

Heidi Enwald

Ihmiset hyötyvät räätälöidystä terveystiedosta

Tänään käsiteltävän tutkimuksen aihe liittyy terveystiedon räätälöintiin. Väitöskirjatutkimukseni tavoitteena on lisätä ymmärrystä terveystiedon käyttäjistä ja erityisesti heidän informaatiokäyttäytymiseensä liittyvistä ominaisuuksista, joiden eroja voitaisiin käyttää räätälöinnin perusteena. Aloitan aiheen ja käsitteiden avaamisen tutkimuksen laajemmasta asiayhteydestä eli terveyden edistämisestä ja siihen liittyvästä elintapojen muutoksesta.

Elämme nykyään hyvin erilaista elämää kuin esi-isämme vaikka vasta viisikin sukupolvea sitten. Elintason nousu, elinympäristön ja elintapojen muuttuminen ovat vaikuttaneet ylipainon ja lihavuuden yleistymiseen. Energiankulutusta ovat pienentäneet ruumiillisen työn ja arkiliikunnan väheneminen sekä istuvan elämäntavan lisääntyminen. Ylimääräistä energiaa kertyy esim. sokeri- ja rasvapitoisista välipaloista, alkoholista sekä liian isoista ruoka-annoksista.

Tarttumattomat krooniset sairaudet, kuten kakkostyyppin diabetes sekä sydän- ja verisuonisairaudet ovat lisääntyneet jopa epidemian mittakaavaan maailmanlaajuisesti. Maailman terveysjärjestön mukaan nämä sairaudet ovat jo suurempi syy kuolleisuuteen kuin tartuntataudit. Liikkumattomuus ja liiallinen paino löytyvät monien näiden sairauksien taustalta ja nämä riskitekijät aiheuttavatkin suuria terveysvaikutuksia niin yksilön kuin yhteiskunnan tasolla.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen FINRISKI-väestötutkimuksen mukaan vain puolet työikäisistä suomalaisista liikkuu terveyttä ylläpitävää kestävyysliikuntasuosituksen mukaisesti. Erittäin vähän liikkuvia on tutkimuksen mukaan

peräti viidennes väestöstä. Samaisen tutkimuksen mukaan suomalaisten miesten paino on noussut 70-luvulta ja naisten 80-luvulta lähtien. Kehitys, erityisesti naisten kohdalla, on kuitenkin hidastunut ja jopa tasaantunut viimeisen vuosikymmenen aikana. Tästä huolimatta ylipaino ja lihavuus ovat yleisiä Suomessa ja pohjoismaisessa vertailussa olemmekin islantilaisten jälkeen Pohjoismaiden toiseksi lihavin kansa. On myös huolestuttavaa, että samanaikaisesti lasten ja nuorten ylipainoisuus sekä myös liikkumattomuus jatkavat yleistymistään.

Terveyden edistäminen on tavoitteellista toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Yksilötasolla kyse voi olla pienistä muutoksista terveyskäyttäytymisessä. Esimerkiksi liikkumattomuuden vähentäminen voi lähteä siitä, että katkaisee pitkiä istumisjaksoja nousemalla välillä ylös tai valitseekin portaat hissien sijaan. Lähes päivittäin päädyimme lukemaan tai kuulemaan uutisia ja vinkkejä, jotka käsittelevätkin sitä, miten omaa terveyttään voisi edistää ja sairauksia ennaltaehkäistä.

Nykypäivänä terveyteen liittyvää tietoa, eli niin sanottua terveystietoa, onkin saatavillamme todella paljon. Saamme tällaista tietoa esimerkiksi eri ihmisiltä, lehdistä, esitteistä, radiosta, televisiosta ja Internetistä. Jopa tahtomattamme törmäämme terveysaiheeseen niin mainoksissa, uutisissa kuin sosiaalisessa mediassakin.

Tuskin kukaan meistä ei tiedä että tupakointi on yhteydessä moniin sairauksiin, mutta silti ihmiset yhä aloittavat tupakoinnin tai jatkavat tupakointia. Vastaavasti tiedämme, että esimerkiksi lähipitserian rasvainen pizza ei ole meille parasta ravintoa, mutta silti se saattaa toistuvasti houkuttaa meitä luokseen. Kun tietoa kerran on paljon saatavilla ja emme todellakaan ole täysin tietämättömiä elintapojemme ja terveyden välisestä suhteesta, niin herää kysymys siitä, että miksi ihmiset eivät sitten käyttäyty meillä saatavilla olevan ja meille välitetyn terveystiedon

*Heidi Enwaldin väitöskirja Tailoring health communication: the perspective of information users' health information behaviour in relation to their physical health status (Terveystiedon räätälöinti. Näkökulmana tiedon käyttäjän informaatiokäyttäytyminen ja fyysinen terveydentila) tarkastettiin Oulun yliopistossa 5.12.2013.

mukaisesti? Eikö tieto kuitenkin välity? Eikö tietoa ymmärretä? Vai eikö tiedosta vain välitetä?

Tieto on toki tärkeää, sillä jos yksilö ei ole lainkaan tietoinen toimintansa vaikutuksista hänen terveyteensä, hän tuskin myöskään kiinnittää huomiota elintapoihinsa ja käyttäytymiseensä. Tietoisuuden lisäämistä pidetäänkin yleisesti terveyskäyttäytymisen muutoksen edellytyksenä. Mutta kuten edellä esitetyissä esimerkeissä tulikin jo esille, tietoisuuden lisääminen ei kuitenkaan yleensä suoraan johda käyttäytymisen muutokseen. On myös muistettava, että tietoisuuden lisäämisen yhteydessä on yleensä pystyttävä ensin vaikuttamaan mielipiteisiin, asenteisiin ja ennakkoluuloihin.

Tiedon vaikuttavuuden ja tietoisuuden lisääminen ovat terveyden ennaltaehkäisyyn tähtäävän toiminnan tavoitteita. Kuitenkin, jotta tieto voisi vaikuttaa meihin, meidän on ensin oltava tiedon kanssa vuorovaikutuksessa. Käsiteltäessä ihmisen ja tiedon vuorovaikutusta eli ihmisen suhdetta informaatioon puhutaan informaatiokäyttäytymisestä, joka on keskeinen tutkimusaihe Informaatiotutkimuksessa ja myös väitöskirjassani. Informaatiokäyttäytymiseen sisältyy muun muassa, tiedon hankinta, tiedon satunnainen saaminen ja tiedonkäyttö. Yksinkertaistettuna tiedonkäytöllä tarkoitetaan sitä, kun yksilö hyödyntää saamaansa tietoa tiettyä ennalta määriteltä tarkoitusta varten. Yleisemmin tiedonkäytön vaiheina voidaan nähdä muun muassa tiedon vastaanottaminen, tiedon tulkinta, tiedon arviointi, tiedon vertaaminen aiempaan tietämykseen, tiedon sisäistäminen ja tiedon soveltaminen. Myös sosiaalisella vuorovaikutuksella, aiemmilla kokemuksillamme ja tunteillamme katsotaan yleensä olevan vaikutusta tiedonkäyttöömme.

Tiedon käytölle, ja samalla tiedon vaikutavuudelle, voi olla erilaisia esteitä. Reaalielämässä nämä esteet voivat olla hyvin konkreettisia, esim. esteitä terveydenhuoltoon pääsyssä. Esteet voivat olla myös psykologisia tai kognitiivisia eli tiedollisia. Saatavillamme oleva terveyteen liittyvä tieto voi olla ristiriitaista ja emme välttämättä osaa arvioida mihin sitä esittävästä tahoista voisimme luottaa. Uskoako terveydenhuollon ammattilaisiin vai meille läheisen ihmisen henkilökohtaiseen kokemukseen? Lisäksi voi tuntua siltä, että tietoa on aivan liikaa, jolloin Informaatiotutkimuksessa puhutaankin tietotulvasta, tietoylikuormituksesta tai infoähkystä. Voi olla niinkin, että yksilö

ei ymmärrä saamaansa tietoa tai ymmärtää sen väärin. Tai yksilö ei vain osaa soveltaa tietoa omaan elämäänsä. Näihin asioihin liittyen Informaatiotutkimuksessa puhutaankin terveyden lukutaidosta ja terveystietoinformaation lukutaidosta.

Tieto voi olla liian abstraktia, tai hienoja lääketieteellisiä käsitteitä käyttäen esitettyä, kun taas yksilö voisi kaivata ja paremmin ymmärtää yksinkertaisia konkreettisia neuvoja ja ohjeita. On myös tärkeää tiedostaa, että jos yksilö kokee terveystietoon liittyvän aiheen ahdistavaksi tai jos tieto on ristiriidassa hänen omien mielipiteidensä kanssa, yksilö voi myös suoraan tai välillisesti vältellä aiheeseen liittyvää tietoa.

Terveysviestinnällä välitettävä tieto on terveyteen liittyvää tietoa. Terveystietoinnassa tiedon tuottajina toimivat yleensä terveydenhuollon ammattilaiset ja he pyrkivät siihen, että tarjottu tieto olisi paikkansa pitävää ja luotettavaa. Yleisesti terveystietoinnalla on määritelty olevan keskeisin keino välittää yleisölle terveystietoa ja pitää yllä julkista keskustelua merkittävistä terveystietoisuuksista.

Terveyden edistämiseen liittyvä viestintä on usein niin sanotusti yleistä eli geneeristä. Yleisessä terveystietoinnassa tieto on kaikille samaa. Eli terveystietoinnasta saamaamme esitettä lukiessamme tai televisiota katsoessamme kohtaamme kaikki saman tietopakettin. Tästä suuresta määrästä meille suunnattua tietoa, joudumme itse kaivamaan ne meitä kiinnostavat ja meille tärkeät tiedonhippukset. Muu tieto voi jopa tuntua liialta, tietotulvalta. Aina emme löydä terveystietoinnankään kautta välitetystä tiedosta, meitä kiinnostavaa ja hyödyttävää tietoa. Tähän voivat vaikuttaa myös jo aiemmin mainitut psykologiset ja kognitiiviset esteet. On myös todettu, että ihmiset yleensä tahtoisivat helposti saatavilla olevaa tietoa ja tietoa joka olisi jo muotoiltu niin, että he sen helposti pystyisivät sisäistämään.

Geneerinen terveystietointa voikin tavoittaa laajan määrän ihmisiä, mutta se ei yleensä onnistu tehokkaasti vaikuttamaan ihmisten mielipiteisiin ja käyttäytymiseen. Tähän syynä on se, että olemme tiedon vastaanottajana ja käyttäjänä kaikki erilaisia. Asenteemme, mielipiteemme, tarpeemme, kiinnostuksen kohteemme, elämäntilanteemme, erilaiset taitomme, valmiutemme ja niin edelleen, eroavat toisistaan. Nämä henkilökohtaisten ominaisuuksiemme erot voivat vaikuttaa siihen, miten itse kukin meistä

käyttää vastaanottamaamme tietoa. Viestijän näkökulmasta katsoen nämä henkilökohtaiset ominaisuutemme voivat olla keskeisiä siinä, onko tiedolla vaikutusta meihin vaiko ei.

Geneeristä terveystietoa vastaanava toinen ääripää on henkilökohtainen terveystietä. Henkilökohtainen, yleensä kasvotusten tapahtuva, kontakti on tehokas mielipiteisiin vaikuttamisessa ja käyttäytymisen muuttamisessa, mutta se ei tavoita laajaa yleisöä samalla tapaa kuin esimerkiksi joukkotiedotusvälineiden kautta välitettävä yleinen terveystietä.

Onkin haettu näiden kahden välimaastoon sijoittuvia viestinnällisiä ratkaisuja, joilla pystyttäisiin tavoittamaan laajempia yleisöjä. Nämä ratkaisut perustuvat segmentoivaan lähestymistapaan ja tulevat alun perin sosiaalisesta markkinoinnista. Terveystietä onkin paljon käytetty kohdentamista (englanniksi *targeting*), jonka avulla pyritään tavoittamaan tietty kohderyhmä, esimerkiksi pohjoissuomalaiset yli 40-vuotiaat tupakoivat naiset. Kohdentamista henkilökohtaisempi viestintätapa on räätälöinti (englanniksi *tailoring*).

Ajatelkaamme sitä mitä räätälöinti tekee. Räätälöinti ottaa jokaisesta asiakkaastaan mitat ja tekee heille vaatteen niiden mukaisesti, jolloin vaate istuu hyvin ja pukee käyttäjänsä. Vastaavasti terveystiedon räätälöinnissä yksilöstä pyritään selvittämään tärkeitä tietoja. Sen jälkeen näihin tietoihin perustuen, hänelle valikoidaan ja esitetään terveystietoa, jonka katsotaan olevan hänelle henkilökohtaisesti merkittävää ja häntä kiinnostavaa. Räätälöinti voi koskea siis niin tiedon sisältöä, kuin myös tiedon esitystapaa, ja jopa käytettävää kanavaa. Tarjoamalla yksilölle tarkasti valikoitua tietoa ymmärrettävässä ja tiiviissä muodossa, pyritään myös alentamaan tai jopa poistamaan aiemmin mainittuja psykologisia ja kognitiivisia esteitä, jotka tulevat usein tielle yleistä terveystietoa välitettäessä. Räätälöinnin tarkoituksena onkin tehdä tiedon tulkitsemisesta, ymmärtämisestä ja tietoon luottamisesta vastaanottajalle helpompaa. Räätälöinti tietoa pyritään myös saattamaan helposti saatavaksi.

Tietotekniikan kehitys on mahdollistanut räätälöinnin automatisoinnin. Yleensä terveystiedon räätälöinnistä puhuttaessa tarkoitetaan tietokoneella tuotettua räätälöintiä. Tällöin terveydenalan asiantuntijat ovat tuottaneet terveystietoa liittymään ns. kirjaston tiedon palasista. Lisäksi he ovat päättäneet räätälöintiperusteet ja tehneet niihin pohjautuen

esim. kyselyn, jolla ihmisestä selvitetään räätälöintiperusteisiin liittyvää tietoa. Kun ihminen täyttää tämän kyselyn, tietokoneen algoritmit poimivat räätälöintiperusteisiin pohjautuen valitut tietopaketin osat ja tuottavat niistä yksilölle räätälöidyn tietopaketin. Esimerkiksi räätälöintiä hyödyntävällä painonhallintasivustolla käyvä henkilö saa, ainakin osittain, erilaisen tietopaketin tai terveystietoa kuin toinen painonhallintasivulla vieraileva.

Monesti räätälöintiä tietoa välitetään tietokonetta käyttäen, mutta tietoa voidaan myös lähettää yksilölle esimerkiksi hänen kännykkäänsä. Tiedon välityksessä voidaan käyttää myös uusia innovatiivisia kanavia, kuten pelejä tai pelillistettyjä palveluita. Käytetyt kanavat mahdollistavat suuremman yleisön tavoittamisen kuin henkilökohtainen kontakti, mutta samalla tietynasteinen henkilökohtainen ote säilyy.

Jo 2000-luvun alussa useissa tutkimuksissa todettiin, että räätälöintiä terveystietoa on yleensä vaikuttavampaa kuin yleinen, geneerinen terveystieto. On havaittu, että räätälöinti tietoa on vastaanottajasta kiinnostavampaa ja henkilökohtaisempaa tuntuva. Lisäksi siihen paneudutaan syvällisemmin, sitä arvostetaan enemmän ja se muistetaan paremmin kuin yleinen terveystieto. Tutkimuksissa on myös todettu, että räätälöinti tietoa johtaa todennäköisemmin mielipiteiden ja käyttäytymisen muutokseen. Erot tiedollisella tasolla ovat havaittavissa jopa aivojen kuvantamismenetelmillä tehdyissä tutkimuksissa.

Informaatiotutkimuksessa terveystiedon räätälöintiä on tutkittu suhteellisen vähän. Tutkijat ovat kuitenkin ehdottaneet, että informaatioasiantuntijoiden pitäisi olla selkeämpi rooli terveystiedon räätälöinnin suunnittelussa. Lisäksi on esitetty että yksilöiden väliset informaatiokäyttämisen en liittyvät erot tulisi ottaa paremmin huomioon terveystietoa räätälöittäessä ja räätälöintiä hyödyntäviä palveluita suunniteltaessa.

Väitöskirjani näkökulma terveystiedon räätälöintiin poikkeaa kuitenkin terveystietä tutkimuksen näkökulmasta siinä, että katson asiaa myös tiedon vastaanottajan näkökulmasta. Tutkin tiedon vastaanottajan eli tiedon käyttäjän informaatiokäyttämistä sekä hänen mielipiteitään ja käsityksiään. Lisäksi korostan sitä, että terveystietoa räätälöittäessä on tärkeää olla tietoinen tiedon vastaanottajista ja ymmärtää eroja heidän henkilökohtaisissa ominaisuuksissaan. Selvitänkin yksilöiden välisiä eroja liittyen

yksilöiden informaatiokäyttäytymiseen, sekä informaatiokäyttäytymisen ja fyysisen terveyden suhteeseen. Näitä havaittuja ominaisuuksien eroja voitaisiin käyttää terveystiedon räätälöinnin perustana. Kun terveystiedon räätälöinnissä otetaan yhä paremmin huomioon yksilöiden väliset erot niin ihmiset saavat räätälöinnin tuloksena kiinnostavampaa, henkilökohtaisempaa ja relevantimpaa terveystietoa. Tämä lisää tiedon käyttöä ja sitoutumista. Tällöin terveystiedolla ja terveystietämyksellä voidaan päästä myös kansanterveyden kannalta parempaan lopputulokseen.