

**"NYT NÄÄ LÄSKIT LÄHTEE!"
LIHAVUUSLEIKKAUKSEEN HAKEUTUMINEN
KULUTTAJAN OSTOPOLKUNA**

**Jyväskylän yliopisto
Kauppakorkeakoulu**

Pro gradu -tutkielma

2016

**Tekijä
Tuula Kokkonen
Oppiaine
Markkinointi
Ohjaaja
Outi Uusitalo**



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

TIIVISTELMÄ

Tekijä Tuula Kokkonen	
Työn nimi "Nyt nää läskit lähtee!" - Lihavuusleikkaukseen hakeutuminen kuluttajan ostopolkuna	
Oppiaine Markkinointi	Työn laji Pro gradu -työ
Aika (pvm.) Helmikuu 2016	Sivumäärä 84+ liitteet 2 kpl
<p>Tiivistelmä - Abstract</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, kuinka kuluttaja toimii hakeutuessaan vaativaan leikkaukseen. Tutkimuksessa pyritään ymmärtämään kuluttajan motivaatioita, emootioita ja vaikeita valintoja lihavuusleikkauksen ostopolulla. Tutkimuksen teoreettisena taustana toimivat kuluttajan ostopäätösprosessiin, erityisesti konstruktiiviseen päätösprosessiin sekä emootioihin liittyvät teoriat ja aiempi tutkimus. Ylipainoiseen kuluttajaan, lihavuusleikkaukseen sekä terveystalvelujen valintaan liittyvät tiedot ja teoriat muodostavat ostopolun maiseman.</p> <p>Tutkimuksessa haastateltiin 17 suomalaista kuluttajaa, joille oli suoritettu lihavuusleikkaus. Haasteltaviksi valittiin sekä julkisen terveydenhuollon että yksityissairaaloitten asiakkaita. Tutkimusstrategiaksi valittiin laadullinen tutkimusmenetelmä sekä aineiston keruun että aineiston analysoinnin osalta. Aineiston keruu suoritettiin puolistrukturoituna teemahaastatteluna, jonka antia täydennettiin ostopolkua kuvaavalla visualisointitehtävällä. Analyysi nojasi aineistolähtöiseen induktiiviseen päättelyyn.</p> <p>Tutkimuksen tuloksena selvisi, että leikkaukseen hakeutumisen taustalla ovat sekä terveydelliset että sosio-kulttuuriset syyt. Prosessin käynnistävänä tekijänä toimi toisen onnistujan esimerkki tai terveydenhoitohenkilökunnan antama suositus. Ostopolun alku on negatiivisten emootioiden sävyttämä: kuluttaja tuntee syyllisyyttä ja häpeää. Tieto uudesta ratkaisusta herättää positiivisia emootioita, toivoa ja helpotusta. Leikkaukseen valmistauduttaessa tasapainotellaan pelon ja toivon välillä. Prosessin lopuksi koetaan pääsääntöisesti positiivisia emootioita, kuten iloa ja ylpeyttä. Tutkimuksen tulokset osoittavat jonkin verran eroja julkisen ja yksityisen hoitopolun välillä, erityisesti prosessin kestoon ja kuluttajan aktiivisuuden määrään liittyen. Molempien palveluntarjoajien leikkaamat kuluttajat olivat kuitenkin kokonaisuudessaan tyytyväisiä lopputulokseen. Prosessin kuluessa ilmenneet epäkohdat eivät kanavoituneet reklamaatioiksi.</p> <p>Johtopäätöksinä voidaan todeta, että lihavuusleikkauksen lääketieteellisten kriteerien ohella kuluttajalle merkityksellisiä ovat sosiaaliset ja kulttuuriset vaikuttimet. Ostopolku on konstruktiivinen prosessi, joka herättää vahvoja, keskenään ristiriitaisia emootioita ja sisältää fyysisiin, sosiaalisiin ja taloudellisiin riskeihin liittyviä vaikeita valintoja.</p>	
Asiasanat Kuluttajakäyttäytyminen, ostopäätösprosessi, emootiot, trade-off, terveystalvelut, lihavuusleikkaus, ylipaino	
Säilytyspaikka Jyväskylän yliopiston kauppakorkeakoulu	

KUVIOT

KUVIO 1 Tutkielman rakenne	5
KUVIO 2 Kansalaisen roolit terveystalvelujen valinnassa	9
KUVIO 3 Lääkäritalveluiden kolmivaiheinen valintamalli	10
KUVIO 4 Emotionaalisten identiteettiprojektien viitekehys.....	14
KUVIO 5 Yksilön päätöksentekoprosessin vaiheet	23
KUVIO 6 Ongelman tunnistaminen ja siirtymät ihannetilän ja todellisen tilän välillä	26
KUVIO 7 Kuluttajaemootioiden hierarkia	28
KUVIO 8 Tutkimuksen viitekehys	32
KUVIO 9 Leikkausprosessin kesto	46
KUVIO 10 Lihavuusleikkauksen ostopolun vaiheet ja niissä esiintyvät tyypilliset kuluttajaemootiot	60
KUVIO 11 Tutkimuksen viitekehys	68

TAULUKOT

TAULUKKO 1 Suomessa suoritettut lihavuusleikkaukset v. 2012.	17
TAULUKKO 2 Asiakkaan tiedon hankinnan lähteet	23
TAULUKKO 3 Haastateltujen henkilöiden tiedot	37
TAULUKKO 4 Leikkaukseen hakeutumisen motivaattorit	51
TAULUKKO 5 Leikkaukseen hakeutumisen laukaisevat tekijät	53
TAULUKKO 6 Haastatteluissa esille tulleet kuluttajaemootiot hierarkkisesti luokiteltuna	56
TAULUKKO 7 Visualisoinnissa esille tulleet kuluttajaemootiot hierarkkisesti luokiteltuna	59
TAULUKKO 8 Kuluttajan valintaperusteet ja poissulkevat perustelut	62

Sisällys

TIIVISTELMÄ KUVIOT JA TAULUKOT

1	JOHDANTO.....	1
1.1	Tutkimuksen taustaa	1
1.2	Tutkimuksen tavoite ja tutkimusongelmat.....	3
1.3	Tutkimuksen keskeiset käsitteet.....	4
1.4	Tutkielman rakenne	4
2	YLIPAINOINEN KULUTTAJA JA LIHAVUUSLEIKKAUKSEEN HAKEUTUMINEN	7
2.1	Kuluttaja - kansalainen, potilas ja asiakas	7
2.2	Ylipainoinen kuluttaja, emootiot ja identiteetti.....	11
2.3	Lihavuusleikkaus palveluprosessina.....	16
2.4	Terveyspalveluiden markkinoinnin erityispiirteitä	20
3	KULUTTAJAN OSTOPOLUN VAIHEET	22
3.1	Kuluttajan ostopäätösprosessi	22
3.2	Tarve ja motivaatio	25
3.3	Emootiot osana ostoprosessia	26
3.4	Vaihtoehtojen arviointi ja trade-off-valinnat	29
3.5	Tutkimuksen teoreettinen viitekehys	32
4	TUTKIMUKSEN METODOLOGIA.....	33
4.1	Laadullinen tutkimusstrategia.....	33
4.2	Aineiston kerääminen	33
4.2.1	Teemahaastattelut	33
4.2.2	Projektiivinen aineistonkeruu visualisoinnin avulla	35
4.2.3	Haastateltavien valinta ja aineiston keruun toteutus	36
4.2.4	Eettiset kysymykset	39
4.3	Tiedon analysointi	40
4.4	Laadullisen tutkimuksen luotettavuus.....	42
5	TULOKSET.....	45
5.1	Ostopolun kulku	45
5.1.1	Prosessin kesto ja eteneminen	45
5.1.2	Tyytyväisyys saavutettuihin tuloksiin ja palveluprosessin kulkuun.....	48
5.2	Motiivit ja laukaisevat ärsykkeet.....	50
5.3	Emootiot lihavuusleikkauksen ostopolun eri vaiheissa.....	54
5.4	Valinnan rakentuminen, trade-off-valinnat ja coping.....	61

5.4.1	Valinnan rakentuminen.....	61
5.4.2	Trade-off-valinnat ja coping	64
6	JOHTOPÄÄTÖKSET	68
6.1	Teoreettiset johtopäätökset.....	68
6.2	Empiiriset johtopäätökset	70
6.2.1	Leikkaukseen hakeutumisen terveydelliset, sosiaaliset ja kulttuuriset motiivit	70
6.2.2	Onnistujan esimerkki vahvana ratkaisuärsykkeenä	71
6.2.3	Emootioiden ja vaikeiden valintojen värittäjä ostopolku	72
6.2.4	Ostopolun kesto erilainen julkisella ja yksityisellä sektorilla ...	73
6.2.5	Kuluttajan vaikutusmahdollisuudet, valintaperusteet ja tyytyväisyys	74
6.3	Manageriaaliset johtopäätökset	75
6.4	Tutkimuksen kontribuutio	78
6.5	Tutkimuksen rajoitukset.....	79
6.6	Jatkotutkimusaiheita	80
	LÄHTEET	82
	LIITTEET.....	85

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen taustaa

Ylipaino on raskas taakka sekä yhteiskunnalle että yksilölle. Ylipaino on paitsi kansantaloudellinen ja terveydellinen ongelma myös voimakkaasti tunteita ja ristiriitoja herättävä keskusteluteema ja kulttuurisia normeja sivuava ilmiö. Onko lihavuus itseaiheutettu elintasosairaus, ja jos on, tulisiko sitä hoitaa yhteiskunnan varoin?

Ylen keväällä 2015 Taloustutkimuksella teettämässä kyselyssä kansalaisilta kysyttiin, pitäisikö ylipainoa kitkeä verovaroin nykyistä enemmän. Enemmistö vastaajista eli 57 prosenttia ei haluaisi käyttää yhtään enempää verorahaa ylipainon hallintaan. Toisaalta vastaajien mielestä lihavilta ei kuitenkaan pitäisi periä muita korkeampia hoitomaksuja. (Mommo, 2015)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan voidaan todeta, että lihavuuden tehokas hoito voi toimia muiden, veronmaksajille kalliiden sairauksien hoitona tai ennaltaehkäisyinä. Näistä esimerkkeinä ovat II-tyypin diabetes, sydän- ja verisuonisairaudet sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet.

Yhtenä ylipainon hoitomuotona on lihavuusleikkaus. Suomessa lihavuusleikkausta tarvitsevien joukko on arvioitu laajaksi. Asiantuntija-arvioiden mukaan Suomessa olisi järkevää leikata noin 2000 henkilöä vuosittain, mutta leikkauksin on pystytty hoitamaan vain noin tuhat asiakasta vuodessa. Olemme Pohjoismaiden lihavin kansa, mutta maassamme tehdään huomattavasti vähemmän lihavuusleikkauksia kuin naapurimaissamme. Kun Suomessa leikattiin vuonna 2013 vajaat 900 henkilöä, olivat Norjan luvut samana vuonna väestömäärään nähden kolminkertaiset. Ruotsissa suoritettiin kyseisenä vuonna 7500 lihavuusleikkausta. (Koivukan-
gas, 2015, 611.)

Arvioiden mukaan julkisen sektorin suorittamien lihavuusleikkausten määrä olisi vähentynyt (Harju, 2014). Julkisen terveydenhuollon säästöpaineeet voivat osaltaan vähentää terveyskeskuksissa kirjoitettavien läheteiden määrää. Resurssisyistä julkisen puolen hoitopolku jonotusaikoinen on pitkä, puolesta vuodesta jopa kahteen vuoteen. Yksityisten palveluntuottajien leikkauspolku on lyhimmillään vain muutamien kuukausien mittainen, mikä osaltaan voi luoda kysyntää yksityiselle palvelulle.

Ylipainoinen lihavuusleikkaukseen hakeutuja kohtaa valintaprosessissaan erilaisia ristiriitatilanteita. Leikkauksiin liittyy aina fyysisiä riskejä, jopa menehtymisen mahdollisuus. Ylipainoinen henkilö kokee epätoivon ja syyllisyyden tunteita ja häneen suhtaudutaan yhteiskunnassa ja mediassa stereotyyppisesti ja väheksyen (Beruchashvili, Moisio & Gentry, 2013; Kyrölä, 2010).

Julkinen ja lähipiirin käymä keskustelu leikkaushoidon kalleudesta ja konservatiivisen hoidon ensisijaisuudesta - "otat vain itseäsi niskasta kiinni" - luovat kulluttajalle sosiaalisia paineita. Ristiriitaisten kohtaamisten vuoksi moni leikattu jää

”kaappiin” eli ei kerro edes lähipiirilleen käyneensä lihavuusleikkauksessa. Kaappiin jäävät myös leikatut julkkikset, jotka jopa aktiivisesti kieltävät käyneensä leikkauksessa. Näin leikkausten hyödylliset vaikutukset voivat jäädä suurelta yleisöltä kätkeytyiksi (Suni, 2014).

Toisaalta kuluttaja joutuu leikkauspäätöstä tehdessään perinteisten kuluttajakäyttäytymiseen liitettävien vertailujen ja valintojen eteen. On pohdittava, mitkä tarjolla oleviin palveluvaihtoehtoihin liittyvät ominaisuudet ovat tärkeitä. Tyypillisesti kuluttaja joutuu tekemään vaikeita, kompromissin sisältäviä valintoja (trade-off). Valinta koetaan vaikeana ja emotionaalisesti kuormittavana erityisesti silloin, kun kyse on terveyteen ja moraaliin liittyvistä päätöksistä. (Luce ym. 2001, 1). Lihavuusleikkauksen tapauksessa kuluttaja joutuu punnitsemaan ainakin hintaan, turvallisuuteen ja leikkausprosessin etenemisnopeuteen liittyviä ominaisuuksia.

Tässä tutkimuksessa selvitetään, kuinka kuluttaja näiden ristiriitojen ja tunnekuohujen alla tekee leikkauspäätöksensä, mitkä vaihtoehtojen ominaisuudet ovat tärkeitä ja kuinka niitä punnitaan. Lihavuusleikkauksia koskevia aiempia tutkimuksia on laadittu ennen kaikkea lääketieteen ja hoitotieteen aloilla. Kuluttajatutkimuksen alaan kuuluvaa lihavuusleikkaukseen liittyvää aiempaa tutkimusta ei ole tätä kirjoittaessa tiedossa. Kuitenkin lihavuusleikkaukseen hakeutuvan henkilön toimintaa on perusteltua tarkastella myös kuluttajakäyttäytymisenä, sillä ainakin teoriassa leikkaukseen hakeutuva voi tehdä valinnan eri palveluntuottajien välillä. Toisaalta palveluntuottajat tarvitsevat tietoa kuluttajan toiminnasta voidakseen parantaa asiakaskohtauksia.

Kuluttajan ostokäyttäytyminen on ollut tutkimuskohteena laajasti vuosikymmenten ajan. Kuluttajan valintoja on tutkittu sekä rationaalisen päätöksenteon että konstruktiiivisesti rakentuvan prosessin näkökulmista (Solomon, Bamossy, Askegaard & Hogg, 2006; Bettman, Luce & Payne, 1998). Emootioiden vaikutusta kuluttajakäyttäytymiseen on perinteisesti tutkittu ennen kaikkea markkinointiviestintää palveleviin tarkoituksiin, mutta viime vuosina tutkimus on laajentunut muihinkin kuluttajan toiminnan näkökulmiin, kuten kulutuspäätöksiin ja -kokemuksiin (Bagozzi, Gopinath & Nyer, 1999; Luce ym. 2001). Myös negatiivisten emootioiden vaikutusta kuluttajan toimintaan on alettu tutkia (Talvio, 2011). Emootiot toimivat kulutuksen taustalla siten, että monet tavoitehakuiset pyrkimykset, kuten liikuntaharrastus tai kauneuskirurgian käyttö ovat vahvasti kytkeytyneitä emootioihin. (Beruchashvili ym. 2013, 18.)

Tällä tutkimuksella tavoitellaan kapealta osalta lisävalaistusta myös siihen, kuinka 2010-luvun kuluttaja kokee valinnanvapauden toteutumisen sekä roolinsa kuluttajana julkisen ja yksityisen terveystalouden markkinoilla. Keskustelu sosiaali- ja terveystalouden tuottamisesta ja rahoittamisesta on aktiivisessa vaiheessa. Yksityisen palvelutuotannon tulevaan rooliin liittyy edelleen kysymysmerkkejä. Sipilän hallituksen ohjelmalinjaukset ja syksyllä 2015 esitelty sosiaali- ja terveystalouden uudistus antavat viitteitä yksityisen palveluntarjonnan kasvavasta merkityksestä.

Väitöskirjatutkimuksessaan Satu Jäntti toteaa, että Suomessa olisi tärkeää lisätä terveystalouden valinnan kansalaisten näkökulmasta tuotetun tiedon määrää.

Kansainvälistä tutkimusta on tehty New Public Management-ajattelun innoittamana, mutta kansallista tutkimusta puuttuu. (Jäntti, 2008, 176.) Jäntti viitanee omaan tieteenalaansa eli terveyshallintotieteisiin. Tämä tutkimus sijoittuu markkinoinnin ja kuluttajatutkimuksen kenttään, mutta kohteena on yhtäkaikki kansalainen, kuluttaja ja hänen kokemuksensa terveyspalvelujen valinnassa. Terveyspalveluihin liittyvää tyytyväisyyttä ovat tutkineet Dubé, Belanger ja Trudeau (1996), jotka korostavat potilaiden tunnekokemusten selvittämisen tärkeyttä. Emootiot tiedostamalla palvelutarjoajat voivat vaikuttaa asiakastyytyväisyyteen.

Lihavuusleikkaus on minulle tutkimuskohteena omakohtainen. Oma leikkaukseni suoritettiin vuonna 2013 yksityissairaalassa. Leikkaus ja sitä seurannut laihtuminen ovat parantaneet elämänlaatuani mullistavasti. Painoindeksini on laskenut sairaalloisesta lihavuudesta (53) lievään lihavuuteen (27). Ensimmäistä kertaa aikuisiälläni voin kokea olevani fyysisesti normaali. Kokemus on ollut erittäin myönteinen, mutta toisaalta silmiä avaava: suhtautuminen ylipainoiseen minään on ollut kovin erilaista kuin hoikemman minän saama kohtelu.

Aiheen omakohtaisuudesta johtuen minun tulee tutkimuksen laatijana olla poikkeuksellisen huolellinen tutkimuksen objektiivisuuden suhteen. Toisaalta jotkin taustatiedot ja tietolähteet ovat olleet jo lähtötilanteessa tuttuja, mikä on helpottanut työhön ryhtymistäni. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuskohteen omakohtaisesta ymmärryksestä voi olla hyötyä esimerkiksi luottamuksen luomisessa haastattelutilanteessa (Rubin & Rubin, 2005).

1.2 Tutkimuksen tavoite ja tutkimusongelmat

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, kuinka kuluttaja toimii hakeutessaan vaativaan leikkaukseen. Tutkimuksessa pyritään ymmärtämään kuluttajan kokemuksia ja valintaprosessia lihavuusleikkauksen hoitopolulla.

Hoitopolku määritellään tässä tutkimuksessa ostopäätösprosessiksi, ostopolkuksi, koska kuluttajan on ainakin teoreettisesti mahdollisuus tehdä valintoja palvelun hankkimiseksi.

Päätutkimuskysymyksenä on selvittää, millaisten käännekohtien kautta kuluttajan lihavuusleikkaukseen hakeutumisen ostopolku kulkee. Päätutkimuskysymys jakautuu kolmeen alakysymykseen:

- Mikä toimii motivaation lähteenä lihavuusleikkaukseen hakeutumiselle?
- Millaisia emootioita kuluttaja kokee ostopolun aikana ja kuinka ne vaikuttavat hänen toimintaansa?
- Millaisia pohdintoja ja vaikeita valintoja (trade-off) kuluttajan ostopolku sisältää

Tutkimusongelmiin haetaan vastausta kuvailevalla ja ymmärtävällä otteella. Tavoitteena on kuvata ja ymmärtää ostopäätösprosessiin liittyviä vaiheita, valintoja ja emootioita. Tutkimus suoritetaan laadullisena tutkimuksena teemahaastatteluin.

1.3 Tutkimuksen keskeiset käsitteet

Tutkimuksen keskeiset käsitteet ovat kuluttaja, ostopolku, lihavuusleikkaus, emootio ja trade-off. Seuraavaksi määritellään, mitä näillä käsitteillä tässä tutkimuksessa tarkoitetaan.

Kuluttaja on yksilö tai kotitalous, joka ostaa tuotteita tai palveluita henkilökohtaiseen käyttöönsä (Kotler & Armstrong, 2012, 93). Tässä tutkimuksessa kuluttaja on lihavuusleikkaukseen hakeutuva henkilö, riippumatta siitä, valitseeko hän julkisen tai yksityisen palveluntarjoajan vaihtoehdon. Oletuksena on, että kuluttaja voi tehdä itse valintoja. Kuluttaja-nimikettä käytetään tässä tutkimuksessa yleisnimikkeenä, joka käsittää myös potilaan, asiakkaan ja kansalaisen roolit. (Tuorila 2000, 33–35; Toiviainen 2007, 16–17; Jäntti 2008, 44.)

Ostopolku tarkoittaa tässä tutkimuksessa kuluttajan vaiheittain etenevää matkaa kohti lihavuusleikkausta. Ostopolun synonyymeja tässä tutkimuksessa voivat olla hoitopolku ja ostopäätösprosessi. Ostopolun oletusmallina on kuluttajan viisivaiheinen ostopäätösprosessi. Vaiheet ovat tarpeen tunnistaminen, tiedon hankinta, vaihtoehtojen arviointi, ostos sekä ostos jälkeinen arviointi ja kokemukset. (Sheth & Mittal 2004, 275.)

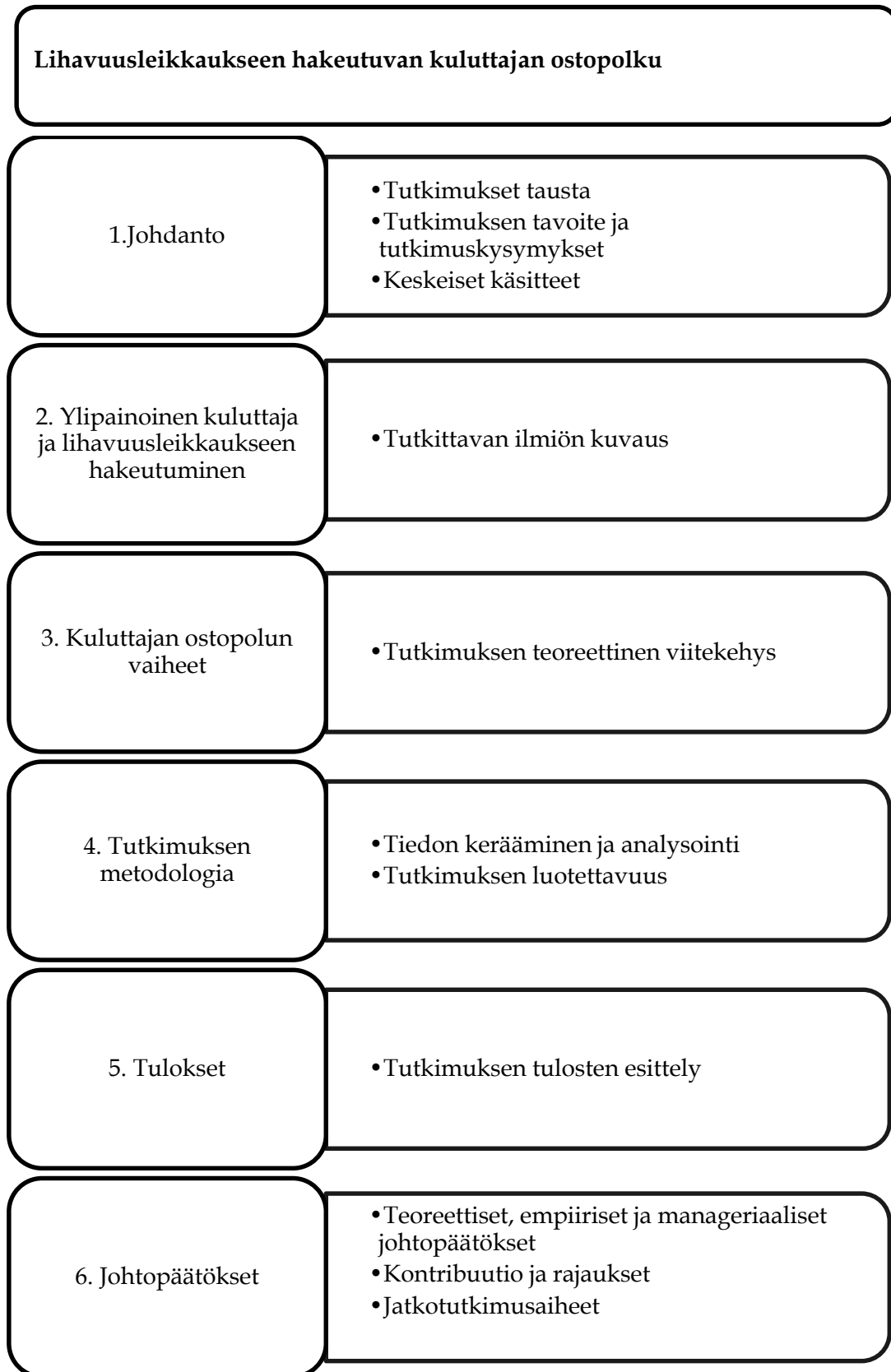
Lihavuusleikkaus on vaikean ylipainon hoitomuoto, jossa mahalaukkua muovataan kirurgisesti. Lihavuusleikkaukseen hakeutuminen on korkean sitoutumisen palveluprosessi, jonka yksi vaihe itse lihavuusleikkauksen suorittaminen on. (Mustajoki ym. 2009, 2251.)

Emootio on mielen valmiustila, joka syntyy yksilön kannalta tärkeiden tapahtumien tai ajatusten kognitiivisesta arvioinnista. Emootioilla on kohde, viittaus tai tarkoitus, joka johtaa usein toimiin. Emootiot ovat itselle ja toisille suunnattua viestintää, jonka tarkoituksena on antaa merkkejä tarpeiden ja päämäärien kannalta tärkeistä tapahtumista. Emootiot vaikuttavat kuluttajan päätöksentekoon ja tiedonprosessointiin. Synonyyminä voidaan käyttää tässä tutkimuksessa sanaa tunne. (Bagozzi ym. 1999, 184–202, Luce ym. 2001, 11–12.)

Trade-off tarkoittaa kuluttajan suorittamaa vaikeaa valintaa. Trade-off-tilanteeseen kuluttaja joutuu silloin, kun päätöstilanteessa on valittavana keskenään ristiriitaisia tavoitteita. Tällöin kuluttaja joutuu pohtimaan, mikä päätökseen liittyvistä tärkeistä päämääristä on keskeisin, ja mistä hän on valmis luopumaan. (Luce ym. 2001, 3–5.)

1.4 Tutkielman rakenne

Tutkimusraportin eteneminen kuvataan kuviossa 1.



KUVIO 1 Tutkielman rakenne

Aluksi luvussa 2 Ylipainoinen kuluttaja ja lihavuusleikkaukseen hakeutuminen taustoitetaan tutkittavaa ilmiötä. Ensin valotetaan kuluttajan roolia terveyspalvelujen markkinoilla aiempien tutkimusten pohjalta. Sitten rakennetaan taustaa ylipainoisen kuluttajan emootioiden ja identiteetin ymmärtämiselle. Lopuksi kuvataan lihavuusleikkausta palveluna sekä esitellään terveyspalvelujen markkinoinnin erityispiirteitä.

Tutkimuksen teorettinen viitekehys rakennetaan 3. luvussa Kuluttajan ostopolun vaiheet, jossa esitellään kuluttajan ostopäätösprosessi vaihemallina sekä konstruktivisena prosessina. Erityisen huomion kohteeksi nostetaan kuluttajavalintoihin liittyvät tarve ja motivaatio, emootiot sekä vaihtoehtojen arviointi ja trade-off-valinnat. Luvun lopuksi kootaan yhteen tutkimuksen teorettinen viitekehys.

Teoreettisen viitekehysten jälkeen esitellään valitut tutkimusmenetelmät. Tutkimuksen metodologia -luvussa luodaan katsaus tutkimuksessa käytettäviin metodeihin ja kvalitatiivisen tutkimuksen luonteeseen, haastatteluista aineistonkeruumenetelminä sekä aineistonkeruun toteuttamisesta. Luku päättyy tutkimuksen luotettavuuden arviointiin.

Tulososio eli luku 5 esittelee kootun aineiston pohjalta tutkimuksen tulokset. Tulosten analysointi ja suhteuttaminen teorettiseen viitekehukseen tapahtuu 6. luvussa Johtopäätökset, jossa myös ehdotetaan aiheita jatkotutkimukselle.

2 YLIPAINOINEN KULUTTAJA JA LIHAVUUSLEIKKAUKSEEN HAKEUTUMINEN

Tässä luvussa muodostetaan maisema, jossa luvussa 3 kuvattava kuluttajan ostopolku kulkee. Luvun tavoitteena taustoittaa tutkittavaa ilmiötä ja auttaa paikantamaan kuluttajan ostopolussa niitä olennaisia kohtia, joihin tutkimuksessa keskitytään. Lisäksi luvun tehtävänä on varmistaa, että tutkijalle omakohtaista aihetta tarkastellaan objektiivisesti.

Aluksi hahmotellaan aiemman kirjallisuuden pohjalta kuluttajan roolia terveyspalvelujen kentässä. Ylipainoisen kuluttajan kokemusten ymmärtämiseksi tarkastellaan myös joitakin lihavuuden kokemiseen ja painonpudottamiseen liittyviä tutkimuksia. Luku käsittelee myös lihavuusleikkauksien tarjontaa ja markkinatilannetta Suomessa sekä terveyspalvelua palveluprosessina. Terveyspalvelujen markkinan laadusta johtuen tässä luvussa käsiteltävä kirjallisuus ulottuu markkinoinnin ja kuluttajatutkimuksen ulkopuolelle muun muassa terveystieteeseen, sosiaalipolitiikkaan ja lääketieteeseen.

2.1 Kuluttaja – kansalainen, potilas ja asiakas

Kuluttaja on yksilö tai kotitalous, joka hankkii henkilökohtaiseen käyttöönsä tuotteita tai palveluksia (Kotler ym. 2012, 93). Käsitys potilaasta kuluttajana on lähtöisin sekä kuluttajaliikkeestä että kaupallisen mallin tulosta terveydenhuoltoon. Konsumerismin eli potilaan aseman ja valinnanvapauden korostamisen esiinmarssin myötä palvelujen käyttäjän voimaantuminen on noussut tutkimuskohteeksi myös terveyspalvelujen alalla. (Toiviainen, 2007, 13)

Aiheeseen liittyy runsaasti tutkimusta varsinkin sellaisissa maissa, joissa terveydenhuoltopalvelujen tuottamisessa yksityisellä sektorilla on suuri merkitys tai joissa on muutoin mahdollistettu yksilön valinnan vapauden toteutuminen. Keskustelua on käyty uuden julkisjohtamisen (New Public Management, NMP) kentässä erityisesti Yhdysvalloissa, Uudessa Seelannissa ja Isossa Britanniassa. NMP:n ajattelussa nostetaan esiin ajatuksia kansalaisesta valintoja tekevänä kuluttajana ja samanaikaisesti veroja maksavana rahoittajana. Suomessa keskustelua ja tutkimustoimintaa kansalaisten valinnanvapaudesta on virinnyt erityisesti 1990- ja 2000-luvulla. (Jäntti, 2008, 28) Samaan aikaan sähköisten palvelujen tulo terveystieteillä on muovannut perinteisiä lääkärin ja potilaan rooleja (Autio, Helovuori & Autio, 2012, 40).

Aihepiiriä koskevissa suomalaisissa väitöskirjatutkimuksissa on pyritty määrittelemään kansalaisen, potilaan, kuluttajan ja asiakkaan käsitteet. Muun muassa Tuorila (2000), Jäntti (2007) sekä Toiviainen (2008) ovat eri tieteenalojen näkökulmista lähestyneet terveyspalvelujen valintaa ja terveystieteitä.

Helena Tuorilan sosiaalipolitiikan alaan kuuluvassa väitöksessä selvitetään potilaskuluttajan asemaa terveystarkkainnoilla erityisesti käyttäjien oikeuksien toteutumisen näkökulmasta. Tuorilan mukaan potilaana pidetään henkilöä, joka on hoidettavana jossakin hoitolaitoksessa tai on muuten lääkärin tai muun sairaanhoitotoimen harjoittajan hoidossa. Potilas on siis toimenpiteiden kohde ja ammattilainen on suhteessa aktiivinen osapuoli, joka toimii potilaan parhaaksi ammattilainen oman harkintansa mukaisesti. Tuorila toteaa, että Suomessa vallitsee edelleen potilaan puolesta tietävä ja päättävä, auktoriteettiasemaan tukeutuva hoitokulttuuri, jossa potilaalla on alistunut rooli. (Tuorila 2000, 32–33)

Kuluttaja on Tuorilan (2000, 33–35) mukaan yleisesti kaupalliseen toimintaa liittyvä käsite, joka ei ole sidottu mihinkään toimialaan. Kuluttaja voi kuluttaa mitä tahansa hyödykkeitä tiedollisten ja taloudellisten voimavarojensa rajoissa. Kuluttajuudelle on olennaista yksilöllisyys, erilaisuus, usko itseen sekä halu käyttää taloudellisia mahdollisuuksia hyväksi. Asemaan liittyy myös terve itsekkyyttä, valistunut itseintressi sekä vastuu tekojen seurauksista. Kuluttaja hankkii tietoja ja tekee vertailuja. Tuorila esittää, että kuluttaja-käsite ei täysin sovellu terveydenhuollon kenttään, koska a) terveystarkkainnoita ei kuluteta vaan käytetään tarvittaessa, b) joissakin tilanteissa, esimerkiksi tajuttomuuden tai kivun vuoksi, henkilö voi itse olla vain rajoitetusti aktiivinen ja c) informaatio on epätasaisesti jakautunutta.

Näistä rajoitteista johtuen Tuorila (2000, 35–36) kutsuu yksityisten terveystarkkainnojen käyttäjää potilaskuluttajaksi. Käsite sulauttaa yhteen terveystarkkainnoihin liittyvän potilaan ja yleisen kuluttajan roolit. Potilaskuluttajat määrittävät tunteviksi, suunnitteleviksi ja asioita arvottaviksi henkilöiksi, jotka ovat tietoisia itsestään ja ympäristöstään. Rooli huomioi sekä potilaan sidonnaisuuden asiantuntijan tekemään hoitopäätökseen että kuluttajan vapauden valita. Potilaskuluttaja on kykenevä tiedostamaan tarpeensa, ilmaisemaan ne sekä etsimään ja vertailemaan tietoa tarpeen tyydyttävän valinnan suorittamiseksi.

Lääkäriaseman valintaan liittyvien tulosten valossa Tuorilan tutkimassa potilaskuluttaja ei ole kuitenkaan sisäistänyt yksityisen sektorin kaupallista toimintamallia, vaan toimii yksityisiä palveluja ostaessaan niin kuin hän toimisi julkisia palveluja hankkiessaan. Yksityiselle sektorille hakeudutaan, koska koetaan, että palveluksia ei ole mahdollista saada julkiselta sektorilta. Palveluja käyttäessään potilaskuluttaja kuitenkin taantuu passiiviseen vastaanottajan rooliin. Tämä johtuu siitä, että kansalaiset ovat kasvaneet sisään julkiseen terveydenhoitojärjestelmään. Riittämättömästä tiedosta johtuen potilaskuluttajan tekemät arvioinnit pohjautuvat fyysisiin ja psyykkisiin tuntemuksiin. (Tuorila 2000, 139–148.)

Kuluttaja-kansalaisen valinnanvapaudesta ja kuluttajan voimaantumisen suhteesta julkiseen palvelutuotantoon on käyty pohjoismaista keskustelua 1990-luvulta alkaen (Norén, 2010, 153). Kuluttajan on kuitenkin vaikea arvioida eri vaihtoehtoja ja tehdä aitoja valintoja, koska saatavilla ei ole riittävästi tietoa. Norénin mukaan tietovajetta ovat ryhtyneet täyttämään kuluttajien omat vapaaehtoisorganisaatiot. Lihavuusleikkauksen kohdalla merkittäviksi informaatioväyliksi ovat nousseet vertaistukiryhmät ja verkkoyhteisöt.

Helena Toiviainen (2007) tutki konsumerismia lääketieteen alaan kuuluvassa väitöskirjassaan. Hän tarkasteli potilaiden, kuluttajien ja potilasjärjestöjen aktiivista

toimintaa sekä erityisesti lääkäreiden kokemuksia ja näkemyksiä potilaista kuluttajina. Toiviainen käyttää tutkimuksessaan Tuorilan tapaan kaksoiskäsitettä, nyt muodossa kuluttaja-potilas. Toiviaisen määritelmässä kuluttaja-potilas on aktiivinen kuluttaja ja potilas, joka tekee kliinistä hoitoaan koskevia valintoja ennen lääkärin diagnoosia. Perinteinen potilas-termi on institutionaalinen suhdekuvaus: sairas ihminen suhteessa ammatinharjoittajaan. Kuluttaja-nimikettä vierastetaan, koska aktiiviset kuluttajat ravistelevat perinteitä ja haastavat lääketieteellisen asiantuntijuuden. Potilas toimii kuluttajana silloin, kun hänellä on tietoa valintojen tekemiseksi, hän kykenee valitsemaan ja hänen valintansa vaikuttaa palveluntarjoajan toimintaan. Kuluttajan rooliin liittyy pakkoaktiivisuus tiedonhankinnassa.

Toiviainen esittää pohdintaa toimijoiden roolin muutoksen vaikutuksista terveyspolitiikkaan järjestelmätasolla, ja katsoo, että asiakkaiden valintojen korostaminen, markkinaideologia sekä teknologioiden ja palvelujen markkinointi voivat viedä kohti yksityistä vakuutusjärjestelmää. Konsumerismi ei voi koskaan koskea koko terveydenhuoltoa, vaan valinnanvapaus rajoittuu vain tiettyihin hoitomuotoihin (Toiviainen 2007, 16–17, 160–161.)

Satu Jäntti on väitöstutkimuksessaan vuonna 2008 selvittänyt yksilön terveyspalvelujen valintaa yhteiskuntatieteellisen, erityisesti terveyshallintotieteellisellä tutkimusalalla. Jäntti rakentaa kolmivaiheisen mallin terveyspalvelujen valinnasta sekä julkista että yksityistä sektoria koskien ja selvittää sen avulla lääkäripalvelujen valinnan taustatekijöitä.

Jäntti lähestyy potilaan, asiakkaan, kuluttajan määritelmiä lääkärin valtaan ja kansalaisen valinnan vapauden suhteen kautta. Kansalaisen rooleja terveyspalvelujen valinnassa voidaan kuvata kuvion 2. mukaisella nelikentällä, jossa kansalaisen valintaan liittyy niin sanottu agenttivaikutus. Tyypillisimmin agenttina toimii lääkäri, jolla on valtaa vaikuttaa kansalaisen valintaan. (Jäntti, 2008,43).

	Kansalaisen vapaus valita PIENI	Kansalaisen vapaus valita SUURI
Agentin (lääkärin) valta PIENI	Potilas (jaettu D)	Kuluttaja (I)
Agentin (lääkärin) valta SUURI	Potilas (D)	Asiakas (jaettu I)

KUVIO 2 Kansalaisen roolit terveyspalvelujen valinnassa suhteessa omaan ja lääkärin valinnan vapauteen (Jäntti 2008, 43)

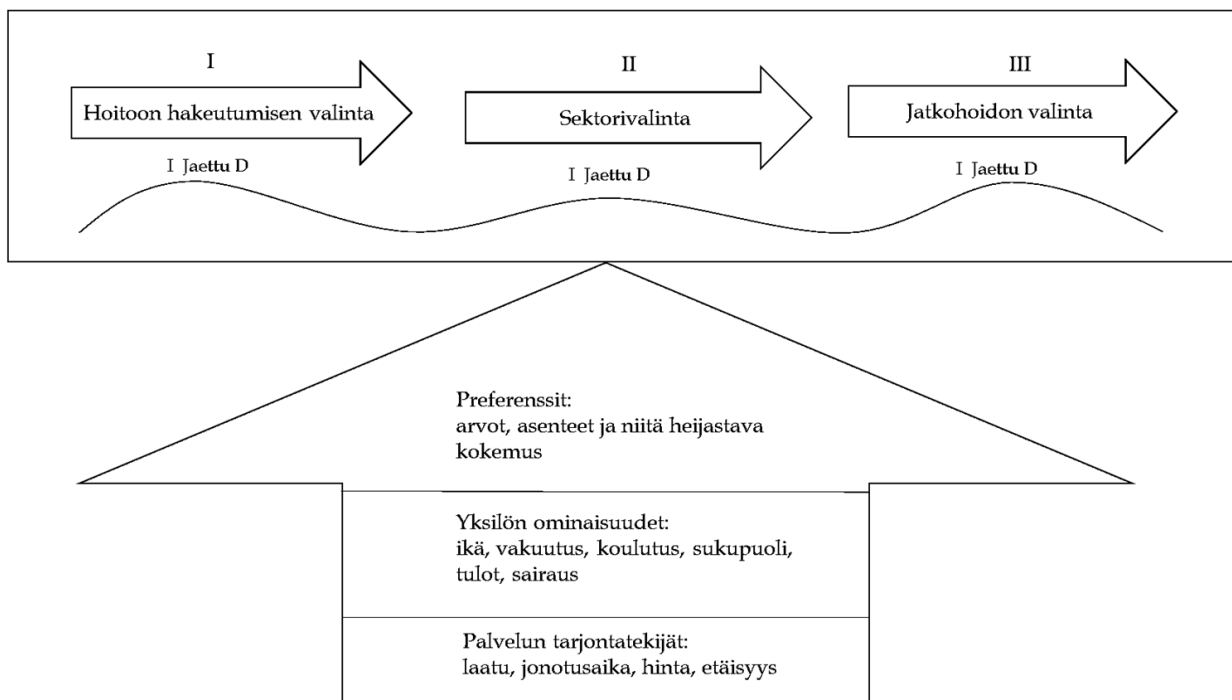
Terveyspalvelun valinta on joko indeterministinen, deterministinen tai jaettu. Tällä Jäntti kuvaa sitä, onko yksilö tehnyt vapaasti valintansa (indeterministinen, I) vai onko valinnan tehnyt joku toinen tai onko yksilö joutunut pakotetusti tai jonkun ohjaamana tekemään valintansa (deterministinen, D). Jos valinta on jaettua, on valinta tehty yhdessä jonkun muun kanssa ja valinnanvapaus on ollut jaettua. (Jäntti 2008, 40).

Potilaan rooli tyypillinen monille julkisille organisaatioille, koska julkisilla organisaatiolla on palvelutarjonnassa usein monopoli ja erilaiset säännöt vaikuttavat potilaan mahdollisuuksiin vaikuttaa hoitoonsa liittyviin valintoihin. (Jäntti 2008, 44).

Kun kansalaisesta tulee kuluttaja, alkaa hän tässä roolissa tehdä valintoja itse, ja lääkäri-agentti voi vaikuttaa ohjauksellaan vähemmän. Rooli muistuttaa muihin palveluihin liittyvää kulutuskäyttäytymistä. Julkinen palvelutuotanto ei Jäntin (2008, 44) mukaan suosi tällaista kuluja aiheuttavaa konsumerismia, ja kuluttajan käytöstä voidaan hillitä esimerkiksi jonotusajoilla.

Asiakkaan rooliin kansalainen siirtyy useimmiten hankkiessaan palvelun yksityiseltä palveluntuottajalta. Jäntin mukaan tässä valintatilanteessa on molemminpuolinen intressi. Valintoihin vaikutetaan yhdessä neuvotellen, ja valinnanvapaus on jaettua yhdessä valitsemista. (Jäntti 2008, 44–45).

Jäntti esittää, että lääkäripalvelun valinta tapahtuu kolmivaiheisella valintapolulla. Malli esitetään kuviossa 3.



KUVIO 3 Lääkäripalveluiden kolmivaiheinen valintamalli (Jäntti 2008, 40)

Valinta etenee siten, että ensimmäisenä mentaalisenä valintana on hoitoon hakeutumisen valinta. Sen jälkeen seuraa valinta hoitopaikasta. Palvelutilanteessa vastaanotolla päätetään jatkohoidosta. Mallin jokaiseen vaiheeseen vaikuttavat yksilöstä ja ympäristöstä lähtevät tekijät, kuten preferenssit (arvot, asenteet, kokemus), yksilön ominaisuudet (ikä, vakuutus, koulutus, sukupuoli, tulot, sairaus) sekä palvelun tarjontatekijät (laatu, jonotusaika, hinta, etäisyys). (Jäntti 2008, 40–41.)

Jäntti toteaa tutkimuksensa tuloksena, että kansalaisen valinnanvapaus oli todellista hänen valitessaan yksityistä lääkäripalvelua. Väestön todennäköisyyttä va-

lita yksityinen lääkäripalvelu lisäsivät yksityinen sairausvakuutus, yksityisen terveystalouden käyttöhistoria ja oman valinnan mahdollisuus. Sen sijaan julkisen lääkäripalvelun valinta oli enemmistölle vastaajista ohjattu tai vaihtoehtoton valinta. Todennäköisyys valita julkinen kasvoi, jos oli aiemmin käytetty julkista terveydenhuoltoa, hoitosuhde oli vakiintunut tai terveystaloutta ei ollut aiemmin juuri tarvittu. Yksityisen lääkäripalvelun valinnan perusteena oli usein yksityisen palvelun korkeaksi koettu laatu sekä oman valinnan mahdollisuus. Julkisen palvelun valinta perusteltiin puolestaan samoin korkeaksi koetulla laadulla sekä palvelun edullisuudella. (Jäntti 2008, 170–171.)

Autio, Helovuori ja Autio (2012) ovat selvittäneet potilaskuluttajan ja lääkärin muuttuvia rooleja sähköistyville terveystaloutteilla. Perinteisen potilaan roolin nähdään olevan muuttumassa: sähköisesti saatavilla olevan tiedon avulla potilaskuluttajasta on muovautumassa aktiivinen asiakas, terveystiedon etsijä ja omien maallikkodiagnoosien luoja, joka odottaa lääkäriltä asiakaspalvelua ja tasavertaista kohtelua. Potilas-käsite on peräisin latinankielisestä sanasta "patiens", joka sisältää viittauksen kipuun ja kärsimykseen. Ilmaisuuksella tarkoitetaan myös kärsivällisyyttä. Potilas kestää viivytyksiä ja ongelmiaan malttaen menettämättä. Potilaan rooli on kuitenkin viime vuosina laajentunut kohti potilaskuluttajuutta, terveystaloutteiden kuluttajuutta ja asiakkuutta sekä maallikkoasiantuntijuutta. Voidaan jopa puhua terveystaloutteiden shoppailijoista, kun maksava asiakas valitsee palvelun tuottajan. Esimerkkeinä terveystaloutteiden kohteista ovat kauneuskirurgia, näöntarkastukset sekä painonhallintapalvelut. (Autio ym., 2012, 45.)

Tässä tutkimuksessa rajattua sairaalapalvelua hankkivaa eli lihavuusleikkaukseen hakeutuvaa henkilöä tutkitaan ensisijaisesti kuluttajana eli yksilönä, jonka hankkii palveluksia henkilökohtaiseen käyttöönsä. Lihavuusleikkaukset ovat saatavilla sekä julkisesti että yksityisesti, joten ainakin teoreettisesti valinnanmahdollisuus on olemassa. Kipu, tajuttomuus tai muu terveydellisen seikka ei estä leikkaukseen hakeutuvaa henkilöä suorittamasta tiedonhakuja ja vertailua. Tietoa on julkisesti saatavilla runsaasti, erityisesti sähköisessä muodossa internetissä.

2.2 Ylipainoinen kuluttaja, emootiot ja identiteetti

Ruumisnormi eli terveen, normaalin ja kauniin ruumiin ihanteet vaihtelevat kulttuurista ja ajasta toiseen (Harjunen & Kyrölä, 2007, 22). Ruumisnormitutkimuksen uranuurtajan Susan Bordon (2003) mukaan ruumiillisesta muodosta on tullut länsimaisen yksilön moraalisen ja henkisen tilan symboli. Hoikkuus on kiistatta vallitseva kauneusihanne länsimaisissa. Erityisesti tiedotusvälineet ylläpitävät kuvaa "normaalista" vartalosta, jota kuluttajan tulee tavoitella. Mediassa lihavuus esitetään ongelmana, taloudellisena ja terveydellisenä uhkana, millä on luonnollisesti vaikutusta kuluttajien kuvaan omasta ja toisten ruumista. (Kyrölä, 2014).

Lihavuutta on aina 2000-luvulle saakka tutkittu lähinnä terveys- ja väestöpoliittisena ongelmana, sivuuttaen kulttuuriset, sosiaaliset ja kokemukselliset näkö-

kulmat (Harjunen ym. 2007, 9-14). Kulttuurin ote kehosta on kuitenkin jatkuva, intiimi ja jokapäiväinen. Ruumis on kulttuurin väline ja se ilmentää vahvoja kulttuurisia symboleita, sääntöjä ja hierarkioita (Bordo 2003, 17; 165). Hoikkuuteen liittyvä kulttuurinen normi voikin vaikuttaa myös siihen, miksi ja miten lihavuutta halutaan hoitaa – terveydellisten näkökohtien ohella.

Yhdysvalloissa on syntynyt lihavuustutkimukseen Fat studies- suuntaus, jolla on poliittisia ja sosiaalisia tavoitteita lihavuuden hyväksymiseksi. Fat Studies-tutkimuksessa puhutaan nimenomaisesti lihavuudesta, pyrkien eroon painoindeksiin sidotuista määritelmistä liikalihavuus (obesity) ja ylipaino (overweight). Lihava ei siis ole mitään ”liikaa” tai ”yli”, jolloin lihavuutta voidaan lähestyä muutoinkin kuin terveystriskinä – ruumiissa elämisen tapana ja ruumiin muotona. Suomen kielessä terminologinen ero ei ole niin selvä kuin englanniksi, ja Suomessa tutkijat käyttävät lihavuutta ylipainon synonyyminä. (Harjunen ym. 2007, 15-16.)

Lihavuuden yksipuoliseen tutkimiseen ja mediakäsittelyyn voi olla syynä lihavuuden medikalisaatio. Medikalisaatiossa fyysisiä ja psyykkisiä tiloja määritellään sairauksiksi, häiriöksi tai oireyhtymiksi, jolloin esimerkiksi lääketeollisuus voi tarjota niihin uusia hoitoja. Tältä pohjalta katsotaan, että myös lihavuutta on perusteltua hoitaa ja hallita lääketieteen menetelmin. Tutkijat nostavat esiin kysymyksen siitä, onko fyysisen hyvinvoinnin parantamisen taustalla myös pyrkimys sosiaaliseen hyväksyntään. Hoitoon ollaan valmiita käyttämään suuriakin rahasummia, koska terveyden lisäksi voidaan saavuttaa seksuaalista viehätysvoimaa tai tunnetta onnistumisesta mallikelpoisena kansalaisena. Lääketeollisuus sekä erilaisia laihdutuspalveluja tarjoavat yritykset voivat medikalisaation myötä tavoitella kasvavaa taloudellisen hyötyä hoito- ja lääketulojen kautta. (Harjunen ym. 2007, 18-19.)

Lihavuuteen liittyy kulttuurinen stigma. Stigmalla tarkoitetaan leimaavia ominaisuuksia, jotka heikentävät henkilön sosiaalista statusta ja vaikuttavat negatiivisesti yksilön sosiaaliseen identiteettiin ja minäkuvaan. Stigman seurauksena voi syntyä myös syrjintää, torjuntaa tai marginalisoitumista. (Harjunen ym. 2007, 28)

Lihavuuden stigma kertoo siitä, että vallitsevien kauneusihanteiden rikkoja ei ole kyennyt ponnistelemaan hyvinvointinsa eteen kylliksi. Vallitseva kulttuurin toisaalta arvostaa itsekuria ja asketismia, toisaalta kannustaa hedonismiin. Tahdonvoiman ihannoinnilla on syvät juuret protestanttisessa etiikassa ja itsekuria pidetään moraalisenä velvollisuutena. Vartalo voi symboloida kuluttajille henkilökohtaista arvoa, sosiaalista asemaa, elämäntyylin ansioita ja ennen kaikkea oman elämän hallinnan astetta. Näillä ”sosiaalistuneeseen ruumiiseen” liitetyillä merkityksillä on vaikutuksensa kuluttajan tekemiin kulutusvalintoihin. (Thompson & Hirschman, 1995, 147-151).

Stigma synnyttää siis päätelmiä yksilön näkymättömistä ominaisuuksista eli oletuksia henkisistä tai moraalista heikkouksista (Harjunen ym. 2007, 28). Bordon (2003, 17) mukaan treenattu vartalo kuvastaa sitä, että ihminen pitää huolta itsestään ja välittää siitä, mitä näyttää muiden silmissä. Itsestään välittäminen symboloi tahtoa, impulssien hallintaa ja kykyä muovata elämäänsä. Vastakohtaisesti lihavuus merkitsee näiden ominaisuuksien puutetta. Valta voidaan ottaa omiin käsiin paitsi kehoa treenaamalla, myös esimerkiksi kauneuskirurgiaa käyttämällä. Pajala

(2007, 84) toteaa, että sosiaalisten normien kannalta olennaista on, että normin mukaisesta käyttäytymisestä palkitaan ja poikkeamista rangaistaan.

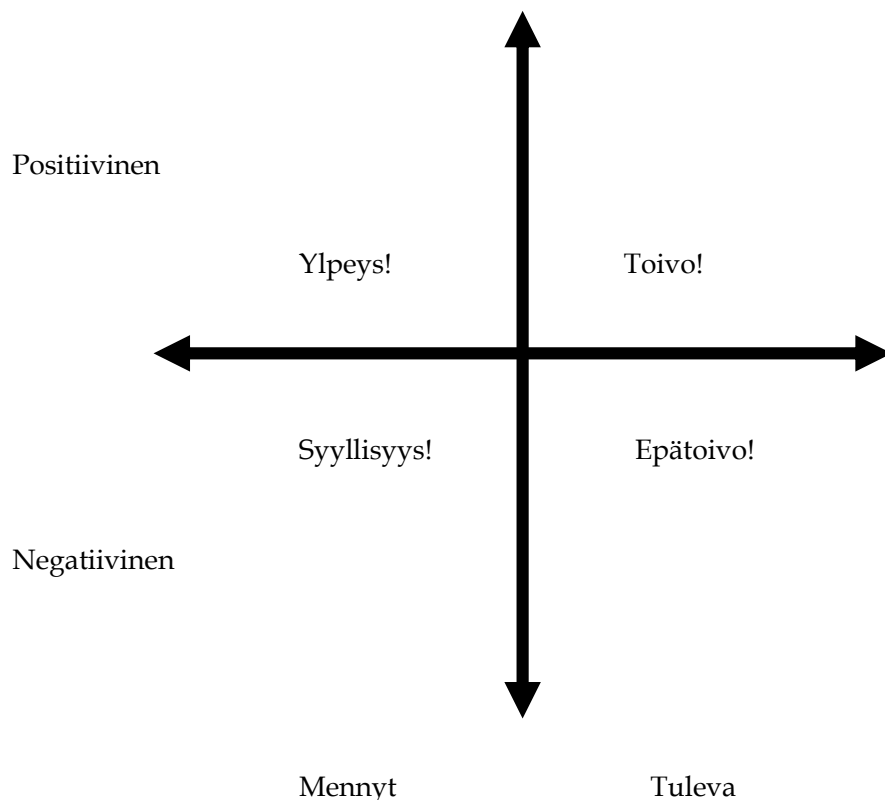
Beruchashvili, Moisio ja Gentry (2013) ovat tutkineet ylipainoa, laihduttamista ja niihin liittyviä tunteita ja uskomuksia Painonvartijoiden ryhmälaihdutuksen kontekstissa. Suomen markkinoilta jo poistunut, mutta muualla toimintaansa yhä jatkava Painonvartijat on onnistunut luomaan laihtumiseen liittyvästä toivosta arvokkaan elementin oman brändinsä kannalta.

Toivo on tunne, joka liittyy kuluttajalle tärkeän päämäärän tavoitteluun. Markkinoilla toivo myy. Beruchashvili ym. kytkvät toivon kristilliseen pelastuskäsitykseen ja vertaavat laihduttajia hyvinvoinnin luvattua maata tavoitteleviin pyhiinvaeltajiin. Toivo vahvistuu, jos ympärillä on samaa tavoitteleva ryhmä. Toivo edustaa käännettä pois epätoivosta. Ylipainoinen kuluttaja tuntee epätoivoa, koska ei ole onnistunut vallitsevan moraalikäsityksen mukaisesti pitämään itseään kurissa, hoikkana. Epäonnistuminen vertautuu syntiin ja itsekurin puute saa rangaistuksensa ylipainon kirouksena. Beruchashvilin ym. tutkimat laihduttajat kertovat joutuneensa ”helvettiin”, syvään synkkään kuiluun, josta Painonvartijat tarjoutuu tuomaan heidät takaisin valoon – jos vain uskoa on. Uskonnollinen analogia sisältää myös henkisen uudelleensyntymisen, kun vanha minä voidaan hylätä. Onnistuminen johtaa rituaalinomaiseen kokemusten jakamiseen eli brändin evankelointiin. (Beruchashvili ym. 2013, 1-17).

Laajempana johtopäätöksensä tutkijat esittävät, että kulutuskulttuurin tutkijat eivät ole kylliksi selvittäneet, kuinka emootiot toimivat kulutuksen taustalla. Tavoitehakuiset pyrkimykset, kuten liikunta, kauneuskirurgian käyttö tai monet harrastukset ovat vahvasti kytkeytyneitä emootioihin. Emootioilla on sosiaalinen ja kulttuurinen ulottuvuus. (Beruchashvili ym. 2013, 18.)

Beruchashvili ja Moisio (2013b) ovat tutkineet myös emootioiden ja identiteetin yhteyttä ylipainoisilla henkilöillä. He esittävät, että tunteilla on keskeinen merkitys identiteetin muodostumisessa. Kuluttaminen toimii identiteettiprojektien tukena, ja sosio-historialliset sekä kulttuuriset tekijät vaikuttavat siihen, millaisia identiteettejä kuluttajat tavoittelevat. Tässä luvussa jo mainittu yhteiskunnassa vallitseva pyrkimys fyysiseen kauneuteen vaikuttaa esimerkiksi kauneusleikkausten ja laihdutustuotteiden kysyntään. (Beruchashvili ym. 2013b, 63)

Beruchashvili ja Moisio esittelevät ylipainoisten kuluttajien emotionaalisten identiteettien viitekehysten, jossa kuvataan neljää emootioihin pohjautuvaa identiteettiprojektia. Pohjana käytetään kahta jatkumoa: tunnearvo (positiivinen-negatiivinen) sekä aikaorientaatio (mennyt-tuleva). Negatiivisia emootioita edustavat epätoivo ja syyllisyys. Myönteisiä emootioita ovat toivo ja ylpeys. Ylpeys ja syyllisyys suuntautuvat menneeseen, kun taas epätoivo ja toivo liittyvät nykyhetkeen tai tulevaisuuteen. Emotionaalisten identiteettiprojektien viitekehys kuvataan kuviossa 4.



KUVIO 4 Emotionaalisten identiteettiprojektien viitekehys Beruchashvilin ja Moision mukaan (2013b, 64)

Ylipainoisen identiteettiin kytkeytyy epätoivon tunne. Epätoivon kokeminen kertoo tavallisimmin siitä, että jokin on elämässä mennyt vikaan, elämäntilanteesta on tullut sietämätön, eikä henkilö ole kyennyt saavuttamaan itselleen asettamia tavoitteita. Epätoivon vallassa olevan kuluttajan on vaikea uskoa, että tilanteesta olisi löydettävissä ulospääsyä. Epätoivo voi johtaa toimintakyvyttömyyteen, sillä henkilö saattaa kokea olevansa ansassa. Ylipainoiset kuluttajat kokevat usein olevansa sosiaalisesti poikkeavia. Lihavuus on todistetusti syrjinnän lähde muun muassa työelämässä. Myös terveydenhuollossa on tutkittu olevan ylipainoon liittyvää syrjintää. Sukupuolisesti ylipainosta johtuva syrjintä kohdistuu erityisesti naisiin. Syrjintäkokemukset johtavat omanarvontunnon alenemiseen, stressiin ja jopa masennukseen. (Beruchashvili ym. 2013b, 65.)

Epätoivon liittyvässä ylipainoisten identiteettityössä korostuu välttely ja pakeneminen. Kuluttajat pyrkivät välttämään tilanteita, joissa ylipaino tulee esiin tai muodostuu ongelmaksi, esimerkiksi vaa'alla käynti, vaateostosten teko ja seisovasta pöydästä ruokailu. Toisaalta ylipainoinen voi myös alistua lihavuuden stereotypiaan, sietäen leikinlaskun kustannuksellaan tai myönnellen laihdutustarvetta vailla todellista sitoutumista. Ylipainosta johtuva epätoivo voi myös johtaa kompensoivaan identiteetin muovaamiseen muilla elämänalueilla. (Beruchashvili ym. 2013b, 65–66.)

Syyllisyys syntyy vastauksena oman vastuullisuuden ja tilivelvollisuuden arvioinnista. Keskeisenä syyllisyydentunteen lähteenä on kokemus siitä, että ylipai-

noisuus on omaa syytä. Vallitsevana käsityksenä on, että muutos on täysin kuluttajan omissa käsissä, ja että ylipaino johtuu kuluttajan omista valinnoista. Hoikkouden koetaan edustavan tahdonvoimaa, itseuria ja korkeita moraalisia arvoja, kun taas lihavuus edustaa näiden hyveiden puuttumista. Identiteettityöstössä syyllisyyden tunne johtaa usein tarinoihin, joiden avulla perustellaan, miksi kuluttaja ei ole kyennyt toimimaan sosiaalisesti suotavalla tavalla. Selityksiä haetaan esimerkiksi elämäntilanteesta tai geeneistä. Laihduttaminen nähdään moraalisena velvollisuutena, ja dieetillä oloa ollaan valmiita julistamaan erilaisilla foorumeilla. Laihdutusryhmien tunnustuksellinen käyttäytyminen liittyy syyllisyydentunteesta vapautumiseen. (Beruchashvili ym. 2013b, 66–67.)

Toivo on identiteettiä uudistava tunne. Kuten jo yllä kuvattiin, se on myönteinen emootio, jonka herättää epävarma, mutta mahdollinen päämäärän saavuttaminen. Laihtumiseen liittyy toivo epätyytyväksi koetun elämäntilanteen, heikon itsetunnon, fyysisen viehättävyyden ja kontrollintunteen korjaantumisesta. Laihtuminen edustaa mullistavaa ja välittömästi näkyvää muutosta, mistä johtuen ylipainoisten kuluttajien arvioidaan olevan jatkuvan toiveikkuuden vallassa. Tätä tilaa voidaan kutsua myös väärän toivon syndroomaksi, sillä ainaista laihduttamista jatketaan aiemmista epäonnistumista huolimatta. Laihduttaminen koetaan joka tapauksessa merkittäväksi ponnahduslaudaksi kuluttajalle tärkeiden päämäärien – terveys, kauneus, sosiaalinen menestys, henkilökohtainen onnellisuus – saavuttamiseksi. Toivoa kokevat kuluttajat ovat muita alttiimpia laihdutus tuotteiden ja – palveluiden lupauksille, jopa siinä määrin, etteivät huomioi tuotteisiin liittyviä vasta-argumentteja. Toivo vahvistuu vuorovaikutuksessa, joten kuluttajat hakeutuvat mielellään samoin ajattelevaan yhteisöön. (Beruchashvili ym. 2013b, 67.)

Ylpeyden tunne kumpuaa kokemuksesta, että oma identiteetti on riittävä suhteessa muihin. Ylipainoisten identiteettiin ylpeys kytkeytyy kahdella tavalla. Ensinnäkin ylpeyttä kokevat ne henkilöt, jotka onnistuvat dramaattisesti pudottamaan painoaan. Saavutuksesta tehdään usein julkinen. Toisaalta ylpeys liittyy ylipainoisten oikeuksien puolustamiseen. Erityisesti Yhdysvalloissa on syntynyt ylipainoisten oikeuksia ja ylipainon hyväksymistä edistäviä kuluttajaliikkeitä. Ylipainoiset ”tulevat kaapista”. Ylpeyttä manifestoidaan esimerkiksi muodin ja tv-ohjelmien välityksellä. Isokokoisia kuluttajia palvelemaan on syntynyt uusia tuotteita ja palveluja, esimerkiksi tee-se-itse-oppaita ja seuranhakupalvelu. (Beruchashvili ym. 2013b, 68.) Suomessakin ylipainoisten kuluttajien pitämät muotiblogit ovat tulleet näkyville.

Ylipainoisen henkilön identiteetti-projektit voivat siis olla joko negatiivisten emootioiden sävyttämiä (epätoivo, syyllisyys) tai niitä voivat ruokkia myönteiset tunteet (toivo, ylpeys). Emootioilla on merkitystä kuluttajan motivaation muodostumisessa.

Myös Pajala (2007) on selvittänyt Painonvartijoiden jäsenten kokemuksia. Hän analysoi Painonvartijat-lehdessä esiteltyjä kertomuksia onnistuneista painonpudotuksista. Menestystarinoissa toistetaan samaa kaavaa: aluksi kuvataan ylipainon kertymistä, sitten laihdutus päätöstä ja laihduttamisen kulkua. Tarinoiden tavoitteena on vakuuttaa kuluttajat, mahdolliset Painonvartijat-jäsenet ja tuoteperheen tuotteiden ostajat, onnistumisen mahdollisuudesta.

Pajalan mukaan laihdutus päätös syntyy tavallisesti, kun henkilö joutuu katsoomaan itseään ulkopuolisen silmin, esimerkiksi valokuvasta tai peilikuvasta. Usein laihdutus päätös syntyy kaupan sovituskopissa. Ahtaat vaatteet kertovat naiselle, että hän ei mahdu normiin. Vaatteet toimivat identiteetin ilmauksena, ja pukeutumistakin säätelevät sosiaaliset ja moraaliset sopimukset. Vaatteella voidaan peittää tai paljastaa. Laihdutustarinoissa pukeutuminen ja vaatteet heijastavat normatiivista käsitystä oikeasta ja sopivasta naisellisuudesta, jolloin lihava nainen sulkeutuu normin ulkopuolelle naurunalaisena, epähaluttavana ja mauttomana. "Isojen tyttöjen" liikkeissä tai "norsuosastoilla" asioiminen koetaan nöyryyttäväksi. (Pajala, 2007, 86–93.)

Kyrölä (2007, 161–193; 2014) on tutkinut muun muassa television muodonmuutosohjelmien sekä laihdutus- ja lihotussarjojen välittämää kuvaa lihavuudesta. Hän kiinnittää huomiota termien laihtuminen ja laihduttaminen eroon: laihduttaminen on tarkoituksellista toimintaa, oman itsen työstöä. Laihdutussarjoissa ruumiin muodonmuutos esitetään muutoksena itsetunnossa. Laihtujan normeja mukaileva "omannäköisyys" kuoriutuu esiin lihavuuden alta. Sarjoissa laihduttaminen yhdistetään mentaalisiin ja fyysisiin muutoksiin, esimerkiksi itsetuntemuksen oppimiseen, itsevarmuuden kohentamiseen ja oman tilan rohkeaan ottamiseen. Näiden sinänsä positiivisten vaikutusten käänköpuolena on, että "omaa minää" on mahdollista toteuttaa vain normiin pyrkimällä. Laihdutuksen prosessin liitetään mediassa suuria tunteita: häpeää, inhoa, onnistumisen iloa. Minäkuva ja omanarvontunto sidotaan osaksi ruumiin muutosprosessia, joka vaatii jatkuvaa painonhallintaa ja sen myötä lisää esimerkiksi laihdutusvalmisteiden kuluttamista.

Tämä tutkimuksen kannalta ylipainoisten kuluttajien emootioiden ja identiteetti projektien hahmottaminen toimii kaikupohjana kuluttajien kokemusten kuulemiselle. Koska ylipaino ja laihduttaminen ovat tutkijalle omakohtaisia teemoja, aihetta koskeviin tutkimuksiin perehtyminen lisää esiyymmärryksen objektiivisuutta.

2.3 Lihavuusleikkaus palveluprosessina

Noin kahden miljoonan suomalaisen katsotaan olevan ylipainoisia. Lihavuusleikkausta käytetään lihavuuden hoitomuotona kolmen muun hoitoratkaisun ohella. Muut, lihavuusleikkausta selvästi vähemmän radikaalit hoitomuodot ovat lyhyt interventio eli puheeksi ottaminen vastaanotolla, lihavuuden perushoito eli elämäntapaohjaus sekä lääkehoito yhdessä ohjauksen kanssa. Hoitomuotojen kustannukset vaihtelevat muutamista sadoista euroista useisiin tuhansiin. (Mustajoki ym. 2009.)

Lihavuusleikkauksessa mahalaukkua muovataan kirurgisesti siten, että leikkauksen jälkeen voidaan syödä vain pieniä annoksia kerrallaan. Leikkauksen jälkeen laihdutaan siksi, että energian saanti ruoasta vähenee. Suomessa yleisin leikkauksena on mahan ohitusleikkaus (gastric bypass) ja toiseksi eniten suoritetaan mahan kavennusleikkauksia (sleeve). Muiden leikkausmuotojen osuus on vähäinen.

(Mustajoki ym. 2009, 2251.) Leikkauskriteerit on Suomessa määritelty käypähoito-suosituksissa (Pietiläinen ym. 2011; Mustajoki ym. 2009, 2253). Suositusten mukaan lihavuusleikkaus voidaan suorittaa, kun seuraavat ehdot täyttyvät:

- Painoindeksi on vähintään 40 terveellä henkilöllä tai vähintään 35 henkilöllä, jolla on laihduttamista edellyttävä sairaus, esimerkiksi diabetes, korkea verenpaine, tuki- ja liikuntaelinsairaus tai uniapnea.
- Ikä on 20 - 60 (65) vuotta.
- Leikkaus ei ole henkilön ensimmäinen lihavuuden hoitokeino. Ennen leikkausta lihavuuden hoitamiseksi on yritetty laihdutusta ja painonhallintaa asiantuntevan ammattilaisen ohjauksessa.
- Potilaan arvioidaan kykenevän muuttamaan syömistottumuksia leikkauksen edellyttämällä tavalla. Vakava syömishäiriö tai alkoholiongelma ovat esteitä leikkaukselle.

Lihavuusleikkauksia suoritetaan Suomessa vuosittain vajaa tuhat. Leikkausmäärät nousivat vielä vuoteen 2012 saakka, mutta sen jälkeen kasvu on taittunut, ja leikkausten määrä näyttää jopa vähentyneen. Tämä kehityssuunta on päinvastainen kuin THL:n asiantuntijaraportissa vuonna 2009 esitetty skenaarion, jonka mukaan leikkauksia suoritettaisiin v. 2013 noin 2000 kappaletta. (Mustajoki ym. 2009, 2254) Vuodelta 2012 on saatavilla yksityiskohtainen kirurgiyhdistyksen laatima tilasto (taulukko 1), josta ilmenevät lihavuusleikkausten suorituspaikat ja leikkausten määrät vuonna 2012 (www.limery.fi).

TAULUKKO 1 Suomessa suoritettut lihavuusleikkaukset v. 2012 leikkauspaikoittain.

Paikkakunta, sairaala	Yhteensä 1055 kpl
Helsinki HUS	196
Terveystalo Kamppi	17
Eira Bariatric Center	43
Helsinki Laser Tilkka	36
Vaasa	106
Kuopio KYS	40
Oulu OYS	177
Terveystalo ODL	20
Turku TYKS	95
Turku Pulssi	8
Tampere TAYS	77
Tampere Hasa	32
Lahti	84
Pori	50
Joensuu	17
Seinäjäki	28
Kotka	12
Rovaniemi	17

Vuonna 2015 leikkauksia suoritettiin julkisen terveydenhuollon toimipisteissä Helsingissä, Vaasassa, Oulussa, Turussa, Kuopiossa, Lahdessa, Tampereella, Porissa, Joensuussa, Seinäjoella, Kotkassa ja Rovaniemellä. Lisäksi leikkauksia tehdään ainakin viidessä yksityissairaalassa Helsingissä, Oulussa ja Turussa. Suomalaisia haakeutuu leikattavaksi myös Viron ja muiden Baltian maiden yksityissairaaloihin. Suomessa yksityisesti suoritettujen leikkauksen hinta on noin 10.000 euroa. Virossa suoritettujen operaation hinta on arviolta noin 6.000 euroa. Leikkaushinnat esitetään yksityissairaaloitten verkkosivuilla.

Sekä julkisen että yksityisen sektorin lihavuusleikkauksia tekevät kirurgit ovat viime vuosina ilmaisseet huolensa Suomen leikkausmäärien kehityksen pysähtymisestä. Asiantuntijat katsovat, että leikkaukseen liittyy ennakkoluuloja, jotka jarruttavat asian puheeksi ottamista vastaanotolla ja läheteiden kirjoittamista. Lihavuusleikkausta pidetään terveydenhuollossa äärimmäisenä ratkaisuna ja siihen liittyviä riskejä suurina, vaikka leikkauriskit todellisuudessa ovat normaalin sappikivileikkauksen tasolla. Julkinen sektori pitää leikkauskriteerinsä kireinä, jottei leikkausten määrä "räjähtäisi käsiin", koska resursseja varsinkaan prosessin alkupään ryhmätapaamisiin ei ole riittävästi. Kuitenkin leikkauksesta on osoitettu olevan sekä terveydellisiä että elämänlaadullisia hyötyjä. THL:n laskelmien mukaan leikkaus maksaa itsensä yhteiskunnalle takaisin noin viidessä vuodessa. (Suni, 2014; Harju, 2014; Koivukangas, 2015).

Jos lihavuusleikkauksien suorittamista tarkastellaan puhtaasti markkinana, voidaan sekä länsimaisiin vertailulukuihin että THL:n skenaarioon nojaten todeta markkinoilla olevan kasvupotentiaalia. Tämä voisi tarkoittaa sekä yksityisen että julkisen palvelutuotannon merkittävää lisäkysyntää. Tarjonnan lisääminen eli lihavuusleikkauksien lisäresursointi julkisessa palvelutuotannossa saattaa olla terveyspoliittinen priorisointikysymys. Yksityisten leikkausten määrää rajoittavat kuluttajien maksuhalu ja -kyky.

Lihavuusleikkaus on sairaalapalvelua, joka koostuu useista eri vaiheissa toteutettavista toiminnoista. Palvelujen markkinointia ja johtamista laajasti tutkinut Christian Grönroos (2009, 79) määrittelee palvelun sisältävän kolme peruspiirrettä:

- Palvelut ovat prosesseja, jotka koostuvat toiminnoista tai joukoista toiminnoita
- Palvelut tuotetaan ja kulutetaan ainakin jossain määrin samanaikaisesti
- Asiakas osallistuu ainakin jossain määrin palvelun tuotantoprosessiin kansatuottajana.

Palveluiden prosessiluonteisuus on niiden tärkein piirre, josta johtuvat useat muut ominaispiirteet. Palveluun sisältyy useimmiten jonkinlaista vuorovaikutusta palveluntarjoajan kanssa, ja tämä vuorovaikutus korostuu konkreettisen vaihdannan sijaan. Asiakas tekee usein tulkintansa palvelun laadusta juuri vuorovaikutuksen pohjalta, koska ei välttämättä kykene arvioimaan itse suoritetta, kuten leikkausta tai auton korjaustyötä. Asiakas kiinnittää huomionsa tuotantoprosessin näkyvään osaan ja kokee palvelut subjektiivisesti. Asiakkaat käyttävät palvelutapahtumaan liittyen usein sanoja "kokemus", "luottamus", "tunne" ja "turvallisuus". (Grönroos, 2009, 77–81.)

Grönroos (2009, 122) laajentaa Parasuramanin, Zeithamlin ja Berryn (1991, 420–450) SERVQUAL-kriteeristön seitsenkohtaiseksi laatutekijäluetteloksi:

1. Ammattimaisuus ja taidot: asiakkaan ongelman ratkaisuun tarvittavat tiedot, taidot, operatiiviset järjestelmät ja fyysiset resurssit
2. Asenteet ja käyttäytyminen: kontaktihenkilöt kiinnittävät huomiota asiakkaaseen ja haluavat ratkaista hänen ongelmansa
3. Lähestyttävyyys ja joustavuus: muun muassa sijainti ja aukioloajat ovat sellaiset, että palvelu on helppo saada ja yritys on valmis sopeutumaan asiakkaan vaatimuksiin
4. Luotettavuus: asiakas voi luottaa, että palveluntarjoaja pitää lupauksensa
5. Palvelun normalisointi: asiakas voi luottaa siihen, että poikkeustilanteissa (kun jokin menee pieleen) palveluntarjoaja ryhtyy tarvittaviin toimenpiteisiin
6. Palvelumaisema: fyysinen ympäristö tukee myönteistä kokemusta
7. Maine ja uskottavuus: asiakkaat uskovat, että palveluntarjoajan toimiin ja suorituskriteereihin voi luottaa, ja että palveluntarjoaja antaa rahalle vastineen.

Luettelossa ei ole mukana hinta, joka joissakin tilanteissa voi kuitenkin olla laatu-kriteeri. Asiakkaat voivat rinnastaa korkeamman hinnan parempaan laatuun erityisesti hyvin aineettoman palvelun tapauksessa. (Grönroos 2009, 122–123). Yllämainitut palvelun laatu-kriteerit saattavat toimia kuluttajan ostopäätösprosessissa arviotavina ominaisuuksina, joiden pohjalta eri vaihtoehtoja punnitaan.

Vaikkei kulutuksen aikaisia tunteita olekaan sisällytetty Grönroosin palvelun laadun malliin, tunteiden arvioidaan vaikuttavan palveluprosessien tiedolliseen kokemukseen. Tunteet suodattavat palveluprosessin kokemusta ja vaikuttavat prosessin kokemukseen tiedollisten elementtien ohella. (Grönroos 2009, 111–112).

Emootioiden osuutta palvelujen asiakastyytyväisyyden kokemisessa kognitioiden rinnalla ovat tutkineet 1990-luvulla muun muassa Oliver, Oliver ja Westbrook, Muller sekä Evrard ja Aurier. Liljander ja Savander (1997, 148–169) tutkivat julkisten työvoimapalvelujen asiakkaita ja näiden kokemien emootioiden vaikutusta palvelun laadun kokemukseen ja asiakastyytyväisyyteen. Tutkimuksen tuloksena todettiin, että tyytyväisyyttä selittää parhaiten positiivisten emootioiden ja koetun odotustason erotuksen yhdistelmä. Positiiviset ja negatiiviset tunteet saattavat jossain määrin kompensoida toisiaan. Negatiivisia emootioita näytetään sietävän jonkin verran ilman, että sillä on vaikutusta koettuun tyytyväisyyteen.

Sairaalapalveluihin liittyvää tyytyväisyyttä tutkineet Dubé, Bélanger ja Trudeau (1996, 45–51) totesivat Liljanderin ym. tavoin, että negatiivisilla emootioilla ei ollut aina vaikutusta asiakastyytyväisyyteen. Dubé ym. jaottelivat potilaiden tunnekokemukset positiivisiin emootioihin, tilannesidonnaisiin negatiivisiin emootioihin sekä ulkopuolisiin tekijöihin liittyviin negatiivisiin emootioihin. Näistä jälkimmäisillä oli potilastyytyväisyyttä rapauttava vaikutus. Dubé ym. korostavat potilaiden tunnekokemusten selvittämisen tärkeyttä, jotta palveluntarjoajat voivat vaikuttaa asiakastyytyväisyyteen.

Tuorilan mukaan terveyspalvelujen potilaskuluttajat arvioivat asiakaspalvelun laatua ennen kaikkea fyysisillä ja psyykkisillä tuntemuksillaan, koska he eivät puutteellisen asiantuntemuksensa vuoksi kyenneet arvioimaan hoitoa lääketieteellisin perustein. Erityisesti yksityisten terveyspalvelujen tarjoajat tarvitsevat tietoa

siitä, minkälaisia tuntemuksia heidän toimintansa herättää ja miten näihin tunteuksiin voidaan vaikuttaa. Tuorilan tutkimat potilaskuluttajat olivat tyytyväisiä saamiinsa palveluihin kokonaisuudessaan silloin, kun tutkimus- ja hoitotoimenpiteet onnistuivat. Tällöin yksittäiset epäkohdat eivät nousseet esiin. Jos varsinainen toimenpide epäonnistuu, voidaan tyytymättömyyden arvioida laajenevan muihinkin asiakaspalveluprosessin osiin. Asiakaspalvelun näkökulmasta potilaskuluttajat olivat tyytyväisiä samaansa kohteluun silloin, kun he kokivat saaneensa riittävästi yksilöllistä huomiota (Tuorila 2000, 107–108, 139–140)

Lihavuusleikkausta voidaan pitää niin sanotun korkean sitoutumisasteen palveluna (high involvement). Sitoutumisaste vaikuttaa kuluttajan päätöksentekoon ja palvelun tuottajan näkökulmasta markkinointiin.

Tuotteen tai palvelun sitoutumisaste eli involvement kuvaa sitä, kuinka tärkeäksi ja itselleen relevantiksi kuluttaja palvelun (tai tuotteen) kokeen. Sitoutumiseen liittyy myös riskitason arviointi. Palvelun (tai tuotteen) sitoutumisaste on sitä intensiivisempi, mitä vahvemmin se liittyy kuluttajalle merkityksellisiin tarpeisiin, arvoihin, elämän päämääriin tai motiiveihin. (Laaksonen 2010, 197)

Solomonin ym. (2006, 106) mukaan sitoutumisaste muodostuu persoonan, tilanteen ja kohteen (tuote, palvelu) funktiona. Sitoutumisaste voi näin ollen vaihdella yksilöittäin ja tilanteesta riippuen samankin palvelun kohdalla. Sitoutumisaste vaikuttaa muun muassa haettavan tiedon määrään, vaihtoehtojen harkintaan käytettävään aikaan ja käytettävään päätöksentekosääntöön. Korkean sitoutumisasteen palveluihin liittyvä riski voi ilmetä joko hankintapäätöstä tehtäessä tai palvelua (tuotetta) käytettäessä. Riski voi olla joko taloudellinen, toiminnallinen tai sosiaalinen.

2.4 Terveyspalveluiden markkinoinnin erityispiirteitä

Palvelua hankkiva henkilö tarvitsee tietoa markkinoilla olevista ratkaisuista ja niiden tarjoajista. Ostopolullaan kuluttaja hankkii tietoja ja tekee vertailuja. Terveyspalveluja hankkiva kuluttaja on kuitenkin erilaisessa asemassa kuin muiden toimialojen palveluksia etsivä, sillä alan markkinointiviestintä on säädeltyä. Tuorilan (2000, 107) mukaan riittävä tieto on edellytys sille, että potilaskuluttajat voivat käyttäytyä kuluttajamaisesti. Potilaskuluttajat kokevat, että heidän oletetaan hankkivan tietoa itsenäisesti.

Lääkäriliitto on hyväksynyt lääkäreitä ja lääkärinpalveluja koskevat markkinointiohjeet (www.laakariliitto.fi). Ohjeiden sovelletaan lääkäreihin sekä lääkäripalveluja tarjoaviin laitoksiin ja yrityksiin. Nämä eettiset ohjeet rajaavat myös yksityissairaaloiden palvelujen markkinointia. Eettisissä ohjeissa on sovittu muun muassa markkinoinnin sisällöstä seuraavaa:

Markkinoinnin on oltava totuudenmukaista, asiallista, luotettavaa ja hyvän tavan mukaista. Ylisanoja tai vertailumuotoja ei saa käyttää. Markkinoinnin on annettava oikea kuva tarjottavan palvelun merkityksestä. Lääkärin eettisten ohjeiden mukaisesti tarjottujen palvelujen tulee olla lääketieteellisen tiedon ja kokemuksen perusteella tehokkaita ja tarkoituksenmukaisia. Markkinoinnilla ei tule luoda tarpeetonta terveydenhuoltopalvelujen kysyntää.

Eettisten ohjeiden mukaisesti toimittaessa yritysten ilmoitukset voivat sisältää tietoja käytettävistä hoitomuodoista, jotka ovat yleisesti hyväksytyjä ja perustuvat tutkimukseen ja lääketieteelliseen kokemukseen. Esitettävien käsitteiden ja nimikkeiden tulee olla kansantajuisia siten, että niiden ymmärtämiseen ja arviointiin ei tarvita lääketieteellistä osaamista. Tutkimus- ja hoitomenetelmien kuvaaminen on tehtävä siten, että asiakas voi saamiensa tietojen pohjalta tehdä päätöksensä. Informaatio ei saa synnyttää epärealistisia odotuksia hoidon tuloksista tai muita vääriä mielikuvia. Takuita hoidon onnistumisesta ei saa antaa, mutta markkinoinnissa voidaan viitata mahdollisiin laadunvarmistusjärjestelmiin tai standardeihin.

Markkinointiaineisto ei saa sisältää avointa tai peiteltyä vertailua toisiin palveluntuottajiin. Laatua voidaan kuitenkin kuvata silloin, kun se voidaan osoittaa ulkopuolisen tahon objektiiviseen arvioon perustuen.

Myös hintojen ilmoittamista säädellään tarkasti. Hinnat on ilmoitettava vertailukelpoisella tavalla ja siten, että markkinoinnista ilmenee, mitä hinta pitää sisällään. Luottomahdollisuus voidaan maita, mutta se ei saa olla markkinoinnissa hallitsevassa asemassa. Lääkäri ei saa esitellä tai myydä luottomahdollisuuksia. Yksityissairaaloiden internet-sivuilla rahoitusmahdollisuuksia esitellään, mutta niiden löytäminen edellyttää kuluttajan omaa aktiivisuutta.

Terveyspalvelujen markkinointi eroaa merkittävästi muiden toimialojen markkinoinnista, jossa kysynnän ja tarpeiden luominen on keskeisessä asemassa. Suuret terveyspalveluyritykset ovat viime vuosina panostaneet mielikuvamainontaan esimerkiksi televisiossa. Esimerkiksi Terveystalo on tv-mainonnassaan korostanut palveluun pääsyn nopeutta ja Mehiläinen on tuonut esiin hoitoa saaneiden suosituksia. Kuitenkin yksityiskohtaisiin palvelutuotteisiin liittyvä yksityisten terveyspalvelujen mainonta jää eettisen sääntelyn vuoksi lähinnä kuluttajavalistuksen asteelle. Yksityissairaaloiden kotisivut sisältävät runsaasti asiapitoista informaatiota lihavuuden hoitomuodoista ja lihavuusleikkausprosessista. Myös julkisen sektorin sairaanhoitopiirien kotisivut sisältävät vastaavia prosessikuvauksia. Tuorila (2000, 139) toteaa tutkimusaineistonsa perusteella, että muilta terveydenhuoltopalvelusten käyttäjiltä saatavat suositukset toimivat tehokkaampana markkinointina kuin terveyspalvelujen mediamainonta. Kuluttajan ostopolkuun liittyvää tiedonhakua käsitellään tarkemmin seuraavassa luvussa 3.

3 KULUTTAJAN OSTOPOLUN VAIHEET

Tämä luku keskittyy kuluttajan ostokäyttäytymiseen. Aluksi kuluttajan ostopolkua tarkastellaan viisivaiheisena prosessina. Tutkimuskysymyksissä painotettuja ostoprosessin vaiheita ja piirteitä eli tarvetta ja motivaatiota, emootioita sekä valintojen suorittamista käsitellään tämän jälkeen yksityiskohtaisemmin konstruktiivisen kuluttajanvalintaprosessin näkökulmasta. Lopuksi näistä kootaan tutkimuksen teoreettinen viitekehys.

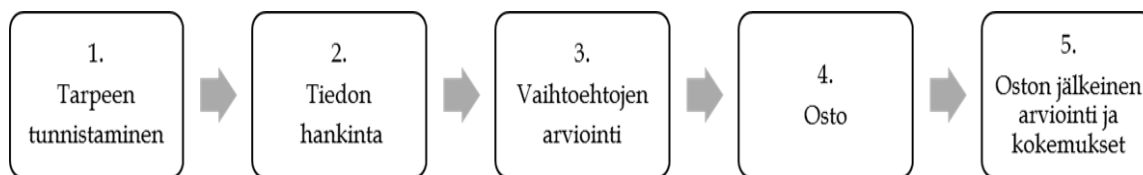
3.1 Kuluttajan ostopäätösprosessi

Kuluttajan ostokäyttäytymistä ja siihen liittyvää päätöksentekoa on tutkittu ja mallinnettu runsaasti. Aluksi kuluttajan päätöksenteon tutkimuksessa painottui taloustieteeseen pohjautuva kognitiivis-rationaalinen suuntaus, jota on sittemmin täydennetty rajoitetun rationaalisuuden näkemyksellä. (Solomon, Bamossy, Askegaard, Hogg, 2006, 259.)

Simon esitteli vuonna 1955 teorian rajoitetusta rationaalisuudesta, jonka mukaan kuluttajalla on rajoittunut kyky käsitellä valintoihin liittyvää informaatiota. Nämä rajoitukset liittyvät lähimuistin rajallisuuteen sekä tiedonkäsittelykyvyn puutteisiin. Myöhemmin Simon määritteli kuluttajan käyttäytymisen siten, että käyttäytyminen muovautuu inhimillisen tiedonkäsittelyn ja tehtäväkohtaisten ympäristötekijöiden tuloksena. (Bettman, Luce, Payne, 1998, 187.)

Tverskyn ja Kahnemanin (1991) mukaan kuluttajan rationaalisuutta heikentää myös kuluttajan havaintojen suhteellisuus. Havaintoja ei tehdä absoluuttisesti vaan nähdään muutoksen kehyksessä. James R. Bettman kollegoineen onkin tuonut esiin ajatuksen kuluttajan päätöksenteon valinnan konstruktiivisuudesta. Jos päätöksentekoon liittyy epävarmuutta ja monimutkaisia valintoja, valinta voi olla konstruktiivinen prosessi. Tällöin kuluttaja mukauttaa päätöksentekoprosessiaan, ponnistelujensa määrää ja tiedonkäsittelyään kuhunkin hankintatilanteeseen sopivaksi ja muodostaa preferenssinsä tilannekohtaisesti. Valintaprosessiin vaikuttavat ongelman luonne, yksilön ominaisuudet sekä sosiaalinen tilanne. Kuluttajan päätöksenteon tutkimuksessa keskeisiksi johtopäätöksiksi ovat mukaan nousseet valintoihin ja valintaprosessin kulkuun vaikuttavat ehdolliset tekijät eli kuluttajan päämäärät, päätöksen monimutkaisuuden aste sekä vaihtoehtojen välinen konteksti. Näitä tarkastellaan lähemmin kappaleessa 3.5. (Bettman ym. 1998, 187–188.)

Sheth ja Mittal (2004) esittävät kuluttajan ostopäätöksen viisivaiheisena prosessina, jonka lähtökohtana on kuluttajan rationaalinen toiminta tiedonhankintaan ja vertailuun pohjautuen. Prosessi etenee kuviossa 5 kuvatulla tavalla. Tämän tutkimuksen tutkimuskysymykset painottuvat prosessin vaiheisiin 1.-3. ja rajoitetusti vaiheisiin 4-5.



KUVIO 5 Yksilön päätöksentekoprosessin vaiheet Shethin ja Mittalin (2004, 275) mukaan.

Kuluttajan ostopäätösprosessi käynnistyy ongelman tai tarpeen havaitsemisesta. Kuluttajakäyttäytymisen kulmakivenä ovat kuluttajan motivaatio ja sen ilmenemismuodot: tarpeet, emootiot ja psykograafiset tekijät (Sheth ym. 2004, 160).

Motivaatiolla tarkoitetaan liikkeelle panevaa voimaa, ajuria. Motivaatio määritellään pyrkimyksen tai heräämisen tilaksi, joka liikuttaa kohti tavoitetta. Motivaatio koostuu siis yhtäältä pyrkimyksestä tai heräämisestä ja toisaalta tavoiteobjektista. Pyrkimys tai herääminen on sisäinen jännitetila, josta seuraa jännitystä lieventävää toimintaa. Heräämisen voi aiheuttaa autonominen fysiologinen ärsyke, tunnetila tai kognitiivinen ärsyke. Tavoiteobjekti on jotakin ulkoista, jonka hankkiminen lievittää jännitettä. Motivaatio voi olla luonteeltaan tavoittelevaa (approach) tai välttelevää (avoidance). (Sheth ym. 2004, 160–163.)

Tarpeen voi muodostaa kuluttajan havaitsema fyysinen tai psyykinen puutetilä, halu tai epämukavuuden kokemus. Tarpeen tunnistamisella tarkoitetaan kuluttajan havaintoa siitä, että hänen täytyy ostaa tai hankkia jokin tuote tai palvelu saavuttaakseen jälleen normaalin fyysisen tai psyykkisen mukavuuden tuntemuksen. (Solomon ym. 2006, 263.) Tarvetta ja motivaatiota käsitellään tarkemmin kappaleessa 3.2. ja emootioita kappaleessa 3.3.

Kun tarve on tiedostettu, kuluttaja alkaa hakea tietoa erilaisista ratkaisuvaihtoehdoista. Tiedon hankinta rakentuu kolmesta elementtistä, jotka ovat tiedon lähteet, tiedonhakustrategiat sekä haetun tiedon määrä. (Sheth ym. 2004, 283–284). Haetun tiedon määrään vaikuttavat muun muassa koettu riski, sitoutumisen aste (involvement) sekä tuotteen tai palveluun uutuusaste. Tiedon lähteet voidaan jakaa markkinalähteisiin ja ei-markkinalähteisiin taulukossa 2. kuvatulla tavalla. Markkinalähteet perustuvat markkinoijan aktiiviseen viestintään tai toimenpiteisiin. Ei-markkinalähteet ovat joko henkilökohtaisia tai riippumattomia.

TAULUKKO 2 Asiakkaan tiedon hankinnan lähteet (Sheth ym. 2004, 284)

Markkinalähteet	Ei-markkinalähteet
Mainonta	<u>Henkilökohtaiset lähteet</u>
Myyntihenkilöstö	Ystävät, tuttavat
Tuote- ja palveluesitteet	Aiemmat kokemukset
Myymlämainonta	<u>Riippumattomat lähteet</u>
Yrityksen verkkosivut	Julkinen tieto, esimerkiksi tutkimukset ja viralliset raportit
	Asiantuntijat
	Internet

Terveydenhoitopalvelujen markkinalähteiden saatavuuteen vaikuttavat luvussa 2 kuvatut markkinoinnin eettiset ohjeet. Sekä kotimaiset että ulkomaiset yksityissai-

raalat mainostavat palveluitaan internetin hakukonemainontana. Yritysten kotisivuilla esitellään lihavuusleikkaus hintatietoineen ja palvelukuvauksineen. Eräät yksityissairaalat ovat järjestäneet lihavuusleikkaukseen hakeutuville infotilaisuuksia, joita mainostetaan yritysten kotisivuilla ja muualla mediassa.

Riippumattomiksi tietolähteiksi terveydenhoitopalvelun kohdalla voidaan katsoa julkisten palveluntarjoajin kotisivut, koska niillä ei ole kaupallisia tarkoituksia. Tarjolla on myös puolueettomia lähteitä kuten Käypä hoito-sivustot sekä Lääkäriseura Duodecimin ylläpitämä Terveyskirjasto-sivusto. Internetissä on löydettävissä myös lihavuusleikkaukseen liittyviä tutkimuksia ja opinnäytetöitä. Terveydenhuoltohenkilökunnan voidaan katsoa olevan riippumattomia asiantuntijoita.

Ei-markkinalähteitä ovat myös internetistä löytyvät blogit sekä keskusteluforumit. Lihavuusleikkattujen yhdistys Lile ry:llä on sekä kaikille avoin informatiivinen kotisivu sekä jäsenille tarkoitettu suljettu keskustelupalsta. Facebookissa on useita lihavuusleikatuille tai leikkaukseen hakeutuville suunnattuja, suljettuja keskusteluryhmiä, joiden sisällön näkevät vain jäseneksi hyväksytyt henkilöt. Yksi internetin lihavuusleikkauksiin keskittynyt suomenkielinen keskusteluryhmä (pals-tani.com) on avoin kaikille lukijoille ja kommentoijille. Lisäksi aiheeseen liittyviä keskusteluketjuja on yleisillä keskustelupalstoilla, kuten Suomi24-sivustolla.

Tietoa hankittuaan kuluttaja ryhtyy vertailemaan vaihtoehtoja voidakseen valita itselleen sopivimman. Kuluttajan suorittamia vertailuprosesseja vaiheineen kutsutaan valintamalleiksi. Valintamallit jaetaan kahteen pääluokkaan, kompensatorisiin ja ei-kompensatorisiin. Kompensatorisessa mallissa kuluttaja tekee valinnan huomioiden kaikki tuotteen tai palvelun ominaisuudet ja edut. Hän vertailee kunkin vaihtoehdon vahvoja ja heikkoja ominaisuuksia tehden kompromisseja (trade-off). Vahvat ominaisuudet voivat kompensoida arvioituja heikkouksia. (Solomon ym. 2006, 290–291.) Ei-kompensatorisessa mallissa heikkojen ominaisuuksien kompensatiota ei tapahdu. (Sheth ym. 2004, 294–297; Bettman ym. 1998, 190)

Kun vaihtoehdot on arvioitu, kuluttaja ryhtyy hankkimaan tuotetta tai palvelua. Ostotapahtuma voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: suosituimman vaihtoehdon tunnistaminen, ostoaikomuksen muodostaminen ja oston suorittaminen. (Sheth ym. 2004, 298–299.)

Vaihtoehdon tunnistamisessa kootaan yhteen ostopäätösprosessin vertailuvaiheessa saadut tiedot tuotteen tai palvelun suorituskyvystä ja sosiaalisesta ja psykologisesta arvosta ja näiden yhteensopivuudesta kuluttajan käyttötarpeen kanssa. Ostoaikomukseen siirryttäessä kuluttaja punnitsee taloudellisia tekijöitä eli tuotteen hintaa ja mahdollisia budjettirajoitteita. Ostoa suorittaessaan kuluttaja päättää varsinaisen ostopaikan ja hankinnan ajankohdan.

Kuluttajan ostopolku ei pääty ostotapahtumaan. Oston jälkeen kuluttaja arvioi ostotapahtumaa ja hankkimaansa tuotetta tai palvelua, ja tekee johtopäätöksiä tulevia ostoprosesseja ajatellen. Tyytyväinen asiakas voi toistaa ostokäyttäytymisen samalla tavoin jatkossa, mutta tyytymätön kuluttaja voi katua, haluta palauttaa tai vaihtaa tuotteen tai ainakin suuntaa valintansa toisin seuraavalla ostokerralla. (Sheth ym. 2004, 301.) Oston jälkeinen käyttäytyminen erottaa palvelut tuotteista, sillä palvelu on ainutkertainen tapahtuma, jota ei voi korvata toisella konkreettisella suoritteella.

Kulutuskokemuksen arviointi riippuu tuotteen laadusta ja siihen liittyvästä sitoutumisasteesta. Korkean sitoutumisasteen tuotteiden ja palvelujen kohdalla arviointi on tietoisempaa kuin rutiininomaisen kulutuksen kohdalla. (Sheth ym. 2004, 301.)

Kuluttajan tyytyväisyys tai tyytymättömyys on kulutuksen tai tuotteen käyttökokemuksen tulema, jota verrataan odotuksiin. Kuluttajan aiemmat kokemukset tai ostoa edeltävät tiedot luovat odotustason, johon tuotteen tai palvelun todellista käyttökokemusta verrataan. Jos palvelu toimii odotetusti, kuluttaja ei juuri reagoi. Odotusten alittaminen aiheuttaa tyytymättömyyttä ja ylittyminen vastaavasti tyytyväisyyttä. (Solomon ym. 2006, 328–329.) Ylisuuret markkinointilupaukset tai väärin rakennettu markkinointimix voivat luoda suuria odotuksia, joita hyväkään tuote tai palvelu ei kykene täyttämään, ja seurauksena on tyytymättömyyttä. (Sheth ym. 2004, 302.)

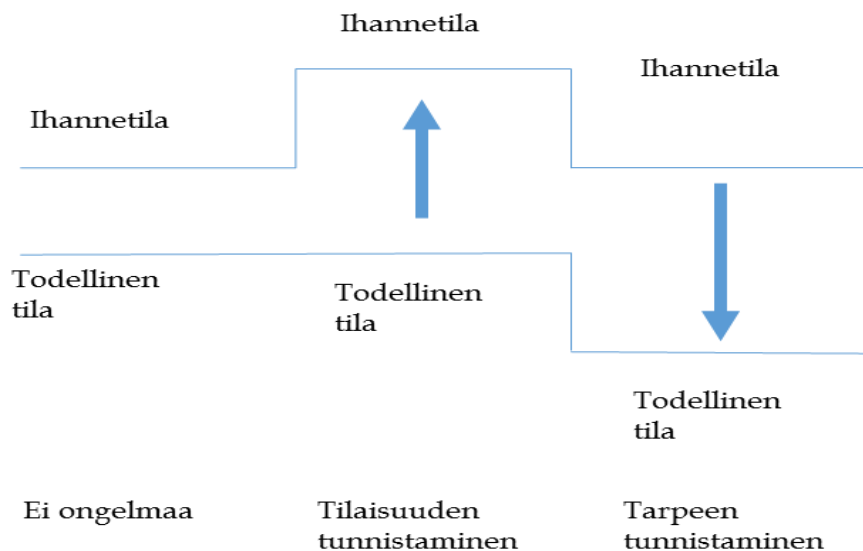
Seuraavaksi käsitellään yksityiskohtaisemmin tutkimusongelman kannalta keskeiset ostopolun vaiheet ja valintaan vaikuttavat tekijät.

3.2 Tarve ja motivaatio

Tarpeen tunnistamisen eli kuluttajan ongelman havaitsemisen voi laukaista joko sisäinen tai ulkoinen ärsyke. Sisäisiä ärsykejä ovat kuluttajan havaitsemat epämuokavuustilat, jotka voivat olla sekä fyysisiä että psyykkisiä. Ulkoiset ärsykkeet ovat markkinoilta tulevaa informaatiota, esimerkiksi mainoksia, jotka johdattavat kuluttajan huomaamaan ongelman. Ärsykkeet voidaan myös luokitella ongelmaärsykeiksi ja ratkaisuärsykeiksi. Ongelmaärsykkeellä tarkoitetaan herätettä, jossa ongelma sinällään toimii tiedon lähteenä. Lähde voi olla kuluttajan sisäinen, kuten nälkä, tai ulkopuolinen, esimerkiksi havainto likaisesta pyykistä. Ratkaisuärsykeessä herätteenä toimii ratkaisusta tuleva tieto, jolloin mahdollisen ratkaisun näkeminen saa aikaan ongelman tunnistamisen. (Sheth ym. 2004, 279.)

Solomon ym. (2006, 263–264) kuvaavat ongelmaärsykejä ja ratkaisuärsykejä jakamalla kuluttajan ongelmat tarpeen tunnistamiseksi tai tilaisuuden tunnistamiseksi. Näiden eroavaisuudet ilmenevät kuviosta 6. Tarpeen tunnistaminen tapahtuu Solomonin ym. mukaan silloin, kun kuluttajan todellisessa tilassa tapahtuu muutos. Tilaisuuden tunnistamiseen liittyy ulkopuolinen viesti siitä, että muutos parempaan on mahdollinen, esimerkiksi uuden, parempilaatuisen tuotteen avulla. (Solomon ym. 2006, 263–264.)

Ratkaisuärsykkeen kohtaaminen (tai mahdollisuuden tunnistaminen) voi tapahtua kolmenlaisessa tilanteessa. Ensinnäkin kuluttaja on jo voinut havaita tarpeen ja etsii aktiivisesti ratkaisua. Toisaalta kuluttaja on voinut tunnistaa ongelman jo menneisyydessä, mutta ongelma on ollut taustalla, kunnes mahdollinen ratkaisu tulee esiin. Kolmanneksi, kuluttaja voi havaita tarpeen vasta, kun mahdollinen ongelmanratkaisu tulee näkyväksi. Epämukavuutta aiheuttavat elämäntilanteet eivät muodosta havaittavaa tarvetta – ongelmat nähdään vain olosuhteina, joihin ei voi vaikuttaa – ennen kuin ratkaisu ilmestyy näköpiiriin. (Sheth ym. 2004, 279.)



KUVIO 6 Ongelman tunnistaminen ja siirtymät ihannetilän ja todellisen tilän välillä Solomonin ym. (2006, 264) mukaan.

Ongelmissa voidaan erottaa kaksi ulottuvuusjanaa: näkyvä-piilevä ja tuttu-uusi. Tutut, näkyvät ongelmat liittyvät usein arkipäiväiseen tarpeentyydytykseen. Latentit ongelmat vaativat enemmän työstämistä, joko itsereflektion kautta tai ulkopuolisen asiantuntijan avulla. Piilevät, uudet tarpeet tulevat esille yleensä uuden teknologian markkinoille tulon myötä. (Sheth ym. 2004, 282).

Motivaatiota on tutkittu ennen kaikkea mainonnan näkökulmasta. Rossiter ja Percy (1991) esittävät että mainosviestinnän sisällöt ja väitteet perustuvat kuluttajien erilaisiin motivaatioihin. Motivaatiot voivat olla negatiivisia tai positiivisia. Negatiivisten motiivien tilanteessa kuluttajan tarkoituksena voi olla esimerkiksi ongelman ratkaiseminen tai sen välttäminen. Positiivisten motiivien tavoitteena voi olla esimerkiksi aistimuksellisen mielihyvän tai sosiaalisen hyväksynnän tavoittelu. Negatiivisia motivaatioita kutsutaan informationaaliseksi motivaatioiksi ja positiivisia motivaatioita transformationaaliseksi motivaatioiksi (Rossiter & Percy, 1991, 16.)

3.3 Emootiot osana ostoprosessia

Bagozzi, Gopinath ja Nyer (1999, 184–202) ovat tutkineet tunteiden roolia markkinoinnissa. He esittävät laajasti viitatus määrittelyn tunteiden eri dimensioista. Termiä affekti (tunnereaktio, affect) tutkijat käyttävät sateenvarjomääritelmänä, joka kattaa emotionaalisen käyttäytymisen eri prosessit. Emootioilla (tunne, emotion) tarkoitetaan mielen valmiustiloja, jotka syntyvät yksilön kannalta tärkeiden tapahtumien tai ajatusten kognitiivisista arvioinneista. Emootiot sisältävät fysiologisia prosesseja ja usein ne ilmaistaankin fyysisesti. Emootioilla on kohde, viittaus tai tarkoitus, joka johtaa usein toimiin. Mieliala (mood) on puolestaan pidempikestoinen

tunnetila, joka on emootiota epäintensiivisempi ja hajanaisempi. Mieliala ei johda toimenpiteisiin niin kuin emootio. Kolmas ulottuvuus on asenne (attitude), joka kuvaa kokijan arviointia akselilla hyvä-paha. Tunteet ovat läsnä markkinoinnin kentässä laajasti aiheuttajina, välittäjinä, jakajina ja vaikuttajina. Ne toimivat markkinointiviestinnän vaikutuksen ja asiakastyytyväisyyden mittareina. Emootiot vaikuttavat myös kuluttajan päätöksentekoon ja tiedonprosessointiin.

Lazaruksen (1991, 6) mukaan emootiot liittyvät erottamattomasti kognitioon, motivaatioon, käyttäytymisen sopeuttamiseen ja fysiologisiin reaktioihin. Tunteet eivät ilmene irrallisina, vaan ne riippuvat yksilöstä ja tämän tekemästä tilanearviosta. Lazaruksen lähestymistapaa kutsutaan appraisal- eli arviointiteoriaksi. Appraisal-teorioiden mukaan tilanteen tulkinta pikemminkin kuin tapahtuma itse aiheuttaa emootion. Lucen, Bettmanin ja Paynen (2001, 11-12) mukaan emootiot ovatkin itselle ja toisille suunnattua viestintää, jonka tarkoituksena on antaa merkkejä tarpeiden ja päämäärien kannalta tärkeistä tapahtumista.

Erilaisia tunneluokitteluja on laadittu sekä psykologian että kuluttajatutkimuksen tarpeisiin. Markkinoinnin ja kuluttajakäyttäytymisen emootiojärjestelmiä tai -ryhmittelyjä ovat kehittäneet muun muassa Watson ja Tellgren, Plutchnik, Izard, Richins sekä Laros ja Steenkamp.

Roseman (1991, 193) esittelee appraisal-teoriaan nojautuvan tunnejärjestelmän, jossa 16 mahdollista emootiota syntyvät yhdistelmänä viidestä arvioinnista. Järjestelmän arvioinnit ovat:

- positiivinen/negatiivinen
- palkkio/rangaistuksen puuttuminen
- itsestä/jostakusta toisesta henkilöstä/olosuhteista johtuva
- toteutumisen todennäköisyyden varmuus/epävarmuus, sekä
- vahva/heikko selviytymismahdollisuus.

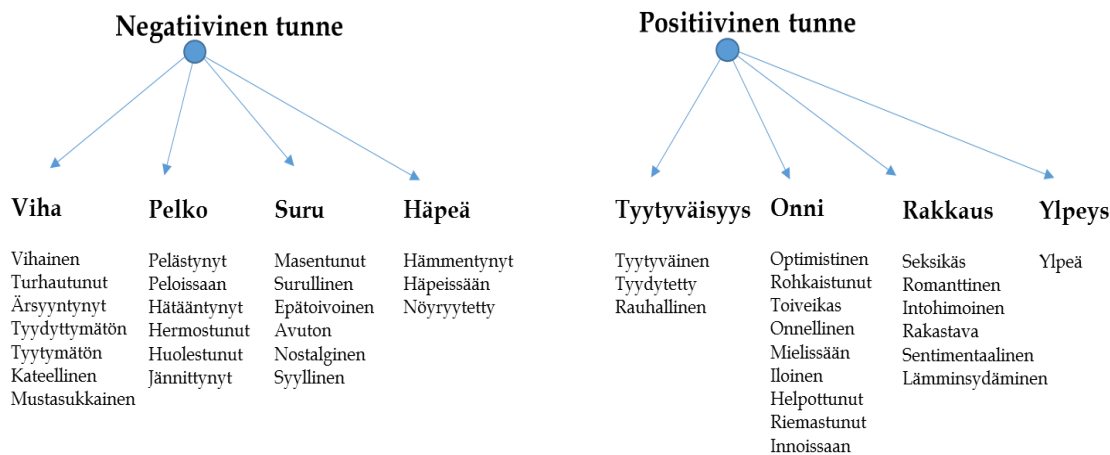
Näiden arviointien yhdistelmät määräävät, mikä emootio koetaan jossakin tietyssä tilanteessa. Rosemanin luokittelussa positiivisia tunteita ovat toivo, ilo, helpotus, pitäminen sekä ylpeys. Negatiivisiksi tunteiksi luokitellaan pelko, suru, ahdistus, inho, turhautuminen, ei-pitäminen, viha, häpeä, syyllisyys sekä katumus. Yllätyksen tunne voi olla sekä positiivinen että negatiivinen. (Roseman, 1991.)

Emootio syntyy siis olosuhteiden välisessä vuorovaikutuksessa. Esimerkiksi motivaation tyyppi vaikuttaa siihen, millaisia emootiota koetaan. Ihminen tuntee iloa saatuaan jotakin, mitä hän on tahtonut ja helpotusta silloin, kun on välttänyt jotakin ei-tahtomaansa. Agenttivaikutus eli toisen henkilön osallisuus tulee esiin vihan, häpeän ja ylpeyden kokemisessa. Syyllisyyden tunteessa aiheuttajana on toimija itse. Vihaan ja syyllisyyteen johtaa myös kokemus moraalista legitimitetistä: onko lopputulema oikeutettu. Pelko syntyy tilanteessa, jossa on olemassa mahdollisuus saada rangaistus tai jossa koetaan epävarmuutta palkinnon saamisesta. (Roseman, 1991). Kappaleessa 2.2. esitelty Beruchashvilin ym. identiteettivii-tekehys erittelee ylipainoon liittyviä emootioita Rosemanin luokittelun pohjalta.

Richins tutki aiempia, lähinnä mainonnan tutkimuksessa käytettyjä emootioryhmittelyjä ja loi laajemmin kulutuskokemuksen tutkimiseen tarkoitettua Consumption Emotions Set- luokittelun (CES). Richins tutki emootioita kuluttajakäyt-

täytymisen kolmessa eri vaiheessa: hankintaa edeltävää harkintatilannetta, varsinaista ostotapahtumaa sekä oston jälkeistä käyttöä. CES koostuu 16 tunneklusterista, joita täydentää neljä klustereiden ulkopuolista emootiota. Richinsin tutkimuksessa emootiot sijoittuvat kahdelle dimensiolle, jotka ovat positiivinen-negatiivinen ja aktiivinen-reseptiivinen. (Richins 1997, 127–145.)

Laros ja Steenkamp (2003, 1437–1445) jatkoivat tunteiden ryhmittelyä tarkoituksenaan helpottaa ja selkeyttää nimenomaan kuluttamiseen liittyvien emootioiden tulkintaa. He laativat kulutusemootioiden hierarkkisen mallin, jossa emootiot luokitellaan kolmelle eri abstraktiotasolle. Ylimpänä tasona on perinteinen jako positiivisiin ja negatiivisiin emootioihin. Alimpana, spesifisten emootioiden tasona mallissa käytetään Richinsin CES-mallia. Näiden väliin rakentuu perustaso, jonka muodostavat neljä positiivista ja neljä negatiivista emootiota. Larosin ja Steenkampin kuluttajaemootioiden hierarkiamalli esitellään kuviossa 7.



Kuvio 7 Kuluttajaemootioiden hierarkia (Laros & Steenkamp 2003, 1441)

Talvio on tutkinut vuonna 2011 julkaistussa väitöskirjassaan kulutukseen liittyviä häpeän, syyllisyyden ja nolouden tunteita. Näitä kutsutaan minätietoisuus-emootioiksi, koska ne edellyttävät oman käyttäytymisen tarkastelua ulkopuolisen silmin. Minätietoisuus-emootioita voidaan kutsua myös sosiaalisiksi tai moraalisisiksi emootioiksi. Perinteisesti häpeä on markkinoinnissa nähty tuotteen tai palvelun käytön kustannuksena. Kuluttaja haluaa välttää tilannetta, jossa hän joutuu ulkopuolisen arvioinnin ja arvostelun kohteeksi. (Talvio 2011, 11–12.)

Tunteet jaetaan negatiivisiin ja positiivisiin sen mukaan, arvioiko yksilö tilanteen omalta kannaltaan haitalliseksi vai hyödylliseksi. Negatiiviset emootiot syntyvät tilanteissa, joissa tärkeän päämäärän saavuttaminen on uhattuna tai kokonaan estetty. Positiiviset emootiot puolestaan liittyvät edistykseen tärkeiden päämäärien saavuttamisessa. Emootiot toimivat eräänlaisina katkaisijoina: ne muuttavat sekä käyttäytymistä että sen taustalla olevia motivaatioita. Emootiot myös tuovat esiin selviytymisstrategioita, joita käsitellään myöhemmin tässä luvussa. (Lazarus, 1991; Luce ym. 2001, 11–12.)

Luce ym. (2001, 13) väittävät, että kuluttajatutkimus on tyypillisesti keskittynyt selvittämään kulutuksesta aiheutuvia emootioita. Toinen perinteinen emootioihin liittyvä tutkimuskohde on mainonta. Tavallisimmin kulutustutkimuksessa on

tutkittu myönteisten emootioiden merkitystä kuluttajan valintojen ennustajana. Oletuksena on kuluttajan pyrkimys positiivisiin emotionaalisiin tiloihin. Talvion (2011, 157-164) häpeää käsittelevä väitöstutkimus osoitti, että myös negatiivisilla emootiolla on merkitystä kuluttajan valintojen ja markkinointitoimintojen kannalta.

Myös kuluttajan valintatilanteet sinällään synnyttävät tunnepitoisia reaktioita, erityisesti silloin, jos kuluttaja joutuu valinnoissaan kohtaamaan konflikteja ja tekemään kompromisseja vaihtoehtojen välillä (trade-off). Tällaisia emootioita kutsutaan päätöksentekotehtävään liittyviksi emootioiksi (task-related emotion).

Päätöstilanteisiin liittyy ennen kaikkea kielteisiä tunteita, kuten uhkan, levottomuuden, syyllisyyden, häpeän tai vihan kokemusta. Valintoja tehdessään päätöksentekijä altistaa itsensä sekä materiaalisesti että sosiaalisesti, sillä päätöksen lopputulema voi vaarantaa tärkeitä päämääriä tai kuluttajan omanarvontuntoa. Esimerkkinä emotionaalisesti vaikeasta päätöksentilanteesta, jota koskettaa kuluttajalle erityisen tärkeitä päämääriä, on päätös hengenvaarallisen lääketieteellisen hoidon valitsemisesta.

Toisaalta päätöksenteko voi sisältää myös myönteisiä emootioita, kuten ylpeyttä tai onnellisuutta, jos odotettavissa on päätöksentekijän omanarvontunnon kannalta myönteisiä tuloksia. (Luce ym. 2001,17.)

3.4 Vaihtoehtojen arviointi ja trade-off-valinnat

Jos kuluttajan päätöksentekoon liittyy epävarmuutta ja monimutkaisia valintoja, valinta voi tapahtua konstruktiivisena prosessina. Tällöin kuluttaja muodostaa preferenssinsä tilanteeseen sopivalla tavalla. Valintaprosessiin vaikuttavat ongelman luonne, yksilön ominaisuudet sekä sosiaalinen tilanne. (Bettman ym. 1998).

Päätöksentekoon liittyvät preferenssit rakentuvat kuluttajan mielessä silloin, kun vaihtoehdot ovat kuluttajalle uusia tai monimutkaisia. Kun tilanne tai tuote on kuluttajalle uusi, hän ei voi tukeutua valmiiksi arvoitettuun mieltymyslistaan ja tehdä valintaansa rationaalisesti jo punnitun tiedon pohjalta. Konstruktiivisen näkemyksen mukaan kuluttajalla ei ole muistissaan valmista, kattavaa valintakriteerilistaa, johon hän voisi valintatilanteessa tukeutua. Kuluttaja ei yksioikoisesti käytä tiettyä lähestymistapaa tai algoritmia, vaan valintaprosessissa voivat yhdistystä erilaiset lähestymistavat, jotka otetaan käyttöön tilanteen mukaan. Lähestymistapojen muokkautumiseen valintaprosessin kuluessa vaikuttaa myös kuluttajan oppiminen. Konstruktiivisen mieltymysten muodostumisen piirteitä ovat, että päätös tehdään tilanteessa (on the spot) ja että päätökseen vaikuttavat tekijät ovat voimakkaasti ehdollisia. Ehdollisuus liittyy päätösongelmaan, yksiöön ja sosiaaliseen kontekstiin (Bettman ym. 1998,188).

Kuluttajan valintapäätöksen vaikeusastetta kasvattavat vaihtoehtojen lisääntyvä määrä, vertailtavien ominaisuuksien lisääntyvä määrä, ominaisuuksien arviointiin liittyvä lisääntyvä epävarmuus, trade-off-valinnan sisältävien ominaisuuksien määrän kasvaminen, sekä vaihtoehtojen sisältämien jaettujen ominaisuuksien lisääntyvä määrä. (Bettman ym. 1998, 189-190)

Bettman ym. (1998, 192) esittelevät oman valinta-päämäärät-viitekehityksensä kuluttajan konstruktiiivisen valintaprosessin hahmottamiseen. Valinta-päämäärät-viitekehityksessä keskitytään mallintamaan, mitä kuluttajat valinnallaan tavoittelevat, mitkä tekijät vaikuttavat huomion suuntaamiseen, tiedon hankintaan ja käsittelyyn sekä heuristiikkojen käyttöön päätöksenteossa. Kuluttajat tekevät valintoja saavuttaakseen tavoitteitaan. Päätöksenteossa tärkeimmät päämäärät ovat:

1. päätöksen tarkkuuden maksimointi
2. kognitiivisen ponnistelun/vaiwannäön minimointi
3. negatiivisten emootioiden kokemisen minimointi sekä
4. päätöksen oikeutuksen helppouden maksimointi.

Päämääriä punnitaan ongelmakohtaisesti muun muassa sillä perusteella, kuinka merkittäviä tai peruuttamattomia seurauksia päätöksellä on, sekä sillä, kuinka täsmällistä tai moniselitteistä kuhunkin päämäärään liittyvä palaute on. Konstruktiiiviset valintatilanteet voidaan luokitella päämäärittäin sen mukaan, mikä metatavoite kuluttajalla kulloinkin on vahvimmin esillä. Tunnepitoisessa, negatiivisten emootioiden minimointia tavoittelevassa valintatilanteessa kuluttaja kokoaa tietoa laajasti, mutta selektiivisesti. Tunnepitoiset valinnat rohkaisevat selviytymisstrategioiden käyttöön, kuten mahdollisimman tarkkaan päätöksentekoon pyrkimiseen tai vältteleviin käyttäytymismalleihin. (Bettman ym. 1998, 197, 211). Selviytymisstrategioita käsitellään tarkemmin myöhemmin tässä kappaleessa.

Tunnepitoinen valintatilanne syntyy silloin, yksilölle keskeiset päämäärät ovat ristiriitaisia: kaikkea sitä, mitä halutaan, ei voida saavuttaa. Tässä tilanteessa kuluttaja joutuu tekemään kompromisseja eli suorittamaan trade-off-valintoja. Tutkimuskirjallisuudessa vaikeita trade-off-valintoja kuvataan perinteisesti ajoneuvon ostoon liittyvillä esimerkeillä, joissa kuluttaja joutuu valitsemaan turvallisuuden ja muiden tärkeiden ominaisuuksien kuten ympäristöystävällisyyden (polttoaineen kulutuksen) välillä. Näissä valintatilanteissa syntyy negatiivisia emootioita, koska kuluttajalle tärkeiden tavoitteiden saavuttaminen on uhattuna. (Bettman ym. 1998, 196–197.)

Päätöksiin liittyy usein joko kuluttajan omaa tai toisten taholta tulevaa arviointia. Kuluttaja joutuukin usein perustelemaan päätöksensä oikeutuksen itselleen tai muille. Tällaisella tilivelvollisuudella on vaikutuksia päätöksentekoprosessiin. Ihmiset voivat suoriutua tilivelvollisuudestaan yksinkertaisesti mukautumalla sen henkilön preferensseihin, jolle he kokevat joutuvansa tilannetta perustelemaan. Tällainen päätösprosessi on ponnistelua minimoiva. Toisaalta ihmisten tulkinnat toisten mieltymyksistä eivät välttämättä ole tarkkoja. (Bettman ym. 1998, 197–198, 211–212.)

Kun tilivelvollisuuden tunne kasvaa, lisääntyy myös tarve maksimoida oikeutuksen vaivattomuutta. Kuluttaja hakee hyviä perusteluita esimerkiksi turvautumalla epäsymmetrisesti dominoivaan vaihtoehtoon. Yksinkertaisissa valintatilanteissa kuluttaja voi käyttää suhteellista heuristiikkaa, ”nyrkkisääntöä” (relational heuristics), jonka avulla selitetään yhden vaihtoehdon ilmeinen ylivoimaisuus. Tällöin voidaan välttyä trade-off-valintojen tekemiseltä. Monimutkaisemmassa valintatilanteissa kuluttaja käyttää suhteellisia perusteita vähemmän. Kuluttaja voi käyttää tällöin paljon aikaa valinnan suorittamiseen. (Bettman ym. 1998, 198–199.)

Kompromissia vaativa valintatilanne (trade-off) tuottaa usein kuluttajalle päätöksentekijänä negatiivisia emootioita. Jotkin päätöksentekotilanteet sisältävät voimakkaamman tunnelatauksen kuin toiset, riippuen siitä, mitä valinnalla tavoitellaan ja millaisia sosiaalisia tai moraalisia kytkentöjä valinnalla on. Markkinoijat hyödyntävät ja toisinaan pyrkivät jopa korostamaan päätöksenteon tunnepitoisuutta painottamalla kuluttajan arvostusasteikossa korkealle nousevia päämääriä, kuten turvallisuutta ja terveyttä. Valintatilanne sisältää luonnollisesti myös kognitiivisia komponentteja. Ostopäätös voi siis sisältää sekä emotionaalista että kognitiivista vaikeutta. (Luce ym. 2001, 2-3.)

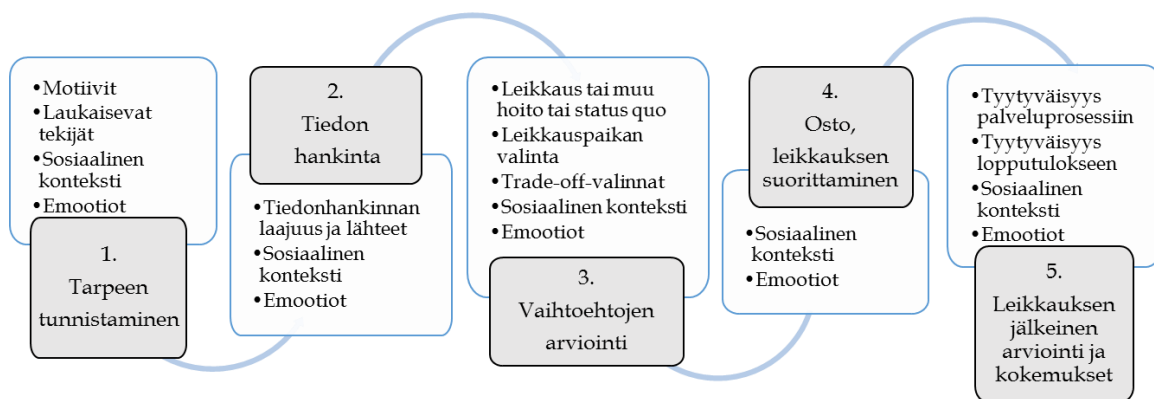
Päätöksen kognitiivisella vaikeudella tarkoitetaan niitä haasteita, jotka liittyvät informaation tietoiseen käsittelyyn ja arviointiin. Päätöksen emotionaalisella vaikeudella viitataan päätöksen synnyttämiin seurauksiin ja siihen, kuinka päätös vaikuttaa kuluttajan tavoitteisiin. Kuluttaja kokee, että päätös seurauksineen uhkaa tärkeiden päämäärien saavuttamista. Päätöksen vaikutukset voivat olla suoria, esimerkiksi välittömät terveyteen liittyvät riskit, tai välillisiä, esimerkiksi minäkuvaan liittyvät uhkat. Tunnepitoisia päätösuhtia, jotka syntyvät valintatilanteessa suoritettavan sisäisen vertailun ja kaupankäynnin tuloksena, voidaan kutsua emotionaaliseksi valinnan vaikeudeksi. Emotionaalinen valinnanvaikeus voi luoda kuluttajalle joko suoran tai epäsuoran uhan. Kuluttaja voi joutua luopumaan joistakin tärkeisiin päämääriinsä liittyvistä ominaisuuksista. Trade-off-tilannetta ei synny, mikäli vaihtoehtoja on vain yksi tai jos jokin vaihtoehtoista koetaan ylivoimaisena toisiin nähden. Kuluttaja voi myös joutua perustelevaan näitä mahdollisesti syntyviä menetyksiä itselleen ja muille. (Luce ym. 2001, 3-5.)

Perinteisen taloustieteellisen näkemyksen mukaan trade-off pohjautuu rationaaliseen päätöksentekoon: kuluttajalla on selkeät mieltymykset, joiden pohjalta hän laskee ominaisuuksien välisiä ”vaihtokursseja”. Päätöksentekoprosessin kannalta on olennaista, että kuluttaja pyrkii käyttämään erilaisia selviytymisstrategioita minimoidakseen uhkia ja negatiivisia tunteita. Selviytymisstrategioiden käyttö on sitä yleisempää ja laajempaa, mitä korkeammaksi kuluttaja kokee trade-offin vaikeusasteen. (Luce ym. 2001, 4-6, 9.)

Lucen ym. (2001, 16) mukaan coping- eli selviytymisstrategiat voidaan jakaa kahteen pääryhmään: ongelmakeskeiseen ja tunnekeskeiseen selviytymiseen. Ongelmakeskeiseen selviytymiseen liittyvät ne toimet, joilla kuluttaja pyrkii tietoisesti kohentamaan tilannettaan. Kuluttaja voi koettaa muokata ympäristöä tai itseään. Ongelmakeskeinen selviytymisstrategia ohjaa kuluttajaa ponnistelemaan, jotta paras vaihtoehto tulisi tunnistettua tarkasti. Näin ollen ongelmakeskeisen selviytymismallin valinnut päätöksentekijä hankkii laajasti tietoa päätöksenteon tueksi. Lisääntynyt negatiivinen emootio valintatilanteessa johtaa siis laajaan tiedon prosessointiin. (Bettman ym.1998, 197) Tunnekeskeisessä selviytymisessä kuluttaja sen sijaan muovaa huomionsa sisältöä ja kohdetta. Tällaista toimintaa voi olla esimerkiksi välttely tai tilanteen merkityksen muuttaminen etäännyttämällä tai kieltämällä. (Luce ym. 2001, 16) Erityisesti välttelyn kohteena ovat ne päätöksen näkökulmat, jotka herättävät eniten tunteita.

3.5 Tutkimuksen teorettinen viitekehys

Tämän tutkimuksen lähtökohtana on konstrukttiivinen näkemys kuluttajan valinnasta, jolloin valintapäätös rakentuu tilannekohtaisesti. Päätökseen vaikuttavat paitsi kuluttajan tiedonhankinta, myös sosiaalinen ympäristö, havaitut riskit sekä kuluttajan emootiot. Apuvälineenä ostopolun vaiheiden hahmottamiseksi käytetään ostoprosessin vaihemallia, joka esitetään kuviossa 8. Viitekehyksessä yhdistetään perinteiseen, kuluttajan rationaalista ostoprosessia kuvaavaan vaihemalliin ai-neksia konstrukttiivisesta prosessista, kuten emootioiden, vaikeiden valintojen ja so-siaalisen kontekstin käsittely ostopolun eri vaiheissa.



KUVIO 8 Tutkimuksen viitekehys: Lihavuusleikkaukseen hakeutuvan kuluttajan ostopolku.

Teemahaastattelun runko rakennetaan viitekehysten pohjalta siten, että haastattelu etenee kronologisesti ostopolun käännekohtia ja niihin liittyviä emootioita ja valintatilanteita tarkastellen.

4 TUTKIMUKSEN METODOLOGIA

4.1 Laadullinen tutkimusstrategia

Tässä tutkimuksessa noudatetaan laadullista eli kvalitatiivista tutkimusstrategiaa ja metodologiaa. Laadullisen tutkimuksen perinne edustaa ymmärtämiseen liittyvää, hermeneuttista tietämisen tapaa. Tuomen ja Sarajärven (2009, 28) mukaan ymmärtäminen ihmistä tutkivien tieteiden metodina sisältää eläytymistä tutkimuskohteisiin liittyvään henkiseen ilmapiiriin, ajatuksiin, tunteisiin ja motiiveihin. Näistä tutkimuskohteista on tässä tutkimuksessa pitkälti kyse.

Tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää ja kuvata kuluttajan kokemuksia ja valintaprosessia lihavuusleikkaukseen hakeuduttaessa, erityisesti ostopolun käännekohtia. Tutkimuksen kohteena ovat kuluttajan motivaatiot, emootiot ja vaikeat valinnat.

Lähtökohtaolettamuksena on, että ihmiset näkevät asiat eri tavoin, eikä objektiivista totuutta ole välttämättä löydettävissä. Laadulliselle tutkimukselle luonteenomaiseen tapaan tässäkin tutkimuksessa ei haeta keskiarvoja tai tyyppillisiä toimintamalleja, vaan rakennetaan ymmärrystä yksityiskohtien ja erityispiirteiden synteessin avulla. Tutkimuskysymyksiin pyritään löytämään vastauksia induktiivisen päättelyn avulla. Analyysissa tehdään päätelmiä yksityisestä yleiseen edeten, samalla mahdollisia säännönmukaisuuksia kartoittaen. Laadullisen tutkimuksen analyysissä aineistosta nousevat raakahavainnot pelkistetään ja yhdistetään, olennaiseen keskittyen. Havainnot toimivat johtolankoina tutkimusongelmassa esitetyn ja teoreettiseen viitekehykseen nojaavan arvoituksen ratkaisemisessa. Kvalitatiiviselle aineistolle on ominaista ilmaisullinen rikkaus, monitasoisuus ja kompleksisuus. (Rubin & Rubin, 2005, 20-29, Hirsjärvi & Hurme 2000, 21-28, Alasuutari, 2011, 51-52, 84)

Laadullisessa tutkimuksessa teoreettinen tieto toimii taustana, jota vasten aineistoa katsotaan. Teoria myös ohjaa tutkijan valintoja aineiston kokoamisessa: mitä kysytään ja miten vastaukset tulkitaan. Tutkimusraportin tulisi olla empirian ja teorian vuoropuhelua. (Eskola & Suoranta 2014, 82.)

4.2 Aineiston kerääminen

4.2.1 Teemahaastattelut

Laadullista haastattelua käytetään, kun halutaan selvittää, mitä ihminen ajattelee ja mitkä ovat hänen toimintansa motiivit (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72). Haastattelu sopii silloin, kun tutkittaviin kysymyksiin ei ole mahdollista vastata lyhyen yksinkertaisesti ja kun halutaan varmistaa mahdollisuus selventävien jatkokysy-

mysten tekemiselle. Laadulliset haastattelut auttavat ymmärtämään ihmisten kokemuksia ja rekonstruoimaan tapahtumia, joissa haastatteli ei itse ole ollut läsnä. Laadullisen haastattelun avulla voidaan erityisen hyvin valottaa sitä, miksi ja miten asiat muuttuvat ja kehittyvät. Laadullisia haastatteluja käyttämällä tutkija pääsee paneutumaan kysymyksiin, jotka ovat haastateltavalle henkilökohtaisesti merkityksellisiä. (Rubin & Rubin, 2005, 2-3).

Haastattelututkimus voi lajiltaan olla positivistinen eli faktoihin keskittyvä, subjektivistinen eli emootioihin perehtyvä tai konstruktionistinen eli merkityksiä tutkiva (Silverman 2001, Erikssonin & Kovalaisen 2008,79–80 mukaan). Tämän tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset ohjaavat ennen kaikkea subjektivistiseen (tunteet, kokemukset, valinnat) mutta myös positivistiseen (tiedonhaku ja prosessin vaiheet) haastatteluun.

Haastattelumenetelmiä voidaan ryhmitellä fokuosoinnin mukaan. Haastattelut voivat olla asetelmaltaan laveita tai rajatumpia eli strukturoimattomia, puolistrukturoituja tai täysin strukturoituja (Rubin & Rubin, 2005, 4-5.)

Täydellisesti strukturoidussa haastattelussa käytetään lomaketta, ja se on lähinnä kvantitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä. Strukturoimaton haastattelu eli syvähaastattelu on avoin, ilmiökeskeinen keskustelu, jossa tutkimuksen viitekehys ei niinkään ohjaa haastattelun suuntaa.

Puolistrukturoitua haastattelua kutsutaan teemahaastatteluksi. Teemahaastattelussa keskustelun rungon muodostavat etukäteen valitut teemat, ja saatua vastauksia voidaan tarkentaa jatkokysymyksillä. Näin ollen teemahaastattelu on joustava ja avoin tiedonkeruumenetelmä, joka jättää tilaa yllätyksellisyydelle. Toisaalta käsiteltävien teemojen tuulee pohjautua tutkimuksen viitekehyyseen ja kysymysten tulee olla tutkimuksen kannalta perusteltuja ja merkityksellisiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009,75–77.)

Teemahaastattelun avulla tutkitaan, mitä, milloin, miten, miksi ja millaisin seurauksin asiat tapahtuvat. Teemahaastattelun avulla rakennetaan yhtäpitävä selitys tutkimuksen lähtötilanteessa näkyvälle tapahtumalle tai tilanteelle. Tutkija kokoaa, lajittelee ja analysoi eri henkilöiden kertomuksia rakentaakseen niistä tapahtumakuvauksen. Teemahaastattelu on fokuoitu ja sen kulkua on ennalta suunniteltu. Tutkijalla on aktiivinen rooli keskusteluteemojen valinnassa, mutta huolellista kuuntelua ei saa teemahaastattelussakaan unohtaa. Teemahaastattelu on siis osin vapaa ja osin ennakolta määritelty. Haastattelun haasteena on se, että jokainen haastattelu on ainutkertainen vuorovaikutustilanne, jonka kulkua ei voi täysin ennakoida. Tutkijan on kyettävä sopeutumaan yllättäviin tilanteisiin. Joustavuus ei saa kuitenkaan johtaa sattumanvaraisuuteen. (Rubin & Rubin, 2005, 11; 31–37.)

Aineiston rikkaus ja syvyys varmistetaan laatimalla pääkysymyksiä, tunnistelevia tai luotaavia kysymyksiä ja jatkokysymyksiä. Taitava laadullinen tutkija kuuntelee haastateltavan esille nostamia avainsanoja, teemoja ja ajatuksia ja tekee niiden pohjalta tarkentavia ja syventäviä kysymyksiä. Huomiota voidaan kiinnittää myös siihen, mitä jäi sanomatta. Näistä syistä johtuen, kaikilta haastateltavilta ei kysytä samoja kysymyksiä.

Tutkijan tulee jatkuvasti tarkkailla ja arvioida omaa ymmärtämistään ja reagointiaan. Tarkkailtavia kohteita ovat esimerkiksi tilanteet, joissa tutkija johdattelee keskustelua sopimattomasti saadakseen toivomansa vastaukset tai välttelee jatkokysymysten tekemistä, jotta keskustelu ohjautuisi "väärään" suuntaan. Vaikka empaattisuus on tavoitteena, haastattelija saa kuitenkin liiaksi samais-tua tutkimuskohteisiinsa eikä lumoutua liiaksi tutkimusaiheestaan. Näitä ongelmia voidaan välttää kysymysasetteluun paneutumisella. (Rubin & Rubin, 2005, 12–13, 20; 32.)

Tämän tutkimuksen haastattelurunko muodostettiin tutkimusongelmasta ja teoreettisesta viitekehystä nousevien teemojen varaan. Haastattelun kulku suunniteltiin kronologiseksi ostopolun oletettujen vaiheiden mukaan. Kuhunkin vaiheeseen laadittiin haastattelua edistäviä apukysymyksiä tutkimuskysymysten ja alatutkimuskysymysten sekä tutkijan esiymmärryksen pohjalta. Apukysymykset toimivat myös tutkijan muistin tukena, jotta kaikkien haastateltavien kanssa tulisi käsiteltyä tutkimusongelman kannalta merkityksellisimmät seikat. Runko toimi ohjeellisena siten, että haastateltavien omille tarinoille annettiin tilaa eikä informanttien omaa kertomusta keskeytetty. Tarkentavia kysymyksiä esitettiin erityisesti perustelujen ja syiden kuulemiseksi.

Tämän tutkimuksen aihe on tutkijalle omakohtainen. Siksi haastattelijan itsereflektio oli erityisesti tarpeen haastattelua suoritettaessa. Tutkija tuo haastateltutilanteeseen mukanaan omat kokemuksensa, kulttuurisen taustansa ja mahdolliset ennakkoasenteensa, joista voi aiheutua tulkinnan vääristymiä. Henkilökohtaista otetta voidaan kuitenkin pitää myös reagoivan haastattelumallin vahvuutena, sillä empatia luo luottamusta ja rohkaisee ihmisiä puhumaan. Toisaalta aktiivinen osallistuminen kasvattaa vääristymien mahdollisuutta. (Rubin & Rubin, 2005, 31).

4.2.2 Projektiivinen aineistonkeruu visualisoinnin avulla

Erikssonin ja Kovalaisen (2008, 91) mukaan visuaalisia aineistoja voidaan käyttää empiirisen datan tapaan, aivan kuten haastatteluja ja muuta laadullista aineistoa, ja ne voidaan analysoida sisällönanalyysin keinoin.

Psykologiasta peräisiä olevia projektiivisia tekniikoita voidaan käyttää aineiston keruumenetelmänä perinteisen haastattelun rinnalla. Projektiiviset menetelmät voivat olla sanallisia tai visuaalisia, joista esimerkkeinä ovat piirtämistehtävät tai kollaasit.

Rookin (2006, 143–155) mukaan projektiivisillä tekniikoilla saatetaan helpottaa tilanteita, joissa haastateltavan voi olla hankalaa ilmaista itseään kielellisesti. Ne voivat houkuttaa haastateltavaa kertomaan tutkittavista teemoista syvemmin. Projektiiviset menetelmät ovat avuksi myös, mikäli haastateltava on sanalliselta ilmaisultaan niukka.

Tässä tutkimuksessa päädyttiin käyttämään visualisointitekniikkaa ostopolun kuvaamisen apuna, koska tutkimuksen tavoitteena oli yhdeltä osaltaan valottaa ostopolkuun sisältyviä emootioita ja kuohuntaa. Tällä haluttiin varmistaa,

että nekin emootiot, joita varsinaisessa haastattelussa ei saada esille, tulisivat näkyviksi visualisoinnissa. Visualisoinnissa informantti laati suppeahkon kuvallisen narratiivin oman ostopolkunsa vaiheista, tunnetiloja kuvaavien emojien eli hymiökuvakkeiden avulla.

Käytetyn menetelmän projektiivisuus ei ole erityisen moniulotteinen tai vapaa. Koska visualisointitehtävä oli tässä tutkimuksessa avustavassa roolissa, menetelmän laadinnassa pyrittiin huomioimaan sekä haastatteluun käytettävät rajalliset ajalliset resurssit että tulkinnan riittävä yksinkertaisuus, ilman syvällistä psykologista osaamista.

4.2.3 Haastateltavien valinta ja aineiston keruun toteutus

Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä, että haastateltavat henkilöt valikoituvat harkinnanvaraisella otannalla (Eskola & Suoranta, 2014, 13). Haastateltavat tulee valita siten, että heillä on ensikäden tietoa ja kokemusta tutkittavasta aiheesta. Haastateltavien tulisi olla taustoiltaan erilaisia ja heijastella eri näkökulmia. Haastatteluaineiston tulisi mahdollistaa teorian rakentaminen, testaaminen ja implikaatioiden laajentaminen (Rubin & Rubin, 2005, 64–70).

Tämän tutkimuksen välttämätön lähtökohta oli, että haastateltavilla on omakohtaista kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Näin ollen haastateltaviksi kutsuttiin henkilöitä, joille oli suoritettu lihavuusleikkaus alle 12 kuukauden sisällä haastattelun sopimishetkestä. Ajallinen rajausta oli tärkeää, koska pidemmän ajan kuluttua ostopolon alkupään muistoihin ja mielikuviin alkaa liittyä epätarkkuutta. Tutkimuksen kannalta oli olennaista, että haastateltaviksi saatiin sekä julkisen että yksityisen hoitopolun valinnoita kohdehenkilöitä, jotta näitä ostopolkuja voitiin vertailla keskenään.

Mahdollisimman rikkaan ja monipuolisen aineiston saamiseksi haastateltavia kutsuttiin neljän väylän kautta. Kutsu esitettiin:

1. Suomen Lihavuusleikatut LILE ry:n verkkofoorumilla, jolloin kutsu kohdistuu vain LILE ry:n jäseniin
2. Facebookin kolmessa, ei-avoimessa lihavuusleikkausryhmässä, joiden jäsenenä tutkija on
3. Internetin avoimella Lihavuusleikkaus-keskustelufoorumilla
4. Lihavuusleikkausta tarjoavan yksityissairaalan asiakkaille, yrityksen henkilöstön välityksellä.

Haastattelukutsuun vastasi yhteensä 29 henkilöä, joista haastattelu sovittiin 18 henkilön kanssa. Lopulta 17 haastattelua toteutui. Kaikki sovitut haastattelut suoritettiin, vaikka merkkejä aineiston kylläntymisestä jo aiemmin oli havaittavissa. Saturaatiokysymys ei ollut kuitenkaan aineistonkeruun kannalta yksin ratkaiseva, sillä aineistosta pyrittiin hakemaan sekä yhdenmukaisuuksia että erilaisuutta.

Lopulliset haastateltavat valittiin siten, että aineistosta muodostuisi mahdollisimman monipuolinen. Valinnassa huomioitiin seuraavat tekijät:

- haastattelukutsun väylä siten, että kaikista mainitusta neljästä väylästä saatiin haastateltavia

- ikärakenne ja sukupuoli
- leikkauspaikka

Haastateltavien kanssa julkistettavaksi sovitut tiedot ilmenevät taulukosta 3. Haastateltavan koodi ilmaisee sukupuolen (N/M), iän sekä leikkauksen suorituspaikan, jossa J viittaa julkiseen terveydenhoitoon ja Y yksityissairaalaan.

TAULUKKO 3 Haastateltujen henkilöiden tiedot: koodi, ikä, sukupuoli, leikkauspaikka sekä kotipaikkakunnan mukainen sairaanhoitopiiri

Koodi	Ikä	Sukupuoli	Leikkauksen suorituspaikka	Kotipaikan mukainen sairaanhoitopiiri
N53J	53	nainen	Päijät-Hämeen keskussairaala	Keski-Suomi
N52Ya	52	nainen	Eiran Sairaala, Helsinki	Satakunta
N43Ja	43	nainen	Satakunnan keskussairaala	Satakunta
M55Y	55	mies	Terveystalo, Helsinki	Etelä-Savo
N43Jb	43	nainen	Peijas	Uusimaa
N68Y	68	nainen	Terveystalo, Helsinki	Uusimaa
M44Y	44	mies	Terveystalo, Helsinki	Pirkanmaa
N39Y	39	nainen	Laser- Tilkka, Helsinki	Etelä-Pohjanmaa
N52Yb	52	nainen	Terveystalo, Helsinki	Keski-Suomi
M39J	39	mies	TAYS	Kanta-Häme
N34J	34	nainen	Peijas	Uusimaa
N38Y	38	nainen	Terveystalo	Kanta-Häme
N47J	47	nainen	Peijas	Uusimaa
N31J	31	nainen	Peijas	Uusimaa
N54J	54	nainen	Peijas	Uusimaa
N37Yv	37	nainen	Fertilitas, Tallinna	Päijät-Häme
M59Y	59	mies	Terveystalo, Oulu	Keski-Pohjanmaa

Haastateltavista naisia oli 13 ja miehiä viisi. Nuorin haastateltava oli 31-vuotias ja vanhin 68-vuotias. Leikkaus oli suoritettu yksityissairaalassa yhdeksälle haastatellulle ja julkisessa terveydenhoidossa kahdeksalle henkilölle. Haastateltavia oli yhteensä yhdeksän eri sairaanhoitopiirin alueelta, painottuen eteläiseen ja keskiseen Suomeen. Haastattelujen suorittamispaikkakuntia tai haastateltavien kotipaikkoja ei raportoida haastateltavien yksityisyyden suojaamiseksi.

Haastattelupaikaksi pyrittiin varmistamaan rauhallinen tila, jossa haastattelu voitiin suorittaa keskeytyksettä ja häiriöttä. Seitsemän haastattelua suoritettiin yhteistyökumppanina toimineen yksityissairaalan tarjoamassa neuvottelutilassa. Muilta haastateltavilta kysyttiin ehdotusta haastattelupaikaksi heidän kotipaikkakunnallaan. Kolme haastattelusta tehtiin julkisorganisaation neuvotteluhuoneessa. Kolmen haastattelun paikkana toimi kahvilan neuvottelutila. Kaksi haastattelua suoritettiin haastateltavan kotona. Yksi haastattelu suoritettiin tutkijan hotellihuoneessa ja yksi haastateltavan työhuoneessa.

Haastattelutapaamiset kestivät keskimäärin 75 minuuttia, jakautuen noin tunnin mittaiseen haastatteluun ja noin 15 minuutin mittaiseen visualisointiosioon. Yksi haastateltava ei aikataulusyistä suorittanut visualisointiosuutta lainkaan.

Lyhin haastattelutapaaminen kesti 45 minuuttia. Pisin tapaaminen oli 113 minuutin mittainen. Haastattelujen keston vaikutti jonkin verran haastateltavan kommunikointitapa sekä saavutetun luottamuksellisuuden taso. Tutkija ohjasi keskustelua haastattelurungon mukaisesti, mutta ei keskeyttänyt, mikäli haastateltava poikkesi haastattelun ydinteemoista.

Ensimmäinen haastattelu (N53J) toimi samalla haastattelurungon testinä. Haastattelu päätettiin litteroida ja sisällyttää tutkimusaineistoon, koska merkittäviä muutoksia haastattelurunkoon ei testin jälkeen tehty.

Haastattelutapaamisten aluksi käytiin läpi tutkimukseen osallistumisen pelisäännöt. Haastateltaville korostettiin tutkimuksen luottamuksellisuutta ja vapaaehtoisuutta. Haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, tulosten käyttämisestä sekä yksityisyyden suojaamisesta. Tämän jälkeen kirjattiin ylös suostumuslomakkeessa julkistettavaksi sovitut taustatiedot (ikä, sukupuoli, leikkauspaikka, sairaanhoitopiiri) sekä tutkijan tietoon jäävät taustatiedot (ammatti, kotipaikka, leikkauspäivä).

Haastattelukutsut esitettiin huhtikuussa 2015. Haastattelut suoritettiin 7.-29.5.2015. Sekä haastattelukutsussa että varsinaisen haastattelun aluksi tutkija kertoi omakohtaisen leikkaus- ja painonpudotuskokemuksensa lyhyesti. Tietoisena valintana tutkijan omiin kokemuksiin ei kuitenkaan käytetty haastatteluissa kovin paljon aikaa, ja tutkija korosti, että pääosassa on haastateltavan tarina ja kokemukset. Tutkija vastasi, mikäli haastateltavat kysyivät hänen kokemuksiaan. Lisäksi tutkija saattoi osoittaa ymmärtävänsä haastateltavaa ja hänen tuntemuksiaan kommentoimalla esimerkiksi ”ymmärrän” tai ”tuttu juttu”. Tutkija ei pyrkinyt haastattelussa täyteen neutraaliuteen, vaan eläytyi haastateltavien tarinoihin, esimerkiksi nauramalla tai osoittamalla myötätuntoa. Yhteisen kokemuspohjan ohella sujuvaan haastattelujen kulkuun vaikutti todennäköisesti myönteisesti tutkijan aiempi työkokemus henkilöhaastattelujen tekemisessä.

Ensimmäisissä haastatteluissa edettiin voimakkaammin haastattelurungon ja tutkijan ehdoilla. Tutkija pyrki avaamaan ja selventämään teemoja ehkä liikaa. Haastattelutekniikan kehittyessä tutkija lyhensi kysymyslauseitaan ja luotti enemmän haastateltavien omaan tulkintaan. Muutaman ensimmäisen haastattelun jälkeen toimittiin niin, että keskustelun alkuun sijoittui haastateltavan oma kronologinen kertomus tapahtumien kulusta, jota lähdettiin avaamaan haastattelurungon teemojen mukaisesti.

Visualisointitehtävä suoritettiin välittömästi haastatteluosion perään. Haastateltaville painotettiin myös visualisointiosuuden vapaaehtoisuutta. Vain yksi henkilö kieltäytyi visualisointitehtävän suorittamisesta aikataulusyistä. Aluksi tehtävä herätti haastateltavissa hämmennystä ja jännitystä, sillä useimmat hätäilivät, etteivät ole hyviä piirtämään. Instruktion kuulemisen jälkeen työhön ryhdyttiin kuitenkin heti, jopa innostuneesti. Pääosin haastateltavat kokivat visualisoinnin mukavana ja virkistävänä kokemuksena.

Visualisointi toteutettiin siten, että haastateltava sai kuvata läpikäymänsä ostopolun tunnetiloja esittävien emoji- eli hymiökuvien avulla. Kukin haastateltava sai valita haluamansa tunnetilakuvat noin sadan emojin joukosta. Jokaiselle

haastatellulle annettiin sama kuvavalikoima. Kuvien määrä haluttiin pitää tietoisesti suurena, jotta tutkijan omat mielikuvat eivät ohjaisi valintaa. Haastateltava kiinnitti valitsemansa kuvat ostopolun etenemisjärjestyksessä valkoiselle A3-arkille. Kuvien viestiä sai täydentää sanallisesti. Haastateltavat saivat keskittyä visualisointiin rauhassa, eikä tutkija tehnyt visualisoinnin aikana kysymyksiä. Kun työ oli valmis, se käytiin vielä lyhyesti sanallisesti läpi.

4.2.4 Eettiset kysymykset

Tutkimuksen aihe on hyvin intiimi. Terveystilaan ja tunnekokemuksiin liittyvät aiheet ovat henkilökohtaisia ja jopa arkoja. Siksi tutkimuksessa oli tärkeää pohtia tietojen hankintaan ja käyttöön liittyvää luottamuksellisuutta.

Tuomi ja Sarajärvi (2003, 128–129) antavat ohjeita tutkittavien suojaamiseksi. Ensinnäkin tutkijan on selvitettävä osallistujille tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja riskit. Haastateltavien tulisi antaa vapaaehtoinen suostumuksensa tutkimukseen ja sen antaessaan tietää, mistä tutkimuksessa on kyse. Osallistujien oikeuksista ja hyvinvoinnista on huolehdittava. Tutkimustietojen on oltava luottamuksellisia ja osallistujien jäätävä nimettömiksi, ellei muutoin sovita. Osallistujilla on oikeus odottaa, että tutkija toimii vastuuntuntoisesti ja sovittujen pelisääntöjen mukaisesti.

Haastateltavien yksityisyyden ja anonymiteetin turvaaminen oli tässä tutkimuksessa suoritettava huolellisesti. Tutkijan esitietojen pohjalta voitiin olettaa, että tutkivassakin joukossa on henkilöitä, jotka eivät ole julkistaneet käyneensä lihavuusleikkauksessa. Tämä olettaus osoittautui oikeaksi. Yksityisyyden suojaaminen toteutettiin siten, että haastateltavien kanssa sovittiin etukäteen ne henkilötiedot, jotka tutkimusraportissa voidaan julkistaa. Näin ollen esimerkiksi informanttien kotipaikkakuntia tai haastattelupaikkakuntia ei julkisteta.

Tutkimusta varten laadittiin suostumuslomake Jyväskylän yliopiston eettisten suositusten mukaisesti. Lomakkeessa kuvattiin tutkimuksen tarkoitus, tulostenraportointi ja luottamuksellisuus. Haastateltavat saivat suostumuslomakkeen jo etukäteen tutustuttavakseen sähköpostitse. Lomake allekirjoitettiin haastattelun aluksi, jolloin myös kerrattiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus.

Lähdekritiikki haastatteluaineiston osalta tarkoittaa sitä, että arkaluontoiisiin ja moraalisesti latautuneisiin tietoihin tulisi suhtautua kriittisemmin kuin neutraaleja asioita koskeviin vastauksiin. Jos tietojen todenmukaisuutta tai luotettavuutta on syytä epäillä, ne tulisi tarkistaa. (Alasuutari 2011,101–102). Tässä tutkimuksessa tarkistusmahdollisuutta ei ole, koska haastateltava on omassa asiassaan ainoa tietolähde, ja toisaalta haastateltavien tarinat edustavat todellisuutta sellaisena kuin he sen kokevat ja muistavat.

Tutkimuksen raportoinnissa jouduttiin huomioimaan se, etteivät esimerkiksi jonkin haastateltavan voimakkaan negatiiviset kokemukset – niin tosia kuin ne informantille itselleen ovatkin - leimaisi yksittäistä palveluntuottajaa liiaksi.

Haastateltavien tarinoissa nojaututaan pitkälti muistikuviiin. Vaikka haastattelukutsu esitettiin rajatusti henkilöille, joiden leikkauskokemus oli varsin

tuore, todettiin tutkimusta suoritettaessa, että prosessin alkuhetkestä oli saattanut kulua useita vuosia. Näin ollen on tutkimuksen rajoitteena hyväksyttävä, että muistinvaraisuus voi vaikuttaa saatujen tietojen tarkkuuteen ja yksityiskohtaisuuteen. Eniten tällä oli vaikutusta prosessin eri vaiheiden vaatimien tarkkojen aikojen arvioimisessa sekä tiedonhankinnan yksityiskohtaisten lähteiden kartoittamisessa.

4.3 Tiedon analysointi

Aineiston analyysi voi olla etenemistavaltaan joko induktiivinen (yksityisestä yleiseen) tai deduktiivinen (yleisestä yksittäiseen). Myös abduktiivinen päättely on mahdollista, jolloin teorianmuodostukseen edetään johtajatoksen mukaisten havaintojen kautta (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 95). Merriamin (2009, 18) mukaan laadullinen tutkimus on yleisimmin induktiivista, joskin Tuomi ja Sarajärvi (2009) katsovat, että abduktiivinen analyysikin on usein tutkijan apuna.

Tutkijan tulee määritellä, on tutkimuksessa kyse aineistolähtöisestä, teoriaohjaavasta vaiko teorialähtöisestä analyysistä. Analyysimuodot eroavat toisistaan siinä, kuinka aineisto hankitaan, analysoidaan ja raportoidaan. Aineistolähtöisessä analyysissä teoreettinen kokonaisuus pyritään rakentamaan tutkimusaineiston pohjalta. Tiukasti katsoen aineistolähtöisessä analyysissä teoria toimii lähinnä analyysin toteuttamisen tukena eli viitekehys liittyy ennen kaikkea metodologiaan. Teoriasidonnaisessa analyysissä teoria toimii apuna analyysin etenemisessä eli aikaisempi tieto voi toimia apuvälineenä. Tutkimus ei kuitenkaan ole teoriaa testaava, vaan uusia ajatuksia avaava. Tutkijan mielessä kulkevat rinnakkain aineistolähtöisyys ja valmiit mallit, joita pyritään yhdistelemään toisiinsa. Sekä aineistolähtöinen että teoriaohjaava analyysi ovat varsin sallivia sen suhteen, miten tutkittava ilmiö määritellään ja aineisto hankitaan. Teorialähtöisessä analyysissä puolestaan pyritään aikaisemman tiedon testaamiseen uudessa asiayhteydessä ja analyysia ohjaa valmis kehys, mikä ei ole yleensä laadullisen analyysitapa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 97-100.)

Tämän tutkimuksen analyysissä tuodaan esiin aineiston teoreettisia kytkeviä, mutta toisaalta analyysi ei suoraan pohjautu aiempaan teoriaan. Näin ollen tämän tutkimuksen analyysia voidaan pitää teoriaohjaavana eli teoriasidonnaisena. Analyysivaiheen aluksi voidaan edetä aineistolähtöisesti, mutta lopulta analyysia ohjaavat viitekehyksessä määritellyt teemat. Päättelylogiikka on induktiivinen.

Analyysimenetelmänä toimii sisällönanalyysi eli menettelytapa, joka käsittelemään aineistoa objektiivisesti ja systemaattisesti. Sisällönanalyysin avulla saadaan aineisto kuvattua sanallisesti sekä tiivistettyä ja järjestettyä se johtopäätösten tekoa varten. Teoriasidonnaisessa analyysissä voidaan edetä aineistolähtöisen sisällönanalyysin vaiheiden mukaisesti. Sisällönanalyysin kolme päävaihetta ovat pelkistäminen eli redusointi, aineiston ryhmittely eli klusterointi sekä teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107-108.)

Seuraavassa esitellään sisällönanalyysin vaiheet (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 109) ja kuvataan samalla tämän tutkimuksen aineistoanalyysin toteutus.

Ensimmäisessä vaiheessa suoritettiin aineiston purku eli haastattelujen kuunteleminen ja aukikirjoitus. Tutkimuksen nauhoitettu sanallinen haastatteluaineisto purettiin käsiteltävään muotoon litteroimalla. Litterointi pyrittiin suorittamaan sanatarkasti, mutta kuitenkin lähinnä sanalliseen ilmaisuun keskittyen. Naurahduksia, lauseiden sisäisiä tauotuksia tai muita ei-sanallisia tilanteita ei juuri kirjattu. Poikkeuksen muodostivat mahdolliset keskeytykset ja onneksi harvalukuiset häiriötilanteet. Litteroinnin tuloksena saatiin 17 muodoltaan yhtenevää dokumenttia jatkotyöstöä varten. Tyypillisesti yhden haastattelun aineisto oli noin 7000 sanan mittainen. Niukimmat aineistot olivat noin 5400 sanan laajuisia ja pisin aineisto oli lähes 11900 sanan laajuinen. Huomioiden tekeminen aineistosta alkoi jo litteroinnin aikana.

Kun litteroitu aineisto oli luettu läpi ja sen sisältöön oli perehdytty, siirryttiin redusointiin. Aineistoa pelkistettiin merkitsemällä tutkimusongelman kannalta merkitykselliset ilmaukset. Ilmaukset alleviivattiin ja koodattiin avainsanoiksi, jotka siirrettiin erilliseen teemoittelutaulukkoon jatkokäsittelyä varten. Avainsanoja täydennettiin muistin apuvälineenä toimivilla sitaateilla.

Aineistosta etsittiin myös normatiivisia lausumia. Alasuutarin (2011, 224–228) mukaan normatiiviset käsitykset voivat esimerkiksi tulla esiin ihmisten kertomuksissa käyttäytymisestään, esimerkiksi moraalisten periaatteiden noudattamisessa. Alasuutari toteaa, että normin olemassaolo kertoo ristiriidasta. Tietyn normatiivisen periaatteen mukainen käyttäytyminen viittaa siihen että yksilö tietää olevan mahdollista toimia toisinkin, hän tunnistaa itsessään houkutuksen käyttäytyä eri tavalla tai hän haluaa korottaa mieltymystensä mukaisen käyttäytymisen statusta esittämällä sen moraalisten periaatteidensa mukaisena. Normatiiviseen periaatteeseen viittaaminen herättää kysymyksen miksi – miksi kyseinen asia on moraalinen kysymys. Tutkijan tuleekin pohtia, mikä on normin merkitys. Tämän tutkimusasetelman mukaisesti kiinnostavia ovat ostopolun aikainen kuohunta ja valintatilanteet, joihin normatiiviset ristiriidat voivat liittyä.

Ryhmittelyvaiheessa ilmaukset käytiin systemaattisesti läpi. Koodattuja ilmaisuja sisältävä taulukko järjestettiin teemahaastattelun teemojen mukaisesti, jotta aineistoa olisi mahdollista yhdistellä, vertailla, luokitella ja tyypitellä.

Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 174–176) mukaan tyypittelyllä tarkoitetaan sitä, että tapauksia analysoimalla pyritään määrittelemään, kuinka ne voitaisiin ryhmitellä yhteisten piirteiden perusteella. Kullakin tapauksella voi olla yhteisten piirteiden lisäksi myös muita ominaisuuksia, mutta tyypittelyssä keskitytään vain yhdistäviin tekijöihin. Tyypittelyssä voidaan hakea toisilleen vastakkaisia ääriryhmiä tai toisaalta poikkeavia tapauksia. Typologia tarkoittaa sitä, että raakahavainnoista voidaan muotoilla poikkeukseton sääntö, joka pätee tiettyyn raakahavaintojen joukkoon (Alasuutari 2011, 212). Tavoitteena oli löytää aineistosta tyyppisiä, jotka kuvaavat aineistoa laajasti ja samalla taloudellisesti.

Visualisoinnin suorittamisen aikana käytyä keskustelua ei litteroitu, koska keskustelu oli luonteeltaan teknistä. Poikkeuksen muodostivat ne haastattelut, joissa haastateltava merkittäväällä tavalla täydensi aiempaa sanomaansa tai avasi

uusia teemoja litteroinnin aikana. Erikssonin ja Kovalaisen (2008, 93) mukaan visuaalista aineistoa voidaan analysoida kuvien tuottamien, eri yhteisöjen jakamien kulttuuristen merkitysten näkökulmasta. Toisaalta kuvallista aineistoa voisi myös tulkita positivistis-realistisesti. Usein haasteena on visuaalisen ja kielellisen todellisuuden yhdistäminen. He toteavat, että visuaalisen aineiston analysointiin ei ole olemassa tiukkoja sääntöjä, vaan että useat tutkijat luovat itse ad hoc-ratkaisuja oman tutkimuksensa lähtökohtia palvelemaan.

Tällaiseen tilannekohtaiseen valintaan päädyttiin tämänkin tutkimuksen visualisointitehtävän analyysissä. Visualisointien analyysiä varten alkuperäisistä A3-arkeista otettiin värilliset valokopiot, joihin voitiin analyysivaiheessa tehdä tarvittavat merkinnät. Visualisoinnin analyysi toteutettiin siten, että kullekin visualisointituotoksessa esiintyvälle emoji-kuvalle annettiin luvussa 3.4. kuvatun Rosemanin luokittelun mukainen tunnenimi. Nimeämisen jälkeen tunnetilat ryhmiteltiin ostopolun vaiheiden mukaisesti. Tämän jälkeen tunne-vaihe-klustereit tyypiteltiin samankaltaisuuksien ja eroavaisuuksien löytämiseksi.

Tunneluokitusta kuitenkin vaihdettiin, koska osoittautui, että Rosemanin tunnelajitelmassa ei ollut riittävän tarkkoja ilmaisuja kaikille, olennaiselta vaikuttaville informanttien ilmaisemille emootioille. Tilalle valittiin lopulta Laros & Steenkampin kuluttajaemootioiden hierarkiamalli, jossa käytetään Richinsin CES-luokitusta spesifien emootioiden erittelyyn. Hierarkiamalli salli myös emootioiden koonnin kahdelle yleisemmälle tasolle (perustaso, ylätaso) tulosten yhteenvetovaiheessa. Emojien tulkita ei niiden näennäisestä yksinkertaisuudesta huolimatta ollut aina yksiselitteistä, joten apuna käytettiin myös informanttien visualisointiin kirjoittamia sanallisia viestejä. Epäselvissä tai tulkinnanvaraisissa tilanteissa tunnetila jätettiin nimeämättä.

Sekä haastattelujen että visualisoinnin tuottamat klusteroinnin ja tyypittelyn tulokset esitetään tutkimuksen luvussa 5 Tulokset.

Viimeisenä oli vuorossa teoreettisten käsitteiden luominen, joka Tuomen ja Sarajärven (2009, 113) mukaan toteutetaan teoriasidonnaisessa analyysissä liittämällä empiirinen aineisto tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen. Tämä aineiston ja viitekehyksen mukaisten käsitteiden yhdistely eli abstrahointi esitetään tutkimuksen 6. luvussa Johtopäätökset.

4.4 Laadullisen tutkimuksen luotettavuus

Tutkimusmenetelmien luottavuuden tarkastelussa kvalitatiivinen ja kvantitatiivien tutkimus eroavat toisistaan. Tämä johtuu tutkimusstrategioiden luonnollisista eroista. Niiden käsitykset totuudesta ja todellisuuden mitattavuudesta samoin kuin tutkimusten tavoitteet ovat lähtökohtaisesti erilaisia. Yksiselitteisiä ohjeita laadullisen tutkimuksen arviointiin ei ole, johtuen tutkimusperinteen moninaisuudesta. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 134–136.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin käsittein. Validiteetti on mittari, jonka avulla arvioidaan, onko tutkimuksessa tutkittu sitä, mitä on luvattu. Reliabiliteetti kuvaa tutkimustulosten

toistettavuutta. Näiden luotettavuuskäsitteiden lähtökohtana on oletamus yhdestä mitattavissa olevasta, konkreettisesta todellisuudesta. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole objektiivisen totuuden etsiminen sosiaalisesta todellisuudesta, vaikka toki tutkimuskohteen on oltava reaalisesti olemassa. (Tuomi & Sarajärvi, 2009,136.)

Laadullisen tutkimuksen oppaissa ehdotetaankin validiteetin ja reliabiliteetin käsitteiden hylkäämistä ja korvaavia toisilla tutkimuksen luotettavuutta kuvaavilla käsitteillä. Käsitteistä on olemassa useita tulkintoja ja myös suomenkieliset käännökset vaihtelevat. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136–139.)

Bryman & Bell (2007, 411–414) esittävät, että laadullisen tutkimuksen luotettavuuden (trustworthiness) kuvaajina voidaan käyttää tutkimuksen uskottavuutta (credibility), sovellettavuutta (transferability), riippuvuutta (dependability) sekä vahvistettavuutta (conformability).

Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkija on kyennyt ymmärtämään oikein tutkittavan todellisuuden ja toisaalta sitä, että tutkimus on suoritettu hyvän tutkimuskäytännön mukaisesti. Uskottavuutta voidaan varmistaa esimerkiksi validoimalla tutkimuksen tulokset tutkittavilla. Myös triangulaation eri muodoilla voidaan vahvistaa uskottavuutta. Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten metodien, tutkijoiden, tietolähteiden tai teorioiden yhdistämistä tutkimuksessa. Näin varmistetaan, että tutkimustulokset eivät ole liiaksi sidoksissa yksittäiseen tutkijaan, metodeihin tai tietolähteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 143–145). Uskottavuuden kannalta olennaista on myös tutkijan esiymmärryksen ja aseman tiedostaminen.

Eskola ja Suoranta (2014, 17) toteavat, että objektiivisuus syntyy oman subjektiivisuuden tunnistamisesta. Tässä tutkimuksessa aiheen omakohtaisuus, oma kokemusasiantuntijuus, on tutkimuksen uskottavuuden kannalta sekä vahvuus että mahdollinen heikkous. Koska tutkija on itse käynyt läpi saman prosessin kuin tutkittavat eli elänyt tutkittavassa todellisuudessa, voidaan perustellusti ajatella, että tutkija pystyy ymmärtämään tutkimuksen kentän. Tutkijan esiymmärrystä oman kokemuspiirin ulkopuolelle ovat laajentaneet useat sosiaalisen median lähteet, kuten blogikirjoitusten ja keskustelufoorumien seuraaminen noin kahden vuoden ajan. Tutkimusasetelman validointiin osallistui myös lihavuusleikkauksia tarjoava yksityinen palveluntuottaja. Toisaalta vaadittiin erityistä tarkkuutta ja jatkuvaa itsereflektiota, etteivät tutkijan omat kokemukset vääristäneet haastattelujen kulkua esim. johdatteluvien kysymysten käyttämisellä, vaan että esiin tuli aidosti haastateltavien oma tarina. Tutkimuksen uskottavuuteen panostettiin myös käyttämällä haastattelun ohella toista aineistonkeruutapaa eli visualisointia.

Uskottavuuden rakentamiseksi hyvään tutkimuksen suorittamistapaan pyrittiin käyttämällä hyväksi Tuomen & Sarajärven (2009, 140–141) laatimaa käytännön läheistä muistilistaa. Huomiota kiinnitettiin tutkimuskohteen valintaan ja valinnan perusteisiin, tutkijan omiin sitoumuksiin, aineiston keruun toteuttamiseen, informanttien valintaan, tutkijan ja tiedonantajan suhteeseen, tutkimuksen keston, aineiston analyysiin, tutkimuksen eettiseen korkeatasoisuuteen ja

tulosten raportointiin. Näihin tekijöihin liittyvät valinnat pyrittiin suorittamaan johdonmukaisesti. Valinnat on raportoitu avoimesti ja yksityiskohtaisesti.

Sovellettavuus kuvaa sitä, kuinka hyvin tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä muihin tilanteisiin. Brymanin ja Bellin (2007, 413) mukaan laadullisen tutkimuksen löydökset ovat usein kontekstissaan ainutlaatuisia ja merkityksellisiä juuri tutkimuksen kohteena olevan sosiaalisen ilmiön näkökulmasta. Yleistykset eivät siis ole aina mahdollisia ja tuskin tavoitteenakaan.

Tutkimuksen riippuvuudella Bryman ja Bell (2007, 414) viittaavat siihen, että tutkimuksia kaikkia vaiheita voidaan vertaisauditoida. Opinnäytetyöskentelyssä tätä tutkimusta ovat kommentoineet ohjaajan lisäksi seminaariin osallistuneet vertaisarvioijat, erityisesti opposentti. Tuomi ja Sarajärvi (2009) ovat löytäneet kirjallisuudesta myös muita riippuvuuteen liittyviä kuvauksia, muun muassa se, että tutkijan oltava valmistautunut ennalta ennustamattomiin tekijöihin sekä ulkoisten olosuhteiden vaihteluihin. Tämän tutkimuksen toteuttamisessa riippuvuutta pyrittiin varmistamaan haastattelutilanteen huolellisella suunnittelulla.

Vahvistettavuus on Brymanin ja Bellin (2007, 414) näkemyksen mukaan sitä, että tutkijan voidaan osoittaa toimineen hyvässä uskossa. Henkilökohtaiset arvot tai teoreettiset mieltymykset eivät ohjaa tutkimusta pois objektiivisuudesta – siinä määrin kuin se laadullisessa tutkimuksessa on mahdollista saavuttaa. Jälleen voidaan todeta tämän tutkimuksen osalta, että tutkijan tarkkaavaisuutta, ennakkokäsitysten kontrollointia sekä uskollisuutta tutkimusongelmille ja aineistolle on täytynyt korostaa.

5 TULOKSET

Tässä luvussa esitellään tutkimuksen tulokset. Luku on jäsennetty alatutkimuskysymysten mukaisesti siten, että aluksi käsitellään lihavuusleikkauksen ostopolun kulkua, kestoa sekä kuluttajan tyytyväisyyteen liittyviä tuloksia. Tämän jälkeen tarkastellaan ostopolun käännekohtia lähemmin alatutkimuskysymysten mukaisesti jaoteltuna eli motivaation, emootioiden ja vaikeiden valintojen näkökulmista.

5.1 Ostopolun kulku

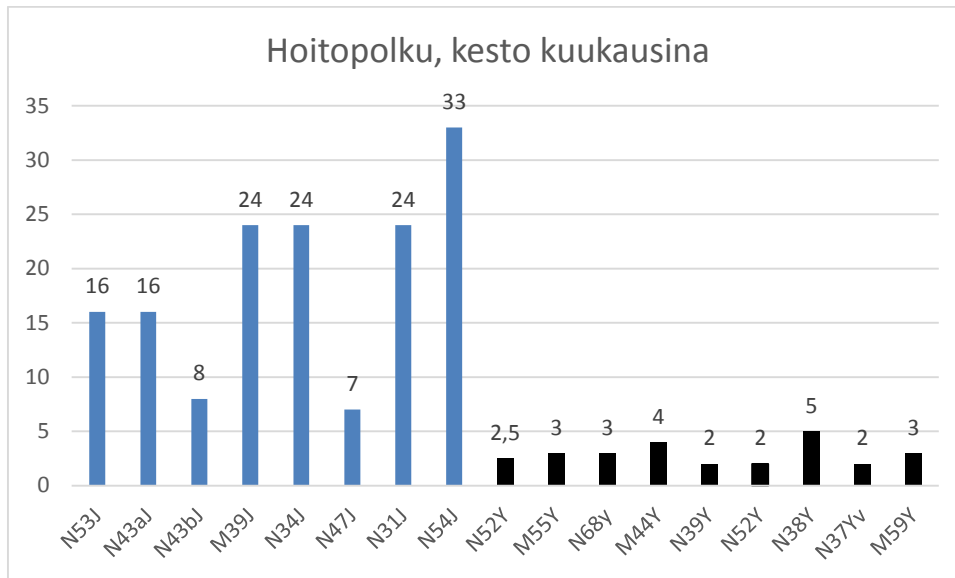
5.1.1 Prosessin kesto ja eteneminen

Lihavuusleikkaukseen hakeutuvan ostopolun kulku, kesto ja vaiheet riippuvat sekä kuluttajasta että palveluntarjoajasta. Prosessien ajallisissa kestoissa on huomattavia eroja, joista osa johtuu sektorivalinnasta, osa palveluntuottajasta aiheutuneista viiveistä, mutta osa myös kuluttajan omista valinnoista tai väärinymmärryksistä.

Ennen ensimmäistä yhteydenottoa palveluntarjoajaan harkinta ja tiedonhaku alitajuinen tai tietoinen harkinta ja satunnainen tiedonhaku saattoivat oisakin tapauksissa kestää vuosia. Esimerkiksi julkisella puolella leikattu 47-vuotias nainen raportoi oman harkintansa kestäneen lähes kymmenen vuotta, jonka kuluessa hän lähinnä torjui terveydenhuollon taholta tulleita leikkausehdotuksia. Myös puolison negatiivinen kanta hidasti tässä tapauksessa prosessia. Toisaalta virolaisessa yksityissairaalassa leikattu 37-vuotias nainen kertoi ryhtyneensä heti tuumasta toimeen sykäyksen saatuaan ja ottaneensa yhteyttä palveluntarjoajaan saman tien, päivän tai kahden harkinnan ja tiedonhaun jälkeen.

Ostopolkuihin liittyvää tarkkaa ajallista vertailua voidaan suorittaa lähinnä siitä hetkestä alkaen, kun kuluttaja otti yhteyttä palveluntuottajaan, koska nämä käännekohdat ovat yksiselitteisiä ja kuluttajan helposti muistettavissa. Prosessin kulku alkaen ensimmäisestä yhteydenotosta palveluntarjoajaan ja päättyen leikkauksen suorittamiseen kuvataan kuviossa 9. Kuviossa vasemmassa laidassa sijaitsevat, J-päätteiset koodit kuvaavat julkisen hoitopolun valinnoita. Y-päätteiset koodit kuvion oikealla puolella osoittavat yksityissairaaloissa leikattujen prosessin keston.

Kuten oli oletettua, nopeimmin leikkaukseen pääsee yksityissairaaloissa. Nopeimmillaan itse hoitoprosessin pystyi käymään läpi alle kahdessa kuukaudessa (N37Yv), ja pisimmillään prosessi kesti lähes kolme vuotta (N54J).



KUVIO 9 Leikkausprosessin kesto julkisella ja yksityisellä sektorilla kuukausina.

Yksi selitys julkisen hoitoprosessin pidemmälle kestolle löytyy siitä, että julkisen palvelutuottajan hoitoketjuun kuului selvästi enemmän leikkausta edeltäviä käyntejä terveydenhuollossa. Ostopolun varrella olevien, kuluttajasta riippumattomien tutkimustapaamisten ja jatkopäätösten määrä riippuu ennen kaikkea siitä, onko valittu julkinen vai yksityinen palvelu. Näitä kutsutaan tässä tutkimuksessa porteiksi, sillä kuluttajan pitää ne läpäistä voidakseen edetä seuraavaan vaiheeseen.

Pitkää valmistautumisaikaa leikkaukseen pidetään lääkärin keskuudessa eettisesti tavoiteltavana, koska kyseessä on anatomisesti peruuttamaton toimenpide (Saarni ym. 2009, 2280). Toisaalta Jäntin (2008) mukaan kuluttajien konsumeristisia pyrkimyksiä voidaan tietoisesti hillitä esimerkiksi jonotusajoilla.

Julkiseen hoitoprosessiin näitä tapaamisia sisältyi viidestä kymmenen tai ylikin, jos ryhmätapaamiset tai muut valvotut dieetit lasketaan mukaan. Julkisen terveydenhuollon hoitopolku kulki lähetteestä toiseen, ja näiden väliin sijoittui yleensä kuukausien mittainen odotusaika. Polku eteni sairaanhoitopiireittäin määritellyn kaavan mukaan. Julkisen sektorin valinneet kävivät useissa eri terveydenhuollon toimipisteissä: omassa terveyskeskuksessa tai työterveyshuollossa, keskus- tai aluesairaalassa sekä leikkaavassa yksikössä, joka kauimmillaan sijaitsi 300 kilometrin päässä leikatun kotipaikkakunnalta.

Yksityisen hoitopolun valinneilla leikkausta edeltäviä tapaamisia oli tyypillisesti kahdesta kolmeen. Yksityisesti leikatut kävivät palveluntuottajan luona tavallisesti yhtenä päivänä ja yhdessä palvelupisteessä.

Pääosa porteista oli lääketieteellisiä tutkimuksia, kuten leikkaavan kirurgin tutkimus, vatsantähystys, verikokeet tai röntgenkuvaus. Osa oli luonteeltaan valmentavia, kuten psykologin ja ravitsemusterapeutin tapaamiset tai harjoituslounaat. Osalla porteista oli lisäksi kuluttajan motivaatiota ja sitoutumista mittaava tarkoituspäivä, kuten kymmenen viikkoa kestävä ryhmälaihdutus tai muu kontrolloitu painonpudotus ennen ensimmäisen

lähetteen kirjoittamista. Myös joitakin erikoislääkärikäynteja luonnehdittiin motivaatiota mittaavaksi.

Portteja kuvattiin useammassa haastatteluissa esteiksi, jotka on voitettava ja jotka toimivat kuluttajalle näytön paikkana.

"Ja perkele, minähän meen.. että pankaa semmoset esteet eteen, mitkä haluatte, mä kiipeen niistä yli, että...että mikään ei estä...Tehkää esteitä, ne on tehty voitettavaksi!" (M39J)

Muutamat julkisen hoitopolun valinneet kokivat sitoutumiseen liittyvät portit ahdistavina ja pelottavina. Osa raportoi tunteneensa, että näihin käynteihin liittyi sellaista motivaation koettelua, jonka he kokivat kiusaamisena. He myös pelkäsivät, että heidät hylätään leikkausprosessista jonkin syyn vuoksi. Toisaalta sitoutumisen mittaamista pidetään jälkikäteen arvioituna myös myönteisenä asiana.

"Mähän olin ihan hirveen vihanen, kun mä lähdin sieltä (Peijaksesta) pois, kun musta tuntuu että se ihminen (sisätautilääkäri), itse hyvin hoikka ihminen, piti mua tyhmänä...Must tuntuu, että niin se ainakin koetteli mun motivaatiota... sehän oli tietysti ihan hyviä, että sitä koetellaan, mutta mun mielestä se kohtaaminen ei ollu kauheen positiivinen." (N54J)

"Jälkeenpäin ajateltuna se on mun mielestä hyviä asia että.. ihan tarkoituksellakin muistutetaan, että paino ei saa nousta...pidetään tarkotuksella sellainen mielikuva...Että ne tarkotuksella pitää vähän jännityksessä, mutt siinä tilanteessa se ehkä vähän jossain vaiheessa ärsytti...Niin tuli sellanen filis, että niinku se on ihan semmosta kiusaamista jo." (N31J)

Palveluntuottajaan liittyviä viiveitä esiintyi lähinnä julkisella hoitopolulla. Ne liittyivät hoitoprosessin pullonkauloihin (laihutusryhmien aikataulut ja ryhmäpaikkojen rajallisuus), tietoteknisiin virheisiin (läheteiden kulku), erikoisasiantuntijan (tahalliseksi koettuun) viivyttelyyn tai leikkaavan kirurgin sairastumiseen. Terveyskeskuslääkäri tai yksityinen työterveyshuolto oli myös viiveen lähteenä muutamien haastateltavien kohdalla ostopolun alkuvaiheessa. Nämä viiveet selittyivät tavallisesti joko lääkärin kielteisillä henkilökohtaisilla käsityksillä tai tietämättömydellä leikkaukskriteereistä ja hoitopolun kulusta.

Viive laukaisi muutamien kuluttajien kohdalla oman aktiivisen toiminnan. Esimerkiksi eräs haastateltu (N43bJ) vei viimein lähetteensä henkilökohtaisesti "käsipostina" terveyskeskuksesta leikkaavaan sairaalaan, kun kolme edeltävää lähetettä oli selittämättömästi kadonnut järjestelmästä.

Kuluttajaan liittyvät viiveet johtuivat väärinymmärryksistä. Usealle haastatellulle oli jäänyt epäselvyyttä prosessin etenemisestä liittyen esimerkiksi painonpudotusvaatimukseen tai jonoon asettamiseksi tarvittaviin omiin toimenpiteisiin. Toisaalta viivettä aiheutui kuluttajien omasta harkinnasta, jonka myötä he pyrkivät säätelemään leikkausprosessin etenemistä myös julkisella sektorilla. Jarruttavina tekijöinä toimivat myös läheisten mielipiteet.

Julkisen hoitopolun valinneet pitivät poikkeuksetta pitkää valmistautumisaikaa myönteisenä asiana. Toisaalta yksityisesti leikatut olivat yhtä vakuuttuneita siitä, että lyhytkin harkinta-aika oli heille riittävä. He korostivat oma vastuuta kehostaan. Yksityissairaalassa leikattu 55-vuotias mies kuvaa ostopolkujen kestoissa olevia eroja urheilutermein:

"Mä en juossut maratonia, mä juoksin satasen - samaan maaliin päästiin. " (M55Y)

Tätä vertausta käyttäen ostopoluista on löydettävissä kaksi ääripäätyologiaa: pikajuoksijat (leikkausprosessin kesto 2-3kk) sekä maratoonarit (leikkausprosessin kesto 24-33 kuukautta). Näiden äärityyppologioiden väliin sijoittuu kolmas ryhmä, estejuoksijat, jotka kulkevat ostopolun määrätietoisesti, portteja läpäisten ja ongelmakohdat ylittäen.

Pikajuoksijat ryhtyvät tuumasta toimeen ja ottavat palveluntarjoajaan yhteyttä lyhyen harkinnan jälkeen. Tiedonhaku voi olla intensiivistä, mutta kuitenkin ajalliselta kestoltaan lyhyttä. Virolaisessa yksityissairaalassa leikattu 37-vuotias nainen kertoi päättäneensä: *"Nyt nää läskit lähte"* ja tyytyneensä muutaman illan kestäneeseen tiedonhakuun. Pikajuoksijoita olivat tässä tutkimuksessa tyyppillisesti yksityissairaaloissa leikatut.

Maratoonarit ovat harkitsevaisempia: he haluavat pidempään pohtia omia valmiuksiaan elämänmuutokseen sekä leikkauksen vaikutuksia elämäänsä. Maratoonarit saattoivat jopa oma-aloitteisesti pitkittää hoitopolun kestoja, kuten julkisella puolella leikattu 34-vuotias nainen kertoo:

"Mä viivyttelin sitä ainakin 2 vuotta... mä oisin päässyt siihen niinku alle vuoden sisään mutta...mä aloin niinku himmaamaan sitä projektia, mietin, että onks se sitten kuitenkaan välttämätön." N34J

Estejuoksijoiden prosessin kesto oli 7-16 kuukautta. Estejuoksija etenee yleensä julkisen sektorin palvelun määritelmien mukaisella aikataululla, lähetteestä toiseen. Julkisella puolella leikattu 53-vuotias nainen totesi omasta matkastaan:

"No prosessihan meni omalla painollaan, emmä koe että mä olisin voinut vaikuttaa siihen...no minähän tein sen niin pilikun päälle (ene-dieetin)...oli kyllä het semmonen voit-tajafilis itellä...vitsi mähän pystyn tekemään tämän ..." N53J

Porttien läpäisyä vertaisi esteiden ylittämiseen julkisella puolella leikattu 39-vuotias mies (ks. lainaus yllä tässä alaluvussa). Estejuoksija haluaa siis osoittaa omaa sisuaan ja sitoutuneisuuttaan suoriutumalla annetuista tehtävistä ja tavoitteista mahdollisimman hyvin.

5.1.2 Tyytyväisyys saavutettuihin tuloksiin ja palveluprosessin kulkuun

Lihavuusleikattujen tyytyväisyyttä voidaan tarkastella kahdesta näkökulmasta: tyytyväisyys leikkauksen avulla saavutettuun tulokseen ja toisaalta tyytyväisyys palveluprosessiin ja palveluntuottajaan. Tämä tutkimus ei erityisesti keskity selvittämään asiakastyytyväisyyden rakentumista, mutta kokonaisuuden hahmottamiseksi ja asiakaskokemuksen ymmärtämiseksi nämä näkökulmat raportoidaan lyhyesti.

Jokainen haastateltu kertoo olevansa tyytyväinen tai erittäin tyytyväinen leikkaukseen hakeutumiseen ja leikkauksen tulokseen. Tyytyväisyyteen liittyvät arviot ovat lähes euforisia.

Kommenteissa korostuu se, että leikkaukseen hakeutumista ei kaduta. Päinvastoin, usea informantti toteaa katuvansa ainoastaan sitä, ettei hakeutunut leikkaukseen aiemmin. Huomionarvoista on se, että myöskään ne haastatellut, jotka kohtasivat leikkauksen jälkeen komplikaatioita – vakaviakin – eivät harmittelleet leikkaukseen lähtemistään. Myönteisten tulosten saavuttaminen näyttää kompensoivan leikkauksesta seuranneet mahdolliset hetkelliset tai pidempiaikaiset terveydelliset ongelmat tai prosessin aikana koetut negatiiviset emootiot.

Leikkauksen myönteiset vaikutukset haastateltujen elämään voidaan jaotella fyysisiksi, henkiseksi ja sosiaalisiksi. Fyysisinä hyötyinä raportoitiin aiempien sairauksien ja kipujen hellittäminen, lääkitystarpeen vähentyminen sekä yleinen jaksaminen ja käytännön toimien helpottuminen. Harrastuksiin pystyttiin antautumaan entistä paremmin fyysisten rajoitusten vähennyttyä. Toisaalta kaikki kivut eivät olleet poistuneet ja uusia, leikkauksen tai laihtumisen aiheuttamia terveysongelmia oli ilmestynyt.

Mentaalisina muutoksina esiteltiin yleinen energisyyden ja virkeyden tunne. Elämään on tullut uutta vauhtia. Itsetunnon kerrottiin vahvistuneen ja rohkeuden kasvaneen. Hallinnan tunne on lisääntynyt. Itseä kohtaan tunnettu inho ja häpeä ovat hellittäneet. Uusi ulkonäkö herätti tyytyväisyyttä. Erityistä ylpeyttä koettiin vaatekoon pienenemisestä. Yksi haastatelluista raportoi minäkuvaan liittyvistä negatiivisista asioista, jotka aiheutuivat lähinnä roikkumaan jääneestä löysästä ihosta.

Moni haastateltava totesi suoraan tuntevansa itsensä nyt normaaliksi. Normaaliuden kokemus kiteytyy vaatteiden ostamiseen tavallisista myymälöistä, *”ihmisten vaatekaupoista”*, kuten eräs haastateltu totesi (M39J). Sosiaalinen aktiivisuus on lisääntynyt: enää ei jäädä syrjään tai takariviin piilottelemaan, vaan astutaan rohkeammin esiin. Muutama informantti raportoi vastakkaisen sukupuolen huomionosoitusten lisääntyneen.

Yhtä haastateltua lukuun ottamatta kaikki informantit olivat kokonaisuudessaan tyytyväisiä palveluntarjoajaansa ja olivat valmiit suosittelemaan tätä muille. Suosittelevuudessa ei juuri ollut eroja julkisen tai yksityisen ostopolun välillä. Grönroosin palvelun laatuksineen tarkasteltuna suosittelun kohdentumisessa oli vähäisiä eroja julkisen ja yksityisen palvelun välillä. Lähes kaikki haastatellut korostivat palvelun ammattimaisuutta, erityisesti kirurgin ammattitaitoa ja leikkausosastonsa osaamista. Osaaminen ja luotettavuus yhdistyvät kommenteissa turvallisuuden kokemukseksi. Luotettavuutta ei kyseenalaistettu edes niissä tapauksissa, joissa annettu lupaus ei pitänyt: kuluttajan erikseen toivoma ja julkisen sektorin lupaama kirurgi ei lopulta suorittanutkaan leikkausta.

Asenteilla ja käyttäytymisellä eli kuluttajan huomioimisella oli suuri merkitys. Henkilökuntaa pidettiin erityisen ystävällisenä ja huomioonottavana yksityisellä sektorilla. Erään yksityissairaalan henkilökunta – kirurgin lisäksi koordinoiva hoitaja ja ravitsemusterapeutti – mainittiin haastatteluissa lähes poikkeuksetta tuttavallisesti, nimeltä muistaen, mikä kertonee läheisen suhteen syntymisestä. Myös julkinen hoitohenkilökunta sai kehuja avuliaisuudesta ja kannusta-

vuudesta. Vaikka näihin kohtaamisiin oli mahtunut myös ikäviä tilanteita, esimerkiksi kiusaamisen kokemuksia, ylimielisyyttä tai tylyyttä, se ei näkynyt enää suositusvaiheessa haastateltavien kokonaisarvioissa.

Lähestyttävyyteen ja joustavuuteen liittyviä mainintoja oli enemmän yksityisen ostopolun valinneiden suosituksissa. Niissä korostuvat yksilöllisyys, nopeus ja helppous. Maineeseen ja uskottavuuteen liittyvät kriteerit tulivat esille erityisesti yksityisen sektorin valintakriteereissä, mutta ne löytyvät myös suosituksista. Yksityinen leikkaus koettiin hintansa arvoiseksi:

”Se oli silleen täyden kympin arvosta ... että jos se kympin (10.000 euroa) maksoi niin kympin arvosta oli palvelukii.” (M55Y)

Palvelun normalisointi tuli suosituksissa esiin siten, että kuluttajat kokivat voitavansa ongelmatilanteessa ottaa puhelimitse helposti yhteyttä palveluntarjoajaansa, sekä yksityiseen että julkiseen tahoon. Palvelumaisemaa eli fyysisiä puitteita ei suosituksissa mainittu lainkaan.

Suositteluvalmius ei riippunut siitä, kuinka itse palveluprosessi oli sujunut. Myös ne kuluttajat, joiden ostopolulla oli palveluntarjoajasta johtuneita viiveitä tai virheitä, olivat kuitenkin valmiita suosittamaan hoitopaikkaansa. Kuluttajan huonoksi kokemaa kohtelua, viiveitä tai virheitä eivät yhdessäkään tapauksessa johtaneet valitukseen. Haastateltavat kuitenkin muutamaa otteeseen totesivat harmittelevansa sitä, että reklamaatio jäi tekemättä. Leikkauksen jälkeiset komplikaatiot eivät pääsääntöisesti vaikuttaneet suositteluvalmiuteen.

Vain yksi haasteltava, joka oli kokenut leikkauksen jälkeen vakavan komplikaation, totesi, ettei voi suositella yksityistä palveluntarjoajaansa ainakaan vastaaviin leikkauksiin. Perusteena oli koettu hoitohenkilökunnan epäammattimaisuus sekä ennen leikkausta että erityisesti leikkauksen jälkeisten ongelmien ilmaannuttua. Kuluttaja ei kuitenkaan tehnyt saamastaan kohtelusta kirjallista reklamaatiota, sillä hän koki, ettei valituksella olisi ollut vaikutusta.

5.2 Motiivit ja laukaisevat ärsykkeet

Lihavuusleikkaukseen hakeutuvien motiiveja voidaan luokitella informationaalisiin eli negatiivisiin motiiveihin ja transformationaalisiin eli positiivisiin motiiveihin. Rossiterin ja Percyn (1991, 16) mukaan negatiivisten motiivien tilanteessa kuluttajan tarkoituksena on esimerkiksi ongelman ratkaiseminen tai sen välttäminen, kun taas positiivisten motiivien tavoitteena on vaikkapa aistimuksellisen mielihyvän tai sosiaalisen hyväksynnän tavoittelu. Leikkaukseen hakeutumisen taustalla olevat motiivit esitetään taulukossa 4.

Tärkeimmät leikkaukseen hakeutumisen syyt ovat valtaosalla haastatelluista informationaalisia. Lihavuusleikkaukseen pääsy edellyttää fyysisten, terveydentilaan liittyvien leikkauskriteerien täyttymistä. Terveydelliset syyt ovatkin motivaation yksi keskeinen lähde useimmilla leikkaukseen hakeutuvilla.

TAULUKKO 4 Leikkaukseen hakeutumisen motivaattorit

Motiiviluokka	Kuvaus	Esimerkit
Informationaaliset motivaatiot	Terveydentilaan liittyvät syyt	Terveydentilaan kohdistuva uhka, kuolemanpelko, uhka sairauden pahentumisesta, jo puhjennut sairaus, kivut, terveydenhuollon asettamat jatkohoitoehdot
	Muut fyysiset ongelmat ja rajoitteet	Rajoitukset harrastuksille, käytännön toimien hankaluus, jatkuva hikoilu, kömpelyys
	Jaksaminen, väsymys	Ei jaksa liikkua tai osallistua
	Turhautuminen laihdutuskuureihin ja ”jojo-ilmiöön”	Epätoivon ja syyllisyyden tunteet aiempien laihdutusten epäonnistumisesta ja takaisinlihomisesta
	Psyykkiset haitat	Alhainen itsetunto, masennus, ulkopuolisuuden tunne, häpeä
Transformationaaliset motivaatiot	Sosiaalisen hyväksynnän tavoittelu	Sosiaalisten tilanteiden välttely ja vetäytyminen, piiloutuminen, toive parannuksesta parisuhteessa tai kumppanin löytämisessä
	Kosmeettiset syyt	Paremmen ulkonäön tavoittelu, pukeutumiseen liittyvät asiat

Vakavan sairastumisen tai kuoleman uhka oli taustalla monella haastatellulla. Yksityissairaalassa leikattu 55-vuotias mies koki kertyneen ylipainon henkeä uhkaavana: ”*Miä tapan itteni täällä*”. Samantapaisesti totesi julkisella puolella leikattu 39-vuotias mies: ”*En monta vuotta tässä heilu*”. Yksityisesti leikattu 39-vuotias nainen sanoi motiivikseen halun säilyä hengissä, koska oli saanut erikoislääkäriltä hyvin kriittisen lausunnon terveydentilastaan ja jäljellä olevasta elinajastaan. Usea haastateltava oli kohdannut lähipiirissä vakavaa sairautta ja ennenaikaisia menehtymisiä, jotka olivat saaneet heidät pohtimaan omaa terveyttään. Lihavuusleikkaus koettiin keinona vaikuttaa itse sairastumisriskiin ja tuleviin elinvuosiin.

Kahdella haastateltavalla painonpudotus oli edellytys muulle terveydenhoidolle. Laihtuminen oli asetettu keinonivelleikkauksen ehdoksi. Julkisen hoitopolun läpikäynyt 47-vuotias nainen kertoi, että hänellä ei käytännössä ollut muita vaihtoehtoja, ja terveydenhuolto suositteli lihavuusleikkausta sinnikkäästi. Kuitenkin myös nämä lähes pakkotilanteessa olleet haastateltavat raportoivat muitakin leikkausmotiiveja, kuten jaksamiseen, ulkonäköön ja pukeutumiseen liittyviä tavoitteita.

Terveydellisiin tekijöihin kuuluivat myös erilaiset kiputilat, erityisesti tuki- ja liikuntaelinkivut. Näistä aiheutui myös ongelmia liikkumisessa. Muita fyysisiä ongelmia ja rajoitteita koettiin moninaisesti. Iso koko ja kömpelyys vaikeuttivat toimintaa arjessa, työssä ja harrastuksissa. Usea mainitsi elämää haittaavasta jatkuvasta hikoilusta, jota pidettiin nolona ja epämiellyttävänä.

Lähes kaikki haastatellut kertoivat, että heillä oli ongelmia jaksamisen kanssa. Esimerkiksi julkisessa sairaalassa leikattu 39-vuotias mies kertoi, ettei hän yhden päivän aikana enää jaksanut nousta rappuja ja käydä omakotitalonsa kaikissa kolmessa kerroksessa. Moni kertoi jääneensä työpäivän jälkeen väsyneenä ja jopa apaattisena kotisohvalle.

Laihduttamisen ikuinen oravapyörä oli leikkaukseen hakeutumisen taustalla lähes kaikilla haastatelluilla. Painonnousu aina hyvien laihdutustulosten jälkeen tympäisi. Usea kertoi olevansa erittäin hyvä laihduttaja – ongelmana oli painon pitäminen pudotetulla tasolla. Ikuinen laihduttaminen turhautti ja masensi. Yksityissairaalassa hoidettu 52-vuotias nainen kertoi olleensa hyvin pettynyt itseensä, kun pudotettu paino oli tullut taas takaisin: *"ei tästä tuu mitään"*. Moni haastateltava käytti ilmaisuja *"pakko tehdä jotakin"* tai *"näin ei voi enää jatkua"*. Ylipainon ja jojo-ilmiön kanssa oli ajauduttu lähes umpikujaan. Oma tilaa inhottiin. Epäonnistuminen ruumisnormin toteuttamisessa, itsensä hallinnassa, aiheutti usealle syyllisyyden tunteen.

Neljä haasteltua esitti tärkeimpänä perusteena leikkaukseen hakeutumiselle muun kuin terveydentilaan liittyvän motiivin. Nämä haastatellut olivat kaikki naisia, joista kolme oli leikattu yksityissairaalassa ja yksi julkisella puolella. He kertoivat, että terveystoimittelu ei ollut heille ykkösenä. He hakeutuivat leikkaukseen etupäässä psyykkisten ja sosiaalisten syiden vuoksi.

Toisaalta myös terveystoimittelu painottaneilla psyykkiset ja sosiaaliset tekijät olivat tärkeitä motivaattoreita. Asetettujen terveydellisten kriteerien täyttyminen toimi osalla haastatelluista myös välineenä leikkaukseen pääsemiselle, sillä psyykkiset ja sosiaaliset motiivit nousevat haastateltavien tarinoissa vahvasti esiin. Elämänlaatu oli alentunut monien tekijöiden summana. Sekä kehoon liittyvien fyysisten rajoitteiden että kehoon liittyvän häpeän ja itsetunnon aleneman vuoksi moni totesi jääneensä elämässään sivustaseuraajaksi, ulkopuoliseksi, takariviin tai jopa kotinsa vangiksi. Sosiaalisia tilanteita välteltiin tietoisesti.

Julkisessa sairaalassa hoidettu 43-vuotias nainen raportoi puhtaasti transformationaalisen motiivin. Hän koki, että lihavuus ei ollut suuremmin rajoittanut tai häirinnyt elämää. Hän halusi kuitenkin näyttää paremmalta ja toivoi ulkonäön kohentumisella olevan myönteisiä vaikutuksia mahdolliselle kumppanin etsimiselle.

Useimmat mainitsivat leikkausmotiivikseen myös vaatteet ja vaateostokset. Isojen tyttöjen osastolla tai erikoisliikkeissä asioiminen koettiin epämiellyttävänä, leimaavana tai nöyryyttävänä sekä paljon rahaa vievänä. Myös aiempien, hinnakkaiden vaatteiden jääminen pieninä kaappiin harmitti. Yksityisesti leikattu 52-vuotias nainen esimerkiksi totesi pukeutumiseen liittyvän ahdistusta: talvisin oli helppo piiloutua vaatteiden suojiin, mutta kesän tulo tuntui uhkaavalta, kun vaatekerros pitäisi kuoria pois.

Yllä kuvattiin ylipainoisen henkilön motivaatioita muuttaa tilannettaan. Tarvitaan kuitenkin jokin laukaiseva tekijä, ärsyke joka tuo piilevän tarpeen tietoisuuteen ja muuttaa motivaation toimenpiteiksi. Ärsykkeet voivat olla sisäisiä tai ulkoisia viestejä omasta tilanteesta tai ratkaisumahdollisuuksista.

Lihavuusleikkaukseen hakeutumiseen vaikuttivat haastatelluilla sekä ongelmaärsykkeet että ratkaisuärsykkeet. Sykäys ostopolulle lähtemiseen saattoi syntyä tarpeen tunnistamisesta eli omassa tilassa tapahtuneen muutoksen seurauksena. Laukaisevana tekijänä saattoi olla myös tilaisuuden tunnistaminen eli

tieto siitä, että muutos parempaan on mahdollinen. Laukaisevat tekijät esitellään taulukossa 5.

TAULUKKO 5 Leikkaukseen hakeutumisen laukaisevat tekijät

Laukaisevat tekijät		
Ongelmaärsykkeet (tarpeen tunnistaminen)	Sisäinen tieto omasta tilanteesta	Sairauden puhkeaminen tai paheneminen Väsymys Tuskastuminen, inho
	Ulkoinen tieto omasta tilanteesta	Lääkärin lausunto tai suositus Vaa'an lukema ylittää "rajan" Työsyrintä Valokuva Vaateen sopimattomuus
Ratkaisuärsykkeet (tilaisuuden tunnistaminen)	Ratkaisusta tuleva tieto	Esimerkki onnistuneesta painonpudotuksesta (lähipiiri, tuttavat, lehdet, internet)

Useat haastatellut kertoivat, etteivät olleet hahmottaneet lihavuusleikkausta vaihtoehdoksi omalle kohdalleen. Leikkaushoitoa pidettiin amerikkalaisten tv-ohjelmien esittelemien monisatakiloisten henkilöiden ratkaisuna. Moni ei ollut ajatellut olevansa kyllin ylipainoinen saadakseen leikkaushoitoa.

Leikkausprosessin käynnistäneitä ongelmaärsykejä löytyi lähes jokaiselta haastatellulta. Ne saattoivat olla sisäisiä tai ulkoisia tietoja omasta tilanteesta. Sisäiset viestit tarpeesta liittyivät tyypillisesti terveydentilan tai hyvinvoinnin heikkenemiseen. Uuden sairauden puhkeaminen tai aiemman sairauden paheneminen toimi konkreettisenä kimmokkeena lihavuusleikkauksen ostopolulle lähtemiseen. Esimerkiksi julkisessa sairaalassa leikattu 39-vuotias mies kertoo, että hänen saamansa uniapneadiagnoosi oli viimeinen pisara lihavuusleikkauksen pyytämiseksi työterveyslääkäriltä. Usealla yleinen olo oli mennyt niin tuskaiseksi esimerkiksi väsymyksen vuoksi, että sietoraja ylittyi.

Ulkoisen sykäyksen saattoi antaa ulkopuolinen asiantuntija. Erikoislääkärin suositus, "puhuttelu" tai lausunto käynnisti leikkausprosessin neljän haastatellun kohdalla. Varsinaisen ostopolun ulkopuolelta tulevat asiantuntijat, kuten tuttavapiiriin kuuluva lääkäri, psykoterapeutti tai psykiatri toimivat lisäksi prosessissa vauhdittajina ja rohkaisijoina. Toisaalta muutamissa haastatteluissa tuli esiin yllättyneisyys siitä, kuinka vähän terveydenhoitohenkilöstö oli matkan varrella puuttanut haastatellun ylipaino-ongelmiin.

Usein sykäyksen antoi vaaka. Paino oli saattanut nousta ennen kokemattoman korkealle tasolle ja esimerkiksi ylittää jonkin tasakymmenluvun, jota kuluttaja piti "haamurajana". Eräs haastateltu kertoo:

"En sitä (lihavuusleikkausta) ollut aatellut omalle kohdalleni ennen kun sitten keväällä 2013 satuin löytämään sohvan alta vaa'an ja hyppäsin siihen ja se oli... se näytti niin tähtiteellisiä lukuja, että nyt on pakko tehdä jotakin." (N53)

Toisaalta vaaka saattoi kertoa, että aiemman onnistuneen laihdutuskerran tulokset olivat haihtuneet ja paino oli palannut dieettiä edeltävälle tasolle.

Peräti seitsemällä haastatelluista merkittävimmän sykäyksen eli ratkaisuar-sykkeen leikkaukseen hakeutumiselle oli antanut toisen lihavuusleikatun esi-merkki. Esimerkin antaja saattoi olla lähisukulainen, työkaveri tai tuttava. Onnistunut leikkaus tuloksineen toimi silmien avaajana: minäkin voin päästä leik-kaukseen. Kyse on siis tilaisuuden tunnistamisesta. Moni kertoi, ettei ollut osan-nut ajatella leikkausta omalle kohdalleen ennen kuin näki tai kuuli lähipiiriinsä kuuluvan henkilön leikkauskokemuksen. Onnistumisesimerkki aiheutti jossakin tapauksissa salamannopeasti oman prosessin käynnistymisen:

"Mulla ei ollu koskaan käynyt mieleskään, että tämmöselle ih...niinku mulle voisi semmo-sen tehdä, no sitten me käytiin viime elokuussa kavereilla tuolla X-kaupungissa, ja siltä tuli jotain puhetta meidän entisistä kavereista ja sitten mun kaveri sano, että tiätsä että hänelle on tehty semmonen ohitusleikkaus että hän on ihan niinkun tikku nykyään, tosi hoikka ja sitten mull jotenkin sitten pimahti päässä ja mä menin kotiin ja rupesin saman tien googlet-taan..." (N37Yv)

"Mä tapasin mun lapsuudenystävään...ja hän oli laihtunut kauheesti ja mä kysyin, että mitä hän on tehnyt ja hän kertoi, että hän on ollut tällasessa leikkauksessa ... mä oikeestaan sitten samantien innostuin siitä..." (N34J)

"Hyvä ystäväni... rupes mulle puhumaan että toi mikset sää koita tota laihdutusleik-kausta...no mä sanoin että en minä siihen pääse, ko ei mull oo painoindeksi vielä se olikse nyt 45 vai...että mä en oo niin lihava...hän sano, että ei kai voi oll totta ko hänen tyttäres oli menos niinko siihen...ja mä siltä istumalta nettiin..." (N52Ya)

Muutama haastateltu raportoi lisäksi, että esimerkillä oli merkitystä prosessin kannalta, vaikkei se ollut keskeinen sykäyksen lähde. Tälle joukolle esimerkin havaitseminen toimi lisäkannustimena: minäkin voin onnistua. Eräs haastatel-tava kertoi, että ystävättären leikkausprosessin seuraaminen rohkaisi, koska leik-kauksesta toipuminen näytti sujuvan helposti ja vaati vain lyhyehkön sairauslo-man. Joissakin tapauksissa leikattua ei ollut lähipiirissä, mutta vastaava kannus-tava rooli oli lihavuusleikkauksista kertovilla lehtijutuilla tai tv-dokumenteilla. Lähipiiriin kuuluvat leikatut toimivat myös hyvänä vertaistuen antajana ja tieto-lähteinä leikkausprosessin ajan.

5.3 Emootiot lihavuusleikkauksen ostopolun eri vaiheissa

Emootiot vaikuttavat kuluttajan päätöksentekoon ja tiedonprosessointiin. Lucen, Bettmanin ja Paynen (2001, 11–12) mukaan emootiot ovatkin itselle ja toisille suunnattua viestintää, jonka tarkoituksena on antaa merkkejä tarpeiden ja pää-määrien kannalta tärkeistä tapahtumista. Tunteet voidaan jakaa negatiivisiin ja positiivisiin sen mukaan, arvioiko yksilö tilanteen kannaltaan haitalliseksi vai hyödylliseksi. Larosin ja Steenkampin (2003, 1441) kuluttajaemootioiden hierar-kiamallissa tunteita eritellään lisäksi kahdella eritellymmällä tasolla. Haastatte-lujen ja visuaalisen tehtävän tuottamaa aineistoa on analysoitu käyttämällä ky-seistä mallia. Analyysissa tulokset esitellään kaikilla tasoilla käyttäen hierar-kiamallissa nimettyjä emootioita.

Haastattelun johdannossa sekä haastattelun kuluessa haastateltavia pyydettiin erityisesti muistelemaan ja kuvaamaan tunnetilojaan ostopolun eri vaiheissa. Haastateltavat sanoittivat tunnetilat itse, ja välillä tutkija esitti tarkentavia kysymyksiä, joiden avulla sanoma saatiin muovattua emootioksi.

Haastattelurunko oli laadittu kuluttajan ostopolun mukaiseksi käsittelemään ostopolun vaiheita 1-5. Vaiheessa 1. haastateltava kuvaa tilannettaan ennen leikkausprosessia eli havaitsemaansa tarvetta. Vaiheessa 2. ratkaisu tulee haastateltavan tietoisuuteen ja tiedonhaku käynnistyy. Lihavuusleikkaukseen hakeutumisessa ostopolun vaihe 3. eli vaihtoehtojen arviointi näyttäytyi vaikeasti rajattavana. Emootioiden analysointia suoritettaessa päädyttiin lukemaan tähän vaiheeseen leikkausta edeltävät tapahtumat tiedonhausta eteenpäin. Tämä sisälsi myös leikkaukseen valmistavat toimet kuten lääketieteelliset esitutkimukset ja kuluttajan oman valmistautumisen dieetteineen. Vaiheeseen osallistui kuluttajan lisäksi myös muita toimijoita. Yksityisen palvelun valinneilla vaihe 3. oli valtaosin kuluttajan autonomisessa hallinnassa. Julkisen hoitopolun valinneilla vaiheeseen 3. luettiin tässä myös esitutkimuksiin liittyvä hoitopolun porttien läpäisy. Näin ollen julkisen puolen kuluttajilla vaihtoehtojen arviointi oli kaksisuuntaista: hyväksyntä etenemiselle tarvittiin myös terveydenhuoltojärjestelmän usealta eri asiantuntijalta. Yksityisen terveydenhuollon asiakkaat tarvitsivat toki hekin kirurgin arvion, mutta portteja oli selvästi vähemmän. Vaiheessa 4. suoritetaan varsinainen palvelun hankinta eli leikkaus. On kuitenkin muistettava, että lihavuusleikkaus on palveluprosessi, jossa kuluttaja kohtaa palveluntuottajan myös muissa ostopolun vaiheissa. Vaiheessa 5. käsitellään tilannetta leikkauksen jälkeisen haastatteluhetken saakka.

Haastattelujen aikana esille tulleet emootiot ostopolun eri vaiheissa kuvataan taulukossa 6. Se perustason luokka, johon sijoittui eniten mainintoja kussakin vaiheessa, on osoitettu lihavoinnilla. Ylimmäiseksi lihavoidussa listassa on nostettu se spesifi emootio, jota tulkittiin esiintyvän eniten.

Haastattelujen pohjalta voidaan todeta, että ostopolun alkua värittävät ainoastaan negatiiviset emootiot. Kertomuksissa nousevat vahvasti esiin häpeän ja syyllisyyden tunteet, jotka eristävät ylipainoista henkilöä sosiaalisesti. Oma tilaa koetetaan piilotella vaatteilla tai peitellä jättäytymällä syrjään sosiaalisista riennoista. Lihava tuntee itsensä ulkopuoliseksi, jopa vangiksi kotonaan. Turhautumisen ja vihan tunteet kohdistuvat itseän; tyypillisesti haastateltavat kertoivat tuntevansa inhoa itseään kohtaan. Ylipainoon liittyvä terveysuhat luovat pelkoa. Mieli on epätoivoinen ja apea, jopa masentunut. Toisaalta usea kuvaa lähtötilannettaan siten, että ei ole kyennyt näkemään ylipainoisuuttaan, ja kun silmät avautuvat, tunnetaan epäuskoa ja järkytystä.

Tiedonhakuvaiheessa haastateltavat raportoivat myös myönteisiä emootioita. Tieto ratkaisumahdollisuudesta herättää toiveikkuutta ja uskoa. Eräs haastateltava kertoo toivon heräämisestä:

"Emmää oo uskoon tullu...must tuntu ko mull tuli semmone oikeesti niinko herätys... tuntu ett niinko elämää voi olla tämänkin risukasan takana." (N52Ya)

TAULUKKO 6 Haastatteluissa esille tulleet kuluttajaemootiot hierarkkisesti luokiteltuna.

Ylä-taso	Perus-taso	Vaihe 1 Tarve	Vaihe 2 Tieto	Vaihe 3 Vaihtoehdot	Vaihe 4 Leikkaus	Vaihe 5 Leikkauksen jälkeen
Positiivinen	Tyytyväisyys	-	-	Rauhallinen	Tyytyväinen	Tyytyväinen
	Onni	-	Toiveikas Helpottunut Innoissaan	Toiveikas Helpottunut Innoissaan Onnellinen	Helpottunut	Toiveikas Onnellinen Iloinen
	Rakkaus	-	-	-	-	-
	Ylpeys	-	Ylpeä	Ylpeä	-	Ylpeä
Negatiivinen	Viha	Turhautunut Ärsyyntynyt	Ärsyyntynyt Vihainen	Vihainen Turhautunut Ärsyyntynyt Kiukkuinen Kiusattu	-	-
	Pelko	Peloissaan Huolestunut	Huolestunut Peloissaan	Huolestunut Peloissaan Jännittynyt	Peloissaan Jännittynyt	Peloissaan Huolestunut
	Suru	Epätoivoinen Syyllinen Masentunut Surullinen	Syyllisyys Surullinen	Surullinen Syyllinen	Syyllinen Masentunut	Surullinen
	Häpeä	Häpeissään	Häpeissään Nöyrytetty	Nöyrytetty Häpeissään	-	Häpeissään

Helpotuksen ja innostuksen tunteita koettiin tässä vaiheessa tyypillisesti. Ensi-reaktio leikkausta kohtaan saattoi olla myös negatiivinen: pelkoa, huolta, epäluuloa ja inhoa herättivät ajatukset elimistön toiminnan muuttamisesta pysyvästi ja radikaalisti. Pelkoa koettiin myös siksi, että leikkaukseen pääseminen oli vielä tässä vaiheessa epävarmaa. Tiedonhakuvaiheessa leikkauksesta usein miten kerrottiin läheisille, mikä synnytti syyllisyyden ja häpeän emootioita. Nämä minätietoisuusemootiot liittyivät erityisesti ajatukseen, että leikkaukseen joutuu turvautumaan, koska laihduttaminen ei omin voimin enää onnistu. 31-vuotias nainen pukee sanoiksi usean muunkin haastatellun ajatukset:

”Taistelin sellasen kanssa, että vitsi mä olen luuseri että kun mä en saa näitä läskejäni muuten pois että mun on pakko mennä tämmöseen isoon juttuun”. (N31J)

Tiedonhakuvaiheeseen sijoitettiin tässä myös ensimmäiset tunnustelevat kontaktit terveydenhoitohenkilökuntaan. Näihin raportoitiin liittyvän jonkin verran positiivisia emootioita, jotka syntyivät tyytyväisyydestä asialliseen kohteluun.

Oma aloitteellisuus synnytti ylpeyttä ja kokemusta siitä, että asiat ovat nyt hallinnassa. Tieto leikkauspäivän varmistumisesta nosti tunnelmaa ja sai erään haastaellun (N53J) tanssimaan postilaatikolta sisälle valssin askelin. Negatiivisia emootioita, esimerkiksi nöyryytystä ja turhautuneisuutta, koettiin niissä tapauksissa, joissa terveydenhuoltohenkilöstö ei tuntunut ottavan leikkaustoiveita aluksi vakavasti. Näitä tapauksia oli aineistossa kuitenkin vain muutamia. Toisaalta kohtaaminen hoitavan lääkärin kanssa saattoi myös lieventää negatiivisia emootioita, kuten yksityissairaalassa leikattu nainen kertoo:

”Kirurgi oli ...semmonen asiallinen mies...tuli semmonen olo, että tää ei oo jotenkin semmonen häpeällinen diagnoosi..että mulla on niinku tämmönen sairaus jota nyt sitten tässä hoidetaan..sillä lailla se oli niinkun hyöä kokemus.” (N52Yb)

Vaiheessa 3. risteillään positiivisten ja negatiivisten emootioiden välillä. Onnen emootiot ovat esillä: ollaan toiveikkaita, helpottuneita ja innoissaan tulevasta. Negatiivisista emootioista nousevat nyt esiin vihan tunteet. Kiukkua, turhautumista ja ärsyyntymistä terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan aiheuttavat hoitoprosessin monet vaiheet ja niissä ilmenevät, usein tahattomat viivästyksset, tietokatkokset tai väärinkäsitykset. Haastateltavat kertovat myös syyllistyneensä tai loukkaantuneensa itkuun saakka erikoislääkärien vastaanotoilla käydessään. Muutamassa haastattelussa nousi esiin arvio, että julkisella hoitopolulla esiintyisi tarkoituksellista tylyyttä, jonka tarkoituksena olisi karsia prosessista pois vähemmän motivoituneet leikkauskandidaatit. Pelkoa liittyy paitsi itse lähestyvään leikkaukseen myös siihen, että leikkaukseen ei pääsisikään, kun lukuisat eri asiantuntijat arvioivat kuluttajan leikkauksekelpoisuutta. Näin kertoo julkisessa sairaalassa leikattu nainen:

”Muistan jännittäneeni tosi pitkään, että mitäs jos mä en pääsekään... että jos sanotaan että ei onnistu ...Nyt kun mä olen päättänyt ja ajatukseni siihen laittanut...Pelkäsin, että mulle sanotaan, että jos mun paino vaikka nousee muutamana sadan gramman... mut tavallaan niinku diskataan vielä leikkausaamunakin osastolla...” (N31J)

Vaihetta 4. eli varsinaista leikkauksen suorittamista käsiteltiin haastatteluissa niukemmin tutkijan tekemästä rajauksesta johtuen. Näin ollen saatu vastausaineisto ei ollut kovin laaja. Pelko eri muodoissaan oli luonnollisesti läsnä leikkauksenhetkessä. Surua ja syyllisyyttä sekä hetkellistä katumusta kokivat ne haastatellut, jotka saivat leikkauksen seurauksena komplikaatioita. Pääosin leikkaukseen ja sairaalassaolopaksoon liittyi tyytyväisyyden ja onnen emootioita.

Leikkauksen jälkeisen ajan emootiot painoutuivat haastattelukertomuksissa positiivisiin luokkiin. Haastatteluissa tulivat esiin syvästi koetut onnen ja ylpeyden emootiot. Lihavuusleikattu kuluttaja on toiveikas ja iloinen. Vanhin haastatelluista, yksityissairaalassa leikattu 68-vuotias nainen kertoo olevansa lähes euforisessa tilassa, kun voi tuntea itsensä normaaliksi. Julkisessa sairaalassa leikattu nainen toteaa olevansa tyytyväinen, kun:

”Vähemmän on niitä semmosia, että mä oon mätämuna- fiiliksiä” (N54J)

Ylpeys kietoutuu hyväksynnän, kohonneen itsetunnon ja normaaliuden kokemuksiin. Erityiset juhlahetket koetaan vaatekaupassa.

Negatiivisia emootioita raportoitiin määrällisesti ja intensiteetiltään niukasti leikkauksen jälkeen. Ennen kaikkea koettiin pelkoja, jotka liittyivät muutoksen pysyvyyteen ja elimistön toimintaan sekä vartalon muovautumiseen mahdollisesti roikkuvine nahkoineen. Surua eli pettymystä ja loukkaantuneisuutta aiheuttivat muiden ihmisten reaktiot laihtumiseen. Muutosta ei ollut havaittu tai siitä ei ollut annettu riittävästi myönteistä palautetta. Muutama jo lähes normaalipainoiseksi laihtunut haastateltava kertoo tuntevansa, että on oman äitinsä silmissä edelleen kelpaamattoman lihava. Toisaalta muutamat tunsivat surua siitä pinnalliseksi kokemastaan reaktiosta, että heidät huomioitiin nyt positiivisemmalla tavalla kuin ylipainoisena. Kukaan ei ilmaissut katuvansa leikkausta – eivät myöskään ne, jotka olivat kokeneet komplikaatioita. Hyvin moni haastateltu totesi katuvansa ainoastaan sitä, ettei ollut hakeutunut leikkaukseen jo aiemmin.

Haastatteluissa esille tullutta tietoa kuluttajan emootioista pyrittiin vahvistamaan ja täydentämään visualisointitehtävän avulla. Visualisoinnissa haastateltavaa pyydettiin poimimaan noin sadan emoji-joukosta ne kuvat, jotka ilmentävät hänen kokemuksiaan ostopolun edessä. Tehtävänantona oli edetä kronologisesti leikkausta edeltävästä tilanteesta nykypäivään, jolloin saatiin esille koko ostopolku. Valittuja emoji-kuvia haastateltavat täydensivät halunsa mukaisesti sanoin tai päivämäärin. Liitteessä 2. kuvataan ostopolku visualisoituna emoji-joukosta, haastateltavien töissä yleisesti esiintyneitä hymiökuvia hyödyntäen.

Visualisoinnissa esille tulleet emootiot esitetään taulukossa 7, jossa spesifit kuluttajaemootiot kuvataan ostopolun eri vaiheille sijoitettuna. Taulukossa on lihavoitu se perustason luokka, johon sijoittui eniten mainintoja kussakin vaiheessa. Ylimmäksi on nostettu se spesifi emootio, jota tulkittiin esiintyvän eniten. On kuitenkin todettava, että emoji-joukkojen luokittelu spesifisten emootioiden tasolle sisältää eniten tulkinnanvaraisuutta.

Visualisoinnissa esille tulleet emootiot noudattelevat päälinjoiltaan haastatteluissa sanallisesti esitettyjä emootioita. Vaiheessa 1. painottuvat visualisoinnissa surun tunteet, kun haastatteluissa paino oli enemmän häpeällä. Vaiheessa 2. emootioissa ei ole havaittavissa erityisiä eroja. Hämmennyksen, epävarmuuden ja epätietoisuuden emoji-joukko eivät taipuneet kovin hyvin käytettyyn emootioluokitteluun, mutta erilaiset ymmällään olemista ilmaisevat kuvat olivat tässä vaiheessa hyvin edustettuina. Ne on taulukoitu pelkoa osoittavaan luokkaan. Vaiheessa 3. sanalliset lausunnot painoutuivat vihan luokkaan, kun visualisoinnissa eniten mainintoja saatiin pelon luokkaan. Vaiheen 4. visualisoinnissa tehtävän suorittajat valitsivat myös emootioita, jotka kuvasivat fyysistä olotilaa, kuten pahoinvointia, joten tämä osuus ei tuottanut merkittävää lisävalaistusta negatiivisten emootioiden osalta. Sen sijaan tyytyväisyyteen ja onneen liittyviä tunteita tuli visualisoinnilla esille hieman rikkaammin kuin haastattelussa. Leikkauksen jälkeisessä arvioinnissa painoutuivat molemmilla aineistonkeruutavoilla positiiviset emootiot. Visualisointi vahvisti sanalliset kuvaukset positiivisten emootioiden intensiteetistä. Useissa visualisointitöissä viimeiseksi emoji-joukosta valittiin kaikkein vahvimmin myönteisyyttä ilmaiseva kuva, ikään kuin draaman kaaren hui-pennukseksi.

TAULUKKO 7 Visualisoinnissa esille tulleet kuluttajaemootiot hierarkkisesti luokiteltuna.

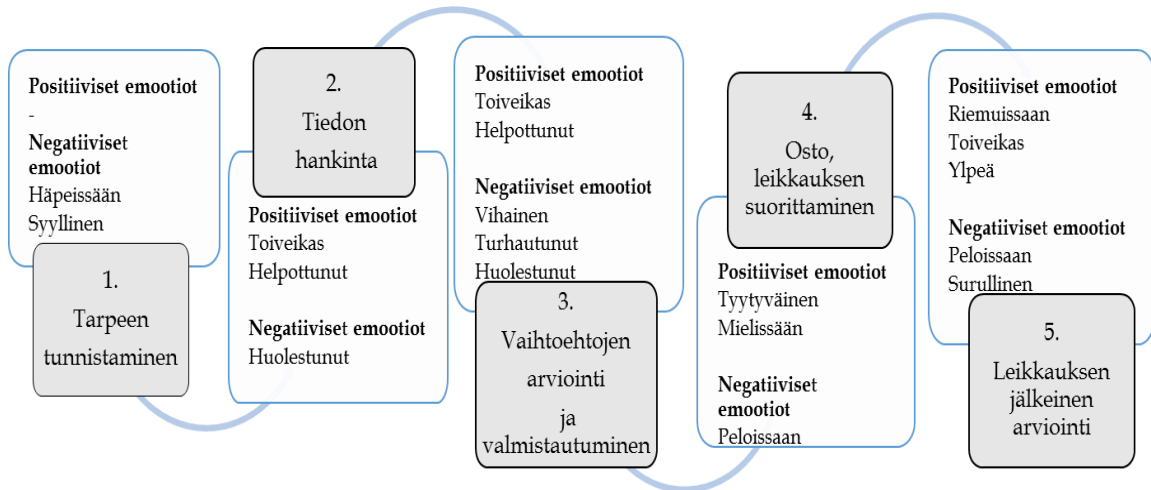
Ylä-taso	Perus-taso	Vaihe 1 Tarve	Vaihe 2 Tieto	Vaihe 3 Vaihtoehdot	Vaihe 4 Leikkaus	Vaihe 5 Leikkauksen jälkeen
Positiivinen	Tyytyväisyys	-	Tyytyväinen	Tyytyväinen Rauhallinen	Tyytyväinen	Tyytyväinen
	Onni	-	Helpottunut Toiveikas Mielissään Onnellinen Iloinen Innoissaan	Toiveikas Mielissään Helpottunut Onnellinen Iloinen	Mielissään Helpottunut Iloinen Riemuisaan Onnellinen	Riemuisaan Iloinen Onnellinen Toiveikas
	Rakkaus	-	(Rakastava)	(Rakastava)	(Rakastava)	(Rakastava)
	Ylpeys	-	Ylpeä	Ylpeä	-	Ylpeä
	Viha	Tyytymättön Ärsyynyt Turhautunut Vihainen	-	Turhautunut Tyytymättön Vihainen	Tyytymättön Vihainen	Tyytymättön Turhautunut
Negatiivinen	Pelko	Huolestunut Hätääntynyt	Huolestunut Jännittynyt Hermostunut Peloissaan	Huolestunut Hermostunut	Peloissaan Huolestunut Jännittynyt Hätääntynyt	-
	Suru	Syylinen Masentunut Epätoivoisen	Syylisyys	Syylinen Surullinen	Syylinen Surullinen	Surullinen Syylinen
	Häpeä	Häpeissään	-	Häpeissään Nöyrytetty	-	-

Vaikka informanttien valittavana oli noin sata erilaista emojiä, silmiinpistävän moni päätyi käyttämään muutamaa samaa, äärimmäistä tunnetilaa ilmaisevaa kuvaa. Ostopolun alkuvaiheissa 1.-2. käytettiin toistuvasti rajua, itsetuhoon viittaavaa emojiä, jossa henkilö on kohottanut pistoolin ohimolleen. Tämä kuva esiintyi seitsemässä visualisoinnissa. Lisäksi hieman vastaavaa kuvaa, jossa kasvoihin osuu nyrkinisku, käytti viisi visualisoijaa. Erona näissä emojissa on se, että pistoolin kohottaa oma käsi, mutta nyrkki kuulune ulkopuoliselle. Näiden emojiä voidaan katsoa kuvaavan voimakasta tyytymättömyyttä tilanteeseen ja ne on luokiteltu taulukossa 7. häpeän ja syylisyyden emootioiksi.

Monen informantin prosessi päättyi voimakasta iloa ja riemua kuvaavaan nauravanaamaiseen emojiin, jota käytettiin kahdeksassa työssä. Ylpeyttä ilmaisevaa voitonmerkkiä käytti visualisoinnissaan seitsemän informanttia. Tämä kuva esiintyi monessa ostopolun eri vaiheessa, esimerkiksi silloin, kun leikkauksen päätös oli tehty tai leikkaukseen valmistautuminen (porttien läpäisy, valmistavat dieetit) oli saatu suoritettua. Rakkautta osoittavat emojiä, joissa tunnetilaa kuvataan sydämin, on taulukoitu tässä rakkaus-luokkaan. Ne on kuitenkin merkitty

sulkeisiin, sillä asiayhteydestä voidaan tulkita emotionin kohdistuvan henkilöön itseensä. Kyseessä on siis enemmän ylpeys omasta suorituksesta kuin perinteinen itsestä ulospäin suuntautuva rakkaudentunne.

Yhteenvedona voidaan esittää lihavuusleikkaukseen hakeutuvan ostopolulla esille tulevat tyypilliset emotionit vaiheittain kuvion 10 mukaisesti.



KUVIO 10 Lihavuusleikkauksen ostopolun vaiheet ja niissä esiintyvät tyypilliset kuluttaja-emootiot

Ostopolku käynnistyy negatiivisten emotionien vallitessa. Kuluttaja on häpeissään ja tuntee syyllisyyttä. Kun ratkaisu lihavuusleikkauksesta tulee tietoisuuteen, kuluttaja alkaa kokea positiivisia emotionioita, erityisesti toiveikkuutta ja helpottuneisuutta. Samalla tiedonhaku aktivoi erilaisia pelkoja ja epäluuloja.

Kun leikkauksen sopivuutta arvioidaan yhdessä terveydenhuoltohenkilöstön kanssa, kuluttaja on edelleen toiveikas ongelmanratkaisun mahdollisuudesta. Toisaalta prosessin monien porttien läpi kulkeminen turhauttaa ja vihastuttaa. Leikkaukseen valmistautuminen ja mahdollinen leikkauksen epäminen huolestuttavat.

Itse leikkauksen suorittaminen pelottaa, mutta toisaalta kuluttaja on tyytyväinen leikkauspäivän viimein koittaessa. Leikkauksen jälkeen positiiviset tunteet dominoivat. Kuluttaja on riemuissaan, ylpeä saavutuksestaan ja toiveikas tulevaisuuden suhteen. Tuloksen pysyvyys aiheuttaa huolta ja muiden ihmisten reaktiot johtavat toisinaan suruun ja pettymyksiin.

Emootioista seuraa usein määritelmänsä mukaisesti reagoitua tai toimintaa. Vaiheessa 1. koetut negatiiviset emotionit aiheuttivat haastatelluissa vetäytymistä, välttelyä, piiloutumista ja itsesyttöä. Vaiheessa 2. ja 3. esille tulleet positiiviset emotionit saivat haastatellut ryhtymään aktiiviseen toimintaan. Näissä vaiheissa raportoitiin tiedonhakuun, vertaistuen etsimiseen tai omaehtoiseen ruokavalion muutokseen ja liikunnan aloittamiseen liittyviä toimia. Vaiheissa 2. ja 3. koetut pelon ja huolestuneisuuden emotionit johtivat toisaalta selviytymisstrategioiden käyttöön, esimerkiksi uhkaavaksi koetun tiedon välttelyyn. Selviytymisstrategioita käsitellään tarkemmin alaluvussa 5.4. Pelko siitä, ettei myönteistä leikkauks-

päätöstä tulisikaan, sai monet haastatellut ponnistelemaan esimerkiksi ruokavalion noudattamisessa ja määritellyn painonpudotustavoitteen saavuttamiseksi. Vihan ja turhautumisen emootiot eivät saaneet virallisia purkautumisväyliä esimerkiksi reklamaatioiden muodossa. Toisaalta haastatteluissa ei käsitelty epävirallisempia tunteenpurkauksia, joten kaikki mahdolliset reaktiot eivät ole tiedossa. Vaiheessa 4. toimintaa aiheutti lähinnä leikkauspelko, joka sai sitä kokee-neet haastateltavat esimerkiksi käymään tulevaisuutta koskevia keskusteluja lähipiirinsä kanssa. Vaiheessa 5. onnen ja ylpeyden emootiot loivat haastatelluille rohkeutta kokeilla uusia asioita. Tyypillisesti raportoitiin liikuntaharrastuksiin tai vaatevalintoihin liittyvistä muutoksista. Moni haastateltu kertoi, että uskaltautui ”astumaan eturiviin”. Ylpeys ilmeni osalla haastatelluista haluna kertoa hyvistä tuloksistaan avoimesti ja julkisesti.

5.4 Valinnan rakentuminen, trade-off-valinnat ja coping

5.4.1 Valinnan rakentuminen

Tyypillinen kuluttajavalinta sisältää vaihtoehtojen joukon attribuutteineen ja valinnasta aiheutuvine seurauksineen. Tavallisimmin vaihtoehdot sisältävät keskenään ristiriidassa olevia ominaisuuksia, kuten hinta ja laatu, joita kuluttaja joutuu arvottamaan ja joiden välillä hän joutuu suorittamaan valinnan jonkin ominaisuuden hyväksi toisen ominaisuuden kustannuksella. (Luce ym. 2001,1-2.)

Tutkimuksessa kysyttiin sekä julkisen että yksityisen hoitopolun valinneilta kuluttajilta perusteita sille, miten ja miksi he päätyivät juuri kyseiseen palveluntarjoajaan. Kaikki vastaajat ilmoittivat tienneensä, että valittavana on kaksi vaihtoehtoista polkua.

Vastaajat voidaan luokitella pohdittujen vaihtoehtojen ja valinnan lopputuloksen kannalta kuluttajat voidaan luokitella neljään ryhmään:

1. Julkisen sektorin leikkauspaikan valinneet kuluttajat, jotka eivät harkinneet yksityistä vaihtoehtoa
2. Julkisen sektorin leikkauspaikan valinneet kuluttajat, jotka jossain määrin harkitsivat yksityistä vaihtoehtoa
3. Yksityissektorin leikkauspaikan valinneet kuluttajat, jotka eivät harkinneet yksityistä vaihtoehtoa
4. Yksityissektorin leikkauspaikan valinneet kuluttajat, jotka jossain määrin harkitsivat julkista vaihtoehtoa

Valintojen perusteet kuvataan ryhmiteltynä taulukossa 8. Ryhmässä 1. vain julkisen sektorin palvelupolkua tarkastelleet ja sen valinneet kuluttajat ovat suorittaneet päätöksenteostaan yksinkertaisella tavalla, valitsemalla epäsymmetrisesti dominoivan vaihtoehdon. Muista vaihtoehdoista ei ole hankittu tietoa, eikä vertailua muihin vaihtoehtoihin suoritettu. Esimerkiksi julkisella puolella leikattu 43-vuotias nainen totesi, ettei nähnyt mitään tarvetta selvittää yksityisiä palveluja, koska julkisen sektorin hoitokriteerit täytyivät. Useimmilla tähän ryhmään

kuuluvista haastatelluista oli taustakäsityksenä olettamus, että yksityisen sektorin tarjoaman palvelun hinta olisi taloudellisesti ulottumattomissa. Ostopolku eteni julkisen sektorin yhdeltä portaalta seuraavalle, kirjoitettujen läheteiden mukaisesti.

TAULUKKO 8 Kuluttajan valintaperusteet ja poissulkevat perustelut

Ryhmä (hlöä per ryhmä)	Valinnan perustelut	Poissulkevat perustelut
1. Vain julkinen (4 hlöä)	Käypä hoito- suosituksen mukaiset leikkauskriteerit täyttyvät Ei erityisiä perusteluja; etenee automaattisesti	Ei erityisiä perusteluja Taloudelliset syyt (oletus; hintaa ei selvitetty)
2. Julkinen, harkintaa myös yksityisestä (4 hlöä)	Käypä hoito- suosituksen mukaiset leikkauskriteerit täyttyvät Etenee automaattisesti Julkinen yhtä turvallinen kuin yksityinen	Yksityinen vain hätävarana Taloudelliset syyt Yksityinen sektori leikkaa liian kevyin perustein -> komplikaatoriski
3. Vain yksityinen (5 hlöä)	Mahdollisuus valita itse leikkausajankohta Laajempi toimintavapaus Lyhempi jonotusaika Rahalla saa huolenpitoa Aiempi asiakassuhde yksityissairaalaan	Julkisen sektorin tiukka potilasvalinta, käypä hoitosuosituksen kriteerit eivät täyty (ikä, liitännäissairaudet) Julkisen sektorin toimintatavat (ryhmälaihdutus)
4. Yksityinen, harkintaa myös julkisesta (4 hlöä)	Lyhempi jonotusaika Parempi palvelu Pienempi komplikaatoriski Kirurgin referenssit Aiempi asiakassuhde yksityissairaalaan	Julkisen sektorin jäykät toimintatavat (ryhmälaihdutus) Julkisen sektorin henkilökunnan kielteinen suhtautuminen leikkausaloitteeseen

Ryhmään 2. luokitellut haastateltavat olivat hyvin tietoisia yksityissektorin palveluista, mutta päätyivät kuitenkin etenemään ”automaattista” polkua julkisella puolella. Yksityistä vaihtoehtoa selviteltiin ennen kaikkea siltä varalta, että julkisen leikkausmahdollisuus evättäisiin. Julkiseen hoitopolkuun lopulta päätenyt 39-vuotias mies kertoo pohdinnoistaan:

”Mulla oli vahva usko siihen, että kyllä tää menee tästä Suomessa automaattisesti... Hetken aikaa oli semmonen pätkä, että mä aattelin, että siunakkoon...että tää nyt kestää kauheen kauan ja tää on hirveen hidasta...että jos toi (työterveyslääkäri) ei annakaan mulle lähetettä sinne julkiselle...en mä sen paremmin sitä polkua tutkinu, lähinnä katoin mitä ne maksaa...oisin mä saattanu mennä sitä kauttakin...kuitenkin kymppitonni ei nyt niin hirveen iso pankkilainakaan..” (M39J)

Eräs ryhmään 2. kuuluvista oli osallistunut yksityissairaalan järjestämään info-tilaisuuteen ja toinenkin oli sellaiseen jo ilmoittautunut, mutta jätti lopulta menemättä. Kaksi haastateltua kertoi selvittäneensä yksityisesti suoritettavan leikkauksen hinnan nimenomaisesti siksi, että voisi taloudellisilla syillä perustella leikkaustarvettaan julkisella puolella. Muutamissa kommentteissa tuli esiin julkista hoitopolkua puoltavia näkemyksiä, joiden mukaan yksityisellä sektorilla

leikataan liian väljin kriteerein ja liian nopeasti. Julkisen hoitopolun pitkää odotusaikaa pidettiin leikattavalle henkilölle hyödyllisenä. Tähän ryhmään kuuluvien voisi arvioida jokseenkin aktiivisesti tai ainakin tietoisesti valinneen julkisen hoitopolun omaksi vaihtoehdokseen.

Ryhmän 3. kuluttajille yksityinen hoitopolku oli dominoiva vaihtoehto. Tähän johti ennen kaikkea se, että kuluttaja ei täyttänyt tai arveli, ettei täytä käypä hoito-suosituksen mukaisia julkisen sektorin leikkauskriteereitä. Korkea ikä tai liitännäissairauksien puuttuminen olisivat voineet johtaa hylkyyn julkisella puolella. Nämä kuluttajat eivät lainkaan tavanneet julkisen sektorin lääkäriä varmentakseen oman arvionsa leikkauskriteereistä. Toimintavapaus ja omat mahdollisuudet vaikuttaa prosessin kulkuun olivat tärkeitä valintaperusteita ryhmässä 3. Julkisen hoitopolun toimintatapoja pidettiin itselle sopimattomina: tarkasti säädeltyyn ryhmälaihdutukseen ei haluttu tai esimerkiksi työtilanteen vuoksi voitu osallistua. Tärkeinä yksityisen palvelun ominaisuuksina pidettiin leikkaukseen pääsemisen nopeutta sekä sitä, että leikkausajankohdan pystyi itse valitsemaan omaan työtilanteeseen sopivaksi. Palvelun laadun ja huolenpidon arveltiin olevan parempaa kuin julkisella sektorilla. Tässä ryhmässä oli myös henkilöitä, joilla oli aiempi asiakassuhde samaan yksityiseen palveluntuottajaan, jonka leikattavaksi he päätyivät.

Ryhmässä 4. tulivat esille samat yksityiseen palveluntuottajaan liitetyt myönteiset ominaisuudet kuin yllä ryhmässä 3. Tämän ryhmän kuluttajat olivat tavanneet julkisen terveydenhuollon edustajia lihavuusleikkaukseen hakeutuakseen. Muutamilla prosessi ennätti käynnistyä myös julkisella puolella. Tärkeimpänä kriteerinä yksityisen vaihtoehdon valitsemiselle oli etenemisnopeus. Kaksi haastateltua korosti valintakriteerinä myös palvelun laatua, erityisesti leikkaavan kirurgin referenssejä. Kahden henkilön kohdalla kohtaaminen julkisen terveydenhuollon henkilökunnan kanssa tuotti oman johtopäätöksen siitä, että leikkaukspolku ei etenisi julkisella puolella. Ryhmien 3. ja 4. henkilöt olivat ostopollulla aktiivisia ja aloitteellisia.

Yksityisen sektorin palvelun valinneet suorittivat jokseenkin vähän vertaillua eri palveluntarjoajien kesken. Kilpailevien vaihtoehtojen hintoja kyllä katsottiin kotisivujen hinnastoista, mutta hinnalla ei ollut valintakriteerinä juuri merkitystä. Ainoastaan Virossa leikattu informantti kertoi tehneensä ensimmäisen nettihaun nimenomaan hinta hakusanana. Tyypillisesti valittiin suoraan joko sellainen palveluntarjoaja, jota oli jo aiemmin käytetty erikoissairaanhoidossa tai työterveyshuollossa. Toinen merkittävä valintaa suuntaava tekijä olivat suositukset lähi- tai tuttavapiiristä. Ellei aiempaa kosketuspintaa palveluntarjoajiin ollut, kotisivuilla ja yrityksen mielikuvalla oli merkitystä valinnan rakentumisessa. Esimerkiksi palveluntarjoajayrityksen koko tai sairaalan perinteikäs historia mainittiin valintaan vaikuttaneina tekijöinä. Lehti- tai muulla mainonnalla ei koettu olleen vaikutusta.

5.4.2 Trade-off-valinnat ja coping

Ostopolun kuluessa kuluttaja joutuu usein tekemään vaikeita valintoja (trade-off), koska kuluttamiseen liittyvät tavoitteet ovat keskenään ristiriidassa. Trade-off-valinnassa kuluttaja joutuu pohtimaan, mitä hän arvostaa ja mistä hän on valmis luopumaan. Jotkin päätöksentekotilanteet sisältävät voimakkaamman tunnelatauksen kuin toiset, riippuen siitä, mitä valinnalla tavoitellaan ja millaisia sosiaalisia tai moraalisia kytkentöjä valinnalla on.

Tutkimuksessa kysyttiin haastateltavilta sanallisesti, millaisia pohdintoja ja puntarointeja heillä oli lihavuusleikkauksen ostopolun eri vaiheissa. Teemaa oli jonkin verran vaikea saada avattua täysin avoimilla kysymyksillä, joten toisinaan tutkija alusti keskustelua ajankohtaisilla, mediassa esillä olleilla tiedoilla. Visualisointitehtävässä trade-off-valinnat tulivat jonkin verran esille emootioita kuvaavien emojiien sanallisina selityksinä sekä ei-emootioita kuvaavilla emojeilla, esimerkiksi syömiseen liittyen. Trade-off-valinta tuottaa usein kuluttajalle päätöksentekijänä negatiivisia emootioita, mikä näkyi myös visualisoinneissa.

Haastateltujen henkilöiden vaikeat valinnat liittyivät fyysisiin, sosiaalisiin ja taloudellisiin riskeihin. Terveysteen ja turvallisuuteen liittyvä pohdinta oli prosessissa keskeistä. Tämä punninta jakautui kahteen tyyppiin. Yhtäältä puntarointiin toivetta terveydentilan kohentumisesta ja leikkausriskiä eli mahdollisia hengenvaarallisiakin komplikaatiota. Toinen pohdinnan kohde oli leikkauksen radikaalius eli se että, elimistöön tehdään peruuttamattomia muutoksia. Muutama haastateltu koki, että tutkimustietoa pitkän aikavälin terveysvaikutuksista ei ollut vielä riittävästi saatavilla. Fyysisestä elimistön muutoksesta oletettavasti seuraava luopuminen nautiskelusta, herkuttelusta ja kulinarismista aiheutti myös jonkin verran harkintaa.

Sosiaalisiin riskeihin liittyvät puntaroinnit tulivat esille muutamassa eri muodossa. Leikkaukseen hakeutuva joutui tekemään päätöksen siitä, kuinka avoimesti hän kertoo leikkauksestaan ja altistuu täten kritiikille. Kritiikin on ennakoitu liittyvän sekä verorahoin suoritettavaan hoitoon että ruuminormiin: *”olenko niin laiska ja luuseri, etten onnistu itse”*. Parisuhteessa olevat haastateltavat joutuivat hakemaan oikeutusta päätökselleen puolisoiltaan. Useat kohtasivat aluksi lievää ja muutamassa tapauksessa tiukempaakin vastustusta, jonka he tulkitsivat johtuvaksi tiedon puutteesta ja pelosta. Faktojen ja leikkaushyötyjen läpikäymisen jälkeen vastustus yleensä väheni. Kaksi haastateltua kertoi pinnistelleensä kovasti saadakseen puolison hyväksynnän. Toisella näistä oikeutuksen hakemiseen liittyivät myös taloudelliset tekijät eli puolison hyväksyminen tarvittiin lainahakemukseen. Lähipiirin tuen hankkiminen oli tärkeä ja emootioita luova tekijä prosessissa.

Avoimuuteen liittyvä linjaus oli tehtävä myös lähipiiriä laajempaa joukkoa koskien. Valtaosa eli 12 tässä tutkimuksessa haastatelluista on päätenyt olemaan leikkausratkaisun suhteen täysin avoin viimeistään leikkauksen suorittamisen jälkeen. Avoimuudesta puhuttaessa häpeä tai sen puuttuminen nousi vastauksissa usein esiin. Avoimen linjan valinneistakin moni sanoi korostavansa, että

leikkaus ei ole helppo ratkaisu ja että ”*töitähän tässä tehdään*”. Avoimuutta puolestaa heidän mielestään myös se, että muut saavat tietoa lihavuusleikkauksista. Kaksi haastateltua on vain rajoitetusti avoin eli miettii tarkkaan, kenelle voi kertoa leikkauksesta. Kolme haastateltua piti tiukasti kiinni salaisuudestaan. Heillä tieto leikkauksesta oli jäänyt vain perhepiiriin. Juoruilua, päivittelyä ja ennakkoluuloista suhtautumista haluttiin välttää. Ruumisnormiin ja itse suoritetun laihutumisen teemat tulivat näiden henkilöiden haastatteluissa esiin jonkin verran enemmän kuin muilla, mutta niitä ei suoraan yhdistetty salauspäätökseen. Eräs yksityissairaalassa leikattu oli päätyntä pitämään matalaa profiilia leikkauspai-kan suhteen, kun oli todennut sosiaalisessa mediassa kriittistä suhtautumista yksityiseen hoitopolkuun.

Taloudelliset pohdinnat tulivat esille itse maksavien, yksityissairaaloissa leikattujen kuluttajien ostopoluilla. Useimmat haastatellut olivat joutuneet ottamaan pankkilainaa leikkausta varten, ja rahoituksen järjestymisestä oli aiheutunut jonkin verran huolta. Lopulta valinta terveyden ja rahan välillä vaikuttaa olleen haastateltaville itselleen varsin helppo. Haastateltavat totesivat, että rahan voisi käyttää muutenkin ja turhempaankin:

”Joku sen voi juopotellakin sen rahan, mutta mää käytän sen itteeni ... Rahaa tulee tietysti poltettua harrastuksenkin kautta... Panostetaan nyt tähän... ja karsii jostain muusta, mutta oma terveys, ku sitä ei oo kun yksi vaan.” (M44Y)

”Jotku ostaa tissit, mä ostin terveyden.” (N38Y)

Yksi haastateltava pohti rahan käytön oikeutusta eettiseltä kannalta. Hänen tuttavapiirissään oli vakavasti sairas lapsi, mikä sai haastateltavan pohtimaan, onko oikein käyttää rahaa lihavuusleikkaukseen, kun toiset eivät saa terveyttä rahalakaan. Lapsen vanhemmat kuitenkin kannustivat etenemään leikkausasiassa.

Yksityisen ja julkisen hoitopolun keskeinen ero on leikkaukseen pääsemisen nopeus. Rahallisen panostuksen ja hoitoon pääsyn nopeuden välinen punninta nousi esiin yksityisesti leikattujen tarinoissa. Kuten jo yllä valintapäätöstä käsitellessä on todettu, nopeus oli keskeinen yksityisen sektorin palvelun valintaperuste. Julkisen sektorin leikatut eivät juuri ottaneet nopeuteen liittyvää puntarointia oma-aloitteisesti esiin. Leikkausprosessin todettiin etenevän ”*omalla painollaan*”, ja useimmat julkisin varoin leikatuista pitivät pitkää odotusaikaa jopa suotavana henkisen valmistautumisen kannalta. Muutama katsoi kuitenkin -erikseen kysyttynä - että vielä pidemmäksi viivästynyt odotus olisi voinut johtaa yksityisen hoitopolun vahvempaan harkintaan.

Eettiset tai yhteiskuntamoraaliset pohdinnat olivat haastatellulla joukolla varsin lieviä, eikä niitä juuri otettu oma-aloitteisesti esille. Puheeksi ottaen informanteilta saatiin kommentteja lihavuuden hoidon etiikkaan. Keskustelu verovarojen käytöstä lihavuuden hoitamiseen leikkaamalla ei ollut jarruttanut yhtenkään julkisen hoitopolun valinneen ratkaisuja. Osa totesi, ettei ollut pohtinut asiaa leikkausprosessinsa aikana lainkaan. Huonoa omaatuntoa ei tunnettu. Leikkauksen katsottiin päinvastoin säästävän yhteiskunnan varoja, koska liitännäissairauksiin liittyvät hoitokustannukset alenivat ja vakavammat terveydelli-

set uhkakuvat lievittyivät. Moni haastateltu oli kylläkin valmistautunut puolustautumaan kritiikkiä vastaan, mutta suoraa negatiivista palautetta oli saatu hyvin vähän. Leikkauksensa itse maksaneet, yksityissairaalassa leikatut kannattivat yhtä lailla lihavuuden leikkaushoitoa julkisin varoin. Muutama haastateltu kritisoi lähinnä sitä, että lihavuuden annetaan kehittyä vakavaksi ongelmaksi ennen kuin julkinen terveydenhuolto puuttuu asiaan, ja vaikeasti ylipainoisen kohdalla joudutaan turvautumaan leikkauksen kaltaiseen radikaaliin ja kalliiseen toimenpiteeseen.

Visualisointitehtävissä trade-off valinnat tulivat esiin sekä sanallisesti että kuvavalinnoin neljään eri teemaan liittyen. Leikkausriskeihin liittyvä puntarointi tulee esiin huolestuneiden, mieteliäiden tai pelokkaiden kuvien valinta. Elämäntapojen muutosvaatimukseen liittyviä ristiriitoja kuvattiin herkuttelevalle emojiolla, jota täydennettiin esimerkiksi tekstein: *”Saanko koskaan enää syödä kunnonolla?”*, *”Syöminen helpottaa kurjaa oloani”* tai *”Viimeinen ateria”*. Myös suun sulkemista esittäviä kuvia käytettiin viittaamassa nautiskelun loppumiseen. Itse leikkauksensa maksaneiden visualisoinneissa käytettiin tyypillisesti emojiä, jossa oli mukana seteleitä. Yhdessä visualisoinnissa tulee esiin salauspäätös, jolloin suun sulkemisen emojiä täydennettiin tekstillä *”Vain perhe tietää”*.

Trade-off-valinnat aiheuttavat luontaisesti jostakin luopumista eli menetyksiä. Siksi ne koetaan epämiellyttävänä ja niitä pyritään välttämään käyttämällä erilaisia selviytymisstrategioita, joiden avulla tavoitellaan uhkien ja negatiivisten emootioiden minimointia. Selviytymisstrategioiden käyttö on sitä yleisempää ja laajempaa, mitä korkeammaksi kuluttaja kokee trade-offin vaikeusasteen. (Luce ym. 2001, 4-6, 9.) Coping- eli selviytymisstrategiat voidaan jakaa kahteen pääryhmään: ongelmakeskeiseen ja tunnekeskeiseen selviytymiseen.

Haastatellut käyttivät jossain määrin sekä tunne- että ongelmakeskeisiä coping-strategioita. Ennen kaikkea copingia käytettiin leikkausriskien ja mahdollisen kuolemanriskin aiheuttamien negatiivisten emootioiden lievittämiseen. Myös elämäntapaan eli leikkauksen jälkeisen arjen sujumisen liittyvää ongelmatilaa haluttiin lievittää.

Ongelmakeskeinen coping-strategia tuli esiin ahertamisena eli laajennettuna tiedonhakuna. Viisi haastateltua kertoi käyttäneensä huomattavasti aikaa tiedon hakemiseen päätöksenteon tueksi. Erityisesti internetistä haettiin runsaasti tietoa, jopa tieteellisiä tutkimuksia ja leikkausvideoita. Tietoa haettiin ennen kaikkea kuolemanriskeistä, vertaiskokemuksista sekä leikkaustavoista. Myös tiedot leikkauksen jälkeisen elämän sujumisesta kiinnostivat. Moni haki tietoja siitä, kuinka syöminen sujuu leikkauksen jälkeen, ja onko nautiskelu enää mahdollista.

Miespuoliset haastatellut olivat jonkin verran enemmän kiinnostuneita leikkauksen teknisistä ja anatomisista yksityiskohdista. Esimerkiksi julkisella puolella leikattu 39-vuotias mies kertoi seuranneensa eri lähteitä laajasti ja tiiviisti. Hänen lähteisiinsä kuuluivat muun muassa Facebookin suljetut keskusteluryhmät, YouTuben lihavuusleikkausvideot, kansainväliset, vieraskieliset tutkimukset, muut ulkomaiset lihavuusleikkaussivustot, aiheeseen liittyvät blogit

sekä yliopistosairaaloiden ja yksityissairaaloiden kotisivujen lihavuusleikkausosiot.

Tunnekeskeistä selviytymisstrategiaa käyttäneet turvautuivat välttelyyn ja etäännyttämiseen. Leikkausriskeistä haluttiin tietää vain välttämättömin eli lääkäreiden kertomat faktat. Moni raportoi välttäneensä ”liikaa” tietoa. Erityisesti rajattiin pois internetin keskustelupalstojen negatiivisia kirjoituksia sekä kirjoituksia epäonnistuneista leikkauksista. Usea haastateltu tunnisti toimineensa tietoisesti eli suojelleensa itseään turhilta peloilta tai paniikilta, tieto lisää tuskaahengessä. Esimerkiksi yksityissairaalassa leikattu 52-vuotias nainen kertoo luke-neensa myönteiset kirjoitukset, mutta hypänneensä yli negatiiviset ja masentuneet kirjoitukset.

Tässä tulososiossa kuvataan lihavuusleikkaukseen hakeutuvan kuluttajan ostopolun vaiheita, leikkaukseen hakeutumisen syitä sekä käännekohtiin liittyviä emootioita ja vaikeita valintoja. Seuraavassa luvussa tuloksia pohditaan teorian ja aiempien tutkimustulosten näkökulmasta. Tuloksista pyritään löytämään vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

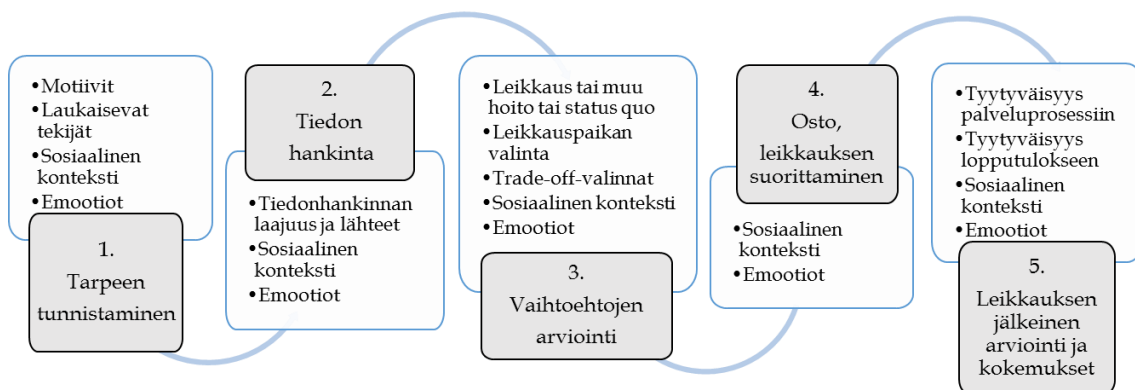
6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen päätavoitteena oli selvittää, millaisten käännekohtien kautta kuluttajan lihavuusleikkaukseen hakeutumisen ostopolku kulkee. Tulosten pohjalta pyrittiin ymmärtämään, miksi lihavuusleikkaukseen hakeudutaan, millaisia emootioita kuluttaja ostopolun aikana tuntee, ja millaisia vaikeita valintoja hän joutuu tekemään. Tulosten toivottiin tuovan lisävalaistusta sekä julkisen että yksityisen sektorin palveluntuottajien käyttöön siitä, kuinka kuluttaja toimii terveyteen liittyvää high-involvement palvelua valitessaan.

Tässä luvussa tarkastellaan saatuja tuloksia aiempien tutkimusten antiin vertaillen ja käytännön markkinointihaasteisiin suhteuttaen. Aluksi esitetään tulosten pohjalta tehdyt teoreettiset, empiiriset ja manageriaaliset johtopäätökset sekä tutkimuksen kontribuutio. Luvun lopuksi arvioidaan tutkimuksen rajoitteita sekä esitetään ehdotuksia jatkotutkimuskohteiksi.

6.1 Teoreettiset johtopäätökset

Tässä alaluvussa esitetään johtopäätöksiä tutkimuksen teoreettisen viitekehyyksen (kuvio 11) pohjalta. Viitekehys kuvaa kuluttajan ostopolkua sekä rationaalisen päätösprosessina että konstruktivisena prosessina.



KUVIO 11 Tutkimuksen viitekehys.

Tutkimuksen viitekehyyksessä taustana on konstruktivinen näkemys kuluttajan valinnasta, jossa valintapäätös rakentuu tilannekohtaisesti. Bettmanin ym. (1998, 87) mukaan konstruktivisen prosessin piirteitä ovat päätöksentekoon liittyvä epävarmuus, monimutkaiset valinnat sekä päätöstilanteen uutuus tai ainutkertaisuus. Päätökseen vaikuttavat kuluttajan tiedonhankinta, sosiaalinen konteksti, kuluttajan havaitsemat riskit ja emootiot. Viitekehyyksessä konstruktivisen päätösprosessin elementtejä yhdistetään perinteiseen, kuluttajan rationaalista osto-

prosessia kuvaavaan viisivaiheiseen malliin, jossa kuluttaja etenee tarpeen tunnistamisesta tiedonhankintaan ja vaihtoehtojen arviointiin, joiden pohjalta hän tekee ostopäätöksensä ja arvioi lopuksi tyytyväisyyttä hankinnan tuloksiin (Sheth & Mittal, 2004, 275).

Tutkimuksen tulokset vahvistavat, että lihavuusleikkaukseen hakeutuminen - miksei muukin korkean sitoutumisenasteen sairaalapalvelun hankinta - täyttää konstruktiivisen päätösprosessin kriteerit. Kuluttaja voi suorittaa valinnan vain kerran, ja lopputulos on lääketieteellisesti lähes peruuttamaton. Tutkimuksen tulosten mukaan päätökseen koetaan liittyvän fyysistä, sosiaalista ja taloudellista epävarmuutta, jopa hengenvaara. Tilanne on kuluttajalle ennen kokeamaton, joten valintoja ja niistä suoriutumista ei ole voitu harjoitella.

Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että leikkauspäätökseen liittyy sekä kognitiivista että emotionaalista vaikeutta (Luce ym. 2001, 4). Kuluttaja joutuu käsittelemään leikkaukseen ja elämäntapamuutokseen liittyvää informaatiota. Kuluttaja joutuu myös arvioimaan, mitä seurauksia leikkauksella on hänen kannaltaan tärkeille päämäärille, kuten terveydelle tai sosiaaliselle ja kulttuuriselle hyväksynnälle. Tulosten mukaan ostopolku on näistä syistä emootioiden ja ristiriitaisten valintojen värittäjä.

Emootiot syntyvät yksilön tilanearviointien pohjalta (Lazarus, 1991, 6), ja niistä seuraa usein kuluttajan reaktioita tai toimenpiteitä (Bagozzi ym. 1999, 184-202). Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että lihavuusleikkauksen ostopolulla emootiot viestivät kuluttajalle tärkeiden päämäärien tavoittelusta ja niitä koskevista uhista. Emootiot syntyvät erityisesti sosiaalisessa kontekstissa joko lihavuuden kokemiseen tai sen hoitoratkaisuihin liittyen. Emootiot aiheuttavat ostopolun varrella toimia, kuten vetäytymistä ja välttelyä, aktivoitumista ja tiedonhakua, negatiivisen informaation välttelyä tai ponnistelua annettujen tavoitteiden saavuttamiseksi.

Erytyisesti tiedonhakuun liittyvät toimenpiteet toimivat ostopolulla kuluttajan emotionaalista vaikeutta lievittävinä coping-strategioina, kuten Luce ym. (2001, 4-6, 9) ovat esittäneet. Tulokset osoittivat, että ostopolulla käytettiin sekä rajoitettua että laajennettua tiedonhakua negatiivisten emootioiden lieventäjinä.

Toisaalta tutkimuksessa tarkasteltiin lihavuusleikkaukseen hakeutuvan kuluttajan ostopolkua viisivaiheisena ostopäätösprosessina (Sheth & Mittal 2004, 275), jossa kuluttaja kulkee rationaalisen toiminnan tuloksena portaalta toiselle. Mallin viisi vaihetta lihavuusleikkauksen ostopolulla ovat tarpeen tunnistaminen, tiedonhankinta, vaihtoehtojen arviointi, joka sisältää myös leikkaukseen valmistautumisen, osto eli leikkauksen suorittaminen sekä leikkauksen jälkeinen arviointi ja kokemukset.

Tutkimustulosten mukaan lihavuusleikkaukseen hakeutuminen noudattaa perinteistä vaihemallia vain rajoitetusti. Yksityisen palvelun valinneiden haastateltujen ostopoluissa voidaan tyypillisesti erottaa kaikki viisi vaihetta. Kuitenkin vaihe 3 eli vaihtoehtojen arviointi jäi haastateltujen ostopoluilla usein varsin rajatuksi. Vaihtoehtojen vertailua esimerkiksi eri yksityissairaaloiden kesken ei

suoritettu kovin kattavasti. Tämä saattaa viitata Tuorilan (2000, 139–148) esittämään arvioon suomalaisen potilas-kuluttajan tottumattomuudesta yksityisen sektorin kaupalliseen toimintamalliin.

Myös osa julkisen sektorin leikkaukseen päätyneistä kulki viisivaiheista polkua, tietoa hakien ja vaihtoehtoja vertaillen. Kuitenkin hinnan ja tottumustekijöiden perusteella dominoivan vaihtoehdon eli julkisen sektorinvalinta oli usealle niin itsestään selvä, ettei varsinkaan vaihtoehtojen arviointivaihetta ollut helppo tunnistaa ostopolun varrelta. Lisäksi julkisen leikkauksen valinneiden kuluttajien ostopolulla vaiheessa 3 tehtyyn arviointiin osallistui kuluttajan lisäksi useita terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Tiedonhaun, valinnan ja päätöksen teon kohteena oli näillä kuluttajilla ennen kaikkea se, hakeutuuko tai pääseekö ylipäänsä leikkaukseen vai ei – eikä leikkauksen suorittava palveluntuottaja. Bettmanin ym. (1998, 198–199) mukaan kuluttaja voi turvautua epäsymmetrisesti dominoivaan vaihtoehtoon hakiessaan oikeutusta päätökselleen.

6.2 Empiiriset johtopäätökset

Tutkimuksen empiiriset johtopäätökset valottavat lihavuusleikkauksen taustalla olevia motiiveja, prosessin laukaisevia tekijöitä sekä ostopolulla koettuja emootiota. Lisäksi esitetään päätelmiä kuluttajan valintaperusteista ja prosessin kuluista. Esiin tuodaan myös havaintoja kuluttajan vaikutusmahdollisuuksista terveyspalvelujen valinnassa. Lopuksi arvioidaan lyhyesti kuluttajan tyytyväisyyttä ja tyytymättömyydestä seuranneita toimia.

6.2.1 Leikkaukseen hakeutumisen terveydelliset, sosiaaliset ja kulttuuriset motiivit

Tulokset osoittivat, että lähes kaikilla haastatelluista oli jonkinlainen terveydellinen peruste hakeutua lihavuusleikkaukseen. Lihavuusleikkaukseen pääsee Suomessa henkilö, joka täyttää leikkaukselle asetetut lääketieteelliset kriteerit (Mustajoki ym. 2009). Julkisen sektorin leikkauskriteerit noudattavat selväpiirteisesti käypä hoito- suosituksia. Yksityiset palveluntuottajat näyttävät olevan potilasvalinnassa tutkimuksen mukaan hieman liberaalimpia esimerkiksi iän tai vaadittujen liitännäissairauksien suhteen, kunhan henkilön painoindeksi oli käypä hoito- suositusten mukainen.

Terveydelliset tekijät eivät kuitenkaan olleet ainoa motivaattori leikkaukseen hakeutumiselle. Haastattelujen tulos tukee selvästi väitteitä lihavuudesta kulttuurisena ja sosiaalisena ilmiönä (Bordo 2003, Harjunen 2007, Kyrölä 2007, Pajala 2007) ja identiteettitekijänä (Beruchashvili & Moision 2013b). Tässä tutkimuksessa ylipainoinen kuluttaja kokee vahvasti vallitsevan ruumisnormin paineet. Haastatellut ovat kokeneet ulkopuolisuutta, leimautuneisuutta ja jopa syrjintää. Ylipainoinen kuluttaja kokee olevansa epäonnistunut suhteessa kulttuuriin odotuksiin. Tuloksissa tulee selkeästi esille aiemmissa tutkimuksissa esitelty

lihavuuden stigma (Thompson ym. 1995, 147–151; Harjunen ym. 2007, 28). Stigma saa muotoja niin yksilön sisäisessä minäkuvassa kuin ulkoisena syrjintänäkin.

Tulokset antavat viitteitä siitä, että vaikka leikkaukseen pääsyn edellytyksenä on lääketieteellisten ja fyysiseen terveydentilaan liittyvien kriteerien täytyminen, toimivat nämä tekijät ainakin osalle kuluttajista lähinnä astinlautana korjata samalla lihavuudesta johtuvia psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. ”Sosiaalistunut ruumis” vaikuttaa kuluttajan tekemiin valintoihin (Thompson ym. 1995, 147–151). Näin ollen lihavuusleikkaus toimii välineenä kuluttajalle tärkeiden päämäärien saavuttamiseksi, aivan kuten Beruchashvili ym. (2013b, 67) totesivat laihduttamisesta yleisesti. Kuluttajan prosessin aikana ja erityisesti sen päätteeksi kokemaa hallinnan tunne viittaa Bordon (2003) näkemykseen ruumiista valan välikappaleena.

6.2.2 Onnistujan esimerkki vahvana ratkaisuärsykkeenä

Lihavuusleikkaukseen hakeutumisen voi käynnistää ongelma- tai ratkaisuärsyke. Ongelmaärsyke voi olla kuluttajan sisältä kumpuava tietoa tai sellaisen antaa ulkopuolinen lähde. Ratkaisuärsykeen kuluttaja saa silloin, kun mahdollisen ratkaisun näkeminen saa aikaan ongelman tunnistamisen (Sheth ym. 2004, 279). Ongelmaärsykeistä keskeisiä ovat tämän tutkimuksen mukaan terveydentilaan liittyvät uhkakuvat, uudet diagnoosit ja näihin liittyvät terveydenhuoltohenkilökunnan lausunnot ja suositukset. Myös vaatteet, valokuvat ja vaa’an lukemat sääsivät kuluttajaa toimimaan.

Tutkimustulosten mukaan huomattavan monen lihavuusleikkaukseen hakeutuvan kuluttajan prosessi käynnistyy uuden ratkaisuvaihtoehdon ilmestymisellä tietoisuuteen. Erityisen merkittävänä voidaan pitää myönteisen esimerkin vaikutusta. Lähi- ja tuttavapiiristä tai mediasta esille tulleet onnistumistarinat herättivät kuluttajan hakemaan tietoa ratkaisun soveltuvuudesta omalle kohdalle. Ratkaisumahdollisuuden havaitseminen oli usealle emotionaalisesti vaikuttava kokemus.

Laukaisevia tekijöitä tarkasteltaessa voidaan tutkimustuloksista löytää yhteneväisyyksiä Pajalan (2007) tutkimukseen, jossa laihduttamispäätöksen syntymistä tutkittiin Painonvartijat-kontekstissa. Yhtäläisyyksiä on erityisesti vaatteiden ja valokuvien merkityksen osalta. Painonvartijat oli myös hyödyntänyt onnistuneen painonpudotuksen menestystarinoita markkinoinnissaan.

Terveyspalvelujen markkinointia rajoittavat Lääkäriliiton laatimat eettiset ohjeet, joiden mukaan markkinoinnilla ei tule luoda tarpeetonta kysyntää. Tutkimus vahvistaa Tuorilan (2000, 139) aiemman tuloksen siitä, että käyttäjiltä saadut suositukset toimivat tehokkaampana markkinointina kuin terveyspalvelujen mediamainonta. Mainonnalla ei ollut kysyntää laukaisevaa merkitystä tämän tutkimuksen tulosten valossa. Kun ensivaiheen tieto leikkausvaihtoehdon olemassaolosta oli jo muualta saatu, kääntyi usea leikkaukseen hakeutuva itse aktiivisesti tietolähteiden, erityisesti yritysten kotisivujen ja muiden verkkolähteiden pariin.

Yksityissairaaloiden kotisivuja tutki myös osa julkisen sektorin leikkaukseen päätyneistä.

6.2.3 Emootioiden ja vaikeiden valintojen värittävä ostopolku

Beruchashvilin ja Moision (2013b) esittelemä ylipainoisten kuluttajien emotionaalisten identiteettien viitekehys kertoo, että lihavuuteen ja laihduttamiseen jo sinällään kytkeytyy vahvoja emootioita: epätoivoa, syyllisyyttä, toivoa ja ylpeyttä. Kun laihduttamisen työkaluksi aletaan valita lihavuusleikkausta, täydentyy emootiokuvasto muillakin positiivisilla ja negatiivisilla emootioilla. Leikkauksen fyysiset, taloudelliset ja sosiaaliset riskit lataavat lihavuusleikkaukseen tavanomaisesta laihduttamisesta eroavia tunteita. Tässä tutkimuksessa emootiot nimettiin Larosin ja Steenkampin (2003, 1441) kuluttajaemootioiden hierarkiamallin mukaan.

Ostopolun alkuvaiheessa kuluttajan emootiokartta on samansuuntainen kuin Beruchashvilin ym. (2013b) viitekehyksessä. Sävyt ovat synkät. Häpeän ja surun, erityisesti syyllisyyden tunteet dominoivat mielenmaisemaa. Esille tuli myös pelon ja vihan emootioita. Tarpeen tunnistamisen vaiheeseen ei haastatelluilla liittynyt lainkaan positiivisia emootioita. Tiedonhankintavaihe tuo ratkaisuvaihtoehdon kuluttajan tietoisuuteen, jolloin positiivisia emootioita alkaa herätä, ennen kaikkea tulevaisuuteen suuntautuvaa toivoa sekä helpotusta. Samalla kuluttaja on kuitenkin huolestunut: uusi tieto herättää hämmennystä ja pelkoa.

Voimakkaimmin positiivisten ja negatiivisten emootioiden ristiaallokossa ollaan vaihtoehtojen arviointivaiheessa, jolloin leikkausriskien ohella pelkoa herättää mahdollisuus, ettei leikkaus toteutuisikaan. Tässä vaiheessa ilmeni osalla julkisen sektorin asiakkaista myös vihan emootioita, jotka kumpusivat prosessiin liittyvästä epävarmuudesta, turhautuneisuudesta ja nöyryyttäväksi koetusta kohtelusta. Ostopolun kahta viimeistä vaihetta sävyttävät positiiviset emootiot: ylpeys, tyytyväisyys ja onni eri muodoissaan. Leikkauspelkoa toki tunnettiin.

Lihavuusleikkauksen ostopolun aikana koettujen emootioiden aiheuttama toiminta noudattelee pääpiirteissään ylipainoisten kuluttajien emotionaalisten identiteettien viitekehyksessä hahmoteltuja reaktioita: häpeän ja syyllisyyden aiheuttamasta vetäytymisestä herättiin toivon myötä toimimaan. Lihavuusleikatun tuntema ylpeys ei kuitenkaan aina aiheuta ”normaaliin” tai Painonvartijoiden ryhmälaihdutukseen laihduttamiseen liitettyä manifestaatiota tai evankelioimistarvetta (Beruchashvili ym. 2013, Beruchashvili ym. 2013b). Osa haastatelluista piti tiedon leikkauksesta tiukasti lähipiirissään ja osa kertoi asiasta valikoiden. Enemmistö haastatelluista oli kuitenkin valinnut täysin avoimen linjan ja toivoi haastateltaessa, että osallistumalla tutkimukseen voisi edistää tietoisuutta lihavuusleikkauksen hyödyistä.

Tutkijan kokemusasiantuntijuuden pohjalta, esimerkiksi erilaisiin internetin vertaiskeskusteluihin pohjaten, voidaan arvioida, että esille tullut kahtiajako avoimuuden suhteen on yleistä lihavuusleikattujen keskuudessa. Vaikka yleisesti voidaan olettaa, että salaamisen taustalla on sosiaalisen riskin kokemus, ei

haastattelujen pohjalta ei voitu täysin todentaa syitä lihavuusleikkauksen salaamiselle. Haastatteluja kokonaisuutena katsoen voidaan löytää viitteitä siitä, että salassapidon valinneet pohdiskelivat erityisesti ruumisnormiin, epäonnistumisen aiheuttamaan häpeään sekä perinteisen laihduttamisen suotavuuteen liittyviä kysymyksiä. Nämä teemat esiintyivät toki jonkin verran muissakin haastatteluissa. Avoimuuteen liittyvä tulos on näin ollen jossain määrin ristiriitainen aiempien laihduttamista käsittelevien tutkimusten kanssa (Beruchashvili ym. 2013, 1–17).

Konstruktiivisena päätösprosessina lihavuusleikkaukseen hakeutuvan ostopolku sisältää vaikeita valintoja (trade-off). Kuluttaja joutuu pohtimaan leikkauksen fyysisiä, sosiaalisia ja taloudellisia riskejä. Terveystilaan, turvallisuuteen ja leikkausriskiin kohdistuvat trade-off-pohdinnat ovat tyypillisiä. Sosiaalista oikeutusta joudutaan hakemaan lähipiiristä. Yksityisesti leikatut punnitsevat rahankäyttöä ja palvelun nopeaa saatavuutta. Valinta ei osoittautunut kovin vaikeaksi, sillä nopea terveydentilan koheneminen ja oma mahdollisuus vaikuttaa prosessin aikataulutukseen nähtiin tärkeinä. Jonkin verran puntarointia aiheuttivat erilaiset lihavuudenhoidon eettiset näkökulmat, jotka kuitenkin jäivät tämän tutkimuksen tuloksissa varsin lieviksi pohdinnoiksi. Haastatellut olivat saaneet hoitomuodon valinnasta vain vähäistä negatiivista palautetta, esimerkiksi verovarojen käyttöön liittyen.

6.2.4 Ostopolun kesto erilainen julkisella ja yksityisellä sektorilla

Lihavuusleikkaukseen hakeutumisen ostopolku on pitkäkestoinen palveluprosessi, jonka pituus vaihtelee muutamasta kuukaudesta jopa useaan vuoteen. Ostopolun pituutta määrittää ennen kaikkea sektorivalinta. Nopeimmillaan kuluttaja pääsi leikkaukseen yksityisesti noin kahdessa kuukaudessa ensimmäisestä yhteydenotosta lukien. Julkisen sektorin palvelun valinneilla matka oli selkeästi pidempi ja sisälsi useita jonotus- ja välivaiheita, portteja, jotka kuluttajan tuli hyväksytysti läpäistä. Ostopoluista on löydettävissä kaksi ääripäätyypologiaa: tuumasta toimeen ryhtyvät pikajuoksijat (leikkausprosessin kesto 2–3 kuukautta) ja harkitsevaiset maratoonarit (leikkausprosessin kesto 24–33 kuukautta). Näiden väliin sijoittuvat estejuoksijat, jotka kulkevat ostopolun määrätietoisesti, portteja läpäisten ja ongelmakohdat ylittäen (leikkausprosessin kesto 7–16 kuukautta).

Julkisen sektorin pidempi prosessi voi selittyä kolmella eri tekijällä. Ensimmäinen näkin julkisella sektorilla näytetään noudatettavan tietoista pitkäköön odotusajan menettelyä, jonka tavoitteena varmistaa riittävän harkinta-ajan toteutumisen ja potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen. Toiseksi syynä voivat olla resurssikysymykset (Saarni ym. 2009, 2282–2284). Kolmanneksi, julkinen palvelu saattaa vierastaa kuluja aiheuttavaa kuluttajaa, jonka konsumeristista aktiivisuutta pyritään hillitsemään jonotusajoin. (Jäntti 2008, 44).

Tutkimustulosten valossa ja Jäntin tutkimukseen viitaten voidaan hieman kyseenalaistaa lääkärikunnan vaalimaa ajatusta potilaan itsemääräämisoikeudesta, kun leikkaukseen hakeutumista kuitenkin rajoitetaan erilaisin säännöksin ja suoriutumisvaatimuksin. Osa haastatelluista koki nämä hyvää tarkoittavat ja

potilaan suojaksi luodut menettelyt (tai niiden toteuttamistavan) kiusaamisena. Kuitenkin on todettava, että suuri osa julkisesti leikatuista hyväksyi pitkän jontusajan ja katsoi hyötyneensä siitä. Yksityisen palveluntarjoajan valinneet sen sijaan korostivat omaa aloitettaan ja vastuutaan sekä omaa kykyään päättää kehoonsa ja terveyteensä liittyvistä asioista.

6.2.5 Kuluttajan vaikutusmahdollisuudet, valintaperusteet ja tyytyväisyys

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan yksityissairaalassa leikattu henkilö kokee vahvasti olevansa aloitteellinen ja aktiivinen koko prosessin ajan. Julkisella sektorilla leikattujen kokemukset omista vaikutusmahdollisuuksistaan sen sijaan vaihtelivat.

Jäntti (2004, 43) luokittelee terveystalvija valitsevan kansalaisen roolit käyttäen muuttujana kansalaisen omaa vaikutusvaltaa ja toisaalta agentin/lääkärin valtaa. Ei ole yllättävää, että yksityisellä sektorilla agenttivaikutus on pienimmillään ja julkisella sektorilla suurempi. Yksityiseen palveluun päätyvä valinta on lähes täysin kuluttajan käsissä: leikkaava taho antaa yhden tai kahden tapaamisen pohjalta suosituksen leikkauksen soveltuvuudesta, mutta muutoin kuluttaja hallitsee prosessia. Jäntin nelikentässä yksityisesti leikatut voidaan näin ollen sijoittaa joko kuluttaja- tai asiakas-kenttiin, joissa päätös on indeterministinen tai jaetun indeterministinen. Aution ym. (2012, 45) esille tuomaa terveystalvija shoppailijaa ei tuloksista ollut löydetävissä - sen verran vähäistä vaihtoehtojen vertailu oli yksityisenkin palvelun valinneiden keskuudessa. Tutkimus ei kuitenkaan vahvista Tuorilan (2000, 139-148) aiempia tuloksia siitä, että yksityissektorille hakeutunut kuluttaja taantuisi passiiviseksi vastaanottajaksi.

Julkisen hoitopolun valinneet sijoittuvat Jäntin nelikentässä enimmäkseen potilaan ja rajoitetusti asiakkaan rooleihin. Liki täysin deterministisenä voidaan pitää valintatilannetta silloin, kun lihavuusleikkaus ja laihtuminen ovat porttina jonkin muun hoidon saamiselle, esimerkiksi keinonivelleikkaukselle. Tällöin kuluttajan oma valta prosessissa on kapea: lääkärin ehdottaman lihavuusleikkauksen hylkääminen tuottaa epäsuotuisia seurauksia. Myös leikkauksen suorituspaikka on käytännössä sairaanhoitopiireittäin osoitettu valmiiksi. Julkisella puolella leikattu on voinut osoittaa jonkinlaista valinnanvapautta asiakkaan roolissa silloin, kun hän on omasta halustaan säädellyt leikkausprosessin etenemistä (kii-rehtinyt tai jarruttanut) tai esittänyt toiveen leikkauksen suorittavasti kirurgista. Tutkimus vahvistaa Jäntin (2008, 170-171) esittämää arvioita, että julkisen palveluun päätyminen on useimmiten ohjattu tai vaihtoehtoton valinta.

Kun vertaillaan tässä tutkimuksessa tarkasteltua viisivaiheista kuluttajan ostopolkua Jäntin (2008, 40-41) esittelemään kolmivaiheiseen lääkäripalvelujen valintamalliin, löydetään eroja ja yhteneväisyyksiä. Tutkimuskohteet ja lähestymistapa olivat näissä tutkimuksissa toisistaan poikkeavat. Ensinnäkin, Jäntin tutkimuskohteena oli lyhtykestoisempi lääkäripalvelu eikä prosessinomaisempi sairaalapalvelu, mikä saattaa aiheuttaa eroja valinnan muodostumiseen. Tässä tutkimuksessa ei painotettu taustamuuttujia (ikä, koulutus, sukupuoli, tulot) tai

preferenssejä (arvot, asenteet), vaan keskityttiin yksilön kokemuksiin sellaiseenaan. Palvelun tarjontatekijöiden (laatu, jonotusaika, hinta, etäisyys) merkityksestä saatiin kuitenkin samansuuntaisia tuloksia kuin Jäntin tutkimuksessa.

Yksityisen terveystalouksien valintaan vaikuttivat tämän tutkimuksen mukaan ennen kaikkea kuluttajan oma valinnanmahdollisuus, erityisesti mahdollisuus vaikuttaa prosessin etenemisaikatauluun, aiemmat kokemukset yksityisestä palvelusta sekä saadut suositukset. Laatuvertailu ei korostunut kummankaan sektorin valinneiden kommentteissa erityisesti: haastateltavat kokivat, että niin julkinen kuin yksityinenkin hoito on laadukasta. Tähän tutkimukseen haastatelluilla ei ollut yksityistä sairaskuluvakuutusta, joten sen merkitystä sektorivalintaan ei voida arvioida. Hintatekijä oli merkityksellinen siten, että moni julkisen sektorin valinneista piti yksityistä palvelua taloudellisesti saavuttamattomana.

Tutkimuksessa ei erityisen syvällisesti selvitetty kuluttajien tyytyväisyyttä lihavuusleikkauksen palveluprosessiin. Haastatellut olivat jokseenkin tyytyväisiä saamaansa palveluun ja erityisen tyytyväisiä prosessin lopputulokseen. Saadut tulokset näyttävät vahvistavan aiempien tutkimusten käsitystä siitä, että terveystalouksien asiakastyytyväisyyden muodostumisessa kuluttaja antaa pääpainon lopputulokselle. Prosessin kuluessa esiintyviä epäkohtia ja negatiivisia emootioita siedetään hyvin, jos lopputulos on tyydyttävä (Liljander ym. 1997, 148-169; Dubé ym. 1996, 45-51; Tuorila 2000, 107-108, 139-140). Merkille pantavaa lienee se, että tässä tutkimuksessa haastatellut kuluttajat eivät olleet reklamoineet palvelustaan, vaikka olivat ajoittain kokeneet tulleen väärinkohdeksi. Ostopolulla koettiin vihan, turhautumisen ja nöyryytyksen emootioita, mutta kuluttajat eivät antaneet näihin liittyvää palautetta ainakaan kirjallisesti.

6.3 Manageriaaliset johtopäätökset

Tämän tutkimuksen suositukset yritysjohdolle voidaan jakaa kahteen ryhmään. Ensinnäkin esitellään suosituksia lihavuusleikkausten markkinointiin liittyen. Nämä havainnot palvelevat todennäköisesti eniten yksityisiä palveluntuottajia. Toiseksi esitetään huomioita kuluttajan toiminnasta ja kokemuksista, jotka voivat hyödyttää sekä yksityisen että julkisen sektorin palveluntarjoajia. Ne auttavat ymmärtämään kuluttajan valintoja ja toimintaa.

Lihavuusleikkausten kansanterveydellisen tarpeen on arvioitu ylittävän tällä hetkellä julkisen sektorin tarjonnan ainakin noin tuhannen leikkauksen verran vuosittain (Mustajoki ym. 2009, 2254). Taloudellisesti tämä tarkoittaisi vajaan 10 miljoonan euron vuosittaista markkinaa, mikäli koko ylikysyntä kanavoituisi nykyhinnoin yksityissairaaloitten hoidettavaksi. Määrää ei voida pitää aivan vähäisenä. Toisaalta yksityisten palvelujen käyttöä rajoittavat kuluttajien taloudelliset mahdollisuudet maksaa leikkauksesta. Yksityissairaalat tarjoavat omia rahoitusmahdollisuuksiaan, mutta eivät saa niitä kovin aktiivisesti markkinoida.

Yksityissairaaloiden kannalta erityisen potentiaalisen asiakasryhmän muodostavat ne kuluttajat, jotka selvittivät sekä yksityisen että julkisen tarjonnan mahdollisuuksia, mutta päätyivät kuitenkin julkiseen palveluun.

Terveyspalvelujen markkinointia säätelevät Lääkäriliiton eettiset ohjeet, mikä jättää yksityisen palveluntuottajan vapauden valita markkinointitoimenpiteet varsin kapeaksi. Ylipaino sinällään herättää kuluttajassa syviä, usein synkkiäkin tuntemuksia. Lihavuusleikkaukseen hakeutumisen ostopolku vaikuttaa tutkimuksen tulosten valossa olevan emootioiden kyllästävä. Aihe on siis hyvin sensitiivinen. Lihavuusleikkausta tai yleensäkin lihavuuden hoitoon tarkoitettuja palveluja markkinoivan palveluntuottajan on siis harkittava huolellisesti, millaisin välinein ja viestein kuluttajaa voidaan lähestyä.

Eettisten ohjeiden pohjalta markkinoinnilla ei saa luoda terveyspalveluille "tarpeetonta" kysyntää. Tämä tarve arvioitaneen ennen kaikkea lääketieteellisin kriteerein. Kuluttajilla on lihavuusleikkaukseen liittyen kuitenkin myös sosio-kulttuurisia tarpeita ja vaikuttimia.

Tutkimuksen tulosten mukaan voidaan todeta, että kuluttaja saa tiedon lihavuusleikkauksen tarjoamasta mahdollisuudesta tällä hetkellä varsin sattumanvaraisesti. Usea haastateltu ilmaisi toiveen, että tieto ratkaisumahdollisuudesta tavoitaisi ylipainon kanssa taistelevan henkilön nopeammin kuin nykyisellään tapahtuu. Keskeisenä herättäjänä näyttäisi olevan ennen kaikkea toinen, onnistuneesti lihavuusleikattu henkilö. Lisäksi tietoa saatiin terveydenhuollon henkilökunnalta. Lehti- ja tv-uutisilla oli myös jonkin verran herättelevää vaikutusta. Yksityisen palveluntuotannon mediamarkkinoinnilla ei koettu olleen merkitystä. Kun ensisikäys oli jo saatu, hakeuduttiin kyllä palveluntarjoajien kotisivuille tutkimaan asiaa lisää.

Tietoisuutta voidaan yksinkertaisesti lisätä siten, että sekä julkinen että yksityinen palveluntuottaja ottavat eri hoitovaihtoehdot puheeksi silloin, kun ylipainoinen kuluttaja on asioimassa vastaanotolla. Tutkimustulosten pohjalta puheeksi ottamisessa oli nykykäytännön mukaan kehittämistarvetta. Ylipaino jätettiin joko kokonaan huomioimatta tai lähestyminen tehtiin kuluttajan mielestä epämiellyttävällä tavalla, esimerkiksi uhkakuvista saarnaten.

Vertaisen suosittelulausunto tai menestystarina näyttäisivät kuitenkin olevan lääkäreiden kehotuksia merkityksellisempiä lihavuusleikkausprosessin käynnistymisen kannalta. Menestystarinat luovat toivoa ja herättävät kuluttajat toimimaan. Yksityiset palveluntarjoajat ovat jonkin verran hyödyntäneet asiakastarinoita esimerkiksi kotisivuillaan tai infotilaisuuksissaan. Näiden viestien lukeminen tai kuuleminen edellyttää kuitenkin jo asiakkaan oman aktiivisuuden heräämisistä. Palveluntarjoajat voisivatkin vielä pohtia aktiivisia mutta hienovaraista keinoja tuoda informaatiota kuluttajan näköpiiriin nykyistä varhemmin. Asiakaslehdet, uutiskirjeet tai median toimitetun sisällön hyödyntäminen viestinnässä voivat olla hyviä keinoja. Leikatut onnistujat voisivat eettisten ohjeiden niin salliessa tuoda asiaa esiin muuallakin kuin yritysten omissa infotilaisuuksissa, esimerkiksi hyvinvointitapahtumissa tai messuilla, joissa liikkuu suuria määriä kansalaisia.

Tyylikäs läsnäolo tietoverkkopalveluissa joko maksetun mainonnan tai tuotetun asiasisällön välityksellä on myös välttämättömyys. Sektorivalintavaiheessa merkitystä voisi olla myös vertaistukijärjestö Lile ry:n tai muiden vertaistukitahojen kanssa tehtävällä yhteistyöllä. Kokemusasiantuntijuuden pohjalta voidaan kuitenkin todeta, että esimerkiksi verkkokeskusteluihin eivät palveluntarjoajat nykyisellään voi juuri osallistua. Uusia, kuluttajien hyväksymiä tapoja osallistua esimerkiksi Facebookin keskusteluihin voisi kehittää yhdessä esimerkiksi vertaistukiyhdistyksen kanssa.

Oman haasteensa esimerkin tai julkisuuden kautta tulevalle tiedon levittämiseksi luo se, että osa leikatuista valitsee ei-avoimen linjan, olettavasti ylipainoon ja laihduttamiseen liittyvistä normeista johtuen. Olisi tärkeää lisätä tietoisuutta ja ymmärrystä lihavuusleikkauksesta hoitomuotona, jotta asian ympärillä olevat ennakkoluulot hälvenisivät. Tutkimustulosten mukaan tiedon puutetta ja ennakkoluuloja esiintyy myös terveydenhuollon henkilökunnalla.

Kuluttajan ostopolulla erilaiset pelkoemootiot olivat esillä jokaisessa prosessin vaiheessa. Tieto uudesta ratkaisusta, sen soveltuvuudesta itselle ja sen seurauksista tulevaisuudelle herättivät runsaasti epätietoisuutta, epävarmuutta ja hämmennystä. Leikkauspelkoa koettiin yleisesti. Näiden fyysisten ja sosiaalisten riskien ja pelkojen käsittelyyn voisivat palveluntuottajat paneutua nykyistä vahvemmin kuluttajaa kohdatessaan. Useissa haastatteluissa esitettiin toivetta psyykkisen valmennuksen lisäämisestä. Toisaalta myös asiallisen informaation tuominen kuluttajien saataville voi lieventää osaa pelon emootioista. Sosiaalisen median kanavissa keskustelu voi olla hallitsematonta. Uhkakuvat ja epäonnistumiset nousevat esiin, ja niitä lukeva lihavuusleikkaukseen hakeutuja ahdistuu tarpeettomastikin. Tästä antoivat viitteitä haastateltujen käyttämät selviytymisstrategiat. Asiallisen ja neutraalin tiedon tuominen sosiaaliseen mediaan voisi helpottaa tilannetta.

Prosessin varrella olevat portit, erityisesti julkisella hoitopolulla, lisäsivät kuluttajat epävarmuutta ja ahdistusta. Hylkäämisen pelko kulki juuri heränneen toivon kumppanina. Lääketieteellisiin arvioihin liittyvien kriteerien selkeä ja asiallinen esilletuonti ja prosessin kokonaisuuden parempi hahmottaminen voisivat mahdollisesti lievittää negatiivisia emootioita.

Lihavuusleikkausprosessin aikana tai jälkeen kuluttajan kokemat negatiiviset emootiot eivät juurikaan kanavoidu toiminnaksi, palautteeksi tai reklamaatioksi. Palveluntarjoajien – niin julkisen kuin yksityisenkin sektorin – olisi kuitenkin syytä perehtyä kuluttajien kokemuksiin. Tämä on tärkeää sekä palvelujen yleisen kehittämistyön että yksilön laadukkaamman kohtaamisen näkökulmasta. Mikäli terveystalvelujen valinnanvapaus tulevaisuudessa etenee koskemaan myös sairaalapalveluja, voivat kuluttajan emootioiden ymmärtäminen, yksilöllinen kohtaaminen ja negatiivisenkin palautteen asiallinen käsittely toimia kilpailuetuna.

Kuluttajajoukkona lihavuusleikatut ja leikkaukseen hakeutuvat ovat vielä kapeahko, mutta kuitenkin vuosittain kasvava segmentti. Tälle joukolle voisi kohdistaa elämänmuutokseen liittyviä tuotteita ja palveluja tuotteita ja palveluita,

esimerkiksi pukeutumisneuvonta-, kauneudenhoito-, liikunta- ja hyvinvointipalveluja tai ravitsemusneuvontaa. Erityisenä esimerkkinä tarvittavista palveluista ovat niin sanotut post-bariatriset leikkaukset, joissa vartaloa muovataan kirurgisesti. Näiden leikkausten tarjonta julkisin varoin on hyvin rajoitettua, mutta niiden kysyntä kasvaa lihavuusleikattujen määrän kasvaessa. Muutosprosessi on monen kuluttajan mielestä myös henkisesti vaativa, joten valmentautumiseen ja elämänmuutoksen hallintaan liittyviä psykologipalveluja tarvitaan sekä yksityisen että julkisen puolen tuottamina.

6.4 Tutkimuksen kontribuutio

Tutkimuksen kontribuutiota voidaan tarkastella tutkimuksen tavoitteen näkökulmasta. Pyrkimyksenä oli tarkastella ja ymmärtää vaativaan leikkaukseen hakeutumista eli korkean sitoutumisen asteen terveystalouden hankkimista kuluttajakäyttäytymisenä. Tutkimuksen voidaan arvioida tuottaneen jonkin verran uutta teoreettista ja empiiristä tietoa kuluttajan toiminnasta, toiminnan vaikuttamista ja erityisesti hänen kokemistaan emootioista.

Tutkimus osoitti, että lihavuusleikkaukseen hakeutuvan henkilön ostopolku on konstrukttiivinen, tilanteessa rakentuva päätösprosessi, johon kytkeytyy vahvoja emootioita. Ostopolun voi nähdä etenevän perinteisen ostopäätösprosessin mukaisesti tarpeen tunnistamisen ja tiedonhaun vaiheissa. Kuitenkin vaihtoehtojen arviointiin päädyttäessä kognitiivinen ajattelu rationaalisine vertailuineen näyttää jäävän hieman taustalle. Se voi korvautua joko dominoivaan vaihtoehtoon turvautumisella (julkinen palvelu) tai lyhyen, tunnepitoisenkin harkinnan pohjalta tehdyllä valinnalla.

Tutkimuksen olennaisena tuloksena voidaan pitää lihavuusleikkausprosessin käynnistymisvaiheeseen liittyviä tietoja. Tutkimus valaisee kuluttajan syitä hakeutua lihavuusleikkaukseen. Taustalla ovat terveydellisten tekijöiden ohella vahvasti sosio-kulttuuriset vaikuttimet. Lihavuusleikkaus toimii siis välineenä muidenkin kuin terveyteen liittyvien, kuluttajalle tärkeiden päämäärien saavuttamiseksi. Ostopolun tärkeäksi vauhdittajaksi osoittautuivat myönteisen esimerkin antaneet vertaiset. Onnistumistarinat toimivat jopa virallista terveydenhuoltoa ja terveystalouksien markkinointia merkittävämpänä prosessin laukaisijana.

Aiemmin laadittuun ylipainoisten kuluttajien identiteettiitehkeykseen (Beruchashvili ym. 2013b) nyt tutkittu leikkausprosessi tuo lisää emootiokirjoa. Perinteisen laihdutusjakson aikana koetaan epätoivoa, syyllisyyttä, toivoa ja ylpeyttä. Lihavuusleikkaukseen hakeutuva tuntee lisäksi häpeää, pelkoa, vihaa sekä lopulta onnen emootioita. Emootiot vaikuttavat kuluttajan toimintaan ja valintoihin, minkä vuoksi niiden tunnistaminen on palveluntarjoajien kannalta merkityksellistä.

Uutta tietoa saatiin terveystalouksien kuluttajan toiminnasta 2010-luvulla. Aiempi tutkimus (Tuorila, 2000) esittää, että yksityissektorille hakeutunut kuluttaja taantuisi palvelujen passiiviseksi vastaanottajaksi, koska on tottumaton kau-

palliseen palveluntarjontaan. Tässä tutkimuksessa haastatellut yksityissairaloissa leikatut henkilöt kokivat kuitenkin olleensa hyvin aktiivisia koko prosessinsa ajan. Heillä on vahva tuntemus siitä, että pystyivät vaikuttamaan palvelunsa toteuttamiseen. Myös osa julkisen sektorin valinneista toimi aktiivisen kuluttajan tavoin, vaihtoehtoja vertaillen ja omaan leikkausprosessinsa etenemiseen vaikuttaen. Nämä tulokset antavat viitteitä siitä, että 15 vuodessa on tapahtunut jonkin verran muutoksia kansalaisen terveystalouden käyttäytymisessä: terveyspalveluja hakeva henkilö omaksuu vahvemmin kuluttajan ja jopa asiakkaan rooleja.

Tässä tutkimuksessa käytettiin laadullisia tutkimusmenetelmiä. Tärkeimpänä aineiston keruumenetelmänä toimi puolistrukturoitu teemahaastattelu. Koska tutkimuksen osatavoitteena oli valottaa haastateltavien mahdollisesti vaikeasti ilmaistavia emootioita ostopolun eri vaiheissa, täydennettiin tiedonhankintaa visualisointitehtävällä. Tutkimuksen menetelmällisenä kontribuutiona voidaan pitää visualisointitehtävää ja sen toteutusta. Menetelmästä pyrittiin luomaan helposti toteutettava sekä mahdollisimman yksiselitteisesti tulkittava. Apuvälineeksi emootioiden ilmaisulle tarjottiin emoji-kuvakkeita.

Visualisoinnin tavoitteena oli tarjota sanallista ilmaisua projektiivisempi väylä erityisesti emootioiden esille tuomiseen. Visualisointitehtävä toimi haastatteluissa kootun informaation varmentajana. Molemmilla menetelmillä saadut tulokset olivat yhdensuuntaiset. Yllättävää tai täysin haastattelujen annista poikkeavaa informaatiota visualisointitehtävä ei näin toteutettuna synnyttänyt. Visualisoinnit tarjosivat parhaimmillaan katsottavaksi intensiivisen draamankaaren alkuvaiheen mustasta, itsetuhoisestakin kuvastosta leikkauksen jälkeiseen ylpeyteen ja jopa euforiaan. Haastateltavat kokivat pienen alkujännityksen haihduttua tehtävän mielekkäänä tapana jäsentää kulkemaansa matkaa. Täydentävän menetelmän kontribuutio jäi kokonaisuutena arvioiden vähäiseksi, mutta se auttoi jäsentämään emootioiden ja trade-offien sijoittumista ostopolulla ja toimi haastatteluissa saadun informaation luotettavuuden lisääjänä.

Emojit ovat nopeasti yleistyneet kuluttajien välisessä viestinnässä ja ovat jokseenkin yksinkertaisesti tulkittavia. Vaikka tässä tutkimuksessa visualisointitehtävä jäi lähinnä haastattelussa saatujen tietojen varmentajan rooliin, voidaan menetelmää ehkä jatkossa hyödyntää laadullisessa tutkimuksessa täydentävää informaatiota hankittaessa.

6.5 Tutkimuksen rajoitukset

Tämän tutkimuksen keskeisenä rajoitteena voidaan pitää vastaajien valikoitumistapaa. Vaikka tämän kaltaisen laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei olekaan muodostaa todellisuudesta yksiselitteistä kuvaa, vaan ymmärtää yksilöiden kokemuksia, ohjaa vastaajaotanta kuitenkin tuloksia.

Tutkimuksen vastaajaksi valikoitui ensinnäkin avoimella, julkisella kutsumenettelyllä henkilöitä, jotka itse halusivat kertoa lihavuusleikkaukseen liitty-

vän tarinansa. Nämä henkilöt olivat sekä julkisen sektorin että yksityissairaaloiden asiakkaita. Lisäksi yhteistyökumppanina toimineen yksityissairaalan asiakaskunnasta valikoituneiden haasteltavien poiminta ei ollut tutkijan käsissä. On mahdotonta sanoa, kuinka edustava tämä otos on lihavuusleikatuista. Voidaan kysyä, ilmoittautuiko haastateltavaksi keskimäärin tyytyväisempiä henkilöitä taikka muiden tekijöiden suhteen vinosti edustava joukko kuluttajia. Haastattelujen tuloksena saatiin kuitenkin vaihtelevia ja sisällöltään rikkaita tarinoita, joten tältä osin tutkimusta voidaan pitää laadullisen tutkimuksen näkökulmasta onnistuneena. Jokainen lihavuusleikattu on oman ostopolkunsa ainutkertainen asiantuntija.

Tutkimuksessa ei haastateltu sellaisia henkilöitä, jotka jättivät ostopolun kesken joko oma-aloitteisesti tai terveydenhoidon henkilöstön päätöksellä. Heidän tarinansa ja kokemuksensa jäävät näin ollen tuntematta, vaikka ne voisivat olla palveluntarjoajien näkökulmasta kiinnostavia.

Tutkimusongelma asetettiin tietoisesti laajaksi, kattamaan kuluttajan koko ostopolku. Näin voitiin lisätä ymmärrystä prosessin kokonaisuudesta. Tämä lähestymistapa jättää kuitenkin ostopolun yksityiskohtia katveeseen. Syvempää tarkastelua ansaitisivat esimerkiksi kuluttajan emootioista seuraavat reaktiot ja toimet. Ehdotuksia jatkotutkimuksien aiheiksi esitellään seuraavassa alaluvussa.

Tutkimuksen rajoitteena voidaan pitää myös aiheen omakohtaisuutta. Tutkimuksen luotettavuutta käsittelevässä kappaleessa 4.4. on kerrottu, kuinka tutkijan objektiivisuutta on pyritty lisäämään. Kokonaisuutena voidaan kuitenkin arvioida, että tutkijan kokemusasiantuntijuus helpotti aiheeseen sisälle pääsyä ja luottamuksen rakentamista.

6.6 Jatkotutkimusaiheita

Tutkimuksessa nousi esiin lihavuuteen ja lihavuusleikkaukseen liittyviä ostopolun kuluttajaemootioita varsin laajasti. Kuitenkin tutkimus antoi hyvin rajatusti valaistusta lihavuusleikkaukseen liittyvän häpeän kokemisesta ja siitä johtuvasta salailusta. Tutkijan kokemusasiantuntijuuden perusteella sekä mediassa olleiden tietojen ohjalta on oletettavaa, että lihavuusleikkaukseen hakeutumisen salailu on jonkin verran yleisempää kuin tässä tutkimuksessa voitiin osoittaa. Vallitsevista ruumisnormeista johtuen oikealla, työläällä tavalla laihduttamista ja laihtumisen suorittamista ihannoidaan, minkä vuoksi osa lihavuusleikatusta ei ehkä halua avoimesti kertoa operaatiostaan. Tämä voisi olla jatkotutkimuksen kohteena joko kulttuurintutkimuksen tai kuluttajatutkimuksen näkökulmasta. Samoin kiinnostava tarkemman tutkimisen aihe voisi olla se, miksi yleisen mielipiteen negatiiviset painotukset lihavuusleikkaukseen eivät käytännössä realisoidu yksilön kohdalla – tutkimuksessa haastatelluthan saivat ympäristöltään lähinnä myönteistä palautetta toiminnastaan ja muutoksestaan.

Tutkimuksessa käsitellään vain rajoitetusti varsinaista leikkaustapahtumaa sekä sen jälkeisiä ostopäätösprosessin vaiheita. Tutkimuksessa ei pyritty syväli-

sesti selvittämään asiakkaiden palvelukokemusta tai asiakastyytyvääsyyttä. Mikäli terveydenhuollon palvelujen valinnanvapaus etenee Sipilän hallitusohjelmassa keväällä 2015 ja sote-ratkaisussa syksyllä 2015 esitetyillä tavoilla, yksityisten ja julkisten terveystuottajien välinen kilpailutilanne voi entistä aiemmin syntyä. Tällöin asiakaskokemuksia, terveystuottajien palvelulogiikkaa ja vaihdannan vuorovaikutteisuuden toteutumista olisi tarvetta tutkia palvelutuottajia vertaillen.

Tässä tutkimuksessa ei selvitetä, millaista arvoa leikkausprosessissa syntyy tai onko prosessin aikana kyetty esimerkiksi yhteiseen arvontuotantoon. Kiinnostavaa olisi jatkossa tutkia, onko palveluntarjoajalla ollut vaikutusta kuluttajan sitoutumiseen ja sitä kautta elämänmuutoksen onnistumiseen. Osa haastateltavista korosti julkisen sektorin hoitopolun edellyttämän pitkän valmistautumisaikojen myönteistä merkitystä onnistumiselle, osa taas yksityisen hoitopolun vaatimaa omaa vastuunottoa. Tätä aihetta voisi valottaa myös määrällisen tutkimuksen keinoin ja terveystieteiden näkökulmasta.

Tämän tutkimuksen kysymysrunko sisälsi ostopolun tiedonhankintaan liittyvän osion. Tutkimusta toteutettaessa ja tuloksia kootessa kävi ilmeiseksi, että laadullinen haastattelu ei parhaalla mahdollisella tavalla pystynyt tuottamaan tarkkoja vastauksia tähän aihealueeseen liittyen. Lisäksi tiedonhankinnasta oli usean haastateltavan tapauksessa kulunut jo varsin pitkä aika, vaikka varsinainen leikkaus saattoi olla tuorekin. Määrällinen tutkimus, joka sijoittuisi mahdollisimman lähelle kuluttajan todellista tiedonhankintavaihetta, pystynee antamaan yksiselitteisen kuvan kuluttajan tiedonhankintaprosessista terveystuottajien hankittaessa.

Tietoverkossa toimivat vertaistukiryhmät ovat monen lihavuusleikatun tärkeä tietolähde. Näissä ryhmissä virtaavat keskusteluteemat voisivat olla antoisa kohde netnograafiselle havainnoinnille. Mahdolliset teemat voisivat liittyä esimerkiksi yllä mainittuun kuluttajan tiedonhakuun. Toisaalta keskustelut antavat paljon tietoa kuluttajien asiakastyytyvääsyydestä suhteessa terveydenhuolto- ja palvelujen tarjoajiin.

Ylipainoinen kuluttaja, hänen sosio-kulttuuriset kokemuksensa ja tekemänsä valinnat ovat hedelmällinen jatkotutkimuskohde. Kuluttajatutkimuksen näkökulmasta jatkotutkimuksin voisi valottaa edelleen sitä, kuinka voimakas painonpudotus vaikuttaa kuluttajan kulutustottumuksiin. Mahdollisesti muuttuva sosiaali- ja terveystuottajien järjestämismalli edellyttää sekin lisää tutkimusta kuluttajatutkimuksen näkökulmasta.

LÄHTEET

- Autio, M., Helovuori, S., Autio, J. 2012. Potilaskuluttajan ja lääkärin muuttuvat roolit sähköistyvillä terveystuotteilla, *Kulutustutkimus* 6 (2), 40-57
- Bagozzi, R. P., Gopinath, M. & Nyer, P. U. 1999. The Role of Emotions in Marketing. *Journal of the Academy of Marketing Science* 27 (2), 184-206.
- Beruchashvili, M., Moisio, R. & Gentry, J. 2013. Cultivating Hope. *Journal of Consumer Culture*, published online 13 August 2013
- Beruchashvili, M. & Moisio, R. 2013 Overweight and emotional identity projects teoksessa Ruvio, A., & Belk, R. W., 2013. *The Routledge companion to identity and consumption*. New York: Routledge.
- Bettman, J. R., Luce, M. F. & Payne, J. W. 1998. Constructive Consumer Choice Processes. *Journal of Consumer Research* 25 (3), 187-217.
- Bordo, S. 2003. *Unbearable weight: feminism, Western culture, and the body*. (10th anniversary ed. painos) Berkeley CA: University of California Press. Originally published: c1993.
- Bryman, A. & E. Bell 2007. *Business Research Methods*. 2nd edition, New York: Oxford University Press
- Dubé, L., Belanger, M. & Trudeau, E. 1996. The role of emotions in health care satisfaction. *Journal of health care marketing* 16 (2), 45.
- Eriksson, P. & Kovalainen, A. 2008. *Qualitative methods in business research*. Los Angeles [Calif.] ; London: SAGE,.
- Eskola, J., & Suoranta, J. 2014. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Grönroos, C. & Tillman, M. 2009. *Palvelujen johtaminen ja markkinointi*. (3. uud. p. painos) Helsinki: WSOYpro. *Ekonomia*.
- Harju, H. 2014, *Lihavuusleikkaukset vähenevät, vaikka tavoite oli päinvastainen* www.yle.fi, viittauspäivä 20.7.2015
- Harjunen, H. & Kyrölä K. 2007. *Johdanto: lihavuustutkimusta toisin Teoksessa Koolla on väliä! : lihavuus, ruumisnormit ja sukupuoli*. Kyrölä, K. & Harjunen, H. (toim.). Helsinki: Like
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. *Tutkimushaastattelu : teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino
- Jäntti, S. 2008. *Kansalainen terveystuotteita valitsemassa: kolmivaiheinen valintamalli julkisissa ja yksityisissä lääkäripalveluissa*. Kuopio: Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja.
- Koivukangas, V. 2015. Mikä hidastaa lihavuuskirurgiaa Suomessa? *Suomen lääkäri-lehti - Finlands läkartidning* 70 (10)
- Kotler, P. & Armstrong, G. 2012. *Principles of Marketing*. (14th ed) Boston : Pearson Prentice Hall
- Kyrölä, K. 2007. *Valtaiset muodonmuutokset: lihottaminen ja laihduttaminen feederismiä käsittelevissä dokumenteissa ja television laihdutussarjoissa*. Teoksessa *Koolla on väliä! : lihavuus, ruumisnormit ja sukupuoli*. Kyrölä, K. & Harjunen, H. (toim.) Helsinki: Like

- Kyrölä, K. 2010. The weight of images: affective engagements with fat corporeality in the media. Turku: University of Turku. Turun yliopiston julkaisuja.
- Laaksonen, P. 2010. Involvement. Teoksessa *Consumer Behavior, A Nordic Perspective*. Lund. Studentlitteratur
- Laros, F. J. M. & Steenkamp, J. E. M. 2005. Emotions in consumer behavior: a hierarchical approach. *Journal of Business Research* 58 (10), 1437-1445.
- Lazarus, R. S. 1991. *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Liljander, V. & Strandvik, T. 1997. Emotions in service satisfaction. *International Journal of Service Industry Management* 8 (2), 148-169.
- LiMe ry:n internet-sivusto www.limery.fi, viittauspäivä 20.7.2015
- Luce, M. F., Bettman, J. R. & Payne, J. W. 2001. Emotional Decisions: Tradeoff Difficulty and Coping in Consumer Choice. *Monographs of the Journal of Consumer Research* (1, Emotional Decisions: Tradeoff Difficulty and Coping in Consumer Choice), 1-209.
- Lääkäreitä ja lääkärinpalveluja koskevat markkinointiohjeet, www.laakariliitto.fi, viittauspäivä 20.7.2015
- Merriam, S. B. 2009. *Qualitative research : a guide to design and implementation*. San Francisco (Calif.): Jossey-Bass. The Jossey-Bass higher and adult education series. ISSN. "Revised and expanded from *Qualitative research and case study applications in education*."
- Mommo, P., 2015, Suomalaiset eivät halua käyttää verorahoja ylipainon torjuntaan, www.yle.fi, viittauspäivä 20.7.2015
- Mustajoki, P., Koivukangas, V., Gylling, H., Malmivaara, A., Ikonen, T. S. & Victorzon, M. 2009. Lihavuuden asema terveydenhuollossa : kaikki vaihtoehdot käyttöön. *Duodecim* 125 (20), 2249-2255.
- Norén, L. 2010. Public sector consumerism. Teoksessa *Consumer Behavior, A Nordic Perspective*. Lund. Studentlitteratur
- Pajala, O. 2007, "Mielessä hämmötti punainen mekko" : Vaate, sukupuoli ja laihduttaminen Painonvartijat-yrityksen menestystarinoissa. Teoksessa *Koolla on väliä! : lihavuus, ruumisnormit ja sukupuoli*. Kyrölä, K. & Harjunen, H. (toim.). Helsinki: Like
- Parasuraman, A., Berry, L. L. & Zeithaml, V. A. 1991. Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing* 67 (4), 420.
- Pietiläinen, K., Saarni, S., Fogelholm, M., Hakala, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Koivukangas, V., Laine, M., Marttila, J., Pekkarinen, T. & Rissanen, A. e. a. 2011. Aikuisten lihavuuden hoito: Käypä hoito -suosituksen päivitystiivistelmä. *Duodecim* 127 (7), 730-731.
- Richins, M. L. 1997. Measuring emotions in the consumption experience. *Journal of Consumer Research* 24 (2), 127-146.
- Rook, D. W. 2003. Out-of-focus groups. *Marketing Research* 15 (2), 10-15.
- Roseman, I. J. 1991. Appraisal determinants of discrete emotions. *Cognition and Emotion* 5 (3), 161-200.
- Rossiter, J. R. & Percy, L. 1991. Emotions and Motivations in Advertising. *Advances in Consumer Research* 18 (1), 100-110.

- Rubin, H. J. & Rubin, I. 2005. *Qualitative interviewing : the art of hearing data*. (2. ed. painos) Thousand Oaks: Sage.
- Saarni, S. I., Anttila, H., Saarni, S. E., Mustajoki, P., Koivukangas, V., Ikonen, T. S. & Malmivaara, A. 2009. Lihavuuden leikkaushoitoon liittyviä eettisiä näkökohtia. *Duodecim* 125 (20), 2280-2286.
- Sheth, J. N. & Mittal, B. 2004. *Customer behavior : a managerial perspective*. (2nd ed. painos) Mason (Ohio): Thomson/South-Western. Ilmestynyt 2003.
- Solomon, M. 2006. *Consumer behaviour : a European perspective*. (3rd ed. painos) Harlow: Financial Times/Prentice Hall.
- Suni, H. 2014, *Asiantuntijat: Suomessa ei tehdä tarpeeksi lihavuusleikkauksia* 14.10.2014, Helsingin Sanomat www.hs.fi (viittauspäivä 20.7.2015)
- Talvio, P. 2011. *Häpeän tunteet kulutuksessa*. [Helsinki]: Aalto-yliopisto, kauppakorkeakoulu. Aalto-yliopiston julkaisusarja. ISSN 1799-4918 ; 5/2011. Diss. : Helsinki : Aalto-yliopisto. .
- Thompson, C. J. & Hirschman, E. C. 1995. Understanding the socialized body: A poststructuralist analysis of consumers' self-conceptions, body images, and self-care practices. *Journal of Consumer Research* 22 (2), 139.
- Toiviainen, H. 2007. *Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina*. Helsinki: Stakes. Tutkimuksia / Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, ISSN 1236-0732; 160. Diss. Helsingin yliopisto.; Tiivistelmä ja 5 erip. - Artikkelit englanniksi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. (5., uud. laitos. painos) Helsinki: Tammi.
- Tuorila, H. 2000. *Potilaskuluttaja terveystieteiden markkinoilla : yksityisten terveydenhuoltopalvelusten käyttäjien oikeuksien toteutuminen lääkäriasemien asiakaspalvelussa*. Tampere: Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis, ISSN 1455-1616; 764. Diss. Tampereen yliopisto.
- Tversky, A. & Kahneman, D. 1991. Loss Aversion in Riskless Choice: a Reference-Dependent Model. *Quarterly Journal of Economics* 106 (4), 1039-1061.

LIITTEET

LIITE 1

HAASTATTELURUNKO

Keskustelun aluksi luottamuksen synnyttäminen, esittäytyminen ja oma leikkaushistoria lyhyesti.

Suostumuslomakkeen läpikäynti ja allekirjoitus.

Taustakysymykset, esitietojen tarkistus:

ikä	
sukupuoli	
shp	
leikkausaika	
leikkauspaikka	
kotipaikka vain tutkijan tietoon	
ammatti vain tutkijan tietoon	
kuka maksoi, jos yksityinen leikkaus (itse/vakuutus)	

Esitietojen lisäksi kysytään taustatietona leikkausprosessin kokonaiskesto tarpeen tunnistamisesta leikkaukseen

Pääteema 1: Tarpeen tunnistaminen

Kysymykset

Milloin kuulit ensimmäisen kerran leikkausmahdollisuudesta?

Mitä ajattelit leikkauksesta ennen omaa harkintaasi?

Millaista oli elämäsi ennen leikkausprosessin alkua?

Mikä oli ensimmäinen sykäys leikkaukseen hakeutumiselle?

Mikä oli ensimmäinen oma toimesi - mistä aloitit?

Ketä oli mukana?

Kenelle kerroit?

Mitä tunsit?

Pääteema 2: Tiedon hankkiminen

Kysymykset

Mitä tiesit lihavuusleikkauksesta lähtötilanteessa: leikkausmuodot, riskit, leikkauspaikat?

Miten hankit tietoa:

- julkisen terveydenhuollon oppaat, nettisivut, muut lähteet
- yksityissairaalaaloiden aineistot, nettisivut, tiedotustilaisuudet

- LILE:n verkkosivut
- google
- blogit
- Facebook
- muut verkkofoorumit
- vertaistukiryhmät tai -henkilöt

Paljonko käytit aikaa tai muita resursseja tiedon hankintaan? Matkustitko tapaa-

misiin?

Mistä tiedosta oli eniten hyötyä? Miksi?

Mitä tarpeellista tietoa et mielestäsi saanut? Mitä tietoa olisi pitänyt olla (helpom-

min) saatavilla?

Mikä tai ketkä laittoivat vauhtia leikkausprosessiin? Ketkä osallistuivat tiedon-

hankintaan tai tiedon tuottamiseen?

Keräsitkö tietoa yksityisestä/julkisesta hoitopolusta (myös siitä, jota ei lopulta

valinnut)?

Huomasiko lihavuusleikkausmainontaa, jos niin missä?

Osallistuitko yksityisen palveluntarjoajan lihavuusleikkaustilaisuuksiin?

- Jos kyllä => kommentit tilaisuudesta
- Jos ei => miksi ei?

Kenelle kerroit?

Mitä tunsit?

Pääteema 3: Vaihtoehtojen arviointi

Kysymykset

Millä perusteella valitsit hoitopaikan?

Osallistuitko itse hoitopaikan valintaan?

Selvititkö muita vaihtoehtoja, miten?

Mitä tekijöitä arvioit - vai arvioitko?

- taloudelliset päätöspäätökset ja rahoitusmahdollisuudet
- hoitopaikkaan liittyvän luotettavuuden arviointi
- negatiivisten vaikutusten minimointi, leikkausriskien kokeminen
- tehokkuus, jonotusaika
- kuluttajan asenteiden ja tunteiden vaikutus
- sosiaalisen ympäristön vaikutus
- eettiset valintaperusteet

Kenelle kerroit?

Mitä tunsit?

Pääteema 4: Lopullisen leikkauspäätöksen syntyminen

Kysymykset

Miten tapahtui?

Kuka oli mukana?

Millainen oli oma rooli?

Kenelle kerroit?

Mitä tunsit?

Miksi valitsit sen paikan jonka valitsit?
Missä vaiheissa pystyit itse vaikuttamaan prosessin kulkuun?
Milloin olit aktiivinen? Milloin olit passiivisempi?

Pääteema 5: Leikkauksen jälkeinen arviointi

Kuka nyt tietää leikkauksestasi?
Mitä nyt ajattelet, tunnet leikkausta edeltävästä ajasta?
Miten palveluprosessi sujui, tyytyväisyys palveluun
Oliko tyytyväinen palvelun tarjoajaan?
Miten palveluntarjoajalta oltiin yhteydessä leikkauksen jälkeen?
Suositteletko palveluntarjoajaa muille
Mitä ajattelet itsestäsi nyt?
Mitä muut ajattelevat sinusta nyt?
Mitä myönteistä tuonut elämään?
Mitä kielteistä tuonut elämään?
Oletko tyytyväinen siihen, että lähdit leikkaukseen?
Oletko tyytyväinen siihen, miten leikkaus- ja hoitoprosessi sujui?

Haastattelun jälkeen haastateltavan kanssa laaditaan hymiöistä ”ostopolku” eli leikkausprosessin kulku, johon merkitään käännekohdat, kokemukset ja niitä vastaavat tunnetilat.

LIITE 2

Lihavuusleikkaukseen hakeutuvan ostopolku visualisoituna

