

**OPETTAJAN JA LUOKKAKAVEREIDEN SOSIAALISEN TUEN VAIKUTUS 7.- JA  
9.-LUOKKALAISTEN TERVEYDEN LUKUTAIDON  
WHO-Koululaistutkimuksen tuloksia 2014**

Kaisa Könönen

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma  
Liikuntatieteellinen tiedekunta  
Jyväskylän yliopisto  
Kevät 2022

## TIIVISTELMÄ

Könönen, K. 2021. Opettajan ja luokkakavereiden sosiaalisen tuen vaikutus 7.- ja 9.-luokkalaisten terveyden lukutaitoon: WHO-Koululaistutkimuksen tuloksia. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden pro gradu -tutkielma, 65 s., 5 liitettä.

Terveyden lukutaidolle luodaan pohjaa nuoruudessa ja kouluympäristön nähdäänkin olevan keskeinen ympäristö sen kehittymiselle. Samaan aikaan koulu nähdään tärkeänä sosiaalisena ympäristönä, jossa nuori voi kokea saavansa sosiaalista tukea. Sosiaalisen tuen vaikutusta nuoren terveyden lukutaitoon on tutkittu hyvin vähän kouluympäristössä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää opettajan ja luokkakavereiden tarjoaman sosiaalisen tuen sekä terveyden lukutaidon välistä yhteyttä nuorten keskuudessa.

Tutkimusaineisto koostuu vuoden 2014 WHO-Koululaistutkimuksen osa-aineistosta, joka on kerätty 7.- (n=1918) ja 9.-luokkalaisilta (n=1935) suomalaisnuorilta. Aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics 26 -ohjelmalla ja analyysimenetelminä olivat ristiintaulukointi, khiin neliö ( $\chi^2$ ) -testi sekä binäärinen logistinen regressioanalyysi.

Terveyden lukutaidon havaittiin vaihtelevan sukupuolen mukaan tyttöjen arvioidessa terveyden lukutaitonsa korkeammaksi. Tyttöillä terveyden lukutaidon taso vaihteli myös luokka-asteen mukaan 9.-luokkalaisilla sen ollessa korkeampi kuin 7.-luokkalaisilla. Sukupuolittaisessa vertailussa pojat kokivat opettaja-oppilassuhteen tason korkeammaksi ja tytöt puolestaan kokivat opettajan akateemisen tuen tason korkeammaksi 9.-luokkalaisten keskuudessa. Lisäksi 9.-luokkalaiset kokivat opettaja-oppilassuhteen ja opettajan akateemisen tuen tasot korkeammaksi kuin 7.-luokkalaiset. Molemmilla luokka-asteilla tytöt kokivat oppilassuhteiden tason korkeammaksi kuin pojat. Mitä matalampia opettaja-oppilassuhteen, opettajan akateemisen tuen ja oppilassuhteiden tasot olivat, sitä korkeampi oli nuoren arvioima terveyden lukutaito (pois lukien 7.-luokkalaiset pojat opettajan akateemisen tuen osalta).

Johtopäätöksenä voidaan todeta terveyden lukutaidon kehittyvän iän myötä ja olevan suomalaisnuorista tyttöillä korkeampi kuin pojilla. Opettajat vaikuttavat tarjoavan oppilaiden iän ja sukupuolen mukaan eri sisältöistä sosiaalista tukea. Tulos matalan sosiaalisen tuen ja korkean terveyden lukutaidon välisestä yhteydestä poikkeaa aiemmasta tutkimuksesta. Näin ollen sosiaalinen tuki kouluympäristössä ei vaikutakaan välttämättä positiivisesti nuoren terveyden lukutaitoon. On hyvin mahdollista, että nuoret saavat muissa elinympäristöissään enemmän sosiaalista tukea vaikuttaen positiivisesti terveyden lukutaidon tasoon. Opettajat ja luokkakaverit eivät olekaan välttämättä nuorelle merkittävimmät terveyden lukutaidon tasoon vaikuttavista sosiaalisen tuen lähteistä. Jatkossa sosiaalisen tuen yhteyttä nuoren terveyden lukutaitoon tulisi tarkastella tarkemmin sen eri sisältöjen ja lähteiden kautta.

Asiasanat: terveyden lukutaito, sosiaalinen tuki, nuoret, oppilaat, akateeminen tuki, opettaja-oppilassuhde, oppilassuhde

## ABSTRACT

Könönen, K. 2021. The impact of teacher and classmates social support on the health literacy of 7th and 9th graders: The results of the HBSC Study. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis, 65 pp., 5 appendices.

The basis for health literacy is being created in youth and the school environment is seen as one of the key environments for its development. At the same time, school is seen as an important social environment where adolescents receive social support. Very little research has been done on the impact of social support on adolescents' health literacy in the school environment. This study aimed to investigate the relationship between the received social support from the teacher and classmates and subjective health literacy of adolescents.

The data of this study is part of the Health Behavior of School-aged Children study (HBSC) which was collected from Finnish 7th (n=1918) and 9th (n=1935) graders in 2014. Data was analyzed using IBM SPSS Statistics 26 software. The analysis methods were cross-tabulation, chi-square ( $\chi^2$ ) test and binary logistic regression.

Health literacy was found to vary by gender, with girls rating their health literacy levels higher. In girls, the level of health literacy also varied by grade level, with 9th graders rating the level of health literacy higher than 7th graders. Boys rated teacher-student relations higher than girls and girls rated teacher's academic support higher than boys when examining the 9th graders. In addition, 9th graders assessed the level of teacher-student relations and teacher's academic support higher than 7th graders. At both grade levels girls assessed the level of student relations higher than boys. The lower adolescent rated the level of teacher-student relation, teacher's academic support and student relations, the higher the level of health literacy they had (with the exception of 7th grade boys in terms of teacher's academic support).

In conclusion health literacy develops with age and is higher among young Finnish girls than among boys. Teachers seem to provide different levels of social support depending on the age and gender of the students. The result of the association between low level of social support and high level of health literacy differs from previous research. Thus, social support in the school environment does not necessarily have a positive effect on adolescent's health literacy. It is possible that adolescent will receive more social support in other environments, positively affecting health literacy levels. That is why teachers and classmates are not necessarily the most important sources of social support for young people when looking the level of health literacy. In the future, the link between social support and adolescents' health literacy should be examined through the various contents and sources of the social support.

Key words: health literacy, social support, adolescent, students, academic support, teacher-student relations, student relations, student support

## KÄYTETYT LYHENTEET

HLSAC	Health Literacy for School-Aged Children, Kouluikäisten lasten terveyden lukutaidon mittari
HLAT-8	8-item Health Literacy Assessment Tool, Kahdeksanosainen terveyden lukutaidon arviointimittari
HBSC	Health Behaviour in School-Aged Children survey, WHO-Koululaistutkimus
LEAD -program	<i>Literate, Empowered, Active, Doer</i> -health program; <i>Lukutaito, Voimaantunut, Aktiivinen, Tekijä</i> -terveysohjelma
MSPSS	Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Havaitun sosiaalisen tuen moniulotteinen asteikko
SES	School Environment Scale, Kouluympäristömittari
WHO	World Health Organization, Maailman terveysjärjestö
PISA	Programme for International Student Assessment

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	1
2	SOSIAALINEN TUKI NUOREN ELÄMÄSSÄ.....	2
2.1	Sosiaalinen tuki osana sosiaalista pääomaa.....	2
2.2	Sosiaalisen tuen jäsenyyksiä.....	3
2.3	Sosiaalisen tuen yhteys terveyteen.....	6
2.4	Nuoren sosiaalisen tuen lähteet.....	9
2.5	Sosiaalinen tuki ja sen yhteydet koulussa.....	10
3	TERVEYDEN LUKUTAITO NUOREN ELÄMÄSSÄ.....	12
3.1	Terveyden lukutaito käsitteenä.....	12
3.2	Terveyden lukutaidon jäsenyyksiä.....	15
3.3	Terveyden lukutaitoon vaikuttavat tekijät nuoruudessa.....	18
3.4	Sosiaalisen tuen merkitys terveyden lukutaidolle kouluympäristössä.....	21
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	24
5	TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT.....	25
5.1	Tutkimusaineisto.....	25
5.2	Mittarit.....	26
5.3	Analyysimenetelmät.....	31
6	TULOKSET.....	32
6.1	Nuorten terveyden lukutaidon taso.....	32
6.2	Nuoren sosiaalisen tuen taso.....	33
6.3	Nuoren terveyden lukutaidon taso sosiaalisen tuen mukaan.....	35

6.4 Nuoren todennäköisyys korkeaan terveyden lukutaitoon sosiaalisen tuen mukaan	39
7 POHDINTA.....	43
7.1 Tulosten tarkastelu.....	43
7.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi.....	47
7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset .....	50
LÄHTEET .....	52
LIITTEET	

# 1 JOHDANTO

Maailman terveysjärjestö on nostanut terveyden lukutaidon yhdeksi oleellisimmista terveyden edistämisen teemoista (WHO 2017). Terveyden lukutaidon kehittämisen nähdään mahdollistavan yksilölle tiedostettujen terveyteen liittyvien valintojen tekemisen itsensä ja lähipiirinsä kohdalla. Terveyden lukutaito perustuu elinikäiseen oppimiseen ja laadukkaaseen opetukseen yksilön tarvitsemien tietojen ja taitojen kehittymiseksi, minkä takia se on oleellinen osa myös koulujen opetussuunnitelmia. (WHO 2017). Koulun onkin nuorelle tärkeä oppimisympäristö, mutta samalla myös sosiaalisen tuen vastaanottamisen ympäristö (Ellonen ym. 2008a). Sosiaalisen tuen onkin nähty vaikuttavan mm. koulumenestykseen (Ellonen ym. 2008a).

Terveyden lukutaidon ja sosiaalisen tuen välistä yhteyttä on tutkittu vähän kouluympäristössä etenkin Euroopassa, vaikka opettajan ja luokkakavereiden on nähty olevan nuorelle sosiaalisen tuen lähteinä merkitykselliset (Ellonen ym. 2008a; Välijärvi 2017). Tutkimuksissa on kuitenkin havaittu kouluympäristön sosiaalisen tuen vaikuttavan nuorten terveyden lukutaitoon positiivisesti (Guo ym. 2018; Guo ym. 2020a; Guo ym. 2020b; Guo ym. 2021). Kouluympäristön ollessa sosiaalisesti tukeva (Baek & Lee 2019) ja opeteltavien terveyteen liittyvien teemojen tarjotessa tarpeeksi haastetta ja ollessa henkilökohtaisesti merkityksellisiä (Begoray ym. 2009), on nuorten terveyden lukutaidon nähty kasvavan. Nuoret ovat myös kokeneet yksilöllisen, oppilaskeskeisen, yhteistoiminnallisen ja aktiivisen opetuksen kasvattavan terveyden lukutaitoaan (Begoray ym. 2009; Baek & Lee 2019).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää opettajan ja luokkakavereiden tarjoaman sosiaalisen tuen sekä terveyden lukutaidon välistä yhteyttä nuorten keskuudessa. Aineistoa toimii WHO-Koululaistutkimuksen vuoden 2014 osa-aineisto, joka on kerätty suomalaisilta 7.- ja 9.-luokkalaisilta nuorilta. Tutkimus lisää tietoa sosiaalisen tuen vaikutuksista terveyden lukutaitoon kouluympäristössä.

## **2 SOSIAALINEN TUKI NUOREN ELÄMÄSSÄ**

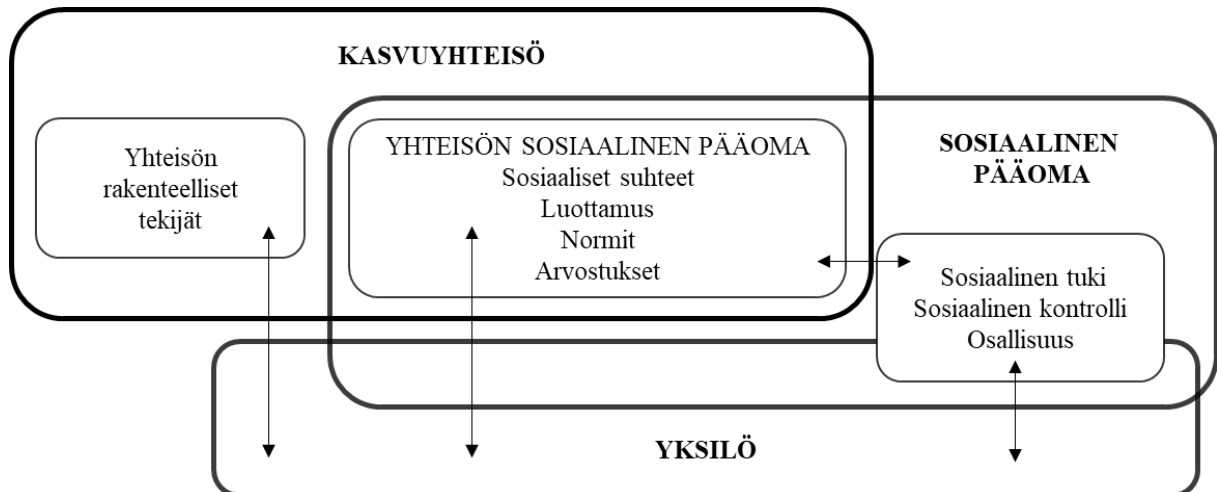
### **2.1 Sosiaalinen tuki osana sosiaalista pääomaa**

Sosiaalisella tuella tarkoitetaan WHO:n mukaan yksilöiden ja ryhmien käytettävissä olevaa ja yhteisöistä lähtöisin olevaa tukea (Nutbeam 1998). Emotionaalinen tuki, tiedon jakaminen sekä materiaalien resurssien ja palveluiden tarjoaminen voivat olla osa sosiaalista tukea. Sosiaalinen tuki voi myös tarjota suojan eri elämän tapahtumilta ja elinoloilta sekä positiivisen voimavaran elämän laadun parantamiseksi. Sosiaalinen tuki tunnustetaan tärkeänä terveyttä määrittävänä tekijänä sekä oleellisena osa sosiaalista pääomaa (Nutbeam 1998). Samalla se on tutkituimpia sosiaalisen pääoman osia (Korkiamäki & Ellonen 2008).

Sosiaalisella pääomalla puolestaan tarkoitetaan yhteisöissä vallitsevaa sosiaalista yhteenkuuluvuutta, jota luodaan päivittäisessä ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa (Nutbeam 1998). Se ilmeneekin monen tyyppisissä yhteistyön kautta keskinäiseen hyötyyn tähtäävissä ryhmissä verkostoina, normeina ja sosiaalisena luottamuksena. Verkostojen ollessa vahvoja, myös yhteistyö keskinäisen hyödyn saavuttamiseksi on suurempaa, mitä kautta sosiaalinen pääoma tuottaa terveyttä (Nutbeam 1998).

Lapsilla ja nuorilla sosiaalinen pääoma muodostuu perheissä, koulussa ja naapurustossa sekä vertaissuhteissa (Korkiamäki & Ellonen 2008). Nuoren sosiaalisen pääoman muodostumista ja sosiaalisen tuen liittymistä siihen havainnollistetaan kuviossa 1, josta huomataan kasvuyhteisön koostuvan sen rakenteellisista tekijöistä (demografiset tekijät sekä taloudelliset, poliittiset ja sosiokulttuuriset piirteet ja muutokset) sekä yhteisön sosiaalisesta pääomasta, joka ilmenee muun muassa sosiaalisena tukena (Ellonen 2008). Sosiaalinen tuki ja kontrolli sekä osallisuus vaikuttavat sekä yksilön kokemuksiin että yhteisön ominaisuuksiin. Kuvion kaikki osa-alueet yhdessä vaikuttavat yksilön käyttäytymiseen ja hyvinvointiin (Ellonen 2008).





KUVIO 1. Nuoren sosiaalinen pääoma kasvuyhteisössä (Ellosta 2008 mukaillen).

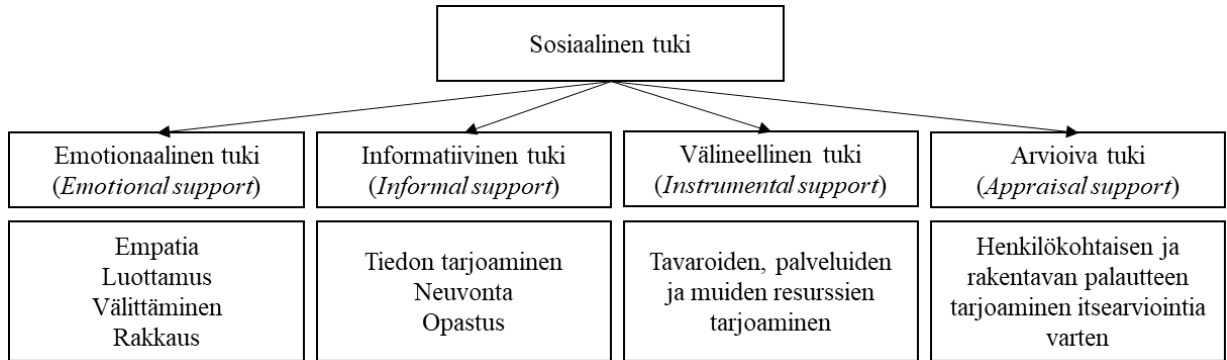
Tutkimuksissa sosiaalista pääomaa on mitattu lasten ja nuorten osalta rakenteellisiin, asenteellisiin ja toiminnallisiin piirteisiin kohdistuvilla mittareilla (Ellonen 2008). Yksilön rakenteellisiä piirteitä ovat muun muassa vanhempien koulutus ja sosioekonominen asema sekä koulun vaihtokerrat ja asuinaika alueella. Asenteellisiä piirteitä ovat muun muassa luottamus, yhteenkuuluvuuden ja turvallisuuden tunne, koulun ja kodin ilmapiiri sekä arvot, asenteet ja arvostukset. Puolestaan toiminnallisiksi piirteiksi nousevat sosiaalinen tuki ja kontrolli, osallisuus sekä asuinalueen organisoituminen tai kollektiivinen tehokkuus. Kaikista sosiaalista pääomaa lapsilla ja nuorilla mittaavista mittareista yleisimmäksi nousee sosiaalisen tuki, jonka jälkeen tulee sosiaalinen kontrolli. Vaikka nämä kaksi sulautuvat yhteen päivittäisessä kanssakäymisessä, on niillä myös eronsa. Sosiaalinen tuki muodostuukin kahdenkeskisissä suhteissa, kun taas sosiaalinen kontrolli on ennemminkin yhteisölähtöinen resurssi. (Ellonen 2008).

## 2.2 Sosiaalisen tuen jäsenyyksiä

Käsitteenä sosiaalinen tuki nousi tutkimuksessa esiin 1970-luvulla (Williams ym. 2004). Sosiaaliselle tuelle ei kuitenkaan löydy yhtä selkeää ja tarkkaa määritelmää sen ollessa vaikeasti käsitteellistettävissä ja mitattavissa oleva monitahoinen käsite (Williams ym. 2004). Cobbin (1976) klassisena pidetyn määritelmän mukaan sosiaalinen tuki on tietoa siitä, että yksilö kokee

olevansa rakastettu, arvostettu ja huolehdittu sekä osa keskinäistä ja vastavuoroista sosiaalista verkostoa. Sosiaalinen tuki voidaan kuitenkin nähdä myös laajemmin. Esimerkiksi Cohenin ja Symen (1985) mukaan sosiaalisella tuella tarkoitetaan muiden ihmisten tarjoamia hyödyllisiä tietoja ja asioita resursseina, jolloin sosiaalisen tuen katsotaan sisältävän aineettoman osansa lisäksi aineellisen puolen. Cobbin (1976) sekä Cohenin ja Symen (1985) sosiaalisen tuen määritelmät ovat kirjallisuudessa eniten käytettyjä, vaikkakin ne tarkastelevat sosiaalista tukea kovin yleisellä tasolla (Williams ym. 2004).

Sosiaalista tukea voidaankin tarkastella vielä kattavammin ja täsmällisemmin (Williams ym. 2004). Housen (1981) mukaan sosiaalinen tuki toteutuu ihmisten välisissä tapahtumissa sen sisältäessä emotionaalisia tunteita (välittäminen, rakkaus ja empatia), välineellistä apua (tavarat tai palvelut), informaatiota ympäristöstä ja/tai itsearviointia varten tarvittavaa tietoa. Housen työn pohjalta sosiaalista tukea tarkastellut Tardy (1985) korostaa sosiaalisen tuen molemminpuolisuutta ja on jakanut sosiaalisen tuen Housen tapaan neljään osaan: emotionaaliseen, informatiiviseen ja välineelliseen tukeen sekä rakentavaan palautteeseen (Ellonen 2008 mukaan). Emotionaalinen tuki koostuu empatiasta, luottamuksesta ja välittämisestä ja informatiivinen tuki neuvonnasta ja opastuksesta. Välineellinen tuki puolestaan viittaa erilaisiin tarjottaviin resursseihin, kuten aikaan ja rahaan. Viimeisenä olevalla arvioivalla tuella tarkoitetaan henkilökohtaista rakentavaa palautetta (Tardy 1985 Ellonen 2008 mukaan). Lapsiin ja nuoriin keskittyvässä tutkimuksessa sosiaalinen tuki jaetaan usein Tardyn (1985) sosiaalisen tuen määritelmän tapaisesti (Korkiamäki & Ellonen 2010) ja esimerkiksi lasten ja nuorten kokeman sosiaalisen tuen mittaamiseen kehitetty CASSS-mittari (*The Child and Adolescent Social Support Scale*), joka mittaa koettua vanhempien, opettajien, luokkakavereiden ja läheisten ystävien tarjoamaa sosiaalista tukea, pohjautuu kyseiseen määritelmään. Housen (1981) ja Tardyn (1985) sosiaalisen tuen jaottelut on koottu yhdistettynä kuvioon 2.

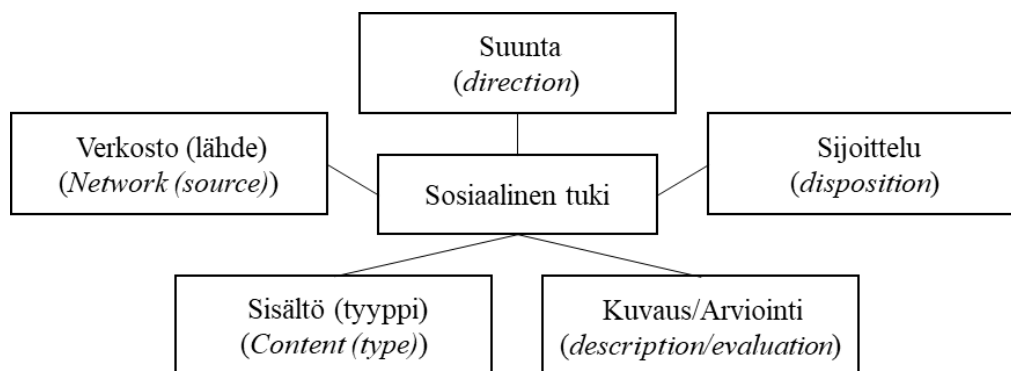


KUVIO 2. Sosiaalisen tuen sisällöt Housen (1981) ja Tardyn (1985) mukaan.

Vaikka sosiaalinen tuki käsitteenä on tarkasteltavissa eri laajuuksin (Williams ym. 2004), ovat tutkijat yhtä mieltä siitä, että sosiaalista tukea tulisi tarkastella erottaen sen rakenteellinen ja toiminnallinen puoli toisistaan (Thoits 1995). Sosiaalisen tuen rakenteellinen puoli koostuu sosiaalisen tuen lähtökohtina olevien yksilön sosiaalisten verkostojen ja suhteiden ominaisuuksista, kun taas toiminnallisella puolella tarkoitetaan lähinnä eri sosiaalisen tuen muotoja ja sisältöjä (Thoits 1995), joita on kuvattu Housen (1981) ja Tardyn (1985) osalta edellä.

Tardy (1985) on sosiaalisen tuen sisältöjen jaottelun lisäksi luonut kehyksen, jonka avulla on mahdollista käsitteellistää sosiaalista tukea laajemmin. Hän jakaakin sosiaaliseen tukeen liittyvät kysymykset viiteen ulottuvuuteen (Kuvio 3), jotka ovat oleellisia sosiaalisen tuen teoreettisessa ja operationaalisessa määrittelyssä (Tardy 1985 Demaray ym. 2010 mukaan). Jaottelun ensimmäisenä ulottuvuutena on sosiaalisen tuen suunta eli se kuka tarjoaa ja kuka vastaanottaa tukea. Toisena oleva sijoittelu puolestaan vastaa kysymyksiin mitä sosiaalista tukea on yksilölle saatavilla ja mitä tukea yksilö käyttää. Yksilölle vieraissa tilanteissa tieto siitä, että tukea on saatavilla voi tarjota hyötyjä, vaikka hän ei tukea käyttäisikään. Tärkeää on myös tunnistaa yksilön kokemus sosiaalisen tuen saatavilla olost, sillä sosiaalinen tuki voi olla saatavilla yksilön tietämättä. Erityisesti nuorille sosiaalisen tuen kokemisella on merkitystä tarkasteltaessa siihen liittyvä tekijöitä. Kolmas ulottuvuus kattaa kuvauksen tai tarkemman arvioinnin yksilön saamasta sosiaalisesta tuesta. Tällöin tarkastellaan esimerkiksi sitä, kokeeko yksilö tärkeämmäksi vastaanotetun sosiaalisen tuen määrän vai sen laadun. Neljäntenä Tardyn kehyksessä on sosiaalisen tuen sisältö, joka kattaa edellä esitetyn sisällön jaon neljään osaan

(Kuvio 2). Viimeisellä kehiksen ulottuvuudella eli verkostolla viitataan yksilön tukiverkon lähteisiin tai jäseniin. Nuoret kokevatkin saavansa erilaista sosiaalista tukea verrattaessa esimerkiksi vanhemmilta, ystäviltä ja opettajilta saatua tukea (Demaray ym. 2010).



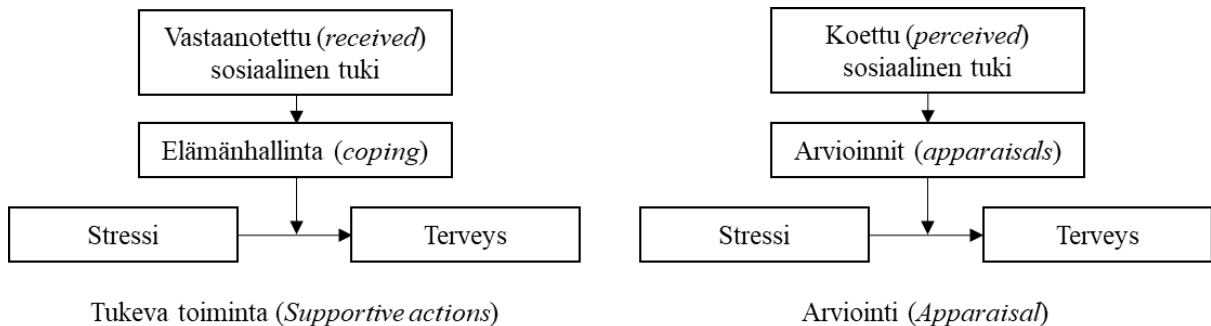
KUVIO 3. Sosiaalisen tuen sisältöjen määrittelyn kehys (Tardy 1985).

Sosiaalinen tuki on kaiken kaikkiaan käsitteenä moniulotteinen, sillä se on nähtävissä sekä yksilö- että yhteisötason ilmiönä (Korkiamäki & Ellonen 2008). Sosiaalista tukea tarkasteltaessa esiin nousee kuitenkin pitkälti sen luonne yksilötason ilmiönä (Korkiamäki & Ellonen 2008). Tutkijat mittaavatkin usein yksilön subjektiivista käsitystä sosiaalisen tuen tasosta objektiivisten muiden tarjoaman tuen mittareiden sijasta (Kratz ym. 2013). Toisaalta sosiaalista tukea tarkastellaan osana sosiaalista pääomaa, joka puolestaan nähdään yhteisötason ilmiönä (Korkiamäki & Ellonen 2008). Erityisesti lapsiin ja nuoriin kohdistuvan sosiaalisen tuen on nähty kertovan yhteisön sosiaalisesta pääomasta (Korkiamäki & Ellonen 2008).

### 2.3 Sosiaalisen tuen yhteys terveyteen

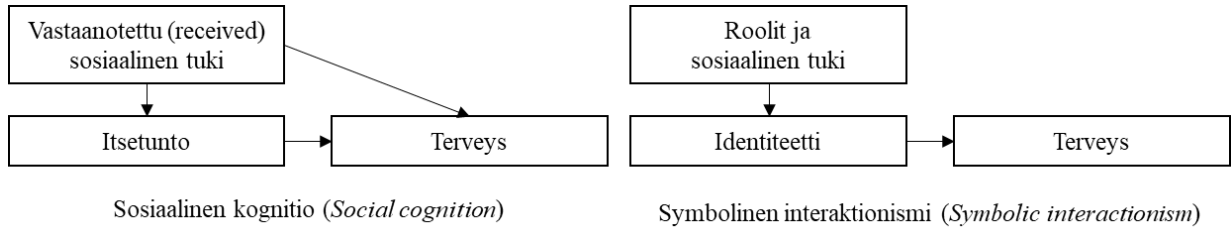
Sosiaalisen tuen yhteyttä terveyteen voidaan katsoa kolmesta eri näkökulmasta, jotka eroavat muun muassa sen osalta, nähdäänkö sosiaalinen tuki terveyttä suojaavana vai suoraan siihen vaikuttavana (Lakey & Cohen 2000). Stressin ja elämänhallinnan näkökulmasta (*stress and coping perspective*) tarkasteltuna sosiaalinen tuki suojaa kuormittavien elämäntilanteiden vaikutuksilta terveyttä (Kuvio 4). Tämä toteutuu joko muiden tarjoamien tukevien toimien tai

tuen olemassaoloon uskomisen kautta, jotka vaikuttavat kykyyn vastata haasteisiin tai siihen, että tilanteet arvioidaan vähemmän stressaaviksi (Lakey & Cohen 2000).



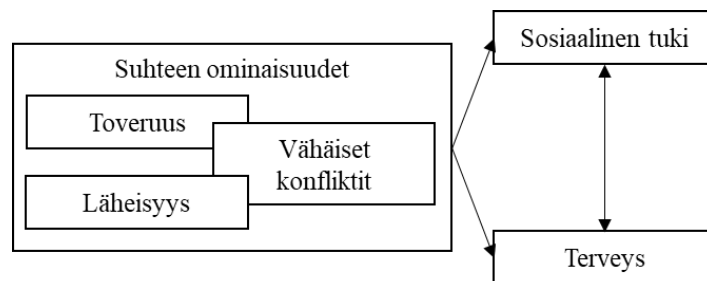
KUVIO 4. Sosiaalisen tuen yhteys terveyteen stressin ja elämänhallinnan näkökulmasta (Lakeyta & Cohenia 2000 mukailten).

Toiseksi sosiaalisen tuen yhteyttä terveyteen voidaan tarkastella sosiaalisten rakenteiden näkökulmasta (*social constructionist perspective*), jolloin sosiaalisen tuen nähdään vaikuttavan terveyteen pitkälti suoraan (Kuvio 5) (Lakey & Cohen 2000). Sosiaaliset rakenteet muodostuvat ihmisten käsityksistä maailmasta ja näin ollen ne eivät ole täysin tosia, vaan heijastavat yksilöiden ja ryhmien sosiaalisia konteksteja. Samalla tämä tarkoittaa sitä, että käsitys sosiaalisesti tukevasta käyttäytymisestä voi vaihdella yksilöiden ja ryhmien välillä. Tarkasteltaessa sosiaalista tukea sosiaalisten rakenteiden kautta voidaan erottaa edelleen kaksi näkökulmaa: sosiaalinen kognitio ja symbolinen interaktionismi. Sosiaalisen kognition näkökulman mukaan vastaanotettu sosiaalinen tuki vaikuttaa suoraan terveyteen, mutta se vaikuttaa siihen myös itsetunnon kasvamisen kautta. Puolestaan symbolisen interaktionismin mukaan sosiaalinen tuki auttaa luomaan ja ylläpitämään identiteettiä, joka osin riippuu sosiaalisessa kontekstissa luoduista rooleista. Näkökulman mukaan sosiaalinen ympäristö vaikuttaakin terveyteen tarjoamalla tavan ymmärtää itseä ja ympäröivää maailmaa roolien ja identiteetin kautta (Lakey & Cohen 2000).



KUVIO 5. Sosiaalisen tuen yhteys terveyteen sosiaalisten rakenteiden näkökulmasta (Lakeyta & Cohenia 2000 mukaillen).

Viimeinen näkökulma sosiaalista tukea ja sen yhteyttä terveyteen tarkasteltaessa on suhde näkökulma (*relationship perspective*), jonka mukaan sosiaalinen tuki on osa yleisiä suhdeprosesseja ja -ominaisuuksia eli näin myös suoraan terveyteen vaikuttava tekijä (Kuvio 6) (Lakey & Cohen 2000). Näkökulman mukaan käsitykset sosiaalisesta ympäristöstä ovat sekä toisiinsa yhteydessä että päällekkäisiä, jolloin tukea ei voida erottaa esimerkiksi toveruudesta, läheisyydestä, konfliktien puutteesta ja sosiaalisista taidoista. Suhteen ominaisuudet itsessään vaikuttavatkin sekä sosiaaliseen tukeen että terveyteen. Sosiaalinen tuki puolestaan vaikuttaa terveyteen vain, koska suhteen ominaisuudet vaikuttavat sosiaaliseen tukeen (Lakey & Cohen 2000).



KUVIO 6. Sosiaalisen tuen yhteys terveyteen suhteiden näkökulmasta (Lakeyta & Cohenia 2000 mukaillen).

Sosiaalista tukea on nuorilla tutkittu pääasiassa stressiltä suojaamisen sekä suoran vaikutuksen näkökulmista (Demaray ym. 2010). Usein kuitenkin stressiltä suojaava näkökulma sosiaalisen tuen vaikutuksiin on sopivin (Demaray ym. 2010).

## 2.4 Nuoren sosiaalisen tuen lähteet

Nuorten parissa sosiaalista tukea ja laajemmin sosiaalista pääomaa tarkasteltaessa tulee huomata nuorten arjen rakentuvan moninaisissa yksilöllisissä suhteissa ja eri ympäristöissä (Ellonen 2008). Nuoren sosiaalisen tuen onkin nähty muodostuvan pääasiassa perheissä, koulussa, asuinalueilla sekä vertaissuhteissa (Ellonen & Korkiamäki 2006).

Nuoruudessa sosiaalisen tuen tärkeimpänä lähteenä on perhe (Salmela 2006) ja suomalaisnuoret kokevatkin saavansa eniten sosiaalista tukea vanhemmiltaan (Ellonen ym. 2008b). Seuraavaksi tärkein sosiaalisen tuen lähde on läheiset ystävät, joiden merkitys on työtöillä poikia suurempi (Salmela 2006). Yläkouluikässä vertaisten merkitys sosiaalisen tuen lähteenä on kasvava (Salmela 2006; Kiuru 2008). Lisäksi nuoret saavat tukea opettajiltaan sekä koulukavereiltaan (Ellonen ym. 2008b). Vähiten sosiaalista tukea saadaan koulun muilta aikuisilta (Ellonen ym. 2008b). Kokonaisuudessaan sosiaalisen verkoston on nähty nuorten keskuudessa olevan tytöillä suurempi koin pojilla (Välimaa 2000).

Vaikka suomalaisnuorten sosiaalisen tuen lähteinä on nähty yleisesti olevan vanhemmat ja sisarukset, on tuen sisältöjen osalta havaittavissa eroja tuen lähteitä tarkasteltaessa (Välimaa 2000). Ystävät sekä äidit tarjoavatkin nuorille eniten emotionaalista tukea, jota tytöt kaipaavat enemmän kuin pojat. Puolestaan välineellistä tukea nuoret kokevat saavansa eniten vanhemmilta, mutta myös sisaruksilta ja ystäviltä (Välimaa 2000). Myös informatiivista tukea nuoret saavat eniten vanhemmiltaan, mutta lisäksi perheen ulkopuolisilta aikuisilta eli opettajilta, ohjaajilta, valmentajilta ja naapureilta sekä läheisiltä ystäviltä (Välimaa 2000; Korkiamäki & Ellonen 2010).

Vertaissuhteissa sosiaalisen tuen sisältöjä on tarkasteltu tarkemmin (Korkiamäki & Ellonen 2010). Emotionaalisen, välineellisen ja arvioivan tuen lähteenä läheinen ystävä on nuorelle tärkein. Lisäksi koulukaverit antavat nuorelle emotionaalista ja välineellistä sosiaalista tukea jopa enemmän kuin vanhemmat ja muut aikuiset. Sukupuolittain tarkasteltuna tytöillä korostuu emotionaalisen tuen saanti ikätoverisuhteissa, kun taas pojilla läheisen ystävän tarjoama informatiivinen ja välineellinen tuki emotionaalisen tuen ohella. Lisäksi tytöt luottavat

yleisemmin saavansa koulukavereilta ja läheisiltä ystäviltä sosiaalista tukea verrattuna poikiin jokaisen erillisen sosiaalisen tuen sisällön osalta (Korkiamäki & Ellonen 2010). Nuorten vertaissuhteita tarkasteltaessa on huomattava niiden olevan tilanteen mukaan vaihtuva sekä limittäisiä, eivätkä ne välttämättä perustu vapaaehtoisuuteen tai tasa-arvoisuuteen (Cotterell 2007, 52, Korkiamäki & Ellonen 2010 mukaan).

Sisällöltään monipuolinen sosiaalisen tuen saaminen ja siihen tyytyväisyys on nähty olevan yhteydessä suomalaisnuorten koettuun terveyteen (Välimaa 2000). Lisäksi emotionaalisen tuen on nähty liittyvän heikoiten nuorten sosiaalisen tuen tyytyväisyyteen kokonaisuudessaan, mikä kertoo siitä, että nuoret kaipaavat arjessaan käytännön apua, neuvoja sekä myönteistä palautetta (Välimaa 2000).

## **2.5 Sosiaalinen tuki ja sen yhteydet koulussa**

Nuoret viettävät suuren osan valveillaoloajastaan koulussa, jossa he ovat myös sosiaalisessa kontaktissa monien ihmisten kanssa (Ellonen ym. 2008a). Koulu nähdäänkin yhteisönä, jossa sosiaalista pääomaa muodostuu muun muassa oppilaiden ja opettajien välisessä vuorovaikutuksessa (Ellonen & Korkiamäki 2006). Koulun ollessa nuorille jaettu sosiaalinen ympäristö ja samalla yksi ilmeisimmistä sosiaalisen tuen muodostumisen ympäristöistä, vaikuttaa sieltä saatu sosiaalinen tuki muun muassa koulumenestykseen (Ellonen ym. 2008a). Oppilaiden ystäväverkostoiden onkin nähty nostavan akateemista suoriutumista, mikä lisäksi opettajan tuella on positiivinen vaikutus koulussa suoriutumiseen (Morgan & Sorensen 1999). Tarkasteltaessa tarkemmin koulusta saadun sosiaalisen tuen yhteyksiä koulumenestykseen on huomattu luokan yhteisöllisten suhteiden vaikuttavan selvimmin arvosanojen keskiarvoon yksilön ja koko koulun tasolla (Griffith 2002). Sosiaalisesti tukevan kouluympäristön on nähty myös vähentävän sosioekonomisen aseman negatiivista vaikutusta koulusuoriutumiseen (Griffith 2002).

Suomalaisissa koulussa sosiaalisen tuen lähteitä tarkasteltaessa, kokevat tytöt saavansa poikia enemmän sosiaalista tukea opettajalta, vaikka sukupuolten väliset erot eivät olekaan suuria (Ellonen ym. 2008a). Kokonaisuudessaan suurin osa nuorista kokee saavansa sosiaalista tukea



opettajaltaan melko usein. Tästä huolimatta nuoret kokevat saavansa enemmän tukea luokkakavereiltaan kuin opettajaltaan ja pojat kokevat saavansa sitä hieman enemmän luokkakavereiltaan kuin tytöt (Ellonen ym. 2008a).

PISA 2015 -tutkimuksessa 15-vuotiaat suomalaisnuoret kokivat opettajan sosiaalisen tuen tason suurempana muihin OECD-maihin verrattuna, kun kokemusta sosiaalisesta tuesta mitattiin muun muassa opettajan kiinnostuksena yksilön oppimiseen, opettajan antamana lisäapuna sekä opettajan tarjoamina mahdollisuuksina mielipiteen ilmaisuun (Väljærvi 2017). Lisäksi ne, jotka kokivat saavansa opettajalta tukea, olivat elämäänsä tyytyväisempiä. Puolestaan hankalaa opettaja-oppilassuhdetta ja opettajan epäoikeudenmukaista toimintaa kokevien suomalaisnuorten havaittiin omaavan heikomman luonnontieteiden osaamisen (Väljærvi 2017). Nuoren opettaja-oppilassuhteen hankaluus myös lisäsi poissaoloja koulusta (Harju-Luukkainen ym. 2018). Sukupuolittain tarkasteltuna pojat kokivat kohtaavansa tyttöjä useammin opettajiltaan epäoikeudenmukaisuutta (Väljærvi 2017). Lisäksi opettajien epäoikeudenmukaisuuden ja oppilaiden PISA-testimenestyksen välinen yhteys oli Suomessa voimakkaampi verrattuna muihin OECD-maihin. Vastaavasti PISA 2015 -tutkimuksen tuloksista huomataan oppilaille suunnatun opettajan tuen vaikuttavan positiivisesti oppimistuloksiin luonnontieteissä (Väljærvi 2017), jotka olivat vuonna 2015 PISA-tutkimuksen painopistealueena (OKM 2021). Puolestaan hyvien oppilaiden välisten suhteiden on nähty olevan yhteydessä myös parempaan itsearvioituun terveyteen, korkeampaan elämäntyytyväisyyteen sekä vähempiin terveysvaivoihin (Markkanen ym. 2019). Lisäksi opettajan koulutyölle antaman tuen ja hyvän opettaja-oppilassuhteen on nähty ennustavan nuoren parempaa itsearvioitua terveyttä (Markkanen ym. 2019).

Sosiaalisen tuen kokemuksessa erot ovat olleen suomalaisnuorilla suhteellisen pieniä eri kouluja verrattaessa (Ellonen ym. 2008b). Tämän on nähty johtuvan suomalaisen yhteiskunnan ja koulujärjestelmän tasa-arvoisuudesta, mikä tarkoittaa sitä, että Suomen hyvinvointivaltiossa sosiaalista päämaa tuotetaan melko tasa-arvoisesti eri väestöryhmille (Ellonen ym. 2008b). Suomalaisten koulujen välillä onkin vähän sosiaalista erottelua eikä koulua valita juurikaan itse, mikä näkyy pieninä koulujen välisinä eroina hyvinvoinnissa ja sosioekonomisissa ominaisuuksissa (Ellonen ym. 2008a).

### 3 TERVEYDEN LUKUTAITO NUOREN ELÄMÄSSÄ

2000-luvun tietoyhteiskunnissa on tunnistettu haaste siitä, että ihmisten tulee tehdä itse terveyteen liittyviä elämäntapavalintoja monitahoisissa ympäristöissä ilman riittävää valmistautumista ja tukea toimintaan (WHO 2013). Epäterveellisiä elämäntapoja markkinoidaan laajasti, terveydenhuoltojärjestelmässä suunnistaminen on hankalaa eikä koulutusjärjestelmä pysty tarjoamaan aina tarvittavia taitoja terveyteen liittyvän tiedon etsintään, ymmärtämiseen, arviointiin ja käyttöön. Tilanne on johtanut terveyden lukutaidon kriisiin. Heikko terveyden lukutaito näkyikin epäterveellisempinä valintoina, riskikäyttäytymisenä, heikompana terveytenä, itsehallinnan puutteena sekä sairaalahoidon kasvuna (WHO 2013). Terveyden lukutaidon kehittämisen vastuu kuuluukin yhteiskunnassa monelle taholle, kuten koulutusjärjestelmälle ja terveydenhuollolle (Kickbusch & Maag 2008). Poliittisten päättäjien, terveysvirastoiden, työnantajien, terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisten, järjestöiden ja monien muiden eri ryhmien yhteistyöllä onkin mahdollista vaikuttaa yksilöiden terveyden lukutaitoon (Kickbusch & Maag 2008).

#### 3.1 Terveyden lukutaito käsitteenä

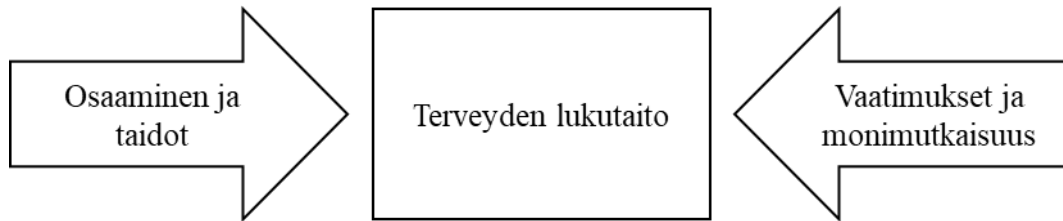
Terveyden lukutaidon käsitettä käytettiin ensimmäisen kerran 1970-luvulla (Razan & Parker 2000) ja sille alettiin 1980-luvulla ehdottamaan tutkijoiden ja kansanterveysammattilaisten toimesta erilaisia määritelmiä, jotka kuitenkin rajoittuivat lukutaidon soveltamiseen terveydenhuollon ympäristössä tulkittaessa terveydentilaa kuvaavia materiaaleja, kuten reseptejä (Nutbeam 2000; Kickbusch & Maag 2008). Myöhemmin käsitettä laajennettiin (Kickbusch & Maag 2008) ja terveyden lukutaito onkin saavuttanut merkittävää huomiota 2000-luvulla ympäri maailman (WHO 2013). Suomessa terveyden lukutaidosta (eng. *Health Literacy*) puhuttaessa käytetään myös termiä terveystasaaminen (Summanen 2014; Opetushallitus 2021).

Terveyden lukutaitoon liittyvien tutkimusten ja poliittisten toimien lisääntyessä on huomattu, että terveyden lukutaidon käsitteelle ei ole olemassa yhtä hyväksyttyä määritelmää (Sørensen ym. 2012). Tämä puolestaan on vaikeuttanut aiheesta tehtyjen tutkimusten tulosten vertailua

(Sørensen ym. 2012). Terveyden lukutaidolle onkin pyritty löytämään alan kirjallisuutta kokoavia määritelmiä. 1990-luvun terveyden edistämisen teorioihin ja strategioihin pohjautuen terveyden lukutaidolla tarkoitetaan yksilön kapasiteettia hankkia, käsitellä ja ymmärtää perustason terveyteen ja terveystalveihin liittyviä tietoja, jotta hänen olisi mahdollista tehdä tarkoituksenmukaisia päätöksiä terveyteen liittyen (Razan & Parker 2000). Kyseistä terveyden lukutaidon määritelmää onkin pidetty hyvänä alkuna terveyden lukutaidon laajemmalle tarkastelulle, sillä se huomioi terveystalveiden kaksipuolisuuden eli sen, mitä tietoa levitetään ja, kuinka ihmiset ymmärtävät heille suunnatun tiedon (Parker 2009). Näin ollen terveystalveiden on mahdollista parantaa syyttämättä heikon terveyden lukutaidon omaavia yksilöitä (Parker 2009). Käsitteenä terveyden lukutaitoa onkin käytetty kuvaamaan muun muassa terveystalveiden ja -kasvatuksen tuloksia (Nutbeam 2000).

Maailman terveystalveiden puolestaan käsitteellistää terveyden lukutaitoa perusterveydestietojen hankintaa ja niihin pohjautuvaa päätöksentekoa laajemmin huomioidessaan myös ympäristön (Nutbeam 1998). Sen mukaan terveyden lukutaito kuvaa yksilön kognitiivisia ja sosiaalisia taitoja, jotka määrittävät motivaatiota ja kykyä löytää, ymmärtää ja käyttää tietoa ja tätä kautta edistää ja ylläpitää hyvää terveyttä. Terveyden lukutaito edellyttääkin tietojen, taitojen ja luottamuksen saavuttamista, jotta yksilö pystyy muuttamaan elämäntapojaan ja elinolojaan ja näin myös parantamaan omaa ja ympäristön terveyttä. Terveyden lukutaito lisää myös yksilöiden voimavaroja terveyteen liittyvien tietojen sekä niiden hyödyntämisen tehokkuuden lisääntyessä (Nutbeam 1998).

Terveyden lukutaitoa on käsitteellistetty pitkälti yksilön näkökulmasta (Sørensen ym. 2012), kuten myös edellä esitetyistä määritelmistä huomataan (Nutbeam 1998; Razan & Parker 2000). Sitä tulisi kuitenkin tarkastella laajana ja eri tekijöiden suhteet huomioivana käsitteenä, joka tarkastelee sekä yksilöä että sosiaalista kontekstia, jossa ihmiset toimivat (Parker 2009; Sørensen ym. 2012). Näistä molempia tulee mitata ja seurata. Yksilöiden osaaminen ja taidot tulee sovittaa yhteen kontekstin vaatimukseen ja monimutkaisuuteen, minkä toteutuessa yksilöllä on terveyden lukutaitoa (Kuvio 7) (Parker 2009; Sørensen ym. 2012).



KUVIO 7. Terveyden lukutaidon kehys (Parker 2009).

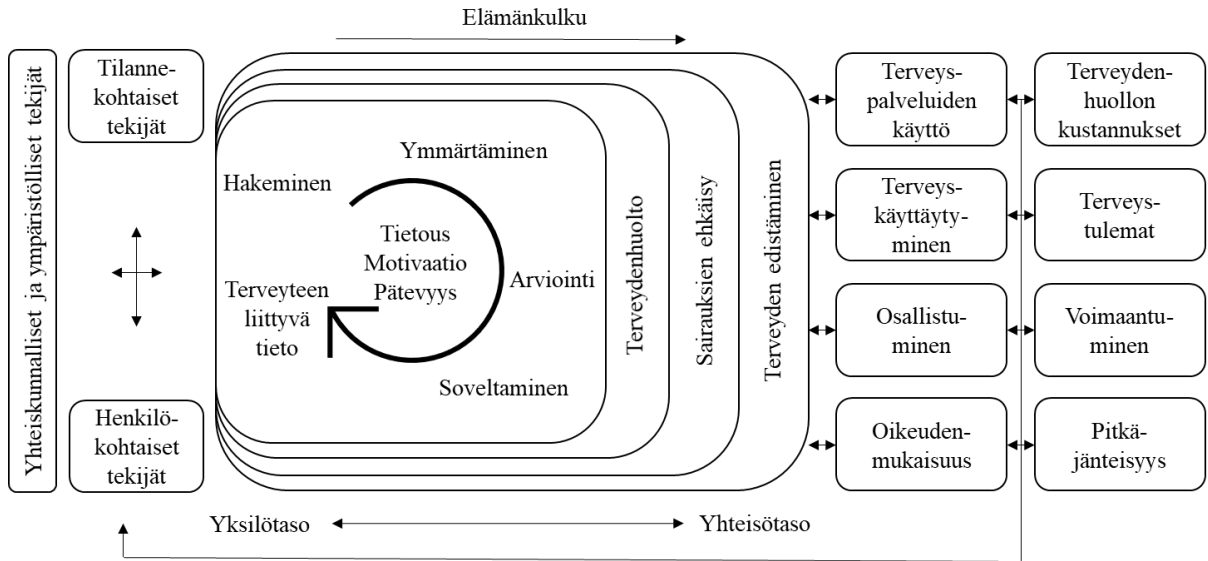
Pitkälti 2000-luvun terveyden lukutaitoa käsittelevään kirjallisuuteen perustuen onkin koottu terveyden lukutaidon määritelmä, joka käsittää yksilön tietouden, motivaation ja pätevyyden löytää, ymmärtää, arvioida ja soveltaa terveyteen liittyviä tietoja tehdäkseen päätöksiä päivittäisessä elämässä liittyen terveydenhuoltoon, sairauksien ehkäisyyn sekä terveyden edistämiseen ja näin ylläpitää ja parantaa elämän laatua (Sørensen ym. 2012). Näin ymmärrettynä terveyden lukutaito kattaa kansanterveyden näkökulman tarkastellessaan yksilöä laajemmin terveydenhuollon, sairauksien ehkäisyyn ja terveyden edistämisen ulottuvuuksia (Sørensen ym. 2012).

Tässä tutkimuksessa terveyden lukutaidon määritelmänä käytetään Paakkarin & Paakkarin (2012) käsitystä, jonka mukaan terveyden lukutaidolla tarkoitetaan ihmisen kykyä hankkia, arvioida, rakentaa ja käyttää tietoa ja osaamista ymmärtääkseen itseään ja muita sekä ympäröivää maailmaa. Näin on mahdollista tehdä tarkoituksenmukaisia terveyteen liittyviä päätöksiä sekä tunnistaa ja muokata omaan sekä muiden terveyteen vaikuttavia tekijöitä (Paakkari & Paakkari 2012). Näin ymmärrettynä terveyden lukutaito käsittää edellä esitettyjen määritelmien tapaan tiedot, mutta myös yksilön osaamisen.

Vaikka terveyden lukutaito ymmärretään pelkkää terveydenhuollon ympäristössä toteutettavaa lukutaitoa laajempänä käsitteenä, on lukutaito kuitenkin edelleen pohjana terveyden lukutaidolle (Kickbusch & Maag 2008). Lukutaidolla onkin tärkeä merkitys ihmisten arkeen sen mahdollistaessa yksilöille autonomian sekä voimavarojen lisääntymisen (Nutbeam 2000). Heikon lukutaidon onkin nähty vaikuttavan yksilöiden terveyteen estämällä heidän terveyden lukutaidon kehittymistä sekä rajoittamalla henkilökohtaista, sosiaalista ja kulttuurillista kehitystä (Nutbeam 1998).

### 3.2 Terveyden lukutaidon jäsennyksiä

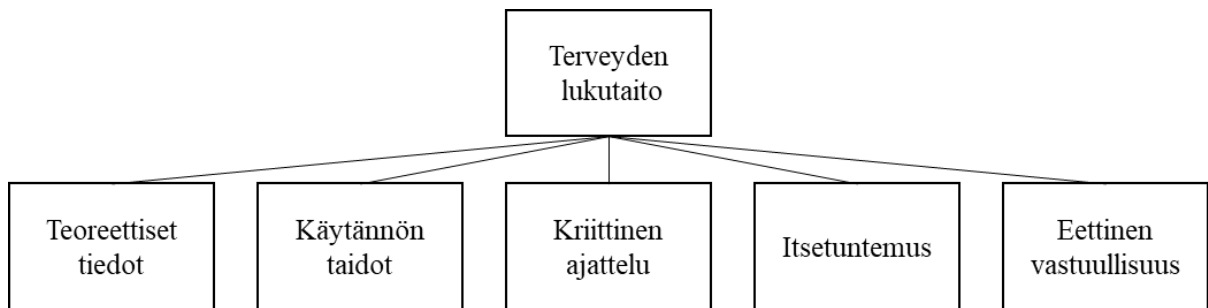
Terveyden lukutaitoa on käsitteenä pyritty selventämään erilaisin mallein ja sisällönjaoiin. Terveyden lukutaidon käsitteellinen malli onkin koonti aihetta käsittelevistä jo olemassa olevista malleista ja niiden pääulottuvuuksista (Kuvio 8) (Sørensen ym. 2012). Lisäksi käsitteellisessä mallissa on mukana terveyden lukutaitoon vaikuttavia proksimaalisia ja distaalisia tekijöitä sekä polut, jotka yhdistävät terveyden lukutaidon terveystulemiin. Mallin ytimessä on osaaminen, joka liittyy terveyteen liittyvän tiedon hakemiseen, ymmärtämiseen, arviointiin ja soveltamiseen. Nämä puolestaan vaativat yksilön kognitiivisia ominaisuuksia ja riippuvat terveyteen liittyvien tietojen laadusta. Käsitteellisen mallin keskellä olevan yksilön terveyden lukutaidon kehittämisprosessin myötä kerääntyvät tiedot ja taidot mahdollistavat suunnistamisen kolmella terveyteen liittyvällä osa-alueella: 1. terveydenhuollossa potilaana, 2. sairauksien ennaltaehkäisyjärjestelmässä riskiryhmäläisenä sekä 3. terveyden edistämisyrittämissä yhteisöissä, työpaikoilla, koulutusjärjestelmässä, politiikassa ja markkinoilla kansalaisena. Terveyden lukutaidon kehittämisprosessi eri terveyteen liittyvillä osa-alueilla on linkittynyt elämäntulkun yksilön kehittämisen ja kokemusten sekä kontekstien muuttumisen kautta. Tämän lisäksi prosessia voidaan katsoa jatkumona yksilö- ja yhteisötasolla, jolloin yksilöä lähimpänä on terveyden lukutaito terveydenhuollossa ja puolestaan yhteisöä lähimpänä terveyden edistäminen. Näin ollen terveyden lukutaito laajemmassa terveydenhuollon ulkopuolisessa kansanterveyden kehityksessä mahdollistaa terveyden edistämisen sekä terveydenhuollon kuormituksen vähentämisen. Terveyden lukutaidon käsitteellisessä mallissa on erillisesti huomioitu myös terveyden lukutaitoon distaalisesti vaikuttavat yhteiskunnalliset ja ympäristölliset tekijät, kuten kulttuuri, kieli, poliittiset voimat ja yhteiskunnalliset järjestelmät. Lisäksi mallissa on proksimaalisemmat henkilökohtaiset tekijät, kuten ikä, sukupuoli, sosioekonominen asema ja lukutaito, sekä tilannekohtaiset tekijät, kuten sosiaalinen tuki, fyysinen ympäristö sekä perheen ja vertaisten vaikutus (Sørensen ym. 2012).



KUVIO 8. Terveyden lukutaidon käsitteellinen malli (Sørensen ym. 2012).

Kirjallisuudessa terveyden lukutaidon on katsottu koostuvan erilaisista komponenteista, joita on pyritty jäsentämään eri tavoin. Nutbeam (2000) tarkastelee terveyden lukutaitoa kolmen osa-alueen kautta, joihin terveystasvatuksella voidaan pyrkiä vaikuttamaan. Toiminnallisella (*functional*) terveyden lukutaidolla viitataan terveyteen liittyvään opetukseen ja puhtaaseen tiedon siirtämiseen, jonka tavoitteena on lisätä tietoutta terveystarpeista ja -palveluista. Tämä ei kuitenkaan tyypillisesti sisällä vuorovaikutuksellista kommunikointia, taitojen oppimista tai autonomiaa. Vuorovaikutuksellinen (*interactive*) terveyden lukutaito puolestaan koostuu monimutkaisemmasta lukutaidosta sekä sosiaalisista taidoista, joita tarvitaan terveyteen aktiivisesti osallistumiseen. Sen ytimenä on henkilökohtaisten taitojen kehittäminen kannustavassa ympäristössä. Näin yksilöllä on paremmat mahdollisuudet, motivaatio ja luottamus toimia tietoperusteisesti. Kriittisen (*critical*) terveyden lukutaidon muodostaa kehittyneemmät kognitiiviset ja sosiaaliset taidot, jotka ovat tarpeen analysoidessa terveystietoa sekä pyrittäessä ymmärtämään terveyden poliittisia ja taloudellisia ulottuvuuksia. Kriittinen terveyden lukutaito mahdollistaakin yksilöiden ja yhteisöiden vaikuttamisen terveyden sosiaaliin, taloudellisiin ja ympäristöllisiin seikkoihin. Vaikka siis toiminnallinen terveyden lukutaito luo pohjan, on tarpeen kehittää myös kriittistä terveyden lukutaitoa, jotta tiedon mukaan toimiminen ja muiden tukeminen terveysasioissa olisi mahdollista (Nutbeam 2000).

Puolestaan Paakkari ja Paakkari (2012) jakavat terveyden lukutaidon laajemmin viiteen osa-alueeseen: 1. teoreettiset tiedot, 2. käytännön taidot, 3. kriittinen ajattelu, 4. itsetuntemus ja 5. eettinen vastuullisuus (Kuvio 9). Vaikka osa-alueiden väliltä löytyy päällekkäisyyksiä, ovat ne silti erotettavissa toisistaan ja niistä jokaisella on selkeä pääpaino. Terveyden lukutaidon jakaminen osa-alueisiin mahdollistaakin sen tarkastelun oppimistuloksena (Paakkari & Paakkari 2012). Kyseinen terveyden lukutaidon osa-alueittainen jako on myös tämän tutkimuksen lähtökohtana.



KUVIO 9. Terveyden lukutaidon osa-alueet (Paakkari & Paakkari 2012).

Teoreettisilla tiedoilla (*theoretical knowledge*) tarkoitetaan monipuolista terveysaiheisiin liittyvää opetusta, joka koostuu eri terveystieteisiin liittyvistä periaatteista, teorioista ja malleista (Paakkari & Paakkari 2012). Teoreettisen tiedon avulla on mahdollista ymmärtää syvemmin terveystieteitä sekä niiden välisiä yhteyksiä. Samalla se luo pohjan muille terveyden lukutaidon osa-alueille. Käytännön taidot (*practical knowledge*) kattavat terveyteen liittyvät perustaidot, joita tarvitaan toimimiseen terveyttä edistävällä tavalla tietyissä tilanteissa. Ne ovat kokemukseräisiä ja liittyvät usein päivittäisiin toimiin, kuten hygieniasta huolehtimiseen, liikennesääntöjen noudattamiseen sekä ideoiden ja ajatusten kommunikointiin muille. Juurtuessaan niistä tulee rutiineja, joita voi olla vaikea tunnistaa. Käytännön taidot voidaankin käsittää kyvyksi laittaa teoreettinen tieto käytäntöön, jolloin tiedosta tulee ymmärrettävää ja konkreettista. Kriittisellä ajattelulla (*critical thinking*) tarkoitetaan uteliasta ja tutkivaa asennetta, jolloin terveystieteitä on mahdollista ymmärtää syvemmin ja jopa uutta luoden. Kriittiseen ajatteluun sisältyy kyky erottaa terveyttä edistävät asiat niistä, jotka eivät edistä terveyttä. Kriittisen ajattelulle löytyy tarvetta yhdistettäessä eri kanavista tulevaa terveyteen liittyvää tietoa. Kouluissa tulisikin opetella kriittisesti arvioimaan tiedon lähteitä tarkastelemalla argumentoijaa ja hänen tarkoituksensa, vakuuttamisen keinoja,

edustettua ideologiaa sekä tieteellisen tiedon suhdetta esitettyyn viestiin. Tätä varten on kuitenkin hallittava myös teoreettista tietoa sekä tiettyjä käytännön taitoja liittyen esimerkiksi lähteiden etsimiseen. Itsetuntemuksella (*self-awareness*) tarkoitetaan kykyä itsereflektointiin eli kykyä tutkia ja arvioida omia ajatuksia, tarpeita, motiiveja, arvoja, asenteita, tunteita sekä käyttäytymistä. Itsetuntemukseen liittyy myös omien heikkouksien ja vahvuuksien huomaaminen sekä itsensä lähettämien viestien tunnistaminen. Näin ollen ihmisen on mahdollista myös kuvata ja yhdistellä terveysaiheita oman ajattelun ja käyttäytymisen näkökulmasta. Itsetuntemus itsereflektoinnin näkökulmasta on myös kykyä reflektoida itseään oppijana (metakognitiivinen tieto), johon liittyy tieto, miten tietty tavoite saavutetaan. Eettinen vastuullisuus (*citizenship*) viittaa omien oikeuksien ja vastuiden ymmärtämiseen. Se kattaa myös omien ajatusten ja tekojen vaikutusten tiedostamisen muihin ihmisiin ja maailmaan. Näin eettinen vastuullisuus käsittää myös kyvyn pohtia terveysasioita oman näkökulmansa ulkopuolelta ja ymmärtää muiden ja yhteiskunnan näkökulmia. Eettiseen vastuullisuuteen liittyy myös sosiaalinen vastuullisuus, joka tarkoittaa ymmärrystä siitä, mikä on oikein ja väärin itselle ja yhteiskunnalle. Tämä osa terveyden lukutaitoa mahdollistaakin osallistumisen eri tasojen terveyden edistämistoimiin (Paakkari & Paakkari 2012).

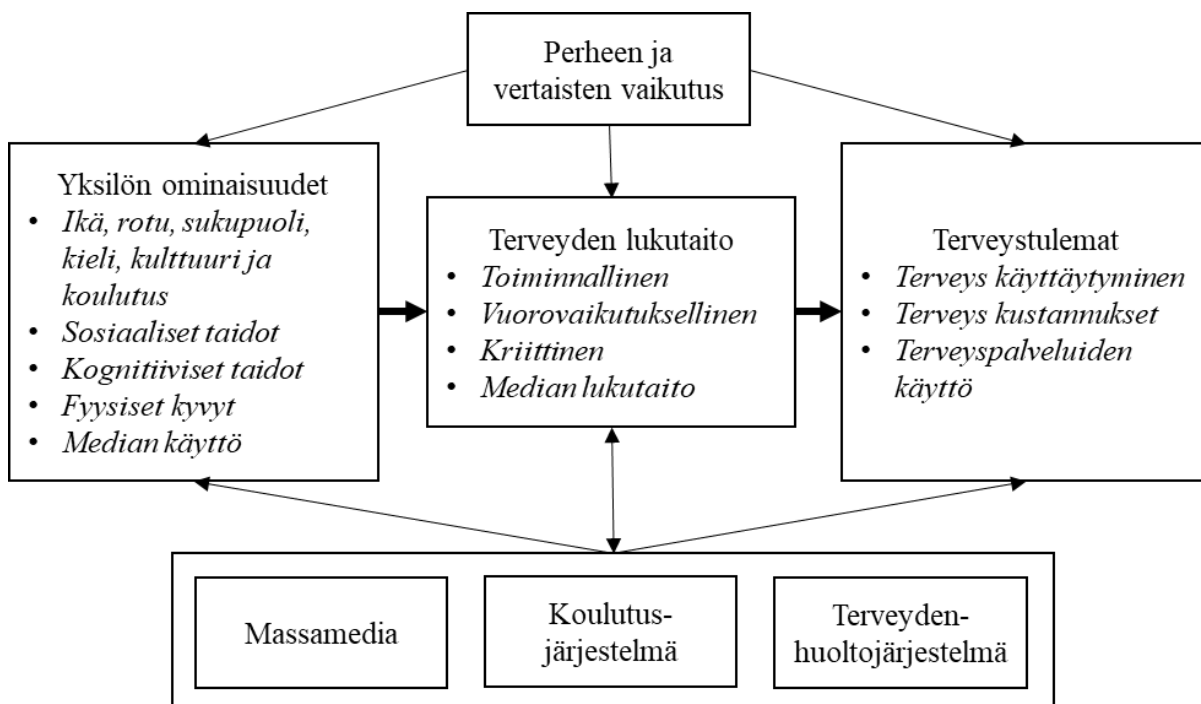
Suomessa nuorten on havaittu hallitsevan terveyden lukutaidon osa-alueista parhaiten (noin 60 %:n ratkaisuosuus osa-alueen tehtävistä) terveyteen liittyvien käytännön taitojen, teoreettisten tietojen ja kriittisen ajattelun osa-alueet edellä esitetystä järjestyksessä (Summanen 2014). Sen sijaan heikoiten menestyttiin eettisen vastuullisuuden (49 %:n ratkaisuosuus) sekä itsetuntemuksen (31 %:n ratkaisuosuus) tehtävissä (Summanen 2014).

### **3.3 Terveyden lukutaitoon vaikuttavat tekijät nuoruudessa**

Aikuisiän terveyden lukutaidon pohja luodaan lapsuudessa ja nuoruudessa, minkä takia viime vuosina terveyden lukutaidon mittaamiseen on kiinnitetty enemmän huomiota lasten ja nuorten parissa (Paakkari 2020). Nuoret kohtaavatkin usein terveyteen liittyvään tietoon median kautta ja ovat monien terveyden edistämishjelmien kohderyhmänä (Manganello 2008). Koulutusjärjestelmän nähdään olevan terveydenhuoltojärjestelmän sekä kulttuurin ja yhteiskunnan tapaan keskeinen ympäristö terveyden lukutaidon kehittämiseen tarkoitetuille



interventioille (Institute of Medicine 2004, 32). Nuorten terveyden lukutaitoa voidaan tarkastella eri tasoilla käyttäen apuna terveyden lukutaidon tutkimuskehystä (Kuvio 10) (Manganello 2008).



KUVIO 10. Nuorten terveyden lukutaidon tutkimuskehys (Manganello 2008).

Yksilön ominaisuuksista sukupuolen on nähty vaikuttavan suomalaisnuorten subjektiiviseen terveyden lukutaitoon sen ollessa pojilla matalampi kuin tytöillä (Paakkari ym 2018). Lisäksi terveyden lukutaidon osa-alueittaisessa tarkastelussa tytöt ovat menestyneet poikia paremmin jokaisella osa-alueella (Summanen 2014). Nuorten terveyden lukutaitoa on myös vertailtu kymmenen Euroopan maan välillä tutkimuksessa, jossa sukupuolen ja terveyden lukutaidon välinen yhteys havaittiin vain kolmessa maassa (Paakkari ym. 2020). Terveyden lukutaidon havaittiin olevan myös välillisenä tekijänä sukupuolen ja itsearvioidun terveyden välillä (Paakkari ym. 2020). Lisäksi iän yhteyttä nuorten subjektiiviseen terveyden lukutaitoon tarkasteltaessa on huomattu terveyden lukutaidon olevan matalampi 7.-luokkalaisilla kuin 9.-luokkalaisilla (Paakkari ym. 2018). Puolestaan perheen vaikutusta terveyden lukutaitoon tarkasteltaessa on huomattu perheen varallisuuden olevan positiivisessa yhteydessä nuoren terveyden lukutaidon tasoon eri Euroopan maissa (Paakkari ym. 2020).

Nuorten terveyden lukutaidon kehittämisessä kouluilla on suuri rooli (Kickbusch & Maag 2008). Terveyden lukutaidon tulisikin kuulua tärkeimpiin koulussa huomiota kiinnitettäviin asioihin, sillä lasten ja nuorten tulisi oppia valitsemaan terveelliset valinnat jokapäiväisessä elämässään (Kickbusch & Maag 2008). Kouluilla on merkittävä rooli terveyden lukutaidon kehittämisessä myös siltä osalta, että niillä on vastuu luku- ja kirjoitustaidon opettamisesta, mikä on pohjana terveystaitojen oppimiselle (Manganello 2008). Koulumenestys onkin yksi vahvimmin subjektiivista terveyden lukutaidon tasoa selittävistä tekijöistä (Paakkari ym. 2018). Lisäksi jatkokoulutus orientaation on nähty vaikuttavan terveyden lukutaidon tasoon (Paakkari ym. 2018).

Terveyskasvatuksella on keskeinen rooli terveyden lukutaidon kehittämisessä tarkasteltaessa terveyden edistämistoimia laajemmin (Nutbeam 2000). Sen roolin onkin nähty olevan merkittävä, vaikka pelkkään terveyskasvatukseen ja -viestintään keskittyneet interventiot eivät ole tuottaneet merkittäviä ja pitkäkestoisia vaikutuksia yksilöiden käyttäytymisen muutokseen sekä eri sosiaalisten ja taloudellisten ryhmien välisten terveyserojen poistamiseen. Terveyden lukutaito vaikuttaakin terveyskasvatuksen sisältöön ja menetelmiin, mutta vaikutus on myös toiseen suuntaan (Nutbeam 2000).

Terveystiedon opetussuunnitelmassa terveyteen, hyvinvointiin ja turvallisuuteen liittyviä ilmiötä tarkastellaan ikään soveltuvalla tavalla syventäen opeteltavia teemoja luokka-asteittain (Paakkari & Paakkari 2019). Opetussuunnitelma on luotu kolmen laajemman teeman ympärille, joita ovat: 1. kasvua ja kehitystä tukeva terveys, 2. terveyttä tukevat ja vahingoittavat tekijät ja sairauksien ehkäisy sekä 3. terveys, yhteisöt, yhteiskunta ja kulttuuri (Paakkari & Paakkari 2019). Terveyden lukutaito on Suomessa osana yläkoulun terveystiedon opetussuunnitelmaa, jossa opetuksen tehtäväksi on nostettu sen monipuolinen kehittäminen (ePerusteet 2021). Opetussuunnitelmassa terveyden lukutaito on jaettu viiteen osaan (tiedot, taidot, kriittinen ajattelu, itsetuntemus ja eettinen vastuullisuus) Paakkarin ja Paakkarin (2012) terveyden lukutaidon määritelmän mukaan. Myös terveyden moniulotteisuus ja tasoisuus on terveyden lukutaidon opetuksessa huomioituna, jotta oppilaat pystyvät tekemään terveyteen liittyviä valintoja ja päätöksiä tarkoituksenmukaisesti ja perustellusti. Terveyden lukutaidon tarkoituksena onkin lisätä kykyä tunnistaa ja muokata oman ja ympäristön terveyden ylläpitämiseen ja edistämiseen vaikuttavia tekijöitä (ePerusteet 2021). Terveyden lukutaidon

kuuluminen osaksi opetussuunnitelmaa lisää potentiaalia taata kaikille kouluikäisille omasta ja muiden terveydestä huolehtimiseen tarvittavien tietojen oppiminen (Paakkari & Paakkari 2019). Tämä puolestaan vähentää terveyden eriarvoisuutta, mistä kansanterveys hyötyy, mutta kyseessä on myös eettinen kysymys (Paakkari & George 2018). Opetussuunnitelman lisäksi terveyden lukutaidon kehittämiseen pyritään Suomessa vaikuttamaan terveystiedon opettajien koulutuksella, jossa korostetaan koulutus- ja terveysilmiöiden yhteyttä (Paakkari & Paakkari 2019).

### **3.4 Sosiaalisen tuen merkitys terveyden lukutaidolle kouluympäristössä**

Terveyden lukutaidon ja sosiaalisen tuen välistä yhteyttä kouluympäristössä on tutkittu yläkouluikäisillä etenkin Kiinassa (Guo ym. 2018; Guo ym. 2020a; Guo ym. 2020b; Guo ym. 2021). Tutkimuksissa terveyden lukutaitoa on mitattu terveyden lukutaidon arviointimittarilla (HLAT-8), joka mittaa yksilön kykyä saavuttaa, ymmärtää, arvioida ja viestiä eteenpäin terveyteen liittyvää tietoa päivittäisessä elämässä. Sosiaalista tukea on puolestaan mitattu havaitun sosiaalisen tuen moniulotteisella asteikolla (MSPSS), joka sisältää kysymyksiä liittyen perheeltä, ystäviltä ja muilta merkityksellisiltä ihmisiltä saadusta sosiaalisesta tuesta. Lisäksi kouluympäristön vaikutusta terveyden lukutaitoon on mitattu kouluympäristömittarilla (SES), joka mittaa oppilaan tuntemuksia myönteiseen sosiaaliseen käyttäytymiseen osallistumisen mahdollisuuksista ja siitä palkitsemisesta koulussa (Guo ym. 2018; Guo ym. 2020a; Guo ym. 2020b; Guo ym. 2021).

Tutkimuksissa sosiaalisen tuen sekä kouluympäristön on havaittu ennustavan nuoren terveyden lukutaitoa, joka puolestaan ennustaa terveystyöskäyttämistä (Guo ym. 2020b; Guo ym. 2021). Terveyden lukutaidon osa-alueita tarkasteltaessa havaitun sosiaalisen tuen on huomattu ennustavan vahvimmin nuoren vuorovaikutuksellista ja kriittistä terveyden lukutaitoa (Guo ym. 2018). Puolestaan kouluympäristön on nähty ennustavan vahvimmin toiminnallista terveyden lukutaitoa (Guo ym. 2018). Terveyden lukutaitoa on myös tutkittu vertaillen eri kulttuuriryhmiä. Australialais- ja kiinalaisnuorilla on molemmilla havaittu sosiaalisen tuen sekä havaintojen kouluympäristöstä olevan yhteydessä terveyden lukutaitoon, vaikka australialaisnuorten terveyden lukutaito kokonaisuudessaan oli parempi (Guo ym. 2020a).

Sosiaalisessa tuessa, terveyden lukutaidossa ja kouluympäristössä ei ole havaittu sukupuolten välistä tilastollisesti merkitsevää eroa (Guo ym. 2018; Guo ym. 2020b; Guo ym. 2021).

Kouluympäristössä oppilaiden terveyden lukutaitoon on myös pyritty vaikuttamaan erityyppisin ohjelmin, joiden vaikutuksia on selvitetty kvalitatiivisin tutkimusmenetelmin (Begoray ym. 2009; Baek & Lee 2019). Terveellisen elämän, terveystietojen, terveellisten suhteiden ja terveyteen liittyvien päätösten osa-alueista koostuneen opetussuunnitelman vaikutuksia nuorten terveyden lukutaitoon selvitettiin Begorayn ym. (2009) tutkimuksessa. Opetussuunnitelman tarkoituksena oli myös lisätä kriittisen ajattelun ja päätöksenteon mahdollisuuksia liittyen terveystietoon ja sen vaikutuksia tarkasteltiin oppilaiden, opettajien, perheen ja laajemman yhteisön välisissä ja keskinäisissä suhteissa kehittyneiden tietojen, taitojen ja asenteiden kautta. Oppilaat kokivat opetussuunnitelman mukaisen opetuksen sisältävän jo aiemmin opetettuja tai liian yleisellä tasolla läpikäytyjä aiheita, mikä tarkoitti sitä, että terveyteen liittyvät tiedot eivät karttuneet. He toivoivatkin enemmän yksilöllistä tukea opetukseen sekä mahdollisuuksia tehdä opetettavista aiheista henkilökohtaisesti merkityksellisiä. Lisäksi oppilaat kokivat opetuksen olevan passiivista ja opettajasta riippuvaista, jolloin se ei mahdollistanut terveyden lukutaidon kehittymistä esimerkiksi ymmärtämisen ja arvioinnin kautta. Opetuksessa keskityttiinkin oppilaiden mukaan pitkälti terveyteen liittyvän tiedon yksipuoliseen opetukseen, eikä taitojen kehittämiseksi tarjottu mahdollisuutta. Toisaalta oppilaiden ryhmähaastatteluissa kävi ilmi, että opetuksen taso riippui myös opettajasta (Begoray ym. 2009).

Fyysiseen aktiivisuuteen liittyvään terveyden lukutaitoon keskittynyt terveysohjelma kasvatti nuorten kykyä etsiä terveyteen liittyvää tietoa, arvioida tiedon lähteitä sekä jakaa hyödyllistä tietoa (Baek & Lee 2019). Oppilaista tuli myös fyysisesti aktiivisempia liikuntatuntien ulkopuolella käyttäen hyödykseen tunnilla oppimiaan asioita, minkä lisäksi he ymmärsivät terveyden kokonaisvaltaisena käsitteenä. Terveyden lukutaidon kehittyminen ohjelman aikana nähtiin ensinnäkin koituneen uusien käsitteiden opettamisesta esimerkein ja tutustumalla niihin käytännön kautta. Toiseksi oppilaskeskeinen ja yhteistoiminnallinen opetus tarjosi oppilaille mahdollisuuden ongelmanratkaisuun ja sosiaalisten vertaissuhteiden muodostamiseen. Oppilaat myös arvostivat saamaansa autonomiaa, sillä he saivat luoda ja järjestää itse aktiviteetteja koulussa. Kolmanneksi terveyden lukutaito parani tukevan fyysisen ja psyykkisen

ympäristön ansiosta. Oppilaiden olikin sallivassa ilmapiirissä helpompi ylittää kohtaamiaan vaikeuksia saadessaan tukea ja kannustusta luokkatovereiltaan (Baek & Lee 2019).

#### 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää opettajan ja luokkakavereiden tarjoaman sosiaalisen tuen sekä terveyden lukutaidon välistä yhteyttä nuorten keskuudessa.

Tutkimuskysymykset:

1. Onko opettajan sosiaalinen tuki yhteydessä nuorten terveyden lukutaitoon? Eroaako opettajan sosiaalisen tuen ja terveyden lukutaidon välinen yhteys sukupuolen ja luokka-asteen mukaan?
2. Onko luokkakavereiden sosiaalinen tuki yhteydessä nuorten terveyden lukutaitoon? Eroaako luokkakavereiden sosiaalisen tuen ja terveyden lukutaidon välinen yhteys sukupuolen ja luokka-asteen mukaan?

## 5 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

### 5.1 Tutkimusaineisto

Tässä tutkimuksessa käytetään tutkimusaineistona vuoden 2014 WHO-Koululaistutkimuksen osa-aineistoa. WHO-Koululaistutkimus on suomenkielinen nimitys Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) -tutkimukselle (Jyväskylän yliopisto 2020), jota toteutetaan Maailman terveysjärjestön toimesta kansainvälisenä yhteistyönä Euroopan ja Pohjois-Amerikan maissa (Currie ym. 2014, 2). HBSC-tutkimuksen tarkoituksena on kerätä uutta tietoa ja ymmärrystä nuorten terveystyöskäytymisestä, terveydestä sekä elämäntavoista (Currie ym. 2014, 2). Tutkimusaineisto kerätään koulutuntien aikana nimettömänä 11-, 13- ja 15-vuotiailta nuorilta strukturoidulla kyselylomakkeella joka neljäs vuosi (Roberts ym. 2009). Kyselylomake sisältää kolmen tyyppisiä kysymyksiä: 1. kaikille maille yhteiset ydinkysymykset, jotka mahdollistavat maiden välisen vertailun, 2. valinnaiset kysymyspaketit tiettyihin aihealueisiin liittyen ja 3. maakohtaiset kysymykset kansallisesti tärkeisiin aiheisiin liittyen (Roberts ym. 2009). Suomi on ollut mukana HBSC-tutkimuksessa sen aloitusvuodesta 1982 lähtien yhdessä neljän muun maan kanssa ja vuoden 2014 aineistonkeruuseen osallistui yli 40 maata (Currie ym. 2014, 4).

WHO-Koululaistutkimuksessa Suomen otos valittiin Suomen koulurekisteristä erityisen poimintaohjelman avulla, jota määritti otoskehystenä kunkin luokka-asteen oppilaiden lukumäärä (Mathisen ym. 2019). Tutkimukseen osallistuneet koulut valittiin niiden koon huomioivalla klusteriotannalla ja jokaisesta koulusta valittiin satunnaisesti yksi luokka mukaan tutkimukseen (Mathisen ym. 2019).

Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty vuoden 2014 WHO-Koululaistutkimukseen osallistuneilta 7.- ja 9.-luokkalaisilta eli noin 13- ja 15-vuotiailta suomenkielisiltä nuorilta, sillä heille suunnatussa kyselylomakkeessa on kysytty terveyden lukutaidosta. Kyselylomakkeeseen vastasi yhteensä 3853 nuorta, joista tyttöjä oli 50.6 % ja poikia 49.4 %. Nuorista 7.-luokkalaisia oli 49.8 % ja 9.-luokkalaisia 50.2 %. Tutkimuksen aineisto on kuvattu tarkemmin taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Tutkimusaineiston kuvaus.

Sukupuoli	7.-luokkalaiset		9.-luokkalaiset		Yhteensä	
	n	%	n	%	N	%
Tytöt	949	24.6 %	1001	26.0 %	1950	50.6 %
Pojat	969	25.1 %	934	24.2 %	1903	49.4 %
Yhteensä	1918	49.8 %	1935	50.2 %	3853	100 %

## 5.2 Mittarit

Tämän tutkimuksen muuttujat on muodostettu vuoden 2014 WHO-Koululaistutkimuksen Suomen kyselylomakkeen väittämien perusteella. Valitut muuttujat ovat terveyden lukutaito sekä sosiaalisen tuen muuttujista oppilassuhde, opettaja-oppilassuhde ja opettajan akateeminen tuki.

Tässä tutkimuksessa nuoren itsearvioitua terveyden lukutaitoa mitattiin 10 väittämää sisältävällä HLSAC (Health Literacy for School-aged Children) -mittarilla, joka on luotu kouluikäisten subjektiivisen terveyden lukutaidon mittaamiseen. Se sisältää kaksi väittämää kustakin viidestä terveyden lukutaidon osa-alueesta, joihin vastausvaihtoehtoja on neljä: ”ei lainkaan totta”, ”juuri ja juuri totta”, ”jossain määrin totta” ja ”täysin totta” (Paakkari ym. 2016). Tutkimuskysymykset terveyden lukutaidon osa-alueittain on esitetty taulukossa 2.



TAULUKKO 2. HLSAC-mittarin väittämät osa-alueittain sekä niiden Cronbachin alfa -arvot.

Terveyden lukutaidon osa-alue	HLSAC-mittarin väittäjä	Cronbachin alfa, jos osio poistetaan
Teoreettiset tiedot	Minulla on hyvät tiedot terveydestä	0.921
	Osaan helposti antaa esimerkkejä asioista, jotka tukevat terveyttä	0.918
Käytännön taidot	Löydän tarvittaessa terveyteen liittyvää tietoa, jota minun on helppo ymmärtää	0.919
	Osaan noudattaa lääkärin tai hoitajan minulle antamia ohjeita	0.924
Kriittinen ajattelu	Osaan yleensä selvittää onko jokin terveyteen liittyvä tieto oikea vai väärä	0.921
	Osaan vertailla keskenään eri tietolähteistä saatua terveyteen liittyvää tietoa	0.925
Itsetuntemus	Osaan perustella omia terveyteen liittyviä valintojani	0.918
	Osaan päätellä, miten käyttäytymiseni vaikuttaa terveyteeni	0.925
Eettinen vastuullisuus	Osaan päätellä, miten oma toimintani vaikuttaa ympäröivään luontoon	0.919
	Osaan tarvittaessa antaa ideoita, miten terveyttä voidaan kohentaa lähiympäristössäni (esim. lähellä oleva paikka tai alue, perhe, ystävät)	0.921

Cronbachin alfa -arvo mallille 0.928

Terveyden lukutaitoa mittavan HLSAC-mittarin sisältämiin väittämiin vastasi 3619 eli 93.9 % tutkimusaineiston nuorista. HLSAC-mittarin väittämistä muodostettiin tässä tutkimuksessa terveyden lukutaidon summamuuttuja, jonka Cronbachin alfa -arvo on 0.928. Kyseinen arvo kertoo mittarin reliabiliteetista ja mittaa sen väittämien yhdenmukaisuutta. Cronbachin alfa -arvon tulee olla yli 0.6 ja mielellään yli 0.8. Taulukosta 2 nähdään Cronbachin alfa -arvot HLSAC-mittarin väittämittäin, mikäli kyseinen väittäjä poistettaisiin mallista. Muodostettu

summamuuttuja sai arvoja välillä 10–40. Terveyden lukutaidon summamuuttujasta muodostettiin kolmeluokkainen kategorinen muuttuja, jonka terveyden lukutaitoa kuvaavat tasot valittiin Paakkari ym. (2018) mukaan: matala (10–25), kohtalainen (26–35) ja korkea (36–40). Kolmeluokkainen terveyden lukutaidon kategorinen muuttuja myös dikotomisoitiin kaksiluokkaiseksi binääristä logistista regressioanalyysia varten, jolloin arvon 0 saivat matalan ja kohtalaisen terveyden lukutaidon luokat ja puolestaan arvon 1 korkean terveyden lukutaidon luokka.

Tässä tutkimuksessa oppilassuhteita mitattiin kolmella väittämällä, jotka yhdessä mittaavat nuoren kokemusta luokkakavereiden tarjoamasta sosiaalisesta tuesta (Taulukko 3). Oppilassuhteita mittaavat väittämät valikoituivat faktorianalyysin perusteella niin, että oppilassuhteiden faktorille latautuneista väittämistä valittiin ne, jotka latautuivat voimakkaammin kyseiselle faktorille. Näin valikoitui kolme väittämää, jotka kaikki latautuivat faktorianalyysissä oppilassuhteiden faktorille yli 0.7 arvolla. Väittämät olivat: 1. ”*Luokkani oppilaat viihtyvät hyvin yhdessä*”, 2. ”*Useimmat luokkani oppilaat ovat ystävällisiä ja auttavaisia*” ja 3. ”*Muut oppilaat hyväksyvät minut sellaisena kuin olen*”, joihin vastausvaihtoehtoja oli viisi: ”*täysin samaa mieltä*”, ”*samaa mieltä*”, ”*en osaa sanoa*”, ”*eri mieltä*” ja ”*täysin eri mieltä*”. Oppilassuhteet (eng. *student support* tai *student relations*) on ollut vuodesta 1994 lähtien osa HBSC-tutkimuksen aineistonkeruun ydinkysymyksiä (Currie ym. 2014, 128).

TAULUKKO 3. Oppilassuhteita mittaavat väittämät sekä niiden Cronbachin alfa -arvot.

Oppilassuhteiden väittämä	Cronbachin alfa, jos osio poistetaan
Luokkani oppilaat viihtyvät hyvin yhdessä	0.733
Useimmat luokkani oppilaat ovat ystävällisiä ja auttavaisia	0.676
Muut oppilaat hyväksyvät minut sellaisena kuin olen	0.759
Cronbachin alfa -arvo mallille 0.797	

Oppilassuhteita mittaavista väittämistä muodostettiin summamuuttuja, jonka Cronbachin alfa -arvo on 0.797. Taulukosta 3 nähdään Cronbachin alfa -arvot oppilassuhteiden väittämittäin,

mikäli kyseinen väittämä poistettaisiin mallista. Muodostettu summamuuttuja sai arvoja välillä 3–15. Suurin arvo kuvasti korkeinta koettua luokkakavereiden tarjoamaa sosiaalista tukea. Summamuuttujan kaikkiin väittämiin vastasi 3827 eli 99.3 % tutkimusaineistoon kuuluvasta nuorista. Oppilassuhteiden summamuuttujasta muodostettiin kaksiluokkainen kategorinen muuttuja, jonka tasot ovat matala (3–8) ja korkea (9–15).

Tässä tutkimuksessa nuoren kokema opettajan sosiaalista tukea mitattiin 15 väittämällä (Taulukot 4 ja 5), joihin vastausvaihtoehtoja oli viisi: ”täysin samaa mieltä”, ”samaa mieltä”, ”en osaa sanoa”, ”eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. Väittämät jaettiin faktorianalyysin perusteella sosiaalisen tuen sisältöjen mukaan opettaja-oppilassuhdetta ja opettajan akateemista tukea mittaviin väittämiin faktorilatauksen mukaan yli 0.6 arvolla. Sosiaalisen tuen eri sisällöistä opettaja-oppilassuhteen summamuuttuja mittaa nuoren kokema opettajan emotionaalista sosiaalista tukea ja opettajan akateeminen tuki puolestaan nuoren kokemaan opettajan informatiivista sosiaalista tukea.

TAULUKKO 4. Opettaja-oppilassuhdetta mittaavat väittämät sekä niiden Cronbachin alfa -arvot.

Opettaja-oppilassuhteen väittämä (1. faktori)	Cronbachin alfa, jos osio poistetaan
Minusta tuntuu, että opettajani hyväksyvät minut sellaisena kuin olen	0.889
Minusta tuntuu, että opettajani välittävät minusta ihmisenä	0.885
Luotan paljon opettajiini	0.881
Opettajani ovat kiinnostuneita siitä mitä minulle kuuluu	0.893
Suurin osa opettajistani on ystävällisiä	0.887
Opettajat rohkaisevat minua ilmaisemaan oman mielipiteeni oppitunneilla	0.892
Opettajat kohtelevat meitä oppilaita oikeudenmukaisesti	0.887
Cronbachin alfa -arvo mallille 0.902	

Opettaja-oppilassuhdetta mittaavista väittämistä muodostettiin summamuuttuja, jonka Cronbachin alfa -arvo on 0.902. Taulukosta 4 nähdään Cronbachin alfa -arvot opettaja-

oppilassuhteen väittämittäin, mikäli kyseinen väittämä poistettaisiin mallista. Muodostettu summamuuttuja sai arvoja välillä 7–35. Summamuuttujan kaikkiin väittämiin vastasi 3776 eli 98.0 % tutkimusaineistoon kuuluvusta nuorista. Opettaja-oppilassuhteen summamuuttujasta muodostettiin kaksiluokkainen kategorinen muuttuja, jonka tasot olivat matala (7–20) ja korkea (21–35).

TAULUKKO 5. Opettajan akateemista tukea mittaavat väittämät sekä niiden Cronbachin alfa -arvot.

Opettajan akateemisen tuen väittämä (2. faktori)	Cronbachin alfa, jos osio poistetaan
Opettajani kannustavat minua koulutehtävien suorittamisessa	0.882
Saan ylimääräistä apua, kun tarvitsen sitä	0.881
Opettajani kertovat minulle, kuinka voin suoriutua koulutehtävistä paremmin	0.875
Opettajani opastavat minua tehtävien suorittamisessa	0.876
Mielestäni opettajani antavat minulle vaihtoehtoja	0.875
Opettajani yrittävät ymmärtää ajatteluani ennen kuin ehdottavat uutta tapaa toimia	0.874
Opettajani varmistavat, että todella ymmärrän tehtävien tavoitteet ja sen, mitä minun on tehtävä	0.873
Opettajani ottavat huomioon sen, kuinka haluaisin tehtävät tehdä	0.877

Cronbachin alfa -arvo mallille 0.890

Opettajan akateemista tukea mittaavista väittämistä muodostettiin summamuuttuja, jonka Cronbachin alfa -arvo on 0.890. Taulukosta 5 nähdään Cronbachin alfa -arvot opettajan akateemisen tuen summamuuttujalle väittämittäin, mikäli kyseinen väittämä poistettaisiin mallista. Muodostettu summamuuttuja sai arvoja välillä 8–40. Summamuuttujan kaikkiin väittämiin vastasi 3788 eli 98.3 % tutkimusaineistoon kuuluvusta nuorista. Opettajan akateemisen tuen summamuuttujasta muodostettiin kaksiluokkainen kategorinen muuttuja, jonka tasot olivat matala (8–23) ja korkea (24–40).

### 5.3 Analyysimenetelmät

Tässä tutkimuksessa tilastollinen analysointi tehtiin IBM SPSS Statistics 26 -ohjelmalla. Tilastollisen merkitsevyyden tasoksi valittiin  $p < 0.05$  ja luottamusväliksi 95 % kaikkien testien osalta. Tämän tutkimuksen muuttujat eivät olleet normaalisti jakautuneita. Jakaumien normalisuutta tarkasteltiin vinouden ja huipukkuuden sekä Kolmogorov-Smirnovin ja Shapiro-Wilkin testien avulla ( $p < 0.001$ ) (Liite 4). Kaikki sosiaalisen tuen muuttujat olivat positiivisesti vinoja ja huipukkaita. Terveiden lukutaidon muuttuja oli puolestaan negatiivisesti vino ja huipukas.

Terveiden lukutaidon sekä sosiaalisen tuen eri muuttujien tasoja tarkasteltiin sukupuolen ja luokka-asteen mukaan ristiintaulukoinnilla ja khiin neliö ( $\chi^2$ ) -testillä. Kyseisiä menetelmiä käytettiin myös tarkasteltaessa terveyden lukutaidon jakaumia eri sosiaalisen tuen muuttujien mukaan. Ristiintaulukoinnilla tarkasteltiin muuttujien jakaumia sekä niiden välisiä riippuvuuksia eli sitä, vaihteleeko selitettävän muuttujan jakauma selittävän muuttujan eri luokissa.  $\chi^2$ -testillä puolestaan selvitettiin ristiintaulukoinnin tilastollista merkitsevyyttä.  $\chi^2$ -testissä oletuksena on, että kaikki frekvenssit ovat suurempia kuin yksi ja, että odotetuista frekvensseistä maksimissaan 20 % on pienempiä kuin viisi.

Binäärisellä logistisella regressioanalyysillä tarkasteltiin opettaja-oppilassuhteen, opettajan akateemisen tuen ja oppilassuhteiden sekä sukupuolen ja luokka-asteen yhteyttä nuoren todennäköisyyteen kuulua terveyden lukutaidon korkeaksi arvioivien joukkoon. Analyysi tehtiin koko aineiston lisäksi erikseen 7.- ja 9.-luokkalaisille sekä luokka-asteiden tytöille ja pojille. Binäärinen logistinen regressioanalyysi on mahdollinen toteuttaa, kun muuttujien jakauma ei ole normaalisti jakautunut ja kun tarkastelussa on mukana luokka-asteikollisia muuttujia. Koska regressioanalyysin muuttujien väillä ei saisi olla multikollinearisuutta, testattiin sitä Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimien avulla (Liite 5), mikä sopii järjestysasteikollisille ja normaalijakautuneisuudesta poikkeaville muuttujille.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Nuorten terveyden lukutaidon taso

Terveyden lukutaidon taso vaihteli tyttöjen ja poikien välillä sekä 7.-luokkalaisilla ( $df=2$ ;  $\chi^2(2)=6.16$ ;  $p=0.046$ ) että 9.-luokkalaisilla ( $df=2$ ;  $\chi^2(2)=16.60$ ;  $p<0.001$ ). Matalaksi terveyden lukutaitonsa arvioi 7.-luokkalaisista pojista noin 11 % ja tytöistä 8 %. Puolestaan korkeaksi sen arvioi 7.-luokkalaisista pojista noin 33 % ja tytöistä noin 34 %. Tarkasteltaessa 9.-luokkalaisia terveyden lukutaitonsa tason matalaksi arvioi noin 10 % pojista ja noin 5 % tytöistä. Korkeaksi terveyden lukutaitonsa tason 9.-luokkalaisista arvioi noin 36 % pojista ja noin 39 % tytöistä. Tytöt siis arvioivat terveyden lukutaitonsa tason poikia korkeammaksi. Tyttöjä tarkasteltaessa terveyden lukutaidon taso oli myös 9.-luokkalaisilla korkeampi kuin 7.-luokkalaisilla ( $df=2$ ;  $\chi^2(2)=9.80$ ;  $p=0.007$ ). Vastaavaa eroa ei kuitenkaan löytynyt 7.- ja 9.-luokkalaisten poikien välisessä terveyden lukutaidon tason tarkastelussa ( $df=2$ ;  $\chi^2(2)=2.26$ ;  $p=0.323$ ). Tulokset on esitetty tarkemmin taulukossa 6.

TAULUKKO 6. Nuorten terveyden lukutaito luokka-asteen ja sukupuolen mukaan prosenttiosuuksina ja tapausmäärinä.

	7.-luokka		9.-luokka	
	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt
Terveyden lukutaito	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Matala	11.5 (101)	8 (72)	10.4 (92)	5.4 (52)
Kohtalainen	55.9 (491)	58.5 (525)	53.7 (475)	55.4 (535)
Korkea	32.6 (286)	33.5 (301)	35.9 (317)	39.2 (379)
Yhteensä	100 (878)	100 (898)	100 (884)	100 (966)
p-arvo *) (sukupuolten välillä)	<b>0.046</b>		<b>&lt;0.001</b>	
p-arvo *) (luokka-asteiden välillä):	0.323 (pojat) ja <b>0.007</b> (tytöt)			

\*)  $\chi^2$ -testi

## 6.2 Nuoren sosiaalisen tuen taso

Opettaja-oppilassuhdetta tarkasteltaessa 9.-luokkalaisten pojat kokivat sen korkeammaksi kuin saman ikäiset tytöt ( $df=1$ ;  $\chi^2(1)=4.490$   $p=0.034$ ). Puolestaan 7.-luokkalaisten tarkasteltaessa opettaja-oppilassuhteen tasossa ei havaittu olevan eroa sukupuolten välillä ( $df=1$ ;  $\chi^2(1)=1.209$ ;  $p=0.272$ ). Opettaja-oppilassuhteessa oli eroja 7.- ja 9.-luokkalaisten välillä 9.-luokkalaisten poikien ( $df=1$ ;  $\chi^2(1)=15.947$ ;  $p<0.001$ ) ja tyttöjen ( $df=1$ ;  $\chi^2(1)=9.278$ ;  $p=0.002$ ) kokiessa opettaja-oppilassuhteen korkeammaksi kuin 7.-luokkalaisten sukupuolensa edustajien.

Tarkasteltaessa oppilaiden kokemaa opettajan akateemisen tuen tasoa, ero löytyi sukupuolten väliltä 9.-luokkalaisten (df=1;  $\chi^2(1)=4.325$ ;  $p=0.038$ ). Tytöt kokivatkin opettajan akateemisen tuen tason korkeammaksi kuin pojat. Lisäksi 9.-luokkalaisten pojat ( $df=1$ ;  $\chi^2(1)=19.341$ ;  $p<0.001$ ) ja tytöt ( $df=1$ ;  $\chi^2(1)=24.534$ ;  $p<0.001$ ) kokivat opettajan akateemisen tuen korkeammaksi kuin 7.-luokkalaisten sukupuolensa edustajat.

Tytöt arvioivat oppilassuhteet korkeammaksi kuin samanikäiset pojat sekä 7.-luokkalaisten ( $df=1$ ;  $\chi^2(1)=14.795$ ;  $p<0.001$ ) että 9.-luokkalaisten ( $df=1$ ;  $\chi^2(1)=13.855$ ;  $p<0.001$ ) kohdalla. Eroa oppilassuhteissa ei kuitenkaan löytynyt luokka-asteittaisessa vertailussa tyttöjen ( $df=1$ ;  $\chi^2(1)=0.063$ ;  $p=0.801$ ) eikä poikien ( $df=1$ ;  $\chi^2(1)=0.149$ ;  $p=0.700$ ) väliltä. Tulokset kaikkien sosiaalisen tuen muotojen osalta on esitetty taulukossa 7.

TAULUKKO 7. Opettaja-oppilassuhde, opettajan akateeminen tuki sekä oppilassuhteet luokka-asteen ja sukupuolen mukaan prosenttiosuuksina ja tapausmäärinä.

	7.-luokkalaiset		9.-luokkalaiset	
	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt
Sosiaalinen tuki	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
<b>Opettaja-oppilassuhde</b>				
Matala	76.7 (720)	78.8 (732)	68.4 (628)	72.8 (721)
Korkea	23.3 (219)	21.2 (197)	31.6 (290)	27.2 (269)
Yhteensä	100 (939)	100 (929)	100 (918)	100 (990)
p-arvo <sup>*)</sup> (sukupuolten välillä)	0.272		<b>0.034</b>	
p-arvo <sup>*)</sup> (luokka-asteiden välillä):	<b>&lt;0.001</b> (pojat) ja <b>0.002</b> (tytöt)			
<b>Opettajan akateeminen tuki</b>				
Matala	82.6 (781)	79.7 (744)	74.2 (684)	69.9 (690)
Korkea	17.4 (165)	20.3 (189)	25.8 (238)	30.1 (297)
Yhteensä	100 (946)	100 (933)	100 (922)	100 (987)
p-arvo <sup>*)</sup>	0.119		<b>0.038</b>	
p-arvo <sup>*)</sup> (luokka-asteiden välillä):	<b>&lt;0.001</b> (pojat) ja <b>&lt;0.001</b> (tytöt)			
<b>Oppilassuhteet</b>				
Matala	87.4 (836)	80.9 (763)	86.8 (806)	80.5 (803)
Korkea	12.6 (121)	19.1 (180)	13.2 (123)	19.5 (195)
Yhteensä	100 (957)	100 (943)	100 (929)	100 (998)
p-arvo <sup>*)</sup>	<b>&lt;0.001</b>		<b>&lt;0.001</b>	
p-arvo <sup>*)</sup> (luokka-asteiden välillä):	0.700 (pojat) ja 0.801 (tytöt)			

\*)  $\chi^2$ -testi



### 6.3 Nuoren terveyden lukutaidon taso sosiaalisen tuen mukaan

Terveydenlukutaidon tasoa tarkasteltiin opettaja-oppilassuhteen, opettajan akateemisen tuen sekä oppilassuhteiden mukaan 7.- ja 9.-luokkalaisten tulokset ja taulukossa 9 puolestaan 9.-luokkalaisten tulokset. Koko aineiston tarkastelussa luokka-aste, sukupuoli, opettaja-oppilassuhde ja opettajan akateeminen tuki korreloivat terveyden lukutaidon kanssa. Tarkasteltaessa 7.-luokkalaisten opettaja-oppilassuhde, opettajan akateeminen tuki sekä oppilassuhteet, ja puolestaan 9.-luokkalaisten tarkastelussa sukupuoli, opettaja-oppilassuhde, opettajan akateeminen tuki ja oppilassuhteet korreloivat terveyden lukutaidon kanssa. Korrelaatiokertoimet on kuvattu tarkemmin liitteessä 5.

Terveyden lukutaidon taso vaihteli opettaja-oppilassuhteen mukaan 7.-luokkalaisten pojilla ( $df=2$ ;  $\chi^2(2)=12.191$ ;  $p=0.002$ ) ja tytöillä ( $df=2$ ;  $\chi^2(2)=21.031$ ;  $p<0.001$ ) sekä 9.-luokkalaisten pojilla ( $df=2$ ;  $\chi^2(2)=27.120$ ;  $p<0.001$ ) ja tytöillä ( $df=2$ ;  $\chi^2(2)=22.930$ ;  $p<0.001$ ). Korkea terveyden lukutaidon taso oli yleisempää niillä 7.-luokkalaisten, jotka arvioivat opettaja-oppilassuhteen tason matalaksi (pojat 82 % ja tytöt 87 %). Vastaavasti myös 9.-luokkalaisten korkea terveyden lukutaidon taso oli niillä nuorilla, jotka arvioivat opettaja-oppilassuhteen tason matalaksi (pojat 78 % ja tytöt 79 %). Terveyden lukutaitonsa matalalle tasolle arvioivista nuorista huomattavasti pienempi osa koki opettaja-oppilassuhteen matalaksi (7.-luokkalaisten pojat 65 % ja tytöt 65 %; 9.-luokkalaisten pojat 51 % ja tytöt 50 %).

Terveyden lukutaidon taso erosi 7.-luokkalaisten tytöillä ( $df=2$ ;  $\chi^2(2)=14.784$ ;  $p=0.001$ ) sekä 9.-luokkalaisten pojilla ( $df=2$ ;  $\chi^2(2)=23.245$ ;  $p<0.001$ ) ja tytöillä ( $df=2$ ;  $\chi^2(2)=23.094$ ;  $p<0.001$ ) opettajan akateemisen tuen mukaan. Ainoastaan 7.-luokkalaisten pojilla terveyden lukutaito ei vaihdellut opettajan akateemisen tuen mukaan ( $df=2$ ;  $\chi^2(2)=4.006$ ;  $p=0.135$ ). Korkea terveyden lukutaidon taso oli yleisempää niillä 7.-luokkalaisten tytöillä, jotka arvioivat opettajan akateemisen tuen matalaksi (87 %). Myös 9.-luokkalaisten terveyden lukutaitonsa korkeaksi arvioivat nuoret kokivat opettajan akateemisen tuen yleisemmin matalaksi (pojat 83 % ja tytöt 76 %). Terveyden lukutaitonsa matalalle tasolle arvioivista oppilaista huomattavasti pienempi osuus koki opettajan akateemisen tuen matalaksi (7.-luokkalaisten tytöt 67 %; 9.-luokkalaisten pojat 60 % ja tytöt 44 %).

Tyttöjen ja poikien terveyden lukutaito vaihteli oppilassuhteiden mukaan 7.- (pojat  $df=2$ ;  $\chi^2(2)=20.815$ ;  $p<0.001$  ja tytöt  $df=2$ ;  $\chi^2(2)=17.136$ ;  $p<0.001$ ) ja 9.-luokkalaisilla (pojat  $df=2$ ;  $\chi^2(2)=18.837$ ;  $p<0.001$  ja tytöt  $df=2$ ;  $\chi^2(2)=13.197$ ;  $p=0.001$ ). Suuri osa nuorista, jotka arvioivat terveyden lukutaitonsa tason korkeaksi kokivat oppilassuhteiden tason matalaksi (7.-luokkalaiset pojat 92 % ja tytöt 87 %; 9.-luokkalaiset pojat 92 % ja tytöt 84 %). Terveyden lukutaitonsa matalalle tasolle arvioivista oppilaista huomattavasti pienempi osuus koki oppilassuhteiden tason matalaksi (7.-luokkalaiset pojat 75 % ja tytöt 68 %; 9.-luokkalaiset pojat 76 % ja tytöt 64 %).

TAULUKKO 8. Terveiden lukutaito sosiaalisen tuen muotojen mukaan sukupuolittain tarkasteltuna 7.-luokkalaisilla.

	Pojat				Työt			
	Matala % (n)	Keskitaso % (n)	Korkea % (n)	p-arvo <sup>*)</sup>	Matala % (n)	Keskitaso % (n)	Korkea % (n)	p-arvo <sup>*)</sup>
<b>Opettaja-oppilassuhde</b>				<b>p=0.002</b>				<b>p&lt;0.001</b>
Matala	64.9 (63)	77.7 (377)	82.1 (229)		65.2 (45)	77.5 (404)	87.3 (255)	
Korkea	35.1 (34)	22.3 (108)	17.9 (50)		34.8 (24)	22.5 (117)	12.7 (37)	
Yhteensä % (n)	100 (97)	100 (485)	100 (279)		100 (69)	100 (521)	100 (292)	
<b>Opettajan akateeminen tuki</b>				p=0.135				<b>p=0.001</b>
Matala	76.0 (76)	83.6 (404)	84.4 (718)		66.7 (48)	78.6 (407)	85.8 (253)	
Korkea	24.0 (24)	16.4 (79)	15.6 (44)		33.3 (24)	21.4 (111)	14.2 (42)	
Yhteensä % (n)	100 (100)	100 (483)	100 (282)		100 (72)	100 (518)	100 (295)	
<b>Oppilassuhteet</b>				<b>p&lt;0.001</b>				<b>p&lt;0.001</b>
Matala	74.7 (74)	87.8 (430)	92.2 (261)		67.6 (48)	79.5 (414)	87.4 (263)	
Korkea	25.3 (25)	12.2 (60)	7.8 (22)		32.4 (23)	20.5 (107)	12.6 (38)	
Yhteensä % (n)	100 (99)	100 (490)	100 (283)		100 (71)	100 (521)	100 (301)	

\*  $\chi^2$ -testi

TAULUKKO 9. Terveiden lukutaito sosiaalisen tuen muotojen mukaan sukupuolittain tarkasteltuna 9.-luokkalaisilla.

	Pojat				Työt			
	Matala % (n)	Keskitaso % (n)	Korkea % (n)	p-arvo <sup>*)</sup>	Matala % (n)	Keskitaso % (n)	Korkea % (n)	p-arvo <sup>*)</sup>
<b>Opettaja-oppilassuhde</b>				<b>p&lt;0.001</b>				<b>p&lt;0.001</b>
Matala	51.1 (47)	66.7 (313)	78.1 (243)		50.0 (26)	70.6 (374)	79.3 (298)	
Korkea	48.9 (45)	33.3 (156)	21.9 (68)		50.0 (26)	29.4 (156)	20.7 (78)	
Yhteensä % (n)	100 (92)	100 (469)	100 (311)		100 (52)	100 (530)	100 (376)	
<b>Opettajan akateeminen tuki</b>				<b>p&lt;0.001</b>				<b>p&lt;0.001</b>
Matala	60.4 (55)	72.2 (340)	83.1 (261)		44.2 (23)	67.9 (359)	75.7 (283)	
Korkea	39.6 (36)	27.8 (131)	16.9 (53)		55.8 (29)	32.1 (170)	24.3 (91)	
Yhteensä % (n)	100 (91)	100 (471)	100 (314)		100 (52)	100 (529)	100 (374)	
<b>Oppilassuhteet</b>				<b>p&lt;0.001</b>				<b>p=0.001</b>
Matala	76.1 (70)	85.4 (404)	92.4 (292)		63.5 (33)	79.3 (424)	84.1 (318)	
Korkea	23.9 (22)	14.6 (69)	7.6 (24)		36.5 (19)	20.7 (111)	15.9 (60)	
Yhteensä % (n)	100 (92)	100 (473)	100 (316)		100 (52)	100 (535)	100 (378)	

\*  $\chi^2$ -testi

#### 6.4 Nuoren todennäköisyys korkeaan terveyden lukutaitoon sosiaalisen tuen mukaan

Koko aineistoa tarkastelevassa binäärisen logistisen regressioanalyysin mallissa korkea terveyden lukutaito oli 9.-luokkalaisilla 1.3 kertaa todennäköisempi kuin 7.-luokkalaisilla ( $p < 0.001$ ). Opettaja-oppilassuhteen ( $p < 0.001$ ) ja oppilassuhteiden ( $p < 0.001$ ) tasot matalaksi kokevilla nuorilla oli noin 1.5-kertainen todennäköisyys kuulua korkean terveyden lukutaidon omaavien joukkoon verrattuna niihin, jotka kokivat kyseisten sosiaalisen tuen muotojen tasot korkeiksi. Lisäksi opettajan akateemisen tuen tason matalaksi kokevilla nuorilla korkea terveyden lukutaidon taso oli noin 1.3 kertaa todennäköisempi kuin opettajan akateemisen tuen tason korkeaksi kokevilla ( $p < 0.001$ ). Koko aineistoa tarkastelevan mallin tulokset on esitetty taulukossa 10. Saatu malli sopi hyvin aineistoon ( $\chi^2(5) = 85.711$ ;  $p < 0.001$ ).

TAULUKKO 10. Terveyden lukutaito sukupuolen, luokka-asteen, opettaja-oppilassuhteen, opettajan akateemisen tuen ja oppilassuhteiden mukaan koko aineistossa (binäärinen logistinen regressioanalyysi).

		OR	95 % LV <sup>2)</sup>	p-arvo
<b>Sukupuoli</b>	poika	1.00 <sup>3)</sup>		
	tyttö	1.132	0.983–1.304	0.085
<b>Luokka-aste</b>	7.-lk	1.00 <sup>3)</sup>		
	9.-lk	<b>1.300</b>	<b>1.128–1.497</b>	<b>&lt;0.001</b>
<b>Opettaja-oppilassuhde</b>	Matala	<b>1.501</b>	<b>1.229–1.833</b>	<b>&lt;0.001</b>
	Korkea	1.00 <sup>3)</sup>		
<b>Opettajan akateeminen tuki</b>	Matala	<b>1.287</b>	<b>1.049–1.578</b>	<b>&lt;0.001</b>
	Korkea	1.00 <sup>3)</sup>		
<b>Oppilassuhteet</b>	Matala	<b>1.558</b>	<b>1.262–1.923</b>	<b>&lt;0.001</b>
	Korkea	1.00 <sup>3)</sup>		

1) Selitettävänä muuttujana korkea terveyden lukutaito

2) Ristitulo-suhteen (OR) luottamusväli

3) Viite- eli referenssiryhmä on merkitty 1.00

Oppilaiden terveyden lukutaitoa tarkasteltiin myös luokka-asteittain sukupuolen, opettaja-oppilassuhteen, opettajan akateemisen tuen ja oppilassuhteiden mukaan. Opettaja-oppilassuhteen tason matalaksi arvioivilla oppilailla oli noin 1.5-kertainen todennäköisyys kuulua korkean terveyden lukutaidon omaavien joukkoon verrattuna opettaja-oppilassuhteen tason korkeaksi arvioiviin sekä 7.- (p=0.006) että 9.-luokkalaisten (p=0.003) tarkastelussa. Lisäksi niillä 9.-luokkalaisilla, jotka kokivat opettajan akateemisen tuen tason matalaksi, oli noin 1.4-kertainen todennäköisyys kuulua korkean terveyden lukutaidon omaavien joukkoon verrattuna opettajan akateemisen tuen tason korkeaksi kokeviin (p=0.006). Oppilassuhteiden tason matalaksi kokevilla 7.-luokkalaisilla oli noin 1.7- kertainen (p=0.001) ja 9.-luokkalaisilla noin 1.4-kertainen (p=0.010) todennäköisyys kuulua korkea terveyden lukutaidon omaavien joukkoon verrattuna niihin ikäisiinsä, jotka kokivat oppilassuhteiden tason korkeaksi. Taulukkoon 11 on koottuna 7.- ja 9.-luokkalaisten binäärisen logistisen regressioanalyysin mallit. Saadut mallit sopivat hyvin aineistoon 7.-luokkalaisilla ( $\chi^2(4) = 30.119$ ; p<0.001) ja 9.-luokkalaisilla ( $\chi^2(4) = 50.439$ ; p<0.001).

TAULUKKO 11. Terveyden lukutaito sukupuolen, opettaja-oppilassuhteen, opettajan akateemisen tuen ja oppilassuhteiden mukaan 7.-luokkalaisilla ja 9.-luokkalaisilla (binäärinen logistinen regressioanalyysi).

		7.-luokkalaiset			9.-luokkalaiset		
		OR	95 % LV <sup>2)</sup>	p-arvo	OR	95 % LV <sup>2)</sup>	p-arvo
<b>Sukupuoli</b>	Poika	1.00 <sup>3)</sup>			1.00 <sup>3)</sup>		
	Tyttö	1.059	0.863–1.299	0.584	1.205	0.991–1.465	0.062
<b>Opettaja-oppilassuhde</b>	Matala	<b>1.548</b>	<b>1.131–2.121</b>	<b>0.006</b>	<b>1.479</b>	<b>1.141–1.916</b>	<b>0.003</b>
	Korkea	1.00 <sup>3)</sup>			1.00 <sup>3)</sup>		
<b>Opettajan akateeminen tuki</b>	Matala	1.083	0.780–1.502	0.634	<b>1.438</b>	<b>1.108–1.866</b>	<b>0.006</b>
	Korkea	1.00 <sup>3)</sup>			1.00 <sup>3)</sup>		
<b>Oppilassuhteet</b>	Matala	<b>1.708</b>	<b>1.246–2.343</b>	<b>0.001</b>	<b>1.449</b>	<b>1.091–1.925</b>	<b>0.010</b>
	Korkea	1.00 <sup>3)</sup>			1.00 <sup>3)</sup>		

1) Selitettävänä muuttujana korkea terveyden lukutaito

2) Ristitulosuhteen (OR) luottamusväli

3) Viite- eli referenssiryhmä on merkitty 1.00

Sukupuolittaisessa tarkastelussa opettaja-oppilassuhteen tason matalaksi kokevat 7.-luokkalaiset tytöt arvioivat terveyden lukutaitonsa korkeaksi noin 1.7 kertaa todennäköisemmin kuin suhteen tason matalaksi kokevat samanikäiset tytöt (p=0.031). 7.-luokkalaisilla oppilassuhteiden tason matalaksi kokevilla tytöillä oli noin 1.6-kertainen (p=0.018) ja pojilla noin 1.8-kertainen (p=0.018) todennäköisyys kuulua korkea terveyden lukutaidon omaavien joukkoon verrattuna niihin, jotka kokivat oppilassuhteiden tason korkeaksi. Taulukkoon 12 on koottuna 7.-luokkalaisten poikien ja tyttöjen binäärisen logistisen regressioanalyysin mallit. Saadut mallit sopivat hyvin aineistoon pojilla ( $\chi^2(3) = 11.049$ ; p=0.011) ja tytöillä ( $\chi^2(3) = 23.198$ ; p<0.001).

TAULUKKO 12. Terveyden lukutaito opettaja-oppilassuhteen, opettajan akateemisen tuen ja oppilassuhteiden mukaan 7.-luokkalaisilla pojilla ja tytöillä (binäärinen logistinen regressioanalyysi).

		Pojat			Tytöt		
		OR	95 % LV <sup>2)</sup>	p-arvo	OR	95 % LV <sup>2)</sup>	p-arvo
<b>Opettaja-oppilassuhde</b>	Matala	1.495	0.964–2.317	0.072	<b>1.653</b>	<b>1.087–2.449</b>	<b>0.031</b>
	Korkea	1.00 <sup>3)</sup>			1.00 <sup>3)</sup>		
<b>Opettajan akateeminen tuki</b>	Matala	1.00 <sup>3)</sup>			1.385	0.877–2.187	0.162
	Korkea	1.231	0.766–1.976	0.390	1.00 <sup>3)</sup>		
<b>Oppilassuhteet</b>	Matala	<b>1.843</b>	<b>1.112–3.057</b>	<b>0.018</b>	<b>1.632</b>	<b>1.087–2.449</b>	<b>0.018</b>
	Korkea	1.00 <sup>3)</sup>			1.00 <sup>3)</sup>		

1) Selitettävänä muuttujana korkea terveyden lukutaito

2) Ristitulosuhteen (OR) luottamusväli

3) Viite- eli referenssiryhmä on merkitty 1.00

Sukupuolittaisessa tarkastelussa 9.-luokkalaisten kohdalla opettaja-oppilassuhteen tason matalaksi kokevilla tytöillä oli noin 1.5-kertainen todennäköisyys korkeaan terveyden lukutaitoon verrattuna opettaja-oppilassuhteen tason korkeaksi kokeviin ( $p=0.029$ ). Puolestaan 9.-luokkalaisilla pojilla opettajan akateemisen tuen ( $p=0.016$ ) ja oppilassuhteiden ( $p=0.035$ ) tasot mataliksi kokevilla oli noin 1.7-kertainen todennäköisyys kuulua korkea terveyden lukutaidon omaavien joukkoon verrattuna niihin, jotka kokivat kyseiset sosiaalisen tuen muotojen tasot korkeiksi. Taulukoon 13 on koottuna 9.-luokkalaisten poikien ja tyttöjen binäärinen logistinen regressioanalyysin mallit. Saadut mallit sopivat hyvin aineistoon pojilla  $\chi^2(3) = 31.125$ ;  $p < 0.001$  ja tytöillä  $\chi^2(3) = 18.826$ ;  $p < 0.001$ .

TAULUKKO 13. Terveyden lukutaito opettaja-oppilassuhteen, opettajan akateemisen tuen ja oppilassuhteiden mukaan 9.-luokkalaisilla pojilla ja tytöillä (binäärinen logistinen regressioanalyysi).

		Pojat			Tytöt		
		OR	95 % LV <sup>2)</sup>	p-arvo	OR	95 % LV <sup>2)</sup>	p-arvo
<b>Opettaja-oppilassuhde</b>	Matala	1.431	0.971–2.109	0.070	<b>1.477</b>	<b>1.041–2.096</b>	<b>0.029</b>
	Korkea	1.00 <sup>3)</sup>			1.00 <sup>3)</sup>		
<b>Opettajan akateeminen tuki</b>	Matala	<b>1.680</b>	<b>1.103–2.559</b>	<b>0.016</b>	1.300	0.932–1.812	0.123
	Korkea	1.00 <sup>3)</sup>			1.00 <sup>3)</sup>		
<b>Oppilassuhteet</b>	Matala	<b>1.699</b>	<b>1.037–2.785</b>	<b>0.035</b>	1.333	0.940–1.890	0.107
	Korkea	1.00 <sup>3)</sup>			1.00 <sup>3)</sup>		

1) Selitettävänä muuttujana korkea terveyden lukutaito

2) Ristitulo-suhteen (OR) luottamusväli

3) Viite- eli referenssiryhmä on merkitty 1.00



## 7 POHDINTA

### 7.1 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää vaikuttavatko oppilaan kokemat opettaja-oppilassuhde, opettajan akateeminen tuki ja oppilassuhteet terveyden lukutaitoonsa. Tutkimuksessa selvitettiin vaikutusta myös luokka-asteiden ja sukupuolten välillä. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin oppilaiden kokeman opettaja-oppilassuhteen, opettajan akateemisen tuen, oppilassuhteiden sekä terveyden lukutaidon tasoa sukupuolittain ja luokka-asteittain.

Tulokset osoittivat, että terveyden lukutaidon tasossa oli eroa sukupuolten välillä sekä 7.-luokkalaisilla että 9.-luokkalaisilla. Tyttöillä subjektiivinen terveyden lukutaidon taso olikin molemmilla luokka-asteilla korkeampi kuin pojilla vaikka binäärisessä logistisessa regressioanalyysissä sukupuolen ei nähty vaikuttavan korkean terveyden lukutaidon todennäköisyyteen. Tulos tyttöjen korkeammasta terveyden lukutaidosta on yhteneväinen Paakkarin ym. (2018) sekä Summasen (2014) tutkimusten kanssa, joissa molemmissa tutkimusaineisto koostui suomalaisista nuorista. Kaikissa Euroopan maissa (Paakkari ym. 2020) ja Kiinassa (Guo ym. 2018; Guo ym. 2020b; Guo ym. 2021) sukupuolen ja terveyden lukutaidon välistä yhteyttä ei olla kuitenkaan havaittu. Tyttöjen korkeampaa terveyden lukutaidon tasoa Suomessa selittänee tyttöjen korkeampi lukutaidon taso, joka on pohjana terveyden lukutaidon kehittymiselle (Manganello 2008) ja lisäksi koulumenestyksen ohella tärkeimpiä terveyden lukutaidon tasoa selittävistä tekijöistä (Paakkari ym. 2018). Ero sukupuolten välisessä lukutaidossa on myös Suomessa OECD-maiden suurin (Leino ym. 2019), mikä selittänee osaltaan tässä tutkimuksessa havaittua sukupuolten välistä terveyden lukutaidon eroa. Näyttääkin vahvasti siltä, että ainakin Suomessa tyttöillä terveyden lukutaidon taso on poikia suurempi.

Luokka-asteiden välinen ero terveyden lukutaidon tasossa havaittiin tyttöillä 9.-luokkalaisten tyttöjen kokiessa terveyden lukutaitonsa korkeammaksi kuin 7.-luokkalaisten. Poikien osalta luokka-asteiden välillä eroa terveyden lukutaidon tasossa ei ollut, mutta koko aineiston binäärisen logistisen regressioanalyysin mallissa 9.-luokkalaiset kuuluivat todennäköisemmin

korkean subjektiivisen terveyden lukutaidon omaavien joukkoon. Paakkari ym. (2018) ovat myös omassa tutkimuksessaan havainneet 9.-luokkalaisilla olevan korkeamman terveyden lukutaidon kuin 7.-luokkalaisilla. Tulosten pohjalta voidaankin todeta terveyden lukutaidon kehittyvän yksilön elämänkulun mukana tukien näin myös Sørensenin ym. (2012) luomaa terveyden lukutaidon käsitteellistä mallia (Kuvio 8). Lienee myös itsestään selvää, että tiedot ja taidot terveyden lukutaidon teemoihin liittyen kehittyvät koulu-uran edetessä ja opetuksen syventyessä, mikä on myös linjassa muun muassa terveystiedon opetussuunnitelman kanssa (ePerusteet 2021).

Opettaja-oppilassuhdetta tarkasteltaessa 9.-luokkalaiset pojat kokivat sen tason korkeammaksi kuin samanikäiset tytöt. Puolestaan opettajan akateemisen tuen tason tytöt kokivat korkeammaksi kuin pojat 9.-luokkalaisia tarkasteltaessa. Lisäksi 9.-luokkalaiset kokivat opettaja-oppilassuhteen ja opettajan akateemisen tuen tasot korkeammaksi kuin 7.-luokkalaiset. Tulokset ovat osin yhteneviä Ellosen ym. (2008a) tutkimuksen tulosten kanssa, joissa tytöt kokivat saavansa poikia enemmän kokonaisuudessaan sosiaalista tukea opettajaltaan, vaikka erot sukupuolten välillä eivät olleetkaan suuret. Tämän tutkimuksen tulokset mukailevat myös nuorten kokeman tuen määrän osalta Ellosen ym. (2008a) tuloksia, joissa 9 % oppilaista ei kokenut saavansa koskaan opettajaltaan sosiaalista tukea, 72 % koki saavansa sitä joskus, 17 % usein ja 1 % aina. Vaikka aiemmassa tutkimuksessa opettajan sosiaalisen tuen tasoa ei ole tarkasteltu sen eri sisältöjen kautta, voidaan tämän tutkimuksen pohjalta pohtia, tarjoavatko opettajat sukupuolittain eri sisältöistä sosiaalista tukea opettaja-oppilassuhteen ja opettajan akateemisen tuen kokemuksessa havaitun tyttöjen ja poikien välisen eron johdosta. Tutkimustulosten pohjalta on syytä myös pohtia syitä siihen, miksi 9.-luokkalaiset kokevat opettajalta saadun sosiaalisen tuen korkeammaksi 7.-luokkalaisiin verrattuna. Lienee mahdollista, että 9.-luokkalaiset saavat opettajiltaan enemmän sosiaalista tukea koulutyön ollessa vaikeampaa ja tulevaisuuden jatko-opintojen kannalta merkityksellisempää kuin 7.-luokkalaisilla.

Tyttöjen kokiessa luokan oppilassuhteiden tason poikia korkeammaksi tämän tutkimuksen tulokset täydentävät aiempia hieman ristiriitaisia tutkimustuloksia. Ellosen ym. (2008a) tutkimuksessa havaittiin poikien kokevan saavansa tyttöjä enemmän sosiaalista tukea luokkakavereiltaan. Sen sijaan Korkiamäki ja Ellonen (2010) ovat havainneet tutkimuksessaan

tyttöjen luottavan saavansa enemmän sosiaalista tukea koulukavereilta kuin pojat. Jo pelkästään luottamisen ja uskon sosiaalisen tuen olemassaoloon sitä tarvittaessa on nähty vaikuttavan kuormittavista tilanteista selviämiseen (Lakey & Cohen 2000). Lisäksi tässä tutkimuksessa nuoret arvioivat oppilassuhteiden tason matalammaksi kuin aiemmassa tutkimuksessa (Ellonen ym. 2008a). Vaikuttaakin siltä, että kokemus oppilassuhteiden tasosta ei ole nuorille yksiselitteinen ristiriitaisten tulosten vuoksi. Joka tapauksessa tyttöjen kokemaa korkeampaa oppilassuhteiden tasoa on selitetty muun muassa sukupuolten erilaisina käyttäytymistapoina ja kulttuureina ryhmätilanteissa (Korkiamäki & Ellonen 2010), jollaiseksi myös kouluympäristössä luokkakavereiden välinen toiminta voidaan nähdä. Tyttöjen osoittaessa vertaisiinsa enemmän huomiota, pojat toimivat itsenäisemmin (Korkiamäki & Ellonen 2010). Tämä voi osaltaan selittää myös sitä, miksi pojat kuuluivat tyttöjä todennäköisemmin korkean terveyden lukutaidon omaavien joukkoon kokiessaan oppilassuhteiden tason matalaksi.

Nuorten subjektiivisen terveyden lukutaidon havaittiin eroavan opettaja-oppilassuhteen ja opettajan akateemisen tuen tasojen mukaan molemmilla luokka-asteilla ja sukupuolilla (pois lukien 7.-luokkalaiset pojat opettajan akateemisen tuen osalta). Mitä matalammaksi oppilaat kokivat opettaja-oppilassuhteen ja opettajan akateemisen tuen tasot, sitä korkeammaksi he arvioivat terveyden lukutaitonsa. Koko aineiston binäärisessä logistisessa regressioanalyysissä selvisi matalan opettaja-oppilassuhteen tason vaikuttavan opettajan akateemisen tuen tasoa suuremmin oppilaan todennäköisyyteen kuulua korkean subjektiivisen terveyden lukutaidon omaavien joukkoon. Joka tapauksessa tulos matalan sosiaalisen tuen vaikutuksesta korkeaan terveyden lukutaidon tasoon on yllättävä ja poikkeaa aiemmasta tutkimuksesta, jossa korkeamman sosiaalisen tuen sekä tukevan kouluympäristön on todettu ennustavan korkeampaa terveyden lukutaitoa (Guo ym. 2018; Guo ym. 2020a; Guo ym. 2020b; Guo ym. 2021). Toisaalta aiemmassa tutkimuksessa sosiaalisen tuen mittarit ovat painottuneet pitkälti perheeltä ja läheisiltä ystäviltä saatuun sosiaaliseen tukeen (Guo ym. 2020a; Zimet ym. 1988). Vaikka tulokset poikkeavat toisistaan on huomattava, että tämän tutkimuksen oppilaista yli puolet arvioi terveyden lukutaitonsa kotalaiseksi ja noin kolmannes korkeaksi. Poikkeavaa tulosta voi kuitenkin osin selittää tutkimusten eri kulttuurinen konteksti aiheen aiemman tutkimuksen painottuessa kiinalaisnuoriin (Guo ym. 2018; Guo ym. 2020a; Guo ym. 2020b; Guo ym. 2021). Toisaalta myös australialaisnuorilla on havaittu terveyden lukutaidon ja sosiaalisen tuen olevan positiivisesti toisiinsa yhteydessä (Guo ym. 2020a), vaikka

kulttuurillinen konteksti onkin lähempänä Suomea. Tutkimuksissa on havaittu myös oppilaiden toivovan kouluympäristössä yksilöllistä tukea ja henkilökohtaisuutta (Begoray ym. 2009), mikä asettaa tämän tutkimuksen tulokset matalan sosiaalisen tuen vaikutuksista korkeaan terveyden lukutaidon tasoon ristiriitaiseen valoon. Toisaalta voi myös olla, että poikkeavaa tulosta selittää Baekin ja Leen (2019) tutkimuksessa esiin noussut autonomia. Kyseisessä tutkimuksessa opettajan myöntämän autonomian oppimiseen nähtiin lisäävän oppilaiden fyysiseen aktiivisuuteen liittyvää terveyden lukutaitoa. Tämä opettajan antaman vapauden oppilaan omaan terveyteen liittyvien valintojen pohtimiseen ja toteuttamiseen voidaan nähdä matalampana sosiaalisena tukena vaikuttavan oppilaan korkeampaan terveyden lukutaitoon. Lienee myös mahdollista, että korkeaksi terveyden lukutaitonsa arvioivat nuoret arvioivat opettaja-oppilassuhteen ja opettajan akateemisen tuen matalaksi kokiessaan terveyden lukutaidon teemat itselleen helpoiksi ja pärjäävänsä aiheiden parissa ilman tukea.

Nuoren kokema matala oppilassuhteiden taso nähtiin myöskin vaikuttavan korkeaan subjektiiviseen terveyden lukutaitoon. Luokka-asteittaisissa ja sukupuolittaisissa binäärisen logistisen regressioanalyysin malleissa havaittiin erityisesti oppilassuhteet matalaksi kokevilla 7.-luokkalaisilla ja pojilla olevan suurin todennäköisyys kuulua korkean terveyden lukutaidon omaavien joukkoon. Tulos poikkeaa aiemmasta tutkimuksesta, jossa vertaisten tuen ja luokan sallivan ilmapiirin on nähty vaikuttavan oppilaiden terveyden lukutaidon kehittymiseen (Baek & Lee 2019). Tulosta voi osaltaan selittää se, että subjektiivisen terveyden lukutaidon kehittyminen vaatii yksilöllisemmin koettua sosiaalista tukea kuin mitä luokkakaverit vertaisina toisilleen tarjoavat. Nuorille suurin sosiaalisen tuen lähde onkin perhe ja läheiset ystävät (Salmela 2006).

Sosiaalisen tuen ollessa osa sosiaalista pääomaa (Nutbean 1998) ja samalla tutkituin sosiaalisen pääoman muoto (Ellonen 2008), tämän tutkimuksen poikkeuksellisia tuloksia oppilaan kokeman matalan opettaja-oppilassuhteen, opettajan akateemisen tuen sekä oppilassuhteiden tasojen vaikutuksista korkeaan terveyden lukutaidon tasoon voi selittää sosiaalisen pääoman kasautuminen (Ellonen ym. 2008b). Tällä tarkoitetaan sitä, että sosiaalinen pääoma muodostuu yksilön laajassa elinyhteisössä rajautumatta tiettyyn paikkaan, kuten kouluun (Ellonen ym. 2008b). Näin ollen tässä tutkimuksessa oppilaiden kokeman matalan sosiaalisen tuen yhteyttä korkeaan terveyden lukutaitoon voi selittää se, että opettaja ja luokkakaverit eivät ole

merkittävimpiä terveyden lukutaitoon vaikuttavista sosiaalisen tuen lähteistä. Onkin mahdollista, että matalaksi opettaja-oppilassuhteen, opettajan akateemisen tuen sekä oppilassuhteiden tasot kokevilla oppilailta on muissa elinympäristöissä, kuten perheessä ja lähiystäväpiirissä, sosiaalinen tuki korkeammalla tasolla vaikuttaen merkittävämmiin ja positiivisella yhteydellä terveyden lukutaidon tasoon kuin kouluympäristön sosiaalinen tuki.

## **7.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi**

Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty osana WHO-Koululaistutkimusta, joka perustuu kymmenien vuosien aikana eteenpäin kehitettyyn kansainväliseen tutkimusprotokollaan (Currie ym. 2014, 9). Tutkimuksessa käytetty vuoden 2014 WHO-Koululaistutkimuksen osa-aineisto on kooltaan suuri ja sen voidaan katsoa edustavan perusjoukkona olevia suomenkieliseen perusopetukseen osallistuvia 7.- ja 9.-luokkalaisia nuoria. Aineistoa voidaankin pitää luotettavana. Vuoden 2018 aineiston käyttö olisi tuonut tuoreempaa tietoa sosiaalisen tuen ja terveyden lukutaidon välisestä yhteydestä, mutta kyseinen aineisto ei ollut käytettävissä. Näin ollen vuoden 2014 tutkimusaineisto toi saatavilla olevista aineistoista tuoreimman tiedon. On myös huomattava, että WHO-Koululaistutkimus on poikkileikkaustutkimus, minkä vuoksi sosiaalisen tuen ja terveyden lukutaidon syy-seuraussuhteita ei ole mahdollista tarkastella.

Tutkimuksessa mitattujen opettaja-oppilassuhteen, opettajan akateemisen tuen, oppilassuhteiden ja terveyden lukutaidon muuttujista muodostettiin summamuuttujat aineiston analysointia varten. Kaikkien summamuuttujien Cronbachin alfa-kertoimet saivat arvoja välillä 0.797–0.928, mikä kertoo summamuuttujien korkeasta reliabiliteetista. Näin ollen jokaiseen yksittäiseen summamuuttujaan valitut väittämät mittaavat keskenään samaa ilmiötä luotettavasti ja toistattavasti.

Tutkimuksessa oppilaiden subjektiivisen terveyden lukutaidon mittaamiseen käytettiin 10 väittämää sisältävää HLSAC-mittaria. Kyseinen mittari on todettu validiksi suomalaisnuoria tutkittaessa. HLSAC-mittarista on olemassa myös 16 väittämää sisältävä versio. Tässä tutkimuksessa päädyttiin kuitenkin käyttämään mittarin lyhyempää versiota sen ollessa mittarin

pidemmälle kehitetty versio. Kuuden lisäkysymyksen ei ole todettu vaikuttavan merkittävästi mittarin luotettavuuteen (Paakkari ym. 2016).

Oppilassuhteita mitattiin tässä tutkimuksessa kolmesta väittämästä muodostetulla summamuuttujalla. Summamuuttujan muodostamiseen päädyttiin, sillä tutkimuksen tiimoilta tehdyn systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella aiemmassa tutkimuksessa tai WHO-Koululaistutkimuksessa ei ole käytetty tai muodostettu erillistä oppilassuhteiden mittaria. Koska summamuuttujan validiteettia, eli pätevyyttä mitata juuri luokkakavereiden sosiaalista tukea, ei ole aiemmassa kirjallisuudessa käsitelty, voidaan validiteettia pyrkiä arvioimaan tarkastelemalla muuttujan sisältämiä väittämiä (Taulukko 3). Väittämien voidaan nähdä liittyvän yleisesti luokan muodostamassa sosiaalisessa ympäristössä viihtymiseen ja pohjautuvan pitkälti emotionaaliseen sosiaaliseen tukeen. Sosiaalisen tuen ollessa yksilötason ilmiö väittämien asettelu voisi olla kuitenkin enemmän yksilöön kohdistuva. Toisaalta Ellosen ym. (2008) tutkimuksessa oppilassuhteita on mitattu luokan häiriöttömään ilmapiiriin ja oppilaiden yhdessä viihtymiseen liittyvin kysymyksiin, jotka ovat samankaltaisia kuin tässä tutkimuksessa.

Opettajan tarjoamaa sosiaalista tukea mitattiin tässä tutkimuksessa kahdella summamuuttujalla, jotka jaettiin faktorianalyysin perusteella opettaja-oppilassuhdetta ja opettajan akateemista tukea mittaaviin summamuuttujiin. Summamuuttujien muodostamiseen päädyttiin siitä syystä, että tutkimuksen tiimoilta tehdyn kirjallisuuskatsauksen perusteella aiemmassa tutkimuksessa ja WHO-Koululaistutkimuksessa ei ole oppilassuhteiden tapaan käytetty tai muodostettu erillistä opettajan sosiaalisen tuen mittaria. Opettajan sosiaalista tukea on kuitenkin mitattu huomattavasti useammin osana jo valmiiksi luotuja sosiaalisen tuen mittareita sosiaalista tukea ja terveyden lukutaitoa käsittelevissä tutkimuksissa kuin oppilassuhteita (Guo ym. 2018; Guo ym. 2020a; Guo ym. 2020b; Guo ym. 2021). Opettajan tarjoaman sosiaalisen tuen väittämiä onkin kysytty osana muun muassa kouluympäristömittaria (SES) (Glaser ym. 2005). Tässä tutkimuksessa muodostettujen opettaja-oppilassuhteen ja opettajan akateemisen tuen summamuuttujien validiteettia voi pyrkiä tarkastelemaan muuttujien väittämien kautta (Taulukot 4 ja 5). Suurin osa (noin 70–83 %) oppilaista arvioi opettaja-oppilassuhteen ja opettajan akateemisen tuen matalaksi. Tätä voi osin selittää se, että summamuuttujien väittämät kysyvät oppilaalta monikossa kaikkien opettajiensa tarjoaman sosiaalisen tuen seikkoja. Onkin

mahdollista, että oppilaat arvioivat opettajilta saamansa sosiaalisen tuen matalaksi esimerkiksi saadessaan vähän tukea yhdeltä opettajistaan. Opettajan sosiaalista tukea mitattaessa tämän tutkimuksen etuna voidaan kuitenkin pitää sitä, että sosiaalista tukea tarkasteltiin sekä emotionaaliseen että informatiiviseen sosiaaliseen tukeen pohjautuvan summamuuttujan kautta.

Sosiaalisen tuen summamuuttujien tarkastelussa on huomioitava myös se, että muuttujien väittämiin on ollut mahdollista vastata ”*en osaa sanoa*”. Kyseinen vastausvaihtoehto ei suoraan lukeudukaan sosiaalisen tuen matalaan tai korkeaan tasoon. Vastausvaihtoehto päätettiin kuitenkin jättää summamuuttujia muodostaessa mukaan, sillä muutoin tutkimusaineisto olisi pienentynyt suuresti, eikä olisi ollut analyysien kannalta enää riittävä. Summamuuttujat on muodostettu niin, että ”*en osaa sanoa*”-vastausvaihtoehto on jätetty muiden vaihtoehtojen keskelle, vaikka se ei todellisuudessa täysin keskelle sijoitukaan. Tästä kertoo muuttujien normaalijakautuneisuuden tarkastelu, jossa kaikki kolme sosiaalisen tuen summamuuttujaa ovat jakautuneet oikealle vinosti (Liite 4). Todellisuudessa sosiaalisen tuen tasoa mittaaviin summamuuttujiin ”*en osaa sanoa*”-vaihtoehdon vastanneet oppilaat ovat kokeneet sosiaalisen tuen tason enemmän matalaksi kuin korkeaksi. Tämä on osin voinut vaikuttaa tulokseen matalan sosiaalisen tuen ja korkean terveyden lukutaidon välisestä yhteydestä.

Tutkimuksessa käytetty jo valmiiksi kerätty WHO-Koululaistutkimuksen aineisto muodosti rajat mahdollisuuksille tutkia terveyden lukutaidon ja sosiaalisen tuen välistä suhdetta. Sosiaalisen tuen summamuuttujiin pyrittiinkin valitsemaan parhaiten sosiaalista tukea mittaavat väittämät nuorelle tärkeässä sosiaalisessa ympäristössä eli koululuokassa. Sosiaalisen tuen summamuuttujien tarkastellessa samaa ilmiötä eri näkökulmista korreloivat opettaja-oppilassuhteen ja opettajan akateemisen tuen summamuuttujat toistensa kanssa voimakkaasti kaikissa tarkasteluryhmissä (Liite 5). Tämän vuoksi kyseiset muuttujat veivät toisiltaan myös tehoa binäärisen regressioanalyysin malleissa. Tutkimuksessa haluttiin kuitenkin tarkastella näitä kahta sosiaalisen tuen eri sisällöllistä summamuuttujaa samassa mallissa, jotta sisältöjen merkitsevyyserot oli mahdollista ottaa mukaan tarkasteluun. Opettaja-oppilassuhteen ja opettajan akateeminen tuen summamuuttujat olivat tehon laskusta huolimatta koko aineistoa tarkastelevassa mallissa sekä osin myös tarkemmissa tarkasteluissa vaikutuksiltaan merkitsevät.

Tämän tutkimuksen voidaan katsoa noudattavan hyvää tieteellistä käytäntöä. Eettisessä tarkastelussa on nojaututtu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeeseen (TENK 2012). Eettiset käytännöt ja velvoitteet ovat osa myös WHO-Koululaistutkimusta (Currie ym. 2014, 16), jonka osa-aineistoa on tässä tutkimuksessa käytetty. Tutkimukseen osallistuneet nuoret ovat vastanneet tutkimuslomakkeeseen vapaaehtoisesti ja nimettömästi, ja aineistoa on käsitelty luottamuksellisesti huolehtien osallistujien anonymiteetista. Osa-aineiston käytön tiimoilta on myös tehty sitoumus, joka on velvoittanut aineiston käytössä ja säilyttämisessä tietoturvallisuudesta ja osallistujien tietosuojasta huolehtimiseen sekä hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseen. Tutkimuksen jokaisessa vaiheessa on noudatettu rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta sekä huolehdittu viittaustekniikoista.

### **7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset**

Tämän tutkimuksen tulokset olivat pitkälti poikkeavia verrattuna muihin kouluympäristössä toteutettuihin nuoren kokeman sosiaalisen tuen vaikutuksia terveyden lukutaitoon tarkastelleisiin tutkimuksiin. Tulokset laajentavat ymmärrystä kouluympäristössä saatavan sosiaalisen tuen merkityksestä nuoren subjektiiviseen terveyden lukutaitoon, jonka parista aiempaa tutkimusta on tehty hyvin vähän.

Tämän tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan todeta:

- Tyttöjen terveyden lukutaidon taso on poikia korkeampi suomalaisnuorilla.
- Terveyden lukutaito kehittyy iän myötä.
- Opettajilta saatavan sosiaalisen tuen sisältö vaihtelee sukupuolen mukaan ja määrä luokka-asteen mukaan.
- Sosiaalinen tuki kouluympäristössä ei välttämättä vaikuta positiivisesti nuoren terveyden lukutaitoon.
- Kouluympäristössä opettajilta ja luokkakavereilta saatava sosiaalinen tuki ei vaikuttane nuoren terveyden lukutaidon tasoon samassa määrin kuin muissa elinympäristöissä saatava sosiaalinen tuki.



Tämä tutkimus antaa viitteitä siitä, että nuoren kokema opettajan ja luokkakavereiden sosiaalinen tuki ei välttämättä vaikuta positiivisesti oppilaan subjektiiviseen terveyden lukutaitoon. Samalla tulokset nostavat myös tarpeen aiheen jatkotutkimukselle. Jatkossa mielenkiintoista olisi selvittää, mitkä syyt ovat matalan sosiaalisen tuen ja korkeaan terveyden lukutaidon välisen yhteyden taustalla kouluympäristössä. Jatkotutkimuksessa olisi syytä ottaa mukaan tarkasteluun opettajien ja luokkakavereiden ohella myös muut merkittävimmät nuoren sosiaalisen tuen lähteet, kuten perhe ja läheiset ystävät. Näin olisi mahdollista selvittää, mitkä sosiaalisen tuen lähteistä vaikuttavat merkittävimmin nuoren terveyden lukutaitoon. Sosiaalisen tuen lähteiden ohella tärkeää olisi myös selvittää, mitkä sosiaalisen tuen sisällöt vaikuttavat nuoren terveyden lukutaitoon. Tässä tutkimuksessa onkin eroteltu ainoastaan opettajan sosiaalisen tuen osalta sen emotionaalinen ja informatiivinen sisällöllinen ulottuvuus. Luokkakavereiden sosiaalisen tuen tasoa on aiemmin jo tarkasteltu sosiaalisen tuen eri sisältöjen kautta (Korkiamäki & Ellonen 2010), mutta eri sosiaalisen tuen sisältöjen vaikutusta terveyden lukutaidon tasoon ei käsitykseni mukaan ole tarkasteltu. Jatkotutkimusaiheita herättää myös tämän tutkimuksen aineisto ollessaan osa kansainvälistä WHO-Koululaistutkimusta. Tulevaisuudessa olisikin mielenkiintoista selvittää, löytyykö muissa WHO-Koululaistutkimukseen osallistuvissa maissa negatiivinen yhteys opettajalta ja luokkakavereilta saadun sosiaalisen tuen sekä nuoren terveyden lukutaidon väliltä.

## LÄHTEET

- Back, S. & Lee, O. 2019. Developing Korean children's physical activity health literacy: Literate, Empowered, Active, Doer program (LEAD). *International journal of qualitative studies on health and well-being* 14 (1), doi: 10.1080/17482631.2019.1648940.
- Begoray, D. L., Wharf-Higgins, J. & MacDonald, M. 2009. High school health curriculum and health literacy: Canadian student voices. *Global Health Promotion* 16 (4), 35-42.
- Cobb, S. 1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 38 (5), 300–314.
- Cohen, S. & Syme, S. L. 1985. Issues in the study and application of social support. Teoksessa S., Cohen & S. L., Syme (toim.) *Social support and health*. San Fransisco: Academic Press. 3-22.
- Cotterell, J. 2007. *Social Networks in Youth and Adolescence*. 2. painos. London: Routledge.
- Currie, C., Inchley, J., Molcho, M., Lenzi, M., Veselska, Z. & Wild, F. 2014. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory items for the 2013/14 Survey*. St Andrews: CAHRU.
- Demaray, M. K., Malecki, C. K., Jenkins, L. N. & Cunningham, C. M. 2010. *Social Support: How to Assess and Include it in Research on Prevention and Youth Outcomes*. Teoksessa B. Doll, W. Pfohl & J. Yoon (toim.) *Handbook of Youth Prevention Science*. Milton Park, Oxfordshire: Taylor and Francis Group.
- Ellonen, N. & Korkiamäki, R. 2006. Sosiaalinen pääoma lasten ja nuorten hyvinvoinnin resurssina. Teoksessa H. Forsberg, A. Ritala-Koskinen & M. Törrönen (toim.) *Lapset ja sosiaalityö. Kohtaamisia, menetelmiä ja tiedon uudelleenarviointia*. Jyväskylä: PS-kustannus, 221–250.
- Ellonen, N. 2008. Kasvuyhteisö nuoren turvana. Sosiaalisen pääoman yhteys nuorten masentuneisuuteen ja rikekäyttäytymiseen. Tampereen yliopisto sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 82.
- Ellonen, N., Kääriäinen, J. & Autio, V. 2008a. Adolescent Depression and School Social Support: A Multilevel Analysis of Finnish Sample. *Journal of Community Psychology* 36 (4), 552–567.

- Ellonen, N., Rostila, I., Korkiamäki, R., Kääriäinen, J., Kivivuori, J. & Salmi, V. 2008b. Koulu ja paikallisyhteisö nuoren tukiverkostona. *Yhteiskuntapolitiikka* 73(3), 287–294.
- ePerusteet 2021. Terveystieto. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2014. Viitattu 16.2.2021. <https://eperusteet.opintopolku.fi/#/fi/perusopetus/419550/sisallot/478973>
- Glaser, R., Horn, M., Arthur, M., Hawkins, J. & Catalano, R. 2005. Measurement properties of the communities That Care® Youth Survey across demographic groups. *Journal of Quantitative Criminology* 21, 73-102.
- Griffith, J. 2002. A multilevel analysis of the relation of school learning and social environments to minority achievement in public elementary schools. *The Elementary School Journal* 102 (5), 349–366. <https://doi.org/10.1086/499708>
- Guo, S., Davis, E., Yu, X., Naccarella, L., Armstrong, R., Abel, T., Browne, G. & Shi, Y. 2018. Measuring functional, interactive and critical health literacy of Chinese secondary school students: reliable, valid and feasible? *Global Health Promotion* 25 (4), 6-14.
- Guo, S., Naccarella, L., Yu, X., Armstrong, R., Browne, G., Shi, Y. & Davis, E. 2020b. Health Literacy and Its Mediating Role in Predicting Health Behaviors Among Chinese Secondary Student. *Asia-Pacific journal of public health*. doi: 10.1177/1010539520980926.
- Guo, S., Yu, X., Davis, E., Armstrong, R. & Naccarella, L. 2021. Health Literacy: An Interactive Outcome Among Secondary Students in Beijing. *Health Literacy Research and Practice* 5 (1), e1-e14. doi:10.3928/24748307-20201117-01.
- Guo, S., Yu, X., Davis, E., Armstrong, R., Riggs, E. & Naccarella, L. 2020a. Adolescent Health Literacy in Beijing and Melbourne: A Cross-Cultural Comparison. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (4), 1242-1259.
- Harju-Luukkainen, H., Aunola, K., & Vettenranta, J. 2018. Sosiaaliset suhteet koulunkäynnissä vahvuutena ja haasteena - nuorten kokema sosiaalinen tuki kotona ja koulussa. Teoksessa J. Rautopuro & K. Juuti (toim.) *PISA pintaa syvemältä: PISA 2015 Suomen pääraportti*. Kasvatusalan tutkimuksia, 77. Jyväskylä, Finland: Suomen kasvatustieteellinen seura, 121–149.
- House, J. S. 1981. *Work stress and social support*. Boston: Addison-Wesley Publishing Company.
- Institute of Medicine. 2004. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, DC: National Academies Press.

- Jyväskylän yliopisto. 2020. WHO-Koululaistutkimus. Viitattu 7.8.2020.  
<https://www.jyu.fi/sport/fi/tetk/who-koululaistutkimus>
- Kickbusch, I. & Maag, D. 2008. Health Literacy. Teoksessa K., Heggenhougen & S., Quah (toim.) *International Encyclopedia of Public Health*. 3. painos. Cambridge, USA: Academic Press, 204-211.
- Kiuru, N. 2008. The Role of Adolescents' Peer Groups in the School Context. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 331. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Kmet, L. M., Lee, R. C. & Cook, L. S. 2004. Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. *Alberta Heritage Foundation for Medical Research. HTA Initiative* 13.
- Korkiamäki, R. & Ellonen, N. 2008. Social capital, social work, and young lives. *Nordisk Sosialt Arbeid* 28 (2), 82–99.
- Korkiamäki, R. & Ellonen, N. 2010. Ikätoverisuhteet sosiaalisina resursseina yläkouluiässä. *Nuorisotutkimus* 28 (3), 18–35.
- Kratz, L. M., Wong, Y. J. & Vaughan, E. L. 2013. Health behaviors among pregnant women: The influence of social support. Teoksessa S. Chen (toim.) *Social Support and Health: Theory, Research, and Practice with Diverse Populations*. New York: Nova science publishers, 109-122.
- Lakey, B. & Cohen, S. 2000. Social support theory and measurement. Teoksessa S. Cohen, B. H. Gottlieb & L. G. Underwood (toim.) *Social Support Measurement and Intervention. A guide for health and social scientists*. New York: Oxford university press, 29–52.
- Leino, K., Ahonen, A. K., Heinonen, N., Hiltunen, J., Lintuvuori, M., Lähteinen, S., Lämsä, J., Nissinen, K., Nissinen, V., Puhakka, E., Pulkkinen, J., Rautopuro, J., Sirén, M., Vainikainen, M.-P. & Vettenranta, J. 2019. Pisa 2018 ensituloksia. *Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2019:40*. Opetus- ja kulttuuriministeriö.
- Manganello, J. 2008. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research* 23, 840–847.
- Markkanen, I., Välimaa, R., & Kannas, L. 2019. Associations between students' perceptions of the psychosocial school environment and indicators of subjective health in Finnish comprehensive schools. *Children & Society*, 33(5), 488-502.

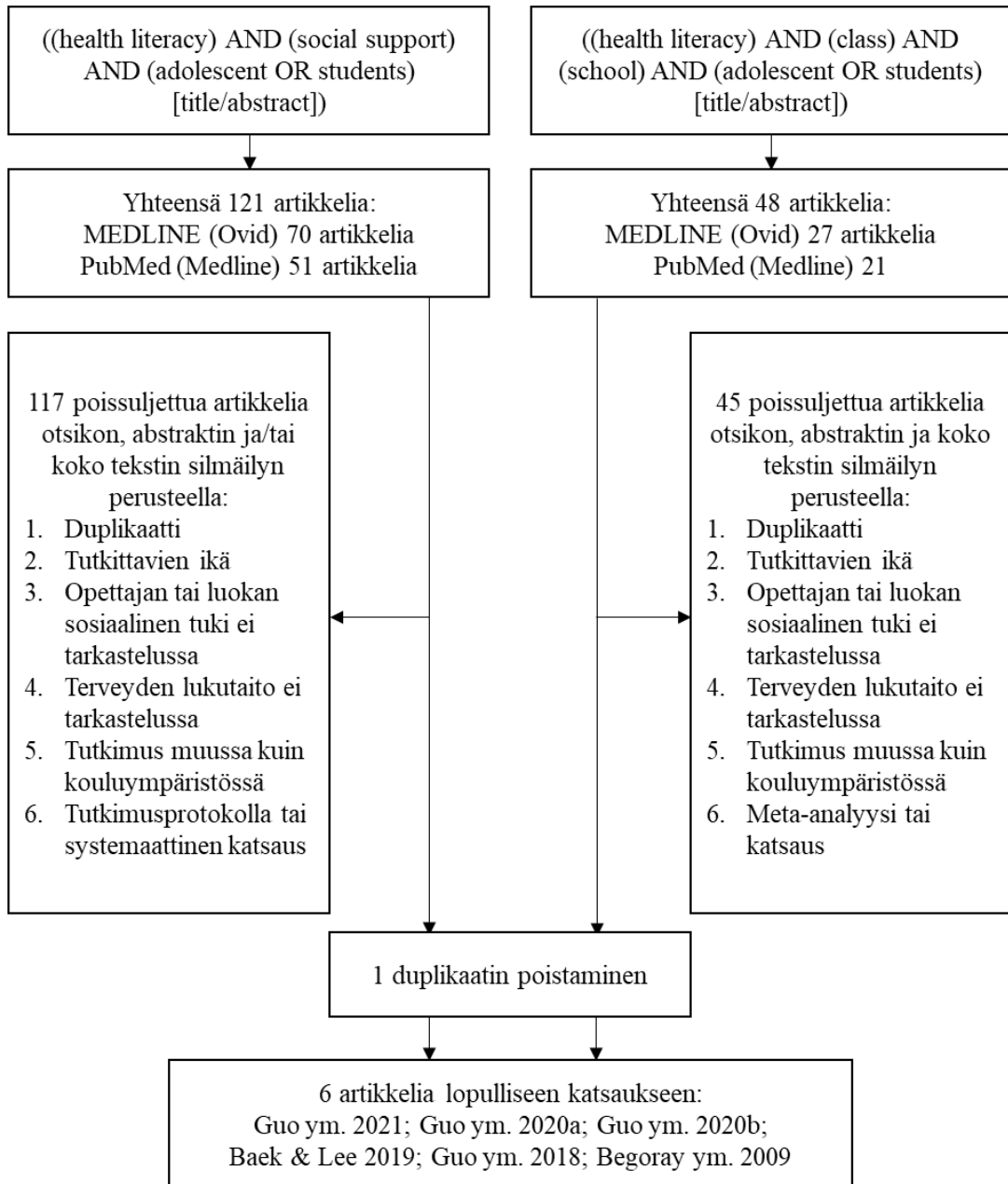
- Mathisen, F. K. S., Kokko, S., Tynjälä, J., Torsheim, T. & Wold, B. 2019. Leisure-time physical activity and participation in organized sports: Changes from 1985 to 2014 in Finland and Norway. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 29 (8), 1232-1242.
- Morgan, S. L. & Sorensen, A. B. 1999. Parental networks, social closure, and mathematics learning: A test of Coleman's social capital explanation of school effects. *American Sociological Review* 64 (5), 661–681.
- Nutbeam, D. 1998. Health Promotion Glossary. *Health Promotion International* 13 (4), 349–364.
- Nutbeam, D. 2000. Health literacy as public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 15, 259–267.
- OKM. 2021. PISA-tutkimus ja Suomi. Viitattu 10.3.2021. <https://minedu.fi/pisa>
- Opetushallitus 2021. Terveystiedon LOPS 2019 -tukumateriaali. Viitattu 16.2.2021. <https://www.oph.fi/fi/koulutus-ja-tutkinnot/terveystiedon-lops-2019-tukumateriaali#2376a81a>
- Paakkari, L. & George, S. 2018. Ethical underpinnings for the development of health literacy in schools: ethical premises ('why'), orientations ('what') and tone ('how'). *BMC Public Health* 18, 326. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5224-0>
- Paakkari, L. & Paakkari, O. 2012. Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education*, 112 (2), 133–152.
- Paakkari, L., Torppa, M., Mazur, J., Boberova, Z., Sudeck, G., Kalman, M. & Paakkari, O. 2020. A Comparative Study on Adolescents' Health Literacy in Europe: Findings from the HBSC Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (10), 3543. doi:10.3390/ijerph17103543.
- Paakkari, O. & Paakkari, L. 2019. Health literacy and the school curriculum: The example of Finland. Teokessa O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro & K. Sørensen (toim.) *International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan*. Bristol: Policy Press, 521-534.
- Paakkari, O. 2020. Uusi työkalu kouluikäisten terveyden lukutaidon mittaamiseen. *Liikunta ja tiede* 57 (4), 15–18.

- 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, O., Torppa, M., Villberg, J., Kannas, L., & Paakkari, L. 2018. Subjective health literacy among school-aged children. *Health Education*, 118 (2), 182-195.
- Parker, R. 2009. Measuring health literacy: What? So what? Now what? Teoksessa L. Hernandez (toim.) *Measures of health literacy: Workshop summary, Roundtable on Health Literacy*. Washington, DC: National Academies Press, 91–98.
- Ratzan, S. C. & Parker, R. M. 2000. Introduction. Teoksessa Selden, C. R., Zorn, M., Ratzan, S. C. & Parker, R.M. (toim.) *National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, V-VII.
- Roberts C, Freeman J, Samdal O, Schnohr CW, de Looze ME, Nic Gabhainn S, Iannotti R, Rasmussen M & International HBSC Study Group. 2009. The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *International Journal of Public Health* 54, 140-50. doi: 10.1007/s00038-009-5405-9. PMID: 19639259; PMCID: PMC2732766.
- Salmela, J. 2006 Koetun sosiaalisen tuen, pätevyiden, itsearvostuksen ja liikunnan yhteyksiä nuoruusiän kasvuvuosina. Jyväskylän yliopisto, Chydenius Instituutti – Kokkolan yliopistokeskus. Chydenius-instituutin tutkimuksia 1/2006.
- Summanen, A-M. 2014. Terveystiedon oppimistulokset perusopetuksen päättövaiheessa 2013. Koulutuksen seurantaraportit 2014: 1, Opetushallitus. Tampere: Juvenes Print.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, S. & Brand, H. 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12 (1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Tardy, C. H. 1985. Social support measurement. *American Journal of Community Psychology* 13, 187-202.
- Thoits, P. A. 1995. Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next? *Journal of Health and Social Behavior (Extra Issue)*, 53-79.
- Väljärvi, J. 2017. PISA 2015. Oppilaiden hyvinvointi. Jyväskylän yliopisto, Koulutuksen tutkimuslaitos. Viitattu 1.2.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7046-8>

- Välimaa, R. 2000. Nuorten koettu terveys kyselyaineistojen ja ryhmähaastattelujen valossa. University of Jyväskylä. Studies in sport, physical education and health 68.
- WHO. 2013. Health literacy: The solid facts. Viitattu 8.4.2021. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-literacy.-the-solid-facts>
- WHO. 2017. Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016. Viitattu 29.12.2021. <https://www.who.int/publications/i/item/promoting-health-in-the-sdgs>
- Williams, P., Barclay, L. & Schmied, V. 2004. Defining Social Support in Context: A Necessary Step in Improving Research, Intervention, and Practice. *Qualitative health research* 14 (7), 942-960.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. 1988. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30–41.

## LIITTEET

Liite 1. Tiedonhaku systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa.





Liite 2. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulokset terveyden lukutaidosta suhteessa sosiaaliseen tukeen.

Tutkimus (Maa)	Tutkittavat (N)	Tutkimuksen tarkoitus	Metodi	Tulokset
Guo ym. 2021 (Kiina, Peking)	11–17-vuotiaat 7.–9.- luokkalaiset yläastelaiset (650)	Selvittää miten terveyden lukutaito on yhteydessä sen vaikuttaviin tekijöihin ja terveydentilaan	Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus; Itsetäytettävä kyselylomake	Sosiaalinen tuki ja kouluympäristö ennustivat terveyden lukutaitoa, joka edelleen ennusti oppilaan terveydentilaa.
Guo ym. 2020a (Kiina, Peking ja Australia, Melbourne)	11–17-vuotiaat 7.–9.- luokkalaiset yläastelaiset (770; Kiina 650 ja Australia 120)	Vertailla terveyden lukutaitoa kahden eri kulttuuriryhmän välillä	Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus; Itsetäytettävä kyselylomake	Australialaisten oppilaiden terveyden lukutaito oli korkeampi. Molemmissa kulttuuriryhmissä sosiaalinen tuki ja käsitykset kouluympäristöstä olivat yhteydessä terveyden lukutaitoon, joka ennusti terveystyötyymistä, terveydenhuollon käyttöä ja terveydentilaa. Kouluympäristö vaikutti mitatuista tekijöistä voimakkaimmin terveyden lukutaitoon.
Guo ym. 2020b (Kiina, Peking)	11–17-vuotiaat 7.–9.- luokkalaiset yläastelaiset (650)	Selvittää terveyden lukutaidon roolia siihen vaikuttavien tekijöiden ja eri terveystyötyymisten välillä käyttäen Manganelon (2008) terveyden lukutaidon kehystä	Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus; Itsetäytettävä kyselylomake	Sosiaalinen tuki ja kouluympäristö ennustivat terveyden lukutaitoa, joka edelleen ennusti oppilaan terveydentilaa.

Tutkimus (Maa)	Tutkittavat (N)	Tutkimuksen tarkoitus	Metodi	Tulokset
Baek & Lee 2019 (Etelä-Korea)	12-vuotiaat 5.-luokkakaiset (6)	Kuvata lasten kokemuksia LEAD (Literate, Empowered, Active, Doer) -terveysohjelman vaikutuksista heidän fyysisen aktiivisuuden terveyden lukutaitoon sekä kuvata ohjelman ominaisuuksia, jotka vaikuttivat terveyden lukutaidon paranemiseen	Kvalitatiivinen tutkimus; Avoin kyselylomake, syvä haastattelu, havainnointi ja oppilaspäiväkirja	LEAD-terveysohjelmassa terveyden lukutaidon paranemiseen vaikuttivat autonomian antaminen oppilaille sekä tukevien ympäristöjen rakentaminen.
Guo ym. 2018 (Kiina, Peking)	11–17-vuotiaat 7.–9.-luokkalaiset yläasteiset (650)	Omaksua taitoihin perustuva mittari (HLAT-8) terveyden lukutaidon mittaamiseen ja tutkia jokaisen mittarin osan (toiminnallinen, vuorovaikutuksellinen ja kriittinen) tilaa ja determinantteja	Kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus; Itsetäytettävä kyselylomake	Sosiaalinen tuki ennusti voimakkaimmin vuorovaikutuksellista ja kriittistä terveyden lukutaitoa. Kouluympäristön rooli oli suurempi ennustettaessa toiminnallista terveyden lukutaitoa.
Begoray ym. 2009 (Canada, British Columbia)	14–15-vuotiaat <i>Planning 10</i> -opetus suunnitelman mukaiseen terveysopetukseen osallistuneet oppilaat (33)	Esittää ensimmäisen vuoden löydöt kolmevuotisesta tutkimuksesta, jossa tarkastellaan oppilaiden kokemuksia <i>Planning 10</i> -opetus suunnitelman terveyskomponentista sekä tutkia, miten suunnitelma vaikuttaa 10.-luokkalaisten terveyden lukutaitoon ja, kuinka konteksti vaikuttaa terveyskasvatukseen	Kvalitatiivinen tutkimus; puolistrukturoitu ryhmähaastattelu	Oppilailla negatiiviset kokemukset opetuksesta, jossa oppilaat passiivisessa roolissa tiedon vastaanottajina ja, jossa opetuksen sisältö yleistettyä eikä henkilökohtaista.

Liite 3. Kirjallisuuskatsauksen artikkelien luotettavuuden arviointi.

Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneiden kvalitatiivisten tutkimusten laadunarviointi (Kmet ym. 2004).

Tutkimus	Kriteerit									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Begoray ym. 2009	2	2	2	2	2	2	2	eos	2	2
Baek & Lee 2019	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

1 = Question / objective sufficiently described?, 2 = Study design evident and appropriate?, 3 = Context for the study clear?, 4 = Connection to a theoretical framework / wider body of knowledge?, 5 = Sampling strategy described, relevant and justified?, 6 = Data collection methods clearly described and systematic?, 7 = Data analysis clearly described and systematic?, 8 = Use of verification procedure(s) to establish credibility?, 9 = Conclusions supported by the results?, 10 = Reflexivity of the account?

2 = kyllä, 1 = osin, 0 = ei, eos = en osaa sanoa

Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneiden kvantitatiivisten tutkimusten laadunarviointi (Kmet ym. 2004).

Tutkimus	Kriteerit													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Guo ym. 2021	2	2	2	2	N/A	N/A	N/A	2	2	2	2	2	2	2
Guo ym. 2020a	2	2	2	2	N/A	N/A	N/A	2	1	2	2	2	2	2
Guo ym. 2020b	2	2	2	2	N/A	N/A	N/A	2	2	2	2	2	2	2
Guo ym. 2018	2	2	2	2	N/A	N/A	N/A	2	2	2	1	0	2	2

1 = Question / objective sufficiently described?, 2 = Study design evident and appropriate?, 3 = Method of subject/comparison group selection or source of information/input variables described and appropriate?, 4 = Subject (and comparison group, if applicable) characteristics sufficiently described?, 5 = If interventional and random allocation was possible, was it described?, 6 = If interventional and blinding of investigators was possible, was it reported?, 7 = If interventional and blinding of subjects was possible, was it reported?, 8 = Outcome and (if applicable) exposure measure(s) well defined and robust to measurement / misclassification bias? means of assessment reported?, 9 = Sample size appropriate?, 10 = Analytic methods described/justified and appropriate?, 11 = Some estimate of variance is reported for the main results?, 12 = Controlled for confounding?, 13 = Results reported in sufficient detail?, 14 = Conclusions supported by the results?

2 = kyllä, 1 = osin, 0 = ei, N/A = ei saatavilla, eos = en osaa sanoa

LIITE 4. Muuttujien normaalijakautuneisuuden tarkastelu.

	Vinous	Huipukkuus	p-arvo (Kolmogorov- Smirnov)	p-arvo (Shapiro-Wilk)
Terveysten lukutaito	-0.76	12.43	<0.001	<0.001
Opettaja-oppilassuhde	15.39	10.98	<0.001	<0.001
Opettajan akateeminen tuki	11.41	15.14	<0.001	<0.001
Oppilassuhteet	20.12	14.48	<0.001	<0.001

LIITE 5.

Muuttujien väliset Spearmanin järjestyskorrelaatiot koko aineistossa.

Muuttujat	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Sukupuoli	1					
2. Luokka-aste	0.023	1				
3. Terveiden lukutaito	0.056*	0.063*	1			
4. Opettaja-oppilassuhde	-0.022	0.111*	-0.290*	1		
5. Opettajan akateeminen tuki	0.101*	0.138*	-0.239*	0.700*	1	
6. Oppilassuhteet	0.110*	-0.022	-0.221*	0.298*	0.289*	1

\* p<0.001

Muuttujien väliset Spearmanin järjestyskorrelaatiot 7.-luokkalaisilla (alacolmiomatriisi) ja 9.-luokkalaisilla (yläkolmiomatriisi).

Muuttujat	1.	2.	3.	4.	5.
1. Sukupuoli	1	0.065*	-0.029	0.088*	0.118*
2. Terveiden lukutaito	0.045	1	-0.291*	-0.244*	-0.197*
3. Opettaja-oppilassuhde	-0.021	-0.312*	1	0.708*	0.308*
4. Opettajan akateeminen tuki	0.111*	-0.258*	0.683*	1	0.290*
5. Oppilassuhteet	0.104*	-0.247*	0.297*	0.306*	1

\* p<0.001

Muuttujien väliset Spearmanin järjestyskorrelaatiot 7.-luokkalaisilla pojilla (alacolmiomatriisi) ja tytöillä (yläkolmiomatriisi).

Muuttujat	1.	2.	3.	4.
1. Terveiden lukutaito	1	-0.342*	-0.288*	-0.261*
2. Opettaja-oppilassuhde	-0.283*	1	0.674*	0.294*
3. Opettajan akateeminen tuki	-0.248*	0.704*	1	0.320*
4. Oppilassuhde	-0.250*	0.304*	0.273*	1

\* p<0.001

Muuttujien väliset Spearmanin järjestyskorrelaatiot 9.-luokkalaisilla pojilla (alacolmiomatriisi) ja tytöillä (yläkolmiomatriisi).

Muuttujat	1.	2.	3.	4.
1. Terveystietäminen	1	-0.307*	-0.257*	-0.188*
2. Opettaja-oppilassuhde	-0.272*	1	0.711*	0.306*
3. Opettajan akateeminen tuki	-0.242*	0.716*	1	0.259*
4. Oppilassuhde	-0.225*	0.321*	0.305*	1

\*  $p < 0.001$