Kuten jo aikaisemmin mainittiin, keskustelufoorumit ovat yksi sosiaalisen median areenoista, missä maalikoilla on mahdollisuus tuoda äänensä esiin. Näin ollen keskustelupalstojen käyttäminen aineistonkeruun kanavana mahdollisti myös muiden kuin asiantuntijoiden tai terveysalan ammattilaisten osallistumisen kyselyyn. Toki on huomioitava, että keskustelupalstoilla voi olla osallisena myös asiantuntija- ja ammattitason yksilöitä, jotka lukevat tai kommentoivat keskusteluita muiden käyttäjien parissa. Kyselyä jaettiin valituilla keskustelufoorumeilla terveys- tai yleiskeskustelussa tai molemmissa. Kyselyä jaettiin esimerkiksi tiede.fi-sivuston vapaa sana –keskusteluketjussa, minkä tarkoituksena oli saada erityisesti muiden kuin terveyden ammattilaisten vastauksia.

3.7 Aineiston analyysi

Tutkimuksen kvantitatiivista aineistoa analysoitiin SPSS Statistics -ohjelman avulla. Ohjelman avulla aineistoa voitiin analysoida kahden eri mediasukupolven kesken. Ensin aineisto siirrettiin kyselynetti.com -palvelusta Excel -muotoon, mistä aineisto oli mahdollista siirtää SPSS Statistics -ohjelmaan. Aineiston analysoinnin alussa tarkastettiin aineistossa mahdollisesti olevia virheitä. Aineistosta nousi esiin muutama päällekkäisyys, jolloin vastauksia ei otettu huomioon. Esimerkiksi kysymykseen 10 (ks. liite 2) oli jäänyt virheellisesti mahdollisuus vastata kaksi eri vaihtoehtoa, vaikka kysymyksessä oli alkuperäisesti tarkoituksena saada vastaajaa kohti yksi vastaus. Vastaajat, jotka olivat antaneet kysymykseen kaksi vastausta, karsittiin pois. Aineiston tarkastamisen jälkeen aineistoa aloitettiin systemaattisesti analysoimaan kysymys kerrallaan. Jokainen kysymys analysoitiin peilaten sitä kahteen päätaustamuuttujaan X- ja Y-mediasukupolveen.

Tutkimuksen laadullista aineistoa aloitettiin analysoimaan aineistolähtöisesti. Aineistolähtöinen analyysi tarkoittaa sitä, että aineiston analyysiyksiköitä ei ole valittu etukäteen (Sarajärvi & Tuomi 2009). Tarkoituksena oli Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaisesti toteuttaa analyysiä aineiston tiedonantajien ehdoilla. Näin ollen aineistolähtöisessä analyysissä varottiin tutkijan omien ennakkokäsitysten sekoittumista analyysiin analyysiprosessin aikana. Tämän tutkielman laadullisen aineiston analyysimenetelmäksi valikoitui tyypittelymenetelmä, sillä sen avulla voitiin tehdä teemoihin perustuvia yleistyksiä, tyyppiesimerkkejä aineistosta esiin nousevista tapauksista (Sarajärvi & Tuomi 2009).

Laadullisen aineiston analyysiprosessissa sovellettiin Alasuutarin (1999) laadullisen tyypittelymenetelmän yleistä kaavaa. Alasuutarin (1999) mukaan laadullisen analyysin yleinen prosessi koostuu kahdesta vaiheesta: havaintojen pelkistämisestä sekä kysymyksen ratkaisemisesta. Ensin aineistossa kiinnitetään huomiota siihen, mikä on tutkimuksen kysymyksen asettelun kannalta olennaista. Pelkistämisen toisessa vaiheessa on tarkoituksena karsia havaintojen määrää yhdistämällä havaintoja. Ensimmäisessä vaiheessa poimitut raakahavainnot yhdistetään harvemmaksi havaintojen joukoksi. Havaintojen yhdistämisessä piilee ajatus siitä, että aineistossa ajatellaan olevan näytteitä samasta ilmiöstä. Kysymyksen ratkaiseminen tarkoittaa, että käytettävissä olevien vihjeiden perusteella tehdään tulkinta tutkittavasta ilmiöstä. Kysymyksen ratkaisemiseen kuuluu olennaisesti muuhun tutkimukseen ja teoreettiseen viitekehykseen vertaaminen sekä ymmärtävä selittäminen. (Alasuutari 1999.)

Edellä kuvatun laadullisen analyysiprosessin rungon lisäksi analyysiprosessissa käytettiin apuna tutkimuskirjallisuutta tyypittelymenetelmästä. Tyypittelyllä tarkoitetaan aineiston analyysiä, jossa aineistoa pyritään tiivistämään sitä havainnollistaviin tyyppeihin. Tyypittely on myös vastaajien tarjoaman informaatioaineksen tyypittelyä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Toisaalta tyypittelyä voidaan kuvata aineiston ryhmittämistä tietyiksi tyypeiksi, jolloin joukko tiettyä teemaa koskettavia näkemyksiä yleistetään tyypiksi (Sarajärvi & Tuomi 2009). Tyypittely vaatii aineiston syvää ja laajaa työstämistä sekä lopuksi aineiston tiivistämistä. Tyypittelyn raportoinnissa voidaan edetä kuvaamalla aluksi muodostetut tyypit, joiden sisältöä eritellään sen jälkeen yksityiskohtaisemmin esiin nousseiden teemojen avulla. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tyypittelyprosessin alussa pidettiin mielessä Alasuutarin (1999) ohjeistus sopivan yleisyystason löytämisestä tyypittelyssä. Tyypittelyn luokittelu ei saa olla liian korkea, sillä tällöin saman tyypin edustajiksi nivoutuu toisistaan eroavia tapauksia. Toisaalta tyypittelyn luokittelu ei saa olla liian pieniin eroihin keskittyvä, sillä tutkija joutuu tekemään tällöin luokituksia, joihin tulee vain muutama luokittelun edustaja.

Laadullista analyysia tehtiin kyselylomakkeen kysymyksen kohdalla 13: millaisia asenteita sinulla on ristiriitaisia terveysviestejä kohtaan? (Ks. liite 2). Kysymys 13 oli ainoa kyselylomakkeen täysin avoin kysymys. Kyselyn muut avoimet kohdat olivat täydentäviä osioita suljetuissa kysymyksissä ja toimivat kysymysten täydentävinä vastauksina (kysymykset 9, 11 ja 12). Tässä tutkielmassa laadullista aineistoa aloitettiin käymään läpi pitäen mielessä tutkimuskysymys numero 2: miten ristiriitaiseen terveysviestintään suhtaudutaan? Tutkimuskysymystä tutkittiin vertailevasti X- ja Y-mediasukupolvien välillä.

Laadullisen kysymyksen (Ks. liite 2, kysymys 13) analysointi aloitettiin erottelemalla ensin X- ja Y-mediasukupolvien vastaukset toisistaan erilleen Excel-taulukkoon. Tämän jälkeen vastaukset siirrettiin Word-tiedostoksi ja vastauksia alettiin lukea useaan kertaan läpi. Aineistosta ryhdyttiin etsimään esiin nousevia teemoja. Analyysissä keskityttiin ensin samankaltaisuuksien kokoamiseen. Kun samankaltaisuuksia oli löydetty, aloitettiin kokoamaan samankaltaisuuksia eri luokkiin. Tässä vaiheessa aineistoa pelkistetiin ja aineistosta pyrittiin nostamaan esiin tutkimuksen kannalta oleellinen ja karsimaan epäoleellinen (Alasuutari 1999; Sarajärvi & Tuomi 2009). Aineiston pelkistäminen tapahtui siten, että aluksi yhdistäviä teemoja nostettiin esiin keltaisella alleviivauksella. Tässä vaiheessa aineistosta pyrittiin havaitsemaan yhteneväisiä vastauksia, joita ei vielä tarkemmin analysoitu omiin luokkiinsa. Tämän jälkeen näitä keltaisella merkittyjä alleviivauksia aloitettiin osittamaan edelleen pienempiin yksiköihin. Uudet ryhmät eli luokat eroteltiin sinisellä,

vihreällä ja punaisella värillä, jotta pystyttiin helpommin hahmottamaan luokkiin kuuluvia sisältöjä. Sinisellä värillä merkittiin vastauksia, joissa ilmeni kriittisyyttä suomalaista mediaa kohtaan. Vihreällä merkittiin vastauksia, joissa ei kritisoitu mitään tiettyä tahoa ja ilmiöön suhtauduttiin ymmärtäväisesti. Punaisella merkittiin vastauksia, joissa ilmeni kritiikkiä suomalaisia viranomaisia kohtaan. Kun alustavat luokitukset oli löydetty, aloitettiin aineistoa analysoimaan uudelleen ja tarkastamaan, että löydetyt luokat todella edustivat aineistoa. Tarkastuskierrosten jälkeen muutamia muutoksia tapahtui. Vihreällä merkittyjä vastauksia tuli vielä lisää. Jaottelua tehtiin siten, että jokaisen vastaajan kokonainen vastaus luokiteltiin yhteen luokkaan kuuluvaksi. Lähtökohdaksi otettiin se, ettei vastaajan vastaus voinut edustaa kahta eri luokkaa.

Aineistosta nousi esiin kolme selkeää pääluokkaa, jotka kuvataan yksityiskohtaisemmin tulosluvussa 4.4. Pääluokat muodostettiin aikaisemmin kuvatun väriluokkajaottelun pohjalta. Kun aineistosta oli löydetty kolme pääluokkaa, aloitettiin näiden sisältöjä tulkitsemaan tarkemmin. Sisältöjen avulla kirjoitettiin tyyppikuvauksia siten, että kuvaukset sopivat kaikkiin luokan sisälle päätyneisiin vastauksiin. Luokkien muodostamisen aikana huomattiin, että aineistosta ei ollut mahdollista muodostaa X- ja Y-mediasukupolvien eroihin perustuvia luokkia, sillä eroja ei varsinaisesti löytynyt mediasukupolvien välillä. Analyysiprosessin aikana todettiin, että on mielekkäämpää analysoida aineistoa kokonaisuutena ja ryhmitellä aineistoa siitä nousevien teemojen perusteella. Näin ollen tämän luvun alussa mainittu aineiston vastausten erottelu X- ja Y-mediasukupolviin ei toiminut luokittelujen peruslähtökohtana.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä teorialuvussa esitellään tutkimuksen tavoite sekä tutkimuksen tutkimuskysymykset (luku 4.1). Tämän jälkeen kuvataan määrällistä ja laadullista tukimusta (luku 4.2), minkä jälkeen tutustutaan kyselytutkimukseen tutkimusmenetelmänä (luku 4.3). Näiden lukujen jälkeen kerrotaan kyselyn laatimisesta (luku 4.4), vastaajajoukosta (luku 4.5) sekä tutkimusaineiston keruusta (luku 4.6). Viimeisenä esitellään aineiston analyysi (luku 4.7).

4.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tarkoituksena tässä tutkielmassa oli selvittää X- ja Y-mediasukupolven käsityksiä verkon terveysviestinnästä. Erityisesti tässä tutkimuksessa haluttiin kartoittaa suhtautumista ristiriitaiseen terveysviestintään sekä tehdä selvitystä siitä, mistä asioista kokemus terveysviestinnän luotettavuudesta rakentuu. Tutkimuksen tavoitteita pyrittiin selvittämään seuraavien tutkimuskysymysten avulla:

Tutkimuskysymys 1. Mistä asioista kokemus terveysviestinnän luotettavuudesta syntyy?
Tutkimuskysymys 2. Miten ristiriitaiseen terveysviestintään suhtaudutaan?

Yllä olevia tutkimuskysymyksiä tutkittiin vertailevasti X- ja Y-mediasukupolvien välillä. Lähtökohtana tutkimuksessa oli kartoittaa Y-mediasukupolven eli 21 - 36-vuotiaiden ja X-mediasukupolven eli 37 - 52-vuotiaiden kokemuksia omia käsityksiä verkon terveysviestinnän luotettavuuden rakentumisesta ja ristiriitaisuudesta. Tutkimuskysymyksiin selvitettiin vastauksia vertailevasti kyselytutkimuksen avulla. Tarkoituksena oli

selvittää, eroavatko terveysviestintään kohdistuvat käsitykset kahden mediasukupolven välillä. Hypoteesina esitettiin, että kaksi eri mediasukupolvea kokevat terveysviestinnän luotettavuuden sekä suhtautuvat terveysviestinnän ristiriitaisuuteen eri tavalla. Hypoteesi pohjautui aikaisempaan tutkimuskirjallisuuteen X- ja Y-mediasukupolvien eroista. Koska tutkimuskirjallisuudessa voidaan erottaa kaksi erilaista mediasukupolvea, oletetaan että erilaisuus näkyy myös mediasukupolvien käsityksissä terveysviestinnästä. Tällä tutkimusasetelmalla pyrittiin tuottamaan ajankohtaista akateemista tutkimustietoa terveysviestinnän kentälle aikuisiässä olevien yksilöiden näkökulmista, sillä esimerkiksi Pääjärvi & Palsa (2015) toteavat, että erityisesti aikuisten medialukutaitoa käsittelevää tutkimusta kaivataan edelleen.

Kun media, terveysalan ammattilaiset ja terveysaiheista bloggaavat saavat uutta tutkimustietoa terveysviestinnän kentältä, voidaan tietoa käyttää kohdennetusti terveystiedon perimmäiseen tarkoitukseen, eli terveyden edistämiseen. Ymmärrys siitä, kuinka terveysviestintää hyödynnetään internetissä, voi olla ratkaisevaa esimerkiksi terveysviestinnän sisällöntuottajille, käyttäjien huomion saamiseksi tai säilyttämiseksi. (Atkinson, Saperstein & Pleis 2009.) Tämä tutkimus on kohdennettu erityisesti suomen kieltä puhuviin suomalaisiin. Kulttuurisesti suuntautunut terveysviestinnän tutkimus on tärkeää, sillä terveysviestinnän kuluttajilla on erilaisia tarpeita ympäri maailmaa (Kreuter McClure 2004).

4.2 Laadullinen ja määrällinen tutkimus

Metsämuuronen (2010) sekä Heikkilä (2004) toteavat, etteivät laadullinen eli kvalitatiivinen ja määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus ole toisiaan poissulkeva vaan pikemminkin toisiaan tukeva yhdistelmä. Myös Alasuutari (1999) toteaa, että määrällistä ja laadullista tutkimusta voi soveltaa saman aineiston analysoimisessa, eikä menetelmiä tulisi ajatella toistensa vastakohtina vaan pikemminkin tutkimuksen analyysin jatkumona. Määrällisen ja laadullisen tutkimusmenetelmien yhdistämisestä puhutaan tutkimuskirjallisuudessa termillä yhdistetyt menetelmät (engl. Mixed Methods). Yhdistämällä tutkimuksessa sekä laadullista että määrällistä analyysia, voidaan menetelmistä ottaa käyttöön kummankin parhaat puolet (Creswell 2013). Tässä tutkielmassa aineisto kerättiin kyselylomakkeella ja kyselystä saatua aineistoa analysoitiin sekä määrällisesti että laadullisesti. Yhdistämällä laadullisuus ja määrällisyys saatiin ilmiöön monipuolisempia näkökulmia. Laadullinen analyysi toimi tässä tutkielmassa määrällisen analyysin tukena.

Metsämuuronen (2010) määrittelee laadullisen tutkimuksen olevan kokonainen joukko erilaisia tulkinnallisia tutkimuskäytäntöjä, joilla ei ole varsinaisesti omaa teoriaa tai paradigmaa. Yksinkertaisimmillaan voidaan sanoa, että laadullinen tutkimus on aineiston kuvaamista ei-numeraalisesti (Tilastokeskus 2016). Heikkilä (2004) kuvaa laadullisen tutkimuksen tavoitteen olevan tutkimuskohteen syvä ymmärtäminen. Laadullinen tutkimus on kehittynyt kokemukseen perustuvan havainnon ympärille siitä, etteivät tilastolliset menetelmät kykene kuvaamaan inhimillisiä toimintoja tarpeeksi syvällisesti (Tilastokeskus 2016). Laadullinen tutkimus perustuu tutkijan omaan tulkintaan, intuitioon sekä järkeilykykyyn. Tämän vuoksi laadullisessa tutkimuksessa on vaarana aineiston ristiriitainen tulkinta. (Muuronen 2010). Tässä tutkimuksessa laadullista dataa haluttiin kerätä mediasukupolvien suhtautumisesta ristiriitaiseen terveysviestintään. Ristiriitaisuuden ilmiötä on tutkittu tiedemaailmassa vähän, joten pidettiin tärkeänä syventää tietämystä ristiriitaisuuden ilmiöstä vastaajien omien sanojen kautta.

Määrällinen tutkimus eroaa laadullisesta tutkimuksesta siten, että aineiston analysoimisessa käytetään tilastollisia menetelmiä (Craswell 2013). Vilkka (2007) toteaa määrällisen tutkimuksen ominaispiirteiksi tiedon esittämisen numeerisesti, mittaamisen, tiedon strukturoinnin sekä suuren vastaajajoukon määrän. Määrällinen tutkimus on menetelmä, joka vastaa kysymyksiin: kuinka paljon tai miten usein? Kvantitatiivisen menetelmän avulla kerrotaan muuttujien välisistä eroista sekä suhteista (Vilkka 2007). Tässä tutkielmassa määrällisellä menetelmällä haluttiin saada esiin yhtäläisyyksiä ja erovaisuuksia X- ja Y-mediasukupolven käsityksistä. Hypoteesina tutkielmassa oli, että mediasukupolvien käsitykset eroavat toisistaan. Alasuutari (1999) toteaa, että kvantitatiivisen tutkimuksen perustana on tutkimusyksiköiden välisten erojen etsiminen suhteessa muuttujiin. Tässä tutkimuksessa ikä-muuttujia verrattiin toisiinsa, joita peilattiin myös kysyttyihin taustamuuttujiin. Toisaalta voidaan todeta, että määrällisellä tutkimuksella pyritään selvittämään yleensä mikä on tutkittavan asian tämänhetkinen tilanne (Heikkilä 2004). Tämänhetkistä tilannetta kartoitettiin siten, että tutkimusasetelmalla pyrittiin saamaan ajankohtaista tietoa aikuismediasukupolvien tilanteesta. Syy aikuisten mediatutkimukseen piilee siinä, että aikuisista tehtyä mediatutkimusta on tehty vähän. Aikuisiin kohdistuva mediatutkimus on tärkeää, sillä sen tulokset heijastuvat myös nuoriin. Aikuiset ovat mediakasvattajia ja näyttävät nuorille mallia esimerkiksi terveysviestinnän tulkitsemisessa ja luotettavuuden arvioinnissa. Objektiivisuus määrällisessä tutkimuksessa syntyy siitä, että tutkija pysyy erillään haastateltavasta kohteesta (Tilastokeskus 2016). Tässä tutkimuksessa tutkija ei ollut fyysisesti paikalla aineistonkeruun vaiheessa.

Tämän tutkielman tekeminen alkoi aihealueen valitsemisesta. Seuraava vaihe oli tutkimussuunnitelman laatiminen sekä aikaisempaan tutkimukseen perehtyminen, jotka tapahtuivat osittain samanaikaisesti. Tämän jälkeen prosessi eteni tiedonkeruuvälineen valitsemiseen ja tästä edelleen itse aineistonkeruuvaiheeseen. Tiedonkeruuvälineeksi valikoitui kyselylomake, johon rakennettiin sekä määrällisiä että laadullisia kysymyksiä. Ennen aineistonkeruuta kyselylomake suunniteltiin ja testattiin huolella. Näiden vaiheiden jälkeen prosessi eteni edelleen kyselylomakkeella saadun aineiston käsittelemiseen, analysoimiseen, sen raportoimiseen sekä viimeiseksi johtopäätösten muodostamiseen.

4.3 Tutkimusmenetelmänä kyselytutkimus

Kuten jo aikaisemmin mainittiin, tämän tutkimuksen tutkimusmenetelmäksi valikoitui kysely. Kysely valittiin tutkimusmenetelmäksi, sillä kyselytutkimuksella voidaan tutkia laajan joukon mielipiteitä ja käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä (Anttila 1998).

Kyselyn idea on yksinkertainen, sen avulla voidaan selvittää, mitä ihminen itse ajattelee (Sarajärvi & Tuomi 2009). Verkkotutkimuksissa yleisesti pidetty ongelma on, että kaikilla ei ole mahdollisuutta vastata kyselyyn. Tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita erityisesti internetin terveysviestinnästä, joten verkkokyselyn katsottiin olevan sopiva valinta sen rajatessa internetiä käyttämättömät henkilöt pois. Kysely on aineiston keräämistä, jossa vastaaja lukee itse kysymykset ja vastaa niihin. Kysymysten muoto on vakio, eli kaikilta kyselyyn osallistuvilta kysytään samat kysymykset (Vilkka 2007). Kysely on toisaalta taloudellisesti tehokas ja aikaa säästävä tapa kerätä aineistoa. Kun sähköinen kysely on huolellisesti suunniteltu, tutkija pääsee työskentelemään nopeasti aineiston kanssa, joka on valmiina sähköisessä muodossa. Tutkijan on kuitenkin syytä varata kyselylomakkeen suunnitteluun riittävästi aikaa, jotta aineisto on myöhemmin analyysikelpoinen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007; Vilkka 2007.)

Anttila (1998) nimeää neljä peruspilaria kyselytutkimuksen tärkeimmiksi periaatteiksi, joita ovat: systemaattisuus, edustavuus, objektiivisuus sekä määrällisyys. Ensimmäiseksi, kyselyn tulee olla suunniteltu huolellisesti ja systemaattisesti, jotta ilmiö voidaan kuvata kyselystä saadun datan avulla. Toiseksi, kyselyn tulee edustaa haluttua joukkoa. Kolmanneksi, kyselyn tulee olla tehty niin tarkasti, että se kestää myöhemmin tarkastelua. Neljänneksi, kyselyn täytyy sisältää sellaisia kysymyksiä, jotka voidaan esittää määrällisessä muodossa. Viimeisin kuvattu peruspilari viittaa siihen, että kysely olisi vain

määrällinen tutkimusmetodi. Kysely voi kuitenkin sisältää myös avovastauksia, joita ei esitetä tai analysoida määrällisessä muodossa.

Tutkijan tulee valita kaikki kysymykset harkiten, sillä liian pitkä kysely vähentää vastaajien määrää. Ongelmallista voi olla se, että yksilöt joita aihe ei kiinnosta, eivät vaivaudu vastaamaan kyselyyn. Lisäksi aihetta arastelevat tai vastustavat voivat helposti jättää vastaamatta. Tällöin jakaumasta voi tulla vino ja tutkimus saattaa olla epäedustava. (Anttila 1998.) Haitallista voi olla myös se, ettei koskaan voida varmistua vastaajan tietämystasosta kysyttyä aihetta kohtaan. Kyselytutkimuksessa ei voida myöskään varmistua, kuinka vakavasti kyselyyn on vastattu. (Hirsjärvi ym. 2007, 195.)

Kyselyn eduksi sen sijaan katsotaan strukturoidun rakenteen tarjoama mahdollisuus vastausvirheiden minimoimiseen, joita voi syntyä tutkijan analysoidessa vastaajien mahdollisesti epäselviä tai sekalaisia vastauksia. Kyselylomakkeen avulla voidaan myös vähentää vastaajien ponnisteluja sekä kynnystä osallistua tutkimukseen. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 39.)

4.4 Kyselyn laatiminen

Jos kyselylomake tehdään huolimattomasti, huolimattomuus heijastuu myös aineiston analyysivaiheessa (Hirsjärvi ym. 2007, 198). Kysymykset pyrittiin laatimaan mahdollisimman selkeästi ja yksiselitteisesti. Myös lomakkeen loogisuuteen ja asioiden kysymysjärjestykseen kiinnitettiin huomiota. Kysymykset muotoiltiin mahdollisimman spesifeiksi, jotta väärin tulkitsemisen mahdollisuus analyysivaiheessa pienenisi. Kyselyssä kysyttiin yhtä asiaa kerrallaan, jolloin kysymykset olivat helpommin ymmärrettäviä vastaajalle (Hirsjärvi ym. 2007, 202 - 203). Sähköisen lomakkeen asetuksia muokattiin siten, että vastaajalla oli mahdollisuus lähettää lomake, vaikka kaikkiin kysymyksiin ei vastattaisikaan. Näin saataisiin hyödynnettyä myös mahdollisesti kyselyn kesken jättäneiden dataa.

Pääasialliseksi kysymystyypiksi valittiin suljetut monivalintakysymykset sekä Likertin asteikkoon perustuvat kysymykset (ks. liite 1). Kyselyn kolmeen (kysymykset 9, 11 ja 12) suljettuun kysymykseen lisättiin muuta-kohta. Lisäksi kyselyn viimeinen kysymys (kysymys 13) oli muodoltaan avoin. Yhdistämällä strukturoituun kyselyyn laadullisesti analysoitavaa aineistoa ilmiötä voidaan ymmärtää paremmin (Sarajärvi & Tuomi 2009). Avoimilla kohdilla voidaan mahdollisesti saada sellaisia vastauksia esiin, joita tutkija ei välttämättä itse huomaa. Strukturoitujen kysymysten suurella osuudella pyrittiin estämään kirjavat vastaukset sekä mahdollistamaan vastausten luotettavampi vertaileminen. (Hirsjärvi ym. 2007, 198 - 201.) Kysely tehtiin mahdollisimman

lyhyeksi, jotta kyselyyn osallistuvan vastaamisinnokkuus pysyisi yllä lomakkeen loppuun asti. Kyselyyn valikoitui yhteensä 13 kysymystä, jotka suunniteltiin tutkimuskysymysten perusteella. Lisäksi kyselyn alussa haluttiin valita tutkimuskysymyksiä taustoittavia kysymyksiä, jotta tuloksia voitaisiin analysoida syvemmin. Kyselyn ensimmäisellä sivulla kysyttiin terveysviestinnän luotettavuuteen liittyviä kysymyksiä ja toisella sivulla terveysviestinnän ristiriitaisuuteen. Rakenteen ajateltiin olevan selkeä ja helpottavan sekä vastaajaa että lopulta analyysivaiheessa tutkijaa, kun sivut oli jaettu selkeästi teemoittain kahteen eri osioon.

Kysymysten sisältöä suunniteltiin siten, että ensin laadittiin lista esimerkkikysymyksistä, jotka rakennettiin tutkimuksen teoriataustan pohjalta. Vastaajilta haluttiin kysyä taustoittavia kysymyksiä, jotta saataisiin käsitys, millainen vastaajan suhde on ilmiöön. Taustoittavia kysymyksiä oli 2. Kysymyksillä kartoitettiin, missä viestintäkanavissa vastaajat kuluttavat terveysviestintää sekä kuinka kiinnostuneita vastaajat oman arvionsa mukaan ovat terveysaiheista. Tässä oli ajatuksena, kuten muidenkin kysymysten kohdalla, saada esiin mahdollisia eroavaisuuksia mediasukupolvien välillä.

Kuten jo aiemmin mainittiin, taustoittavien kysymysten lisäksi kyselyyn rakennettiin selkeät teemat: luotettavuus ja ristiriitaisuus. Kysymykset terveysviestinnän luotettavuudesta muotoiltiin pitäen mielessä tutkimuskysymys 1. Mistä asioista kokemus terveysviestinnän luotettavuudesta syntyy? Luotettavuutta sekä ristiriitaisuutta kartoittavat kysymykset haluttiin jokainen saada tuomaan lisäarvoa tutkimukselle. Näin ollen kysymysten sisältö valittiin jokaisessa erilaiseksi. Ensimmäisessä luotettavuusosion kysymyksessä kysyttiin vastaajien käyttämiä arviointikeinoja terveysartikkelin luotettavuuden arvioimisessa. Tämä kysymys kartoitti vastaajan terveyslukutaitoa. Kuten muutkin luotettavuutta koskettavat kysymykset. Kysymyksellä haluttiin saada vastauksia vastaajien analysointityyleistä. Analysointi on yksi Powerin (2013) medialukutaidon käsitteistä. Sillä tarkoitetaan sitä, että henkilö ei automaattisesti hyväksy sisällöntuottajan tekstiä, vaan asettaa sille kysymyksiä. Ensimmäisellä kysymyksellä taustoitettiin, millaisia kysymyksiä vastaajat asettavat terveysartikkelille vai asettivatko he kysymyksiä lainkaan.

Tutkimuksessa haluttiin taustoittaa, onko kirjoittajan tai sisällöntuottajan taustatekijöillä vaikutusta terveysviestin luotettavuuteen vastaajien mielestä. Bloggaajat ovat itse arvioineet ulkonäön olevan yksi merkittävimmistä uskottavuuden rakentajista (Henriksson 2015). Tutkimuskirjallisuuden perusteella tiedetään myös, että sivustojen taholla ja taustaorganisaatiolla on merkitystä, sillä esimerkiksi sairaala- ja lääkärisivustoja pidetään luotettavana terveystiedon lähteenä. Toisaalta kaikista epäluotettavimpina pidetään sivustoja, jossa yritys myy terveystuotteita ja markkinoi tai suorittaa kyselyitä. (Sundar ym. 2011.)

Luotettavuusosioon valittiin myös kysymyksiä, joilla kartoitettiin argumentoinnin merkitystä terveysviestin luotettavuuden kokemisessa, sillä Huovila ja Saikkonen (2015) toteavat esimerkiksi bloggaajien käyttävän erilaisia taktiikoita luotettavuuden ja uskottavuuden rakentamisessa. Ravitsemusalan asiantuntijat, jotka eivät lukeudu virallisiin terveysviranomaisiin, käyttävät blogiteksteissään uskottavuuden rakentamisessa muun muassa yksilökeskeisten erojen painottamista, omiin kokemuksiin vetoamista sekä toteamusta siitä, kuinka kulttuurisilla tavoilla on vaikutusta nykyisiin vanhaan tutkimustietoon perustuviin ravitsemussuosituksiin. Ravitsemuksesta bloggaavat perustavat argumentoinnin usein käytännölliseen, subjektiiviseen ja moraaliin vetoavaan tietoon. Terveysviranomaiset vetoavat blogiteksteissään sen sijaan kansallisiin keskiarvoihin sekä syy- ja seuraussuhteisiin. (Huovila & Saikkonen 2015.)

Näiden lisäksi kyselyn luotettavuusosioon laadittiin kysymys siitä kuinka hyvin vastaaja arvioi itse arvioivansa terveysaiheiden luotettavuutta. Kysymys valittiin siitä syystä kyselyyn, että haluttiin saada esiin mediasukupolvien omaa arviointia liittyen terveyslukutaitoon. On todettu, että terveysjutut ovat kulutetuimpia sisältöjä internetissä, mutta terveyslukutaidon on todettu olevan puutteellista (Cline & Haynes 2011). Tulkinta, ymmärtäminen ja terveysjuttujen hyödyntäminen ei ole kansalaisten keskuudessa riittävällä tasolla (Korhonen 2014, 144). Mielenkiinnon kohteena oli nähdä, pitävätkö sisältöjen kuluttajat itse terveyslukutaitoaan puutteellisena.

Ristiriitaisuutta koskettavia kysymyksiä rakennettiin tutkimuskysymyksen 2 avulla: Miten ristiriitaiseen terveysviestintään suhtaudutaan? Ristiriitaisuusosiossa kartoitettiin mediasukupolvien omaa käsitystä terveysviestinnän ristiriitaisuusilmiöstä. Ilmiötä kartoitettiin kysymällä, onko vastaaja koskaan aikaisemmin itse havainnut toisistaan eroavia terveysväittämiä. Toisin sanoen kysyttiin, tunnistaako vastaaja ilmiötä. Lisäksi kartoitettiin sitä, onko ristiriitaisuus vaikuttanut mediasukupolvien terveyskäyttäytymiseen. Tällä kysymyksellä haluttiin saada käsitystä siitä, kuinka vaikuttavasta ilmiöstä on kyse. Tutkimuskirjallisuuden mukaan terveysviestien ristiriitaisuus aiheuttaa negatiivisia tunteita yksilöissä (Nagler 2014; Vardeman 2008, 283; Nicholas ym. 2003, 27). Tästä syystä päätettiin muodostaa kysymys, jossa kysytään suoraan vastaajien omaa näkemystä ristiriitaisuudesta koituvasta mahdollisesta negatiivisesta asenteesta. Covello ja Peters (2002, 392) raportoivat ristiriitaisen terveysviestinnän aiheuttavan yksilöissä hämmennystä, ylitarkkaavaisuutta, ärsytystä, stressiä, epäuskoa tiedettä ja lääkkeitä kohtaan sekä epäluottamusta mediaa kohtaan. Tutkimuksessa haluttiin tarkemmin saada tietoa siitä, mitä tahoja kohtaan luottamuksen taso on muuttunut ristiriitaisuuden ilmiön myötä. Jotta

tulevaisuudessa voitaisiin tehdä paremmin, kysyimme vastaajien toiveita siitä, mitä internetin ravitsemusviestinnälle tulisi vastaajien mielestä tehdä. Kysymyksen avulla haluttiin saada spesifiä tietoa viestinnän suuntauksesta, josta on paljon keskenään ristiriitaista tietoa niin mediassa kuin sosiaalisessa mediassa. Lisäksi kyselyyn valittiin kysymys koskettaen mediasukupolvien asennetta ristiriitaista terveysviestintää kohtaan. Tämä kysymys vastaa suoraan tutkimuskysymykseen 2. Kysymys haluttiin tehdä avoimeksi, jotta saataisiin mediasukupolvien oma ääni kuuluviin.

Sekä luotettavuus- että ristiriitaisuusteemasta valittiin lähes saman verran kysymyksiä. Kysymykset pohjautuivat esimerkkitilanteisiin ja muotoiltiin siten, että lukijan oli helppo omaksua kysymys. Kysymyksissä käytettiin esimerkkeinä kuvitteellisia tilanteita esimerkiksi terveysaiheiden blogien lukemisesta tai ravitsemusviestinnästä. Ravitsemusviestintä otettiin useaan kysymykseen esimerkiksi, sillä aihe on kaikkia ihmisiä koskettava, koska kaikki ihmiset syövät pysyäkseen hengissä. Kyselyssä pyrittiin tekemään kysymyksiä, jotka ovat kaikille yksinkertaisia ymmärtää.

Henkilötietoja kyselyssä tulisi kysyä vain siinä määrin, missä ne nähdään tarpeelliseksi. Henkilötiedot saatetaan usein kokea anonymiteettiä loukkaavaksi. Lisäksi ne saattavat kasvattaa turhaan kyselyn pituutta, joka on tärkeää pitää lyhyenä vastaajien mielenkiinnon säilyttämisen vuoksi. (Anttila 1998.) Tärkein kysytty taustamuuttuja tässä tutkimuksessa oli vastaajan syntymävuosi, jotta vertaileva tutkimus X- ja Y-mediasukupolven välillä oli mahdollista toteuttaa.

Syntymävuoden lisäksi kyselyssä tiedusteltiin vastaajan sukupuolta sekä koulutusta, jotta aineistosta mahdollisesti esiin nousevia ilmiöitä voitaisiin tarkastella ja peilata tarvittaessa myös muiden taustamuuttujien kautta. Pääasialliseksi kiinnostuksen kohteeksi taustamuuttujista valikoitui syntymävuosi, sillä aikaisempaa tutkimusta kahden eri mediasukupolven välillä terveysviestinnän tutkimuksessa ei ole aikaisemmin tehty. Lisäksi tutkimusta sukupuolen välisistä eroista on jo tehty (Drake 2009). Koulutus valittiin kolmanneksi taustamuuttujaksi, sillä koulutustasolla on todettu olevan yhteys terveyden ja hyvinvoinnin asiantuntijoiden lisääntyneeseen kritisoimiseen, mikä liittyy kiinteästi terveysviestinnän ristiriitaisuuden dilemmaan (Jauho 2013). Henkilötiedot sijoitettiin lomakkeen loppuun. Valinta mukaili Holopaisen ja Pulkkisen (2002, 40) ohjeistusta kyselyn kaavasta, jossa helpot kysymykset sijoitetaan alkuun ja vaikeammat sekä henkilökohtaiset asiat loppuun.

Ennen lomakkeen lähettämistä sosiaalisen median kanaviin, suoritettiin lomakkeelle pilottikoe, jotta mahdolliset virheet lomakkeesta löydettäisiin. Lomake testattiin viidellä eri henkilöllä. Lomaketta testattiin kahdella miehellä ja kolmella naisella. Vastaajat olivat kaikki syntyneet eri vuosina ja edustivat

kaikki eri ammattikuntia. Pilotointikokeen suorittaneet olivat tutkijan omia kontakteja. Tutkija ei ollut mukana pilotointikokeessa, vaan vastaajat tekivät esitestauksen fyysisesti eri tilassa tutkijan kanssa. Esitestauksessa kävi ilmi muutama kirjoitusvirhe sekä kyselyn sopimattomuus mobiililaitteille. Kyselyn heikosta mobiiliystävällisyydestä päätettiin ilmoittaa vastaajille tarkoitetussa osallistumiskutsuissa.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

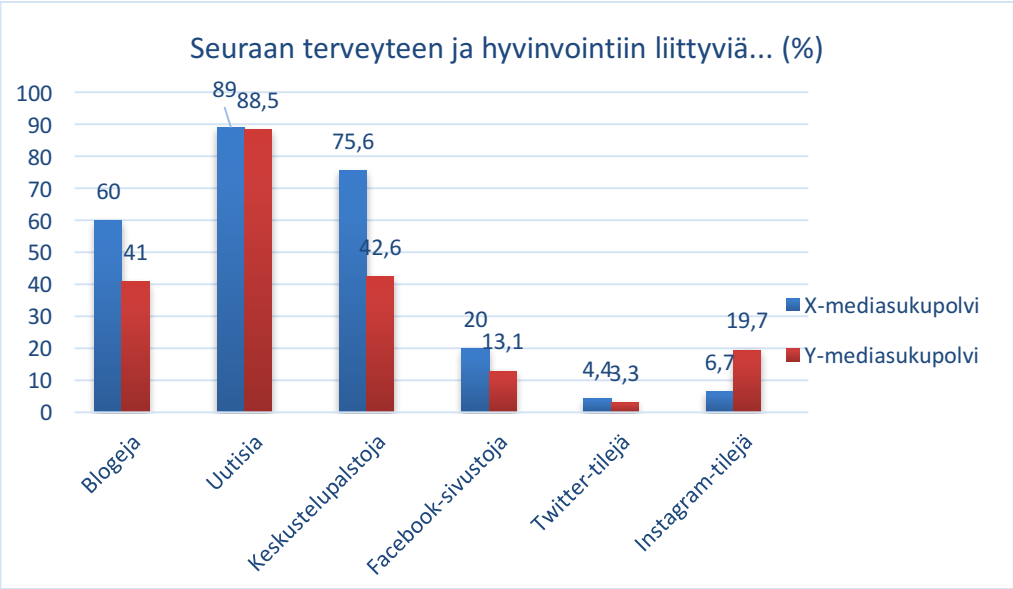
Tässä luvussa esitetään aineiston tulokset. Ensimmäisenä selvitetään, miten X- ja Y-mediasukupolvet kuluttavat terveysviestintää (luku 5.1). Seuraavaksi kuvataan mediasukupolvien näkemyksiä terveysviestinnän luotettavuuden rakentumisesta (luku 5.2) sekä suhtautumista terveysviestinnän ristiriitaisuuteen (luku 5.3). Viimeisenä esitellään aineiston laadullisessa analyysissä muodostuneet terveysviestinnän kuluttajatyypit.

5.1 X- ja Y-mediasukupolvet terveysviestinnän kuluttajina

Ensimmäisenä kyselylomakkeessa vastaajilta tiedusteltiin, mitä ja mistä he seuraavat internetissä terveyteen liittyviä aiheita. Kysymys oli monivalintakysymys, jolloin vastaajilla oli mahdollisuus usean vaihtoehdon valitsemiseen. Kuviosta 6 voidaan havaita, että X- ja Y-mediasukupolvet seurasivat terveysaiheita hyvin samansuuntaisesti. Selkeästi eniten vastauksia keräsivät kummankin mediasukupolven kohdalla keskustelupalstat, blogit ja uutiset. Molemmat mediasukupolvet seurasivat terveysaiheita eniten uutisista. X-mediasukupolvesta 89 prosenttia ja Y-mediasukupolvesta hieman vähemmän 88,5 prosenttia. Toiseksi eniten X- ja Y- mediasukupolvet seurasivat terveysaiheita keskustelupalstoilla (x = 75,5 % ja y = 42,5 %). Kolmanneksi suosituimmaksi kanavaksi mediasukupolvien keskuudessa nousivat blogit (x = 60 % ja Y = 41 %).

Vähiten terveyssisältöjä seurattiin terveyteen liittyviltä Facebook-sivustoilla (x = 20 % ja y= 13 %) Instagram-tileiltä (x= 7 % ja y =20 %) ja vähiten Twitter-tileillä (x = 3 % ja y = 4 %). Huomattavimmat erot mediasukupolvien välillä löytyivät kolmen eri kanavan seuraamisen suosiossa. X-mediasukupolvesta 20 prosenttia seurasi enemmän blogeja kuin Y-

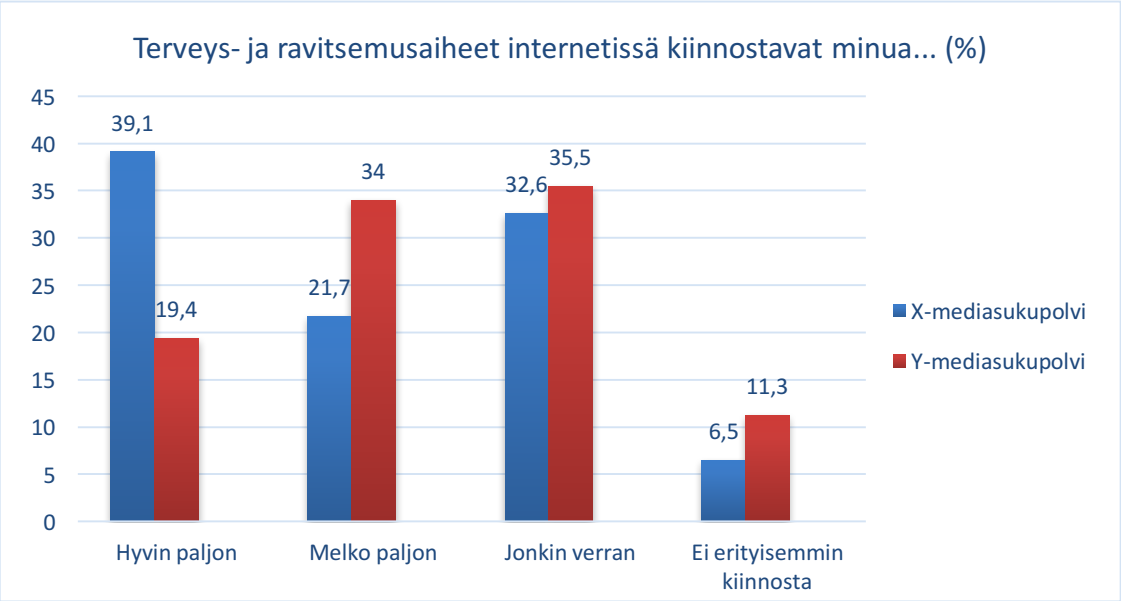
mediasukupolvi. Sen sijaan Y-mediasukupolvi seurasi Instagram-tileiltä terveyteen liittyviä asioita 14 prosenttia enemmän kuin X-mediasukupolvi. X-mediasukupolvesta 23 prosenttia seurasi keskustelupalstoja enemmän kuin Y-mediasukupolvi.



KUVIO 6 Terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien viestien seuraaminen (n=101)

Seuraavaksi kyselylomakkeessa vastaajilta kysyttiin, kuinka kiinnostuneita he tuntevat olevansa terveys- ja ravitsemusaiheista. Kuten kuviosta 7 voidaan huomata, mediasukupolvien vastaukset sijoittuivat enimmäkseen vastausten hyvin paljon sekä jonkin verran välille.

Vastausasteikon kolme myönteistä vastausvaihtoehtoa saivat tasaisesti vastauksia. Kuitenkin siten, että eniten X-mediasukupolvi kertoi (39-prosenttisesti) internetin terveyteen ja ravitsemukseen liittyvien aiheiden kiinnostavan hyvin paljon. Sen sijaan Y-mediasukupolven vastaukset kiinnostavuuden suhteen jakautuivat kahteen eri tasoon: 35,5 prosenttia arvioi aiheiden kiinnostavan jonkin verran ja 34 prosenttia arvioi aiheiden kiinnostavan melko paljon. Voidaan siis todeta, että molemmat mediasukupolvet osoittavat selkeästi enemmän kiinnostusta kuin kiinnostamattomuutta ravitsemusaiheita kohtaan.

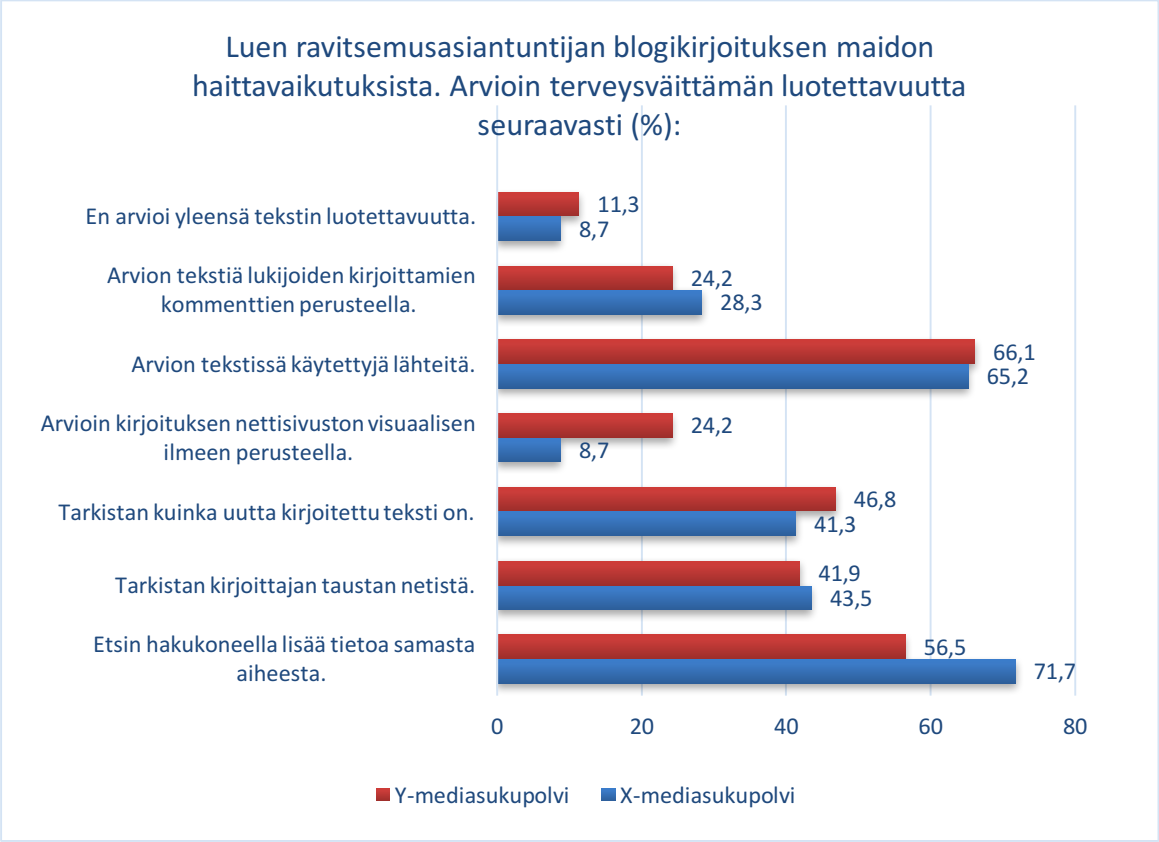


KUVIO 7 Terveys- ja ravitsemusaiheiden kiinnostavuus (n=101)

5.2 X- ja Y-mediasukupolvien näkemyksiä terveysviestinnän luotettavuuden rakentumisesta

Alla olevassa luvussa selvitettiin vastauksia X- ja Y-mediasukupolvien vastausten perusteella tutkimuskysymykseen 1. Mistä asioista kokemus terveysviestinnän luotettavuudesta syntyy? Luotettavuusaiheosion (Ks. kuvio 8, liite 2, kysymys 3) ensimmäinen kysymys käsitteli terveysviestin luotettavuuden arviointia. Kysymys oli tyypiltään monivalintakysymys, joka sisälsi seitsemän kohtaa. Kaksi eniten vastauksia saanutta väittämää sai molemmilta mediasukupolvilta yli 50 prosenttia kannatusta. Nämä väittämät olivat: arvioin tekstissä käytettyjä lähteitä (x = 65 % ja y = 66 %) sekä etsin hakukoneella lisää tietoa samasta aiheesta (x = 71 % ja y = 57 %). Lisäksi yli 40 prosenttia kummastakin mediasukupolvesta arvioi terveysväittämän luotettavuutta tarkistamalla kuinka uutta tuotettu teksti on sekä tarkistamalla kirjoittajan taustan netistä (x = 44 % ja y = 42 %). Vähiten mediasukupolvet vastasivat arvioivansa tekstiä lukijoiden kirjoittamien kommenttien perusteella (x = 28 % ja y = 24 %) sekä arvioivansa kirjoituksia nettisivuston visuaalisen ilmeen perusteella (x = 9 % sekä y = 24 %). Pieni osa X-mediasukupolvesta (9 %) sekä Y-mediasukupolvesta (11 %) vastasi, ettei arvioi yleensä tekstin luotettavuutta. Vastaukset olivat mediasukupolvien kesken kaiken kaikkiaan hyvin saman suuntaisia. Vain kahden väittämän kohdalla oli hieman eroja: Y-

mediasukupolvessa 15 prosenttia piti enemmän tärkeänä nettisivuston arviointia visuaalisen ilmeen perusteella kuin X-mediasukuolvi sekä X-mediasukupolvessa 15 prosenttia piti hakukoneella lisätiedon etsimistä samasta aiheesta tärkeämpänä kuin Y-mediasukupolvi. Muiden väittämien välillä mediasukupolvien välille eroa kertyi enintään kuuden (6) prosenttiyksikön verran.



KUVIO 8 Terveysviestin luotettavuuden arviointi (n=101)

Seuraavassa kysymyksessä vastaajia pyydettiin arvioimaan arvoasteikolla 1 - 4, kuinka tärkeinä asioina terveys- tai hyvinvointiblogin terveysviestin luotettavuuden kannalta on, että kirjoittajalla on 1) korkea koulutus, 2) muu koulutus, joka liittyy terveyteen tai hyvinvointiin, 3) henkilökohtaista kokemusta ravitsemuksesta ja sen vaikutuksista terveyteen tai 4) ulkonäkö, joka ilmentää terveellisen ruokavalion noudattamista arvoasteikossa 1 ollessa tärkein asia ja 4 vähiten tärkeä asia. Taulukossa 10 esitellään kumpienkin mediasukupolvien arvioinnit.

Sekä X- että Y-mediasukupolvi arvioivat kohdan 1: korkea koulutus (terveys-, liikunta- tai ravitsemustieteen korkeakoulututkinto) tärkeimmäksi asiaksi terveys- tai hyvinvointiblogin luotettavuuden arvioinnin kannalta: 58 prosenttia X-mediasukupolvesta vastasi arvoksi 1 (tärkein asia) ja Y-mediasukupolvessa 54 prosenttia. Sen sijaan kohta 4: ulkonäkö, joka ilmentää

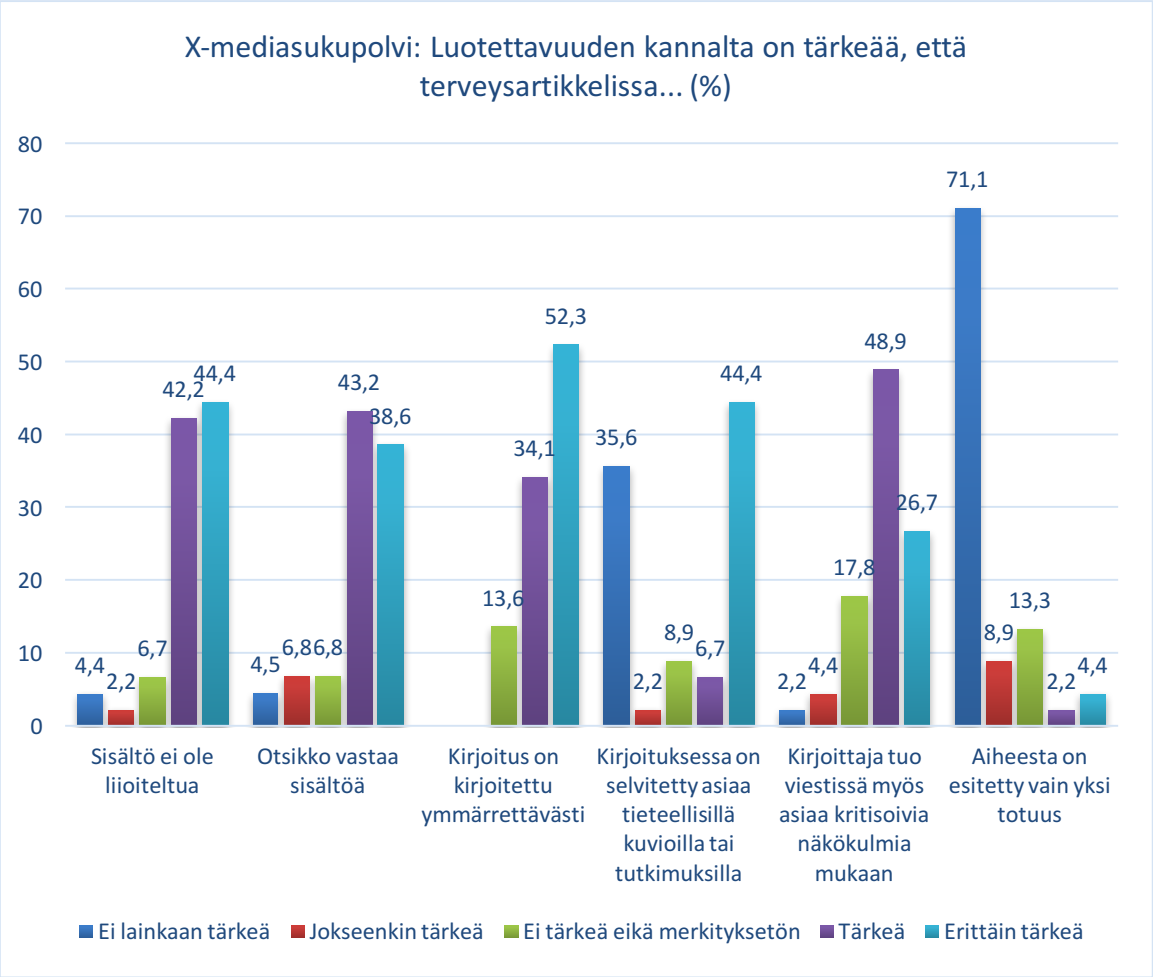
terveellisen ruokavalion noudattamista, arvioitiin kaikista vähiten tärkeäksi asiaksi: X- mediasukupolvesta 73 prosenttia sekä Y-mediasukupolvesta 64 prosenttia vastasi, että asia on vähiten tärkein (arvo 4). Kohta 2: muu terveysalan koulutus sekä kohta 3: henkilökohtainen kokemus ravitsemuksesta ja sen vaikutuksista terveyteen, arvioitiin eniten arvoasteikon keskelle, eli kohtiin 2 ja 3. Tämä tarkoittaa, että väittämiä ei pidetty erityisen tärkeinä muttei täysin merkityksettömänäkään terveysviestin luotettavuuden arvioinnin kannalta.

TAULUKKO 10 Terveysviestin kirjoittajan luotettavuuden arviointi (n=100)

Terveys- tai hyvinvointiblogia lukiessani on viestin luotettavuuden kannalta tärkeää, että kirjoittajalla on...	Arvo	X-mediasukupolvi	Y-mediasukupolvi	Yhteensä
1. korkea koulutus (terveys-, liikunta- tai ravitsemustieteen korkeakoulututkinto)	1	57.8 %	54.1 %	55.7 %
	2	22.2 %	27.9 %	25.5 %
	3	13.3 %	8.2 %	10.4 %
	4	6.7 %	9.8 %	8.5 %
2. muu koulutus, joka liittyy terveyteen tai hyvinvointiin (esim. Personal Trainer koulutus)	1	6.7 %	4.9 %	5.7 %
	2	40.0 %	39.3 %	39.6 %
	3	44.4 %	32.8 %	37.7 %
	4	8.9 %	23.0 %	17,0 %
3. henkilökohtaista kokemusta ravitsemuksesta ja sen vaikutuksista terveyteen	1	26.7 %	37.7 %	33.0 %
	2	33.3 %	23.0 %	27.4 %
	3	28.9 %	36.1%	33.0 %
	4	11.1 %	3.3 %	6.6 %
4.ulkonäkö, joka ilmentää terveellisen ruokavalion noudattamista	1	8.9 %	3.3 %	5.7 %
	2	4.4 %	9.8 %	7.5 %
	3	13.3 %	23.0 %	18.9 %
	4	73.3 %	63.9 %	67.9 %
Yhteensä		100.0 %	100.0 %	100.0 %

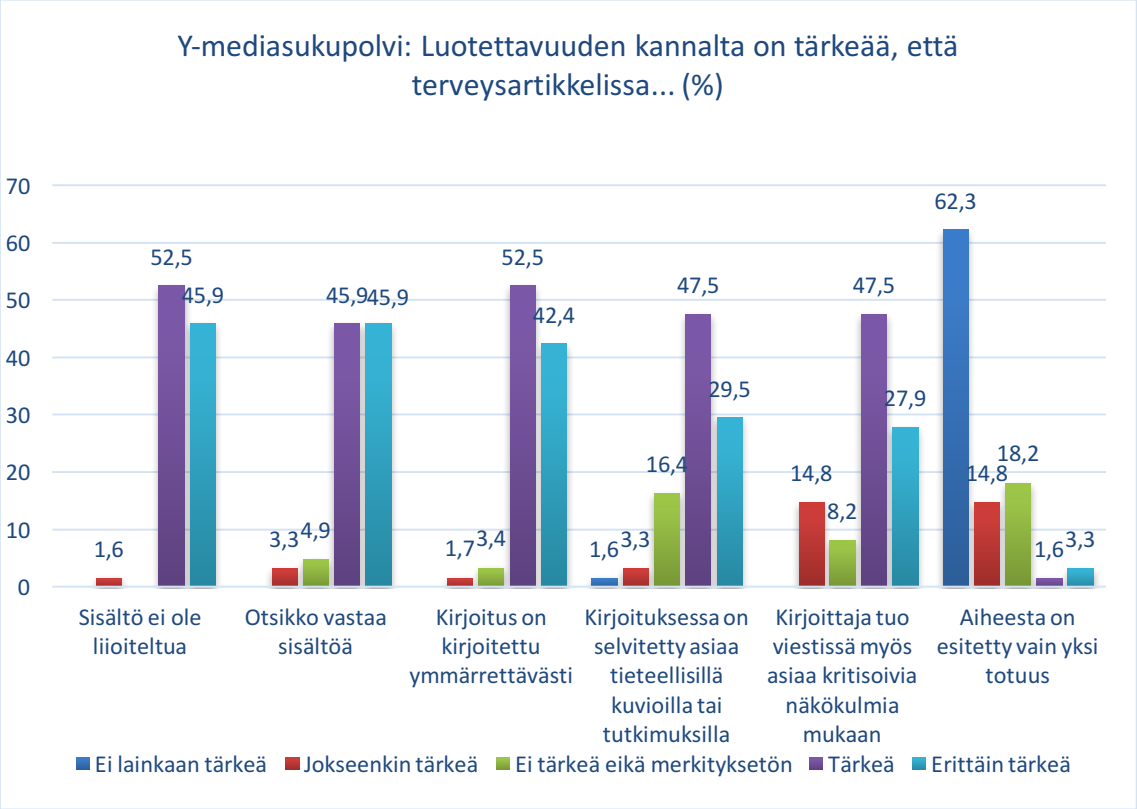
Kuvioissa 9 ja 10 voidaan nähdä, kuinka mediasukupolvet ovat arvioineet terveysartikkelin luotettavuutta argumentoinnin näkökulmasta. Kuviosta 9 voidaan havaita, että X-mediasukupolvi näki luotettavuuden neljän väittämän kohdalla selkeästi erittäin tärkeänä tai tärkeänä. Jokainen näistä neljästä väittämästä arvioitiin yli 80-prosenttisesti tärkeäksi tai erittäin tärkeäksi. Tärkeäksi terveysartikkelin luotettavuuden kannalta arvioitiin se, että sisältö ei ole liioiteltua, otsikko vastaa sisältöä, terveysartikkeli on kirjoitettu ymmärrettävästi sekä lisäksi kirjoittaja tuo esiin viestissä myös asiaa kritisoivia näkökulmia. Väittämän, kirjoituksen selventäminen tieteellisillä kuvioilla tai

tutkimuksilla kohdalla havaittiin selkeää hajontaa, missä vastaukset jakautuvat asteikon ääripäihin. Asia koettiin erittäin tärkeäksi (44 %) tai ei lainkaan tärkeäksi (36 %). Ainoa väittämä, jota ei koettu lainkaan tärkeäksi terveysartikkelin luotettavuuden kannalta (71 %) oli väittämä: aiheesta on esitetty vain yksi totuus.



KUVIO 9 Terveysartikkelin luotettavuuden arvioiminen X-mediasukupolven mukaan (n=47)

Y-mediasukupolvi arvioi terveysartikkelin luotettavuutta hyvin samansuuntaisesti kuin edellä kuvattu X-mediasukupolvi. Kuten kuvioista 10 nähdään, kaikkia muita väittämiä paitsi, aiheesta on esitetty vain yksi totuus, piti Y-mediasukupolvi luotettavuuden kannalta tärkeänä tai erittäin tärkeänä. Jokainen tärkeinä pidetyistä väittämistä keräsi yli 80 % vastauksia arvoasteikon kohtiin tärkeä tai erittäin tärkeä. Väittämä, aiheesta on esitetty vain yksi totuus, ei ollut Y-mediasukupolven arvion mukaan lainkaan tärkeä asia (62 %).



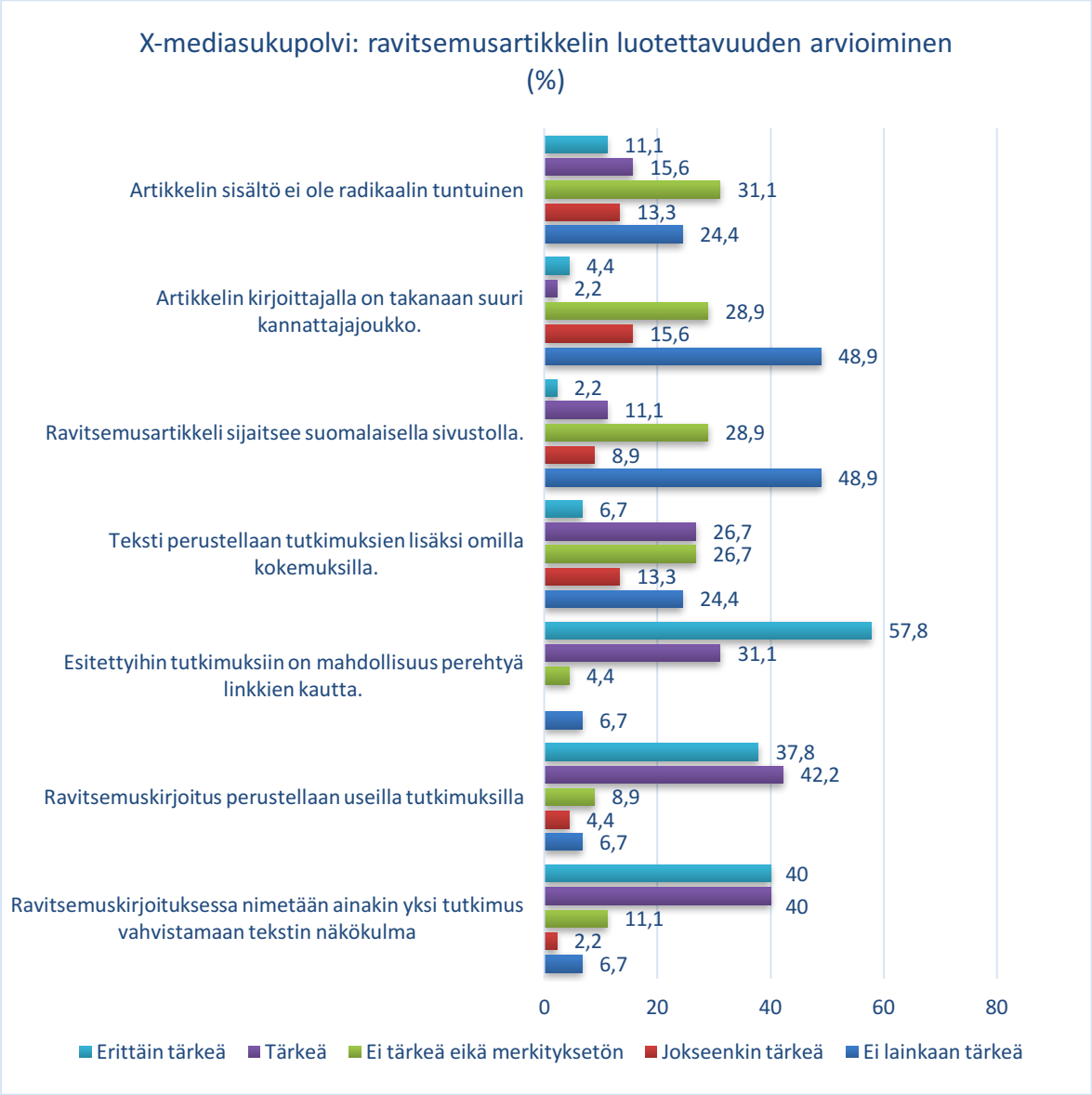
KUVIO 10 Terveysartikkelin luotettavuuden arvioiminen Y-mediasukupolven mukaan (n=58)

Seuraavaksi vastaajia pyydettiin arvioimaan esitettyjen väittämien tärkeyttä ravitsemusartikkelin luotettavuuden arvioinnissa. Kuviossa 11 nähdään, kuinka X-mediasukupolvi arvioi lueteltujen väittämien tärkeyttä.

Tärkeänä ja erittäin tärkeänä asiana pidettiin kolmea väittämää seitsemästä. Yhteensä 80 prosenttia X-mediasukupolvesta piti tärkeänä tai erittäin tärkeänä, että ravitsemuskirjoituksessa nimetään ainakin yksi tutkimus vahvistamaan tekstin näkökulma. Samoin yhteensä 80 prosenttia arvioi ravitsemuskirjoituksen perustelemisen useilla tutkimuksilla tärkeäksi tai erittäin tärkeäksi asiaksi. Väittämä, ravitsemuskirjoituksessa esitettyihin tutkimuksiin on mahdollisuus perehtyä linkkien kautta, arvioitiin lähes 90-prosenttisesti tärkeäksi tai erittäin tärkeäksi asiaksi ravitsemusartikkelin luotettavuuden arvioinnissa.

Sen sijaan, ravitsemusartikkelin luotettavuuden arvioinnissa kirjoituksen sijainti suomalaisella sivustolla ei näyttänyt olevan lainkaan merkittävä asia, sillä suuri osa arvioi (49 %) ettei asia ole lainkaan tärkeä. Samansuuntaisesti arvioitiin väittämää, artikkelin kirjoittajalla on takanaan suuri kannattajajoukko. X-mediasukupolvesta lähes puolet (49 %) arvioi, ettei asialla ole lainkaan merkitystä. Väittämät, artikkelin sisältö on radikaalin tuntuinen sekä teksti perustellaan tutkimuksien lisäksi omalla kokemuksella, saivat vastauksia

arvosteluasteikon jokaisella tasolla tasaisesti, joten väittämistä ei voinut analysoida suuntaa antavaa mielipidettä.

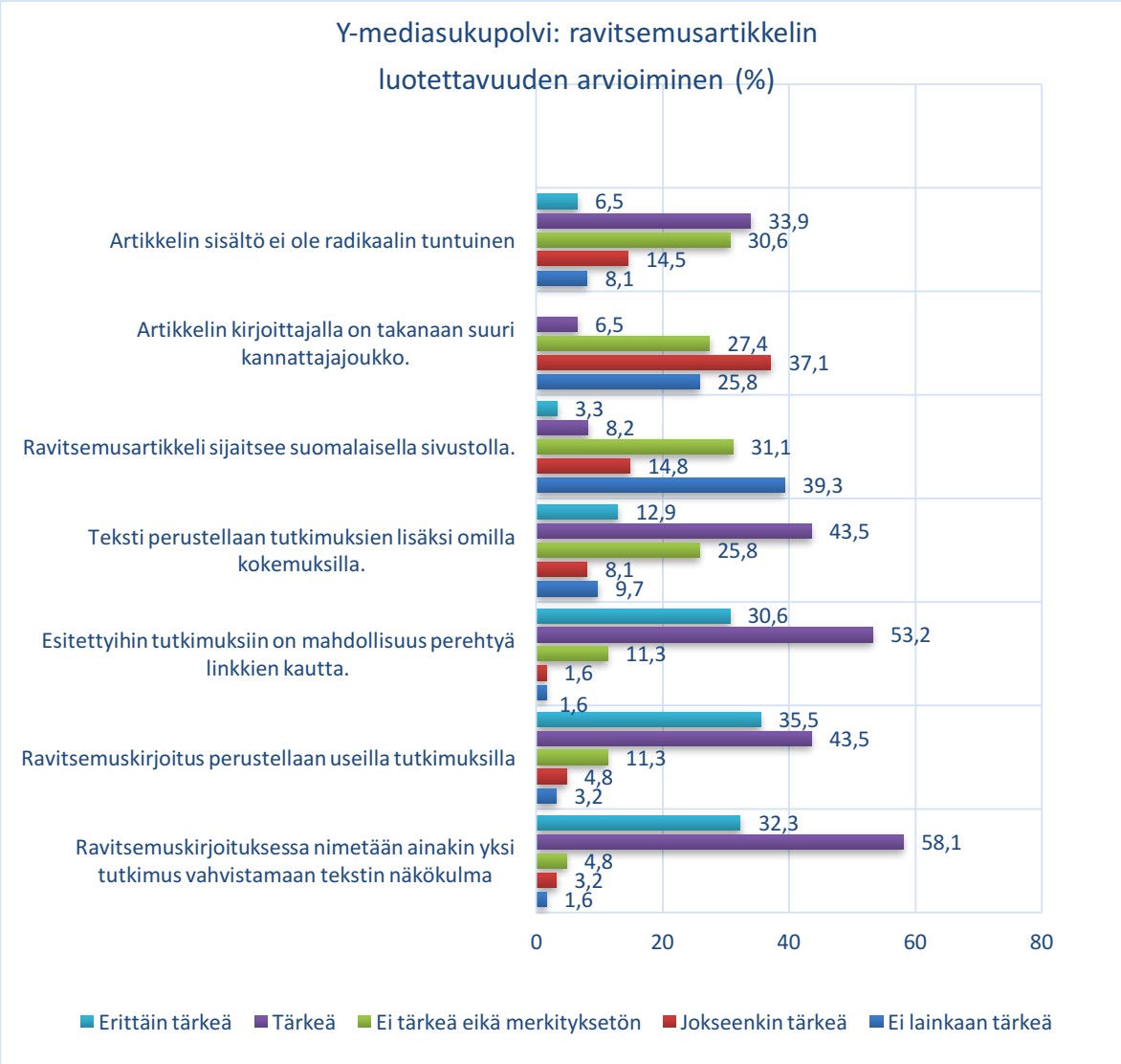


KUVIO 11 Ravitsemusartikkelin luotettavuuden arvioiminen X-mediasukupolven mukaan (n=43)

Kuviossa 12 esitetään Y-mediasukupolven arvioita ravitsemusartikkelin luotettavuuden arviointiin liittyvistä väitteistä. Kuten X-mediasukupolvi, myös Y-mediasukupolvi näki tutkimuksiin ja lähteisiin liittyvät väittämät kaikkein tärkeimpinä luottamuksen arvioimisen kannalta. Yhteensä 80 prosenttia vastasi, että on erittäin tärkeää tai tärkeää perustella ravitsemuskirjoitus useilla tutkimuksilla. Yhteensä yli 80 prosenttia vastasi, että on erittäin tärkeää tai tärkeää, että esitettyihin tutkimuksiin on mahdollisuus perehtyä linkkien kautta. Väittämä, ravitsemuskirjoituksessa nimetään ainakin yksi tutkimus

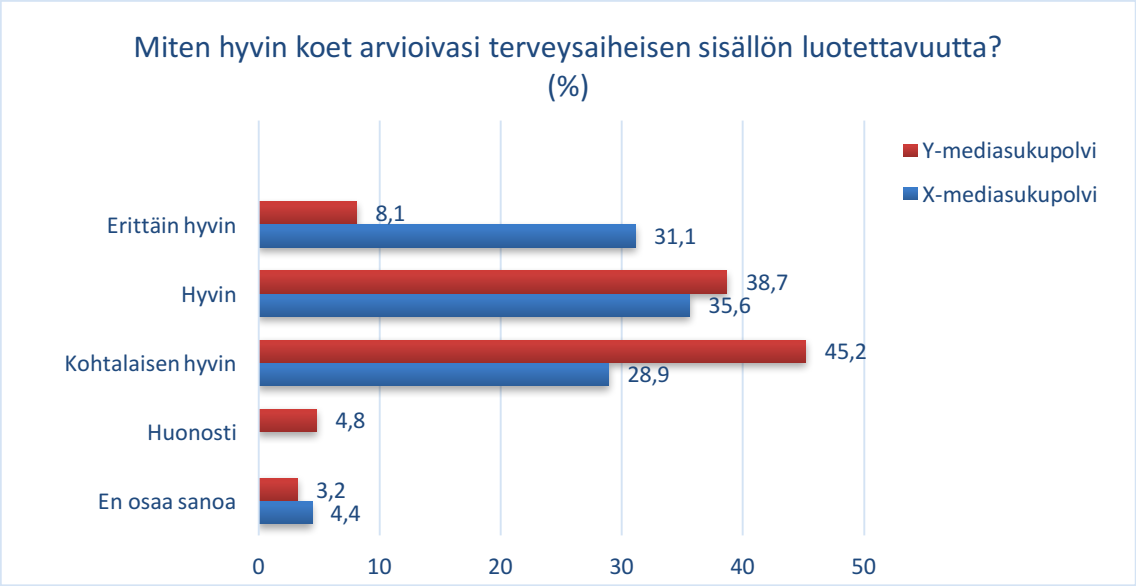
vahvistamaan tekstin näkökulma, nähtiin Y-mediasukupolvessa väittämistä kaikkein tärkeimpinä ravitsemusartikkelin luottamuksen arvioinnissa, sillä yhteensä yli 90 prosenttia arvioi väittämän tärkeäksi tai erittäin tärkeäksi.

Poiketen X-mediasukupolvesta, Y-mediasukupolvi arvioi tekstin perusteleminen tutkimuksen lisäksi omilla kokemuksilla tärkeäksi (44 %). X-mediasukupolvi arvioi edellä mainitun väittämän tärkeyttä tasaisesti jokaisessa eri arviointiasteikon tasossa. Y-mediasukupolvi näki myös tärkeämpänä kuin X-mediasukupolvi, ettei artikkelin sisältö ole radikaalin tuntuinen. Väittämää pidettiin tärkeänä (34 %) sekä ei tärkeänä muttei merkityksettömänä (31 %). Myöskään Y-mediasukupolvi ei pitänyt tärkeänä, että kirjoitus sijaitsee suomalaisella sivustolla. 40 prosenttia vastaajista vastasi, ettei asia ole lainkaan tärkeä ja 31 prosenttia vastaajista arvioi, ettei asia ole tärkeä muttei merkityksetönkään.



KUVIO 12 Ravitsemusartikkelin luotettavuuden arvioiminen Y-mediasukupolven mukaan (n=58)

Kyselyn luotettavuusosion viimeisessä kysymyksessä vastaajilta kysyttiin omaa arvioita siitä, kuinka hyvin vastaaja osaa arvioida terveysaiheiden sisällön luotettavuutta. Merkittäviä eroja mediasukupolvien välillä ei ilmennyt. Kuviosta 13 nähdään, kuinka molemmat mediasukupolvet arvioivat luotettavuuden arviointikykynsä kohtalaisen hyvän ja erittäin hyvän välimaastoon. Y-mediasukupolvesta vain pieni osa (5 %) arvioi arviointikykynsä huonoksi. Kummassakaan mediasukupolvessa kukaan (0 %) ei arvioinut omaa luotettavuuden arviointikykyä erittäin huonoksi. X-mediasukupolvi arvioi omaa arviointikykyään pääosin kolmen eri tason mukaiseksi: erittäin hyväksi (31 %), hyväksi (36 %) ja kohtalaisen hyväksi (29 %). Y-mediasukupolvi arvioi luotettavuuden arviointikykynsä sen sijaan selkeästi arvoasteikon kahteen kohtaan hyvä (39 %) ja kohtalaisen hyvä (45 %).



KUVIO 13 Terveysaiheisen sisällön luotettavuuden arvioiminen (n=99)

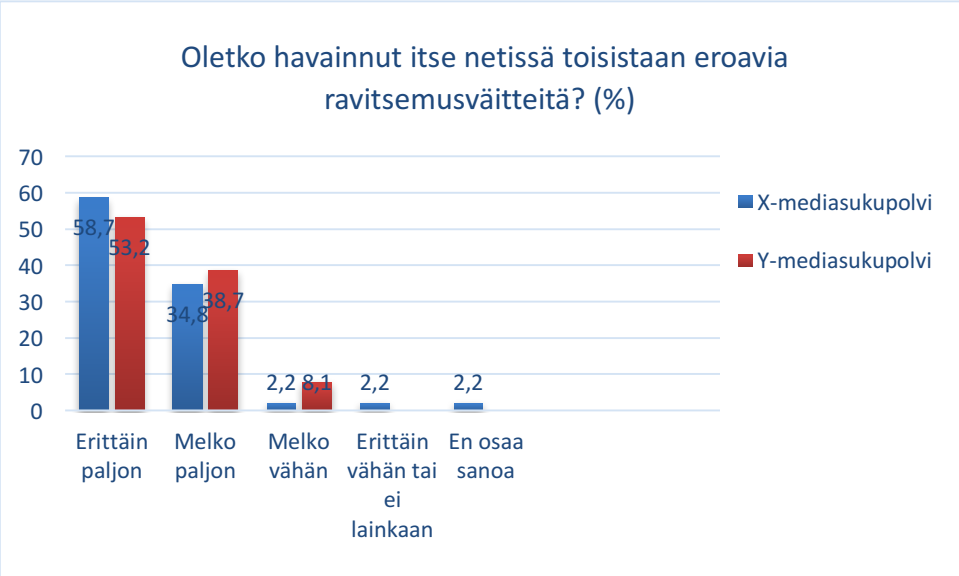
5.3 X- ja Y-mediasukupolvien suhtautuminen terveysviestinnän ristiriitaisuuteen

Kyselylomakkeen kolmannella sivulla vastaajilta kysyttiin terveysviestinnän ristiriitaisuuteen liittyviä kysymyksiä (Ks. liite 2). Tällä kyselyn osiolla pyrittiin erityisesti saamaan vastauksia tutkimuskysymykseen 2.

Miten ristiriitaiseen terveysviestintään suhtaudutaan? Tutkimuskysymyksellä haluttiin saada vastauksia juuri X- ja Y-mediasukupolvien suhtautumisesta ristiriitaiseen terveysviestintään.

Vastaajille kerrottiin ensimmäisenä esimerkin avulla, millaista on ristiriitainen terveysviestintä. Ristiriitaisen terveysviestinnän tilanne kuvattiin seuraavasti: ”Luet internetistä uutisia, blogikirjoituksia ja asiantuntijoiden lausuntoja erilaisista ravitsemussuosituksista ja ruokavalioista. Kirjoituksissa esitetyt faktat kumoavat toinen toisiaan. Alla olevissa uutisotsikoissa on esimerkki tilanteesta, jossa ruisleivän terveellisyyttä punnitaan mediassa eri näkökulmista. Keskustelua käytiin median lisäksi blogeissa ja keskustelupalstoilla. Muita mielipiteitä jakavia aiheita ovat olleet muun muassa: karppaus, rasvan rooli ruokavaliossa, D-vitamiini ja maidon terveellisyys. Ristikkäiset mielipiteet ja faktat aiheuttavat ristiriitaisen terveysviestinnän tulvan.” Edellä olevan kuvailun jälkeen vastaajille esitettiin mediasta poimittuja uutisotsikoita, joissa esitettiin ristiriitaisia otsikoita ruisleivästä. Ristiriitaisuus-osion kysymykset kohdenettiin ravitsemusviestintään.

Ensimmäisenä kysymyksenä vastaajilta kysyttiin, ovatko vastaajat itse havainneet toisistaan eroavia ravitsemusväitteitä. Suurin osa vastaajista (yli 90 %) vastasi kummastakin mediasukupolvesta myönteisesti, että ovat havainnut toisistaan eroavia ravitsemusväitteitä erittäin paljon tai melko paljon. Kuviosta 14 voidaan myös havaita, että vastaukset mediasukupolvien välillä ovat samansuuntaisia eivätkä erot ole suuria.

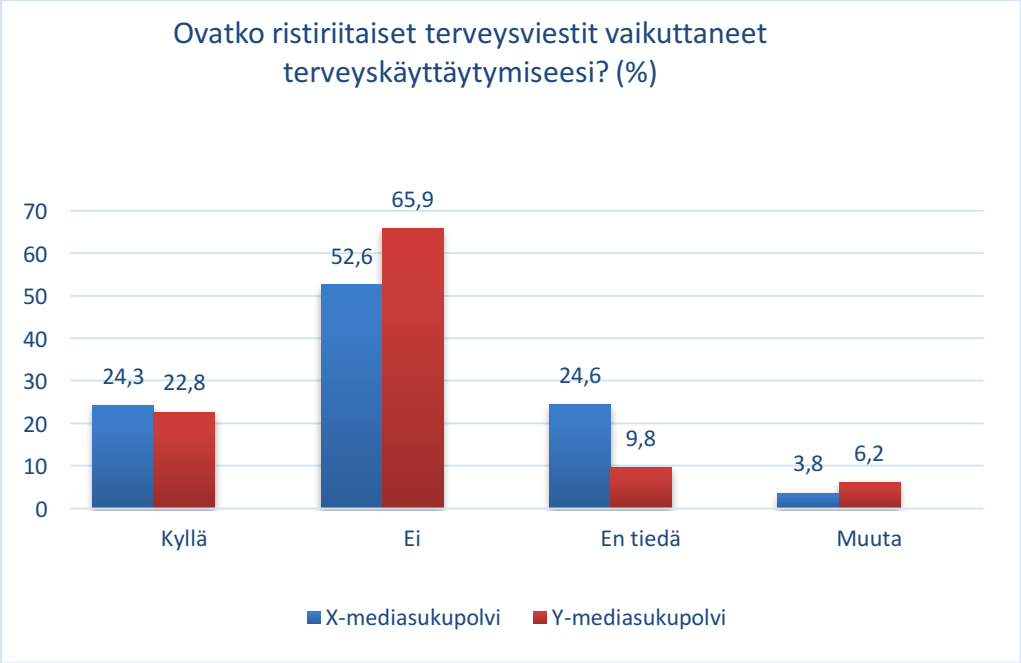


KUVIO 14 Toisistaan eroavien ravitsemusväitteiden arvioiminen (n=97)

Seuraavassa kysymyksessä vastaajilta tiedusteltiin, ovatko ristiriitaiset terveysviestit vaikuttaneet vastaajan omaan terveyskäyttäytymiseen. Sekä X- että Y-mediasukupolvesta (x = 66 % ja y = 53 %) suuri osa arvioi, etteivät viestit

olleet vaikuttaneet omaan terveyskäyttäytymiseen. Kummassakin mediasukupolvessa vastaajista lähes joka neljäs (x = 24 % ja y = 23 %) vastasi kyllä. Kuviosta 15 voidaan havaita, että vastaukset kysymykseen ovat mediasukupolvien välillä samansuuntaisia. X-mediasukupolvesta 24 prosenttia ja Y-mediasukupolvesta 10 prosenttia ei myöskään tiennyt, onko ristiriitaisuus vaikuttanut jollain tapaa terveyskäyttäytymiseen.

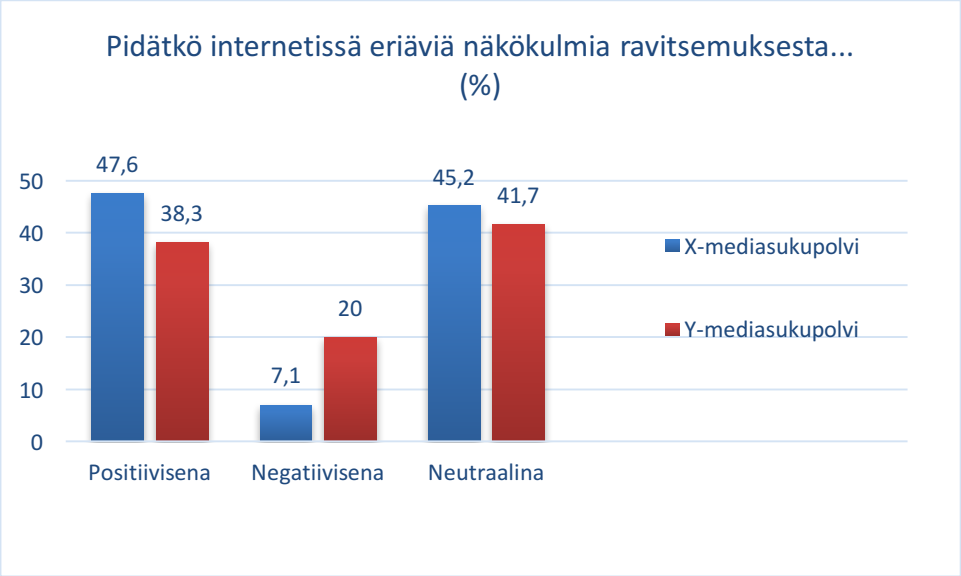
Tämän lisäksi X-mediasukupolvesta 4 prosenttia sekä Y-mediasukupolvesta 6 prosenttia kommentoi avoimeen muuta-vaihtoehtoon pääasiallisesti ristiriitaisuuden vaikutuksista heidän terveyskäyttäytymiseensä. X-mediasukupolvi nosti esiin muun muassa seuraavia yksittäisiä asioita: kolesterolin laskeminen omilla keinoilla, ravitsemuseliitin harhaanjohtavuus, ruokavalion muutos. Y-mediasukupolvi toi puolestaan esiin seuraavia seikkoja: perehtyminen asiaan tarkemmin, uusien asioiden kokeileminen, epäluottamus terveysviranomaisiin, hämmentyneisyys asiasta sekä kriittisyys terveysviestintää kohtaan. On huomioitava, että yllä mainituista asioista ei voida tehdä suoraa päätelmää siitä, ovatko ristiriitaiset viestit todella vaikuttaneet terveyskäyttäytymiseen vai ei, sillä kysymyksessä selvitetään vastaajan omaa näkemystä asiasta.



KUVIO 15 Ristiriitaisten terveysviestien vaikutusten arvioiminen omaan terveyskäyttäytymiseen (n=97)

Ristiriitaisiin terveysviesteihin suhtautumista kysyttiin tiedustelemalla pitääkö vastaaja keskenään ristiriitaisia terveysviestejä positiivisena, negatiivisena vai neutraalina asiana. Kuviosta 16 nähdään, että asiaa ei pidetty

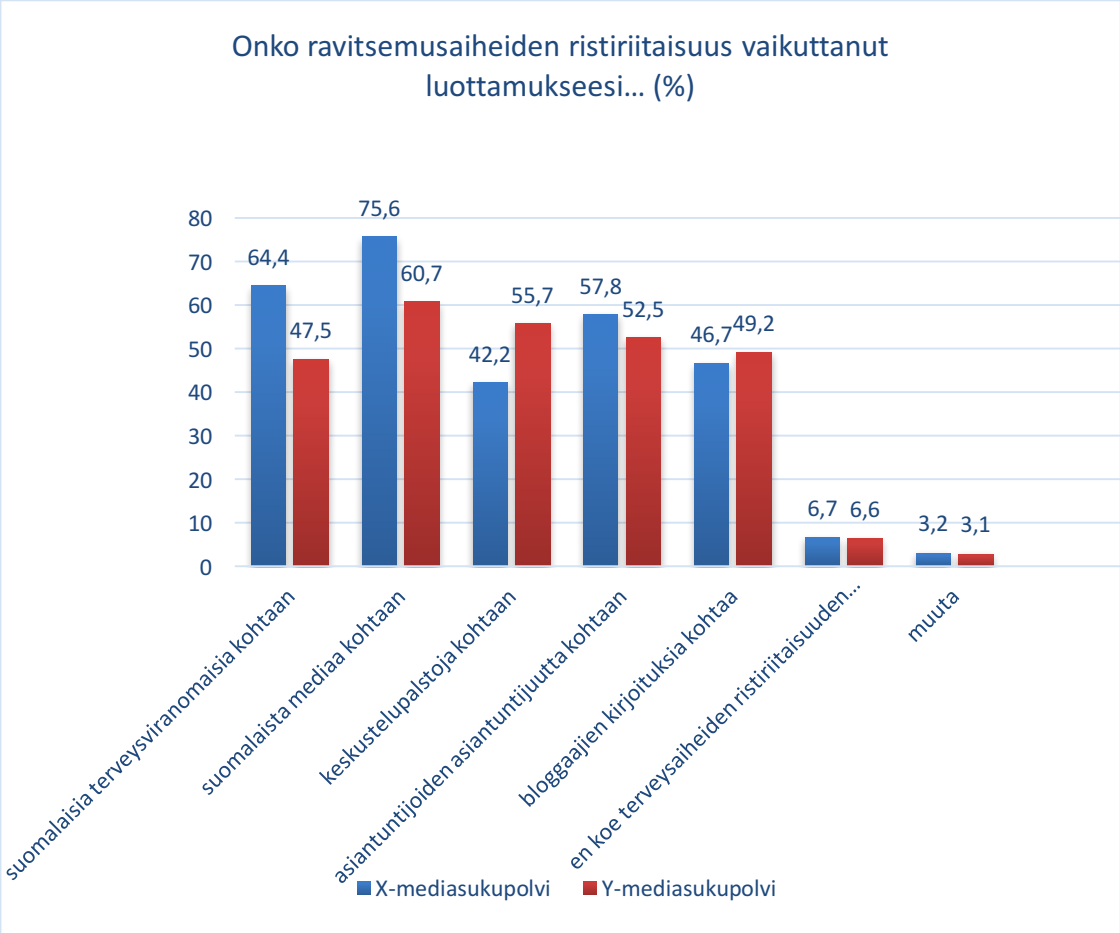
negatiivisena. Sen sijaan, kummankin mediasukupolven suhtautuminen sijoittuu positiivisen ja neutraalin välimaastoon. X-mediasukupolvesta suurin osa piti asiaa positiivisena 48 prosenttia ja 45 prosenttia piti asiaa neutraalina. Y-mediasukupolvi piti asiaa sen sijaan hieman enemmän (42 %) neutraalina kuin positiivisena (38 %). Joka viides (20 %) arvioi asian negatiiviseksi Y-mediasukupolvesta. Y-mediasukupolven sisällä eriäviä näkökulmia ravitsemuksesta pidettiin enemmän negatiivisena kuin X-mediasukupolven kesken.



KUVIO 16 Ristiriitaisiin terveysviesteihin suhtautuminen (n=96)

Seuraavaksi vastaajilta kysyttiin, onko internetissä esiintyvä ristiriitainen terveysviestinä vaikuttanut vastaajan luottamuksen tasoon kuviossa 17 mainittuja tahoja kohtaan. Kuviosta 17 voidaan havaita, että ristiriitainen terveysviestintä on vaikuttanut luottamuksen tasoon kaikkien mainittujen tahojen kohdalla melko saman suuntaisesti. Suuria eroja mediasukupolvien välillä ei ollut. Kysymyksen analyysivaiheessa huomattiin, että kysymyksen asettelu mahdollistaa vastaajan käsittävän kysymyksen toisaalta siten, että luottamustaso on voinut nousta tahoa kohtaan. Näin ollen kysymystä ei voida suoraan tulkita luottamuksen tason vähenemiseksi. Kuviosta 14 voidaan kuitenkin päätellä, että ristiriitaisuus on jollakin tapaa vaikuttanut luottamuksen tasoon, sillä vain 7 prosenttia molemmista mediasukupolvista vastasi: en koe ristiriitaisten terveysviestien vaikuttaneen luottamukseni tasoon. X-mediasukupolvesta 3 prosenttia mainitsi muuta-kohtaan erikseen tahoja, mihin luottamiseen ristiriitaisuus on vaikuttanut jollain tapaa. X-mediasukupolvi mainitsi seuraavat tahot: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), kauppa ja teollisuus, terveysalan henkilökunnan osaaminen ja poliitikot.

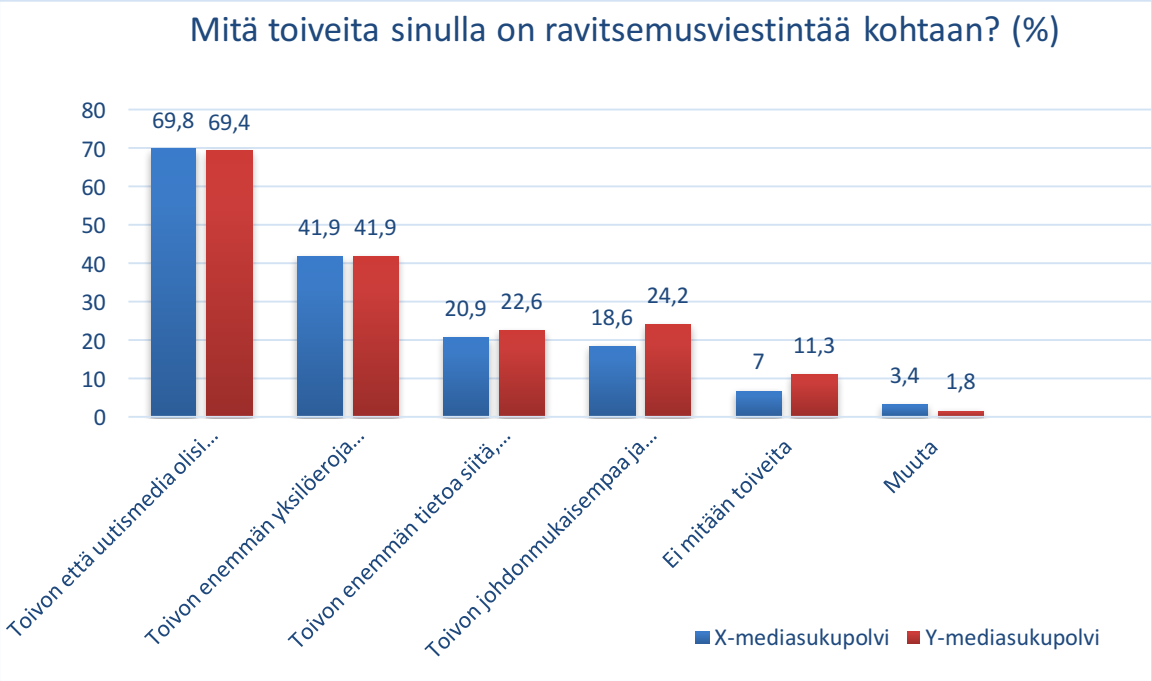
Y-mediasukupolvesta myös 3 prosenttia mainitsi muuta-kohdassa erikseen tahoja, joita kohtaan luottamus on ravitsemusaiheiden ristiriitaisuuden takia muuttunut. Mainittuja tahoja olivat: tutkimuslaitokset, elintarviketeollisuus, lääkärit ja muut terveyden ammattilaiset, FB-keskusteluryhmät ja eri ruoan tuottajat.



KUVIO 17 Ristiriitaisen terveysviestinnän vaikutukset (n=96)

Viimeisenä suljettuna monivalintakysymyksenä vastaajilta tiedusteltiin, millaisia toiveita heillä on internetissä esiintyvää ravitsemusviestintää kohtaan. Kuten kuviosta 18 nähdään, X- ja Y-mediasukupolven toiveet ravitsemusviestintää kohtaan olivat jälleen saman suuntaiset. Kuviosta 18 voidaan todeta, että suurimmat toiveet kummallakin mediasukupolvella liittyivät median kriittisyyden kasvattamiseen sekä yksilökeskeisemmän ravitsemusviestinnän toteuttamiseen. Eniten toivottiin, että uutismedia olisi kriittisempi valikoidessaan millaisia terveys- ja hyvinvointitutkimuksia mediassa nostetaan esiin. Lähes 70 prosenttia kummastakin mediasukupolvesta toivoi tätä. Seuraavaksi eniten toivottiin, että ravitsemusviestinnässä otettaisiin enemmän yksilöeroja huomioon. Molemmista mediasukupolvista 42 prosenttia toivoi asiaa. Noin viidennes (x = 21 % ja y = 23 %) molemmista

mediasukupolvista toivoi enemmän tietoa siitä, mihin terveystietoon voi luottaa. 19 prosenttia X-mediasukupolvesta ja 24 prosenttia Y-mediasukupolvesta vastasi, että toivoo johdonmukaisempaa ja järjestäytyneempää viestintää ravitsemuksesta. 7 prosenttia X-mediasukupolvesta ja Y-mediasukupolvesta 11 prosenttia ilmoitti, ettei toivo mitään toimenpiteitä internetin ravitsemusviestinnän suhteen. Lisäksi noin 3 prosenttia X-mediasukupolvesta sekä 2 prosenttia Y-mediasukupolvesta ilmoitti erikseen omia toiveitaan ravitsemusviestintää kohtaan avoimen muuta-vaihtoehdon kautta. Vallitsevin toive X-mediasukupolvella liittyi median kriittisyyden lisäämiseen, erityisesti lähteiden laadun parantamiseen ja asioiden monipuolisempaan esiintuomiseen. Myös Y-mediasukupolvi toivoi yksilökeskeisten ravitsemusohjeiden antamista sekä toimittajilta kriittistä tulkintaa ravitsemusasiantuntijoiden näkemyksistä.



KUVIO 18 Ravitsemusviestintään liittyviä toiveita (n=96)

5.4 Terveysviestinnän kuluttajatyypit

Kyselylomakkeessa viimeisenä esitettiin X- ja Y-mediasukupolville seuraava kysymys: millaisia asenteita sinulla on ristiriitaisia terveysviestejä kohtaan? Avoimella kysymyksellä pyrittiin saamaan vastauksia tutkimuskysymykseen 2: miten ristiriitaiseen terveysviestintään suhtaudutaan?

Kysymykseen vastasi yhteensä 48 vastaajaa (n=48). Vastaajista 46 prosenttia kuului X-mediasukupolveen (n=22) ja 54 prosenttia Y-mediasukupolveen

(n=26). Aineistosta nousi esiin kolme pääsuuntausta, mihin vastaajat jakautuivat seuraavasti: 1) mediaan turhautunut terveysviestinnän kuluttaja, 2) terveysviranomaisiin negatiivisesti suhtautuva terveysviestinnän kuluttaja sekä 3) ymmärtävästi ristiriitaiseen terveysviestintään suhtautuva terveysviestinnän kuluttaja.

1) Mediaan turhautunut terveysviestinnän kuluttaja

Mediaan turhautunutta terveysviestinnän kuluttajaa ärsyttää erityisesti median kohuotsikot ja lööpit. Hän näkee ristiriitaisuutta median välittämän otsikon ja itse sisällön välillä. Ristiriitaisuuden tunteita aiheuttavat myös kuluttajan mielestä väärän tiedon suuri medianäkyvyys. Hän kokee, että ristiriitaisuus kumpuaa perinteisestä mediasta, ei niinkään sosiaalisen median areenoilta. Tällöin terveysviestinnän ristiriitaisuuden kritisoiminen on pääasiallisesti median tuottaman terveysjournalismin kritisoimista.

"Välillä media nostaa esiin, varsinkin iltapäivälehdet lööppeihinsä, kuuluvalla äänellä et nyt on meinaan näin "älkää syökö tätä tai tätä". Ja sitten kun alkaa lukemaan juttua niin eihän se perustu mihinkään tutkimukseen vaan ilmeisesti jonkun tutun tädin kaiman siskon vatsavaivoihin"

(Y-mediasukupolven edustaja)

Terveysviestinnän uudemmat sosiaalisen median areenat tuottavat usein kuluttajan mielestä jopa totuudenmukaisempaa terveysviestintää kuin media. Tällaiseksi areenaksi nimettiin esimerkiksi blogit, joissa kirjoittaja voi olla esimerkiksi kokemusperäiseen tietoon asiantuntijuutensa perustava kirjoittaja.

Median nostamat kohuotsikot ja otsikoiden ehdottomuus ärsyttää mediaan turhautunutta terveysviestinnän kuluttajaa. Kuluttaja toteaa kohuotsikoiden suuren esiintymismäärän syyksi median kaupallisten tavoitteiden edistämisen. Mediaan turhautunut terveysviestinnän kuluttaja on usein kiihkeä aiheen suhteen ja toivoo median kunnostautuvan tulevaisuudessa paremmin terveysaiheisen sisällön lähteiden käyttämisessä. Kiihkeys ilmentyi vahvoissa sanavalinnoissa, joiden avulla vastausta väritettiin.

"Ärsyynnyn suunnattomasti kun media käyttää huomio-otsikoita viesteissään (mm. Kasvisruoka pahentaa ilmastonmuutosta) ja ihmiset siteeraa pelkkää otsikkoa eikä tutki tarkemmin itse asiaa."

(Y-mediasukupolven edustaja)

Lisäksi terveysartikkeleiden sisältöä kritisoitiin usein laaduttomaksi eikä lähteitä ollut tarkasteltu heidän mielestään riittävän kriittisesti ennen

terveysartikkelin julkaisemista. Mediaan turhautunut terveysviestinnän kuluttaja ajattelee mediassa toimituksen antavan painoarvoa väärille lähteille. Väärinä lähteinä pidetään kuitenkin vastaajasta riippuen erilaisia tahoja. Varsinaisesti yhtä linjaa siinä mikä taho on oikeassa, ei ole.

"Median kolmantena valtana pitäisi pystyä saamaan valehteleva terveyseliitti kuriin, mutta pääsääntöisesti he tyytyvät peesailemaan, kritiikittä toistamaan portinvartijoiden viestejä ja halventamaan niitä, jotka kertovat silmiinpistävät, kiistattomat tosiasiat." (Y- mediasukupolven edustaja)

2) Terveysviranomaisiin negatiivisesti suhtautuva terveysviestinnän kuluttaja

Toisena huomionarvoisena tyyppinä aineistosta nousi esiin negatiivisesti suomalaisiin terveysviranomaisiin suhtautuva terveysviestinnän kuluttaja. Tähän ryhmään kuuluva henkilö on myös usein turhautunut mediaan.

Terveysviranomaisiin negatiivisesti suhtautuva terveysviestinnän kuluttaja pitää terveysviranomisia vanhentuneen tiedon kertojana. Viralliset ravitsemussuositukset eivät kuluttajan mielestä ole ajantasaisia ja ovat liian ehdottomia tai kapea-alaisia. Viranomaisia leimataan itsepäisiksi ja kapea-alaisiksi. Terveysviranomaisiin negatiivisesti suhtautuvat toivat usein esiin myös vastakkain asettelun, jossa terveysviranomaiset ovat osallisena toisen osapuolen kanssa.

"Tämä ravitsemukseen liittyvä rähinä johtuu juuri siitä, että virallinen taho vänkää vanhaa ja toimimatonta (eläinrasva tappaa ja ruisleipä rasvattomalla maidolla pelastaa-liturgiaansa) vaikka kaikki muutokset hiilihydraattien vähentämiseksi ja rasvan lisäämiseksi takaisin ravintoon näyttävät oikeasti parantavan terveyttä." (X-mediasukupolven edustaja)

Kuluttaja toteaa usein myös terveysviranomaisten vähättelevän kokemusperäisten asiantuntijoiden tietoa. Useissa kommenteissa kuluttaja toteaa virallisten tahojen suoranaisesti valehtelevan sekä suhtautuvan virallisiin suosituksiin liian kirjaimellisesti. Kuluttaja toivoo virallisilta tahoilta joustavuutta ja ymmärrystä myös toisenlaisia sosiaalisessa mediassa esiintyviä mielipiteitä kohtaan.

"Valehtelu ja vähättely kokemusperäistä tietoa kohtaan virallisen ravitsemusneuvonnan taholta tuhoaa suomalaisten terveyttä." (X mediasukupolven edustaja)

Viranomaisen tahon antamia medialausuntoja ja haastatteluja pidettiin virheellisinä, osittain jopa propagandistisina sekä epäasiantuntevina. Terveysviranomaisista erityisesti Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) sai tahona eniten mainintoja terveysviranomaisiin negatiivisesti suhtautuvien keskuudessa. Terveysviranomaisiin viitattiin myös puhumalla lääkäreistä, virallisista ravitsemusneuvojista, Diabetesliitosta tai suomalaisista asiantuntijoista. Terveysviranomaisiin negatiivisesti suhtautuva terveysviestinnän kuluttaja piti terveysviestinnän ristiriitaisuutta juuri viranomaisista kumpuavana ilmiönä.

"Koen erittäin valitettavana ristiriitaisen terveysviestinnän ja erityisesti THL:n asiantuntemattomuus ja propaganda terveysväittämiestä." (X-mediasukupolven edustaja)

Terveysviranomaisiin negatiivisesti suhtautuva terveysviestinnän kuluttaja selosti suhtautumistaan pitkillä kertomuksilla omista kokemuksista ja näkemyksistä. Hän käytti ensimmäisen kuluttajan tavoin vahvoja ilmauksia teksteissään. Osa heistä koki oman terveyden tilansa heikentyneen terveysviranomaisten väärin annettujen ohjeistusten myötä, minkä takia on myöhemmin hankkinut itse tietoa omaan terveydelliseen ongelmaansa. Terveysviranomaisiin negatiivisesti suhtautuva toi esiin myös teollisuuden, jonka epäiltiin olevan syynä viranomaisten kantojen juurtumiseen ja muuttumattomuuteen.

"Kansanterveyslaitoksen sairastuttamana ja terveyden ns. "ammattilaisten" puoskaroimana, minulla on tästä henkilökohtaista kokemusta joka vain jatkuu ja jatkuu. Joudun hakemaan kaiken tiedon netistä, tutkimuksista ja kirjoista, koska viranomaiset ja lääkärit joko valehtelevat tai sokeasti noudattavat suosituksia ja ohjeistuksia. On hirveää, että en voi luottaa valtion ja kuntien asiantuntijoihin, mutta he ovat useammin väärässä kuin oikeassa." (X-mediasukupolven edustaja)

3) Ymmärtävästi ristiriitaiseen terveysviestintään suhtautuva terveysviestinnän kuluttaja

Aikaisemmat kaksi suuntausta ilmentävät negatiivisia näkökulmia internetin terveysviestinnän ristiriitaisuutta kohtaan. Kolmantena teemana aineistosta nousi esiin ymmärtäväisyys. Tämän teeman myötä aineistosta nousi esiin ymmärtävästi ristiriitaiseen terveysviestintään suhtatuvaksi terveysviestinnän kuluttajaksi. Tämän suuntauksen edustajat eivät syyllistäneet mitään tiettyä tahoa ristiriitaisuuden synnyttäjäksi.

"Mahdollisesti usein negatiiviseksi koettu ristiriitaisuus voi siis myös olla hyvä asia, kun jaetaan todistettavissa olevaa tietoa ja korjataan vääristyneitä, mustavalkoisia mielikuvia." (Y-mediasukupolven edustaja)

Terveysviestinnän ristiriitaisuutta pidetään luonnollisena ilmiönä, jota tulee aina olemaan. Ymmärtävästi ristiriitaiseen terveysviestintään suhtautuva korostaa oman tiedon hankintaa terveysviestinnästä ja yksilön omaa vastuuta siitä, miten terveysaiheita luetaan ja tulkitaan. Yleispätevän terveystiedon löytäminen on hänen mielestään hankalaa, mikä nimetään yhdeksi syyksi ristiriitaisen terveysviestinnän esiintymiseen.

"Tiede on ristiriitaista, jolloin keskenään hyvinkin erilaiset tulokset kuuluvat asiaan." (X-mediasukupolven edustaja)

Ymmärtäväisesti ristiriitaisuuteen suhtautuva terveysviestinnän kuluttaja hyväksyy ristiriitaisen terveysviestinnän esiintymisen internetissä. Hän kokee, että on helpompaa olla välittämättä päällekkäisestä tiedosta, kun aloittaa perinpohjainen tutkimustyö aiheesta. Hän näkee, että terveysviestinnän kentällä on paljon toimijoita, jotka yksipuolisesti pysyvät oman mielipiteensä takana fanaattisesti. Hän ei suhtaudu kiihkeästi terveysviestintään. Tiede aiheuttaa ristiriitaisuutta jo siitäkin syystä, että tieto kumuloituu koko ajan entisen tiedon päälle ja tutkimusmenetelmät kehittyvät eteenpäin.

6 PÄÄTÄNTÖ

Tässä luvussa esitellään tutkimuksen keskeisimmät tulokset tutkimuskysymyksittäin, joita peilataan aikaisempaan tutkimukseen ja teoriaan. Ensin pohditaan tutkielman onnistumisia (Luku 6.2) jonka jälkeen pohditaan esiinnousseita jatkotutkimusideoita (Luku 6.3).

6.1.1 Johtopäätökset

Tässä tutkielmassa tutkittiin sähköisen kyselytutkimuksen avulla, mistä asioista kokemus terveysviestinnän luotettavuudesta rakentuu sekä miten terveysviestinnän ristiriitaisuuteen suhtaudutaan internetissä. Kysymyksiä tarkasteltiin vertaillen X- ja Y-mediasukupolvien vastausten eroavaisuuksien ja samankaltaisuuksien perusteella. X-mediasukupolveen kuuluva henkilö oli vuonna 2016 37 - 52-vuotias ja Y-mediasukupolveen kuuluva henkilö puolestaan 21 - 36-vuotias. Tutkimuskysymyksien lisäksi haluttiin selvittää, eroavatko terveysviestintään kohdistuvat käsitykset kahden mediasukupolven välillä. Kyselyyn vastasi yhteensä 118 henkilöä, joista loppuen lopuksi 109 (N=109) muodosti tutkimuksen vastaajajoukon. Yhdeksän vastaajista ei ollut ilmoittanut ikäänsä, jolloin kaikkia kyselyyn vastanneita ei voitu ottaa huomioon vastausten analyysivaiheessa.

Ensimmäisenä kyselylomakkeella vastaajilta tiedusteltiin, mitä ja mistä he seuraavat internetissä terveyteen liittyviä aiheita. Osiolla haluttiin kartoittaa millaisia mediasukupolvet ovat terveysviestinnän kuluttajina. Tässä tutkimuksessa molemmat mediasukupolvet kuluttivat eniten terveysaiheita omien arvioidensa mukaan uutisten, keskustelupalstojen ja blogien kautta. Uutiset olivat selkeästi suosituin kanava, sillä molemmissa mediasukupolvissa lähes 90 prosenttia kertoi seuraavansa terveysaiheita uutisista. Näyttää siis siltä, että perinteinen viestimisen muoto olisi edelleen kaikkein suosituin terveysaiheiden seuraamisessa. Sundar ym. (2011) toteavat, että painettu

viestintä koetaan internetiä luotettavammaksi, kun tarkoituksena on jakaa informaationaalista ja massoille suunnattua terveystietoa. Tätä suuntaa vahvistaa myös Boyarsky ja Rounderin (2013, 883) toteamus siitä, että nuoret pitävät perinteisiä tietolähteitä luotettavampina terveystiedon tietolähteinä. Seuraavaksi eniten terveysaiheita kulutettiin keskustelupalstoilla, jonka jälkeen suosituin kanava olivat blogit. Vähiten terveysaiheita arvioitiin kulutettavan Facebookin, Twitterin tai Instagramin kautta. On huomioitava, että ensimmäiset kolme mainittua viestintämuotoa ja -kanavaa ovat paljon laajempia viestinnällisiä kokonaisuuksia kuin yksittäiset sosiaalisen median kanavat, jotka keräsivät vähiten vastauksia. Yksilöiden välillä voi olla eroja miten esimerkiksi uutiset viestintäkanavana tulkitaan. Uutiset voivat olla toiselle TV:stä tulevia uutisia ja toiselle internetin verkkomedioiden tuottamaa sisältöä. Sosiaalisen median roolin on todettu kasvavan terveysviestinnän kentällä koko ajan ja terveyteen liittyvää tietoa hankitaan yhä enemmän verkosta. Tämä lisääntyvä terveystiedon hakeminen ohjaa hakutuloksia myös yhteisöpalvelujen sivuille. (Vance, Howe ja Dellwalle 2009.) Vaikka sosiaalisen median kanavat jäivät vastaajajoukon omissa arvioinneissa vähemmän kulutetuimmiksi kuin uutiset, voidaan sosiaalisen median roolin nähdä kasvavan tulevaisuudessa terveysaiheiden seuraamisessa.

Tilastokeskuksen (2015) tekemän mediakulutustutkimuksen mukaan nuorempi sukupolvi (16 - 34-vuotiaat) kulutti yleisesti verkkouutisia ja blogeja enemmän kuin vanhempi sukupolvi (35 - 54-vuotiaat). Tässä tutkimuksessa vanhempi X-mediasukupolvi kulutti oman arvionsa mukaan yleisesti enemmän terveysaiheita eri viestintäkanavissa kuin nuorempi Y-mediasukupolvi. Toisaalta on huomioitava, että tässä tutkimuksessa kysyttiin vastaajien omia arvioita siitä, mistä he seuraavat terveysaiheita. Kysymys ei mitannut käytännön toteumaa terveysviestinnän seuraamisesta eri viestintäkanavissa. Vanhemman mediasukupolven suurempi terveysviestinnän kuluttaminen voi johtua osin siitä, että tässä tutkimuksessa X-mediasukupolvi arvioi olevansa kiinnostuneempi terveysaiheista kuin Y-mediasukupolvi. Lisäksi otanta oli tässä tutkimuksessa pieni, jolloin tutkimus ei ole yleistettävissä esimerkiksi tilastokeskuksen saamiin tuloksiin suuremmasta otantajoukosta. Lisäksi Tilastokeskuksen (2015) tutkimus tutki suomalaisten median käyttöä yleisesti, eikä kyseessä olleet täysin samat ikäkohortit kuin tässä tutkimuksessa.

Kennedyn ja Funkin (2015) mukaan vanhemmat internetiä käyttävät sukupolvet näyttäisivät olevan kiinnostuneempia terveysaiheista kuin nuoremmat internetiä sukupolvet. Kuten jo aikaisemmin mainittiin, tässä tutkimuksessa vanhempi X-mediasukupolvi osoitti suurempaa kiinnostusta terveysaiheita kohtaan. Yksimielisesti suurin joukko muodostui 39 prosentista, jotka arvioivat, että terveysaiheet kiinnostavat hyvin paljon. Vain 7 prosenttia X-mediasukupolvesta vastasi, etteivät terveysaiheet kiinnosta lainkaan. Suurin

joukko Y-mediasukupolvessa koostui vastaajista, jotka arvioivat, että ovat kiinnostuneet terveysaiheista melko paljon (34 %) ja jonkin verran (36 %). 11 prosenttia heistä vastasi, ettei ole lainkaan kiinnostunut. Yhteenvetona voidaan todeta, että molemmat mediasukupolvet olivat 90-prosenttisesti kiinnostuneet jollain tapaa terveysaiheista internetissä. Tulos on merkittävä siitä syystä, että tutkimuksen tulokset edustavat aiheesta kiinnostuneiden mielipiteitä. Tämä vaikuttaa tutkimustulosten tulkintaan. Anttila (1998) toteaa, että vastaajien ollessa kiinnostuneita tutkittavasta aiheesta, jää ulkopuolelle paljon henkilöiden vastauksia, jotka eivät koe olevansa kiinnostuneita aiheesta. Tämä voi johtaa jakauman vinoutumiseen sekä tutkimuksen epäedustavuuteen. (Anttila 1998.)

Seuraavaksi siirrytään vastaamaan tutkimuksen tutkimuskysymyksiin. Ensin selvitetään vastauksia tutkimuskysymykseen 1. Mistä asioista kokemus terveysviestinnän luotettavuudesta syntyy? Tutkimuskysymystä tutkittiin vertailevasti X- ja Y-mediasukupolvien välillä.

Tutkimuksessa terveysviestinnän luotettavuuden rakentumista kysyttiin yhteensä viiden kysymyksen avulla. (liite 2, sivu 2). Tutkimuksessa haluttiin selvittää vastaajien keinoja terveysviestinnän luotettavuuden arvioimisessa, sillä on todettu, että terveysviestien tulkinta, ymmärtäminen ja hyödyntäminen ei ole kansalaisten keskuudessa riittävällä tasolla (Korhonen 2014, 144). Aikuisten on esimerkiksi vaikeaa erottaa terveysvalistuksellinen viesti esimerkiksi kaupallisesta mainoksesta (Doreyn ja McCoolin 2009).

Ensimmäisessä luotettavuuteen liittyvässä kysymyksessä (liite 2, kysymys 3) vastaajilta kysyttiin, kuinka he arvioivat ravitsemusasiantuntijan blogikirjoituksen luotettavuutta maidon haittavaikutuksista. Kaiken kaikkiaan voidaan sanoa, että tekstin tuoreus, kirjoittajan tausta, lähteiden tarkistaminen sekä oma-aloitteinen vertailu toisiin nettisivuihin samasta aiheesta koettiin tärkeimmiksi asioiksi blogitekstin luotettavuuden arvioimisessa molemmissa mediasukupolvissa. Kummassakin mediasukupolvessa kyseisiä keinoja käyttäisi yli 50 prosenttia. Vain 9 prosenttia X-mediasukupolvesta sekä 11 prosenttia Y-mediasukupolvesta arvioivat, etteivät arvioisi tässä tilanteessa yleensä tekstin luotettavuutta lainkaan. Lisäksi huomattava seikka oli, että visuaalisuudella ei ollut suurta merkitystä blogikirjoituksen luotettavuuden rakentumisessa. Tekstin sisällöllä ja kirjoittajalla näyttäisi olevan huomattavasti suurempi merkitys luotettavuuden rakentumisessa kuin visuaalisuudella. Tekstin arvioiminen lukijoiden kirjoittamien kommenttien avulla ei myöskään ollut merkittävä keino luotettavuuden arvioimisessa mediasukupolvien mukaan. Kysymyksen kohdalla on otettava huomioon se, että vastaaja arvioi tekijöitä hypoteettisen tilanteen perusteella. Vastaaja mietti vastauksiaan peilaten tilannetta blogikirjoitukseen maidon haittavaikutuksista. Jos esimerkkinä olisi ollut hieman erilainen tilanne, olisivat vastaukset voineet antaa mahdollisesti erilaisia tuloksia terveysviestinnän luotettavuuden

rakentumisesta.

Kyselyn luotettavuusosion toisella kysymyksellä luotettavuuden rakentumista kartoitettiin kysymällä terveys- ja hyvinvointiblogin kirjoittajan taustan merkitystä viestin luotettavuuden rakentumisessa (liite 2, kysymys 4). Tällä kysymyksellä saatiin mediasukuolvien omia käsityksiä blogikirjoittajan taustatekijöiden merkityksestä luottamuksen rakentumisen kokemuksesta. Ensimmäisessä kysymyksessä tulokseksi saatiin, että molemmista mediasukupolvista yli 40 prosenttia arvioi terveysaiheisen tekstin luotettavuutta tarkistamalla kirjoittajan taustan netistä. Kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että terveysaiheisten tekstien lähteiden luotettavuuden arvioinnissa asiantuntijalähteitä pidetään vakuuttavimpina. Kaikista luotettavimpina terveyssivustoina pidetään lääkäreiden tai sairaaloiden sivustoja. Toisaalta kaikista epäluotettavimpina pidetään sivustoja, jossa yritys myy terveystuotteita ja markkinoi tai suorittaa kyselyitä. (Sundar ym. 2011.) Epäluotettavuutta on tutkittu aiheuttavan sisällön tuottajan tunnistettavuuden hankaluus. Useat eri sisällöntuottajat terveysaiheisessa tekstissä sekä häilyvä raja sisällön tuottajan ja yleisön välillä heikentää terveysaiheen luotettavuutta. (Moorhead ym. 2013.)

Kysymyksessä oli neljä vaihtoehtoa, joista nousi esiin kaksi huomionarvoista seikkaa. Suurimpana luottamusta rakentavana taustatekijänä pidettiin korkeakoulutusta. Kuten Sundar (2011) toteaa, asiantuntijuutta pidetään merkittävänä luottamuksen rakentajana. Sen sijaan ulkonäkö, joka ilmentää bloggarin noudattavan terveellistä ruokavaliota oli toissijainen asia sekä X- että Y-mediasukupolven mielestä. Tämä on mielenkiintoinen havainto, sillä bloggaajat itse ovat arvioineet ulkonäön olevan yksi merkittävimmistä uskottavuuden rakentajista (Henriksson 2015). Kaksi muuta taustatekijää saivat vastaajilta neutraalin kannan, eikä niitä koettu merkittäviksi muttei merkityksettömiksi. Taustatekijät olivat terveysalan koulutus sekä henkilökohtainen kokemus ravitsemuksesta ja sen vaikutuksista terveyteen. Tulos herättää kysymyksen muita terveysviestinnän kentällä sisältöä tuottavien tahojen taustatekijöiden merkityksellisyydestä terveysviestinnän luottamuksen kokemuksen rakentumisessa.

Kolmannessa luotettavuuden rakentumista kartoittavassa kysymyksessä pyydettiin arvioimaan, kuinka tärkeinä asioina argumentointiin liittyviä väittämiä pidettiin terveysartikkelin luotettavuuden kannalta (liite 2, kysymys 5). Tuloksista kävi ilmi, että luotettavuus rakentuu siitä, ettei terveyteen liittyvän julkaisun sisältö ole liioiteltua, otsikko vastaa sisältöä, terveysartikkeli on kirjoitettu ymmärrettävästi sekä se, että kirjoittaja tuo esiin viestissä myös asiaa kritisoivia näkökulmia. Jokainen edellä luetelluista neljästä väittämästä arvioitiin yli 80-prosenttisesti tärkeäksi ja erittäin tärkeäksi.

Tulos osoittaa sen, että kirjoitustekniset asiat näyttäisivät olevan tärkeitä luotettavuuden rakentumisessa. Luotettavuus ei siis rakennu pelkästään terveysartikkelin sisällöstä, vaan huolitellusta kieliasusta ja johdonmukaisuudesta. Saman asian voi ymmärtää tutkijan tuottaman sisällön luotettavuuden rakentumisesta. Tunne sisällön luotettavuudesta laskee, jos tutkijan tuottama sisältö ei noudata yleisiä ohjeistuksia tutkimuksen raportoinnista, vaikka sisältö olisi faktoiltaan oikeaa. Näyttänee myös siltä, että terveysartikkelin kirjoittajalta odotetaan kriittistä argumentointia terveysartikkelissa esitetystä asiasta. Tätä vahvistaa myös se, ettei mediasukupolvien mukaan terveysartikkelissa asioiden yksipuolinen esittäminen rakentanut luotettavuutta. Vaikka terveysviestinnän ristiriitaisuus toisaalta johtaa juurensa moninaisten näkökulmien olemassaolosta ja aiheuttaa epäluotettavuuden tunnetta terveysviestintää kohtaan (Dorey & McCool 2009), ei terveysväittämän yksipuolista esittämistä pidetty lainkaan tässä tutkimuksessa tärkeänä asiana terveysviestinnän luottamuksen rakentumisessa.

Hajontaa luotettavuusosion kolmannen kysymyksen vastauksissa X- ja Y-mediasukupolven välillä esiintyi siinä, kuinka tärkeäksi kirjoituksen selventäminen tieteellisillä kuvioilla tai tutkimuksilla koettiin. Voidaan yhteenvetona sanoa, että Y-mediasukupolvi piti tutkimuksilla ja tieteellisillä kuvioilla perustelemista yksimielisesti tärkeänä toisin kuin X-mediasukupolvi. X-mediasukupolven kohdalla mielipiteet jakautuvat asteikon ääripäihin. Sen sijaan Y-mediasukupolvi piti väittämää yksimielisesti tärkeänä tai erittäin tärkeänä. Toisaalta kysymyksen asettelussa ei spesifioitu terveysartikkelin tyyppiä tarkasti, mikä vaikuttaa vastauksiin. Jos kysymyksessä olisi kysytty tieteellisen terveysartikkelin luotettavuuden rakentumisesta, olisi esimerkiksi vastaukset tieteellisten kuvioiden merkityksestä luotettavuuteen voineet olla erilaiset. Toisaalta kritiikki asiantuntijatietoa kohtaan on yleisesti kasvanut. Syyksi kritiikille on esitetty suomalaisten kohonnutta koulutustasoa, mahdollisuutta eri tietolähteiden vertailuun internetissä sekä tutkimuslähteiden itsenäiseen arviointiin (Jauho 2013, 368.) Voi olla, että kahden mediasukupolven väliset erot medialukutaidossa vaikuttivat tulokseen. Yhteenvetona voidaan todeta, että Y-mediasukupolvi vaati luottamuksen rakentumiseksi terveysartikkelissa enemmän tieteellistä näyttöä kuin vanhempi X-mediasukupolvi.

Neljännessä terveysviestinnän luotettavuuteen liittyvässä kysymyksessä pyydettiin vastaajia arvioimaan lueteltujen tekijöiden tärkeyttä ravitsemusartikkelin luotettavuuden arvioimisessa (liite 2, kysymys 6). Luotettavuuden arviointi kohdennettiin kysymyksessä ravitsemusartikkeliin. Tärkeimpinä asioina ravitsemusartikkelin luotettavuuden arvioimisessa nousi esiin sekä X- että Y-mediasukupolvien keskuudessa ravitsemuskirjoitusten perusteleminen useilla tutkimuksilla, ravitsemuskirjoituksessa tekstin

näkökulman vahvistaminen vähintään yhdellä tutkimuksella sekä mahdollisuus tutkimuksiin perehtymiseen linkkien kautta. Molemmat mediasukupolvet näkivät nämä tutkimuksiin ja lähteisiin liittyvät väittämät kaikkein tärkeimpinä luottamuksen arvioimisessa, sillä yli 80 prosenttia molemmissa mediasukupolvissa arvioi väittämät tärkeiksi tai erittäin tärkeiksi.

Aiemmin todettiin, että kirjoituksen selventäminen tieteellisillä kuvioilla tai tutkimuksilla terveysartikkelissa koettiin vain Y-mediasukupolvessa yhdensuuntaisesti tärkeänä asiana sisällön luotettavuuden kannalta. Sen sijaan ravitsemusartikkelin luotettavuuden arvioimisessa molemmat mediasukupolvet pitivät tutkimuksilla perustelemista tärkeänä tai erittäin tärkeänä. Esiintyvä mielipide-ero kahden samankaltaisen kysymyksen välillä voi johtua siitä, että kysymys oli kohdennettu luottamusosion neljännen kysymyksen kohdalla ravitsemusartikkelin luottamuksen arvioimiseen tai siitä, että toisaalta kolmannessa (liite 2, kysymys 5) kysymyksessä väittämä sisälsi myös tieteellisillä kuvioilla perustelemisen.

Huomiotavan arvoinen asia on se, että linkkien esilläolo tutkimusten tarkastamiseksi koettiin tärkeäksi. Tämä on mielenkiintoinen havainto siitä syystä, ettei kaikissa ravitsemukseen liittyvissä nettiartikkeleissa laiteta lähteitä esiin. Tutkijat ovat havainneet, että tieteeseen perustuvaa viestintää julkaistaan usein ilman tutkimuksen kontekstia tai metodeja (Nagler 2010, 13). Selvaraj, Borkar ja Prasad (2014) toteavat, että toimittajat tutkitusti suosivat lähteinään lääketieteen heikkolaatuisia tutkimuksia, jotka on toteutettu esimerkiksi heikolla tutkimusmenetelmällä. Tutkimukset ovat osoittaneet, että mediassa terveyssisältöjä esitetään epärealistisesti sekä annetaan väärää tietoa vastaanottajalle (Torkkola 2008, 62; Vardeman 2008, 283). Halu linkkien tarkistamiseen viittaa mediasukupolvien haluun tarkastaa kirjoittajan väitteiden oikeellisuus varmistamalla itse lähteen laatu. On todettu, että luottamus itse tieteeseen ei ole välttämättä vähentynyt, mutta luottamus tieteen edustajiin on koetuksella (Jauho 2013). Väärän tiedon antaminen on saattanut vaikuttaa ihmisten luottamukseen terveyssisältöjä kohtaan. Tämä voinee olla yksi syy siihen, että mediasukupolvet näkevät mahdollisuuden tutkimuksien omatoimiseen tarkasteluun merkittäväksi ravitsemusartikkelin luottamuksen rakentajana. Kun linkki on esillä ravitsemusartikkelissa, viestintä on läpinäkyvämpää ja vaikuttaa myönteisesti kokemukseen luotettavuudesta ravitsemusartikkelia kohtaan.

Aikaisemmin todettiin kyselyn luotettavuusosion toisen kysymyksen kohdalla, että henkilökohtainen kokemus ravitsemuksesta ja sen vaikutuksista terveyteen, ei kummankaan mediasukupolven mukaan ollut merkittävä tekijä terveysviestin luotettavuuden rakentajana. Neljännen kysymyksen kohdalla Y-mediasukupolvessa suurin osa arvioi, että tekstin perusteleminen tutkimuksen lisäksi omilla kokemuksilla on tärkeää tai erittäin tärkeää. X-

mediasukupolvessa vastauksia tuli arvoasteikon neljään kohtaan tasaisesti, kuitenkin siten että painotus oli enemmän tärkeän, kuin ei-tärkeän asteikon arvojen puolella. X-mediasukupolvista lähes joka neljäs piti asiaa (26 %) kaikkein tärkeimpänä asiana. Y-mediasukupolvi piti kokemuksilla perustelemista X-mediasukupolvea tärkeämpänä osana luottamuksen rakentumista ravitsemusartikkelissa. Nuoremman ja vanhemman mediasukupolven välillä näyttäisi siis olevan eroa, kuinka tärkeänä henkilökohtaista kokemusta pidetään terveysviestinnän luotettavuuden rakentajana. X- ja Y-mediasukupolvella näyttäisi olevan myös luottamus globaaleja tekstejä kohtaan, sillä kirjoituksen suomalainen alkuperä ei kasvattanut terveysartikkelin luotettavuutta. Tämä voi osaltaan liittyä suomalaisten hyvään kielitaitoon, jolloin englannin kielisiä sivustoja ei pidetä itselle vieraina.

Korhonen (2014, 144) toteaa, että tulkinta, ymmärtäminen ja terveysjuttujen hyödyntäminen ei ole vielä kansalaisten keskuudessa riittävällä tasolla. Tavallisen lukijan on tutkimusten mukaan vaikea erottaa, onko kyseessä tuotteen tai palvelun myyminen vai puhtaasti kansanterveyden parantaminen (Setälä 2014, 63). Tästä syystä kyselyn luotettavuusosion viimeisenä kysymyksenä (liite 2, kysymys 7) nähtiin tärkeänä kysyä, kuinka hyvin vastaajat kokevat arvioivansa terveystekstin luotettavuutta. Molemmat mediasukupolvet arvioivat luotettavuuden arviointikykynsä kohtalaisen hyvän ja erittäin hyvän välimaastoon. Tähän tulokseen voinee vaikuttaa ikä sekä koulutustausta. Korhonen (2014, 143) kuvaa, että terveyslukutaitoon kytkeytyy seuraavat taustamuuttujat: koulutus, ikä, varallisuus, etninen tausta tai teknologian käyttötaito. Neter ja Brainin (2012) toteavat, että nuoremmilla ja kouluttautuneimmilla sukupolvilla on parempi terveyslukutaito internetissä kuin vanhemmilla sukupolvilla. Suurin osa kyselyyn vastanneista oli korkeakouluttautuneita, mikä voi osaltaan olla syy positiiviseen arvioon omasta luotettavuuden arviointikyvyn tasosta. Tulokseen voi vaikuttaa myös vastaajien korkea kiinnostuneisuus aihetta kohtaan. On huomioitava, että erilaiset viestintäkanavat vaativat erilaista kriittistä terveyslukutaitoa. Kysymys oli kohdennettu yleisesti terveysaiheisen sisällön luotettavuuden arviointiin. Tulos kuvaa yleisellä tasolla mediasukupolvien omaa arvioita terveysaiheisen sisällön luotettavuuden arvioinnista.

Tutkimuskysymys 2 kuului: Miten ristiriitaiseen terveysviestintään suhtaudutaan? Edellä olevaa tutkimuskysymystä tutkittiin vertailevasti X- ja Y-mediasukupolvien välillä kuuden kysymyksen avulla. Kyselytutkimuksen ristiriitaisuusosiossa (liite 2, sivu 3) lukijoille selvitettiin ensimmäiseksi, mitä ristiriitainen terveysviestintä on. Esimerkkinä vastaajille esitettiin neljä verkkomedioista poimittua otsikkoa, liittyen ruisleivän terveellisyyteen. Otsikoista kaksi puoti ruisleivän terveellisiä vaikutuksia terveyttä ja kaksi

esitteli ruisleivän epäterveellisiä vaikutuksia. Otsikot olivat peräisin eri verkkomedioista.

Ensimmäisessä ristiriitaisuutta tutkivassa kysymyksessä selvitettiin, ovatko vastaajat havainneet itse ristiriitaisia terveysviestejä internetissä (liite 2, kysymys 8). Sekä X- että Y-mediasukupolvi tiedosti ristiriitaisen terveysviestinnän olemassaolon internetissä. Tähän voinee vaikuttaa ristiriitaisuusosion alussa esitelty ruisleipäesimerkki. Seuraavassa kysymyksessä tiedusteltiin, onko ristiriitaisuuden ilmiö vaikuttanut vastaajan terveyskäyttäytymiseen (liite 2, kysymys 9). Ilmiön läsnäolosta huolimatta, ristiriitaisuudella ei nähty vaikutusta vastaajien omien vastasten perusteella omaan terveyskäyttäytymiseen. Tämä havainto on ristiriidassa kansainvälisen tutkimuksen kanssa: yksilöiden havaitseman terveysviestinnän epämääräisyyden on todettu vaikuttavan yksilöiden tekemiin terveyteen liittyviin päätöksiin (Nagler 2010, 53). Syyt erilaiseen tulokseen tässä tutkimuksessa voinee liittyä useaan tekijään, kuten tutkimusmetodiin tai otoksen suuruuteen. Lisäksi Naglerin tekemä tutkimus on 6 vuotta vanha sekä kansainvälinen tutkimus laajemmasta otantajoukosta. Tässä tutkimuksessa otanta oli pieni ja keskittyi suomenkielisiin yksilöihin.

Kolmannessa ristiriitaisuuteen suhtautumista kartoittavassa kysymyksessä vastaajilta kysyttiin, miten he suhtautuvat ristiriitaiseen terveysviestintään (liite 2, kysymys 10). Suurin osa (yli 80 %) kummassakin mediasukupolvessa arvioi ristiriitaisuuden olevan neutraali tai positiivinen asia. Tämä tulos on myös ristiriidassa aikaisemman tutkimuksen kanssa, sillä on havaittu, että terveysviestien ristiriitaisuus aiheuttaa negatiivisia tunteita yksilöissä (Nagler 2014; Vardeman 2008, 283; Nicholas ym. 2003, 27). Joissakin yksilöissä ristiriitaiset terveysviestit ovat aiheuttaneet pessimismiä, haavoittuvaisuuden tunnetta tai avuttomuutta terveyteen liittyvää aihetta kohtaan. Epämääräisyys luetussa terveysviestissä saattaa lisätä yksilössä tunnetta suostuttelun tai manipuloinnista, mikä koetaan negatiivisesti (Han ym. 2006, 66). Toisaalta mediasukupolvitutkimuksessa Y-mediasukupolven kuvaillaan olevan tiedon etsijänä monipuolinen. Y-mediasukupolven yksilöt etsivät tietoa eri lähteistä ja hyväksyvät keskenään riitelevän tiedon olemassaolon (Säntti & Säntti 2011). Tämä selittää Y-mediasukupolven suhtautumista ilmiöön, mutta X-mediasukupolven kohdalla vastaavaa tutkimustulosta ei ole löytynyt aikaisemmasta tutkimuskirjallisuudesta. Voi siis olla, että yleisen tutkimuksen tulokset ristiriitaisesta terveysviestinnästä eivät päde ikäkohortteihin perustuvaan tutkimukseen. Ja kuten aikaisemmin mainittiin, terveysviestintään liittyvää tutkimusta ei ole tehty aikaisemmin näin rajatusta vastaajajoukosta samalla tutkimusmetodilla.

Toiseksi viimeisenä kysymyksenä vastaajilta kysyttiin, millaisia toiveita heillä on ristiriitaista ravitsemusviestintää kohtaan (liite 2, kysymys 12). Suurin

osa molemmissa mediasukupolvissa toivoi, että uutismedia olisi kriittisempi valitessaan, millaisia terveys- ja hyvinvointitutkimuksia mediassa nostetaan esiin. Syy lisääntyvän kriittisyyden toiveeseen voinee johtua siitä, että toimittajia kiinnostavat uudet ilmiöt ja uutiseksi kelpaavat alustavatkin tulokset sosiaalisesta mediasta syntyneen sisältökilpailun myötä. Varmistettu ja varmistamaton tutkimustieto sekä mielipiteet sekoittuvat mediassa yhdeksi massaksi, josta terveysviestinnän kuluttajien eli maallikoiden on vaikea saada selkoa (Järvi 2014, 125 - 135). On todettu, että terveydestä on tullut median luomien sisältöjen kautta jopa yksi oman identiteetin rakentajista, mikä muovaantuu jatkuvasti media sisältöjen kautta (Mäki-Kuutti 2013, 16). Tästä syystä olisi hyvin tärkeää kiinnittää huomioita median tuottaman terveysviestinnän laatuun. Seuraavaksi eniten toivottiin yksilökeskeisemmän ravitsemusviestinnän toteuttamista. Huovilan ja Saikkosen (2015) mukaan ravitsemusalan asiantuntijat, jotka eivät lukeudu virallisiin terveysviranomaisiin, käyttävät blogitekstien argumentoinnissa yksilökeskeisten erojen painottamista. Sen sijaan terveysviranomaiset painottavat argumentoinnissaan tilastoja sekä syy- ja seuraussuhteita. On huomioitava, että toiveita kartoittava kysymys oli räätälöity kysymys ravitsemusviestinnästä, sillä ravitsemusviestinnässä käydään paljon keskenään ristiriitaista keskustelua, jossa media on yksi suuri osapuoli. Tällöin vastaukset eivät välttämättä kerro yleisiä toiveita koko terveysviestinnän kenttään liittyen.

Yksilökeskeisyys ja kriittisyys tulivat esiin myös viimeisessä kysymyksessä, jossa selvitettiin mediasukupolvien suhtautumista ristiriitaiseen terveysviestintään avoimen kysymyksen avulla (liite 2, kysymys 13). Vastauksia tähän avoimeen kysymykseen tuli 48 (n=48), minkä perusteella aineistosta analysoitiin kolme ristiriitaisen terveysviestintään suhtautuvaa kuluttajatyyppiä. Vastauksia ei eritelty mediasukupolvien välillä vertailevasti, koska aineisto ei jakautunut selkeästi mediasukupolvien välillä erilaisiin kuluttajatyyppeihin. Terveysviestinnän ristiriitaisuuteen suhtautuvat tyyppikuluttajat nimettiin seuraavasti: mediaan turhautunut terveysviestinnän kuluttaja, terveysviranomaisiin negatiivisesti suhtautuva terveysviestinnän kuluttaja sekä ymmärtävästi ristiriitaiseen terveysviestintään suhtautuva kuluttaja. Aikaisemmin vastaajilta saadun tuloksen mukaan mediasukupolvet suhtautuvat ristiriitaiseen terveysviestintään suurimmaksi osaksi neutraalisti ja positiivisesti. Tästä huolimatta aineiston laadullinen osio tuotti kaksi negatiivista suhtautumistapaa edustavaa kuluttajatyyppijoukkoa sekä yhden neutraalin kuluttajatyyppijoukon. Tähän voi yhtenä syynä olla se, että laadullisen aineiston vastaajamäärä oli 48 (n=48), kun taas suljettu kysymys ristiriitaisuuteen suhtautumisesta keräsi vastauksia 96 (n=96).

Korkealla koulutuksella on todettu olevan yhteys asiantuntijoiden lisääntyneeseen kritisointiin (Jauho 2013, 368). Kriittisyysteema, joka ilmeni

laadullisessa analyysissä, voinee johtua siitä, että vastaajajoukko koostui lähes 70-prosenttisesti korkeakouluttautuneista. Kritiikki kohdistui erityisesti mediaan ja terveyden asiantuntijoihin. Tutkimuksessa kävi ilmi, että media ei ole täyttänyt kuluttajien vaateita perinteisinä portinvartioina. Media on joutunut löysäämään kriteereitään uutiskynnyksen täyttymisessä sosiaalisesta mediasta aiheutuvan kilpailun takia, mikä nähdään osasyynä väärän tiedon leviämiseen, mikä toisaalta johtaa ristiriitaisuuksiin. Mediaan turhautunut tyyppikuluttaja oli mielipiteessään oikeilla jäljillä, sillä Selvaraj, Borkar ja Prasad (2014) toteavat tutkimuksessaan, että toimittajat tutkitusti suosivat lähteinään lääketieteen heikkolaatuisia tutkimuksia, jotka on toteutettu esimerkiksi heikolla tutkimusmenetelmällä. Tutkijat ehdottavat terveysviestinnän laadun parantamiseksi toimittajien ja tutkijoiden välisen yhteistyön tiivistämistä, jotta tutkimuksia osattaisiin tulkita oikein toimituksen puolella ja välittää oikeaa tietoa eteenpäin. Myös Laukkasen (2009, 31) mukaan media ei välitä aina tieteeseen perustuvaa tietoa. Esimerkiksi Laukkasen (2009) toteuttamassa tutkimuksessa selvitettiin, kuinka lääketieteellinen tutkimustieto välittyy aikakauslehtien kautta selkäpotilaille. 75 prosenttia tutkimusaineiston artikkeleista esitettiin jossain määrin virheellistä tietoa kivun lievittämisestä. Hoitosuosituksista poikkeavaa ohjeistusta mediassa ovat antaneet esimerkiksi toimittajat sekä asiantuntijahaastattelijat. (Laukkanen 2009, 31.)

Terveysviranomaisiin negatiivisesti suhtautuva terveysviestinnän kuluttaja toi esiin selkeästi sen, että suomalaisten terveysviranomaisten suositukset ovat liian ehdottomia ja ovat johtaneet jopa kansalaisten terveyden laskuun. Huovila (2014) kirjoittaa asiantuntijuuden olevan nykymediajulkisuudessa haastettu osapuoli, joka kyseenalaistetaan yhä useammin maallikoiden argumenteilla ja näkemyksillä. Edelliseen väitteeseen perustui pitkälti myös terveysviranomaisiin negatiivisesti suhtautuvan terveysviestinnän kuluttajan argumentointi. Tyyppikuluttaja toi esiin vastakkainasettelun, missä terveysviranomaisten osaaminen kyseenalaistettiin kokemusperäisellä tiedolla ja asiantuntijuudella. Tyyppikuluttaja toivoi virallisilta tahoilta joustavuutta ja ymmärrystä myös toisenlaisia sosiaalisessa mediassa esiintyviä mielipiteitä kohtaan. Jauho (2013) toteaa, että perinteistä asiantuntijatietoa kritisoidaan internetin ansioista enemmän kuin aikaisemmin. Siihen osaltaan vaikuttavat suomalaisten kohonnut koulutustaso, mahdollisuus eri tietolähteiden vertailuun internetissä sekä tutkimuslähteiden itsenäiseen arviointiin. Tyyppikuluttajien kommenteissa viitattiin asiantuntijamaisesti tutkimuslähteisiin sekä tuotiin esiin vahinkoa, jota viralliset terveysviranomaiset ovat tuottaneet.

Ymmärtävästi ristiriitaiseen terveysviestintään suhtautuva kuluttaja puntaroi ilmiötä monipuolisesti. Ristiriitaisuuden ilmiölle ei etsitty syyllistä eikä sitä haluttu ehdottomasti loppumaan, sillä ilmiö hyväksyttiin olennaiseksi

osaksi terveysviestintää. Tyyppikuluttaja näki, että terveysviestinnän kentällä on paljon toimijoita, jotka yksipuolisesti pysyvät oman mielipiteensä takana fanaattisesti. Tämä on suuri ero kahteen aikaisempaan tyyppikuluttajaan verrattuna, sillä kaksi edeltävää tyyppikuluttajaa ilmensivät kiihkeää kantaa asiaan, jossa taustalla usein oli vastaajan omakohtainen huono kokemus. Ymmärtävästi terveysviestintää suhtautuva ei suhtautunut kiihkeästi terveysviestintään.

Luvussa 4.1 esitettiin hypoteesina, että mediasukupolvien käsitykset terveysviestinnästä eroavaisivat toisistaan. Yllä raportoiduista tuloksista voidaan huomata, että vastaukset ovat melko yhdensuuntaisia kummankin mediasukupolven välillä. Näin ollen tutkimuksen hypoteesi ei toteutunut. Erot mediasukupolvien välillä olivat pieniä ja esimerkiksi laadullisessa analyysissä ei voitu erottaa erilaisia terveysviestinnän kuluttajia mediasukupolvittain. Yleisten voidaan sanoa, että kokemus terveysviestinnän luotettavuudesta rakentuu hyvin samansuuntaisesti molempien mediasukupolvien vastausten perusteella. Myös X- ja Y-mediasukupolvien suhtautuminen ristiriitaiseen terveysviestintään oli hyvin saman linjainen.

Pieniä eroja mediasukupolvien välillä löytyi: X-mediasukupolvi oli kiinnostuneempi terveysaiheista internetissä ja kulutti terveysaiheita Y-mediasukupolvea enemmän. Y-mediasukupolvelle kokemuksilla perusteleminen oli tärkeämpää kuin X-mediasukupolvelle, mutta myös tutkimuksilla perusteleminen oli nuoremmalle mediasukupolvelle hieman tärkeämpi.

Yhteenvetona voidaan todeta, että kokemus terveysviestinnän luotettavuudesta X- ja Y-mediasukupolvissa rakentuu kirjoitusteknisistä asioista sekä lähteiden laadukkuudesta ja niiden merkitsemisestä esiin. Näyttäisi siis siltä, että tieteellä on suuri merkitys terveyssisältöjen luotettavuuden rakentumisessa. Terveysviestinnän ristiriitaisuuteen internetissä suhtaudutaan aikaisemmasta tutkimuskirjallisuudesta poiketen positiivisesti ja neutraalisti. Tosin laadullisen tutkimuksen perusteella ristiriitaiseen terveysviestintään suhtaudutaan kiihkeästi (mediaan turhautunut -, ja negatiivisesti terveysviranomaisiin suhtautuva terveysviestinnän kuluttaja) sekä ymmärtävästi (ymmärtävästi ristiriitaiseen terveysviestintään suhtautuva kuluttaja). Kiihkeys näkyi mediaan ja terveysviranomaisiin kohdistuneina syytöksinä ristiriitaisen terveysviestinnän aiheuttamisena.

Mediasukupolvia tutkittaessa on ymmärrettävä, että tietty ikä ei välttämättä aina tarkoita samanlaista mediakäyttäytymistä samaan ikäryhmään kuuluvien henkilöiden kesken. Tutkijat korostavat, että kaikista mediasukupolvista löytyy yksilöitä, jotka käyttäytyvät tämän hetken mediaympäristössä sukupolvelleen epätyypillisesti (Herkman & Vainikka 2012, 24: Bolin & Skogerbø 2013.) Tässäkin tutkimuksessa X- ja Y-mediasukupolviin

jakautuneet henkilöt antoivat keskenään erilaisia vastauksia. Toisaalta X- ja Y-mediasukupolvien vastaukset eivät keskenään eronneet radikaalisti. Mielenkiintoista onkin se, että vaikka Y-mediasukupolvea kutsutaan nettisukupolveksi (Matikainen 2015), ei tämä näkynyt erilaisena suhtautumisena terveysviestinnän ristiriitaisuuteen tai käsityksenä terveysviestinnän luotettavuuden rakentumisesta. Samansuuntaiset mielipiteet ja käsitykset voivat johtua siitä, että sukupolvi on ongelmallinen käsite. Edmunds ja Turner (2002, 179) toteavat, että sukupolviteoriaa voidaan muodostaa lähes loputtomasti, riippuen tutkijan aatemaailmasta. X- ja Y-mediasukupolvien ikäkohortit vaihtelevat eri tutkijoiden mukaan laajasti eikä käsite ole vakiintunut vain tiettyihin vuosirajoihin. Lisäksi tässä tutkimuksessa tutkittiin peräkkäisten mediasukupolvien käsityksiä. Jos mediasukupolvet olisivat koostuneet lapsista ja vanhuksista, olisivat erot mediasukupolvien välillä olleet luultavasti suuremmat kuin iältään lähekkäin olevilla mediasukupolvilla.

6.2 Tutkimuksen arviointi

Tätä tutkimusta arvioidaan määrällisen ja laadullisen tutkimuksen arviointiin käytettävien menetelmien avulla. Tutkimusta arvioidaan ensin Anttilan (1998) nimeämien tutkimuskyselyn neljän peruspilarin periaatteiden mukaisesti. Anttila (1998) nimeämät perusperiaatteet ovat systemaattisuus, edustavuus, objektiivisuus sekä määrällisyys.

Systemaattisuus kyselyssä toteutui huolellisella suunnitelulla. Kyselylomakkeen tekemiseen oli resursoitu riittävästi aikaa ja lomaketta testattiin mahdollisten virheiden löytämiseksi koevastaajilla. Kysymykset suunniteltiin lomakkeeseen siten, että ne varmasti vastaavat asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Kysymyksiä oli sopiva määrä, eikä kyselyn keskeyttäneitä ollut merkittävää määrää. Näin ilmiöitä pystyttiin kuvaamaan saadun datan avulla lähes samoilla vastaajamäärillä. Avokysymykseen vastauksia tuli vähemmän, mutta tätä aineistoa analysoitiin myös laadullisin menetelmin, missä eri vastaajamäärä ei haitannut analyysiä. Kyselyyn pääsi mukaan myös yksi kysymys, jonka alkuperäinen tarkoitus ei toteutunut ja se jouduttiin jättämään pois analyysivaiheessa.

Kyselyyn saatiin vastaajia halutusta joukosta ja tutkimuksen voidaan todeta edustavan tutkimustavoitteessa esitetyn vastaajajoukon mielipiteitä. Kyselytutkimuksen avulla saatiin vastauksia terveysviestinnän kuluttajien mielipiteistä ja omista arvioista. Tarkemmin, tutkimuksessa saatiin vastauksia tutkimuksen tavoitteessa määritellyn kohderyhmän (X- ja Y-mediasukupolvi)

näkökulmista tasapuolisesti siten, että molempia mediasukupolven edustajia oli lähes saman verran aineistossa. Myös sukupuolet olivat edustettuina tasaisesti. On kuitenkin huomioitava, että tutkimuksen vastaajajoukon tuloksia ei voida yleistää esimerkiksi suomalaisiin saman ikäisiin ihmisiin. Yleistettävyys olisi vaatinut suuremman otoksen sekä mahdollisesti myös erityyppisen aineistonkeruun menetelmän. Nyt aineisto kerätiin verkossa, mutta aineiston kerääminen myös verkon ulkopuolella olisi mahdollisesti tuonut myös muiden kuin aiheesta kiinnostuneiden mielipiteitä esiin.

Objektiivisuus kyselytutkimuksessa tarkoittaa kyselyn toteuttamista niin tarkasti, että se kestää tarkastelua ja se on toistettavissa. Tässä tutkimuksessa toistettavuus on mahdollista tutkimusprosessin tarkan kuvailun myötä. Määrällisyyden peruspilari toteutui myös, sillä kysely sisälsi sellaisia kysymyksiä, jotka voitiin esittää määrällisessä muodossa. On kuitenkin huomioitava, että kysely ei tarkoita ainoastaan määrällistä mittaamista. Kysely voi sisältää myös avovastauksia, joita ei esitetä tai analysoida määrällisessä muodossa. Tässä kyselyssä haluttiin saada monipuolista dataa mediasukupolvista, joten kyselyyn rakennettiin myös laadullinen avokysymys.

Tutkimuksen mittaus- ja tutkimusmenetelmän reliaabelius koostuu määrällisessä tutkimuksessa tiedonkeruun, tulosten syötön ja käsittelyn tekemisestä huolella (Heikkilä 2004.) Tässä tutkimuksessa tutkimuksen reliaabeliutta tuettiin tarkistamalla vastauksien määrää aika-ajoin aineistonkeruun aikana. Aikaa aineistonkeruulle varattiin kaksi viikkoa, jonka aikana havaintoyksiköiden vähimmäisvaatimus täyttyi. Aineistonkeruussa hyödynnettiin sosiaalista mediaa. Tämä tarkoitti edellytystä siitä, että vastaaja löysi itse kyselyn verkosta joko keskustelupalstoilta, Twitteristä tai Facebookista. Kahden viimeisimmän mainitun viestintäkanavan kohdalla käytettiin hyväksi tutkijan omia profiileja ja käyttäjätunnuksia. Vastaajan oma-aloitteisuudella ja vapaaehtoisuudella pyrittiin lisäämään tutkimuksen objektiivisuutta siten, että tutkijan ja vastaajan välinen vuorovaikutus pidettiin minimissään (Heikkilä 2004.) Tällä keinolla saatiin vastauksia laaja-alaisesti sosiaalista mediaa käyttävien henkilöiden käsityksistä. On siis huomioitava, että kyselyn ulkopuolelle on jäänyt internetiä käyttämättömien sekä passiivisesti internetiä hyödyntävien ihmisten mielipiteitä pois. Tutkimuksen tutkimusmenetelmän reliaabeliutta vahvistaa myös se, että aineistonkeruun jälkeen tulokset voitiin siirtää automaattisesti kahden viikon pituisen aineistonkeruun jälkeen suoraan kyselynetti.com-palvelusta excel-muotoon, josta vastaukset voitiin edelleen siirtää SPSS Statistics -ohjelmaan. Tulosten syötön virheettömyyttä edesauttoi tulostensyötön automatisointi. SPSS -ohjelmassa aineistoa käytiin läpi ja tarkastettiin mahdollisilta virheiltä, ennen aineiston varsinaisen analysoinnin aloittamista.

Tutkimuksen validiteetilla määrällisessä tutkimuksessa tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä mitata sitä, mitä tutkimuksessa oli tarkoituskin mitata. (KvantiMOT 2015). Myös laadullisessa tutkimuksessa validiteetti tarkoittaa tutkimuksen pätevyyden arviointia. Tällöin laadullisille tuloksille voidaan asettaa kysymyksiä kuten: onko tutkimus tehty perusteellisesti, ovatko saadut tulokset ja tehdyt päätelmät luotettavia (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tutkimuksen luotettavuutta laadullisen analyysin prosessissa lisää se, että laadullisen tutkimuksen vaiheet kirjoitetaan kattavasti ja perusteellisesti esiin (Hirsjärvi ym. 2007.) Tässä tutkimuksessa laadullisen analyysin vaiheet tuotiin esiin niin tarkasti kuin mahdollista. Vaiheet kirjattiin esiin siten, että tutkimuksen toistettavuus olisi myös mahdollinen. Lisäksi laadullisen aineiston analyysin validiteettia lisäsi aineiston läpikäyminen useaan otteeseen niin, että aineistoon palattiin myös myöhemmissä raportoinnin vaiheissa ja tarkastettiin, ovatko laadullisen aineiston tulokset edelleen samat.

Otoksen suuruus täytti Vilkan (2007), Nummenmaan (2009) sekä Heikkilän (2004) vähimmäisvaatimukset määrällisen tutkimuksen otannan suuruudesta. Lisäksi kun tutkimuksessa suoritetaan vertailevaa tutkimusta ryhmien välillä, on jokaisesta ryhmästä hyvä olla edustettuna vähintään 30 havaintoyksikköä (Heikkilä 2004.) Tutkimuksessa vertailtavat ryhmät: X-mediasukupolvi ja Y-mediasukupolvi sisälsivät molemmat noin yli 50 havaintoyksikköä, mikä riittää tyydyttämään Heikkilän (2004) ehdottamat vaatimukset. Yllä mainitut rajaukset ovat kuitenkin vain ehdotelmia havaintoyksiköiden lukumääristä. Nummenmaa (2009) toteaa ettei määrälliselle tutkimukselle ole olemassa valmiita tai oikeita otanta- ja havaintoyksikkömääriä. Sen sijaan havaintoyksiköiden lukumäärä määrittyy tutkimuskohtaisesti tutkimuksen tavoitteiden kautta. Tarkoituksena tässä tutkimuksessa ei ollut yleistää saatavia tuloksia kaikkiin suomalaisiin. Tästä syystä vastaajamäärää (N=109) ei kasvatettu pidentämällä kyselyn vastausaikaa, sillä vastaajajoukkoa ei olisi saatu tähän maisterin tutkielmaan käytettävien resurssien avulla luotettavasti yleistettäväksi kaikkiin 21 - 51-vuotiaisiin suomalaisiin. Tarkoituksena oli pikemminkin saada tietoa, joka auttaa ymmärtämään saman tyyppisiä ilmiöitä tapaustutkimuksen kautta (Daymon & Holloway 2012.)

Kyselylomakkeesta saadun aineiston analyysivaiheessa huomattiin kysymyksen 11. kohdalla virhe. Kysymys: onko ravitsemusaiheiden ristiriitaisuus vaikuttanut luottamukseesi seuraavia tahoja kohtaan, sisältää mahdollisuuden kysymyksen ymmärtämiseen myös niin, että luottamus on kasvanut. Tarkoituksena kysymyksessä oli mitata luotettavuustason mahdollista alenemista. Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi kyseisen kysymyksen analysointiin kiinnitettiin huomiota. Kysymyksen vastauksia ei tulkittu luottamustason laskemiseksi, vaan muuttumiseksi.

Tärkeä huomioitava seikka vastaajajoukon taustatiedoissa oli se, että yli 70 prosenttia vastaajista oli korkeakoulutettuja kummassakin mediasukupolvessa. Korkeakoulutettujen suuri määrä vaikuttaa myös koko X- ja Y-mediasukupolvien vastausten tarkasteluun kriittisesti siten, että tässä aineistossa tuli esiin erityisesti korkeakoulutettujen ihmisten mielipiteet. Tällä on vaikutusta tutkimuksen reliabiliteettiin siten, että tutkimus toistettuna voisi antaa erilaisia vastauksia, jos vastaajat jakautuisivat koulutustasoiltaan eri tavoin. Korkea koulutustaso vastaajien keskuudessa voi mahdollisesti johtua tutkijan sosiaalisesta verkostosta, jota hyödynnettiin kyselyn lähettämisessä eteenpäin. Koska kyselyä ei lähetetty henkilökohtaisesti vastaajajoukolle, voi ulkopuolelle jäädä mielipiteitä, jotka eivät pidä aihetta tärkeänä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Sekä X- että Y-mediasukupolvi vastasi 90-prosenttisesti olevansa jollain tapaa kiinnostunut terveysaiheista internetissä. Tämä tarkoittaa, että tutkimuksessa esiintyi aiheesta kiinnostuneiden mielipiteitä. Koulutustason nousulla on todettu olevan yhteys asiantuntijoiden lisääntyneessä kritisoinnissa (Jauho 2013, 368.) Tämä seikka voi vaikuttaa aineiston laadullisessa analyysistä nousseisiin tuloksiin, kriittisistä mielipiteistä mediasta ja terveysviranomaisista.

6.3 Jatkotutkimusideat

Alasuutari (1999) toteaa, että yhden tutkimuksen alku voi olla toisen tutkimuksen alku. Tässä luvussa esitellään jatkotutkimusideoita, jotka nousivat esiin tutkimusprosessin aikana. Tässä tutkielmassa tutkittiin käsityksiä internetin terveysviestinnästä ja erityisesti ristiriitaisuuteen suhtautumisesta ja luotettavuuden rakentumisesta. Luotettavuutta ja ristiriitaisuutta tutkittiin X- ja Y-mediasukupolvien omien mielipiteiden ja vastausten kautta. Tutkimusta analysoitiin sekä määrällisten että laadullisten tutkimusmetodin avulla.

Tässä tutkimuksessa keskityttiin internetiä käyttävien yksilöiden vastauksiin. Kuten luvussa 6.2 jo todettiin, luultavasti kyselyyn vastanneet ovat internetiä aktiivisesti käyttäviä yksilöitä. Laajemman kuvan saamiseksi jatkotutkimusideaksi esitetään vastaajajoukon laajentamista myös internetiä käyttämättömien tai satunnaisesti käyttävien henkilöiden piiriin. Lisäksi toisenlaista aineistonkeruumenetelmää hyödyntävä tutkimus voisi kerätä eri koulutustaustaisia vastaajia ja näin ollen muuttaa tutkimustuloksia antaen laajemman kuvan käsityksistä terveysviestinnän luotettavuutta ja ristiriitaisuutta kohtaan.

Jatkotutkimusideaksi esitetään ristiriitaisen terveysviestinnän ilmiön tarkastelemista laajemmin laadullisen tutkimuksen näkökulmasta.

Tällöin voitaisiin pureutua tutkimaan laadullisin tutkimusmetodein esimerkiksi sosiaalisen median teema-areenoita, joissa ristiriitaisen terveysviestinnän ilmiötä esiintyy. Tällä hetkellä aiheesta keskustellaan verkkomedioissa ja aiheeseen on otettu kantaa niin blogimaailmassa kuin keskustelupalstoillakin. Toisaalta terveysviestinnän ristiriitaisuus on verkkomediassa ajankohtainen aihe ja voisikin olla mielenkiintoista tehdä yksityiskohtaista mediatutkimusta siitä, kuinka aiheesta keskustellaan eri verkkomedioissa ja millaisia eri osapuolia ilmiössä esiintyy. Esimerkiksi pinnalla oleva ravitsemuskeskustelu suomalaisessa mediassa ja sen eri osapuolet olisivat erittäin mielenkiintoinen jatkotutkimuksen aihe. Laadullisessa analyysissä ilmiöön suhtautumista voitaisiin ymmärtää syvemmin terveysviestinnän kuluttajien kannalta.

Itse terveysviestintää toteuttaviin, eli sisällön tuottajiin kohdistuva tutkimus olisi hedelmällinen maaperä terveysviestinnän tutkimukselle. Terveysviestintää koskettavat eettiset ohjeistot on suunniteltu viestinnän ammattilaisia ajatellen. Miten esimerkiksi liikuntaohjaajan koulutuksella toimiva henkilö kokee vastuunsa blogatessaan terveyteen liittyvistä aiheista. Terveysviestinnän perimmäisenä tarkoituksena on terveyden edistäminen Korhonen 2014, 144; Boiarsky ym. 2013, 881). Onko blogimaailmassa terveysviestinnän toteuttamisessa erilaisia tarkoitusperiä? Millaiset asiat ohjaavat bloggaajaa kirjoittamaan terveydestä liittyviä asioista? Ohjaako bloggaajan kirjoittamista oma kiinnostus, lukijoiden huomion saaminen vai kenties yhteystyökumppanit?

Myös terveyslukutaidosta on todettu olevan vähäistä tutkimusta (Korhonen 2014 & Eriksson-Backa 2010.) Terveyslukutaidon merkitys kasvaa tulevaisuudessa, sillä terveysviestinnän määrän oletetaan lisääntyvän tulevaisuudessa lisää, kuten mikä tahansa muukin tieto internetissä. Näin ollen terveysviestinnän kuluttajiin ja terveyslukutaitoon kohdistuva tutkimus olisi tarpeellista. Terveyslukutaitoon liittyvässä tutkimuksessa olisi mielenkiintoista huomioida terveysviestinnän eri haarat. Terveyslukutaitotutkimusta voisi kohdentaa esimerkiksi liikuntaan, ravitsemukseen tai hyvinvointiin. Erityisen mielenkiintoista olisi tutkia, ovatko terveysviestinnän kuluttajat kriittisempiä jotakin tiettyä terveysaihetta kohtaan ja mistä mahdollinen kriittisyys johtuu. Visuaalisuudella ei koettu olevan mediasukupolvien mukaan suurta roolia terveysviestinnän luotettavuuden rakentajana. Mielenkiintoista olisikin tehdä lisätutkimusta visuaalisuuden merkitysestä terveysviestinnässä.

KIRJALLISUUS

Aarva, P. 1994. Terveyden arvo. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 110, 23 - 24.

AC-Sanafor Oy. 2015. Terveysviestinnän kiinnostavimmat aiheet ja trendit: terveystoimittajien näkökulmat ja trendit. Saatavilla www-muodossa: <http://www.acsanafor.fi/2014/05/yksilollisyys-ja-raataloidyt-ratkaisut-tulevat-myos-terveysviestintaan/>. Viitattu 1.1.2016.

Alasuutari, P. 1999. *Laadullinen tutkimus.* Tampere: Vastapaino.
Atkinson, N. L., Saperstein, S. L. & Pleis, J. 2009. Using the internet for health-related activities: findings from a national probability sample. *Journal of Medical Internet Research 11 (1).* Saatavilla www-muodossa: <http://www.jmir.org/2009/1/e4/>. Viitattu 1.6.2016.

Anttila, P. 1998. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Saatavilla www-muodossa <www.metodix.com > . Viitattu 1.2.2016.

Armitage, J. 2012. *Virilio and the media.* Cambridge: Polity Press.

Bennett, P., Kendall, A. & McDougall, J. 2011. *After the media: culture and identity in the 21st century.* Oxon. Routledge.

Berkman, N. D., Davis, T. C. & McCormack, L. 2010. *Health literacy: what is it? Journal of Health Communication 15 (2),* 9 - 19.

Bernhardt, J. M. 2006. Improving health through health marketing. *Preventing Chronic Disease 3 (3).* Saatavilla www-muodossa: <http://www.cdc.gov/PCD/ISSUES/2006/jul/05_0238.htm>. Viitattu 3.3.2016.

Beutell, N. J. & Wittig-Berman, U. 2008. Work-family conflict and work-family synergy for generation X, baby boomers, and matures: generational differences, predictors, and satisfaction outcomes. *Journal of Managerial Psychology 23 (5),* 507 - 523.

Boiarsky, G., Rouner, D. & Long, M. 2013. Effects of responsibility attribution and message source on young adults' health attitudes and behaviors. *Journal of Health Communication: International Perspectives 7 (18),* 881 - 894.

Bolin, G., & Westlund, O. 2008. Mobile generations: The role of mobile technology in the shaping of Swedish media generations. *International Journal of Communication, 3 (17)*, 108 - 124.

Bolin, G., & Skogerbø, E. 2013. Age, generation and the media. *Northern Lights 11*, 3 - 14. Saatavilla www-muodossa: <10.1386/nl.11.3_2>. Viitattu 3.2.2016.

Buckingham, D., & Willett, R. 2013. *Digital generations: Children, young people, and the new media.* Oxon. Routledge.

Castells, M. 2009. *Communication power.* Oxford, OUP Oxford.

Chou, W. Y. S., Hunt, Y. M., Beckjord, E. B., Moser, R. P., & Hesse, B. W. 2009. Social media use in the United States: implications for health communication. *Journal of Medical Internet research, 11(4).* Saatavilla www-muodossa: < http://www.jmir.org/2009/4/e48/>.Viitattu 3.2.2016.

Cline, R. J., & Haynes, K. M. 2001. Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art. *Health education research, 16(6),* 671-692.

Corcoran, N. 2013. *Communicating health: strategies for health promotion.* Sage.

Covello, V. T., & Peters, R. G. 2002. Women's perceptions of the risks of age-related diseases, including breast cancer: reports from a 3-year research study. *Health Communication, 14 (3*), 377 - 395.

Creswell, J. W. 2013. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches.* California: Sage publications.

Diekman, C., & Malcolm, K. 2009. Consumer perception and insights on fats and fatty acids: knowledge on the quality of diet fat. *Annals of Nutrition and Metabolism, 54 (1),* 25 - 32.

Duodecim Terveyskirjasto. 2015. Mitä terveys on? Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Saatavilla www-muodossa: <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903&p_haku=sairauden%20määritelmä>. Viitattu 11.11.2015.

Dutta-Bergman, M. J. 2004. Primary sources of health information: Comparisons in the domain of health attitudes, health cognitions, and health behaviors. *Health communication, 16 (3),* 273 - 288.

Drake, M. 2009. *Terveysviestinnän kipupisteitä: Terveystiedon tuottajat ja hankkijat Internetissä.* Jyväskylän yliopisto. Viestinnän laitos. Väitöskirja.

Drake, M. 2014. Kansa kysyy ja netti vastaa – mutta kuinka kauan? Teoksessa U. Järvi (toim.) *Tautinen media.* Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 84 - 98.

Dorey, E., & McCool, J. (2009). The role of the media in influencing children's nutritional perceptions. *Qualitative Health Research*, *19* (5), 645 - 654.

Edmunds, J., & Turner, B. S. 2002. Generational consciousness, narrative, and politics. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers.

Ek, S., & Niemelä, R. 2010. Onko internetistä tullut suomalaisten tärkein terveystiedon lähde? Deskriptiivistä tutkimustietoa vuosilta 2001 ja 2009. *Informaatiotutkimus, 29(4)*, 67 - 75.

Eriksson-Backa, K. 2010. Arkielämän terveystiedon lukutaitoa mittaamassa: kolmen pienimuotoisen tutkimuksen vertailua. Informaatiotutkimus, 29(3), 1 - 5.

Euroopan Komissio. 2015. Medialukutaito digitaalisessa ympäristössä. Saatavilla www-muodossa: <http://eurlex.europa.eu/legalcontent/FI/TXT/?uri=URISERV%3Aam0004>. Viitattu 13.1.2016.

Eysenbach, G. 2001. What is e-health? *Journal of medical Internet research, 3(2).* Saatavilla www-muodossa: < http://www.jmir.org/2001/2/e20/>.Viitattu 11.11.2015.

Fogelholm, M. 2012. Ravitsemustutkijat kovilla julkisessa keskustelussa. *Tieteessä tapahtuu*, *30* (1), 1 - 2.

Fox, S. 2008. *The engaged e-patient population.* Washington: DC, Pew Internet & American Life Project.

Freimuth, V. S., & Quinn, S. C. 2004. The contributions of health communication to eliminating health disparities. *American Journal of Public Health, 94 (12),* 2053 - 2055.

Fuchs, C., Hofkirchner, W., Schafranek, M., Raffl, C., Sandoval, M., & Bichler, R. 2010. Theoretical foundations of the web: cognition, communication, and co-operation. Towards an understanding of web 1.0, 2.0, 3.0. *Future Internet, 2(1),* 41 - 59.

Han, P. K., Moser, R. P., & Klein, W. M. 2006. Perceived ambiguity about cancer prevention recommendations: relationship to perceptions of cancer preventability, risk, and worry. *Journal of Health Communication, 11(1),* 51 - 69.

Health on the Net Foundation. 2016. HON Code of Conduct. Saatavilla www-muodossa: <http://www.hon.ch/HONcode/Webmasters/Conduct.html> Viitattu 1.6.2016.

Herkman, J., & Vainikka, E. 2012. *Lukemisen tavat. Lukeminen sosiaalisen median aikakaudella.* Tampere: Tampere UP.

Helsingin Sanomat. 2014. Kuka tietää, mikä on paras ruokavalio? 20.11.2014.

Saatavilla www-muodossa:
<http://www.hs.fi/hyvinvointi/a1416373053889>. Viitattu 21.10.2015.

Heikkilä, T. 2004. 5. uudistettu painos. *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita.

Helsingin Sanomat. 2015. Tutkimus: Ristiriitainen terveysjournalismi rapauttaa uskoa tieteeseen. 17.8.2015. Saatavilla www-muodossa: <http://www.hs.fi/tiede/a1305977408852?jako=01332be600f76bd4a767b1a37b7f5b5d&ref=tw-share>. Viitattu 21.10.2015.

Henrikkson, E. 2015. *"Ehkä just se, että on niin paljon lähempänä kuin se asiantuntija": terveys- ja hyvinvointiasiantuntijat terveysviestinnän kentällä.* Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 2007. 13. osin uudistettu painos. *Tutki ja kirjoita.* Helsinki: Tammi.

Hjarvard, S. 2008. The mediatization of religion: a theory of the media as agents of religious change. *Northern Lights: Film & Media Studies Yearbook*, *6*(1), 9-26.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2002. *Tilastolliset menetelmät.* Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hukka, E. 2014. Potilaasta partneriksi - sosiaalinen media haastaa terveydenhuollon. Teoksessa Järvi, U. (toim.) *Tautinen media.* Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 104 - 120.

Huovila, J. 2014. " Kansa ei enää tottele": Karppaus individualistisen ja universalistisen ravitsemuspuheen ristiaallokossa Helsingin Sanomissa vuosina 2010–2012. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, *51* (1), 18 - 31.

Huovila, J., & Saikkonen, S. 2015. Establishing credibility, constructing understanding: The epistemic struggle over healthy eating in the Finnish dietetic blogosphere. *Health, 20 (4),* 383 - 400.

Jauho, M. 2013. Tiedevastaisuutta vai tiedekriittisyyttä? Vähähiilihydraattisen ruokavalion kannattajien käsityksiä asiantuntijuudesta ja tieteellisestä tiedosta. *Yhteiskuntapolitiikka 78 (4),* 365 - 376.

Jensen, K. B. 2013. *A handbook of media and communication research: qualitative and quantitative methodologies.* Oxon: Routledge.

Järvi, U. 2011. *Media terveyden lähteillä: miten sairaus ja terveys rakentuvat 2000-luvun mediassa.* Jyväskylän yliopisto. Viestinnän laitos. Väitöskirja.

Järvi, U. (toim.) 2014. *Tautinen media.* Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kaplan, A. M., & Haenlein, M. 2010. Users of the world, unite! The challenges and opportunities of social media. *Business Horizons, 53(1),* 59 - 68.

Keller, P. A., & Lehmann, D. R. 2008. Designing effective health communications: a meta-analysis. *Journal of Public Policy & Marketing, 27 (2),* 117 - 130.

Kennedy, B. & Funk, C. 2015. Public Interest in Science and Health Linked to Gender, Age and Personality. Pew Research Center.

Kietzmann, J. H., Hermkens, K., McCarthy, I. P., & Silvestre, B. S. 2011. Social media? Get serious! Understanding the functional building blocks of social media. *Business horizons, 54 (3),* 241 - 251.

Kilian, T., Hennigs, N., & Langner, S. 2012. Do millennials read books or blogs? Introducing a media usage typology of the internet generation. *Journal of Consumer Marketing, 29 (2),* 114 - 124.

Korhonen, M. 2014. Terveysjutut kohtaavat yleisönsä. Teoksessa Järvi, U. (toim.) *Tautinen media.* Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 138 - 142.

Kreuter, M. W., & McClure, S. M. 2004. The role of culture in health communication. *Annu. Rev. Public Health*, *25*, 439 - 455.

KvantiMOTV. 2015. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Verkkojulkaisu. Saatavilla www-muodossa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>. Viitattu 25.1.2016.

Laatikainen, R. 2015. 6 syytä miksi ravitsemuskeskustelu velloo ristiriitaisena. Saatavilla www-muodossa: <http://www.pronutritionist.net/2014/12/6-syyta-miksi-ravitsemuskeskustelu-velloo-ristiriitaisena/>. Viitattu 26.11.2015.

Lahelma, E. 2003. Medikalisaation juurilta nykypäivään. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 119 (19),* 1863 - 1868.

Laukkanen, K. M. 2009. Kohti eksaktia terveysviestintää. *Tieteessä tapahtuu, 27 (8).* 31 - 34.

Lipiäinen, H. 2014. *Digitization of the communication and its implications for marketing*. Väitöskirja. Jyväskylä.

Luoma-aho, V., & Vos, M. 2009. Monitoring the complexities: nuclear power and public opinion. *Public Relations Review, 35 (2),* 120 - 122.

Matikainen, J. 2010. Perinteinen ja sosiaalinen media–käyttö ja luottamus. *Media & viestintä, 33 (2),* 55 - 70.

Matikainen, J. 2015. Uusi mediasukupolvi? *Aikuiskasvatus: aikuiskasvatustieteellinen aikakauslehti 35 (3),* 164 - 176, 238.

McNab, C. 2009. What social media offers to health professionals and citizens. *Bulletin of the world health organization*, *87* (8), 566 - 566.

Metsämuuronen, J. 2010. *Tutkimuksen perusteet ihmistieteissä.* E-kirja. Saatavilla www-muodossa: <http://www.methelp.com/pdf/TTP4demo.pdf>. Viitattu 2.3.2016.

Mikkola, L., & Torkkola, S. 2007. Viestinnän tutkimus vierastaa terveyttä. *Tiedotustutkimus, 4 (7),* 2 - 8.

Moorhead, S. A., Hazlett, D. E., Harrison, L., Carroll, J. K., Irwin, A., & Hoving, C. 2013. A new dimension of health care: systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication. *Journal of Medical Internet Research, 15 (4).* Saatavilla www-muodossa: <http://www.jmir.org/2013/4/e85/?trendmd-shared=1>. Viitattu 3.3.2016.

Mäki-Kuutti, A-M. 2013. Hyvän arjen valtiaat: Tohtori Kiminkinen ja populaarimedian julma optimismi. *Kulttuurintutkimus 30(2),* 16 - 26.

Nagler, R. H. 2010. *Steady diet of confusion: contradictory nutrition messages in the public information environment.* University of Pennsylvania. Dissertation.

Nagler,R. H. 2014. Adverse outcomes associated with media exposure to contradictory nutrition messages. *Journal of Health Communication: International Perspectives, 19 (1),* 24 - 40.

Neter, E., & Brainin, E. 2012. eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of medical Internet research*, *14*(1), e19.

Nicholas, D., Dobrowolski, T., Withey, R., Russell, C., Huntington, P., & Williams, P. 2003. Digital information consumers, players and purchasers: information seeking behaviour in the new digital interactive environment. *Aslib Proceedings, 55 (1/2)*, 23 - 31.

Norman, C. D., & Skinner, H. A. 2006. eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of medical Internet research, 8(2).* Saatavilla www-muodossa: < http://www.jmir.org/2006/2/e9/>. Viitattu 11.11.2016.

Nummenmaa, L. (2009). Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Nutbeam, D. 1998. Health promotion glossary1. *Health Promotion International, 13 (4),* 349 - 364.

Parrott, R. 2004. Emphasizing "communication" in health communication. *Journal of Communication, 54 (4),* 751-787.

Peters, E., Lipkus, I., & Diefenbach, M. A. 2006. The functions of affect in health communications and in the construction of health preferences. *Journal of Communication, 56 (1),* 140 - 162.

Potter, W. J. 2013. *Media literacy*. 7th edition. University of California, Santa Barbara: Sage Publications.

ProCom. 2016. Viestinnän eettiset ohjeet. Saatavilla www-muodossa: <http://procom.fi/viestintaala/ohjeet-ja-periaatteet/procomin-eettiset-ohjeet/>. Viitattu 3.4.2016.

Purhonen, S. 2007. *Sukupolvien ongelma: tutkielmia sukupolven käsitteestä, sukupolvitietoisuudesta ja suurista ikäluokista.* Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tutkimuksia nro 251. Helsingin yliopisto. Väitöskirja.

Pääjärvi, S. & Palsa, L. 2015. Entäs aikuiset?: katsaus medialukutaidon edistämiseen digitalisoituvassa Suomessa. *Aikuiskasvatus: aikuiskasvatustieteellinen aikakauslehti, 35 (3),* 199 - 207.

Ramírez, A. S., Freres, D., Martinez, L. S., Lewis, N., Bourgoin, A., Kelly, B. J & Hornik, R. C. 2013. Information seeking from media and family/friends increases the likelihood of engaging in healthy lifestyle behaviors. *Journal of Health Communication, 18 (5),* 527 - 542.

Reisenwitz, T. H., & Iyer, R. 2009. Differences in generation x and generation y: implications for the organization and marketers. *Marketing Management Journal, 19 (2),* 91 - 103.

Rice, R. E. 2006. Influences, usage, and outcomes of internet health information searching: multivariate results from the pew surveys. *International Journal of Medical Informatics, 75 (1),* 8 - 28.

Saaranen-Kauppinen, A., & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV-Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.

Sarajärvi, A., & Tuomi, J. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.* Helsinki: Tammi.

Schiavo, R. 2013. 2nd edition. *Health communication: from theory to practice.* California: John Wiley & Sons.

Selvaraj, S., Borkar, D. S., & Prasad, V. 2014. Media coverage of medical journals: do the best articles make the news? *PloS one, 9 (1),* 1 - 5.

Setälä, V. 2014. Terveyden esikuvat, pudokkaat ja inhimillinen epävarmuus – monitieteinen näkökulma mediapuheeseen. Teoksessa Järvi, U. (toim.) *Tautinen media.* Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 63.

Steele, R., & Dumbrell, D. 2012. Putting the public into public health information dissemination: social media and health-related web pages. In *Proceedings of the Seventeenth Australasian Document Computing Symposium,* 135 - 138.

Suhonen, P. 2007. Suomalaisten eriytyvät ja muuttuvat arvot. Teoksessa Borg, S., Ketola, K., & Kääriäinen, K. *Uskonto, arvot ja instituutiot.* Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto (FSD) 4, 26 - 47.

Suikkanen, R., & Syrjälä, H. 2010. *Suomalaisen uutismedian vuosiseuranta 2010*. Tiedotusopin laitos. Tampereen yliopisto.

Sundar, S. S., Rice, R. E., Kim. H. & Sciamanna, C. N. 2011. Online health information: conceptual challenges and theoretical opportunities. Teoksessa Thompson, T. L., Parrot, R. & Nussbaum, J. F. (toim.) *The Routledge Handbook of Health Communication.* 2nd edition. New York: Routledge, 181 - 202.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2015. Media muuttaa käsityksiä terveydestä. Saatavilla www-muodossa: <http://www.duodecim.fi/uutisarkisto?p_p_id=uutisportlet_WAR_uutistenjulkaisuportlet_INSTANCE_3K2m&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column1&p_p_col_count=1&_uutisportlet_WAR_uutistenjulkaisuportlet_INSTANCE_3K2m_uutis_id=11302>. Viitattu 25.11.2015.

Suomenmaa. 2015. Ravitsemustietoa on tarjolla ähkyyn asti. 2.7.2015. Saatavilla www-muodossa: <http://www.suomenmaa.fi/etusivu/7536877.html>. Viitattu 21.10.2015.

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2016. Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö. Sosiaalisen median sosiaalisuus. Helsinki: Tilastokeskus. Saatavilla www-muodossa: <http://www.stat.fi/til/sutivi/2014/sutivi_2014_2014-11-06_kat_003_fi.html>. Viitattu 8.4.2016.

Säntti, R., & Säntti, P. 2011. Organisaatio ja sen ajattelutapa: tiedosta, määrittele ja hyödynnä. Teoksessa Aaltonen-Ogbeide, T., Saastamoinen, P., Rainio, H., & Vartiainen, T. Silmät auki sosiaaliseen mediaan. *Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 3*, 16 - 45.

Tanskanen, M. 2014. *Johdattelua tutkimusmenetelmiin*. Joensuu: Joensuun yliopisto.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Tutkimusten nollatulokset ymmärretään väärin. Saatavilla www-muodossa: <https://blogi.thl.fi/blogi/-/blogs/tutkimusten-%E2%80%9Dnollatulokset%E2%80%9D-ymmarretaan-ravitsemuskeskustelussa-vaarallisen-vaarin>. Viitattu 16.11.2015.

Terveyskirjasto. 2015. Biolääketieteellinen viitekehys. Saatavilla www-muodossa: <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00010>. Viitattu 22.10.2015.

The Media Insight Project. 2015. How millennials get news: inside the habits of america's first digital generation. Saatavilla www-muodossa: <https://www.americanpressinstitute.org/publications/reports/survey-research/millennials-news>. Viitattu 1.6.2016.

Thompson, T. L., Parrott, R., & Nussbaum, J. F. 2011. *The Routledge handbook of health communication*. 2nd edition. New York: Routledge.

Tian, Y., & Robinson, J. D. 2008. Media use and health information seeking: an empirical test of complementarity theory. *Health Communication*, *23* (2), 184 - 190.

Tilastokeskus. 2015. Sosiaalisen median sosiaalisuus. Saatavilla www-muodossa: < http://www.stat.fi/til/sutivi/2014/sutivi_2014_2014-11-06_kat_003_fi.html>. Viitattu 2.2.2016.

Tilastokeskus. 2016. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot. Saatavilla www-muodossa: <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/01/07/>. Viitattu 1.3.2016.

Tolbize, A. 2008. Generational differences in the workplace. University of Minnesota. Research and Training Center of Community Living 19, 1 - 13.

Torkkola, S. 2008. Sairas juttu. *Tutkimus terveysjournalismin teoriasta ja sanomalehden sairaalasta.* Tampereen yliopisto. Tiedotusopinlaitos. Väitöskirja.

Torkkola, S. 2014. Muuttuva terveysviestintä, medioituvat terveydet ja sairaudet. Teoksessa U. Järvi (toim.) *Tautinen media.* Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tutkimusmenetelmät ja aineistot. 2015. Saatavilla www-muodossa: <http://www.mv.helsinki.fi/home/psaukkon/tutkielma/Tutkimusmenetelmat.html>. Viitattu 2.2.2016.

Vance, K., Howe, W., & Dellavalle, R. P. 2009. Social internet sites as a source of public health information. *Dermatologic clinics, 27(2),* 133 - 136.

Vardeman, J. E., & Aldoory, L. 2008. A qualitative study of how women make meaning of contradictory media messages about the risks of eating fish. *Health communication, 23 (3),* 282 - 291.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. *Määrällisen tutkimuksen perusteet.* Helsinki: Tammi, 1(1).

Vodanovich, S., Sundaram, D., & Myers, M. 2010. Research commentary: Digital natives and ubiquitous information systems. *Information Systems Research, 21(4),* 711 - 723.

Vos, M., Schoemaker, H., & Luoma-aho. 2014. Setting the agenda for research on issue arenas. *Corporate Communications, 19 (2),* 200 - 215.

Väliverronen, E. 2015. Medialukutaitoa terveysviestintään. *Yhteiskuntapolitiikka. 80 (1),* 90 - 91.
Väliverronen, E. 2005. Lääketiede mediassa. *Duodecim- lehti,121 (13),* 1394 - 9.

Westlund, O., & Weibull, L. 2013. Generation, life course and news media use in Sweden 1986 - 2011. *Northern Lights: Film & Media Studies Yearbook, 11 (1),* 147 - 173.

Wiio, O. A., & Puska, P. 1993. *Terveysviestinnän opas.* Helsinki: Otava. 5 - 76.

World Health Organization (WHO). 1999. Health Promotion Glossary. 1 - 36. Saatavilla www- muodossa: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf ?ua=1>. Viitattu 21.10.2015.

World Health Organization. 2016. Track 2: health literacy and health behavior. Saatavilla www-muodossa: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>. Viitattu 13.1.2016.

Wright, K. B., & Bell, S. B. 2003. Health-related support groups on the internet: linking empirical findings to social support and computer-mediated communication theory. *Journal of Health Psychology, 8 (1*), 39 - 54.

YLE. 2015. Juotko rasvatonta maitoa, syötkö marjoja ja kalaa? Saatavilla www-muodossa <http://yle.fi/uutiset/juotko_rasvatonta_maitoa_syotko_marjoja_ja_kalaa/8241373>. Viitattu 2.12.2015.

YLE. 2015. Ravitsemussuosituksiin monenlaisia mielipiteitä: "Ei tässä enää tiedä, mihin uskoa". 24.8.2015. Saatavilla www-muodossa: <http://yle.fi/uutiset/ravitsemussuosituksiin_monenlaisia_mielipiteita_ei_tassa_enaa_tieda_mihin_uskoa/8248363?ref=leiki-es>. Viitattu 2.12.2015.

Yu, H. C., & Miller, P. 2005. Leadership style: the x-generation and baby boomers compared in different cultural contexts. *Leadership & Organization Development Journal, 26 (1),* 3 - 50.

LIITTEET

Liite 1 Kyselyn osallistumiskutsu

Kyselytutkimus terveysviestinnän ristiriitaisuudesta ja luotettavuudesta

Teen maisterintutkielmaa Jyväskylän yliopistossa, minkä aiheena on terveysviestinnän ristiriitaisuus ja luotettavuus internetissä.

Internet ja media tulvii nykyään terveystietoa, mutta usein koetaan hankalaksi mihin terveyssisältöihin (uutiset, blogikirjoitukset, mainokset) voidaan luottaa. Myös tuntemukset terveysinformaation ristiriitaisuudesta ja päällekkäisyydestä ovat lisääntyneet viime vuosina.

Tarkoituksenani on tutkia vuonna 1964 - 1995 syntyneiden henkilöiden mielipiteitä ja käsityksiä ilmiöstä. Jos kuulutte kyseiseen ikäryhmään, vastaathan 5 - 10 minuutin mittaiseen kyselyyni. Tutkimuksen avulla voidaan tuottaa tietoa niin median, terveysviestinnän ammattilaisten, terveyden asiantuntijoiden kuin terveysviestinnän kuluttajien käyttöön.

Vastaaminen tapahtuu alla olevan linkin kautta anonyymisti. Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti eikä vastaajaa voida yhdistää vastauksiin. Kysely on avoinna keskiviikkoon 10.2.2016 asti.

https://www.kyselynetti.com/s/181bb86

Kiitos etukäteen vaivannäöstänne!

Lisätietoja: Anniina Nykänen

anniina.i.m.nykanen@student.jyu.fi

Liite 2 Terveysviestinnän luotettavuus ja ristiriitaisuus –kysely

Terveysviestinnän luotettavuus ja ristiriitaisuus -kysely

Sivu 1

Tervetuloa vastaamaan kyselyyn!

Hei! Olen maisterintutkielmaa tekevä yhteisöviestinnän opiskelija Jyväskylän Yliopistosta. Tarkoitukseni on tutkimuksessani selvittää vuosina 1964 - 1995 syntyneiden henkilöiden käsityksiä terveysaiheisten sisältöjen luotettavuudesta sekä ristiriitaisuudesta internetissä.

Kerään aineistoa sähköisellä kyselyllä, johon pyydän teitä ystävällisesti osallistumaan. Täyttämänne tiedot käsitellään nimettöminä ja salaisina. Tutkimukseen osallistuminen edellyttää koko kyselyn täyttämistä, johon aikaa menee noin 5 - 10 minuuttia.

Jos teille tulee kysyttävää, voitte lähettää sähköpostia osoitteeseen: anniina.i.m.nykanen@student.jyu.fi

Kiitoksia jo etukäteen ajastanne!

Sivu 2

Mitä terveysviestintä on?

Terveysviestintä on kaikkea terveyteen, hyvinvointiin ja ravitsemukseen liittyvää viestintää. Se voi olla esimerkiksi uutinen kahvin terveellisyydestä, blogikirjoitus herkän vatsan ruokavaliosta tai keskustelua D-vitamiinista keskustelufoorumilla.

1. **Seuraan terveyteen tai hyvinvointiin liittyviä ...**

   ☐ Blogeja ☐ Uutisia ☐ Keskustelupalstoja ☐ Facebook-sivustoja ☐ Twitter-tilejä ☐ Instagram-tilejä

2. **Terveys- ja ravitsemusaiheet internetissä kiinnostavat minua...**

   ☐ Hyvin paljon ☐ Melko paljon ☐ Jonkin verran ☐ Eivät erityisemmin kiinnosta

3. **Luen ravitsemusasiantuntijan blogikirjoituksen maidon haittavaikutuksista.**
   Arvioin terveysväittämän luotettavuutta seuraavasti:

   Valitse vain ne kohdat, joita olet aikaisemmin tehnyt arvioidessasi samankaltaista terveysvälttämää.

   ☐ Etsin hakukoneella lisää tietoa samasta aiheesta. ☐ Tarkistan kirjoittajan taustan netistä. ☐ Tarkistan kuinka uutta kirjoitettu teksti on. ☐ Arvioin kirjoituksen nettisivuston visuaalisen ilmeen perusteella. ☐ Arvion tekstissä käytettyjä lähteitä. ☐ Arvion tekstiä lukijoiden kirjoittamien kommenttien perusteella. ☐ En arvioi yleensä tekstin luotettavuutta.

4. **Terveys- tai hyvinvointiblogia lukiessani on viestin luotettavuuden kannalta tärkeää, että kirjoittajalla on...**

   Laita alla olevat väitteet arvojärjestykseen 1 - 4. 1 ollessa tärkein asia ja 4 vähiten tärkeä asia.

   ↕ ☐ korkea koulutus (terveys-, liikunta- tai ravitsemustieteen korkeakoulututkinto)

   ↕ ☐ muu koulutus, joka liittyy terveyteen tai hyvinvointiin (esim. Personal Trainer -koulutus)

   ↕ ☐ henkilökohtaista kokemusta ravitsemuksesta ja sen vaikutuksista terveyteen

   ↕ ☐ ulkonäkö, joka ilmentää terveellisen ruokavalion noudattamista

5. **Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että terveysartikkelissa...**

Arvioi väittämät asteikolla ei lainkaan tärkeä - erittäin tärkeä.

	Ei lainkaan tärkeä	Jokseenkin tärkeä	Ei tärkeä eikä merkityksetön	Tärkeä	Erittäin tärkeä	En osaa sanoa
sisältö ei ole liioiteltua	○	○	○	○	○	○
otsikko vastaa sisältöä	○	○	○	○	○	○
kirjoitus on kirjoitettu ymmärrettävästi	○	○	○	○	○	○
kirjoituksessa on selvitetty asiaa tieteellisillä kuvioilla tai tutkimuksilla	○	○	○	○	○	○
kirjoittaja tuo viestissä myös asiaa kritisoivia näkökulmia mukaan	○	○	○	○	○	○
aiheesta on esitetty vain yksi totuus	○	○	○	○	○	○

6. **Arvioi alla olevien tekijöiden tärkeyttä, kun arvioit ravitsemusartikkelin luotettavuutta.**

Ravitsemusartikkelilla tarkoitetaan uutista tai blogikirjoitusta ravitsemuksesta.

	Ei lainkaan tärkeä	Jokseenkin tärkeä	Ei tärkeä eikä merkityksetön	Tärkeä	Erittäin tärkeä	En osaa sanoa
Ravitsemuskirjoituksessa nimetään ainakin yksi tutkimus vahvistamaan tekstin näkökulma.	○	○	○	○	○	○
Ravitsemuskirjoitus perustellaan useilla tutkimuksilla.	○	○	○	○	○	○
Esitettyihin tutkimuksiin on mahdollisuus perehtyä linkkien kautta.	○	○	○	○	○	○
Teksti perustellaan tutkimuksien lisäksi omilla kokemuksilla.	○	○	○	○	○	○
Ravitsemusartikkeli sijaitsee suomalaisella sivustolla.	○	○	○	○	○	○
Artikkelin kirjoittajalla on takanaan suuri kannattajajoukko.	○	○	○	○	○	○
Artikkelin sisältö ei ole radikaalin tuntuinen.	○	○	○	○	○	○

7. **Miten hyvin koet arvioivasi terveysaiheisen sisällön luotettavuutta?**

○ Erittäin hyvin ○ Hyvin ○ Kohtalaisen hyvin ○ Huonosti ○ Erittäin huonosti ○ En osaa sanoa

Sivu 3

Mitä ristiriitainen terveysviestintä on?

Luet internetistä uutisia, blogikirjoituksia ja asiantuntijoiden lausuntoja erilaisista ravitsemussuosituksista ja ruokavalioista. Kirjoituksissa esitetyt faktat kumoavat toinen toisiaan. Alla olevissa uutisotsikoissa on esimerkki tilanteesta, jossa ruisleivän terveellisyyttä punnitaan mediassa eri näkökulmista. Keskustelua käytiin median lisäksi blogeissa ja keskustelupalstoilla. Muita mielipiteitä jakavia aiheita ovat olleet muun muassa: karppaus, rasvan rooli ruokavaliossa, D-vitamiini ja maidon terveellisyys. Ristikkäiset mielipiteet ja faktat aiheuttavat ristiriitaisen terveysviestinnän tulvan.

Ruisleipä on suomalaista superruokaa (YLE Savo: 29.8.2011)

Antti Heikkilä: Ruisleipä ei ole terveysruokaa (Studio55: 9.3.2011)

Savon Sanomat: Ruisleipä on luultuakin terveellisempää (Helsingin Sanomat: 29.3.2012)

IS: Kärsitkö vatsavaivoista? Ruisleipä saattaa pahentaa oireita (Ilta-Lehti: 22.9.2013)

8. **Oletko havainnut itse netissä toisistaan eroavia ravitsemusväitteitä?**

- [ ] Erittäin paljon
- [ ] Melko paljon
- [ ] Melko vähän
- [ ] Erittäin vähän tai en lainkaan
- [ ] En osaa sanoa

9. **Ovatko ristiriitaiset terveysviestit vaikuttaneet terveyskäyttäytymiseesi?**

Terveyskäyttäytyminen tarkoittaa terveyteen liittyviä valintoja ja käyttäytymistä.

- [ ] Kyllä
- [ ] En tiedä
- [ ] Ei
- [ ] Kyllä, miten _____

10. **Pidätkö internetissä esiintyviä eriäviä näkökulmia ravitsemuksesta...**

Valitse yksi vaihtoehto.

- [ ] positiivisena asiana
- [ ] negatiivisena asiana
- [ ] neutraalina asiana

11. **Onko ravitsemusaiheiden ristiriitaisuus vaikuttanut luottamukseesi...**

- [ ] suomalaisia terveysviranomaisia kohtaan
- [ ] suomalaista mediaa kohtaan
- [ ] keskustelupalstoja kohtaan
- [ ] asiantuntijoiden asiantuntijuutta kohtaan
- [ ] bloggaajien kirjoituksia kohtaa
- [ ] en koe terveysaiheiden ristiriitaisuuden vaikuttaneen luottamukseni tasoon mitään tahoa kohtaan
- [ ] jotakin muuta tahoa kohtaan, mitä? _____

12. **Mitä toiveita sinulla on internetin ravitsemukseen liittyvään viestintään kohtaan?**

- [ ] Ei mitään toiveita.
- [ ] Toivon johdonmukaisempaa ja järjestetympää viestintää ravitsemuksesta.
- [ ] Toivon enemmän tietoa siitä, millaiseen terveystietoon voin luottaa.
- [ ] Toivon enemmän yksilöeroja huomioivaa viestintää ravitsemuksesta.
- [ ] Toivon että uutismedia olisi kriittisempi, mitä ja millaisia terveys- ja hyvinvointitutkimuksia se nostaa esiin.
- [ ] Muita toiveita, mitä? _____

13. **Asenteeni ristiriitaisia terveysviestejä kohtaan on...**

Sivu 4

Täytätähän vielä nämä henkilötiedot

14. **Syntymävuosi**

1964

15. **Sukupuoli**

- ○ Nainen
- ○ Mies

16. **Koulutus**

- ☐ Yliopisto
- ☐ Ammattikorkeakoulu
- ☐ Lukio
- ☐ Ammattikoulu
- ☐ Peruskoulu
- ☐ Jokin muu, mikä

» Redirection to final page of KyselyNetti (muuta)