

## Itsearviointin problematiikka terveyden tutkimuksessa

Ihmisen ajatukset, uskomukset ja mielikuvat vaikuttavat hänen terveystyönsä ja selviytymiskykyynsä. Ihmisen kuva itsestään ja ympäristöstään säätelee keskeisesti hänen toimintaansa ja tiedonkäsittelyään. Itseraportointi on tärkeä tietolähde, sillä ihmisen sisäiseen maailmaan ei ole suoraa reittiä. Se on paljon käytetty, muttei ongelmaton tiedonhankintatapa. Ihminen rakentaa itse tietoa, valikoi, tulkitsee, muokkaa ja jopa vääristää sitä. Ihmiset ovat myös erilaisia valmiuksissaan itsearviointiin. Voidaan myös kysyä, mistä asioista itsearviointi antaa luotettavaa tietoa, missä taas muistin rajallisuus, elämäntilanne, mieliala tai uskomukset vievät vikaraiteille. Mitä itsearviointi kuvastaa ja millaisiin kriteereihin itsearviointia tulisi verrata? Myös arviointivälineen muoto voi rajata mahdollisuuksia yksilölliseen raportointiin ja ennalta muovata tietoa. Luotettavan, pätevän ja omaleimaisen kokonaiskuvan saamiseksi tarvitaan monenlaisin menetelmin kerätyn tiedon yhdistely- ja päättelytyötä.

PÄIVI NIEMI

**T**erveyskasvatuksen tavoitteena on edistää terveyttä ja ehkäistä sairauksien syntyä. Terveystutkimus on lisännyt tietämystä mm. ihmisen elämäntapojen, stressin, terveystyönsä ja persoonallisuuden yhteisistä terveyden ylläpitämiseen, sairauksien syntyyn ja kulkuun. Kun ihmisen elämäntapoihin, terveystyönsä tai selviytymiskeinoihin pyritään vaikuttamaan, lähtökohtana on hänen omat motiivinsa hoitaa terveyttään ja muuttaa elämäänsä. Keskeiseksi kysymykseksi nousevat näin ollen keskeiset elämäntavoitteet ja niihin tähtäävän toiminnan ohjaus.

Ihmisen tavoitteista toimintaa säätelee se, kuinka hän näkee itsensä, elämänsä ja ympäristönsä. Hänen terveystyönsä säätelevät hänen omat arvionsa terveydentilastaan, elämäntilanteestaan, toimintatavoistaan ja mahdollisuuksistaan vaikuttaa niihin. "Ihmisen oma kokemus terveydestään ei heijastele pelkästään hänen psykologista ja fyysistä hyvinvointiaan, vaan se myös ennustaa hänen tulevaa fyysistä terveyttään" (Rodin & Salovey 1989). Kun halutaan kannustaa ihmistä hoitamaan terveyttään, on siis lähdettävä siitä, että hän toimii sen mukaan, millaisia keinoja hän näkee itsellään olevan terveytensä edistämässä ja mil-

laisia esteitä hän tällä tiellä ennakoii kohtaavansa. Terveystyönsä ammattilaisen antamien tietojen, suositusten ja ohjauksen on läpäistävä nämä kunkin yksilön omat näkemykset, ennenkuin voidaan odottaa tiedon sisäistämistä tai sitoutumista omaan hoitoon.

Sekä henkilökohtaisissa neuvontatilanteissa että laajamittaisissa terveystyönsä tutkimuksissa lähtökohtana tietojen keruulle on usein ihmisen omat raportoinnit tilastaan ja tilanteestaan. Itseraportoinnin varaan joudutaan ihmistieteissä turvautumaan paljon, koska vain siten tutkija voi lähestyä ihmisen sisäistä kokemusmaailmaa. Tämä lähtökohta on niin yleinen ja luonnolliselta tuntuva, että verrattain harvoin pysähdytään miettimään siihen liittyviä erityispiirteitä ja ongelmia. Terveystyönsä tutkija ja terveystyönsä kasvattaja joutuu pohtimaan myös omaa ihmiskäsitystään: pitääkö hän kohtaamaansa henkilöä kyvykkäänä, halukkaana ja luotettavana itse arvioimaan omaa toimintaansa, fyysisiä tuntemuksiaan, oireitaan, tavoitteitaan ja mielialojaan. Vai onko muulla tavalla saatu tieto luotettavampaa? Seuraavassa tarkastelen näitä itsearviointiin liittyviä kysymyksiä eräistä kognitiivisen psykologian lähtökohdista pohtimalla

1) millainen itsearviointi tapahtumana on,

- 2) miten ihminen käsittelee itseään koskevaa tietoa,
- 3) mistä ja millaista tietoa itsearvioinnilla voidaan saada ja
- 4) mitä itsearvioinnin erityispiirteistä seuraa itsearvioinnin käytölle tutkimuksessa?

## Ihminen omien havaintojensa ja arvioidensa kohteena

### Mitä itsearviointi on?

Ihmislajilla on ainutlaatuinen kyky olla tietoinen itsestään (self-consciousness, self-awareness), kyky olla omien havaintojensa ja ajattelunsa kohteena. Itsearvioinnissa ihminen tarkkailee, pohtii ja tulkitsee itseään ja toimintaansa. Yksilöiden välillä on kuitenkin eroja siinä, kuinka valmis kukin on ottamaan vastaan itseään koskevaa tietoa, käyttämään sitä tai kuinka hän saa tunteuman omaan sisäiseen maailmaansa. Nämä ongelmat ovat olleet viime vuosina vilkkaan tutkimuskiinnostuksen kohteena, mistä yhtenä osoituksena on itsearviointitapahtumasta ja -tavasta käytettyjen self-alkuisten käsitteiden runsaus, kirjavuus ja päällekkäisyyskin (esim. self-focused attention, self-attribution, self-perception, self-monitoring, self-reflection).

Itsearviointi on tapahtumana monimuotoinen jo siksi, että ihminen käsittelee ja rakentaa itse tietoa. Toisin sanoen hän ei rekisteröi passiivisesti tietoa tulipa se aistien välityksellä ulkomaailmasta tai hänestä itsestään. Ihminen valikoi, tulkitsee, muokkaa ja joskus tahattomasti jopa vääristää tietoa. Henkilökohtaisuutensa vuoksi itsensä arvioiminen voi herättää voimakkaitakin tunteita, eikä ihminen näin ollen olekaan aina itsensä paras arvioitsija.

Introspektiolla tarkoitetaan kykyä olla tietoinen omasta itsestä tai pyrkimystä ajatella itseä, omaa motivaatiota ja tunteita (Mechanic 1983). Vastavasti itsereflektio on määriteltä omien motiivien ja toiminnan ajatteluksi (von Wright 1992). Myönteisenä seikkana oman terveyden hoidon ja rakentavan stressinkäsittelyn kannalta on nähty ihmisen valmius ottaa asiallisesti vastaan itseä koskevaa tietoa (Berzonsky 1990) ja halu käyttää sitä omaa tilannetta koskevan käsityksen muodostamiseen (Salonen & Saarikoski 1986).

Tiedot, uskomukset ja mielialat suunnan antajina itsearvioinnissa

Ihminen pyrkii yleensä ennakoimaan ja ymmärtämään tapahtumia. Kun hänellä on vaikkapa häi-

ritseviä ja epäselviä tuntemuksia, hän pyrkii löytämään selityksen niille. Ihmisen aiemmilla kokemuksilla, tiedoilla, käsityksillä ja uskomuksilla on aina tiedonkäsittelyä muovaava vaikutus. Esimerkiksi henkilön näkemukseen omasta fyysisestä tilastaan vaikuttavat paitsi hänen senhetkiset fysiologiset toimintonsa, myös hänen tietonsa, ennakkokäsityksensä ja uskomuksensa siitä, kuinka kyseiset toiminnot ilmenevät ihmisruumiissa (Pennebaker & Epstein 1983). Henkilön arvioon omasta sydämen lyöntitiheydestä vaikuttaa fysiologisen stimulaation rinnalla hänen käsityksensä siitä, miten ko. asiantila ilmenee ruumiissa. Joillakin henkilöillä tämä arvio vastaa hyvin todellista lyöntitiheyttä, joillakin se taas saattaa perustua erheellisiin uskomuksiin siitä, kuinka kiihtynyt lyöntitiheys ilmenee ruumiissa. Tätä somaattisten tuntemusten tulkintaa koskevaa tutkimusalaa on kutsuttu implisiittiseksi psykofysiologiaksi, jonka voisi vapaasti kääntää vaikkapa ”maallikkofysiologiaksi” (Pennebaker & Epstein 1983).

Ihmisen aiemmilla tiedoilla, ennakkokäsityksillä ja uskomuksilla on sitä suurempi vaikutus oman tilan arviointeihin, mitä oudompi ja moniselitteisempi tila tai oire on. Mitä epämääräisempiä fysiologiset vihjeet ovat, sitä enemmän oman sisäisen tilan tulkinta riippuu käsityksistä ja uskomuksista. Henkilön uskomuksilla oireidensa syistä voi vuorostaan olla ratkaiseva merkitys hoitoon hakeutumispäätöksissä. Se, nähdäänkö oire esimerkiksi sydänperäisenä vai ruuansulatushäiriönä voi johtaa erilaisiin viivästyksiin hoitoonhakeutumisessa. On myös huomattava, että epäselvä tilanne herättää helposti paitsi tarpeen löytää selitys asialle, myös epävarmuutta ja turvattomuuden tunnetta. Tämä saattaa olla jopa ahdistavampaa kuin varman, ikävänkin diagnoosin kuuleminen. Ei ole harvinaista, että epämääräisistä ja selittämättömistä vaivoista kärsivä jää vaille kipeästi kaipaamaansa ymmärtämystä ja sosiaalista tukea.

Kun ihminen yrittää luoda tapahtumista loogisen ja ymmärrettävän kokonaisuuden, hänen tarkkaavaisuutensa ulkopuolelle jäävät helposti kokonaisuuteen sopimattomat yksityiskohdat, ne unohdetaan tai ne tulkitaan niin, että ne sopivat kokonaisuuteen. Kun oireet ovat läsnä, ihminen etsii diagnoosia ja kun hänellä on diagnoosi, hän etsii sen pohjalta oireita (Leventhal et al. 1980). Ihmisen tarkkaavaisuus poimii herkemmin sellaisen tiedon, joka vahvistaa esimerkiksi hänen omia olettamuksiaan tarveidentilastaan tai sopii lääkäriltä kuultuun diagnoosiin.

Ihmisen tulkinnat omasta tilastaan vaikuttavat puolestaan hänen mielialaansa ja vastavuoroisesti ihmisen mielialat värittävät hänen itsearviointiaan. Esimerkiksi ns. katastrofijatukset lisäävät ahdistusta ja pelkoa, mikä puolestaan voimistaa mm.

kipukokemusta. Voimakkaat tunnetilat myös kärkevät arvioita ja supistavat näkökulmaa. Ajattelu voi saada ehdottomia, ”joko-tai” piirteitä laaja-alaisuuden, tarkkuuden ja joustavuuden kärsiessä. Pakonomaisessa paneutumisessa itse (Mollon 1987) tarkkaavaisuus kohdistuu itseä koskevaan sisäsyntyiseen informaatioon vastakohtana tietoisuudelle, joka on ulkoisen, aistien välityksellä saatavan tiedon synnyttämää (Ingram 1990). Tällöin huomio kiinnittyy siis voittopuolisesti sisäisiin tuntemuksiin ulkoisen tilanteen sijasta. Miller (Miller 1987, Miller et al. 1988) erottaa kaksi ulottuvuutta: monitoroinnin aste kuvaa sitä, missä määrin henkilö pitää silmällä ja ottaa vastaan itseään koskevaa, uhkaavaa informaatiota. Toinen ulottuvuus, distraktio, koskee henkilön kykyä kiinnittää huomio muualle tästä informaatiosta. Millerin tutkimusryhmän tulokset osoittavat, että voimakkaasti monitoroivat, mutta heikosti distraktioon pystyvät henkilöt muodostavat haavoittuvan ryhmän, joka olisi tunnistettava ja joka tarvitsisi interventioita kyetäkseen muuttamaan reagoimistapaansa. Jatkuvasti itseään monitoroivat näet tulevat lääkärille vähäpätöisemmistä syistä, vaativat enemmän hoitoa ja toimenpiteitä, ovat hoitosuhteessa riippuvampia, vähemmän aktiivisia ja heidän kohdallaan oireet lievittyvät huomattavasti (Miller 1987, Miller et al. 1988). Nämä potilaat ovat herkistyneet seuraamaan vihjeitä terveyttään uhkaavista vaaroista, tunnistavat itsensä niitä ja toistamiseen etsivät oireilleen selitystä. Mikäli heidän omille, uhkaavien mielikuvien sävyttämille diagnooseilleen ei tarjota terveydenhoitojärjestelmässä vaihtoehtoisia, korvaavia selityksiä (so. ”ette ole sairas” toteamuksen lisäksi potilaan kanssa pohditaan selitystä, mistä sitten hänen oireissaan on kyse ja tarjotaan hänelle sen mukaisesti apua), he jatkavat uudelleen ja uudelleen tätä omien hypoteesiensa testausta – oireiden merkitysanalyysia (Leventhal et al. 1992).

Mietittäessä sitä, mikä on normaalia, mikä epänormaalia itsetarkkailua, on kiinnitettävä huomio itseen kohdistuvan tarkkaavaisuuden asteeseen, keston ja joustavuuteen. Haitallista syvenymistä itseen voi luonnehtia liialliseksi, yhtämittaiseksi ja jäykäksi. Tietoisuus omista tuntemuksista ja itseen kohdistetun tarkkaavaisuuden aste ovat lisäksi riippuvaisia mm. ulkoisten ärsykkeiden määrästä. Arviot itsetarkkailun luonteesta on myös ankkuroitava henkilön tilanteeseen: esimerkiksi pitkäkestoisen kiputilan ollessa kyseessä alhainen monitorointi ja kyky distraktioon voi olla yksilön kannalta hyväksi, kun taas sama strategia voi johtaa oireiden ilmaantumisvaiheessa hoitoonhakeutumisen viivästymiseen.

Edellä esitetyt poiminnot ihmisen itseään koskevan tiedonkäsittelyn ominaispiirteistä eivät sel-

laisenaan kyseenalaista itsearvioiden käyttökelpoisuutta esimerkiksi tutkimus- tai neuvontatilanteissa. Itsearvioita käyttävän tutkijan tulisi kuitenkin analysoida näiden tekijöiden vaikutusta saatuaan tietoon ja kiinnittää huomiota myös siihen, mitä asioita itsestä ja elämästä ihmistä pyydetään arvioimaan.

## Mitä ihminen itsestään arvioi?

Ihmisen itse pystyy yleensä parhaiten antamaan tietoa omista tunteistaan, ajatuksistaan ja toimistaan. Näitä koskevaa raportointia voidaan vielä varmentaa muistivirheiden varalta käyttämällä hyväksi esimerkiksi säännöllisiä päiväkirjamerkintöjä. Sen sijaan tiedonkäsittelyn tutkijat (Nisbett & Wilson 1977) varoittavat, että hatarammalla pohjalla ollaan, jos itsearviointia pyydetään tutkittavan motiiveista tai sellaisista henkisistä prosesseista kuten ajattelu. Sama koskee yritystä saada selville yksinomaan itsearviointien pohjalta tapahtumien välisiä suhteita. Kysymys on näet tapahtumien palauttamisesta mieleen ja tulkinnasta uudelleen, joka on altis edellä esitellyille tiedonkäsittelyn ominaispiirteille. Ihminen saattaa yhdistää esimerkiksi sairastumisensa kanssa samanaikaiset, mutta siitä riippumattomat tapahtumat sairauden kanssa kausaalisesti yhteen. Esitettäessä tutkittavalle ”miksi näin tapahtui?” kysymyksiä onkin syytä olla tietoinen näin saatavan tiedon suhteellisuudesta.

Yksi pulma ihmisen elämäntavoitteiden ja arvojen tutkimisessa voi muodostua siitä, että suuri osa ihmisen arkipäivän toiminnoista ja valinnoista tapahtuu itsestään selvien, automaattisiksi muodostuneiden elämänsääntöjen, tottumusten tai ympäristöstä sisäistettyjen normien – ”välttämättömyyksien” – sanelemana. Ihminen elää suuren osan aikaa miettimättä sen kummemmin elämän arvojaan, tavoitteitaan tai toimintavaihtoehtojaan. Usein vasta jossakin yllättävässä elämänmuutoksessa tai kriisitilanteessa ihminen pysähtyy miettimään omia vaikuttimiaan, mitä haluaa tai miten toimii. Hän tulee tietoisemmaksi elämäänsä ohjaavista tavoitteista (Langer 1978). Kun ihminen pyydetään kirjaa vaikkapa tutkimuksen kyselylomakkeisiin elämänarvojaan, ei niillä välttämättä ole selvää yhtymäkohtaa hänen arkipäivän toimintatapoihinsa. Myös arvojen keskinäinen tärkeysjärjestys voi jäädä tavoittamatta – ts. käsitys siitä, miten ihminen punnitsee eri arvoja rinnakkain elämän valintatilanteissa (Smith & Wallston 1992). Terveyden tutkimuksestakin löytynee esimerkkejä tästä ristiriidasta itse raportoitujen arvojen ja tavoitteiden sekä arkipäivän tottumusten välillä. On ilmeistä, että näissä tapauksissa ihminen ei ole tietoinen toimintaansa ohjaavista tekijöistä tai toimintaa ohjaa muunlainen kuin tietoinen, sanallisesti

ilmaistavissa oleva käsitys omasta itsestä ja elämästä. Sanallisesti ilmaistussa itsearvioinnissa voidaankin useimmiten tavoittaa vain osa itseä koskevaa tietoa – sen mitä ihminen itse tietoisesti katsoo itseensä kuuluvaksi tai haluaisi siihen kuuluvan. Sen sijaan tietoisuuden piiriin vaikeammin tavoitettavissa oleva minäkuva ja asenne elämää kohtaan löytyy epäsuorasti vasta pidemmän työstön tuloksena tai jälkikäteen havaittavissa olevana punaisena lankana – eräänlaisena elämän käsikirjoituksena. Ihmisen terveyden kannalta sillä voi kuitenkin olla ratkaisevampi merkitys (Guidano & Liotti 1983, Cantor 1990).

Itsearviointien käytön kannalta ongelmallisia ovat myös tapaukset, joissa henkilöllä on heikko tuntuma omiin ruumiillisiin tai tunnekokemuksiinsa. Aleksitymiällä tarkoitetaan kyvyttömyyttä käyttää kieltä kuvaamaan omia emotionaalisia kokemuksia. Vähäinen omien tuntemusten monitorointi, pitkälle automatisoinut distraktiotaipumus sekä sisäisten tuntemusten sivuuttaminen ja tukahduttaminen voivat johtaa elimistön pitkäkestoiseen ylikuormitukseen ja terveysriskeihin. Henkilökohtaisissa tutkimus- ja hoitokontakteissa itseä koskevan tiedon antamista voi vaikeuttaa myös asianomaisen voimakas minädefensiivisyys (Salonen & Saarikoski 1986). Henkilö voi kokea itsearvioinnin tutkimus- tai vastaanottotilanteessa minää uhkaavana ja suojautua omien heikkouksien paljastumisen pelossa. Tämä voi tulla ilmi esimerkiksi vaarallisuutena.

## Itsearviointi tiedonhankintatapana terveyden tutkimuksessa

### Miten itsearvioita kysytään?

Näkemyksistä tiedon aktiivisena rakentajana on johtanut tiedonkeruumenetelmien laadinnassa kohti avoimempia tehtävänasetteluja ja vastaajan oman konstruktioprosessin sallivia menetelmiä. Näin saadaan tietoa tutkittavan henkilön itse merkittävänä pitämistä kokemuksista ja havainnoista. Samalla minimoidaan riskiä, että tutkija rajaa vastausmahdollisuuksia pitkälle strukturoiduin ja suljetuin kysymyksiin tai pakottaa tutkittavan ottamaan kantaa vain joihinkin, tutkittavan kannalta ehkä merkityksellisiin asioihin. Avoimet, välittömän vastaamisen mahdollistavat kysymykset voivat olla erityisen arvokkaita, kun halutaan nostaa esiin hypoteeseja tutkimusalueella, josta on vähän aiempaa tutkimusta.

Sanallisia itsearviointeja käytettäessä on aina muistettava myös se, millaisia merkityksiä vastaaja

antaa asioille ja kuinka hän tulkitsee kysymyksissä esitetyt ilmaiset ja vastaavasti, kuinka tarkasti tutkija pystyy tavoittamaan vastauksissa tarkoitetut merkitykset. Kun henkilöitä pyydetään ottamaan kantaa siihen, ovatko he valmiita ”ottamaan riskejä”, yhdellä vastaajalla voi olla mielessä vaikkapa huumeiden käyttö, kun taas toinen voi ajatella mitä tahansa, vähäpätöistäkin tekoa, jonka onnistumisen todennäköisyys vain on pieni. Yksilöhaastattelu tarjoaa mahdollisuuden tarkentavin kysymyksiin ja vastauksiin vähentää näitä ongelmia.

Monissa oireilistoissa kysytään yleensä vain oireiden esiintymistiheyttä, muttei niitä merkityksiä, joita henkilö näihin oireisiin liittää – esimerkiksi sitä, kuinka häiritseväksi oire koetaan tai millaisia mielikuvia tai tunteita se virittää. Oireilistojen patologinen sävy voi johtaa myös siihen, ettei terve liikunnan harrastaja pysty kuvaamaan somaattisia tuntemuksiaan niiden avulla. Ne kun eivät vastaajan mielestä sovi sairauskäsitteen sisältämiin ”oireisiin” (Cioffi 1991).

Ihmisen elämänvalintojen ja toimintatapojen selvittely esimerkiksi ns. tutkiskelevilla kysymyksillä (probes) – kuten ”miksi” tai ”kuinka” – vaativat pidemmälle menevää itsepohdiskelua kuin pelkkä raportointi vaikkapa kysymykseen ”mitä tapahtui”? Onko henkilö sellaiseen valmis? Jos näin ei ole syystä tai toisesta, vastaukset voivat jäädä sattumanvaraisiksi tai niukoiksi. Tämän tyyppiset kysymykset voivat toisaalta panna liikkeelle itsearviointia, mikäli henkilö ei koe niitä minäänsä uhkaavina tai liian vaativina (Niemi 1988).

### Tutkimusajankohta ja -tilanne

Kun henkilöiltä pyydetään itsearvioita tutkimustarkoitukseen tietynä ajankohtana, on pyrittävä selvittämään se perustaso tai viitekehys, johon henkilö ko. tutkimusajankohtana antamansa itsearvion ankkuroi: esimerkiksi ko. henkilölle tavallinen terveydentila, aiemmat arviot omasta terveydentilasta, viiteryhmän terveydentila, oma toivottu terveydentila tai toisten arviot asianomaisen terveydentilasta. Myös aikaväli oireiden ilmaantumisen ja tutkimusajankohdan välillä on syytä huomata. Tutkittavan mielialan lisäksi myös tutkimustilanteella voi olla suurikin vaikutus annettujen itsearviointien luonteeseen (esim. tutkimusta suorittavan henkilön vaikutus tutkittavaan). Voidaan olettaa, että itsearviointi antaa yksilön terveydentilasta todellista huonomman kuvan, jos on kyse ahdistuneesta, itseään ja oireitaan pakonomaisesti tarkkailevasta henkilöstä. Tarkkaavaisuuden kohdistuminen sosiaalisessa tilanteessa omaan itseen voidaan kokea myös hämmentävänä (Mollon 1987). Joidenkin ihmisten käyttäytymistä säätelee

voimakkaasti se sosiaalinen tilanne, jossa he ovat. Käsitettä itsehavainnointi (self-monitoring) on käytetty tarkoittamaan myös sitä, kuinka paljon ihminen kiinnittää huomiota sosiaaliseen tilanteeseen oman käyttäytymisensä ohjaajana. Ihmisillä, joilla tämä havainnointi on voimakasta, käyttäytymiseen vaikuttaa selvästi se, millaiseksi hän kokee tilanteen ja millaiseksi hän mielessään kuvittelee tilanteen "ideaalihenkilön". Jos monitorointi on vähäistä, henkilö kiinnittää tilanneodotuksiin vähän huomiota ja hän "pysyy itsenään" tilanteesta toiseen (Snyder 1987). Ilmiönä läheinen on Salosen ja Saarikosken (1986) kuvaama riippuvuusorientaatio ja Berzonskyn (1990) normatiivinen orientaatio. Jos kyseessä on käyttäytymisensä ja itsearviointinsa sosiaaliseen tilanteeseen ankkuroiva henkilö, joka yrittää arvata, mitä häneltä odotetaan ja toivotaan, on oletettavaa, että hänen toimintansa on tilannespesifiä ja itsearvioinnit yli tilanteiden epäjohdonmukaisia. Sosiaalisesti suotava vastauspyrkimys ja esimerkiksi kyselyä tai haastattelua tutkimuksessa suorittavan henkilön vaihtuminen toiseen voivat erityisesti näissä tapauksissa lisätä virhemahdollisuuksia. Henkilöistä, jotka pystyvät heikosti tunnistamaan tai kuvaamaan sanallisesti tuntemuksiaan, voidaan itsearvioinnein taas saada oireettomampi ja huolettomampi kuva kuin jollain muulla menetelmällä arvioituna. Minädefensiivisyys, välttelevä tai jopa vihamielinen asennoituminen voi johtaa niinkään niukkaan, pinnalliseen ja irrelevanttiin tietoon.

Nämä itsearviointitapaa luonnehtivat tekijät voivat tulla selvästikin esille henkilökohtaisissa, kahdenkeskisissä tiedonkeruutilanteissa. Tällöin tutkimustilanteessa on hyvä kiinnittää huomiota paitsi vastausten sisältöön, myös tapaan, jolla tutkittava suhtautuu itseään koskevan tiedon antamiseen ja vastaanottamiseen sekä hänelle ominaisiin, äärimmäisiin ja toistuviin vastaustendensseihin.

Itsearviointimenetelmien validiteetin määrittäminen on monella tavalla ongelmallista ja terveyden tutkimuksessa usein puutteellista. Rodin ja Salovey (1989) toteavat, että menettely on valittavan usein kulkenut kehässä. Jos esimerkiksi otetaan vaikkapa joku terveyden kannalta keskeiseksi olettu persoonallisuuskäsite, on sen arvioinnin validointiin saatettu käyttää ulkoisina kriteereinä sairauksia ja erilaisia terveyskäyttämisen piirteitä. Tämän jälkeen on sitten ennustettu kyseisellä

persoonallisuuskäsitteellä samanlaisia sairauksia ja terveyskäyttämisen piirteitä. Ihmisen sisäistä kokemusmaailmaa kuvaavalle itsearviolle ei ole kuitenkaan aina löydetty ulkoista kriteeriä, vaan validiteetti joudutaan määrittämään käyttämällä muita, saman käsitteen arviointiin laadittuja, rinnakkaisia itsearviointimenetelmiä. Myös tämän lähestymistavan osalta on empiirisessä tutkimuksessa ollut ongelmia. Periaatteessa samaa käsitettä mitattaessa nimetään se tutkijasta riippuen eri tavoin. Ongelmia on lisännyt myös se, että suuri joukko mittareista on laadittu empiirisesti, ei teoreettisesti. Toisin sanoen vastaajille on esitetty suuri määrä osioita vastattavaksi ja sen jälkeen on ajateltu tilastomatematiittisin keinoin saatavan selville mitattavan ilmiön keskeiset ulottuvuudet (Carver et al. 1989).

## Lopuksi

Itsearviointi voi olla sekä luotettavaa että validia, kunhan otetaan huomioon itsearvioinnissa mukana olevat inhimilliset, yksilölliset, menetelmälliset ja tutkimustilanteesta vaikuttavat tekijät. Itsearviointitietoon olisi syytä suhtautua kuin kallisarvoiseen raaka-aineeseen, josta tutkija pyrkii rakentamaan kokonaiskuvaa – omat tiedonkäsittelyn ominaispiirteensä ja rajoituksensa muistaen. Tutkittavan antamaa itsearviota ei voida sellaisenaan pitää "totuutena" tai tyhjentyvänä selvityksenä ihmisestä tai hänen elämäntilanteestaan, vaan pikemminkin tutkittavan omana kuvana ja teoriana itsestään ja elämästään. Tämä kuva tai teoria on tärkeä, vaikkei se olisikaan objektiivinen ja kattava. Se on näet se arvio, jonka pohjalta hän suuntautuu esimerkiksi omaan hoitoonsa tai reagoi terveyskasvattajan pyrkimyksiin.

Jos tavoitteena on mahdollisimman kattava kokonaiskuva, mikään yksittäinen mittaus – ihmisen itsensä tai jonkun toisen toteuttama – ei ole riittävä, vaan tarvitaan moniulotteisia itsearviointeja yhdistettynä muulla tavalla kerättyyn tietoon (Dana & Hoffman 1987). Luotettava ja pätevä kokonaiskuva, joka kattaa vastaajalle henkilökohtaisesti merkittävät kokemukset ja näkemykset, saavutetaan usein vasta pitkällisen, kumuloituvan yhdistely- ja päättelytyön jälkeen.

## SUMMARY

Niemi P. Problems in the Use of Self-report in Health Research. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti – Journal of Social Medicine* 1994;31:supplement:64–69.

Thoughts, beliefs, and impressions influence a person's health behavior and coping. Internal representations both about self and the world around regulate human behavior and information processing. Because there is no direct access to a person's inner life, self-report is an important and widely used, yet a problematic approach for many reasons. First, people actively construct knowledge by themselves. They select, interpret, elaborate, and even distort information. Second, there are individual differences in the degree and quality of self-consciousness and self-monitoring. The validity and reliability of self-assessment should be critically ap-

praised. On which topics can a person give reliable self-report? When do memory, life situation, mood, or idiosyncratic beliefs lead to biased views? What kinds of external criteria can be found for self-report measures? Moreover, a form of self-report instrument may also restrict a person's possibilities to report about individually relevant experiences and thoughts. Consequently, the content and quality of the obtained information may turn biased or scarce. Parallel, multidimensional measures are needed in order to form a reliable, ecologically valid, and individually relevant view of a person's state and life situation as a whole.

## KIRJALLISUUS

- Berzonsky MD. Self-construction over the life span: a process perspective on identity formation. *Teoksessa: Neimeyer GJ & Neimeyer RA, toim. Advances in personal construct psychology, Vol. 1, JAI Press, Greenwich, CT 1990.*
- Cantor N. From thought to behavior: "Having" and "doing" in the study of personality and cognition. *American Psychologist* 1990;45:735–750.
- Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989;56:267–283.
- Cioffi D. Beyond attentional strategies: a cognitive-perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin* 1991;109:25–41.
- Dana RH, Hoffman TA. Health assessment domains: credibility and legitimization. *Clinical Psychology Review* 1987;7:539–555.
- Guidano VF, Liotti G. *Cognitive processes and emotional disorders.* Guilford, New York 1983.
- Ingram RE. Self-focused attention in clinical disorders: review and a conceptual model. *Psychological Bulletin* 1990;107:156–176.
- Langer EJ. Rethinking the role of thought in social interaction. *Teoksessa: Harvey JH, Ickes W, Kidd RF, toim. New directions in attribution research, Vol. 2, Erlbaum, Hillsdale, NJ 1978.*
- Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. The common-sense representation of illness danger. *Teoksessa: Rachman S, toim. Contributions to medical psychology, Vol. 2, Pergamon, New York 1980.*
- Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research* 1992;16:143–163.
- Mechanic D. Adolescent health and illness behavior: a review of the literature and a new hypothesis for the study of stress. *Human Stress* 1983;9:4–13.
- Miller SM. Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987;52:345–353.
- Miller SM, Brody DS, Summerton J. Styles of coping with threat: implications for health. *Journal of Personality and Social Psychology* 1988;54:142–148.
- Mollon P. Self-awareness, self-consciousness and preoccupation with self. *Teoksessa: Yardley K, Honess T, toim. Self and identity: psychosocial perspectives.* Wiley, Chichester 1987.
- Niemi P. Adolescents and the family. *Annales Universitatis Turkuensis, B 181, Turku 1988.*
- Nisbett R, Wilson, TD. Telling more than we can know: verbal reports on mental processes. *Psychological Review* 1977;84:231–259.
- Pennebaker JW, Epstein D. Implicit psychophysiology: effects of common beliefs and idiosyncratic physiological responses on symptom reporting. *Journal of Personality* 1983;51:468–496.
- Rodin J, Salovey P. Health psychology. *Annual Review of Psychology* 1989;40:533–79.
- Salonen P, Saarikoski M. *Hoitoprosessi tulkinallisesta näkökulmasta. Sairaanhoidon vuosikirja.* WSOY, Vaasa 1986.
- Smith MS, Wallston KA. How to measure the value of health. *Health Education Research* 1992;7:129–135.
- Snyder M. *Public awareness, private realities: the psychology of self-monitoring.* Freeman, New York 1987.
- von Wright J. Reflections on reflection. *Learning and Instruction* 1992;2:59–68.