

**ITSEARVIOITU TERVEYDEN LUKUTAITO 13- JA 15-VUOTIAILLA
WHO-Koululaistutkimuksen esitutkimus 2013**

Noora Maria Kinnunen

Terveyskasvatuksen Pro gradu -tutkielma

Kevät 2015

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

TIIVISTELMÄ

Noora Maria Kinnunen (2015). Itsearvioitu terveyden lukutaito 13- ja 15-vuotiailla. WHO-Koululaistutkimuksen esitutkimus 2013. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, Terveyskasvatuksen Pro gradu –tutkielma, 38s., 3 liitettä.

Noin kymmenen viime vuoden ajan terveyden lukutaito (health literacy) on ollut kiinnostuksen ja tutkimuksen kohteena Suomessa ja maailmalla. Terveyden lukutaidolla tarkoitetaan, että yksilö osaa hankkia, prosessoida ja ymmärtää terveyteen liittyvää informaatiota ja palveluita pystyäkseen tekemään tarkoituksenmukaisia päätöksiä. Aikuisväestössä tehdyistä tutkimuksista saadut tulokset kannustavat laajentamaan tutkimusta lapsiin ja nuoriin.

Tämän Pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli selvittää, ovatko ikä, sukupuoli, funktionaalinen lukutaito, jatkokoulutusorientaatio ja koettu terveys yhteydessä itsearvioidun terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden tasoon 13- ja 15-vuotiailla nuorilla.

Tutkimus perustui vuonna 2013 kerättyyn WHO-Koululaistutkimuksen pilottiaineistoon, joka kerättiin kyselylomakkein yläkoululaisilta (n=402) koulutunnin aikana. Tutkimusongelmien selvittämiseksi käytettiin frekvenssijakaumia, ristiintaulukointia, t-testiä ja varianssianalyysiä.

Itsearvioitu terveyden lukutaito ei vaihdellut iän tai sukupuolen mukaan. Sekä funktionaalinen lukutaito että koettu terveys olivat yhteydessä itsearvioidun terveyden lukutaidon sekä sen osa-alueiden tasoon. Lukioon aikovien itsearvioitu terveyden lukutaito oli korkeampi kuin ammatilliseen koulutukseen aikovien.

Terveystiedon opetuksessa on tärkeä huomioida erilaiset oppijat sekä mahdolliset oppimisvaikeudet ja herätellä oppilaiden motivaatiota käsittelemällä heille tärkeitä asioita käytännönläheisesti, jotta esimerkiksi koulutusorientaation mukaiset ryhmät tulisivat huomioiduksi. Terveystiedon opetuksen ei tule keskittyä ainoastaan tietojen ja taitojen opetukseen, vaan kehittää myös korkeampia ajattelun tasoja, kuten kriittistä ajattelua.

Asiasanat: WHO-Koululaistutkimus, nuoret, terveyden lukutaito, terveystieto

ABSTRACT

Noora Maria Kinnunen (2015). Self-rated health literacy among 13- and 15-year olds. The pilot study of The Health Behaviour in School-aged Children Study in 2013. Department of Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's Thesis in Health education, 38 pages, 3 appendices.

Over the last ten years health literacy has been a subject of interest for research in many countries. Health literacy means that the individual is able to obtain, process and understand information and health-related services in order to make appropriate decisions. Studies conducted on the adult population produced results that encourage research be furthered to include children and adolescents.

The aim of this Master's thesis was to find out whether age, gender, functional literacy, educational orientation and self-perceived health are associated with subjective health literacy and its components in 13 and 15 year old adolescents.

Study was based on the data collected from a pilot survey of the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) Study in Finland in 2013 (n=402). The anonymous data was collected during school hours. The data was analyzed using frequency distributions, cross-tabulations, t-test and analysis of variance.

Subjective health literacy did not vary by age or gender. Both functional literacy and self-perceived health correlated with the subjective health literacy. Adolescents aiming to attend general upper secondary school scored higher on subjective health literacy than the those aiming to enter vocational training school.

Health education teachers should note the different kinds of learning styles and possible learning disabilities of their pupils. They should aim to awaken the pupils' motivation by treating them with current health topics pragmatically. Health education should not only focus on teaching knowledge and skills but also facilitate higher levels of thinking such as critical thinking.

Key words: HBSC-survey, adolescents, health literacy, health education

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 TERVEYDEN LUKUTAITO JA KANSANTERVEYS	2
2.1 Terveyserot.....	2
2.3 Terveysthuolto ja kansanterveys	3
2.3 Kansanterveyden edistäminen.....	4
3 TERVEYDEN LUKUTAITO KOULUKONTEKSTISSA	7
3.1 Teoreettinen ja praktinen tieto.....	7
3.2 Kriittinen ajattelu	8
3.3 Itsetuntemus	9
3.4 Eettinen vastuullisuus	9
4 TERVEYDEN LUKUTAITOJA SELITTÄVÄT TEKIJÄT	11
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	13
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	14
6.1 WHO-Koululaistutkimus ja tutkimusaineisto	14
6.2 Tilastolliset analyysimenetelmät.....	16
7 TULOKSET	19
7.1 Iän yhteys itsearvioidun terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden tasoon.....	19
7.2 Sukupuolen yhteys itsearvioidun terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden tasoon.....	20
7.3 Funktionaalisen lukutaidon yhteys itsearvioidun terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden tasoon	21
7.4 Jatkokoulutusorientaation yhteys 15-vuotiaiden itsearvioidun terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden tasoon	23
7.5 Koetun terveyden yhteys itsearvioidun terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden tasoon ...	24
8 POHDINTA	26
8.1 Tutkimustulosten tarkastelu	26
8.2 Tutkimuksen luotettavuus	28
8.3 Tutkimuksen hyödyntäminen terveystiedon opetuksessa	28
8.4 Jatkotutkimusehdotuksia.....	32
LÄHTEET	33
LIITTEET.....	39

1 JOHDANTO

Noin kymmenen viime vuoden ajan terveyden lukutaito on ollut kiinnostuksen ja tutkimuksen kohteena (Sørensen ym. 2012) niin Suomessa kuin maailmalla, mutta tutkimukset ovat kohdistuneet ensisijaisesti aikuisväestöön terveydenhuollon kontekstissa (Rask 2012). Terveyden lukutaidon määritelmä ei ole yhtenäinen (Manganello 2008; Wu ym. 2010; Ormshaw ym. 2013) eikä yhtenäistynyttä mittaustapaa terveyden lukutaidon selvittämiseksi vielä ole (Kickbush 2001; Baker 2006; Manganello 2008; Nutbeam 2008; Ormshaw ym. 2013). Vaikka tutkimuksia on vaikea verrata keskenään (Sørensen ym. 2012), tutkimustulokset aikuisten terveyden lukutaidosta kuitenkin kannustavat laajentamaan tutkimusta lapsiin ja nuoriin.

Suomessa on kehitelty WHO-Koululaistutkimukseen nuorten terveyden lukutaitoa mittaava kysymyspatteristo ja se oli mukana valtakunnallisessa tutkimuksessa vuonna 2014 ensimmäistä kertaa vuoden 2013 suoritetun pilottitutkimuksen pohjalta. Tuloksia ei ole vielä raportoitu. Sen sijaan Opetushallituksen vuonna 2013 järjestämästä perusopetuksen päättövaiheessa olevien oppilaiden terveystiedon oppimistuloksia arvioivasta tutkimuksesta saadaan viitteitä, että muun muassa sukupuoli, asuinpaikka ja jatkokoulutusorientaatio ovat yhteydessä terveystieto oppiaineen osaamiseen ja siten siinä menestymiseen (Summanen 2014). Kysymysten asettelussa oli huomioitu terveyden lukutaidon osa-alueet (Paakkari & Paakkari 2012a; 2012b), vaikka muutoin osaamisen arviointitehtävät oli laadittu voimassa olevien Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteissa (Opetushallitus 2004) määriteltyjen terveystieto oppiaineen tavoitteiden, sisältöalueiden ja päättöarvioinnin kriteereiden pohjalta. Uudistuneessa, vuosina 2016–2019 käyttöön otettavan Perusopetuksen opetussuunnitelmassa terveysosaaminen, toisin sanoen terveyden lukutaito mainitaan yhtenä terveystieto oppiaineen tavoitteena (Opetushallitus 2014, 398), joten terveyden lukutaito nähdään olevan oppimisen tulosta (Kickbusch ym. 2013; Jakonen 2002; Nutbeam 2000).

Tässä Pro gradu -tutkimuksessa terveyden lukutaitoa tarkastellaan WHO-Koululaistutkimukseen kehitetyn mittarin avulla ja sen tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, ovatko ikä, sukupuoli, funktionaalinen lukutaito, koulutusorientaatio ja koettu terveys yhteydessä terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden tasoon 13- ja 15-vuotiaille.

2 TERVEYDEN LUKUTAITO JA KANSANTERVEYS

Terveyden lukutaidon opettamisen ja terveyden lukutaitoiseksi kehittymisen tarve pohjautuu kansanterveyden parantamiseen ja terveyserojen vähentämiseen. Terveyden edistämiseksi pyritään saamaan ihmiset ymmärtämään elintapojen merkitys hyvinvoinnille ja sen myötä vähentämään terveyden kannalta huonoja tapoja, kuten tupakoimista. Terveyden edistämisestä hyötyvät niin yksilöt ja yhteiskunta.

2.1 Terveyserot

Terveyserot ovat kansanterveydellinen haaste niin Suomessa kuin globaalistikin. Yksi suomalaisen Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteista onkin vähentää eriarvoisuutta sukupuolten sekä koulutus- ja ammattiryhmien välillä parantamalla heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointia (STM 2001). Koulutus vähentää terveyseroja, erityisesti jos se kehittää terveyden lukutaitoa (St. Leger 2001; Nielsen-Bohlman ym. 2004; Nutbeam 2008; Freedman ym. 2009; Flecha ym. 2011), sillä se vaikuttaa ihmisen tietoihin, taitoihin, arvoihin sekä kulutustottumuksiin (Nutbeam 2000, 2008; THL 2015), mutta myös ammattiasemaan ja sitä kautta elin- ja työoloihin (THL 2015). Terveyden lukutaidoiltaan heikot ihmiset tietävät vähemmän niin sairauksien ennaltaehkäisystä kuin terveyttä edistävästä elintavoista sekä käyttävät vähemmän ennaltaehkäiseviä palveluja ja enemmän sairaanhoidon palveluita. Siten heikko terveyden lukutaito on yhteydessä myös huonoon terveydentilaan ja sairastavuuteen (Nielsen-Bohlman ym. 2004; Sørensen ym. 2012). Vastaavasti terveyden lukutaitoisten ihmisten on havaittu käyttävän vähemmän terveydenhuollon palveluja, mikä vähentää siihen liittyviä kustannuksia (Razan 2001), ja hyötyvän enemmän terveystarjoamasta informaatiosta (Manganello 2008). Terveyden lukutaidon myötä myös koettu terveys kohenee (Sørensen ym. 2012).

Terveyden lukutaito on käänös englanninkielisestä termistä health literacy ja se on kokoelma tietoja ja taitoja, luetun ymmärtämistä, terveyteen liittyviä asenteita ja aikoja sekä minäpystyvyyttä (Ormshaw ym. 2013). Terveyden lukutaitoinen yksilö osaa hankkia, prosessoida ja ymmärtää perustason terveyteen liittyvää informaatiota pystyäkseen tekemään tarkoituksenmukaisia päätöksiä (Manganello 2008; Diehl 2011) niin itsensä kuin muiden

ihmisten ja ympäristön hyväksi (Nutbeam 1998b). Ensimmäisenä terveyden lukutaitokäsitteen esitteli vuonna 1974 yhdysvaltalainen Scott Simons (Ratzan 2001; Jakonen 2002; Rask 2012; Sørensen ym. 2012; Sørensen 2013, 12, 27), joka Ratzanin (2001) ja Tonesin (2002) mukaan visioi lasten oppivan terveyden lukutaitoa koulussa. Eurooppaan terveyden lukutaidon käsite rantautui 1990-luvun loppupuolella (Sørensen 2014), kun Maailman terveysjärjestö (WHO) lisäsi termin eurooppalaiseen terveyden edistämisen asiakirjaan (engl. Health Promotion Glossary) vuonna 1998 (Nutbeam 1998b).

2.3 Terveydenhuolto ja kansanterveys

Terveydenhuollon kontekstissa terveyden lukutaitoinen ihminen osaa esimerkiksi täyttää kyselylomakkeita sekä ymmärtää sairauksien ennaltaehkäisyyn tai hoitoon liittyviä ohjeita (Wilson 2003; Manganello 2008; Peerson & Saunders 2009; Diehl 2011; Nutbeam 1998b). Jos potilas ei esimerkiksi ymmärrä reseptilääkkeen annostusohjeita, on huono terveyden lukutaito on riski potilaan terveydelle (Nutbeam 2008). Yksilön osaaminen on tärkeää, mutta terveydenhuollon näkökulmasta terveyden lukutaito ei parane ainoastaan yksilöiden ansiosta, vaan yhteisöllä ja ammattihenkilöstöllä on merkityksensä, sillä yksilö on aina sosiaalisessa vuorovaikutuksessa johonkin (Nielsen-Bohlman ym. 2004). Terveyden lukutaidon taso voi siis muuttua riippuen siitä, miksi hän on terveydenhuollon piirissä hoidettavana, kuka häntä hoitaa ja millaista hoitoa hän saa (Baker 2006). Parhaassa tapauksessa ihmisten ja palveluiden tarjoajien odotukset, valinnan mahdollisuus ja taidot kohtaavat, jolloin hoitotulos on onnistunut.

Terveydenhuollon lisäksi terveyden lukutaitoa voidaan tarkastella kansanterveyden näkökulmasta (Nutbeam 2008). Aikuisväestöllä tehdyissä tutkimuksissa yksi havaituista kansanterveydellisistä haasteista on heikko funktionaalinen terveyden lukutaito, jolla tarkoitetaan terveyteen liittyvän sanallisen, kirjallisen sekä numeraalisen tiedon ymmärtämistä (American Medical Association, Ad Hoc Committee on Health Literacy for the American Council on Scientific Affairs 1999). Jatkossa käytän selvyiden vuoksi funktionaalisesta terveyden lukutaidosta ilmausta funktionaalinen lukutaito. Heikko funktionaalinen lukutaito on yleisempää vähemmistöjen ja maahanmuuttajien keskuudessa (Wilson 2003; Nielsen-Bohlman 2004; Wu ym. 2010; Flecha ym. 2011; Kickbusch ym. 2013; WHO 2013). Suomessa lukutaidottomuus ei ole siinä määrin esteenä terveyden lukutaidon kehittymiselle

(Paakkari & Paakkari 2012a, 2012b) kuin monissa muissa maissa (Nutbeam 1998a; Manganello 2008), mutta esimerkiksi hdysvalloissa jopa puolet aikuisväestöstä (Manganello 2008) tai toisen, hieman maltillisemman laskelman mukaan 90 miljoonaa aikuista (Nielsen-Bohlman ym. 2004) on sellaisia, joiden funktionaalinen lukutaito ei riitä esimerkiksi esimerkiksi terveys- tai henkilötietolomakkeiden täyttämiseen. Wilsonin (2003) antaman arvion mukaan funktionaalisen lukutaidottomuuden hinta Yhdysvalloissa voi olla jopa 75 miljardia dollaria vuodessa, mikä on verrattavissa tupakoinnin aiheuttamiin terveydenhuollon kuluihin. Yksi tärkeä poliittinen tuki kansanterveyden ja terveyden lukutaidon edistämiseksi on funktionaalisen lukutaidon kehittäminen sekä terveystiedon opettamisen järjestäminen koulutuksen avulla järjestelmällisesti (Nutbeam 2000; Nielsen-Bohlman ym. 2004; Ormshaw ym. 2013).

2.3 Kansanterveyden edistäminen

Nutbeamin (2000) mukaan terveyden edistäminen (health promotion) tapahtuu kolmella tasolla; yksilön, yhteisön ja politiikan tasolla. Terveyden edistämällä tarkoitetaan esimerkiksi sairastumisriskien vähentämistä sekä ihmisten terveysvalintoihin vaikuttamista tiedottamisen ja poliittisten päätösten avulla. Parantamalla ihmisten pääsyä terveyteen liittyvän tiedon äärelle ja kykyä käyttää sitä tarpeen vaatimalla tavalla, voidaan kokea voimaantumista (Nutbeam 2000, 2008; Kickbusch ym. 2005; Flecha ym. 2011; Sørensen ym. 2012; Kickbusch ym. 2013). Voimaantunut ihminen uskaltaa toimia ulkoisista tekijöistä vapaana luottaen itseensä, mikä edistää osallistumista yhteiskunnan toimiin ja kerryttää sosiaalista pääomaa (Nutbeam 1998a; 2000; Kickbusch 2001; Jakonen 2002; Green ym. 2007). Lapsuudessa opitut terveyteen liittyvät tiedot ja taidot ovat terveyden lukutaidon perusta myös aikuisuudessa (Nielsen-Bohlman 2004; STM 2008), joten yksilön koulutuksen ja terveyden lukutaidon kehittämisen merkitys on tärkeää myös kansanterveyden edistämisen kannalta (Abel 2008).

Esimerkki terveyden edistämisestä on Terveys 2015-kansanterveysohjelma, mikä tukee kunnissa tehtävää terveyden edistämistyötä (STM 2001, 2006). Yksilöllä on vastuu omasta hyvinvoinnistaan, mutta kuntien tulee luoda terveyttä edistävä ja virikkeellinen ympäristö sekä tarjota koulutusmahdollisuuksia ja tukea työoloja (Nielsen-Bohlman ym. 2004; Nutbeam 2000; STM 2006; Sørensen ym. 2012). Yhteisön tasolla terveyden edistämistyössä

kulttuurillisten tekijöiden, paikallisten tarpeiden huomioiminen, perheiden tukeminen sekä luottamuksellisen ilmapiirin rakentaminen mahdollistavat pitkällä aikavälillä terveyserojen kaventamisen (Nielsen-Bohlman ym. 2004; Flecha ym. 2011), minkä myötä hyvinvointi voi lisääntyä yhteiskunnassa (Kickbusch ym. 2005; Nutbeam 2008; Diehl 2011). Kansainvälisesti terveyden edistämisen suuntaviivat luotiin Ottawan julkklausuman (WHO 1986) myötä ja myöhemmin Jakartan julkkukseen (Terveyden edistämisen keskus 1997) kirjattiin terveyden lukutaidon olevan terveyden edistämisen avaintulos (Nutbeam 2000). Nykyään terveyden lukutaidon kehittäminen on kirjattu tavoitteeksi muun muassa Health 2020-strategiaan ja eurooppalaisten terveyden lukutaitoa mitataan säännöllisesti European Health Literacy Survey:lla (Sørensen 2013, 12, 14).

Terveyden edistäminen on yläkäsite, jonka alle kuuluu terveystiedon opetus (health education). Terveystiedon opetusta toteutetaan esimerkiksi terveydenhuollossa, kolmannella sektorilla seuratyössä sekä mediassa. Maailman terveysjärjestö WHO (1997) on suositellut, että terveystiedon opetusta tulisi antaa nuorille kouluissa erillisenä oppiaineena ja integroituna muihin oppiaineisiin, mutta tällä hetkellä Suomi on yksi harvoista maista, jossa opetusta tarjotaan (Aira ym. 2009). Koulu kontekstissa terveystiedon opetusta on luokassa tapahtuvan opetus, kuten Suomessa terveystieto oppiaineen (Kannas 2006; Paakkari & Paakkari 2012a) opettamisen lisäksi laajemmat terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät projektit ja toimintakulttuuri (Kannas 2006; WHO 2013).

Terveystiedosta tuli Suomessa itsenäinen oppiaine peruskoulun 7–9 luokille, ammatilliseen koulutukseen ja lukioihin lain muutoksen myötä (453, 454, 455/2001) 2000-luvun alkupuolella. Alakoulussa terveystieto sisällytettiin vuosiluokilla 1–4 osaksi ympäristöluonnontietoa ja vuosiluokilla 5–6 terveystiedon aiheita käsitellään biologian, maantiedon, fysiikan ja kemian yhteydessä (Opetushallitus 2004, 200). Ylioppilaskirjoituksissa terveystieto oli ensimmäistä kertaa mukana itsenäisenä oppiaineena keväällä 2007 (Peltonen 2006). Perusopetuksen opetussuunnitelman mukaan terveystiedon opetuksen tarkoitus on edistää oppilaiden terveyttä, hyvinvointia ja turvallisuutta tukevaa osaamista (Opetushallitus 2004, 200). Tunneilla kehitetään tietoja ja taitoja terveydestä, elämäntavasta, terveystottumuksista ja sairauksista sekä valmiuksia ottaa vastuuta ja toimia oman sekä toisten terveyden edistämiseksi (Opetushallitus 2004, 200). Elämäntapaa tarkastellaan eri vaiheita yksilön, perheen, yhteisön ja yhteiskunnan tasolla sekä soveltuvin osin myös

globaalisti (Opetushallitus 2014, 398). Uuden, porrastetusti vuosien 2016–2019 aikana, 7–9 vuosiluokilla käyttöön otettavan opetussuunnitelman mukaan terveystiedon tehtävänä on edellisten lisäksi oppilaiden monipuolisen terveystiedon kehittäminen eri osa-alueiden kautta, joita ovat terveyteen liittyvät tiedot, taidot, itsetuntemus, kriittinen ajattelu sekä eettinen vastuullisuus (kts. Paakkari & Paakkari 2012a, 2012b) (Opetushallitus 2014, 398).

3 TERVEYDEN LUKUTAITO KOULUKONTEKSTISSA

Koulukontekstissa terveyden lukutaidon käsite on varsin uusi ja Suomessa sitä ovat olleet viemässä eteenpäin Paakkari ja Paakkari (2012a, 2012b). Terveyden lukutaitoiseksi kehittymisen keskiössä on oppilas itse, joka oppii ymmärtämään ja tarkastelemaan niin omaa kuin ympärillä elävien ihmisten terveyttä ja hyvinvointia eri näkökulmista. Nuori oppii refleктоimaan mikä hänelle on tärkeää ja miten ottaa huomioon myös ympäristö (Paakkari & Paakkari 2012a). Kouluissa terveystiedon ja terveyden lukutaidon opettaminen voidaankin nähdä olevan osa kansanterveyden edistämistä (St. Leger 2001; Nielsen-Bohlman ym. 2004), sillä suomalainen peruskoulu tavoittaa koko ikäluokan.

Käsittelen seuraavaksi terveyden lukutaidon määritelmää pohjautuen Paakkarin ja Paakkarin (2012a, 2012b) 5-osaiseen jaotteluun; tiedot, taidot, kriittinen ajattelu, itsetuntemus ja eettinen vastuullisuus, sillä heidän näkökulmansa on koulukeskeinen ja terveyden lukutaito nähdään oppimisen tuloksena. Tämän Pro gradu -tutkielman tutkimusaineiston terveyden lukutaitoa mittaava kysymyspatteristo on rakennettu terveyden lukutaidon osa-alueiden jaottelun mukaisesti. Huomioitavaa on, että ylemmän tason terveyden lukutaito, eli kriittinen ajattelu, itsetuntemus ja eettinen vastuullisuus, sisältävät elementtejä muista terveyden lukutaidon osa-alueista, mutta niin ei ole toisin päin (Paakkari 2015). Terveyden lukutaito kehittyikin osin seuraavissa kappaleissa esitetyssä järjestyksessä, osittain samanaikaisesti (Paakkari & Paakkari 2012a). Toisinaan osa-alueiden erottaminen on mahdotonta, mutta myös tarpeetonta (Paakkari & Paakkari 2012a, 2012b; Paakkari 2015), sillä esimerkiksi peruskouluun tullessaan nuorilla on jo paljon tietoja ja taitoja, joita ei ole mielekästä eritellä.

3.1 Teoreettinen ja praktinen tieto

Terveyden lukutaidon ensimmäinen osa-alue on terveyteen liittyvä teoreettinen tieto (theoretical health knowledge), jota pidetään formaalina eli muodollisena, lisäksi usein koulu(tus)sidonnaisena. Teoreettisen tiedon opettelu vaatii matalamman tason ajattelua, kuten ulkomuistamista, kuvailua ja nimeämistä (Krathwohl 2002; Huitt 2011; Paakkari & Paakkari 2012a) ja se on pohja oppimiselle, ilmiöiden ymmärtämiselle sekä muille terveyden lukutaidon osa-alueille. Pelkästään tiedon avulla ihmiset eivät kuitenkaan pysty toimimaan

terveytensä hyväksi, vaan praktista tietoa (practical health knowledge) eli terveyteen liittyviä perustaitoja tarvitaan arjessa ja niitä ovat esimerkiksi ensiaputaidot, liikennesääntöjen noudattaminen, hygieniasta huolehtiminen ja kommunikointitaidot (Paakkari & Paakkari 2012a, 2012b). Tiedot yhdessä taitojen kanssa muodostavat terveyden lukutaidon perustason (Paakkari 2012, 2015). Taidot muuttuvat usein rutiininomaisiksi toimintamalleiksi, joita voi olla vaikea sanoittaa. Lisäksi ympäröivä kulttuuri saa meidät toimimaan huomaamattamme tietyillä tavoilla (Paakkari & Paakkari 2012a). Tieto voikin auttaa huomaamaan ja ymmärtämään toimintamalleja sekä tarvittaessa muuttamaan niitä (Paakkari & Paakkari 2012a).

Paakkari ja Paakkari (2012a) eivät sisällytä sosiaalisia taitoja terveyden lukutaidon 5- jaotteluun yksittäisenä osa-alueena, sillä heidän näkemyksensä mukaan sosiaaliset taidot sekä esimerkiksi motivaatio, kommunikaatiotaidot ja itsekunnioitus sisältyvät useampaan osa-alueeseen ja tukevat oppimista. Terveyden lukutaidon opetuksen näkökulmasta edellä mainitut eivät myöskään kuulu arvioinnin piiriin (Paakkari & Paakkari 2012a). Paakkari ja Paakkari (2012a, 2012b) ovat jättäneet jaottelustaan pois myös varsinaisen luku- ja kirjoitustaidon, vaikka heikon lukutaidon on havaittu olevan yhteydessä huonompaan terveyden lukutaitoon (Nutbeam 1998a, 2000).

3.2 Kriittinen ajattelu

Jotta omaa ja muiden toimintaa pystyisi arvioimaan, tarvitaan terveyden lukutaidon kolmatta osa-aluetta, kriittistä ajattelua (critical thinking). Sen myötä terveyteen liittyviä näkökulmia ja ilmiöitä voi ymmärtää syvällisemmin, mikä taas on edellytys aktiivisen toimijuuden saavuttamiseksi yhteiskunnassa (Paakkari & Paakkari 2012a). Kriittisellä ajattelulla tarkoitetaan halua ja mielenkiintoa oppia uusia asioita ja ottaa terveyteen liittyvistä asioista selvää (Paakkari & Paakkari 2012a). Myös terveyden ymmärtäminen syvällisemmin ja uusien asioiden luominen ovat Paakkarin ja Paakkarin (2012a) mukaan kriittisen ajattelun tulosta. Kriittisen ajattelun avulla voidaan osallistua poliittisiin ja yhteiskunnallisiin toimiin, kun ihminen ymmärtää sen, miten yksilön terveys vaikuttaa kansanterveyteen (Broadbear & Keyser 2000; Nutbeam 2000; Zarcadoolas ym. 2005).

Terveydestä tuotetaan uutta tietoa jatkuvasti ja sitä on saatavilla monista eri lähteistä, joten lähdekriittisyys on olennainen osa kriittistä terveyden lukutaitoa (Paakkari & Paakkari 2012a). Eri lähteistä saatuja tietoja tulee osata yhdistellä kriittisesti (Paakkari & Paakkari 2012a) sekä pystyä löytämään ja arvioimaan terveyttä koskeva informaatio muun median uutisoinnin joukosta (Manganello 2007). Edellä mainittujen onnistumiseksi taustalle tarvitaan kuitenkin teoreettista tietoa sekä muun muassa tiedonhakutaitoja (Paakkari & Paakkari 2012a).

3.3 Itsetuntemus

Terveyden lukutaidon neljäs osa-alue on itsetuntemus (self-awareness), mikä vaihtelee ihmisten välillä, mutta vaihtelua voi myös olla yksilöllä eri elämänvaiheissa (Jakonen 2002). Itsetuntemus koostuu muun muassa taidosta pohtia omia ajatuksia, tunteita ja käyttäytymistä sekä arvioida tarpeita, motiiveja, arvoja, asenteita ja kokemuksia (Magno 2010; Paakkari & Paakkari 2012a). Itsetuntemuksen avulla ihminen oppii tunnistamaan heikkoutensa ja vahvuutensa, kuuntelemaan kehon ja mielen viestejä sekä ymmärtämään terveyteen liittyvien ajatusten ja tekojen välisiä yhteyksiä. Itsetuntemuksen avulla ihminen voi myös tunnistaa ja tarkastella rutiineja sekä tarvittaessa kyseenalaistaa niitä (Paakkari & Paakkari 2012a). Metakognitiivisen itsesäätelyn ja oppimista säätelevien taitojen avulla ihminen pystyy asettamaan tavoitteita, selvittämään itselleen keinot saavuttaa ne (Jakonen 2002; Kaisla & Välimaa 2009; Paakkari & Paakkari 2012a) sekä arvioimaan itseään oppijana (Paakkari & Paakkari 2012a).

Metakognitiiviset taidot ovat tarpeellisia myös kriittisen ajattelun kannalta. Tällöin ihminen käyttää niin sanottua korkeamman ajattelun tasoa (Kratwohl 2002), jolloin hän erottelee tavoitteen mukaisesti toimintatavat, joita tulee käyttää. Metakognitiivisten taitojen, kuten suunnittelun ja oppimisen arvioinnin harjoittelu (Magno 2010) palvelee terveyden lukutaidon kehittymistä näin ollen monelta kannalta. Paakkarin (2012) mukaan kriittisyys ja itsetuntemus vaativat itsenäisen ajattelun kykyä.

3.4 Eettinen vastuullisuus

Paakkarin ja Paakkarin (2012a, 2012b) mukaan eettinen vastuullisuus (citizenship) on terveyden lukutaidon viides sekä edistynein ja kokonaisvaltaisin taso (Paakkari 2012, 2015).

Omasta terveydestä huolehtimisen (Wu ym. 2010) lisäksi myös toisten huomioimiseen (St. Leger 2001) tiivistyy tiedot, taidot, kriittinen ajattelu ja itsetuntemus, jotka yhdessä mahdollistavat vastuullisen terveystyötymisen - parhaassa tapauksessa terveyden edistämisen yhteiskunnassa (Paakkari & Paakkari 2012a). Eettisen terveyden lukutaidon tasolla huomio terveyden näkökulmasta ei siis enää ole yksilössä, vaan ulottuu myös läheisiin sekä lähi- ja globaaliin yhteisöön.

Toisen asemaan asettuminen, eettinen ja moraalinen arviointikyky sekä arvioinnin objektiivisuus ja abstraktisuus kehittyvät Piagetin ajattelun kehitysteorian mukaan yläkouluikäisillä, jolloin he saavuttavat niin sanotun aikuisen ajattelun tason (Jeronen 2009; Nurmi ym. 2010). Arvopohdinta, ei vain väärän ja oikean vaan myös oikean ja oikean välillä, ovat osa eettistä ajattelua, ja näihin pohdintoihin tulisi yltää viimeistään lukiossa ja ammatillisessa koulutuksessa (Paakkari & Paakkari 2012a). Nivala (2007) nostaa osaksi eettistä vastuullisuutta moraalisen ajattelu- ja toimintakyvyn, kuten Paakkari ja Paakkari (2012a).

4 TERVEYDEN LUKUTAIDON SELITTÄVÄT TEKIJÄT

Aikuisten terveyden lukutaitoa on tutkittu terveydenhuollon kontekstissa, mutta nuorten osalta tutkimusta on vielä hyvin vähän. Ennaltaehkäisyn näkökulmasta olisi kuitenkin tärkeää, että nuoret oppisivat terveyden lukutaitoisiksi, jotta he voisivat ymmärtää paremmin terveyteen liittyvää informaatiota sekä käyttää terveydenhuollon tarjoamia palveluita tehokkaammin. Onnistuessaan edellä mainitut seikat vaikuttavat myönteisesti terveyteen myös myöhemmissä elämänvaiheissa (Manganello 2007; Ghaddar ym. 2012). Seuraavaksi tarkastelen aiempien, aikuisilla tehtyjen tutkimusten valossa tekijöitä, joilla on mahdollisesti yhteys myös nuorten terveyden lukutaitoon.

Ghaddarin ym. (2012) saamien tulosten mukaan terveyden lukutaitoon oli yhteydessä ikä; vanhemmat oppilaat, jotka olivat noin 17–18-vuotiaita, saivat eHealth-kokeesta paremman tuloksen kuin nuoremmat iältään noin 15–16-vuotiaat oppilaat. Euroopassa aikuisväestössä sukupuolen yhteys terveyden lukutaitoon oli heikko (Paasche-Orlow ym. 2005; Sørensen ym. 2015), mutta neljässä maassa naisten terveyden lukutaito oli hieman miehiä parempi (Sørensen ym. 2015). Sekä Taiwanissa (Chang 2010) että Kanadassa (Wu ym. 2010) pojat olivat heikompia terveyden lukutaidoltaan kuin tytöt. Aiempien tutkimusten perusteella on perusteltua tarkastella, onko nuorempi ikä sekä miessukupuoli yhteydessä heikompaan terveyden lukutaitoon.

Funktionaalista lukutaitoa on tutkittu aikuisilla TOFHILA-kysymyspatteriston (Test of Functional Health Literacy in Adults) avulla, mutta toistaiseksi mittaria on vasta pilotoitu alle 18-vuotiailla (Chisolm & Buchanan 2007). Chisolmin ja Buchanan (2007) mukaan mittari näyttäisi sopivan aikuisten lisäksi myös nuorten funktionaalisen lukutaidon mittaamiseen lukutaidon osalta. Nuorilla TOFHILA:n suorittamisen nopeudessa ei ollut eroa sukupuolien tai eri-ikäisten välillä. Taiwanissa vastaavaa mittaria on käytetty lukioikäisten nuorten terveyden lukutaidon mittaamiseen ja ne nuoret, joilla oli heikompi funktionaalinen lukutaito olivat todennäköisemmin huonommassa kunnossa terveydentilaltaan (Chang 2010; Chang ym. 2012) ja he toimivat vähemmän terveyttä edistävällä tavalla (Chisolm & Buchanan 2007; Chang 2010; Chang ym. 2012), esimerkiksi ravitsemuksen osalta (Chang 2010; Chang ym. 2012). Kirjoittamisen ja lukemisen taidot vaikuttavat terveyden lukutaidon kehittymiseen

(Nutbeam 2000; Parker 2000; Zarcadoolas ym. 2005), samoin matemaattinen osaaminen heijastuu terveyden lukutaitoon myönteisesti (Reyna & Brainerd 2007). Aiempien sekä nuorilla että aikuisilla tehtyjen tutkimusten perusteella on perusteltua tarkastella, onko funktionaalinen lukutaito yhteydessä itsearvioituun terveyden lukutaitoon suomalaisilla kouluikäisillä nuorilla.

Aikuisväestössä korkeammin koulutetuilla on parempi funktionaalinen terveyden lukutaito kuin matalammin koulutetuilla (Reyna & Brainerd 2007; Osborn ym. 2011; HLS-EU Consortium 2012; van der Heide ym. 2013; Sørensen ym. 2015). Lisäksi Ruotsissa aikuisille maahanmuuttajille tehdyssä tutkimuksessa matala koulutustaso oli yhteydessä huonompaan funktionaaliseen lukutaitoon (Wångdahl ym. 2014). Näistä tutkimuksesta saadaan viitteitä koulutustason yhteydestä terveyden lukutaitoon. Nuoria tutkineiden Ghaddarin ja kollegoiden (2012) mukaan eHealth-testissä pärjäsivät paremmin ne lukion oppilaat, joiden opiskelu oli painottunut lääketieteellisellä linjalla akateemisesti eri tavalla verrattuna muihin lukiolaisiin. Kiinassa ja Taiwanissakin vastaavasti nuorilla tehdyissä tutkimuksissa ilmeni, että mukaillusta TOFHLA-testistä lukiolaiset saivat parempia tuloksia kuin ammattikoulussa olevat (Chang ym. 2012). Vastaavasti koulutusorientaatio oli merkitsevästi yhteydessä terveyden lukutaitoon Wun ja kollegoiden (2009) tekemässä tutkimuksessa. Paasche-Orlowin ja kollegoiden (2005) laajassa tutkimuskatsauksessa lukiotason koulutuksen käyneissä oli vähiten heikon terveyden lukutaidon omaavia. Näin ollen myös suomalaisten nuorten osalta on perusteltua selvittää, onko jatkokoulutusorientaatiolla yhteyttä itsearvioituun terveyden lukutaitoon.

Aikuisväestössä heikompi terveyden lukutaito oli yhteydessä huonompaan koettuun terveyteen (HLS-EU Consortium 2012; van der Heide ym. 2013), kuten nuorillakin (Chang 2010). Osborn ym. (2011) sekä Wu ym. (2010) taas huomasivat, että terveyden lukutaidolla ei ole yhteyttä koettuun terveyteen. Ristiriitaisista tuloksista huolimatta koettu terveys on taustatekijä, jonka yhteyttä itsearvioituun terveydenlukutaitoon on mielenkiintoista selvittää.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimustehtävänä oli selvittää 13- ja 15-vuotiaiden itsearvioidun terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden tasoon yhteydessä olevia tekijöitä.

Tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Onko ikä yhteydessä itsearvioidun terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden, tietojen, taitojen, kriittisen ajattelun, itsetuntemuksen ja eettisen vastuullisuuden, tasoon?
- 2) Onko sukupuoli yhteydessä itsearvioidun terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden tasoon?
- 3) Onko funktionaalinen lukutaito yhteydessä itsearvioidun terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden tasoon?
- 4) Onko jatkokoulutusorientaatio yhteydessä itsearvioidun terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden tasoon?
- 5) Onko koettu terveys yhteydessä itsearvioidun terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden tasoon?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa esittelen tutkimusaineiston sekä tutkimukseen käytetyt mittarit ja analyysimenetelmät.

6.1 WHO-Koululaistutkimus ja tutkimusaineisto

WHO-Koululaistutkimus on osa kansainvälistä Health Behavior in School-aged Children (HBSC) -tutkimusta, jossa kohderyhmänä ovat 11-, 13- ja 15-vuotiaat koululaiset. Tutkimuksella kartoitetaan koululaisten koettua hyvinvointia, terveyttä, terveystottumuksia ja koulukokemuksia Euroopassa sekä Pohjois-Amerikassa, yhteensä yli 40 maassa (Kämppi ym. 2012). Tämän Pro gradu –tutkimuksen aineistona oli vuonna 2013 Suomessa kerätty WHO-Koululaistutkimuksen pilottiaineisto, jossa vastaajina olivat 13- ja 15-vuotiaat (n=402) oppilaat (Taulukko 1). Tutkimusaineisto kerättiin kahdessa koulussa oppituntien aikana kyselylomakkeilla ja vastaukset annettiin anonyymisti.

TAULUKKO 1. WHO-Koululaistutkimuksen esitutkimukseen vastanneet sukupuolen ja iän mukaan.

Ikä	Pojat		Tytöt		Yhteensä	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
13v.	101	(50,0)	101	(50,0)	202	(50,2)
15v.	117	(58,8)	82	(41,2)	199	(49,8)
Yhteensä	218	(100)	183	(100)	402	(100)

Mittarit

WHO-Koululaistutkimuksen vuoden 2013 pilottiaineistossa itsearvioitua terveyden lukutaitoa mitattiin 33 kysymyksellä. Tämän tutkimuksen itsearvioidun terveyden lukutaidon summamuuttujaan valittiin 16 kysymystä (liite 1), jotka oli aiemmin valittu vuoden 2014 WHO-Koululaistutkimuksen kyselylomakkeeseen pilottiaineistosta saatujen tulosten tarkastelun sekä sisäisen reliabiliteetin ($\alpha=0,934$) perusteella. Vastausvaihtoehdot väittämiin

olivat ”Ei lainkaan totta”, ”Juuri ja juuri totta”, ”Jossain määrin totta” ja ”Täysin totta”. Terveyden lukutaidon tasoa kuvattiin vastausten keskiarvoilla, kun väittämät oli pisteytetty asteikolla 1–4 ”Ei lainkaan totta” väittämän antaessa yhden pisteen ja ”Täysin totta” 4 pistettä. Mittarin kysymykset oli laadittu niin, että ne kattavat kaikki terveyden lukutaidon viisi osa-alueita: tiedot, taidot, kriittisen ajattelun, itsetuntemuksen ja eettisen vastuullisuuden (liite 1), joten viidestä edellä mainitusta osa-alueista tehtiin myös summamuuttujat niiden lähempää tarkastelua varten. Sukupuolen lisäksi nuorilta kysyttiin ikää. ”Millä luokalla olet?”, vastausvaihtoehtoina olivat 7. luokalla ja 9. luokalla. Jatkossa käytän ilmaisua 13- ja 15-vuotiaat.

Kolmesta lukemisen ja kirjoittamisen sekä matematiikan taitoja mittaavasta kysymyksestä muodostettiin summamuuttuja, sillä katsottiin, että väittämät mittaavat samaa ilmiötä (Chisolmin & Buchanan 2007; Manganello 2008). Kysymykset olivat: ”Onko sinulla ollut lukemisen tai kirjoittamisen vaikeuksia” ja ”Onko sinulla ollut vaikeuksia matematiikassa”. Näihin kysymyksiin vastausvaihtoehdot olivat ”Ei”, ”Jonkin verran” ja ”Selvästi”. Kolmantena kysymyksenä oli ”Opitko lukemaan luokkatovereihisi verrattuna”, johon saattoi vastata ”Aikaisemmin”, ”Samanaikaisesti” tai ”Myöhemmin”. ”Ei vaikeuksia” -ryhmäksi uudelleen luokiteltiin ne, jotka olivat vastanneet lukemisen, kirjoittamisen ja matematiikan haasteita kartoitaviin kysymyksiin ”Ei” ja lukemaan oppimista selvittäneeseen kysymykseen ”Aikaisemmin” tai ”Samanaikaisesti”. Kaikki muut jotka vastasivat vähintään yhteen kysymykseen kolmesta, että heillä on lukemisessa, kirjoittamisessa tai matematiikassa haasteita tai jotka olivat oppineet lukemaan myöhemmin, uudelleen luokiteltiin ”Vaikeuksia” -ryhmäksi.

Jatkokoulutusorientaatiota selvitettiin kysymyksellä ”Mitä luulet tekeväsi, kun olet käynyt peruskoulun loppuun?”. Vastausvaihtoehtoina olivat ”Pyrin lukioon”, ”Pyrin ammattikouluun tai muuhun ammatilliseen koulutukseen”, ”Pyrin oppisopimuskoulutukseen”, ”Menen töihin”, ”Jään työttömäksi” ja ”En osaa sanoa”. Vastausvaihtoehtoja ”Pyrin oppisopimuskoulutukseen”, ”Menen töihin” ja ”Jään työttömäksi” vastattiin yhteensä vain 12 kertaa, joten niiden tilastollinen tarkastelu ei ollut validia (Liitetaulukko 2). Jatkokoulutusorientaatiota oli mielekäs tarkastella vain 15-vuotiaiden osalta, joille jatkokoulutuksen pohtiminen on ajankohtaista. ”En osaa sanoa” vastauksen antoi heistä vain 15 nuorta, joten tarkastelun kohteeksi uudelleen luokiteltiin ainoastaan ”Lukioon” ja

”Ammatilliseen” koulutukseen aikovat.

Koettua terveyttä kysyttiin yhdellä kysymyksellä "Onko terveys mielestäsi...? Vastausvaihtoehtoja oli neljä, "Erinomainen", "Hyvä", "Kohtalainen" ja "Huono". Jatkotarkastelua varten muodostettiin kaksiluokkainen muuttuja. ”Vähintään hyvä” -ryhmään kuuluivat ne, jotka olivat arvioineet terveytensä hyväksi tai erinomaiseksi sekä ”Enintään kohtalainen” -ryhmään, joihin kuuluivat kohtalaiseksi tai huonoksi terveytensä arvioineet.

6.2 Tilastolliset analyysimenetelmät

Taulukossa 2 on esitetty tutkimuskysymykset sekä käytetyt analyysimenetelmät. Kvantitatiivisen aineiston käsittelyyn käytettiin SPSS (Statistical Package for Social Sciences) -ohjelmaa numero 22, joka on suunniteltu yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden tarpeisiin (Nummenmaa 2011, 21).

TAULUKKO 2. Tutkimuskysymyksiin vastaavat analyysimenetelmät.

Tutkimuskysymys	Analyysimenetelmät
Onko ikä yhteydessä itsearvioidun terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden, tietojen, taitojen, kriittisen ajattelun, itsetuntemuksen ja eettisen vastuullisuuden, tasoon?	Summamuuttuja (itsearvioitu terveyden lukutaito ja sen osa-alueet) t-testi Varianssianalyysi
Onko sukupuoli yhteydessä itsearvioidun terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden tasoon?	Summamuuttuja (itsearvioitu terveyden lukutaito ja sen osa-alueet) Ristiintaulukointi t-testi Varianssianalyysi
Onko funktionaalinen lukutaito yhteydessä itsearvioidun terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden tasoon?	Summamuuttuja (itsearvioitu terveyden lukutaito ja sen osa-alueet, funktionaalinen lukutaito) Ristiintaulukointi t-testi Varianssianalyysi
Onko jatkokoulutusorientaatio yhteydessä itsearvioidun terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden tasoon?	Summamuuttuja (itsearvioitu terveyden lukutaito ja sen osa-alueet) Ristiintaulukointi t-testi Varianssianalyysi
Onko koettu terveys yhteydessä itsearvioidun terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden tasoon?	Summamuuttuja (itsearvioitu terveyden lukutaito ja sen osa-alueet) Ristiintaulukointi t-testi Varianssianalyysi

Summamuuttujat muodostetaan Nummenmaan (2011, 161) mukaan useammasta samankaltaista ominaisuutta mittaavasta muuttujasta. Keskiarvomuttujaa käytettäessä mittayksikkö pysyy samana kuin alkuperäisessä muuttujassa (Nummenmaa 2011, 162). Terveyden lukutaidon mittaristosta muodostettiin summamuuttujia seuraavasti: kokonaissumma (16 osatekijää) sekä itsearvioidun terveyden lukutaidon osa-alueet: tiedot, taidot, kriittisyys, itsetuntemus ja eettinen vastuullisuus (liite 1). Näiden lisäksi muodostettiin summamuuttuja funktionaalista lukutaitoa mittaavista kolmesta kysymyksestä.

Aritmeettista keskiarvoa (Metsämuuronen 2003, 285; Nummenmaa 2011, 64) tarkasteltiin kun selvitettiin, kuinka terveyden lukutaitoisiksi nuoret itsensä arvioivat. Keskihajonta, joka muodostuu varianssin neliöjuuresta (Metsämuuronen 2003, 287–289; Nummenmaa 2011, 68) oli niin ikään tarkastelun kohteena. Sen avulla nähtiin, kuinka paljon esimerkiksi eri ikäisten tai sukupuolten arviot terveyden lukutaidostaan vaihtelivat. Keskihajontaluku siis kertoo arvojen jakautumisen tai hajaantumisen tietyn keskiluvun ympärille (Nummenmaa 2011, 66) ja se voidaan laskea, jos muuttuja on välimatka-asteikollinen.

Kahden riippumattoman otoksen t-testillä selvitetään poikkeavatko kahden ryhmän itsearvioidun terveyden lukutaidon keskiarvot keskenään (Nummenmaa 2011, 171). Tässä tutkimuksessa joukot ovat tytöt ja pojat, funktionaalisen lukutaidon vaikeuksia ja ei vaikeuksia -ryhmät, lukioon ja ammattikouluun aikovat sekä vähintään hyväksi ja enintään kohtalaiseksi terveytensä arvioivat. Vastauksesta on myös tulkittava, millä todennäköisyydellä arvo johtuu sattumasta, joten sitä tarkastellaan viiden prosentin todennäköisyydellä p-arvon ollessa pienempi kuin 0.05 (Nummenmaa 2011, 168–170). Sanallisena ilmaisuna käytetään ”tilastollisesti melkein merkitsevä”. ”Tilastollisesti erittäin merkitsevänä” tuloksena voidaan pitää p-arvoa pienempi tai yhtä suuri kuin 0.001, jolloin riski sille, että nollahypoteesin olisi pitänyt jäädä voimaan on vain 0.1 prosenttia, eli hyvin pieni (Metsämuuronen 2003, 369). Näiden kahden p-arvon lisäksi merkitsevyyden arvioinnissa käytetään vielä p-arvoa pienempi tai yhtä suuri kuin 0.01 (Metsämuuronen 2003, 369), joka voidaan ilmaista sanallisesti ”tilastollisesti merkitsevä”.

Yksisuuntaisella varianssianalyysillä selvitettiin onko ryhmien välisissä itsearvioidun terveyden lukutaidon osa-alueiden tasoissa eli keskiarvoissa tilastollista merkitseviä eroja (Metsämuuronen 2003, 644). (Metsämuuronen 2003, 644–646; Nummenmaa 2011, 184–185, 194). Tarkasteltuja ryhmiä olivat ikä: 13- ja 15-vuotiaat, sukupuoli: poika ja tyttö, funktionaalinen lukutaito: vaikeuksia ja ei vaikeuksia, jatkokoulutusorientaatio: lukioon ja ammatilliseen koulutukseen aikovat, sekä koettu terveys: vähintään hyvä ja enintään kohtalainen.

7 TULOKSET

7.1 Iän yhteys itsearvioidun terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden tasoon

Kummallakin ikäryhmällä terveyden lukutaidon taso oli yli kolmen, kun vastausvaihtoehdot pisteytettiin asteikolla 1–4, eli he ovat vastanneet väittämiin ”Jossain määrin totta” -tasoisesti. Iällä ei ollut yhteyttä itsearvioidun terveyden lukutaidon tasoon (Taulukko 3).

TAULUKKO 3. Iän yhteys itsearvioidun terveyden lukutaidon tasoon asteikolla 1–4.

Ikä	M	(SD)	n	(%)
13v.	3,08	(0,50)	202	(50,4)
15v.	3,15	(0,49)	199	(49,6)
Yhteensä	3,12	(0,50)	401	(100)

M = keskiarvo, SD = keskihajonta

p-arvo ikäryhmien välillä = 0,144

Iällä oli tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys itsearvioidun terveyden lukutaidon taidot -osa-alueen tasoon. Itsearvioitu taitotaso oli 15-vuotiailla parempia kuin 13-vuotiailla (Taulukko 4).

TAULUKKO 4. Iän yhteys itsearvioidun terveyden lukutaidon osa-alueiden tasoon asteikolla 1–4.

Ikä	M (SD)			
	13v.		15v.	
Tiedot	3,15	(0,54)	3,21	(0,54)
Taidot *	3,22	(0,57)	3,37	(0,60)
Kriittisyys	3,02	(0,58)	3,07	(0,55)
Itsetuntemus	3,10	(0,57)	3,18	(0,55)
Eettinen vastuullisuus	2,91	(0,62)	2,94	(0,60)
Yhteensä	3,08	(0,58)	3,15	(0,57)

M = keskiarvo, SD = keskihajonta

p-arvo ikäryhmien välillä taidoissa =0.011

7.2 Sukupuolen yhteys itsearvioidun terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden tasoon

Sukupuolella ei ollut yhteyttä itsearvioidun terveyden lukutaidon tasoon (Taulukko 5). Sukupuolella sen sijaan oli tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys itsearvioidun terveyden lukutaidon taidot -osa-alueen tasoon (Taulukko 6).

TAULUKKO 5. Sukupuolen yhteys itsearvioidun terveyden lukutaidon tasoon asteikolla 1–4.

Sukupuoli	M	(SD)	n	(%)
Pojat	3,08	(0,54)	218	(54,4)
Tytöt	3,15	(0,42)	183	(45,6)
Yhteensä	3,12	(0,48)	401	(100)

M = keskiarvo, SD = keskihajonta

p-arvo sukupuolten välillä = 0,191

TAULUKKO 6. Sukupuolen yhteys itsearvioidun terveyden lukutaidon osa-alueiden tasoon asteikolla 1–4.

Sukupuoli	M (SD)			
	Poika		Tyttö	
Tiedot	3,15	(0,58)	3,22	(0,49)
Taidot *	3,23	(0,66)	3,36	(0,49)
Kriittisyys	3,07	(0,60)	3,00	(0,51)
Itsetuntemus	3,09	(0,62)	3,20	(0,48))
Eettinen vastuullisuus	2,92	(0,65)	2,93	(0,56)
Yhteensä	3,12	(0,62)	3,14	(0,51)

M = keskiarvo, SD = keskihajonta

p-arvo sukupuolten välillä taidoissa =0.030

7.3 Funktionaalisen lukutaidon yhteys itsearvioidun terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden tasoon

Funktionaalinen lukutaito oli tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä itsearvioidun terveyden lukutaidon tasoon. Ei vaikeuksia -ryhmän terveyden lukutaidon taso oli korkeampi ja heillä oli vastauksissa vähemmän hajontaa, kuin niillä, joilla oli vaikeuksia yhdessä tai useammassa funktionaalisen lukutaidon osa-alueella (Taulukko 7).

TAULUKKO 7. Funktionaalisen lukutaidon yhteys itsearvioidun terveyden lukutaidon tasoon asteikolla 1–4.

Funktionaalinen lukutaito	M	(SD)	n	(%)
Ei vaikeuksia	3,20	(0,44)	211	(52,5)
Vaikeuksia	3,03	(0,53)	191	(47,5)
Yhteensä	3,11	(0,50)	402	(100)

M = keskiarvo, SD = keskihajonta

p-arvo vaikeuksia ja ei vaikeuksia -ryhmien välillä =0.001

Funktionaalaisella lukutaidolla oli yhteys kaikkiin itsearvioidun terveyden lukutaidon osa-alueiden tasoon. Funktionaalisen lukutaidon yhteys taitojen ja eettisen vastuullisuuden tasoon oli tilastollisesti melkein merkitsevä, kriittisen ajattelun tasoon tilastollisesti merkitsevä ja tietojen sekä itsetuntemuksen tasoon yhteydessä tilastollisesti erittäin merkitsevällä tasolla (Taulukko 8).

TAULUKKO 8. Funktionaalisen lukutaidon yhteys itsearvioidun terveyden lukutaidon osaluokkien tasoon asteikolla 1–4.

Funktionaalinen lukutaito	M (SD)			
	Vaikeuksia		Ei vaikeuksia	
Tiedot ***	3,07	(0,42)	3,27	(0,33)
Taidot *	3,21	(0,68)	3,35	(0,49)
Kriittisyys **	2,95	(0,57)	3,11	(0,55)
Itsetuntemus ***	3,03	(0,60)	3,23	(0,51)
Eettinen vastuullisuus *	2,85	(0,62)	2,98	(0,59)
Yhteensä	3,03	(0,52)	3,19	(0,44)

M = keskiarvo, SD = keskihajonta

p-arvo vaikeuksia ja ei vaikeuksia -ryhmien välillä tiedoissa =0.000

p-arvo vaikeuksia ja ei vaikeuksia -ryhmien välillä taidoissa =0.019

p-arvo vaikeuksia ja ei vaikeuksia -ryhmien välillä kriittisyudessa =0.004

p-arvo vaikeuksia ja ei vaikeuksia -ryhmien välillä itsetuntemuksessa =0.001

p-arvo vaikeuksia ja ei vaikeuksia -ryhmien välillä eettisessä vastuullisuudessa =0.036

7.4 Jatkokoulutusorientaation yhteys 15-vuotiaiden itsearvioidun terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden tasoon

15-vuotiailla lukioon aikovien itsearvioitu terveyden lukutaito oli tilastollisesti merkitsevästi parempi kuin ammatilliseen koulutukseen aikovien. Lukioon aikovien vastauksissa oli vähemmän hajontaa, kuin ammatilliseen koulutukseen aikovilla (Taulukko 9). Liitetaulukossa 2 on esitetty kaikkien jatkokoulutusorientaatioryhmien vastausten jakautuminen.

TAULUKKO 9. Jatkokoulutusorientaation yhteys 15-vuotiaiden itsearvioidun terveyden lukutaidon tasoon asteikolla 1–4.

Jatkokoulutus-orientaatio	M	(SD)	n	(%)
Lukioon	3,26	(0,40)	98	(54,75)
Ammatilliseen	3,05	(0,49)	81	(45,25)
Yhteensä	3,16	(0,45)	179	(100)

M = keskiarvo, SD = keskihajonta

p-arvo lukioon ja ammatilliseen aikovien ryhmien välillä =0.006

Lukioon aikovien itsearvioidun terveyden lukutaidon taso kriittisyyden, itsetuntemuksen ja eettisen vastuullisuuden osalta oli ammatilliseen koulutukseen aikoviin verrattuna tilastollisesti melkein merkittävästi korkeampi. Itsearvioidun terveyden lukutaidon osa-alueista tiedot ja taidot olivat lukioon aikovilla tilastollisesti merkitsevästi paremmat ammatilliseen aikoviin verrattuna (Taulukko 10).

TAULUKKO 10. Jatkokoulutusorientaation yhteys itsearvioidun terveyden lukutaidon osa-alueiden tasoon asteikolla 1–4.

Jatkokoulutusorientaatio	M (SD)			
	Ammatilliseen		Lukioon	
Tiedot **	3,11	(0,60)	3,26	(0,45)
Taidot **	3,21	(0,58)	3,35	(0,49)
Kriittisyys *	2,97	(0,57)	3,10	(0,52)
Itsetuntemus *	3,08	(0,58)	3,22	(0,50)
Eettinen vastuullisuus *	2,86	(0,63)	3,00	(0,57)
Yhteensä	3,05	(0,59)	3,19	(0,50)

M = keskiarvo, SD = keskihajonta

p-arvo ammatilliseen koulutukseen ja lukioon aikovien välillä tiedoissa =0.009

p-arvo ammatilliseen koulutukseen ja lukioon aikovien välillä taidoissa =0.021

p-arvo ammatilliseen koulutukseen ja lukioon aikovien välillä kriittisydessä =0.29

p-arvo ammatilliseen koulutukseen ja lukioon aikovien välillä itsetuntemuksessa =0.014

p-arvo ammatilliseen koulutukseen ja lukioon aikovien välillä eettisessä vastuullisuudessa =0.037

7.5 Koetun terveyden yhteys itsearvioidun terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden tasoon

Koetun terveyden yhteys itsearvioidun terveyden lukutaidon tasoon oli tilastollisesti erittäin merkitsevä (Taulukko 11), samoin kuin yhteys kaikkiin terveyden lukutaidon osa-alueisiin (Taulukko 12).

TAULUKKO 11. Koetun terveyden yhteys itsearvioidun terveyden lukutaidon tasoon asteikolla 1–4.

Koettu terveys	M	(SD)	n	(%)
Vähintään hyvä	3,15	(0,46)	367	(91,5)
Enintään kohtalainen	2,79	(0,68)	34	(8,5)
Yhteensä	2,97	(0,57)	401	(100)

M = keskiarvo, SD = keskihajonta

p-arvo terveytensä vähintään hyväksi ja enintään kohtalaiseksi kokevien välillä =0,001

TAULUKKO 12. Koetun terveyden yhteys itsearvioitun terveyden lukutaidon osa-alueiden tasoon 1–4.

Koettu terveys	M (SD)			
	Enintään kohtalainen		Vähintään hyvä	
Tiedot ***	2,74	(0,76)	3,22	(0,50)
Taidot ***	2,89	(0,82)	3,32	(0,55)
Kriittisyys ***	2,74	(0,71)	3,07	(0,54)
Itsetuntemus ***	2,73	(0,72)	3,18	(0,54)
Eettinen vastuullisuus ***	2,59	(0,77)	2,95	(0,59)
Yhteensä	2,74	(0,75)	3,15	(0,54)

M = keskiarvo, SD = keskihajonta

p-arvo enintään kohtalaiseksi ja vähintään hyväksi terveytensä kokeneiden välillä tiedoissa =0.000

p-arvo enintään kohtalaiseksi ja vähintään hyväksi terveytensä kokeneiden välillä taidoissa = 0.000

p-arvo enintään kohtalaiseksi ja vähintään hyväksi terveytensä kokeneiden välillä kriittisyudessa =0.001

p-arvo enintään kohtalaiseksi ja vähintään hyväksi terveytensä kokeneiden välillä itsetuntemuksessa =0.000

p-arvo enintään kohtalaiseksi ja vähintään hyväksi terveytensä kokeneiden välillä eettisessä vastuullisuudessa =0.001

8 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ovatko ikä, sukupuoli, funktionaalinen lukutaito, jatkokoulutusorientaatio sekä koettu terveys yhteydessä itsearvioidun terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden tasoon. Tässä luvussa tarkastellaan tutkimuksen tuloksia, luotettavuutta sekä tutkimuksen hyödyntämistä terveystiedon opettamisessa. Lopuksi esitetään muutamia jatkotutkimusaiheita.

8.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Aiemmissa nuorilla tehdyissä tutkimuksissa nuoren **ikä** on ollut yhteydessä terveyden lukutaitoon niin, että se on parantunut iän myötä (Wu ym. 2010; Ghaddar ym. 2012), mutta tässä tutkimuksessa ikä oli yhteydessä terveyden lukutaidon osa-alueista ainoastaan taitojen tasoon tilastollisesti melkein merkitsevästi siten, että 15-vuotiaat olivat taitotasoltaan parempia. Ikä ei ollut yhteydessä kokonaisuutena tarkastellun itsearvioidun terveyden lukutaidon tasoon.

Sukupuolen yhteydestä itsearvioituun terveyden lukutaitoon on aiemmista tutkimuksista saatu ristiriitaista tietoa. Toisaalta mies-sukupuolen edustajat ovat pärjänneet heikommin terveyden lukutaitoa mittaavassa tutkimuksessa (Wu ym. 2010) ja peruskoulun päättövaiheessa, eli 9. luokalla olevien oppilaiden terveystiedon osaamista mittaavassa tutkimuksessa pojat olivat tilastollisesti erittäin merkitsevästi heikompia kaikilta osin kuin tytöt. Sen lisäksi pojilla oli vastauksissaan enemmän hajontaa (Summanen 2014, 84), kuten tässäkin tutkimuksessa. Toisissa tutkimuksissa taas sukupuolella ei ole ollut yhteyttä itsearvioituun terveyden lukutaitoon (Paasche-Orlow ym. 2005; Sørensen ym. 2015). Tässä tutkimuksessa sukupuolella ei ollut yhteyttä itsearvioidun terveyden lukutaidon tasoon, mutta kun sukupuolen yhteyttä tarkasteltiin terveyden lukutaidon 5-jaottelun suhteen, oli sukupuolella tilastollisesti melkein merkitsevällä tasolla yhteys taitoihin.

Funktionaalinen lukutaito koostuu kirjoittamisesta, lukemisesta ja matemaattisista taidoista (Chisolm & Buchanan 2007). Aikuisilla tehdyissä tutkimuksissa funktionaalisen lukutaidon yhteys terveyden lukutaitoon on ollut tilastollisesti merkitsevä ja käytännössä sen nähdään

vaikuttavan terveyskäyttäytymiseen (Nielsen-Bohlman ym. 2004). Wilsonin (2003) mukaan lukutaito vaikuttaa yksilön terveydentilaan jopa enemmän kuin ikä, tulotaso, ammattiasema, koulutus tai etninen syntyperä. Summasen (2014) mukaan erityistä tukea saavat oppilaat menestyivät tilastollisesti erittäin merkitsevästi heikommin muihin oppilaisiin verrattuna terveystiedon oppimistuloksia mittaavassa kokeessa. Samansuuntaisia tuloksia on saatu sekä nuorilla että aikuisilla tehdyissä tutkimuksissa (Baker 2006; Chisolm & Buchanan 2007; Reyna & Brainerd 2007). Tämän tutkimuksen mukaan funktionaalinen lukutaito oli yhteydessä kaikkiin itsearvioidun terveyden lukutaidon osa-alueiden tasoon tilastollisesti erittäin merkitsevästi. Ryhmällä, jolla ei ole vaikeuksia funktionaalisessa lukutaidossa, oli tilastollisesti erittäin merkitsevästi parempi itsearvioidun terveyden lukutaidon taso kuin niillä, joilla oli vaikeuksia yhdessä tai useammassa funktionaalisen lukutaidon osa-alueessa. Tässä tutkimuksessa tosin funktionaalisen lukutaidon haasteiden toteaminen perustui oppilaan omaan kokemukseen, sillä diagnoosia oppimisvaikeudesta ei kysytty. Siihen viittaa myös nuorten jakautuminen melko tasaisesti vaikeuksia ja ei vaikeuksia ryhmiin, sillä siihen verrattuna vain noin kymmenen prosenttia yläkoulun oppilaista erityistä tai tehostettua tukea saa diagnoosiin perustuen lukuvuosittain (Tilastokeskus 2014a, 2014b).

Jatkokoulutusorientaation osalta lukioon ja ammatilliseen koulutukseen aikovien välillä ero terveyden lukutaidon tasossa oli tilastollisesti merkitsevä, lukioon aikovien eduksi, mihin myös aiemmat tutkimukset niin nuorten kuin aikuisten osalta viittaavat (Reyna & Brainerd 2007; Osborn ym. 2011; HLS-EU Consortium 2012; Summanen 2014; Wångdahl ym. 2014; Sørensen ym. 2015). Lisäksi tässä tutkimuksessa selvisi, että jatkokoulutusorientaatiolla on tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys terveydenlukutaidon tiedot -osa-alueeseen sekä tilastollisesti merkitsevä yhteys taitojen, kriittisyyden ja itsetuntemuksen kanssa, mutta eettisen vastuullisuuden kanssa yhteyttä ei ollut.

Aikaisemmat tutkimustulokset antoivat ristiriitaista tietoa siitä, onko **koettu terveys** yhteydessä terveyden lukutaitoon. Joidenkin tutkimusten mukaan huonoksi koettu terveys oli yhteydessä heikompaan itsearvioituun terveyteen (Chang 2010; HLS-EU Consortium 2012; van der Heide ym 2013), mutta oli myös niitä tutkimuksia, jotka eivät yhteyttä havainneet (Wu ym. 2010; Osborn ym. 2011). Tämän tutkimuksen mukaan koetulla terveydellä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys kaikkiin itsearvioidun terveyden lukutaidon osa-alueista. Yhteys oli niin ikään erittäin merkitsevä vähintään hyväksi ja enintään kohtalaisiksi

terveytensä arvioineiden välillä. Mitä terveyden lukutaitoisemmaksi nuori itsensä koki, sitä paremmaksi hän arvioi terveytensä (Liitetaulukko 1).

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimusten luotettavuutta arvioidaan yleisesti reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Reliabiliteetti tarkoittaa, että tulokset ovat toistettavissa (Metsämuuronen 2003, 44). Validiteetilla taas tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä mitata haluttua asiaa eli että tulokset vastaavat tällöin asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja -ongelmiin (Metsämuuronen 2003, 43; Nummenmaa 2011, 346).

Tässä tutkimuksessa aineistona käytettiin valittua tutkimusjoukkoa (n=402), jossa lukumäärät tyttöjen ja poikien sekä 13- ja 15-vuotiaiden välillä jakaantuivat tasaisesti. Tutkimusjoukon koko oli riittävän suuri, jotta pilottiaineiston avulla saatiin tietoa terveyden lukutaidon mittaristosta sen jatkokehittelyä varten. Näin ollen ulkoinen validiteetti, eli otannan onnistuminen ei ollut pilottiaineiston keräämisessä ensisijaista. Itsearvioitua terveyden lukutaitoa mittaavat 16 kysymystä oli valittu jo aikaisemmin varsinaista WHO-Koululaistutkimusta varten pilottitutkimuksessa mukana olleista 33 kysymyksestä. Tässä tutkimuksessa mittari oli onnistunut, eli sisäinen validiteetti toteutui ($\alpha=0,934$) (Metsämuuronen 2003, 43). Pilottitutkimuksen luonne vaikuttaa reliabiliteettiin ja validiteettiin, mikä tulee kuitenkin pitää mielessä tutkimustuloksia tarkasteltaessa. Tutkimustulosten yleistettävyyden suhteen täytyy siis olla kriittinen, joskin ne ovat vähintään suuntaa antavia.

8.3 Tutkimuksen hyödyntäminen terveystiedon opetuksessa

Tämän Pro gradu -tutkimuksen perusteella itsearvioidun terveyden lukutaidon tasossa ei ollut eroa sukupuolten välillä, mikä oli yllättävää. Peruskoulun yhteiskunnallinen tehtävä on ehkäistä eriarvoisuutta ja edistää tasa-arvoa muun muassa sukupuolten välillä (Opetushallitus 2004, 19; 2014, 15, 28), joten siinä oli tutkimuksen tulosten mukaan onnistuttu. Kun tuore hallitusohjelma (Valtioneuvoston kanslia 2015a, b) leikkaa muun muassa yleissivistävän koulutuksen tukia koulutuksellisen tasa-arvon kehittämisen alueelta, korostuu yksittäisten koulujen ja opettajien merkitys tasa-arvon edistäjinä. Summasen (2014) terveystiedon

osaamisen tasoa kuvaavat tulokset eivät kuitenkaan anna yhtä hyvää kuvaa tasa-arvosta kuin tämä tutkimus. Epätasa-arvoon viittaavat myös kouluterveyskyselyiden tulokset koetusta terveydestä ammattikoululaisten ja lukiolaisten välillä (Luopa ym. 2014; THL 2015a, b), kuin myös työikäisten eri koulutustaustaisten terveyserot (THL 2014). Ammatillista koulutusta kehitetään yhä enemmän oppisopimus- ja työssäoppimispainotteiseksi (Valtioneuvoston kanslia 2015b), mikä tarkoittaa, että koulussa tapahtuvan opetuksen määrä vähenee. Terveystiedon opettaminen tuleekin ammatillisessa koulutuksessa jalkauttaa työpaikoille ja painottaa työhyvinvointia.

Tutkimustulokset antavat selviä viitteitä, että funktionaalinen lukutaito sekä jatkokoulutusorientaatio ovat yhteydessä terveyden lukutaitoon. Ammatilliseen koulutukseen hakenee enemmän niitä oppilaita, joilla on funktionaalisen lukutaidon haasteita. Siitä syystä jo peruskoulun opetuksessa tulisi huomioida erilaiset oppijat sekä mahdolliset oppimisvaikeudet. Toiminnalliset opetusmenetelmät, kuten draama, ongelman ratkaisuun perustuvat tehtävät ja väittely (Summanen 2014) tukevat erilaisia oppijoita (Opetushallitus 2004, 200; 2014, 398). Toiminnallisten opetusmenetelmien on myös nähty olevan yhteydessä terveystiedon oppimistuloksiin myönteisesti (Summanen 2014). Eriyttäminen (Paakkari & Paakkari 2012a; Opetushallitus 2014, 30, 399) ja joustava tuen antaminen (Opetushallitus 2004, 23, 2014, 61–62) ovat jokaisen aineenopettajan vastuulla ja ne palvelevat myös niitä oppilaita, joilla ei ole diagnosoituja oppimisvaikeuksia, sillä jokainen oppilas on erilainen oppija.

Tilastokeskuksen (2014a, 2014b) mukaan vuonna 2013 erityistä tai tehostettua tukea sai kuudesta kolmeentoista prosenttia yläkoulun oppilaista (myös Summanen 2014), joten lähes jokaisessa opetusryhmässä on vähintään yksi erityistä tukea tarvitseva oppilas. Terveystiedon opettajan onkin tärkeä huomioida oppilaat, joilla on kielellisiä tai matemaattisiin taitoihin liittyviä vaikeuksia tai muita oppimisvaikeuksia (Opetushallitus 2004, 28; 2014, 73). Edellä mainitut oppimisvaikeudet vaikuttavat funktionaaliseen lukutaitoon, millä taas on yhteys itsearvioituun terveyden lukutaitoon. Funktionaalisen lukutaidon kehittäminen (Nutbeam 2008), kuten luku- ja kirjoitustehtävien tekeminen on tärkeää myös digitaalisessa ympäristössä (Opetushallitus 2014, 22–23). Tulevaisuutta ajatellen nuoret voivat hyötyä myös terveydenhuollon kontekstiin sijoittuvien tekstien ja termistön käsittelemisestä tunnilla, sillä

edes hyvän lukutaidon omaavat aikuiset eivät aina ymmärrä terveydenhuollossa käytettävää kieltä tai dokumentteja (Nielsen-Bohlman ym. 2004).

Tietojen ja taitojen harjoittelussa konkreettisuus ja käytännönläheisyys ovat avainasemassa, jotta oppilas osaa myöhemmin todellisessa tilanteessa soveltaa taitojaan. Informaalinen oppiminen, mikä tapahtuu rennossa ilmapiirissä, lähtökohta on sisäisessä motivaatiossa, jota ei ohjaa auktoriteetti (Vitikka 2009, 132). Itsetunto ja motivaatio eivät tosin ole terveyden lukutaidon keskeisiä osa-alueita (Paakkari & Paakkari 2012a), mutta ne tukevat oppimista (Person & Saunders 2009). Esimerkki informaalista oppimisympäristöstä on vierailut eri kohteisiin, kuten terveysasemille tai ruokakauppaan. Vierailut ovat myös elämyksellistä oppimista (Opetushallitus 2014, 27, 31) samoin kuin ulkopuolisten toimijoiden hyödyntäminen opetuksen tukena, sillä ne elävöittävät koulutyötä (Opetushallitus 2014, 11). Edelliset ehdotukset liittävät terveystiedon opetuksen nuorten arkeen, paikallisuuteen ja ajankohtaisiin asioihin (Opetushallitus 2004, 200, 2014, 32, 400–401). Koulussa tulisi myös opettaa taitoja tulevaisuutta ajatellen (Paakkari & Paakkari 2012a). Tiedonhankinnan taidot sekä kriittinen arviointi ovat tietotulvan lisääntyessä tarpeellisia (Nutbeam 2000; St. Leger 2001; Nielsen-Bohlman ym. 2004; Opetushallitus 2004, 14, 200; Manganello 2008; Paakkari & Paakkari 2012a; Opetushallitus 2014, 15, 22–23). Myös opettajien tieto- ja viestintätekniiikan taitojen vahvistaminen on tärkeää esimerkiksi täydennyskoulutuksien avulla (Valtioneuvoston kanslia 2015a).

Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet (Opetushallitus 2004, 19; 2014, 17, 20, 49–50) kannustaa projektioppimiseen, jonka avulla opitaan yhteistyö- ja ongelmantaitoja, suunnittelua, tutkimista, tiedon yhdistelemistä ja arvioimista. Lisäksi opitaan elinikäisen oppimisen taitoja ja oman toiminnan vaikutusten arviointia (Opetushallitus 2004, 14; 2014, 17). Oppilaat tarvitsevat pohdintansa avuksi opettajaa, joka tukee ja ohjailee eteenpäin valmiiden vastausten antamisen sijaan. Opettajalla on myös tärkeä tehtävä palautteen antajana, sillä kasvava nuori tarvitsee palautetta tehdystä ja tekemättömästä työstä, jotta hän voi kehittyä arvioimaan itse itseään (Paakkari & Paakkari 2012a). Käyttämällä korkeamman ajattelun tasoja, pääsee lähemmäksi kriittisen ajattelun ja itsetuntemuksen toteutumista. Valmiudet eettiseen ja abstraktiin ajatteluun kehittyvät vähitellen, kun tarkastellaan vuorovaikutussuhteita ja asioiden yhteyksiä (Opetushallitus 2014, 21, 398). Paakkarin ja Paakkarin (2012a) mukaan koulussa terveyteen liittyvän opetuksen tulisi keskittyä siihen,

että oppilaat harjaantuisivat määrittelemään heidän omia uskomuksiaan, identiteettiä ja sosiaalisia suhteita, jotta oppilaista voisi kehittyä eettisesti vastuullisia kansalaisia (Paakkari & Paakkari 2012a). Opettajan näkökulmasta projektitöissä on mahdollista toteuttaa eheyttämistä ja eriyttämistä (Opetushallitus 2014, 31–32). Lisäksi opettajan rooli projekteissa nähdään enemmän ohjaajana (Opetushallitus 2014, 17, 31) kuin perinteisesti tiedon jakajana ja auktoriteettina.

Eettisen vastuullisuuden osalta tutkimustulos oli mielenkiintoinen, sillä nuoret olivat vastanneet epävarmemmin eettistä vastuullisuutta mittaaviin kysymyksiin ja se sai alhaisemman keskiarvon jokaisen muuttujan kohdalla. Yleisesti terveyden lukutaidon ja sen osa-alueiden saamat keskiarvot olivat yli kolmen asteikolla 1–4, mutta ainoastaan lukioon aikovien ryhmässä keskiarvo oli tasan kolme ja muilla tätä pienempi. Eettisen vastuullisuuden saavuttamiseen vaikuttaa ajattelun kehittyminen (Jeronen 2009; Nurmi ym. 2010; Paakkari & Paakkari 2012a), joten yläkoulussa eettisen vastuullisuuden tasolle ei välttämättä vielä päästä, ainakaan seitsemännellä luokalla. Se, että jatkokoulutusorientaatiolla ei ollut yhteyttä eettisen vastuullisuuden tasoon on ristiriidassa aikuisilla tehtyjen tutkimusten kanssa, joissa koulutus sekä ammattiasema vaikuttavat vahvasti terveyskäyttäytymiseen, sairastuvuuteen sekä terveydenhuollon palvelujen käyttöön (Nielsen-Bohlman ym. 2004; Sørensen ym. 2012).

Mikä tahansa opetus ei kehitä oppilaiden kriittistä ajattelua, itsetietoisuutta ja eettisesti vastuullisia toimintatapoja, vaan opettajan tulee asettaa tavoitteet ja valita aktiivisia työtapoja (Paakkari & Paakkari 2012a). Opetuksen keskiössä tulisi olla oppilaat ja heidän ajattelun kehittäminen eri opetusmenetelmiä hyödyntäen sen sijaan, että opetuksessa keskityttäisiin vain opettajan luomaan etenemissuunnitelmaan sekä opettajakeskeiseen opetukseen (Paakkari & Paakkari 2012a). Aikaisempiin kokemuksiin linkittyvä opetus, jota tukee kyky korkeamman tason ajatteluun, kuten ajattelun muutoksena ja ihmisenä kehittymisenä, luo oppilaalle mahdollisuuden tuottaa uutta tietoa (Paakkari & Paakkari 2012a).

Mielestäni kaikki esitetyt näkökulmat vievät kohti "yhteiskuntakelpoista kansalaista", jota on korostettu opetussuunnitelman perusteissa Suomessa jo 70-luvulla (Kari 1994) ja tullut jälleen lasten ja nuorten koulutuksen tavoitteeksi (Hankala 2011) terveyden lukutaidon muodossa. Terveyden lukutaito nähdään kansalaisoikeutena (Jakonen 2002) ja oikeuksien mukana tulee myös velvollisuuksia. Voidaankin ajatella, että toisten ihmisten ja ympäristön huomioiminen

olisi myös velvollisuus. Simonsin ajatus 70-luvulla koulussa opetettavista terveysaiheista oli hyvä, sillä terveysopetuksella on yhteys terveyden lukutaitoon (Ratzan 2001), sillä sen voidaan siis nähdä olevan oppimisen tulosta (Nutbeam 2000; Jakonen 2002).

8.4 Jatkotutkimusehdotuksia

Aikuisilla tehdyissä tutkimuksissa sosioekonominen asema sekä etninen tausta ovat yhteydessä niin terveyden lukutaitoon kuin terveyskäyttäytymiseen, joten niiden selvittäminen myös nuorten osalta olisi mielenkiintoista. FAS -mittari (Family Affluence Scale) on käytössä WHO-Koululaistutkimuksessa ja sen avulla saadaan tietoa lasten ja nuorten sosioekonomisesta asemasta. Jatkossa olisi hyvä selvittää ovatko perheen sosioekonominen status, nuoren etninen tausta sekä asuinpaikka yhteydessä itsearvioituun terveyden lukutaitoon.

Terveystiedon opettamisen sekä laajemmin terveyskasvattajien näkökulmasta olisi hyödyllistä selvittää korreloiko eri muuttujat eli funktionaalinen lukutaito, jatkokoulutusorientaatio ja koettu terveys 13- ja 15-vuotiailla sekä pojilla ja tytöillä itsearvioitun terveyden lukutaidon kanssa. Myös terveystieto oppiaineen tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta olisi tärkeää tutkia, vaikuttaako ikä itsearvioitun terveyden lukutaidon eettinen vastuullisuus osa-alueen tasoon.

Pitkittäistutkimuksella voitaisiin selvittää muuttuvatko tutkimushenkilöiden terveyden lukutaidon taso ja siihen yhteydessä olevat muuttujat heidän ollessa 11-, 13- ja 15-vuotiaita.

LÄHTEET

- Abel T. 2008. Measuring health literacy: moving towards a health promotion perspective. *International Journal of Public Health* 53, 169–170.
- Aira T, Tuominiemi A-M. & Kannas L. 2009. Terveystiedon opetuksen ja tutkimuksen lähtökotia. Teoksessa Kannas L, Peltonen H. & Aira T. (toim.) *Kokemuksia ja näkemyksiä terveystiedon opetuksesta yläkouluissa – Terveystiedon kehittämistutkimus osa I*. Helsinki: Edita Prima Oy, 18–32.
- American Medical Association, Ad Hoc Committee on Health Literacy for the American Council on Scientific Affairs. 1999. Health literacy: report of the council on scientific affairs. *Journal of the American Medical Association* 281, 552–557.
- Baker D. W. The meaning and measure of health literacy. 2006. *Journal of General Internal Medicine* 21 (6), 878–883.
- Broadbear J. T. & Keyser B B. 2000. An Approach to Teaching for Critical Thinking in Health Education. *Journal of School Health* 70, 322–326.
- Chang L-C. 2010. Health literacy, self-reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing* 20, 190–196.
- Chang L-C, Hsieh P-L, Liu C-H. 2012. Psychometric evaluation of the chinese version of short-form test of functional health literacy in Adolescents. *Journal of Clinical Nursing* 21, 2429–2437.
- Chisolm D. J. & Buchanan L. 2007. Measuring adolescent fundamental health literacy: a pilot validation of the test of functional health literacy in adults. *Journal of Adolescent Health* 41, 312–314.
- Diehl S. J. 2011. Health literacy education within adult literacy instruction. *New directions for adult and continuing education* 130, 29–42.
- Flecha A, Carcia R. & Rudd R. 2011. Using health literacy in school to overcome Inequalities. *European Journal of Education* 46 (2), 209–219.
- Freedman D. A, Bess K. D, Tucker H. A, Boyd D. L, Tuchman A. M. & Wallston K. A. 2009. Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine* 36 (2), 446–451.
- Ghaddar S. F, Valerio M. A, Garcia C. M. & Hansen L. 2012. Adolescent health literacy: The importance of credible sources for online health information. *Journal of School Health* 82, 28–36.
- Green J, Lo Bianco J. & Wyn J. 2007. Discourses in interaction: The intersection of literacy and health research internationally. *Literacy and Numeracy Studies* 15 (2), 19–37.

- Hankala M. 2011. Sanomalehdellä aktiiviseksi kansalaiseksi? Näkökulmia nuorten sanomalehtien lukijuuteen ja koulun sanomalehtiopetukseen. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä Studies in Humanities 148.
- Huitt W. 2011. Bloom et al.'s taxonomy of the cognitive domain. Educational Psychology Interactive. Valdosta, GA: Valdosta State University. Viitattu 2.6. 2015. <http://www.edpsycinteractive.org/topics/cogsys/bloom.html>
- HLS-EU Consortium. 2012. Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU. Viitattu 20.4.2015. <https://app.box.com/s/j1rcyq297sbhl4tbhfvhdzmb7lfvqoy2>
- Jakonen S. 2002. Terveyden lukutaito - uusi näkökulma yksilön oman terveyden edistämiseen? Teoksessa Koivisto T, Muurinen S, Peiponen A, Rajalahti E. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2003. Terveyden edistäminen. Helsinki: Tammi, 121–132.
- Jeronen E. 2009. Terveystiedon didaktikkaan liittyvät teorit. Teoksessa Jeronen E, Välimaa R, Tyrväinen H. & Maijala H. (toim.) Terveystietoa oppimaan ja opettamaan. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 19–53.
- Kaisla M. & Välimaa R. Oppimisympäristö. 2009. Teoksessa Jeronen E, Välimaa R, Tyrväinen H. & Maijala H. (toim.) Terveystietoa oppimaan ja opettamaan. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 97–110.
- Kannas L. 2006. Terveystieto-oppiaineen pedagogisia lähtökohtia. Teoksessa Peltonen H. & Kannas L. (toim.) Terveystieto tutuksi – ensiapua terveystiedon opettamiseen. 2. korjattu painos. Helsinki: Opetushallitus, 9–36.
- Kari J. Kasvatus- ja opetustavoitteet. 1994. Teoksessa Kari J. (toim.) Didaktikka ja opetussuunnittelu. Juva; WSOY, 66–101.
- Kickbusch I. S. 2001. Health literacy: addressing the health and education divide. Health Promotion International 16: 3.
- Kickbusch I, Pelikan J, Apfel F. & Agis T. 2013. Health literacy. The solid facts. Viitattu 22.4.2015. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
- National Center for Education Statistics. 2004. The Nation's Report Card: Reading Highlights 2003. US Department of Education. Viitattu 2.6.2015. <http://nces.ed.gov/nationsreportcard/pdf/main2003/2004452.pdf>
- Kämppi K, Välimaa R, Ojala K, Tynjälä J, Haapasalo I, Villberg, J. & Kannas, L. 2012. Koulukokemusten kansainvälistä vertailua 2010 sekä muutokset Suomessa ja Pohjoismaissa 1994–2010 -WHO-Koululaistutkimus (HBSC-study). Koulutuksen seurantaraportit 2012: 8.
- Laki perusopetusta koskevan lain muuttamisesta 453/2001.
- Laki lukiokoulutusta koskevan lain muuttamisesta 454/2001.

- Laki ammatillisesta koulutuksesta annetun lain muuttamisesta 455/2001.
- Luopa P, Kivimäki H, Matikka A, Vilkki S, Jokela J, Laukkarinen E. & Paananen R. 2014. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000–2013. Kouluterveyskyselyyn tulokset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 25/2014.
- Magno C. 2010. The role of metacognitive skills in developing critical thinking. *Metacognition and Learning* 5, 137–156.
- Manganello J. A. 2008. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research* 23 (5), 840–847.
- Metsämuuronen J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Nielsen-Bohlan L, Panzer A. M, Hamlin B. & Kindig D. A. (toim.) 2004. Health literacy: A prescription to end confusion. Institute of Medicine of the National Academies. Washington, DC: The National Academies Press.
- Nivala E. 2007. Kansalaisuus nuorisokasvatuksen teorian jäsentäjänä. Teoksessa Nivala E. & Saastamoinen M. (toim.) Nuorisokasvatuksen teoria – perusteita ja puheenvuoroja. Nuorisotutkumusseura. Nuorisotutkimusverkosto. Julkaisuja 73, 93-131.
- Nummenmaa L. 2011. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. 3. uudistettu painos. Tammi: Latvia.
- Nurmi J-E, Ahonen T, Lyytinen H, Lyytinen P, Pulkkinen L. & Ruoppila I. 2010. Ihmisen psykologinen kehitys. 1.–4. painos. Porvoo: WSOY.
- Nutbeam D. 1998a. Health promotion glossary. Health Promotion International. Oxford University Press 13 (4), 349–364.
- Nutbeam D. 1998b. Health Promotion Glossary. World Health Organization, Geneva.
- Nutbeam D. 2000. Health literacy as public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. Oxford University Press 15, 259–267.
- Nutbeam D. 2008. “The evolving concept of health literacy”. *Social Science and Medicine* 67 (12), 2072–2078.
- Opetushallitus. 2004. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2004 (POPS). Viitattu 23.4.2015. http://www.oph.fi/download/139848_pops_web.pdf
- Opetushallitus. 2014. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2014 (POPS). Viitattu 23.4.2015. http://www.oph.fi/download/163777_perusopetuksen_opetussuunnitelman_perusteet_2014.pdf

- Ormslow M. J., Paakkari L. T. & Kannas L. K. 2013. Measuring child and adolescent health literacy: a systematic review of literature. *Health Education* 113 (5), 433–455.
- Osborn C, Paasche-Orlow M, Bailey S. & Wolf M. The mechanisms linking health literacy to behavior and health status. *American Journal of Health Behavior* 35 (1), 118–128.
- Ownby R. L, Acevedo A, Waldrop-Valverde D, Jacobs R. & Caballero J. 2014. Abilities, skills and knowledge in measures of health literacy. *Patient Education and Counseling* 95, 211–217.
- Paakkari L. 2012. Widening Horizons. A phenomenographic study of student teacher's conceptions of health education and its teaching and learning. *Jyväskylän yliopisto. Studies in Sport, Physical Education and Health* 179.
- Paakkari L. 2015. Three Approaches to School Health Education as a Means to Higher Levels of Health Literacy. Teoksessa Simovska V. & Mannix-McNamara P. (toim.) *Schools for Health and Sustainability: Theory, Research and Practice*. Alankomaat: Springer, 275–289.
- Paakkari L. & Paakkari O. 2012a. Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education* 112 (2), 133–152.
- Paakkari L. & Paakkari O. 2012b. Future directions: How to organize classroom practices to support the development of holistic health literacy. Teoksessa Marks R. (toim.) *Health literacy and school-based health education*. Englanti: Emerald, 187–204.
- Paasche-Orlow, M. K., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., Nielsen-Bohlman, L. T. & Rudd, R. R. 2005. The prevalence of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine* 20, 175–184.
- Peerson A. & Saunders A. 2009. Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter. *Health Promotion International* 24: 3.
- Peltonen H. 2006. Terveystiedon opetusta ohjaava lainsäädäntö ja opetussuunnitelman perusteet. Teoksessa Peltonen H. & Kannas L. (toim.) *Terveystieto tutuksi – ensiapua terveystiedon opettamiseen*. 2. korjattu painos. Helsinki: Opetushallitus, 37–52.
- Rask M. 2012. Lukiolaisten terveydenlukutaidon ja terveystietotaidon ilmeneminen. Laadullinen sisällönanalyysi vuoden 2007 terveystiedon ylioppilaskirjoitusten reaalikokeen vastauksista. *Lapin yliopisto. Acta Universitatis Lapponiensis* 223.
- Ratzan S. C. 2001. Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International* 16 (2), 207–214.
- Reyna V. F. & Brainerd C. J. 2007. The importance of mathematics in health and human judgment: Numeracy, risk communication, and medical decision making. *Learning and Individual Differences* 17, 147–159.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2001. *Terveys 2015 –kansanterveysohjelma*. Esitteitä 2001: 8.

- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 19.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 1.
- St. Leger L. 2001. Schools, health literacy and public health: Possibilities and challenges. *Health Promotion International* 16 (2), 197–206.
- St. Leger L. & Nutbeam D. 2000. A model for mapping linkages between health and education agencies to improve school health. *Journal of School Health* 70 (2), 45–50.
- Summanen A-M. Terveystiedon oppimistulokset perusopetuksen päättövaiheessa 2013. Koulutuksen seurantaraportit 2014: 1.
- Sørensen K, van den Brouche S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z. & Brand H. 2012. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12.
- Sørensen K. 2013. Health literacy: a neglected European public health disparity. Maastrich University.
- Sørensen K. 2014. Manifestera health literacy in Europa. Teoksessa Rigsberg K. C, Olander E. & Tillgren P. (toim.) *Health Literacy. Teori och praktik I hälsofrämjande arbete.* Studentlitteratur: Lund, 245–260.
- Sørensen K, Pelikan J, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Uiters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, van den Brouche S. & Brand H. 2015. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health* 1–6.
- Terveyden edistämisen keskus. 1997. Jakartan julistus: terveyden edistäminen 2000-luvulla. Viitattu 5.5.2015. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_finish.pdf
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2014. Työikäiset. Viitattu 1.6.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elamankulku/tyoikaiset>
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2015. Eriarvoisuus. Viitattu 12.5.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus>
- Tilastokeskus. 2014a. Liitetaulukko 1. Tehostettua tai erityistä tukea saaneet peruskoulun oppilaat 2013. http://www.stat.fi/til/erop/2013/erop_2013_2014-06-12_tau_001_fi.html
- Tilastokeskus. 2014b. Liitetaulukko 7. Erityistä tukea saaneet peruskoulun oppilaat 1995–2013 1). Viitattu 8.6.2015. http://www.stat.fi/til/erop/2013/erop_2013_2014-06-12_tau_007_fi.html

- Tones, K. 2002. Health literacy: new wine in old bottles? Editorial. *Health Education Research* 17 (3), 287–290.
- Valtioneuvoston kanslia. 2015a. Valtioneuvoston tiedonanto eduskunnalle 29.5.2015 nimitetyn pääministeri Juha Sipilän hallituksen ohjelmasta. Viitattu 3.6.2015. http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1433371/Tiedonanto_Sipil%C3%A4_29052015_final.pdf/6de03651-4770-492a-907f-89452141d0d5
- Valtioneuvoston kanslia. 2015b. Valtioneuvoston tiedonanto eduskunnalle 29.5.2015 nimitetyn pääministeri Juha Sipilän hallituksen ohjelmasta - Liitteet. Viitattu 3.6.2015. http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1433371/Tiedonanto_Sipil%C3%A4_29052015_LIITE_yhdistetty.pdf/ff5e74fe-5736-45e9-861e-edf8b39d05d3
- van der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J. & Uiters E. 2013. The relationship between health, education, and health literacy: Results from the Dutch adult literacy and life skills survey. *Journal of Health Communication* 18, 172–184.
- Vitikka E. 2009. Opetussuunnitelman mallin jäsenitys. Sisältö ja pedagogiikka kokonaisuuden rakentajina. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Wilson J. 2003. The crucial link between literacy and health. *Annals of Internal Medicine* 139: 10.
- World Health Organization (WHO). 1986. Ottawa charter for health promotion, 1986. Viitattu 6.5.2015. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- World Health Organisation (WHO). 1997. Promoting health through schools. Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. WHO Technical Series 870.
- World Health Organization (WHO). 2013. Health 2020. Viitattu 30.3.2015. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1
- Wu A. D, Begoray D. L, MacDonald M, Higgins W, J, Frankish J, Kwan B, Fung W. & Rootman I. 2010. Developing and evaluating a relevant and feasible instrument for measuring health literacy of Canadian high school students. *Health Promotion International* 25 (4), 444–452.
- Wångdahl J, Lytsy P, Mårtensson L. & Westerling R. 2014. Health literacy among refugees in Sweden – a cross-sectional study. *BMC Public Health* 14, 165–172.
- Zarcadoolas C, Pleasant A. & Greer D. S. 2005. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International* 20 (2), 195–203.

LIITTEET

Liite 1

Terveyden lukutaitoa mittaavat kysymykset

Tiedot

Olen varma, että minulla on hyvät tiedot terveydestä.

Olen varma, että minulla on riittävästi tietoa, jotta pystyn pitämään huolta terveydestäni.

Olen varma, että osaan helposti antaa esimerkkejä asioista, jotka tukevat terveyttä.

Taidot

Olen varma, että osaan noudattaa lääkärin tai hoitajan minulle antamia ohjeita.

Olen varma, että löydän tarvittaessa terveyteen liittyvää tietoa, jota minun on helppo ymmärtää.

Olen varma, että kun olen kipeä, tiedän, mistä löydän tarvitsemani terveyspalveluita.

Kriittinen ajattelu

Olen varma, että pystyn helposti arvioimaan internetistä löytämäni terveyteen liittyvän tiedon luotettavuutta.

Olen varma, että osaan vertailla keskenään eri tiedonlähteistä saatua terveyteen liittyvää tietoa.

Olen varma, että osaan yleensä selvittää, onko jokin terveyteen liittyvä tieto oikea vai väärä.

Itsetuntemus

Olen varma, että osaan päätellä, miten erilaiset terveysvalinnat vaikuttavat terveyteeni.

Olen varma, että osaan päätellä, onko saamani terveyteen liittyvä tieto minulle käyttökelpoista.

Olen varma, että osaan perustella omia terveyteen liittyviä valintojani.

Olen varma, että osaan suunnitella, mitä minun pitää tehdä, jos haluan kohentaa terveyttäni.

Eettinen vastuullisuus

Olen varma, että minulla on riittävästi tietoa ja taitoa, jotta voin osallistua toimintaan lähiympäristöni (esim. lähellä oleva paikka tai alue, perhe, ystävät) terveyden parantamiseksi.

Olen varma, että minulla on riittävästi tietoa ja taitoa, jotta voin osallistua toimintaan, jolla pyritään vaikuttaa lähiympäristöni terveyteen.

Olen varma, että osaan tarvittaessa antaa ideoita, miten lähiympäristöni terveyttä voidaan kehittää.

LIITETAULUKKO 1. Jatkokoulutusorientaatio vastausten jakautuminen.

Jatkokoulutus- orientaatio	13v.		15v.		Yhteensä	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Lukioon	101	(50,0)	98	(49,2)	199	(49,5)
Ammatilliseen	52	(25,7)	81	(40,7)	133	(33,1)
Oppisopimukseen	2	(1,0)	4	(2,0)	6	(1,5)
Töihin	4	(2,0)	0	(0,0)	4	(1,0)
Jään työttömäksi	1	(0,5)	1	(0,5)	2	(0,5)
En osaa sanoa	37	(18,3)	15	(7,5)	53	(13,2)
Puuttuu	5	(2,5)	0	(0,0)	5	(1,2)
Yhteensä	197	(100)	199	(100)	402	(100)

LIITETAULUKKO 2. Koetun terveyden yhteys itsearvioituun terveyden lukutaidon tasoon asteikolla 1–4.

Koettu terveys	M	(SD)	n	(%)
Erinomainen	3,31	0,48	114	(28,5)
Hyvä	3,08	0,43	253	(63,5)
Kohtalainen	2,74	0,58	32	(8,0)
Huono	2,50	2,12	2	(0,5)
Yhteensä	2,9	0,90	401	(100)

M = keskiarvo, SD = keskihajonta

p-arvo ryhmien välillä = 0,000