

**PERHEEN VARALLISUUSTASON JA PERHEEN SOSIAALISEN ILMAPIIRIN
YHTEYS 15-VUOTIAIDEN SUOMEN- JA RUOTSINKIELISTEN TERVEYDEN
LUKUTAIDON**

WHO-Koululaistutkimuksen tuloksia 2014

Hanna Paasio

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma

Liikuntatieteellinen tiedekunta

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2020

TIIVISTELMÄ

Paasio, H. 2020. Perheen varallisuustason ja perheen sosiaalisen ilmapiirin yhteys 15-vuotiaiden suomen- ja ruotsinkielisten terveyden lukutaitoon – WHO-Koululaistutkimuksen tuloksia 2014. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma, 65 s., 6 liitettä.

Terveyden lukutaitoa on tärkeää kehittää lapsuudessa ja nuoruudessa ja perhe on tunnistettu tärkeäksi tässä kontekstissa. Perheen avoimen kommunikaation ja korkean varallisuustason on todettu olevan yhteydessä nuorten korkeaan terveyden lukutaitoon, mutta toistaiseksi tiedetään vain vähän perheen merkityksestä nuorten terveyden lukutaidon kehityksessä. Suomen- ja ruotsinkielisten välisiä eroja terveyden lukutaidossa sekä perheen sosiaalisen ilmapiirin (tässä tutkimuksessa: perheen tuki, perheen vuorovaikutusilmapiiri, kommunikointi isän ja äidin kanssa) ja varallisuustason yhteyttä terveyden lukutaitoon ei ole tutkittu 15-vuotiailla. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko 15-vuotiaiden terveyden lukutaidossa eroa suomenkielisten ja ruotsinkielisten välillä, sekä miten perheen varallisuustaso, perheen tuki, perheen vuorovaikutusilmapiiri ja kommunikointi vanhempien kanssa ovat yhteydessä terveyden lukutaitoon suomenkielillä ja ruotsinkielisillä 15-vuotiailla.

Tutkimuksen aineistona käytettiin vuonna 2014 Suomessa kerättyä WHO-Koululaistutkimuksen osa-aineistoa, jossa oli mukana sekä suomenkielisiä (n=1935) että ruotsinkielisiä (n=541) 9.-luokkalaisia oppilaita. Aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics 26 –ohjelmistolla ja analyysimenetelminä käytettiin ristiintaulukointia, khiin neliötestiä sekä binääristä logistista regressioanalyysiä.

Tulosten mukaan kieliryhmien välillä ei ollut eroja terveyden lukutaidon tasossa. Suomenkielillä tytöillä ja pojilla terveyden lukutaidon taso vaihteli kaikkien tarkastelussa olleiden perhetekijöiden mukaan. Suomenkielisten poikien korkean terveyden lukutaidon todennäköisyyttä lisäsivät perheen keskinkertainen ja korkea varallisuustaso, perheen vahva tuki sekä keskinkertainen ja hyvä vuorovaikutusilmapiiri. Suomenkielillä tytöillä korkean terveyden lukutaidon todennäköisyyttä lisäsivät perheen keskinkertainen ja hyvä vuorovaikutusilmapiiri ja helppo kommunikointi isän kanssa. Ruotsinkielisillä pojilla ja tytöillä terveyden lukutaidon taso vaihteli perheen tuen ja vuorovaikutusilmapiirin mukaan. Ruotsinkielisten poikien osalta korkean terveyden lukutaidon todennäköisyyttä lisäsivät keskinkertainen ja vahva tuki perheeltä, ja tytöillä vahva perheen tuki.

Tulos kieliryhmien samantasoisesta terveyden lukutaidosta voi olla selitettävissä maanlaajuisesti tasavertaisella terveystiedon opetuksella. Tutkimuksessa tunnistettu perheen sosiaalisen ilmapiirin yhteys sekä suomen- että ruotsinkielisten nuorten terveyden lukutaidon tasoon on huomioitava perheissä sekä perhepoliittisessa päätöksenteossa. Tarve on tämän osalta kummassakin kieliryhmässä samanlaista. Jatkossa tulisi tarkastella myös muiden tuen ja vuorovaikutusilmapiirin osa-alueiden ja eri perherakenteiden yhteyksiä terveyden lukutaitoon.

Asiasanat: terveyden lukutaito, nuoret, perheet, sosiaalinen ilmapiiri, varallisuustaso, kieliryhmät

ABSTRACT

Paasio, H. 2020. Health literacy amongst Finnish and Swedish speaking 15-year-olds, and its` association with family affluence and family social environment – HBSC Study. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Master`s thesis, 65 pp., 6 appendices.

The importance of developing health literacy in childhood and adolescence, and the important role of families in this context has been recognized. Previous studies have determined that an open communication environment and high family affluence are associated with good health literacy in adolescence, but little is known about the role of family in the development of adolescents` health literacy. Differences in health literacy between Finnish and Swedish speaking adolescents and how family social climate (in this study: family support, family communication environment, communication with mom and dad) and family affluence are associated with health literacy in Finnish and Swedish speakers have not been studied in 15-year-olds. The aim of this study was to investigate the difference in health literacy between Finnish and Swedish speaking 15-year-olds, and to examine how family affluence, family social support, family communication environment, and communication with parents are associated with health literacy in Finnish and Swedish speaking 15-year-olds.

The data used in this study is a part of the Health Behavior of School-aged Children study (HBSC) collected in 2014 in Finland. The data consisted of Finnish speaking pupils (n=1935) and Swedish speaking pupils (n=541) in the 9th grade. The data was analyzed with IBM SPSS Statistics 26 software. Cross-tabulation, chi-square test and binary logistic regression were used as methods of analysis.

The results show that there were no differences in health literacy between Finnish and Swedish speaking adolescents. Among Finnish speakers, all the family variables were associated with health literacy. Amongst Finnish speaking boys, medium or high family affluence, high family support and good family communication environment increased the likelihood of high health literacy. In Finnish speaking girls, average and good family communication environment and easy communication with father increased the likelihood of high health literacy. Amongst Swedish speakers, health literacy was associated with family support and family communication environment. In Swedish speaking boys, an average or strong family support increased the likelihood of high health literacy. In Swedish speaking girls, strong family support increased the likelihood of high health literacy.

When comparing health literacy in Finnish and Swedish speakers, the lack of differences might be due to nation-wide good quality education. Based on the results, family social climate is of importance in the development of adolescents` health literacy. This should be recognized within families and in family policy, and the need is similar for both language groups. Future research should investigate associations between health literacy and other dimensions of social support and communication environment, as well as different family structures.

Key words: health literacy, adolescents, families, family social climate, affluence, language groups

Sisällys

1 JOHDANTO.....	1
2 PERHE JA NUORI	3
2.1 Perheen määritelmä.....	3
2.2 Perhesuhteet nuoruudessa	3
2.3 Perheen varallisuustaso nuoren kasvussa ja kehityksessä	4
3 PERHEEN SOSIAALINEN ILMAPIIRI.....	6
3.1 Sosiaalinen tuki perheissä.....	6
3.2 Vuorovaikutusilmapiiri perheissä	8
3.3 Perheen sosiaalinen ilmapiiri nuoren kasvussa ja kehityksessä.....	9
4 TERVEYDEN LUKUTAITO JA SIIHEN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT	12
4.1 Terveyden lukutaidon kansainväliset määritelmät.....	12
4.2 Terveyden lukutaidon määritelmä WHO-Koululaistutkimuksessa	14
4.3 Terveyden lukutaidon taso Suomessa ja maailmalla	16
4.4 Perheen sosiaalisen ilmapiirin yhteys nuoren terveyden lukutaitoon.....	18
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	20
6 AINEISTO JA ANALYYSIMENETELMÄT	21
6.1 Tutkimusaineisto.....	21
6.2 Tutkimuksen mittarit.....	22
6.3 Analyysimenetelmät	24
7 TULOKSET	26
7.1 Terveyden lukutaidon taso.....	26
7.2 Perhetekijät sukupuolen ja kieliryhmän mukaan	27
7.3 Terveyden lukutaito perhetekijöiden mukaan.....	29
7.4 Nuorten todennäköisyys korkeaan terveyden lukutaitoon perhetekijöiden mukaan	35
8 POHDINTA	41
8.1 Tulosten tarkastelua	41
8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	44

8.3 Jatkotutkimusehdotuksia.....	48
9 LÄHTEET	49
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Uusimmassa terveyden edistämisen deklaraatiossa (WHO 2017) yksilöiden terveyden lukutaidon edistäminen on tunnistettu keskeiseksi osaksi tasavertaista terveyden edistämisen tukemista. Terveyden lukutaito nähdään voimavarana, jonka avulla yksilö kykenee edistämään omaa ja läheistensä terveyttä (WHO 2017). Perheympäristöt on kansallisessa lapsistrategiassa nostettu esiin tärkeäksi toimintaympäristöksi lapsen kasvun ja kehityksen tasavertaisessa edistämisessä, ja vanhempien ja lasten väliset vuorovaikutussuhteet sekä perheen sosioekonominen asema on tunnistettu lapsen hyvinvointiin vaikuttaviksi tekijöiksi (Lapsen aika 2019).

Terveyden lukutaitoa on tärkeää kehittää jo varhaisessa lapsuusvaiheessa sekä nuoruudessa (Paakkari & Paakkari 2012; Kickbush ym. 2013, 36) ja läheiset ihmissuhteet, esimerkiksi perhe, on nähty tärkeänä tarkastelun kohteena tässä kontekstissa (Manganello 2008). Vaikka nuori saattaakin murrosiässä etäännyä vanhemmistaan, ovat vanhemmat silti monelle nuorelle läheisimpiä ihmissuhteita (Rönkä & Poikkeus 2000, Rönkän ja Sallisen 2008 mukaan) ja perhe voi olla merkityksellinen tukipilari nuoren psyykkisessä ja kognitiivisessa kehityksessä (Ruoppila 2003, 164; Kelli ym. 2004, 500). Tutkimuksissa perheen hyvä tuki ja vuorovaikutusilmapiiri, joihin tässä tutkimuksessa käytetään kattokäsitettä sosiaalinen ilmapiiri, ovat olleet yhteydessä nuorten parempaan tieteen lukutaitoon (Pingree ym. 2000), uuden informaation käsittelyyn Ledbetter ja Schrodt (2008) ja argumenttien kriittiseen analysointiin (Chng ym. 2014). Lisäksi perheen avoimen vuorovaikutusilmapiirin (Manganello & Sojka 2016) ja korkean varallisuustason (Paakkari ym. 2018) on todettu olevan yhteydessä murrosikäisten nuorten korkeampaan terveyden lukutaitoon. Toistaiseksi tiedetään kuitenkin varsin vähän perheen merkityksestä nuoren terveyden lukutaidon kehityksessä.

Kansainvälisessä tarkastelussa kielivähemmistöjen terveys ja terveyskäyttäytyminen ovat heikommalla tasolla verrattuna muuhun väestöön (Rojas-Guyler ym. 2008; Britigan ym. 2009; Kickbush ym. 2013; Massey ym. 2018). Suomessa sen sijaan kielivähemmistön asemassa olevien ruotsinkielisten aikuisten terveys on todettu olevan paremmalla tasolla kuin suomenkielisten (Hyypä & Mäki 2001a; Hyypä & Mäki 2001b; Saarela & Finnäs 2005). Lapsilla ja nuorilla erot terveydessä ja terveyskäyttäytymisessä ovat vaihdelleet kummankin kieliryhmän eduksi (Suominen ym. 2000; Saarela & Finnäs 2004; Simonsen ym. 2016). Toistaiseksi vain Simonsen ym. (2019) ovat vertailleet suomen- ja ruotsinkielisten nuorten

terveyden lukutaidon tasoa, mutta tutkimuksessa ei tarkasteltu erikseen 15-vuotiaita. Lisäksi Simonsen ym. (2019) tutkivat vain sosioekonomisten tekijöiden vaikutusta terveyden lukutaitoon mutta perheen sosiaaliseen ilmapiiriin liittyvien tekijöiden vaikutuksista ei ole tutkimusnäyttöä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, onko terveyden lukutaidossa eroa suomenkielisten ja ruotsinkielisten 15-vuotiaiden välillä, sekä miten perheen varallisuustaso, perheen tuki, perheen vuorovaikutusilmapiiri ja kommunikointi vanhempien kanssa ovat yhteydessä suomenkielisten ja ruotsinkielisten nuorten terveyden lukutaitoon. Aineistona käytetään Suomessa vuonna 2014 kerättyä WHO-Koululaistutkimuksen osa-aineistoa, jossa on mukana 9-luokkalaisia suomenkielisistä ja ruotsinkielisistä kouluista. Tutkimus lisää tietoa kieliryhmien välisistä eroista terveyden lukutaidossa sekä perheen sosiaalisen ilmapiiriin yhteydestä nuorten terveyden lukutaitoon.

2 PERHE JA NUORI

2.1 Perheen määritelmä

Perherakenteita ja perheen sisäisiä suhteita on tutkimusten valossa tarkasteltu eri näkökulmista (Day 2002). Niissä perhe on nähty entiteettinä, yhtenäisenä ja tasapainoa vaalivana kokonaisuutena. Perheenjäsenet toimivat interaktiivisesti rakentaen vuorovaikutusmalleja, joiden avulla he saavuttavat joko yhteisiä tai henkilökohtaisia tavoitteita (Day 2002, 38). Perheiden velvoitteiksi on määritelty erilaisten tehtävien hoitaminen, esimerkiksi lasten kasvattaminen ja hoivaaminen sekä taloudellinen yhteistyö (Jallinoja 1985, 6). Objektiiivisesta ja historiallisesta näkökulmasta perheellä tarkoitetaan yhteisessä kodissa asuvaa äitiä ja isää sekä heidän lapsiaan (Jallinoja 1985, 6), mutta nykyään keskustelu perheen määritelmästä on laajentunut ja käsitteen vahva assosiaatio samassa osoitteessa asuvasta ydinperheestä on hälventynyt (Jallinoja 1985, 9, 72), eikä istu nykypäivän kulttuuriin (Pylkkänen 2008, 72). Perheen määritelmää lähestytäänkin yleisemmin yksilön subjektiivisesta näkökulmasta, eli yksilön kokemuksesta sosiaalisesta yhteisöstä, perhesidoksesta, joka rakentuu vahvasta yhteenkuuluvuuden tunteesta (Jallinoja 1985, 7, 9).

Perheiksi voidaan kokea hyvin erilaisia yhteisöjä (Jallinoja 1985, 9) ja esimerkiksi erilaiset asumiskuviot muodostavat uusia näkemyksiä siitä, mikä on perhe (Pylkkänen 2008, 72). Perheitä on nykyään monenlaisia ja yli kolmasosa suomalaisperheistä on monimuotoisia (Väestöliitto 2019). Perhe voi olla esimerkiksi uusperhe, sateenkaariperhe, adoptioerhe tai sijaisperhe (Väestöliitto 2019). Tilastokeskuksen (2019b) mukaan perheiksi luokitellaan avotai avioliitossa olevat tai rekisteröityneet parit, joilla joko on tai ei ole lapsia, sekä yksinhuoltajat.

2.2 Perhesuhteet nuoruudessa

Perhe koostuu yksilöistä, joten dynamiikkaan vaikuttaa perheenjäsenten yksilölliset, elämäntilanteeseen liittyvät tekijät (Ruoppila 2014). Nuoruuden keskeisiin kehitystehtäviin kuuluu muun muassa oman identiteetin omaksuminen, kansalaisoikeuksien ja velvollisuuksien ymmärtäminen ja omaksuminen sekä koulutuksen hankkiminen (Ruoppila 2014, 107).

Vanhemmat voivat vaikuttaa lapseen asettamalla rajoja, rankaisemalla ja mahdollistamalla asioita (Hurme 2003, 149-150). Vanhemmat voivat tietoisesti opettamalla tai mallin antamisen kautta vaikuttaa esimerkiksi lapsen arvoihin tai asenteisiin, mutta malliesimerkkinä toimiminen voi tapahtua myös tiedostamattomasti (Hurme 2003, 149). Perheenjäsenet mallintavat herkästi toisiaan johtuen biologisista siteistä ja vahvasta kiintymyksestä (Hurme 2003, 148-149).

Rönkän ja Poikkeuksen tutkimuksessa suurimmalle osalle yläkouluikäisistä haastatelluista äiti ja isä olivat läheisimpiä ihmissuhteita ja äiti mainittiin kaikkein läheisimmäksi ihmissuhteeksi useammin kuin isä (Rönkä & Poikkeus 2000, Rönkän ja Sallisen 2008 mukaan). Rote ja Smetana (2018) raportoivat amerikkalaisnuorten osalta, että suhteet äitiin olivat avoimempia ja läheisempiä kuin suhteet isään. Rönkän ja Poikkeuksen tutkimuksessa yläkoulun aikana tapahtui etäännyttä vanhemmista, ja nuoret eivät enää samassa määrin jakaneet vanhempiansa kanssa asioitaan tai tunteneet yhtä vahvaa läheisyyttä heitä kohtaan (Rönkä & Poikkeus 2000, Rönkän ja Sallisen 2008 mukaan). Tyttöjen ja isien suhde etäännyi voimakkaammin kuin poikien ja isien, mutta tytöt ja äidit viettivät sen sijaan enemmän aikaa yhdessä kahdeksannen luokan jälkeen (Rönkä & Poikkeus 2000, Rönkän ja Sallisen 2008 mukaan).

Nuoruudessa kavereiden merkitys korostuu. Rönkän ja Poikkeuksen tutkimuksessa noin kolmasosa nuorista koki kavereiden tai seurustelukumppanin kanssa puhumisen luontevammaksi kuin vanhempien kanssa puhumisen (Rönkä & Poikkeus 2000, Rönkän ja Sallisen 2008 mukaan) ja 15-vuotiaat raportoivat yleisemmin saavansa paljon tukea kavereiltaan verrattuna perheeltään (Lenzi ym. 2016). Monelle perhe merkitsee silti palautumisen ja turvan lähdettä, jolloin on tärkeää, että perheympäristö osaa sopeutua ja vastata nuoren tarpeisiin elämän eri osa-alueilla (Rönkä & Sallinen 2008).

2.3 Perheen varallisuustaso nuoren kasvussa ja kehityksessä

Sosioekonominen asema voi vaikuttaa lähtökohtiin ja mahdollisuuksiin saada terveyteen liittyvää tietoa (Dahlgren & Whitehead 2007, 8; Niemelä ym. 2012, 153; Wright ym. 2013, 187; Matikainen 2017, 335). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan sosioekonominen asema muodostuu yksilön koulutuksesta, ammatista ja asemasta työelämässä, jotka puolestaan vaikuttavat aineellisiin voimavaroihin, kuten tulotasoon (THL 2020a). Nuoren sosioekonomista asemaa mitataan usein hänen vanhempiansa ja perheensä sosioekonomisen

aseman perusteella (Lahelma & Rahkonen 2011, 46–47). Perheen sosioekonominen asema voi vaikuttaa lapsen oppimiskykyyn, käyttäytymiseen ja terveyteen (THL 2020b) ja lapsuuden sosioekonominen asema saattaa vaikuttaa lapsen terveyteen vielä aikuisiässä vaikuttaen väestön terveyserojen kehittymiseen (Lahelma & Rahkonen 2011, 51). Suomessa vuonna 2019 tehdystä Lapsen ääni -kyselytutkimuksesta (Pelastakaa Lapset 2019) selvisi, että lapset ja nuoret (13–17-v.), jotka kokivat perheensä vähävaraiseksi, näkivät tulevaisuutensa synkempänä ja kokivat henkisen hyvinvointinsa heikommaksi verrattuna hyvätuloisten perheiden lapsiin ja nuoriin.

Perheen varallisuustaso on yksi tapa määritellä perheen sosioekonomista asemaa. Kansainvälisissä tutkimuksissa ja Suomessa WHO-Koululaistutkimuksissa perheen varallisuustasoa on mitattu FAS-mittarilla (Family Affluence Scale), minkä avulla nuori arvioi perheensä aineellista varallisuutta ja kulutusmahdollisuuksia esimerkiksi kodin elektroniikan, autojen ja ulkomaanlomien määrän perusteella (Liu ym. 2012; Schnohr ym. 2013). Kyseisellä mittarilla mitattuna perheen varallisuustason on todettu olevan yhteydessä nuorten terveyteen, terveystyöskäyttämiseen ja koulumenestykseen useissa maissa (OECD 2015; Elgar 2016), ja perheen varallisuustasosta johtuvat terveyserot nuorten keskuudessa ovat yleisiä monessa Euroopan maassa, vaikka nuorten terveydentilassa onkin tapahtunut myönteistä kehitystä vuosien saatossa (Chzhen ym. 2016).

Yksittäisten FAS-mittarin varallisuustasoa määrittävien tekijöiden vaikutus terveyteen ja terveystyöskäyttämiseen saattaa vaihdella sukupuolten välillä ja paremmalla varallisuustasolla voi olla myös terveyttä heikentäviä vaikutuksia (Koivusilta ym. 2006; Chzhen ym. 2016). Osittain käänteiset yhteydet perheen varallisuustasoa määrittelevien tekijöiden osalta osoittaa, että muutkin tekijät kuin kulutustottumukset ja aineellinen varallisuus voivat vaikuttaa terveysindikaattoreihin (Koivusilta ym. 2006; Chzhen ym. 2016).

Kun suomen- että ruotsinkieliset 11-, 13-, ja 15-vuotiaat arvioivat perheen varallisuustasoa FAS-mittarilla, olivat kieliryhmien väliset erot merkitseviä (Simonsen ym. 2016, 13). Suomenkielisistä 44 % arvioi perheen varallisuustason hyväksi ja ruotsinkielisistä 59 %. Keskimääräiseksi varallisuustason arvioi 48 % suomenkielisistä ja 36 % ruotsinkielisistä. Matalimpaan varallisuustason luokkaan arvioi kuuluvansa 9 % suomenkielisistä ja 6 % ruotsinkielisistä (Simonsen ym. 2016).

3 PERHEEN SOSIAALINEN ILMAPIIRI

Perheen sosiaalista ilmapiiriä käytetään tässä tutkimuksessa kattokäsitteenä perheen tuelle, vuorovaikutusilmapiirille ja vaikeista asioita kommunikaatiolle äidin ja isän kanssa. Sosiaalinen ilmapiiri on kontekstisidonnaista, eli sidoksissa tiettyyn fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön (Moos & Holahan 2004). Se on käsitteenä laaja ja dynaaminen, mutta pyrkii kuvastamaan ihmissuhteiden luonnetta ja ominaispiirteitä, yksilöiden mahdollisuuksia henkilökohtaiseen kasvuun ja kehitykseen sekä järjestäytyneisyyttä ja hallintaa (Moos & Holahan 2004). Tutkimuksissa on jo useita vuosikymmeniä sitten alettu käyttää sosiaalisen ilmapiirin käsitettä kuvastamaan erilaisten sosiaalisten ympäristöjen ominaisuuksia, ja siihen on kehitetty useita mittareita (Wilkinson 1973). Sosiaalinen ilmapiiri vaikuttaa ihmisen käyttäytymiseen (Wilkinson 1973), ja lisäksi ihmissuhteiden ominaisuuksien on todettu voivan vaikuttaa yksilöiden hyvinvointiin (House & Kahn 1985). Tämä tutkimus rajoittuu sosiaaliseen ilmapiiriin perheissä, ja perheenjäsenten keskinäisten suhteiden luonnetta ja ominaispiirteitä tarkastellaan perheen vuorovaikutusilmapiirin, vanhempien kanssa kommunikaation ja perheen sosiaalisen tuen näkökulmasta. Tarkastelemalla näiden sosiaalista ilmapiiriä kuvastavien tekijöiden yhteyttä nuorten terveyden lukutaitoon voidaan lisätä ymmärrystä myös sosiaalisen ilmapiirin luomista mahdollisuuksista yksilön kasvuun ja kehitykseen.

3.1 Sosiaalinen tuki perheissä

Sosiaaliselle tuelle ei ole yhtä yhtenäistä määritelmää (Cohen & Syme 1985, 14; Williams ym. 2004), mutta niiden mittaaminen tutkimustarkoituksessa edellyttää ymmärrystä sosiaalisten suhteiden eri ulottuvuuksista ja osa-alueista (Cohen & Syme 1985, 14).

Williams kumppaneineen (2004) kokosivat yhteen tieteen parissa käytettyjä käsitelmääritelmiä sosiaaliselle tuelle. He löysivät yhteensä 30 eri määritelmää, jotka vaihtelivat laajuudeltaan ja luonteeltaan. Williamsin ym. (2004) muodostaman synteessin mukaan sosiaalinen tuki voi olla lyhytaikaista tai olla jatkuvasti läsnä. Sosiaalisen tuen antaminen voi olla joko tahallista tai tahatonta, ja sillä voi olla sekä negatiivisia että positiivisia vaikutuksia osapuolille. Kirjallisuuskatsauksen mukaan eniten siteeratuimmista määritelmissä sosiaalinen tuki on sitä, että ihminen kokee olevansa rakastettu, arvostettu ja osa sosiaalista verkostoa (Cobb 1976, Williamsin ym. 2004 mukaan). Tuki voi olla luonteeltaan jatkuvasti muuttuvaa ja perustua joko

aineellisiin tai tietoon liittyviin resursseihin (Cohen & Syme 1985, Williamsin ym. 2004 mukaan). Tunnetason ja aineellisen tason resurssit yhdistyvät kolmannessa, paljon käytetyssä määritelmässä (House 1981, Williams ym. 2004 mukaan). House on luokitellut sosiaalisen tuen neljään eri tyyppiin: emotionaaliseen, informatiiviseen, arvioivaan ja välineelliseen (House 1981, House & Kahn 1985, 101 mukaan). Emotionaalinen tuki koostuu empatiasta ja rakkaudesta. Informatiivinen tuki tarkoittaa tiedon ja neuvojen antamista, välineellinen tuki puolestaan rahamääräisiä, materialistisia tai ajallisia resursseja. Arvioiva sosiaalinen tuki tarkoittaa rakentavaa ja tukea antavaa palautetta, joka auttaa yksilöä ymmärtämään omaa suhdettaan ympäristöönsä (House 1981, House & Kahn 1985, 101 mukaan).

Perhe nähdään tärkeänä tuen lähteenä lapsille (Kelli ym. 2004, 499) ja siirryttäessä lapsuudesta nuoruuden kehitysvaiheisiin säilyy perhe edelleen mahdollisena tuen lähteenä (Korhonen & Perho 2014). Vuoden 2013/2014 HBSC-tutkimusmaiden tuloksista koostettu raportti kertoo, että nuorten mielipide siitä, että perhe antaa paljon emotionaalista ja informatiivista tukea laski iän myötä, muutamia poikkeusmaita lukuun ottamatta (Brooks ym. 2016). Suomessa 65 % sekä 15-vuotiaista tytöistä että pojista koki saavansa perheeltään paljon tukea, mikä vastaa kaikkien tutkimusmaiden keskiarvoa. Suomessa pojat kokivat saavansa perheeltä hyvin tukea vain prosenttiyksikön verran enemmän kuin tytöt eikä myöskään kansainvälisessä keskiarvossa ilmennyt merkittäviä sukupuolten välisiä eroja koetussa tuen määrässä (Brooks ym. 2016). Yhdysvaltalaisia nuoria koskevassa tutkimuksessa ei vastaavasti todettu sukupuolten välisiä eroja (Malecki & Demaray 2003), mutta Ellosen ja kumppaneiden (2008) tutkimuksessa 15- ja 16 -vuotiaat tytöt kokivat kaiken kaikkiaan saavansa enemmän tukea kuin pojat.

Ellosen ym. (2008) tutkimuksessa 15- ja 16 -vuotiaat nuoret kokivat saavansa eniten tukea vanhemmiltaan ja läheisiltä ystäviltä, mutta myös opettajilta ja koulukavereilta koettiin saatavan suhteellisen hyvin tukea. Ikätovereiden tuki on näyttäytynyt merkittävänä emotionaalisenä ja välineellisenä tuen lähteenä ja ainoastaan informatiivinen tuki on tuen muodoista se, jota nuoret ovat kokeneet saavansa eniten vanhemmiltaan (Ellonen & Korkiamäki 2010). Myös yhdysvaltalaisia nuoria koskevassa tutkimuksessa vanhemmilta saatu tuki oli emotionaalisen tuen lisäksi yleisimmin informatiivista (Malecki & Demaray 2003). Perheeltä saadun tuen tulisi ulottua lapsen ja nuoren kaikkiin elämän osa-alueisiin, kuten kouluun, harrastuksiin ja kaveripiireihin (Gilligan 2000).

Suomenkielisten ja ruotsinkielisten koulujen 5.-, 7.-, ja 9.-luokkalaisilta oppilailta kysyttiin vuoden 2014 WHO-Koululaistutkimuksessa mielipidettä siitä, kuinka paljon he saavat

vanhemmiltaan tukea kouluun liittyvissä asioissa. Kummassakin kieliryhmässä koettiin, että vanhemmat tarjoavat hyvin tukea kouluun liittyvissä asioissa, eikä kieliryhmien välillä ollut eroja (Simonsen ym. 2016). Ruotsinkieliset vastasivat tosin yleisemmin myönteisesti tukea koskevaan väittämään siitä, että vanhemmat tukevat kouluun liittyvissä ongelmissa (Simonsen ym. 2016, 72-74).

3.2 Vuorovaikutusilmapiiri perheissä

Perheen vuorovaikutusilmapiiri koostuu Olsoniin ja Goralliin (2003, 520) viitaten kuuntelemisen taidoista, keskustelutaidoista, avoimuudesta, selkeydestä, jatkuvuudesta ja kunnioituksesta. Kun perheenjäsenet kuuntelevat toisiaan ennakkoluulottomasti ilman keskeyttämistä ja tuomitsemista puhutaan merkityksen hakemisesta (Day 2002, 230). Ymmärrystä pyritään osoittamaan näyttämällä toiselle osapuolelle halua kuunnella ja ymmärtää häntä. Kunnioituksen ja kiinnostuksen osoittaminen edellyttää aktiivista osoitusta kuuntelemisesta ja toisen kannustamisesta kertoa lisää. Vain aktiivinen vuorovaikutus voi vahvistaa toisen osapuolen tunnetta siitä, että hänen mielipiteensä ovat hyväksyttäviä ja merkityksellisiä (Day 2002, 230–231). Ihmisillä on luontainen tarve kokea arvostusta muilta, jotta voivat itse kehittyä parhaalla mahdollisella tavalla, ja arvostuksen ilmapiiri esimerkiksi perheen keskusteluissa syntyy kuuntelemisesta sekä muiden mielipiteiden ja tunteiden huomioimisesta ja hyväksymisestä (Dailey 2006). Ilmapiiri kehittyy vuorovaikutussuhteiden kautta ja määrittää pitkälti yksilöiden psykososiaalisten taitojen kehittymistä ja omien mielipiteiden esiin tuomista (Dailey 2006). Perheissä sekä vuorovaikutuksen määrä että laatu vaikuttavat lapsen kehitykseen (Hurme 2003, 151).

Nuorten ja vanhempien välistä vuorovaikutusilmapiiriä on tutkittu keskusteluorientaation (conversational orientation) ja yhdenmukaisuusorientaation (conformity orientation) ulottuvuuksilla, jotka kattavat useita vuorovaikutuksen osa-alueita (Koerner & Fitzpatrick 2002a; 2002b). Keskusteluorientaatio kertoo, missä määrin kaikkia perheenjäseniä rohkaistaan vapaasti ja oma-aloitteisesti keskustelemaan eri asioista keskenään ilman rajoitteita tai esteitä. Keskusteluorientaation piirteisiin kuuluu aktiivisen keskustelun arvostaminen ja se, että perheenjäsenet kertovat usein omista tekemisistään sekä jakavat ajatuksiaan ja tunteitaan toisilleen (Koerner & Fitzpatrick 2002a). Yhdenmukaisuusorientaatio viittaa ilmapiiriin, jossa vaalitaan perheenjäsenten arvomaailmojen, uskomusten ja asenteiden yhtenäisyyttä (Koerner & Fitzpatrick 2002a; 2002b). Perheet, jotka sijoittuvat korkealle tässä

ulottuvuudessa, pyrkivät ylläpitämään harmoniaa välttelemällä ristiriitoja, ja perheissä korostuu vanhempien auktoriteetti.

Vuoden 2019 Kouluterveyskyselyn mukaan 47 % 8.–9. luokan oppilaista koki, että heillä on hyvä keskusteluyhteys vanhempiensa kanssa. Pojat kokivat keskusteluyhteyden helpommaksi kuin tytöt (Lasten ja nuorten hyvinvointi – Kouluterveyskysely 2019). Myös kansainvälisissä HBSC- tutkimuksissa pojat ovat kokeneet keskustelun vanhempiensa kanssa helpommaksi kuin tytöt, ja tytöt puolestaan kokeneet keskustelun isän kanssa selkeästi vaikeimmaksi (Brooks ym. 2016). Keskustelu vanhempien kanssa näyttää vaikeutuvan iän myötä. Ala-asteikäiset kokevat keskusteluyhteyden vanhempien kanssa paremmaksi verrattuna lukioikäisiin (Lasten ja nuorten hyvinvointi – Kouluterveyskysely 2019) ja 7.-luokkalaiset puolestaan helpommaksi kuin 9.-luokkalaiset (Brooks ym. 2016).

3.3 Perheen sosiaalinen ilmapiiri nuoren kasvussa ja kehityksessä

Vanhemman ja lapsen välinen suhde, perheen ilmapiiri, läsnäolo ja kasvatuskäytännöt on tunnustettu nuoren hyvinvointiin vaikuttaviksi tekijöiksi (Lapsen aika 2019, 28). Vanhempien tarjoamalla tuella voi olla lapsen sosiaalisessa, psyykkisessä ja sivistyksellisessä kehityksessä erittäin merkityksellistä hyötyä (Gilligan 2000). Esimerkiksi lapsen koulumenestys voi olla parempaa, jos hän saa vanhemmiltaan riittävästi tukea (Kelli ym. 2004, 501). Lisäksi lasten PISA-menestyksen on todettu olevan paremmalla tasolla perheissä, joissa vanhemmat käyvät lastensa kanssa säännöllisesti vapaata keskustelua eri aiheista sekä keskustelua koulunkäyntiin liittyvistä asioista (OECD 2018).

Ledbetter ja Schrod (2008) tutkivat perheen keskustelu- ja yhdenmukaisuusorientaation yhteyttä nuorten aikuisten (M=20-v.) kokemaan ahdistukseen heidän kuullessaan ja lukiessaan omatoimisesti uutta ja abstraktia informaatiota. Perheen rohkaiseva ja avoin keskusteluilmapiiri kehitti nuorten aikuisten kykyä vastaanottaa informaatiota eri lähteistä sekä käsittelemään moniulotteisia näkökulmia ilman ahdistuksen tunteita. Ahdistuksen tunteet olivat vähäisempiä, kun nuorella oli enemmän vapauksia omiin mielipiteisiin ja arvomaailmoihin (Ledbetter & Schrod 2008).

Eräässä tutkimuksessa perheen avoin ja rohkaiseva keskusteluympäristö ja toisaalta vanhempien kontrolli ja perheharmonian ylläpitäminen vaikuttivat lasten ja nuorten (4.-,7.-,10.-

ja 12. -luokkalaisten) tieteen lukutaitoon, eli yksilön kykyyn ymmärtää tieteen ja totuudenmukaisuuden periaatteita ja ehtoja niin, että hän osaa kriittisesti arvioida kuulemiaan tai lukemiaan informaationlähteitä sekä soveltaa tietoa käytännössä (Pingree ym. 2000). Tulokset osoittivat, että perheissä, joissa lasta kannustettiin tuomaan mielipiteitään esiin ja heidän mielipiteitään arvostettiin, lapsi myös oppi kriittisempään ajatteluun ja epäkohtien esiin nostamiseen (Pingree ym. 2000). Tuloksilla on yhtäläisyyttä myös Chngin ja kumppaneiden (2014) tutkimustuloksen kanssa, jossa murrosiän kynnyksellä olevien lasten kyky päätellä ja perustella väittämien oikeellisuutta, eli analysoida argumentteja, oli sitä parempi, mitä enemmän vanhemmat kysyivät lastensa mielipidettä asioista tai mitä useammin ja vapaammin lapsi kertoi tekemisistään ja kokemuksistaan vanhemmilleen (Chng ym. 2014).

Terveystietämyksen ja -käyttäytymisen kannalta on tärkeää, että perheessä kommunikoidaan runsaasti ja avoimesti eri asioista, sillä silloin ajaututaan myös suuremmalla todennäköisyydellä puhumaan terveyteen liittyvistä asioista (Baiocchi-Wagner & Talley 2013; Manganello & Sojka 2016), mikä puolestaan voi lisätä terveyttä edistävää käyttäytymistä (Baiocchi-Wagner & Talley 2013). Tutkimuksissa on vaihtelevuutta siinä, miten sosiaalista ilmapiiriä on määritelty ja mitattu, mutta yhteenvetona voi todeta, että sellainen sosiaalinen ilmapiiri perheissä, jossa lasta tai nuorta ei kuunnella tai kunnioiteta ja vanhempien ja nuorten välinen kommunikointi on sulkeutunutta ja syyllistävää, on yhteydessä muun muassa heikompaan koettuun terveyteen (Suominen ym. 2000), heikompaan psyykkiseen hyvinvointiin (Halme ym. 2018), päivittäiseen oireiluun (Halme ym. 2018), päihteiden käyttöön (Ryan ym. 2010; Berg ym. 2017; Nelson ym. 2017; Šumskas ym. 2017; Ackard ym. 2006; Crouter ym. 2005) ja epäterveellisiin painonhallintakeinoihin (Vedanthan ym. 2016). Tutkimusnäyttöä on myös siitä, että perheen aktiivinen keskustelu terveellisestä ravitsemuksesta (Weintraub Austin ym. 2018), mediamainonnasta (Radanielina Hitan ym. 2017) ja tupakanpoltosta Paek ym. (2008) vaikuttaa myönteisesti nuoren tietotasoon ja kriittiseen medialukutaitoon aihealueeseen liittyen.

Vanhempien rooli lasten ja nuorten tiedonlähteenä terveyteen liittyvissä asioissa on vaihdellut tutkimuksissa. Kanadassa tehdystä tutkimuksesta (Wharf Higgins ym. 2009) selvisi, että 14–17-vuotiaista (N=194) 54 % kääntyisi vanhempiensa puoleen selvittääkseen, onko heidän löytämänsä terveyteen liittyvä tieto luotettavaa. Ackardin ja Neumark-Sztainerin (2001) tutkimustulosten mukaan 5.–12.-luokkalaisista yhdysvaltalaisnuorista pojista noin 60 % ja tytöistä noin 70 % raportoi vanhempansa yhdeksi tiedonlähteekseen terveysaiheisissa asioissa, mutta eräässä toisessa yhdysvaltalaisnuoristutkimuksessa 31 % 9–13-vuotiaista nuorista raportoi

kääntyvänsä ensimmäiseksi vanhempien puoleen terveyteen liittyvissä kysymyksissä (Brown ym. 2007). Kun suomalaisilta yhdeksäsluokkalaisilta kysyttiin, missä määrin he keskustelevat vanhempiensa kanssa koulun terveystiedon tunneilla käsitellyistä asioista, vain 4 % ilmoitti keskustelevansa niistä paljon ja kolmasosa ei keskustellut niistä kotona lainkaan ja neljännes joskus tai harvakseltaan (Summanen 2014, 49). Noin kymmenesosa koki, ettei terveystieto ole heidän huoltajiensa mielestä tärkeä oppiaine (Summanen 2014, 49).

4 TERVEYDEN LUKUTAITO JA SIIHEN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT

4.1 Terveyden lukutaidon kansainväliset määritelmät

Terveyden lukutaito käsitteenä esiintyi kirjallisuudessa ensimmäisen kerran terveyskasvatuksen kontekstissa 1970-luvulla, jolloin sillä viitattiin perustason lukutaitoon terveyskontekstissa (Ratzan 2001). Terveyden lukutaidon tutkimus onkin lähtenyt perustason luetun, kirjoittamisen ja laskemisen ymmärtämisestä ja kyvyistä (Parker ym. 1995; Peerson & Saunders 2009). Käsitys terveyden lukutaidosta laajeni, kun Kickbush (1997) painotti terveyden lukutaidon tärkeyttä yksilöiden terveyttä edistävässä käyttäytymisessä ja väestön terveyserojen kaventamisessa ja kun näkökulma nostettiin esiin terveyden edistämisen asiakirjassa (Nutbeam 1998). Tämän tutkimuksen aihe sijoittuu jälkimmäisenä mainittuun, laajempaan kansanterveyden ja terveyden edistämisen näkökulman koulukuntaan.

WHO:n terveyden edistämisen asiakirjassa terveyden lukutaito määritellään kognitiivisina ja sosiaalisina taitoina, jotka edelleen määrittävät yksilön motivaatiota ja kykyä hankkia, ymmärtää ja hyödyntää terveyteen liittyvää tietoa sekä oman että yhteisötason terveyden edistämisessä (Nutbeam 1998, 357). Terveyden lukutaito on jo WHO:n terveyden edistämisen asiakirjassa määritelty tärkeänä voimavarana terveyden edistämisessä (Nutbeam 1998, 357). Vastaavanlaisen määritelmän kehittivät myös Sørensen kumppaneineen (2012) tehtyään systemaattisen kirjallisuuskatsauksen terveyden lukutaidon käsitteistä. He löysivät terveyden lukutaidolle 17 määritelmää ja 12 käsitemallia, jotka he yhdistivät sisällönanalyysin avulla malliksi, joka huomio yksilöllisten tekijöiden lisäksi yhteiskuntatason tekijät ja sosiaaliset tekijät. Mallissa terveyden lukutaito koostuu neljästä eri taidon osa-alueesta: tiedon hankkiminen, ymmärtäminen, tulkitseminen, arvioiminen sekä soveltaminen, ja terveyden lukutaito nähdään merkittävänä osana niin primääri-, sekundaari- kuin tertiääripreventiossa (Sørensen ym. 2012).

Myös lasten ja nuorten osalta terveyden lukutaidon määritelmät ovat monimuotoisia ja moniulotteisia (Bröder ym. 2017), joskin edellä esitettyjen määritelmien kanssa yhteneväisiä. Bröder kumppaneineen (2017) kuvailevat lasten ja nuorten terveyden lukutaidon koostuvan taidoista, tiedoista ja kyvyistä, jotka toimivat voimaannuttavana voimavarana, joiden avulla lapset ja nuoret voivat toimia aktiivisina yhteiskunnan jäseninä ja hallita omaa terveyttään.

Käsitelmäärittely ulottuu peruslukutaitoon liittyvien tekijöiden ulkopuolelle koskemaan myös esimerkiksi motivaatiota ja monimutkaisia kognitiivisia kykyjä, jotka ovat jatkuvasti kytköksissä yksilön sosiaalisrakenteelliseen ympäristöön (Bröder ym. 2017). Manganello (2008) painottaa myös medialukutaidon tärkeyttä, sillä media on nykypäivänä merkittävä terveystiedon lähde.

Suomen kouluympäristöissä terveyden lukutaidosta käytetään synonyymia terveystiedon osaaminen (Kaasalainen 2016, 144) ja siihen liittyviä tavoitteita on kuvattu yläkoululaisten perusopetuksen opetussuunnitelmassa (Opetushallitus 2014). Opetussuunnitelman tavoitteisiin kuuluu oppilaiden kyky tunnistaa ja arvioida terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä sekä yksilö- että ympäristötasolla ja kyky pohtia oman käyttäytymisen suhdetta niihin (Opetushallitus 2014, 399–400). Terveystajua on puolestaan käytetty kuvailemaan terveystietämistä, jota ohjaa erilaiset sosiaaliset normit ja ympäristöt (Kaasalainen 2016, 145). Terveystiedon lukutaito kuvastaa sen sijaan vahvemmin yksilön roolia terveystiedon hankkijana ja painopisteenä on yksilön taidot ja motivaatio etsiä ja ymmärtää terveystietoa (Kaasalainen 2016, 145).

Terveyden lukutaitoa on kirjallisuudessa kuvailtu kolmen tason kautta: toiminnallinen lukutaito, interaktiivinen lukutaito ja kriittinen lukutaito (Nutbeam 2000; Laverack 2014, 82; IUHPE 2018). Terveyden lukutaidon ollessa vielä uusi käsite, se määriteltiin perustason lukutaitona tai toiminnallisena lukutaitona – kykynä lukea ja ymmärtää terveyteen liittyvää sisältöä ja puhetta (Parker ym. 1995; Peerson & Saunders 2009). Perustason terveyden lukutaito on perusedellytys hyvälle terveydelle ja terveystietämismiselle, ja taidot toimivat perustana monimutkaisempien taitojen kehitykselle (Baker ym. 1996; Baker ym. 1997; Williams ym. 1998; Lee 1999; IUHPE 2018).

Interaktiivisen ja kriittisen terveyden lukutaidon tasot laajentavat terveyden lukutaidon käsitettä kohti terveyden edistämisen näkökulmaa, tuoden mukanaan yksilön itseohjautuvuuden ja voimaantumisen elementtejä (Nutbeam 2000). Interaktiivinen ja kriittinen terveyden lukutaito ovat monimutkaisempia ja soveltamiskykyä vaativia prosesseja (Nutbeam 2000). Interaktiivisella ulottuvuudella tarkoitetaan yksilön kykyä ymmärtää ja soveltaa terveyteen liittyvää tietoa eri tilanteissa ympäristön edellyttämällä tavalla (Nutbeam 2000; IUHPE 2018). Taidot voivat olla esimerkiksi kyky noudattaa lääkkeiden käyttöohjeita tai kotihoito-ohjeita (Parker ym. 1995; Peerson & Saunders 2009). Kriittinen terveyden lukutaito asettaa enemmän vaatimuksia kognitiivisille prosesseille. Se edellyttää eri tietolähteiden kriittistä vertailua ja

kykyä ymmärtää myös terveyttä myös sosiaalisesta, taloudellisesta ja ympäristöllisestä näkökulmasta (IUHPE 2018). Kriittisen lukutaidon hyödyt yksilötasolla näkyvät parempana ymmärryksenä yhteiskunnallisesta moninaisuudesta (Nutbeam 2000) ja hyödyt näkyvät myös yksilön kyvyssä toimia aktiivisena vaikuttajana yhteiskunnassa (Nutbeam 2000; Laverack 2014, 82) ja sitä kautta yhteisön voimaantumisenä (Nutbeam 2000).

Terveyden lukutaito kehittyy arkisissa toiminnoissa yhdessä läheisten ihmisten ja yhteisöllisten ryhmien kanssa (Kickbush ym. 2013, 36), esimerkiksi perhesuhteissa (Manganello & Sojka 2008; Kickbush ym. 2013). Nutbeam (2000) painottaakin, että yksilöitä tulisi osallistaa enemmän terveyden edistämässä, esimerkiksi kehittämällä terveystiedon ja terveysviestintään liittyviä toimintatapoja. Terveyden lukutaito pitäisi nähdä sosiaalisessa kontekstissa, tiedon ja taidon tuottamisena interpersoonallisten suhteiden kautta (Papen 2009), eikä vain perinteisen valistuksen ja opetuksen mukaisena, yksisuuntaisena terveystiedon välittämisenä (Nutbeam 2000). Kirjallisuudessa ei kuitenkaan ole esitetty suoria yhteyksiä perhetekijöiden ja nuorten terveyden lukutaidon välillä, vaan perhe nähdään vaikuttavan terveyden lukutaitoon vain välillisesti yksilöllisten tekijöiden kautta (Manganello 2008).

4.2 Terveyden lukutaidon määritelmä WHO-Koululaistutkimuksessa

Paakkari ja Paakkari (2012) ovat jakaneet terveyden lukutaidon viiteen eri osa-alueeseen: teoreettinen tieto, käytännön osaaminen, kriittinen ajattelu, itsetuntemus ja eettinen vastuullisuus. Näihin viiteen osa-alueeseen perustuu Health Literacy in School Aged Children (HLSAC) - mittari, jota käytetään WHO-Koululaistutkimuksen kyselylomakkeessa sekä muissa HBSC-tutkimusmaissa mittaamaan nuorten itsearvioitua terveyden lukutaitoa (Paakkari ym. 2019b). HLSAC-mittarin kysymysten määrä on vaihdellut 10–18 kysymyksen välillä, mutta lyhyempi, kymmenen kysymyksen versio on yleisimmin käytetty (Paakkari ym. 2016; Paakkari ym. 2019b). Alempana esitettyjen terveyden lukutaidon osa-alueiden pohjalta on myös rakennettu peruskoulun terveystieto-oppiaineen opetussuunnitelma (Opetushallitus 2014, 398).

Teoreettinen tieto (theoretical knowledge) koostuu universaaleista ja muodollisista, matalamman tason kognitiivisista kyvyistä, kuten muistamisesta (Paakkari ym. 2016). Teoreettinen tietopohja on edellytys syvällisemmän ymmärryksen ja tiedon soveltamisen kehitykselle (Paakkari & Paakkari 2012). Käytännön osaaminen (practical knowledge) on

teoreettisen tiedon soveltamista käytäntöön (Paakkari ym. 2016). Praktinen tieto on teoreettiseen tietoon verrattuna tilannesidonnaisempaa, ja se muodostuu usein suurelta osin yksilön aiemmista kokemuksista. Täten käytännön osaaminen rakentuu pitkälti hiljaisesta tiedosta sekä intuitiosta (Paakkari ym. 2016). Konkreettisella tasolla käytännön osaamista ovat esimerkiksi ensiaputaidot, terveystiedon hakeminen tai terveystietopalvelujen löytäminen (Paakkari & Paakkari 2012; Paakkari ym. 2016).

Uteliaisuus ja tutkiva asenne terveystietokysymyksiä kohtaan ovat osa kriittistä ajattelua (Paakkari & Paakkari 2012). Kriittinen terveyden lukutaito edellyttää kykyä ajatella analyttisesti ja innovatiivisesti, mikä puolestaan vaatii korkeamman tason kognitiivisia kykyjä (Paakkari & Paakkari 2012). Aktiivinen ja itsenäinen toimiminen yhteiskunnan jäsenenä vaatii ongelmanratkaisutaitoa, loogista päättelykykyä, uuden keksimistä, johtopäätösten tekemistä ja totuudenmukaisuuden arviointia (Paakkari & Paakkari 2012; Paakkari ym. 2016). Terveystiedon dynaaminen ja monimuotoinen luonne, lukuisat viestintäkanavat ja tiedonlähteet sekä terveyden vahva markkinakeskeisyys asettavat jatkuvasti vaatimuksia kriittiselle ajattelulle. On osattava tunnistaa, mistä tieto on peräisin, mitkä ovat taustalla olevat motiivit ja ideologia, mihin pyritään vaikuttamaan ja mitä vaikuttamisen keinoja on käytetty (Paakkari & Paakkari 2012). Suomessa Opetushallitus (2014, 403) on määritellyt 7.–9.-luokkalaisten terveystiedon oppimistavoitteiksi tietolähteiden ja terveystietomarkkinoinnin vaikuttamisen keinojen kriittisen tarkastelun ja arvioinnin.

Itsetietoisuudella (self-awareness) viitataan itsetutkiskeluun – yksilön kykyyn tarkastella omia tunteitaan ja omaa käytöstään (Paakkari & Paakkari 2012; Paakkari ym. 2016). Hyvä itsetuntemus mahdollistaa oman käyttäytymisen taustalla olevien tunteiden, motiivien, arvojen, asenteiden ja kokemusten tunnistamisen (Paakkari ym. 2016). Itsetuntemuksesta puhutaan myös metakognitiona, millä viitataan yksilön kykyyn tunnistaa omaan oppimiseen liittyviä tekijöitä ja kykyyn tehostaa omaa oppimista realististen tavoitteiden avulla (Schraw 1998, 114–115; Paakkari & Paakkari 2012; Coutinho & Neuman 2008).

Eettinen vastuullisuus (citizenship) on viides terveyden lukutaidon osa-alueista ja sillä viitataan sosiaaliseen vastuullisuuteen ja empatiaan (Paakkari & Paakkari 2012). Eettisten periaatteiden mukainen käyttäytyminen edellyttää omien oikeuksien ja velvollisuuksien tunnistamista sekä oman käytöksen ja ajattelun seurausten ymmärtämistä (Paakkari & Paakkari 2012). Eettistä vastuullisuutta on myös kyky ymmärtää asioita toisten ihmisten näkökulmasta sekä miten omaa ja muiden ihmisten terveyttä voisi edistää (Paakkari & Paakkari 2012; Paakkari ym. 2016).

4.3 Terveyden lukutaidon taso Suomessa ja maailmalla

Paakkari ym. (2018) ovat selvittäneet 13–15-vuotiaiden itsearvioitua terveyden lukutaidon tasoa vuoden 2014 WHO-Koululaistutkimuksen aineistosta. Terveyden lukutaitoa mitattiin kymmenen väittämän versiolla edellä esitetystä Paakkarin ym. (2016) HLSAC-mittarista. Pojat raportoivat tyttöjä enemmän vaikeuksia lähes kaikilla terveyden lukutaidon osa-alueilla ja 13-vuotiaiden terveyden lukutaito oli heikompaa kuin 15-vuotiaiden. 15-vuotiaista tytöistä noin 40 % koki terveyden lukutaitonsa korkeaksi, noin 55 % keskinkertaiseksi ja 6,0 % matalaksi. 15-vuotiaiden poikien keskuudessa noin 35 % koki terveyden lukutaitonsa olevan korkealla tasolla, 55 % keskinkertaisella ja 10 % matalalla tasolla (Paakkari ym. 2018). Vastaavanlaisia tuloksia raportoivat myös Hirvonen kumppaneineen (2015) tutkimuksessaan, jossa he selvittivät 17–18-vuotiaiden miesten toiminnallista, soveltavaa ja kriittistä terveyden lukutaitoa. Suurin osa vastaajista koki terveyden lukutaitonsa olevan keskinkertaisella tasolla (Hirvonen ym. 2015). Paakkarin ym. (2018) sekä Hirvosen ym. (2015) tutkimuksissa nuoret kokivat suhteellisen hyvin osaavansa etsiä terveyteen liittyvän tietoa, mutta tiedon kriittisessä arvioinnissa koettiin enemmän ongelmia.

Sukupuolten, sekä myös suomen- ja ruotsinkielisten koulujen oppilaiden välisistä eroista on raportoitu suomalaiskoulujen yhdeksäsluokkalaisten terveystiedon oppimistuloksia mittaavassa arviointikokeessa, joiden tehtävät luokiteltiin Paakkarin ja Paakkarin (2012) terveystietämisen osa-alueiden mukaisesti (Summanen 2014). Arvioinnissa oli mukana yhteensä 105 koulua, joista 90 oli suomenkielisiä ja 15 ruotsinkielisiä. Tyttöjen terveystiedon arvosanojen keskiarvo (8,2) oli parempi kuin poikien (7,5) ja tytöt myös kokivat terveystietämisen hyödyllisemmäksi ja mielekkäämmäksi kuin pojat (Summanen 2014, 46). Sekä suomen- että ruotsinkieliset asennoituvat terveystietoon myönteisesti eikä terveystiedon arvosanoissa ollut eroa suomen- ja ruotsinkielisten oppilaiden välillä (Summanen 2014, 43, 46). Oppilaat pärjäsivät tasaisen hyvin eri terveystietämistä mittaavissa tehtävissä, parhaiten suoriuduttiin terveystaitoja mittaavista tehtävistä ja eniten vaikeuksia tuottivat eettistä vastuullisuutta arvioivat tehtävät (Summanen 2014, 103). Oppilaiden terveystietämys oli keskimäärin tyydyttävällä tasolla, mutta tyttöjen osaamistaso oli kaikilla osa-alueilla parempaa verrattaessa poikien tasoon (Summanen 2014, 103). Ruotsinkieliset oppilaat pärjäsivät arviointikokeessa aavistuksen heikommin kuin suomenkieliset, myös tapauksissa, joissa oppilaiden terveystiedon arvosanoissa ei ollut eroa (Summanen 2014, 90). Simonsenin ym.

(2019) tutkimuksen mukaan 13- ja 15 -vuotiaiden terveyden lukutaidossa ei ollut eroja suomen- ja ruotsinkielisten välillä, mutta tutkimuksen tuloksia ei tarkasteltu ikäryhmäkohtaisesti.

Kansainvälinen vertailu on haastavaa, sillä tutkimukset ovat lähestyneet terveyden lukutaitoa eri näkökulmista ja eri mittareita käyttäen. Perustason terveyden lukutaito on kansainvälisten tutkimusten valossa yleisimmin hyvällä tasolla. Taiwanilaisista, iältään keskimäärin 17-vuotta olevista nuorista, noin 50 %:lla oli korkea ja 10 %:lla matala perustason terveyden lukutaito (Chang 2010). Yhdysvaltalaisista 12–13-vuotiaista runsaat 70 % koki helpoksi lukea ja ymmärtää terveystietoon liittyvää sisältöä (Brown ym. 2017), kun taas kielivähemmistöön kuuluvien, 14–17-vuotiaiden afroamerikkalaisten keskuudessa 65 %:lla oli vaikeuksia perustason terveyden lukutaidossa (Manganello & Sojka 2016).

Terveyden lukutaidon soveltavaa ulottuvuutta on myös mitattu kansainvälisissä tutkimuksissa, tosin vaihtelevasti eri mittareita käyttäen. Yhdysvalloissa (Brown ym. 2007) ja Georgiassa (Paek ym. 2011) kysyttiin noin 12–13 -vuotiailta nuorilta, missä määrin he pyrkivät noudattamaan terveyteen liittyviä oppeja ja kokevat voivansa vaikuttaa omaan terveyteensä (Brown ym. 2007). Tulokset olivat hyvin samanlaisia kummassakin maassa. Vastaajista 70–80 % pyrki noudattamaan terveyteen liittyviä oppeja ja ohjeistuksia ja koki voivansa vaikuttaa omaan terveyteensä (Brown ym. 2007; Paek ym. 2011). Ghanassa tutkittiin iältään keskimäärin 18-vuotiaiden soveltavaa ja kriittistä terveyden lukutaitoa käyttäen kansainvälistä, Sørensen ym. (2012) määritelmän perustuvaa mittaristoa. Ghanalaisnuorista kolmella viidesosalla oli matala soveltava ja kriittinen terveyden lukutaito (Amoah 2018).

Paakkari ym. (2016) terveyden lukutaidon mittarilla mitattuna suomalaisnuoret pärjäävät kansainvälisessä vertailussa hyvin. Suomalaisten 15-vuotiaiden terveyden lukutaidon tason keskiarvo oli HLSAC-kysymyspatteristolla mitattuna paremmalla tasolla verrattuna puolalaisten, slovakialaisten ja belgialaisten nuorten terveyden lukutaitoon (Paakkari ym. 2019b). Myös liettualaisnuorilla on raportoitu suomalaisiin tilastoihin verrattuna heikompaan terveyden lukutaitoa HLSAC-kysymyspatteristolla mitattuna – 17 % liettualaisnuorista arvioi tasonsa korkeaksi ja 12 % matalaksi (Sukys ym. 2019).

Liettuassa (Sykus ym. 2019), Georgiassa (Paek ym. 2011) ja Yhdysvalloissa (Manganello & Sojka 2016) pojat ovat raportoinet tyttöjä yleisemmin matalaa terveyden lukutaitoa. Terveyden lukutaidon tason on todettu nousevan iän myötä Yhdysvalloissa (Brown ym. 2007), Puolassa, Belgiassa, Slovakiassa (Paakkari ym. 2019b) ja Liettuassa (Sykus ym. 2019).

Terveyden lukutaito on usein rajoittunutta heikommin koulutettujen ja matalamman tulotason omaavien keskuudessa (Kickbush ym. 2013, 15). Euroopassa (Sørensen ym. 2015), Yhdysvalloissa (Fleary 2019) terveyden lukutaidon on todettu olevan aikuisväestössä heikommalla tasolla matalimmissa tuloluokissa verrattuna korkeimpiin tuloluokkiin. Suomessa aikuisväestön kiinnostus terveyttä ja terveystiedon etsimistä kohtaan oli suurempaa henkilöillä, jotka arvioivat kuuluvansa korkeampaan yhteiskunnan sosiaaliseen luokkaan (Ek ym. 2008). Kiinassa puolestaan terveyteen liittyvän tiedon hakeminen koettiin helpommaksi korkeimmissa tuloluokissa (Tang ym. 2019). Perheen aineellisen omaisuuden ja kulutustottumusten perusteella määritelty varallisuustaso (FAS-mittari) on tutkitusti yhteydessä nuorten terveyden lukutaitoon. Paakkarin ym. (2018) tutkimuksessa perheen varallisuustaso oli yhteydessä 7.-luokkalaisten poikien ja tyttöjen sekä 9.-luokkalaisten poikien, mutta ei tyttöjen terveyden lukutaitoon (Paakkari ym. 2018). Tutkimusnäytön mukaan myös liettualaisnuorten (Sukys ym. 2019) ja egyptiläisnuorten (Alseraty 2015) perheiden varallisuustaso vaikutti nuorten terveyden lukutaidon tasoon siten, että parempi varallisuustaso ennusti korkeampaa terveyden lukutaidon tasoa.

4.4 Perheen sosiaalisen ilmapiirin yhteys nuoren terveyden lukutaitoon

Tutkimusnäyttö perheen sosiaalisen ilmapiirin yhteyksistä nuoren terveyden lukutaitoon keskittyy nuoren ja vanhempien väliseen kommunikaatioon ja terveysaiheiseen keskusteluun, painottuen siten tuen informatiiviseen ulottuvuuteen. Aihealueen tutkimukset eroavat myös terveyden lukutaidon mittaamisen osalta.

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa Manganello ja Sojka (2016) selvittivät perheen vuorovaikutusilmapiirin yhteyttä 14–17-vuotiaiden afroamerikkalaisten perustason, terveystietoon sidottuun lukutaitoon. Tutkimuksessa käytettiin sekä laadullisia että määrällisiä menetelmiä. Yksilöhaastatteluja tehtiin 48 kappaletta liittyen terveysaiheisen tiedon hakemiseen ja terveydestä keskustelemiseen. REALM-Teen mittarin avulla mitattiin nuorten perustason lukutaitoa. REALM-Teen mittaa nuoren kykyä lausua terveysaiheisiä sanoja oikeaoppisesti ja mahdollisimman nopeasti (Davis ym. 2006). Tulosten mukaan matala perustason terveysaiheinen lukutaito aiheutti myös vaikeuksia hakea, ymmärtää ja sisäittää terveyteen liittyvää tietoa. Nuoret, joiden terveyden lukutaito oli näiltä osin hyvällä tasolla raportoivat yleisemmin keskustelewansa avoimesti kaikenlaisista asioista perheenjäsentensä kanssa. Haastatteluaineiston perusteella Manganello ja Sojka (2016) toteavat, että nuoret eivät

välttämättä istu alas vanhempiensa kanssa keskustelemaan varta vasten terveydestä, vaan vanhemmat antavat tietoa pienissä osissa muun keskustelun ja tekemisen ohessa.

Paek kumppaneineen (2011) selvittivät vanhempien, kavereiden, koulun ja median vaikutuksia seitsemäsluokkalaisten georgialaisnuorten terveyden lukutaitoon (N=452). Itseraportoitua terveyden lukutaitoa selvitettiin kysymällä, missä määrin nuori hakee terveyteen liittyvää tietoa, missä määrin hän noudattaa terveyteen liittyviä ohjeistuksia, kuinka hyvin hän ymmärtää terveysaiheista viestintää, sekä kokemuksia omista vaikuttamisen mahdollisuuksista. Tulosten mukaan nuoren terveyden lukutaito oli sitä parempi, mitä enemmän hän kuuli terveyteen liittyvää tietoa vanhemmiltaan.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, onko 15-vuotiaiden terveyden lukutaidon tasossa eroja suomenkielisten koulujen ja ruotsinkielisten koulujen tyttöjen ja poikien välillä. Lisäksi tavoitteena oli selvittää, miten perheen varallisuustaso, perheen vuorovaikutusilmapiiri, perheen antama tuki sekä kommunikointi vanhempien kanssa ovat yhteydessä 15-vuotiaiden terveyden lukutaitoon suomenkielisillä ja ruotsinkielisillä. Tutkimuskysymykset olivat:

1. Onko 15-vuotiaiden terveyden lukutaidossa eroa suomenkielisten ja ruotsinkielisten tyttöjen ja poikien välillä?
2. Miten perheen varallisuustaso, perheen antama tuki, perheen vuorovaikutusilmapiiri ja kommunikointi isän ja äidin kanssa ovat yhteydessä suomenkielisten ja ruotsinkielisten 15-vuotiaiden tyttöjen ja poikien terveyden lukutaitoon?

6 AINEISTO JA ANALYYSIMENETELMÄT

6.1 Tutkimusaineisto

Tässä tutkimuksessa käytettiin valmista, keväällä 2014 kerättyä WHO-Koululaistutkimuksen osa-aineistoa. WHO-Koululaistutkimus on osa kansainvälistä Health Behaviour in School-Aged Children –tutkimusta (HBSC Study), joka on toteutettu vuodesta 1982 lähtien joka neljäs vuosi viides- seitsemäs- ja yhdeksäsluokkalaisille Euroopan ja Pohjois-Amerikan alueella, Maailman terveysjärjestö WHO:n ja Euroopan aluetoimiston yhteistyönä (Roberts ym. 2007). Tavoitteena on selvittää kyselylomakkeiden avulla oppilaiden terveystietoisuutta, terveyttä ja hyvinvointiin liittyviä kokemuksia, ja oppilaat vastaavat kyselyyn nimettömästi koulupäivän aikana (Roberts ym. 2007). Kyselylomake on kansainvälisesti standardoitu mikä mahdollistaa maiden välisen vertailun, mutta standardoitujen kysymysten lisäksi maat voivat sisällyttää kyselylomakkeeseen myös maakohtaisia lisäkysymyksiä (Roberts ym. 2007). Suomi on ollut mukana tutkimuksessa vuodesta 1982 lähtien (HBSC 2020) ja Samfundet Folkhälsanin toimeksiannosta Suomen ruotsinkieliset koulut ovat olleet mukana tutkimuksessa vuosina 1994, 1998 ja 2006, sekä Jyväskylän yliopiston toimeksiannosta vuonna 2014 (Simonsen ym. 2016, 9). Suomessa WHO-Koululaistutkimuksen otanta kerätään Suomen valtakunnallisesta koulurekisteristä ositetulla ryväsotannalla ja vuonna 2014 tutkimukseen osallistui yhteensä 7802 11-, 13-, ja 15 -vuotiasta oppilasta (Simonsen ym. 2016). Tähän tutkimukseen on otettu mukaan 15-vuotiaiden suomenkielisten ja ruotsinkielisten koulujen aineisto vuodelta 2014 (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Tutkimuksen osa-aineiston kuvaus koulun opetuskielen ja sukupuolen mukaan.

Sukupuoli	Suomenkieliset		Ruotsinkieliset		Yhteensä	
	n	%	n	%	N	%
Pojat	934	48,3	279	51,6	1213	49
Tytöt	1001	51,7	262	48,4	1263	51
Yhteensä	1935	100	541	100	2476	100

6.2 Tutkimuksen mittarit

Tässä tutkimuksessa käytetyt muuttujat olivat vuoden 2014 WHO-Koululaistutkimuksesta. Muuttujiksi valittiin terveyden lukutaito, perheen varallisuus, perheen tuki, perheen keskusteluilmapiiri, kommunikointi äidin kanssa ja kommunikointi isän kanssa. Kyselylomakkeen mittarit väittämiseen sekä Cronbachin alfa -kertoimiseen on esitetty liitteessä 1.

Terveyden lukutaito. Oppilaiden itsearvioitua terveyden lukutaitoa mitattiin Paakkarin ym. (2016) kehittämällä Health Literacy in School-Aged Children –mittarilla (HLSAC). Mittari koostui 16:sta väittämästä (liite 1) viideltä eri osa-alueelta, joita ovat terveyteen liittyvät teoreettiset tiedot, terveyteen liittyvät taidot, kriittinen ajattelu, itsetuntemus ja eettinen ajattelu (Paakkari ym. 2016). Väittämien vastausvaihtoehdot olivat “ei lainkaan totta”, “juuri ja juuri totta”, “joissain määrin totta” ja “täysin totta”. Terveyden lukutaidosta luotiin summamuuttuja, joka sai arvoja 1.0 – 4.0 välillä. Väittämä “ei lainkaan totta” sai arvokseen yhden pisteen ja väittämä “täysin totta” arvon neljä pistettä. Väittämien muodostaman summamuuttujan Cronbachin alfa oli 0.95. Terveyden lukutaidon summamuuttujasta muodostettiin 3-luokkainen kategorinen muuttuja. Alimman kolmanneksen (=matala terveyden lukutaito) arvot olivat 1.0-2.5 välillä, keskitason kolmanneksen (=kohtalainen terveyden lukutaito) arvot 2.6-3.5 välillä ja ylimmän kolmanneksen (=korkea terveyden lukutaito) arvot 3.6-4.0 välillä. Binääristä logistista regressioanalyysia varten 3-luokkainen muuttuja dikotomisoitiin, eli siitä luotiin 2-luokkainen kategorinen muuttuja. Luokat “matala” ja “kohtalainen” saivat arvokseen 0 ja luokka “korkea” arvon 1.

Perheen varallisuus. Perheen varallisuutta nuorten itse arvioimana tarkasteltiin Family Affluence Scale –mittarilla, joka luotiin vuoden 1998 WHO-Koululaistutkimusta varten helpottamaan nuorten arvioita perheen taloudellisesta tilanteesta (Currie ym. 1997). Ensimmäisessä versiossa kysyttiin, kuinka monta puhelinta, makuuhuonetta ja autoa perheessä on, mutta mittaria on aika ajoin päivitetty vastaamaan perheiden kulutus- ja elämäntavoissa tapahtuneita muutoksia sitten 2000-luvun alun (Currie ym. 2008; Hartley ym. 2016). Vuoden 2014 WHO-Koululaistutkimuksessa oli käytössä FAS III -mittari, joka kehitettiin vuoden 2012/2013 kansainvälistä HBSC-tutkimusta varten (Hartley ym. 2016). FAS III -mittarin väittämät olivat: ”Omistaako perheesi auton (henkilö-, paketti- tai kuorma-auto)?”, ”Onko sinulla oma huone?”, ”Kuinka monta tietokonetta perheelläsi on (mukaan lukien kannettavat ja

tabletit, mutta ei pelikonsoleja eikä älypuhelimia)?”, ”Kuinka monta kylpyhuonetta kotonasi on?”, ”Onko kotonasi astianpesukone?” ”Kuinka monta lomamatkaa ulkomaille teit viime vuonna perheesi kanssa?”. Perheen varallisuustasoa mittaamista väittämistä luotiin summamuuttuja, joka sai arvoja 1.00 ja 5.00 väliltä. Summamuuttujan Cronbachin alfa –kerroin oli 0,44. Summamuuttujasta luotiin kolmiluokkainen, perheen suhteellista varallisuustasoa mittaava kategorinen muuttuja, jossa luokkafrekvenssit jaettiin tapausten kokonaismäärällä. Uudessa muuttujassa alin kolmannes (luokka 1, arvo 1) muodosti 20 % tapauksista, keskikolmannes (luokat 2-4, arvo 2) 60 % tapauksista ja ylin kolmannes (luokka 5, arvo 3) 20 % tapauksista.

Perheen vuorovaikutusilmapiiri. Perheen vuorovaikutusilmapiiriä arvioitiin The Family Dynamics Measure -mittarilla (FDM II), jonka avulla pyritään lisäämään ymmärrystä perheen keskusteluilmapiirin laadusta muustakin näkökulmasta kuin keskustelun helppoudesta. Alkuperäisestä mittarista käytettiin lyhyempää, neljän väittämän versiota, jossa nuoren arvioita perheen vuorovaikutusilmapiiristä kysyttiin seuraavanlaisesti: ”Minun perheessäni: Puhutaan mielestäni tärkeistä asioista; Minua kuunnellaan, kun sanon jotakin; Esitämme kysymyksiä, kun emme ymmärrä toisiamme; Selvitämme väärinkäsitykset keskustelemalla niistä”. Vastausvaihtoehdot kullekin väittämälle olivat viisiportaisella Likert-asteikolla: ”täysin samaa mieltä”, ”jokseenkin samaa mieltä”, ”en osaa sanoa”, ”jokseenkin eri mieltä”, ”täysin eri mieltä”. Väittämien arvot käännettiin niin, että suurin arvo kuvastaa parhainta vuorovaikutusilmapiiriä ja pienin arvo heikointa vuorovaikutusilmapiiriä. Vuorovaikutusilmapiiriä mittavista kysymyksistä luotiin ensin neljän luokan summamuuttuja, minkä Cronbachin alpha –kerroin oli 0,88. Summamuuttujasta muodostettiin 3-luokkainen kategorinen muuttuja, jossa alin kolmannes (luokka 1, arvo 1) koostui 25 % tapauksista, keskikolmannes (luokat 2,3, arvo 2) 50 % tapauksista ja ylin kolmannes (luokka 4, arvo 3) 25 % tapauksista.

Perheen tuki. Väittämät liittyen nuoren kokemukseen perheen antamasta tuesta perustuvat Zimetin ja kumppaneiden (1998) mittariin ”Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), joka mittaa tutkittavien kokemusta tuen ja avun saamisesta, painottuen tuen emotionaaliseen ja informatiiviseen osa-alueeseen. Alkuperäisessä mittarissa oli 12 väittämää sekä perheen, ystävien että muiden läheisten ihmisten antamasta emotionaalisesta tuesta. Tässä tutkimuksessa käytettiin perheen antamaa tukea koskevaa neljää väittämää. Nuoren arvioita perheen antamasta tuesta kysyttiin seuraavanlaisesti: ”Perheeni todella yrittää auttaa minua”; ”Saan perheeltäni tarvitsemani avun ja tunnetuen”; ”Voin puhua ongelmistani perheeni

kanssa”; ”Perheeni on halukas auttamaan minua päätöksenteossa”. Vastausvaihtoehdot kullekin väittämälle olivat Likert-asteikolla 1–7, jossa 1 = ”hyvin vahvasti eri mieltä” ja 7= ”hyvin vahvasti samaa mieltä”. Perheen tukea mittaavista väittämistä tehtiin neljän luokan summamuuttuja, ja luokat saivat arvon 1 – 4 väliltä (1=1, 2=2, 3=3, 4=4). Summamuuttujan Cronbachin alpha –kerroin oli 0,96. Näistä muodostettiin 3-luokkainen kategorinen muuttuja, jossa alin kolmannes (luokka 1, arvo 1) koostui 25 % tapauksista, keskikolmannes (luokat 2,3, arvo 2) 50 % tapauksista ja ylin kolmannes (luokka 4, arvo 3) 25 % tapauksista.

Kommunikointi vanhemman kanssa. Nuoren mielipidettä siitä, kuinka helppoa hänen on puhua äidin ja isän kanssa mieltä vaivaavista asioista arvioitiin kysymyksellä ”Kuinka helppoa sinun on puhua seuraavien henkilöiden kanssa sinua todella vaivaavista asioista?”. Väittämät koskivat erikseen isää, isäpuolta (tai äidin miesystävää), äitiä, äitipuolta (tai isän naisystävää) ja parasta ystävää. Tässä tutkimuksessa arvioitiin vain isää ja äitiä koskevat vastaukset. Vastausvaihtoehdot olivat: ”hyvin helppoa”, ”helppoa”, ”vaikeaa”, ”hyvin vaikeaa” sekä ”ei ole tai en tapaa häntä”. Vastausvaihtoehto ”ei ole tai en tapaa häntä” koodattiin analyysissä puuttuvaksi tiedoksi (äiti: n=67 isä: n=163). Vastausvaihtoehtojen arvot 1–4 käännettiin niin, että vastaus ”hyvin vaikeaa” sai arvon 1 ja vastausvaihtoehto ”hyvin helppoa” sai arvon 4. Tämän jälkeen muuttuja luokiteltiin kaksiluokkaiseksi, jossa luokat ”Hyvin vaikeaa” ja ”Vaikeaa” saivat arvon 0 ja luokat ”Hyvin helppoa ja ”Helppoa” arvon 1.

6.3 Analyysimenetelmät

Tulokset analysoitiin IBM SPSS Statistics 26 -ohjelmalla. Tilastollisten testien merkitsevyytaso oli kaikkien testien osalta $p < 0.05$ ja luottamusväli 95 %. Muuttujien jakaumien normalisuutta tarkasteltiin vinouden ja huipukkuuden sekä Kolmogorov-Smirnovin ja Shapiro-Wilkin testien avulla. Testien tulosten mukaan normaalijakautuneisuus hylätään tarkasteltavien muuttujien osalta ($p < 0.05$).

Terveyden lukutaidon tasoa ja vaihtelevuutta koulun opetuskielen ja sukupuolen mukaan tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla ja Khiin neliö (χ^2) -testillä. Ristiintaulukoinnin avulla tutkitaan kahden muuttujan välistä riippuvuutta ja verrataan muuttujien jakaumia eri ryhmissä. Khiin neliö -testin avulla selvitettiin testin uskottavuussuhteet, eli johtuiko ryhmien erot sattumasta vai todellisesta erosta. Ristiintaulukointia ja Khiin neliötestiä käytettiin myös tarkasteltaessa perhetekijöiden jakaumia kieliryhmän ja sukupuolen mukaan, sekä terveyden

lukutaidon tason vaihtelua perhetekijöiden mukaan. Khiin neliötestin käyttö edellyttää, että korkeintaan 20 % odotetuista frekvensseistä on pienempiä kuin 5 ja että kaikki odotetut frekvenssit ovat suurempia kuin 1. Nämä odotukset eivät täytyneet jokaisen muuttujan kohdalla, jolloin käytettiin Exact-testiä luotettavamman tuloksen saamiseksi.

Binäärisellä logistisella regressioanalyysillä tarkasteltiin perhetekijöiden yhteyttä todennäköisyyteen kuulua terveyden lukutaidon parhaimpaan kolmannekseen, eli korkeaan terveyden lukutaidon luokkaan. Regressioanalyysissä selittävien muuttujien välillä ei saisi olla liian voimakasta korrelaatiota, eli multikollineaarisuutta. Tätä testattiin Spearmanin järjestyskorrelaatiolla (liitteet 3–6). Binäärinen regressioanalyysi soveltuu analyysimenetelmäksi, mikäli muuttujat eivät ole normaalisti jakautuneita. Binäärinen logistinen regressioanalyysi tehtiin erikseen suomenkielisille ja ruotsinkielisille, ja yksityiskohtaisemman tiedon saamiseksi myös pojille ja tytöille koulun opetuskielen mukaan. Tutkimuskysymykset analyysimenetelmiseen on kuvattu taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Aineiston tutkimuskysymykset ja analyysimenetelmät.

Tutkimuskysymys	Analyysimenetelmät
1. Onko 15-vuotiaiden terveyden lukutaidossa eroa suomenkielisten ja ruotsinkielisten tyttöjen ja poikien välillä?	Ristiintaulukointi, Khiin neliötesti
2. Miten perheen varallisuustaso, perheen antama tuki, perheen vuorovaikutusilmapiiri ja kommunikointi isän ja äidin kanssa ovat yhteydessä suomenkielisten ja ruotsinkielisten koulujen 15-vuotiaiden tyttöjen ja poikien terveyden lukutaitoon?	Ristiintaulukointi, Khiin neliötesti, Binäärinen logistinen regressioanalyysi

7 TULOKSET

7.1 Terveyden lukutaidon taso

15-vuotiaiden terveyden lukutaitoa tarkasteltiin sukupuolen ja koulun opetuskielen mukaan ristiintaulukoinnilla ja Khiin neliötestillä (taulukko 3). Poikien terveyden lukutaidon taso ei vaihdellut suomenkielisten ja ruotsinkielisten koulujen välillä ($p=0.386$). Myöskään tyttöjen terveyden lukutaidon tasossa ei ollut eroa kieliryhmien välillä ($p=0.929$). Suomenkielisistä pojista noin 10 % ja ruotsinkielisistä pojista noin 8 % arvioi terveyden lukutaidon tasonsa matalaksi. Korkeaksi terveyden lukutaidon tasonsa arvioi noin 36 % suomenkielisistä pojista ja noin 34 % ruotsinkielisistä pojista. Sekä suomenkielisten koulujen että ruotsinkielisten koulujen tytöistä noin 5 % arvioi terveyden lukutaidon tasonsa matalaksi. Korkeaksi terveyden lukutaidon tasonsa arvioi noin 39 % suomenkielisistä tytöistä ja noin 41 % ruotsinkielisistä tytöistä. Suomenkielisissä kouluissa tytöillä oli parempi terveyden lukutaidon taso verrattuna poikiin ($p<0.001$), mutta ruotsinkielisten koulujen tyttöjen ja poikien terveyden lukutaidon tasossa ei ollut eroja ($p=0.219$), joskin se oli tytöillä hieman korkeammalla tasolla kuin pojilla.

TAULUKKO 3. Terveyden lukutaito koulun opetuskielen ja sukupuolen mukaan prosenttiosuuksina (%) ja tapausmäärinä (n).

	Tytöt		Pojat	
	suomenkieliset % (n)	ruotsinkieliset % (n)	suomenkieliset % (n)	ruotsinkieliset % (n)
Terveyden lukutaito				
Matala	5.4 (52)	5.2 (13)	10.4 (92)	8.0 (20)
Kohtalainen	55.4 (535)	54.2 (135)	53.7 (475)	57.8 (145)
Korkea	39.3 (379)	40.6 (101)	35.9 (317)	34.2 (86)
Yhteensä % (n)	100 (966)	100 (249)	100 (884)	100 (251)
p-arvo (kieliryhmien välillä)	0.929		0.386	

p-arvo kieliryhmien välillä koko aineistossa: 0.644

p-arvo sukupuolten välillä koko aineistossa: suomenkieliset <0.001 , ruotsinkieliset 0.219

7.2 Perhetekijät sukupuolen ja kieliryhmän mukaan

Nuorten arvioimaa perheen varallisuustasoa ja perheen sosiaaliseen ilmapiiriin liittyviä tekijöitä tarkasteltiin koulun opetuskielen ja sukupuolen mukaan ristiintaulukoinneilla ja Khiin neliötesteillä. Kieliryhmiä vertailevat tulokset on esitetty taulukossa 4.

Ruotsinkieliset pojat arvioivat perheen varallisuustason olevan paremmalla tasolla verrattaessa suomenkielisiin poikiin ($p < 0.001$). Myös tyttöjen osalta ruotsinkieliset arvioivat perheen varallisuustason olevan paremmalla tasolla verrattaessa suomenkielisiin ($p = 0.008$). Suurin osa arvioi perheen varallisuustason olevan vähintään keskinkertaisella tasolla. Varallisuustasossa ei ollut eroja tyttöjen ja poikien välillä, kun sukupuolten välisiä eroja tarkasteltiin kieliryhmäkohtaisesti (liite 2).

Suomenkielisten ja ruotsinkielisten koulujen oppilaat eivät eronneet toisistaan nuorten kokeman perhetuen vahvuuden suhteen (pojat $p = 0.581$, tytöt $p = 0.053$). Tyttöillä erot olivat melkein merkitseviä – suomenkielisistä tytöistä 25 % koki perheeltä saadun tuen hyväksi ja ruotsinkielisistä tytöistä sitä mieltä oli 18 %. Kokemus perheeltä saadusta tuesta ei eronnut tyttöjen ja poikien välillä, kun sukupuolten välisiä eroja tarkasteltiin kieliryhmäkohtaisesti (liite 2).

Suomenkieliset tytöt kokivat perheen vuorovaikutusilmapiirin olevan paremmalla tasolla kuin ruotsinkieliset tytöt ($p < 0.001$). Myös suomenkieliset pojat kokivat perheen vuorovaikutusilmapiirin olevan ruotsinkielisiin verrattuna paremmalla tasolla, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä ($p = 0.052$). Tyttöjen ja poikien välillä ei ollut eroa, kun sukupuolia vertailtiin kieliryhmäkohtaisesti (liite 2).

Kieliryhmien välillä ei ollut eroa siinä, kuinka helpoksi äidin kanssa kommunikointi mieltä vaivaavista asioista koettiin (pojat $p = 0.199$, tytöt $p = 0.913$). Ruotsinkielisistä pojista kuitenkin hieman suurempi osa (19 %) koki kommunikoinnin äidin kanssa vaikeaksi verrattaessa suomenkielisiin poikiin (16 %). Ruotsinkieliset pojat kokivat myös kommunikoinnin isän kanssa vaikeammaksi kuin suomenkieliset pojat ($p = 0.015$), mutta tyttöjen kokemuksissa ei ollut eroja kieliryhmien välillä ($p = 0.142$). Suomenkieliset pojat kokivat kommunikoinnin isän ja äidin kanssa helpommaksi kuin tytöt (liite 2). Ruotsinkielisten osalta pojat kokivat

kommunikoinnin isän kanssa keskustelun mieltä vaivaavista asioista helpommaksi kuin tytöt, mutta äidin kanssa kommunikoinnissa ei ollut eroa sukupuolten välillä (liite 2).

TAULUKKO 4. Perheen varallisuustaso ja perheen sosiaaliseen ilmapiiiriin liittyvät tekijät sukupuolen ja koulun opetuskielen mukaan prosenttiosuuksina (%) ja tapausmääränä (n).

	Pojat		p-arvo	Tytöt		p-arvo
	suomenkieliset % (n)	ruotsinkieliset % (n)		suomenkieliset % (n)	ruotsinkieliset % (n)	
Perhetekijät						
Perheen varallisuustaso			<0.001			0.008
matala	31.1 (281)	16.9 (44)		28.9 (285)	19.3 (49)	
keskinkertainen	56.0 (506)	64.4 (168)		55.8 (550)	62.2 (158)	
korkea	12.9 (117)	18.8 (49)		15.2 (150)	18.5 (47)	
Yhteensä % (n)	100 (904)	100 (254)		100 (985)	100 (254)	
Perheen tuki						
heikko	24.4 (225)	26.5 (71)	0.581	26.8 (267)	26.7 (70)	0.053
keskinkertainen	50.6 (467)	47.0 (126)		48.2 (479)	55.0 (144)	
vahva	25.0 (231)	26.5 (71)		25.0 (249)	18.3 (48)	
Yhteensä % (n)	100 (923)	100 (268)		100 (995)	100 (262)	
Perheen vuorovaikutusilmapiiri			0.052			<0.001
heikko	28.2 (260)	30.4 (82)		28.7 (284)	36.0 (94)	
keskinkertainen	42.1 (388)	47.6 (128)		38.7 (383)	44.5 (116)	
hyvä	29.7 (274)	22.0(60)		32.6 (323)	19.5 (51)	
Yhteensä % (n)	100 (922)	100 (270)		100 (990)	100 (261)	
Kommunikointi isän kanssa			0.015			0.142
vaikeaa	21.7 (191)	28.8 (77)		45.8 (422)	40.5 (98)	
helppoa	78.3 (691)	71.2 (190)		54.2 (500)	59.5 (144)	
Yhteensä % (n)	100 (882)	100 (267)		100 (922)	100 (242)	
Kommunikointi äidin kanssa			0.199			0.913
vaikeaa	15.9 (145)	19.2 (52)		21.7 (211)	22.0 (56)	
helppoa	84.1 (768)	80.8 (219)		78.3 (760)	78.0 (198)	
Yhteensä % (n)	100 (913)	100 (271)		100 (971)	100 (254)	

7.3 Terveyden lukutaito perhetekijöiden mukaan

Suomenkielisten ja ruotsinkielisten koulujen oppilaiden terveyden lukutaidon tasoa selvitettiin perheen varallisuustason, perheen tuen, perheen vuorovaikutusilmapiirin ja vanhempien kanssa kommunikoinnin mukaan ristiintaulukoinneilla ja Khiin neliötesteillä. Suomenkielisten oppilaiden tulokset on esitetty taulukossa 5 ja ruotsinkielisten oppilaiden tulokset taulukossa 6.

Suomenkielisten oppilaiden terveyden lukutaidon taso vaihteli varallisuustason mukaan tytöillä ($p=0.026$) ja pojilla ($p=0.010$) (taulukko 5). Korkea terveyden lukutaidon taso oli yleisempää oppilailla, jotka arvioivat perheen varallisuustason keskinkertaiseksi (pojat 39 %, tytöt 41 %) tai korkeaksi (pojat 45 %, tytöt 41 %) verrattaessa perheen varallisuustason matalaksi kokeviin (pojat 28 %, tytöt 36 %). Perheen varallisuustason matalaksi kokevat raportoivat puolestaan yleisemmin matalaa terveyden lukutaitoa verrattaessa keskinkertaiseen ja korkeaan varallisuustason luokkaan kuuluviin (taulukko 5). Ruotsinkielisten oppilaiden osalta terveyden lukutaidon taso ei vaihdellut perheen varallisuustason mukaan (pojat $p=0.769$, tytöt $p=0.451$) (taulukko 6). Kuitenkin myös ruotsinkielisten keskuudessa kaikkein matalimmaksi perheen varallisuustason arvioineet kokivat yleisemmin terveyden lukutaitonsa olevan heikolla tasolla (pojat 13 %, tytöt 6 %) verrattuna varallisuustason keskinkertaiseksi (pojat 6 %, tytöt 5 %) ja korkeaksi (pojat 7 %, tytöt 2 %) arvioineisiin (taulukko 6).

Suomenkielisten poikien ja tyttöjen terveyden lukutaidon taso vaihteli perheen tuen mukaan ($p<0.001$) (taulukko 5). Perheen tuen matalimmassa kolmanneksessa raportoitiin yleisemmin matalaa terveyden lukutaitoa (pojat 21 % tytöt 10 %) verrattaessa perheen tuen keskinkertaiseksi (pojat 9 % tytöt 6 %) ja hyväksi (pojat 4 % tytöt 0,5 %) kokeviin. Suomenkieliset, jotka kokivat perheeltä saadun tuen hyväksi, raportoivat kaikkein yleisimmin korkeaa terveyden lukutaitoa (pojat 62 % tytöt 59 %) (taulukko 5). Myös ruotsinkielisten terveyden lukutaidon taso vaihteli perheen tuen mukaan (pojat <0.001 , tytöt $p=0.010$) (taulukko 6). Perheen tuen matalimmassa kolmanneksessa raportoitiin yleisemmin matalaa terveyden lukutaitoa (pojat 15 % tytöt 6 %) verrattaessa perheen tuen keskinkertaiseksi (pojat 6 % tytöt 5 %) ja hyväksi (pojat 5 % tytöt 4%) kokeviin. Korkeaa terveyden lukutaitoa raportoivat kaikkein yleisimmin ne, jotka kokivat perheen tuen hyväksi (taulukko 6).

Suomenkielisten poikien ja tyttöjen terveyden lukutaidon taso vaihteli perheen vuorovaikutusilmapiirin mukaan ($p < 0.001$) (taulukko 5). Perheen vuorovaikutusilmapiirin heikoimmassa kolmanneksessa raportoitiin yleisemmin matalampaa terveyden lukutaitoa (pojat 20 % tytöt 13 %) verrattaessa vuorovaikutusilmapiirin keskinkertaiseksi (pojat 8 % tytöt 4 %) ja hyväksi (pojat 4 % tytöt 1 %) kokeviin. Korkeaa terveyden lukutaitoa raportoivat kaikkein yleisimmin ne, jotka kokivat perheen vuorovaikutusilmapiirin hyväksi. Myös ruotsinkielisten terveyden lukutaito vaihteli perheen vuorovaikutusilmapiirin mukaan pojilla ($p = 0.004$) ja tytöillä ($p = 0.013$) (taulukko 6). Perheen vuorovaikutusilmapiirin kaikkein heikoimmaksi kokevat raportoivat yleisemmin heikompaa terveyden lukutaitoa (pojat 15 % tytöt 7 %) verrattaessa vuorovaikutusilmapiirin keskinkertaiseksi (pojat 5 % tytöt 6 %) ja hyväksi (pojat 5 % tytöt 2 %) kokeviin. Perheen vuorovaikutusilmapiirin hyväksi kokevien keskuudessa terveyden lukutaito oli kaikkein yleisimmin korkealla tasolla verrattuna perheen vuorovaikutusilmapiirin keskinkertaiseksi ja huonoksi kokeviin (taulukko 6).

Suomenkielisten tyttöjen ja poikien osalta terveyden lukutaidon taso vaihteli sen mukaan, kuinka helpoksi tai vaikeaksi nuori koki mieltä vaivaavista asioista kommunikoinnin vanhempiensa kanssa ($p < 0.001$ – $p = 0.018$) (taulukko 5). Kommunikoinnin helpoksi kokevat suomenkieliset arvioivat yleisemmin terveyden lukutaitonsa olevan korkealla tasolla (38 % - 49 %) verrattuna kommunikoinnin vaikeaksi kokeviin (25 % - 29 %). Ruotsinkielisten tyttöjen ja poikien osalta terveyden lukutaidon taso ei vaihdellut merkitsevästi vanhempien kanssa koetun kommunikoinnin mukaan ($p = 0.074$ – $p = 0.681$), vaikka terveyden lukutaito oli korkeampaa niillä, jotka kokivat vanhempien kanssa mieltä vaivaavista asioista kommunikoinnin helpoksi (taulukko 6).

TAULUKKO 5. Terveyden lukutaito perheen varallisuustason ja perheen sosiaaliseen ilmapiiriin liittyvien tekijöiden mukaan **suomenkielisillä oppilaillla.**

	Pojat				p- arvo	Tytöt				p-arvo
	Matala	Keskitaso	Korkea	Yhteensä		matala	Keskitaso	Korkea	Yhteensä	
Perhetekijät	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)		% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Perheen varallisuustaso										
					0.010					0.026
alhainen	11.4 (31)	60.9 (165)	27.7 (75)	100 (271)		8.0 (22)	56.0 (154)	36.0 (99)	100 (275)	
keskitaso	9.6 (47)	51.8 (253)	38.5 (188)	100 (488)		5.2 (28)	54.2 (290)	40.6 (217)	100 (535)	
korkea	10.0 (11)	45.5 (50)	44.5 (49)	100 (110)		0.7 (1)	58.2 (85)	41.1 (60)	100 (146)	
Perheen tuki										
					<0.001					<0.001
heikko	20.7 (45)	55.8 (121)	23.5 (51)	100 (217)		9.7 (25)	60.9 (157)	29.5 (76)	100 (258)	
keskinkertainen	8.5 (37)	62.7 (274)	28.8 (126)	100 (437)		5.6 (26)	26.0 (81)	34.4 (61)	100 (468)	
korkea	4.0 (9)	34.2 (77)	61.8 (139)	100 (225)		0.4 (1)	40.3 (96)	59.2 (141)	100 (238)	
Perheen vuorovaikutusilmapiiri										
					<0.001					<0.001
huono	20.2 (50)	61.9 (153)	17.8 (44)	100 (247)		12.6 (34)	60.4 (163)	27.0 (73)	100 (270)	
keskinkertainen	7.5 (28)	61.2 (227)	31.3 (116)	100 (371)		3.7 (14)	64.4 (241)	31.8 (119)	100 (374)	
hyvä	3.5 (9)	36.5 (95)	60.0 (156)	100 (260)		1.0 (3)	40.3 (127)	58.7 (85)	100 (315)	

	Pojat				p-arvo	Tyttöt				p-arvo
	matala	Keskitaso	Korkea	Yhteensä		Matala	Keskitaso	Korkea	Yhteensä	
Perhetekijät	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)		% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Kommunikointi isän kanssa										
vaikeaa	13.7 (25)	57.7 (105)	28.6 (52)	100 (182)	0.018	8.1 (33)	63.6 (259)	28.3 (115)	100 (407)	<0.001
helppoa	8.4 (55)	53.7 (352)	37.9 (248)	100 (655)		2.7 (13)	49.3 (240)	48.9 (234)	100 (487)	
Kommunikointi äidin kanssa										
vaikeaa	16.1 (22)	59.1 (81)	24.8 (34)	100 (137)	0.001	6.9 (14)	64.5 (131)	28.6 (58)	100 (203)	0.003
helppoa	8.5 (62)	53.2 (389)	38.3 (280)	100 (731)		5.0 (37)	53.3 (393)	41.7 (308)	100 (738)	

TAULUKKO 6. Terveyden lukutaito perheen varallisuustason ja perheen sosiaaliseen ilmapiiriin liittyvien tekijöiden mukaan **ruotsinkielisillä oppilaillla.**

	Pojat				p- arvo	Tytöt				p-arvo
	Matala	keskitaso	Korkea	Yhteensä		matala	Keskitaso	Korkea	Yhteensä	
Perhetekijät	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)		% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Perheen varallisuustaso					0.769*					0.451*
matala	12.5 (5)	55.0 (22)	32.5 (13)	100 (40)		6.3 (3)	62.5 (30)	31.3 (15)	100 (151)	
keskitaso	6.4 (10)	59.0 (92)	34.6 (54)	100 (156)		5.3 (8)	53.6 (81)	41.1 (62)	100 (44)	
korkea	7.4 (18)	58.4 (142)	34.2 (83)	100 (243)		2.3 (1)	47.7 (21)	50.0 (22)	100 (243)	
Perheen tuki										0.010*
heikko	15.4 (10)	66.2 (43)	18.5 (12)	100 (65)	<0.001	6.3 (4)	62.5 (40)	31.3 (20)	100 (64)	
keskinkertainen	5.9 (7)	66.1 (78)	28.0 (33)	100 (118)		5.0 (7)	57.6 (80)	37.4 (52)	100 (139)	
hyvä	4.5 (3)	34.3 (23)	61.2 (41)	100 (67)		4.3 (2)	32.6 (15)	63.0 (29)	100 (46)	
Perheen vuorovaikutusilmapiiri					0.004					0.013*
huono	15.1 (11)	65.8 (48)	19.2 (14)	100 (73)		6.8 (6)	63.6 (56)	29.5 (26)	100 (88)	
keskinkertainen	5.0 (6)	57.1 (68)	37.8 (45)	100 (119)		5.5 (6)	53.6 (59)	40.9 (45)	100 (110)	
hyvä	5.3 (3)	49.1 (28)	45.6 (26)	100 (57)		2.0 (1)	38.0 (19)	60.0 (30)	100 (50)	

	pojat				p-arvo	tytöt				p-arvo
	matala	keskitaso	korkea	yhteensä		matala	keskitaso	korkea	yhteensä	
perhetekijät	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)		% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Kommunikointi isän kanssa										
vaikeaa	4.6 (3)	69.2 (45)	26.2 (17)	100 (65)	0.086	3.4 (3)	55.7 (49)	40.9 (36)	100 (88)	0.681
helppoa	8.9 (16)	53.6 (96)	37.4 (67)	100 (179)		5.7 (8)	51.8 (73)	42.6 (60)	100 (141)	
Kommunikointi äidin kanssa										
vaikeaa	13.0 (6)	60.9 (28)	26.1 (12)	100 (46)	0.244	5.9 (3)	66.7 (34)	27.5 (14)	100 (51)	0.074
helppoa	6.9 (14)	57.4 (116)	35.6 (72)	100 (202)		5.2 (10)	49.7 (95)	45.0 (86)	100 (191)	

* χ^2 -testin oletukset eivät täyttyneet, jolloin käytettiin Exact -testiä

7.4 Nuorten todennäköisyys korkeaan terveyden lukutaitoon perhetekijöiden mukaan

Suomen- ja ruotsinkielisten koulujen oppilaiden todennäköisyyttä kuulua parhaimpaan terveyden lukutaidon luokkaan, eli todennäköisyyttä korkeaan terveyden lukutaitoon tarkasteltiin binäärisellä logistisella regressioanalyysillä sukupuolen, perheen varallisuustason, perheen tuen, perheen vuorovaikutusilmapiirin ja vanhempien kanssa koetun keskusteluhelpouden mukaan. Suomenkielisten tulokset on esitetty taulukossa 7 ja ruotsinkielisten tulokset taulukossa 8.

Suomenkielisten lopullisessa mallissa perheen varallisuustaso, perheen tuki ja perheen vuorovaikutusilmapiiri olivat yhteydessä korkean terveyden lukutaidon todennäköisyyteen (taulukko 7). Suomenkielisillä, jotka raportoivat perheen varallisuustason olevan keskimääräistä paremmalla tasolla, oli noin puolitoistakertainen todennäköisyys (OR=1.4, p=0.04) ja myös perheen varallisuustason keskinkertaiseksi raportoineilla noin puolitoistakertainen todennäköisyys (OR=1.39, p=0.006) kuulua korkeimpaan terveyden lukutaidon luokkaan, verrattuna perheen varallisuustason keskimääräistä matalammaksi kokeviin. Suomenkielisillä oppilailla, jotka kokivat perheen tuen keskimääräistä vahvemmaksi, oli noin kaksinkertainen todennäköisyys korkeaan terveyden lukutaitoon verrattuna perheen tuen keskimääräistä heikommaksi kokeviin (OR=2.13, p<0.001). Oppilailla, jotka kokivat perheen vuorovaikutusilmapiirin keskimääräistä paremmaksi, oli noin kolminkertainen todennäköisyys (OR=3.31, p<0.001) ja perheen vuorovaikutusilmapiiriin keskinkertaiseksi kokevillakin noin puolitoistakertainen todennäköisyys (OR=1.38, p=0.027) korkeaan terveyden lukutaitoon verrattuna perheen vuorovaikutusilmapiirin keskimääräistä heikommaksi kokeviin. Malli sopi hyvin aineistoon: $X^2(6) = 217.229$; p < 0.001 (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Terveiden lukutaito* sukupuolen, perheen varallisuustason, perheen tuen ja perheen vuorovaikutusilmapiirin mukaan **suomenkielisten koulujen oppilailla**.

Perhetekijät		OR	95% LV	p-arvo
Perheen varallisuustaso	matala	1.00		
	keskinkertainen	1.39	1.102-1.760	0.006
	korkea	1.40	1.010-1.944	0.043
Perheen tuki	heikko	1.00		
	keskinkertainen	0.97	0.736-1.283	0.839
	vahva	2.13	1.520-2.970	<0.001
Perheen vuorovaikutus-ilmapiiri	huono	1.00		
	keskinkertainen	1.38	1.037-1.835	0.027
	hyvä	3.31	2.409-4.549	<0.001

*Selitettävänä muuttujana paras kolmannes terveyden lukutaidon jakaumasta (korkea), johon kuulumisen todennäköisyyttä selitetään.

Referenssiryhmä merkitty arvolla 1.00, LV=luottamusväli, OR=ristiotosuhde

Omnibus (6) =217.229; p <0.001, Hosmer Lemeshow p-arvo 0.711

Ruotsinkielisten oppilaiden mallissa perheen tuen ja perheen vuorovaikutusilmapiirin välinen suhteellisen korkea korrelaatio (liite 3) vei kummankin muuttujan tehoa terveyden lukutaito - vastenmuuttujaan. Perheen tuki korreloi vuorovaikutusilmapiiri-muuttujaa voimakkaammin terveyden lukutaitoon (0.260 vs. 0.207) (liite 3), joten vuorovaikutusilmapiiri -muuttuja jätettiin mallista pois, vaikka sillä olisi saattanut olla korkean terveyden lukutaidon todennäköisyyttä lisäävä vaikutus ilman perheen tuki -muuttujaa mallissa. Ruotsinkielisten oppilaiden lopullisessa mallissa sukupuoli ja perheen tuki olivat yhteydessä korkean terveyden lukutaidon todennäköisyyteen (taulukko 8). Tyttöillä oli puolitoistakertainen todennäköisyys kuulua parhaimpaan terveyden lukutaidon luokkaan verrattuna poikiin (OR=1.5, p=0.039). Oppilailla, jotka kokivat perheen tuen keskimääräistä vahvemmaksi, oli noin viisinkertainen todennäköisyys kuulua parhaimpaan terveyden lukutaidon luokkaan verrattuna perheen tuen keskimääräistä heikommaksi kokeviin (OR=5.2, p<0.001). Malli sopi hyvin aineistoon: $X^2(3) = 43.506$; p <0.001 (taulukko 8).

TAULUKKO 8. Terveyden lukutaito* sukupuolen, perheen varallisuustason, perheen tuen ja perheen vuorovaikutusilmapiirin mukaan **ruotsinkielisten koulujen oppilailla.**

Perhetekijät		OR	95% LV	p-arvo
Sukupuoli	poika	1.00		
	tyttö	1.5	1.020-2.203	0.039
Perheen tuki	heikko	1.00		
	keskinkertainen	1.48	0.915-2.382	0.111
	vahva	5.20	2.976-9.068	<0.001

*Selitettävänä muuttujana paras kolmannes terveyden lukutaidon jakaumasta (korkea), johon kuulumisen todennäköisyyttä selitetään.

Referenssiryhmä merkitty arvolla 1.00, LV=luottamusväli, OR=ristiolosuhte
Omnibus (3) =43.506; p <0.001, Hosmer Lemeshow p-arvo 0.881

Binäärinen logistinen regressioanalyysi tehtiin myös erikseen pojille ja tytöille kummassakin kieliryhmässä. Suomenkielisten poikien lopullisessa mallissa korkeaan terveyden lukutaitoon oli yhteydessä perheen varallisuustaso, perheen tuki ja perheen vuorovaikutusilmapiiri (taulukko 9). Keskimääräistä vahvemmaksi koettu perheen tuki lisäsi korkean terveyden lukutaidon todennäköisyyttä lähes kolminkertaisesti verrattuna perheen tuen keskimääräistä heikommaksi kokeviin (OR=2.71, p<0.001). Keskimääräistä paremmaksi vuorovaikutuksen perheessä kokevilla oli yli neljä kertaa todennäköisemmin korkea terveyden lukutaito (OR=4.24, p<0.001) ja keskinkertaiseksi vuorovaikutusilmapiirin kokevillakin lähes kaksi kertaa todennäköisemmin (OR=1.82, p=0.007) verrattuna vuorovaikutusilmapiirin keskimääräistä huonommaksi kokeviin. Oppilailla, jotka kokivat perheen varallisuustason keskimääräistä paremmaksi, oli lähes kaksi kertaa todennäköisemmin korkea terveyden lukutaito (OR=1.85, p=0.016) ja varallisuustason keskinkertaiseksi kokevillakin noin puolitoista kertaa todennäköisemmin korkea terveyden lukutaito (OR=1.60, p=0.009) verrattuna perheen varallisuustason keskimääräistä heikommaksi kokeviin. Malli sopi hyvin aineistoon: $X^2(6) = 142.367$; p <0.001 (taulukko 9).

TAULUKKO 9. Terveyden lukutaito* perheen tuen ja perheen vuorovaikutusilmapiirin ja perheen varallisuustason mukaan **suomenkielisillä pojilla.**

Perhetekijät		OR	95% LV	p-arvo
Perheen tuki	heikko	1.00		
	keskinkertainen	1.002	0.659-1.522	0.994
	vahva	2.71	1.675-4.414	<0.001
Perheen vuorovaikutus-ilmapiiri	huono	1.00		
	keskinkertainen	1.82	1.181-2.804	0.007
	hyvä	4.24	2.642-6.799	<0.001
Perheen varallisuustaso	matala	1.00		
	keskinkertainen	1.60	1.124-2.269	0.009
	korkea	1.85	1.121-3.060	0.016

*Selitettävänä muuttujana paras kolmannes terveyden lukutaidon jakaumasta (korkea), johon kuulumisen todennäköisyyttä selitetään.

Referenssiryhmä merkitty arvolla 1.00, LV=luottamusväli, OR=ristiolosuhde
Omnibus (6) =142.367; p <0.001, Hosmer Lemeshow p-arvo 0.639

Suomenkielisten tyttöjen lopullisessa mallissa kommunikointi isän kanssa sekä perheen vuorovaikutusilmapiiri lisäsivät korkean terveyden lukutaidon todennäköisyyttä (taulukko 10). Kommunikoinnin isän kanssa helpoksi kokevilla oli noin 1.7-kertainen todennäköisyys korkeaan terveyden lukutaitoon verrattuna keskustelun isän kanssa vaikeaksi kokeviin (OR=1.78, p<0.001). Keskimääräistä paremmaksi koettu vuorovaikutusilmapiiri perheessä lisäsi suomenkielisten tyttöjen korkean terveyden lukutaidon todennäköisyyttä noin kolminkertaisesti (OR=3.14, p<0.001) verrattuna vuorovaikutusilmapiirin keskimääräistä heikommaksi kokeviin. Malli sopi hyvin aineistoon: $X^2(3) = 10.605$, p=0.013 (taulukko 10). Perheen tuen ja vuorovaikutusilmapiirin välinen suhteellisen voimakas korrelaatio (liite 4) väärensi muuttujien yksilöllistä vaikutusta mallissa. Perheen vuorovaikutusilmapiiri korreloi terveyden lukutaito -vastenmuuttujaan voimakkaammin kuin perheen tuki (rho 0.261 vs. rho 0.215) (liite 4), joten perheen tuki -muuttuja poistettiin mallista, vaikka se olisi saattanut olla yhteydessä korkean terveyden lukutaidon todennäköisyyteen.

TAULUKKO 10. Terveiden lukutaito* perheen tuen ja isän kanssa kommunikoinnin mukaan **suomenkielisillä tytöillä.**

Perhetekijät		OR	95% LV	p-arvo
Perheen vuorovaikutusilmapiiri	Huono	1		
	Keskinkertainen	1.17	0.810-1.699	0.399
	Hyvä	3.14	2.130-4.638	<0.001
Kommunikointi isän kanssa	Vaikeaa	1		
	Helppoa	1.68	1.237-2.279	0.001

*Selitettävänä muuttujana paras kolmannes terveyden lukutaidon jakaumasta (korkea), johon kuulumisen todennäköisyyttä selitetään.

Referenssiryhmä merkitty arvolla 1.00, LV=luottamusväli, OR=ristiolosuhte
Omnibus (3) = 10.805, p=0.013, Hosmer and Lemeshow p=0.983

Ruotsinkielisillä pojilla keskimääräistä vahvemmas koettu perheen tuki lisäsi korkean terveyden lukutaidon todennäköisyyttä lähes kolminkertaisesti verrattuna keskimääräistä heikompaan perheen tuen luokkaan (p<0.001) (taulukko 11). Malli sopi hyvin aineistoon: $X^2(2) = 30.289$, p<0.001. Perheen tuen ja vuorovaikutusilmapiirin välinen suhteellisen voimakas korrelaatio (liite 5) väärensi muuttujien vaikutusta mallissa. Perheen tuki korreloi terveyden lukutaito -vastenmuuttujaan voimakkaammin kuin perheen vuorovaikutusilmapiiri (rho 0.329 vs. rho 0.207), joten perheen vuorovaikutusilmapiiri -muuttuja jätettiin mallista pois, vaikka se olisi saattanut lisätä korkean terveyden lukutaidon todennäköisyyttä.

TAULUKKO 11. Terveiden lukutaito* perheen tuen mukaan **ruotsinkielisillä pojilla.**

Perhetekijät		OR	95% LV	p-arvo
Perheen tuki	Heikko	1		
	Keskinkertainen	1.002	0.659-1.522	0.994
	Vahva	2.72	1.675-4.414	<0.001

*Selitettävänä muuttujana paras kolmannes terveyden lukutaidon jakaumasta (korkea), johon kuulumisen todennäköisyyttä selitetään.

Referenssiryhmä merkitty arvolla 1.00, LV=luottamusväli, OR=ristiolosuhte
Omnibus (2) = 30.289, p<0.001, Hosmer and Lemeshow p-arvo: 1.000

Ruotsinkielisillä tytöillä perheen tuen ja perheen vuorovaikutusilmapiirin suhteellisen korkea korrelaatio (liite 6) väärensi muuttujien vaikutusta mallissa. Vuorovaikutusilmapiiri korreloi kuitenkin vahvemmin terveyden lukutaidon kanssa (rho 0.216 vs. rho 0.198) (liite 6), joten se otettiin malliin, ja jäi ainoaksi merkitsevästi korkean terveyden lukutaidon todennäköisyyttä lisääväksi tekijäksi. Hyvä vuorovaikutusilmapiiri lisäsi korkean terveyden lukutaidon todennäköisyyttä noin 3.6-kertaisesti (OR=3.58, p=0.001) ja keskinkertainen

vuorovaikutusilmapiirikin noin 1.7-kertaisesti (OR=1.65, p=0.099) verrattuna keskimääräistä heikompaan vuorovaikutusilmapiiriin (taulukko 12). Malli sopi hyvin aineistoon: $X^2(2) = 12.257$; $p=0.002$.

TAULUKKO 12. Terveiden lukutaito* perheen vuorovaikutusilmapiirin mukaan ruotsinkielisillä tytöillä.

		OR	95% LV*2	p-arvo
Perheen vuorovaikutus- ilmapiiri	Huono	1		
	Keskinkertainen	1.65	0.910-2.993	0.099
	Hyvä	3.58	1.727-7.407	0.001

*Selitettävänä muuttujana paras kolmannes terveyden lukutaidon jakaumasta (korkea), johon kuulumisen todennäköisyyttä selitetään.

Referenssiryhmä merkitty arvolla 1.00, LV=luottamusväli, OR=ristiolosuhte
Omnibus (2) = 12.257, $p=0.002$, Hosmer and Lemeshow p-arvo 1.00

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelua

Tämän gradu tavoitteena oli selvittää, onko 15-vuotiaiden terveyden lukutaidossa eroa suomen- ja ruotsinkielisten välillä. Lisäksi tavoitteena oli selvittää miten sukupuoli, perheen varallisuustaso, perheen tuki, perheen vuorovaikutusilmapiiri ja kommunikointi isän ja äidin kanssa ovat yhteydessä suomenkielisten ja ruotsinkielisten 15-vuotiaiden terveyden lukutaitoon.

Tulokset osoittivat, että terveyden lukutaidon tasoissa ei ollut eroja kieliryhmien välillä. Simonsenin ym. (2019) tutkimus antoi vastaavanlaisia tuloksia 13 – 15 -vuotiaiden ikäryhmistä. Kyseisessä tutkimuksessa ei kuitenkaan tarkasteltu erikseen 15-vuotiaita, joten tämän tutkimuksen tulokset tarkensivat kyseisiä tuloksia. Samansuuntaisia tuloksia on raportoitu myös kansallisen terveystiedon osaamistasoa arvioivan kokeen osalta, jossa yhdeksäsluokkalaisten osaamistaso oli suomenkielisissä ja ruotsinkielisissä kouluissa samantasoista, joskin hieman paremmalla tasolla suomenkielisillä (Summanen 2014). Niin kansallisen (Paakkari ym. 2018) kuin kansainvälisenkin (Brown ym. 2007; Paek ym. 2011; Sukys ym. 2019) tutkimusnäytön mukaan tyttöjen terveyden lukutaito on korkeammalla tasolla verrattaessa poikiin. Tässä tutkimuksessa tytöillä oli poikiin verrattuna merkitsevästi parempi terveyden lukutaito vain suomenkielisillä. Tutkimuksen tulokset terveyden lukutaidon tasosta ovat myös yhteneväisiä Paakkarin ym. (2018) tulosten kanssa – suurin osa nuorista raportoi terveyden lukutaitonsa vähintään keskinkertaiseksi. Tuloksia ei voi suoraan verrata tutkimuksiin, joissa terveyden lukutaitoa on arvioitu muilla mittareilla.

Hyvä terveyden lukutaidon taso yleisesti, sekä kieliryhmien samantasoisuus terveyden lukutaidossa voi olla kouluopetuksen ansiota. Suomessa jokaisella on oikeus tasavertaiseen ja maksuttomaan peruskouluopetukseen (Opetushallitus 2020), johon sisältyy pakollista terveystiedon opiskelua, jonka sisältö on rakennettu Paakkarin ja Paakkarin (2012) terveyden lukutaidon osa-alueiden pohjalta (Opetushallitus 2014, 398). Huomionarvoista on myös se, että kansainväliset tutkimukset, joissa kielivähemmistöjen terveys ja terveyskäyttäytyminen on ollut heikommalla tasolla verrattuna valtaväestöön (Rojas-Guyler ym. 2008; Britigan ym. 2009; Kickbush ym. 2013; Massey ym. 2018), ovat koskeneet sellaisia maita, joissa kielivähemmistön

asemia ja oikeuksia yhteiskunnassa ei ole turvattu samalla tasolla kuin Suomessa ruotsinkielisten osalta. Suomessa ruotsin kieli on toinen virallinen kotimainen kieli ja suomenruotsalaisten asema ja oikeudet yhteiskunnassa on turvattu laissa (Suomen perustuslaki 1999). Suomessa opettajien suosimissa opetusmenetelmissä on havaittu jonkin verran eroja suomen- ja ruotsinkielisten koulujen välillä, mutta tällä ei ole havaittu olevan merkitseviä vaikutuksia oppimistuloksiin (Summanen 2014, 66–68, 114). Kieliryhmien välillä ei ole myöskään todettu eroja asenteissa terveystieto-oppiainetta kohtaan, tai kokemuksissa terveystieto-oppiaineen mielekkyydestä (Summanen 2014, 47). Se, että kieliryhmien välillä ei ollut eroja terveyden lukutaidossa on myönteinen löydös myös peilaten uusimpaan terveyden edistämisen deklaraatioon, jossa yhdeksi tavoitteeksi nostetaan terveyserojen kaventaminen ja yksilöiden tasavertaisuus (WHO 2017). Sen sijaan sukupuolten väliset erot, jotka nousivat tässä tutkimuksessa esiin, on otettava huomioon väestöryhmittäisiä terveyseroja koskevassa keskustelussa. Summanen (2014, 46) on raportoinut tyttöjen korkeammasta tasosta poikiin verrattuna niin koetussa kuin objektiivisesti mitatussa terveystiedon osaamisessa, sekä tyttöjen myönteisemmästä asenteesta terveystieto-oppiainetta kohtaan (Summanen 2014, 46). Nämä tekijät voivat heijastua myös terveyden lukutaidon tasoon ja siten osittain selittää sukupuolten välisiä eroja terveyden lukutaidossa, joita tässä tutkimuksessa todettiin.

Tämän tutkimuksen mukaan perheen sosiaalinen ilmapiiri on merkityksellinen terveyden lukutaidon kannalta, ja erityisesti perheen tuki ja vuorovaikutusilmapiiri korostuivat merkittävinä terveyden lukutaitoon yhteydessä olevina tekijöinä. Tulokset perheen sosiaalisen ilmapiirin yhteyksistä terveyden lukutaitoon olivat samansuuntaisia kummassakin kieliryhmässä, mikä on tärkeä löydös jatkotutkimuksia ja interventioita ajatellen. Tulosten perusteella aihealueeseen liittyviä interventioita ei tarvitse kohdentaa erikseen suomen- ja ruotsinkielisille, vaan tarve on kummassakin kieliryhmässä sama. Perheiden varallisuustaso oli sen sijaan tässä tutkimuksessa kieliryhmiä selkeämmin erotteleva tekijä. Ruotsinkielisillä oli tulosten mukaan parempi varallisuus kuin suomenkielisillä, kuten myös Simonsenin ym. (2016) tutkimuksesta ilmeni. Tässä tutkimuksessa perheen varallisuustaso oli kuitenkin yhteydessä vain suomenkielisten nuorten terveyden lukutaitoon ja sukupuolia erikseen tarkasteltuna vain suomenkielisten poikien terveyden lukutaitoon. FAS-mittariin perustuvat tutkimustulokset antavat tosin vain rajallisen kuvan perheiden varallisuustasosta, mutta mahdolliset kieliryhmien väliset erot perheen sosioekonomisessa asemassa on kuitenkin syytä huomioida jatkossa, kun tehdään kieliryhmiä vertailevaa tutkimusta.

Suurin osa nuorista arvioi tässä tutkimuksessa perheen tuen ja vuorovaikutusilmapiirin olevan vähintään kohtalaisella tasolla ja suurin osa nuorista koki mieltä vaivaavista asioista keskustelun vanhempiensa kanssa helpoksi, joten tämän osalta vanhemmat näyttäisivät olevan nuorille läheisiä ihmissuhteita, minkä aiempi tutkimusnäyttö myös vahvistaa (Rönkä & Poikkeus 2000, Rönkän ja Sallisen 2008 mukaan). Suomenkieliset kokivat perheen tuen ja vuorovaikutusilmapiirin olevan hieman paremmalla tasolla kuin ruotsinkieliset, vaikka ainoa tilastollisesti merkitsevä ero olikin tyttöjen kokemassa perheen vuorovaikutusilmapiirin tasossa. Kieliryhmien välistä vertailua koetussa tuessa tai vuorovaikutusilmapiirissä ei ole raportoitu lukuun ottamatta Simonsenin ym. (2016) raporttia, jossa kieliryhmien välillä ei ollut eroja, kun oppilailta kysyttiin yleisestä kodin ilmapiiristä sekä perheen antamasta tuesta kouluun liittyvissä ongelmissa. Edellä esitetyt tutkimustulokset ovat mielenkiintoisia sosiaalista pääomaa koskevan tutkimusaiheen näkökulmasta. Yleisesti ottaen puhutaan siitä, että ruotsinkielisillä olisi enemmän sosiaalista pääomaa koheesion, luottamuksellisten ihmissuhteiden ja yhteisöllisen aktiivisuuden osalta (Hyypä 2004). Mutta koska sosiaalinen pääoma ulottuu perhettä laajempaan kontekstiin, sitä ei voi suoraan peilata tähän tutkimukseen.

Tämän tutkimuksen myötä on tunnistettu sellaisia perhetekijöitä, joihin vaikuttamalla on mahdollista vaikuttaa myös nuorten terveyden lukutaitoon. Tulosten pohjalta voidaan todeta, että muutkin kuin yksilölliset tekijät vaikuttavat nuorten terveyden lukutaitoon. Nuorten terveyden lukutaidon edistämiseksi on tärkeää, että perheenjäsenet huomioivat ja kunnioittavat toisiaan. On tärkeää, että perheessä kuunnellaan ja tuetaan nuorta sekä keskustellaan avoimesti väärinkäsityksistä ja erimielisyyksistä. Keskustelujen ei tarvitse rajoittua vain terveysaiheisiin, sillä yleisellä sosiaalisen ilmapiirin laadulla on jo itsessään merkitystä. Tulosten perusteella suositukset jatkotoimenpiteistä menevät osittain perhepolitiikan suuntaan. Perheen tärkeä merkitys lapsen ja nuoren hyvinvointiin on tunnistettu myös kansallisessa lapsistrategiassa, jossa lapset, nuoret ja perheet on asetettu politiikan keskiöön (Lapsen aika 2019). Lasten ja vanhempien vuorovaikutussuhteet ja perheen taloudellinen tilanne ovat tunnistettu lasten hyvinvointiin vaikuttaviksi tekijöiksi, ja yhdeksi teema-alueeksi on nostettu lasten ja nuorten osallisuus, jonka toteutuminen edellyttää, että perheen alaikäisiä aidosti kuunnellaan ja arvostetaan (Lapsen aika 2019, 20, 28). Tämän tutkimuksen tulosten pohjalta voi todeta, että kyseiset tavoitteet ovat perusteltuja ja niitä on tärkeää edistää jatkossa.

Lapsistrategiassa pyritään kohdentamaan toimenpiteitä etenkin heikossa asemassa oleviin ja apua tarvitseviin perheisiin, jotta lasten ja nuorten tasa-arvoinen oppiminen, osallisuus ja

hyvinvointi olisi saavutettavissa (Lapsen aika 2019). Tämän tutkimuksen pohjalta ei ole mahdollista tehdä johtopäätöksiä perheiden eriarvoisuuteen liittyvistä asioista, esimerkiksi liittyen resurssien kohdentamisen. Suositukset perhepoliittisista toimenpiteistä vaativat lisätutkimuksia esimerkiksi sen osalta, mitkä ovat terveyden lukutaidon edistämisen näkökulmasta perheiden keskeisimmät ongelmat ja kehityskohdat ja missä määrin ongelmat kasaantuvat tiettyihin perheisiin. Lisäksi on huomioitava, että perhettä koskevat asiat ja niihin puuttuminen voidaan kokea arkaluontoiseksi. Yksittäisellä instituutiolla ei myöskään mahdollisuuksia turvata alaikäisen optimaalista kehitystä, vaan muutosten aikaansaaminen vaatii eri tahojen yhteistyötä (Lapsen aika 2019, 15). Siitä huolimatta, että kunnilla on velvollisuus tarjota palveluita perheiden hyvinvoinnin eteen (STM s.a.), voi perheille jäädä paljon vastuuta.

Kieliryhmät olivat tarkasteltujen muuttujien osalta hyvin samankaltaisia, mutta tätä analysoidessa on huomioitava, että tässä tutkimuksessa kieliryhmäjako perustui oppilaan koulun opetuskielen, joten suoria johtopäätöksiä esimerkiksi nuoren äidinkielestä, kielitaidoista ja sen vaikutuksista yksilöön ei voi tehdä. Suomessa vanhemmat voivat nimittäin päättää lapsensa koulukielen vapaasti, riippumatta äidinkielestä, ja syyt opetuskielen valintaan voivat vaihdella (Svenskskola 2020). Lisäksi kieli on vain yksi osa yksilöä, ja muutkin yksilölliset ja ympäristölliset tekijät vaikuttavat yksilön terveyden lukutaidon kehittymiseen (Nielsen-Bohlman ym. 2014, 111, 114).

8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tämän tutkimuksen aineisto ja otanta perustuvat järjestelmälliseen HBSC-tutkimusprotokollaan ja käytetyn aineiston otoskoko oli suuri, minkä perusteella tulosten voidaan olettaa edustavan perusjoukkoa, eli suomalaisia 9.-luokkalaisia normaaliopetuksessa olevia oppilaita. WHO-Koululaistutkimus on kuitenkin poikkileikkaustutkimus, joten perhetekijöiden ja terveyden lukutaidon välisiä kausaliteetteja ei voida osoittaa. Tutkimuksessa käytetyt mittarit ovat osa kansainvälistä HBSC-kyselylomaketta ja mittareita on käytetty laajasti kansainvälisissä tutkimuksissa. Tuoreempaa tutkimustietoa olisi saanut uusimmasta WHO-Koululaistutkimuksesta vuodelta 2018, mutta kyseisenä tutkimusvuonna ruotsinkielisten otanta olisi ollut tähän tutkimukseen liian pieni. Ruotsinkielisten yliedustettavuus heikentää

hieman tuloste luotettavuutta, sillä tutkimuksen otoksessa ruotsinkielisten prosentuaalinen osuus on suurempi kuin väestötasolla todellisuudessa.

Tutkimuksessa käytettyjen summamuuttujien Cronbachin alfa-kertoimet olivat välillä 0.44-0.95 (liite 1), joten yhtä mittaria (FAS III: 0.44) lukuun ottamatta mittareilla oli korkea reliabiliteetti, eli niiden väittämien voidaan todeta mittaavan samaa ilmiötä ja mittausten toistettavuus on hyvä. Tutkimuksessa käytetyt tilastolliset menetelmät sopivat aineistoon hyvin.

Terveyden lukutaidon HLSAC-mittarin on todettu olevan validi sekä reliabeeli mittaamaan lasten ja nuorten subjektiivista terveyden lukutaitoa, ja se sopii käytettäväksi myös laajoissa kansainvälisissä tutkimuksissa (Paakkari ym. 2016). Terveyden lukutaidosta löytyy lyhyempi, 10 väittämän versio, jonka validiteetti ja reliabiliteetti on testattu hyväksi (Paakkari ym. 2016). Tässä tutkimuksessa käytettiin 16 väittämän mittaria, joten sopii pohtia, kuinka tarpeellisia kaikki väittämät ovat antamaan riittävän hyvän arvion terveyden lukutaidon tasosta. Monet väittämät ovat samankaltaisia keskenään, joten niiden erottaminen toisistaan vastaamistilanteessa voi olla nuorelle haasteellista.

Family Affluence Scale (FAS) –mittarin väittämiä on päivitetty vastaamaan nykypäivän kulutustottumuksia ja elämäntyyliä ja mittarin validiteettia ja reliabiliteettia tarkastelevat tutkimukset ovat osoittaneet mittarin luotettavaksi (Torsheim ym. 2016; Currie ym. 1997). Perheen varallisuustasoa arvioivia kysymyksiä sopii kuitenkin tarkastella kriittisesti. Tässä tutkimuksessa FAS-mittarin Cronbachin alfa –arvo 0.44 kertoo väittämien keskinäisestä vaihtelusta ja mittarin heikohkosta reliabiliteetista. Perheen kulutustottumuksia ja aineellista omaisuutta tarkastelemalla ei välttämättä saa tarpeeksi luotettavaa kuvaa perheen taloudellisesta tilanteesta. FAS III -mittari on kehitelty kansainvälisiin tutkimuksiin sopivaksi, joten sen soveltuvuus saattaa olla parempi muissa maissa, joissa sosioekonominen asema ja heijastuu voimakkaammin mittarissa kysytyyn aineelliseen omaisuuteen ja kulutustottumuksiin. Johtuen pinnalla olevista ilmastonmuutosasioista voi olla, että ulkomaanmatkojen määrä ei välttämättä kerro taloudellisesta tilanteesta, vaan tietoisesta päätöksestä olla matkustelematta. 15-vuotiaat ovat jo sen verran varttuneita, että heille voisi sopia paremmin WHO-Koululaistutkimuksessa oleva kysymys ”Miten arvioit perheen taloudellisen tilanteen?”. Kysymys antaisi nuorelle vapaammat mahdollisuudet arvioida taloudellista tilannetta omasta näkökulmastaan.

Perheen emotionaalista tukea mittaavan MSPSS-mittarin (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) osalta on raportoitu korkeaa validiteettia ja reliabiliteettia eri ikäryhmissä ja kansalaisuuksissa (Zimet ym. 1988). Tässä tutkimuksessa summamuuttujan väittämien Cronbachin alfa oli 0.88, eli mittaria voidaan pitää reliabelina. The Family Dynamics Measure -mittari (FDM II), kehitettiin lisäämään ymmärrystä perheen keskusteluilmapirin laadusta muustakin näkökulmasta kuin keskustelun helppoudesta. WHO-Koululaistutkimuksessa käytettiin alkuperäisestä mittarista lyhyempää, neljän väittämän versiota, joka on todettu validiksi ja luotettavaksi nuorilla. Tässä tutkimuksessa summamuuttujan väittämien Cronbachin alfa oli 0.96, eli mittaria voidaan pitää reliabelina.

Kysymykset nuoren kokemasta kommunikoinnista äidin ja isän kanssa on poimittu laajemmasta kysymyspatteristosta, jossa tiedusteltiin myös kommunikoinnin luonnetta äiti- tai isäpuolen kanssa sekä ystävien kanssa. Kysymykset nuorten kokemasta keskusteluhelppoudesta vanhempien kanssa ovat sitten 1980-luvun laajasti käytettyjä kansainvälisissä tutkimuksissa ja niiden on todettu kuvaavan hyvin nuorten ja vanhempien välisten suhteiden luonnetta. Äidin ja isän kanssa kommunikointi toi lisänäkökulman tutkimusaiheeseen, mutta huomionarvoista on se, että tutkimuksen kysymys vanhempien kanssa kommunikoinnista koski nuoren mieltä vaivaavia asioita. Vaikka suurin osa nuorista koki mieltä painavista asioista kommunikoinnin vanhempiensa helpoksi, ei se välttämättä edistä terveyden lukutaidon kehittymistä samalla tavalla kuin sosiaalinen tuki ja vuorovaikutusilmapiiri laajemmasta vuorovaikutuksen näkökulmasta. Tämä voi olla yksi syy siihen, että äidin ja isän kanssa kommunikointi ei näyttäytynyt yhtä vahvana terveyden lukutaitoon yhteydessä olevana tekijänä verrattuna perheen tukeen ja vuorovaikutusilmapiiriin.

WHO-Koululaistutkimuksen alkuperäisissä vastausvaihtoehdoissa koskien kommunikointia vanhempien kanssa oli mukana myös vaihtoehto “ei ole tai en tapaa häntä”, mutta tämä tieto koodattiin tässä tutkimuksessa puuttuvaksi tiedoksi. Kyseisen vastausvaihtoehdon mukaan ottaminen olisi mahdollisesti antanut paremman kuvan perhedynamiikasta ja perherakenteista, mutta tämä koodausmenetelmä valittiin menettelytavan yleisyyden perusteella. Tähän tutkimukseen valitut muuttajat antoivat vain rajallisen näkökulman perheen määritelmästä, sillä yksikään muuttuja ei käsitellyt perherakenteita ja nuoren asumiskuviota.

Tähän tutkimukseen valittujen muuttujien perusteella ei voi tehdä suoria johtopäätöksiä siitä perherakenteesta, mihin nuoren vastaukset perheeseen liittyviin kysymyksiin pohjautuvat. Tämä on tärkeää huomioida siinä kohtaa, kun halutaan tehdä perheisiin kohdistuvia toimenpiteitä. Monimuotoisten perheiden yleistymisen ja perhemääritelmän subjektiivinen lähestymistapa on huomioitava suunniteltaessa esimerkiksi perheiden sosiaaliseen ilmapiiriin kohdistuvia interventiota. Myös nuorten käsitykset siitä, mitä on kuuntelemisen tai tuen osoittamista saattavat vaihdella, mikä voi heijastua tuloksiin.

Valmista aineistoa käytettäessä on sovellettava siinä olevia muuttujia vastaamaan tutkittavaa ilmiötä. Tähän tutkimukseen pyrittiin valitsemaan perheen sosiaalista ilmapiiriä heijastelevia muuttujia, mutta niiden kyky kuvata ilmiötä sen laajuudessaan on kuitenkin rajallinen. Perheen sosiaalista ilmapiiriä käytettiin tässä tutkimuksessa kattokäsitteenä perheen tuelle, vuorovaikutusilmapiirille ja vanhempien kanssa kommunikoinnille. Sopivan kattokäsitteen löytäminen oli haasteellista, sillä kirjallisuudessa on käytetty hyvin vaihtelevasti perheenjäsenten välisiä suhteita kuvaavia määritelmiä ja mittareita. Tässä tutkimuksessa varsin laaja kattokäsite koettiin kuitenkin sopivan tutkimuksen tavoitteeseen tarkastella perhesuhteita eri näkökulmista. Lisäksi tuki ja vuorovaikutus voidaan nähdä osana laajempaa kokonaisuutta ja osittain myös toisistaan riippuvaisina, minkä vuoksi niihin viittaaminen yhteisellä käsitteellä oli perusteltua. Käsitelmäärittelyjen ja mittareiden suuren vaihtelevuuden takia on tutkimustulosten vertailussa osoitettava kriittisyyttä ja huolellisuutta.

Tutkimuksessa käytetyt mittarit käsittelivät varsin samankaltaisia ilmiöitä, joten niiden käyttö samassa analyysissä voi olla ongelmallista. Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimet osoittivat suhteellisen korkeaa korrelaatiota perheen tuki -muuttujan ja perheen vuorovaikutusilmapiiri -muuttujan välillä, ja nämä keskinäiset korrelaatiot aiheuttivat ongelmia binäärisessä regressioanalyysissä, jossa kyseiset muuttujat veivät toisiltaan tehoa malleissa. Multikollinearisuudesta johtuen malleihin valittiin tarpeen mukaan se muuttuja, jonka korrelaatio vastenmuuttujaan oli voimakkainta. Tutkimuksessa käytetyt kolmiluokkaiset muuttujat antoivat kuitenkin yksityiskohtaisempaa tietoa verrattaessa siihen, että muuttujat olisi tehty kaksiluokkaisiksi.

Eettisen tarkastelun näkökulmasta tutkimusprosessin eri vaiheissa on toimittu hyvien tieteellisten käytäntöjen ohjeiden mukaisesti, noudattaen Tutkimuseettisen neuvottelukunnan

(TENK 2012) linjauksia. WHO-Koululaistutkimukseen vastanneet nuoret ovat osallistuneet kyselytutkimukseen vapaaehtoisesti ja nimettömästi, ja vastaajille on tiedotettu vastausten luottamuksellisista käsittelymenetelmistä ja anonyymiydestä. Aineistoa on käytetty vain tätä tutkimusta varten ja sitä on käsitelty luottamuksellisesti Tutkimuseettisen neuvottelukunnan linjausten mukaisesti (TENK 2012). Tutkimuksen tekemisessä on kunnioitettu muita tutkijoita viittaamalla heidän julkaisuihinsa oikeaoppisesti. Analyyseissa sekä tulosten raportoinnissa on noudatettu tarkkuutta ja rehellisyyttä.

8.3 Jatkotutkimusehdotuksia

Suomenkielisten ja ruotsinkielisten 13- ja 15 -vuotiaiden terveyden lukutaidossa on todettu alueellisia eroja etenkin ruotsinkielisten keskuudessa (Simonsen ym. 2019), mutta tutkimuksessa ei tarkasteltu erikseen 15-vuotiaita. Jatkossa voisi selvittää alueellisia eroja 15-vuotiaiden terveyden lukutaidossa. Tarkastelemalla terveyden lukutaidon eri osa-alueita saisi myös selville yksityiskohtaisempaa tietoa kieliryhmien terveyden lukutaidosta ja kieliryhmien välisistä eroista.

Perheen varallisuustasolla oli yhteys terveyden lukutaitoon vain suomenkielisillä, mutta jatkossa voisi ottaa tarkasteluun myös muita perheen ja yksilön sosioekonomista asemaa määrittäviä tekijöitä. Nuoren koulumenestys (Paakkari ym. 2018), jatkokoulutusorientaatio ja vanhempien kulutustausta (Hirvonen ym. 2015; Paakkari ym. 2018) ovat esimerkiksi todettu korreloivan positiivisesti nuoren terveyden lukutaidon kanssa. Perheen varallisuustasoa voisi mitata nuoren subjektiivisella käsityksellä perheen taloudellisesta tilanteesta.

Perheen sosiaalisen ilmapiirin yhteyttä nuoren terveyden lukutaitoon tulisi jatkossa tutkia myös muiden tuen ja vuorovaikutusilmapiirin osa-alueiden kautta. Vanhemmilta saatu informatiivinen tuki on korostunut aihepiirin tutkimuksissa, joten esimerkiksi WHO-Koululaistutkimuksessa oleva kysymys perheen antamasta tuesta kouluun liittyvissä asioissa on varteenotettava muuttuja, kun tutkitaan nuorten terveyden lukutaitoon vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi nuorten terveyden lukutaitoa tukisi tarkastella myös perherakenteiden näkökulmasta, sillä perherakenteet ovat nykypäivänä yhä monimuotoisempia (Väestöliitto 2019).

9 LÄHTEET

- Ackard, D.M., Neumark-Sztainer, D., Story, M. & Perry, C. 2006. Parent-child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. *American Journal of preventive medicine* 30 (1), 59–66. doi:10.1016/j.amepre.2005.09.013
- Alseraty, W.H. 2015. Parents` Sosioeconomic Status and Health Literacy Domains among Shokrof Preparatory School Students, Shokrof Village, Algarbia Governorate, Egypt. *Journal of Education and Practice*, 6 (11), 1 – 8.
- Ambrosini, G., Oddy, W., Robinson, M., O`Sullivan, T., Hands, B., de Klerk, N., Silburn S.R., Zubrick, S.R., Kendall, G.E., Stanley, F. & Beilin, L.J. 2009. Adolescent dietary patterns are associated with lifestyle and family psycho-social factors. *Public Health Nutrition*, 12 (10), 1807 – 1815.
- Amoah, P.A. Social Participation, health literacy, and health and well-being: A cross-sectional study in Ghana. *SSM Population Health* 4 (1), 263–270. doi:10.1016/j.ssmph.2018.03.005.
- Baker, D., Parker, R., Williams, M., Clark, W.S. & Nurss, J. 1997. The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. *American Journal of Public Health* 87 (6), 1027 – 1030. doi: 10.2105/ajph.87.6.1027
- Baker, D., Parker, R. Williams, M., Pitkin, K., Parikh, N.S., Coates, W. & Imara, M. 1996. The health care experience of patients with low literacy. *Archives of Family Medicine* 5 (6), 329 – 334. doi: 10.1001/archfami.5.6.329
- Barrera, M. 1986. Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology* 14 (4), 413 – 444.
- Baiocchi-Wagner, E.A. & Talley, A.E. 2013. The role of family communication in individual health attitudes and behaviors concerning diet and physical activity. *Health Communication* 28 (2), 193 – 205. doi: 10.1080/10410236.2012.674911
- Berg, N., Kiviruusu, O., Karvonen, S., Rahkonen, O. & Huurre, T. 2017. Pathways from problems in adolescent family relationships to midlife health via early adulthood disadvantages – a 26-year longitudinal study. *PLoS ONE* 12 (5), e0178136. doi: 10.1371/journal.pone. 0178136
- Brooks, F., Zaborskis, A., Klemra, E., Örkenyi, A., Tabak, I, Carmen, M & Alcon, G. 2016. Family. Teoksessa J. Inchley,D. Currie, T. Young, O. Samdal, T. Torsheim, L. Augustson, F. Mathison, A. Aleman-Diaz, M. Molcho, M. Weber & V. Barnekow,

- (toim.) Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey. Kööpenhamina: WHO Regional Office for Europe, 23–36.
- Brooks, F., Zaborskis, A., Tabak, I., Alcón, M. D. C. G., Zemaitiene, N., de Roos, S. & Klemnera, E. 2015. Trends in adolescents' perceived parental communication across 32 countries in Europe and North America from 2002 to 2010. *The European Journal of Public Health* 25 (2), 46-50. doi: 10.1093/eurpub/ckv034
- Chang, L-C. 2010. Health literacy, self-reported status and health promoting behaviors for adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing* 20, 190—196.
- Chzhen, Y., Moor, I., Pickett, W., Toczydlowska, E., Stevens, G. 2016. Family Affluence and Inequality in Adolescent Health and Life Satisfaction: Evidence from the HBSC study 2002 – 2014. Innocenti Working Paper 2016-10, UNICEF office of research.
- Chng, G.S., Wild, E., Hollman, J. & Otterpohl, N. 2014. Children's evaluative skills in informational reasoning: The role of parenting practices and communication patterns. *Learning Culture and Social Interaction* 3 (2), 88 – 97.
- Cohen, S., Gottlieb, B. & Underwood, L.G. 2000. Social relationships and health. Teoksessa S. Cohen, L.G. Underwood & B. Gottlieb (toim.) Social support measurement and interventions: A guide for health and social scientist. New York: Oxford, 3–28.
- Cohen, S. & Syme, S.L. 1985. Issues in the study and application of social support. Teoksessa S. Cohen & L. Syme (toim.) Social support and health New York: Academic, 3–22.
- Coleman, J.S. 1988. Social Capital in the creation of Human capital. *The American Journal of Sociology*, 94, 95 – 120.
- Countinho, S.A. & Neuman, G. 2008. A model of metacognition, achievement goal orientation, learning style and self-efficacy. *Learning Environments Research* 11 (2), 131 – 151.
- Crouter, A.C., Bumpus, M.F., Davis, K.D. & McHale, S.M. 2005. How Do Parents Learn About Adolescents' Experiences? Implications for Parental Knowledge and Adolescents Risky Behavior.
- Currie, C., Molcho M., Boyce W., Holstein B.E., Torsheim T. & Richter M. 2008. Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Science & Medicine* 66 (6), 1429 – 1436. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.11.024.

- Currie, C.E., Elton, R.A., Todd, J. & Platt, S. 1997. Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Education Research* 12 (3), 385 – 397. doi:10.1093/her/12.3.385.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. 2007. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. Stockholm: Institute for future studies 14.
- Dailey, R. 2006. Conformation in Parent-Adolescent Relationships and Adolescent Openness. Toward Extending Confirmation Theory. *Journal of Communication Monographs* 73 (4), 434-458.
- Davis, T.C., Long, S.W., Jackson, R.H., Mayeaux, E.J., George, R.B., Murphy, P.W. & Crouch, M.A. 1993. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Family Medicine* 25 (6), 391 – 395.
- Davis, T.C., Crouch, M.A., Long, S.W., Jackson, R.H., Bates, P., George, R.B. & Bairnsfather, L.E. 1991. Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Family Medicine* 23 (6), 433 – 435.
- Davis, T.C. Wolf, M.S., Arnold, C.L., Byrd, R.S., Long, S.W., Springer, T., Kennen, E. & Bocchini, J.A. 2006. Development and Validation of the Rapid Estimate of Adolescent Literacy in Medicine (REALM-Teen): A Tool to Screen Adolescents for Below-Grade Reading in health Care Settings. *Pediatrics* 118 (6), 1707 – 1714. doi:10.1542/peds.2006-1139.
- Day, R.D. 2002. Introduction to family processes. 4. painos. New York: Routledge
- Duo kahden kulttuurin perheille & Familia ry. 2015. Äidinkielenä kaksikielisyys. Kaksikulttuuristen perheiden näkökulmaa kaksikielisyysen. Viitattu 6.4.2020. <http://pdf.duoduo.fi/kaksikielisyys-julkaisu.pdf>
- Ek, S. & Widén-Wulff, G. 2008. Informational Mastering, Perceived Health and Societal Status: An Empirical Study of the Finnish Population. *Libri* 58 (1), 74–81.
- Elgar, F. 2016. Family Affluence. Teoksessa J. Inchley, D. Currie, T. Young, O. Samdal, T. Torsheim, L. Augustson, F. Mathison, A. Aleman-Diaz, M. Molcho, M. Weber & V. Barnekow, (toim.) Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey. Kööpenhamina: WHO Regional Office for Europe, 37–50
- Ellonen, N., Rostila, I., Korkiamäki, R., Kääriäinen, J., Kivivuori, J. & Salmi, V. 2008. Koulu ja paikallisyhteisö nuoren tukiverkostona. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (3), 287–294.

- Fleary, S. A. & Ettienne, R. 2019. Social Disparities in Health Literacy in the United States. *Health Literacy Research and Practice* 3 (1), 47–52. doi: 10.3928/24748307-20190131-01
- Gilligan, R. 2000. Family support – Issues and Prospects. Teoksessa J. Canavan, P. Dolan, J. Pinkerton (toim.) *Family Support*. Lontoo: Jessica Kingsley Publishers, 13–33.
- Gottlieb, B.H. & Wagner, F. 1991. Stress and Support Process in Close Relationships. *The Social Context of Coping*, 165 – 188.
- Hall, A. & Wellman, B. 1985. Social networks and social support. Teoksessa S. Cohen & L. Syme (toim.) *Social support and health*. New York: Academic Press, 23–41.
- Halme, N., Hedman, L., Ikonen, R. & Rajala, R. 2018. Lasten ja nuorten hyvinvointi 2017: Kouluterveyskyselyn tuloksia. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 15/2018*. Viitattu 18.12.2018. <http://www.julkari.fi/>.
- Hammarström, A. & Winefield, H. 2015. How well do parental and peer relationships in adolescence predict health in adulthood? *Scandinavian Journal of Public Health* 43 (5), 460 – 468. doi: 10.1177/1403494815576360.
- Hartley, J.E., Levin, K. & Currie, C. 2016. A new version of the HBSC Family Affluence Scale – FAS III: Scottish Qualitative Findings from the International FAS Development Study. *Child Indicators Research* 9 (1), 233 – 245. doi: 10.1007/s12187-015-9325-3
- HBSC. 2020. HBSC. Viitattu 9.4.2020 <http://www.hbsc.org/>
- Heaney, C.A. & Israel, B.A. 2008. Social networks and social support. Teoksessa K. Glanz, B.K. Rimer, & K. Viswanath (toim.) *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice*. 4p. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 189 – 210.
- Hirvonen, N., Ek, S., Niemelä, R., Korpelainen, R., Huotari, M.L. 2015. Socio-demographic characteristics associated with the everyday health information literacy of young men. *Information Research* 20 (1), 25.
- House, J.S. & Kahn, R.L. 1985. Measures and concepts of social support. Teoksessa S. Cohen & S.L. Syme (toim.) *Social support and health*. New York: Academic, 83–103.
- Hurme, H. 2003. Perhe kehityksen kontekstina. Teoksessa P. Lyytinen, M. Korhonen & H. Lyytinen (toim.) *Näkökulmia kehityspsykologiaan Kehitys kontekstissaan*. Helsinki: WSOY, 139 – 156.
- Hyypä, M.T. & Mäki, J. 2001a. Why do Swedish-speaking Finns have longer active life? An area for social capital research. *Health Promotion International*, 16, 55–64.
- Hyypä M.T. & Mäki J. 2001b. Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. *Prev Med* 32, 148–155.

- Hyypä, M.T. 2004. Kertyykö sosiaalisesta pääomasta kansanterveyttä? *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (4), 380–386.
- IUHPE. 2018. IUHPE Position statement on health literacy: a practical vision for health literate world. *Global Health Promotion* 25 (4), 79 – 88. doi: 10.1177/1757975918814421.
- Jallinoja, R. 1985. Johdatus perhesosiologiaan. Helsinki: WSOY.
- Kaasalainen, K. 2016. Terveyden lukutaito ja terveyserojen kaventaminen. Teoksessa M. Sihto & S. Karsonen (toim.) *Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus - lähestymistapoja ja ratkaisuja*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 141 – 160.
- Kernis, M.H., Brown, A.C. & Brody, G.H. 2000. Fragile self-esteem in children and its associations with patterns of parent-child communication. *Journal of Personality* 68 (2). doi.org/10.1111/1467-6494.00096.
- Kickbush, I. 1997. Think health: What Makes the Difference? *Health Promotion International* 12 (4), 265–272. doi.org/10.1093/heapro/12.4.265
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F. & Tsouros, A. D. 2013. *Health literacy: The solid facts*. Copenhagen, World Health Organization.
- Koerner, A. F. & Fitzpatrick, M. A. 2002a. Toward a theory of family communication. *Communication Theory*, 12 (1), 70–91. doi: 10.1111/j.1468-2885.2002.tb00260.x
- Koerner, A. F. & Fitzpatrick, M. A. 2002b. Understanding family communication patterns and family functioning: The roles of conversation orientation and conformity orientation. *Annals of the International Communication Association Communication Yearbook*, 26: 36–65.
- Koivusilta, L., Rimpelä, A. H. & Kautiainen, S.M. 2006. Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence, or personal social position? *BMC Public Health* 6 (110). doi.org/10.1186/1471-2458-6-110
- Korhonen, M. & Perho, H. 2014. Psykososiaalinen kehitysteoria. Teoksessa R. Jallinoja, H. Hurme & K. Jokinen (toim.) *Perhetutkimuksen suuntauksia*. Helsinki: Gaudeamus, 35–59.
- Korkiamäki, R. & Ellonen, N. 2010. Ikätoverisuhteet sosiaalisina resursseina yläkouluikässä. *Nuorisotutkimus* 28 (3), 18–35.
- Lahelma, E. & Rahkonen, O. 2011. Sosioekonominen asema. Teoksessa M. Laaksonen & K. Silventoinen (toim.) *Sosiaali-epidemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. Helsinki: Gaudeamus, 41–59.

- Lakey, B. & Coen, S. 2000. Social support theory and measurement. Teoksessa S. Cohen, L. Underwood., B. Gottlieb (toim.) Social support measurement and interventions: A guide for health and social scientist. New York: Oxford, 9 – 52.
- Landstedt, E. Hammarström, A. & Winefield, H. 2015. How well do parental and peer relationships in adolescence predict health in adulthood? *Scandinavian Journal of Public Health* 43 (5), 460 – 468. doi: 10.1177/1403494815576360.
- Lapsen aika. 2019. Valtioneuvoston julkaisuja 2019:4. Viitattu 20.5.2020. www.julkaisut.valtioneuvosto.fi
- Lasten ja nuorten hyvinvointi – Kouluterveyskysely 2019. THL. Viitattu 22.2.2020. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138562/Tilastoraportti_33_Kouluterveyskysely.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Laverack, Glenn. 2014. *The Pocket Guide to Health Promotion*. Maidenhead: Open University Press, 142 s.
- Ledbetter, A.M. & Schrodt, P. 2008. Family Communication Patterns and Cognitive Processing: Conversation and Conformity Orientations as Predictors of Informational Reception Apprehension. *Communication Studies* 59 (4), 388 – 401. doi:10.1080/10510970802467429.
- Lee, P. 1999. Why literacy matters: links between reading ability and health, *Arch Ophthalmol*, 117 (1), 100 - 103.
- Leiwo, M. 2003. Kouluikäisten kielenosaaminen ja koulun kieli. Teoksessa P. Lyytinen, M. Korkiakangas & H. Lyytinen (toim.) *Näkökulmia kehityopsykologiaan Kehitys kontekstissaan*. Helsinki: WSOY, 202–218.
- Lenzi, M., Gommans, R., Tabak, I., Craig, W. & Gaspar de Matos, M. 2016. Peers. Teoksessa J. Inchley, D. Currie, T. Young, O. Samdal, T. Torsheim, L. Augustson, F. Mathison, A. Aleman-Diaz, M. Molcho, M. Weber & V. Barnekow, (toim.) *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people’s health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey*. Kööpenhamina: WHO Regional Office for Europe, 37–50.
- Levin, K. & Currie, Candace. 2010. Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction. *Health Education* 110 (3), 152 – 168.
- Lippold, M.A., Greenberg, M.T. & Collins, L.M. 2013. Parental knowledge and youth risky behavior: a person-oriented approach. *Journal of Youth and Adolescence* 42 (11), 1732 – 1744. doi: 10.1007/s10964-012-9893-1.

- Malecki, C. K. & Demaray, M.K. 2003. What Type of Support Do They Need? Investigating Student Adjustment as Related to Emotional, Informational, Appraisal, and Instrumental Support. *School Psychology Quarterly*, 18 (3), 231–252. doi: 10.1521/scpq.18.3.231.22576.
- Manganello, J.A. 2008. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research* 23 (5), 840 - 847.
- Moos, R. & Holahan, C.J. 2004. Environmental Assessment. Teoksessa C.D. Spielberger (toim.) *Encyclopedia of Applied Psychology*. Boston: Elsevier Academic Press, 787–792.
- Nelson, K.M., Carey, K.B., Scott-Sheldon, L.A.J., Eckert, T.L., Park, A., Vanable, P.A., Ewart, C.K. & Carey, M.P. 2017. Gender differences in relations among perceived family characteristics and risky health behaviors in urban adolescents. *Annals of Behavioral Medicine* 51 (3), 416 – 422. doi: 10.1007/s12160-016-9865-x
- Nielsen-Bohlman L., Panzer A.M. & Kindig D.A. 2004. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*, Washington, DC: National Academies Press.
- Niemelä, R., Ek, S. & Huotari, M-L. 2012. Terveystiedon lukutaito lisää hyvinvointia. Teoksessa J. Reivinen & L. Vähäkylä (toim.) *Kansan terveys, yksilön hyvinvointi*. Helsinki: Gaudeamus, 150-162.
- Notara, V., Antonogeorgos, G., Kordoni, M.E., Sakellari, E. Prapas, C., Velentza, A., Manifava, E. Andrea Paola, A., Rojas-Gil, Ekaterina N. Kornilaki, E.N., Lagiou, A. & Panagiotakos, D.B. 2018. Family characteristics and children’s knowledge of cardiovascular risk factors. *Pediatrics International* 60, 1081–1089 doi:10.1111/ped.13710.
- Nutbeam, D. 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 15 (3), 259–267. doi:10.1093/heapro/15.3.259.
- Nutbeam, D. 1998. Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349–364.
- OECD. 2015. *The ABC of Gender Equality in Education: Aptitude, Behaviour, Confidence*. PISA. OECD Publishing.
- OECD. 2018. *PISA 2015 PISA Results in Focus*. Viitattu 19.5.2020. www.oecd.org/pisa
- Olson, D. & Gorall, D. 2003. Circumplex model of marital and family systems. Teoksessa F. Walsh (Ed.), *Normal Family Processes*. New York, NY: Guilford.

- Opetushallitus. 2014. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2014. 4. painos. Helsinki: Opetushallitus.
- Opetushallitus. 2020. Oppilaan oikeudet ja velvollisuudet perusopetuksessa. Viitattu 21.5.2020. <https://www.oph.fi>
- Paakkari, L., Torppa, M., Välimaa, R., Villberg, J., Ojala, K. & Tynjälä, J. 2019a. Health asset profiles and health indicators among 13- and 15-year-old adolescents. *International Journal of Public Health*, 64, 1301–1311. doi:10.1007/s00038-019-01280-7.
- Paakkari, O., Torppa, M., Boberova, Z., Välimaa, R. Maier, G., Mazur, J., Kannas, L. & Paakkari, L. 2019b. The cross-national measurement invariance of the health literacy for school-aged children (HLSAC) instrument. *European Journal of Public Health*, Volume 29 (3), 432–436, doi:10.1093/eurpub/cky229
- Paakkari, O., Torppa, M., Villberg, J., Kannas, L., & Paakkari, L. 2018. Subjective health literacy among school-aged children. *Health Education*, 118 (2), 182-195. doi:10.1108/HE-02-2017-0014
- Paakkari, O., Torppa, M., Kannas, L., & Paakkari, L. 2016. Subjective health literacy: Development of a brief instrument for school-aged children. *Scandinavian Journal of Public Health* 44 (8), 751-757. doi:10.1177/1403494816669639
- Paakkari, L. & Paakkari, O. 2012. Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education*, 112 (2), 133 - 152. doi:10.1108/09654281211203411
- Paek, H., Reber, B.H. & Lariscy, R.W. 2011. Roles of interpersonal and media socialization agents in adolescent self-reported health literacy: a health socialization perspective. *Health Education Research* 26 (1), 131–149. doi: 10.1093/her/cyq082.
- Paek, H-J. 2008. Moderating Roles of Primary Social Influences in the Relationship Between Adolescent Self-Reported Exposure to Antismoking Messages and Smoking Intention. *Health Communication* 23 (6), 526 - 537. doi: 10.1080/10410230802460259.
- Papen, U. 2009. Literacy, learning and health: A social practices view of health literacy. *Literacy and Numeracy Studies* 16 (2), 19 – 34.
- Parker, R.M., Baker, D.W., Williams, M.V. & Nurss, J.R. 1995. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patient's literacy skills. *Journal of General Internal Medicine* 10, 537 – 541.
- Peerson, A., Saunders, M. 2009. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promotion International* 24, 285 – 296.

- Pelastakaa Lapset. 2019. Lapsen ääni. Viitattu 22.2.2020. https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/pelastakaalapsset/main/2019/10/08094144/Lapsen_Aani_2019_web.pdf
- Pingree, S., Hawkins, R.P. & Botta, R. 2000. The Effect of Family Communication Patterns on Young People's Science Literacy. *Science Communication* 22 (2), 115 –132. doi:10.1177/1075547000022002001.
- Pylkkänen, A. 2008. Miten oikeus määrittelee perheen. Teoksessa E, Sevón & M. Notko (toim.) *Perhesuhteet puntarissa*. Helsinki: Gaudeamus.
- Radanielina Hita, M.L., Kareklas, I. & Pinkleton, B. 2017. Parental Mediation in the Digital Era: Increasing Children's Critical Thinking May Help Decrease Positive Attitudes toward Alcohol. *Journal of Health Communication* 23 (1), 98 – 108. doi:10.1080/10810730.2017.1411997
- Ratzan, S.C. Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International* 16 (2), 207–214.
- Roberts, C., Currie, C., Samdal, O., Currie, D., Smith, R. & Maes, L. 2007. Measuring the health and health behaviours of adolescents through cross-national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Journal of Public Health* 15 (3), 179–186. doi:10.1007/s10389-007-0100-x.
- Rueger, S.Y., Malecki, C.K. & Demaray, M.K. 2010. Relationship between multiple sources of perceived social support and psychological and academic adjustment in early adolescence: Comparison across gender. *Journal of Youth and Adolescence* 39 (1), 47–61. doi:10.1007/s10964-008-9368-6
- Ruoppila, I. 2014. Elämäkulun teoria perhetutkimuksessa. Teoksessa R. Jallinoja, H. Hurme & K. Jokinen (toim.) *Perhetutkimuksen suuntauksia*. Helsinki: Gaudeamus, 99 – 122.
- Ruoppila, I. 2003. Johdanto. Teoksessa P. Lyytinen, M. Korhonen & H. Lyytinen (toim.) *Näkökulmia kehityspsykologiaan Kehitys kontekstissaan*. Helsinki: WSOY, 158 – 167.
- Ruuskanen P. 2015. Sosiaalinen pääoma. Teoksessa K. Eriksson (toim.) *Verkostot yhteiskuntatutkimuksessa*. Helsinki: Gaudeamus, 214 – 233.
- Ryan, S.M., Jorm, A.F. & Lubman, D.I. 2010. Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 44 (9), 774 – 783. doi:10.1080/00048674.2010.501759.

- Räsänen, Matti. 2019. Äidinkieli Väestörekisterissä. Viitattu 6.2.2019.
https://www.kotus.fi/nyt/kolumnit_artikkelit_ja_esitelmat/hyvaa_virkakielta/hyvaa_virkakielta_2019/aidinkieli_vaestorekisterissa.29311.news
- Saarela J. & Finnäs F. 2005. Mortality inequality in two native population groups. *Population Studies (Camb)* 59, 313–320.
- Saarela, J.M. & Finnäs, F.S.A. 2004. The health of Swedish-speaking and Finnish-speaking schoolchildren in Finland. *Child: Care, Health & Development* 30 (1), 51 – 58.
- Schraw, G. 1998. Promoting General Metacognitive Awareness. *Instructional Science* 26 (1), 113- 125. doi: 10.1023/a:1003044231033
- Schrodt, P., Witt, P.L. & Messersmith, A.S. 2008. A meta-Analytical Review of Family Communication Patterns and their Associations with Information Processing, Behavioral, and Psychosocial Outcomes. *Communication Monographs* 75 (3), 248 – 269. doi:10.1080/03637750802256318
- Shucksmith J., Glendinning A. & Hendry L. 1997. Adolescent drinking behaviour and the role of family life: a Scottish perspective. *Journal of Adolescence* 20 (1), 85 – 101. doi:10.1006/jado.1996.0066
- Simonsen, N., Roos, E., Suominen, S., Laakso, M., Lehto, E., Villberg, J., Tynjälä, J., Välimaa, R., Ojala, K. & Kannas, L. 2016. Hälsotrender bland svensk- och finskspråkiga grundskolor 1994-2014 – WHO:s skolelevsstudie (HBSC-study) Jyväskylän yliopisto. Terveystiedon edistämisen tutkimuskeskus, Julkaisuja 7. helsinki Samfundet Folkhälsan.
- Simonsen, N., Wackström, N., Roos, S., Suominen, S., Välimaa, R., Tynjälä, J. & Paakkari, L. 2019. The role of health literacy in explaining regional health differences among adolescents. *European Journal of Public Health* 29 (4). doi:10.1093/eurpub/ckz186.148.
- Summanen, A-M. 2014. Terveystiedon oppimistulokset perusopetuksen päättövaiheessa 2013. [The health education learning outcomes at the end of basic education in 2013]. Koulutuksen seurantaraportit 2014: 1, Opetushallitus. Tampere, Juvenes Print.
- STM. s.a. Sosiaalipalvelut. Viitattu 21.5.2020. <https://stm.fi/sosiaalipalvelut>
- Suomen perustuslaki. 1999. 17§ Oikeus omaan kieleen ja kulttuuriin.
 Suominen, S. 2014. Maamme ruotsin- ja suomenkielisen väestön terveyserot. *Duodecim* 130, 161 – 167.
- Suominen, S.B, Välimaa, R.S, Tynjälä, J.A. & Kannas, L.K. 2000. Minority status and perceived health: a comparative study of Finnish- and Swedish-speaking schoolchildren in Finland. *Scand J Public Health* 28 (3), 179-187.

- Sukys, S., Trinkuniene, L., Tilindiene, I. 2019. Subjective Health Literacy among School-Aged Children: First Evidence from Lithuania. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16 (18). 3397-. doi:10.3390/ijerph16183397
- Svenskskola. 2020. Gratis skolgång på svesnka eller på finska. Viitattu 6.4.2020 <http://www.svenskskola.fi/skolan-i-finland/gratis-skolgang/>
- Sørensen K., Pelikan J.M., Röthlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G., Fullam J., Kondilis B., Agrafiotis D., Uiters E., Falcon M., Mensing M., Tchamov K., van den Broucke S., Brand H.; HLS-EU Consortium. 2015. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health* 25(6), 1053-10588. doi:10.1093/eurpub/ckv043
- Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H. & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. 2012. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12 (80). doi:10.1186/1471-2458-12-80
- Tang, C., Wu, X., Chen, X., Pan, B. & Yang, X. 2019. Examining income-related inequality in health literacy and health-information seeking among urban population in China. *BMC Public Health* 19, 221. doi:10.1186/s12889-019-6538-2
- TENK. 2012. Viitattu 9.4.2020. www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- THL. 2020a. Eriarvoisuus. Viitattu 1.1.2020. <https://thl.fi>
- THL. 2020b. Lapset ja perheet. Viitattu 2.2.2020 <https://thl.fi>
- Tilastokeskus. 2019a. Väestö. Haettu 2.1.2020. <https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suolukvaesto.thml>.
- Tilastokeskus 2019b. Perheet. Viitattu 2.1.2020. <https://www.tilastokeskus.fi/meta/til/perh.html>
- Torsheim T., Cavallo F., Levin K., Schnohr, C., Mazur, J., Niclasen, B.m Currie, C. & the FAS Development Study Group. 2016. Psychometric Validation of the Revised Family Affluence Scale: A Latent Variable Approach. *Child Indicators Research* 9 (3), 771–784.
- Vedanthan, R., Bansilal, S., Soto, A.V. Jason C.Kovacic, J.C., Latina, J., Jaslow, R., Santana, M., Gorga, E., Kasarskis, A., Hajjar, R., Schadt, E.E., Björkegren, J.L., Fayad, Z.A. & Fuster, V. 2016. Family-Based Approaches to Cardiovascular Health Promotion. *Journal of the American College of Cardiology* 67 (14), 1725 - 1737. doi:10.1016/j.jacc.2016.01.036

- Vereecken, C., Dupuy, M., Rasmussen, M., Kelly, C., Nansel, T.R., Al Sabbah, H., Baldassari, D., Delgrande Jordan, M., Maes, L., Niclasen, B.V., Ahluwalia, N., HBSC Eating & Dieting Focus Group. 2010. Breakfast Consumption and its socio-demographic and lifestyle correlates in schoolchildren in 41 countries participating in the HBSC study. *International Journal of Public Health* 54 (1), 180 – 190. doi:10.1007/s00038-009-5409-5
- Volanen S.M., Suominen S., Lahelma E., Koskenvuo M. & Silventoinen K. 2006. Sense of coherence and its determinants: a comparative study of the Finnish-speaking majority and the Swedish-speaking minority in Finland. *Scand J Public Health* 34, 515–525.
- Weintraub Austin, E., Austin, B.W., French, B.F. & Cohen, M.A. 2018. The effects of a nutrition media literacy intervention on parent’s and youth’s communication about food. *Journal of Health Communication* 23 (2), 190-199. doi:10.1080/10810730.2018.1423649
- Wharf Higgins J., Begoray, D., Macdonald, M. 2009. A social ecological conceptual framework for understanding adolescent health literacy in the health education classroom. *American Journal of Community Psychology* 44 (3-4), 350 – 362. doi:10.1007/s10464-009-9270-8
- WHO Europe. 1986. Ottawa Charter for Health Promotion 1986. Viitattu 3.1.2020. www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/129532/OttawaCharter.pdf?ua=1
- WHO. 2017. Promoting health in the SDGs. Viitattu 20.5.2020. www.who.int/publications
- Wilkinson, L. 1973. An Assessment of the Dimensionality of Moos` Social Climate Scale. *American Journal of Community Psychology*, 1 (4), 342–350.
- Williams, M. V., Baker, D. W., Parker, R. M. & Nurss, J. R. 1998. Relationship of functional health literacy to patient's knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of Internal Medicine* 158, 166–172.
- Wright, K.B., Sparks, L. & O’Hair, H.D. 2013. *Health Communication in the 21st Century*. 2. painos. UK: Wiley-Blackwell.
- Yong-Chan, K., Yong Lim, J. & Park, K. 2015. Effects of Health Literacy and Social Capital on Health Information Behavior. *Journal of Health Communication* 20 (9), 1084 – 1094. doi: 10.1080/10810730.2015.1018636.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. 1998. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment* 52.

LIITE 1. Tutkimuskysymykset ja niiden summamuuttujien Cronbachin alpha -kertoimet.

Terveyden lukutaito (HLSAC)	Cronbachin alfa, jos osio poistetaan
Olen varma, että...	
minulla on hyvät tiedot terveydestä	0.95
löydän tarvittaessa terveyteen liittyvää tietoa, jota minun on helppo ymmärtää	0.95
osaan päätellä, miten oma toimintani vaikuttaa ympäröivään luontoon	0.95
osaan helposti antaa esimerkkejä asioista, jotka tukevat terveyttä	0.95
osaan noudattaa lääkärin tai hoitajan minulle antamia ohjeita	0.95
osaan perustella omia terveyteen liittyviä valintojani	0.95
pystyn helposti arvioimaan internetistä löytämiäni terveyteen liittyvän tiedon luotettavuutta	0.95
osaan tarvittaessa antaa ideoita miten terveyttä voidaan kohentaa lähiympäristössäni (esim. lähellä oleva paikka tai alue, perhe, ystävät)	0.95
minulla on riittävästi tietoa, jotta pystyn pitämään huolta terveydestäni	0.95
osaan yleensä selvittää onko jokin terveyteen liittyvä tieto oikea vai väärä	0.95
osaan päätellä, miten käyttäytymiseni vaikuttaa terveyteeni	0.95
kun olen kipeä, tiedän mistä löydän tarvitsemani terveydenhuollon palveluita	0.95
osaan vertailla keskenään eri tietolähteistä saatua terveyteen liittyvää tietoa	0.95
osaan päätellä, onko saamani terveyteen liittyvä tieto minulle hyödyllistä	0.95
minulla on riittävästi tietoa ja taitoa, jotta voin osallistua toimintaan lähiympäristöni (esim. lähellä oleva paikka tai alue, perhe, ystävät) terveyden parantamiseksi.	0.95
jos haluan kohentaa terveyttäni, tiedän mitä minun pitää tehdä.	0.95
Cronbachin alfa -arvo	0.95

Perheen varallisuus (FAS III)	Cronbachin alfa, jos osio poistetaan
Omistaako perheesi auton (henkilö-, paketti- tai kuorma-auto)?	0.41
Onko sinulla oma huone?	0.43
Kuinka monta tietokonetta perheelläsi on (mukaan lukien kannettavat ja tabletit, mutta ei pelikonsoleja eikä älypuhelimia)?	0.35
Kuinka monta kylpyhuonetta kotonasi on?	0.34
Onko kotonasi astianpesukone?	0.42
Kuinka monta lomamatkaa ulkomaille teit viime vuonna perheesi kanssa?	0.41
Cronbachin alfa -arvo	0.44

Perheen tuki (MSPSS)	Cronbachin alfa, jos osio poistetaan
Perheeni todella yrittää auttaa minua	0.94
Saan perheeltäni tarvitsemani avun ja tunnetuen	0.93
Voin puhua ongelmistani perheeni kanssa	0.96
Perheeni on halukas auttamaan minua päätöksenteossa	0.95
Cronbachin alfa -arvo	0.96

Perheen vuorovaikutusilmapiiri (FDM II)	Cronbachin alfa, jos osio poistetaan
Minun perheessäni...	
Puhutaan mieleistäni tärkeistä asioista	0.86
Minua kuunnellaan, kun sanon jotakin	0.84
Esitämme kysymyksiä, kun emme ymmärrä toisiamme	0.83
Selvitämme väärinkäsitykset keskustelemalla niistä	0.83
Cronbachin alfa -arvo	0.88

LIITE 2. Perhetekijät sukupuolen mukaan kieliryhmäkohtaisesti.

Perhetekijät	Suomenkieliset		p-arvo	Ruotsinkieliset		p-arvo
	pojat % (n)	tytöt % (n)		pojat % (n)	tytöt % (n)	
Perheen varallisuustaso			0,291			0,770
matala	31,1 (281)	28,9 (285)		16,9 (44)	19,3 (49)	
keskinkertainen	56,0 (506)	55,8 (550)		64,4 (168)	62,2 (158)	
korkea	12,9 (117)	15,2 (150)		18,8 (49)	18,5 (47)	
Yhteensä % (n)	100 (904)	100 (985)		100 (254)	99,9 (254)	
Perheen tuki			0,425			0,061
heikko	24,4 (225)	26,8 (267)		26,5 (71)	26,7 (70)	
keskinkertainen	50,6 (467)	48,1 (479)		47,0 (126)	55,0 (144)	
vahva	25,0 (231)	25,0 (249)		26,5 (71)	18,3 (48)	
Yhteensä % (n)	100 (923)	99,9 (995)		100 (268)	100 (262)	
Perheen vuorovaikutusilmapiiri			0,259			0,370
heikko	28,2 (260)	28,7 (284)		30,4 (82)	36,0 (94)	
keskinkertainen	42,1 (388)	38,7 (383)		47,7 (128)	44,4 (116)	
hyvä	29,7 (274)	32,6 (323)		22,2 (60)	19,5 (51)	
Yhteensä % (n)	100 (922)	100 (990)		100,3 (270)	99,9 (261)	
Kommunikointi isän kanssa			<0,001			0,006
vaikeaa	21,7 (191)	45,8 (422)		28,8 (77)	40,5 (98)	
helppoa	78,3 (691)	54,2 (500)		71,2 (190)	59,5 (144)	
Yhteensä % (n)	100 (882)	100 (922)		100 (267)	100 (242)	
Kommunikointi äidin kanssa			0,001			0,418
vaikeaa	15,9 (145)	21,7 (211)		19,2 (52)	22,0 (56)	
helppoa	84,1 (768)	78,3 (760)		80,8 (219)	78,0 (198)	
Yhteensä % (n)	100 (913)	100 (971)		100 (271)	100 (254)	

LIITE 3. Muuttujien väliset korrelaatiot **ruotsinkielisillä (tytöt ja pojat)**. Spearmanin järjestyskorrelaatio.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Terveyden lukutaito	-					
2. Perheen varallisuus	0.062	-				
3. Perheen tuki	0.260**	0.076	-			
4. Perheen vuorovaikutusilmapiiri	0.207**	0.013	0.579**	-		
5. Kommunikointi äidin kanssa	0.110*	-0.021	0.419	0.392**	-	
6. Kommunikointi isän kanssa	0.049	0.093*	0.316	0.371**	0.386**	

*=p<0.05 **= p<0.01

LIITE 4. Muuttujien väliset korrelaatiot **suomenkielisillä tytöillä**. Spearmanin järjestyskorrelaatio.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Terveyden lukutaito	-					
2. Perheen varallisuus	0.040	-				
3. Perheen tuki	0.215**	0.061	-			
4. Perheen vuorovaikutusilmapiiri	0.261**	0.072*	0.604**	-		
5. Kommunikointi äidin kanssa	0.111**	0.009	0.461**	0.430**	-	
6. Kommunikointi isän kanssa	0.202**	0.012	0.396**	0.392**	0.397**	

*=p<0.05 **= p<0.01

LIITE 5. Muuttujien väliset korrelaatiot **ruotsinkielisillä pojilla**. Spearmanin järjestyskorrelaatio.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Terveyden lukutaito	-					
2. Perheen varallisuus	0.009	-				
3. Perheen tuki	0.329**	-0.009	-			
4. Perheen vuorovaikutusilmapiiri	0.207**	-0.032	0.570**	-		
5. Kommunikointi äidin kanssa	0.078	0.053	0.410**	0.338**	-	
6. Kommunikointi isän kanssa	0.105	0.072	0.317**	0.335**	0.404**	

*= p<0.05 **= p<0.01

LIITE 6. Muuttujien väliset korrelaatiot **ruotsinkielisillä tytöillä**. Spearmanin järjestyskorrelaatio.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Terveyden lukutaito	-					
2. Perheen varallisuus	0.118	-				
3. Perheen tuki	0.198**	0.157*	-			
4. Perheen vuorovaikutusilmapiiri	0.216**	0.056	0.588**	-		
5. Kommunikointi äidin kanssa	0.146	0.009	0.425**	0.447**	-	
6. Kommunikointi isän kanssa	0.016	0.111	0.308**	0.401**	0.368**	

*= $p < 0.05$ **= $p < 0.01$