

TIEDONTARVETTA TERVEYDESTÄ

15-69-vuotiaiden suomalaisten kokema terveystiedon tarve ja sitä selittävät
sosiodemografiset tekijät

Terveyskasvatuksen
pro gradu –tutkielma
Susanna Below
Anu Patrikainen
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Kevät 2003

TIIVISTELMÄ

Susanna Below ja Anu Patrikainen

Tiedontarvetta terveydestä - 15-69-vuotiaiden suomalaisten kokema terveystiedon tarve ja sitä selittävät sosiodemografiset tekijät.

Terveyskasvatuksen pro gradu –tutkielma.

Jyväskylän yliopisto, Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos.

Kevät 2003.

Sivuja 77, liitteitä 10.

Ohjaaja: Terveyskasvatuksen professori, PhD Jukka Laitakari.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää suomalaisten 15-69-vuotiaiden arkielämässään kokemaa terveystiedon tarvetta. Tarkastelimme, missä määrin valitut sosiodemografiset taustatekijät olivat yhteydessä koettuun terveystiedon tarpeeseen. Tarkoitamme tässä tutkimuksessa koetulla terveystiedon tarpeella ihmisen arkielämässään kokemaa terveystiedon tarvetta, jonka johdosta hän on etsinyt terveystietoa. Terveystiedon tarvetta mitattiin kysymällä tutkitavalta, oliko hän viime aikoina etsinyt tietoa terveystiedon eri sisältöalueisiin liittyvistä asioista.

Terveystiedon sisältöalueet olivat terveelliset elintavat, arkipäivän oireet ja vaivat, stressi ja jaksaminen, laihdutus, ihmissuhteet, sairaudet ja niiden hoito sekä päihteet. Tutkimukseen osallistui 706 ihmistä, joista miehiä oli 350 ja naisia 356. Otos edusti koko Suomea lukuun ottamatta Ahvenanmaata. Aineiston keräsi tietopalvelukeskus Tietoykkönen Oy puhelinhaastattelujen avulla. Otantamenetelmänä käytettiin kiintiöityä tasaväliotantaa. Tutkimuksessa tarkasteltiin sukupuolen, iän, asuinalueen, paikkakuntatyyppin, ammattiryhmän, siviilisäädyn sekä talouteen kuuluvien alle 18-vuotiaiden lasten määrän yhteyttä koettuun terveystiedon tarpeeseen. Muuttujien välisiä yhteyksiä tutkittiin ristiintaulukointien ja logistisen regressioanalyysin avulla.

Tulokset osoittivat, että valtaosa suomalaisista oli etsinyt terveystietoa. Naiset olivat etsineet terveystietoa selvästi yleisemmin kuin miehet. Ylempiin ammattiryhmiin kuuluvat miehet olivat etsineet noin kaksi kertaa yleisemmin terveystietoa kuin alempien ammattiryhmien miehet. 20-29 -vuotiaat naiset olivat etsineet terveystietoa muita naisia yleisemmin. Terveellisistä elintavoista sekä sairauksista ja niiden hoitoon liittyvistä asioista oli etsitty yleisemmin tietoa kuin muista terveystiedon sisältöalueista. Vähiten tiedontarvetta oli päihteistä. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää terveyskasvatuksen suunnittelussa, kehittämisessä ja toteuttamisessa. Tuloksia soveltamalla voidaan arvioida aikaisempaa täsmällisemmin eri väestöryhmien terveystiedon tarpeita. Tulosten avulla voidaan myös kehittää terveyspalveluja sekä erilaisia tietopalveluja vastaamaan eri väestöryhmien terveystiedon tarpeisiin.

Asiasanat: terveystieto, terveyskasvatus, tiedonhankinta, tiedontarve, arkielämä

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELYÄ	3
2.1 TIEDOSTA, TIEDON ARVOSTA JA TERVEYSTIEDOSTA.....	3
2.2 TERVEYDEN MÄÄRITELMIÄ.....	4
2.3 VÄESTÖN TERVEYSKÄSITYKSIÄ JA TERVEYDEN KOKEMINEN	7
2.4 TERVEYDEN EDISTÄMISKÄSITTEEN KEHITTYMINEN	8
2.5 TERVEYSKASVATUKSEN NYKYISIÄ MÄÄRITELMIÄ.....	11
2.6 ARKIELÄMÄ.....	13
3 TERVEYSTIEDON HANKINNAN TEOREETTISIA LÄHTÖKOHTIA	14
3.1 TARPEIDEN HIERARKIA	14
3.3 ARKIELÄMÄN TIEDONHANKINTA JA TIEDONTARPEET.....	17
3.4 KATSAUS TIEDONHANKINTATUTKIMUKSEN HISTORIAAN.....	17
4 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA ARKIELÄMÄN TIEDONHANKINNASTA	20
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	22
6 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT	23
6.1 PERUSJOUKKO JA OTANTA	23
6.2 AINEISTON HANKINTA JA KUVAILU	24
6.3 MITTARIEN KUVAILU	26
6.4 TILASTOLLISET ANALYYSIMENETELMÄT.....	27
7 TULOKSET	28

7.1 ERI-ikäisten suomalaisten miesten ja naisten kokema terveystiedon tarve....	28
7.2 Muiden taustamuuttujien yhteys koettuun terveystiedon tarpeeseen	36
7.3 Logistinen regressioanalyysi terveystiedon tarpeen väestöryhmittäisistä eroista	43
8 POHDINTA	47
8.1 Tutkimustulosten luotettavuudesta ja yleistettävyydestä.....	47
8.2 Tulosten tarkastelu	50
8.2.1 Sukupuolen yhteys koettuun terveystiedon tarpeeseen	50
8.2.2 Iän yhteys koettuun terveystiedon tarpeeseen	52
8.2.3 Ammattiryhmän yhteys koettuun terveystiedon tarpeeseen.....	55
8.2.4 Siviilisäädyn ja talouteen kuuluvien alle 18-vuotiaiden lasten määrän yhteys koettuun terveystiedon tarpeeseen.....	56
8.2.5 Terveystiedon tarve sisältöalueittain	57
8.3 Toimenpide-ehdotuksia ja jatkotutkimusaiheita.....	62
LÄHTEET	67
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Ihminen on luonnostaan utelias. Hän havainnoi aktiivisesti ympäristöään ja hankkii tietoa itselleen tärkeiksi kokemistaan asioista. Suomi on eräs maailman kehittyneimmistä tietoyhteiskunnista, jossa tietoa antavalla koulutuksella ja uuden tiedon hankinnalla ja hyväksikäytöllä on keskeinen sija. Informaatioyhteiskunnan on väitetty tarjoavan ihmisille mahdollisuudet esteettömään tiedon saantiin ja keskinäiseen viestintään. (Niiniluoto 1989.) Toisaalta jatkuva ja liiallinen tietotulva voi aiheuttaa ihmisille psyykkistä ylikuormittumista. Saadaanko tietoa nykyään niin runsaasti ja vaivattomasti, etteivät ihmiset etsi sitä aktiivisesti arkielämässään?

Ihmisten arvostuksissa terveys sijoittuu yleensä tärkeimmiksi koettujen asioiden joukkoon. Oman terveyden edistäminen vaatii yksilöltä voimavaroja ja edellyttää myös ympäristön tukea. Tietoyhteiskuntamme on luonut hyvät edellytykset tiedonhankinnalle ja ihmisiä on pyritty kannustamaan omatoimiseen terveytensä edistämiseen, joten voisi olettaa, että suomalaiset ovat aktiivisia terveystiedon hankkijoita. Suomen terveystiedon politiikan eräänä keskeisenä tavoitteena onkin vahvistaa ihmisten kykyä vastata omasta terveydestään sekä lisätä terveyttä ja elämäntilannetta koskevia tietoja ja taitoja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001). Sosiaali- ja terveysministeriö (2001) on lisäksi painottanut väestön ikääntymisen myötä elinikäistä oppimista terveyden ja toimintakyvyn edistämiseksi.

Terveyden, terveyden edistämisen ja terveystiedon sanotaan olevan sidoksissa siihen aikaan, yhteiskunnalliseen tilanteeseen ja ympäristöön, jossa elämme ja vaikutamme. Näin ollen niiden olisi syytä reagoida yhteiskunnallisiin muutoksiin ja ihmisten tarpeisiin. Myös terveystiedon olisi vastattava ihmisten muuttuviin tarpeisiin. Tutkimuksemme tarkoituksena on selvittää eri-ikäisten suomalaisten arkielämässään kokemia terveystiedon tarpeita ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Arkielämän terveystiedon tarpeista ja hankinnasta on hyvin vähän aikaisempaa tutkimustietoa. Tiedonhankintatutkimuksissa on useimmiten keskitytty ammatillisiin tiedontarpeisiin ja -hankintaan. Terveystieto liittyy kuitenkin hyvin läheisesti jokaisen ihmisen arkielämään ja sen vuoksi terveystiedon tarpeiden tutkiminen ihmisläheisestä näkökulmasta on mielestämme tärkeää. Ihmisläheisen tutkimuksestamme tekee se, että vastaajat ovat itse voineet ilmaista kokemansa terveystiedon tarpeet eli ne eivät ole ulkopuolisen tahon määrittelemiä. Vastaavanlaista tutkimusta ei ole aikaisemmin tehty, joten tutkimustamme voidaan pitää terveystiedon kannalta ainutlaatuisena.

Tämän tutkielman aluksi määrittelimme tutkimuksemme kannalta keskeisiä käsitteitä kuten terveystiedon, terveyden, terveyden edistämisen, terveystiedon hankintaa mukailen Savolaisen (1995) tiedonhankintaprosessia. Luomme myös katsauksen aikaisempiin tutkimuksiin tästä aiheesta. Tutkimustehtävien esittelyn jälkeen raportoimme tutkimuksemme tulokset. Pohdimme tutkielmamme lopuksi tulosten yleistettävyyttä, luotettavuutta sekä merkitystä terveyden edistämiseksi ja terveystiedon hankinnalle.

Kartoittamalla suomalaisen väestön terveystiedon tarpeita voidaan terveystietoa ja sen myötä terveyden edistämistä ja terveystiedon hankintaa suunnata aikaisempaa tehokkaammin eri väestöryhmille. Mikäli tutkimuksemme tuloksena havaitaan eroja eri väestöryhmien terveystiedon tarpeissa ja näitä tarpeita selittäviä tekijöitä, voidaan tulostemme pohjalta kehittää terveystiedon palveluja sekä erilaisia tietopalveluja, kuten kirjastoja ja telepalveluja vastaamaan entistä kohdennetummin ihmisten terveystiedon tarpeisiin.

2 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELYÄ

Tässä luvussa käsittelemme terveystiedon, terveyden, terveyden edistämisen ja terveystiedon eri määritelmiä sekä näihin läheisesti liittyviä käsitteitä. Terveystiedon määrittelyn jälkeen tarkastelemme terveyden eri määritelmiä, jotta voidaan ymmärtää, mitä terveystieto sisältää ja mihin sen avulla pyritään vaikuttamaan. Terveyden eri määritelmät luovat edellytykset myös terveyden edistämisen monipuoliselle ymmärtämiselle. Pyrimme myös selvittämään terveystiedon osuutta terveyden edistämässä, terveystiedon osuutta terveyden edistämässä, terveystiedon osuutta terveyden edistämässä ja ihmisten arkielämässä. Ihmisten arkiset terveystiedot ja terveyden kokeminen voivat olla lähtökohtana ihmisten pyrkimyksille edistää terveyttään esimerkiksi terveystiedon hankinnan avulla. Terveystiedon hankkiminen ja kyky käyttää tietoa luovat edellytykset ihmisten täysivaltaistumiselle, joka puolestaan edellyttää terveystiedon osuutta terveyden edistämässä. Terveystiedon osuutta terveyden edistämässä, terveystiedon osuutta terveyden edistämässä ja ihmisten arkielämässä. Ihmisten arkiset terveystiedot ja terveyden kokeminen voivat olla lähtökohtana ihmisten pyrkimyksille edistää terveyttään esimerkiksi terveystiedon hankinnan avulla. Terveystiedon hankkiminen ja kyky käyttää tietoa luovat edellytykset ihmisten täysivaltaistumiselle, joka puolestaan edellyttää terveystiedon osuutta terveyden edistämässä. Terveystiedon osuutta terveyden edistämässä, terveystiedon osuutta terveyden edistämässä ja ihmisten arkielämässä. Ihmisten arkiset terveystiedot ja terveyden kokeminen voivat olla lähtökohtana ihmisten pyrkimyksille edistää terveyttään esimerkiksi hankkimalla terveystietoa.

2.1 Tiedosta, tiedon arvosta ja terveystiedosta

Tiedon yksiselitteinen määrittäminen on hankalaa. Lähtökohtana voidaan pitää niin kutsuttua klassista tiedon määritelmää: tietoa on hyvin perusteltu tosi uskomus. Tiedolle täytyy olla julkisia ja yleisesti hyväksyttäviä perusteita, joiden nojalla siihen on järkevää uskoa. Tiedon odotetaan usein myös olevan jossakin suhteessa merkittävää. Kaikki tietona tarjottu ei siis ole tietoa termin klassisessa merkityksessä. (Voutilainen ym. 1990.)

Tiedon eri vivahteita erottamaan käytetään usein termejä **tieteellinen tieto** ja **arkitieto** (Voutilainen ym. 1990). Myös terveystieto voi olla joko tieteellistä tietoa tai arkitietoa ja ihmiset voivat hyödyntää näitä molempia arkielämän terveystiedon tarpeidensa tyydyttämisessä. Savolaisen (1993) mukaan arkitieto koostuu sekä henkilökohtaisten kokemusten, näkemysten ja ennakkoluulojen kokonaisuudesta että tiedosta, joka on yhteistä muiden ihmisten kanssa. Tällaista yhteistä tietoa on esimerkiksi joukkotiedotusvälineiden jakama tieto. Ihmiset käyttävät hyväkseen arkielämässään tietoa, josta osa liittyy oman kehon ja sen toimintojen tuntemiseen

ja osa voidaan luokitella henkilökohtaisiksi taidoiksi tai osaamiseksi. Ihmisten tiedot perustuvat siten esimerkiksi koulutukseen ja henkilökohtaisiin kokemuksiin. (Savolainen 1993.) Ihminen toimii suurimmaksi osaksi tiedostamatta arkitietoaan. Sitä ei yleensä perustella eikä kyseenalaisteta toisin kuin tieteellistä tietoa. (Heikkilä & Holma 1990.)

Tieteellinen tieto on hankittu tiedeyhteisössä tieteellisen menetelmän avulla. Se muun muassa korjaa arkitietoa, vaikka suuri osa arkitiedosta on yleensä totta. (Niiniluoto 1994.) Tieteellinen tieto on läsnä ihmisten arkielämässä vaikka he eivät seuraisikaan tieteen tuloksia. Yhteistä arkitiedolle ja tieteelliselle tiedolle on se, että ne syntyvät tietyssä yhteiskunnallisessa tilanteessa ja heijastavat omaa aikaansa. Ne hahmottavat saman ilmiön eri tavoin ja parhaimmillaan täydentävät toisiaan. (Heikkilä & Holma 1990.)

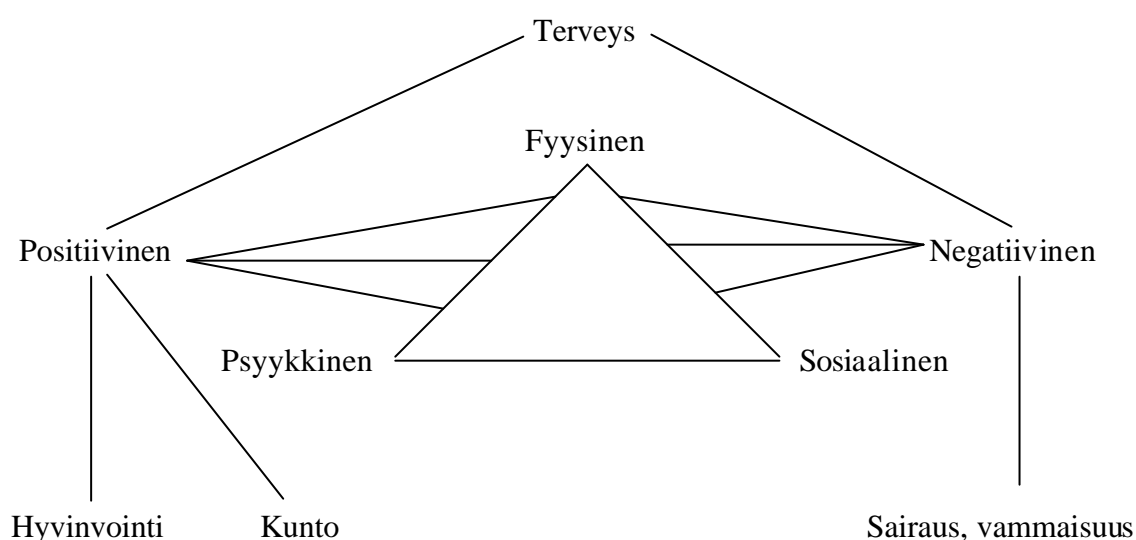
Tiedon välineellinen merkitys on korostunut informaatioyhteiskunnassa. Tiedon tuotanto on nykyään entistä enemmän sidoksissa kaupallisiin intresseihin (Niiniluoto 1989), eikä tieteellisen tutkimuksen tulosten palkkana ole ainoastaan keksimisen tuottama mielihyvä ja kunnia (Niiniluoto 1994). Lisäksi tieteellinen tieto hukkuu helposti joukkotiedotuksen informaatiokohinaan (Niiniluoto 1989). Kun tietokäsitys on välineellinen, unohtuu selittävä, ymmärtävä ja arvioiva tieto, joka syntyy vain persoonallisen kokemuksen kautta ja on välitettävissä vain henkilökohtaisten vuorovaikutussuhteiden avulla. Välineellinen tieto voi kuitenkin antaa ihmisille suunnattomia mahdollisuuksia edistää elämän laatuaan. (Niiniluoto 1989.)

Terveystieto on terveystieteen ja terveyden edistämisen väline. Se voi esimerkiksi ohjata ihmisiä terveyteen liittyvien valintojen tekemisessä (Vertio 1993). Kannaksen (2002) mukaan terveystieteen avulla on sivistävä tehtävä, jonka avulla pyritään lisäämään sekä jalostamaan terveyteen liittyviä tietoja ja taitoja ja sen tavoitteena on ihmisen sisäinen kehittäminen. Tällaisella yleissivistykseen kuuluvalla terveystiedolla on arvoa sinänsä (Kannas 2002). Tarkoitamme tässä tutkimuksessa terveystiedolla terveyteen liittyvää tietoa, joka liittyy esimerkiksi terveyteen, sairauteen, terveydenhoitoon ja -huoltoon sekä lääketieteeseen.

2.2 Terveyden määritelmiä

Terveys on terveyden edistämisen ja terveystieteen keskeinen käsite. Sen avulla voidaan ymmärtää, mitä terveystieto sisältää. Terveys voidaan määritellä monin eri tavoin riippuen näkökulmasta ja siksi sen monipuolinen tarkastelu on tärkeää.

Maailman terveysjärjestö (jatkossa WHO eli World Health Organisation) määritteli vuonna 1948 terveyden täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja henkisen hyvinvoinnin tilaksi, ei pelkää sairauden tai vamman puuttumiseksi (WHO 1948). WHO:n määritelmän mukaisesti terveydessä voi olla sekä positiivinen että negatiivinen puoli. Positiivinen terveyden määritelmä korostaa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Negatiivisen määritelmän mukaan terveys on sairauden tai vamman puuttumista. Terveys voidaan näin ollen nähdä jatkumona, jonka toisessa päässä on sairaus ja toisessa hyvinvointi (kuvio 1). (Downie ym. 1998.)



Kuvio 1. Terveiden malli (mukaillen Downieta ym. 1998).

WHO määritteli 1980-luvulla Ottawan asiakirjassa terveyden voimavaraksi (Ottawa Charter 1986) ja vuosituhaten lopussa Jakartan julistuksessa WHO uudisti terveyden määritelmänsä käsittämään sillä jokaisen ihmisen perusoikeutta (Jakarta Declaration 1997). Maailmanlaajuisesti katsottuna terveys voidaan ymmärtää kutsuna yleiseen poliittiseen vastuuseen. Tällöin terveys nähdään kokonaisvaltaisena hyvänä asiana, josta hyötyvät ihmiset yli rajojen, sukupolvien ja ihmisryhmien. (Kickbusch & de Leeuw 1999.)

Eri tieteenalat määrittelevät terveyden eri tavoin. Biologisesta näkökulmasta katsottuna terveys ilmenee vahvoina ja tarkoitustaan palvelevina elimistön rakenteina ja elintoimintojen

riittävinä resursseina, virheettömyytenä ja häiriöttömyytenä. Terveydellä tarkoitetaan siten elämän energiaa sekä voimavaroja selviytyä, suorittaa eri tehtäviä ja saavuttaa päämääriä. (Vuori 2001.)

Terveiden psykologinen näkökulma liittyy puolestaan läheisesti ihmisten arkielämään. Se sisältää Nupposen (1994) mukaan kolme terveyden puolta: hyvinvointi hyvänä olona, toimintakyky ja turvallisuus. Hyvä olo tarkoittaa sitä, millaiseksi tunnemme vointimme kullakin hetkellä. Toimintakykyyn kuuluu puolestaan ihmisen selviytyminen jokapäiväisistä askareista. Se antaa mahdollisuuden elää itsenäisenä persoonana, joka pyrkii esimerkiksi tavoitteisiinsa, hankkii tietoa ja soveltaa sitä. Turvallisuuden tunteeseen kuuluvat luottamus oman olemassaolon jatkuvuuteen, persoonan eheys sekä psyykinen ja fyysinen koskemattomuus. (Nupponen 1994.)

Englantilaisen filosofin David Seedhousen (1997) näkemys terveydestä sopii myös hyvin arkielämään. Hänen mukaansa terveyden edellytyksenä on ihmisten perustarpeiden (ruoka, juoma, turvallisuus, lämpö, elämäntarkoitus) täytyminen. Terveysteen kuuluu Nordenfeltin (1987) mukaan yksilön kyky täyttää perustarpeensa. Seedhousen (1997) mielestä ihmisillä pitäisi olla mahdollisuuksia saada tietoa kaikista niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat heidän elämäänsä, jotta he voivat olla terveitä. Ihmisten olisi myös osattava soveltaa tietoa omaan elämäänsä. Terveiden kannalta on tärkeää, että ihmistä pidetään osana yhteisöään ja ympäristöään ja että hän vastaavasti ottaa muut ihmiset huomioon elämässään. Myös erilaisten tukimuotojen saatavuus erilaisten vaikeuksien ilmaantuessa on tärkeää ihmisten terveydelle. (Seedhouse 1997.)

Sosiologi Talcott Parsonsin kuuluisan terveyden määritelmän mukaan terveys on yksilön kyky suoriutua tehokkaasti niistä rooleista ja tehtävistä, joihin hänet on yhteiskunnassa sosiaalis-tettu (Parsons 1958). Myös Nordenfelt (1987) käsittää terveydellä yksilön kyvyn toimia sosi-aalisessa kontekstissään. Näissä sosiologisissa näkemyksissä korostuu yksilön terveyden mer-kitys yhteisön ja yhteiskunnan hyvinvoinnin kannalta.

Terveiden tarkastelu elämäntulkunäkökulmasta valottaa terveyden dynaamisuutta. Tästä näkökulmasta katsottuna terveys on sekä seuraus aikaisemmista siihen vaikuttaneista tekijöistä että myös myöhempään elämäntulkun vaikuttava tekijä. Terveys on näin ollen jatkuva pro-

sessi ja sen tarkastelu voidaan kohdistaa eri elämänvaiheisiin. (Koivusilta & Rimpelä 2001.) Tämä heijastuu esimerkiksi ihmisten arkielämän terveystiedoksiin.

2.3 Väestön terveystiedoksiä ja terveyden kokeminen

Ihmisten arkiset käsitykset terveydestä ovat monipuolisia ja ne eroavat selvästi eri tahojen laatimista terveyden määritelmistä. Terveystiedoksiiden tarkastelun myötä voidaan ymmärtää niihin vaikuttavia tekijöitä. Ihmisten erilaiset terveystiedoksiukset voivat heijastua heidän käsityksiinsä terveystiedosta. Käsitykset terveydestä ja terveystiedosta voivat vaikuttaa ihmisten terveystiedon hankintaan.

Eri kulttuureissa ja ikäryhmissä ihmiset käsittävät terveyden eri tavalla (Spruijt-Metz 1999). Esimerkiksi nuoret (18-39-vuotiaat) miehet käyttävät termejä fyysinen voima ja kunto puhuessaan terveydestä. Saman ikäiset naiset yhdistävät terveyteen fyysisen ulkoasun lisäksi energisyyden, elinvoimaisuuden ja kyvyn selviytyä. Keski-ikäisten (40-59-vuotiaiden) terveystiedoksi on kompleksisempi kuin nuoremmilla. He tarkoittavat terveydellä kokonaisvaltaista psykososiaalista ja fyysistä hyvinvointia. Etenkin vanhat miehet (60-vuotiaat ja sitä vanhemmat) käsittävät terveydellä toimintakykyä, onnellisuutta ja mielen tilaa, vaikka heillä olisikin sairaus tai vamma. (Blaxter 1990.) Terveyden ja sairauden käsitykset vaihtelevat yksilöjen lisäksi eri ammatti- ja sosiaaliryhmien välillä (Helman 1990). Myös miesten ja naisten terveystiedoksiukset eroavat toisistaan. Miehet kuvaavat terveyttä yleensä hyvänä kuntona ja naiset puolestaan sairauden puuttumisena ja kykynä toteuttaa jokapäiväiset tehtävät. Naiset yhdistävät ihmisuhteet miehiä useammin terveyteen. (Blaxter 1990.) Myös ihmisten erilaiset elämäkokemukset vaikuttavat siihen, kuinka he käsittävät terveyden (Spruijt-Metz 1999).

Ihmisten arkisia terveystiedoksiä tutkittaessa onkin todettu, että ihmiset käsittävät terveyden moniulotteisena (Ogden 1997) eli he eivät pidä terveyttä ja sairautta ehdottomina vastakohtina. Terveyttä ei välttämättä pidetä huonona, vaikka ihmisellä olisikin jokin pitkäaikais-sairaus tai toistuvia oireita. (Nupponen 1994.) Useimpien ihmisten mielestä terveys sisältää fyysisten tekijöiden lisäksi psyykkiset tekijät (esimerkiksi onnellisuuden tunne ja hyvät ihmisuhteet), käyttäytymistekijät (kuten syöminen ja nukkuminen) ja tulevaisuuden odotukset (esimerkiksi elinajan pituus). Myös sairauden tai oireiden puuttuminen ovat osa terveyttä. (Ogden 1997.) Ihmisten terveystiedoksiin voivat vaikuttaa heidän havaintonsa omasta ja myös muiden ihmisten terveydestä (Raeburn & Rootman 1998).

Ihmisten terveystäsitukset heijastuvat siihen, minkälaiseksi he kokevat terveytensä. Arkielämässä ihmiset arvioivat terveyttään havaintojensa ja kokemustensa sekä terveydenhuoltohenkilökunnalta saamansa tiedon avulla. Terveyden kokemiseen vaikuttavat objektiivisesti todettavissa olevien tilojen lisäksi myös oireet, elämään tyytyväisyys, psyykinen hyvinvointi, elämäntapa ja terveyttä koskevat tulkinnat ja arvostukset. (Heikkinen 1997.)

2.4 Terveyden edistämiskäsitteen kehittyminen

Terveyden edistämisen käsite on muuttunut terveyden määritelmien monipuolistumisen myötä. Terveyden edistämisen käsitteen alkuperä on klassisessa WHO:n terveyden määritelmässä vuodelta 1948 (WHO 1948). WHO määritteli tuolloin terveyden holistisesti, mutta monien mielestä yksipuolisesti ja epärealistisesti pelkäsi lopputulokseksi. 1970-luvun lopussa WHO:n yleiskokouksessa terveys käsitettiin merkittäväksi voimavaraksi. Yleiskokouksessa luotiin myös Terveyttä kaikille vuoteen 2000 –strategian periaatteet ja painoalueet. Tuolloin terveyden edistämässä korostui väestön mahdollisimman hyvän terveyden saavuttaminen terveydenhuollon sekä muun yhteiskunnallisen ja taloudellisen elämän osa-alueiden avulla. (WHO 1979.) Myös Alma Atan ohjelmajulistus vuodelta 1978 korosti perusterveydenhuollon osuutta terveyden edistämässä. Terveyden eriarvoisuuden vähentäminen muodostui silloin erääksi WHO:n keskeisimmistä päämääristä. (WHO 1978.)

Ensimmäisessä kansainvälisessä terveyden edistämiskonferenssissa Ottawassa vuonna 1986 terveyden edistäminen määriteltiin toiminnaksi, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia sekä terveytensä hallintaan että sen parantamiseen. Ottawan asiakirjan mukaan tähän voidaan pyrkiä terveyttä edistävällä politiikalla, tukea antavan ympäristön avulla, yhteisöllisten toimintojen vahvistamisella, terveystalvelujen uudelleen suuntaamisella ja muun muassa henkilökohtaisten taitojen kehittämisellä. Terveyden edistämisen tavoitteena on muun muassa tukea henkilökohtaista ja yhteiskunnallista kehitystä terveystalveluksen avulla. Näin voidaan lisätä niitä vaihtoehtoja, joita käyttämällä ihmiset voivat vaikuttaa omaan terveyteensä ja elinympäristöönsä sekä terveyteen liittyvien valintojen tekoon. (Ottawa Charter 1986.)

Jakartassa pidetyn WHO:n toisen terveyden edistämiskonferenssin teemana vuonna 1997 oli terveyden edistäminen 2000-luvulla. Jakartan julistuksen terveyden edistämisen avaintehtävät ovat 1) sosiaalisen vastuun edistäminen, 2) terveyteen panostaminen, 3) yhteistyön lujittami-

nen ja laajentaminen terveyden hyväksi, 4) yhteisön toimintakyvyn lisääminen ja yksilön vahvistaminen sekä 5) terveyden edistämisen perusrakenteiden varmistaminen. Jakartan julistus asettaa tavoitteeksi terveen elämän pidentämisen. (Jakarta Declaration 1997.) WHO:n toisen vuosituhatosen ohjelmajulistuksen (Health for all in the 21st century) päämääränä on mahdollisimman hyvä terveys kaikille ihmisille. Sen tavoitteena on edistää ja suojella ihmisten terveyttä koko heidän elämänsä ajan ja pyrkiä vähentämään sairauksien esiintyvyyttä sekä niistä aiheutuvaa kärsimystä. (WHO 1998.) Nykyään terveyden edistämisen määrittelyissä korostuu hyvinvoinnin kehittäminen eli sellaisten asioiden tukeminen, joilla on merkitystä hyvinvoinnille. Niitä ovat esimerkiksi ympäristötekijät, eri palvelujärjestelmät ja ihmisten aktiivointi yhteisölliseksi. (Koskinen-Ollonqvist 2002.)

Terveyden edistäminen tapahtuu muun muassa yksilö- ja yhteisötasolla. Yksilötasolla terveyden edistäminen tarkoittaa henkilökohtaisten taitojen kehittämistä ja esimerkiksi työntekijöiden hyvinvoinnin ja terveyden parantamista (Perttilä 1999). Yksilötason terveyden edistäminen voidaan määritellä myös käyttäytymiseen liittyvien riskitekijöiden tunnistamiseksi ja vähentämiseksi. Siihen liittyvät itsetunnon kehittyminen ja ihmisten tietojen ja taitojen lisääminen terveystieteiden avulla. (Bunton & Macdonald 1992.) Myös Seedhousen (1997) mielestä ihmisten olisi saatava laajin mahdollinen informaatio terveyteen vaikuttavista tekijöistä esimerkiksi joukkoviestinnän avulla. Koulutus ja itsensä kehittäminen ovat hänen mielestään oleellisia tekijöitä yksilön terveyden edistämiseksi (Seedhouse 1997). Ottawan asiakirjan (Ottawa Charter 1986) mukaan yksilötason terveyden edistämisen päämääränä on ihmisten mahdollisuus elää tasapainoista ja terveellistä elämää.

Yhteisöllisessä terveyden edistämiseksi on Ottawan asiakirjan (Ottawa Charter 1986) mukaan tärkeää hyödyntää kansalaisten ja yhteisöjen omia voimavaroja ja mahdollisuuksia tukea toisiaan. Yhteisön terveyden tukeminen edistää myös yksilöiden terveyttä (Vertio 1993). Myös Seedhousen (1997) mielestä yksilöiden sitoutuminen laajempaan yhteisöön on terveyden edellytys. Toisaalta pelkkä sitoutuminen yhteisöön ei välttämättä riitä, vaan tarvitaan myös yhteisön kehittämistä terveyttä edistäväksi. Tähän voidaan pyrkiä esimerkiksi luomalla sosiaalisia verkostoja, parantamalla ihmisten henkilökohtaisia taitoja ja tietoja sekä selvittämällä palvelutarpeita. (Naidoo & Wills 1998.)

Terveyden edistäminen voidaan näin ollen luonnehtia myös prosessiksi, jossa pyritään sekä yksilön että yhteisön terveyden jatkuvaan kehittämiseen. Tällöin terveyden edistämisen hal-

linta ja resurssit ovat ensisijaisesti ihmisellä itsellään ja terveyden edistäjien ja päättäjien tehtävänä on tukea ja auttaa ihmisiä heidän terveyspyrkimyksissään. Tämän ihmiskeskeisen terveyden edistämisen lähtökohtana ovat ihmisten arkipäivän kokemukset. (Raeburn & Rootman 1998.) Myös Vertion (1998) mielestä terveyden edistäminen on toimintaa, jossa ihmisten arkielämän valinnat ymmärretään osaksi terveyttä. Sen tarkoituksena on nähdä ihmisten tarpeet ja vaikuttaa siihen yhteisöön, jossa ihmiset huolehtivat terveydestään. (Vertio 1998.)

Yksilöiden ja yhteisöjen terveyden edistämiseen pyritään **täysivaltaistamisen** avulla. WHO määrittelee täysivaltaistamisen (empowerment) sosiaaliseksi, kulttuuriseksi, psykologiseksi tai poliittiseksi prosessiksi, jonka avulla ihmisten on mahdollista saavuttaa hallinnan tunne terveyteensä liittyvissä päätöksissä ja toiminnoissa. WHO:n mukaan täysivaltaistamisessa on sekä yksilö- että yhteisötaso. Yksilön täysivaltaistamisessa pyritään ensisijaisesti parantamaan yksilön kykyä tehdä omaa elämäänsä koskevia päätöksiä ja lisäämään elämänhallintaa. Yhteisötason täysivaltaistamiseen sisältyvät yksilöiden toiminnot yhteisönsä hyväksi. Niillä pyritään vaikuttamaan terveyteen yhteydessä oleviin tekijöihin ja yksilöiden elämänlaatuun yhteisössään. (WHO 1998.) Täysivaltaistumisen toteutuessa yksilöllä on aktiivinen ote terveytensä edistämiseen (Leskinen 1997).

Täysivaltaistumisen prosessi käynnistyy ja toteutuu silloin, kun ihmisillä on mahdollisuuksia saada terveystietoa ja kun heillä on kyky käyttää sitä parhaalla mahdollisella tavalla hyödykseen. Yksilöiden ja yhteisöjen täysivaltaistuminen on mahdollista hyvän terveyden lukutaidon (health literacy) avulla. (Leskinen & Koskinen-Ollonqvist 2000.) Terveyden lukutaidolla tarkoitetaan tiedonkäsittely- ja sosiaalisia taitoja, joiden avulla yksilö voi hankkia, ymmärtää ja käyttää tietoa terveytensä edistämiseen ja ylläpitämiseen. (WHO 1998.) Jyväskylän yliopiston terveyden edistämisen tutkijat ovat suomentaneet termin health literacy **terveyssivistykseksi** tai terveystietoisuudeksi, mutta kaikki kolme termiä ovat käyttökelpoisia (vrt. Kannas 2002, Laitakari 2000). Kannas (2002) jaottelee terveystietoisuuden eri osa-alueisiin, joita ovat terveystiedot, terveystaidot sekä terveystunteet ja -arvot. Terveystaidot ovat toiminnallisia valmiuksia, jotka mahdollistavat ja edesauttavat tottumusten muodostumista tai helpottavat esimerkiksi sairauden hoidon tarpeen arviointia. Terveystietoisuuden edellytyksenä on, että yksilöllä on valmiuksia hankkia ja omaksua terveystietoja ja -taitoja sekä muun muassa kykyä arvioida kriittisesti yhä kasvavaa terveystietoisuuden tarjontaa. (Kannas 2002.) Käytämme tutkielmassamme jatkossa terveyden lukutaidosta termiä terveystietoisuus.

Tarkoitamme tässä tutkimuksessa terveyden edistämisellä toimintaa, jonka avulla pyritään ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Terveyden edistämisen tavoitteina ovat myös terveystietoisuuden lisääminen sekä täysivaltaistumisen toteutuminen. Yhteiskunnan olisi luotava mahdollisuudet ja annettava tukea ihmisten arkielämässä tapahtuvalle omatoimisuudelle terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Toiminnan lähtökohtana pitäisi olla pyrkimys vastata ihmisten erilaisiin terveyteen liittyviin tarpeisiin. Erilaisten terveys- ja tietopalvelujen kehittäminen vastaamaan paremmin näitä tarpeita, palvelujen hyvä saatavuus ja niistä tiedottaminen ovat mielestämme eräitä keinoja edistää ihmisten hyvinvointia ja terveyttä.

2.5 Terveyskasvatuksen määritelmiä

Terveyden edistäminen ja terveystietoisuus ymmärretään ajoittain lähes toistensa synonyymeiksi. Terveystietoisuus ymmärretään nykyään yksilökeskeisemmäksi ja konkreettisemmäksi toiminnaksi terveyden hyväksi kuin terveyden edistäminen. Terveystietoisuus onkin eräs terveyden edistämisen keino (Tones & Tilford 1995). Terveystietoisuudella voidaan ajatella olevan sekä tieteellinen että toiminnallinen näkökulma.

Terveystietoisuudella on kaksi tieteellistä lähtökohtaa. Kasvatustieteellinen tietoperusta perustuu teorioihin ja käsityksiin kasvatuksesta, opetuksesta ja oppimisesta. Terveystietoperusta luodaan puolestaan analysoimalla, yhdistämällä ja arvioimalla kriittisesti sekä kansainvälisen että suomalaisen terveystutkimuksen tuloksia. (Korhonen 2000a.) Terveystietoisuuden tieteelliset lähtökohdat luovat perustan terveystietoisuustoiminnalle.

Yleensä terveystietoisuutta tarkastellaan toiminnallisesta näkökulmasta. WHO määrittelee terveystietoisuuden oppimismahdollisuuksiksi, joita luodaan viestinnän avulla. Terveystietoisuudella kuten terveyden edistämisenäkin pyritään terveystietoisuuden edistämiseen. (WHO 1998.) Laitakari (2000) määrittelee terveystietoisuuden toimintaketjuksi eli prosessiksi, jolla vahvistetaan ja tuetaan ihmisten pyrkimyksiä hoitaa terveyttään. Myös Kannaksen (1992) mukaan terveystietoisuus on toimintaa, jolla pyritään avustamaan terveyteen liittyviä muutospyrkimyksiä. Ihmisten arkielämän pyrkimyksiin edistää terveyttään vaikuttavat aikaisemmat tiedot ja kokemukset, taidot, asenne, sen hetkiset tunteet, koettu terveydentila ja ympäristö (Laitakari 1999). Toisaalta Kannaksen (1992) mukaan terveystietoisuudella pyritään terveyteen liittyvien tottumusten, tietojen, asenteiden, arvojen ja taitojen omaksumiseen (vrt. Tones

1998). Ovathan ihmisten terveyteen liittyvien valintojen perustana tieto ja taito käyttää tietoa (Vertio 1993).

Terveyskasvatuksen eräänä tehtävänä on terveystiedon levittäminen (Kannas 1992). Se on mahdollista terveyskasvatuksen keinojen, kuten kasvatuksen ja viestinnän avulla (Korhonen 2000b). **Viestintä** on kaiken toiminnan perusedellytys ja voimavara, jonka käyttäminen vaatii tietoja ja taitoja. Viestinnän keskeinen tekijä on sanoma eli se, mitä halutaan sanoa. Viestintäväline tai -kanava vaikuttaa siihen, kuinka tehokkaasti, ymmärrettävästi ja oikea-aikaisesti viestintä toimii. (Ikävalko 1995.) Mitä kohdennetummalle ryhmälle viesti on suunnattu, sitä merkityksellisempi ja tehokkaampi se on. Joukkoviestinnän etuna on se, että se tavoittaa suuren määrän ihmisiä. (Naidoo & Wills 1998.) Tehokkain viestintäkeino on viestiä henkilöltä henkilölle (Ikävalko 1995). Kaikki viestintä ei kuitenkaan ole, eikä pyri olemaan, tiedonvälitystä. Inhimillisestä viestinnästä kuuluu varsinaiseen tiedonvälitykseen vain pieni osa. Viestintää tapahtuu myös tavoilla, jotka pyrkivät ilmaisuun esittämisen sijasta, kuten taide ja musiikki sekä muun muassa luonnollisessa kielessä käytetyt kysymykset, kehotukset ja neuvot. Myös näillä kommunikaation muodoilla voi olla ihmiselle suuri pragmaattinen merkitys. (Niiniluoto 1989.)

Terveysviestintä on Puskan ja Wiion (1993) määritelmän mukaan terveyteen tavalla tai toisella liittyvää viestintää, jota koskevat edellä mainitut viestinnän yleiset periaatteet. Terveysviestintä on WHO:n mukaan keskeisin keino välittää ihmisille terveystietoa ja ylläpitää julkista keskustelua ajankohtaisista terveysaiheista (WHO 1998). Toisaalta terveysviestintä on osa ihmisten välistä viestintää, jossa käsitellään terveyteen liittyviä asioita (Northouse & Northouse 1998).

Tarkoitamme tässä tutkimuksessa terveysviestinnällä terveystietoon liittyvää viestintää. Terveysviestintä voi tapahtua kaikilla viestinnän tasoilla ihmisten välisestä kommunikoinnista joukkoviestintään. Terveysviestintä voi olla tavoitteellista, jolloin sen pyrkimyksenä on terveyden edistäminen. Toisaalta terveysviestintään voi sisältyä esimerkiksi viihde, jolloin sen ensisijaisena tavoitteena ei ole terveyden edistäminen. (vrt. Torkkola 2002.) Terveysviestintää tapahtuu muun muassa ihmisten arkielämässä, jossa he saavat terveystietoa esimerkiksi television, radion, sanomalehtien ja tuttavien välityksellä. Tiedolla voi olla sivistävä, virittävä, arki-terapeuttinen tai muutosta avustava tehtävä ihmisen arkielämässä (vrt. Kannas 2002).

2.6 Arkielämä

Arkielämällä tarkoitetaan sitä elämän aluetta, joka toistuu suhteellisen samanlaisena päivästä toiseen ilman, että sitä tarvitsee sen enempää pohtia (Nieminen ym. 2000). Se on ihmisille subjektiivisesti merkityksellinen ja yhtenäinen maailma (Berger & Luckmann 1994). Arkea jäsentävät tavat ja tottumukset sekä jokapäiväiset rutiinit kuten sanomalehtien lukeminen, radion kuuntelu ja television katselu (Nieminen ym. 2000). Arkielämä ei kuitenkaan ole täysin yhtenäinen, vaan siihen sisältyy myös ongelmia. Arkielämä rikastuu hankkimalla tietoja ja valmiuksia, joita ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi tarvitaan (Berger & Luckmann 1994) ja samalla voi tapahtua arkipäivän oppimista (Aittola 1998).

Arkipäivän oppimisen merkitys on korostunut informaatioteknologian ja sähköisten medioiden yleistymisen myötä. Eläminen myöhäismodernissa maailmassa edellyttää jatkuvasti erilaisten valintojen, tulkintojen ja ratkaisujen tekemistä, joiden tueksi ihmiset joutuvat itse hankkimaan uutta tietoa ja pohtimaan valintojensa perusteita. Arkielämässä rakentuneet henkilökohtaiset tiedot ja kokemukset antavat ihmisille hyvin monipuolisen tulkintakehikon uusille asioille. Arkipäivän oppiminen piiloutuu usein muihin päivittäisiin toimintoihin ja sille on ominaista informaalisuus, satunnaisuus, tilannekohtaisuus ja kiinteä yhteys erilaisiin elämäntilanteisiin. Arkielämään sisältyvän oppimisen kautta saatuja tietoja ja taitoja ei useinkaan oteta huomioon ennen kuin opittua sovelletaan johonkin käytännön tilanteeseen tai ongelmaan. (Aittola 1998.)

Tarkoitamme tässä tutkimuksessa arkielämällä edellä mainittua elämän aluetta. Näkökulmamme mukaan ihmiset kokevat tässä kontekstissa terveystiedon tarvetta ja se voi johtaa terveystiedon hankintaan ja sitä kautta myös arkipäivän oppimiseen.

3 TERVEYSTIEDON HANKINNAN TEOREETTISIA LÄHTÖKOHTIA

Tarkastelemme tässä luvussa tiedonhankintaa osana ihmisten arkielämää. Tarkastelemalla aluksi tarpeiden hierarkiaa pyrimme osoittamaan, millainen merkitys tiedolla ja tiedontarpeiden tyydyttämisellä voi ihmiselle olla. Tämän jälkeen perehdymme kokonaisvaltaisesti tiedonhankintaprosessiin eli siihen, miten tiedonhankinta käynnistyy, miten prosessi etenee ja kuinka tietoa lopuksi käytetään. Kuvaamme yleisen tiedonhankintaprosessin avulla terveystiedon hankinnan etenemistä. Käsittelemme myös tiedonhankintaan vaikuttavia tekijöitä ja ihmisten arkielämän tiedontarpeita, jotta tiedonhankinnan monimutkaisuutta on mahdollista ymmärtää. Luvun loppuosassa tarkastelemme tiedonhankintatutkimuksen historiaa. Tarkoituksenamme on luoda pohjaa omalle tutkimustyöllemme terveystiedonhankinnasta ja osoittaa tutkimuksemme tarpeellisuus.

3.1 Tarpeiden hierarkia

Tutkimuksemme eräs keskeisimmistä käsitteistä on tiedontarve. Ennen kuin ryhdymme käsittelemään tiedonhankintaa ja tiedontarpeita, on syytä tarkastella, mitä tarpeilla tarkoitetaan. Doyalin ja Goughin (1991) mukaan inhimilliset tarpeet ovat universaaleja ja tiedostettavissa olevia, mutta ihmisten tietämys tarpeista ja niiden tyydyttämisestä muuttuu jatkuvasti.

Tarpeet voidaan nähdä vietteinä, jotka ohjaavat ihmisten toimintaa. Vietti voi olla vaikkapa ihmisen tarve saada unta ja ihminen pyrkii luonnostaan tyydyttämään tämän tarpeensa. Tähän ajatukseen perustuu muun muassa Abraham Maslowin kuuluisa tarveteoria. (Doyal & Gough 1991.) Maslow erottaa viisi tarvetta, jotka muodostavat hierarkian siten, että alemman tason tarpeiden on täytyttävä ennen kuin ihminen ryhtyy tyydyttämään ylemmän tason tarpeita. Tarpeiden järjestys hierarkiassa on seuraava: fysiologiset tarpeet, turvallisuuden tarpeet, rakkauden ja yhteenkuuluvaisuuden tarpeet, arvostuksen tarpeet sekä itsensä toteuttamisen tarpeet. Maslow väittää siis, että ihmisen ollessa esimerkiksi janoinen, hän pyrkii ensisijaisesti tyydyttämään janoonsa ennen ylemmän tason tarpeiden tyydyttämistä. (Maslow 1943.) Näin ajateltuna ihmisen kokemat tiedontarpeet sijoittuvat hierarkian viimeiselle tasolle, eivätkä ole kovin merkittäviä. Suomessa ihmisten perustarpeiden tyydyttyminen on kuitenkin yleensä turvattu ja ihmisten on mahdollista pyrkiä ns. ylemmän tason tavoitteisiin. Monilla

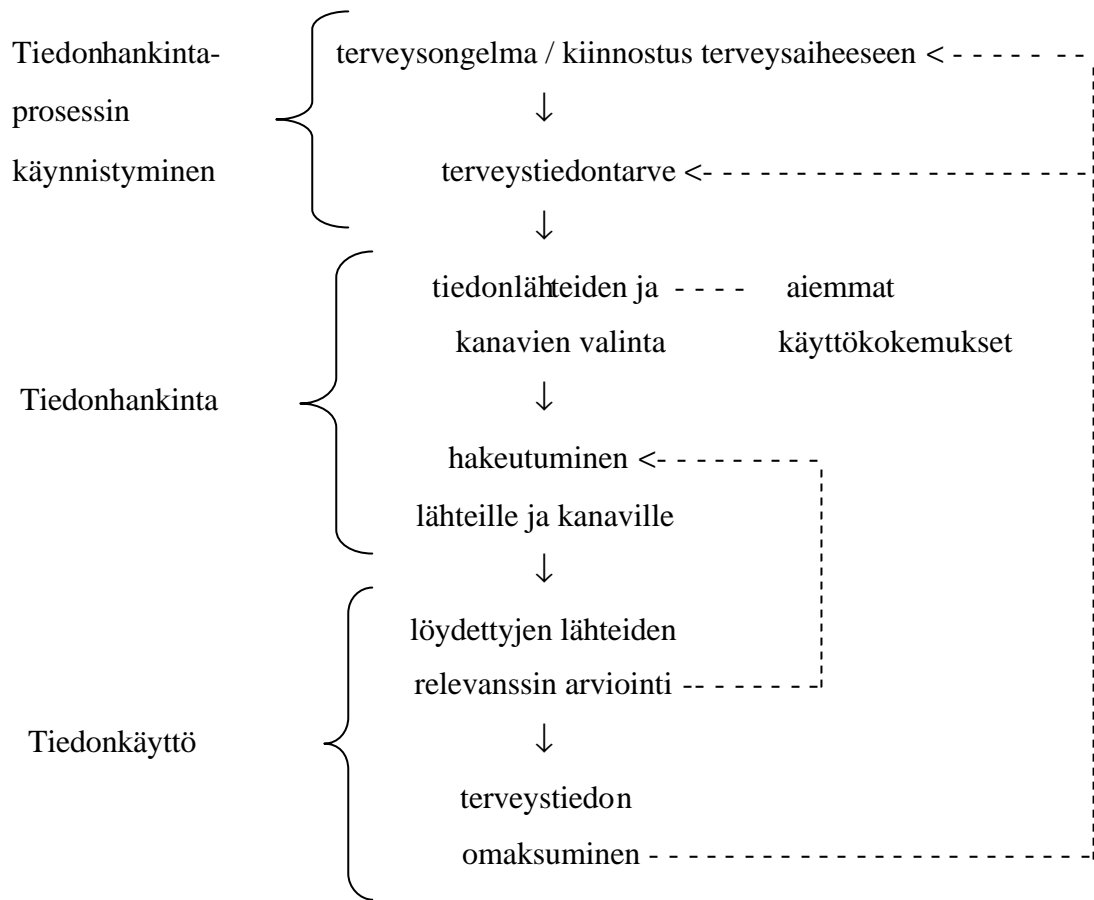
ihmisillä on tarve saada tietoa omaan itseensä, läheisiinsä ja ympäristöönsä vaikuttavista tekijöistä. Tieto voi osaltaan auttaa ihmisiä heidän pyrkimyksissään kehittää itseään ja omaa osaamistaan. Terveystietoon liittyvät tiedot voivat puolestaan auttaa ihmisiä välttymään sairauksilta, säilyttämään terveytensä hyvänä tai edistämään sitä. Terveystietoa ja sen hankintaa voidaan siten pitää tärkeänä ihmisille ja erityisesti niille, jotka arvostavat terveyttä.

3.2 Tiedonhankinta yleisesti

Savolaisen (1999) mukaan tiedonhankinta on keskeinen osa ihmisten arkielämää. Ihmiset hankkivat tietoa esimerkiksi lukemalla sanomalehtiä, kysymällä neuvoa läheisiltä ihmisiltä ja havainnoimalla toimintaympäristöään. Tiedonhankinta on mielekkään toiminnan perusedellytys, koska ilman sitä on mahdotonta tulkita toimintaympäristön muutoksia ja merkityksellistä arkipäivän valintoja. (Savolainen 1999.)

Yksilöä motivoi tiedonhankintaan jokin ratkaisua kaipaava ongelma, joka virittää tiedonhankintaprosessin. Prosessi lähtee liikkeelle tiedontarpeesta ja päättyy hankitun tiedon käyttöön. Tiedonhakijalla on jonkinlainen käsitys asiasta tai ongelmasta, johon tiedonhankinta kohdistuu. (Savolainen 1999.) Toisaalta tiedonhankintaprosessi voi käynnistyä ihmisen henkilökohtaisesta kiinnostuksesta jotakin asiaa kohtaan. Tapaa, jolla yksilö hankkii tietoa tiettyjen ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi, määrittävät hänen elämäntavalleen ominaiset arvot, asenteet ja intressit. (Savolainen 1995, ks. myös Tones & Tilford 2001.) Tiedonlähteen valintaan vaikuttavat yksilön sosiaalinen ympäristö sekä psyykkiset ominaisuudet. Yksilön uskomukset, odotukset ja aikaisemmat kokemukset tiedonlähteen hyödyllisyydestä ohjaavat myös tiedonlähteen valintaa. (Tones & Tilford 2001.)

Tiedonlähteelle hakeutumisen jälkeen alkaa tiedonkäyttö. Ihminen punnitsee silloin hankki-
maansa tietoa ja omaksuu tärkeäksi arvioimansa tiedon (Savolainen 1999). Tiedosta on hyö-
tyä ihmiselle silloin, kun hän ymmärtää sen, luottaa siihen ja kokee sen tarpeelliseksi omassa
elämässään (Nupponen 1994). Löydetty tieto voi johtaa tehtävän tai ongelman uudelleenarvi-
ointiin, jos se ei vastaa tiedonhakijan tarpeita. Se voi motivoida ihmistä hakeutumaan uusille
tiedonlähteille, jolloin tiedonhankinta jatkuu. Toisaalta osa tiedosta saadaan ilman tavoitteel-
lista tiedonhankintaa, esimerkiksi lukemalla kampaamokäynnillä aikakauslehteä. (Savolainen
1999.) Terveystiedon hankintaprosessia havainnollistaa kuvio 2.



Kuvio 2. Terveystiedon hankintaprosessi (mukaillen Savolaista 1999).

Yksilön tiedonhankintatottumusten vakiintumiseen vaikuttavat kokemukset eri tiedonlähteistä, palaute ongelmanratkaisukykyjen riittävydestä ja kyky käyttää tietoa. Tiedonhankintatottumuksiin vaikuttaa myös sosiaalinen ympäristö, joka välittää esimerkiksi mediatarjontaan liittyviä arvostuksia ja toimintamalleja. (Savolainen 1995.)

Tiedonhankinnassa saattaa ilmetä myös esteitä. Ne voivat johtua muun muassa ihmisen persoonallisuuden piirteistä, ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta, ympäristöstä ja tilanteesta sekä tiedonlähteiden saatavuudesta ja luotettavuudesta. Tiedonhankintaa voivat rajoittaa aikapula, tiedonhankkijan puutteelliset kyvyt tai taidot, pitkät maantieteelliset välimatkat ja taloudelliset esteet. (Wilson 1997.)

3.3 Arkielämän tiedonhankinta ja tiedontarpeet

Arkielämän tiedonhankintaa punnitaan ennen kaikkea pragmaattisin kriteerein. (Savolainen 1993). Tottumukset ja niihin pohjautuvat käsitykset siitä, minkä tyyppistä tietoa mistäkin kanavasta on saatavilla ja kuinka toimivaa ja riittävää tieto on suuntaavat arkielämän tiedonhankintaa (Savolainen 1995).

Tuominen (1992) tarkoittaa arkielämän tiedontarpeilla kaikkia sellaisia tiedontarpeita, jotka eivät suoraan liity praktisten työtehtävien suorittamiseen. Hänen mukaansa arkielämän tiedontarpeissa saattaa olla kyse ennemminkin vain yleisluontoisesta kiinnostuksesta kuin suoranaista ongelmanratkaisusta. Tarkoitamme tässä tutkimuksessa arkielämän tiedontarpeilla ihmisten arkielämässään kokemia terveystiedon tarpeita. Terveystiedon tarve voi herätä esimerkiksi ratkaisua kaipaavasta terveysongelmasta ja/tai kiinnostuksesta terveysaiheeseen, mikä voi käynnistää tiedonhankinnan. Tutkimuksemme kohdistuu tiedonhankintaprosessin käynnistymisvaiheeseen eli tarkastelemme ihmisten terveystiedon tarpeita ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä.

3.4 Katsaus tiedonhankintatutkimuksen historiaan

Tiedonhankinnan tutkimuksen historia on lyhyt. Se on alkanut 1950-luvulla, jolloin kartoitettiin tiedontarpeita ja tiedonhankinnan luonnetta osana tieteellistä tutkimustyötä. Tutkimuksissa selvitettiin esimerkiksi luonnontieteilijöiden ja insinöörien käyttämiä tiedonlähteitä ja kanavia, muun muassa kirjoja, lehtiä, kirjastoja ja henkilölähteitä. 1960-luvulla havaittiin tiedontarve- ja tiedonhankintailmiöiden kompleksinen luonne. Tiedonhankintatutkimus laajeni koskemaan myös sitä, miten voitaisiin hyödyntää tiedonhankintatutkimuksen tuloksia kirjasto- ja tietopalvelujen suunnittelussa ja kehittämisessä. Tuolloin analysoitiin edelleen eri ammattiryhmien tiedonhankintaa. Oleellisimpana tuloksena havaittiin, että ihmisten tiedonhankintaa määrittää tiedonlähteiden vaivaton tavoitettavuus. Lisäksi 1960-luvun lopussa havaittiin, että tiedonhankintaan vaikuttavat kaikkein voimakkaimmin ihmisen yksilölliset piirteet, kuten koulutus- ja motivaatiotaso sekä organisaatio, jossa hän työskentelee. (Savolainen 1999.)

1970-luvulla luotiin lähtökohdat ei-ammattillisten tiedontarpeiden ja -hankinnan tarkastelulle. Tiedonhankinnan tutkimus laajeni arkielämän tiedontarpeiden ja -hankinnan analysointiin. Tiedontarpeita havaittiin esiintyvän muun muassa turvallisuuteen, työpaikan löytämiseen ja terveydenhoitoon liittyvissä asioissa. Myös tiedonhankinnan esteitä kartoitettiin. Ne koskivat tiedonlähteiden hankalaa tunnistettavuutta ja tavoitettavuutta sekä psykologisia esteitä kuten viitseliäisyyden puutetta. Tiedonhankintatutkimus vakiintui 1970-luvulla ja on siitä eteenpäin edistynyt merkittävästi. (Savolainen 1999.)

Tiedonhankintatutkimuksen saralla tapahtui 1980-luvulla merkittävä käsitteellinen jäsenitys Tom D. Wilsonin johdolla. Hän analysoi tiedontarpeisiin ja tiedonhankintaan vaikuttavia tekijöitä. Uutta Wilsonin mallissa on se, että siinä tarkastellaan sekä ihmisen ympäristöön että häneen itseensä vaikuttavia tekijöitä tiedonhankinnan näkökulmasta. Tämä malli on suunnannut empiiristä tiedonhankintatutkimusta 1990-luvulle asti. Hän myös konkretisoi tiedonhankintaa määrittelemällä tiedonhankinnan polkuja eli mitä eri kanavia ja lähteitä ihmiset valitsevat ja käyttävät. (Savolainen 1999.)

Wilsonin lisäksi muun muassa tutkijat Brenda Dervin ja Nicholas Belkin tekivät jo 1970-luvulla tutkimusta tiedonhankkijan ja -käyttäjän näkökulmasta. He kritisoivat perinteistä tiedonhankintatutkimusta siitä, että tiedontarpeita ja -hankintaa tarkastellaan tietoa käyttöön asettavien järjestelmien, esimerkiksi kirjastojen näkökulmasta. He tarkastelevat tiedonhankinnan ilmiötä tietoa etsivän yksilön näkökulmasta ja käsittävät esimerkiksi kirjastot vain yhdeksi tiedonhankinnan kanavaksi monien muiden joukossa. Heidän lähestymistapansa mukaan tietoa sovelletaan tilanteeseen ja tarpeeseen sopivaksi, jolloin tieto on subjektiivista ja muuttuvaa. Tiedonkäyttäjää käsitetään tuolloin tavoitteellisesti toimivaksi yksilöksi, joka etsii ja hyödyntää tietoa niistä lähteistä ja kanavista, jotka parhaiten vastaavat hänen tarpeitaan. (Savolainen 1999.)

Brenda Dervin on kehittänyt Sense-Making -teorian vaihtoehdoksi perinteiselle, järjestelmälähtöiselle tutkimusotteelle. Hänen mukaansa tiedonhankinnan kannalta oleellista on se, miten yksilö tekee elämästään mielekkään merkityksellistämällä sitä. Dervin on tutkimustyössään selvittänyt tiedon roolia arkielämän toimintojen ”tolkullistamisessa”. Arkielämän asiat eivät pysy samoina, vaan niihin voi ilmaantua ongelmia. Usein ongelmista selvittää aikaisempien tietojen ja kokemusten varassa, mutta toisinaan aiemmin luodut merkitykset ovat puutteellisia ongelmanratkaisun kannalta. Tällainen tilanne on tiedonhankinnan lähtökohta, koska silloin

yksilö joutuu testaamaan aiempien merkitysten toimivuutta. Ongelmallisessa tilanteessa esiin nousseita kysymyksiä eli tiedontarpeita Dervin kutsuu ”kognitiiviseksi kuiluksi”. Yksilö yrittää rakentaa ”informaationsillan” tiedollisen kuilun yli hankkimalla tietoa. Onnistunut sillan rakentaminen vaatii omakohtaisia kokemuksia vastaavanlaisista tilanteista ja niiden ratkaisuyrityksistä. Yksilö voi käyttää hyväksi muilta saamiaan neuvoja ja vinkkejä sillan rakentamisessa, mutta hänen on kuitenkin itse harkittava, mitkä tiedoista ovat käyttökelpoisia. Hankittava tieto on siten aina tiedonhankkijan konstruktio. Tiedonkäyttö tarkoittaa Dervinin mukaan tapoja, joilla tietoa hyödynnetään siltaa rakennettaessa. (Savolainen 1999.)

4 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA ARKIELÄMÄN TIEDONHANKINNASTA

Arkielämän tiedonhankintatutkimus on ollut vähäistä sekä Suomessa että ulkomailla. Lähinnä 1990-luvulta alkaen on Suomessa tehty tutkimusta arkielämän tiedonhankinnasta. Näissä tutkimuksissa terveystieto on ollut vain eräs tiedontarpeen ja -hankinnan kohde, joten se ei ole aikaisemmin ollut omana tutkimusaiheena.

Suomessa tehdyt arkielämän tiedonhankintatutkimukset ovat pääosin laadullisia tutkimuksia. Esimerkiksi Savolainen (1995, 1998), Tuominen (1992), Heikkilä ja Holma (1990) sekä Piukkula (1990) ovat tutkineet ihmisten tiedontarpeita ja tiedonhankintakanavia pääasiassa teemahaastattelujen avulla.

Savolainen (1995) on tutkinut teollisuustyöntekijöiden ja opettajien arkielämän tiedonhankintaa. Hän vertasi näiden ryhmien elämäntavan piirteitä ja selvitti tiedonhankintaa medioittain. Tämän tutkimuksen perusteella sosiaaliluokkaperusteinen elämäntapa ja elämönhallinta suuntaavat melko merkittävästi tiedonhankintaa. Ne eivät kuitenkaan kovin selvästi ilmenneet terveydellisiin ongelmiin liittyvässä tiedonhankinnassa. (Savolainen 1995.) Myöhemmin Savolainen (1998) tutki Internetin merkitystä kansalaisille ja muun muassa sitä, kuinka Internet on muuttanut ihmisten arkielämän tiedonhankinnan käytäntöjä. Tutkimuksen perusteella Internet näyttää arkipäiväistyvän nopeasti, mutta se ei ole syrjäyttänyt muita viestimiä (Savolainen 1998).

Tuominen (1992) on tutkinut Nokian Salon tehtaan työntekijöiden arkielämän tiedontarpeita, -hankintaa ja -käyttöä. Tutkimuksessa haastateltavat määrittelivät itse tiedontarpeensa. Eniten tiedontarpeita olivat herättäneet rakentaminen, remontointi ja kunnostus, opiskelu ja koulutus sekä matkailu. Terveydellisiin asioihin liittyvät tiedontarpeet olivat kuudennella sijalla. (Tuominen 1992.) Heikkilä ja Holma (1990) selvittivät tiedon merkitystä ihmisten elämässä ja kirjaston tehtävää siinä sekä ihmisten tapaa hankkia ja käyttää tietoa. Kirjastossa tapahtuvaa tiedonhankintaa tutki myös Piukkula (1990). Hän selvitti Hankasalmen ja Keiteleen kuntien asukkaiden jokapäiväiseen elämään ja myös työhön liittyvää tiedonhankintaa.

Tutkimusten perusteella ihmisten arkielämän tiedonhankintaa ohjaavat aikaisemmat tottumukset (Heikkilä & Holma 1990) sekä koulutustaso (Piukkula 1990). Esimerkiksi 1980-luvun

lopussa kirjasto oli sitä merkittävämpi tiedonhankintapaikka, mitä koulutetumpi ihminen oli (Piukkula 1990), kun puolestaan vuosituhannen loppupuolella korkeasti koulutetut käyttivät Internetiä yhä enemmän arkielämän tiedonhankintaan. (Savolainen 1998.)

Terveyteen liittyvän tiedonhankinnan merkittävimmät tiedonhankintakanavat olivat Tuomisen (1992) ja Savolaisen (1995) tutkimusten mukaan lääkärit ja muut terveydenhoitoon tai –huoltoon erikoistuneet henkilöt. Ystävät, tuttavat, työtoverit ja sukulaiset olivat tärkeitä tiedonlähteitä Tuomisen (1992) haastattelemilla ihmisillä. Oma pohdiskelu sekä tuttavien ja ystävien neuvot jäivät Savolaisen (1995) tutkimustuloksissa toissijaiseksi tiedonlähteeksi. Terveystiedonhankinta oli useiden Tuomisen (1992) haastattelemien ihmisten mielestä hyvinkin vaivalloista ja hankittu tieto oli ristiriitaista, mutta Savolaisen (1995) tutkimukseen osallistuneilla olivat tiedonlähteet selvillä. Tiedonlähteitä hyödynnettiin vasta pienen epäröinnin jälkeen. Omaan terveydentilaan kohdistuvan mielenkiinnon voimistuessa ihmiset käyttivät myös muita tiedonlähteitä, esimerkiksi terveydenhoidon opaskirjoja. (Savolainen 1995.)

Myös ulkomailla on tehty vähän tutkimusta arkielämän tiedonhankinnasta mukaan lukien edellisessä luvussa olleet tutkimukset. Etenkin terveyteen liittyvien tiedontarpeiden osalta tutkimusten pääpaino on ollut ammatillisessa tiedonhankinnassa (ks. esim. Rasch & Gogdill 1999, Anyinam ym. 2002, Casebeer ym. 2002). Arkielämän terveystiedon hankintaa ovat tutkineet esimerkiksi Navarro ja Wilkins (2001) sekä Tai-Seale (2000). Heidän tutkimuksensa kohdistuivat yhdysvaltalaisiin aikuisiin. Navarro ja Wilkins (2001) tutkivat terveystietoa etsineiden profiileja. Yksilön sen hetkinen terveydentila, terveyden arvostus ja toivottu terveydentila vaikuttivat terveystiedon hankintaan. (Navarro & Wilkins 2001.) Tai-Sealen (2000) tutkimuksen mukaan ihmiset halusivat eniten terveyteen liittyvää tietoa terveydenhuoltojärjestelmästä, ravitsemuksesta, naisten terveydestä, mielenterveydestä, ympäristön terveydestä ja liikunnasta. Merkittävimmät terveystiedon lähteet olivat lääkäri ja joukkotiedotusvälineet. (Tai-Seale 2000.)

Arkielämän terveystiedon hankintaa ja terveystiedon tarpeita koskevat tutkimukset ovat olleet suppeita laadullisen tutkimusotteen vuoksi. Tästä syystä tuloksia ei voida yleistää koskemaan suuria väestöryhmiä. Pyrimme tämän kvantitatiivisen tutkimuksen avulla saamaan yleistettävissä olevaa tietoa suomalaisten kokemista terveystiedon tarpeista.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää suomalaisen 15-69-vuotiaan väestön kokemaa terveystiedon tarvetta. Pyrimme saamaan selville, missä määrin suomalaiset kokevat tarvitsevansa terveystietoa ja missä määrin valitut sosiodemografiset taustamuuttujat ovat yhteydessä koettuun terveystiedon tarpeeseen. Tarkoitamme tässä tutkimuksessa koetulla terveystiedon tarpeella ihmisen arkielämässään kokemaa terveystiedon tarvetta, jonka johdosta hän on etsinyt terveystietoa. Terveystietoon kuuluu tässä tutkimuksessa seitsemän sisältöaluetta, jotka ovat terveelliset elintavat, arkipäivän oireet ja vaivat, stressi ja jaksaminen, laihdutus, ihmissuhteet, sairaudet ja niiden hoito sekä päihteet. Koettuun terveystiedon tarpeeseen ovat voineet vaikuttaa esimerkiksi oma tai läheisen terveysongelma, yleinen kiinnostus terveystietoon tai johonkin sen sisältöalueeseen, yleinen tiedonhankinta-aktiivisuus tai mahdollisesti jokin muu syy. Tiedontarve perustuu siten mielestämme ihmisen kokemuksiin. Tutkimuksen taustamuuttujiksi valittiin ikä, sukupuoli, asuinalue, paikkakuntatyyppi, ammattiryhmä, siviilisääty ja talouteen kuuluvien alle 18-vuotiaiden lasten lukumäärä. Nämä muuttujat kuvaavat yleisiä sosiodemografisia tekijöitä.

Tutkimustehtävinä on selvittää:

- missä määrin eri-ikäiset suomalaiset miehet ja naiset kokevat tarvitsevansa terveystietoa eri sisältöalueista,
- missä määrin edellä mainitut sosiodemografiset taustamuuttujat ovat yhteydessä koettuun terveystiedon tarpeeseen sekä
- millä väestöryhmillä on Suomessa eniten ja vähiten koettua terveystiedon tarvetta.

6 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

6.1 Perusjoukko ja otanta

Tämän tutkimusaineiston perusjoukon muodostivat 15-69-vuotiaat suomalaiset. Otannan suoritti tietopalvelukeskus Tietoykkönen Oy kiintiöidyllä tasaväliotannalla puhelinluettelosta. Koska haluttiin varmistaa, että valittavassa otoksessa on mukana edustavasti suomalaisia eri puolilta maata, jaettiin Suomi viiteen eri osaan: pääkaupunkiseutu, muu Etelä-Suomi, Länsi-Suomi, Itä-Suomi ja Pohjois-Suomi. Ahvenanmaa jätettiin tutkimuksen ulkopuolelle. Lisäksi jokaiselta alueelta kiintiöitiin sukupuoli ja ikä, jotta saatiin mahdollisuus tulosten vertailuun eri puolilla Suomea asuvien eri-ikäisten ja eri sukupuolta olevien välillä. Ikä jaettiin kuuteen eri ryhmään: 15-19-vuotiaat, 20-29-vuotiaat, 30-39-vuotiaat, 40-49-vuotiaat, 50-59-vuotiaat ja 60-69-vuotiaat. Tutkimukseen valittiin miehiä ja naisia yhtä paljon. Kunkin alueen haastattelumäärä suhteutettiin alueen todelliseen väestömäärään. Konkreettisesti tämä tarkoitti sitä, että haastattelijat poimivat tasavälein kunkin alueen otantalista haastateltavia ja huolehtivat soittaessaan sukupuoli- ja ikäkiintiön pysyvän otantakehikon mukaisina. Haastattelijat varmisti puhelun alussa, että vastaaja kuului kiintiöön.

Haastattelijat soittivat yhteensä 3358 puhelua, joista 2091 oli hukkasoittoja. Haastattelusta kieltäytyi yhteensä 561 ihmistä. Oskoko oli näin ollen 706. Hukkasoittoja olivat puhelut, joissa henkilö kuului kiintiöön, mutta häntä ei tavoitettu. Niihin kuuluivat myös puhelut, joissa puhelimeen vastannut henkilö ei kuulunut kiintiöön tai vastaaja olisi kuulunut kiintiöön, mutta hänen kiintiönsä oli jo täynnä. (Aapor 2000.) Näissä tilanteissa haastattelijat valitsi uuden numeron tasaväliotannan mukaisesti ja soitti numeroihin niin kauan, että kiintiöt saatiin otantakehikon mukaisesti täytettyä. Puhelinhaastattelusta kieltäytyneiden tilalle otettiin otantalista seuraava tasaväliotannan mukaisesti. Jos puhelimeen ei vastattu, numeroon yritettiin soittaa uudelleen muutaman kerran eri aikoina, mutta jos ihmistä ei edelleenkään tavoitettu, otettiin listasta seuraava henkilö.

6.2 Aineiston hankinta ja kuvailu

Aineisto kerättiin puhelinhaastattelujen avulla vuonna 2000 viikoilla 49-50. Tiedonkeruun suoritti Tietoykkönen Oy, joka käytti aineiston keruussa tietokoneavusteista puhelinhaastattelujärjestelmää (CATI eli Computer Aided Telephone Interview –järjestelmä). Haastattelut tehtiin klo 16.00 jälkeen kiinteisiin lankaliittymiin.

Taulukossa 1 kuvataan mies- ja naisvastaajien jakaumia sosiodemografisten taustamuuttujien mukaan. Miehiä ja naisia oli tutkimuksessa mukana yhtä paljon. Myös eri-ikäisiä on aineistossa lähes saman verran. Miehiä ja naisia on asuinalueittain ja paikkakuntatyypeittäin aineistossa saman verran. Maatalous- ja työväestöön sekä itsenäisiin yrittäjiin kuuluvia miehiä on aineistossa hiukan enemmän kuin vastaaviin ammattiryhmiin kuuluvia naisia. Naisia on puolestaan miehiä enemmän toimihenkilöinä ja virkamiehinä. Aineistossa on johtavassa asemassa olevia miehiä enemmän kuin naisia. Miehiä ja naisia on saman verran opiskelijoina tai koululaisina ja lähes yhtä paljon eläkeläisinä. Kotiäitejä on aineistossa enemmän kuin koti-isiä. Naimattomia miehiä on puolestaan naimattomia naisia enemmän. Aineistoon kuuluvissa naisissa on miehiä enemmän asumuserossa olevia tai eronneita sekä leskiä. Naimisissa tai avoliitossa olevia miehiä ja naisia on saman verran. Myös talouteen kuuluvien alle 18-vuotiaiden lasten lukumäärän mukaan aineistossa on naisia ja miehiä saman verran.

Taulukko 1. Mies- ja naisvastaajat iän, asuinalueen, paikkakuntatyyppin, ammattiryhmän, siviilisäädyn ja talouteen kuuluvien alle 18-vuotiaiden lasten lukumäärän mukaan.

Muuttuja	Miehet (N=350)		Naiset (N=356)		Yhteensä (N=706)	
	f	%	f	%	f	%
Ikä						
15-19-vuotta	53	15.1	48	13.5	101	14.3
20-29-vuotta	57	16.3	52	14.6	109	15.4
30-39-vuotta	77	22.0	69	19.4	146	20.7
40-49-vuotta	59	16.9	80	22.5	139	19.7
50-59-vuotta	58	16.6	54	15.2	112	15.9
60-69-vuotta	46	13.1	53	14.9	99	14.0
Asuinalue						
Pääkaupunkiseutu	76	21.7	68	19.1	144	20.4
Muu Etelä-Suomi	45	12.9	51	14.3	96	13.6
Länsi-Suomi	113	32.3	130	36.5	243	34.4
Itä-Suomi	68	19.4	64	18.0	132	18.7
Pohjois-Suomi	48	13.7	43	12.1	91	12.9
Paikkakuntatyyppi						
Pääkaupunkiseutu	73	20.9	70	19.7	143	20.3
Muu yli 30000 asukkaan kaupunki	118	33.7	129	36.2	247	35.0
Muu alle 30000 asukkaan kaupunki	75	21.4	71	19.9	146	20.7
Muu kunta	84	24.0	81	22.8	165	23.4
Ammattiryhmä						
Maatalousväestö	11	3.1	5	1.4	16	2.3
Työväestö	86	24.6	68	19.1	154	21.8
Itsenäinen yrittäjä	39	11.1	16	4.5	55	7.8
Toimihenkilö/Virkamies	85	24.3	120	33.7	205	29.0
Johtava asema	18	5.1	4	1.1	22	3.1
Opiskelija/Koululainen	65	18.6	65	18.3	130	18.4
Eläkeläinen	41	11.7	51	14.3	92	13.0
Kotiäiti/-isä	4	1.1	20	5.6	24	3.4
Muu	1	0.3	6	1.7	7	1.0
Siviilisäätty						
Naimisissa tai avoliitossa	239	68.3	239	67.1	478	67.7
Naimaton	97	27.7	74	20.8	171	24.2
Asumuserossa tai						
eronnut	9	2.6	24	6.7	33	4.7
Leski	5	1.4	19	5.3	24	3.4
Talouteen kuuluvien alle 18-vuotiaiden lasten lkm						
0 lasta	170	48.6	171	48.0	341	48.3
1 lapsi	74	21.1	79	22.2	153	21.7
2 lasta	67	19.1	72	20.2	139	19.7
3 lasta tai enemmän	38	10.9	34	9.6	72	10.2

6.3 Mittarien kuvailu

Koettua terveystiedon tarvetta kartoitettiin 15-69-vuotiailta suomalaisilta puhelinhaastattelulomakkeen avulla. Sen laativat Jyväskylän yliopiston terveystieteiden professori Jukka Laitakari ja tutkija, terveyden edistämisen yliopistonopettaja Marjut Luoma. Puhelinhaastattelulomakkeen alussa vastaajilta kysyttiin heidän taustatietojaan. Niitä olivat muun muassa sukupuoli, ikä, asuinalue, paikkakuntatyyppi, ammattiryhmä, siviilisääty, talouteen kuuluvien alle 18-vuotiaiden lasten lukumäärä, koettu terveydentila sekä terveysalalla työskentely. Terveystieto-käsite operationalisoitiin siten, että siihen kuului seitsemän terveystiedon eri sisältöaluetta. Ne olivat terveelliset elintavat, arkipäivän oireet ja vaivat, stressi ja jaksaminen, laihdutus, ihmissuhteet, sairaudet ja niiden hoito sekä päihteet. Haastateltavilta kysyttiin tiedontarvetta jokaisesta sisältöalueesta kysymyksellä: ”Oletteko viime aikoina etsineet tietoa (sisältöalueeseen) liittyvistä asioista?”. Tulkitsimme myönteisen vastauksen siten, että vastaajalla oli tiedontarvetta kyseisestä sisältöalueesta. Liitteessä yksi on tässä tutkimuksessa käytetyt taustamuuttujat ja kysymykset alkuperäisestä puhelinhaastattelulomakkeesta.

Suomalaisten kokema terveystiedon tarvetta tarkasteltiin sekä yhdistämällä eri terveystiedon sisältöalueet että sisältöalueittain. Terveystiedon seitsemän sisältöaluetta yhdistettiin ns. tarve- ja tiedontarve-alueiksi siten, että analyysissä olivat mukana kaikki ne vastaajat, jotka olivat etsineet terveystietoa vähintään yhdeltä sisältöalueelta. Vastaajat olivat näin ollen vastanneet ”kyllä” ainakin kerran kysymykseen ”Oletteko viime aikoina etsineet tietoa (sisältöalueeseen) liittyvistä asioista?”. Tutkimukseen valittujen sosiodemografisten taustamuuttujien yhteyttä koettuun terveystiedon tarpeeseen tarkasteltiin koko tutkittavalla joukolla ja myös erikseen miehillä ja naisilla.

Aineiston analysointi aloitettiin tutkimalla frekvenssi- ja prosenttijakautumia. Tasapainottaaksemme taustamuuttujien ryhmäkokoja tilastollisia testejä varten, päädyimme luokittelemaan muuttujia uudelleen. Aineiston analyseissä käytettiin alkuperäisiä muuttujien luokitteluja iän, asuinalueen, paikkakuntatyyppin ja siviilisäädyn osalta, mutta myös edellä mainittujen muuttujien uudelleen luokitteluja. Ikä luokiteltiin alkuperäisestä kuudesta luokasta kolmeen luokkaan siten, että nuoriin kuuluivat 15-19-vuotiaat, työikäisiin 20-49-vuotiaat ja keski-ikäisiin 50-69-vuotiaat. Viisiluokkaisen asuinalue- ja paikkakuntamuuttujan luokat yhdistettiin kahdeksi luokaksi siten, että pääkaupunkiseutu (Helsinki, Espoo, Kauniainen, Vantaa) yhdistettiin

muun Etelä-Suomen kanssa samaksi luokaksi. Vastaavasti toiseen luokkaan yhdistettiin Länsi-, Itä ja Pohjois-Suomi. Neliluokkainen paikkakuntatyyppimuuttuja luokiteltiin uudelleen kahteen luokkaan. Suurempiin kuin 30 000 asukkaan paikkakuntiin kuuluivat uuden luokittelun perusteella pääkaupunkiseutu (Helsinki, Espoo, Kauniainen, Vantaa) ja muu yli 30 000 asukkaan kaupunki. Pienempiin kuin 30 000 asukkaan paikkakuntiin kuuluivat puolestaan muu alle 30 000 asukkaan kaupunki ja muu kunta. Alkuperäinen neliluokkainen siviilisääty-muuttuja luokiteltiin uudelleen kahteen luokkaan siten, että naimisissa tai avoliitossa olevat muodostivat oman luokkansa ja naimattomat, asumuserossa olevat tai eronneet ja lesket kuuluivat toiseen luokkaan.

Analyysejä varten myös ammattiryhmä- ja talouteen kuuluvien alle 18-vuotiaiden lasten lukumäärä –muuttuja luokiteltiin uudelleen. Ammattiryhmät luokiteltiin uudelleen kolmeen luokkaan, jotka olivat 1) maatalous- ja työväestö sekä itsenäiset yrittäjät, 2) toimihenkilöt/virkamiehet ja johtavassa asemassa olevat ja 3) opiskelijat/koululaiset, eläkeläiset, kotiäidit ja –isät sekä muut. Alle 18-vuotiaiden lasten lukumäärä –muuttuja luokiteltiin uudelleen siten, että ensimmäisen luokan muodostivat ne, joiden talouteen ei kuulunut alaikäisiä lapsia. Toisen luokan muodostivat ne, joiden talouteen kuului vähintään yksi alle 18-vuotias lapsi.

6.4 Tilastolliset analyysimenetelmät

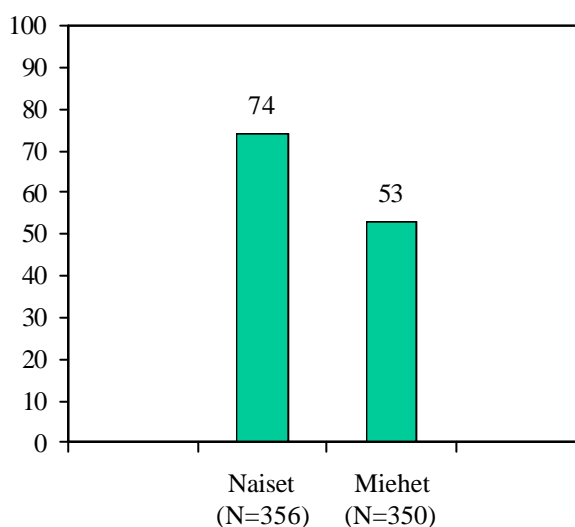
Terveystiedon tarvetta kuvataan frekvenssi- ja prosenttijakaumien avulla. Taustamuuttujien yhteyttä terveystiedon tarpeeseen analysoitiin ristiintaulukoiden avulla ja ryhmien välisten erojen tilastollinen merkitsevyys laskettiin Khin neliö –testiä käyttäen. Monimuuttujatarkastelussa käytettiin logistista regressioanalyysiä. Logistinen regressioanalyysi osoittaa, millä todennäköisyydellä tarkasteltavana oleva asia pätee tai tapahtuu. Tulokset kertovat, vaikuttavako selittävät muuttujat terveystiedon tarpeen todennäköisyyteen ja kuinka suuri vaikutus on. Analyysin tuloksena saadaan kullekin selittävälle muuttujalle riskitulosuhde (odds ratio). Sen avulla selviää, mikä muuttujista on voimakkaimmin yhteydessä selitettävään muuttujaan. (Läärä & Lammi 1989.) Tilastollinen tietojenkäsittely suoritettiin SPSS 11.0 for Windows tilastoanalysointiohjelman avulla.

7 TULOKSET

7.1 Eri ikäisten suomalaisten miesten ja naisten kokema terveystiedon tarve

Kaikista vastanneista (N=706) noin kaksi kolmasosaa oli kokenut terveystiedon tarvetta vähintään yhdeltä sisältöalueelta. Naiset olivat etsineet selvästi yleisemmin terveystietoa kuin miehet. Naisista kolme neljäsosaa ja miehistä noin puolet oli etsinyt terveystietoa (kuvio 3). Ero miesten ja naisten kokeman terveystiedon tarpeen välillä on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p<0.001$).

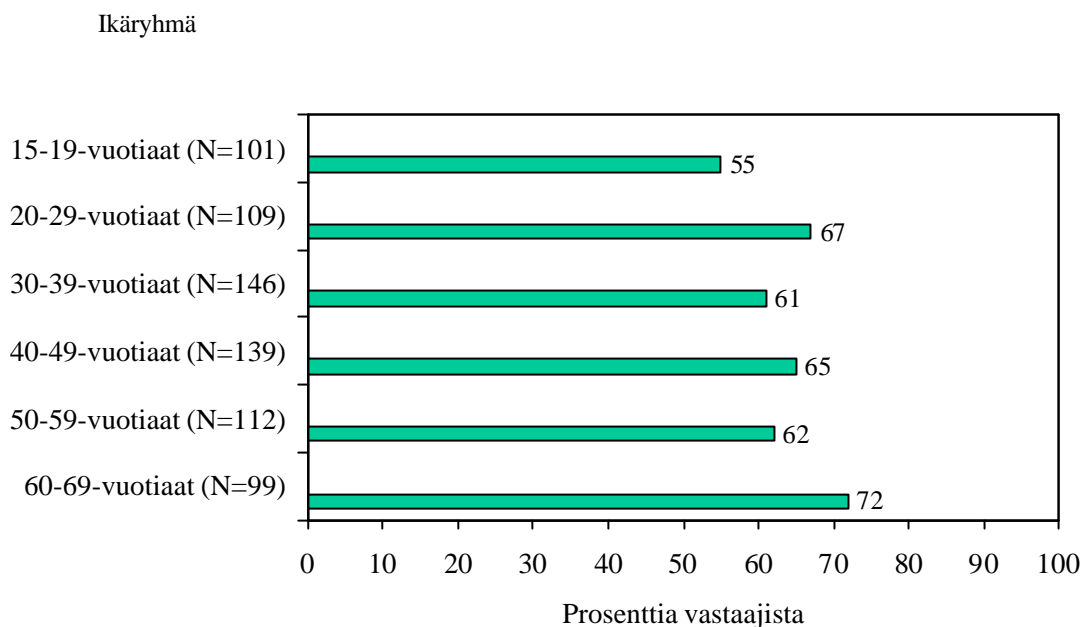
Prosenttia
vastaajista



Kuvio 3. Miesten ja naisten kokema terveystiedon tarve vähintään yhdeltä sisältöalueelta (Khin neliö -testi, $p<0,001$).

Ikäryhmien välillä ei ollut suuria eroja terveystiedon tarpeessa (kuvio 4). Yleisemmin tietoa olivat etsineet 60-69-vuotiaat ja harvemmin 15-19-vuotiaat. Sukupuolittain tarkasteltuna sekä miehistä että naisista 15-19-vuotiaat olivat etsineet muita ikäryhmiä harvemmin terveystietoa. Miehistä 60-69-vuotiaat ja naisista 20-29-vuotiaat olivat hankkineet muita ikäryhmiä yleisemmin terveystietoa. Kummankaan sukupuolen mukaan ei todeta tilastollisesti merkitsevää

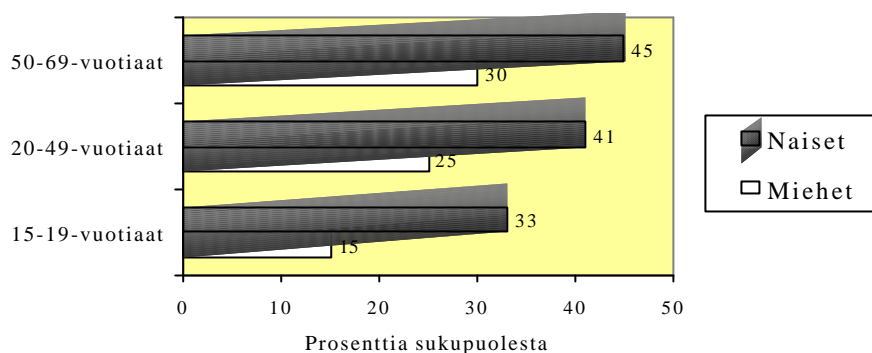
eroa eri ikäryhmien välillä kuten taulukosta kaksi (liite 2) ilmenee. Taulukossa kolme (liite 2) kuvataan eri ikäryhmien kokema terveystiedon tarve sisältöalueittain.



Kuvio 4. Koettu terveystiedon tarve vähintään yhdeltä sisältöalueelta ikäryhmittäin (Khin neliö –testi, n.s.)

Tarkasteltaessa koettua terveystiedon tarvetta **terveellisten elintapojen** sisältöalueella huomattiin, että naiset olivat miehiä yleisemmin etsineet tietoa tältä sisältöalueelta. Naisista noin kaksi viidesosaa ja miehistä neljäsosa oli etsinyt tietoa terveellisistä elintavoista. Ero miesten ja naisten välillä on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0.001$). Luokittelimme iän uudelleen kolmeen eri luokkaan: nuoret eli 15-19-vuotiaat, työikäiset eli 20-49-vuotiaat ja keski-ikä ylittäneet eli 50-69-vuotiaat. Lähes kaksi viidesosaa keski-ikä ylittäneistä, työikäisistä kolmasosa ja nuorista lähes neljäsosa oli kokenut tiedontarvetta terveellisistä elintavoista. Ikäryhmien välinen ero tiedontarpeessa ei ole tilastollisesti merkitsevä tällä sisältöalueella. Kuvioista viisi ilmenee, että sekä miehillä että naisilla kiinnostus terveellisiä elintapoja koskevaan tietoon lisääntyy iän myötä. Kummankaan sukupuolen mukaan tarkasteltuna ikäryhmien välinen ero tiedontarpeessa ei ole tilastollisesti merkitsevä.

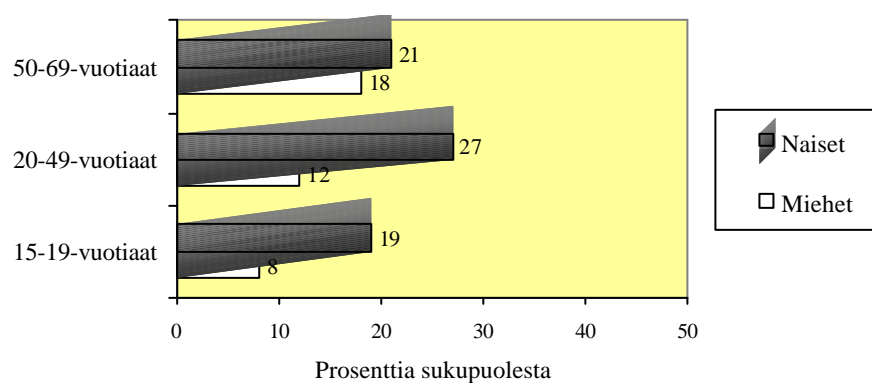
Ikäryhmä



Kuvio 5. Terveellisistä elintavoista tietoa etsineiden henkilöiden jakauma iän ja sukupuolen mukaan

Tarkasteltaessa **arkipäivän oireiden ja vaivojen** sisältöaluetta havaittiin, että naisista neljäsosa ja miehistä hiukan yli kymmenesosa oli etsinyt tietoa. Naiset olivat etsineet miehiä yleisemmin tietoa arkipäivän oireista ja vaivoista. Ero sukupuolten välillä on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0.001$). Työikäisistä ja keski-ikäen ylittäneistä noin viidesosa ja nuorista reilu kymmenesosa oli kokenut tiedontarvetta. Ikäryhmien välinen ero ei ole tilastollisesti merkitsevä. Ikäryhmittäiset prosentiosuudet sukupuolen mukaan koetusta terveystiedon tarpeesta arkipäivän oireiden ja vaivojen sisältöalueella on esitetty kuviossa kuusi. Siitä nähdään, että naisilla kiinnostus tähän sisältöalueeseen on suurimmillaan työiässä, kun puolestaan miesten kiinnostus lisääntyy tasaisesti iän myötä. Kummankaan sukupuolen mukaan ei todeta tilastollisesti merkitsevää eroa eri ikäryhmien välillä tiedon tarpeessa arkipäivän oireista ja vaivoista.

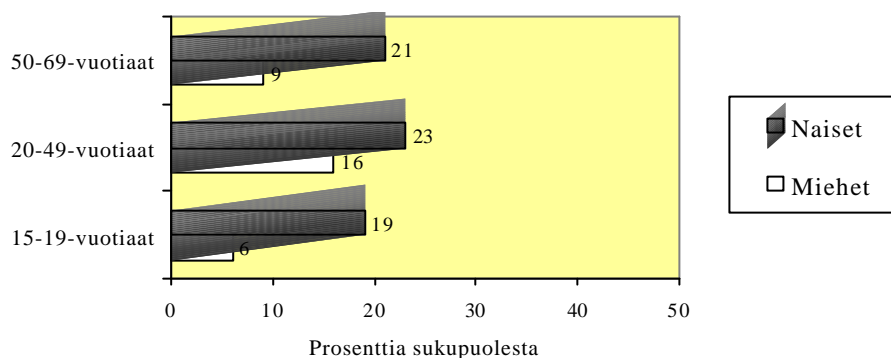
Ikäryhmä



Kuvio 6. Arkipäivän oireista ja vaivoista terveystietoa etsineiden jakauma iän ja sukupuolen mukaan

Naisista hieman yli viidesosa ja miehistä noin kymmenesosa oli etsinyt tietoa **stressistä ja jaksamisesta**. Naiset olivat miehiä yleisemmin etsineet tietoa. Ero sukupuolten välillä on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p=0.001$). Noin viidesosa työikäisistä ja reilu kymmenesosa sekä keski-ään ylittäneistä että nuorista oli etsinyt tietoa stressistä. Näiden ikäryhmien välinen ero ei ole tilastollisesti merkitsevä. Kuviosta seitsemän ilmenee, että työikäiset miehet ja naiset olivat etsineet muita ikäryhmiä yleisemmin tietoa stressiin ja jaksamiseen liittyvistä asioista. Kummankaan sukupuolen mukaan ei todeta tilastollisesti merkitsevää eroa terveystiedon tarpeessa eri ikäryhmien välillä tällä sisältöalueella.

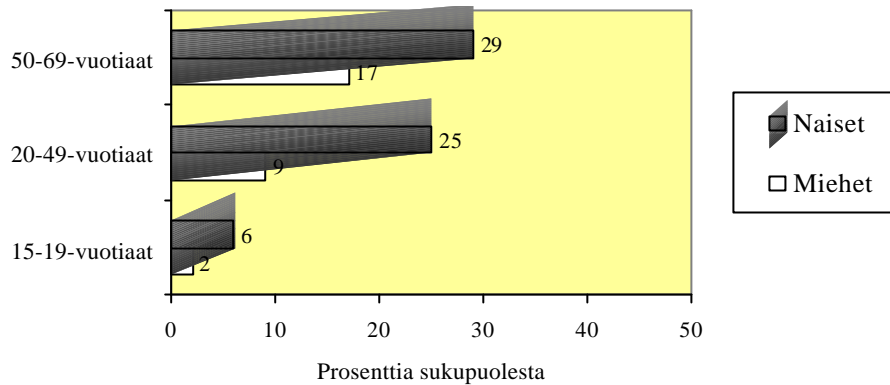
Ikäryhmä



Kuvio 7. Stressiin ja jaksamiseen liittyvää tietoa etsineiden jakauma iän ja sukupuolen mukaan

Naiset olivat etsineet miehiä yleisemmin tietoa **laihduksesta**. Naisista noin joka neljäs ja miehistä kymmenesosa oli kokenut tiedontarvetta laihtumiseen liittyvistä asioista. Ero miesten ja naisten välillä on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p<0.001$). Keski-ään ylittäneistä melkein neljäsosa, työikäisistä vajaa viidesosa ja nuorista neljä prosenttia oli etsinyt tietoa laihtumuksesta. Ero näiden ikäryhmien välillä on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p<0.001$). Kuviossa kahdeksan on havaittavissa huomattava ero nuorten ja muiden ikäryhmien tiedontarpeen välillä laihtumuksen sisältöalueella. Erityisesti nuoret miehet etsivät muita harvemmin tietoa laihtumuksesta. Ero miesten eri ikäryhmien välillä on tilastollisesti merkitseviä ($p=0.008$). Myös naisten eri ikäryhmien välillä on tilastollisesti merkitsevä ero laihtumukseen liittyvässä tiedontarpeessa ($p=0.007$). Tiedontarve lisääntyy molempien sukupuolten osalta iän myötä.

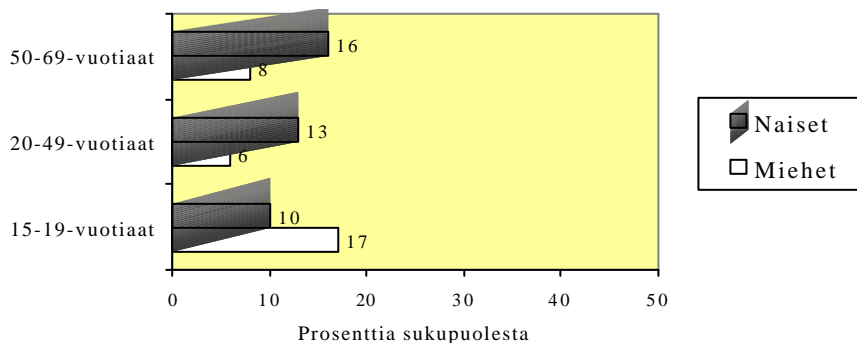
Ikäryhmä



Kuvio 8. Laihdutusta koskevaa tietoa etsineiden jakauma iän ja sukupuolen mukaan

Tietoa **ihmissuhteisiin** liittyvistä asioista oli etsinyt noin kymmenesosa sekä miehistä että naisista. Ero sukupuolten välillä on tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=0.02$). Kaikista ikäryhmistä noin kymmenesosa oli etsinyt tietoa ihmissuhteista. Ikäryhmien välillä ei ole tilastollisesti merkitsevää eroa tällä sisältöalueella. Tarkasteltaessa ikäryhmiä sukupuolen mukaan havaitaan, että ero miesten eri ikäryhmien välillä on tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=0.04$). Nuoret miehet olivat etsineet muita yleisemmin tietoa ihmissuhteista (kuvio 9). Naisilla kiinnostus tähän sisältöalueeseen lisääntyy tasaisesti iän myötä eikä naisten eri ikäryhmien välillä ole tilastollisesti merkitsevää eroa.

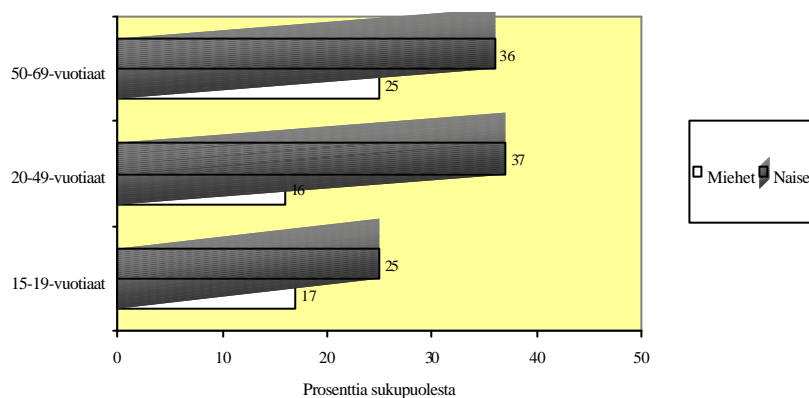
Ikäryhmä



Kuvio 9. Ihmissuhteita koskevaa tietoa etsineiden jakauma iän ja sukupuolen mukaan

Naisista reilu kolmasosa ja miehistä alle viidesosa oli hankkinut tietoa **sairauksista ja niiden hoitoon** liittyvistä asioista. Naiset oli etsineet miehiä yleisemmin tietoa tältä sisältöalueelta. Ero sukupuolten välillä on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0.001$). Alle kolmasosa keski-ään ylittäneistä, reilu neljäsosa työikäisistä ja viidesosa nuorista oli etsinyt tietoa tästä aihealueesta. Ikäryhmien välillä ei ole tilastollisesti merkitsevää eroa. Muita ikäryhmiä useammin tietoa tältä sisältöalueelta olivat etsineet 20-29-vuotiaat ja 60-69-vuotiaat (liitteen 2 taulukko 3). Kuviosta kymmenen ilmenee, että työikäiset naiset ja keski-ään ylittäneet miehet olivat hankkineet muita sukupuolensa edustajia yleisemmin tietoa sairauksista ja niiden hoitoon liittyvistä asioista. Kummankaan sukupuolen eri ikäryhmien välillä ei ole tilastollisesti merkitsevää eroa tällä sisältöalueella. Tiedontarve sairauksista ja niiden hoitoon liittyvistä asioista ei selvästi lisääny iän myötä.

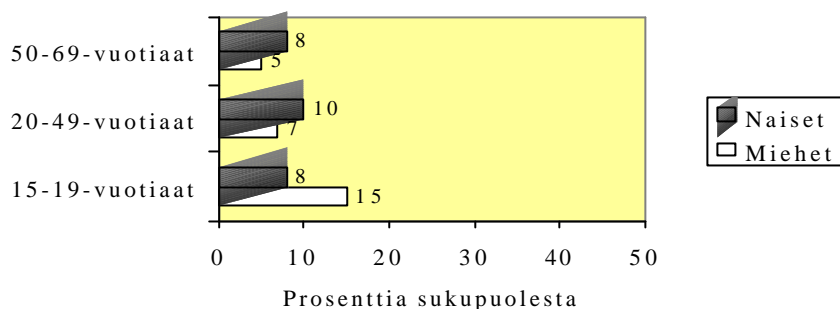
Ikäryhmä



Kuvio 10. Sairauksia ja niiden hoitoa koskevaa tietoa etsineiden jakauma iän ja sukupuolen mukaan

Päihteisiin liittyvää tietoa oli etsinyt noin kymmenesosa sekä miehistä että naisista. Sukupuolten välinen ero ei ole tilastollisesti merkitsevä. Nuorista yli kymmenesosa ja työikäisistä sekä keski-ään ylittäneistä huomattavasti alle kymmenesosa oli etsinyt tietoa päihteistä. Ikäryhmien välinen ero ei ole tilastollisesti merkitsevä. Alkuperäisten ikäryhmien välillä sen sijaan todetaan tilastollisesti melkein merkitsevä ero ($p = 0.045$). Muita ikäryhmiä harvemmin päihdetietoutta olivat etsineet 20-29-vuotiaat ja 60-69-vuotiaat (liitteen 2 taulukko 3). Kuviosta 11 havaitaan, että erityisesti nuoret miehet olivat etsineet tietoa päihteisiin liittyvistä asioista. Eri-ikäiset naiset olivat etsineet päihdetietoutta lähes yhtä yleisesti. Kummankaan sukupuolen eri ikäryhmien välillä ei ole tilastollisesti merkitsevää eroa päihteisiin liittyvässä tiedontarpeessa.

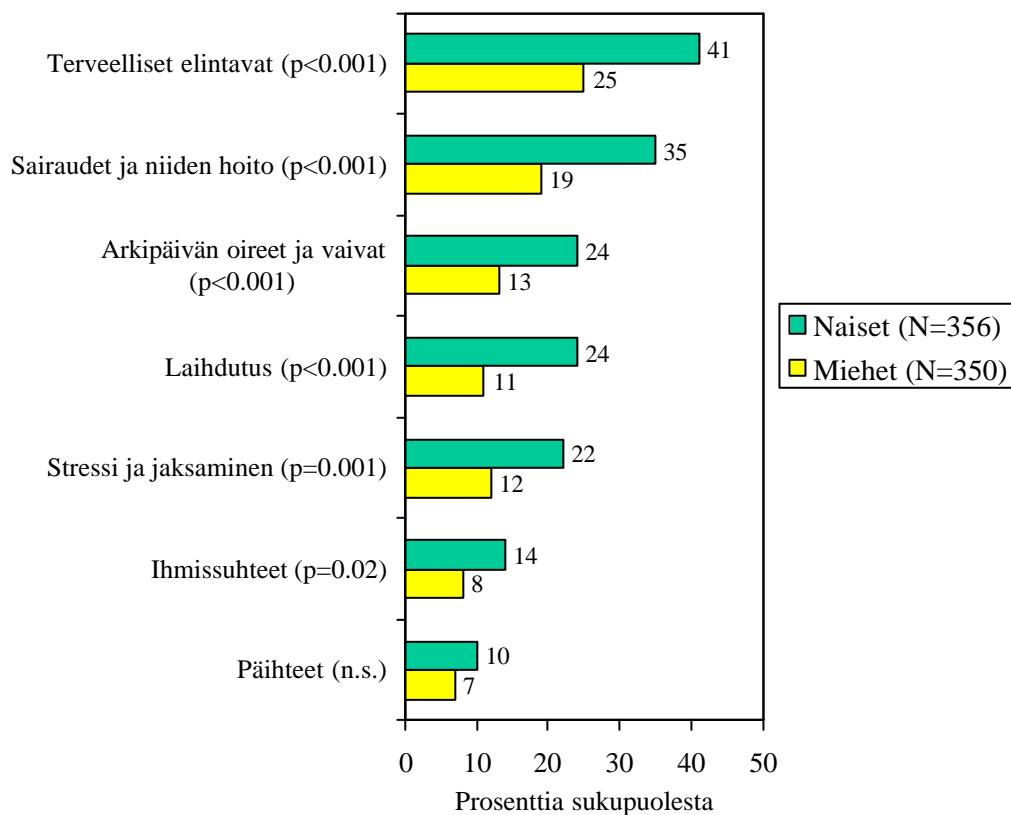
Ikäryhmä



Kuvio 11. Päihteisiin liittyvää tietoa etsineiden jakauma iän ja sukupuolen mukaan

Tarkasteltaessa terveystiedon tarvetta sisältöalueittain havaittiin, että eniten terveystietoa oli etsitty terveellisistä elintavoista sekä sairauksista ja niiden hoitoon liittyvistä asioista. Vähiten terveystietoa oli etsitty päihteistä. Kuvioista 12 ilmenee, että naiset olivat etsineet miehiä yleisemmin terveystietoa jokaisesta sisältöalueesta.

Terveystiedon sisältöalue



Kuvio 12. Miesten ja naisten jakauma koetussa terveystiedon tarpeessa eri sisältöalueilla (Khin neliö –testi)

Kuviossa 13 (liite 3) on havainnollistettu uudelleen luokiteltujen ikäryhmien kokema terveystiedon tarve sisältöalueittain. Taulukossa neljä on prosentteittain ilmoitettu uudelleen luokiteltujen ikäryhmien miesten ja naisten kokema terveystiedon tarve eri sisältöalueilla. Taulukossa viisi (liite 4) kuvataan eri-ikäisten miesten ja naisten kokema terveystiedon tarve eri sisältöalueilla.

Taulukko 4. Eri-ikäisten miesten ja naisten kokema terveystiedon tarve sisältöalueittain (%).

Terveystiedon sisältöalue	15-19-vuotiaat		20-49-vuotiaat		50-69-vuotiaat	
	Naiset %	Miehet %	Naiset %	Miehet %	Naiset %	Miehet %
Terveelliset elintavat	33.3	15.1	41.3	24.9	44.9	29.8
Sairaudet ja niiden hoito	25.0	17.0	36.8	16.1	35.5	25.0
Arkipäivän oireet ja vaivat	18.8	7.5	26.9	12.4	20.6	18.3
Laihdutus	6.3	1.9	24.9	9.3	29.0	17.3
Stressi ja jaksaminen	18.8	5.7	22.9	15.5	20.6	8.7
Ihmissuhteet	10.4	17.0	13.4	6.2	15.9	7.7
Päihteet	8.3	15.1	10.4	6.7	8.4	4.8
Yhteensä (N)	48	53	201	193	107	104

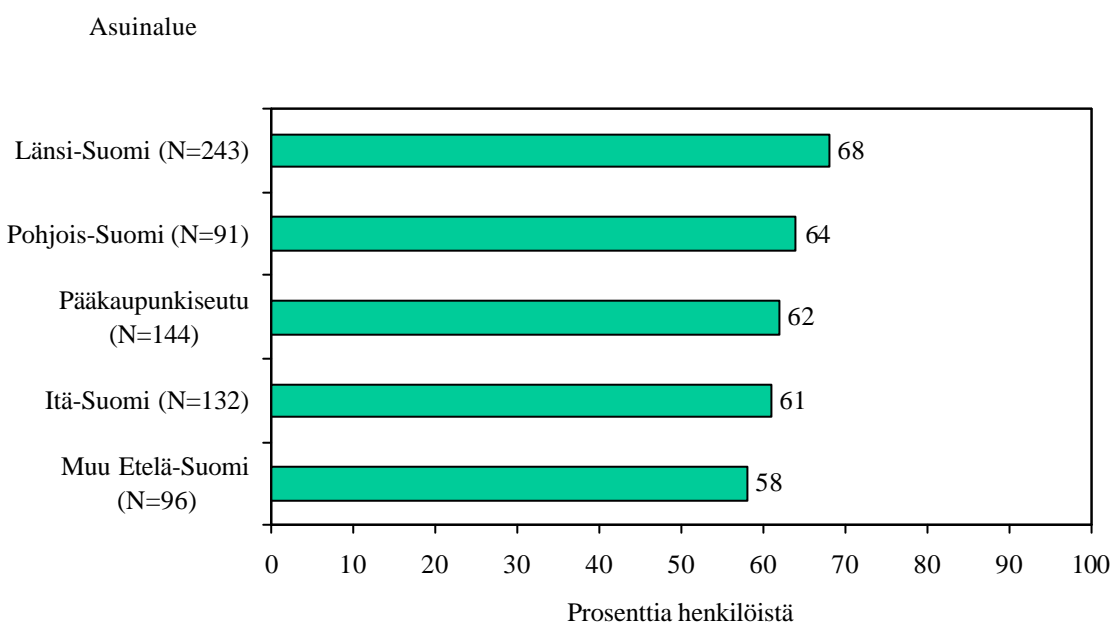
Yhteenvetona voidaan todeta, että tulostemme perusteella naiset olivat etsineet miehiä yleisemmin terveystietoa. Ikäryhmittäisiä eroja terveystiedon tarpeissa oli havaittavissa stressin ja jaksamisen, laihtumisen, sairauksien ja niiden hoidon sekä päihteiden sisältöalueilla. Seuraavaksi tarkastelemme asuinalueen, paikkakuntatyypin, ammattiryhmän, siviilisäädyn ja talouden kuuluvien alle 18-vuotiaiden lasten lukumäärän yhteyttä koettuun terveystiedon tarpeeseen.

7.2 Muiden taustamuuttujien yhteys koettuun terveystiedon tarpeeseen

Suomalaisten kokema terveystiedon tarvetta tarkastellaan seuraavaksi asuinalueen, paikkakuntatyyppin, ammattiryhmän, siviilisäädyn ja talouteen kuuluvien alle 18-vuotiaiden lasten lukumäärän mukaan. Analyysissä huomioidaan koettu terveystiedon tarve vähintään yhdeltä sisältöalueelta ja myös sisältöalueittain.

Asuinalue

Länsisuomalaiset olivat etsineet hiukan muualla Suomessa asuvia yleisemmin terveystietoa. Kuviosta 14 ilmenee, ettei koettu terveystiedon tarve eroa asuinalueittain kovinkaan huomattavasti. Eri puolilla Suomea asuvien välillä ei ole tilastollisesti merkitsevää eroa terveystiedon tarpeessa.



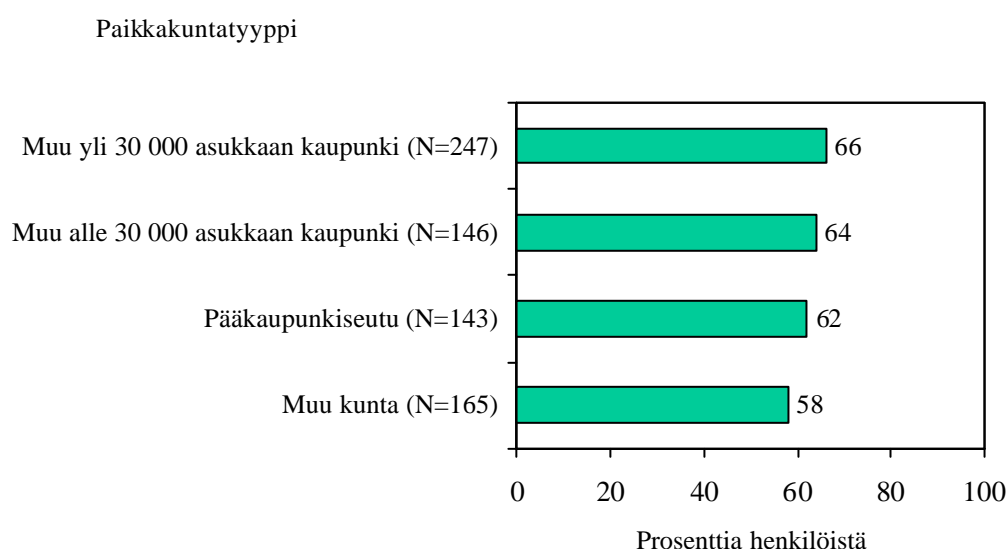
Kuvio 14. Koettu terveystiedon tarve vähintään yhdeltä sisältöalueelta asuinalueittain (Khin neliö –testi, n.s.)

Luokittelimme asuinaluemuuttujan uudelleen kahteen luokkaan, jolloin vertasimme Etelä-Suomea (pääkaupunkiseutu ja muu Etelä-Suomi) muuhun Suomeen (Itä-, Länsi- ja Pohjois-Suomi). Uuden luokittelun mukaan terveystietoa vähintään yhdeltä sisältöalueelta etsineiden välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä asuinalueittaisia eroja. Otettaessa sukupuoli-muuttuja mukaan tarkasteluun havaittiin, ettei kummankaan sukupuolen osalta Etelä- ja muualla Suomessa asuvien välillä ollut tilastollisesti merkitseviä eroja tiedontarpeessa.

Tarkasteltaessa tiedontarvetta terveystiedon eri sisältöalueilla havaittiin, että eteläsuomalaisista naisista vajaa kolmasosa ja muualla kuin Etelä-Suomessa asuvista naisista lähes kaksi viidesosaa oli etsinyt tietoa **sairauksista ja niiden hoitoon** liittyvistä asioista. Etelä-Suomessa asuvat naiset olivat etsineet muualla Suomessa asuvia naisia yleisemmin tietoa sairauksista ja hoidoista. Ero Etelä- ja muualla Suomessa asuvien naisten tiedontarpeen välillä on tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=0.046$). Miesten välillä vastaavaa tilastollisesti merkitsevää eroa ei ollut. Tietoa **päihhteisiin** liittyvistä asioista olivat etsineet eteläsuomalaiset naiset muualla Suomessa asuvia naisia yleisemmin. Eteläsuomalaisista naisista reilu kymmenesosa ja vain muutama prosentti muualla kuin Etelä-Suomessa asuvista naisista oli hankkinut päihdetietoutta. Ero Etelä- ja muualla Suomessa asuvien naisten kokeman tiedontarpeen välillä on tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=0.031$). Miesten välillä ei vastaavaa tilastollisesti merkitsevää eroa havaittu. Taulukossa kuusi (liite 5) kuvataan eri puolilla Suomea asuvien miesten ja naisten kokemaa terveystiedon tarvetta sisältöalueittain.

Paikkakuntatyyppi

Terveystietoa oli etsitty hieman yleisemmin yli 30 000 asukkaan kaupungeissa (lukuun ottamatta pääkaupunkiseudun suuria kaupungeja) kuin muualla. Kuviosta 15 ilmenee, että paikkakuntatyyppien välillä ei ole huomattavia eroja koetussa terveystiedon tarpeessa.

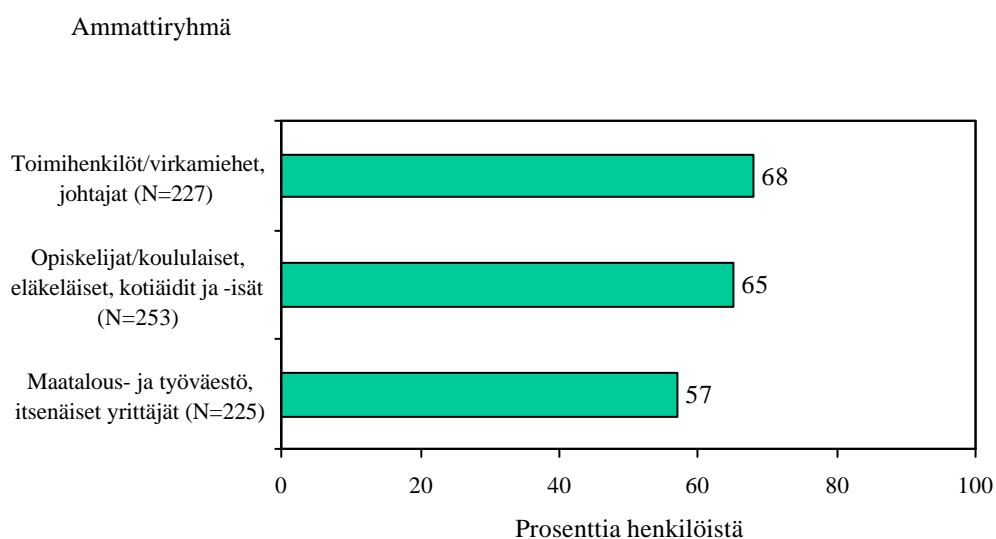


Kuvio 15. Koettu terveystiedon tarve vähintään yhdeltä sisältöalueelta paikkakuntatyypeittäin (Khin neliö –testi, n.s.)

Luokittelimme paikkakuntatyyppimuuttujan uudelleen kahteen luokkaan: suuremmat ja pienemmät kuin 30 000 asukkaan paikkakunnat. Sisältöalueittain tarkasteltuna paikkakunnittaisia eroja ei juurikaan ollut paitsi **laihdutuksen** osalta ($p=0.029$). Alle 30 000 asukkaan paikkakunnilla joka viides ja yli 30 000 asukkaan paikkakunnalla joka seitsemäs oli hankkinut tietoa laihdutuksesta. Sukupuolittain tarkasteltuna alle 30 000 asukkaan paikkakunnilla asuvista miehistä seitsemäsosalla ja yli 30 000 asukkaan paikkakunnalla asuvista miehistä vajaalla kymmenesosalla oli tiedontarvetta laihdutuksesta. Ero näiden ryhmien välillä on tilastollisesti merkitsevä ($p=0.031$). Naisten välillä vastaavaa tilastollisesti merkitsevää eroa ei ollut. Taulukossa seitsemän (liite 6) kuvataan eri paikkakuntatyypeillä asuvien miesten ja naisten kokemaa terveystiedon tarvetta eri sisältöalueilla.

Ammattiryhmä

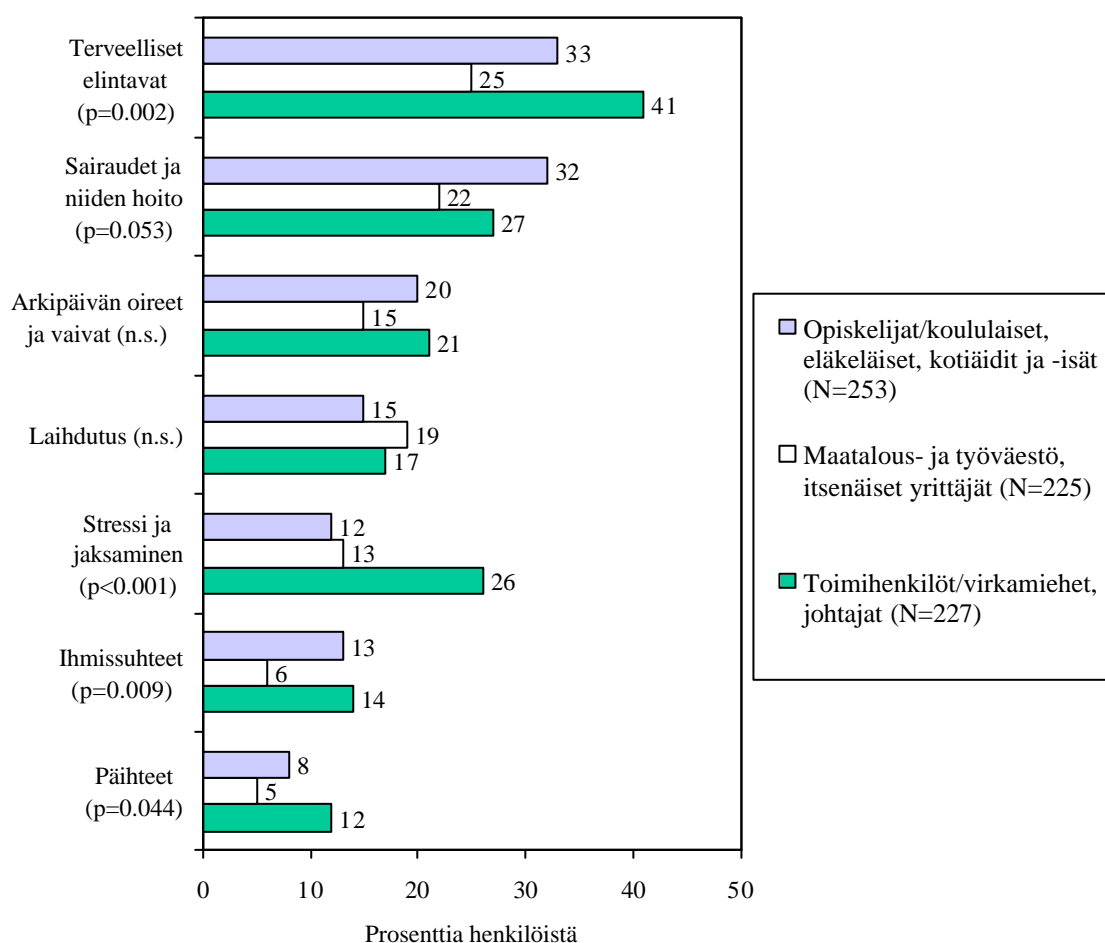
Luokittelimme ammattiryhmät uudelleen kolmeen luokkaan, jotka olivat 1) maatalous- ja työväestö sekä itsenäiset yrittäjät, 2) toimihenkilöt/virkamiehet ja johtavassa asemassa olevat sekä 3) opiskelijat/koululaiset, eläkeläiset, kotiäidit ja -isät sekä muut. Yli kolme viidesosaa toimihenkilöistä/virkamiehistä ja johtavassa asemassa olevista oli etsinyt terveystietoa vähintään yhdeltä sisältöalueelta. Hieman heitä harvemmin olivat terveystietoa etsineet opiskelijat/koululaiset, eläkeläiset, kotiäidit ja -isät. Yli puolet maatalous- ja työväestöstä sekä itsenäisistä yrittäjistä oli etsinyt terveystietoa vähintään yhdeltä sisältöalueelta. Ero ammattiryhmien välillä on tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=0.033$). Prosenttiosuudet eri ammattiryhmien kokemasta terveystiedon tarpeesta on esitetty kuviossa 16.



Kuvio 16. Koettu terveystiedon tarve vähintään yhdeltä sisältöalueelta ammattiryhmittäin (Khin neliö -testi, $p=0.033$)

Tarkasteltaessa terveystiedon tarvetta eri sisältöalueilla havaitaan, että ammattiryhmien välillä on tilastollisesti merkitseviä eroja **terveellisiin elintapoihin** ($p=0.002$), **stressiin ja jaksamiseen** ($p<0.001$), **ihmissuhteisiin** ($p=0.009$), **päihteisiin** ($p=0.044$) sekä **sairauksiin ja niiden hoitoon** ($p=0.053$) liittyvien tiedontarpeiden osalta. Toimihenkilöt/virkamiehet ja johtavassa asemassa olevat olivat etsineet selvästi yleisemmin tietoa terveellisistä elintavoista sekä stressiin ja jaksamiseen liittyvistä asioista kuin muihin ammattiryhmiin kuuluvat. Maatalous- ja työväestö sekä itsenäiset yrittäjät olivat etsineet muita ammattiryhmiä hiukan yleisemmin tietoa laihtumuksesta. Opiskelijat/koululaiset, eläkeläiset sekä kotiäidit ja -isät olivat etsineet muita ammattiryhmiä yleisemmin tietoa sairauksista ja niiden hoitoon liittyvistä asioista ja muita harvemmin tietoa stressiä ja jaksamista koskevista asioista. Kuvio 17 havainnollistaa eri ammattiryhmien kokema terveystiedon tarvetta sisältöalueittain.

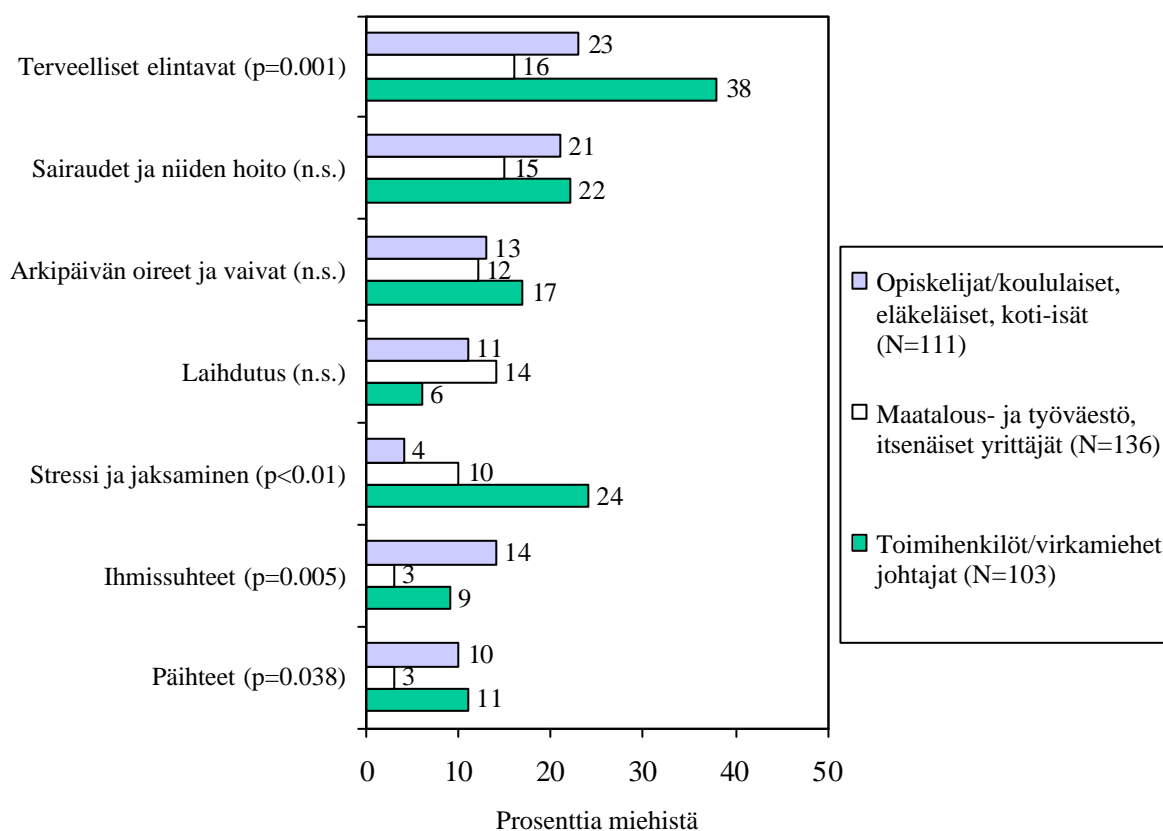
Terveystiedon sisältöalue



Kuvio 17. Koettu terveystiedon tarve terveystiedon eri sisältöalueilla ammattiryhmittäin (Khin neliö – testi)

Tarkasteltaessa miesten eri ammattiryhmien välistä yhteyttä terveystiedon tarpeeseen havaitaan, että miehistä toimihenkilöt/virkamiehet ja johtavassa asemassa olevat olivat etsineet muiden ammattiryhmien miehiä selvästi yleisemmin tietoa **terveellisistä elintavoista** ($p=0.001$) sekä **stressiin ja jaksamiseen** liittyvistä asioista ($p<0.001$). Eläkeläisiin, opiskelijoihin/koululaisiin ja koti-isiin kuuluvat miehet olivat etsineet muita yleisemmin terveystietoa **ihmissuhteisiin** liittyvistä asioista ($p=0.005$). Tilastollisesti melkein merkitsevä ero havaittiin eri ammattiryhmiin kuuluvien miesten välillä **päihteiden** sisältöalueella ($p=0.038$). Työ- ja maatalousväestöön sekä itsenäisiin yrittäjiin kuuluvat miehet olivat etsineet hiukan muita yleisemmin tietoa **laihdutukseen** liittyvistä asioista. Miesten eri ammattiryhmien välillä ei kuitenkaan ole tilastollisesti merkitsevää eroa laihdutusta koskevissa tiedontarpeissa. Kuviossa 18 ilmenee eri ammattiryhmiin kuuluvien miesten terveystiedon tarpeiden erot sisältöalueittain.

Terveystiedon sisältöalue



Kuvio 18. Miesten kokema terveystiedon tarve ammattiryhmittäin eri terveystiedon sisältöalueilla (Khin neliö – testi)

Eri ammattiryhmiin kuuluvien naisten välillä ei havaittu terveystiedon tarpeissa tilastollisesti merkitseviä eroja terveystiedon eri sisältöalueilla (liite 7). Taulukossa kahdeksan (liite 8) kuvataan eri ammattiryhmien miesten ja naisten kokemaa terveystiedon tarvetta sisältöalueittain.

Siviilisäätty

Luokittelimme siviilisäädyn kahteen luokkaan, jotka olivat 1) naimisissa tai avoliitossa olevat ja 2) naimattomat, asumuserossa olevat tai eronneet sekä lesket. Molemmista ryhmistä noin kolme viidesosaa oli etsinyt terveystietoa vähintään yhdeltä sisältöalueelta. Ryhmien välinen ero ei ole tilastollisesti merkitsevä. Myöskään sukupuolittain tarkasteltuna tilastollisesti merkitsevää eroa ei siviilisäättyjen välillä ole.

Naimisissa tai avoliitossa olevat olivat etsineet muita yleisemmin tietoa **terveellisiin elintapoihin** ($p=0.02$) ja **laihdutukseen** ($p=0.005$) liittyvistä asioista. Naimisissa tai avoliitossa olevista lähes kaksi viidesosaa ja naimattomista, eronneista tai asumuserossa olevista sekä leskistä alle kolmasosa oli kokenut tiedontarvetta terveellisistä elintavoista. Laihdutukseen liittyvää tietoa olivat etsineet viidesosa naimisissa tai avoliitossa olevista ja hiukan yli kymmenesosa naimattomista, eronneista tai asumuserossa olevista ja leskistä.

Sukupuolen mukaan tarkasteltuna naimisissa tai avoliitossa olevista miehistä lähes kolmasosalla ja naimattomilla, eronneilla tai asumuserossa olevilla ja leskimiehillä alle viidesosalla oli tiedontarvetta **terveellisistä elintavoista**. Ero näiden miesten välillä on tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=0.044$). Vastaavaa tilastollisesti merkitsevää eroa ei naisten kohdalla havaittu tällä sisältöalueella. Naimisissa tai avoliitossa olevista miehistä reilulla kymmenesosalla ja naimattomilla, asumuserossa olevilla tai eronneilla ja leskimiehillä vain muutamalla prosentilla (5,4 %) oli tiedontarvetta **laihdutukseen** liittyvistä asioista. Ero näiden miesten välillä on tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=0.032$). Naimisissa tai avoliitossa olevista naisista yli neljäsosa oli etsinyt terveystietoa laihdutukseen liittyvistä asioista. Alle viidesosalla naimattomista, asumuserossa olevista tai eronneista ja leskinaisista oli tiedontarvetta laihdutukseen liittyvistä asioista. Ero näiden naisten välillä on tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=0.043$). Muilla terveystiedon sisältöalueilla ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja sukupuolittain ja siviilisäädyyttäin tarkasteltuna. Taulukossa yhdeksän (liite 9) kuvataan eri siviilisäättyihin kuuluvien miesten ja naisten kokemaa terveystiedon tarvetta sisältöalueittain.

Talouteen kuuluvien alle 18-vuotiaiden lasten määrä

Luokittelimme talouteen kuuluvien alle 18-vuotiaiden lasten määrä -muuttujan kahteen luokkaan: 1) talouteen ei kuulunut alaikäisiä lapsia ja 2) talouteen kuului vähintään yksi alaikäinen lapsi. Molemmista ryhmistä noin kolme viidesosaa oli hakenut terveystietoa vähintään yhdeltä sisältöalueelta. Ryhmien välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Tarkastelimme talouteen kuuluvien alaikäisten lasten määrän yhteyttä myös eri sukupuolien kokemaan terveystiedon tarpeeseen. Se, kuuluiko miehen talouteen alle 18-vuotiaita lapsia vai ei, ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä miesten kokemaan terveystiedon tarpeeseen. Molemmista ryhmistä hiukan yli puolet oli hankkinut terveystietoa. Kolme neljäsosaa naisista, joiden talouteen kuului alaikäisiä lapsia ja joiden talouteen ei kuulunut alle 18-vuotiaita lapsia oli kokenut terveystiedon tarvetta. Ero näiden naisten välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Tarkasteltaessa terveystiedon tarvetta sisältöalueittain huomataan, että ryhmien välillä ei juuri ollut eroja, lukuun ottamatta tiedontarvetta **ihmissuhteista**. Joka seitsemäs ihmisistä, joiden talouteen kuului vähintään yksi alaikäinen lapsi ja vähemmän kuin joka kymmenes vastaajista, joiden talouteen ei kuulunut alle 18-vuotiaita lapsia oli hankkinut tietoa ihmissuhteista. Ero näiden ryhmien välillä on tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=0.036$).

Sukupuolen ja talouteen kuuluvien alle 18-vuotiaiden lasten määrän välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevä yhteys terveystiedon sisältöalueista ainoastaan ihmissuhteiden sisältöalueella. Alle viidesosalla naisista, joiden talouteen kuului vähintään yksi alaikäinen lapsi ja noin kymmenesosalla naisista, joiden talouteen ei kuulunut alle 18-vuotiaita lapsia oli tiedontarvetta ihmissuhteista. Ero näiden kahden ryhmän välillä on tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=0.044$). Miesten välillä vastaavaa tilastollisesti merkitsevää eroa ei ollut. Taulukossa kymmenen (liite 10) kuvataan miesten ja naisten kokemaa terveystiedon tarvetta eri sisältöalueilla talouteen kuuluvien alle 18-vuotiaiden lasten lukumäärän mukaan.

Yhteenvetona voidaan todeta, että tulostemme perusteella ammattiryhmä on yhteydessä terveystiedon tarpeeseen. Asuinalue, paikkakuntatyyppi, siviilisääty ja talouteen kuuluvien alle 18-vuotiaiden lasten määrä eivät ole tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä suomalaisten terveystiedon tarpeeseen. Valittujen taustamuuttujien ja koetun terveystiedon tarpeen välillä oli joitakin tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä havaittavissa sukupuolten ja eräiden sisältöalueiden osalta.

7.3 Logistinen regressioanalyysi terveystiedon tarpeen väestöryhmittäisistä eroista

Logistisen regressioanalyysin avulla tarkasteltiin eri väestöryhmien kokemissa terveystiedon tarpeissa ilmeneviä eroja. Analyysissä huomioitiin tiedontarve vähintään yhdeltä terveystiedon sisältöalueelta. Riippumattomina muuttujina olivat asuinalue, paikkakuntatyyppi, sukupuoli, ikä, alkuperäinen ja uudelleen luokiteltu siviilisääty sekä uudelleen luokiteltu ammattiryhmä. Analyysi suoritettiin erikseen miehille ja naisille.

Tarkasteltaessa aineistoa havaittiin, että naiset olivat kokeneet terveystiedon tarvetta yli kaksi kertaa yleisemmin (odds ratio 2.45, $p < 0.001$) kuin miehet. Ikäryhmittäin tarkasteltuna 60-69-vuotiaat olivat kokeneet tiedontarvetta kaksi kertaa yleisemmin (odds ratio 2.18, $p = 0.014$) kuin 15-19-vuotiaat. Toimihenkilöt, virkamiehet ja johtajat olivat etsineet lähes kaksi kertaa yleisemmin terveystietoa (odds ratio 1.94, $p = 0.013$) kuin maatalous- ja työväestöön kuuluvat sekä itsenäiset yrittäjät. Logistisen regressioanalyysin avulla tarkasteltuna asuinalue ja paikkakuntatyyppi eivät olleet yhteydessä koettuun terveystiedon tarpeeseen kuten taulukosta yksitoista ilmenee.

Taulukko 11. Terveystiedon tarvetta vähintään yhdeltä sisältöalueelta kokeneet sukupuolen, iän, asuinalueen, paikkakuntatyyppin, ammattiryhmän ja siviilisäädyn mukaan (logistinen regressioanalyysi).

Muuttuja luokat	Odds ratio	95 %:n luottamusväli	p
Sukupuoli			
Mies	1.00		
Nainen	2.45	(1.76-3.40)	<0.001
Ikä			
15-19-vuotiaat	1.00		
20-29-vuotiaat	1.84	(0.94-3.59)	0.074
30-39-vuotiaat	1.38	(0.69-2.77)	0.359
40-49-vuotiaat	1.54	(0.76-3.13)	0.230
50-59-vuotiaat	1.54	(0.75-3.13)	0.237
60-69-vuotiaat	2.18	(1.17-4.05)	0.014
Asuinalue			
Pääkaupunkiseutu	1.00		
Muu Etelä -Suomi	0.95	(0.25-3.56)	0.934
Länsi-Suomi	1.42	(0.39-5.19)	0.592
Itä-Suomi	1.16	(0.32-4.18)	0.820
Pohjois -Suomi	1.26	(0.33-4.80)	0.736
Paikkakuntatyyppi			
Pääkaupunkiseutu	1.00		
Muu yli 30000 asukkaan kaupunki	0.96	(0.27-3.49)	0.954
Muu alle 30000 asukkaan kaupunki	0.93	(0.26-3.35)	0.908
Muu kunta	0.70	(0.19-2.58)	0.589
Ammattiryhmä			
Maatalous- ja työväestö, itsenäiset yrittäjät	1.00		
Toimihenkilöt/virkamiehet, johtajat	1.94	(1.15-3.26)	0.013
Opiskelijat/koululaiset, eläkeläiset, kotiäidit/-isät	1.45	(0.87-2.39)	0.151
Siviilisääty			
Naimisissa tai avoliitossa	1.00		
Naimaton	0.55	(0.31-0.95)	0.033
Asumuserossa tai eronnut	1.57	(0.43-1.57)	0.430
Leski	1.17	(0.78-1.17)	0.783

Tarkasteltaessa terveystiedon tarvetta sukupuolittain havaittiin, että 20-29-vuotiaat naiset olivat kokeneet terveystiedon tarvetta yli neljä kertaa yleisemmin (odds ratio 4.41, p=0.008) kuin 15-19-vuotiaat naiset. Taulukosta 12 ilmenee, että myös 40-49-vuotiaat naiset olivat etsineet yleisemmin terveystietoa (odds ratio 2.82, p=0.046) kuin 15-19-vuotiaat naiset. Uudelleen luokitellun siviilisäädyn mukaan tarkasteltaessa naimattomat naiset olivat kokeneet terveystiedon tarvetta lähes kaksi kertaa yleisemmin (odds ratio 1,9, p=0.02) kuin muiden siviilisäätyryhmien naiset.

Taulukko 12. Terveystiedon tarvetta vähintään yhdeltä sisältöalueelta kokeneet naiset iän, asuinalueen, paikkakuntatyyppin, ammattiryhmän ja uudelleen luokitellun siviilisäädyn mukaan (logistinen regressioanalyysi).

Muuttuja luokat	Odds ratio	95 %:n luottamusväli	p
Ikä			
15-19-vuotiaat	1.00		
20-29-vuotiaat	4.41	(1.47-13.24)	0.008
30-39-vuotiaat	2.00	(0.74-5.44)	0.172
40-49-vuotiaat	2.82	(1.02-7.82)	0.046
50-59-vuotiaat	2.80	(0.96-8.15)	0.059
60-69-vuotiaat	2.32	(0.93-5.78)	0.071
Asuinalue			
Pääkaupunkiseutu	1.00		
Muu Etelä-Suomi	0.31	(0.03-3.02)	0.313
Länsi-Suomi	0.58	(0.06-5.72)	0.641
Itä-Suomi	0.58	(0.06-5.45)	0.636
Pohjois-Suomi	0.52	(0.05-5.44)	0.584
Paikkakuntatyyppi			
Pääkaupunkiseutu	1.00		
Muu yli 30000 asukkaan kaupunki	1.88	(0.20-17.43)	0.579
Muu alle 30000 asukkaan kaupunki	1.97	(0.21-18.78)	0.555
Muu kunta	1.34	(0.15-12.34)	0.798
Ammattiryhmä			
Maatalous- ja työväestö, itsenäiset yrittäjät	1.00		
Toimihenkilöt/virkamiehet, johtajat	1.02	(0.52-2.01)	0.944
Opiskelijat/koululaiset, eläkeläiset, kotiäidit	1.36	(0.63-2.96)	0.435
Siviilisäätö			
Naimisissa tai avoliitossa, asumuserossa tai eronnut, leski	1.00		
Naimaton	1.9		0.02

Miehistä johtavassa asemassa olevat ja toimihenkilöt/virkamiehet olivat etsineet kaksi kertaa yleisemmin terveystietoa (odds ratio 2.00, $p=0.01$) kuin maatalous- tai työväestöön kuuluvat ja itsenäiset yrittäjämiehet. Taulukosta 13 ilmenee, ettei terveystiedon tarvetta kokeneiden miesten välillä ole tilastollisesti merkitseviä eroja muiden tarkasteltavina olleiden muuttujien osalta.

Taulukko 13. Terveystiedon tarvetta vähintään yhdeltä sisältöalueelta kokeneet miehet iän, asuinalueen, paikkakuntatyyppin, ammattiryhmän ja siviilisäädyn mukaan (logistinen regressioanalyysi).

Muuttuja luokat	Odds ratio	95 %:n luottamusväli	p
Ikä			
15-19-vuotiaat	1.00		
20-29-vuotiaat	0.89	(0.36-2.24)	0.807
30-39-vuotiaat	0.88	(0.32-2.42)	0.807
40-49-vuotiaat	0.82	(0.29-2.31)	0.705
50-59-vuotiaat	0.87	(0.32-2.40)	0.789
60-69-vuotiaat	1.95	(0.84-4.51)	0.119
Asuinalue			
Pääkaupunkiseutu	1.00		
Muu Etelä-Suomi	1.68	(0.32-8.91)	0.543
Länsi-Suomi	2.14	(0.43-10.60)	0.350
Itä-Suomi	1.48	(0.30-7.21)	0.631
Pohjois-Suomi	1.82	(0.35-9.45)	0.478
Paikkakuntatyyppi			
Pääkaupunkiseutu	1.00		
Muu yli 30000 asukkaan kaupunki	0.76	(0.15-3.76)	0.732
Muu alle 30000 asukkaan kaupunki	0.66	(0.14-3.25)	0.613
Muu kunta	0.57	(0.11-2.93)	0.499
Ammattiryhmä			
Maatalous- ja työväestö, itsenäiset yrittäjät	1.00		
Toimihenkilöt/virkamiehet, johtajat	2.00	(1.17-3.41)	0.011
Opiskelijat/koululaiset, eläkeläiset, koti-isät	1.42	(0.80-2.51)	0.235
Siviilisäätö			
Naimisissa tai avoliitossa	1.00		
Naimaton	0.86	(0.53-1.37)	0.519
Asumuserossa tai eronnut	1.05	(0.28-4.00)	0.945
Leski	0.02	(0.00-498436.98)	0.522

8 POHDINTA

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää 15-69 -vuotiaiden suomalaisten arkielämässään kokemaa terveystiedon tarvetta. Pyrimme saamaan selville, missä määrin suomalaiset etsivät terveystietoa ja missä määrin sosiodemografiset tekijät ovat yhteydessä koettuun terveystiedon tarpeeseen. Tarkastelemme luvun aluksi tutkimustulostemme luotettavuutta ja yleistettävyyttä. Pohdimme sen jälkeen tutkimuksemme keskeisiä tuloksia ja niiden merkitystä terveystiedon tarpeeseen. Luvun lopuksi esitämme jatkotutkimusaiheita.

8.1 Tutkimustulosten luotettavuudesta ja yleistettävyydestä

Mittarin kokonaisluotettavuus muodostuu reliabiliteetista ja validiteetista (Alkula ym. 1995, Heikkilä 1999). Reliabiliteetti tarkoittaa mittarin kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Satunnaisvirheitä voivat aiheuttaa muun muassa mittaus- ja käsittelyvirheet. (Heikkilä 1999.) Ne on pyritty tässä tutkimuksessa minimoimaan käyttämällä tietokoneavusteisen puhelinhaastattelun tekemiseen koulutettuja haastattelihoitajia. Käsittelyvirheitä on pienentänyt myös tutkijoille valmiiksi numeeriseen muotoon tallennettu aineisto. Ammattitaitoisten haastattelijoiden käyttäminen tutkimuksessa on vähentänyt myös aineiston keräämiseen liittyvää mahdollista systemaattista virhettä. Tutkimuksen tuloksissa havaittiin selvää systemaattisuutta esimerkiksi sukupuolten välisissä tiedontarpeiden eroissa.

Validiteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä mitata sitä, mitä se on tarkoitettu mittaamaan. Sisällölliseen validiteettiin pyrittäessä mittarin sisällön pitäisi edustaa sitä sisältöaluetta, jota oli tarkoitus mitata. (Alkula ym. 1995, ks. myös Nummenmaa 1997.) Puhelinhaastattelulomakkeen oli suunnitellut kaksi terveyden edistämisen asiantuntijaa ja se oli esitestattu. Tutkimuksen validiteettia parantaa myös se, että tuloksissa havaittiin selvää johdonmukaisuutta. Emme kuitenkaan voi tietää, kuinka usein ja mihin tarkoitukseen tietoa on haettu. Se vaikeuttaa tulosten tulkintaa ja heikentää mittarin sisäistä validiteettia. Tulosten

validiteettia parantaa kuitenkin se, että tutkimus on suoritettu ihmisten arkielämässä eli siinä kontekstissa, jossa ihmisten terveystiedon hankinta on tapahtunut. Tämä varmistettiin siten, että haastattelija soitti kiinteisiin lankaliittymiin ja varmisti lisäksi, että tutkimukseen osallistui otantaan kuuluva henkilö. Lisäksi aineiston käsittelyyn ja tulosten tarkasteluun liittyviä virheitä on vähentänyt se, että aineistoa ja siitä saatuja tuloksia on analysoinut kaksi tutkijaa.

Aineisto kerättiin siten, että se edustaa koko Suomea. Jokainen haastattelija huolehti, että eri osioiden kiintiöt täyttyivät. Otokokoa (N=706) voidaan pitää riittävän suurena satunnaisvirheiden vaikutuksen poissulkemiseksi. Otantamenetelmänä käytetty kiintiöity tasaväliotanta ei kuitenkaan ollut soveltuvin SPSS-tilastoanalyysiohjelmistoon. Tutkimustulosten yleistettävyyttä on vaikea arvioida kovin tarkasti. Tutkimuksessa ei käytetty todennäköisyyteen perustuvaa otantamenetelmää ja sen vuoksi tuloksia ei voida yleistää koko Suomen väestöön. Lisäksi täyttymisprosentti oli melko alhainen (21%). On myös huomioitava, että kiinteitä lankaliittymiä on nuorilla väestöryhmillä huomattavasti vähemmän kuin vanhemmilla ihmisillä. Siten tulokset eivät mielestämme tältä osin ole täysin yleistettävissä nykypäivään. Ovathan matkapuhelimet nykyisin osa lähes kaikkien suomalaisten arkipäivää.

Tiedonhankintamenetelmänä tietokoneavusteinen puhelinhaastattelu on nopea ja edullinen. Lisäksi sen hyvänä puolena voidaan pitää sitä, että vastaustilanne on kontrolloitu. Tällöin vastaajille voidaan esittää tarvittaessa täydentäviä kysymyksiä. Puhelinhaastattelussa myös vastaamisjärjestys on kontrolloitu ja vastaajille voidaan esittää ehdollisia kysymyksiä. Lomake voi siten sisältää hyvin monimutkaisia hyppyrakenteita. Puhelinhaastattelun huonona puolena on puolestaan se, että siinä on käytettävä hyvin pelkistettyjä kysymyksiä, etteivät vastaajat tulkitse niitä eri tavoin. Vastaajilla on lisäksi haastattelutilanteessa vain rajoitetusti aikaa pohtia vastauksia. Tämä voi heikentää tulosten totuudenmukaisuutta etenkin, jos kysymykset kohdistuvat menneeseen. Lisäksi on huomioitava, että ihmiset eivät mielellään vastaa puhelimessa kovin arkaluontoisiin kysymyksiin, mikä rajaa tutkittavat asiat sisällöltään melko yleisiksi. (Alkula ym. 1995.)

Puhelinhaastattelulomaketta voisi mielestämme kehittää edelleen etenkin terveystiedon sisältöalueiden osalta. Sisältöalueet olisi voinut jakaa siten, ettei aiheiden päällekkäisyyksiä olisi esiintynyt. Vastaajat

ovat esimerkiksi voineet yhdistää laihdutukseen liittyvät asiat terveellisiin elintapoihin. Onhan terveellisiin elintapoihin sisällytetty liikuntaan ja ravitsemukseen liittyvät asiat, jotka liittyvät oleellisesti myös laihdutuksen sisältöalueeseen. Tämä voisi osaltaan selittää suomalaisten nuorten ja aikuisten huomattavan vähäistä tiedontarvetta laihdutuksesta, vaikka tutkimusten mukaan noin joka viides suomalainen on ainakin lievästi ylipainoinen (Aromaa & Koskinen 2002). Laihdutuksella on mielestämme nykyään hiukan negatiivinen sävy, joten tämän sisältöalueen kohdalla olisi vastaajilta voitu kysyä esimerkiksi tiedontarvetta sekä painonhallintaan että laihdutukseen liittyvistä asioista. Onhan sanoilla selvä vivahtero.

Terveelliset elintavat voidaan ymmärtää moniselitteisesti, joten mielestämme liikuntaan ja ravitsemukseen liittyvät asiat olisi voinut erottaa eri sisältöalueiksi. Terveystieteilijöinä sisällytämme terveellisiin elintapoihin muitakin aihepiirejä kuin liikunnan ja ravitsemuksen. Esimerkiksi pähteisiin liittyvät asiat voidaan mielestämme liittää siihen. Nuorten miesten muita suurempi tiedontarve ihmissuhteita koskevasta tiedosta herätti pohtimaan, millä tavalla vastaajat ovat ymmärtäneet kysymyksen. Ovatko nuoret miehet kenties sisällyttäneet tähän sisältöalueeseen myös seksuaalisuutta koskevat asiat, koska seksuaalisuus ei ollut omana sisältöalueenaan? Ehkä tätä sisältöaluetta olisi voinut haastattelulomakkeessa tarkentaa ilmoittamalla, mitä aihepiirejä siihen kuuluu. Eräänä sisältöalueena olisi myös voinut olla mielenterveys tai psyykinen hyvinvointi. Onhan mielenterveyden häiriöiden torjuminen eräs terveystieteen tärkeimpiä haasteita (Aromaa & Koskinen 2002). Kartoittamalla hankkivatko ihmiset tästä aiheesta tietoa, voisi tiedon saatavuutta kohdentaa tarkemmin riskiryhmille. Pilkkomalla terveystiedon sisältöalueet tietyiltä osin pienemmiksi aihealueiksi tai lisäämällä puhelinhaastattelulomakkeeseen uusia sisältöalueita, voitaisiin saada tarkempaa tutkimustietoa eri sisältöalueista.

8.2 Tulosten tarkastelu

Tutkimustulostemme mukaan suurin osa 15-69 -vuotiaista suomalaisista oli kokenut terveystiedon tarvetta arkielämässään. Valtaosa tutkimukseen osallistuneista oli etsinyt terveystietoa vähintään yhdeltä sisältöalueelta. Naiset olivat etsineet miehiä yleisemmin terveystietoa jokaiselta sisältöalueelta. Erityisesti 20-29 -vuotiaat naiset olivat etsineet muita ikäryhmiä yleisemmin terveystietoa. Ylempiin ammattiryhmiin kuuluvat olivat etsineet yleisemmin terveystietoa kuin alempiin ammattiryhmiin kuuluvat. Erityisesti tämä ero oli havaittavissa miesten ammattiryhmien välillä. Naimattomat naiset olivat etsineet yleisemmin terveystietoa kuin muiden siviilisäätyryhmien naiset. Asuinalue, paikkakuntatyyppi ja talouteen kuuluvien alle 18-vuotiaiden lasten määrä eivät olleet selvästi yhteydessä koettuun terveystiedon tarpeeseen.

Suomalaiset olivat etsineet terveystiedon sisältöalueista useimmin tietoa terveellisistä elintavoista, johon kuuluivat liikuntaan ja ravitsemukseen liittyvät asiat. Pienintä terveystiedon tarve oli päihteistä. Ylempiin ammattiryhmiin kuuluvat olivat kokeneet muita ammattiryhmiä yleisemmin tiedontarvetta erityisesti stressiin ja jaksamiseen liittyvistä asioista. Nuoret miehet olivat etsineet muita yleisemmin terveystietoa ihmissuhteisiin liittyvistä asioista, mutta muita harvemmin laihdutusta koskevaa tietoa.

8.2.1 Sukupuolen yhteys koettuun terveystiedon tarpeeseen

Naiset olivat selvästi miehiä yleisemmin etsineet terveystietoa. Aikaisemmissa tutkimuksissa sukupuolten välisiä eroja terveystiedon tarpeissa ei ole selvitetty. Miesten ja naisten välisiä eroja terveystiedon tarpeissa saattaisivat selittää esimerkiksi yhteiskunnassa vallitsevat sukupuoliroolit, miesten ja naisten erilainen oireilu, arvostuserot, terveyserot sekä miesten ja naisten erilaiset käsitykset terveydestä.

Naisilla ja miehillä on yhteiskunnassamme tasa-arvokeskusteluista ja -toimista huolimatta edelleen osittain erilaiset roolit, joiden voitaneen ajatella heijastuvan koettuun terveystiedon tarpeeseen. Sosiaalinen sukupuoli, toisin kuin seksuaalinen sukupuoli, on kulttuurisesti tuotettu (Grönfors 1994). Sosiaalistamisprosessin seurauksena molemmat sukupuolet omaksuvat sukupuolelleen ominaiset roolit, jotka perustuvat odotuksiin miehille ja naisille sopivasta käyttäytymisestä. Naisten oletetaan esimerkiksi huolehtivan toisista ihmisistä, ilmaisevan tunteita ja yleisesti suuntaavan käyttäytymisensä ihmisten välisiin

suhteisiin. Miesten puolestaan odotetaan olevan itsenäisiä ja rationaalisia sekä suuntaavan käyttäytymisensä suorituksiin. (Dane ym. 1993, vrt. Grönfors 1994, Ketola 1995.) Voitaneen olettaa, että naisten kiinnostus toisten ihmisten hyvinvoinnista ja läheisistä huolehtiminen lisää heidän terveystiedon tarpeitaan verrattuna miesten tiedontarpeisiin.

Sukupuolten välisiä eroja tiedontarpeissa voivat selittää myös miesten ja naisten erilainen oireilu sekä asennoituminen sairauksiin ja oireisiin. Sukupuoliroolit vaikuttavat näihin asenteisiin sekä terveystietopalvelujen käyttöön (Ketola 1995). On todettu, että naisten yhteiskuntaan sosiaalistaminen ja kulttuurillinen identiteetti tekee naisille miehiä helpommaksi myöntää oireensa (Blaxter 1990) ja sairastaa (Rahkonen 1994). Toisaalta fysiologiset erot sukupuolten välillä merkitsevät muun muassa sitä, että naiset kärsivät enemmän pienemmistä kivuista ja oireista kuin miehet. (Blaxter 1990.) Naiset voivat näin ollen kokea enemmän sairauksia (Blaxter 1990), olla kyvykkäämpiä kuvailemaan sairauksiaan kuin miehet (Allardt 1976) tai ainakin ilmaista oireitaan miehiä enemmän. Miesten vähäisempää oireilua ja sen raportointia on selitetty miesten maskuliiniseen rooliin kuuluvalla tunteiden ja niiden ilmaisun tukahduttamisella. Elämän ongelmatilanteiden ilmaantuessa miehillä ei ole tapana hakea sosiaalista tukea, vaan he turvautuvat naisia helpommin pähteisiin. (Ketola 1995.) Erik Allardt (1976) onkin todennut, että naiset ovat terveystietoisempia kuin miehet (ks. myös Rahkonen 1994).

Sukupuolten välisiä eroja terveystiedon hankinnassa voisivat myös mahdollisesti selittää miesten ja naisten väliset arvostuserot. Sukupuoliroolien omaksuminen vaikuttaa miehille ja naisille tyypillisten arvostusten kehittymiseen. Naisten on todettu asettavan etusijalle perheen ja ihmissuhteet, kun puolestaan miehet arvostavat enemmän aineellista hyvinvointia. Naisten ja miesten arvostuseroihin vaikuttavat myös ikä ja yhteiskunnallinen asema. (Sinkkonen & Kinnunen 1997.) Myös miesten ja naisten käsitykset terveydestä eroavat toisistaan (Blaxter 1990). Miehet arvostavat terveyttä osana työkyntoisuuttaan (Ketola 1995). Emme tämän tutkimuksen perusteella pysty sanomaan, vaikuttavatko miesten ja naisten erilaiset arvostukset, terveystietokäsitykset tai sukupuoliroolit tai mahdollisesti jotkin muut tekijät sukupuolten erilaisiin terveystiedon tarpeisiin, sillä puhelinhaastattelulomakkeen kysymykset mittasivat tiedonhankintakäyttäytymistä.

8.2.2 Iän yhteys koettuun terveystiedon tarpeeseen

Tarkasteltaessa tuloksia ikäryhmittäin havaitaan, että erityisesti 20-29 -vuotiaat naiset olivat etsineet selvästi yleisemmin terveystietoa kuin muiden ikäryhmien naiset. Miesten ikäryhmistä 60-69 -vuotiaat olivat etsineet muita ikäryhmiä yleisemmin terveystietoa, mutta erot miesten ikäryhmien välillä eivät kuitenkaan olleet suuria. Kokonaisuudessaan terveystietoa olivat etsineet harvemmin 15-19 -vuotiaat ja yleisimmin 60-69 -vuotiaat, mutta ikäryhmien väliset erot eivät olleet merkittäviä.

Ikäryhmien erilaista terveystiedon tarvetta voidaan pohtia kehityspsykologisten elämäntieteorioiden näkökulmasta. Perhon ja Korhosen (1995) mukaan elämäntieteen kuvaaminen on mahdollista vakaina vaiheina ja siirtyminä. Tarkastelemalla koettua terveystiedon tarvetta elämäntieteorioiden näkökulmasta voidaan paremmin ymmärtää eri-ikäisten ihmisten tiedontarpeita. Levinsonin (1986) mukaan elämäntieteen sisältö voi vaihdella sukupuolittain, joten myös tämän takia terveystiedon tarve voi olla erilaista miehillä ja naisilla eri-ikäisenä.

Terveystiedon tarve ei nuoruudessa ole kovin merkittävää ehkäpä sen takia, että identiteetti-kehitys näkyy muissa kuin terveyteen liittyvissä valinnoissa. Rahkosen (1994) mukaan terveys ei ole nuorille arvo sinänsä eikä se määrää heidän käyttäytymistään. Nuorena terveyttä pidetään kenties itsestään selvempänä kuin myöhemmällä iällä eikä terveyteen liittyviä valintoja ja terveystiedon hankintaa koeta ehkä niin tärkeiksi kuin esimerkiksi koulutukseen ja työelämään liittyviä valintoja. Erik H. Eriksonin (1968) psykososiaalisen kehitysteorian mukaan nuoruusvaiheessa elämän perusvoimana oleva minä-identiteetti luo kyvyn tehdä elämälle suuntaa antavia valintoja ja sitoutua toimimaan yksilön tärkeinä pitämien eettisten arvojen ja päämäärien suuntaisesti. Havighurstin elämäntieteorian mukaan myöhäisnuoruuden kehitystehtäviä ovat esimerkiksi uravalinta ja ammattiin valmistautuminen sekä emotionaalinen riippumattomuus omista vanhemmista. (Chickering & Havighurst 1981.)

Havighurstin mukaan nuorten aikuisten (23-35-vuotiaiden) kehitystehtäviä ovat muun muassa elämäntieteen valitseminen ja perheen perustaminen, työelämään osallistuminen ja uralla eteneminen. (Chickering & Havighurst 1981, ks. myös Nurmi 1995.) Perheen perustaminen voi vaikuttaa 20-29 -

vuotiaiden naisten muita naisia merkittävämpään terveystiedon tarpeeseen. Erityisen suuri tämä ero on verrattuna 15-19-vuotiaiden naisten tiedontarpeisiin, joilla ei vielä ole huolta perheen ja lasten hyvinvoinnista. Toisaalta alle 30 -vuotiailla naisilla voi olla huolia myös omista ikääntyvistä vanhemmista, joiden terveysongelmien ratkaisuun haetaan tietoa. Eräinä syinä terveystiedon hankintaan saattaisivat olla myös tämän ikäisten naisten erityinen halu pitää itsestä hyvää huolta esimerkiksi menestyäkseen työ- ja yksityiselämässä sekä yhteiskuntamme kauneusihanteet.

Perhon ja Korhosen (1995) tutkimuksen mukaan 31-41 -vuotiaana naisilla painopiste perheestä ja lastenkasvatuksesta siirtyy työhön tai omaan aikaan. Näin ollen naisilla olisi huolenpitopaineita alle 30 -vuotiaana, jolloin naisten terveystiedon tarve myös on suurimmillaan. 31-41 -vuotiailla miehillä puolestaan painottuu vapaa-aika työtä enemmän. Työ on miehille tärkeä erityisesti alle 30 -vuotiaana. (Perho & Korhonen 1995.) Miehillä ei näyttäisi olevan vastaavanlaista huolta perheestä tässä iässä, eikä myöskään muita ikäryhmiä merkittävämpää terveystiedon tarvetta.

Tutkimuksen vanhimpien ikäryhmien miehet olivat sen sijaan etsineet muita miehiä yleisemmin terveystietoa. Levinsonin (1986) mukaan keski-ikä alussa miehillä voimistuvat muun muassa keskinäisen riippuvuuden ja feminiinisuuden teemat itsenäisyyden ja maskuliinisuuden teemojen heiketessä. Naisilla puolestaan vahvistuvat maskuliinisuuden ja itsenäisyyden teemat. (Levinson 1986.) Keski-ikässä miehet alkavat kenties myös etsiä niin sanottua menetettyä nuoruuttaan, joka näkyy muun muassa nuoruuden ihannointina, haluna tuntea itsensä elinvoimaiseksi ja aiheuttaa ehkäpä myös siten aikaisempaa enemmän terveystiedon tarvetta.

Toisaalta eläkkeelle siirtyminen tuo muutoksia ihmisen rooleihin. Työroolin hallitsevuus vähenee ja ihminen jäsentää muiden rooliensa kautta omaa arvostustaan. Havighurstin teorian mukaan ikääntymiseen liittyviä kehitystehtäviä ovat esimerkiksi lastenlasten syntyminen, omien vanhempien kuolema, fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn muutokset sekä puolison, ystävien ja tuttavien kuolema. (Chickering & Havighurst 1981.) Elämän rajallisuuden huomaaminen voi herättää terveystiedontarpeen. Ihminen voi yrittää ikääntyessään luoda elämälleen merkitystä huolehtimalla muista ihmisistä kuten lapsista, lastenlapsista ja ystäväistä. Tämä huolenpito voi herättää ihmisessä terveystiedon tarpeen ja

ohjata ihmistä hakeutumaan terveystiedon lähteille. Miehet näyttäisivät hankkivan terveystietoa yleisemmin eläkeiän kynnyksellä sekä jäätyään eläkkeelle, jolloin heillä on vapaa-aikaa enemmän. Silloin heillä on aikaa huolehtia läheisistään, kun työelämä ei ole enää taakkana.

Tutkimukseen osallistuneista vanhimman ikäryhmän ihmiset olivat kokonaisuudessaan etsineet muita ikäryhmiä yleisemmin terveystietoa. Esimerkiksi Terveys 2000 -tutkimuksen tulosten mukaan iän lisääntyessä sairaudet yleistyvät. Neljällä viidestä eläkeläisestä on ainakin yksi pitkäaikaissairaus, kun vastaavasti alle puolella työikäisistä on vähintään yksi pitkäaikaissairaus. (Aromaa & Koskinen 2002.) Ikääntyminen, toiminta- ja työkyvyn heikentyminen ja sairauksien yleistyminen voivat vaikuttaa siihen, että 60-69 -vuotiaat etsivät hiukan muita yleisemmin terveystietoa. Lisäksi ikääntymisen myötä yleistyvät pienemmät oireet ja vaivat lisäävät mahdollisesti koettua terveystiedon tarvetta vanhoissa ikäryhmissä.

Edellä mainitut väestön ikääntyminen ja siihen liittyvä toiminta- ja työkyvyn heikkeneminen ovat erityisen suuria ja ajankohtaisia haasteita sosiaali- ja terveystietopalvelujärjestelmälle (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999). Tutkimuksemme tulosten mukaan ihmisten terveystiedontarve on 60-69 -vuotiailla hiukan runsaampi kuin muilla ikäryhmillä, joten heillä on todennäköisesti myös halua ottaa itse terveyteen liittyvistä asioista selvää ja etsiä terveystietoa terveyden heiketessä ja sairauksien ja arkipäivän oireiden lisääntyessä. Lisäksi tietoyhteiskunnassamme painotetaan elinikäistä oppimista, joka voi suunnata ainakin osaa keski-ikä yrittäneistä tiedonhankintaan. Eläkeläisillä on työväestöä enemmän vapaa-aikaa, jota he kenties hyödyntävät terveystiedon hankintaan ja mahdollisesti siten oman ja läheisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen.

8.2.3 Ammattiryhmän yhteys koettuun terveystiedon tarpeeseen

Ylempiin ammattiryhmiin kuuluvat olivat hankkineet yleisemmin terveystietoa kuin alemmissa ammattiryhmissä työskentelevät. Miehistä johtavassa asemassa olevat, toimihenkilöt ja virkamiehet olivat etsineet selvästi yleisemmin terveystietoa kuin maatalous- tai työväestöön kuuluvat ja itsenäiset yrittäjämiehet. Naisten ammattiryhmien välillä ei ollut merkittävää eroa terveystiedon tarpeissa.

Eräänä selityksenä ylempiin ammattiryhmiin kuuluvien terveystiedon tarpeelle saattaisi olla näiden ihmisten vahva elämänhallinta. Elämänhallinnan myötä ihmiset uskovat pystyvänsä itse vaikuttamaan omaan terveyteensä. Vahvaan elämänhallintaan liittyvät Pietilän (1994) ja Peltosen (1994) tutkimusten mukaan muun muassa hyvä toimeentulo ja koulutus. Koulutus valikoi ihmisiä alempiin ja ylempiin sosiaalisiin asemiin (Pietilä 1994) ja ammattiryhmiin. Myös Ruthin (1998) mukaan elämänhallinnan, sosioekonomisen aseman ja koulutuksen välillä on havaittu selvä yhteys. Pietilän (1994) mukaan vahva elämänhallinta luo terveyttä ylläpitäviä asenteita ja perustan ihmisten tavalle hoitaa itseään ja olla terve. Elämänhallinta vaikuttaa myös valintoihin, joita ihminen tekee terveytensä suhteen. Siten elämänhallinta voidaan nähdä sisäisenä voimavarana, joka vaikuttaa ihmisen kyvykkyyteen käyttää ulkoisia voimavarojaan, kuten työssä ja opiskelussa saavutettuja taitoja. (Pietilä 1994.) Koulutuksen avulla saavutettu sivistyksellinen pääoma lisää myös tiedonhankintataitoja ja –aktiivisuutta sekä vaikuttaa todennäköisesti ihmisen terveyteen liittyviin tietoihin ja asenteisiin ja lisää tätä kautta ylempien ammattiryhmien terveystiedontarvetta. Tiedot ja taidot puolestaan helpottavat terveyden ylläpitämistä.

Alempiin sosiaaliryhmiin kuuluvat ihmiset käyttävät tarpeisiinsa nähden vähemmän terveystalvveluja kuin ylempiin sosiaaliryhmiin kuuluvat (Rahkonen 1994). Ammattiin perustuvan sosiaaliluokan mukaiset sairastavuuserot ovat selvät siten, että paras terveys on molempien sukupuolten osalta ylempillä ja alemmilla toimihenkilöillä ja huonoin työntekijöillä ja maanviljelijöillä (Lahelma & Koskinen 2002). Koulutustason kohoamisen on myös todettu vaikuttavan suotuisasti elintapoihin ja terveyteen. (Aromaa & Koskinen 2002.) Maatalous- ja työväestö sekä itsenäiset yrittäjät olivat tutkimuksemme mukaan etsineet muita ammattiryhmiä harvemmin terveystietoa, vaikka edellä mainittujen sairastavuuserojen perusteella voisi ajatella, että juuri he olisivat aktiivisia terveystiedon etsijöitä. Toisaalta hyvin koulutetut ihmiset käyttävät yleensä useammin aktiivista tai ongelmakeskeistä kuin välittelevää elämänhallintaa (Ruth 1998), mikä myös vaikuttaneen ylempien ammattiryhmien terveystiedon etsintään.

Savolaisen (1999) ja Piukkulan (1990) tutkimusten mukaan koulutustaso vaikuttaa tiedonhankintaan. Tulkitessamme koulutustason heijastavan ammattiryhmää voitaneen todeta, että ylempien ammattiryhmien tiedonhankintataidot kenties vaikuttavat terveystiedon hankintaan. Heillä voi olla

paremmat tiedolliset valmiudet ryhtyä etsimään terveystietoa kuin alemmilla ammattiryhmillä, jotka ovat kenties tottumattomampia tiedonhankkijoita.

Tiedonkäsittelytaitojen lisääntymisen myötä ihmisillä on enemmän mahdollisuuksia saada terveystietoa ja kyky käyttää sitä hyödykseen, jolloin heillä voi siten olla myös lisääntynyt kontrollin tunne terveydestään. Tiettyyn ammattiryhmään kuuluminen voi vaikuttaa tiedonhankintaa ohjaavien tottumusten ja taitojen omaksumiseen ja käsityksiin esimerkiksi siitä, kuinka luotettavaa tieto on. Ylempien ja alemmien ammattiryhmien erilaisia terveystiedon tarpeita voivat kenties selittää tietojen ja taitojen lisäksi myös esimerkiksi näiden ammattiryhmien erilaiset terveyskäsitteet. Ylempiin ammattiryhmiin kuuluvat ymmärtävät terveyden kenties moniulotteisempina kuin muihin ammattiryhmiin kuuluvat. Tämä voinee heijastua heidän terveystiedon etsintäänsä.

8.2.4 Siviilisäädyn ja talouteen kuuluvien alle 18 -vuotiaiden lasten määrän yhteys koettuun terveystiedon tarpeeseen

Naimattomat naiset olivat etsineet selvästi yleisemmin terveystietoa kuin muihin siviilisäätymiin kuuluvat naiset. Naimattomien naisten terveyden on todettu olevan yhtä hyvä kuin naimisissa olevien (Aromaa ym. 1999). Saattaisi olla niin, että naimattomilla naisilla on perheellisiä naisia enemmän aikaa keskittyä omasta terveydestä huolehtimiseen sekä tarve pitää itsestään huolta, jotta he olisivat viehättäviä ja elinvoimaisia.

Miesten eri siviilisäätymien välillä ei havaittu yhtä huomattavaa eroa terveystiedon tarpeessa, vaikka miesten siviilisäätymien väliset terveyserot ovat jyrkempiä kuin naisilla (Aromaa ym. 1999). Olisi voinut olettaa, että muut kuin naimisissa olevat miehet olisivat etsineet muita yleisemmin terveystietoa. Tutkimusten mukaan eronneet ja naimattomat miehet kokevat terveytensä huonommaksi kuin muut miehet, ja monien muidenkin osoittimien mukaan heidän terveytensä on poikkeuksellisen huono (Aromaa & Koskinen 2002) esimerkiksi päihteiden käytön ja mielenterveysongelmien vuoksi (Aromaa ym. 1999). Kuten aiemmin tarkasteltaessa ammattiryhmän yhteyttä terveystiedon tarpeisiin totesimme,

voitaneen tässäkin yhteydessä päätyä siihen, etteivät heikko terveydentila tai sairaudet välttämättä vaikuta terveystiedon hankintaan. Suoraa johtopäätöstä asiasta ei voi tehdä ilman lisätutkimuksia.

Miesten ja naisten kokemaan terveystiedon tarpeeseen ei tulostemme mukaan ole yhteydessä se, kuuluuko talouteen alaikäisiä lapsia vai ei. Tämän tutkimuksen perusteella emme voi tietää, ketä varten terveystietoa on etsitty. Jos tietoa olisi hankittu erityisesti lasten terveysongelmien takia, olisi perheen alaikäisten lasten määrä kenties selittänyt koettua terveystiedon tarvetta. Toisaalta kuten edellä olemme maininneet, nimenomaan naimattomat naiset olivat etsineet terveystietoa. Voitaneen olettaa, että useimmilla heistä ei ole lapsia. Jatkotutkimuksissa olisi hyvä selvittää, mihin tarkoitukseen ja ketä varten ihmiset hankkivat terveystietoa.

8.2.5 Terveystiedon tarve sisältöalueittain

Terveellisiä elintapoja sekä sairauksia ja niiden hoitoa koskevaa tietoa oli etsitty yleisimmin ja päihdetietoutta harvemmin. Tulosta voitaneen selittää siten, että terveelliset elintavat sekä sairauksiin ja niiden hoitoon liittyvät asiat ovat laajoja sisältöalueita. Ne ovat lähellä ihmisten arkielämää ja niitä koskevaa tietoa on runsaasti tarjolla. Suomen terveystieteiden eräänä tavoitteena on ollut terveellisten elintapojen edistäminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999) ja ihmiset hankkivatkin yleisimmin terveystietoa terveellisistä elintavoista. Toisaalta päihteisiin liittyvää tietoa on myös paljon saatavilla, mutta sitä pidetään kenties valistavana ja holhoavana tietona ja siten siihen voidaan liittää negatiivinen sävy. Erityisesti sairauksia ja niiden hoitoa koskevaan tietoon sisältyy lääketieteellinen tieto. Vuoden 2001 Tiedebarometrin mukaan lääketiede olikin suomalaisten mielestä kiinnostavin tieteenala (Tiedebarometri 2001). Naiset olivat etsineet miehiä yleisemmin terveystietoa kaikista sisältöalueista, mutta koska olemme jo edellä tarkastelleet sukupuolten välisiä eroja terveystiedon tarpeessa, emme tässä yhteydessä ota niitä tarkastelun kohteeksi.

Ylemmät ammattiryhmät olivat etsineet muita ammattiryhmiä yleisemmin tietoa **terveellisistä elintavoista**. Erityisesti ylempien ammattiryhmien miehet olivat hankkineet muita miehiä yleisemmin

tietoa tältä sisältöalueelta. Kenties ylempiin ammattiryhmiin kuuluville on tärkeää huolehtia omasta hyvinvoinnistaan ja seurata ajankohtaista, jatkuvasti uusiutuvaa tietoa ravitsemukseen ja liikuntaa liittyvistä asioista. Näihin ammattiryhmiin kuuluvat saattavat seurata muita aktiivisemmin maailman tapahtumia ja myös uutta tieteellistä tietoa terveyteen liittyvistä asioista. Voitaneen ajatella, että ylempiin ammattiryhmiin kuuluvat ilmentävät terveystiedon hankinnallaan omaa statustaan esimerkiksi harrastamalla trendikkäitä liikuntalajeja ja olemalla tietoisia ravinnon terveysvaikutuksista.

Naimisissa tai avoliitossa olevat olivat etsineet muihin siviilisäätöihin kuuluvia yleisemmin tietoa terveellisistä elintavoista. Erityisesti tämä ero näkyi miesten kohdalla. Elinkumppani vaikuttaa kenties myönteisesti ihmisen elintapoihin ja mahdollisesti lisää halua elää terveellisesti, mikä voi heijastua terveellisiä elintapoja koskevaan tiedonhankintaan. Kuten aiemmin totesimmekin, naimisissa tai avoliitossa olevat ovat muita siviilisäätöryhmiä terveempiä.

Sairauksista ja niiden hoitoon liittyvistä asioista olivat etsineet tietoa muita ammattiryhmiä yleisemmin opiskelijat/koululaiset, eläkeläiset sekä kotiäidit ja -isät. Tulos on kenties selitettävissä sillä, että eläkeläisillä on nuorempia väestöryhmiä enemmän sairauksia ja kenties kotiäidit ja -isät huolehtivat lastensa terveydestä hankkimalla tietoa. Tähän ammattiryhmään kuuluvilla on todennäköisesti myös muita ammattiryhmiä enemmän aikaa hankkia tietoa. Myös etenkin eteläsuomalaiset naiset olivat etsineet sairauksia ja niiden hoitoa koskevaa tietoa yleisemmin kuin muualla Suomessa asuvat. Tulosta voitaneen selittää sillä, että terveydenhoitopalvelujen saatavuus on kenties muuta Suomea heikompa, jolloin oma-aloitteinen terveystiedon hankinta on eräs keino pyrkiä vaikuttamaan terveydentilaan sairauden kohdatessa. Lisäksi Etelä-Suomessa asuu suuri osa hyvin koulutetusta väestöstämme, joten voitaneen olettaa, että nämä naiset pyrkivät muita naisia aktiivisemmin hallitsemaan elämäänsä ja siihen vaikuttavia tekijöitä, kuten terveyttä.

Ylemmät ammattiryhmät olivat etsineet muita ammattiryhmiä yleisemmin tietoa myös **stressiin ja jaksamiseen** liittyvistä asioista. Erityisesti tämä ero havaittiin miesten kohdalla. Ehkäpä alemmilla ammattiryhmillä on vähemmän stressiä kuin esimerkiksi johtotehtävissä olevilla, joilla voi olla lisäksi paremmat tiedonhankintataidot. On todettu, että johtajat kokevat työroolinsa hallitsevan elämäänsä usein

myös vapaa-aikanaan, jolloin ajankäytön hallinta muodostuu hyvin tärkeäksi (Chronos 1998). Toisaalta ylempien ammattiryhmien eräs stressinhallintakeino voi olla tiedonhankinta, jolloin uuden tiedon avulla he voivat kenties kehittää kykyä hallita stressiään ja edistää jaksamistaan. Lisäksi heillä on velvollisuus huolehtia myös alaiensa hyvinvoinnista ja työssä jaksamisesta, joten voi olla mahdollista, että heidän arkielämässä tapahtuva tiedonhankintansa kohdistuu työperäiseen stressiin. Tiedonhankinta stressiin ja jaksamiseen liittyvistä asioista oli suurinta työikäisillä ja tiedontarve oli selvästi vähäisempää 60-69 -vuotiailla. Tästä voitaneen päätellä, että tiedonhankinta stressistä ja jaksamisesta on ajankohtaista työikäisillä.

Miesten ja naisten eri ikäryhmien välillä oli selviä eroja **laihdutukseen** liittyvissä tiedontarpeissa. Vanhin ikäryhmä oli etsinyt nuorempia yleisemmin tietoa laihdutuksesta. Tämä voi selittyä osaksi sillä, että ikääntyessä ihminen kenties aikaisempaa konkreettisemmin huomaa laihdutuksesta saatavan terveyshyödyn ja vaikutuksen esimerkiksi toimintakykyyn. Toisaalta paino lisääntyy ikääntymisen myötä muun muassa fysiologisista syistä, joten ihminen joutuu ponnistelemaan enemmän kuin nuorena pysyäkseen normaalipainoisena. Lihavuus on yleistä Suomessa (Aromaa & Koskinen 2002) ja se koskee myös nuoria ihmisiä. 15-19 -vuotiaat nuoret olivat kuitenkin etsineet huomattavasti harvemmin tietoa laihdutuksesta kuin muut ikäryhmät. Voisi ajatella, että nykyajan nuorille on kenties aikaisempaa sallitumpaa olla ylipainoinen, mutta kulttuurissamme vallitsevat kauneusihanteet koskettavat ehkäpä enemmän yli 20-vuotiaita nuoria. Toisaalta 15-19 -vuotiaat eivät välttämättä koe ylipainon olevan yhteydessä terveyteen eivätkä sen vuoksi koe tiedontarvetta laihdutuksesta.

Myös siviilisäätiryhmän todettiin olevan yhteydessä laihdutukseen liittyviin tiedontarpeisiin. Naimisissa tai avoliitossa olevat olivat etsineet muita siviilisäätiryhmiä selvästi yleisemmin tietoa laihdutuksesta. Tämä saattaa erityisesti naisten kohdalla johtua siitä, että paino voi nousta lasten synnyttämisen myötä ja tarve laihduttaa voi siten kasvaa verrattuna naimattomiin naisiin. Toisaalta nykyisin lapsia hankitaan usein myös avio- ja avoliittojen ulkopuolella, joten syitä näihin eroihin täytyy etsiä myös muualta. Perheen perustamisen myötä sekä miesten että naisten on kenties vaikeampaa löytää aikaa omille harrastuksille ja sen seurauksena tapahtuva liikunnan väheneminen ja painon nousu voivat lisätä kiinnostusta laihdutusta koskevaan tietoon. Kuten aiemmin jo totesimme, elinkumppani vaikuttaa usein myönteisesti ihmisen

elintapoihin ja voi lisätä halua elää terveellisesti. Tämä heijastunee myös laihdutusta koskevaan tiedontarpeeseen. Myös alle 30 000 asukkaan paikkakunnilla oli etsitty yleisemmin terveystietoa laihdutuksesta kuin suuremmilla paikkakunnilla. Erityisesti miehet olivat näillä pienillä paikkakunnilla etsineet tietoa laihdutuksesta. Tulos on terveystietokasvatuksen näkökulmasta myönteinen, koska yleisesti voitaneen olettaa, että pienten paikkakuntien miehet elävät epäterveellisesti ja ovat usein ylipainoisia.

Ihmissuhteisiin liittyvissä tiedontarpeissa oli miesten ikäryhmien välillä selvä ero. Etenkin nuoret 15-19 -vuotiaat miehet olivat etsineet tietoa tältä sisältöalueelta. Voidaankin kenties ajatella, että nuoret miehet ovat sisällyttäneet ihmissuhteita koskevaan tietoon myös seksuaalisuuteen liittyvät asiat, kuten olemme aikaisemmin maininneet. Kuuluvathan nämä asiat keskeisesti nuoruuteen. Nuoret miehet ovat toki saattaneet hakea tietoa myös muista seurusteluun liittyvistä asioista. He eivät yleensä keskustele ihmissuhdeasioista keskenään yhtä paljon kuin samanikäiset naiset, jotka hakevat tavallisesti toisiltaan tukea seurusteluun liittyvissä ongelmissa. Tämä herättää kysymyksen, mistä nuoret miehet hankkivat ihmissuhteisiin liittyvää tietoa, sillä heidän hankkimansa tieto ei välttämättä ole luotettavaa. Koulujen terveystiedon tunneilla olisi syytä huomioida nuorten tiedontarpeet ihmissuhteista.

Myös miehen ammattiryhmä oli yhteydessä hänen kokemaansa tiedontarpeeseen ihmissuhteista. Opiskelijat/koululaiset, eläkeläiset sekä koti-isät olivat etsineet muita miehiä yleisemmin tietoa tästä sisältöalueesta. Ihmissuhteita koskevaa tietoa olivat etsineet myös etenkin ne ihmiset, joiden talouteen kuului vähintään yksi alle 18 -vuotias lapsi. Erityisesti tämä oli nähtävissä naisten kohdalla. Voitaneen ajatella, että tiedontarve ihmissuhteista korostuu lapsiperheissä, mikä olisi syytä huomioida esimerkiksi neuvolatyössä. Tiedontarve voi johtua esimerkiksi siitä, että vanhemmat pyrkivät tietoa hankkimalla edistämään perheenjäsenten välisiä ihmissuhteita. Toisaalta myös vanhemmat ovat voineet hankkia tietoa seksuaalisuudesta osana ihmissuhteisiin liittyvää tietoa. Lasten syntyminen vaikuttaa merkittävästi myös parisuhteeseen, jolloin ihmiset voivat hankkia aikaisempaa enemmän tietoa ihmissuhteista edistääkseen parisuhteensa toimivuutta. On todettu, että miesten ja naisten roolien laajetessa perheen perustamisen myötä syntyy parisuhteeseen usein rooliristiriitoja (Kinnunen 1997).

Ylempiin ammattiryhmiin kuuluvat olivat hankkineet muita ammattiryhmiä yleisemmin tietoa ihmissuhteista. Tätä voitaneen selittää sillä, että kenties heidän työssä kokemansa stressi aiheuttaa ristiriitoja parisuhteeseen, mutta toisaalta he ovat myös halukkaita ponnistelemaan parisuhteensa hyväksi ja ratkaisemaan mahdolliset ristiriitansa. Tiedonhankinta voi olla eräs keino, joka auttaa heitä parisuhteiden hoitamisessa.

Myös **päihteisiin** liittyvää tietoa olivat ylempät ammattiryhmät etsineet muita yleisemmin. Erityisesti miesten eri ammattiryhmien välillä tämä ero oli selvä. Tämä voisi mahdollisesti selittyä osaksi sillä, että ylempissä ammattiryhmissä ollaan kiinnostuneempia viineistä ja oluista etenkin niiden valmistuksen, tarjoilun ja käytön näkökulmasta. Toisaalta emme voi olla varmoja, ovatko vastaajat ymmärtäneet kysymyksen näin laajasti. Ovathan tähän ammattiryhmään kuuluvat voineet hakea yleistietoa päihteistä, kuten esimerkiksi huumeiden terveysvaikutuksista. He voivat pyrkiä oman tiedonhankintansa ja tiedon lisääntymisen avulla vaikuttamaan esimerkiksi lastensa kasvatukseen ja päihteiden käyttöön. Päihdetietouden osalta eteläsuomalaiset naiset olivat etsineet muualla asuvia naisia yleisemmin tietoa. Pääkaupunkiseudulla päihteet ovat huomattava ongelma esimerkiksi huumeiden osalta. Perinteiseen naisten rooliin kuuluva muista huolehtiminen saattaa näkyä heidän päihdetiedon hankinnassaan.

8.3 Toimenpide -ehdotuksia ja jatkotutkimusaiheita

Tulostemme mukaan suomalaiset terveystiedon tarvitsijat eroavat sukupuoleltaan, iältään, ammattiryhmältään ja siviilisäädyltään. Suomalaisten terveystiedon tarvetta kuvaavat tuloksemme näyttävät huomattavassa määrin samanlaisilta kuin väestön terveydestä viime aikoina saadut tutkimustulokset. Onhan osoitettu, että koulutukseen ja ammattiin perustuvat terveyserot ovat suuremmat kuin alueelliset terveyserot (Aromaa & Koskinen 2002). Terveystiedon tarpeessa havaitaan myös samansuuntaiset erot. Ylemmät ammattiryhmät olivat etsineet muita ammattiryhmiä yleisemmin terveystietoa, mutta tiedontarpeissa ei havaittu alueellisia eroja. Yleensäkin väestöryhmät, jotka ovat tutkimusten mukaan Suomessa terveimpiä, ovat etsineet muita yleisemmin terveystietoa. Näin ollen vaikuttaisi siltä, että ihmiset, joilla on terveysongelmia tai huono terveys, kokevat muita vähemmän

terveystiedon tarvetta. Olisiko niin, että ihmiset, joiden elämänhallinta on vahva, pyrkivät omatoimisesti vaikuttamaan terveyteensä ja siten myös hankkimaan terveystietoa? Mielestämme terveystiedon tarpeen ja elämänhallinnan yhteyden tutkimisesta voisi olla hyötyä terveystietokasvatukselle, koska näin löydettäisiin mahdollisia riskiryhmiä, jotka eniten hyötyisivät terveystiedosta ja elämänhallinnan vahvistamisesta.

Ihmiset asettavat yleensä terveyden elämässään tärkeiksi kokemiensa asioiden joukkoon. Onkin ristiriitaista, että mahdolliset terveysongelmat eivät johda terveystiedon hankintaan. Tämän tutkimuksen perusteella emme voi tietää niitä pohjimmaisia syitä, jotka vaikuttavat ihmisten terveystiedon tarpeiden heräämiseen ja näiden tarpeiden tyydyttämiseen. Jatkossa olisi hyvä selvittää, miksi ihmiset eivät hanki terveystietoa, vaikka heillä olisi terveystiedon tarvetta. Toisaalta osa ihmisistä ei välttämättä tunnista tarvitsevansa terveystietoa eikä siten tarkoituksellisesti etsi tietoa. Terveyden edistämistyön tekijöiden haasteena olisikin muun muassa auttaa ihmisiä tunnistamaan erilaisia tarpeitaan ja toimimaan tarpeiden tyydyttämiseksi. Toisaalta arkielämän muut tarpeet, kuten lepo ja perheen kanssa yhdessäolo ovat voineet olla ihmiselle tärkeämpiä kuin terveystiedon hankinta. Tämän tutkimuksen avulla emme myöskään saaneet selville ihmisten elämäntilannetta ja niitä olosuhteita, joissa ihmiset elävät ja kokevat erilaisia tarpeita. Elämäntilanteen ja olosuhteiden vaikutusta koettuun terveystiedon tarpeeseen ja hankintaan olisi syytä tutkia jatkossa erityisesti laadullisin tutkimusmenetelmin. Tällöin saataisiin yksityiskohtaista tietoa niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat ihmisten terveystiedon tarpeisiin ja hankintaan.

Olisi erityisen tärkeää selvittää, ovatko terveydentila, terveyskäsitteet ja terveyden arvostus yhteydessä terveystiedon tarpeeseen. Koettua terveydentilaa on terveystiedon tarpeita tutkittaessa syytä kysyä vastaajilta, sillä sen avulla voidaan selvittää onko koettu terveys yhteydessä koettuun terveystiedon tarpeeseen. Lisäksi tutkimalla mahdollisia terveystiedon hankinnan esteitä voitaisiin näitä esteitä pyrkiä poistamaan ja lisäämään siten ihmisten terveyteen liittyviä tietoja ja taitoja. Tämän tutkimuksen perusteella emme voi tietää, millaisia terveystiedon hankintaan liittyviä esteitä ihmiset ovat kohdanneet. Esittämämme Savolaisen tiedonhankintaprosessia mukaileva malli on mielestämme suoraviivainen suhteessa siihen, kuinka tiedonhankinta käytännössä etenee. Malli muun muassa jättää huomioimatta tekijät, jotka voivat vaikuttaa tiedonhankinnan etenemiseen tai jopa estää tiedonhankinnan käynnistymisen. Kuten edellä mainitsimme, eräänä esteenä tiedonhankinnan käynnistymiselle voi

mielestämme olla esimerkiksi se, ettei ihminen tunnista tiedontarvettaan. Myös ihmisen sen hetkinen elämäntilanne voi vaikuttaa siihen, ryhtyykö hän terveysongelman ilmaantuessa etsimään terveystietoa. Saattaahan ihmisellä olla omasta mielestään elämässään terveysongelmia merkittävämpiä vaikeuksia, joista selviytyminen voi viedä suurimman osan hänen ajastaan ja energiastaan. Tällöin terveysongelma ja siihen liittyvä tiedonhankinta saavat todennäköisesti vähäisen merkityksen (vrt. Maslowin hierarkia). Kartoitettaessa ihmisten terveystiedon tarpeita ja tarkasteltaessa niitä esimerkiksi erilaisissa terveyskasvatustilanteissa olisi syytä ottaa huomioon ihmisten erilaiset elämäntilanteet sekä olosuhteet, joissa he elävät ja ilmaisevat tarpeitaan. Myös jatkotutkimuksissa olisi syytä huomioida tutkittavan elämäntilanne, koska se antaisi arvokasta lisätietoa muun muassa niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat terveystiedon hankintaan.

Terveystiedon hankintaan voivat vaikuttaa esimerkiksi ihmisen motivaatio, asenteet, arvot, taidot ja tiedon saatavuus. Muun muassa edellä mainitut tekijät vaikuttavat myös ihmisen terveyteen liittyvään käyttäytymiseen. Green jaottelee terveyskäyttäytymiseen vaikuttavat tekijät altistaviin, mahdollistaviin ja vahvistaviin tekijöihin. Terveystiedon tarjoaminen ja lisääminen toimivat eräänä terveyskäyttäytymiselle altistavina tekijöinä. (Green & Kreuter 1991.) Tällöin tiedon ja tiedonkäytön merkitys terveyskäyttäytymisen muodostumiselle ei saa kovinkaan suurta painoarvoa. Terveyskasvatoiminnassa olisikin muistettava, että terveystietoa lisäämällä ja levittämällä sekä ihmisten tiedonhankintataitoja kehittämällä voidaan vain osaksi vaikuttaa ihmisten terveyskäyttäytymiseen.

Jatkossa olisi syytä tutkia miesten ja naisten terveystiedon hankintaa ja siinä ilmeneviä eroja. Vaikuttaako esimerkiksi miesten terveystiedon hankintaan koulutus ja ammatti enemmän kuin naisilla, sillä naisten eri ammattiryhmien välillä ei ollut suuria eroja tiedonhankinnassa. Terveystiedon etsijöiden profiilien tarkempi tutkiminen voisi auttaa esimerkiksi terveyden edistäjiä kohdentamaan terveystietoa tehokkaammin eri väestöryhmille. Terveystiedon saavutettavuuden tutkiminen antaisi puolestaan arvokasta tietoa siitä, mitä lähteitä ihmiset käyttävät tiedonhankinnassaan. Lisäksi tutkimalla, kenelle ja mihin tarkoitukseen ihmiset hankkivat terveystietoa, auttaisi vastaamaan kysymykseen, miksi terveystietoa hankitaan.

Viestintäteknologian kehittyminen luo merkittäviä mahdollisuuksia terveyden edistämiseksi ja terveystiedon välittäjänä. Onhan eräänä terveystiedon kasvatuksellisenä tehtävänä sivistävä tehtävä. Sen tavoitteena on pyrkiä lisäämään ja jalostamaan terveyteen liittyviä tietoja ja taitoja sekä kehittää ihmisiä sisäisesti. On tärkeää pohtia, mikä on keskeistä yleissivistykseen liittyvää terveystietoa ja mitkä ovat terveyden edistämisen perustavat kansalaistaidot. Tätä pohdittaessa on tärkeää huomioida ihmisten omat tiedontarpeet. (Kannas 2002.) Suomalaisilla on tutkimuksemme perusteella selvästi terveystiedon tarvetta, joten ihmisillä olisi oltava myös tiedonhankintataitoja ja mahdollisuuksia löytää tarvitsemansa tieto. Onhan henkilökohtaisten taitojen kehittäminen olennaista terveyden edistämisen kannalta. Aikuisiässä lisääntyvät sosiaaliryhmittäiset terveyserot alkavat muodostua jo varhain ja niiden vähentämiseen olisi ryhdyttävä ajoissa (Aromaa ym. 1997). Terveyskäyttäytymistä ja todennäköisesti myös tiedonhankintaa ohjaavat tottumukset alkavat muotoutua jo nuorena ja siksi esimerkiksi tiedonhankintataitoja olisi hyvä pyrkiä lisäämään jo peruskoulussa.

Ihmiset ovat voineet tässä tutkimuksessa itse ilmoittaa omat terveystietoon liittyvät tarpeensa, joten tuloksiamme voidaan hyödyntää terveystiedon vaivattoman saavutettavuuden ja kohdentamisen suunnittelussa. Tiedontarve on ihmisten itsensä kokemaa, joten sitä on ollut ja on jatkossakin syytä kysyä heiltä itseltään. Huomioimalla ihmisten itse kokemat ja ilmoittamat terveyteen liittyvät tarpeet voidaan terveystietoa kehittää vastaamaan näihin tarpeisiin. Siten pystytään kenties kehittämään laadukkaita terveystietoja juuri niille ihmisille, jotka niitä kokevat tarvitsevänsä.

Erityisenä haasteena terveystiedon kasvatukselle ovat mielestämme nuoret ja miehistä erityisesti alempiin ammattiryhmiin kuuluvat. Ammatillisissa oppilaitoksissa olisikin syytä panostaa terveystiedon eri sisältöalueiden opetukseen. Myös aikuiskasvatuksessa ja vapaassa sivistystyössä olisi hyvä huomioida ihmisten terveystiedon tarpeet esimerkiksi siten, että kansalais- ja työväenopistot järjestäisivät terveystietoa sisältäviä kursseja. Lisäksi ihmisiä olisi hyvä tiedottaa luotettavista terveystiedon lähteistä ja pyrkiä tekemään niiden saatavuudesta vaivatonta. Kirjastoissa voisi olla tiedonhankintakurssien lisäksi esimerkiksi valmiiksi koottuja WWW-linkkejä luotettavaa terveystietoa sisältäviin sivustoihin. Koska tulostemme mukaan miehet etsivät selvästi naisia harvemmin terveystietoa, olisi kenties syytä miettiä tapoja, joilla miehet saataisiin kiinnostumaan terveystiedosta ja sen hankkimisesta. Onhan todettu, että

miehet kokevat terveystiedon holhoavaksi (Ketola 1995) kenties naisten näkyvän roolin takia niin terveydenhuoltotyössä kuin arkielämän terveydenhoidossakin. Terveystiedossa voitaisiin huomioida miesten näkökulmat ja pyrkiä saamaan heidät itse oivaltamaan terveystiedon mielekkyys ja tärkeys. Tällöin valistuksellisuus vähenisi.

Tämä tutkimus tuotti uutta tietoa siitä, missä määrin suomalaiset kokevat terveystiedon tarvetta ja mitkä sosiodemografiset tekijät selittävät sitä. Tätä tietoa voidaan hyödyntää terveystiedon uudistamisessa ja kehittämisessä. Kotitalouksien ja kirjastojen lisääntyneiden Internet-yhteyksien myötä ihmiset etsivät yhä useammin tietoa WWW-sivuilta ja siksi niiden tarjoaman informaation kehittäminen on erityisen tärkeää. Niissä olisi syytä huomioida ihmisten terveystiedon tarpeet ja pyrittävä vastaamaan niihin. Terveystiedon tarpeiden huomioiminen eri tahoilla sekä tasoilla edistäisi terveyden edistämisen toteutumista ja terveystiedon kasvattamista.

LÄHTEET

Aapor (The american association for public opinion research). 2000. [WWW-dokumentti]. [viitattu 15.4.2002]. <http://www.aapor.org/ethics/stddef.html>.

Aittola T. 1998. Aikuisten oppiminen arkielämän ympäristöissä. Teoksessa P Sallila & T Vaherva (toim.) Arkipäivän oppiminen. Aikuiskasvatuksen 39. vuosikirja. Saarijärvi: Gummerus, 59-89.

Alkula T, Pöntinen S & Ylöstalo P. 1995. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. 2. painos. Helsinki: WSOY.

Allardt E. 1976. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Porvoo: WSOY.

Anyinam, Charles. 2002. Assessing the information needs of staff in two long-term care organizations. Educational Gerontology 3/2002. [WWW-dokumentti]. [viitattu 17.3.2003]. <http://ejournals.ebsco.com/direct.asp?ArticleID=95UCTCODE1UKOQM3KYDW>.

Aromaa A, Koskinen S & Huttunen J. (toim.) 1997. Suomalaisten terveys 1996. Helsinki: Kansanterveyslaitos.

Aromaa A, Koskinen S & Huttunen J. (toim.) 1999. Health in Finland. Helsinki: National Public Health Institute: Ministry of Social Affairs and Health.

Aromaa A & Koskinen S. (toim.) 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 24.9.2002 [viitattu 17.3.2003]. <http://www.ktl.fi/terveys2000/perusraportti/index.html>.

Berger PL & Luckmann T. 1994. Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Helsinki: Kirjapaino-Oy Like.

Blaxter M.1990. Health and lifestyles. Lontoo: Tavistock/Routledge.

Bunton R & Macdonald G. 1992. Health Promotion. Discipline or Disciplines? Teoksessa R Bunton & G Macdonald (toim.) Health Promotion. Disciplines and Diversity. Lontoo: Routledge, 6-19.

Casebeer, Linda et al. 2002. Physician Internet Medical Information Seeking and On-line Continuing Education Use Patterns. Journal of Continuing Education in the Health Professions, Winter 2002, vol. 22. [WWW-dokumentti]. [viitattu 17.3.2003].
<http://search.epnet.com/direct.asp?an=6761784&db=afh>.

Chickering AW & Havighurst PJ. 1981. Today's students and their needs. Teoksessa AW Chickering & Associates (toim.) The Modern American College. San Fransisco: Jossey-Bass.

Chrons T. 1998. Johtaminen ja oman elämän hallinta. Teoksessa J Kettunen (toim.) Kirjoituksia johtamisesta ja omasta elämästä. Johtamiskoulutuksen julkaisuja 9. Jyväskylän yliopisto: Täydennyskoulutuskeskus, 9-14.

Dane FC, Deaux K & Wrightsman LS. 1993. Social Psychology in the '90s. 6th Edition. Pacific Grove, California: Brooks/Cole Publishing Company.

Downie RS, Tannahill A & Tannahill C. 1998. Health Promotion. Models and Values. Great Britain: Biddles, Guildford and King's Lynn.

Doyal L & Gough I. 1991. A Theory of Human Need. London: The Macmillan Press Ltd.

Erikson EH. 1968. Identity: Youth and crisis. New York: W. W. Norton & Company.

Green L W & Kreuter M W. 1991. Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach 2nd Edition. London: Mayfield Publishing Company.

Grönfors M. 1994. Miehinien kulttuuri ja väkivalta. Teoksessa J Sipilä & A Tiihonen (toim.) Miestä rakennetaan maskuliinisuuksia puretaan. Jyväskylä: Gummerus, 63-76.

Heikkilä T. 1999. Tilastollinen tutkimus. 2. painos. Helsinki: Edita.

Heikkilä I & Holma A. 1990. Tieto ja elämä. Jyväskylä: Gummerus.

Heikkinen E. 1997. Iäkkäiden ihmisten terveys, toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa P Era (toim.) Ikääntyminen ja liikunta. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108. Jyväskylä: LIKES-tutkimuskeskus, 1-16.

Helman CG. 1990. Culture, health and illness. 2nd edition. London: Wright.

Hyssälä L, Koskenvuo M, Suominen S & Ketola O. (toim.) 1995. Elämään upotettu mies. Turun yliopisto. Täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja A 38.

Ikävalko E. 1995. Käytännön tiedottaminen. Yhteisöviestinnän käsikirja. Jyväskylä: Gummerus.

The Jakarta Declaration on Health Promotion into the 21st Century. [WWW-dokumentti].
[viitattu 24.1.2002]. <http://www.who.int/dsa/cat95/zjak.htm>

Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Manderbacka K, Prättälä R & Sihto M. Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen – tiedosta toimintaan. Teoksessa I Kangas, I Keskimäki, S Koskinen, K Manderbacka, E Lahelma, R Prättälä & M Sihto (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita Prima Oy, 11-18.

Kannas L. 1992. Terveyskasvatus tutkimus- ja koulutusalanä sekä arjen käytäntöinä. Aikuis-
kasvatus 2, 68-76.

Kannas L. 2002. Terveyskasvatus terveyden edistämisen keinona. Teoksessa P Terho, EL Ala-Laurila, J Laakso, H Krogius, M Pietikäinen (toim.) Kouluterveydenhuolto. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus, 412-422.

Karisto A. 1984. Hyvinvointi ja sairauden ongelma. Suomea ja muita Pohjoismaita vertaileva tutkimus sairastavuuden väestöryhmittäisistä eroista ja sairaudesta hyvinvoinnin vajeena. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M: 46.

Keskimäki I, Koskinen S, Teperi J. 2002. Terveyspalvelujen mahdollisuuden kaventaa terveyseroja. Teoksessa I Kangas, I Keskimäki, S Koskinen, K Manderbacka, E Lahelma, R Prättälä & M Sihto (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita Prima Oy, 281-299.

Ketola O. (toim.) 1995. Elämään upotettu mies. Turku: Painosalama Oy.

Kickbusch I & de Leeuw E. 1999. Global Public Health: Revisiting Healthy Public Policy at the Global Level. Health Promotion International 14, 285-288.

Kinnunen U. 1997. Työn ja perheen vuorovaikutus. Teoksessa L Pulkkinen (toim.) Lapsesta aikuiseksi. Juva: WSOY, 46-58.

Koivusilta L & Rimpelä A. 2001. Nuoruusiässä luodaan terveyden perusta. Teoksessa E Heikkinen & J Tuomi (toim.) Suomalainen elämäntapa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 155-172.

Koivusilta L & Rimpelä A. 2002. Koulu terveydellisen tasa-arvon edistäjänä. Teoksessa I Kangas, I Keskimäki, S Koskinen, K Manderbacka, E Lahelma, R Prättälä & M Sihto (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita Prima Oy, 221-235.

Korhonen, Juho. 2000a. Lähdevinkkejä terveystiedon opetuksen suunnitteluun ja toteutukseen. Kouluterveys 2002 n:o 10: Terveystieto. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 28.8.2000 [viitattu 17.3.2002]. <http://www.stakes.fi/kouluterveys/ktlehti/ktl1000/terveystieto.htm>.

Korhonen J. 2000b. Terveyden edistäminen, terveystieto ja terveystieto. Spektri 1, 46-47.

Koskinen S, Martelin T. 1994. Kuolleisuus. Teoksessa S Koskinen, T Martelin, I-L Notkola, V Notkola, K Pitkänen (toim.) Suomen väestö. Helsinki: Gaudeamus, 150-225.

Koskinen-Ollonqvist P. 2002. Neljännesvuosisata Keskuksessa. Teoksessa M Laakso (toim.) Keskellä terveyttä. Muistikuvia terveyden edistämisestä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 5. Jyväskylä: Gummerus, 75-87.

Lahelma E & Koskinen S. 2002. Suomalaisten suuret sosioekonomiset terveyserot – haaste terveys- ja yhteiskuntapolitiikalle. Teoksessa I Kangas, I Keskimäki, S Koskinen, K Manderbacka, E Lahelma, R Prättälä & M Sihto (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita Prima Oy, 21-44.

Laitakari J. 1999. Accessibility of Health Information in The Population: Building A Map of Needs for Health Policy Targets. Julkaisematon raportti. Jyväskylän yliopisto.

Laitakari J. 1999. Terveyskasvatus muuttuvassa maailmassa. Julkaisematon virkaanastujaisesitys. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Laitakari J. 2000. Nuoret ja terveystieteet: Tulevaisuuden haasteet edellyttävät terveyden lukutaitoa. Liikunta ja tiede 1, 4-8.

Leskinen L. 1997. Terveystietä edistävä toiminta; mitä se on? Täysivaltaistaminen terveyden edistämistoiminnassa. Promo 3, 8-11.

Leskinen L & Koskinen-Ollonqvist P. 2000. Terveyden lukutaito ja sen kehittäminen: Passiivisesta tiedon vastaanottajasta aktiiviseksi toimijaksi. Promo 4-5, 22-25.

Levinson DJ. 1986. A conception of adult development. American Psychologist 41, 3-13.

Lyytinen H. (toim.) 1995. Näkökulmia kehityspsykologiaan. Kehitys kontekstissään. Porvoo: WSOY.

Maslow AH. 1943. A Theory of Human Motivation. Psychological Review 50, 370-396.

Naidoo J & Wills J. 1998. Health Promotion. Foundations for Practice. London: Butler & Tanner Ltd.

Navarro Frederick H & Wilkins Stephen T. 2001. A new perspective on consumer health web use: "Valuegraphic" profiles of health information seekers. Managed Care Quarterly, Spring 2001, vol. 9. [WWW-dokumentti]. [viitattu 17.3.2003].

<http://search.epnet.com/direct.asp?an=6830242&db=aph>

Nieminen H, Saarikoski P & Suominen J. (toim.) 2000. Uusi media ja arkielämä. Saarijärvi: Gummerus.

Niiniluoto I. 1989. Informaatio, tieto ja yhteiskunta. Filosofinen käsiteanalyysi. Helsinki: Valtion Painatuskeskus.

Niiniluoto I. 1994. Järki, arvot ja välineet. Helsinki: Otava.

Niiniluoto I. 1994. Tieto, tieteen kieli ja oppikirjat. Kielikello 1, 8-11.

Nordenfelt L. 1987. On the nature of health. An action-theoretic approach. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.

Northouse L & Northouse P. 1998. Health communication strategies for health professionals. Stamford: Appleton & Lange.

Nummenmaa T. 1997. Tutkimusaineiston analyysi. Porvoo: WSOY.

Nupponen R. 1994. Terveyspsykologian perusteet: tukea koulutukseen ja terveystalouteen. Helsinki: Stakesin painatuskeskus.

Nurmi J-E. 1995. Nuoruusiän kehitys: etsintää, valintoja ja noidankehiä. Teoksessa P Lyytinen, M Korkiakangas & H Lyytinen (toim.) Näkökulmia kehityspsykologiaan Kehitys kontekstissään. Porvoo: WSOY.

Ogden J. 1997. Health psychology. A textbook. Trowbridge: Redwood books.

Ottawa Charter for Health Promotion. 1986. Ottawa: WHO, Health and Welfare Canada and Canadian Public Health Association.

Peltonen R. 1994. Sosiaalinen tuki, elämäntilanne ja koettu terveys keski-ikäisillä naisilla. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 54. Åbo Akademi.

Perho H & Korhonen M. 1995. Siirtymien sijoittuminen ja sisältö varhaisaikuisuudessa. Teoksessa P Lyytinen, M Korkiakangas & H Lyytinen (toim.) Näkökulmia kehityspsykologiaan Kehitys kontekstissaan. Porvoo: WSOY, 323-342.

Perttilä K. 1999. Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Jyväskylä: Gummerus.

Pietilä A-M. 1994. Elämänhallinta ja terveys. Pitkittäistutkimus pohjoissuomalaisilla nuorilla miehillä. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 313. Oulun yliopisto. Monistus ja kuvakeskus.

Piukkula J. 1990. Hankasalmen ja Keiteleen ammatissa toimivan väestön tiedonhankinta. Teoksessa E Heikkilä, I Kosonen, K Perälä, T Pihkala, J Piukkula, M Rajamo, H Suomala & P Vakkari (toim.) Kunnan kirjasto tietokeskuksena: Maaseudun tietopalvelukokeilun loppuraportti. Tampereen yliopiston kirjastotieteen ja informatiikan laitoksen tutkimuksia 33, 96-123.

Pulkkinen L. (toim.) 1997. Lapsesta aikuiseksi. Juva: WSOY.

Puska P & Wiio OA. 1993. Terveysviestinnän opas. Keuruu: Otava.

Raeburn J & Rootman I. 1998. People-Centred Health Promotion. New York: John Wileys & Sons.

Rahkonen O. 1994. Terveystila ja terveyskäyttäytyminen. Sukupuoli- ja sosiaaliluokkaerot nuorissa ikäryhmissä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, tutkimuksia 36. Helsingin yliopisto, Sosiaalipolitiikan laitos. Jyväskylä: Gummerus.

Rasch Randolph FR & Cogdill Keith W. 1999. Nurse practitioners` information needs and information seeking: implications for practice and education. Holistic Nursing Practice 7/1999, vol. 13.[WWW-dokumentti]. [viitattu 17.3.2003].

<http://search.epnet.com/direct.asp?an=6780042&db=afh>.

Ruth J-E. 1995. Persoonallisuuden kehitys vanhuudessa. Teoksessa P Lyytinen, M Korkiakangas & H Lyytinen (toim.) Näkökulmia kehityspsykologiaan Kehitys kontekstissaan. Porvoo: WSOY.

Ruth J-E. 1998. Elämänhallinta ikääntyttäessä. Teoksessa JP Roos, T Hoikkala (toim.) Elämänpolitiikka. Tampere: Tammer-Paino Oy, 314-326.

Savolainen R. 1993. Elämäntapa, elämänhallinta ja tiedonhankinta. Arkielämän ei-ammattillisen tiedon hankinnan tutkimuksen viitekehyksen hahmottelua. Tampereen yliopiston kirjasto-tieteen ja informatiikan laitoksen tutkimuksia 39.

Savolainen R. 1995. Tiedonhankinnan arkipäivää. Vertaileva tutkimus teollisuustyöntekijöiden ja opettajien arkielämän tiedonhankinnasta elämäntavan viitekehyksessä. Tampereen yliopiston informaatiotutkimuksen ja informatiikan laitoksen tutkimuksia 40.

Savolainen R. 1998. Tietoverkot kansalaisten käytössä. Internet ja suomalaisen tietoyhteiskunnan arki. Tampereen yliopisto. Finnish Information Studies 12.

Savolainen R. 1999. Tiedontarpeet ja tiedonhankinta. Teoksessa I Mäkinen (toim.) Tiedon tie: Johdatus informaatiotutkimukseen. 3. painos. Saarijärvi: Gummerus, 73-109.

Seedhouse D. 1997. Health Promotion. Philosophy, Prejudice and Practice. Midsomer Norton: Bookcraft Ltd.

Sihto M, Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Manderbacka K, Prättälä R. 2002. Terveyserojen kaventamiskeinot käyttöön. Teoksessa I Kangas, I Keskimäki, S Koskinen, K Manderbacka, E Lahelma, R Prättälä & M Sihto (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita Prima Oy, 325-330.

Sinkkonen M & Kinnunen U. 1997. Vapaa-aika ja tyytyväisyys elämään. Teoksessa L Pulkkinen (toim.) Lapsesta aikuiseksi. Juva: WSOY, 90-102.

Sipilä J. 1994. Miestutkimus – säröjä hegemonisessa maskuliinisuudessa. Teoksessa J Sipilä & A Tiihonen (toim.) Miestä rakennetaan maskuliinisuuksia puretaan. Jyväskylä: Gummerus, 17-33.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 1986. Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveystalouden pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 1999. Elämänkulkutyöryhmä. Elämänkulku ja terveys Yhteenveto ja päätelmät Raportti I. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 22. Helsinki: Oy Edita Ab, 5-30.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2010 – kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. [WWW-dokumentti]. [viitattu 9.3. 2003].

<http://www.vn.fi/stm/suomi/tao/julkaisut/strategia/strategiat2010/strategia2010.pdf>

Spruijt-Metz D. 1999. Adolescence, Affect and Health. Southwick: Biddles, Guildford and King`s Lynn.

Tai-Seale, Thomas. 2000. The public`s health questions and what to do about them. American Journal of Health Studies, 2000, vol. 16. [WWW-dokumentti]. [viitattu 17.3.2003]. <http://search.epnet.com/direct.asp?an=3934279&db=afh>.

Tiedebarometri. 2001. Tutkimus suomalaisten suhtautumisesta tieteeseen ja tieteellistekniseen kehitykseen. Tieteen tiedotus ry. [WWW-dokumentti]. [viitattu 16.6.2003]. <http://www.saunalahti.fi/~pena/tb/luku22.htm>.

Tones K & Tilford S. 1995. Health education: Effectiveness, Efficiency and Equity. 2nd edition. Lontoo: Chapman & Hall.

Tones K. 1998. Health education and the promotion of health: seeking wisely to empower. Teoksessa S Kendall (toim.) Health and Empowerment. Research and Practice. Lontoo: Arnold, 57-88.

Tones K & Tilford S. 2001. Health promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity. 3rd edition. United Kingdom: Nelson Publishers.

Torkkola S. 2002. Johdanto: Näkökulmia terveystiedotukseen. Teoksessa S Torkkola (toim.) Terveystiedotus. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 5-12.

Tuominen K. 1992. Arkielämän tiedonhankinta. Nokia Mobile Phones Oy:n työntekijöiden arkielämän tiedontarpeet ja -hankinta ja -käyttö. Tampereen yliopiston kirjastotieteen ja informaatiikan laitoksen tutkimuksia 36.

Vertio H. 1993. Terveystiedon edistäminen – valintojen virta. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Vertio, Hannu. 1998. Terveystiedotuksesta terveystiedon edistämiseen. Kansanterveys. [online]. [viitattu 10.11.2001]. <http://www.ktl.fi/ktlehti/pdf/1998>.

Vilkko A. 2001. Elämäntyyli ja elämäntarina. Teoksessa E Heikkinen & J Tuomi (toim.) Suomalainen elämäntyyli. Vantaa: Tummavuoren Kirjapaino Oy, 74-85.

Voutilainen T, Mehtäläinen J, Niiniluoto I. 1990. Tiedonkäsitelmä. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Vuori I. 2001. Tehokas ja turvallinen terveystyyli. 3. painos. Tampereen Yliopistopaino Oy.

World Health Organisation. 1948. Constitution. New York: WHO.

WHO. 1978. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12, September 1978. [WWW-dokumentti]. [viitattu 4.4.2003]. <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/DeclarationAlmaAta.pdf>

WHO. 1979. Health for All in the 21st Century. [WWW-dokumentti]. [viitattu 18.6.2003]. <http://www.who.int/archives/hfa/policy.htm>

WHO. 1998. Health Promotion Glossary. [WWW-dokumentti]. [viitattu 30.9.2002]. <http://www.who.int/hpr/backgroundhp/glossary/glossary/pdf>

Wilson T. 1997. Information Behaviour: an Inter-disciplinary Perspective. Teoksessa B Der-
vin, R Savolainen & P Vakkari (toim.) Information Seeking in Context. Lontoo: Taylor Gra-
ham, 39-50.

LIITTEET

Liite 1

1(2)

Tässä tutkimuksessa käytetyt taustatiedot ja kysymykset kysymyslomakkeesta ”Terveystiedon tarve ja saavutettavuus aikuisväestössä”

Asuinalue:

1. Pääkaupunkiseutu (Helsinki, Espoo, Kauniainen, Vantaa)
2. Muu Etelä-Suomi
3. Länsi-Suomi
4. Itä-Suomi
5. Pohjois-Suomi

Paikkakuntatyyppi:

1. Pääkaupunkiseutu (Helsinki, Espoo, Kauniainen, Vantaa)
2. Muu yli 30 000 asukkaan kaupunki
3. Muu alle 30 000 asukkaan kaupunki
4. Muu kunta

Sukupuoli:

1. Mies
2. Nainen

Ikä:

1. 15-19 vuotta
2. 20-29 vuotta
3. 30-39 vuotta
4. 40-49 vuotta
5. 50-59 vuotta
6. 60-69 vuotta

Siviilisäätö:

1. Naimisissa tai avoliitossa
2. Naimaton
3. Asumuserossa tai eronnut
4. Leski

Kuinka monta alle 18-vuotiasta lasta talouteenne kuuluu?

- 0 lasta
- 1 lapsi
- 2 lasta
- 3 lasta tai enemmän

Mihin seuraavista ammattiryhmistä kuulutte?

1. Maatalousväestö
2. Työväestö
3. Toimihenkilö / Virkamies
4. Johtava asema
5. Itsenäinen yrittäjä
6. Opiskelija / Koululainen
7. Eläkeläinen
8. Kotiäiti / -isä
9. Muu, mikä? _____

A1) Oletteko viime aikoina etsinyt tietoa terveellisistä elintavoista kuten liikuntaan ja ravitsemukseen liittyvistä asioista?

1. Kyllä
2. Ei

B1) Oletteko viime aikoina etsinyt tietoa arkipäivän oireisiin ja vaivoihin liittyvistä asioista?

1. Kyllä
2. Ei

C1) Oletteko viime aikoina etsinyt tietoa stressiin ja jaksamiseen liittyvistä asioista?

1. Kyllä
2. Ei

D1) Oletteko viime aikoina etsinyt tietoa laihtumiseen liittyvistä asioista?

1. Kyllä
2. Ei

E1) Oletteko viime aikoina etsinyt tietoa ihmissuhteisiin liittyvistä asioista?

1. Kyllä
2. Ei

F1) Oletteko viime aikoina etsinyt tietoa sairauksista ja niiden hoitoon liittyvistä asioista?

1. Kyllä
2. Ei

G1) Oletteko viime aikoina etsinyt tietoa päihteisiin kuten alkoholi, tupakka, huumeet ja lääkkeet liittyvistä asioista?

1. Kyllä
2. Ei

Liite 2.

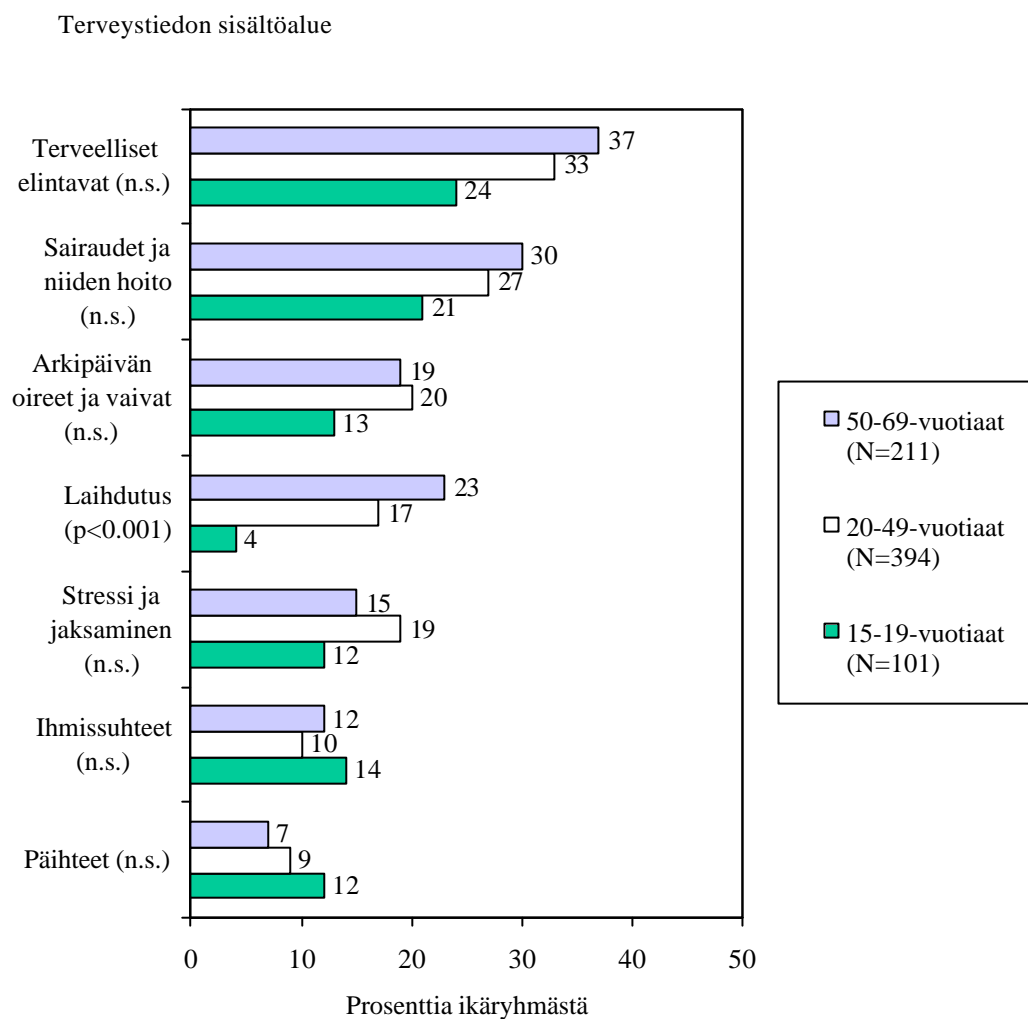
Taulukko 2. Eri ikäisten miesten ja naisten kokema terveystiedon tarve (Khin neliö –testi)

Muuttuja	Miehet (N=350)		Naiset (N=356)	
	f	%	f	%
Terveystiedon tarve				
15-19-vuotiaat	26	49.1	30	62.5
20-29-vuotiaat	29	50.9	44	84.6
30-39-vuotiaat	41	53.2	48	69.6
40-49-vuotiaat	29	49.2	61	76.3
50-59-vuotiaat	29	50.0	40	74.1
60-69-vuotiaat	30	65.2	41	77.4
p-arvo	n.s.		n.s.	

Taulukko 3. Koettu terveystiedon tarve eri sisältöalueilla ikäryhmittäin (Khin neliö –testi)

Terveystiedon sisältöalue	15-19 -vuotiaat %	20-29 -vuotiaat %	30-39 -vuotiaat %	40-49 -vuotiaat %	50-59 -vuotiaat %	60-69 -vuotiaat %	p-arvo
Terveelliset elintavat	24	33	32	35	40	34	n.s.
Arkipäivän oireet ja vaivat	13	21	21	18	17	22	n.s.
Stressi ja jaksaminen	12	17	18	22	21	7	0.021
Laihdutus	4	11	18	22	22	24	<0.001
Ihmissuhteet	14	11	8	11	14	9	n.s.
Sairaudet ja niiden hoito	21	37	23	22	27	34	0.029
Päihteen	12	5	9	12	11	2	0.045
Yhteensä (N)	101	109	146	139	112	99	

Liite 3.



Kuvio 13. Koettu terveystiedon tarve terveystiedon sisältöalueilla ikäryhmittäin (Khin neliö –testi)

Liite 4.

Taulukko 5. Eri-ikäisten miesten ja naisten kokema terveystiedon tarve sisältöalueittain.

	Miehet (N=350)		Naiset (N=356)	
	f	%	f	%
Terveelliset elintavat				
15-19-vuotiaat	8	15.1	16	33.3
20-29-vuotiaat	9	15.8	27	51.9
30-39-vuotiaat	25	32.5	22	31.9
40-49-vuotiaat	14	23.7	34	42.5
50-59-vuotiaat	18	31.0	27	50.0
60-69-vuotiaat	13	28.3	21	39.6
Arkipäivän oireet ja vaivat				
15-19-vuotiaat	4	7.5	9	18.8
20-29-vuotiaat	5	8.8	18	34.6
30-39-vuotiaat	13	16.9	17	24.6
40-49-vuotiaat	6	10.2	19	23.8
50-59-vuotiaat	8	13.8	11	20.4
60-69-vuotiaat	11	23.9	11	20.8
Stressi ja jaksaminen				
15-19-vuotiaat	3	5.7	9	18.8
20-29-vuotiaat	9	15.8	10	19.2
30-39-vuotiaat	12	15.6	14	20.3
40-49-vuotiaat	9	15.3	22	27.5
50-59-vuotiaat	8	13.8	16	29.6
60-69-vuotiaat	1	2.2	6	11.3
Laihdutus				
15-19-vuotiaat	1	1.9	3	6.3
20-29-vuotiaat	2	3.5	10	19.2
30-39-vuotiaat	8	10.4	18	26.1
40-49-vuotiaat	8	13.6	22	27.5
50-59-vuotiaat	7	12.1	18	33.3
60-69-vuotiaat	11	23.9	13	24.5
Ihmissuhteet				
15-19-vuotiaat	9	17.0	5	10.4
20-29-vuotiaat	4	7.0	8	15.4
30-39-vuotiaat	5	6.5	7	10.1
40-49-vuotiaat	3	5.1	12	15.0
50-59-vuotiaat	6	10.3	10	18.5
60-69-vuotiaat	2	4.3	7	13.2
Sairaudet ja niiden hoito				
15-19-vuotiaat	9	17.0	12	25.0
20-29-vuotiaat	14	24.6	26	50.0
30-39-vuotiaat	9	11.7	25	36.2
40-49-vuotiaat	8	13.6	23	28.8
50-59-vuotiaat	13	22.4	17	31.5
60-69-vuotiaat	13	28.3	21	39.6
Päihteet				
15-19-vuotiaat	8	15.1	4	8.3
20-29-vuotiaat	2	3.5	3	5.8
30-39-vuotiaat	6	7.8	7	10.1
40-49-vuotiaat	5	8.5	11	13.8
50-59-vuotiaat	4	6.9	8	14.8
60-69-vuotiaat	1	2.2	1	1.9

Liite 5.

Taulukko 6. Miesten ja naisten kokema terveystiedon tarve sisältöalueittain asuinalueen mukaan.

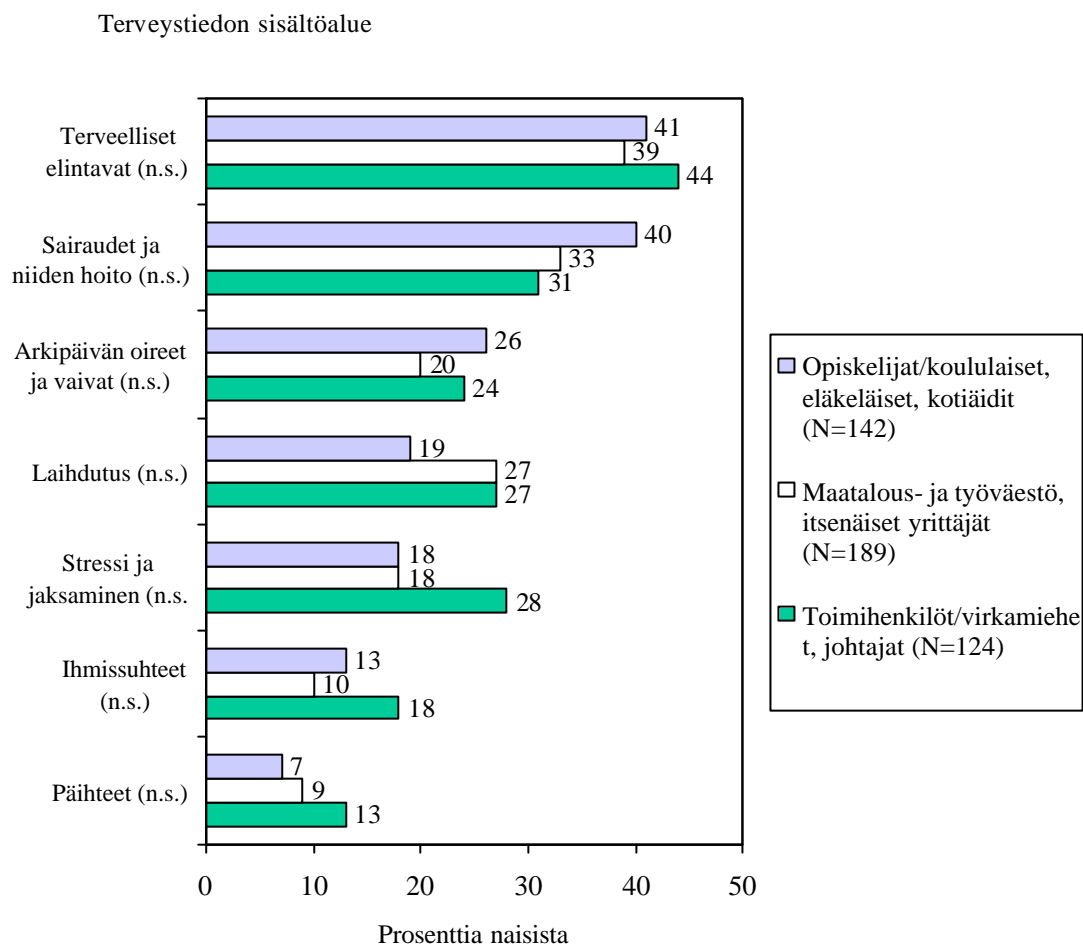
	Miehet (N=350)		Naiset (N=356)	
	f	%	f	%
Terveelliset elintavat				
Pääkaupunkiseutu	21	28.0	29	43.0
Muu Etelä-Suomi	9	20.0	18	35.0
Länsi-Suomi	32	28.0	57	44.0
Itä-Suomi	12	17.6	29	45.3
Pohjois-Suomi	13	27.1	14	32.6
Arkipäivän oireet ja vaivat				
Pääkaupunkiseutu	8	10.5	12	17.6
Muu Etelä-Suomi	7	15.6	15	29.4
Länsi-Suomi	15	13.3	30	23.1
Itä-Suomi	9	13.2	18	28.1
Pohjois-Suomi	8	16.7	10	23.3
Stressi ja jaksaminen				
Pääkaupunkiseutu	7	9.2	15	22.1
Muu Etelä-Suomi	3	6.7	8	15.7
Länsi-Suomi	14	12.4	38	29.2
Itä-Suomi	12	17.6	7	10.9
Pohjois-Suomi	6	12.5	9	20.9
Laihdutus				
Pääkaupunkiseutu	3	3.9	19	27.9
Muu Etelä-Suomi	8	17.8	9	17.6
Länsi-Suomi	15	13.3	32	24.6
Itä-Suomi	4	5.9	13	20.3
Pohjois-Suomi	7	14.6	11	25.6
Ihmissuhteet				
Pääkaupunkiseutu	6	7.9	11	16.2
Muu Etelä-Suomi	3	6.7	6	11.8
Länsi-Suomi	9	8.0	18	13.8
Itä-Suomi	7	10.3	8	12.5
Pohjois-Suomi	4	8.3	6	14.0
Sairaudet ja niiden hoito				
Pääkaupunkiseutu	16	21.1	19	27.9
Muu Etelä-Suomi	8	17.8	14	27.5
Länsi-Suomi	24	21.2	51	39.2
Itä-Suomi	12	17.6	19	29.7
Pohjois-Suomi	6	12.5	21	48.8
Päihteet				
Pääkaupunkiseutu	6	7.9	12	17.6
Muu Etelä-Suomi	3	6.7	5	9.8
Länsi-Suomi	6	5.3	13	10.0
Itä-Suomi	6	8.8	3	4.7
Pohjois-Suomi	5	10.4	1	2.3

Liite 6.

Taulukko 7. Miesten ja naisten kokema terveystiedon tarve sisältöalueittain paikkakuntatyyppin mukaan.

	Miehet (N=350)		Naiset (N=356)	
	f	%	f	%
Terveelliset elintavat				
Pääkaupunkiseutu	20	27.4	29	41.4
Muu yli 30 000 asukkaan kaupunki	28	23.7	53	41.1
Muu alle 30 000 asukkaan kaupunki	21	28.0	36	51.0
Muu kunta	18	21.4	27	33.3
Arkipäivän oireet ja vaivat				
Pääkaupunkiseutu	8	11.0	12	17.1
Muu yli 30 000 asukkaan kaupunki	19	16.1	31	24.0
Muu alle 30 000 asukkaan kaupunki	13	17.3	22	31.0
Muu kunta	7	8.3	19	23.0
Stressi ja jaksaminen				
Pääkaupunkiseutu	7	9.6	16	22.9
Muu yli 30 000 asukkaan kaupunki	15	12.7	23	17.8
Muu alle 30 000 asukkaan kaupunki	6	8.0	19	26.8
Muu kunta	14	16.7	18	22.2
Laihdutus				
Pääkaupunkiseutu	4	5.5	19	27.1
Muu yli 30 000 asukkaan kaupunki	10	8.5	23	18.0
Muu alle 30 000 asukkaan kaupunki	12	16.0	23	32.4
Muu kunta	11	13.0	18	22.0
Ihmissuhteet				
Pääkaupunkiseutu	7	9.6	12	17.1
Muu yli 30 000 asukkaan kaupunki	10	8.5	18	14.0
Muu alle 30 000 asukkaan kaupunki	6	8.0	16	22.5
Muu kunta	6	7.1	3	3.7
Sairaudet ja niiden hoito				
Pääkaupunkiseutu	17	23.3	19	27.1
Muu yli 30 000 asukkaan kaupunki	23	19.5	47	36.4
Muu alle 30 000 asukkaan kaupunki	18	10.7	26	36.6
Muu kunta	3	21.4	31	38.3
Päihteet				
Pääkaupunkiseutu	5	6.8	12	17.1
Muu yli 30 000 asukkaan kaupunki	12	10.2	10	7.8
Muu alle 30 000 asukkaan kaupunki	5	6.7	9	12.7
Muu kunta	4	4.8	3	3.7

Liite 7.



Kuvio 19. Eri ammattiryhmiin kuuluvien naisten kokema terveystiedon tarve sisältöalueittain (Khin neliö –testi)

Liite 8.

Taulukko 8. Miesten ja naisten kokema terveystiedon tarve sisältöalueittain uudelleen luokiteltujen ammattiryhmien mukaan.

	Miehet (N=350)		Naiset (N=356)	
	f	%	f	%
Terveelliset elintavat				
Maatalous- ja työväestö sekä itsenäiset yrittäjät	22	16.2	35	39.3
Toimihenkilöt / virkamiehet ja johtajat	39	38.0	54	44.0
Opiskelijat / koululaiset, eläkeläiset sekä kotiäidit ja –isät	26	23.4	58	40.8
Arkipäivän oireet ja vaivat				
Maatalous- ja työväestö sekä itsenäiset yrittäjät	16	11.8	18	20.2
Toimihenkilöt / virkamiehet ja johtajat	17	16.5	30	24.2
Opiskelijat / koululaiset, eläkeläiset sekä kotiäidit ja –isät	14	12.6	37	26.1
Stressi ja jaksaminen				
Maatalous- ja työväestö sekä itsenäiset yrittäjät	13	9.6	16	18.0
Toimihenkilöt / virkamiehet ja johtajat	25	24.3	35	28.2
Opiskelijat / koululaiset, eläkeläiset sekä kotiäidit ja –isät	4	3.6	26	18.3
Laihdutus				
Maatalous- ja työväestö sekä itsenäiset yrittäjät	19	14.0	24	27.0
Toimihenkilöt / virkamiehet ja johtajat	6	5.8	33	26.6
Opiskelijat / koululaiset, eläkeläiset sekä kotiäidit ja –isät	12	10.8	27	19.0
Ihmissuhteet				
Maatalous- ja työväestö sekä itsenäiset yrittäjät	4	2.9	9	10.1
Toimihenkilöt / virkamiehet ja johtajat	9	8.7	22	17.7
Opiskelijat / koululaiset, eläkeläiset sekä kotiäidit ja –isät	16	14.4	18	12.7
Sairaudet ja niiden hoito				
Maatalous- ja työväestö sekä itsenäiset yrittäjät	20	14.7	29	32.6
Toimihenkilöt / virkamiehet ja johtajat	23	22.3	38	30.6
Opiskelijat / koululaiset, eläkeläiset sekä kotiäidit ja –isät	23	20.7	57	40.1
Päihteet				
Maatalous- ja työväestö sekä itsenäiset yrittäjät	4	2.9	8	9.0
Toimihenkilöt / virkamiehet ja johtajat	11	10.7	16	12.9
Opiskelijat / koululaiset, eläkeläiset sekä kotiäidit ja –isät	11	9.9	10	7.0

Liite 9.

Taulukko 9. Miesten ja naisten kokema terveystiedon tarve sisältöalueittain siviilisäätyn mukaan.

	Miehet (N=350)		Naiset (N=356)	
	f	%	f	%
Terveelliset elintavat				
Naimisissa tai avoliitossa	67	28.0	105	43.9
Naimaton	19	19.6	26	35.1
Asumuserossa tai eronnut	1	11.1	8	33.3
Leski	0	0	8	42.1
Arkipäivän oireet ja vaivat				
Naimisissa tai avoliitossa	33	13.8	59	24.7
Naimaton	11	11.3	16	21.6
Asumuserossa tai eronnut	3	33.3	9	37.5
Leski	0	0	1	5.3
Stressi ja jaksaminen				
Naimisissa tai avoliitossa	34	14.2	54	22.6
Naimaton	8	8.2	14	18.9
Asumuserossa tai eronnut	0	0	7	29.2
Leski	0	0	2	10.5
Laihdutus				
Naimisissa tai avoliitossa	31	13.0	64	26.8
Naimaton	5	5.2	8	10.8
Asumuserossa tai eronnut	1	11.1	7	29.2
Leski	0	0	5	26.3
Ihmissuhteet				
Naimisissa tai avoliitossa	14	5.9	33	13.8
Naimaton	13	13.4	9	12.2
Asumuserossa tai eronnut	2	22.2	6	25.0
Leski	0	0	1	5.3
Sairaudet ja niiden hoito				
Naimisissa tai avoliitossa	47	19.7	90	37.7
Naimaton	16	16.5	21	28.4
Asumuserossa tai eronnut	3	33.3	5	20.8
Leski	0	0	8	42.1
Päihteen				
Naimisissa tai avoliitossa	14	5.9	24	10.0
Naimaton	12	12.4	4	5.4
Asumuserossa tai eronnut	0	0	4	16.7
Leski	0	0	2	10.5

Liite 10.

Taulukko 10. Miesten ja naisten kokema terveystiedon tarve sisältöalueittain talouteen kuuluvien alle 18-vuotiaiden lasten lukumäärän mukaan.

	Miehet (N=350)		Naiset (N=356)	
	f	%	f	%
Terveelliset elintavat				
0 lasta	44	25.9	71	41.5
1 lapsi	17	23.0	34	43.0
2 lasta	18	26.9	27	37.5
3 lasta tai enemmän	7	18.4	15	44.1
Arkipäivän oireet ja vaivat				
0 lasta	25	14.7	41	24.0
1 lapsi	9	12.2	18	22.8
2 lasta	6	9.0	19	26.4
3 lasta tai enemmän	7	18.4	7	20.6
Stressi ja jaksaminen				
0 lasta	17	10.0	32	18.7
1 lapsi	7	9.5	20	25.3
2 lasta	13	19.4	17	23.6
3 lasta tai enemmän	5	13.2	8	23.5
Laihdutus				
0 lasta	21	12.4	45	26.3
1 lapsi	4	5.4	17	21.5
2 lasta	5	7.5	16	22.2
3 lasta tai enemmän	7	18.4	6	17.6
Ihmissuhteet				
0 lasta	12	7.1	17	9.9
1 lapsi	6	8.1	13	16.5
2 lasta	6	9.0	10	13.9
3 lasta tai enemmän	5	13.2	9	26.5
Sairaudet ja niiden hoito				
0 lasta	36	21.2	64	37.4
1 lapsi	15	20.3	21	26.6
2 lasta	11	16.4	23	31.9
3 lasta tai enemmän	4	10.5	16	47.1
Päihteet				
0 lasta	14	8.2	16	9.4
1 lapsi	5	6.8	5	6.3
2 lasta	4	6.0	8	11.1
3 lasta tai enemmän	2	5.3	5	14.7

