



Maija Rask

Lukiolaisten terveydenlukutaidon ja terveysarvostusten ilmeneminen

Laadullinen sisällönanalyysi vuoden 2007 terveystiedon
ylioppilaskirjoitusten reaalikokeen vastauksista

Akateeminen väitöskirja,
joka Lapin yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan suostumuksella
esitetään julkisesti tarkastettavaksi Lapin yliopiston luentosalissa 10
maaliskuun 16. päivänä 2012 klo 12

Lapin yliopisto
kasvatustieteiden tiedekunta

Copyright: Maija Rask

Jakelu: Lapin yliopistokustannus
PL 8123
FI-96101 Rovaniemi

puh. + 358 (0)40 821 4242 , fax + 358 16 362 932
julkaisu@ulapland.fi
www.ulapland.fi/lup

Painettu
ISBN 978-952-484-524-3
ISSN 0788-7604

pdf
ISBN 978-952-484-539-7
ISSN 1796-6310

Maija Rask

LUKIOLAISTEN TERVEYDENLUKUTAIDON JA
TERVEYSARVOSTUSTEN ILMENEMINEN
Laadullinen sisällönanalyysi vuoden 2007 terveystiedon
ylioppilaskirjoitusten reaalikokeen vastauksista

Lapin yliopistokustannus
Rovaniemi 2012

Myynti
Lapin yliopisto / julkaisut
PL 122
96101 Rovaniemi
sähköposti: julkaisu@ulapland.fi
www.ulapland.fi/lup

TIIVISTELMÄ

Tutkimukseni tarkoituksena on selvittää lukiolaisten terveydenlukutaitoa ja terveysarvostuksia ylioppilastutkinnon vuoden 2007 terveystiedon reaalikokeen vastausten avulla.

Teoriaosa rakentuu terveyden edistämisen ja terveystieteen maastoon, jossa terveystieto ja terveydenlukutaito painottuvat. Luon katsauksen terveysopetuksen historiaan Suomessa ja terveysopetukseen muissa maissa. Selvitän terveystieto-oppiaineen kehittymistä ja valotan terveydenlukutaitokäsitettä.

Tarkastelen lukiolaisten terveysosaamista terveydenlukutaidon tasojen avulla. Tutkimuskysymyksiä on kolme: 1) millaisena lukiolaisten terveydenlukutaito näyttäytyy terveystiedon reaalikokeen vastauksissa? 2) miten terveydenlukutaidon eri tasoilla olevat opiskelijat kuvaavat terveyden olemusta? 3) millaisia terveysarvostuksia on havaittavissa lukiolaisten terveystiedon reaaliarvostauksissa?

Varsinainen tutkimusaineistoni koostui 611 terveystiedon esseevastauksesta, jotka koskivat yhteensä kahdeksaa terveystiedon koetehtävää. Tutkimuksessani oli mukana kevään 2007 kirjoituksista 81 ja syksyltä 60 abiturienttia, yhteensä 141 henkilöä. Heistä 37 oli miestä ja 104 naista. Osallistuneiden iät vaihtelivat 18:sta 20:een vuoteen.

Tarkastelin aineistoa laadullisen sisällönanalyysin avulla. Tutkimusotteeni oli fenomenologis-hermeneuttinen ja päättelyn logiikkana hyödynsin sekä abduktiota että deduktiota. Analysoinnissa tukenani olivat terveydenlukutaidon ja Bloomin taksonomian tasot sekä lukion opetussuunnitelman perusteiden terveystiedon oppimistavoitteet.

Oli hyvin haastavaa tutkia reaaliarvostauksista lukiolaisten terveydenlukutaitoa. Tuloksinaisesti vaikeinta oli tehdä johtopäätöksiä toiminnallisesta terveydenlukutaidosta, koska terveystiedon ylioppilaskoe ei mittaa lukiolaisten terveyskäyttäytymistä vaan opetussuunnitelman perusteiden mukaisia tietoja ja taitoja sekä lukion tavoitteiden mukaista riittävää kypsyys- ja hallintaa terveystiedossa.

Esitän tutkimuksessani neljännen terveydenlukutaidon tason, joka sijoittuu perusterveydenlukutaidon, toiminnallisen ja kriittisen terveydenlukutaidon yläpuolelle. Neljännelle tasolle yltävän lukiolaisen vastauksessa näkyvät suvaitsevaisuus, kulttuuri- ja ympäristötietoisuus sekä huoli maailmantilasta. Kokonaisvaltainen terveydenlukutaitotaso heijastaa humaania maailmanparantajuutta.

Ylioppilaskoevastauksista suurin osa ilmensi toiminnallisen terveydenlukutaidon tasoa. Lukiolaisten reaalkoevastauksista löytyi Erik Ahlmanin arvotyypittelyn mukaisia terveystarvostuksia, joiden perusteella voi todeta, että kokelaat kirjoittivat arvostavansa koulutusta ja pitivät tärkeänä, että ihminen ottaa itse päävastuun terveytensä hoitamisesta. Vastauksissa näkyi, että lukiolaiset kaipaavat keskusteluja ja yhteistä aikaa vanhempiensa kanssa. Vastauksissaan lukiolaiset kritikoivat vahvasti median luomaa utopistista ja laihuutta korostavaa kauneusihannetta mutta pitivät median tarjoamia virtuaalisia keskustelumahdollisuuksia hyvinä. Vastausten perusteella terveystiedon oppitunteja tulisi lisätä.

Tutkimustuloksia voi hyödyntää terveystieto-oppiaineen kehittämässä. Tulevaisuuden tärkeimpiä haasteita on saada terveystiedon oppitunnit määrällisesti vastaamaan tavoitteita, saada miehet kiinnostumaan terveystiedon opetuksesta ja pitää terveystiedon opetus ajanmukaisena.

AVAINSANAT: terveystieto, terveydenlukutaito, terveystarvostukset, ylioppilaskirjoitukset

ABSTRACT

The Manifestation of General Upper Secondary Education Students' Health Literacy and Health Appreciation. A Qualitative Content Analysis on the Answers concerning the Subject of Health Education in the General Studies Battery of Tests in the Matriculation Examination 2007.

The purpose of my research is to study general upper secondary education students' health literacy and health appreciation by analyzing their answers concerning the subject of health education in the general studies battery of tests in the Finnish matriculation examination 2007.

The theory part covers the themes of health promotion and health education with the emphasis on the subject of health education and health literacy. The history of health education in Finland and the present state of health education in other countries are reviewed. The development of the subject of health education is dissected and the concept of health literacy is introduced.

In this research, I analyzed general upper secondary education students' health-related knowledge through the levels of health literacy. Three research questions were set: 1) What is general upper secondary education students' health literacy like according to the answers concerning the subject of health education in the general studies battery of tests? 2) How do students at various levels of health literacy describe the essence of health? 3) What kind of health appreciation can be found in general upper secondary education students' health literacy according to the answers concerning the subject of health education in the general studies battery of tests?

The research data consisted of 611 essays that were the test answers in health education. The essays covered altogether eight questions about health education. 81 candidates for the spring 2007 matriculation examination and 60 candidates for the fall 2007 matriculation examination participated in this research; altogether 141 candidates. 37 of them were men and

104 were women. The participants were aged between 18 and 20 years.

The data was analyzed through qualitative content analysis. The research approach was phenomenological-hermeneutic and both abduction and deduction were employed when drawing conclusions. The analysis leaned on the levels of health literacy and Bloom's taxonomy as well as on the learning objectives of the national core curriculum for health education in general upper secondary education.

It proved quite challenging to analyze general upper secondary education students' health literacy from their answers in the general studies battery of tests. When considering interpretations, the most difficult part was to draw conclusions about functional health literacy because the matriculation examination does not measure students' health behavior but the knowledge and skills written into the national core curriculum and the sufficient level of maturity in health education defined in the objectives of general upper secondary education.

Based on the results, I introduce the fourth level of health literacy which is located above the levels of basic, functional, and critical health literacy. The answers that reach the level four feature liberality, cultural and environmental awareness, and concern about the world situation. The holistic level of health literacy represents humanitarianism and the aspiration of promoting human welfare.

Most of the answers in the matriculation examination represented the level of functional health literacy. The candidates' answers included health appreciation that conformed to Erik Alhman's classification of values based on which it is possible to state that the candidates appreciated education and found it important that people take the main responsibility for taking care of their own health. The answers showed that the general upper secondary education students yearned after discussions and shared time with their parents. In their answers, students strongly criticized the utopian

and slimness-centered beauty ideal created by the media but regarded virtual discussion forums as good. Their essays imply that more health education should be provided at school.

The research results can be utilized when developing the subject of health education. The most important challenges in the future are to meet the goals set at health education with the present time allocation, to get men more interested in the subject of health education, and to keep the instruction of health education updated.

Key Words: health education, health literacy, health appreciation, matriculation examination

MATKAKERTOMUS

Toivon, että Suomen kouluihin vuonna 2001 ankkuroitu terveystieto auttaa nuoria välttämään terveyttä uhkaavia karikoita. Väitöskirjamatkani alkoi Perämeren hiihtoretkeltä, Ykskiven majakan maisemista talvella 2007. Kirjani kannen majakka symboloi terveydenlukutaitoa. Majakan valo ei poista meren karikoita, mutta se opastaa välttämään ne. Mitä parempi terveydenlukutaito nuorella on, sitä kauemmas ja sitä tarkemmin hän näkee.

Professori Kaarina Määtän tohtoriseminaariryhmään pääsy varmistui tuen ja iloisen kannustuksen. Kaarina Määtän erityinen vahvuus on siinä, että hän välittää oppilaistaan. Jakaessaan opiskelijan taakan, on hän itseoikeutettu jakamaan myös valmistumisen ilon. Seminaaritapaamiset ovat olleet hyödyllisiä ja hyviä hetkiä, joissa me ryhmäläiset olemme voineet pohdita yhdessä töittemme kulkua. Anneli Kimpimäen ja Marjatta Rautiaisen kanssa olen ”fundeerannut” välillä pitkäänkin.

Työläin matkataival kului eduskunnan kirjaston ikkunattomassa tutkijanhuoneessa, jossa kirjoitin sanaan tietokoneen muistiin ylioppilaskirjoitusten reaalkoevastauksia. Ratkaisevan tuen tällä taipaleella sain lapsuudenystävältäni Pinge Hirvasniemeltä. Hän helpotti kirjoittamistani lukemalla minulle ääneen koepaperin toisensa jälkeen. Väitöskirjani taustamaisen kokoamisessa auttoi eduskunnan kirjaston nopea kaukopalvelu, josta kirjastonhoitaja Hilikka Salasmaa lähetti minulle vuosien aikana kymmeniä kirja- ja artikkelipaketteja.

En ole periksiantajatyyppiä mutta välillä räsitukset olivat niin voimille ottavia, että väitöskirjamatkan keskeyttäminen oli lähellä. Erityisesti poikani Ville Rask ja terveydenhuolto-neuvos Annikki Lämsä, opettajani ja esikuvani, tyrmäsivät keskeyttämisaiheet.

Väitöskirjamatkani jännittävin ja kylmin taival oli talvi 2011 kesämökillä Simossa. Elin luonnon ehdoilla. Heräsin viimeistään auringon noustessa kirjoittamaan ja täydensin ruokavarastojani silloin kun mökin pengertie oli aurattu. Välillä kolasin itse tien noin 700 metrin matkalta. Fyysisenkin rasitus

oli melkoinen, lihakset ja nivelet olivat kovilla. Lääkäriytytäreni Jenni Raskin henkinen kannustus ja ammattiapu auttoivat jaksamaan niin kirjoittamisessa kuin muutenkin arjessa. Vävypoikieni hankkimat viisi mottia kuivia koivuklapeja mahdollistivat rantasaunan ja takan jokailtaisen lämmittämisen. Talven aikana pikkulinnuille tarjoamistani kymmenistä auringonkukansiemenkiloista nousi kesällä maasta kolme auringonkukkaa. Valmiina oli myös versio väitöskirjasta, jonka jätin Lapin yliopiston kasvatustieteiden tiedekuntaneuvostolle lähtiessäni kesäkuun alussa pyhiinvaellusmatkalle.

Elämässä on hyvä katsoa välillä rauhassa taaksepäin. Tämän opin konkreettisesti kesä-heinäkuussa 2011 kun yhdessä Maaret Raskin kanssa vaelsimme 800 kilometrin matkan Ranskan Pyreneiltä Espanjan Santiago de Compostelaan. Kerran kävelimme 17 kilometriä ennen kuin pääsimme juomaan aamukahvit. Sain matkalle viestin, että väitöskirjaversiota pitää hioa ennen esitarkastukseen lähettämistä. Pyhiinvaellus opetti kärsivällisyyttä tavoitteen saavuttamiseksi.

Matkalla on hyvä olla pysähdyspaikkoja, joissa voi levähtää ja kerätä voimia. Minulle tärkein voimienkeräyspaikka on ollut kummitätini Sirkka Kunnarin luona Rovaniemellä. Väitöskirjamatkalla on ollut mukana paljon taitavia, tarkkoja ja viisaita ihmisiä. Tyttäreni Emma Rask taiteili kirjaani kannet, esikoiseni Elina Rask-Litendahl ja Matti Rask poimivat pois kirjoitusvirheet, Paula Niemelä toteutti kuvat ja huolehti taitosta ja KT Satu Uusiautti käänsi tiivistelmän englannin kielelle. Väitöskirjani esitarkastajilta professoreilta Merja Nikkoselta ja Lasse Kannakselta sain rakentavaa ja kannustavaa palautetta. Lapsenlapseni Matias, Lauri, Maija, Eino ja Elias pitivät huolen siitä, etten eksynyt tutkimusmatkallani liian kauas elävästä elämästä.

Kiitän kaikkia matkakumppaneita.

Kemissä lapsuudenkotini Vintillä
14.2.2012

Maija Rask

*Omistan väitöskirjani
isälleni Matille ja
kummitädilleni Sirkalle
sekä
lapsenlapsilleni
Matiakselle, Laurille,
Maijalle, Einolle ja Eliakselle.*

KUVIOT

Kuvio 1. Kohti hyvää elämää -malli, mukaillen Green ja Kreuter (1999, 35, 155) sekä WHO:n terveyskonferenssit

Kuvio 2. Viitekehys nuorten terveydenlukupäätösten tutkimiseksi (Manganello 2008)

Kuvio 3. Tutkimuksen analysointiasetus

Kuvio 4. Terveystasoluokat (Ahlmán 1976)

Kuvio 5. Perusterveydenlukupäätösten kriteerit

Kuvio 6. Toiminnallisen terveydenlukupäätösten kriteerit

Kuvio 7. Kriittisen terveydenlukupäätösten kriteerit

Kuvio 8. Terveystasua edistävät asiat

Kuvio 9. Terveystasua vaarantavat asiat

Kuvio 10. Terveystasua tukevat tekijät

Kuvio 11. Terveystasua tukevat tekijät

Kuvio 12. Terveystasua tukevat tekijät ja ihmisten tasa-arvo yksilöllisessä ajassa

Kuvio 13. Terveystasua tukevat tekijät hyvinvointivaltiossa

Kuvio 14. Terveystasua tukevat tekijät taloudellisena kysymyksenä

Kuvio 15. Terveystasua tukevat tekijät ekologisena kysymyksenä

Kuvio 16. Uusi terveydenlukupäätös:
Kokonaisvaltainen terveydenlukupäätös

TAULUKOT

Taulukko 1. Lukion reaaliaiaineiden pakolliset ja syventävät kurssit. Lähde Valtioneuvoston asetus (955/2002)

Taulukko 2. Vuoden 2007 terveystiedon varsinaiset suomenkieliset kokelaat jaettuna pakollisen ja ylimääräisen reaalikokeen kirjoittajiin (Ylioppilastutkintolautakunnan tilastot, tutkimus 2, 21.10.2008.)

Taulukko 3. Terveystenlukutaidon tasot sovellettuna kakkostyypin diabetesta sairastavan osaamistaitoihin (Levin-Zamir ym. 2001)

Taulukko 4. Arvostus- ja arvomääritelmät (lähteet taulukon sisällä)

Taulukko 5 . Tutkimushenkilöiden ja heidän reaalikokeessa analysoitujen vastaustensa määrät

Taulukko 6. Terveystiedon kevään ja syksyn 2007 ylioppilaskokeen ja tutkimukseen osallistuneiden arvosanjakaumat prosentteina.

Taulukko 7. Tutkimushenkilöiden terveystiedon arvosanojen jakautuminen miesten ja naisten kesken (kevät ja syksy 2007)

Taulukko 8. Tutkimuksessa mukana olleiden lukioiden määrä ja koko sekä opiskelijoiden määrä eri lääneistä.

Taulukko 9. Terveystenlukutaidon tasojen määrällinen ja prosentuaalinen jakautuminen vastauksissa sukupuolten mukaan

LIITTEET

Liitekuvio 1. Tutkimuksen ensivaiheen analysoinnin eteneminen

Liitetaulukko 1. Kuvaus tutkimusprosessin etenemisestä

Liitetaulukko 2. Terveydenlukutaidon määrällinen jakautuminen yksittäisten vastausten perusteella

Liitetaulukko 3. Arvostuskriteerit esimerkkeineen

Liitekuvio 2. Lukion opetussuunnitelman perusteiden 2003 terveystiedon tavoitteet

Liitekuvio 3. LOPS:n terveystiedon yleiset tavoitteet jaettuna terveydenlukutaidon tasoihin

Liitekuvio 4. Operationalistetut terveydenlukutaiton tasot

Liitekuvio 5. Ruokamainoksen analysointi, terveydenlukutaidon tasot

Liitekuvio 6. Ravintosuosituksen toteutuminen, terveydenlukutaidon tasot

Liitekuvio 7. Unen ja levon merkitys terveydelle, terveydenlukutaidon tasot

Liitekuvio 8. Vastuu terveydenhoitokustannuksista, terveydenlukutaidon tasot

Liitekuvio 9. Kansalaisten terveyserojen syiden pohdinta, terveydenlukutaidon tasot

Liitekuvio 10. Yhteiskunnan keinot edistää kansalaisten liikuntaa, terveydenlukutaidon tasot

Liitekuvio 11. Lihavuuden eettinen pohdinta, terveydenlukutaidon tasot

Liitekuvio 12. Nuorten masentuneisuuden lisääntymisen syyt, terveydenlukutaidon tasot

Liitetaulukko 4. Bloomin taksonomian kognitiivinen kuvaus ja verbit, joita LOPS 2003 terveystiedon tavoitteissa on käytetty

Liite 1. Esimerkkejä hylkäämistäni vastauksista

Liite 2. Esimerkki perusterveydenlukutaitoisesta vastauksesta

Liite 3. Esimerkki toiminnallisesti terveydenlukutaitoisesta vastauksesta

Liite 4. Esimerkki abduktiivisen päättelyn etenemisestä tutkimuksessani

SISÄLLYSLUETTELO

1	JOHDANTO.....	1
2	TERVEYDEN EDISTÄMISESTÄ TERVEYDENLUKUTAIDON	4
	2.1 Terveiden edistäminen.....	6
	2.2 Terveyskasvatus ja koulun näkökulma.....	7
	2.3 Terveystieto.....	11
	2.3.1 Terveystieto-oppiaineen historia	11
	2.3.2 Terveystieto-oppiaine lukiossa.....	17
	2.3.3 Terveysopetus eräissä muissa maissa	22
	2.3.4 Terveystieto osaksi ylioppilastutkintoa	26
	2.3.5 Terveystiedon opettajien koulutus.....	34
	2.4 Terveidenlukutaito	36
	2.4.1 Terveidenlukutaito suomalaisessa keskustelussa	46
	2.4.2 Terveidenlukutaidon mittaaminen	48
	2.5 Arvot ja arvostukset terveydenlukutaidon keskiössä	53
	2.5.1 Arvot lukion opetussuunnitelman perusteissa	53
	2.5.2 Erik Ahlmanin arvotyypittely	56
	2.5.3 Arvostukset ja ihanteet	59
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT..	64
4	TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN.....	66
	4.1 Tutkimushenkilöt	66
	4.2 Tutkimusaineisto ja sen valinta	69
	4.2.1 Tehtävien valinta kevään 2007 terveystiedon kokeesta.....	70
	4.2.2 Tehtävien valinta syksyn 2007 terveystiedon kokeesta.....	71
	4.3 Tutkimusaineiston luonne ja litterointi	73
	4.4 Fenomenologis-hermeneuttinen tutkimusote.....	74
	4.5 Päättelyn logiikkana abduktio	78
	4.6 Sisällönanalyysi analysointimenetelmänä.....	81

4.7	Tutkimusaineiston ensivaiheen analysointi.....	83
4.8	Tutkimusaineiston toinen lukeminen.....	87
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	95
5.1	Lukiolaisten terveystiedon reaalikokeessa	
	ilmenevä terveydenlukutaito	95
5.1.1	Perusterveydenlukutaito.....	96
5.1.2	Toiminnallinen terveydenlukutaito	98
5.1.3	Kriittinen terveydenlukutaito.....	100
5.2	Terveyden olemuksen kuvailu terveydenlukutaidon eri tasoilla	102
5.2.1	Terveyden määrittely.....	103
5.2.2	Terveyttä edistävät asiat.....	104
5.2.3	Terveyttä vaarantavat asiat.....	108
5.2.4	Ihmisen vastuu omasta terveydestään	112
5.2.5	Terveyskasvatuksen merkitys ja koulutuksen arvostus....	113
5.2.6	Koululiikunnan rooli	115
5.3	Lukiolaisten ilmaiset terveysarvostukset	
	terveystiedon reaalikokeen vastauksissa	116
5.3.1	Terveys mielihyvän tuojana	116
5.3.2	Terveys kauneutena.....	119
5.3.3	Terveys ja ihmisten tasa-arvo heikessä ajassa.....	123
5.3.4	Terveyspalvelut hyvinvointivaltiossa	134
5.3.5	Terveys taloudellisena kysymyksenä	138
5.3.6	Terveys ekologisena kysymyksenä.....	144
5.4	Yhteenveto reaaliarvostusten terveydenlukutaidon tasoista .	147
6	UUSI TERVEYDENLUKUTAITO: KOKONAISVALTAINEN TERVEYDENLUKUTAITO	152

7	POHDINTA.....	164
7.1	Tulosten pohdinta kirjallisuuden valossa	164
7.2	Ehdotukset terveystieto-oppiaineen kehittämiseksi	172
7.3	Tutkimuksen teoreettisten lähtökohtien pohdinta.....	176
7.4	Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta	179
7.5	Jatkotutkimusehdotukset	185
	LÄHTEET	188
	LIITTEET	210

1 JOHDANTO

Suomalaisten nuorten terveystietämystä on tutkittu systemaattisesti jo 1970-luvulta lähtien. Nuorten terveystapatutkimuksen (NTTT), WHO-Koululaistutkimuksen sekä vuonna 1995 aloitettujen kouluterveystudkimusten mukaan nuorten terveydentila on kehittynyt vuosien saatossa huolestuttavaan suuntaan. Asiantuntijat ja nuorten parissa työskentelevät ammattilaiset ovat esittäneet terveystietoa koulujen opetusohjelmaan itsenäiseksi oppiaineeksi keinona lasten ja nuorten terveyden parantamiseksi. Vuonna 1999 valtakunnallisten kouluterveyspäivien avauspuheessa silloinen opetusministeri totesi myös poliitikkojen tiedostavan huolen nuorten terveydestä ja siksi asiassa ryhdytään tarpeellisiin toimenpiteisiin. Tampereella pidetyistä kouluterveyspäivistä alkoi terveystiedon matka kohti itsenäistymistä omaksi oppiaineeksi vuonna 2001.

Terveystiedon asema vahvistui, kun se sai itsenäisen aseman ylioppilaskirjoitusaineena. Kevään 2007 lukiolaisilla oli mahdollisuus kirjoittaa terveystieto yhtenä reaalina, sillä elokuussa 2005 lukion aloittaneet opiskelijat olivat suorittaneet vähintään terveystiedon peruskurssin (TE1). Terveystiedosta tuli ylioppilaskokeessa kolmanneksi suosituin reaalina psykologian ja historian jälkeen. Terveystiedon kirjoitti 12 prosenttia reaalinaiden kokeisiin osallistuneista. Oppiaineen suosion arveltiin perustuvan aineen vähiin lukiokursseihin, jotka antoivat tilaisuuden ”kokeilla” osallistumista pienin ponnisteluin. Toinen syy terveystiedon suosioon lienee ollut uutuudenviehätyt. (Ylioppilastutkinto 2007)

Tutkimusta aloittaessani olin kiinnostunut terveystiedon asemasta, sen jatkokehittämisestä, uusista oppikirjoista ja siitä, millaisen vastaanoton oppiaine sai lukiolaisten keskuudessa. Kiinnostukseni oli ammatillista johtuen taustastani. Työssäni terveydenhoitajana ja kouluterveydenhoitajana olin nähnyt selvästi, että kansansairaudet juontuvat jo nuoruuden elintapoihin ja kotien käytäntöihin.

Suomalainen ylioppilastutkinto on säilyttänyt lähes instituution aseman koulutusjärjestelmässämme ja nyt siihen

oli tehty iso muutos kun toisaalta oli säädetty ainereaalista ja myös uuden oppiaineen, terveystiedon, omasta kokeesta. Odotin jännityksellä, mitä ensimmäisissä terveystiedon ylioppilaskokeissa kysytään. Ylioppilaskoe kysymykset nähtyäni halusin erityisesti tietää, miten lukiolaiset olivat vastanneet eettistä pohdintaa koskevaan kysymykseen. Halusin selvittää, millaisena lukiolaisten terveydenlukutaito näyttäytyy terveystiedon reaalikokeen vastauksissa. Toiseksi minua kiinnosti se, miten opiskelijat kuvaavat terveyden olemusta ja terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Kolmas kiinnostuksen kohde oli, miten lukiolaiset kirjoittavat terveysarvostuksista terveystiedon reaaliarvostauksissa.

Valitsin terveysosaamisen arvioimisen avuksi vuodesta 1974 käytetyn terveydenlukutaito-käsitteen, jonka ensimmäisenä sanoi Scott Simonds. Hänen mielestään lapsilla on oikeus yhtä hyvään lukutaitoon terveysasioissa kuin muissakin perinteisissä kouluaineissa (Tones 2002). Simondsien perustellut tuntuivat osuvilta, sillä olin itse vakuuttanut terveystiedon tärkeyttä sillä, että kun lapset koulussa oppivat kastemadon tikapuuhermoston, on heillä yhtä lailla oikeus oppia myös, että ihmisen kuulohermo voi vaurioitua pysyvästi liian kovalla volyymilla lähellä soivasta musiikista.

Käsitteenä terveydenlukutaito tuntui soveltuvan terveysosaamisen arvioimiseen. Monissa maissa, kuten esimerkiksi Yhdysvalloissa, on kehitetty runsaasti erilaisia määrällisen terveydenlukutaidon mittareita, joilla muutamassa minuutissa selvitetään potilaan terveydenlukutaidon taso. Vahvistukseni sille, että terveydenlukutaito on mitattavissa myös laadullisesti, sain tutustuessani Sirkka Jakosen väitöskirjatutkimukseen peruskoululaisten näkemyksistä ja kokemuksista terveyden oppimisessa. Jakonen (2005, 180) ehdottaa terveydenlukutaito-käsitteen jatko-operationalisointia, jotta terveydenlukutaidon tasoa ja terveystieto-oppiaineen kehittämistä voidaan arvioida. Tähän olen omalla tutkimuksellani pyrkinyt.

Sidon teoriaosassa terveydenlukutaito-käsitteen terveyden edistämisen ja terveyskasvatuksen asiakokonaisuuteen. Terveyden edistämisen yksi keino on terveyskasvatus ja terveyskasvatuksen

yksi keino on terveystiedon opettaminen. Terveysopetuksen tuloksia voidaan nimittää monilla käytössä olevilla termeillä kuten: terveydenlukutaito, terveystietosaaminen, terveystietosivistys, terveystietaju ja terveystietämyys. Teoriaosassa syvennyn myös arvostuskäsitteeseen. Nuorten arvomaailma on vasta muodostumassa ja siksi keskityn lukiolaisten terveystiedon reaalikokeessa ilmaiseisiin terveystietosaamisiin. Pysyvät arvot muotoutuvat myöhemmin arvostusten pohjalta.

Terveystieto-oppiainetta kannattaa tutkia monesta syystä. Kun terveystieto on oppiaineena vakiintunut suomalaisen koulutusjärjestelmään, on opetuksella mahdollista lisätä nuorten valmiuksia terveyden edistämiseksi. Terveystietä on saatavilla paljon tietoa. Koulussa opetetaan asiallista ja oikeata tietoa sekä oppilaita ohjataan luotettavien tietolähteiden äärelle. Metaforan avulla voi todeta, että koulu voi nyt halutessaan antaa nuorille hyvät ja terveet elämän eväät. Se, miten lukiolaiset perustelevat kirjoituksissaan terveystietosaamisia, voi antaa viitteitä heidän ajattelustaan. Tutkimustuloksista on löydettävissä konkreettisia ehdotuksia terveystiedon opetuksen kehittämiseksi.

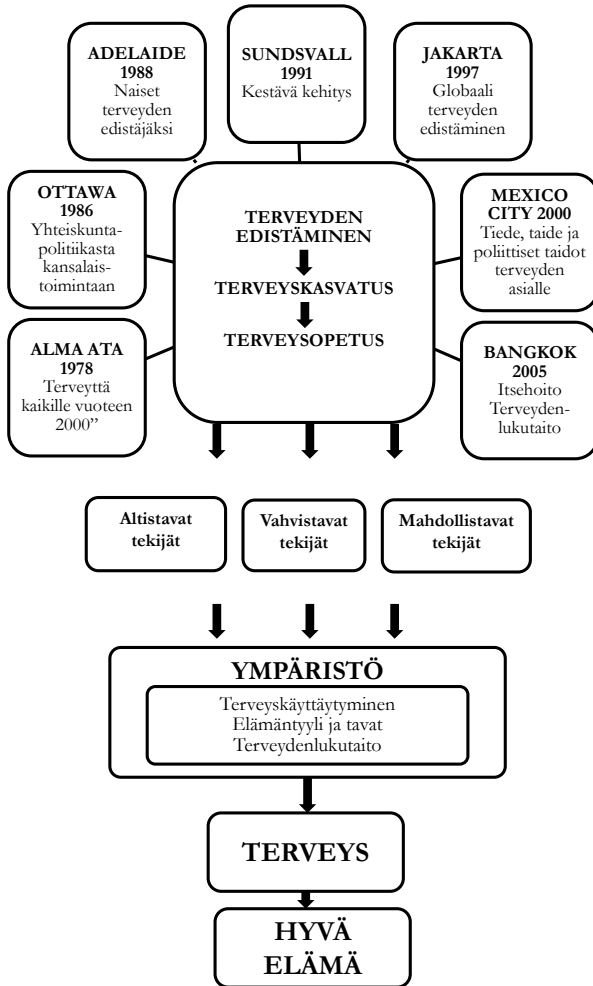
Tutkimukseni erityisiä haasteita on kaksi. Terveystietosaaminen mittarina on edelleen vakiintumaton ja kiistanalainen. Terveystietosaamistaidolla mitataan myös nuoren terveystietämyksen kasvua mutta sitä ei mitata terveystiedon reaalikokeella eikä kokeella myöskään mitata nuoren itsetuntoa tai itsehoitoa. Reaalikokeella arvioidaan nuorten yleisivistystä ja terveystiedon lukion opetussuunnitelman oppimistavoitteiden saavuttamista. (Ylioppilastutkintolautakunta 30.9.2011, 1). Suomessa on tutkittu runsaasti nuorten terveystietämyksen kasvua. Tutkimusta nuorten kognitiivisesta terveystietosaamisesta ja arvopohdiskelutaidoista on vähän. Pysin tuomaan oman osuuteni tutkimuksellani tähän keskusteluun.

2 TERVEYDEN EDISTÄMISESTÄ TERVEYDENLUKUTAITOON

Terveydenlukutaito on osin terveysopetuksen tulosta. Terveysopetus on yksi terveyskasvatuksen muodoista ja terveyskasvatus on osa terveyden edistämisen kokonaisuutta. Terveyden edistäminen on myönteisten terveyttä tukevien asioiden ja hyvien käytäntöjen vahvistamista yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasoilla. Terveyden edistäminen on myös terveyttä tuottavien muutosten aikaansaamista ja terveyden tasa-arvon lisäämistä. (Terveyttä edistävän viestinnän suuntaviivat, 2005, 4.) Vertion mukaan terveyden edistämisen tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveyden huolehtimisessa. Se on myös terveyden edellytysten parantamista yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kannalta. (Vertio 2003, 29; myös Abel 2008; Stewart ym. 2008) Terveyden edistäminen voidaan määritellä eri tavoin riippuen siitä, tarkastellaanko terveyden edistämistä arvojen, tavoitteiden, toiminnan, menetelmien vai tulosten valossa. Arvot ovat terveyden edistämisen perusta. (Savola ym. 2005, 24.)

Terveyden edistämisen tavoitteena on elämän laatu ja ihmisen toiminnallinen itsenäisyys (Nutbeam 1998a). Terveyden edistämisen tulisi auttaa ihmistä voimaantumaa eli osallistumaan elämäänsä omista lähtökohdistaan. Yksilötasolla voimaantuminen on sitä, että ihminen tuntee olevansa itsenäinen ja hänellä on itseluottamusta sekä erilaisissa tilanteissa tarpeellisia tietoja ja taitoja. Näitä edustaa myös terveydenlukutaito. (Jakonen 2002, 124.) Tulevaisuudessa terveyden edistäminen edellyttää yhteisöllisten, kulttuuristen ja eettisten näkökulmien huomioimista (Pietilä ym. 2002a, 148). Terveyden edistämisen tärkeitä periaatteita ovat ihmisen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja valinnanvapaus sekä herkkyys tunnistaa ihmisten huolenpidon ja ohjauksen tarve (Hakulinen ym. 2002, 312). Koponen ym. (2002, 101) luettelevat kouluikäisten tärkeiksi terveyden edistämisen teemoiksi itsetunnon tukemisen, elämänhallintataidot, ymmärtämisen, ravitsemuskasvatuksen, kasvun ja kehityksen ymmärtämisen, liikunnan, tupakoimattomuuden ja päihteiden käytön välttämisen.

Seuraavassa kuviossa edetään terveyden edistämisestä, jota toteutetaan terveyskasvatuksena, kohti terveyttä ja hyvää elämää.



Kuvio 1 Kohti hyvää elämää -malli mukailten Green ja Kreuter (1999, 35, 155) sekä WHO:n terveyskonferenssit

Edellä esitetyn kuvion pääsanoma on sijoittaa tutkimukseeni terveyden edistämisen kokonaisuuteen, jossa Maailman terveysjärjestön terveyskonferenssien julkilausumista poimitut viestit antavat suuntaviivat kansallisille terveyden edistämistoimille. Terveysopetuksen onnistumiseen vaikuttavat vahvistavat, altistavat, ja mahdollistavat tekijät. Vahvistavia tekijöitä ovat esimerkiksi perhe, ystävät, opettajat ja terveydenhuoltohenkilöstö. Mahdollistaviin tekijöihin sisältyvät terveystaidot, hoidon saatavuus ja lait. Altistavia tekijöitä ovat tieto, uskomukset, arvot ja asenteet eli terveystiedon reaalikokeessa osoitettu osaaminen, tiedot, arvot ja ymmärtäminen sekä taito argumentoida vastaukset. (Green ym. 1999, 155)

Georg Henrik von Wright (2001, 111) pohtii ihmisen hyvinvointia jakaen sen kahteen aspektiin. Ensimmäistä eli perustavaa laatua olevaa hän kutsuu privatiiviseksi terveydeksi ja toista hyvinvoinniksi, joka vastaa positiivista mielihyvään liittyvää terveyskäsitettä. Kun ihminen nauttii hyvinvoinnin mielihyväaspektista, hänen sanotaan olevan onnellinen. Onnellisuutta von Wright kutsuu hyvinvoinnin kukoistukseksi.

2.1 Terveyden edistäminen

Terveyden edistäminen on maailmanlaajuinen asia. Maailman Terveysjärjestö (WHO) on vuoden 1978 Alma Atan kokouksesta lähtien täsmentänyt toimenpiteitä terveyden edistämiseksi maailmassa. Alma Atan konferenssissa paalutettiin kunnianhimoinen tavoite: terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä (Declaration of Alma Ata. International Conference on Primary Health Care, 1978).

Vuonna 1986 pidetty Ottawan konferenssi linjasi terveyden edistämisen koskemaan yhteiskuntapolitiikkaa, ympäristöä, kansalaistoimintaa, terveyspalveluja ja terveyskasvatusta eli ihmisten terveystiedon lisäämistä. (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986; Tones ym. 2001, 21). Adelaidessa vuonna 1988 nostettiin esille naisten vaikutus terveyden edistämisessä ja lasten terveyden parantamisessa (Adelaide Recommendation on Healthy Public Policy, 1988; Tones ym. 2001, 22). Sunds-

vallin konferenssi vuonna 1991 toi esille ympäristön ja kestävän kehityksen merkityksen terveyden edistämässä (Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health, 1991; Tones ym. 2001, 22).

Jakartan konferenssi vuonna 1997 painotti vahvasti yhteistä globaalia terveyden edistämisen taktiikkaa, johon osallistuisivat valtiot, järjestöt ja yksityinen sektori (Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century, 1997). Mexico Cityn vuonna 2000 pidetyssä konferenssissa nostettiin esille terveyden edistämässä muun muassa ”tiede ja taide” sekä poliittiset taidot ja toiminta (The Fifth Global Conference on Health Promotion, Mexico City 2000). Bangkokin konferenssissa vuonna 2005 todettiin terveyden edistämisen olevan sitä, että ihmisiä autetaan kontrolloimaan ja parantamaan itse omaa terveyttään. Yhtenä keinona tähän mainittiin terveydenluketaito. (The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World, 2005.)

Terveyden edistäminen Suomessa pohjautuu WHO:n julistuksiin ja ohjelmiin (Raatikainen 2002, 10). Valtioneuvosto teki vuonna 2001 periaatepäätöksen Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. Sen viitoittamana toimitaan eri tasoilla ministeriöistä neuvoloihin ja kouluihin. Terveyden edistäminen tähtää koko väestön terveyden parantamiseen, sairauksien ehkäisemiseen ja väestöryhmien välisten terveyserojen vähentämiseen. Terveyden edistämällä vaikutetaan terveyden taustatekijöihin ja terveysnäkökohdat huomioidaan myös poliittisia päätöksiä tehtäessä. Nuorten syrjäytymisen ja huonon terveyden vähentämiseksi kehitetään nuorten elämänhallintataitoja ja terveystietoutta. (Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta, 2001, 10-12, 24.)

2.2 Terveyskasvatus ja koulun näkökulma

Terveyskasvatus sai Suomessa itsenäisen yliopistollisen oppiaineen aseman vuonna 1990 Jyväskylän yliopistossa (Korhonen 1998, 6). Terveyskasvatus on terveyden edistämistä kasvatuksen ja viestinnän keinoin (Korhonen 1998, 6). Terveyskasvatuksella pyritään auttamaan ihmistä terveyteen kasvamisessa

ja elämässä selviytymisessä. Tavoitteena on myös kartuttaa ihmisen sivistyksellistä terveystietoa, viritteä terveyttä edistäviä muutostoiveita ja auttaa muutospyrkimyksissä. (Kannas 1992; 2005b, 26-31.)

Terveyskasvatuksen menetelmä- ja strategiatieto kattaa opettajan tarvitseman ammatillisen osaamisen. Lähtökohtana on oppimiskäsitys, jonka perustana on aktiivisesti ja kriittisesti osallistuva oppilas. Toiseksi opettajan on hallittava nykypäivän vaatimusten mukaisia käytännön pedagogisia taitoja. Opettajalle olisi eduksi vahva tunneäly, jota tarvitaan esimerkiksi sosioemotionaalisten taitojen opettamisessa. Opettajalla tulisi olla kokonaisvaltainen käsitys terveyttä edistävästä kouluyhteisöstä, jossa voivat hyvin niin oppilaat, opettajat kuin muukin koulun henkilökunta. Terveystieto on yksi terveyttä edistävän koulun toimintastrategioista. (Kannas 2005b, 16-17.)

Terveyskasvatuksen tietoperustassa kulttuuritieto auttaa ymmärtämään yhteiskunnallista toimintaa, poliittista päätöksentekoa ja taloudellisia intressejä, jotka vaikuttavat kansalaisten terveyden edistämiseen ja väestön terveystottumuksiin. Kulttuuritieto auttaa tarkastelemaan kriittisesti yhteiskunnallisia ilmiöitä, jotka voivat olla terveyden näkökulmasta ristiriitaisia. (Kannas 2005b, 17) Asia on huomioitu lukion terveystiedon opetussuunnitelman perusteissa (2003, 211). Niissä todetaan, että *”opiskelija osaa hankkia, käyttää ja arvioida terveyttä ja sairauksia koskevaa tietoa sekä pohtia terveystietoa ja terveystottumusten kehittymistä liittyviä ilmiöitä terveystietokulmasta”*.

Tiedot ja käsitys terveydestä ja sairauksista ovat terveyskasvatuksen tietoperustan ydinasioita. Keskeistä on tieto terveyttä vaarantavista ja edistävästä asioista. Tärkeätä on myös tieto terveystottumusten, ympäristötekijöiden ja perintötekijöiden vaikutuksesta terveyteen. Toiminnan tasolle edetessä on tiedettävä, miten terveyttä voi edistää ja miten sairauksia hoidetaan. Terveyttä tulee käsitellä yksilön, perheen, koulun, lähiympäristön, yhteiskunnan ja koko maailman kannalta. (Kannas 2005b, 19)

Terveyskasvatuksen lähestymistavoilla selvennetään terveyskasvatuksen kasvatusfilosofista ja käytännöllistä olemusta.

Lähestymistapoja ovat lääketieteellinen, rationaalinen, voimavarakeskeinen ja humanistinen terveyskasvatusmalli. Malleista mikään ei ole toistaan parempi vaan niitä kaikkia on hyvä soveltaa opetuksessa riippuen aiheista, oppimistavoitteista tai oppimistilanteista. (Kannas 2005b, 21-25; Tones ym. 2001, 55-59.)

Lääketieteellisessä lähestymistavassa terveysopetus jäsentyy sairauksien riskitekijöiden ja niiden välttämisen pohjalle eli kuinka elää, jotta säästyisi kansantaudeilta. Yleensä behavioristinen oppimiskäsitys määrittelee opetustyylin, joka on opastavaa ja varoittavaa sekä toivottavaan terveyskäyttäytymiseen suostuttelevaa. Varoittelu, jopa pelottelu voi kuitenkin saada oppilaissa aikaan vastustuksen. (Kannas 2005b, 22.)

Rationaalinen terveyskasvatusmalli muistuttaa lääketieteellistä lähestymistapaa opetusmateriaalin hankinnassa. Erona on, että rationaalisisessa mallissa opettaja esittää tosiasiat mahdollisimman neutraalisti. Opetuksessa vedotaan nuorten järkevyyteen ja vapauteen tehdä omat valintansa saamiensa tietojen pohjalta. Vaarana on, että nuori vastuutetaan liian varhain. (Kannas 2005b, 23.)

Voimavarakeskeisen terveyskasvatuksen tavoitteena on vahvistaa nuorten henkisiä voimavaroja ja sosioemotionaalisia taitoja. Voimavarana keskeisessä terveysopetuksessa nuorella on puhevalta ja hän on oman arkensa ja elämänsä asiantuntija. Terveysopetus on vastavuoroista. Terveyskasvattaja on kuuntelija, myötäeläjä ja ymmärtäjä. (Kannas 2005b, 23-24; Tones ym. 2001, 49-51.)

Humanistista terveyskasvatusta luonnehtivat tavoite terveyssivistymisestä ja valmius terveyden ja sairauden arvopohdintaan. Terveyssivistys on sitä, että ihminen osaa hankkia tietoja terveydestä ja sairauksista, osaa toimia eri tilanteissa, on joustava asenteissaan ja jalostaa arvomaailmaansa. Opetus on keskustelevaa, suvaitsevaista ja moniarvoisuutta kunnioittavaa. Terveyttä ja sairautta pyritään käsittelemään ilman normatiivisia latauksia. Vammaisuus, sairastuminen ja kuolema nähdään luonnollisina asioina, ei uhkina tai rangaistuksina. Terveysherkkyyden muodostuminen on yksi

opetuksen tavoite. (Kannas 2005b, 24-25.) Terveysopetuksen ja oppimisen ajattelutavassa on aistittavissa muutos yhteisölliseen terveyden edistämiseen. Terveysopetusta ohjaa vahvasti humanistinen ihmiskäsitys, laaja terveystieteellinen ja kognitiivis-konstruktivistinen oppimiskäsitys. (Jakonen 2005, 59)

Terveysopetuksen seurauksena ihmisen tiedot lisääntyvät ja mahdollisesti myös terveys paranee. Kouluilla on suuri merkitys terveydenlukupolun parantamisessa. Koulu on perustituutio maiden hyvinvoinnin ja kansalaisten terveyden edistämiseksi. Köyhyys ja huono terveys kulkevat käsi kädessä. (Ottawa Charter 1986; St Leger 2001.)

Terveyttä edistävät koulut ilmaantuivat samanaikaisesti Eurooppaan (health promoting schools) ja Pohjois-Amerikkaan (co-ordinated school health) 1980-luvun jälkipuoliskolla WHO:n Ottavan (1986) terveyttä edistävän kokouksen innoitamina. Kouluterveyteen vahvistui uusi lähestymistapa 1990-luvulla. Oppilaiden terveystietoja ja -taitoja lisättiin, jotta heidän voimaantumisen tunteensa ja itseilmaisutaitonsa paransivat. Tavoitteena oli oppilaiden lisääntynyt taito huomata myös poliittiset vaikutusmahdollisuudet. Huomio kiinnitettiin koulun fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön, niiden terveystietoihin ja koulun yhteistyöhön paikallisen yhteisön kanssa. (St Leger 2001.) Esimerkkinä terveyttä edistävien koulujen toimintatavasta on Makedonia. Siellä pääkehittämiskohteina olivat muun muassa yhteinen koulun eteos, yhteistyö ja verkostoituminen paikallisesti, kansallisesti sekä kansainvälisesti, terveyttä edistävä kouluympäristö, oppilaskeskiseen opettamiseen orientoituneet opettajat ja kriittinen, läpinäkyvä sekä prosessorientoitunut opetussuunnitelma, joka tukee oppilaiden todellista osallistumista. (Simovska 2004, 201.)

St Leger ja Nutbeam otaksuivat, että terveyttä edistävät koulut myötävaikuttaisivat oppilaiden elinikäisiin taitoihin. Tavoitteena oli, että oppilaat saisivat erityistietoja ja -taitoja esimerkiksi terveellisen ravitsemuksen sisällöstä ja että he ymmärtäisivät ruoan kulttuurisen merkityksen. Tärkeänä päämääränä oli, että oppilaiden itsetuntemus ja tyytyväisyys

omaan ruumiinkuvaan kehittyisivät tyydyttäväksi ja että oppilaat ymmärtäisivät ruoan merkityksen myös osana normaalia sosiaalista kanssakäymistä. (St Leger 2000.)

Myöhemmin St Leger vaikuttaa pettyneeltä koulujen mahdollisuuden edistää oppilaiden terveyttä. Koulussa keskitytään oppimistuloksiin eikä terveysongelmien ratkaisemiseen. Hänen mielestään koulujen tie opiskelijoiden terveyteen tulisi ajatella uudella tavalla. Tulisi unohtaa opetuspaketit ja projektit ja parantaa koulunkäyntiä kokonaisuudessaan terveyttä luovaksi ja tukevaksi ympäristöksi yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. Näin olisi mahdollista vaikuttaa oppilaiden terveyteen nyt ja tulevaisuudessa. (St Leger 2004.)

2.3 Terveystieto

2.3.1 Terveystieto-oppiaineen historia

Terveystietoa on vuosisatojen aikana nimitetty monin tavoin. Useimmiten sitä on kutsuttu terveysopiksi (Suomen Koulutoimen Ylihallituksen kiertokirje 1914, Kouluhallituksen kiertokirje 1948). Terveys- ja raittiusopiksi oppiainetta nimitettiin jo vuonna 1913 (Suomela 1950a). Myöhemmin eli 1970-luvulla oppiainetta kutsuttiin kansalaistaidoksi (Rimpelä 2000) ja vuonna 1993 aihekokonaisuuden nimenä oli liikunta ja terveyskasvatus (Peltonen 2005, 38). Terveystieto oli osa liikunnan opetusta, (Vn päätös lukion tuntijaosta 835/1993 2§) kunnes se vuonna 2001 säädettiin itsenäiseksi oppiaineeksi lukioihin (Laki lukiolain muuttamisesta 454/2001 7§).

Suomen ensimmäisessä Turkuun vuonna 1630 perustetussa lukiossa Collegium Aboensessa noudatettiin piispa Isak Rothoviuksen opetussuunnitelmaa, johon kuului kasvi- ja lääkeoppia. (Malmio 1933, 10.) Kuningatar Kristiinan antamassa vuoden 1649 koulujärjestyksessä määrättiin opetettavaksi oppia ihmisruumiista ja terveydenhoito-opin alkeita. (Malmio 1933, 10-11.) Ihmisruumiin anatomian alkeet kuuluivat vielä 1700-luvulla fysiikan opetukseen (Malmio 1933, 18).

Vuoden 1843 koulujärjestyksessä ei mainita terveysoppia. Voimistelunopettajien koulutukseen sisällytettiin 1870-luvulla anatomia ja fysiologia. (Korhonen 1971, 10.) Jyväskylä on edelläkävijä terveystiedon opetuksessa. Liikuntakasvatuksen uranuurtaja Viktor Heikel opetti 1880-luvulla yhteiskoulussa terveysoppia (Suomela 1950a). Jyväskylän tyttökoulussa ja Helsingin Suomalaisessa tyttökoulussa opetettiin todennäköisesti terveysoppia 1880-luvun viimeisinä vuosina (Korhonen 1971, 10).

Terveystiedon puolestapuhuja ja kouluhygienian dosentti Max Oker-Blom kirjoitti Terveysopin pääpiirteet -oppikirjan esipuheessa seuraavasti: *”Terveysopille eli hygienialle on viime aikoina tunnustettu tärkeä sija yksilön tietoaarteessa. Onhan terveys jokaiselle niin kallisarvoinen omaisuus, että hänen on täysi syy tutustua niihin ehtoihin, jotka ovat hyvän terveyden säilymisen ja kehittymisen edellytykset ja vaatimukset.”* (Oker-Blom 1910, ii)

Oker-Blomille (1910, 7) terveys oli *”elämänilon ensimmäinen ehto”* Hänen terveysopin oppikirjansa oli käytännöllinen terveydenhoito-opas. Oker-Blom määritteli (1916, 5) terveysopin hygieniaksi, lääketieteen haaraksi. Hän julkaisi vuonna 1916 vielä Terveysopin, jota pidettiin ansiokkaana sukupuoli-oppikirjanakin. (Suomela 1950a.)

Terveysopin ymmärtämiseksi pidettiin 1900-luvun alussa tärkeänä tietoja ihmisen anatomia ja fysiologiasta. Käytössä oli saksalaisen professorin Otto Schmeilin kirja Ihminen, jossa terveydenhoito-ohjeita oli vain vähän. Monet ohjeet ovat edelleen päteviä. *”Elä rasita liiaksi silmiäsi! Ennen kaikkea muista silloin tällöin työssäsi pitää lomahetkiä, jolloin katselemalla kauvemmaksi suot silmillesi tarpeellista lepoa”*. (Schmeil 1908, 31)

Terveys- ja raittiusopin opetus aloitettiin maamme oppikouluissa virallisesti vuonna 1913 (Korhonen 1971, 11). Silloiset voimistelunkollegat nimitettiin terveysopin- ja voimistelun nuoremmiksi lehtoreiksi. (Suomen Koulutoimen Ylihallitus, kiertokirje maan lyseoiden rehtoreille. 1914,

N:ro 243.) Voimistelunopettajat, joilla oli laajahkot tiedot hygieniasta ja aputieteistä, vaativat jo erityisiä terveysopin tunteja. (Suomela 1950a.) Koulutoimen Ylihallituksen kiertokirjeessä vuodelta 1917 määritellään terveys- ja raittiusopin vaatimukset: ”*Opetuksessa käsitellään yksilön ja yhteiskunnan yleiseen terveydenhoitoon kuuluvia tärkeimpiä asioita ja annetaan oppilaille muistissa helposti pysyviä tietoja...*” (Korhonen 1971, 11.)

Ivar Wilskman kirjoitti Terveysopin kouluja varten. Hän määritteli terveysopin terveydenhoito-opiksi eli hygieniaksi. Se on tiede, joka opettaa, mitä meidän tulee tietää ja ottaa huomioon voidaksemme hoitaa oikein terveyttämme, pidentää ikäämme ja täydesti nauttia olemassaolostamme. (Wilskman 1919, 5-6.) Wilskman kirjoitti lääketieteen professori Arne Palménin kanssa Terveysoppi -kirjansa uudelleen. Tässä teoksessa jaetaan terveysoppi yksilölliseen, yleiseen ja rotuterveysoppiin. Yleinen terveysoppi käsittää yhteiskunnan suojeluskeinoja terveysvaaroja vastaan ja rotuterveysoppi tähtää tulevien sukupolvien terveyteen. Kirjoittajat varoittavat liiallisesta terveysintoilusta: ”...*joskus terveyttä hoidetaan liiankin tarkoin, henkilö, joka kaikkialla vaanii terveydenvaaroja ja koko aikansa ajattelee omaa terveyttään, on sellaisenaan sairaallosainen ilmiö. Parasta on ihmisen noudattaa yksinkertaisia ja kohtuullisia elämäntapoja, suoda ruumiinsa kaikille elimille vaihtelevaa työtä ja lepoa sekä, olematta turhan tarkka, vaalia ruumiillista ja henkistä terveyttään.*” (Palmén-Wilskman 1926, 9, 219.)

Fysiologi Robert Tigerstedtin Terveysoppi oppikouluja varten -kirja sisälsi niukasti terveydenhoito-ohjeita. Terveysoppia ei kirjassa määritelty. (Tigerstedt 1921, 218.) Laissa valtion oppikouluista (218/1939 8§) todetaan oppikouluissa opetetavan muun muassa voimistelua ja urheilua, väestönsuojelua, terveysoppia ja raittiusoppia. Oppikoulujen lukusuunnitelma määriteltiin vuoden 1941 asetuksella. Voimistelun, urheilun ja terveysopin tarkoituksena oli *saattaa oppilaat ymmärtämään terveyden ja terveydenhoidon merkitys yksilölle ja kansalle, kasvattaa heidät ruumiillisesti ja henkisesti terveiksi, työkykyisiksi ja maanpuolustuskelpoisiksi, sopusuhtaisiksi ja joustaviksi sekä totuttaa heitä elämään terveesti ja omaksumaan itselleen terveellisiä ja raittiita elämäntapoja.* (Korhonen 1971, 12.)

Kouluhallituksen vuoden 1948 ohjeissa määrätään neljäs-
luokkalaisille varsinaista terveysopetusta 15 tuntia, viides-
luokkalaisille yksi viikkotunti ja seitsemännellä luokalla 20
tuntia kevätlukukaudella. Tyttöoppilaitoksissa opetettiin las-
ten ja kodin hoitoa. Oppikouluissa tuli sopivissa kohdin pe-
rehtyä myös tapaturmien torjumiseen ja ensiapuun. Lisäksi
todettiin: ”*Jos terveysopin opettaja tuntee hallitsevansa aiheen ja
oppilaat, hän voi V:llä luokalla yleispiirtein ja VII:llä luokalla
laajemmin kosketella sukupuolikasvatukseen ja rotuhygieniaan
liittyviä kysymyksiä.*” (Kouluhallituksen Kiertokirje 1948,
N:o 1736.)

Kiertokirje vuodelta 1959 määritteli kurssit raittiusopissa,
ensiavussa, kodin sairaanhoidossa, kasvatuksessa perheen-
jäseneksi sekä ympäristöhygieniassa. Yleisen terveydenhuollon
asioista opiskeltiin asunto-, jäte- ja elintarvikehuoltoa, vesiky-
symyksiä, kansanravitsemusta ja kansantauteja, alkoholismia
ja kansainvälistä terveydenhuoltotoimintaa. Tyttöjen vuonna
1967 vahvistetussa liikuntakasvatusohjelmassa ei ollut ohjeita
terveyskasvatuksesta. Poikien liikuntakasvatusohjelma otettiin
käyttöön lukuvuonna 1960-1961. Liikuntakasvatukseen liit-
tyvällä terveyskasvatuksella ja terveysopin opetuksella pyrittiin
siihen, että oppilaat ymmärtäisivät ja omaksuisivat terveelliset
elämäntavat. Erityinen huomio kiinnitettiin ryhdikkyyteen.
Eri aineiden opettajien tuli pyrkiä mahdollisuuksien mukaan
luomaan fyysistä ja psyykkistä terveyttä edistävää kouluym-
päristöä. (Korhonen 1971, 13.)

Usein terveydenhoito-oppikirjojen kirjoittajat peruste-
livat kirjaansa kunnollisen oppikirjan puutteella. (Suomela
1950b). Näin tekivät myös vuonna 1933 Kaarina Kari ja Kl.
U. Suomela Oppikoulun terveysoppikirjassaan. He korosta-
vat käytännön terveydenhoitoa, raittiuskasvatusta ja tuberku-
loosin hoitoa. Kirjan kymmenennessä painoksessa he vaativat
sivistisyhteiskuntaa poistamaan opetuksella terveyteen liitty-
vää tietämättömyyttä. Kari & Suomela sisällyttävät opetuk-
seen yksilöllisen, yleisen ja rotuterveysopin sekä kouluyhgyeni-
an. (Kari & Suomela 1955, 10.) Lukuvuoden 1953-54 aikana
terveysopin arvosana vaikutti luokalta toiselle siirtoon niillä
luokilla, joilla sitä opetettiin koko lukuvuosi vähintään yksi
tunti viikossa. (Korhonen 1971, 12.)

Annikki Karvonen ja Martti J. Karvonen (1964) kirjoittivat Keskikoulun terveyskirjan, jossa käsitellään laajasti tapaturmien ensiapua ja ravitsemuksesta esitetään ruoka-aineympyrä. Sairauksista käsitellään nivelreumaa, syöpää ja tartuntatauteja. Mielisairaudet mainitaan ainoastaan alkoholin liikakäytön seurauksena. (Karvonen ym. 1964, 3-4.) Toisen 1960-luvulla ilmestyneen keskikoulun oppikirjan Sinä ja Terveytesi kirjoittivat Margareta Hannula ja Kerttu Larjanko. Heidän mielestään opetuksen tavoitteena on oppilaan oman terveyden parantamisen lisäksi vastuunkanto muiden terveydestä. Kirjassa on sukupuoliasioista, ulkonäöstä ja saunomisesta omat kappaleensa. (Hannula ym. 1969, 5; 6-7.)

Holger Hultin totesi terveystieteen olevan osa terveystieteistä, josta hän saa yksityiskohtaiset elämän ”käyttöohjeet” ja taidon ottaa ratkaisuihinsa huomioon myös terveydelliset näkökohdat. (Hultin 1965.) Hultin ja Lyyli Virtanen kirjoittivat 1970-luvun alussa Lukion terveystieteen. Kirjassa oli laajat kirjallisuussuositukset jokaisen luvun jäljessä. Tekijät itse arvelivat, ettei kirja sovellu tavanomaiseen luokkaopetukseen vaan itsenäiseen opiskeluun ja sen jälkeen oppilaiden esille nostamien kysymysten käsittelyyn luokassa. (Hultin ym. 1975, 6).

Terveystieteen vahva asema heikentyi 1960 - 1970-luvuilla. Tieteellisissä tutkimuksissa alettiin epäillä haittatiedon vaikutuksia lasten ja nuorten asenteisiin ja käyttäytymiseen. Peruskoulun opetussuunnitelman valmistelussa terveystieteen ei ollut enää erityinen oppiaine vaan se integroitiin lähinnä kansalaistaitoon. Kansalaistaito tuli oppiaineeksi peruskouluihin 1970-luvun alussa. Kun 1970-luvun loppupuolella kustannusten välttämiseksi kansalaistaidon tunteja vähennettiin, esitettiin oppiaineen pääsisällöksi terveystieteen, turvallisuus- ja tapakasvatus-ta. (Rimpelä 2000).

Juho Korhonen, Tuula Eloranta ja Esa Santala kirjoittivat Lukion terveystieteen kirjan, joka noudatti vuonna 1981 voimaan tullutta lukion opetussuunnitelmaa. Kirja poikkeaa aikaisemmista oppikirjoista siinä, että se sisältää laajan luvun ympäristöterveydenhoidosta. (Korhonen ym. 1984, 150-164.) Vuonna 1985 opetussuunnitelman perusteissa terveystieteen

liitettiin ala-asteella kansalaistaitoon ja ylä-asteella liikuntaan. Opetussuunnitelmista poistui yläasteen kansalaistaidon tunnit. (Peltonen 2005, 38; Rimpelä 2000).

Lukioasetuksessa 719/1984 terveystieto on opettavien aineiden joukossa (32§), samoin lukioasetuksissa 1176/1992 ja 689/1993. Valtioneuvoston tuntijakopäätöksessä (835/1993) terveystieto oli osa liikunnan opetusta. Vuoden 1993 valtioneuvoston tuntijaossa määriteltiin tavoitteet aihekokonaisuuksina, joista yksi oli terveystieto ja sen aiheita olivat muun muassa terveelliset elintavat ja seksuaalikasvatus. (Peltonen 2005, 38.) Terveystietoa opetettiin integroituna biologian, liikunnan ja kotitalouden oppitunneilla. Vastuu opetussuunnitelmista siirtyi kunnille 1990-luvulla. Terveystietoon oppitunnit vähenivät samalla kun muu valinnaisuus lisääntyi. (Rimpelä 2000.)

Vuonna 1998 lukiolaissa (629/1998 §7) yhdistettiin liikunta ja terveystieto yhteisesti opettaviksi. Koululajeja uudistettaessa ei hallituksen esitykseen sisällynyt terveystietoa omana oppiaineena mutta eduskunta lisäsi sen valiokuntakäsittelyssä lukion ja ammatillisten oppilaitosten oppiaineisiin (liikunta ja terveystieto) vuonna 1998.

Konrad Reijo-Waara, joka 1890-luvulla toimi tarmokkaasti terveystietoon opetuksen tehostamiseksi totesi, että *terveysopin ottaminen kouluihin on nykyajan väistämätön vaatimus*. (Halila 1949, 281-282) Reijo-Waaran vaatimus toteutui reilun sadan vuoden kuluttua, kun terveystieto tuli itsenäiseksi oppiaineeksi Suomen peruskouluihin, lukioihin ja ammatillisiin oppilaitoksiin vuonna 2001. Terveystietoon opetuksen tarkoituksena on tehostaa terveystiedon opetusta osana perusopetusta ja saavuttaa lähes koko ikäluokka ja sitä kautta vaikuttaa myönteisesti kansanterveyteen. Terveystiedon opetus jakautuu kolmeen osaan: varsinaiseen terveystietoon ja terveyden edistämiseen, sosiaalisten taitojen ja yleisten elämänhallintataitojen kehittämiseen ja turvallisuustaitojen ja -valmiuksien saavuttamiseen. (HE 142/2000.)

2.3.2 Terveystieto-oppiaine lukiossa

Terveystiedosta tuli vuonna 2001 itsenäinen oppiaine perusopetukseen, ammatillisiin oppilaitoksiin ja lukioihin (HE 142/2000). Terveystieto etenee jatkumona esiopetuksesta toiselle asteelle. Esiopetuksessa terveys on eheytyneen opetuksen tärkeä sisältöalue (Esiopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2010, 12 ja 16). Perusopetuksessa opetetaan terveystietoa vuosiluokilla 1-4 integroituna ympäristö- ja luonnontietoon ja luokilla 5-6 terveystieto integroidaan biologiaan ja maantietoon sekä fysiikkaan ja kemiaan. Terveystieto on itsenäinen oppiaine vuosiluokilla 7-9. (Valtioneuvoston asetus 1435/2001.)

Lukiokoulutuksen yleisistä ja valtakunnallisista tavoitteista ja tuntijaosta säädettiin valtioneuvoston asetuksella (955/2002) marraskuussa 2002. Tämä tarkoitti sitä, että elokuussa 2005 lukion aloittavien opiskelijoiden ohjelmaan kuului yksi pakollinen (TE1, Terveystiedon perusteet) ja kaksi syventävää kurssia terveystietoa. Syventävät kurssit (TE2, Nuoret, terveys ja arkielämä ja TE3, Terveys ja tutkimus) ovat valinnaisia. Lukiolaisen tulee suorittaa eri oppiaineiden syventäviä kursseja vähintään kymmenen (955/2002, 8§). Lukion opetussuunnitelman perusteet hyväksyttiin elokuussa 2003 ja ne tulivat voimaan 2005. Lukion opetussuunnitelman perusteissa määritellään terveystieto seuraavasti:

Terveystieto on monitieteiseen tietoperustaan nojautuva oppiaine, jonka tarkoitus on edistää terveyttä, hyvinvointia ja turvallisuutta tukevaa osaamista. Tämä osaaminen ilmenee tiedollisina, sosiaalisina, tunteiden käsittelyä ohjaavina, toiminnallisina, eettisinä sekä tiedonhankintavalmiuksina. Terveysosaamiseen kuuluu valmius ottaa vastuuta oman ja toisten terveyden edistämisestä. Lukion terveystiedon opetuksessa terveyttä ja sairautta sekä terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisyä ja hoitoa tarkastellaan yksilön, perheen, yhteisön ja yhteiskunnan näkökulmasta. (LOPS 2003, 210)

Lähes kaikissa lukioissa tarjottiin lukuvuonna 2007-2008 terveystiedon syventävät kurssit. Lapin läänissä ja pienissä alle

sadan opiskelijan lukioissa kurseja järjestettiin keskimääräistä vähemmän, kuitenkin noin 90% näistäkin lukioista toteutti mainitut kurssit. Joka neljännessä lukiossa tarjottiin koulukohtaisia syventäviä tai soveltavia kurseja ja kolmasosassa lukioista myös niin sanottuja kertauskursseja. Vähiten kertauskursseja toteutettiin Lapin lukioissa, maaseutulukioissa ja alle sadan oppilaan kouluissa. (Aira ym. 2009c, 51-52.)

Terveystieto hengittää terveyden arvopohdiskelusta, toteaa Lasse Kannas (2005a, 11). Hän muistuttaa jo 1990-luvun alussa ihmetelleensä, miksi lasten on osattava yleissivistyksen nimissä Rooman keisareiden syntymäaikoja samalla kun yleissivistäviä tietoja terveydestä ei pidetä tärkeinä (Kannas 2005b, 10). Terveydenlukutaito-käsitteen vuonna 1974 ensimmäisenä käyttöön ottanut Scott Simonds oli sitä mieltä, että oppilaiden tulee saada yhtä hyvä lukutaito terveysasioissa kuin muissakin perinteisissä kouluaineissa (Tones 2002).

Lasse Kannas perustelee terveystieto-oppiaineen tärkeyden kahdeksasta näkökulmasta. Tärkein perustelu on sivistys- ja arvooperustelu. Terveysosaaminen on yleissivistystä. Voimavaranäkökulmasta katsottuna terve oppilas on vireä ja oppimishaluinen ja myönteiset oppimistulokset parantavat oppilaan itsearvostusta. Terveystiedon opetus tukee lapsuuden ja nuoruuden kehitystehtävien toteutumista: esimerkiksi seksuaaliterveyttä, tunne-elämän muutoksia ja aikuiseksi kasvamista. Terveystiedossa pohditaan monia nuorten terveysoongelmia kuten mielenterveyskysymyksiä, syömishäiriöitä ja muita heidän ikävaiheeseensa liittyviä kysymyksiä. Monet kansansairaudet kehittyvät hitaasti vuosien myötä. Terveystietoisuuden lisääminen edistää aikuisten kansanterveyttä. Terveystiedon opiskeleminen voi helpottaa terveydenhuoltoalan koulutukseen pääsyä. Terveystiedon opiskelu mahdollistaa myös uusiin ajankohtaisiin terveysriskeihin tutustumisen ja niiden välttämisen. Terveystiedolla voi olla yhteiskunnalle merkittävät myönteiset taloudelliset seuraukset. Kansanterveyden parantuminen lisää kansalaisten työ- ja toimintakykyä. (Kannas 2005b, 11-12.)

Terveystieto on monitieteinen oppiaine, jossa terveyttä käsitellään lääketieteen, terveystieteiden sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden valossa. Myös taloudelliset ja eetti-

set näkökulmat ovat vahvasti esillä. Eettisyyden pohdinta on myös oleellista terveystiedon opetuksessa. (Kannas 2005a, 10, 14.) Terveystiedossa korostuvia arvoja ovat vastuu itsestä, sosiaalinen vastuuntunto ja toisten kunnioittaminen (Kokkonen ym. 2005, 201).

Lukion opetussuunnitelman perusteissa (2003, 210) terveys määritellään fyysiseksi, psyykkiseksi ja sosiaaliseksi työ- ja toimintakyvyksi. Terveys voidaan määritellä sairauden kautta niin kuin lääketieteessä tehdään. Yhteiskuntatieteissä terveys nähdään hyvinvointina ja tasa-arvon toteutumisenä. Sosiologian näkökulmasta terveys mahdollistaa selviytymisen arkielämän rooleista. Hermeneuttinen filosofia pitää terveyttä vähitellen kasvavana ymmärryksenä, jossa keho ja mieli ovat saman inhimillisen kokemuksen ulottuvuuksia. Terveys ilmenee erilaisena ihmisen eri elämän vaiheissa. (Heikkinen 2005, 20.)

Oppiaineena terveystieto sijoittuu terveyden edistämisen toimintastrategiaan yhtenä terveystieteen muodoista. Terveystieteen ja sen myötä myös terveystiedon tietoperusta on yhteinen. Tietoperustana on näkemystieto, jonka ydintä on terveyden ja sairauden ulottuvuuksien pohdinta. Elämäntapatie, pedagoginen ja strateginen menetelmätieto sekä kulttuuritieto ovat muut terveystiedon tietoperustan ainekset. (Kannas 2005b, 13, 14.)

Hannu L.T. Heikkinen (2005, 19) ehdottaa, että terveys olisi yksi onnellisen elämän ulottuvuus ja terveystiedon opetuksen tavoitteena olisi hyvä elämä. Heikkisen (2005) terveystieteen idea kumpuaa valistusfilosofian oman järjen käytöstä terveystieteen tehtävissä sekä postmodernista heittäytymisestä elämän suureen seikkailuun, jonka tavoitteena ovat Aristoteleen ajatukset hyvästä elämästä. (Heikkinen 2005, 24-26.) Markku Ojanen (2001, 48-49) jäsentää hyvän elämän elementit arkielämän ongelmien vastakohtina.

Lukion opetussuunnitelman perusteiden (2003, 210) terveystieteen oppiaineen yleisissä tavoitteissa todetaan, että *opiskelija pohtii terveyttä koskevia arvokysymyksiä ja osaa perustella omia valintojaan ja oppii arvostamaan terveyttä voimavarana sekä edistämään terveyttä*. Keskeisenä tavoitteena pidetään sitä,

että opiskelijan itsehoitovalmiudet kehittyisivät. Nuoret, terveys ja arkielämä -kurssin yhtenä oppimistavoitteena on, että *opiskelija osaa perustella omia valintojaan terveyden näkökulmasta ja arvioida elämäntapaan ja ympäristöön liittyvien valintojen merkitystä terveydelle ja hyvinvoinnille* (LOPS 2003, 212). Liitekuvio 2:ssa esitän lukion opetussuunnitelman terveystiedon oppimistavoitteet.

Terveystiedon tavoitteena on tuottaa valmiuksia, jotta nuoret omaksuisivat terveelliset elintavat. Vuosittain tehtävien Kouluterveyskyselyjen (2006, 2007, 2008, 2009) mukaan terveystieto kiinnostaa valtaosaa opiskelijoista (Aira ym. 2008, 50). Esimerkiksi vuoden 2009 Kouluterveyskyselyn perusteella 75% lukiolaisista ilmoitti, että terveystiedon opetus lisää valmiuksia huolehtia terveydestä. Kouluterveyskysely on toteutettu vuodesta 1995 lähtien. Vuonna 2006 kyselyyn vastasi noin 88 200 nuorta. (Stakes 2007, 1)

Lukion opetussuunnitelman perusteissa (2003, 25-27) mainitaan useille oppiaineille yhteiset aihekokonaisuudet. Esimerkiksi Aktiivinen kansalaisuus ja yrittäjyys, Hyvinvointi ja turvallisuus, Kestävä kehitys ja Kulttuuri-identiteetti ja kulttuurien tuntemus tukevat hyvin terveystiedon opetusta. Aktiivinen kansalaisuus ja yrittäjyys -opintokokonaisuuden yksi tavoitte tähtää yhteisöllisyyteen. *Opiskelija haluaa osallistua lähiyhteisön, kotikunnan, yhteiskunnan ja elinympäristön yhteisen hyvän luomiseen yksilönä ja ryhmässä sekä vaikuttaa yhteiskunnalliseen päätöksentekoon* (LOPS 2003, 25). Kaikkien aihekokonaisuuksien tavoitteet ja sisällöt kytkeytyvät myös terveystietoon (Peltonen 2005, 47).

Terveystiedon opetuksen sisältöalueet määriteltiin hallituksen esityksessä (HE 142/2000). Terveystiedon opetus jakautuu kolmeen osaan: varsinaiseen terveystietoon ja terveyden edistämiseen, sosiaalisten taitojen ja yleisten elämänhallintataitojen kehittämiseen sekä turvallisuustaitojen ja -valmiuksien saavuttamiseen. Nämä osa-alueet on huomioitu terveystiedon keskeisiä sisältöalueita laadittaessa. (Peltonen 2005, 39.) Kannas (2005b, 20) pitää terveystiedon opetuksen yhtenä pääongelmana ”välttämättömien” sisältöalueiden runsautta suhteutettuna käytettävissä oleviin tuntimääriin.

Terveystietoa tulisi kehittää oppiaineena siten, että se tukee nuorten terveystietoisuutta, terveyden lukutaitoa ja terveystietä edistävien valintojen tekemistä. Tavoitteena on myös terveystiedon opettajien valmiuksista huolehtiminen nuorten terveyteen ja terveyden edistämiseen liittyvien perustietojen varmistamiseksi. (Kolimaa ym. 2006, 65.)

Professori Lasse Kannas (2005a, 11-14) jäsentää terveystiedon pedagogista eetosta, tavoitteita ja päämääriä kolmen metaforan eli vertaukseen perustuvan havainnollisen kielikuvan avulla. Ensimmäisen metaforan mukaan terveystieto on tutkimusmatka ja löytöretki. Toisella mielikuvalla terveystietoa havainnollistetaan karttana ja kompassina. Kolmas kuvaa terveystietoa kohtaamisena.

Terveystieto-oppiaine on löytöretki terveyden ja sairauden maailmaan, jossa tieto muuttuu jatkuvasti. On tärkeää herättää oppilaissa pysyvä uteliaisuus ja taito arvioida uutta tietoa kriittisesti. Terveys ei ole pelkkiä tosiasioita, vaan se on myös suuri arvoitus, jota opiskelijat terveystiedossa yrittävät ratkaista. Tärkeä näkökohta puhuttaessa terveystiedosta tutkimusmatkana tai löytöretkenä on muistutus humanistisen terveystieteiden välittämästä viestistä terveyden ja sairauden suhteesta: sairaus ei ole rangaistus eikä terveys palkinto. Tämä oivallus on terveystiedon yleissivistävän eetoksen tärkein asia. (Kannas 2005a, 12.)

Terveystiedon oppitunnit ovat matka kohti terveyttä. Siihen opetus antaa sekä kartan että kompassin, joiden avulla itse kukin voi suunnistaa omaa henkilökohtaista terveyttään kohti ja taitoa ja rohkeutta kohdata myös omassa terveydessä ilmenivät muutokset. Kyse on toiminnallisen terveyden edistämisestä sekä terveystaitojen, -asenteiden ja -tottumusten omaksumisesta. Kyse on myös ympäristön ja yhteisön terveyden edistämisestä. (Kannas 2005a, 13.)

Terveystiedon opetuksella pyritään siihen, että oppilaat oppisivat kohtaamaan erilaisia ihmisiä, vammaisia, vanhoja tai eri tavalla sairaita, ilman turhia pelkoja ja ennakkoluuloja. Opetuksella pyritään edistämään oppilaiden terveystietoisuutta.

tä. Terveysherkkys tarkoittaa terveyden arvostamista ja sen säilyttämisen kunnioittamista sekä terveyden suhteen erilaisten ihmisten arvostamista. Terveysherkkyyden edistäminen on myös suvaitsevaisuuden lisäämistä. Tärkeitä opetuksen teemoja ovat sopeutumistaidot, selviytyminen menetyksistä ja taito osata luopua. Opetus on keskustelua arvoista, arvostuksista ja ihanteista. Se on elämän ja ihmisten elämäkokemusten ihmettelyä. (Kannas 2005a, 13-14.)

2.3.3 Terveysopetus eräissä muissa maissa

Vuonna 1995 Yhdysvalloissa luotiin kansalliset terveysopetuksen standardit, joilla oli kaksi päätarkoitusta. Paikallisille ja kansallisille terveystieteiden instituutioille tarjottiin opetussuunnitelmaa ja mahdollisuutta edistää terveydenlukutaitoa joka tilanteessa. Elinikäisestä oppijasta ei tuolloin vielä puhuttu vaan käytettiin käsitettä itse-ohjautuva oppija. (Brey ym. 2007.) Yhdysvaltojen kansallisten terveysopetuksen standardien mukaan terveydenlukutaitoinen kansalainen on kriittinen ajattelija ja ongelmien ratkaisija, vastuuntuntoinen ja tuottava kansalainen, itseohjautuva oppija sekä tehokas kommunikoi- ja. (National Health Education Standards 1995; Korhonen 1998, 53.)

Terveydenlukutaidon parantaminen on Yhdysvalloissa yksi terveydenhuollon tärkeistä tavoitteista. Asiaa on tutkittu paljon ja terveydenlukutaidon parantamiseksi on laadittu erilaisia ohjelmia. Näistä mainittakoon Healthy People 2010, joka pyrkii parantamaan amerikkalaisten terveydenlukutaitoa. Tämän lisäksi on perustettu työryhmiä terveydenlukutaidon tutkimiseksi ja parantamiseksi. (Davis ym. 2004; Carmona 2006.)

Yhdysvalloissa toteutettiin kouluissa terveydenedistämisprojekti (SCASS-HEAP, The Council of Chief State School Officer's State Collaborative on Assessment and Student Standards Health Education Assessment Project). Lähtökoh- tana oli ajatus siitä, että terve oppilas on hyvä oppija ja hyvä

oppija rakentaa tervettä yhteisöä. Koulun terveystieto on tärkeä osa opetussuunnitelmaa. Projekti eteni vaiheittain. Projektimalliksi kehitettiin matriisi, josta ilmenee, että terveystieto opetetaan suunnitellaan kaikille kouluasteille ja jossa luetaan asiakohtaisesti opetussisällöt (huumeet, ravitsemus, liikunta) sekä taidot, joita tulee kehittää. (Marx ym. 2007.)

Yhdysvalloissa on pyritty vahvistamaan kansalaisten terveydenlukutaitoa (health literacy) monin ohjelmin. IOM (Institute of Medicine) on suositellut koulutuksen kehittämistä niin, että terveydenlukutaitoa edistetään tuottamalla opetussuunnitelmiin erityisiä terveystietoja (Parker ym. 2006). Terveydenlukutaito vaikuttaa olevan yleisesti käytössä oleva käsite. Esimerkiksi aikuisten terveydenlukutaitoa pyritään parantamaan sairaalassa selviämiseksi, sairauksien ennalta ehkäisemisessä ja selviämiseksi terveydenhuoltojärjestelmissä. Terveydenlukutaito on tiiviissä yhteydessä lukutaitoon. (White 2008, 6.) Yhdysvalloissa on monissa kouluissa tarjolla erilaisia terveystietoja. Maassa on tiedostettu laajasti, että terveyden opiskelijat ovat parempia oppijoita kuin sairaat (Basch 2010, 4-6).

Kanadassa laaja terveydenlukutaidon paneeli tuotti raporttinsa lisänä ohjelman terveydenlukutaidon parantamisesta (A Vision for a Health Literate Canada). Tavoitteeksi asetettiin muun muassa, että terveydenlukutaito integroidaan opetussuunnitelmiin perusopetuksesta aikuiskoulutukseen. Varat on tarkoitus hankkia maan hallitukselta, yksityissektorilta ja säätiöiltä. (Rootman ym. 2008, 7.)

Kiinan terveystieto perustui 1950-luvulla aloitettuun isänmaalliseen terveystietokampanjointiin (Patriotic Health Campaign), jossa tietoa jaettiin ylhäältä alas, johtajilta kansalaisille. Maailman terveystietojärjestön (WHO) vaikutus kansanterveyden edistämiseksi alkoi näkyä 1980-luvun Kiinassa. Terveyden edistäminen painottui äitien ja lasten terveydenhoitoon. Kiinassa alkoi yhteiskunnallinen muutos 1990-luvun alussa, hallintoa hajautettiin ja markkinatalous teki tuloaan. Muutokset eivät kuitenkaan parantaneet kansanterveyttä. Kiinassa havahduttiin ympäristön saastumiseen ja terveyserojen kasvamiseen ja alettiin etsiä uusia lähestymistapoja. (Wang 2000.)

Wang (2000) selvittää, kuinka terveydenlukutaidon kehitymisellä katkaistiin tarttuvan verimatotaudin voittokulku Kiinassa. Perusterveydenlukutaitoisella ihmisellä on tietoa etanoiden hävittämisen merkityksestä taistelussa verimatotautia vastaan. Hän ei kuitenkaan tiedä taudin kantajista tai leviämisestä eikä taudin ennaltaehkäisystä. Toiminnallista terveydenlukutaitoa verimatotaudista lisättiin median kampanjoilla ja audiovisuaalisella opetuksella. Kerrottiin kuinka tautia voitiin torjua. Tiedon läpimeno edellytti terveyden arvostamista ja siitä seurasi, että ihmiset olivat valmiita muuttamaan tapojaan. Terveysohjelmissa rajoitettiin aluksi opettamaan saastuneen veden välttämistä ja eritteiden oikeaa hävittämistä.

Wang (2000) toteaa, että kansanterveyden parantamiseksi tulee terveysopetuksessa pyrkiä kansalaisten kriittiseen terveydenlukutaitoon. Esimerkiksi taistelussa verimatotautia vastaan tulisi painopisteen olla enemmän ihmisten käyttäytymisessä kuin etanoiden hävittämisessä. Kriittisesti terveydenlukutaitoisella ihmisellä on hyvät tiedot ja henkilökohtaiset taidot terveydestä sekä varmuus kyvystään hoitaa terveyttään. Tämän lisäksi hän osaa muuttaa elinympäristöään terveyttä edistäväksi.

Bangladeshissä kriittisen terveydenlukutaidon parantamiseksi käytettiin opetuksessa runoja, piirustuksia, tarinoita ja lauluja. Tavoitteena oli auttaa ihmisiä ottamaan vastuu terveydestään ja edistää heidän itseluottamustaan. Kriittisen terveydenlukutaidon opettaminen osoittautui hyväksi keinoksi auttaa ihmisiä löytämään terveellisemmät elämäntavat. (Jahan 2000)

Vitikka ja Hurmerinta (2011, 5) vertailivat perusopetuksen opetussuunnitelmia kymmenessä maassa (Australia, Englanti, Kanada (Ontario), Yhdysvallat (Kalifornia), Singapore, Hongkong, Ruotsi, Skotlanti, Uusi-Seelanti ja Etelä-Afrikka. Yhdysvalloissa, Australiassa ja Kanadassa ei ole yhtä kansallista opetussuunnitelmaa, vaan osavaltiokohtaiset opetussuunnitelmat. Lähimpänä suomalaista järjestelmää, jossa kansallisilla opetussuunnitelman perusteilla ohjataan paikallista koulutusta ovat Englanti, Skotlanti, Uusi-Seelanti, Singapore, Etelä-Afrikka ja Ruotsi. (Vitikka ym. 2011, 20-21.) Suomessa terveystiedon opetus on hyvin edistynyt eikä muissa maissa kirjallisuuden tutustumisen perusteella löydy vastaavanlaista käytäntöä.

Suomessa opiskelija voi myös halutessaan osoittaa terveystaustansa ylioppilaskokeen reaalikokeessa.

Vitikan ja Hurmerinnan tutkimus antaa tietoja myös maiden terveysopetuksesta. Koulutuspoliittiset painopisteet vaihtelevat maittain. Esimerkiksi Etelä-Afrikassa, Uudessa-Seelannissa ja Skotlannissa painopisteenä on terveys- ja ravitsemuskasvatus. Yksi hongkongilaisen opetussuunnitelman seitsemästä tavoitteesta taas on oppia terveellinen elämäntapa. Etelä-Korean kuudesta oppimisen teemasta yksi on terveystieto. (Vitikka ym. 2011, 24, 36, 43.)

Euroopan Unionin sisällä on kerätty laajasti tietoja Euroopan maiden koulutusjärjestelmistä. Eurydice-tietokantaan on kerätty Eurybase-tiedostoon 31 maan koulutustiedot (http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/eurybase_en.php) Teemakohtaisia tietoja on esimerkiksi taideopetuksesta, turvallisuudesta koulussa, sukupuolten välisistä eroista ja maahanmuuttajien integroinnista. Terveysopetuksesta ei ole kerätty teemakohtaista tietoa.

Eurybase-tiedoston informaation taso vaihtelee maittain. Yleensä tiedot ovat englanninkielisiä mutta esimerkiksi Ranskan kolmesta tiedostosta vain yksi on englannin kielellä ja siinäkin viittauksia ranskankielisiin muistioihin. Jotkut maat luettelevat yksityiskohtaisesti opetussuunnitelman oppiaineetkin, näin tekee esimerkiksi Suomi. Suomessa ja Bulgariassa mainitaan terveysopetus oppiaineena (health education). Ruotsissa liikunta ja terveysopetus on integroitu toisiinsa. Englannissa opetetaan henkilökohtaista sosiaali- ja terveysoppia (PSHE). Siellä seksuaalikasvatus, huume-, alkoholi- ja tupakkavalistus on lakisääteistä. (Eurydice) Myös Japanissa terveys ja liikunta muodostavat yhteisen oppiaineen (Nieminen ym. 2010).

Kreikassa terveysopetus on läpäisyperiaatteella toimiva teema, Tshekissä terveyttä opetetaan liikunnan opetuksen yhteydessä, Irlannissa sosiaalinen, henkilökohtainen ja terveysopetus (SPHE) ovat yksi seitsemästä oppiaineryhmästä. Puolan opetussuunnitelmassa on mainittu terveysopetus yhtenä koulutuspolkuna. Latvian opetussuunnitelman mukaan koulutuksen tulee edistää oppilaiden kasvua moraalisesti ja fyysis-

ti hyvin kehittyneiksi persoonallisuuksiksi, jotka ymmärtävät terveyden luovan hyvän elämän laadun. (Eurydice) Alankomaiden opetussuunnitelman mukaan oppilaiden terveys ja kunnosta huolehtiminen eivät ole koulun tehtäviä (Nieminen ym. 2010).

2.3.4 Terveystieto osaksi ylioppilastutkintoa

Suomalainen ylioppilastutkinto on kehittynyt Turun Akatemian pääsykuulusteluista, joissa testattiin nuorten latinan ja kristillisen opin perusteiden osaamista. (Kaarninen ym. 2002, 18-19.) Ylioppilastutkinto on säilyttänyt arvostuksensa ja sitä on kuvattu kansalliseksi instituutioksi. (Jauhiainen ym. 2001, 17; Lahtinen 2008, 8; Lindström 1998, 26.) Nykyään ylioppilastutkinnon suorittaa keskimäärin reilu puolet ikäluokasta eli noin 35 000 henkeä vuodessa. (Kaarninen ym. 2002, 391.) Vuonna 2007 ylioppilaita valmistui vähän yli 33 000. Naisia hyväksytyistä oli 19 000. (Ylioppilastutkinto 2008, 30, 33).

Ylioppilastutkintoon on tehty muutoksia harvakseltaan (Lahtinen 2008, 8). Vuoden 1994 asetuksella laudatur-arvosana jaettiin kahteen osaan. Kun aiemmin laudaturin sai 20 % kirjoittajista, nyt sen saa 5 % ja 15 % eximian. Muutos tehtiin, koska korkeakoulujen opiskelijavalinnoissa laudatur-arvosana ei erotellut opiskelijoiden osaamista riittävästi. (Kaarninen ym. 2002, 340) Ylioppilastutkintolautakunta päättää tutkinnon arvosanojen pisterajoista kullakin tutkintokerralla erikseen. Kokeista annetaan arvosanoja pyrkimällä seuraavaan arvosanajakaumaan: laudatur 5%, eximia 15%, magna cum laude approbatur 20%, cum laude approbatur 24%, lubenter approbatur 20%, approbatur 11% ja improbatur 5%. (Ylioppilastutkinto 2008, 38.)

Reaalikokeen kehitys ainereaaliksi

Reaalikokeen nimi tulee reaalitieteiksi kutsutuista tieteenaloista, joita ovat luonnontieteet, historia ja uskonto. Psykologia

tuli reaalikokeeseen 1940-luvun lopulla. Reaalikoe oli suosittu, esimerkiksi jo keväällä 1956 sen kirjoitti pakollisena lähes 85 % kokelaista. (Kaarninen ym. 2002, 181, 267-268.)

1970-luvulla oppilailta alettiin vaatia reaalikokeessa muistitiedon lisäksi myös ajattelu- ja päättelykykyä. Reaalikokeessa oli kilpailua kysymysten määrässä eri aineryhmien kesken. Esimerkiksi maantiedon asema vahvistui 1980-luvulla vasta sen jälkeen, kun se oli tullut pakolliseksi oppiaineeksi lukiossa. Lukion muututtua vuonna 1981 kurssimuotoiseksi kokelaat alkoivat keskittyä yhä useammin yhteen tai kahteen aineeseen. Reaalikokeen aineryhmät olivat: 1. uskonto-oppi ja kirkkohistoria, 2. psykologia ja filosofia, 3. historia ja yhteiskunta sekä kansantaloustieto, 4. fysiikka, 5. kemia, 6. biologia, 7. maantiede. (Kaarninen ym. 2002, 312-314.)

Reaalikokeessa ilmeni 1980-luvulla ongelmia. Kokeeseen kuuluvia aineita oli lukion opetussuunnitelman mukaisesta opetusajasta 30-50 prosenttia ja reaalikokeessa oli yli 60 kysymystä. (Kaarninen ym. 2002, 315.) Reaalikokeen kehittämisryhmää johtanut ylioppilastutkintolautakunnan puheenjohtaja Aatos Lahtinen esitti vuonna 2001 reaalikokeen korvaamista kansainvälisen käytännön mukaisesti yksittäisten reaaliaineiden kokeilla (Kaarninen ym. 2002, 339). Aatos Lahtinen kuvaa asian etenemistä.

Sitä käsiteltiin ensin sivistyspoliittisessa ministerityöryhmässä useassa kokouksessa ilman läpimurtoa. Reaaliaineiden itsenäisyys tutkinnossa tuntui olevan osalle ministereistä yleissivistyksen uhka. Opetusministerin toivomuksesta olin läsnä kokouksissa asiantuntijana. Sain aitiopaikan poliittisen päätöksenteon seuraamiseen! Valtioneuvostossa asia jäi neljä kertaa päydälle, mutta hyväksyttiin lopulta viidennellä käsittelykerralla. Erilliset reaaliaineiden kokeet tuli järjestää ensimmäisen kerran keväällä 2006. (Lahtinen 2008, 91.)

Jokaiseen erilliseen reaaliaineen kokeeseen tuli sisältyä oppiainerajat ylittäviä tehtäviä (Lahtinen 2008, 91). Uudistuksella mahdollistettiin, että kokelas voi suorittaa joko yhden tai

useampia reaaliaineen kokeita (Laki lukiolain muuttamisesta, 478/2002).

Ylioppilastutkintolautakunnan määräyksissä reaalikokeesta todetaan:

”Reaaliaineen kokeen tarkoituksena on saada selville, onko opiskelija omaksunut lukion opetussuunnitelman perusteiden mukaiset tiedot ja taidot sekä saavuttanut lukion tavoitteiden mukaisen riittävän kypsyysaineen hallinnassa.” (YTL 30.9.2011, 1)

Opiskelijan aineen hallinnan kypsyys ilmenee kun hänen vastauksensa on jäsennelty, johdonmukainen ja siinä on riittävästi olennaista tietoa. Esitetyt väitteet tulee perustella selkeästi ja syitä sekä seurauksia tulee tarkastella eri näkökulmista. Kypsyyttä osoittaa myös se, että vastauksessa näkyy tietojen ja taitojen itsenäinen hallinta ja kyky niiden soveltamiseen. Kypsyytteen viittaa se, että opiskelija asettaa tietonsa laajoihin asiayhteyksiin ja erottaa pohdiskelua vaativissa tehtävissä tosiasiat, perustellut kannanotot ja mielipiteet. Vastauksen tulee noudattaa kunkin reaaliaineen luonteen mukaista esitystapaa ja kielenkäytön tulee olla täsmällistä. (YTL 30.9.2011, 6)

Terveystiedon reaalikokeessa vaaditaan aineen mukaista täsmällistä ja oikeaa käsitteiden määrittelyä. Erityisesti terveystiedon reaalikokeen vastauksissa näkyy opiskelijan kypsyys siinä, kuinka hän kirjoittaa tietonsa, taitonsa, ymmärryksensä ja pohdintataitonsa jäsenytyneesti, loogisesti, analyttisesti ja oivaltavasti perustellen. Opiskelija tietää, että arvioinnille alistetaan vain hänen kirjoittamansa koevastaus, ei häntä itseään. (Javanainen 2009, 6.)

Terveystieto itsenäisenä kokeena ainereaalissa

Keväällä 2007 ylioppilastutkintoon sisältyi ensimmäistä kertaa itsenäisenä reaaliaineena terveystiedon koe. Se oli kolmanneksi suosituin, sen kirjoitti 12 prosenttia reaaliaineiden kokeisiin osallistuneista. Suosituimmat reaaliaineet olivat psykologia ja historia, kuten oli ollut edellisenä vuonnakin. (Ylioppilastutkinto 2008, 22.)

Terveystiedon suosion arveltiin perustuvan aineen suhteellisen vähiin lukiokursseihin, jotka antoivat tilaisuuden ”kokeilla” osallistumista melko vähällä vaivalla. Olettamusta tukee vertailu muihin maksimissaan 42 pistettä tuottaviin reaaliaineisiin. Muista aineista saatu keskimääräinen pistemäärä oli 20,72 kun se terveystiedosta oli 18,75. Toinen syy terveystiedon suosioon lienee ollut sen uutuudenviehätys. (Ylioppilastutkinto 2008, 18-19.) Terveystiedon suosion syynä voi olettaa olevan myös terveystiedon opettajien innostuneisuuden sekä tosiasian, että hyvin moni nuorista haaveilee jatko-opinnoiksi terveydenhoitoalaa.

Taulukko 1. Lukion reaaliaineiden pakolliset ja syventävät kurssit. Lähde Valtioneuvoston asetus (955/2002).

Reaaliaine	Pakolliset kurssit	Syventävät kurssit
Biologia	2	3
Filosofia	1	3
Fysiikka	1	7
Historia	4	2
Kemia	1	4
Maantiede	2	2
Psykologia	1	4
Terveystieto	1	2
Uskonto/ elämänkatsomustieto	3	2
Yhteiskuntaoppi	2	2

Lukion terveystiedon opettajien arviot ensimmäisestä terveystiedon reaalikokeesta olivat samansuuntaisia kuin ylioppilastutkintolautakunnan. Osa opettajista kuvasi terveystiedon ylioppilaskoetta näennäishelpoksi. Opettajat jakoivat osallistuneet kahteen ryhmään. Toisessa ryhmässä oli paljon heikkoja oppilaita, jotka kirjoittivat niin sanotun ”helpon” aineen. Luulo helppoudesta perustui pakollisten kurssien vähyyteen. Toisessa ryhmässä olivat aineesta kiinnostuneet hyvät opiskelijat. (Tuominiemi ym. 2009, 59.)

Opettaja kuvaa opiskelijoiden suhtautumista terveystiedon ensimmäisiin ylioppilaskokeisiin toteamalla: *”Terveystiedon reaalikokeesta voisın sanoa sen verran, että oppilaat ovat innostuneena lähteneet sitä kirjoittamaan, koska luulevat sen olevan helppo nalkki. Kuitenkin valmistautumisen yhteydessä olen heille painottanut sitä, että sieltä voi tulla vastaan oppiainerajat ylittäviä kysymyksiä, mikä vaikeuttaa vastauksia. Mielestäni kysymykset ovat olleet erittäin haastavia siihen nähden, että terveystiedon voi kirjoittaa vaikei ole syventäviä kursseja edes kahlannut läpi.”* (Tuominiemi ym. 2009, 59.) Opettajat olivat yleisesti ottaen tyytyväisiä terveystiedon ensimmäisiin ylioppilaskokeisiin. Heidän mielestään tehtävät vastasivat opetussuunnitelman perusteiden tavoitteita ja opetussisältöjä. (Kannas ym. 2009, 9.)

Terveystiedon reaalikokeessa on erityyppisiä tehtäviä. Määritelmätehtävät, joita voi kutsua myös muistitehtäviksi edellyttävät ytimekkäitä ”pienoisessee”-vastauksia. Otsikkotehtävä ei juurikaan ohjaa vastausta. Otsikon aihe on käsiteltävä kattavasti esimerkkejä käyttäen. Useampiosainen tehtävä vaatii faktatietoja, ongelmanratkaisukykyä ja aiheen pohtimista tai soveltamista eri näkökulmista. Väittämätehtävässä opiskelijan tulee arvioida esitettyä mielipidettä tai väittämää yleensä sekä puolesta että vastaan. Vertailutehtävästä tulee vertailla, pelkkä molempien asioiden kuvailu ei riitä. Kuvailu-/tarkastelu-/selvitystehtävässä aihetta tulee tarkastella monipuolisesti. Suoran kysymyksen tehtävässä vaaditaan tarkkoja faktatietoja, niiden arviointia ja kriittistä tarkastelua sekä pohdintaa. Johdantotehtävässä pitää käsitellä kaikkia annettuja näkökohtia mutta myös asiaankuuluvia seikkoja, jotka eivät johdattelussa käy ilmi. Pohdintatehtävän vastaus voi osoittaa opiskelijan kypsyyttä ja kykyä ajatella, tehdä päätelmiä ja yhdistellä asioita. Pohdintatehtävään vastaamisessa korostuu usein kriittinen ja eettinen ajattelu. Soveltavassa tehtävässä näkyy opiskelijan kyky soveltaa annettuja tietoja myös omien mielipiteiden perusteella. Aineistotehtävässä tulevat esille opiskelijan tiedonkäsittelytaidot. Jokeritehtävä voi olla tyypiltään mikä tahansa edellisistä ja vastaaminen vaatii syvällistä tietämystä. Reaalikokeessa voi olla useita oppiainerajat ylittäviä kysymyksiä. Terveystietoa sivuavia aineita ovat esimerkiksi

filosofia, elämäkatsomustieto, psykologia, biologia ja maantieto. (Lehtonen ym. 2010, 140-157.)

Keväällä 2007 ylioppilastutkinnon terveystiedon reaali-koeseen osallistui kaiken kaikkiaan 4490 ja syksyllä 3514 kokeilasta. (Ylioppilastutkinto 2008, 42, 46). Suomenkielisen terveystiedon reaali-kokeen keväällä 2007 kirjoitti pakollisena reaalina 1866 varsinaista kokeilasta ja ylimääräisenä 1976 eli yhteensä 3842 kirjoittajaa. Syksyllä 2007 vastaavat kirjoittajien määrät olivat: pakollinen koe 1630 kirjoittajaa ja ylimääräinen koe 1153 kirjoittajaa eli yhteensä 2783 kokeilasta. (Ylioppilastutkintolautakunnan tilastot, tutkimus 2, 21.10.2008.)

Taulukko 2. Vuoden 2007 terveystiedon varsinaiset suomenkieliset kokeilajat jaettuna pakollisen ja ylimääräisen reaali-kokeen kirjoittajiin. (Ylioppilastutkintolautakunnan tilastot, tutkimus 2, 21.10.2008.)

Terveystieto, pakollinen/ ylimääräinen koe	Miehet/ Naiset	Kevät 2007	Syksy 2007	Yht
Pakollinen reaali- koe	Miehet	397	353	750
Pakollinen reaali- koe	Naiset	1469	1277	2746
Ylimääräinen reaali- koe	Miehet	436	286	722
Ylimääräinen reaali- koe	Naiset	1540	867	2407
		3842	2783	6625

Terveystiedon vuoden 2007 ylioppilaskokeiden arvosanaja-kaumien perusteella voi todeta, että naiset pärjäsivät kokeissa miehiä paremmin. Terveystiedon kokeessa miehistä sai laudaturin keväällä 2% ja syksyllä 1%. Naisista noin 6% sai laudaturin niin keväällä kuin syksylläkin. Hylätyksi miehistä tuli keväällä 10% ja syksyllä 9%. Naisista tuli keväällä hylätyksi vajaa 3% ja syksyllä noin 2%. (Ylioppilastutkinto 2008, 42, 46.)

Tutkimuksia ylioppilastutkinnosta ja ylioppilaskirjoituksista

Aslak Lindström (1998) on tutkinut ylioppilastutkinnon muotoutumista autonomian aikana. Ylioppilastutkinto on lisännyt sukupuolten välistä tasa-arvoa. Ylioppilastutkinto on muuttunut hitaasti ja sitä ovat ohjanneet keskenään ristiriitaiset yhteiskunnan kehitystehtävät. Tutkinto on muuttunut näiden ristiriitaisuuksien kompromissina. Kansalaisten mielissä ylioppilastutkinto mahdollistaa nuorille ”paremman huomeneen”. (Lindström 1998, 316-323.)

Minna Vuorio-Lehti (2006) tutki ylioppilastutkinnosta käytyä keskustelua lehdistössä ja komiteoissa toisen maailmansodan jälkeen. Hänen aineistostaan erottui kaksi tekijää, jotka selittävät ylioppilastutkinnon säilymistä arvostettuna kansallisena instituutina. Nämä tekijät olivat yliopisto- ja korkeakoulutaho sekä suomalaiskansallisuus. Yliopistoon liittyvä arvostuksen traditio on vahva ja se kiinnittyy kulttuurimme arvostuksiin. (Vuorio-Lehti 2006, 284-285; 2007, 28-29.)

Kirsti Häivälä (2009) tutki aineenopettajien käsityksiä muutoksista ja visioista lukiossa. Yhtenä hänen kuvauskategorianaan oli Ylioppilastutkinto. Jotkut opettajat olivat valmiita luopumaan kokonaan ylioppilastutkinnosta mutta toisten mielestä tutkinto antoi suunnan lukion toiminnalle ja toimi motivaation lähteenä. Kritiikki kohdistui siihen, ettei jatko-opintopaikkaa haettaessa huomioida ylioppilastutkintoa siinä määrin kuin opettajat sitä toivoivat. Esimerkiksi uuden reaalikokeen käyttäminen pääsykoekriteerinä ei ole lukioiden vallassa vaan jäänee yliopistojen päätösvaltaan. (Häivälä 2009, 61.)

Ylioppilaskirjoitusten reaalikoevastauksia ja ylioppilasaineita koskevat tutkimukset osoittavat, että monet lukiolaisista eivät hahmota aiheita kokonaisvaltaisesti eivätkä osoita vastauksiinsa syvällistä ja itsenäistä pohdintaa (Virta 1995, 58).

Joensuun yliopiston tutkimusprojektissa selvitettiin ylioppilaskokelaiden kirjallisen tuotoksen tasoa ja taitoa. Aineistona olivat vuoden 1987 ylioppilaskirjoitusten kokeista englantia, venäjää ja saksa sekä reaaliaineet ja äidinkieli. (Holopainen

1992, 1; Julkunen 1991, 9.) Jyväskylän yliopiston tutkimusohjelmaan kuuluu muun muassa Vieraat kielet ylioppilastutkinnossa -hanke. Tutkimusohjelman puitteissa on julkaistu useita tutkimuksia. (OTU 2011)

Varsinaiset ylioppilaskirjoitukset kiinnostavat tutkijoita. Ylioppilastutkintolautakunnan pääsihteeri Anneli Romanin mukaan tutkimuspyyntöjä tulee vuosittain 20-30. Vuonna 2010 ylioppilastutkintolautakunnalle tuli 32 tutkimuspyyntöä. (Sähköposti Anneli Roman, 20.4.2011.) Terveystiedon reaalikokeiden tutkimuslupapyyntöjä ei ole toistaiseksi Anneli Romanin antamien tietojen mukaan anottu muita kuin oma pyyntöni.

Äidinkielen ylioppilaskoetta ovat tutkineet esimerkiksi Mikkonen ja Lonka (1985), jotka tutkivat muistin käyttöä ylioppilasaineissa. Mikkonen (1985) tutki psykologian alasta kirjoitettuja aineita ja niissä opiskelijoiden tietopohjaa ja tiedon käyttöä. Julkunen (1991) tutki äidinkielen aineiden vastausten tasoa ja taitoja. Honkanummi (1994) analysoi ainekirjoituksissa esiintyviä työn käsitteen määrittelyä. Uuramo (1999) tarkasteli ylioppilasaineiden aloitusten ja lopetusten tekstityyppejä. (Tikkanen 2010, 12; Virta 1995, 57-58.) Perho (1993) tutki venäjän kielen rakenteita ja sanaston hallintaa ja Jääskeläinen (2008) englanninkielen kielioppia ylioppilaskirjoitusten A-englannin kokeessa (OTU 2011; Tikkanen 2010, 12). Tuula Rannan (2007) tekstilingvistisen tutkimuksen kohteena olivat abiturienttien kirjoittamat preliminääriaineet.

Virta (1995, 57-58), joka itse tutki abiturienttien historian ja yhteiskuntaopin tiedon laatua ja rakenteita, luettelee reaalikokeita tutkitun seuraavasti. Lonka (1986) tutki muistin käyttöä reaalikokeen vastauksia laadittaessa. Sallinen (1990) tutki uskonnon opetustavoitteiden ilmenemistä uskonnon ylioppilaskoetehtävissä. Holopainen (1992) selvitti ylioppilaskokeiden biologian tietoja ja taitoja. Ahtee ja Sallinen (1992) tutkivat opiskelijoiden vastausten asianmukaisuutta ja väärinkäsityksiä heidän vastatessaan fysiikan reaalikokeeseen sähkömagneettisesta induktiosta. Houtsonen ja Rikkinen (1994) vertailivat maantiedon reaalikokeen perusteella tyttöjen ja poikien osaamista.

Leinonen (2008) tutki pro gradu -tutkielmassaan psykologian reaalikokeen pohjalta opiskelijoiden tiedon kehittelyä ja kriittistä ajattelua (OTU 2011). Tikkanen (2010) tutki kemian tehtäviä summatiivisen arvioinnin välineenä.

2.3.5 Terveystiedon opettajien koulutus

Lukion terveystiedon opettajan kelpoisuusvaatimuksista säädetään valtioneuvoston asetuksella (614/2001). Päteviä terveystiedon opettajia siirtymäaikana heinäkuun loppuun 2011 olivat biologian, liikunnan ja psykologian opettajat sekä ne henkilöt, jotka oli valittu edellä mainittuja aineita opiskelemaan ennen asetuksen voimaantuloa. Ehtona on, että hän täyttää muut aineenopettajalta vaadittavat kelpoisuusehdot (Asetus 689/1998).

Vuonna 2008 suurimmassa osassa lukioista (86%) terveystieto oli liikunnanopettajien vastuulla. Neljäsosassa lukioista terveystiedon opetuksen hoiti biologian opettaja. Lukioiden ilmoitusten mukaan terveystiedon opetusta hoiti kouluissa psykologian opettaja (4%), kotitalouden opettaja (3%) ja uskonnon opettaja (2%). Päätoiminen terveystiedon aineopettaja oli vain 8% lukioista ja tuntiohjaaja 12%. Lapin läänissä, maaseutumaisissa ja pienissä lukioissa oli kelpoisten opettajien osuus pienintä. (Aira ym. 2009c, 52, 54.) Lukioiden päätoimisista terveystiedon opettajista vuonna 2010 oli vielä noin 30 % epäpäteviä (Kannas 29.11.2011).

Niin terveystiedon opettajakoulutus kuin täydennyskoulutuskin on ollut vilkasta sen jälkeen, kun terveystieto sai itsenäisen oppiaineen statuksen suomalaisessa koulujärjestelmässä. Terveystiedon aineenhallintakoulutusta saa Jyväskylän, Itä-Suomen, Oulun, Tampereen ja Turun yliopistoissa. Vain Jyväskylän yliopistossa voi opiskella terveystietoa pääaineena ja valmistua suoraan terveystiedon aineopettajaksi. (Aira ym. 2009a, 14.)

Terveystiedon opinnot antavat perustiedot ja -taidot terveystiedon opettamiseksi. Terveystiedon perusopinnoissa (25 op) perehdytään terveystieteen perusteiden ja terveystiedon perusteiden

siin, ihmisen anatomiaan ja fysiologiaan ja lasten ja nuorten elämäntilanteeseen. Terveystiedon opiskeltavia sisältöjä ovat seksuaaliterveys, tupakka ja päihteet, turvallisuus ja liikenne sekä mielenterveys ja hyvinvointi. Tämän lisäksi tutustutaan terveyttä edistävään liikuntaan ja terveystiedon didaktiikan perusteisiin. (Terveystiedon monitieteinen opintokokonaisuus, Opiskeluopas 2008, 37)

Perusopintojen jälkeen suoritetaan terveystiedon aineopinnot (35op). Aineopinnoissa perehdytään ravitsemukseen ja liikuntaan, terveystiedon oppimateriaaleihin, terveystiedon tutkimukseen sekä terveyttä ja turvallisuutta edistävään kouluun. Terveystiedon sisältöalueissa syvennetään tietoa seuraavien kurssien avulla: Ihminen, ympäristö ja hyvinvointi, Mielenterveys ja hyvinvointi, Uni, lepo ja jaksaminen sekä Terveysgerontologian perusteet. Edellisten lisäksi opintoihin kuuluvat didaktiikan jatkokurssi, terveystiedon opettajan asiantuntijuus-kurssi ja terveystiedon opettajajarjoittelu. Suoritettavat opinnot antavat ylioppilastutkinnon suorittaneille opettajille terveystiedon aineopettajakelpoisuuden. (Terveystiedon monitieteinen opintokokonaisuus, Opiskeluopas 2008, 37)

Terveystiedon monitieteisen opintokokonaisuuden lähtökohdaksi on terveystiedon opettajan työn vaatima kokonaisuosaamisen tarve. Opettajakoulutuksessa tutkiva ote on jatkuvasti läsnä. Sen tarkoitus on vahvistaa opettajan taitoja käytännön ja teorian hyödyntämisessä. Sisällöllinen aineenhallinta tarkoittaa sitä, että opettaja kykenee tarkastelemaan terveyden ja sairauden kysymyksiä muun muassa terveystieteen, psykologian, yhteiskuntatieteiden, talouden, kulttuurin sekä eettisten näkökulmista. Sisällöllinen aineenhallinta edellyttää tietojen päivittämistä. Pedagoginen osaaminen edellyttää oppimisteorioiden hallintaa. Vuorovaikutusosaamisella on suuri merkitys, koska terveystiedon opettamisessa on tärkeää laaja yhteistyö erilaisten sidosryhmien kanssa niin koulun sisällä kuin ulkopuolellakin. (Tyrväinen 2009, 172-180.)

Eriyksen tärkeä osaamisen alue terveystiedon opettajalla on eettinen osaaminen, koska terveystiedon aiheet voivat olla

hyvin henkilökohtaisia ja arvolatautuneita. Opettajan tulee kyetä perustelemaan moraalisia ja eettisiä kannanottojaan. Opettajan itsetuntemus kuuluu myös terveystiedon opettajuuteen. Opettaja joutuu jäsentämään omaa arvomaailmaansa ja niiden pohjalta rakentuvaa ihmis-, tieto- ja oppimiskäsitystään. Terveystiedon opettajuuden edellytyksiä ovat myös vahva oppilas- ja toimintaympäristön tuntemus. (Tyrväinen 2009, 172-180.)

Osaamisalueet liittyvät toinen toisiinsa muodostaen laajan monitieteisen kokonaisuuden. Terveystiedon opettaja on tarvinnut ensimmäisten vuosien aikana myös markkinointitaitoja puolustaessaan oppiainetta ja pitäessään huolen siitä, että terveystieto saa tasapuolisesti opetusresursseja muiden aineiden tavoin. Terveystiedon opettaja joutuu tunnustamaan keskeneräisyytensä ja epätäydellisyyden tunteensa mutta samalla hän tarvitsee myös rohkeutta murtaakseen myytin kaikitietävyydestä. (Tyrväinen 2009, 171, 181.)

2.4 Terveydenlukutaito

Maailman terveysjärjestö määrittelee terveydenlukutaidon kognitiivisiksi ja sosiaalisiksi taidoiksi, jotka säätelevät yksilön motivaatiota ja kykyä saada, ymmärtää ja käyttää tietoa tavalla, joka edistää ja ylläpitää ihmisen terveyttä (Mancuso 2009). Ensimmäisenä terveydenlukutaito -käsitteen määritteli Scott Simonds vuonna 1974 Health Education Monograph -julkaisussa. Monet kirjoittajat viittaavat Simondsin terveydenlukutaidon määritelmään myöhemmissä julkaisuissa. (Ratzan 2001, ks. myös Tones 2002)

Tones (2002) siteeraa Simondsin ajatusta, että oppilaiden tulee saada yhtä hyvä lukutaito terveystietosasioissa kuin muissa perinteisissä kouluaineissa. Koska puutteellinen terveysopetus johtaa huonoon terveydenlukutaitoon, tulisi kaikilla kouluasteilla olla minimitason terveysopetusta. Terveydenlukutaitoa ei pidetä luontaisena koulutusjärjestelmän osana. Ongelmat terveydenlukutaidossa ovat kasvaneet terveydenhoitojärjestelmän monimutkaistuessa ja ihmisten

oman vastuun kasvaessa terveydestä huolehtimisessa. Terveydenlukutaitoa voi kuvata sekä tavoitteena että tuloksena tai valuuttana ja pääomana, jota ihminen tarvitsee hyvän terveyden saavuttamiseksi (Nutbeam 2000). Terveysopetuksella ja terveydenlukutaidolla on yhteys (Ratzan 2001). Jakartan (1997) julistuksessa todetaan yhtenä terveyden edistämisen strategiana terveydenlukutaidon vahvistaminen (Nutbeam 1998b).

Terveydenlukutaidon tasot

Scott Simondsin jälkeen kansainvälisessä keskustelussa terveydenlukutaidosta viitataan poikkeuksetta Don Nutbeam (2000; ks. myös Abel 2008; Kickbush 2002; Peerson ym. 2009) luomiin kolmeen terveydenlukutaidon tasoon: terveyden peruslukutaitoon (basic/functional), toiminnalliseen (communicative/interactive) ja kriittiseen (critical) terveydenlukutaitoon. Nutbeam pitää terveydenlukutaitoa kansallisena terveystavoitteena, joka on haaste terveystasvatukselle ja viestintästrategioille uudella vuosituhanella. (Nutbeam 2000.)

Seuraavassa taulukossa Levin-Zamir ym. (2001) tiivistävät operationalistetut terveydenlukutaidon tasot sovellettuna kakkostyyppin diabetesta sairastavien potilaiden osaamispiirteisiin.

Taulukko 3. Terveydenlukutaidon tasot sovellettuna kakkostyyppin diabetesta sairastavan osaamistaitoihin (Levin-Zamir ym. 2001)

Piirteet	Perusterveyden lukutaito	Toiminnallinen terveydenlukutaito	Kriittinen terveydenlukutaito
Kuvaus	Tyydyttävät perustaidot lukemisessa ja kirjoittamisessa joiden avulla selviää arjesta	Perusterveyden lukutaitoa edistyneemmät kognitiiviset taidot ja taidot, joiden avulla hyödyntää uutta informaatiota muuttuvissa olosuhteissa	Hyvät kognitiiviset taidot ja kyky analysoida kriittisesti tietoja ja soveltaa niitä kontrolloiden muuttuvissa elämäntilanteissa
Kakkostyyppin diabetes	Tietää diabeteksen syyt, hoidon ja riskit. Ymmärtää itsehoidon tärkeyden: ruokavalion, liikunnan, tupakan välttämisen, jalkojen hoidon ja lääkityksen merkityksen.	Tunnistaa parhaat tietolähteet diabeteksestä. Kyky etsiä henkilökohtaista tietoa hoitotiimiltään. Soveltaa tietojaan arkeen niin että saavuttaa hyvän itsehoitotason.	Kyky arvioida kriittisesti tietoja myös kun kyseessä ovat luotettavat lähteet. Kyky soveltaa käytäntöön tietoa ja ymmärrystä vaihtelevissa ja monimutkaisissa elämäntilanteissa.

Terveydenlukutaidon alin taso, perusterveydenlukutaito, tarkoittaa sitä, että ihminen tietää terveysriskeistä sekä terveyspalveluista ja niiden käytöstä. Terveysopetuksella kannustetaan ihmisiä osallistumaan tarjolla oleviin terveysohjelmiin, rokotuksiin ja seulontatutkimuksiin. Tässä lähestymistavassa ei tavoitella henkilökohtaista kontaktia eikä edistetä yksilön taitoja tai lisätä yksilön itsenäisyyttä. Keinoina käytetään tavanomaista perinteistä terveyskasvatusta ja terveyskasvatusaineistoa. Tieto välittyy myös ihmisten välisissä kontakteissa ja median kautta. (Nutbeam 2000; 2008.) Perusterveydenlukutaidon sisältöä ovat perustiedot esimerkiksi hygieniasta, ravin-

nosta, turvallisuudesta, huumeista, ihmissuhteista, vanhemmuudesta ja seksuaalisuudesta. (St Leger 2001.)

Toiminnallisen terveydenlukutaidon tasossa heijastuvat 1900-luvun lopun tavoitteet ihmisten terveystaitojen parantamisesta ja yksilöä tukevien ympäristöjen kehittamisestä. Opetuksella pyrittiin parantamaan yksilön voimavaroja toimia itsenäisesti. Erityisesti on haluttu lisätä yksilön motivaatiota ja itsevarmuutta noudattaa ohjeita. Toiminnalla tähdätään enemmän yksilön kuin yhteisön etuun. Esimerkkeinä toiminnallisen terveydenlukutaidon kehittamisestä ovat monet terveyskasvatusohjelmat, jotka on suunnattu henkilökohtaisten ja sosiaalisten taitojen lisäämiseen ja käyttäytymisen muutoksiin. (Nutbeam 2000.)

Toiminnallisen terveydenlukutaidon tavoite on kehittää yksilön henkilökohtaisia taitoja. Terveysriskitietojen ja terveyspalveluiden hyödyntämisen lisäksi tarjotaan mahdollisuuksia kehittää taitoja yksilöä tukevissa ympäristöissä. Henkilökohtaisella tasolla havaitaan parantunut kyky toimia itsenäisesti, parantunut motivaatio ja itsevarmuus. Yhteiskunnallisena hyötynä on lisääntynyt kyky vaikuttaa sosiaalisiin normeihin ja lisääntynyt ryhmätoiminta. Terveystietoa räätälöidään erityistarpeisiin, helpotetaan yhteiskunnallista omatoimisuutta ja sosiaalista ryhmätukea sekä yhdistellään erilaisia vaikutuskanavia. (Nutbeam 2000, St Leger 2001.)

Kriittisen terveydenlukutaidon tavoitteena on sosiaalisten, taloudellisten ja ympäristöllisten terveyteen vaikuttavien asioiden huomioiminen. Tämän tyyppinen terveyskasvatus suuntautuu enemmän väestön terveyden edistämiseen kuin yksilön terveyden parantamiseen. Kuitenkin se tähtää kohti parantunutta yksilöllistä ja yhteisöllistä voimavarareserviiä, jolloin huomioidaan terveyden sosiaaliset ja taloudelliset edellytykset. Kriittisesti terveydenlukutaitoinen haluaa muuttaa terveyteen liittyviä yleisiä ja organisatorisia käytäntöjä. (Nutbeam 2000.)

Kriittisen terveydenlukutaidon tavoite on henkilökohtainen ja yhteisöllinen voimaantuminen. Tähän sisältyvät tiedot terveysriskeistä ja terveyspalvelujen käytöstä, terveydenhoidolliset

taidot ja tietojen hankinta sosiaalisista ja taloudellisista terveyteen vaikuttavista tekijöistä sekä mahdollisuus saada aikaan muutoksia toimintatapoihin ja organisaatioihin. Kriittinen terveydenlukutaito parantaa henkilökohtaista sinnikkyyttä sosiaalisten ja taloudellisten vaikeuksien kohtaamisessa. Yhteiskunnallisella tasolla kriittinen terveydenlukutaito parantaa kykyä toimia terveyden kannalta tärkeiden sosiaalisten ja taloudellisten tekijöiden puolesta. Tästä seuraa kohentunut yhteisöllinen voimaantuminen. Keinona on hankkia teknistä apua tukemaan yhteisön toimintaa, puolustavaa kanssakäymistä yhteisön johtajiin ja poliitikkoihin päin. Näin helpotetaan yhteisön kehittymistä. (Nutbeam 2000.)

Kriittinen terveydenlukutaito on sekä yksilöllistä että yhteisöllistä voimaantumista. Opetuksella tähdätään sosiaalisen epäoikeudenmukaisuuden vähentämiseen ja terveyspolitiikan muuttamiseen terveyttä edistäväksi. Oppiminen on osallistumista kouluyhteisössä oppilaiden valitsemiin aiheisiin, jotka ovat ”vastakkaisia” olemassa olevan politiikan ja käytäntöjen kanssa. (St Leger 2001.) Mahdollisimman varhain hankittu hyvä terveydenlukutaito siirtyy iän mukana ja vaikuttaa terveyteen myönteisesti (Chang 2010).

Keskustelu terveydenlukutaidon käsitteestä

Tones (2002) kritisoi terveydenlukutaito-käsitteen laajenemista liian kauaksi alkuperäisestä. Uusi käsite sotkee moniselitteistä terveyden edistämiskäsitteistöä. Siitä on tullut lähes synonyymi voimaantumiselle, joka on laajan terveydenedistämistoiminnan keskeisin periaate. Toiminnallinen ja kriittinen terveydenlukutaito liittyvät selkeästi voimaantumiskäsitteen piirteisiin, jonka päämääränä on ihmisen elämänhallinnan ja toimintakyvyn lisääminen. Ilona Kickbusch (2002) puolustaa terveydenlukutaidon kolmijakoa, koska se hänen mielestään tarjoaa näkökulman ja keinon tarkastella terveyden edistämistä. Kanadassa on esitetty terveydenlukutaidon laajentamista koskemaan myös sosiaalista, kulttuurista ja ympäristöllistä ulottuvuutta (Stewart ym. 2008)

Christina Zarcadoolas, Andrew Pleasant ja David S. Greer laajensivat terveyden lukutaidon määritelmää vuonna 2001 USA:ssa sattuneen bioterrorismiuhan jälkeen. Tuolloin väestö oli peloissaan pernaruttoa levittävien terroristien kirjehyökkäyksestä ja sen johdosta väestö etsi ahkerasti tietoa sairaudesta. Tilanne teki mahdolliseksi tutkia terveydenlukutaidon parantamista. (Zarcadoolas ym. 2005)

Zarcadoolas ym. mielestä ihmisellä on hyvä terveydenlukutaito, kun hän osaa käyttää terveyspalveluja ja informaatiota luovasti ja tarkoituksenmukaisesti. Hän myös soveltaa tietoa uudessa tilanteessa ja osallistuu yleiseen ja yksityiseen keskusteluun terveydestä, lääkkeistä, tieteellisestä tiedosta ja kulttuurisista uskomuksista. Terveydenlukutaito kehittyy ihmisen koko elämän ajan ja siihen vaikuttavat terveydentila, demografiset tiedot, sosiaalipoliittiset, psykososiaaliset ja kulttuuriset asiat. Terveydenlukutaidosta on hyötyä lähes kaikkiin elämänalueisiin kotona, työssä ja kulttuurin saralla. Zarcadoolas ym. tukevat Ottawan terveyden edistämisen julistuksen laajaa eettistä ja poliittista näkemystä siitä, että terveys on elämän voimavara. (Zarcadoolas ym. 2005)

Zarcadoolas ym. määrittelevät siten terveydenlukutaidon kirjoksi taitoja ja pätevyksiä, joita ihmiset kehittävät etsiessään, arvioidessaan ja käyttäessään terveysinformaatiota ja tehdessään valintoja, vähentäessään terveysriskejä ja parantaessaan elämänlaatuaan. (Zarcadoolas ym. 2005)

Zarcadoolaksen ym. malli terveydenlukutaidosta jakautuu neljään ulottuvuuteen: peruslukutaitoon, kulttuuriseen, tieteelliseen ja kansalaisen lukutaitoon. Peruslukutaitoa ovat lukeminen, puhuminen, kirjoittaminen ja numeroiden tulkit-tamiset. Kulttuurista lukutaitoa ovat taidot tunnistaa yhteisiä kollektiivisia uskomuksia, tapoja, maailmankatsomusta ja sosiaalista identiteettiä terveystietoja tulkittaessa. Viestijän on laadittava terveysinformaatio niin, että kulttuurinen ymmärrys, tiede ja yksilölliset ja yhteisölliset toimet huomioidaan. Tieteelliseen lukutaitoon kuuluvat tiedot tieteen peruskäsitteistä, kyky ymmärtää teknisiä kokonaisuuksia ja tieteen epävarmuutta ja nopeita muutoksia. Kansalaislukutaitoon kuuluvat medialukutaito, tiedot kansalais- ja yhteiskunnallisista

prosesseista sekä tieto yksilön terveystieteen vaikutuksesta kansanterveyteen. (Zarcadoolas ym. 2005)

Brey ym. määrittelevät terveydenlukutaidon kyvyksi hakea, tulkita ja ymmärtää perusinformaatiota terveydestä ja palveluista, taidoksi käyttää tietoa ja palveluja terveyttä edistävästi. He tarkentavat terveydenlukutaidon neljään osaan seuraavasti. Kriittinen ajattelija ja ongelmanratkaisija tutkii terveysongelmaa ja muotoilee ratkaisun. Vastuullinen ja tuottava kansalainen tuntee olevansa velvollinen pitämään yhteisön terveellisenä, turvallisena ja vapaana pelosta. Elinikäinen oppija tunnistaa tarpeen kerätä ja käyttää terveysinformaatiota läpi elämän. Tehokas kommunikoija organisoii ja ilmaisee uskomuksia, ideoita ja informaatiota terveydestä erilaisin keinoin. (Brey ym. 2008.)

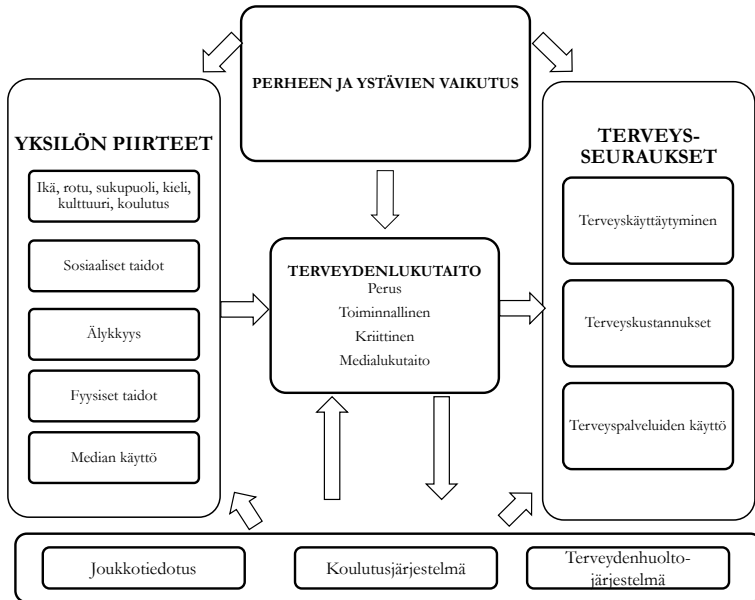
Terveydenlukutaitokäsitteen vakiintumattomuus näkyy käsitteen eri tasojen nimeämisessä, jossa esiintyy poikkeavuutta sekä ensimmäisen että toisen tason nimissä. (Abel 2008; Nutbeam 2000; Savola ym. 2005; Terveyden edistämisen laatusuositus 2006). Vaihtelua esiintyy myös terveydenlukutaidon tasojen yhteen tai erikseen kirjoittamisessa (Esim. Jakonen 2002, 2005). Tässä tutkimuksessa käytän alimmasta terveydenlukutaidon tasosta nimitystä perusterveydenlukutaito, koska sillä voi kuvata perusterveydenhuoltoa. Käsitteenä terveydenlukutaito on vakiintumaton. Tämä näkyy myös siinä, että useat asiantuntijat ovat kehittäneet uusia nimityksiä. Esimerkkejä ovat Manganellon (2008) medialukutaito, Pearsonin ym. (2009) lääketieteellinen terveydenlukutaito. Levin-Zamir ym. tutkivat nuorten mediaterveystaitoa (MHL, Media Health Literacy). Mediaterveystaito on kokonaisuus. Sen tasoja kuvataan taitona identifioida terveyteen liittyvää informaatiota, tunnistaa tiedon vaikutus terveyskäyttäytymiseen, analysoida kriittisesti tiedon sisältöä ja ilmaista aikomus toimia. Tutkijat vertaavat tasoja Nutbeam'n kehittämiin terveydenlukutaidon tasoihin. (Levin-Zamir ym. 2011) Terveydenlukutaidon käsitteen toimivuutta on soviteltu monille yhteiskunnan aloille koulutuksen ja terveydenhuollon lisäksi.

Paakkari ym. (2011) painottavat yksilön terveydenlukutaidon parantamisessa sitä, että ollaan tietoisia siitä, mitä oikeastaan kehitetään. He ovat selvittäneet kirjallisuudesta erilaisia terveydenlukutaitoon liitettyjä ulottuvuuksia. Heidän keräämänsä käsitelistaus on mittava lähtien persoonallisista, sosiaalisista ja kognitiivisista taidoista kohti ongelmanratkaisutaitoja, kriittistä ajattelua ja medialukutaitoa sekä sitä että yksilö ymmärtää ja henkilökohtaistaa saamansa terveystiedon. (Paakkari ym. 2011)

Terveydenlukutaidon monet muodot

Terveydenlukutaito on tärkeä asia kansanterveyden näkökulmasta. Kansalaisen on osattava käyttää terveystalvveluja ja ymmärtää terveysinformaatiota tehdäkseen tarkoituksenmukaisia päätöksiä terveydestään. (Abel 2008; Manganello 2008.) Aikuisten terveydenlukutaidosta on paljon artikkeleita, nuorten terveydenlukutaidosta vain vähän. Nuorilla on vähän kontakteja terveydenhuoltojärjestelmään ja aikuisia matalammat terveydenhoitokustannukset. Kroonisesti sairaat nuoret ovat kontaktissa terveydenhuoltoon. Nuoret ovat merkittävässä kehitysvaiheessa, sillä nuoruudessa omaksutut taidot seuraavat heitä aikuisuuteen. (Manganello 2008.) Myös Wu ym. (2010) muistuttavat nuorten terveydenlukutaidon mittaamiseksi kehiteltyjen välineiden vähyydestä (myös Chisolm ym. 2007).

Jennifer A. Manganello hahmottelee viitekehyksen nuorten terveyden lukutaidosta. Hän pohjaa sen Institute of Medicinen (IOM) raporttiin terveydenlukutaidosta. Terveydenlukutaidon kehittymiseen vaikuttavat yksilön henkilökohtaiset piirteet: ikä, etninen tausta, sukupuoli, kieli, kulttuuri ja koulutus. Yksilöllisiä piirteitä ovat myös sosiaaliset ja älylliset taidot ja fyysiset ominaisuudet. Medialla ja internetillä on suuri merkitys nuorten elämässä, 8-18 -vuotiaat viettävät keskimäärin kuusi ja puoli tuntia päivästä median parissa. (Manganello 2008.) Seuraavasta kuviosta voi päätellä, että yksilölliset piirteet, perhe, ystävät, media, koulutusjärjestelmä ja terveydenhuoltosysteemi vaikuttavat terveydenlukutaidon kehittymiseen.



Kuvio 2. Viitekehys nuorten terveydenlukutaidon tutkimiseksi (Manganello 2008)

Kickbusch (2001) kirjoittaa Kanadan koulutuksen tutkimusjärjestön (The Canadian Education Research Information System) jakavan lukutaidon määrälliseen, tieteelliseen, tekniseen, kulttuuriseen, tietotekniseen sekä medialukutaitoon. Lukutaito siis yhdistetään moniin erityistaitoihin. Peerson (2009) mainitsee artikkelissaan aiheita tutkitun useista näkökulmista: näiden joukossa Diamondin tutkimus ravitsemuksesta (2007), Vittin ym. tutkimus taloustiedon näkökulmasta (2000) sekä Keleher ym. tietoteknisen lukutaidon, kulttuuri- ja medialukutaidon tutkimuksen tieteellisen lukutaidon ja terveydenlukutaidon näkökulmasta (2007). Ferguson (2008) tutki äitiyden terveydenlukutaitoa ja totesi, että äitien terveydenlukutaidolla on vaikutusta lapsen terveyteen ja tulevien sukupolvien terveyteen.

Kickbusch (2001) piti välttämättömänä erottaa terveydenlukutaidon tarkastelussa terveyden edistämisen lähinnä freireläisen näkökulman voimaantumisen ja toisaalta todetun amerikkalaisen heikkolukutaitoisen selviämisen terveydenhuollon järjestelmässä.

Peerson ym. (2009) haluavat erottaa lääketieteellisen terveydenlukutaidon arjen terveydenlukutaidosta. Lääketieteellisellä terveydenlukutaidolla he tarkoittavat potilaan selviämistä terveydenhuoltosysteemeissä ja taidosta ottaa selvää saamistaan hoito-ohjeista, resepteistä ja muista lääketieteellisistä dokumenteista. Tähän viittaavat myös Nutbeam (2008) ja Pleasant ym. (2008). Arjen terveydenlukutaitoinen ei ole potilas vaan ihminen, joka haluaa pysyä terveenä (Peerson ym. 2009.) Nutbeam nimittää terveydenlukutaitoa tässä yhteydessä eduksi tai valtiksi. Ihminen kykenee kontrolloimaan terveyttään, henkilökohtaisia, sosiaalisia ympäristöllisiä tekijöitä säätelemällä. Juuret tälle ajattelulle ovat aikuiskoulutuksessa ja terveyden edistämisessä. Pleasant ym. (2008) toteavat, että kansanterveysnäkökulma terveydenlukutaidossa yhdistää sen terveyden edistämiseen, koulutukseen ja voimaantumiseen Freiren näkökulmasta.

Mancuso (2008) näkee terveydenlukutaidon yhteydet koulutukseen, kirjastotieteeseen, terveydenhuoltoon, kansanterveyteen ja mielenterveyteen. Koulutuskonteksti on alkuperäinen lähtökohta terveydenlukutaidon tarkastelulle. Ympäristö, kulttuuri, tiedon tarkoitus, kieli, yhdessä oppiminen ja asioiden jakaminen kuvaavat terveydenlukutaiton koulutusyhteyksiä. Tarkastelunsa loppupäätelmissä Mancuso toteaa monet vastaamattomat kysymykset ja tarpeen terveydenlukutaidon käsitteen jatkoselvittämiseksi. (Mancuso 2008.)

Paakkari ym. määrittävät terveydenlukutaidon oppimistuloksena viiteen ulottuvuuteen. Ulottuvuudet ovat teoreettinen ja käytännöllinen terveystietämys, kriittinen ajattelu, itsetietoisuus ja kansalaisuus. Ulottuvuudet ovat osin päällekkäisiä ja siksi niiden erottelu on hieman keinotekoisia. Ulottuvuuksia ei pidä käsittää yksittäisinä taitoina vaan pikemminkin laajana osaamisen alueena. Parhaassa mahdollisessa tilanteessa maini-

tut terveydenlukutaidon ulottuvuudet kietoutuvat toisiinsa ja näin muodostuu korkein mahdollinen terveydenlukutaito. (Paakkari ym. 2011, 6).

2.4.1 Terveydenlukutaito suomalaisessa keskustelussa

Kannaksen mukaan terveystieteen ja terveyskasvatuksen oppiaineen oppimistuloksia voi kutsua joko terveysosaamiseksi tai terveyden lukutaidoksi ("health literacy"). Kannas (2005b, 33) pitää molempia termejä käyttökelpoisina vaikka hänen mielestään terveysosaaminen on terveydenlukutaitoa osuvampi ilmaus. Terveysosaamisen käsitteen valinnalle on luonteavat perustelut, koska sitä käytetään opetussuunnitelman perusteissa. Terveydenlukutaito-käsitteen perustelut löytyvät aikamme hengestä. Puhutaan talouden lukutaidosta, medialukutaidosta, digitaalisesta lukutaidosta (Wu ym. 2010), tietotekniikan, kulttuurin, tieteen, kansalaisten lukutaidosta. Mielestäni terveydenlukutaito on näistä nasevin ja myös yhteiskunnallisesti tarpeellisin.

Terveyden edistämisen laatusuositus (2006, 44) määrittelee terveydenlukutaidon yksilön kykyä ja mahdollisuuksina ymmärtää ja käyttää terveystietoa. Tavoitteena on kriittisen tietouden saavuttaminen. Terveydenlukutaidossa erotetaan kolme tasoa: toiminnallinen eli ns. peruslukutaito, vuorovaikutuksellinen sekä kriittinen terveydenlukutaito (myös Savola ym. 2005, 84-85.) Terveydenlukutaidon kehittämisen tavoitteena on kriittisen tietoisuuden ja terveyteen liittyvien ongelmien ratkaisutaitojen parantaminen. (Leskinen ym. 2000.)

Terveydenlukutaidon tasot liittyvät terveyden edistämisen filosofiseen muutokseen. Sairauslähtöisestä terveystieteen ja käyttäytymisen muutosta painottavasta lähestymistavasta on siirrytty laaja-alaiseen terveyden edistämiseen ja terveystieteen oppimiseen. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaan terveystieteen lähtökohdaksi on oppijan tapa hahmottaa terveyttään ja sen tulkintakäsitteitä. Terveydenlukutaito on yksilön oppimisen tulosta. (Jakonen 2002, 127.)

Terveydenlukutaidon tasot ja niihin kytketyt terveyden edistämisen näkökulmat täydentävät toisiaan. Terveydenlukutaito on myös itsetuntemusta, kykyä tunnistaa oman elimistön viestejä ja toimia niiden vaatimalla tavalla, se on sosiaalisia taitoja sekä oman elinympäristön havainnoimista. Terveydenlukutaidon vahvistuessa lisääntyy itsenäisyys ja voimaantunut olo. Jakonen pitää perusterveydenlukutaidon tietokäsitystä välineellisenä, toiminnallisen käytännöllisenä ja kriittisen terveydenlukutaidon tiedonkäsitys on vapauttava. (Jakonen, 2002, 127, 128.) Kirjallisuudessa terveydenlukutaitoa käsitellään neljästä näkökulmasta: yleinen lukutaito ja sen yhteys terveyteen, terveyspalvelujärjestelmässä selviäminen, terveydenlukutaito osana yleissivistävää opetusta ja terveydenlukutaito metaforana terveysosaamisen kehittämisessä. (Jakonen 2005, 38.)

Hyry-Honka toteaa, että nuoria tulisi tukea systemaattisesti koulun arjessa terveydenlukutaidon parantamiseksi. Tämän edellytyksenä on laaja terveystietäminen koulun koko toimintaan sekä täydennyskoulutuksen tarjoaminen opettajille, jotta he osaisivat tukea nuorten terveydenlukutaidon kehittämistä. (Hyry-Honka 2008, 129.)

Suomen Akatemian terveyden edistämisen tutkimusohjelmaan (TERVE 2001-2004) sisältyy tutkimushanke Nuorisokulttuurit terveydenlukutaitona. Tutkimushankkeen antina on uusi käsite: terveystaju. (Puuronen 2006, 16.) Terveystaju muodostuu yhdestä elementistä, joka sisältää tiedon ja lukutaidon. Terveystaju haastaa pohtimaan valintoja, ymmärrystä ja tulkintaa. Nuorten terveystaju syntyy yksilöllisen tietotaidon, erilaisten ala- ja vastakulttuurien sekä emokulttuurien ja yhteiskunnassa vallitsevien arvo- ja normijärjestelmien ristiaallokossa. Puurosen ja Hoikkalan mukaan terveydenlukutaito sitoutuu usein terveyden rationaaliseen puoleen, terveystaju ei sitä tee. Heidän mielestään terveys ei nykykulttuurissa ilmene kirjoitukseksi kiteytyneenä niin, että lapset tai nuoret voisivat sitä yksinkertaisella tavalla lukea tai ymmärtää. (Puuronen 2006, 16; Hoikkala ym. 2005, 130-131.)

Hoikkala ym. (2005) pitävät vaarana viime vuosien panostuksia terveystiedon opetukseen, jotka heidän mielestään ovat

enemmän pedagoginen strategia kuin yhteisöllinen hanke. Kyseinen näkökulma on pulmallisella tavalla yksilöllistävä. Hoikkalan ym. mielestä nykynuoriso elää kulutuskulttuurissa, joka nostaa elämyksellisyyden, nautinnon, mielihyvän ja ruumiillisuuden elämän orientaatiopisteiksi. Riskien ja oman itsen hallinta ovat edellisiä vastaavia minätekniikoita. Terveydenlukutaito sopii heidän mielestään hyvin nykyistä itsekontrollia ja yksilön vastuuta korostavaan puheavaruuteen. (Hoikkala ym. 2005, 129.)

Hoikkala ym. toteavat (2005, 129) että valtiovallan vastuu terveydestä ja terveyden lukutaidon edellytyksistä on keskeinen. He ehdottavat terveydenlukutaidon käsitteen irrottamista rationaalisista ja yksilöllistävästä mielikuvista. Silloin otettaisiin paremmin huomioon yksilön sidokset sosiaalisiin yhteisöihin. Terveyttä edistävässä toiminnassa ei ole kysymys vain siitä, osaako yksilö hankkia, omaksua ja soveltaa terveyden tosiasioita. Olosuhteet ja sosiaalisen pääoman luottamussuhteet vaikuttavat siihen, ketä uskotaan, mitä tietoa valikoidaan ja miten sitä sovelletaan. Myös kysymys siitä, miten terveys ymmärretään ja mikä merkitys sillä on henkilökohtaisessa elämässä, rakentuu sosiaalisissa suhteissa eikä pelkästään taidollisina ja tiedollisina valmiuksina. (Hoikkala ym. 2005, 130.)

2.4.2 Terveydenlukutaidon mittaaminen

Terveydenlukutaidon ja terveyttä edistävän käyttäytymisen välillä on yhteys. Tutkimukset ovat osoittaneet, että ihmisillä, joilla on rajoittunut terveydenlukutaito, on myös korkeat terveydenhoitokustannukset (myös Mancuso 2008) ja he käyttävät muita enemmän sairaanhoitopalveluja mutta vähemmän ennaltaehkäiseviä terveyspalveluja. Lisäksi he ymmärtävät huonosti, kuinka kroonisia sairauksia hoidetaan ja käyttäytyvät terveyttä vaarantavasti, eivätkä ole kiinnostuneita terveyttä koskevista uutisista. (Wallace 2006.)

Terveydenlukutaitoa alettiin 2000-luvulla tutkia lähinnä sairaaloissa. Riittävän terveydenlukutaidon on todettu olevan tärkeää sairauksien ennaltaehkäisyyn ja terveyden edistämisen näkökulmasta (Parker 2000; myös Abel 2008). Terveyden-

lukutaitoa on selvitetty esimerkiksi Kiinassa, Bangladeshissä, Israelissa, Yhdysvalloissa ja Japanissa. Monet sairaudet ovat uhka kansanterveydelle ja hyvän terveydenlukutaidon arvelaan korjaavan tilannetta. Kiinassa (Wang 2000) tutkittiin terveydenlukutaitoa verimatoaudin leviämisen ehkäisemisessä, Bangladeshissä (Jahan 2000) vaikean vatsataudin leviämisen ehkäisyssä ja Israelissa (Levin-Zamir ym. 2001) diabeteksen hoidossa.

Ruth Parker (2000) puhuu häpeästä, joka liittyy alhaiseen lukutaitoon. Häpeä on syvästi kätkeyty tunne, joka leimaa ihmisen sosiaalisesti ja on heikon itsetunnon pohjana. Monet yrittävät salata huonon lukutaitonsa. Pyydettyessä lukemaan vastaanotolla hoito-ohjeita, potilas keksii syitä lukemisen välttämiseksi. *”Lukulasit eivät ole mukana, luen ohjeet kotona, haluan ensin keskustella perheeni kanssa”*. Myös Chew ym. (2004) tuovat esiin ihmisten häpeän ja salailun huonon lukutaidon johdosta. Hoitajien tulisi kyetä tunnistamaan ihmiset, joilla on huono terveydenlukutaito jotta he voisivat opastaa heitä vaikeuksissa (Speros 2004). Myös lääketieteen opiskelijoille ja lääkäreille tulisi opettaa tietoa terveydenlukutaidosta (Kripalani ym. 2006b).

Terveydenlukutaitoa voidaan mitata, vaikka se onkin haasteellista käsitteen vakiintumattomuuden tähden. Mittareita on kehitetty ennen kaikkea Yhdysvalloissa niin englanninkielisille kuin espanjankielisillekin. Terveydenlukutaidon testejä on tehty erisuuruisille koeryhmille ja tutkimushenkilöitä yhdistävänä tekijänä on usein ollut jokin sairaus. Useimmat mittareista mittaavat määrällistä terveydenlukutaitoa mutta laadullisia tutkimuksiakin löytyy.

Määrällisen terveydenlukutaidon mittaaminen

Zarcadoolas ym. (2006, 277) toteavat Rogersiin, Razaniin ja Payneen (2001) nojautuen, että ihanteellinen terveydenlukutaidon mittari on lyhyt ja nopea. Se sisältää sekä numeraalisen että luetun osuuden ja lisäksi myös osuuden, jossa mitataan ihmisen kriittistä ajattelua lääketieteen ja terveydenhuollon järjestelmästä. Terveydenlukutaitoa on mitattu myös tutkijoiden kehittämällä kyselymittareilla.

Terveydenlukutaitomittarit kehitettiin, koska lukutaitotutkimuksessa vuonna 1993 oli havaittu, että yli 20 prosentilla (noin 40-44 miljoonalla) amerikkalaisista aikuisista lukutaito oli hyvin matala. Neljäsosa tähän ryhmään kuuluvista oli maahanmuuttajia, joiden äidinkieli oli muu kuin englanti. Tämän lisäksi 50 miljoonan yhdysvaltalaisen lukutaito oli rajoittunut. (Ad Hoc Committee on Health 1999, 552; Parker ym. 1995; Parker 2000; ks myös Chew ym. 2004; Davis 2004; Carmo-na 2006; Kripalani ym. 2006a; Lincoln ym. 2006.) Useimmiten terveydenlukutaidon mittaaminen on keskittynyt perusterveydenlukutaidon mittaamiseen (Abel 2008).

TOFHLA (The Test of Functional Health Literacy) on englanninkielinen aikuisten perusterveyden lukutaidon mittari, joka kehitettiin Yhdysvalloissa vuonna 1995. Espanjankielisten terveydenlukutaitoa mitataan TOFHLA-S mittarilla. Mittaukset kestävät noin 22 minuuttia. Testissä on viisikymmentä luetun ymmärtämisasiota ja seitsemäntoista numeraalista taitotestiä. TOFHLA-mittausta pidetään luotettavana perusterveyden lukutaidon arvioinnissa, kun tutkitaan potilaiden taitoa lukea ja ymmärtää sairaalasta saamaansa terveysinformaatiota. (Parker ym. 1995, 537-538) Myöhemmin on kehitetty 12 minuuttia aikaa vievä S-TOFHLA (short) mittari. Tämä mittari oli käytössä taiwanilaisten nuorten terveydenlukutaidon mittaamisessa (Chang, 2010). TOFHLA-mittareiden avulla on luotettavasti ennakoitu potilaan terveydentilan kehittymistä. (Parker 2000; Zarcadoolas ym. 2006, 277.)

Yhdysvalloissa tehtiin ensimmäinen pitkittäistutkimus terveydenlukutaidon vaikutuksesta kroonisesta sairaudesta selviämiseen. Keski-ikäisten 175 astmapotilaan terveydenlukutaitoa mitattiin TOFHLA-mittarilla kolmesta kuuteen kuukauden välein kahden vuoden ajan. Tutkimuksen mukaan huono terveydenlukutaito ennusti huonoa elämänlaatua ja useita hoitokäyntejä terveydenhuollossa. Tässä tutkimuksessa ei havaittu yhteyttä terveydenlukutaitoon ja suorituskykyyn, mutta kylläkin yhteys masentuneisuuteen. (Mancuso ym. 2006)

Yli 1500 sydän- ja verisuonitauteja sairastavan iäkkään ihmisen terveydenlukutaitoa ja reseptien noudattamista tutkittiin S-TOFHLA-mittarilla. Tulokset eivät suoranaisesti todistaneet huonon terveydenlukutaidon ja reseptien nou-

dattamattomuuden yhteyttä mutta antoivat siitä aavistuksen. Tutkimuksessa ehdotettiin jatkotutkimuksia. (Gazmararian ym. 2006.) Ibrahim ym. (2008) tutkivat Isossa-Britanniassa sepelvaltimosairaiden terveydenlukutaitoa REALM-mittarin avulla ja totesivat sen luotettavaksi mittariksi jokapäiväisessä sairaalakäytössä.

Belgradissa tutkittiin TOFHLA-mittarin avulla 120 terveyskeskuksen asiakasta, joilla oli heikko toiminnallinen terveydenlukutaito. Tulokset olivat samansuuntaiset monen muun tutkimuksen kanssa: heikko terveydenlukutaito heikentää ihmisen mahdollisuuksia hoitaa hyvin terveyttään. (Jovic-Vranes ym. 2009.)

Aikuisten terveydenlukutaitoa voidaan tutkia myös muutamassa minuutissa täytettävällä REALM (the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) testillä. Siihen kuuluu 66 asteittain vaikeutuvaa terveyteen ja lääketieteeseen liittyvää sanaa. (Parker 2000, 281; Zarcadoolas ym. 2006, 277.)

Lincoln ym. (2006) toteavat pitkittäistutkimuksessaan yhteyden alhaisen terveydenlukutaidon ja masennusoireiden välillä. Heidän tutkimuksessaan huono terveydenlukutaito voi olla tekijä depressiivisten oireiden ilmestymiseen. Tutkimuksessa käytettiin REALM-mittaria, tutkimusaika oli kaksi vuotta. Tutkimushenkilöinä oli 380 aikuista amerikkalaista päihteiden väärinkäyttäjää. Yhdysvalloissa alhaisesti terveydenlukutaitoiset naiset kävivät huonosti irtosolututkimuksessa todetun muutoksen jälkeisissä seurannoissa. (Lindau ym. 2006.)

Terveydenlukutaidon mittaamisen helpottamiseksi ja nopeuttamiseksi kehitettiin uusi perusterveydenhuoltoon soveltuva (primary health care) mittari, joka on nopea ja sekä englannin- että espanjankielinen. Tässä NVS (The Newest Vital Sign)-testissä on kuusi ravitsemukseen liittyvää kysymystä. Testin tekemiseen kuluu kolme minuuttia. (Weiss ym. 2005.) Uusi mittari, joka ei ole niin sairauskeskeinen kuin moni aikaisemmista mittareista, on HALS (Health Activities Literacy Scale). HALS-mittariin sisältyy kirjallista osuutta, määrällistä mittaamista ja dokumenttiaineistoa viideltä terveyttä sivuavalta alueelta: terveyden edistäminen,

terveyden suojele, sairauksien ennaltaehkäisy, terveydenhoito ja terveysjärjestelmässä selviäminen. (Baker 2006; Nutbeam 2008.) Edellisten lisäksi Mancuso (2009) mainitsee vielä MART-testin (The Medical Achievement Reading Test) ja SALHSA-testin (The Short Assessment of Health Literacy for Spanish Speaking Adults). Paljon käytetty rajoittunutta terveydenlukutaitoa mittaava testi on Wide Range Achievement Test, WRAT (von Wagner ym. 2009).

Laadullinen lähestymistapa terveydelukutaidon mittaamiseen

Israelissa sovellettiin terveydenlukutaidon käsitteitä vahvistamaan diabeetikkojen itsehoitoa. Levin-Zamir ym. (2001) pohtivat terveydenhuollon ammattilaisten tarvetta muuttaa paradigmaa, joka ohjaa heidän työtään pyrittäessä parantamaan ihmisten terveydenlukutaitoa. Israelilaisten nuorten mediaterveysterveydenlukutaitoa (MHL) tutkittiin myös laadullisesti. Jatkotutkimuksissa nuorten terveyden edistämiseksi tulisi keskittyä heidän kriittisen ajattelunsa, perusteltujen terveysvalintojensa ja aktiivisen osallistumisensa tukemiseen. (Levin-Zamir ym. 2011.) Ishikawa ym. (2008) tutkivat japanilaisten virastotyöntekijöiden kriittistä terveydenlukutaitoa.

Myös ihmisten terveydenlukutaitoa kuluttajina on tutkittu (Adkins ym. 2009). Tutkijat toteavat muun muassa, että matalasta terveydenlukutaidosta on usein seurauksena suuret yhteiskunnalliset kustannukset (myös Levy ym. 2009). Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä toimi Bourdieun sosiaalinen pääomateoria. (Adkins ym. 2009.)

PISA –tutkimus terveydenlukutaidon mittarina

Suomi on osallistunut vuosina 2000, 2003, 2006 ja 2009 laajaan OECD:n kansainväliseen 15-vuotiaiden koululaisten osaamistutkimukseen, PISA (Programme of International Assessment). Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, kuinka koululaiset hallitsevat tulevaisuuden työtehtävien ja hyvän

elämän vaatimat keskeiset tiedot ja taidot. PISA-tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita oppimista tukevista asenteista ja opiskelutaidoista ja valmiuksista. PISA-tutkimuksen tavoitteena ei ole arvioida opetussuunnitelman sisältöjen hallintaa vaan arkielämän taitoja ja valmiuksia arkielämän tarpeita muistuttavissa tilanteissa. Suomalaiset koululaiset ovat pärjänneet erittäin hyvin lukutaidossa ja luonnontieteidenkin osaaminen on ollut hyvää. (Välimäki ym. 2001, 6)

Luonnontieteellinen osaaminen (scientific literacy) on osa keskeistä elämäntaitoa ja kykyä osata soveltaa luonnontieteellistä sivistystä todellisiin elämän tilanteisiin. PISA-tutkimuksessa olivat sovellusalueina muun muassa ”elämä ja terveys” sekä ”maapallo ja ympäristö”. Tietojen soveltamista vaativat tilanteet oli määritelty omaan itseen, perheeseen ja yhteisöön liittyen. (Välimäki 2001, 7-8.) PISA-tutkimuksella ei mitata terveydenlukutaitoa mutta sen aihealueet ja laaja kansainvälinen kattavuus voisivat antaa hyödyllistä tietoa koululaisten terveydenlukutaidosta. Vuonna 2001 tutkimukseen osallistui 32 ja vuonna 2009 65 maata (Pisa 2009).

2.5 Arvot ja arvostukset terveydenlukutaidon keskiössä

2.5.1 Arvot lukion opetussuunnitelman perusteissa

Lukiokoulutuksen arvoperusta on suomalainen sivistyshistoria, jonka juuret ovat pohjoismaisessa ja eurooppalaisessa kulttuuriperinnössä. Koulutuksella edistetään avointa demokratiaa, tasa-arvoa ja hyvinvointia. Opetuksen lähtökohtana on elämän ja ihmisoikeuksien kunnioittaminen ja pyrkimyksenä on totuus, inhimillisuus ja oikeudenmukaisuus. Lukiossa tulee korostaa kestävä kehityksen periaatteita ja antaa opiskelijoille valmiudet kohdata muuttuva maailma. Kasvatustyössä korostetaan yhteistyötä, kannustavaa vuorovaikutusta ja rehellisyyttä. Opiskelijaa pidetään oman oppimisensa ja maailmankuvansa rakentajana. (LOPS 2003, 12.)

Lukiokoulutuksen tavoitteena on oikeutensa ja velvollisuutensa tiedostava nuori, joka ottaa vastuun teoistaan ja valinnoistaan. Opiskelijan tulee kyetä kriittiseen ajatteluun, tunnistamaan hyväksytyjen arvojen ja todellisuuden välinen ristiriita ja pohtimaan suomalaisen yhteiskunnan ja kansainvälisen kehityksen epäkohtia ja mahdollisuuksia. Tavoitteena on, että opiskelijoista kasvaa suvaitsevia ja kansainvälisiä. (LOPS 2003, 12.)

Lukion arvopohjaa syvennetään kaikille yhteisillä aihekokonaisuuksilla, jotka ovat arvokannanottoja ajankohtaisiin yhteiskunnallisiin tilanteisiin. Lukion opetussuunnitelman mukaisia aihekokonaisuuksia ovat: Aktiivinen kansalaisuus ja yrittäjäyys, Hyvinvointi ja turvallisuus, Kestävä kehitys, Kulttuuri-identiteetti ja kulttuurien tuntemus, Teknologia ja yhteiskunta sekä Viestintä ja mediaosaaminen. (LOPS 2003, 24-29.)

Lukion opetussuunnitelma-analyysin 2006 mukaan koulukohtaisiin opetussuunnitelmiin kirjatut arvot myötäilevät valtakunnallisen opetussuunnitelman perusteisiin kirjattuja arvoja ja osin myös täydentävät niitä. Arvot on ilmaistu kuvauksina, avainsanoina tai iskulauseina. Joissakin lukioissa arvot on ilmaistu tunnetuilta kirjailijoita tai filosofeilta lainatuilla runoilla tai mietelmillä. Arvokuvauksissa tuodaan esille pyrkimys kasvattaa opiskelijoista tasapainoisia, perinteitä arvostavia, uudistusmielisiä ja itsenäisiä sekä yhteistyökykyisiä. Hyvin usein tasapainoa korostettaessa kuvataan pyrkimystä, että opiskelijat kasvaisivat sovussa suomalaisen kulttuurin ja kulttuuri-identiteetin sekä yhteiskunnan monikulttuuristumisen ja kulttuurien tuntemuksen kanssa. (Lukion opetussuunnitelma-analyysi 2006, 2.)

Terveystieto-oppiaineen yhtenä tavoitteena on, että oppilas pohtii terveyttä koskevia arvokysymyksiä ja osaa myös perustella omia valintojaan. Opetuksen tavoitteena on, että opiskelija osaa perustella omia valintojaan ja oppii arvostamaan terveyttä voimavarana ja osaa edistää terveyttä. Tavoitteena on myös, että opiskelija osaa kriittisesti arvioida ja tulkita terveyttä ja sairautta koskevaa tietoa ja erilaisia terveystietoihin liittyviä ilmiöitä. Arvioinnissa kiinnitetään

huomiota opiskelijan valmiuksiin terveyttä ja sairautta koskevaan eettiseen arvopohdintaan. (LOPS 2003, 210.)

Terveydenlukutaito nivoutuu erityisesti lukion opetussuunnitelman tavoitteisiin terveyttä ja sairautta koskevan tiedon ja terveystaluttuurien ymmärtämiseen. Tavoitteet parantaa terveydenlukutaitoa tähtäävät siihen, että ihminen arjessa ymmärtäisi mikä on hyväksi omalle terveydelle ja että hän olisi tietoinen voimavaroistaan terveyden edistämässä. Terveydenlukutaito tulee tulevaisuudessa olemaan kansanterveyden parantamisen avain (Abel 2008).

Lasse Kannas toteaa, että terveystiedossa terveyden teemoja tulee käsitellä monitieteisesti, myös pohtien ja ”filosofeeraten” (Kannas 2005a, 10). Sami Pihlström (2002, 16) myötäilee Kannaksen ajattelua: *”Vaikka vakavasta filosofisesta työstä on vain harvoin suoraa hyötyä terveyden tavoittelemisessa tai elämänhallinnassa, filosofian terapeuttisten mahdollisuuksien tunnistaminen saattaa olla yksi tapa pyrkiä kohti vastuullisuutta ihmisenä tai ajattelijana.”* Terveydellä ja filosofisella ajattelulla on pitkä historia. Filosofialla voi olla epäsuorasti merkitystä, kun ihminen hahmottaa elämänsä jäsentyneeksi kokonaisuudeksi, jossa terveyden edistäminen voi olla mielekäs päämäärä. (Pihlström 2002, 19-20.)

Pihlströmin ja Kannaksen pohdinta terveyden olemuksesta on samanhenkistä. Pihlström toteaa, että terveyden elämässä tärkeimmäksi asiaksi julistavat ihmiset ovat pinnallisia. Hänen mielestään meidän tulisi pitää inhimillistä elämää arvokkaana silloinkin, kun terveys on jopa lopullisesti kadonnut. (Pihlström 2002, 30) Kannas puhuu terveysherkkyydestä ja toteaa, että nuoret tulisi opettaa kohtaamaan mahdollinen oma sairastuminen ja sen myötä myös kuoleman tosiasia. Hän tiivistää terveysopetuksen arvopohjan ajatukseen, että terveys ei ole palkinto eikä sairaus ole rangaistus. (Kannas 2005a, 13, 12.)

Pihlström painottaa terveyden ja ajattelun olevan yhteydessä toisiinsa. Pyrkivämmme terveyteen sekä ajattelussamme että elämässämme meidän on elettävä aktiivisesti, toimeliaasti ja harkitsevasti ja otettava vastuu vapaasta ja itsenäisestä ajattelustamme ja toiminnastamme. (Pihlström 2002, 26.)

2.5.2 Erik Ahlmanin arvotyypittely

Jokaisella filosofiaan perehtyneellä on arvo-käsitteestä oma näkemyksensä ja määritelmänsä. *”Arvon käsitteen määrittely on lähes toivoton tehtävä”*, kirjoittaa Airaksinen (1987, 131). *”Vastauksen antaminen ei ole helppoa, koska kysymys ”arvojen” alkuperästä ja luonteesta on moniaineksinen filosofinen kysymys”*, toteavat Kalkas ym. (1996, 85-86.) Myös Kari E. Turunen (1992, 21) pitää arvo-käsitteen määrittelyä paitsi epämääräisenä, myös hämmentävänä. Hänen mielestään arvosanan runsas käyttö kuitenkin osoittaa, että ihmiset haluavat luokitella ja arvostella asioita niiden arvon mukaan. (ks. Leino-Kilpi ym. 2004, 59)

Koska tässä tutkimuksessani en syvenny arvojen vaan arvostusten maailmaan, tarkastelen arvostus-käsitteen määrittelyä seuraavassa luvussa. Esittelen tiivistetysti Erik Ahlmanin arvotyypittelyn, jota käytän pohjana luokitellessani opiskelijoiden terveystiedon reaalikokeessa ilmaisemia terveysarvostuksia. Ahlmanin arvotyypittely soveltui omaan empiiriseen aineistooni hyvin. Toljamon (1999) diabeetikkojen omahoitoa koskevassa tutkimuksessa mitattiin diabeetikkojen terveysuskomuksia ja siinä yhteydessä myös terveysarvostuksia. Tässä tutkimuksessa terveysarvostukset kertoivat siitä, kuinka korkealle diabeetikot nostivat terveyden muiden arvojen rinnalla (Toljamo 1999, 95).

Ahlmanin (1976, 19, 21, 100) mukaan jokaisella ihmisellä on oma persoonallinen arvojärjestelmänsä, oma ethoksensa. Tärkeänä pidetty asia vaikuttaa ihmisen ajatteluun, tunteisiin ja tekoihin. Ihminen vaikuttaa ympäristönsä yleiseen kulttuuriin. Arvot tajutaan tunteella, ei aistein eikä tiedollisin kyvyin ja ne voivat toimia perimmäisinä motiiveina. Arvoja on rajattomasti.

Arvolajeja ovat hedoniset, vitaaaliset, esteettiset, tiedolliset, uskonnolliset, sosiaaliset, eettiset, mahti- ja oikeusarvot. Ahlman kirjoittaa myös ekologisesta käyttäytymisestä luonnon suojelemiseksi. Hedonisia arvoja ovat aistilliset mieluisuusarvot kuten hyvät maut, tuoksut, seksuaaliset nautinnot ja huumausainoiden tuottama mielihyvä. Hedonisia arvoja

julkisesti tavoittelevat ihmiset eivät nauti toisten kunnioitusta vaan jopa halveksuntaa. Kulttuurissa voi esiintyä hedonisten arvojen liikakasvua, jolloin nautinnot muodostuvat toiminnan motiiviksi. (Ahlman 1976, 23, 31-32.)

Vitaaliset eli biologiset arvot ovat yhteydessä elämään. Vitaalisia arvoja ovat elämä itse, elämän voimakkuus, terveys ja onnistuneisuus. Koemme ne voimaantumisenä, terveytenä. Vitaaliset epäarvot koemme heikkoutena ja raihnaisuutena. Elämän palvonta on vitaalisten arvojen palvontaa. Vitaalisilla arvoilla on kulttuurissa ollut suuri merkitys. (Ahlman 1976, 25.)

Esteettiset arvot toteutuvat taiteen eri muodoissa. Esteettistä on myös luonnon kauneus. Luonnonsuojelu ja luonnonpuistot ovat ilmauksia luonnon kauneuden säilyttämishalusta. Erik Ahlman kirjoitti tästä näkökulmasta katsoen jo vuonna 1939 seuraavasti:

”Oman luokkansa muodostavat sellaiset tekniikan vahingolliset vaikutukset, jotka johtavat ihmisen elinympäristön muuttumiseen. Tänne kuuluu esim. ilmaston huonontuminen metsien hävittämisen johdosta ja sen yhteydessä olevat seikat, kuten maan muuttuminen hieta-aavikoksi (niin kuin eräillä seuduilla Pohjois-Amerikassa). Kaikki tällainen suoranaisesti tai välillisesti vähentää ihmisen biologisia toimeentulomahdollisuuksia. Erään käsityksen mukaan keinotekoisien lannoitteiden käytön seurauksena on lopulta oleva maan hedelmällisyyden ehtyminen. Teollinen tekniikka johtaa edelleen eräiden maapallon raaka-aineväestöjen (kuten öljyn, kivihiilen ja metallien) vähenemiseen, millä seikalla saattaa tuonnempänä olla biologisesti ihmisluvulle epäedullisia vaikutuksia, ellei näitä aineita kyetä toisin keinoin korvaamaan.” (Ahlman 1976, 186.)

Ihmisruumiin kauneus ja sen muovaamispyrkimykset kuvaavat esteettisiä arvoja. Esteettisen yhtymisen hedoniseen ja vitaaliseen saa aikaan esim. ruokien esteettisen arvon ilmenevän, terveyden, voiman ja kauneuden toisiinsa yhtymisen.

Esteettisen yhtyminen teoreettisuuteen ilmenee opetusrunoissa. (Ahlman 1976, 26-51.)

Tiedolliset eli teoreettiset arvot ovat tärkeitä. Tiede ja filosofia kannattavat teoreettisia arvoja ja toteuttavat niitä käsitteissä, teorioissa ja järjestelmissä. Totuus on tärkeä käsite tiedollisten arvojen piirissä. Uskonnollisilla eli pyhyysarvoilla on suuri merkitys kulttuurissa. Uskonnollisen yhtyminen esteettiseen kuuluu kirkkomusiikissa, seremonioissa, kirkkorakennuksissa, erilaisina pyrkimyksinä ylöspäin (Ahlman 1976, 26, 51-52).

Sosiaaliset eli rakkausarvot ovat kulttuurielämän toimintamotiiveja. Kasvatus on suurelta osin sosiaalinen arvo. Sosiaalisesti arvokasta on edistää toisten etua. Sielullisesti tämä toteutuu ihmisten keskeisenä rakkautena ja sympatiana, epäitsekäänä toimintana ja altruismina. Sen muotoja ovat esimerkiksi sukupuolten välinen erotiikka, vanhempien rakkaus lapseensa, sisarusrakkaus, kasvattajan rakkaus kasvatettavaan, mestarin ja oppilaan välinen suhde ja yleinen ihmisrakkaus. Puhtaassa muodossa ei etsitä omaa etua vaan eläydytään toisen asemaan. Kirkkainta on äidinrakkaus. Yhteiskunnallinen huoltotoiminta ilmentää sosiaalisia arvoja, esimerkkinä tästä vapaaehtoisjärjestöt. (Ahlman 1976, 27-75.)

Mahtiarvot ovat arvokkaita, kun ne saattavat vallitseviksi ei-mahtiarvoja. Mahtiarvot ovat kompleksisia, koska ne edellyttävät muita arvoja. Valta voi perustua fyysiseen pakotukseen, auktoriteettiin, etevyyteen, rikkauteen tai kauneuteen. Vallan olemukseen kuuluu, että toiset arvot saavat väistyä, kun yksi ajetaan läpi. Mahtivaltaa käyttävät poliittiset johtajat. (Ahlman 1976, 27-79.)

Oikeusarvot ovat eetillisten arvojen laji. Eetilliset arvot ovat persoonallisuusarvoja. Eetillinen edellyttää aina vastakkainasettelua. Oikeudenmukaisuus on eetillinen ominaisuus mutta ei oikeus. Oikeudenmukaisuus on tahdonsuunta. (Ahlman 1976, 27-28, 90.)

Välinearvot eroavat itsearvoista vaikka ovatkin niistä riippuvaisia. Lukutaito on välinearvo: se palvelee päämääriä, jotka ovat sinänsä arvokkaita, esimerkiksi vitaalisia tai teoreetti-

sia arvoja. Kompleksisia perusarvoja ovat sosiaaliset, mahti-, oikeus- ja eettilliset arvot. (Ahlman 1976, 71.)

2.5.3 Arvostukset ja ihanteet

Arvostukset ovat ihmisen käsityksiä asioiden merkityksestä huonouden ja hyvyyden näkökulmasta. Ihmisen ajattelu ja toiminta suuntaa aina johonkin hänen hyvänä tai tärkeänä pitämäänsä ja arvostamaansa päämäärään. Ihminen tarvitsee vapautta voidakseen toimia päämääränsä vuoksi. Arvot muodostuvat arvostuksista, jotka sopivat tietyn päämäärän toteuttamiseen. (Airaksinen 1987, 132; 1994, 24-30.)

Varsinaisina arvoina pidetään platonisia arvoja eli totuutta, kauneutta ja hyvyyttä. Niitä voidaan tavoitella, mutta niitä ei voi koskaan lopullisesti saavuttaa (Turunen 1992, 22). Pihlström (2002, 17) toteaa, että kreikkalainen terveystilofilosofia kulminoitui Toden, Hyvän ja Kauniin yhdistyessä Hyvän Ideassa. Arvostukset ovat kohdearvoja. Arvostuksen kohteen voi erottaa esineenä, ilmiönä, instituutiona tai tapahtumana. Arvostaminen on sielunliikettä. Arvostukset voivat olla ohimeneviä, mutta usein ne ovat pitkäkestoisia. (Turunen 1997, 95-97.)

Arvostukset ohjaavat elämää, koska ne luovat päämääriä ja siksi arvostuksia voi pitää elämän perusaineksena. Yhteiskunnan ”perusliikunto” pohjautuu arvostuksiin. Ihmiset toimivat arvostustensa mukaisesti ja yhteiskunnassa tehtävät päätökset perustuvat sen jäsenten arvostuksiin. Ihmiset ovat yleensä konservatiiveja arvostustensa suhteen, mutta nuoret voivat omaksua uusia arvostuksia helposti. (Turunen 1997, 100-101.) Lukion opetussuunnitelman perusteissa yhdeksi elämäntarkomustiedon tavoitteeksi katsotaan opiskelijan halu toimia arvostustensa mukaisesti (LOPS 2003, 167).

Arvostukset ovat alaltaan kapeampia kuin arvot ja arvostuksilla on selvä kohde, kuten esimerkiksi taloudellinen menestys (Leino-Kilpi ym. 2004, 59). Moraaliset ihanteet ja normit säätelevät arvostuksia. Arvostuksilla ei ole paremmuusjärjestystä. Nykypäivänä raha on selkein arvostuksen mitta. Kaikki ar-

vostamamme asiat eivät kuitenkaan ole ostettavissa, kuten ystävyys, läheisyys, hiljaisuus tai luonnonrauha. (Turunen 1997, 127, 129, 130.) Arvostaminen on arvojen taustalla olevaa inhimillistä toimintaa. Arvostaminen on suhtautumista jotakin arvokkaana pidettyä asiaa kohtaan. (Niiniluoto 1993, 85.)

Arvostukseen ei liity vaatimuksia. Jos niitä ilmenee, on arvostus muuttunut ihanteeksi. Ihanteiden tehtävä on suojata yhteisöä, sillä ne jäsentävät yhteiskuntaa. Ihanteisiin liittyy myös moraalista paatosta vaatimisen, tuomitsemisen ja syyllisyyden nimissä. Arvostukset luovat päämääriä ja ihanteet antavat muodon toiminnalle. Ihanteet ja arvostukset eroavat eniten siinä, että ihanteisiin liittyy esimerkiksi rehellisyyden vaatimus. (Turunen 1997, 199, 184, 196.)

”Ihanteistuneista” arvostuksista tulee sääntöjä ja normeja. Arvostuksilla on taipumus vakiintua, koska niistä voi olla vaikea luopua. Arvostukset herättävät myös tunteita ja poikkeavia arvostuksia kannattava ihminen voi kokea jopa häpeää suhteessa toisiin. Arvostuksia voi nimittää myös uskomuksiksi koska niillä on yhteys uskomiseen. (Turunen 1997, 121, 124, 112-113.) Koska ihmiset arvostavat erilaisia asioita, ei arvostuksilla ole rajoja ja arvostukset vertautuvat haluihin. Arvostukset ja uskomukset ovat vain sattumoisin toisia. Ihminen, joka turvaa pelkkiin uskomuksiin ja arvostuksiin voi joutua vaikeuksiin. (Airaksinen 1994, 24.) Lukion elämäkatsomustiedon tavoitteissa mainitaan uskomusten arviointitaito elämäkatsomuksia koskevien väitteiden arvioinnissa (LOPS 2003, 169).

Arvostukset tulevat esiin ihmisten teoissa ja puheissa. Arvostukset ovat usein niin intiimejä, ettei niistä keskustella. Niitä voidaan jopa piilottaa, vähätellä ja hävetä. Arvostuksia voidaan arvioida ja arvostusten tarkastelu voi aiheuttaa muutospaineita. Arvostusten tutkiminen on lähinnä itsetutkistelua ja itsetuntemuksen lisäämistä. Arvostuksista ei ole totuttu puhumaan. Niin sanotuista ”hienoista” arvostuksista, jotka liittyvät esimerkiksi taiteeseen, on helppo keskustella mutta vaikeata on esimerkiksi tiedostaa, mitä arvostuksia on ajautunut toteuttamaan tietyn yhteisön painostuksesta. (Turunen 1997, 125-126.)

Terveystieto hengittää terveyden arvopohdiskelusta, toteaa Lasse Kannas (2005a, 11). Terveystieto samoin kuin elämänkatsomustieto ja filosofia ovat oppiaineita, joiden tunneilla voidaan syventyä pohtimaan arvostuskysymyksiä ja harjoitella taitoja argumentoida mielipiteitään. Lukion opetussuunnitelman perusteiden (2003, 210) terveystieto-oppiaineen yleisissä tavoitteissa todetaan, että *opiskelija pohtii terveyttä koskevia arvokysymyksiä ja osaa perustella omia valintojaan ja oppii arvostamaan terveyttä voimavarana sekä edistämään terveyttä*. Keskeisenä tavoitteena pidetään, että opiskelijan itsehoitovalmiudet kehittyisivät.

Ilkka Niiniluoto kirjoittaa, että tieteellisen tutkimuksen avulla voidaan selvittää, mitä ihmiset arvostavat tai ovat arvostaneet. Toisaalta arvostukset voivat vaikuttaa siihen, mitä tutkitaan. (Niiniluoto 1984, 328.) Ylioppilastutkinnon terveystiedon reaalikokeessa mitataan ainoastaan opiskelijoiden arvojen ja arvostusten argumentointitaitoja, ei heidän arvojensa kauneutta tai hyvyyttä.

Taulukko 4. Arvostus ja arvomääritelmät (lähteet taulukon sisällä).

Arvostus	Arvo
<p>Arvostus eli arvoihin eläytyminen ei ole arvotietoa eikä arvoasetelmana tosi tai epätosi, koska se on subjektin hetkellisten kannanottojen ilmaisu. Krohn 1953, 60-61 siteeraa Salomaata (1926)</p>	
<p>Arvostuksia on kahdenlaisia: yhdenmukaisia tosien arvoasetelmien kanssa (ovat eduksi arvoasetelmatoinnallamme) ja erheellisten arvoasetelmien mukaiset arvostukset. Krohn 1953, 63.</p>	<p>Arvorteoria tarjoaa syvimmit ja viimeisimmät perusteet, joihin vedotaan konkreettisissa tilanteissa ratkaistaessa mitä tahdotaan ja miten toimitaan. Arvo on arvokas, kun se toteutetaan elävien yksilöiden hyväksi. Krohn 1953, 6, 71.</p>
<p>Tieteellinen tutkimus voi tuottaa tietoa ihmisten eri aikoina ja eri kulttuureissa arvostamista asioista. Arvostukset voivat vaikuttaa siihen, mitä tieteessä tutkitaan. Niiniluoto 1984, 328.</p>	<p>Arvot ovat suhteellisen itsenäisen aseman omaavia ihmisten luomuksia, joita käytetään toiminnan oikeuttamiseen. Niiniluoto 1984, 318.</p>
<p>Arvostus on myönteinen ajatus, joka toimijalla on päämäärästään ja sen ominaisuuksista. Arvostukset näkyvät kaikessa toiminnassa ja henkilön kertoessa motiiveistaan. Arvostukset ovat asenteita ja henkilöä kuvaavia psykologisia tekijöitä. Airaksinen 1987, 132-133.</p>	<p>Arvoa on vaikea määritellä. Arvo voi tarkoittaa tavoiteltua, haluttua ja arvostettua. Arvot sidotaan inhimilliseen toimintaan ja tekoja ohjaaviin päämääriin. Arvot ovat järkevien ja tiedostavien valintojen kohteita. Arvot määräytyvät intentioista, suunnitelmista ja päätöksistä Airaksinen 1987, 130-133.</p>

<p>Arvostukset ovat alaltaan kapeampia kuin arvot ja arvostuksilla on selvä kohde kuten taloudellinen menestys. Leino-Kilpi ym. 2004, 59.</p>	
<p>Arvostukset ovat elämän perusaines, ne ohjaavat elämää luomalla päämääriä. Arvostus tuo elämään sosiaalisen ulottuvuuden. Arvostuksia voi nimittää myös uskomuksiksi. Kansallisia arvostuksen kohteita ovat kieli, ruoka, runous, luonto tai elämäntapa. Ihmisen toiminta perustuu arvostuksiin. Ne tulevat ilmi jokaisessa teossa ja lauseessa. Arvostuksia ei voi asettaa paremmuusjärjestykseen. Jos arvostus ”ihanteistuu”, siitä tulee sääntö tai normi. Turunen 1997, 100-129.</p>	<p>On olemassa vain kolme arvoa: totuus, kauneus ja hyvyys. Niitä voidaan tavoitella, niihin voidaan suuntautua mutta niitä ei kyetä lopullisesti saavuttamaan. Turunen 1992, 22.</p>
	<p>Arvot ovat valintoja ohjaavia periaatteita. Schwartsin teoriassa on 10 erilaista toisiinsa liittyvää arvoa. Puohiniemi 2002, vii.</p>

Taulukosta käy ilmi, että arvostukset ohjaavat arkista elämää. Ne muuttuvat helpommin kuin arvot, jotka ovat kohtalaisen pysyviä. Arvostukset vaikuttavat esimerkiksi siihen, mitä tieteessä tutkitaan.

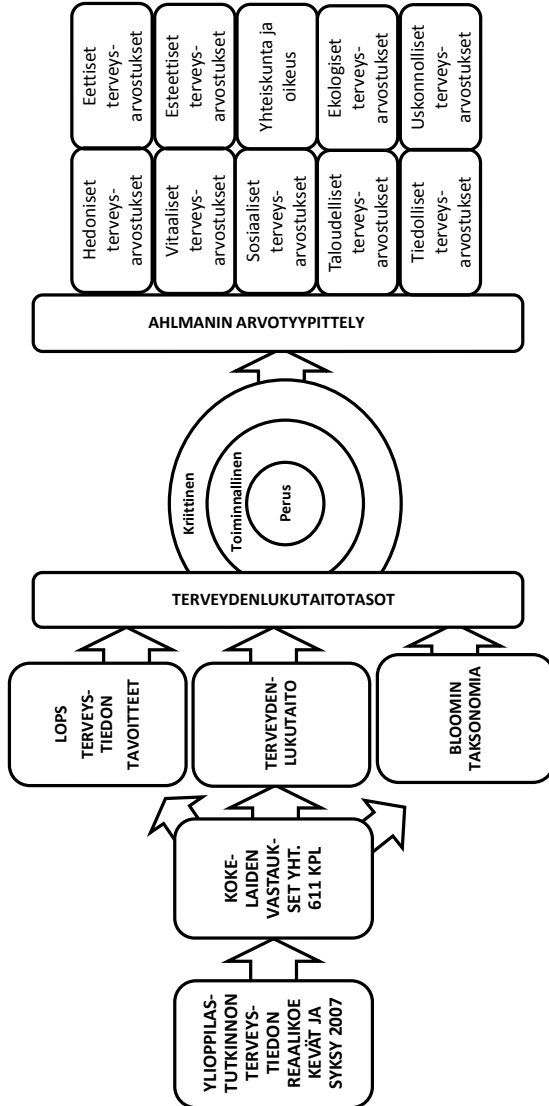
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten lukiolaisten terveydenlukutaito ilmenee ja millä lailla terveystiedon kirjotetaan ylioppilastutkinnon vuoden 2007 terveystiedon reaalikokeen vastauksissa.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisena lukiolaisten terveydenlukutaito näyttäytyy terveystiedon reaalikokeen vastauksissa?
2. Miten terveydenlukutaidon eri tasoilla olevat opiskelijat kuvaavat terveyden olemusta ja terveyteen vaikuttavia tekijöitä?
3. Millaisia mainintoja terveystiedon reaaliarvioista on havaittavissa lukiolaisten terveystiedon reaaliarviovastauksissa?

Jäsentän tutkimukseni teoreettiset ja empiiriset lähtökohdat seuraavan kuvion mukaisesti.



Kuvio 3. Tutkimuksen analysointiasetelma

4 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

4.1 Tutkimushenkilöt

Tutkimusaineistoni koostuu 141 lukiolaisen kirjoittamasta 611 esseevastauksesta. Keväältä 2007 vastauksia on 486 ja syksyiltä 125.

Naiset olivat enemmistönä niin lukiolaisista kuin terveystiedon ylioppilaskirjoituksiin osallistujistakin. Sama suuntaus näkyi myös tutkimusaineistossani. Neljäsosa tutkimukseen osallistujista oli miehiä, kolme neljäsosaa naisia. (ks. taulukko)

Taulukko 5. Tutkimushenkilöiden ja heidän reaalikokeessa analysoitujen vastaustensa määrät.

	Miehet	Naiset	Yhteensä	Vastaukset
Kevät	21	60	81	486
Syksy	16	44	60	125
Yhteensä	37	104	141	611

Ne opiskelijat, joiden koevastauksia tutkin, kuuluivat Ylioppilastutkintolautakunnan (YTL) mukaiseen 01 kokelaslajiin, eli he olivat niin sanottuja varsinaisia kokelaita. He olivat suomenkielisiä koko ylioppilastutkintoa suorittavia, mutta eivät kuitenkaan ammatillisen tutkinnon tai ammatillisten opintojen pohjalta kirjoituksiin osallistuvia. (Ylioppilastutkinto 2008, 7.) Rajasin tutkimuksestani pois ilta- ja aikuislukioiden opiskelijat sekä kansanopistoissa opiskelevat. Tällä rajauksella osallistuneiden iät vaihtelivat 18:sta 20:een vuoteen.

Aioin aluksi jättää tutkimuksen ulkopuolelle ylimääräisen kokeen suorittaneet, mutta asiaa tarkemmin harkittuani en löytänyt valinnalle perusteluja. Tutkimusjoukkooni kuuluivat myös terveystiedon ylioppilaskokeessa hylätyt suoritukset.

Seuraavasta taulukosta selviää arvosanojen suhteellinen jakautuminen valtakunnallisesti, kevään ja syksyn 2007 terveystiedon ylioppilaskokeiden arvosanjakaumat sekä kirjoittajien arvosanat.

Taulukko 6. Terveystiedon kevään ja syksyn 2007 ylioppilaskokeen ja tutkimukseen osallistuneiden arvosanjakaumat prosentteina.

	L	E	M	C	B	A	I	Yht.	Koke- laiden määrä
Kevät 2007, koko Suomi	4.7	15.7	19.9	26.5	16.9	12.2	4.1	100.0	4490
Syksy 2007, koko Suomi	4.8	12.7	20.6	27.5	17.3	13.4	3.9	100.0	3514
Tutkimus- aineisto kevät ja syksy 2007	7.1	20.6	14.9	16.3	18.4	14.2	8.5	100.0	141

Taulukosta ilmenee, että tutkimusaineistossani oli kahta korkeinta arvosanaa ja hylättyjä enemmän kuin kaikkien kirjoittajien aineistossa. Suuri ero oli myös cum laude approbatur -arvosanojen määrässä, joka tutkimusaineistossa on yli kymmenen prosenttia pienempi kuin valtakunnallisessa kirjoittajajoukossa.

Verrattaessa tutkimusaineistoni miesten ja naisten tuloksia valtakunnallisiin tuloksiin on suunta samanlainen. Naiset menestyivät miehiä paremmin niin keväällä kuin syksylläkin, niin pakollisessa kuin ylimääräisessäkin kokeessa. Laudatur -arvosanan kirjoittivat aineistossani yhdeksän naista ja vain yksi miesopiskelija. Eximia cum laude approbatur -arvosanaan ylsi neljä miesopiskelijaa kun naisista sen saavutti 25 opiskelijaa. Kevään kirjoituksissa naisten saamat pistemäärät kaikista kysymyksistä olivat välillä 2,7 – 3,9 ja miesten vastaavasti välillä 2,1 – 3,2 (Vertio ym. 2007). Tutkimusaineistossani mukana olevista kysymyksistä naisten saamat pistemäärät vaihtelivat välillä 3,0 – 3,9 ja miesten välillä 2,3 – 2,9.

Taulukko 7. Tutkimushenkilöiden terveystiedon arvosanojen jakautuminen miesten ja naisten kesken (kevät ja syyskuu 2007)

	L	E	M	C	B	A	I	Yht.
Miehet	1	4	6	7	7	7	5	37
Naiset	9	25	15	16	19	13	7	104
Yht.	10	29	21	23	26	20	12	141

Alkuperäinen suunnitelmani oli rajoittaa tutkimusaineisto kevään 2007 kirjoituksiin. Keskustelut muutamien lukioiden rehtoreiden kanssa saivat minut laajentamaan aineistoa ni syksyn 2007 kirjoituksilla. Rehtorit arvelivat ensimmäisistä kokeista tulevan vääristyneen kuvan terveystiedon osaamisesta. Esittelen seuraavassa taulukossa, minkä kokoisista lukioista tutkimukseeni osallistuvat tulivat ja kuinka he jakautuivat sen aikaisten läänien mukaan.

Taulukko 8. Tutkimuksessa mukana olleiden lukioiden määrä ja koko sekä opiskelijoiden määrä eri lääneistä

	Lukiot	alle 100	101 – 499	500 yli	Etelä- Suomi	Länsi- Suomi	Itä- Suomi	Pohjois- Suomi
Kevät	39	4	27	8	34	28	15	4
Syyskuu	26	3	19	4	26	23	1	10
yht.	65	7	46	12	60	51	16	14

Suomen 405 lukioista oli tutkimukseeni osallistujia 65 koulusta, joka on vajaa viidennes lukioista. Enemmistö oppilaista opiskeli alle viidensadan oppilaan koulussa. Seitsemän lukioita oli alle sadan oppilaan opinahjoja, pienin 52 oppilaan koulu. Suuria yli 500 oppilaan kouluja oli mukana kaksitoista. Suurin oppilaitoksista oli 1001 oppilaan koulu. Etelä-Suomen läänistä osallistui tutkimukseeni 60 oppilasta ja Pohjois-Suomesta 14. Pohjois-Suomeen yhdistin Lapin ja Oulun läänit.

4.2 Tutkimusaineisto ja sen valinta

Ylioppilastutkinnon reaalikoevastaukset ovat tutkimusluvan saaneiden tutkijoiden käytettävissä 18 kuukauden kuluttua kirjoituksista. Tämä tarkoitti sitä, että pääsin tammikuussa 2009 valitsemaan YTL:aan saapuneista vastauksista tutkimusaineistoni. Syksyllä 2008 kävin YTL:ssa läpi suomenkielisten lukioiden tuloskirjoja. Tuloskirjoissa ovat koulukohtaisesti aakkosjärjestyksessä kokelaiden koetulokset arvosanoineen. Kirjoista näkee, mitkä aineet kokelas on kirjoittanut pakollisena, mitkä ylimääräisenä ja minkälaiset pisteet hän on saanut yksittäisistä tehtävistä.

Selvitin noin kahdensadan lukion terveystiedon ylioppilaskokeiden tulokset oppilas oppilaalta. Kirjasin ylös koulukohtaisesti, kuinka monta ylioppilasta oli valmistunut ja kuinka moni heistä oli kirjoittanut terveystiedon pakollisena tai ylimääräisenä ja miten miehet ja naiset olivat menestyneet. Merkitsin myös, millaiset pisteet ja mihin terveystiedon kysymyksiin opiskelijat olivat vastanneet.

YTL:n käytännön mukaisesti vain osa korjatuista terveystiedon vastauksista palautetaan. Korjattuja vastauksia saapui kahden pyynnön jälkeen vajaasta kahdestasadasta koulusta. Näissä ylioppilastutkintolautakuntaan palautetuissa vastauksissa oli niukasti niiden koulujen tuloksia, joita olin syksyllä 2008 käynyt läpi. Alkuperäinen suunnitelmani koehenkilöiden valinnasta ei siis onnistunut. Syksyn 2008 aikana tekemistäni muistiinpanoista ei ollut hyötyä varsinaisessa aineiston valinnassa. Valitsin tehtävien aiheen perusteella YTL:aan lähetetyistä vastauksista kaikki, jotka täydensivät jo valittua kevään aineistoa, kuten esimerkiksi eettistä pohdintaa edellyttävän tehtävän. Vastaajia kertyi kevään 2007 kokeesta 81 kirjoittajaa, joista 60 on naista ja 21 miestä.

Sain myöhemmin tutkimusluvan aineiston laajentamiseksi ja lisäksi aineistoon syksyllä 2007 terveystiedon ylioppilaskokeeseen osallistuneet. Tällä kertaa aineiston valinta ylioppilaslautakunnassa sujui nopeasti, koska tiesin kuinka kannatti toimia. Kävin ensin läpi kaikki lautakuntaan

palautuneet vastaukset ja sitten tarkistin lukion järjestysnumeron perusteella tuloskirjoista, ketkä olivat vastanneet kolmeen tutkimusaineistoksi valitsemaani tehtävään ja erottelin nämä koepaperit litterointia varten. Vastaajia kertyi kuusikymmentä, joista 44 on naista ja 16 miestä.

4.2.1 Tehtävien valinta kevään 2007 terveystiedon kokeesta

Terveystiedon reaalikokeessa voi vastata kuuteen tehtävään kymmenestä. Kaksi tehtävistä on niin kutsuttua jokerikysymystä, josta saatava pistemäärä on 0-9, muiden tehtävien pistemäärä on 0-6. Alkuvaiheessa harkitsin, että valitsen analysoitavaksi vain yhden tehtävän, jossa opiskelijan tuli pohtia, pitääkö ihmisen vastata itse aiheuttamiensa sairauksien hoitokustannukset siinä tapauksessa, että on laiminlyönyt terveystensä hoitamisen. Valinta olisi ollut liian suppea, vaikka tehtävästä selviäisi, miten opiskelija perustelee kantaansa eettistä pohdintaa vaativaan ongelmaan. Kevään 2007 aineistosta valitsin lopulta tutkimusaineistoksi niiden opiskelijoiden tehtävät, jotka olivat vastanneet seuraaviin viiteen ylioppilaskokeen kysymykseen. Viittaan tehtäviin myöhemmin tekstissä suluissa olevan koodin avulla. K merkitsee kevään vastauksia ja myöhemmin selitettävä S syksyn vastauksia.

1. Tarkastele unen ja nukkumisen terveydellistä merkitystä. (K1); kuvailua vaativa tehtävä
2. Pohdi yhteiskunnan toimintatapoja ja mahdollisuuksia kansalaisten liikunta-aktiivisuuden lisäämiseksi. (K2); pohdintatehtävä
3. Oheisessa kuvassa ovat viikonlopun ruokatarjoukset eräässä suuressa ruokakaupassa. a) Mitä tarjoukset kertovat kauppojen elintarvikemainonnasta ja -markkinoinnista? b) Miten arvioit ravitsemussuosittelusten toteutuvan, jos ihmisten aterioiden perustana jatkuvasti ovat vain tarjouksissa myydyt tuotteet? (K3a ja K3b); soveltava tehtävä
4. Julkisessa keskustelussa on esitetty, että ihmisten tulisi itse vastata syntyneistä hoitokustannuksista, mikäli he elintavoillaan laiminlyövät terveydestään huolehtimisen. Esitä argumentteja tämän näkökannan puolesta ja sitä vastaan. (K4); väittämätehtävä

5. Pohdi maamme väestöryhmien välisiä terveyseroja ja niiden syitä. (K5); jokeritehtävä

Valitsin analysoitavaksi tehtävät, joiden teemansa perusteella voisi ennakoida sisältävän sen tyyppistä tekstiä, josta voisi tehdä johtopäätöksiä lukiolaisten terveydenlukupolusta ja terveysarvostuksista. Uni, lepo, liikunta ja ravitsemus ovat keskeisiä henkilökohtaisen terveydenhoidon kysymyksiä. Itse aiheutettujen sairauksien hoitokustannusten korvaamisvelvollisuuden pohtiminen puolesta ja vastaan avannee lukiolaisten arvostusmaailmaa ja eettistä ajattelua ja argumentointikykyä. Tehtävä on oppiainerajat ylittävä ja sisältää aineksia filosofiasta, elämäntutkimustiedosta, biologiasta ja psykologiasta. Perusteellinen ja johdonmukainen vastaus kaikkiin valittuihin kysymyksiin täyttää kriittisen terveydenlukupolun tason. Yhteensä analysoitavia vastauksia kevään aineistosta kertyi 486 (81 x 6) sillä analysoin erikseen ravitsemuskysymyksen kohdat a ja b.

Rajasin tutkimukseni ulkopuolelle määritelmätehtävät. Työpaikkakiusaamista koskevaa kysymystä en ottanut mukaan, enkä terveydenhuollon organisaatioon liittyvää neuvolajärjestelmätehtävää. Samoin jätin pois sairauksiin (karies ja kakkostyyppin diabetes) liittyvät kysymykset.

4.2.2 Tehtävien valinta syksyn 2007 terveystiedon kokeesta

Syksyn 2007 ylioppilastutkinnon terveystiedon reaali-kokeen tehtävistä valitsin kevään kysymyksiä täydentävät kolme kysymystä.

1. Kouluterveyskyselyn tulokset ovat kertoneet nuorten masentuneisuuden lisääntymisestä. Mitkä tekijät voivat selittää tätä ilmiötä? (S1); oppiainerajat ylittävä tehtävä.
2. Kuvaile aikuisten terveysliikunnan suositukset ja laadi näiden suositusten mukaisesti itsellesi yhden viikon liikuntaohjelma esimerkkejä käyttäen. (S2); kuvailutehtävä
3. Pohdi lihavuuteen liittyviä eettisiä näkökulmia. (S3); oppiainerajat ylittävä tehtävä.

Valitsin analysoitavaksi eettistä pohdintaa edellyttävän tehtävän, koska arvelin sen täydentävän kevään eettisten arvopohdintojen argumentointeja. Terveysliikuntatehtävään aihealueeltaan sopi kevään liikuntakysymyksen jatkoksi. Masentuneisuuden lisääntymisen syiden pohdintatehtävä kiinnosti sen ajankohtaisuuden ja nuoria henkilökohtaisesti koskettavan sisällön johdosta. Tehtävävalintani oli harkinnanvarainen. Vastausten määrää rajoitti YTL:n palautettujen vastausten määrä sekä omat vastaajajoukkoon tekemäni rajaukset kuten esimerkiksi päivälukio, ikä, äidinkieli. Aihealueittain vastauksia oli lihavuuden eettisestä pohdinnasta 60, masentuneisuuden syiden mietinnästä 41 ja terveystehtävästä 24 vastausta.

Syksyn 2007 kysymyksistä jätin tutkimuksen ulkopuolelle käsitelmäritetyt ja terveydenhuollon organisaatiota sekä sairauksia koskevat kysymykset. En halunnut laajentaa tutkimukseni aihepiiriä ja siksi ulkopuolelle jäivät liikenneturvallisuus, meluhaittojen torjunta, nuorten raittius, sukupuolitautien ehkäisy ja kouluruokailu. Kevään ja syksyn kysymyksissä oli yksi yhteinen aihe: liikunta sekä eettistä pohdintaa vaativat kysymykset.

Keväältä oli vastauksia niin, että jokainen opiskelija oli vastannut jokaiseen kuuteen valitsemaani tehtävään. Syksyn vastaajajoukossa 14 opiskelijaa oli vastannut kaikkiin kolmeen edellä kertomaani tehtävään, näitä vastauksia kertyi 42 kappaletta. Opiskelijoita, jotka olivat vastanneet kahteen edellä luetellusta tehtävästä oli yhteensä 37 ja vastauksia kertyi 74. Tämän lisäksi valitsin joukosta vielä 9 oppilasta, jotka olivat vastanneet ainoastaan eettistä pohdintaa edellyttävään tehtävään, jolloin vastauksiakin kertyi tästä joukosta 9. Yhteensä analysoitavaan ryhmään tuli syksyn kirjoituksista 125 vastausta. Kokonaisuudessaan tutkimusaineistoksi muodostui 611 erillistä terveystiedon reaalikoevastausta.

Teemojen valinnan olisi voinut tehdä toisin. Erityisesti sukupuolitautien ehkäisy ja päihteiden käyttöön liittyvät kysymykset olisivat varmasti antaneet tärkeää tietoa nuorten terveysajattelunsa argumentoinnista. Analyysin edetessä olen antanut kysymysten aiheiden välillä ”häipyä” mielestä. Jäljelle ovat jääneet opiskelijoiden ilmaukset eri asioihin ja heidän sanoittamansa terveysarvostuksiksi tulkitsemani kommentit.

Aihepiireihin olen viitannut tulososassa silloin kun vastausten aiheet ovat korostuneet vastauksista.

4.3 Tutkimusaineiston luonne ja litterointi

Litteroin kevään 2007 aineiston tammikuussa 2009 ja syksyn 2007 aineiston elokuussa 2009. Kirjasin sanatarkasti kaiken kirjoitetun sellaisenaan, myös kirjoitusvirheet. Tutkimuksessani kielen merkitys korostuu, koska aineisto on kirjoitettua tekstiä. Analyysin edetessä aloin korjata kirjoitusvirheistä lähinnä yhdyssanoja ja isoja alkukirjaimia. Tein päätöksen korjaamisesta, koska kirjoitusvirheet kiinnittivät liikaa huomiotani varsinaisen asian tarkastelusta. Pidin huolen siitä, että en tee mitään sellaisia korjauksia, jotka olisivat muuttaneet abiturientin kirjoittaman tekstin sisältöä. Muutama vastaus oli kirjoitettu yhdeksi ainoaksi kappaleeksi, vaikka vastauksesta erottui selvästi asiakokonaisuuksia. Ositin tällaiset vastaukset erillisiksi kappaleiksi. Maamiehen (2002) mukaan kirjoitusvirheiden määrä on lisääntynyt ylioppilaskirjoitusten kaiktentasoisissa aineissa. Yhdyssanavirheitä oli vuonna 1972 90-99 pisteen aineissa 18 %:ssa ja vuonna 1996 niitä oli 40 %:ssa. Alimpien arvosanojen aineissa yhdyssanavirheitä oli vuonna 1972 40%:ssa ja vuonna 1996 kaikissa.

Ylioppilastutkintolautakunnan reaalikokeen arvosteluprusteissa todetaan, että arvioinnissa painotetaan jokaisen reaaliaineen luonteen mukaista esitystapaa ja kielenkäytön täsmällisyyttä (YTL 30.9.2011). Aineistoa litteroidessa huomio kiinnittyi siihen, että joidenkin opiskelijoiden kieli ei ollut asiallista kirjakieltä, vaan jopa rehvastelevaa ja alatyylisiä.

Litteroituina koevastauksista häipyi käsinkirjoitetun tekstin muu viestintä: käsialan koko, sen ahtaus tai laajuus, käsialan pystyys tai vinous, sanojen välit ja kirjoitusjäljen vahvuus tai hentous. Jäljelle jäivät vain sanat, lauseet ja kappaleet. Opettajan punaisen ja sensorin sinisen korjauskynän merkinnätkään eivät litteroidussa tekstissä olleet enää nähtävissä mutta molempien arvostelijoiden antamat tulospisteet näkyivät. Lopulliseksi pistemääräksi tuli sensorin antama arvosana. Aineistossa oli yksi maahanmuuttajataustainen abiturientti, jonka tekstiä

oli hyvin vaikea tulkita kielenrakenteen kehittymättömyyden vuoksi. Pidin vastauksen kuitenkin mukana.

Koepapereiden kirjoitetusta tekstistä kertyi litteroituna kevään vastauksista noin 300 sivua ja syksyltä 74 sivua. Litterointi on mekaanista kirjoittamista, jossa painovirheet ovat mahdollisia. Siksi tein kevään 2007 aineiston litteroinnin yhteydessä aineistosta yhteenvetomatriisin, josta myöhemmin pystyin tarkistamaan asioita. Matriisin ensimmäisessä sarakkeessa oli lukion nimi ja numero sekä lukion sijaintilääni, toisessa oppilaalle antamani järjestysnumero. Kolmannessa sarakkeessa oli oppilaan YTL:n järjestysnumero, neljännessä oli eroteltuna opiskelijan sukupuoli, viidennessä merkintä kokeen pakollisuudesta tai ylimääräisenä kirjoittamisesta sekä arvosana.

Kuudenteen sarakkeeseen kirjasin lyhyesti oman henkilökohtaisen ensivaikutelmani oppilaan kirjoittamasta vastauksesta. Seuraaviin sarakkeisiin merkitsin litteroimani yksittäisen vastauksen lopullisen pistemäärän ja oman ensiarvioni vastauksesta. Viimeiseen sarakkeeseen merkitsin asianomaisesta lukiosta valmistuneiden ylioppilaiden lukumäärän ja terveystiedon kirjoittajien määrän. Matriisi osoittautui hyödylliseksi useaan kertaan analyysin edetessä, kun jouduin tarkistamaan asiatietoja. Omia kirjoitusvirheitäni jouduin myös korjaamaan muutaman kerran.

Syksyn aineistoa litteroidessani laadin kevättä yksinkertaisemmän matriisin. Jätin pois merkinnän omista ensivaikutelmista niin kokonaisvastauksesta kuin yksittäisistä vastauksistakin. Niiden käyttöarvo oli osoittautunut lähinnä kuriositeetiksi.

4.4 Fenomenologis-hermeneuttinen tutkimusote

Tutkimukseni on otteeltaan fenomenologis-hermeneuttinen. Fenomenologis-hermeneuttinen tutkimusote on osa hermeneuttista perinnettä, jossa ihminen on sekä tutkija että tutkittava ja tutkimuskohteena on elämismaailma (Laverty, 2003; Tuomi ym. 2006, 33; Varto 1992, 23-26; Zimmer 2006). Hermeneuttinen tutkimusmetodi pyrkii ymmärtämään ja tulkitsemaan (Alvesson ym. 1994, 114-115; Anttila 2005,

305; Gadamer 2009; Laine 2007, 31; Tuomi ym. 2006, 31-33; Varto 1992, 108).

Fenomenologia on sekä tieteenfilosofinen suuntaus että tutkimusmenetelmä, jolle on tyypillistä mennä suoraan asiaan ilman etukäteisiä käsityksiä tai teorioita. Saksalainen Edmund Husserl (1859-1938) on arvostettu fenomenologian ajattelun uranuurtaja. (Alvesson ym. 1994, 95; Anttila 2005, 329.) Husserl oivalsi materiaalisen näkyvässä olevan elämismailman ja ihmisen sisimmän välillä yhteyden. Ihmisen mieli voi helposti kulkea molemmissa. Husserl uskoi kolmanteen yhteyteen, tietoisuuteen, johon ihmisen kokemukset ja intuitio alati vaikuttavat. Hän tutki tietoisuuden rakenteita, jotka mahdollistivat elämismailman käsittämisen. (Husserl 1913/1962; Holstein ym. 205, 484-485). Käytännön ohjeena Husserl totesi, että meidän tulee kohdata elämä ja elämäntilanteet ilman minkäänlaisia ennakkoluuloja, juuri sellaisena kuin ne eteemme tulevat (Husserl 1970/1976). Näen yhtymäkohtia oman ajatteluni ja Husserlin näkemyksen välillä.

Hans-Georg Gadamer ja Martin Heidegger, jota Husserl piti aateperillisenään, kehittivät fenomenologiasta hermeneuttisen fenomenologian. Laverty vertailee Husserlin ja Heideggerin fenomenologiaa. Husserl kysyy: ”Miten me tiedämme, mitä me tiedämme?” Heidegger kysyy: ”Mitä ihmisenä oleminen tarkoittaa?” (Laverty 2003).

Fenomenologia tutkii ihmisen kokemuksia suhteessa hänen omaan todellisuuteensa eli hänen elämismailmaansa. Ihmisen suhde maailmaan on intentionaalinen, tarkoituksellinen. Kaikki elämässä merkitsee ihmiselle jotakin. Ihmisen kokemukset ovat fenomenologisen tutkimuksen kohteena. Fenomenologiassa ihmistä tarkastellaan yhteisöllisenä ja kulttuurisena yksilönä. Intuitiolla on osansa merkityskokonaisuuksien hahmottamisessa. Hermeneuttinen ulottuvuus tunkeutuu fenomenologiseen tutkimukseen tulkinnan tarpeen myötä. (Laine 2007, 29-31, 41; myös Anttila 2005, 329-334.)

Hermeneutiikka-sana tulee kreikan kielestä. Se tarkoittaa julistamisen, tulkkauksen, selittämisen ja tulkinnan taitoa, joka perustuu ymmärtämiseen (Gadamer 2009, 40). Hermeneutiikassa käsitellään teksti viestinä, jonka lukija on sen tulkitsija.

Kyse on kahden ihmisen välisestä vuoropuhelusta ja jännitteestä. (Anttila 2005, 305; Laine 2007, 31.) Josselson (2004) pohtii tekstin ilmisisällön ja salatun sisällön tulkintaa ilmaisutuna erilaisin termein silloin kun kokemus on lähellä tai kaukana. Kielellisten ilmaisujen lisäksi myös muut keholliset ilmaisut, liikkeet, ilmeet ja eleet voivat olla hermeneuttisen tutkimuksen kohteena (Laine 2007, 31).

Juha Varto (1992) varoittaa tutkimusaineiston virheellisestä lukemisesta. Tekstiä ei pidä lukea oman elämismaailman näkökulmasta vaan koko ajan muistaen, että tekstin maailma on kirjoittajan elämismaailma. Tämä on ensimmäinen hermeneuttinen lukuohje. Toinen ohje on, että tekstin tulkitsemisessa pitää pyrkiä ottamaan huomioon se maailma, jossa tutkittava on ja jossa tutkimusta tehdään. Varto puhuu myös epänormaaleista oloista, jonka tulkitseen oman tutkimukseni tulkinnessa merkitsevän sitä, että ylioppilaskirjoitukset tapahtumana ovat ”epänormaali olotila”. Se todennäköisesti vaikuttaa opiskelijoiden kirjoittamaan tavalla tai toisella. Kolmas lukuohje liittyy vahvasti ”ajassa elämiseen”, tutkija tulkitsee tekstiä keskellä omaa elämäänsä. Tästä seuraa, että tutkija voi ymmärtää tutkimuskohdetta vain oman elämänkokemuksensa valossa. Viimeinen lukuohje kannustaa tutkijaa erottamaan tutkimuskohteen ja oma tematisointitapansa toisistaan ja myös raportoimaan tästä. Hermeneuttinen lukutapa vaatii toistuvaa ymmärtämistä muuttuvissa olosuhteissa, muuttuneista lähtökohdissa, muuttuneena ihmisenä. Edetessään tutkimus avaa uusia näkymiä ja mahdollisuuksia. (Varto 1992, 59-63.)

Ensimmäistä kontaktiani tutkimusaineistooni eli ylioppilaskirjoitusvastauksiin hallitsivat opiskelijoiden käsialat, joista sekä intuitiivisesti että grafologisesti avautui oma maailmansa. Litteroinnin jälkeen teksti muuttui yhtenäiseksi konekirjoitustekstiksi eli jäljellä oli juuri se, jota tutkin: tekstin kertomia viestejä, opiskelijoiden tapaa perustella näkemyksiään. Lukijana ja tulkitsijana minun on koko ajan pidettävä mielessä, että opiskelijan vastausta arvioidaan opetussuunnitelman tavoitteiden perusteella. Omassa tutkimuksessani en kuitenkaan arvioi vastausten hyvyttä enkä kerro opettajien tai sensoreiden antamista erilaisistakin pistemääristä vaan keskityn analysoimaan tekstiä ennalta suunnittelemani päättelyn logiikalla.

Yksi hermeneutiikan avainkäsite on esiymmärrys. Se tarkoittaa sitä, miten tutkimuskohde ennen tutkimusta ymmärretään (Tuomi ym. 2006, 35). Tutkijan pitää kriittisesti kyseenalaistaa omat tulkintansa jotta hän voisi tulla tietoiseksi tutkimuksen lähtökohdista, ihmiskäsityksestään ja ennakkoluuloistaan, jotka kaikki vaikuttavat tutkimuksen kulkuun. (Laine 2007, 34; Laverty 2003.) Omista lähtökohdistani ja esiymmärryksestäni kerron yksityiskohtaisesti kappaleessa ”Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta”.

Lukukertoja seuraa tutkijan ja tutkittavan lähentyminen, joka ilmenee ymmärtämisen lisääntymisenä. Ymmärtämisessäkin on periaatteensa, jotka toimivat tutkimusohjeina. Ensimmäinen periaate muistuttaa siitä, että maailma on merkityshorisonttina erilainen eri aikoina ja eri ihmisille. Tutkijalle tutut piirteet helposti korostuvat ja vieraat piirteet jäävät vähälle huomiolle. Varto (1992) ilmaisee tämän osuvasti: *”Me voimme tasapainoilla näiden välillä: pyrkiä ymmärtämään vieraita ajatuksia tuttujen tavoin ja vieraannuttaa meille itsestään selviä seikkoja, mutta aina säilyy se ero, joka on tutun ja vieraan välillä, koska me, kokonaisina ymmärtäjinä, elämme vain omassa maailmassamme.”* Ymmärtämisen lisäämiseksi on muistettava, että ihmisen mielenkiinto vaikuttaa hänen näkökulmaansa ja että jokaisella ihmisellä on oma tapansa, jolla hän on jo kaiken ymmärtänyt. Lisäksi ymmärtämiseen vaikuttaa millaiset ovat tutkimuksen lähtökohdat. (Varto 1992, 65-68; myös Anttila 2005, 306-308; Gadamer 2009, 29-41; Tuomi ym. 2006, 34-35.)

Hermeneutiikassa on antiikin retoriikasta lähtöisin sääntö, jonka perusteella kokonaisuuden voi ymmärtää yksittäisestä asiasta ja yksittäisen asian kokonaisuudesta. Hermeneutiikassa tämä yhdistettiin myöhemmin puhetaidosta ymmärtämiseen. Asetelma kuvattiin molemmissa kehämäiseksi. (Gadamer 2009, 29). Kehää kutsutaan hermeneuttiseksi kehäksi tai spiraaliksi (Alvesson ym. 1994, 116; Anttila 2005, 306; Laine 2007, 36-37; Varto 1992, 69; ks. myös Dey 1995, 53).

Hermeneuttinen kehä tarkoittaa tutkimuksellista keskustelua tutkimusaineiston kanssa (Laine 2007, 36; Laverty 2003). Tunnistin nyt omat ennakkoluuloni, jotka näyttäytyivät lukiessani ensimmäisiä kertoja aineistoa läpi. Huomioni

kiinnittyi erityisesti lukuisiin rahaan ja talouteen liittyviin kommentteihin. Palaan asiaan tarkemmin kappaleessa ”Tutkimusaineiston ensivaiheen analysointi”. Ymmärrän kiinnostukseni johtuneen siitä, että olen huolestunut elämän kaupallistumisesta ja siitä, että lähes kaikkea inhimillistä mitataan rahassa. Tulos kertoi enemmän omista ajatuksistani kuin opiskelijoiden maailmasta. Varto (1992, 69) kirjoittaa tästä: *”...jokainen uusi lukutapa kerii auki koko ajan minua itseäni, syventää esiyymmärrystäni”*.

Laine hahmottelee fenomenologis-hermeneuttisen tutkimuksen rakenteen. Lähtökohtana on tutkijan esiyymmärryksen kriittinen tarkastelu, jonka tulee jatkua koko tutkimusprosessin ajan. Aineiston hankintaa, sen lukemista ja kokonaisuuden hahmottamista seuraa aineiston kuvaus. Tutkimuskysymysten valossa siitä pyritään esittämään olennainen ja kuvaamaan se arkikielellä. Kuvausta seuraa analyysi eli aineistossa esiintyneiden merkityskokonaisuuksien esittäminen ja tulkintaa vaativien lausekokonaisuuksien tarkastelu. Merkityskokonaisuuksista tehdään synteesi eli kokonaiskuva ja tällöin arvioidaan merkityskokonaisuuksien välisiä suhteita. Viimeinen vaihe on käytännöllisten sovellusten arvioiminen ja uusien ideoiden esittäminen. (Laine 2007, 44)

4.5 Päätelyn logiikkana abduktio

Tieteellisen päätelyn pääajit ovat teorialähtöinen eli deduktiivinen, aineistolähtöinen eli induktiivinen ja käytännönläheinen eli abduktiivinen logiikka (Anttila 2005, 116). Eskola (2007, 162) kutsuu abduktiivista päätelyä teoriasidonnaiseksi tutkimukseksi, Tuomi ym. (2006, 116) teoriaohjaavaksi. Shanahan (1989) puolestaan toteaa, että abduktiota pitää käyttää selityksenä kun taas deduktio toimii ennustajana. Deduktiivista lähestymistapaa kuvaillaan tutkimuksen etenemisenä yleisestä yksittäiseen asiaan ja induktiivista lähestymistapaa etenemisenä yksittäisestä yleiseen (Tuomi ym. 2006, 96-97). Alvesson ym. (1994, 42) kirjoittavat lyhyesti, että induktio lähtee käytännöstä ja deduktio teoriasta.

Induktiivinen päättely pohjaa tutkimusaineistoon, joka käsitteellistetään ja josta muodostetaan ilmiötä kuvaava teoria. Induktiivinen päättely nojaa aikaisempiin teorioihin eri tavalla kuin deduktiivinen päättely. Tutkijan esiyymmärrys ja käsitteenmuodostuksen oletetut lähtökohdat, jotka pohjautuvat aikaisempaan tietoon, voivat tulla kumotuiksi jos tutkimuksen aineistosta ilmenee kumoamista tukevia seikkoja. Induktiivinen päättely ei välttämättä ole erehtymätöntä. (Anttila 2005, 117.) Myös Alvesson ym. (1994, 47) kirjoittavat sekä induktion että abduktion sallivan erehtymisen.

Abduktiivinen päättely pohjautuu Aristoteleen ajatteluun. Tämän käytännönläheisen päättelyn nykyaikaisena kehittäjänä pidetään Charles Peircea. Kun deduktiivista päättelyä ohjaa hyväksytty teoria ja induktiivista päättelyä kerätty aineisto, niin abduktiivinen päättely pohjautuu johonkin havaintojen tekoon liittyvään johtoajatukseen. (Anttila 2005, 118; Alvesson ym. 1994, 42-47). Peircen (2001, 449) mukaan abduktio tuottaa intuitiivista ja välitöntä tietoa todellisuudesta. Abduktio osoittaa, miltä todellisuus suurin piirtein näyttää. Abduktion avulla luotu todellisuus kuvaa yhteyttä, jonka seurauksia voidaan selvittää sekä deduktiivisesti että induktiivisesti mutta jonka syntyä ei voida palauttaa mitenkään kumpaankaan. Abduktio antaa todellisuudelle aineellis-laadullisen sisällön. (Peirce 2001, 470, jälkisanat Bertilsson & Christiansen.)

Atkinson ym. kuvaavat abduktiivisen logiikan etenemistä. Analysoija tutkii sosiaalista tai luonnollista maailmaa käytännöllisten sitoumusten, työskentelymallien, väliaikaisen ymmärryksen ja uusien ideoiden avulla päätyen uusiin löydöksiin. Abduktiivinen päättely on kompromissi puhtaan deduktiivisen logiikan ja induktiivisen logiikan välillä. Deduktiivinen logiikka ei voi huomioida eteen sattuvia hedelmällisiä teorioita eikä sallia keksimistä prosessin aikana ja induktiivinen logiikka ei koskaan ylitä kerättyjen havaintojen yleistyksiä. (Atkinson ym. 2005, 833.) Alvessonin ym. (1994, 45) mukaan abduktio eroaa deduktiosta ja induktiosta siinä, että se uskaltaa osin poiketa puhtaasta faktapohjasta ja myös ottaa tukea jo valmiiksi teoriapohjaisesta käytännöstä.

Chong (2006) on kuvannut deduktion, abduktion ja induktion lähtökohkia, rajoituksia ja sovelluksia kvantitatiivisen me-

todologian sisällä. Hän toteaa, että näiden kolmen päättelytavan yhteiskäyttö on tutkijoille vahva työkalu: abduktio luo, deduktio selvittää ja kehittää ja induktio varmentaa ja näyttää toteen.

Tutkija voi välttää aineistolähtöisen analyysin karikoita käyttämällä teoriasidonnaista analyysia. Taustateoria auttaa analyysin etenemisessä, vaikka analyysiyksiköt valitaankin aineistosta. Tutkittavasta asiasta aikaisemmin tiedetty toimii analyysin apuvälineenä. Tämän analyysimenetelmän päättelyn logiikkaa kutsutaan abduktiiviseksi päättelyksi. Siinä tutkijan ajatteluprosessia ohjaavat aineisto ja valmiit mallit. Tutkijan tehtävänä on yhdistellä näitä luovasti ja välillä pakottaen. (Tuomi ym. 2006, 99.) Latvala ym. (2003, 31) puhuvat väljästä analyysirungosta, jonka käyttäminen muistuttaa aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

Tutkimuksessani hyödynsin sekä induktiivista että abduktiivista päättelyä. Terveysarvostusten analyysi ohjautui pitkälti deduktiivisesti pohjautuen Ahlmanin arvotyyppittelyyn. Aloitin analyysin aineistolähtöisellä menetelmällä. Tästä kerron luvussa ”Tutkimusaineiston ensivaiheen analysointi”. Päädyin analyysissa niin monimutkaisiin rakennelmiin, että jouduin vaihtamaan päättelyn logiikkaa. Otin tähän toiseen vaiheeseen avuksi kolme tunnettua kokonaisuutta. Ensinnäkin lukion opetussuunnitelman perusteet luovat pohjan opiskelijoiden vastausten tason tarkastelulle. Toisena tutkimukselleni käänteentekeväenä löytönä pidän terveydenlukutaidon käsitettä, jonka operationalistin luokittelukehikoksi. Bloomin taksonomia täydensi työskentelyvalikkoani. Näihin kolmeen asiakokonaisuuteen tukeutuen ryhdyin analysoimaan aineistoa abduktiivisesti. Varsinaisesta analyysista kerron myöhemmin luvussa ”Tutkimusaineiston toinen lukeminen”. Tuomen ja Sarajärven (2006, 101-102) toteamus keksimisen logiikasta, jossa tutkija itse tuottaa analyysiinsa viisauden, tuntui pelottavalta mutta haastavalta. Se antoi rohkeutta luovaan ajatteluun. Abduktiivisen tutkimuskehikon muotoutuminen toi ryhtiä analysointiin ja antoi myös tilaa intuitiolle. Koin, että olin löytänyt Anttilan (2005, 119) mainitseman johtoajatuksen.

Esitän liitteessä 4 esimerkin abduktiivisen päättelyn etenemisestä tutkimuksessani. Esimerkissä kuvaan kriittisesti terveydenlukuruokituksen naisopiskelijan osavastauksen kysymykseen, jossa piti pohtia, tulisiko tietoisesti terveytensä turmelleen ihmisen sairaanhoitokulut säilyttää hänen itsensä maksettaviksi.

4.6 Sisällönanalyysi analysointimenetelmänä

Sisällönanalyysi on tekstianalyysia, jolla aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti selkeytetään ja järjestetään, jotta siitä voidaan tuottaa uutta tietoa (Tuomi ym. 2006, 105; Kyngäs ym. 1999). Tietoa pyritään lisäämään kokoamalla hajanaista aineistoa ja aineistoa tiivistetään varoen silti kadottamasta informaatiota. (Bogdan ym. 2006, 159; Eskola ym. 2003, 137.) Laadullinen analyysi on havaintojen pelkistämistä ja arvoituksen ratkaisemista (Alasuutari 2001, 39). Käytännössä erilaiset analyysitavat eivät ole lainkaan selvärajaisia ja harvoin pystytään soveltamaan vain yhtä analyysitapaa. (Eskola ym. 2003, 161.)

Miles ja Huberman (1994, 10-12) tiivistävät aineistolähtöisen laadullisen aineiston analyysin etenemisen kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen aineisto pelkistetään eli redusoidaan, sitten se ryhmitellään ja viimeisessä vaiheessa abstrahoidaan eli luodaan teoreettiset käsitteet. Analyysi aloitetaan määrittämällä analyysiyksikkö, sana, lause tai muu sopiva kokonaisuus. Tietoja ei saa kuitenkaan irrottaa asiayhteydestä (Miles ym. 1994, 11). Kyngäs ja Vanhanen (1999) tuovat esille Catanzaroon (1988) vedoten, että analyysiyksikkö voisi olla ajatuskokonaisuus. Tähän voi sisältyä useita lauseita ja merkityksiä ja siksi siitä voi olla vaikea muodostaa kategorioita.

Pelkistämässä informaatio joko tiivistetään, pilkotaan osiin tai siitä karsitaan tutkimuksen kannalta epäolennainen pois. (Miles ym. 1994, 10-11.) Alasuutari jakaa havaintojen pelkistämisen aineiston tarkasteluun jostakin teoreettis-metodologisesta näkökulmasta ja havaintojen karsimiseen niitä yhdistelemällä. Yksikin poikkeus laadullisessa analyysissä

aiheuttaa tarpeen ajatella asiaa uudelleen. Erot ovat tärkeitä laadullisissa analyysissä mutta niiden runsauden ei pidä antaa sumentaa kokonaisuutta. Raakahavainnot on syytä pyrkiä pelkistämään mahdollisimman suppeaksi havaintojen joukoksi. (Alasuutari 2001, 40-43.)

Aineiston ryhmittelyvaiheessa tutkitaan kerättyjä alkuperäisilmaisuja ja etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Nämä ryhmitellään ja yhdistetään luokiksi ja niille pyritään löytämään sisältöä kuvaavat nimet. Tämän vaiheen luokitteluyksikkönä voi olla jokin tutkittavan ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys. Tarkoitus on, että luokittelu tiivistää aineistoa. Ryhmittely luo pohjan tutkimuksen perusrakenteelle ja tutkittavasta ilmiöstä voidaan sanoa jotakin alustavaa. Pelkistetyistä ilmauksista on mahdollista koota samaan ryhmään kuuluvia ilmauksia alaluokiksi. Kun alaluokkia on kertynyt tietty määrä, voidaan niitä yhdistää pääluokiksi. (Tuomi ym. 2006, 112-113; Miles ym. 1994, 11.) Latvala ym. (2003, 23, 28) toteavat, että aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla yksiselitteisiä ja toisensa poissulkevia.

Eskola ja Suoranta (2003, 156) toteavat, että tulkinta ja koodaus on idealistisista lähtökohdista huolimatta aina sekoitus tutkijan ennakkoluuloja ja aineiston tulkintaa. Laadullisen aineiston koodaaminen kattavasti on mahdotonta. Koodausrunko muuttuu ja täydentyy koodauksen aikana. Tulos on myös erilainen, jos koodaajana on toinen henkilö. Koska täydellisyyttä ja kattavuutta ei voi saavuttaa, on pyrittävä koodauksen riittävyteen. Riittävyden mitta on tulkintaa. (Eskola ym. 2003, 156.)

Viimeisessä vaiheessa käsitteellistämässä (abstrahointi) pyritään pääsemään alkuperäisinformaatiosta teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Käsitteitä yhdistellään niin kauan kuin se on mahdollista. (Tuomi ym. 2006, 114; Miles ym. 1994, 11-12.) Samansisältöisiä luokkia yhdistetään niin, että niistä voidaan muodostaa yläluokkia (Latvala ym. 2003, 29).

Laadullisen aineiston analyysin jännittävin vaihe Alasuutarin mukaan on arvoituksen ratkaiseminen. Se tarkoittaa johtolankojen ja vihjeiden pohjalta tehtävää tutkittavasta

ilmiöstä löydettyjen merkitysten tulkintaa. Näitä löytöjä verrataan muihin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen. Havainnoista etsitään vihjeitä merkitystulkintojen ja koko arvoituksen ratkaisemiseksi. Tieteellisen tutkimuksen tekoa voi verrata mysteerin ratkaisemiseen. (Alasuutari 2001, 44-47, 54.)

Sisällönanalyysin luokittelun ja kategorioinnin jälkeen on mahdollista myös kvantifioida aineistoa. Kvantifiointia ei ole nähty ongelmalliseksi laadullisin menetelmin analysoidun aineiston jatkokäsittelyssä. On myös ajateltu, että kvantifiointi tuo tulkintaan uusia näkökulmia. (Tuomi ym. 2006, 119.) Alasuutarikin (2001, 53) pitää mahdollisena, että laadullinen tutkimus sisältää kvantitatiivisia osatarkasteluja. Omasta tutkimusaineistostani oli mahdollista määrällisesti kertoa, kuinka paljon mies- ja naiskokeilaita oli mukana, millaisia arvosanoja he saivat ja mistä päin Suomea he olivat kotoisin ja oliko kyse suuresta kaupunkilukiosta vai pienestä maaseutulukiosta.

Autenttiset lainaukset tutkimusaineistosta toimivat Savolaisen (1991) mukaan tulkinnan perusteluna, aineistoa kuvaavana esimerkkinä, tekstin elävöittämisenä tai tiivistyksenä. Moilasan ym. (2007, 64) mukaan suorien lainausten käyttö edellyttää sopivaa tyyliä ja rytmiä, sillä ihmisten arkipuhe voi vaikuttaa naiivilta, koska se poikkeaa niin paljon kirjakiielestä. Toisaalta sitaatit tuovat vaihtelua tekstiin.

4.7 Tutkimusaineiston ensivaiheen analysointi

Terveystiedon ylioppilaskokeiden reaali-koevastaukset edustavat niin sanottua luonnollista aineistoa. Ne ovat olemassa tutkimuksen tekemisestä tai tekijästä riippumatta. Alasuutari (2001, 84) pitää tällaista tilannetta ihanteellisena, koska tutkittava kohde ei voi mitenkään häiriintyä tutkimuksen tekemisen johdosta.

Ennen analyysia tutkijan on päätettävä, analysoiko hän vain dokumenteissa selvästi ilmaistuja asioita vai myös havaitsemiaan piiloviestejä. Piiloviestien analysointia on kritikoitu, koska silloin jo tulkitaan viestien sisältöä. En analyysissani etsinyt piiloviestejä, mutta totean kuitenkin metaforat silloin,

kun ne erityisesti herättivät huomioni. Tutkija päättää tutkimuskysymyksiinsä perustuen analysoitavien viestien laadun (Kyngäs ym. 1999). Tutkimuksen kannalta on olennaista valita rajattu asia tutkittavaksi ja kertoa siitä mahdollisimman paljon. Tutkittavat asiat liittyvät tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin. (Tuomi ym. 2006, 93-94.) Myös Kari Kiviniemi (2007, 73) korostaa tutkimusasetelman rajaamisen välttämättömyyttä. Rajaamisella otetaan kantaa siihen, mitä pidetään tutkimuksen ydinaineksena.

Apuna rajaamisessa olivat tutkimuskysymykset, jotka muotoutuivat ja terävöityivät tutkimusprosessin kuluessa. Suurin ratkaisu oli, kun päätin rajata tutkimukseni ulkopuolelle terveyden edistämisen kokonaisuuden. Pyrin keskittymään terveystiedon reaalikoevastausten kautta lukiolaisten terveydenlukutaidon tasojen kuvaamiseen ja poimimaan opiskelijoiden teksteistä terveystarvostuksiksi tulkitsemani ilmaisut.

Aineiston lukemisen alkuvaiheessa minulle tuli tutuksi tuntemus, josta Eskola ja Suoranta (2003, 162) kirjoittavat todeten, että tutkija joutuu sietämään epätietoisuutta siitä, mitä aineiston kanssa pitäisi tehdä. Reilut 370 sivua ainutkertaista ylioppilaskokelaiden tuotosta innosti ja häkellytti. Ainoa sillä hetkellä oikeaksi kokemani vaihtoehto oli tarttua kirjoituksiin aineistolähtöisesti, induktiivisesti ilman ennakko-oletuksia tai valmista teoreettista kehikkoa (Kyngäs ym. 1999). Olin utelias ja valmis avoimin mielin selvittämään, mitä aineistosta oli löydettävissä.

Jo aineistoa litteroidessani kirjasin muistiin joitakin vastauksissa toistuneita asioita. Nämä muistiinpanot eivät olleet systemaattisia, mutta antoivat jonkinlaisen vaikutelman aineiston sisällöstä. Yllättävän monessa vastauksessa toistui tavalla tai toisella rahan merkitys terveyden hoitamisessa. Eskola ja Suoranta (2003, 156) toteavat, että tulkinta ja koodaus on idealistisista lähtökohdista huolimatta aina sekoitus tutkijan ennakkoluuloja ja aineiston tulkintaa. Heidän mielestään ongelmaksi voi osoittautua myös koodiluettelon pituus ja koodauksen sattumanvaraisuus. Näin kävi minullekin alkuvaiheen analysoinnissa. Pyrkimykseni aineistolähtöiseen tarkasteluun johti laajoihin ja päällekkäisiin luokitteluihin.

Analyysi aloitetaan määrittämällä analyysiyksikkö: sana, lause tai muu sopiva kokonaisuus. Tietoja ei saa kuitenkaan irrottaa asiayhteydestä (Miles ym. 1994, 11). Analyysiyksiköksi valitsin opiskelijan kirjoittaman ajatuskokonaisuuden. Tähän sain tukea Kyngäs ja Vanhaselta (1999). Ajatuskokonaisuuteen voi sisältyä useita lauseita ja merkityksiä ja siksi siitä voi olla vaikea muodostaa kategorioita. Vain yhden sanan valitseminen analyysiyksiköksi olisi antanut väärän kuvan opiskelijoiden vastauksesta. Esimerkiksi ravitsemukseen liittyvänä sana ”rasva” voi tarkoittaa pehmeää tai kovaa rasvaa, joista toisen nauttiminen on terveyttä edistävää ja toisen taas terveydelle haitallista. Jotkut valitsemani lainaukset ovat yhden lauseen mittaisia, toiset kappaleen mittaisia. Joukossa on myös lähes sivun mittaisia lainauksia.

Aineiston ensimmäisessä lukemisvaiheessa löysin eniten rahaan liittyviä mainintoja. Niitä kertyi 247 kappaletta, 64 sivun verran. Kutsuin luokkaa selvyuden vuoksi raha-luokaksi, vaikka se sisälsikin erilaisia taloudellisen kielenkäytön ilmaisuja. Syy taloudellisten mainintojen yleisyydestä joutui todennäköisesti kahden koekysymyksen sisällöstä. Toisessa kysyttiin terveydenhuollon kustannuksia (K4) ja toinen oli mainontaan liittyvä kysymys (K3a). Myös oma ennakkokäsitykseni saattoi vaikuttaa raha-kommenttien tarkkaan poimintaan. Tätä asiaa pohdin edellä kappaleessa Fenomenologis-hermeneuttinen tutkimusote.

Lainauksissa käytän tunnistena N-kirjainta nais- ja M-kirjainta miesopiskelijasta. Numerot ilmaisevat opiskelijan järjestystä aineistossani, 1-81 numerot kuuluvat kevään kirjoittajille ja 82-141 syksyn kirjoittajille. Numeron jälkeinen kirjain kuvaa määrittelemääni opiskelijan terveydenlukutaidon tasoa: perusterveydenlukutaito (p), toiminnallinen terveydenlukutaito (t) ja kriittinen terveydenlukutaito (k). Raha-luokkaan lajittelemani naisopiskelija kirjoittaa:

Jos ihmisen pitäisi itse maksaa omista elintavoista johtuvat hoitonsa, voisi tieto siitä vaikuttaa myös positiivisesti ihmisen elämäntapoihin. N46t

Pohdin, onko ylipäättään mahdollista erottaa tekstistä, mikä on lukiolaisen omaa ajattelua, mikä oma mielipide ja mikä

kirjoista tai muista lähteistä omaksuttua. Tästä syystä keräsin yhdeksi luokaksi opiskelijoiden kirjoittamat esimerkit, joilla he konkretisoivat vastauksiaan. Esimerkkejä kertyi paljon, 241 sitaattia, yhteensä 54 konekirjoitusliuskaa. Analyysin edetessä huomasin esimerkkien olevan päällekkäisiä muiden muodostamiini luokkien kanssa. Luovuin esimerkkisitaattien tarkemmasta käsittelystä. Monet esimerkit olivat yleisluontoisia, mutta joissakin opiskelija viittaa selvästi omaan elämäntilanteeseensa:

Olen itsekin ylipainoinen. Kaikki kaverini ovat laihoja tai ylipainoisia. Olen monesti ajatellut, että miksi minä olen ylipainoinen ja mitä voisin tehdä asialle. Joskus minusta tuntuu, että kaverini häpeävät minua. Ennen häpesin itsekin. En kehdannut mennä rannalle taikka uimaan. Ajattelin, että minulle naurettaisiin. Olin masentunut ylipainoni takia nuorempana. Mutta asenteeni on vuosien varrella muuttunut. Nykyään hyväksyn itseni sellaisena, mikä olen. M22t

Ensimmäisen lukemiskerran kolmanneksi suurimman luokan muodostivat lainaukset, joille annoin työnimeksi ”oikein/väärin”. Lukiolaisilta odotettiin eettistä pohdintaa kahdessa kysymyksessä, toisessa oli aiheena lihavuus ja toisessa vastuu oman terveyden hoitamisesta. Naisopiskelijan mukaan:

Oman terveyden laiminlyönnistä johtuvien kustannusten maksamisessa olisi paljon hyviä ja huonoja puolia. Ensimmäkin täytyy muistaa että jokainen ihminen on yhtä tärkeä, ja jokainen elämä on arvokas. Jokaisella ihmisellä on myös oikeus hoitoon. N54k

Opiskelijoiden perustelut lihavuuden syistä ja seurauksista vaihtelivat tuomitsemisesta hyväksymiseen. *Lihavuus on surullisuuden ja köyhyyden merkki*, kirjoitti yksi naisopiskelijojosta (N88p).

Ensimmäinen analysointivaihe tuotti lisäksi neljä edellisiä pienempää luokkaa, jotka nimesin seuraavasti: syrjintä, maahanmuuttajat, miesten terveys ja ympäristö. Jatkoisin analyysiani edelleen induktiivisesti, tukeutumatta mihinkään aikaisempaan jaotteluun tai teoriaan. Tarkastelin lähemmin

suurinta aineistoa, raha –luokkaa. Se jakautui vaivatta seuraavien otsikoiden alle: yhteiskunta, rikkaat - köyhät sekä hyvinvointiyhteiskunta – kehitysmaat. Koska yhteiskunta – luokka oli edelleen laaja, lähes neljäkymmentä sivua, päätin jatkaa sen luokittelua. Nyt tein jaottelun tietoisesti tiheällä otteella. Tämä johti ”syville vesille”. Tuloksena oli kaksitoista alaluokkaa.

- terveys - sairaus -luokka
- yhteiskunnan rooli
- hoitokustannukset
- raha kannustaa
- priorisointi
- verot
- työnantaja
- elintarviketeollisuus ja mainonta
- julkinen/yksityinen
- vakuutusyhtiöt
- edut
- kauneusihanteet

Jatkoin vielä näidenkin kategorioiden alaluokittelua. Samoin luokittelin oikein – väärin sitaatteja (liitekuvio 1). Tässä vaiheessa minulle tuli selväksi, että tällä tavalla en kykenisi tuottamaan loogisia tutkimustuloksia.

4.8 Tutkimusaineiston toinen lukeminen

Palasin alkuperäiseen litteroituun aineistoon ja aloitin analysoinnin alusta. Nyt tukeuduin abduktiivisen päättelyn logiikkaan välttääkseni aineistolähtöisen analyysin karikkoja, joille aikaisemmissa vaiheissa olin ajautunut. Taustateoria auttoi analyysin etenemisessä. Tutkittavasta asiasta aikaisemmin tiedetty toimi analyysin apuvälineenä. Sain ajatteluprosessia ohjaamaan valmiit mallit, joista tutkijan tehtäväksi tuli yhdistellä asioita luovasti ja välillä pakottaen. (Tuomi ym. 2006, 99.) Latvala ym. (2003, 31) puhuvat väljästä analyysirungosta, jonka käyttäminen muistuttaa aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tutkimuksessani taustateorian muodostivat nyt terveydenlukutaidon tasot, joiden avulla aluksi ryhmittelen opiskelijoiden terveystiedon reaali-koevastauksia.

Aluksi operationalistin terveydenlukutaidon tasojen yhteiset kriteerit (liitekuvio 4). Käytän tutkimuksessani Jakosen (2002, 128) nimeämiä terveydenlukutaidon tasoja sillä erotuksella, että kirjoitan termit yhdyssanoiksi. Analyysin mahdollistamiseksi operationalistin vielä jokaista terveystiedon ylioppilaskoekysymystä vastaavat terveydenlukutaidon kriteerit (liitekuviot 5-12). Jakonen (2002, 129) on todennut terveydenlukutaidon käsitteen määrittelemisen olevan kesken ja jatkossa tarvittavan käsitteen edelleen määrittelyä ja operationalisointia mitattavaan muotoon. Toinen analysoinnin avuksi ottamani väline oli Bloomin taksonomian oppimistasot. Kolmanneksi ohjenuoraksi listasin lukion opetussuunnitelman perusteista terveystiedon oppimistavoitteet (liitekuvio 2). Tukeuduin lukion opetussuunnitelmassa (LOPS 2003) käytettyihin verbeihin, joiden vastaavuutta vertasin Bloomin (1956, 1972/1979) taksonomiaan sekä uudistettuun versioon taksonomiasta (Anderson ym. 2001). Näiden linjausten avulla aloin systemaattisesti luokitella opiskelijoiden vastauksia perusterveydenlukutaitoihin, toiminnallisesti ja kriittisesti terveydenlukutaitoihin.

Bloomin taksonomian juuret ulottuvat vuoden 1948 Bostoniin, jossa tutkijat ideoivat teoreettista viitekehystä, jonka avulla voisi luokitella opetuksen tavoitteita ja helpottaa opetussuunnitelman rakentamista ja oppimisen arviointia (Bloom 1972/1979, 4). Taksonomiasta julkaistiin ensimmäisen kerran käsikirja vuonna 1956. Teos on käännetty yli 20 kielelle. Uudistettu taksonomian käsikirja käsittelee oppimisen, opettamisen ja arvioinnin taksonomiaa. Bloomin taksonomian ulottuvuudet ovat kognitiivinen, affektiivinen ja psykomotorinen osaaminen. Affektiivisella taksonomialla kuvataan muutoksia mielenkiinnon kohteissa, asenteissa, arvoissa ja arvostusten kehittämisessä sekä johdonmukaista sopeutumiskykyä. Tämän alueen taksonomian luomisessa on ollut vaikeuksia johtuen esimerkiksi siitä, että opettajan on vaikea havaita esimerkiksi opiskelijan asenteissa tapahtuneita muutoksia. Psykomotoristen taitojen määrittely tuotti vaikeuksia, joten sen kehittäminen jäi alkuvaiheessa vähälle. (Bloom 1972/1979, 7-8)

Uudistetun Bloomin taksonomian suurin muutos aikaisempaan on se, että tieto on jaettu neljään kategoriaan:

faktuaaliseen eli todelliseen, käsitteelliseen ja tuotettuun tietoon sekä metakognitiiviseen tietoon (Anderson ym. 2001, 310). Psykomotoristen taitojen verbeillä ilmaistut tasot ovat: matkiminen, mallin mukaan tekeminen, taitava tekeminen, soveltaminen ja improvisointi (luova tekeminen). Asenteiden ja arvojen tasokuvaukset ovat: reagointi, mukautuminen, hyväksyminen, parempana pitäminen, integroiminen. (Anderson ym. 2001, 279)

Tutkimuksessani käytän apuna Bloomin taksonomian kognitiivista luokittelua, koska reaalikokeen vastausten analysointi ei anna muuhun mahdollisuutta (liitetaulukko 4). Reaalikokeella ei mitata opiskelijoiden taitoja. Arvostusten arvioinnissa tyydyn poimimaan kirjoituksista arvostuksiksi tulkitsemäni sitaatit ja kuvaamaan niitä. Bloomin taksonomia ei vaikuta olevan kovin suosittu nykypäivän kasvatustieteen parissa. Huomionarvoisena pidän kuitenkin sitä, että lukion opetussuunnitelman perusteiden tavoiteasettelu on hyvin bloomilainen.

Vastatakseni ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, millaisena lukiolaisten terveydenlukutaito näyttäytyy terveystiedon reaalikokeen vastauksissa, luokittelin ensin aineiston sen mukaan, minkä tasoista terveydenlukutaitoa kokelaiden vastaukset osoittivat. Ongelmallisin asia analysoinnissa oli toiminnallisen terveydenlukutaidon määrittäminen, koska reaalikokeella ei mitata opiskelijoiden terveyskäyttäytymistä. Vastauksista kuitenkin näkyi selvästi myös terveyskäyttäytymiseen viittaavia kommentteja, jotka sitten tulkitsin toiminnallisen terveydenlukutaidon osoituksiksi. Perusterveydenlukutaitotason esiintyminen kirjoituksissa oli selkeintä ja kriittistä terveydenlukutaitoa osoittavia mainintojakin oli aika helppo poimia vastauksista. Perustana analysoinnille olivat LOPS:n terveystiedon tavoitteet, jotka olin jo aikaisemmin luokitellut sekä terveydenlukutaidon tasojen että Bloomin taksonomian oppimista kuvaavien verbien avulla. Aineiston, 611 erillisen terveystiedon reaalikokeen vastauksen, luokittelu näiden ”työkalujen” avulla oli ensimmäiseen lukemiseen verrattuna helppoa ja innostavaa. Missään vaiheessa en ajatellut, että olisin yrittänyt luokitella jokaisen tutkimuksessa olevan yksittäisen opiskelijan (yhteensä 141 opiskelijaa) vastauksia yhdessä vaan tyydyin luokittelemaan jokaisen vastauksen erikseen.

Seuraavaksi tarkastelin, miten terveydenlukuruokaidon eri tasoilla olevat opiskelijat kuvaavat terveyden olemusta ja terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Luokittelin valitsemini otsikoiden mukaan tekstinäytteistä sopivat lainaukset. Lainauksien pituudet vaihtelivat. Suhtauduin varovaisesti ja kriittisesti valintaan ja olin tietoinen siitä, että pyrin tekemään mahdollisimman yksiselitteisiä valintoja. Erehtymisen ja ylilyöntienkin mahdollisuus on aina olemassa. Erityisesti pohdittaessa, edustaako kokonaisuudesta irroitettu lainaus vastauksen henkeä. Tämän varmistamiseksi palasin tuosta alkuperäisiin vastauksiin. Tässä vaiheessa olin jo ”häivyttänyt” mielestä, mihin kysymykseen opiskelija oli vastannut. Yhdessäkään analysoidussa kysymyksessä ei käsitelty suoranaisesti esimerkiksi päihteiden käyttöä ja kuitenkin vastauksissa oli mainintoja tupakan, alkoholin ja huumeiden haitallisuudesta terveydelle.

Mielenkiintoista ja vaativaa oli etsiä vastausta kolmanteen tutkimustehtävään eli millaisia mainintoja terveystiedon reaaliarvostuksissa on havaittavissa lukiolaisten terveystiedon reaaliarvostuksissa. En hyödyntänyt tunnettua Schwartzin arvomittaria (ks. Puohiniemi 2002; Syrjäpalo 2006), koska tutkimuksessani keskityn lähinnä opiskelijoiden reaaliarvostuksissa ilmaisemiin arvostuksiin, en suoranaisesti arvoihin. Aluksi pohdin perusteita, joilla opiskelijan kommenttia voisi kutsua arvostukseksi. Arvostukseksi luokiteltavien lainausten valinta aineistosta oli haastavaa, koska siihen ei ollut valmista mallia. Apuna käytin Minna-Riitta Luukkan (1992) kommentteja tekstin ymmärtämiseksi. Valinnat olivat loppukädessä omaan intuitiooni perustuvia. Perustelen esimerkein, millä kriteereillä tulkitsin aineistosta poimimani lainaukset arvostukseksi (liitetaulukko 3).

Arvostukseksi tulkitsin lainauksen, jossa opiskelija käytti sanaa minä tai me. Myös sinä-sanan yhteyteen liitetyn kommentin, jossa kirjoittaja ikään kuin puhutteli lukijaa, tulkitsin arvostukseksi. Minän esiintuominen osoittaa kirjoittajan läsnäolon tekstissä. Tuolloin kirjoittaja puhuu omasta näkökulmastaan ja osoittaa sitoutumistaan asiaansa. (Luukka 1992, 139, 135). Opiskelijan kirjoittaessa lukiolaisesta tai nykynuoresta tulkitsin kirjoitetun arvostukseksi omakohtaisena asiana.

Arvostukseksi tulkitsin opiskelijan terveyteen liittyvän mielipiteen, jonka voi tulkita kuvaavan kirjoittajan omaa ajattelua:

Ja mieluummin kuin rangaistaan terveyden laiminlyönnistä, toimitaan ennaltaehkäisevästi ja palkitaan terveyden ylläpidosta. Tällaisia ”terveysbonuksia” on mediassakin väläytelty. N10t

Silloin kun tekstin sisällä on vahvoja sanakäänteitä, olen tulkinnut mielipiteen arvostukseksi. Voimakkaat adverbiset osoittavat kirjoittajan varmuutta, jopa ylemmyyttä, kun kirjoittaja ei jätä viestiään kesken vaan käsittelee asiansa loppuun (Luukka 1992, 136). Miesopiskelija (M15p) toteaa, että *”kaiken kaikkiaan tarjoukset selkeästi sen, että kauppias ei ajattele yhtään asiakkaan terveyttä vaan omaa rahapussiaan.”*

Vastauksissa oli runsaasti opiskelijoiden keksimiä ja oppikirjoista poimittuja esimerkkejä, joilla he havainnollistivat ja tarkensivat sanomaansa. Luukka (1992, 140) mainitsee myös kirjoittajan niin sanotun tiedollisen minän, jonka hän tuo esille mielipiteensä ilmaisuna. Miesopiskelija kirjoittaa vahvasti:

Helsingin nuoret tupakoivat ympäristön painostamina, mutta itsenäisyyttä ja omaa tahtoa arvostava ja pienemmissä sosiaalisissa verkostoissa kasvanut tyttö Lapista ei välttämättä pidä tupakointia yhtä tärkeänä ryhmäilmionä. M9t

Verbin konditionaalien käytön tulkitsin arvostukseksi, jos vastauksen muusta yhteydestä ei voinut tehdä toisenlaista johtopäätöstä. Naisopiskelija (N9p) vakuuttaa tekstissään, että *”minusta nuorille ja kaikille pitäisi kertoa paremmin eri liikuntamahdollisuuksista.”* Opiskelijan käyttämän verbiliiton sisältämän nesessiivirakenteen luokittelin arvostukseksi silloin, kun se asiayhteydestä tuntui sopivalta. Naisopiskelija (N49k) kirjoittaa, että *”ylipainoisten määrä lisääntyy. Jotain on tehtävä ja nopeasti.”*

Useassa vastauksessa loppuhuippenuksena saattoi olla kysymys, lainausmerkein varustettu kommentti tai huutomerkkiin

päättävä virke. Joissakin tapauksissa tuntui, että abiturientti ei ollut uskaltanut ottaa varmaa kantaa ja siksi hän oli lopettanut vastauksensa retoriseen kysymykseen. Retorisella kysymyksellä kirjoittaja pyrkii sitouttamaan lukijan tekstiin (Luukka 1992, 136). Tietylnainen arkuus ja uskalluksen puute sanoa suoraan asioita oli verhoiltu myös sitaattien sisälle ikään kuin mielipide ei silloin olisi niin jyrkkä. Lainausmerkkien käyttö voi ilmentää leikillisyyttä tai niillä voidaan yrittää epämääräistä ilmaisua (Luukka 1992, 131). Huutomerkillä varustetut virkkeet olivat usein reippaita kehotuksia tai varoituksia.

”Vanha koira ei opi uusia temppuja”, lausetta voisi soveltaa myös lihaviin. N91p

Edellinen sitaatti on myös sananlaskuna tunnettu. Abiturienttien vastauksissa oli runsaasti metaforatyyppeisiä ilmauksia. Usein niiden avulla korostettiin asian huomioarvoa. Naisopiskelija (N101p) kirjoittaa, että *”kun nuori huomaa olevansa tämän laihuutta, kauneutta ja menestystä piirittävän yhteiskunnan armoilla, hänestä alkaa tuntua kuin olisi oman ympäröstönsä vanki, eikä ulospääsyä ole.”*

Vertaamista näkyi monissa asiayhteyksissä ja niiden tulkin-
ta arvostukseksi ei useinkaan ollut vaikeaa. Miesopiskelija (M19k) kirjoittaa arvostavasti omasta opinahjostaan:

Lukio on muutenkin opiskelupaikkana tarkempi ja tiukempi kuin ammattikoulu, joten terveyskin otetaan vakavammin. Lukion yleissivistävä vaikutus säätelee myöhempiäkin terveysvalintoja. M19k

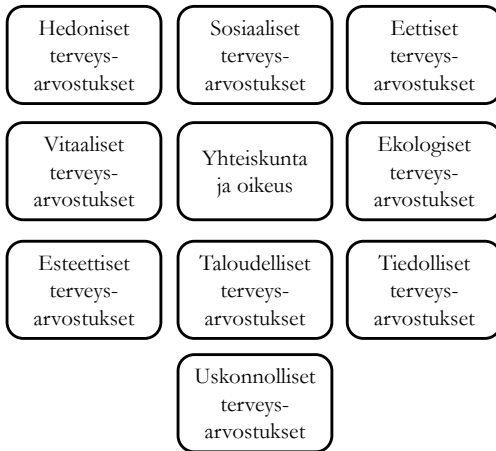
Arvostuksen ilmaiseminen sanavalinnoilla oli toisaalta myönteisen, toisaalta kielteisen ilmaisua. Luukkan (1992, 123) mukaan kirjoittaja voi ilmaista asiansa varmuusastetta käyttämällä affektiivisia suhtautumistapoja esittämiinsä asioihin. Myönteisiä ilmaisuja olivat muun muassa: on tärkeää, oleellista, välttämätöntä, elintärkeää ja on oikeus. Myös toteamukset, että joku on perusasia, keskeinen, kulmakivi, perusedellytys, perusehto, elintärkeä, peruskulmakivi, velvollisuus tai kaikki kaikessa ilmaisivat myönteistä kannanottoa johonkin asiaan.

Kielteisiä ilmaisuja olivat puolestaan seuraavanlaiset: asia on huono, turhauttava, on väärin, ei ole oikein, ei ole oikeus tai tokaisu ikävä kyllä. Unen tärkeyttä voi korostaa metaforistisella vertauksella:

Uni on ihmiselle elintärkeää iästä tai sukupuolesta riippumatta, sillä kukaan ei jaksakaan elää ilman unta.. Näyttäisi siltä, että nyky-yhteiskunnassa ei ole nukkumiselle sijaa. Voidaankin sanoa että uni on elämän lähde. M8k

Alasuutarin (2001, 24) mukaan laadullinen tutkimusprosessi on aina ainutkertainen, koska siinä luodaan sekä uusia sääntöjä että sovelletaan luovasti perussääntöjä. Tutkimusprosessin edetessä olen kokenut useita kertoja soveltavani ohjeita totutusta poiketen. Yksi syy, miksi ensimmäisen lukemisen jälkeen palasin alkuruutuun ja aloitin analyysin alusta oli epäilykseni informaation katoamisesta ja asiayhteyden häviämisestä. Tästä löytyy varoituksia (Bogdan ym. 2006, 159).

Edellä kertomieni arvostuskriteerien pohjalta luin kaikki vastaukset systemaattisesti läpi. Poimin vastauksista kaikki arvostuksiksi tulkitsemiani sitaatit. Aluksi tein keräämistäni arvostuksista tiedostot, joihin keräsin valitsemiani sitaatit. Kävin näin läpi lähes koko aineiston. Epäilykset heräsivät, etten tälläkään tavalla pysty etenemään kohti loogista lopputulosta. Epätoivo muuttui orastavaksi toivoksi, kun muistin, että tutkimushetkellä käytössä olleista neljästä terveystiedon oppikirjasarjasta yhdessä oli käsitelty arvostuksia. Lopulta päädyin ”Virtaa. Uuden sukupolven terveystieto”-oppikirjan innoittamana luokittelemaan terveydenlukutaidon tasoihin jaetun aineistoni Erik Ahlmanin arvotyyppittelyn pohjalta muodostamieni terveysarvostusten luokkiin (Virtaa 2006, 13). Tuloksena oli kymmenen terveysarvostuslottuvuutta, jotka esitän alla olevassa kuviossa pääkohdittain. Tässäkin kohtaa on muistettava, etteivät vastaukset kuitenkaan välttämättä kuvaa opiskelijoiden omia arvostuksia vaan sitä, miten eri tyyppiset arvostukset ilmenevät heidän vastauksissaan.



Kuvio 4. Terveysarvostusluokat (Ahlman 1976).

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset jaoin kolmeen tutkimuskysymysten mukaiseen kokonaisuuteen. Ensimmäisessä osassa kuvaan, millaisena lukiolaisten terveydenlukutaito näyttäytyy terveystiedon reaalikokeen vastauksissa. Käytän aineiston analysoinnin apuna kansainvälisessä kirjallisuudessa esiintyneitä terveydenlukutaidon tasokuvauksia ja Bloomin taksonomian oppimistasokuvauksia sekä lukion opetussuunnitelman (LOPS 2003) terveystiedon oppimistavoitteita.

Toisessa kokonaisuudessa tarkastelen, miten terveydenlukutaidon eri tasoilla olevat opiskelijat kuvaavat terveyden olemusta ja terveyteen vaikuttavia tekijöitä.

Kolmannessa tulososassa kuvaan, millaisia mainintoja terveysarvostuksista on havaittavissa lukiolaisten terveystiedon reaaliarvostauksissa. Tässä analyysissä käytän lähtökohtana filosofi Erik Ahlmanin (1892 - 1952) arvotyyppittelyä.

5.1 Lukiolaisten terveystiedon reaaliarvostuksessa ilmenevä terveydenlukutaito

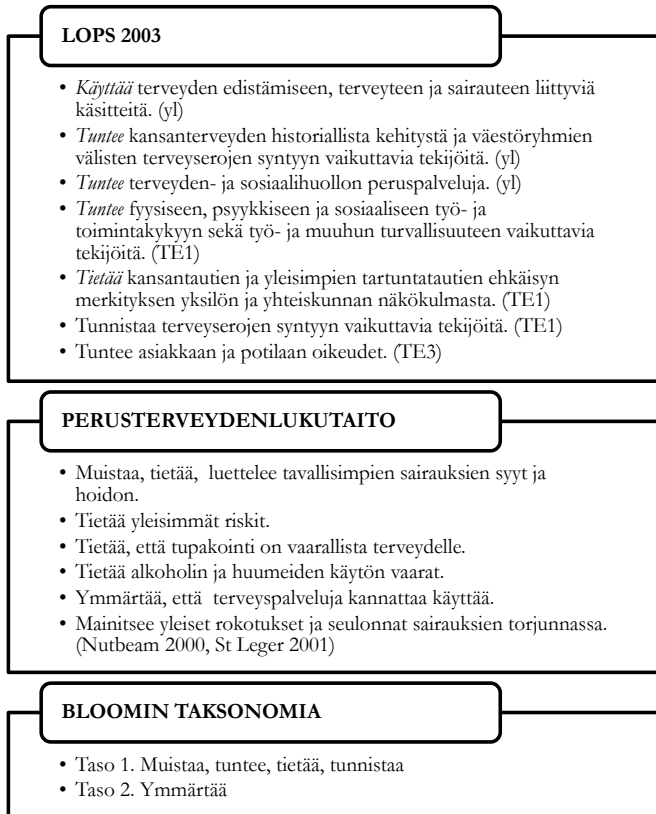
Tutkimusaineistoni koostuu 611 terveystiedon ylioppilaskokeen vastauksesta. Luokittelin opiskelijoiden vastaukset kolmeen terveydenlukutaidon tasoon. (Nutbeam 2000, St Leger 2001). Operationalistin terveydenlukutaidon tasot soveltaen Nutbeam ja St Legerin kuvauksia niin, että muodostin jokaiseen kysymykseen erikseen kriteerit terveydenlukutaidon eri tasoille (liitekuviot 5-12). Huomiota on syytä toistamiseen kiinnittää siihen, että terveystiedon reaaliarvostuksessa ei arvioida opiskelijan terveystaitoja eikä muutenkaan vastausten hyvyden tasoa (YTL Reaaliaineiden kokeiden määräykset 30.9.2011) vaan lukion opetussuunnitelman perusteiden mukaisia tietoja ja taitoja sekä tavoitteiden mukaista riittävää kypsyttä aineen hallinnassa. Tämän tutkimuksen kannalta ongelmaksi muodostuu toiminnallisen terveydenlukutaidon taso. Olen ratkaissut asian niin, että merkitsen sulkuihin operationalistettuihin tasokuvauksiin ne kohdat, joita ei reaaliarvostuksessa mitata. Haluan kuitenkin pitää kohdat mukana

koska niiden poisjättäminen antaisi puutteellisen kuvan terveydenlukutaidon tasoista.

Luokittelussa käytin apuna myös Bloomin taksonomian osaamisen tasoja, joita on kuusi. Nekin rakentuvat hierarkisesti alimmasta osaamisen tasosta: 1. muistaminen 2. ymmärtäminen 3. soveltaminen 4. analysoiminen 5. synteessin tekeminen 6. arvioiminen ja uuden luominen. (Bloom 1956, 1972/1979, Anderson ym. 2001.) Pidin analyysin rinnalla lukion opetussuunnitelman terveystiedon eri kurssien oppimistavoitteita (liitekuvio 2) ja sijoitin lukion terveystiedon yleiset tavoitteet terveydenlukutaidon tasoihin (liitekuvio 3). Vastausten sijoittaminen eri tasoille ei ollut aina helppoa. Joukossa oli hyvin yksiselitteisesti tiettyyn tasoon kuuluvia vastauksia, mutta osa vastauksista vaati erityistä harkintaa ja valintapäätöstä. On mahdollista, että toinen tutkija voisi päätyä erilaiseen lopputulokseen. En kuitenkaan pyytänyt ketään rinnakkaisarvioitsijaksi, koska jo tehtävään perehtyminen olisi vaatinut paljon työtä ja aikaa. Pyrin olemaan vastausten sijoittelussa tarkka. Nostin vastaustaan aina ylempään luokkaan, jos olin vastauksen osalta kahden vaiheilla. Epäselvissä tapauksissa jätin vastaukset kokonaan vaille luokkaa. Näitä vastauksia oli aineistossa 48 eli noin 8%. (Liite 1)

5.1.1 Perusterveydenlukutaito

Perusterveydenlukutaidon tasoon sijoitin lukiolaisten vastaukset silloin, kun niistä näkyy kysytyn asian muistaminen ja luetteleminen joko niukoin perusteluin tai kokonaan ilman perusteluja. Perusterveydenlukutaito tarkoittaa Nutbeam (2000) mukaan sitä, että ihminen tietää terveystarpeista sekä terveyspalveluista ja niiden käytöstä. Seuraavassa kuviossa esitän perusterveydenlukutaidon tason analysoinnissa käyttämiäni ”työkaluja”. LOPS:n tavoitteiksi kuvioon olen poiminut ne tavoitteet, jotka mielestäni kuvaavat perusterveydenlukutaitoa yleisesti. Perusterveydenlukutaidon kriteerien pohjana ovat pääosin kirjallisuudessa (lähinnä Nutbeam 2000; St Leger 2001) esiintyvät kriteerit.



Kuvio 5. Perusterveydenlukutaidon kriteerit

Pelkästään perusterveydenlukutaidon tasolle yltäviä vastauksia kertyi 140, mikä on noin 23 prosenttia vastauksista. Lukion opetussuunnitelman terveystiedon pakollisen kurssin tavoitteet vastaavat perusterveyden lukutaitoa siltä osin, että niissä opiskelijan edellytetään tuntevan kansantautien ja yleisimpien tartuntatautien ehkäisy- ja hoitomahdollisuudet. (LOPS 2000, 210) Bloomin taksonomian mukaan opiskelija

tunnistaessaan asian muistaa ja osaa luetella siihen liittyviä tekijöitä. Esimerkki perusterveydenlukutaitoa ilmentävästä vastauksesta on liitteessä 2.

5.1.2 Toiminnallinen terveydenlukutaito

Ne vastaukset, joissa opiskelija perusterveydenlukutaidon lisäksi ilmaisee ymmärtävänsä elintapojen merkityksen oman terveyden hoitamisessa ja motivaation terveyteen pyrkimisessä, sijoitin toiminnalliseen terveydenlukutaitokategoriaan. Nutbeam (2000) mukaan toiminnallisesti terveydenlukutaitoinen on terveysriskitietoinen ja terveyspalveluja hyödyntävä, itsevarma ja itsenäisesti motivoitunut hoitamaan terveyttään.

Seuraava kuvio selventää, kuinka olen operationalistanut toiminnallisen terveydenlukutaidon.

LOPS 2003

- *Ymmärtää* työ- ja toimintakyvyn, turvallisuuden sekä sairauksien ehkäisyyn
- *Ymmärtää* sairauksien, erityisesti kansantautien ja tartuntatautien ehkäisyyn, merkityksen ja *tuntee* niiden keskeisiä ehkäisy- ja hoitomahdollisuuksia yksilön ja yhteiskunnan näkökulmasta. (yl)
- *Osaa hankkia ja käyttää* terveyttä ja sairauksia koskevaa tietoa. (TE1)
- *Oppii tarkastelemaan* elämäänsä aikuisuuden ja vanhemmuuden näkökulmasta. (TE2)
- *Totenttaa* pienimuotoisia terveys-/terveyskäyttätymiskartoituksia omassa opiskeluympäristössään. (TE3)
- *Osaa käyttää* terveydenhuollon palveluja. (TE3)

**TOIMINNALLINEN
TERVEYDENLUKUTAITO**

- Ymmärtää elintapojen merkityksen terveydelle
- Ilmaisee motivoituneisuuden terveyden hoitamiseen.
- Kirjoittaa terveellisen ravitsemuksen tärkeydestä.
- Kirjoittaa liikunnan merkityksestä terveydelle.
- Korostaa riittävän levon ja unen merkityksestä terveydelle.
- Korostaa rentoutumisen merkityksestä terveydelle.
- Ilmaisee eri terveysinformaation lähteitä.
(Nutbeam 2000, StLeger 2001)

BLOOMIN TAKSONOMIA

- Taso 3. Soveltaa

Kuvio 6. Toiminnallisen terveydenlukutaidon kriteerit.

Lukiolaisten 611 vastauksesta 229 ylsi toiminnallisen terveydenlukutaidon tasolle. Se on noin 37 prosenttia vastauksista.

Esimerkki toiminnallisen terveydenlukutaidon vastauksesta on liitteessä 3.

5.1.3 Kriittinen terveydenlukutaito

Kriittiseen terveydenlukutaitoon luokittelin vastaukset, jotka sisälsivät perusterveydenlukutaidon ja toiminnallisen terveydenlukutaidon kriteerit ja näiden lisäksi ilmaistun halun toimia koko yhteisön terveyttä edistävästi. Kriittinen terveydenlukutaito heijastaa ihmisen havaitsemiskykyä ja taitoja. Se tukee sosiaalista ja poliittista toimintaa sekä yksilön toimintakykyä. Toiminta suuntautuu enemmän väestön terveyden edistämiseen kuin pelkästään yksilön oman terveyden parantamiseen. Kriittisesti terveydenlukutaitoinen haluaa muuttaa terveyteen liittyviä yleisiä ja organisatorisia käytäntöjä. (Nutbeam 2000)

Seuraava kuvio selventää kriittisen terveydenlukutaidon analyysia.

LOPS 2003

- *Ymmärtää* terveyden edistämisen merkityksen. (yl)
- *Tuntee* kansanterveyteen liittyvää kansalaistoimintaa. (yl)
- *Perehtyy* terveyttä koskevan tiedon hankintamenetelmiin, *osaa* kriittisesti *arvioida* ja *tulkita* terveyttä ja sairauksia koskevaa tietoa ja erilaisia terveyskulttuuriin liittyviä ilmiöitä. (yl)
- *Pohtii* terveyttä koskevia arvokysymyksiä ja *osaa perustella* omia valintojaan, *oppii arviotamaan* terveyttä voimavarana sekä *edistämään* terveyttä. (yl)
- *Osaa arvioida* fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen työ- ja toimintakykyyn sekä työ- ja muuhun turvallisuuteen vaikuttavien tekijöiden toteutumista omassa elämäntavassa ja ympäristössä. (TE1)
- *Oppii pohtimaan* kansantautien ja yleisimpien tartuntatautien ehkäisyyn liittyviä ratkaisuja yhteiskunnassa. (TE1)
- *Osaa hankkia, käyttää ja arvioida* terveyttä ja sairauksia koskevaa tietoa sekä *pohittaa* terveyskulttuuriin ja teknologiseen kehitykseen liittyviä ilmiöitä terveysnäkökulmasta. (TE1)
- *Osaa pohittaa ja tarkastella* terveyteen ja sairauteen liittyviä arvoja ja arvostuksia. (TE2)
- *Osaa perustella* omia valintojaan terveyden näkökulmasta ja *arvioida* elämäntapaan ja ympäristöön liittyvien valintojen merkitystä terveydelle ja hyvinvoinnille. (TE2)
- *Osaa kuvata* koettua terveyttä ja terveysongelmia selittäviä ilmiöitä ja niiden erilaisia tulkintoja. (TE2)
- *Osaa pohittaa* kansanterveystieteen ja ehkäisevän terveydenhuollon kehityksen päälinjoja kansallisesti ja maailmanlaajuisesti. (TE3)
- *Osaa hankkia, arvioida ja tulkita* terveyteen ja sairauksiin liittyvää tutkimus- ja arkitietoa. (TE3)
- *Osaa pohittaa ja arvioida* teknologisen kehityksen merkitystä terveyden ja turvallisuuden näkökulmasta. (TE3)

KRIITTINEN TERVEYDENLUKUTAITO

- Analysoi omaa, lähiympäristönsä ja yhteiskunnan terveyttä edistäviä ja vaarantavia tekijöitä.
- Arvioi kriittisesti terveysinformaatiota.
- Kyseenalaistaa vastauksessaan median ja mainonnan ”ylivallan”.
- Pohtii terveyden ja sairauden merkitystä yksilölle ja yhteiskunnalle.
- Kirjoittaa terveyden edistämisen puolesta.
(Nutbeam 2000, St.Leger 2001)

BLOOMIN TAKSONOMIA

- Taso 4. Analysoi, erottaa tosiasiat oletuksista, tunnistaa propagandan
- Taso 5. Tekee synteesin, muodostaa uusia rakenteita, selittää yksityiskohtaisesti ilmiöitä, luokittelee, keksii yleistyksiä, kertoo henkilökohtaisista kokemuksista tehokkaasti.
- Taso 6. Arvioi todennäköisyyksiä tosiasioiden valossa, erottaa perusteluiden loogiset virheet, tuntee erilaisia kulttuureja, kyky vertailla tunnettujen parhaiten käytänteitten avulla.

Kuvio 7. Kriittisen terveydenlukutaidon kriteerit.

Kriittisen terveydenlukutaidon tavoite on henkilökohtainen ja yhteisöllinen voimaantuminen, joka tähtää yhteisön toimintatapojen muuttamiseen terveyttä edistävästi. Kriittinen terveydenlukutaito parantaa henkilökohtaista sinnikkyyttä sosiaalisten ja taloudellisten vaikeuksien kohtaamisessa. Yhteiskunnallisella tasolla kriittinen terveydenlukutaito parantaa kykyä toimia terveyden kannalta tärkeiden sosiaalisten ja taloudellisten tekijöiden puolesta. Tästä seuraa kohentunut yhteisöllinen voimaantuminen. (Nutbeam 2000). Kriittisesti terveydenlukutaitoiseksi luokiteltu opiskelija analysoi oman, lähiympäristönsä ja yhteiskunnan terveyttä vaarantavia ja edistäviä tekijöitä ja pohtii terveyden ja sairauden merkitystä yksilölle ja yhteiskunnalle. Hän myös arvioi kriittisesti terveysinformaatiota. Kriittisen terveydenlukutaidon kriteerit täyttäviä vastauksia koko aineistossa on 194 eli noin 32 prosenttia.

Vastausten jakaumakooste

Tutkimusaineistostani 48 vastausta (noin 8%) eivät yllä millenkään terveydenlukutaidon tasolle. Syynä oli joko vastauksen erityinen niukkuus tai pitkässäkin vastauksessa opiskelija kirjoittaa muusta kuin kysytystä asiasta. Liitetaulukossa 1 kuvaan yksittäisten kysymysten tasolla opiskelijoiden vastausten määrällistä jakautumista terveydenlukutaidon eri tasoille. Seuraavassa taulukossa kuvaan vastausten jakautumisen eri luokkiin ja miesten ja naisten vastausten sijoittumisen eri terveydenlukutaidon tasoille.

Taulukko 9. Terveydenlukutaidon tasojen määrällinen ja prosentuaalinen jakautuminen vastauksissa sukupuolten mukaan

Sukupuoli	Perustlt	Toiminnallinen tlt	Kriittinen tlt	Poistetut	Yht
Naiset	100	170	154	30	454
Miehet	40	59	40	18	157
Yhteensä	140	229	194	48	611
%	23	37	32	8	100

Tutkimusaineiston 611 vastauksesta oli naisopiskelijoiden vastauksia 454 ja miesopiskelijoiden vastauksia 157.

5.2 Terveyden olemuksen kuvailu terveydenlukutaidon eri tasoilla

Terveystiedon ylioppilaskoetehtävissä opiskelijoita ei pyydetty määrittelemään terveyttä. Kuvaan kuitenkin sitä, miten he kirjoittavat terveyden olemuksesta. Heidän vastaustensa perusteella päädyin tarkasteluun, jossa esittelen terveyden olemusta seuraavien kirjoitusvastauksista nousevien teemojen mukaisesti: terveyden määrittely, terveyttä edistävät asiat, terveyttä vaarantavat asiat sekä ihmisen vastuu omasta terveydestään. Mainittujen teemojen lisäksi ylioppilaskirjoitusten vastauksissa opiskelijat pohtivat terveystietämyksen ja -valistuksen tärkeyttä sekä

koululiikunnan roolia terveyden edistäjänä. Näitä esittelen seuraavassa tarkemmin.

5.2.1 Terveyden määrittely

Terveys on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kokonaisvaltainen tila. Tämä on yleisimmin käytetty terveyden määritelmä, joka on lähtöisin WHO:n asiakirjoista. Terveyden määrittelyä yleisin tapa on juurtunut opiskelijoiden mieliin. Terveyden voi määrittellä myös eri tieteenalojen avulla. *Lääketieteellinen tapa kertoo vain onko ihmisellä solutasolla jotain poikkeuksia. Henkinenkin terveys tulisi ottaa huomioon.* (N6t)

Opiskelijoiden käyttämiä rinnakkaisilmaisuja terveydelle ovat: *”hyvinvointi”, ”tulevaisuus ja kehittyminen”, ”yleinen hyvä olo” ja ”toimintakyky”*. Kaikilla terveydenlukutaidon tasoilla opiskelijat kirjoittavat hyvinvoinnista tarkoittaessaan terveyttä. Myös kunto rinnastuu terveyteen esimerkiksi naisopiskelijan (N25p) kommentissa: *”opiskelijat pystyvät pitämään myös kunnostaan huolta ehkä kaikkein parhaiten, jos vain haluavat”*.

Lukiolaisten ylioppilaskoevastauksista näkyy selvästi, että he arvostavat terveyttä ja korostavat terveyden omaehtoista hoitamista. *”Oma terveytemme on kuitenkin yksi elämän peruslähtökohhta ja sitä tulisi vaalia”* (M13k). Sama opiskelija vakuuttaa terveyden merkitystä toisessakin vastauksessaan: *”Ihmisen terveys on yksi elämämme perusasia. Terveys on jokaisen henkilökohtainen asia, mutta se on kuitenkin yhteydessä moniin asioihin, kuten taloudelliseen tilaan, vapaa-aikaan ja ympäristöön.”* (M13t).

Terveytensä laiminlyövien paheksunta näkyy kirjoituksissa. *”Jos hoitoon tullaan sen takia, ettei olla eletty ”terveyskansalaisen tavoin” voisi myös miettiä, onko yhteiskunta velvollinen auttamaan hoitokustannuksissa tällaista potilasta.”* (N16t) Edellä olevassa lainauksessa on mielenkiintoinen uusi termi *”terveyskansalainen”*. Opiskelija ei perustele tarkemmin, kuinka pitäisi toimia, jotta tulisi niin kutsutuksi terveyskansalaiseksi. Kansanterveys on ilmaisu, jota opiskelijat käyttävät usein ja

oikein. Kansantaudit uhkaavat kansanterveyttä. Opiskelijat korostavat usein sairauksien ennaltaehkäisyä terveyden hoitamisessa. *”Liikunta hyvänolon tuojana ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäjänä ehkäisee myös mielenterveys sairauksia, jotka ovat nykyään myös yksi kansantaudeistamme”* (N13k).

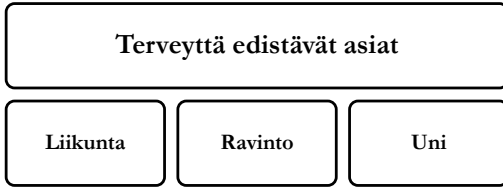
Opiskelijat näkevät terveyden myös tulevaisuuden kysymyksenä, jota kannattaa pohtia jo nuorena. *”Vaikka halpa ruoka siis houkuttelisikin, on tärkeää muistaa myös sijoittaa terveyteensä ja tulevaisuuteensa syömällä terveellisesti ja monipuolisesti”* (N18p). Osa opiskelijoista on kiinnittänyt huomiota naisten ja miesten välisiin terveyseroihin ja he löytävät myös syyn naisten paremmalle terveydelle. *”Naisille hyvältä näyttäminen on tärkeämpää kuin miehille ja siksi he kiinnittävät enemmän huomiota terveyteen”* (N29t).

Yhteenvedo opiskelijoiden terveystermistöistä

Opiskelijat käyttävät terveyttä määritellessään perinteistä WHO:n määritelmää: terveys on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. He kuvaavat terveyttä myös kuntona, hyvinvointina, yleisenä hyvänä olona, toimintakykenä, tulevaisuutena ja kehityksenä. Yhteenvedona voi opiskelijan sanoin todeta, että terveys on monen asian summa. Opiskelijat arvostavat terveyttä ja paheksuvat terveytensä tahallisesti laiminlyöviä. Mitä terveyden määrittelemiseen tulee, ei eri terveydenlukutaidon tasoissa vastauksissa juurikaan ole havaittavissa eroja.

5.2.2 Terveystermistöä edistävät asiat

Opiskelijat mieltävät kaikilla terveydenlukutaidon tasoilla terveyttä edistäviksi asioiksi liikunnan, terveellisen ravitsemuksen ja unen. Nämä kolme asiaa, jotka näkyvät kuviossa 8, muodostavat perustan hyvälle terveydelle. Tälle tulokselle on luonnollinen selitys tässä tutkimuksessa, sillä juuri näitä asioita oli tehtävissä kysytty. Mielenkiintoista on silti selvittää, miten opiskelijat argumentoivat liikunnan, ravitsemuksen ja unen terveyden edistävyyttä.



Kuvio 8. Terveyttä edistävät asiat

Liikunta

”Kansalaisten pitäisi herätä liikkumaan terveystensä edistämiseksi”. Naisopiskelijan (N35t) ilmaisu on metaforinen, hän käyttää havahduttavaa teonsanaa ”herätä”. Vuosikymmenien takaa on kansalaisten ja myös lukiolaisten muistissa ilmaisu: ”Ylös, ulos ja lenkille”. Sen avulla kannustettiin suomalaisia liikkumaan. Opiskelijat perustelevat liikunnan merkitystä terveyden edistämisessä.

Ihmisten liikunta-aktiivisuus lisääntyisi, jos ihmiset ymmärtäisivät kuinka mukavaa liikunta on ja, että sillä on terveyttä edistäviä ja sairauksia ehkäiseviä vaikutuksia ja se parantaa itseluottamusta, antaa motorisia ja koordinaatiivisia perusvalmiuksia, parantaa sydän ja verenkiertoelimistön toimintaa, antaa voimavaroja arkeen, lisää yleistä hyväntuulisuutta ja on kaiken lisäksi hauskaa! M11t

Terveysliikunta-käsitteestä on keskusteltu julkisuudessa ja on pohdittu, miten se eroaa muusta liikunnasta. Naisopiskelija (N76k) määritteli asian seuraavasti: *”Terveysliikunnan tarkoituksena on nimensä mukaisesti edistää terveyttä. Suurin osa tämänhetkisistä kansansairauksista on ehkäistävissä riittäväällä liikunnalla ja oikealla ruokavaliolla. Terveysliikunnassa tärkeää on myös liikunnan nautittavuus, liikunnasta tuleva hyvä olo virkistää ja saa jaksamaan.*

Useat opiskelijat mainitsevat fyysisen terveyden edistämiskeinoista erikseen liikunnan merkityksen painonhallinnassa, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden

ylläpidossa sekä stressin torjuntakeinona. Opiskelijat mainitsevat keinoina kansalaisten liikunnan lisäämiseksi lääkäreiden kirjoittaman liikuntareseptin sekä ajan hengen mukaisesti ajatuksen siitä, että *”liikunnasta pitää tehdä trendi, jota kaikki haluavat noudattaa”* (N21k).

Kriittisesti terveydenlukurituaalisten opiskelijoiden vastauksissa korostuu yhteiskunnallinen näkökulma. Liikkuvat kansalaiset ovat yhteiskunnan kokonaisedun varmistajia: *”ihmiset ovat kuitenkin yhteiskunnan perusta ja terveinä meistä saa paljon enemmän irti”* (M6k). Opiskelija tiedostaa, että *”vaikka liikuntaharrastusten määrä on lisääntynyt, arkinen, hyötyliikunta, on työnkuvan muuttuessa vastaavasti vähentynyt”* (N27k). Myös elämäntavan mukainen liikunnan harrastaminen tulee huomioituksi.

Vaikka ihmisten odotettavissa elinikää onkin saatu bienosti nostettua, tavoitteena olisi pidentää myös vanhuusiän toimintakykyä. Tässä siis yksi esimerkki, miksi harrastaa liikuntaa. Jokainen oletettavasti tahoo pärjätä elämänsä viimeiset vuodet mieluummin omillaan kuin vanhainkodissa. N48k

Ravinto

Opiskelijat ovat tietoisia ravinnon ja terveyden yhteydestä: *”suositusten noudattaminen ruokavaliassa edistää terveyttä ja hyvinvointia”* (M3p). Yhdessä ylioppilaskokeen ravitsemusta koskevassa kysymyksessä (K3b) kysytään ravintosuosituksista. Vastauksissaan opiskelijat havainnollistavat terveellistä ruokavaliota ruokapöytä-, ruokapyramidi- tai lautasmallilla. Lautasmalli on ilmeisesti painunut hyvin opiskelijoiden mieleen, koska se esitettiin usein ja lähes aina myös oikein.

Opiskelijat kirjoittavat vastauksissaan käytännönläheisesti ja konkreettisesti siitä, mikä on terveellistä ravintoa. *”Terveysruuan” ei tarvitse myöskään olla pahaa, marjat ja hedelmät voivat korvata kovia eli tyydyttyneitä rasvoja sisältävät suklaat ja muut herkut. Täysmaidon voi vaihtaa rasvattomaan ja meetvurstin keittokinkkuun.”* (N32t)

Opiskelijat arvioivat ruokamainoksia (K3a) ja löytävät niistä sekä puutteita että terveyttä edistäviä vaikutuksia. *”Toki ruokatarjouksissa on nähtävissä myös nk. terveysvaikutteisten l. funktionaalisten elintarvikkeiden mainontaa (danone activa, becel pro activ jne.) ja etenkin tänä päivänä, kun tieto terveyttä edistävästä tekijöistä on yleistynyt, myös niiden suosio on lisääntynyt.”* (N59k, K3a)

Uni

Opiskelijat perustelevat monipuolisesti unen ja levon merkitystä terveydelle. *”Vaikka yhteiskunta sykkii tauotta, tarvitsemme unta – sykkiäksemme”* (N49k). Opiskelijat tiedostavat nukkumisen kokonaisvaltaisen merkityksen terveydelle. Levon fyysisistä terveysvaikutuksista opiskelijat mainitsevat esimerkkinä lihaskunnan palautumisen ja vaikutuksen painon hallintaan. Opiskelijat kirjoittavat unen psyykkistä terveyttä edistävästä vaikutuksista: *”kaikki tasaantuu mielessä, ruumiissa ja aivoissa unen aikana”* (N5t) tai *”uni lievittää stressiä, vaikuttaa elimistöön ulkoisesti ja sisäisesti sekä luo yleisen hyvän olon tunnun”* (N7t). Opiskelijat korostavat koululaisten levon tarvetta oppimisen edistäjänä. Uni sosiaaliseen terveyteen vaikuttavana asiana näkyy vastauksissa myönteisinä ja terveyttä arvostavina kommentteina.

Vastauksista voi päätellä, että joitakin asioita on mahdollisesti oppitunnilla pidetty hyvin esillä tai sitten sama tieto on omaksuttu esimerkiksi oppikirjoista. Kaksi asiaa nousee erityisesti esille tässä valossa. Ensinnäkin väsymyksestä johtuvat liikenneonnettomuudet mainittiin usein ja sanonta *”uni on aivojen akkulaturi”* toistui.

Kriittisesti terveydenlukutaitoinen kiteyttää kokonaisvaltaisen näkemyksensä hyvän elämän aineksista.

Vähitellen uni ymmärretään mieltää siksi mikä se on: osa terveellistä ja terveyttä edistävää elämäntapaa. Yhdessä oikeanlaisen ravinnon, tupakoimattomuuden, kohtuullisen alkoholinkäytön ja riittävän liikunnan kanssa uni muodostaa kokonaisuuden, joka tuo

ihmiselle parhaat mahdolliset resurssit fyysiseen ja henkiseen eheyteen ja siten koettuun onnellisuuteen. N14k

Yhteenveto terveyttä edistävästä asioista opiskelijoiden kuvaamana

Perusterveydenluktaitoisten opiskelijoiden vastauksissa perusteluja liikunnan, levon ja terveellisen ruokavalion terveyttä edistävästä vaikutuksista on niukasti tai ne puuttuvat kokonaan. Toiminnallisesti terveydenluktaitoisten vastauksissa ovat mukana myös perustelut. Kriittisesti terveydenluktaitoiset perustelevat levon, ravinnon ja liikunnan merkitystä terveyteen monipuolisesti. Liikunnan edistämisen keinona he mainitsevat esimerkiksi liikuntareseptin ja he pitävät liikuntaa tärkeänä vanhusten toimintakyvyn ylläpidossa. Kriittisesti terveydenluktaitoisten kommentoissa näkyy yhteiskunnallinen valvetuneisuus. Terveyttä edistävät asiat nähdään kansantautien ehkäisykeinoina.

5.2.3 Terveyttä vaarantavat asiat

Terveyttä vaarantavina asioina toistuvat opiskelijoiden vastauksissa samat teemat kääntäen kuin edellä terveyttä edistävinä. Liikunta on muuttunut liikkumattomuudeksi ja istumiskulttuuriksi, ruoka pika- tai roskaruoaksi ja nukkuminen kiireeksi ja valvomiseksi. Terveyttä vaarantavat lisäksi myös nautintoaineet ja välinpitämättömyys.



Kuvio 9. Terveyttä vaarantavat asiat.

Huonot elintavat kasautuvat

Terveyttä vaarantavien tekijöiden kasaantuminen näkyy opiskelijoiden kirjoituksissa. Erityisesti nuorten terveyden koetaan olevan uhattuna.

Nykyisin nuoret istuvat paljon tietokoneen ääressä, käyttävät paljon alkoholia ja tupakkaa sekä syövät paljon mm. pikaruokaa, mistä saa yli tarpeen kaloreita, rasvaa ja suolaa. Nuorten niska- ja selkävaivat ovat lisääntynyt viimeisen kymmenen vuoden aikana paljon, mikä ilmenee myös päänsärkinä. Tämä johtuu usein juuri tietokoneella tuntitolkulla istumisesta ja liikkumattomuudesta. N30p

Opiskelijat ilmaisevat huolensa siitä, että monet yrittävät korvata unen tuoman virkeyden energijuomilla ja kahvilla. ”Ihminen tekee tuolloin itselleen vain ”karhunpalveluksen” ja piristää itseään hetkellisesti, mutta eihän tuolloin mikään paikka saa lepoa!” (M10t). Lukiolaiset tiedostavat, että liian vähäinen nukkuminen vaikuttaa kokonaisterveyteen mutta siihen ei kiinnitetä huomiota: ”Koska unen puute ei aiheuta ihmisessä fyysisen terveyden muutoksia, ajatellaan, ettei se vaikuta terveyteen mitenkään. Unen merkitys terveydelle on kuitenkin suuri ja pitkittynyt unenpuute aiheuttaa niin sosiaalisia, psyykkisiä kuin fyysisiäkin oireita.” (N10k)

Roskaruoka ja liikkumattomuus

Opiskelijat kuvailevat vastauksissaan, miten ruoka voi vaarantaa terveyden. Rahan käyttö menee terveyden edelle ja mainostettuihin opiskelijoiden mielestä usein epäterveellisiin ruokiin sorrutaan hetkellisen mielihyvän houkuttelemana, kun ei jakseta ajatella pitkän aikavälin hyvää. Opiskelijoiden perusteluissa puututaan myös nuorten ruokailutottumuksiin.

Nuorten ruokailutottumukset ovat retuperällä, sillä välipalat ja lounaat syödään pikaruokaloissa. Kunnollista ja monipuolista ruokaa nuoret syövät ja saavat nykyään ainoastaan koulussa, sillä kotonakaan ruuan valmistukseen ei viitsitä enää panostaa, jolloin käytetään paljon valmisruokia ja eineksiä ruuan valmistuksessa. N26t

Edelliseen sitaattiin sisältyy arvostava kommentti suomalaista kouluruokaa kohtaan samalla kun opiskelija perustelee valmisruokien runsaan käytön. Opiskelijat ovat tietoisia liiallisen syömisen lihottavasta vaikutuksesta. Jotkut syyttävät asiasta kaupan suuria pakkauskokoja, jotka houkuttelevat ostajia. Esimerkki opiskelijan asiallisuuden ja asiattomuuden rajapinnalle sijoittuvasta kommentista: *”Miksi emme opi elämään terveellisesti, onko läski turruttanut aivomme.”* (N81k).

Nautintoaineet

Nautintoaineiden haitallisuus terveyttä vaarantavina tulee esille opiskelijoiden kirjoituksissa vaikkei tätä asiaa analysoitavien tehtävien joukossa sellaisenaan kysytykään. Tulevaisuus näyttää opiskelijan (N52t) mielestä synkältä koska *”naisten tupakointi on kuitenkin yleistynyt roimasti, joten ei voi tietää millainen keuhkosyöpä ”epidemia” heille iskee vuosien kuluttua.”* Syykin naisten lisääntyneeseen nautintoaineiden käyttöön tiedetään. *”Tasa-arvoistuminen on varmasti suuri syy tähän, koska naiset haluavat tehdä ja toimia kuten miehetkin, tasa-arvon nimissä”* (N34k). Opiskelijat tiedostavat nuorten lisääntyneen alkoholin, tupakan ja muiden päihteiden käytön ja toteavat niiden merkittävästi vaarantavan lasten ja nuorten terveyttä.

Opiskelijat ilmaisevat vahvasti mielipiteensä nautintoaineiden käyttäjille. *”Jos polttaa tupakkaa ja sairastuu syöpään niin tulisi itse ottaa vastuu valinnastaan ja maksaa itse hoitokustannuksensa”* (N39p).

Välinpitämättömyys

Opiskelijat ilmaisevat huolestumisensa välinpitämättömyyden lisääntymisestä terveyden hoidossa. *”Suurimmalla osalla suomalaisella ei ole kiinnostusta asiaan sen vertaa, että pysyisi terveenä. Monilla on mahdollisuus, mutta sitä ei käytetä, kuten liikalihavuutta voitotellaan, mutta asian eteen ei tehdä mitään.”* (N58p) Opiskelijat ovat huomioneet ihmisten erilaisen tavan hoitaa itseään. Kommenteissa ovat aistittavissa nykypäivän valtatrendit. Toiset ihmiset omaksuvat hyvin tiukkoja elämäntapoja, jopa niin että terveydestä huolehtiminen liukuu epänormaalksi. *”Jotkut ihmiset huolehtivat koko ajan terveydestään, kun taas toiset elävät miten sattuu välittämättä pahemmin kunnostaan”* (N25t).

Opiskelijoiden kommenteista aistii välinpitämättömyyden johtuvan siitä, ettei ihminen arvosta itseään ja terveyttään. *”Liikunnan harrastus on suhteessa siihen kuinka paljon ihminen itsestään lopulta välittää”* (N48k).

Yhteenveto terveyttä vaarantavista asioista opiskelijoiden kuvaamana

Opiskelijoiden vastauksissa toistuvat ravinto, liikunta ja uni, koska ne olivat analysoitujen tehtävien aiheina. Terveyttä vaarantavat asiat opiskelijoiden kirjoittamina kaikilla terveyden lukutaidon tasolla ovat unen puute ja epäterveellinen ravitsemus. Opiskelijat kritikoivat ruokamainontaa, joka houkuttelee ostamaan enemmän kuin tarvitsisi. Opiskelijat ovat huolissaan nuorten elämäntyylisestä, jossa huonot elämäntavat helposti kasautuvat ja heikentävät terveyttä. Erityisesti monet opiskelijat mainitsevat huolestumisensa nuorten liian vähäisestä nukkumisesta, joka aiheuttaa ongelmia kokonaisterveydelle. Nautintoaineiden liikkakäyttöä opiskelijat moittivat avoimesti. Huolenaiheena on yhteiskunnassa viime vuosina ilmentynyt välinpitämättömyys oman terveyden hoitamisessa. Myös

tässä kysymyksessä näkyvät erot eri terveydenlukuputaidon tasoilla, niin että eniten asioita perustelevat kriittisesti terveydenlukuputaitoiset.

5.2.4 Ihmisen vastuu omasta terveydestään

Moni opiskelija toteaa, että terveys on tahdon asia. Se, millaiseksi yksilön terveys muodostuu, riippuu hänen omista elämäntapavalinnoistaan. *”Syy, johon voimme vaikuttaa, on terveyskäyttäytymisemme. Se on niitä tietoisia valintoja, joita teemme syödessämme ruokaa (esim. rasvaton vai kevyt maito), kulkiessamme töihin tai kouluun (autolla vai pyörällä) ja arvoja joita valitsemme (tupakoiden vai ilman, humala vai yksi lasilinen).”* (N57t)

Terveellisestä elämästä seuraavat myönteisyys ja hyvä olo ja tämä näkyy opiskelijoiden vastauksissa. Terveuden hoitaminen nähdään tietoisina tekoina, jotka vaativat aikaa, tahtoa ja ponnisteluja. Opiskelijat eivät pidä terveyttä itsestään selvänä asiana. *”Oma kehomme on kuitenkin meidän jokaisen oma työmaamme ja sitä tulisi pitää kunnossa ja huoltaa säännöllisesti”* (M13k). Tähän liittyen vastauksista löytyy myös kritiikkiä siitä, että pohjoismaisessa hyvinvointiyhteiskunnassa tehdään liikaa asioita ihmisten puolesta eikä omaa vastuuta korosteta tarpeeksi. Opiskelija viittaa medikalisoitumiseen ja siihen, että vaivojen hoito jätetään helposti ammattilaisille.

Terveydestä huolehtiminen ulottuu terveyden eri alueille. Opiskelijat ottavat kirjoituksissaan esille vastuun seksin tuomista mahdollisista terveysriskeistä, joihin ihmisen pitää itse varautua. Eniten karkeaa kieltä opiskelijat käyttivät kirjoittaessaan lihavuudesta. *”Olisi syönyt terveellisemmin ja liikkunut enemmän, niin olisi säästynyt sepelvaltimotaudilta ja ylikuormittuneilta polvilta”* (N19t). Toinen tehtävä, jossa opiskelijoiden kielteiset ilmaisut olivat yleisiä, oli kysymys terveyskustannusten maksamisesta, jos ihminen on tietoisesti vaarantanut terveytensä. *”Eihän ketään voi väkisinäkään pakottaa elämään terveellisesti. Jos oma terveys ei kiinnosta, niin miksi sen pitäisi siis kiinnostaa ketään muutakaan?”* (N53k)

Jotkut opiskelijoista kirjoittavat hyvin omakohtaisesti terveytensä hoitamisesta.

Jos minä laiminlyön oman terveyteni, olen siitä myös valmis kantamaan vastuun ja tiedostan se, että minun tulee elää loppuelämäni tämän vaivan kanssa, sillä olen tämän omalla toiminnallani aiheuttanut. Se ei tarkoita sitä, että voin tehdä mitä vain ja muut maksavat seuraamukset. N19t

Osa opiskelijoista oivalsi, että terveyteen vaikuttavat muutkin asiat kuin elämäntavat ja perimä. Vaikka eläisi kuinka terveellisesti, olosuhteilla on merkitystä. *”Jokainen voi omalla toiminnallaan, aktiivisuudella ja ahkeruudellaan vaikuttaa omaan terveyteensä ympäristön ja yhteiskunnan asettamien rajojen puitteissa.”* (N34k)

Yhteenveto ihmisten omasta vastuusta terveyden hoitamisessa

Opiskelijoiden mielestä ihmisellä on itsellään päävastuu oman terveytensä hoitamisessa. Kaikilla terveydenlukuritaidon tasoilla lukiolaiset kirjoittivat paheksuvasti heistä, jotka tietoisesti laiminlyövät terveytensä hoitamisen. Kriittisesti terveydenlukuritaitoinen opiskelija mainitsee myös ympäristön ja yhteiskunnan vaikutuksen terveydentilaan.

5.2.5 Terveyskasvatuksen merkitys ja koulutuksen arvostus

Opiskelijat pitävät tärkeänä, että ihmisillä on tarpeeksi tietoa terveydestä ja sen hoitamisesta. Toisten mielestä tietoa on tarpeeksi, koska terveystietoa pursuaa joka paikasta ja sitä opetetaan koulussakin. Toisten mielestä tietoa pitäisi lisätä. *”Kaikilla ei ole tietoa tarpeeksi hyvistä elämäntavoista ja luulee toimivansa oikein.”* (N33t)

Terveystietoa on julkisuudessa välillä syytetty terveysterrorismista. Myös opiskelijoiden joissakin kommentteissa on anarkistisia piirteitä. Joku ehdottaa, että liikuntaa vieroksuvia aikuisia pitäisi pelotella *”karmeilla”* tilastoilla. Epäterveellisten elämäntapojen noudattaminen on

useimpien opiskelijoiden mielestä oma valinta ja tyhmyyttä eikä johdu ainakaan terveysvalistuksen puutteesta.

Opiskelijat arvostavat koulua ja muita yhteiskunnan tietoa jakavia instituutioita. *”Kirjastot, erilaiset koulut, kansanopistot ja kirkot tarjoavat henkistä vireyttä ylläpitävää mahdollisuutta opiskella, tavata ihmisiä ja harrastaa kulttuuria.”* (N8k). Opiskelijat pitävät arvossa yhteiskunnan järjestämää tasa-arvoista terveydenhuoltoa ja mahdollisuutta kouluttautua.

Lukiolaiset liittävät kirjoituksiinsa terveyden ja terveysosaamisen koulutuksen tasoon. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta katsottuna koulutuksen voi katsoa olevan terveystakuu. *”Kouluttamattomat ovat kärkipäässä kaikissa sairastilastoissa. Kansalaisten koulutukseen tulisiikin siis käyttää nykyistä enemmän resursseja.”* (M5t) Koulutus ei vain lisää ihmisen terveysosaamista, se vaikuttaa myös yhteiskunnalliseen asemaan. *”Hyvä koulutus ja toimeentulo, jotka ovat molemmat terveyttä edesauttavia tekijöitä, edesauttavat myös toisiaan: Hyvä koulutus usein mahdollistaa hyväpalkkaisen työn.”* (M3t)

Kokelaiden vastauksista on selvästi aistittavissa lukion arvostaminen. Lukiota pidetään ammatillisia oppilaitoksia tiukempana opinahjona, jossa terveyskin opetetaan *”vakavammin”*. Opiskelijat ovat myös tietoisia ammattikoululaisten tupakoinnin runsaudesta verrattuna lukiolaisiin. Opiskelijat arvelevat, että lukion käyminen näkyy tulevaisuudessa myös hyvänä terveytenä. *”Lukiolaisilla saattaa olla nimittäin suurempi kiinnostus tulevaisuuteen ja myönteiseen elämään.”* (N23k)

Opiskelijat kommentoivat vastauksissaan myös terveystiedon tuloa itsenäiseksi oppiaineeksi. Kommentit ovat pääsääntöisesti myönteisiä. Terveystiedon opetus olisi haluttu nykyistä laajemmaksi. *”Mielestäni terveystieto pitäisi olla pakollisena aineena jo ala-asteelta lähtien, koska silloin pienet lapset ottavat enemmän vaikutteita ja heitä ei tarvitse paljoa rohkaista, että he kiinnostuisivat liikunnasta.”* (N58p) Alakoulussa terveystieto integroidaan muihin oppiaineisiin. Opiskelijat ovat oivaltaneet myös lainsäätäjän perimmäisen tarkoituksen terveystiedon opetuksen säätämisestä pakolliseksi oppiaineeksi niin perusopetukseen, lukioihin kuin ammatillisiin oppilaitoksiin. *”Terveystiedoista ei ainakaan tule olemaan puute*

sen tultua pakolliseksi oppiaineeksi – juuri terveystietojamme tasoittamaan. Nyt kaikki saavat tietoa tasapuolisesti – on oma valinta, miten sitä hyödykseen käyttää.” (N49k)

Yhteenveto terveystietokasvatuksen merkityksestä ja koulutuksen arvostamisesta

Terveydenlukutaidon kaikilla tasoilla olevat opiskelijat pitävät terveystietokasvatusta tärkeänä. Uusi oppiaine terveystieto saa opiskelijoilta tukea ja moni olisi valmis sitä entisestään lisäämään. Koulutuksen arvostus ilmenee selvästi kokelaiden vastauksissa. Koulutus ei vain takaa hyvää terveyttä vaan myös yhteiskunnallisen aseman ja työtä. Silmiinpistävä poikkeus oli, ettei yksikään perusterveydenluktaitoisista maininnut koulutuksen merkitystä ihmisen hyvinvoinnille tai terveydelle.

5.2.6 Koululiikunnan rooli

Monet opiskelijoista kirjoittavat myönteisesti koululiikunnasta ja näkevät sen mahdollisuudet terveyden edistäjänä. Opiskelijoilla on monia ehdotuksia koululiikunnan muuttamisesta koululaisille nykyistä houkuttelevammaksi. Koululiikunnan tulisi olla *”kannustavampaa ja yksilökohtaisempaa”*, tunneilla pitäisi olla *”lämmiin ilmapiiri”* ja tunneilla tulisi ottaa huomioon *”nuorten halu leikkiä, nauraa ja nauttia liikunnasta ja jättää ne lautasukset vihdoinkin vajan seinälle”*.

Rento ja turvallinen ilmapiiri liikuntatunneilla ei opiskelijoiden mielestä kuitenkaan riitä. Myös oppituntien sisällöllä on merkitystä. Oppilaiden pitäisi saada vaikuttaa liikuntatuntien sisältöön ja ne tulisi suunnitella niin, että *”kaikilla olisi hauskaa”*. Aika moni nuori muistelee ikäviä kokemuksia koululiikunnasta. Opiskelijat kaipaavat liikuntatunneille järjestelmällisyyttä.

Toisaalta jos rajoja koululiikunnassa ei asetettaisi, ei tunneilla välttämättä tehtäisi mitään. Tunneilla käydään kuitenkin nykyään liikaa kilpailua ja urheilullisuus jopa määrittelee oppilaiden ”suosion”

kavereiden kesken etenkin ala-asteella, tämä johtaa lintsuamiseen ja negatiiviseen asenteeseen urheilua kohtaan. Tähän vaikea on löytää ratkaisua ja asiaa tuskin huomataan mutta kannustus olisi ainakin tarpeen ja kriittisyys ”kömpelöä” kohtaan voisi vähentyä. N32k

Opiskelijat listaavat vaatimuksia yhteiskunnalle liikuntatuntien kohentamiseksi. Esimerkiksi rahaa pitäisi varata kouluille liikuntavälineiden hankintaa varten. Useat opiskelijat vaativat lisää liikuntatunteja.

5.3 Lukiolaisten ilmaisemat terveysarvostukset terveystiedon reaalikokeen vastauksissa

Seuraavassa kuvaan kolmannen tutkimustehtävän mukaisesti, millaisia terveysarvostuksia on havaittavissa lukiolaisten terveystiedon reaalikoevastauksissa. Tein luokittelun filosofi Erik Ahlmanin arvotyyppittelyn pohjalta. Käsittelen aluksi kuinka opiskelijat kuvaavat terveyttä mielihyvän tuojana ja kauneutena. Sitten perehdyn opiskelijoiden ajatuksiin terveydestä ja ihmisten tasa-arvosta hehtisessä ajassa. Opiskelijat kirjoittavat myös terveyspalveluista hyvinvointivaltiossa ja terveydestä taloudellisena kysymyksenä. Lopuksi selvitän sitä, millaisia ajatuksia terveys ekologisena kysymyksenä herättää opiskelijoissa.

5.3.1 Terveys mielihyvän tuojana

Terveys mielihyvän tuojana -kappale jakautuu kahteen alaotsikkoon. Päädyn otsikoihin Erik Ahlmanin arvotyyppittelyn hedonisten arvojen ja sisällönanalyysin avulla. Otsikot ovat Onni ja ilo ja Mielihyvä ja nautiskelu.



Kuvio 10. Terveys mielihyvän tuojana.

Onni ja ilo

Opiskelijoiden kommentteissa on vähän puhtaasti onneen ja onnellisuuteen liittyviä ilmaisuja. Onnellisuuden kaipaus näkyy esimerkiksi perusterveydenlukutaitoisen opiskelijan toteamuksena liian varhaisesta aikuistumisesta. *”Nuoret ot-tavat liikaa paineita kaikesta, vaikka heidän pitäisi saada olla edes joskus lapsia”* (N64p). Lapsuuden nopea loppuminen ja siitä seuraava vastuunottaminen näkyy sekin mieltä painavana huolena. *”Nuorille saattaa kehittyä turvattomuuden tunne, koska heillä ei ole tietoa tulevaisuudesta”* (M29p).

Opiskelija ilmaisee onnellisuuden toteamalla, että *”elämän päätarkoitus ei ole se miltä ihminen näyttää vaan se että voi olla tyytyväinen elämäänsä.”* Opiskelija yhdistää onnellisuuden ja kokonaisvaltaisen terveyden kirjoittaessaan, että *”onnellisuuden ja henkisen eheyden yhtymäkohta on kokonaisvaltainen terveys”*. Myös terveys vastakohtana sairaudelle liitetään onnellisuuteen. Opiskelijoilla on runsaasti talouteen liittyviä erilaisia näkökul-mia. Talouskommenttien runsaus johtunee tehtävänannosta. Vanha sanonta, että raha ratkaisee, näkyy myös opiskelijoiden perusteluissa onnesta. *”Raha ei aina tuo onnea, mutta tervey-den kunnossapidossa se tuo”* (N49k).

Kokelaat liittävät ilon erityisesti liikuntaan ja liikuntatuntei-hin. *”Liikunnan ei tarvitse olla rankkaa ja vastenmielistä, vaan se voi olla hauskaa yhdessä oloa”* (N60t). Liikunnan ilon ko-rostaminen ja myös liikunnan terveyttä edistävä iloisuus on monen opiskelijan vastauksessa.

Mielihyvä ja nautiskelu

Opiskelijat ovat omaksuneet kielenkäyttöönään nautinnoista kirjoittaessaan hedonismi-termin. Hedonismi yhdistetään useimmiten ihmisen haluun nautiskella ja elää helppoa elämää. Ahlman (1976, 23) kutsuu nautintoa tavoittelevien ihmisten elämäntyyliä hedonisten arvojen liikakasvuksi. Samanhenkisiä kommentteja on runsaasti opiskelijoiden vastauksissa. *”Suomalaisessa ruokakulttuurissa ovat vallalla hedonistiset arvot. Säilyttääkseen kilpailukykynsä elintarvikkeiden markkinoijat käyttävät häikäilemättömästi näitä arvoja hyväkseen.”* (M3k)

Mielihyvään ja nautiskeluun liittyvät opiskelijoiden kommentit löytyvät vastauksina tehtävään ruokamainoksesta ja sen perusteella laadittavasta suositusten mukaisesta ruokavaliosta (K3a ja b). Vastauksissa toistuvat *”herkut ja helppous”*. *”Herkku-elintarvikkeita on myös helpompi markkinoida kuin tavallisia elintarvikkeita, koska ihmiset eivät jaksa ajatella pitkän aikavälin ”hyvää” vaan tyytyvät hetkelliseen mielihyvään tarjoutuen herkuilla.”* (N52t) Opiskelijan kirjoittamasta on argumenttina tulkittavissa, että ihmisten lyhytjänteisyys ja mielihyvän tavoittelu vaikuttavat ravitsemuksessa terveyden kannalta epäterveellisen vaihtoehdon valintaan.

Elintarvikemainonta ja kauppa ovat joutuneet vastauksissa opiskelijoiden hampaisiin. Erityinen kritiikki kohdistuu kauppaan, joka opiskelijoiden pohdintojen perusteella käyttää hyväksi ihmisten nautinnonhalua ja säästäväisyyttä. *”Mikä olisikaan parempi markkinointikeinona kuin ihmisen mielihyvään ja halpaan hintaan vetoaminen”* (N35k). Hedonististen arvojen liikakasvu saa vahvan nimityksen opiskelijan vuodatuksen tuloksena. Opiskelija vakuuttaa, että mainonnalla isketään väestön herkkään kohtaan *”mässäilykulttuuriin.”*

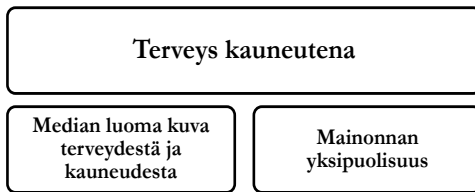
Opiskelija löytää perustelut terveydenhoitokulujen perimiseksi terveytensä laiminlyöneeltä, koska ihminen *”läpi elämän ihminen toimii mielihyväperiaatteen mukaisesti.”* Opiskelijoiden vastauksissa ilmenee myös nykypäivän ihmisen pyrkimys saavuttaa mukava ja vaivatton elämä. *”Nykyajan ja tulevaisuuden ihmiset ovat ehkä liiankin mukavuudenhaluisia, sillä kehitämme koko ajan lisää laitteita helpottamaan jo ennestään helppoa elämäämme.”* N82t

Yhteenveto mielihyvistä terveyden tuojana

Opiskelijat kuvaavat kirjoituksissaan, että terve ihminen on onnellinen verrattuna sairaaseen. Ilon he liittävät vahvasti liikuntaan ja liikunnan tuomaan hyvään oloon ja terveyteen. Opiskelijat suomivat vastauksissaan varsinkin ruoalla nautiskelijoita ja monien kommentteissa syyllistetään kauppiat asiakkaiden hedonististen arvojen hyväksikäytöstä elintarvikkeita mainostaessaan.

5.3.2 Terveys kauneutena

Terveys kauneutena -luku jakautuu alaotsikoihin Median luoma kuva terveydestä ja kauneudesta sekä Mainonnan yksipuolisuus.



Kuvio 11. Terveys kauneutena.

Median luoma kuva terveydestä ja kauneudesta

Kirjoittaessaan mediasta opiskelijat määrittelevät sen laajasti. Sähköisen viestinnän kanavia ovat internet, televisio ja radio. Nuorten mielipiteisiin vaikuttavat myös lehdet. Nuorten masentuneisuuden lisääntymisen syitä etsivässä tehtävässä lukiolaiset sälyttivät syyn pitkälle median vaatiman täysin epärealistisen kauneusihanteen syyksi. Media luo kuvan, että kaikki nuoret ovat tai ainakin heidän pitäisi olla ”*onnellisia, terveitä, kauniita, hoikkia ja menestyneitä*”.

Opiskelijoiden kuvaamana tuntuu, että nuorten elämä on liian raskasta ja täynnä epärealistisia odotuksia. Vaatimuksia

tulee usealta taholta. *”Yhteiskunta ja media asettavat nuoren harteille liian raskasta taakkaa. Pitäisi olla samaan aikaan hyvännäköinen, menestyvä ja suosittu.* (M22k). Seuraava opiskelijan metaforaa muistuttava sitaatti jatkaa sekin samassa sävyssä moittien yhteiskunnan asettamia kohtuuttomia vaatimuksia. *”Kun nuori huomaa olevansa tämän laihuutta, kauneutta ja menestystä piirittävän yhteiskunnan armoilla, hänestä alkaa tuntua kuin olisi oman ympäristönsä vanki, eikä ulospääsyä ole.”* (N101p)

Lukiolaiset ilmaisevat kaipuunsa saada olla oma itsensä ja tulla sellaisenaan hyväksytyksi. Moni kuitenkin kirjoittaa, että heillä on kovia paineita muuttua jotta kelpaisi joukkoon. Nuoret syyllistävät tässäkin useimmiten median. *”Nuorille uskotellaan, että he eivät ole tarpeeksi kauniita ja hyviä omina itsenään.”* (N67k) Kokelaat kirjoittavat jopa, että vaatimukset ovat *”pakkomielle yltää täydellisyyteen”*. On selvä, että tästä seuraa ongelmia. Opiskelijat puolustavat kirjoituksissaan nuoren oikeutta olla oma itsensä.

Samalla kun opiskelijat moittivat median vääristyneitä, lähinnä laihuutta ihannoivia kauneustavoitteita, he ovat yllättävän tietoisia mediassa esitettyjen kuvien oikeellisuudesta. Kuvankäsittely on nykyään arkipäivää. *”Median välittämä kuva on täysin vääristynyt, mutta harvat sen tajuvat. Ihmiset pitävät mainosten malleja normaaleina. Mallien vartaloita, kasvoja ja hiuksia on muokattu tietokoneella.* (N88p)

Kokelaiden kommentteista ilmenee, että he pitävät erityisen huolestuttavana epänormaalia laihuuden ihannointia. *”Niin monen muotilehden kannessa keikistelee anoreksiaa lähentelevä nainen”* (N82t). He ilmaisevat myös sen, että väärin motiivein aloitetut laihduttamisyritykset ovat useimmiten naisten ongelmia. Opiskelijoilla on tiedossa myös tutkimuksiin perustuva tosiasia, kuinka nuoret naiset näkevät painonsa suhteessa toisiin. *”Yli 40 prosenttia suomalaisista 15-vuotiaista tytöistä kokevat itsensä lihaviksi, oikeasti olematta lihava. Tämä aiheuttaa erilaisten syömishäiriöiden kasvun, esimerkiksi bulimia tai anoreksia.”* (N102t)

Ainoastaan yksi opiskelija otti esille seksuaalisuuden. Kommentissa todettiin, että median pornoistuminen muokkaa kauneuskäsityksiä josta syystä: ”*nuoret pitävät itseään normaalia rumempkana, joka saattaa kasvattaa masentuneisuutta.*” (M29p) Varsinaisesti kauneudesta löytyy lopulta vain vähän muita kommentteja kuin median moitteita. Yhdessä vastauksessa opiskelija toteaa, että uni vaikuttaa ulkonäköön ja ihoon kaunistavasti.

Medialla on myös ehdottomasti myönteisiä vaikutuksia nuorten elämään. Lukiolaiset kirjoittavat esimerkiksi siitä, että media luo uudenlaista avointa ilmapiiriä. Tämän kokeilas kirjoittaa selityksenä ja syynä nuorten masentuneisuuden lisääntymiselle.

Nuorten masentuneisuus ei välttämättä ole lisääntynyt, siitä vain puhutaan enemmän ja nuoret ovat rohkaistuneet puhumaan ja hakemaan apua tai ehkä pienet ongelmat ovat suurempia nyt, kun mitä ne ennen olivat. Masennusta ei myöskään hävetä niin paljon kuin ennen. Ihmiset ovat saaneet tiedotusvälineiden kautta enemmän tietoa ja ihmiset ymmärtävät paremmin. N104p

Tietokoneet ja niiden välityksellä avautuva internetin virtuaalimaailma ovat pysyvästi tulleet osaksi nuorten elämää. Kokelaat näkevät myönteisenä esimerkiksi internetin keskustelupalstat, jossa ”*peilata itseään ja saada näin nuorelle tärkeää palautetta, minkä avulla identiteetti muokkautuu*” (N71k). Internetmaailman nimettömyys voi rohkaista nuorta avautumaan myös vaikeissa henkilökohtaisissa asioissa. Tässä piilee vaara, sillä nimettömyys on virtuaalimaailmassa näennäistä. Kaikki kirjoitettu tallentuu ja voi joskus myöhemmin aiheuttaa harmia.

Opiskelijat näkevät myönteisenä, että tiedotusvälineissä käsitellään usein liikuntaa. Liikkumattomuuden terveyshaitoista kaivataan lisätietoja. Liikunta-aktiivisuuden arveltiin lisääntyvän jos: *yhteiskunta toittottaisi sitä joka puolelta ja tekisi siitä uutta muotia? ”Ole kaunis, menestyvä ja terve – liiku”* (N49k) Opiskelijat muistavat myös mainita useat painonhallintaohjelmat.

Mainonnan yksipuolisuus

Ylioppilaskirjoitusten kysymys, jossa on esimerkkinä ruokamainos (K3a) antaa mahdollisuuden arvioida nuorten mediakriittisiä kommentteja heidän perustellessaan ruoan terveellisyyttä. Kuin yhdestä suusta kaikilla terveydenlukutaidon tasoilla opiskelijat tuomitsivat esitetyn ruokamainoksen jyrkästi terveyttä vaarantavana. Perusterveydenlukutaitoinen (N10p) kirjoittaa, että *”mainos tarjoaa nurinkurisen ruokaympyrän, joten ei ole ihme, että kansa lihoo”*. Toiminnallisesti terveydenlukutaitoinen (N22t) sanoittaa, että *”kauppa saa voittoa mutta ihmiset menettävät terveytensä”*. Kriittisesti terveydenlukutaitoinen arvostelee mainoksen sisältöä: *”Elintarvikemainonnassa on menty vaaralliseen suuntaan”* (N16k).

Opiskelijat nimittävät epäterveellisiä liikaa suolaa, rasvaa ja sokeria sisältäviä elintarvikkeita roskaruoaksi, jonka syömistä monet pitävät sekä halveksittavana että paheksuttavana. Ylipainon aiheuttajaksi opiskelijat nostavat roskaruoan lisääntyneen syömisen. Opiskelija pohtii myös syitä ja seurauksia: *”onko roskaruoan mainonta lisännyt sen syöntiä vai suuri roskaruoan syöntimäärä lisännyt sen mainontaa. Luultavasti kumpikin edistävät toisiaan, mikä on tietysti huono asia.”* (N15p)

Medialukutaito on noussut esille useassa yhteydessä. Sitä esitettiin omaksi oppiaineeksi samaan aikaan kun neuvoteltiin terveystiedon tulosta itsenäiseksi oppiaineeksi. Opiskelijat tiedostavat mediakriittisyyden tarpeen nykypäivän monenkirjavassa mainosmaailmassa selviytymisessä. *”Nykypäivänä ihmisten on oltava kriittisiä mainosten antamien sanomien lukemisessa ja analysoinnissa. Medialukutaitoa, sitä tarvitaan.”* (N35t)

Opiskelijoiden suhtautuminen mainontaan vaihtelee epäluulosta haluun jopa rajoittaa mainostamista. Opiskelijoiden kommentteista löytyy myös kritiikkiä terveysintoilua kohtaan.

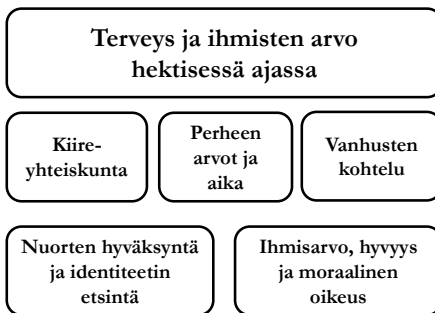
Yhteenveto terveydestä kauneutena

Medialla on suuri vaikutus nuorten elämään. Opiskelijat kuvaavat terveyden edistämiseen liittyviä median myönteisiä vaikutuksia esimerkiksi liikuntaan kannustamisena ja avoimuuteen keskustella vaikeistakin asioista. Opiskelijat kirjoittavat yksituumaisen tuomitsevasti siitä, että median luomat kauneusihanteet ovat vääristyneitä ja epäterveelliseen elämään houkuttelevia. Esimerkkinä nuoret mainitsevat muun muassa liihuuden ihannoinnista johtuvan liikalihdituksen.

Opiskelijoiden vastauksista huokuu lisäksi kaipaus kelvata omanlaisenaan. Mainontaa opiskelijat pitävät monesti harhaanjohtavana ja he peräävät ihmisiltä kriittisyyttä mainosten tulkinnassa.

5.3.3 Terveys ja ihmisten tasa-arvo hektisessä ajassa

Tässä kappaleessa yhdistyvät Erik Ahlmanin arvotyypittelyn sosiaaliset ja eettiset arvot. Sisällönanalyysin avulla luokitte- lin sosiaalisten arvojen luokkaan seuraavien otsikoiden asiat, jotka ilmenevät kuvioista 12. Nämä ovat: Kiireyhteiskunta, Perheen arvot ja aika, Vanhusten kohtelu, Nuorten hyväksyntä ja identiteetin etsintä sekä Maahanmuuttajien asema. Eet- tisten arvojen luokan muodostaa kappale Ihmisarvo, hyvyys ja moraalinen oikeus.



Kuvio 12. Terveys ja ihmisten tasa-arvo hektisessä ajassa.

Kiireyhteiskunta

Opiskelijat ovat yhtä mieltä siitä, että yhteiskunta on viime vuosien aikana muuttunut kiireiseksi, *”jök in on kuin toinen päivä”*. Jatkuva tarve olla käytettävissä ei edistä ihmisen hyvinvointia. Ilmaisuu 24/7 näyttää olevan monelle tuttu käsite. Itse näin numerosarjan kirjoituksissa ensimmäisen kerran enkä sitä ensin edes ymmärtänyt. Kokelaat nimittävät yhteiskunnan henkeä *”valvomismentaliteetiksi”* ja ihmisiä *”uraohjuksiksi”*, jotka pitävät nukkumista hukkaan heitettyä aikana. Opiskelijat moittivat, ettei yhteiskunta tue unen ja nukkumisen tärkeyttä: *”Internet ja tv-chatit ovat auki ympäri vuorokauden, monet kahvilat sekä ruokapaikat ovat auki 24 tuntia vuorokaudessa ja yöklubit kutsuvat ihmisiä viettämään elämänsä öisin.”* (N31p)

Kokelaiden kommentteissa syylliseksi leimataan usein juuri yhteiskunnan nykymeno. *”Nyky-yhteiskunnassa ei ole nukkumiselle sijaa”*, kirjoittaa opiskelija. Hän käyttää ehkä tahattomasti metaforistista ilmaisua *”sijaa”*, joka tarkoittaa myös vuodetta. Sama opiskelija jatkaa kiireen pohdintaa. *”Samaan aikaan ihmisen pitäisi työkiireiden ohella pitää huolta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan, mutta miten tämän kaiken jaksaa tehdä?”* (M8k)

Lukiolaiset kuvaavat yhteiskunnan näkyvimmäksi muutokseksi teknologian kehitystä. Yllättävästi vain muutamassa vastauksessa pidettiin teknologian huimaa kehitystä hyvänä. Useat näkevät sen aiheuttamat nurjat puolet ja haitallisen vaikutuksen elämänlaatuun ja terveyteen. *”Teknologia kehittyy koko ajan ja se on osa syy ihmisten laiskuuteen. Asiat voidaan hoitaa internetin kautta, kaupat sijaitsevat lähellä, matkapuhelimet ja hissit edistävät asiaa myös.”* (N56k) Kiireistä elämänmenoa ja liian vähäistä nukkumista opiskelijat pitävät selvänä terveysriskinä. Unta ei heidän mukaansa arvosteta nyky-yhteiskunnassa niin paljon kuin aikaisemmin.

Perheen arvot ja aika

Kiireyhteiskunnan hektisyys heijastuu kielteisellä tavalla myös perheiden elämään. Nuoret kirjoittavat kaipaavansa

vanhempiaan. Opiskelijoiden suorat mielipiteet vanhempien kiireestä ja poissaolosta hätkähdyttävät. *”Aikuisen puute kotona pakottaa lapsen sulkeutumaan omiin ajatuksiinsa ja painimaan omien ongelmiansa kanssa yksin.”* (N81k) Kokelaat kirjoittavat, että vanhempien poissaolo luo nuoriin tunteen, että he eivät ole tarpeellisia. Nuoret kokevat itsensä hylätyiksi, yksinäisiksi ja jopa arvottomiksi.

Nuoret kaipaavat vanhemmiltaan tavallisia asioita. Nuoret kirjoittavat odottavansa kotoa ohjeita terveellisestä ravitsemuksesta, yhteistä ruokailua, kannustusta liikuntaan, yhteisiä liikuntatuokioita, kuria, nukkumaanmenoajoja, sääntöjä ja yhteisiä keskusteluhetkiä. *”Yhteiset ruokailuhetket ja harrastukset vanhempien kanssa ovat nuorille tärkeitä, mutta usein vanhemmat ovat myöhään töissä tai eivät jaksu työpäivän jälkeen viettää tarpeeksi aikaa nuoren kanssa, mikä huonontaa perhesiteitä ja nuori saattaa tuntea itsensä yksinäiseksi.”* (N74k)

Nuoret kirjoittavat haluavansa kuulla ja keskustella vanhempiensa nuoruudesta ja heidän itsenäistymisestään. Yhteisten kokemusten jakamista he perustelevat terveyttä edistävänä asiana. Perheellä on hyvin kokonaisvaltainen vaikutus nuoren hyvinvointiin. Opiskelijat ovat oivaltaneet, että kodilla ja sen arvoilla on merkitystä nuoren terveyteen ja elämään. *”Terveyttä arvostavassa perheessä on paljon helpompi luonnollisesti kasvaa itekin terveelliset elämäntavat omaavaksi nuoreksi ja aikuiseksi.”* (N13t)

Suomessa asuvien ihmisryhmien välisiä terveyseroja pohtivaan kysymykseen (K5) olivat monet opiskelijat maininneet, että perheessä elävät ovat terveempiä kuin yksinelävät, varsinkin miehet. Syiksi mainittiin ruokailutottumukset ja yllättäen perusteluksi löytyivät *”lapset”*, jotka voivat olla syy terveelliseen elämään. Tälle väitteelle on katetta. Esimerkiksi lasten neuvolakäynneillä ohjataan vanhempia terveelliseen elämään ja lasten päivähoito voi tukea työttömän perheen päivärytmiä.

Opiskelijat tiedostavat, että perhe-elämän ristiriidat ja alkoholiongelmät lisäävät turvattomuutta nuorten elämään. Opiskelijat pitävät erimielisyyksien syinä myös vanhempien ja nuorten näkökulmaristiriitoja: *”Elämme sukupolvea jossa*

vanhempien ja nuorten arvot poikkeavat paljon toisistaan, mikä aiheuttaa riitaa kotona.” (N98p) Kiire ja keskustelujen vähyys aiheuttavat perheissä epäluuloisuutta. Luultavasti teknologian kehitys ja nuorten viihtyminen internetissä askarruttaa vanhempia eivätkä he välttämättä uskalla tai halua puuttua liikaa nuorten elämään. Nuoret ilmaisevat kommentissaan selvän tahdon yhtiisiin keskusteluihin.

Vanhusten kohtelu

Opiskelijat määrittelevät vanhuuden vaihtelevasti. Kirjoittajat ovat iältään noin 18-20-vuotiaita. Ilmeisesti 30-40 vuotta elämässä eteenpäin ajateltuna tuntuu ikuisuudelta ja vanhuuden alkamiselta. Yksi opiskelijoista kutsuu yli 50-vuotiaita ikäihmisiksi ja toinen 60-vuotiaita vanhuksiksi. Vanhuuden ikärajan määrittelyä tärkeämpi asia on ihmisen toimintakyvyn arviointi. Nuoret tiedostavat, että tulevaisuudessa vanhojen ihmisten suhteellinen osuus väestöstä nousee.

Opiskelijat vertaavat nykypäivää menneisiin aikoihin sekä nuorten ja vanhojen elintapoja toisiinsa. *”Me elämme hyvin erilaista nuoruutta, kuin mummomme elivät. Nyky-nuoriso käy syömässä vaikkapa Mc Donaldsissa, kun 1990-luvun alussa ja sotien jälkeenkin oltiin tyytyväisiä, kun jotakin syötävää oli.”* (N30p) Opiskelijat toteavat vanhojen ihmisten elämäntavat omiansa paremmiksi, sillä ennen liikuttiin paljon ja syötiin terveellisesti.

Nuorten kuvauksista heijastuu vanhojen ihmisten arvostaminen. *”Kun toimintakyky laskee tai ainakin hidastuu vanhuuden myötä olisi silti tärkeää säilyttää heidän arvokkuutensa ja olla väheksymättä ketään pelkän iän vuoksi.”* (N34k) Nuorten mielestä vanhusten hoitoa ei pidä sysätä yhteiskunnan vastuulle vaan perheen tulee pitää yhtä. Opiskelijat kirjoittavat, että vanhojen ihmisten sosiaalisen elämän kuihtuminen voidaan estää välittämällä.

Opiskelijat kirjoittavat myös hoidon priorisoinnista, joka on entistä useammin esillä julkisessa keskustelussa johtuen rajallisista varoista terveyden- ja sosiaalihuollossa. *”Kun väestö Suomessa vanhenee ja sitä mukaa sairastaa kasvaa*

terveydenhuollon kulut tietysti mukana. Siksi hoidon priorisointi mietityttääkin kokoajan enemmän. Ketä tulisi hoitaa ja millä perusteilla?” (N14k) Opiskelijat tiedostavat hoitajapulan laitoksissa.

Välillä opiskelijoiden mielipiteet hätkähdyttävät. Toisinaan realismi ja inhimillisyyden voitoiksi. *”Tietyllä tavalla ymmärtää, että ei kannatakaan panostaa vanhuksiin ja eläkeläisiin koska heistä ei tule olemaan enää hyötyä yhteiskunnalle. Se kuitenkin kertoo paljon yhteiskunnan arvoista jos ikäihmisistä ei välitetä. Pitää myös muistaa nuorena, että kaikista tulee joskus vanhoja. Haluanko minä itse vastaavaa kohtelua vanhana?”* (M15k)

Nuorten hyväksyntä ja identiteetin etsintä

Opiskelijat kirjoittavat perustellen, esimerkein ja välillä hyvin koskettavasti oman identiteettinsä etsimisestä ja toisten nuorten suhtautumisesta heihin. Oman identiteetin muodostaminen voi olla nuorelle vaikeaa, kun hän yrittää olla toisille mieliksi eikä oikein itseänsäkään tunne: *”Peitetty identiteetti johtaa roolin vetämiseen ja lopuksi nuori abdistuu, kun ei tiedä kuka hän todella on.”* (N81k) Yksi tärkeimmistä asioista nuoren elämässä on hyväksytyksi tuleminen. Surullista on, että nuoret arvelevat etteivät tule hyväksytyiksi omana itsenään ja siksi *”joutuu esittämään sellaista mitä ei ole”*. Nuori kirjoittaa kokevansa vahvaa ristiriitaa omien elämänvalintojensa ja porukkaan kuulumisen tarpeen välillä. Tämä voi johtaa epäterveellisiin elämäntapoihin. Esimerkkinä mainitaan alkoholin käytön aloittaminen porukkaan pääsemisen ehtona.

Lukiolaisten kuvauksista ilmenee, että ulkonäöllä on suuri merkitys niin itsetunnolle kuin hyväksytyksi tulemiselle kavereiden keskuudessa. Kokelaat näkevät ylipainoisuuden olevan usein syynä koulukiusaamiseen. Nuorten käsitykset lihavuudesta vaihtelevat. Tutkimusten mukaan suuri osa nuorista tytöistä pitää itseään lihavana, vaikka painoindeksin mukaan he eivät sitä ole (Kouluterveystudkimus 2007). Tässä piilee vaara, jonka monet opiskelijat ovat tiedostaneet. Vääristä käsityksistä voi seurata ankaraa laihdutusta, joka voi ryöstäytyä käsistä.

Lihavuus ja erilaisuus saattaa olla kova paikka nuoren itsetunnolle. Lihava nuori saattaa tuntea olonsa syrjäytyneeksi. Joskus myös lihavia kiusataan heidän ulkomuotonsa vuoksi. Lihavuus ja syrjäytyneisyys, sekä kova tarve tuntea yhteenkuuluvuutta muiden kanssa saattaa johtaa ankaraan laihduttamiseen ja näin johonkin asteiseen syömishäiriöön. N70k

Kaikilla terveydenlukutaidon tasoilla opiskelijat ottivat esille seurustelun toisen sukupuolen kanssa. Yllättäen jokainen vastaaja mainitsi seurustelun esteeksi tai ainakin jonkinlaiseksi hidasteeksi ylipainon. ”Yläasteelta ja siitä eteenpäin sukupuolesta riippuen tytöt tai pojat alkavat kiinnostaa, silloin lihava ulkonäkö voi olla esteenä seurustelulle. Lihavammat ihmiset eivät kokemukseni mukaan saa niin helposti kavereita kuin laihemmat.” (M27t)

Yhdessä syksyn 2007 ylioppilastutkintokysymyksessä (S1) kehoitettiin opiskelijoita pohtimaan nuorten masentuneisuuden lisääntymisen syitä. Noin joka kolmas vastanneista arveli yhdeksi syiksi nuorten tulevaisuuden pelon. Nuoret kirjoittavat tulevaisuuden arvaamattomuudesta, vaatimuksista ja huolestaan kuinka selviytyä tulevaisuudessa.

Tulevaisuus aiheuttaa paljon stressiä nuorille. Yhteiskunnan painostus nopeaan aikuistumiseen ja itsenäistymiseen voi tuntua pelottavalta ja raskaalta. Nuori on vielä itsensä etsiskelyvaiheessa kun sukulaiset jo utelevat ammatista. Monella ei ole vielä ajatustakaan mikä hänestä tulee isona kun hakupaperit pitäisi jo lähettää. Tulevaisuutta koskevat päätökset ovat kuitenkin suuria ja tuntuvat kovin lopullisilta. Pitkittynyt stressi voi lopulta masentaa nuoren ja hänestä saattaa ruveta tuntumaan ettei hänestä ole mihinkään ammattiin tai ylipäänsä aikuistumiseen. N67k

Opiskelijoiden käsitykset nuorten masentuneisuuden lisääntymisestä ovat realistisia ja valottavat asiaa eri näkökulmista. Naisopiskelija (N85t) ei pidä masentuneisuutta sairauden oireena vaan elämään kuuluvana luonnollisena

asiana. *”Minusta on alkanut vähitellen tuntua, että masennus on osa nuoruutta. Jokainen nuori kohtaa sen jossakin vaiheessa. Nuoruus on oppimisen aikaa, jolloin meiltä vaaditaan paljon, ja siksi olemme herkkiä erilaisille tunteen virtauksille.”* Toinen näkökulma oletettuun masentuneisuuden lisääntymiseen viittaa yhteiskunnan muutokseen ja helppoon elämään. Ihmisillä on nykyään enemmän aikaa masentua.

Maahanmuuttajien asema

Opiskelijat kirjoittavat maahanmuuttajista eniten vastatessaan terveyseroja käsittelevään tehtävään (K5). Opiskelijat ovat miettineet korvaavia ilmaisia suomalaisille verratessaan heitä maahanmuuttajiin. Suomalaisia abiturientit kutsuvat *”perus-suomalaisiksi”*, *”supisuomalaisiksi”*, *”syntyperäisiksi suomalaisiksi”* ja *”alkuperäisiksi”*. Lukiolaiset rinnastavat vastauksissaan maahanmuuttajat toisiin heikossa asemassa oleviin vähemmistöryhmiin: työttömiin, matalapalkkaisiin, köyhiin, yksinhuoltajiin ja pakolaisiin.

Suuri osa opiskelijoista pitää kielitaidon puutetta suurimpana syynä maahanmuuttajien huonoon asemaan Suomessa. Huono kielitaito voi estää hoitoon pääsyn, palvelujen saamisen ja se vaikeuttaa sairauksien ymmärtämistä.

Vaikeinta Suomeen muuttaneista ulkomaalaisista näyttää opiskelijoiden kommenttien perusteella olevan tummaihoisilla maahanmuuttajilla. Opiskelijoiden mielestä maahanmuuttajien elämänlaadun pahimmat heikentäjät on rasismi, syrjiminen ja kiusaaminen. *”Rasismi on myös näkyvillä Suomessa. Maahanmuuttajia kiusataan uskonnon, ihonvärin ja kielen takia. Sen takia maahanmuuttajat eivät ole onnellisessa asemassa. Rikollisuus ja huumeet ovat myös osana heidän elämää.”* (N37t)

Opiskelijoiden asenteet maahanmuuttajia kohtaan voivat olla hyvinkin myötätuntoiset. *”Syy muuttoon onkin useimmiten toivo paremmasta elämästä. Maahanmuuttajat tulevat keskelle ei mitään: ei työtä, asuntoa, ei edes kielitaitoa.”* (N48k) Muutaman opiskelijan kielteisen asennoitumisen

maahanmuuttajia kohtaan voi lukea heidän vastauksistaan, esimerkiksi maahanmuuttajia syytetään yleistäen rikoksista ja välikohtauksista. Yksi tapa kiertää maahanmuuttokielteisyys on verhota se myötätunnoksi toista yhteiskuntamme vähäosaista ihmisryhmää kohtaan: ”*Suomen kansalaisuuden saaneet ulkomaalaiset saavat käyttää sairaalapalveluja, vaikka eivät ikinä veroa olisi edes maksaneet, joten kyllähän alkoholisteillakin pitäisi olla oikeus sairastaa yhteiskunnan tuloilla.*” (N3k)

Joidenkin opiskelijoiden mielestä maahanmuuttajien terveys on hyvä. ”*Maahanmuuttajat elävät osittain hyvin paljon terveellisemmin kuin me syntyperäiset suomalaiset. Esimerkiksi ulkomaalaistaustaisten miesten itsemurhat ovat paljon harvinaisempia kuin täysin suomalaisten. He ovat omana väestöryhmänään elämänmyönteisempiä ja iloisempia kuin suomalaiset.*” (M17t)

Ihmisarvo, hyvyys ja moraalinen oikeus

Vuoden 2007 terveystiedon ylioppilaskirjoituksissa oli kaksi kysymystä, joissa edellytettiin kokelailta eettistä pohdintaa. Kevään kysymys (K4) liittyi vastuuseen hoitokustannusten korvaamisesta, jos ihminen on tietoisesti laiminlyönyt terveytensä hoitamisen. Syksyn kysymyksessä (S3) abiturientteja pyydettiin pohtimaan lihavuutta eettisestä näkökulmasta.

Hyvin monet lukiolaiset korostavat vastauksissaan ihmisarvoa ja kommenteista huokuu ymmärrys ja hyvyys. Opiskelijat kirjoittavat hyväksyvästi, että ihmisen tulisi saada olla sellainen kuin on eikä lihavuus ole huonommuuden merkki.

Opiskelijat pohtivat ihmisten suhtautumista lihaviin monesta näkökulmasta. Hoikkuutta ihannoivassa yhteiskunnassa poikkeavuutta ei välttämättä hyväksytä. ”*Ihmisillä on alitajuntaan iskostunut, että laiba on hyvä ja lihava huono*” (N99k). Mielenkiintoisesti yksi opiskelija kuvaa, että normaalipainoiset voivat katsoa lihavaa ihmistä ylemmyyttä tuntien. Kokelaat ovat muutenkin huomioineet ylipainoisia ihmisiä kartettavan ja siitä syystä ylipainoinen ihminen voi tuntea itsensä erotetuksi joukosta. Opiskelijat eivät hyväksy ylipainoisten eristämistä ja perusteluna on, ettei yhden ihmisen lihavuus vahingoita toista millään tavalla.

Ylipainoiseksi tunnustautuva miesopiskelija (M22t) tilittää ihmisten käyttäytymistä. *”Lihaville tarjoillaan paljon enemmän kuin normaalipainoisille. Tämä minua ihmetyttää. Luulisi, että ylipainoisten haluttaisiin laihtuvan mutta heitä vain lihotetaan. Kai pelätään, ettei heitä pidetä vieraanvaraisina jos ei koko ajan tarjoa jotain.”* Tällaisen käyttäytymisen olettaisi kertovan jotakin normaalipainoisten epävarmuudesta siinä, miten ylipainoiseen ihmiseen tulee suhtautua.

Jossakin määrin lukiolaiset ihmettelevät lihavien omaa suhtautumista näihin kohdistuvaan leikintekoon. Opiskelija kuvaa, kuinka lihavat ihmiset suostuvat leikinlaskun kohteiksi. Hän arvelee syyksi sen, että muutoin ylipainoinen ihminen pelkää joutuvansa kokonaan syrjään.

Opiskelijoiden suhtautumisessa terveytensä tietoisesti laiminlyöjiin erottuu kaksi ääripäätä. Useassa vastauksessa oli pyydetysti pohdittu sekä myönteistä että kielteistä suhtautumista terveystalouden maksuun. Vastauksissa korostui myönteinen suhtautuminen maksujen perimiseksi terveytensä tietoisesti laiminlyönneiltä mutta loppukaneetissa palattiin sitten muun muassa ihmisarvoon *”onko ihminen huonompi jos hän polttaa tai syö liikaa?”*, ihmisoikeuksiin *”ei ole moraalisesti oikein jättää edes sairautensa itse aiheuttanutta oman onnensa nojaan”*, itsemääräämisoikeuteen *”ihmisellä on myös oikeus elää haluamallaan tavalla”* ja hyvinvointiyhteiskunnan toimintaperiaatteisiin.

Lukiolaisten vastauksissa korostuvat kovasanaiset moitteet ja jopa vääryyden kokemus, jos terveytensä hoitaneet joutuisivat vastaamaan toisten tahallaan aiheuttamat sairauskustannukset. Tämän tehtävän vastauksissa opiskelijoiden kirjoitustyylillä hipoi välillä sopivuuden rajoja. *”Terveet eivät voi olla vastuussa sairaiden typeryydestä tuhota oma hyvinvointi”*, kuuluvat kovasanaiset perustelut (N5k) ja toinen kirjoittaa samantyyllisesti: *”on väärin, että hyvin käyttäytyvät ja terveysriskit ymmärtävät maksavat ”tyhmien” sairauskulut.”* (N12k)

Opiskelijoiden eettisissä pohdinnoissa näkyy asian monitahoisuus ja vaikeus siinä, ettei kukaan heistä löydä lopullista tai oikeaa vastausta. On hyvä muistaa, että toisessa

eettistä pohdintaa edellyttävässä tehtävässä esitettiin toive asian pohtimisesta sekä myönteiseltä että kielteiseltä kannalta. *”Näihin eettisiin kysymyksiin ei ole tällä hetkellä oikeaa vastausta, tuleeko joskus olemaan? Sitä ei tiedä! Jokaisen täytyy kuitenkin päätellä, itse, mikä on omien arvojen mukaan oikein”* (N101k). Yhteisöllisyyttä ilmentää opiskelija, joka toteaa jokaisella ihmisellä olevan vain yhden elämän, jonka voi käyttää kuten tahtoo *”mutta mielestäni siinä pitäisi pystyä ottamaan myös muut huomioon.”* (N17p)

Moraalisesta oikeudesta opiskelijat käyttävät usein ilmaisuja: *väärin, velvollisuus, itsestä ja moraalitonta*. Ihmisen oikeus asioihin näkyy harvemmin kuin velvollisuus. Lukiolaiset tarkoittanevat kuitenkin ihmisen hyvää, vaikka sanoittavatkin asian velvollisuuksien ja kielteisuuden kautta. *”On itsestä, moraalitonta ja hyvinvointiyhteiskunnan vastaista jättää sairaut oman onnensa nojaan oli sitten kyse angiinasta tai maksakirroosista”* (N10t).

Eettisyyden ja moraalisen oikeuden pohtiminen näyttää olevan opiskelijoille haastavaa. Kun opiskelija ei oikein tiedä itseään, mitä mieltä on ja kuinka sen uskaltaisi sanoa, hän voi joutua tyytymään kliseisiin ilmaisiin ja retorisiin kysymyksiin. *”Asian eettinenkin puoli on tärkeä. Kansaa on niin vahva, kuin on sen heikoin lenkki... Olisi löydettävä tähänkin asiaan se tuttu ja turvallinen kultainen keskitie... Katsotaan mitä suuret herrat päättävät.”* (M17t)

Yhteenveto terveydestä ja ihmisten tasa-arvosta

Opiskelijat kirjoittavat yhteiskuntamme muuttuneen kiireisyydessä ja hektisyydessä vuorokaudet ympäriinsä aukioleväksi. Opiskelijat kritisoivat koevastauksissaan kiireistä elämänmenoa ja teknologian mahdollistamaa laiskuutta. Unen aliarvostuksen ja kiireen kirjoitetaan uhkaavan terveyttä.

Opiskelijat kaikilla terveydenlukuaidon tasoilla kirjoittavat kaipaavansa yhteistä aikaa vanhempiensa kanssa. He odottavat ohjeita ja määräyksiä arkiseen elämään ja haluavat keskustella vanhempiensa kanssa mieltä askarruttavista asioista. Opiskelijat

kirjoittavat arvostavansa perheyhteyttä ja ymmärtävät, että perhetausta vaikuttaa vahvasti elämänlaatuun ja suuntaan. He myös korostavat, että terveet elämäntavat opitaan kotona.

Opiskelijoiden mielipiteistä heijastuu tosiasia, että harvassa perheessä isovanhemmat asuvat saman katon alla tai edes samassa pihapiirissä. Vanhuuden määrittely alkaa vastauksissa jo 50-vuotiaista. Kun lukiolaiset kirjoittavat vanhuksista, tuntuu siltä, että he kuvailevat kaukaista asiaa. Nuoret kirjoittavat vanhoista ihmisistä poikkeuksetta arvostavasti.

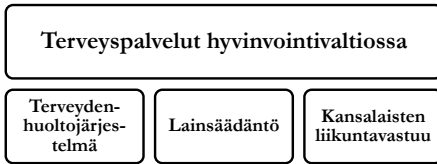
Opiskelijat kirjoittavat, että yksi elämän tärkeimmistä asioista on tulla ystävien hyväksymäksi. He toteavat myös, että ylipaino voi olla este seurustelukumppanin löytymiselle ja että lihavuus voi johtaa koulukiusaamiseen ja painonpudotus syömishäiriöihin. Vastausten perusteella voi päätellä, että monen nuoren elämänlaatua heikentää epätietoisuus ja pelko tulevaisuudesta. Kokelaat kertovat yksinäisyyden vaivaavan monia.

Opiskelijoiden kommentit maahanmuuttajista ovat pääsääntöisesti neutraalin toteavia. Vastauksista löytyy lisäksi niin maahanmuuttajiin myönteisesti suhtautuvia kuin heihin kielteisesti asennoituvia. Jotkut opiskelijoista kirjoittavat Suomessa syrjittävän maahanmuuttajia ja myös rasismia esiintyvän. Suurimpana ongelmana maahanmuuttajien sopeutumisessa Suomeen pidetään kielitaidon heikkoutta. Opiskelijat vertaavat vastauksissaan maahanmuuttajia muihin Suomessa eläviin huonossa yhteiskunnallisessa asemassa oleviin.

Opiskelijat pohtivat lihavuuden etiikkaa sekä oman terveytensä tietoisesti turmelleiden asemaa yhteiskunnassamme. Heidän mielipiteistä löytyy kaksi ääripäätä. Toiset nostavat ihmisarvon yli kaiken ja toiset paheksuvat epäterveesti eläneitä ihmisiä. Opiskelijat päätyvät kuitenkin siihen, ettei eettisissä kysymyksissä ole lopullista oikeaa vastausta. *”Oikein on pitää itsensä terveenä ja hoitaa itseään”* (N96p).

5.3.4 Terveyspalvelut hyvinvointivaltiossa

Tässä kappaleessa käsittelen opiskelijoiden koevastauksista löytyviä mielipiteitä terveydenhuoltojärjestelmästä ja lainsäädännöstä sekä kansalaisten liikuntavastuusta. Asiakokonaisuuksiin päädyin Erik Ahlmanin arvotyypittelyn mahtiarvojen ja niiden pohjalta tekemäni sisällönanalyysin avulla.



Kuvio 13. Terveyspalvelut hyvinvointivaltiossa.

Terveydenhuoltojärjestelmä

Opiskelijoiden arvioissa yksi Suomen menestystekijöistä on tasa-arvoinen terveydenhuoltojärjestelmä. Terveydenhuoltomme saa vuolaasti kehuja opiskelijoiden vastauksissa. He kuvaavat järjestelmäämme ”ainutlaatuiseksi”, ”menestystarinaksi” ja ”yhdeksi maailman parhaiten toimivaksi perusoikeudeksi”. Kirjoittajat pitävät Suomen terveyspalvelujen ansiona sitä, että nuorison terveydentila on heidän mielestään hyvä. He eivät vain itse esitä arvostavansa suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää vaan toivovat muidenkin ajattelevan samoin.

Ihmiset voisivat myös oppia pitämään Suomen toimivaa terveydenhuoltoverkostoa paremmin arvossaan, kun heille muistutettaisiin, että se palveluineen ei ole itsestäänselvyyttä, vaan vuosikymmenien työn, toiminnan ja suunnittelun tulos. N14k

Opiskelijat määrittelevät hyvinvointiyhteiskunnan monin eri tavoin. He kirjoittavat, että ”jokaisesta pidetään huolta”, ”kansalaisille tarjotaan ilmaisia tai puoli-ilmaisia terveyspalveluita”, ”meillä on etulyöntiasema liikuntapalveluiden suhteen kehitysmaihin verrattuna” ja ”meillä ei ole selkeitä väestöluokkia kuten esimerkiksi Venäjällä”.

Vastauksissa tiedostetaan terveydenhuoltojärjestelmämme pyrkimys ulottaa terveydenhuolto kaikkien kansalaisten saataville. Opiskelijoiden mielestä tässä ei ole täysin onnistuttu. Puutteena mainitaan esimerkiksi rikkaiden köyhiä paremmat mahdollisuudet päästä hoitoon. Epätasa-arvoa ilmenee opiskelijoiden kirjoitusten mukaan maahanmuuttajien, romanien ja yksin elävien vanhusten terveyspalvelutarjonnassa.

Opiskelijat huomioivat, ettei työelämän tasa-arvo toteudu täysin Suomessa. He nimeävät kaksi ryhmää, joiden työllistyminen on vaikeaa johtuen joko ihmisen taustasta tai hänen ulkonäöstään. Kyse on maahanmuuttajista ja ylipainoisista. *”On itsestään selvää, että työnantaja ottaa töihin laihan, jonka olettaa tekevän ahkerammin töitä. Voidaan siis sanoa, että lihavuutta syrjitään”* (M30k).

Opiskelijoiden ajattelu on kokonaisvaltaista ja he arvioivat myös maamme sosiaaliturvaa yhteiskunnallista tasa-arvoa edistävänä tekijänä. *”On hienoa, että Suomeen on saatu sosiaaliturvatuki, joka antaa jokaiselle kansalaiselle mahdollisuuden yhtäläiseen elämään, tarjoten rahaa asuntoon, ruokaan ja juomaan, sekä muuhun ihmisarvoiseen elämään.”* (N8k)

Kokelaat näkevät, että kattava sosiaaliturva mahdollistaa joidenkin ihmisten tietoisien jättäytymisen yhteiskunnan ulkopuolelle. Syitä mainitaan monia. Opiskelijat valottavat asiaa pohtimalla kansan keskuudessa käytyä keskustelua niin sanotuista yhteiskunnan vapaamatkustajista. *”Nyky-yhteiskunnan sosiaaliturva mahdollistaa sen, ettei monikaan jää tyhjän päälle, ja tästä johtuen ihmiset tuudittautuvat siihen, että ”kyllä minut hoitoon viedään.”* (N55k)

Lainsäädäntö

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on turvattu kattavalla lainsäädännöllä. Lainsäädäntöä täydennetään tarpeen vaatiessa ja tietyin aikaväleihin tehdään kokonaislainuudistuksia. Opiskelijoiden vastauksissa on yksittäisiä huomautuksia lainsäädännön vaikutuksesta kansalaisten terveydenhoidon turvaamiseen. Voimassa olevina lakeina opiskelijat mainitsevat

kansanterveyslain, hoitolain, potilaan oikeudet, tasa-arvolain ja toimintaa ohjaavana säännöstyönä lääketieteen etiikan.

Kevään 2007 ylioppilaskirjoitusten yhdessä kysymyksessä (K4) ehdotettiin uutta käytäntöä, joka velvoittaisi tietoisesti terveystensä laiminlyöneet kustantamaan laiminlyönneistään johtuneet sairauskustannukset. Opiskelijoiden tuli vastauksissaan pohtia ehdotetun järjestelmän haitta- ja hyötypuolia. Jotkut opiskelijat tyrmäävät muutoksen sekä YK:n ihmisoikeuksien julistukseen että Suomen lainsäädäntöön vedoten. Kaikki eivät täystyrmää ehdotusta ja heillä on perustelut nykytilanteen säilyttämiselle, koska lakien mukaan kaikilla maan kansalaisilla ja maassa pysyvästi oleskelevilla on yhtäläinen oikeus hoitoon. Muutosta ei haluta sen tähden, että nykytilanne koetaan melko tyydyttäväksi ja opiskelijoiden kirjoitusten mukaan kaikki saavat hoitoa, vaikka jonojakin on.

Opiskelijoista osa korostaa yksilönvapautta eivätkä he siksi halua uutta rajoittavaa lainsäädäntöä. Osa opiskelijoista tiedostaa erilaisten ihmisryhmien tarpeet. ”Yksilöllisyys, päätöksenvapaus, itsemääräämisoikeus; kaikki aikuisen ihmisen oikeuksia mutta entä lapset, kehitysvammaiset, invalidit, vanhuksset, jotka elävät muiden tuen varassa” (N20k). Kirjoittajissa on myös niitä opiskelijoita, jotka ovat valmiita kieltävään ja rajoittavaan lainsäädäntöön. He uskovat kieltojen voimaan. Osa arvelee, että tupakointi vähenisi, jos tupakoimiskieltoja lisättäisiin.

Lukiolaiset eivät juurikaan mainitse politiikan osuutta yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Vähän ennen ylioppilaskirjoituksia pidetyt eduskuntavaalit näkyvät muutaman opiskelijan vastauksissa. Ainoastaan yhdessä vastauksessa on erotettavissa opiskelijan oma poliittinen kanta.

18.3.2007 järjestettyjen eduskuntavaalien jälkeinen tulos, jossa porvaripuolue nousi toiseksi suurimmaksi, saattaa olla merkitystä tulevaisuuden linjauksille. Esimerkiksi jos veroja alennetaan, jää suurempi osa esimerkiksi terveydenhoitomenoista todennäköisesti yksilön maksettavaksi sillä hetkellä kun hän palveluja tarvitsee. N34k

Vaalien läheisyys näkyy kahden opiskelijan tulevaisuuteen luotsaavassa kannanotossa. *”Tulevien poliitikkojen haasteena onkin luoda kaikille väestöryhmille tasa-arvoisemmat mahdollisuudet hyvään, terveeseen ja tasapainoiseen elämään”*. (M3t) Opiskelijat toivovat, että kaikki yhteiskunnalliset päätökset olisivat ihmisen terveyttä edistäviä. Tyytyväisyys nykytilanteeseen on aistittavissa esimerkiksi seuraavasta kommentista. *”Nyky Suomessa vallitsee terveyttä ja liikkumista edistävä yhteiskuntapolitiikka”* (N55k).

Kansalaisten liikuntavastuu

Yhdessä kevään kysymyksistä (K2) tuli opiskelijoiden pohtia yhteiskunnan mahdollisuuksia kansalaisten liikunta-aktiivisuuden lisäämiseksi. Opiskelijat löysivät paljon hyviä perusteluita sille, miksi yhteiskunnan kannattaa lisätä kansalaisten liikunta-aktiivisuutta. Liikunta-aktiivisuus vaikuttaa väistämättä kansalaisten terveydentilaan. Yhteiskunnalle on tärkeää ihmisten fyysinen ja psyykinen hyvinvointi ja kansalaisten terve ja pitkä elämä on yhteiskunnan edun mukaista.

Opiskelijat kaikilla terveydenluku-aidon tasoilla kirjoittavat, että mitkään yhteiskunnan keinot eivät auta, jos ihmiset eivät halua liikkua. *”Asennoitumista liikuntaan pitäisi muuttaa positiiviseen suuntaan kaikilla sektoreilla ja toimintaa johtavilta elimiltä”* (M2k). Keinot, joita opiskelijat ehdottavat liikunta-aktiivisuuden lisäämiseksi jakautuvat kahteen kokonaisuuteen: lainsäädäntöön ja rahan. Lainsäädäntökeinoista mainitaan koululiikunnan tuntimäärän nostaminen. Liikuntatoimintaa tulisi opiskelijoiden kirjoitusten mukaan tukea rahallisin avustuksin ja uusia liikuntapaikkoja tulisi rakentaa. Perusteluna rahan käytölle opiskelijat toteavat, että yhteiskunnan liikuntaan satsaama *”raha saataisiin takaisin”*. Yksi opiskelijoista muistuttaa jo olemassa olevasta yhteiskunnan liikuntaa lisäävästä instituutiosta. *”Armeijan varusmiespalvelus on myös loistava yhteiskunnan ylläpitämä liikuntaan kannustava laitos. Sanotaankin, että ”intti” on Suomen suurin kuntokoulu, mikä pitääkin varmasti paikkaansa.”* (M16t)

Kokelaat huomioivat vastauksissaan liikunnan tarpeen yltävän koko elämänkaaren matkalle. Ihanne olisi, että liikunnallinen elämäntapa omaksuttaisiin jo lapsuudessa. Opiskelijat huomioivat myös kehitysvammaisten ja vanhusten liikunnalliset tarpeet. Moni ilmaisee mielipiteenään, että hyvänä säilynyt liikuntakyky edistää vanhojen ihmisten mahdollisuutta asua kotona. Seuraavassa sitaatissa on aistittavissa moite yhteiskunnan toimista vanhusten hoidossa.

Yhteiskunta pitää suhteellisen hyvää huolta lapsista ja aikuisista, tarjoamalla heille hyvät liikuntamahdollisuudet. Vanhukset tulisi ottaa paremmin huomioon tarjoamalla heillekin mahdollisuuksia harrastaa liikuntaa sekä tarjoamalla enemmän henkilökuntaa. Säästääkö yhteiskunta väärässä asiassa? N28t

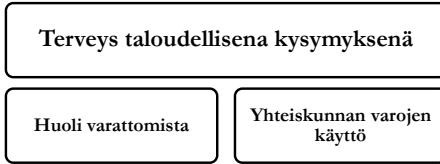
Yhteenveto hyvinvointivaltion terveyspalveluista

Opiskelijat kehuvat vastauksissaan vuolaasti Suomea hyvinvointivaltioksi ja suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää tasa-arvoistavaksi menestystarinaksi. Järjestelmässä todetaan olevan myös parantamisen varaa. Vastauksissaan opiskelijat eivät juurikaan olisi valmiita muuttamaan lainsäädäntöä siihen suuntaan, että sairaanhoitokustannuksia alettaisiin enenevässä määrin periä kansalaisilta itseltään. Perusteluna mainitaan, että nykyjärjestelmä toimii kohtalaisen hyvin. Poliittinen vaikuttaminen näkyy ainoastaan kriittisesti terveydenluktaitoisten opiskelijoiden vastauksissa. Opiskelijat löytävät syytä, minkä tähden yhteiskunnan kannattaa toimia kansalaisten liikunta-aktiivisuuden edistämiseksi.

5.3.5 Terveys taloudellisena kysymyksenä

Tutkimusaineistossa on eniten talouteen liittyviä terveysarvostuksia. Tämä johtuu ylioppilaskoehtävistä. Kevään tehtävistä kolme sivusi raha-asioita. Ruokamainoskysymys (K3a), vastuu oman terveyden hoitamisesta (K4) ja väestöryhmien terveyseroja koskeva kysymys (K5) johdattelivat tarkastelemaan asiaa myös taloudellisesta näkökulmasta. Vastauksissa erottuu kaksi

pääloukkaa. Ensimmäisen muodostavat opiskelijoiden pohdinnat köyhyyden ja varakkuuden vaikutuksista terveyteen ja terveyden hoitamiseen. Toisen ryhmän muodostavat opiskelijoiden ajatukset yhteiskunnan rahoitusvastuusta kansalaisten terveyden hoitamisessa. Analyysin apuna ovat Ahlmanin mahtiarvot, jotka sisällönanalysivaiheessa nimeän taloudelliseksi arvostuksiksi.



Kuvio 14. Terveys taloudellisena kysymyksenä.

Huoli varattomista

Opiskelijat nostavat vastauksissaan monipuolisesti esiin huolen varattomien ihmisten selviämisestä. He kirjoittavat esimerkiksi terveellisen ruoan kalleudesta ja köyhien varakkaita heikommasta terveyspalvelujen saannista. Metaforien käyttö vastauksissa on mielenkiintoinen ilmiö. Usein metaforistinen sanonta sopii hyvin aihepiiriin. *”Köyhä ei pysty myös harrastamaan liikuntaa samalla tavalla kuin varakkaampi, rahalla saa ja hevosella pääsee on sanonta mikä tulee mieleen verrattaessa varakkaan ja köyhän harrastusmahdollisuuksia”* (M2p).

Köyhät sairastavat enemmän kuin varakkaat. Syyksi opiskelijat mainitsevat muun muassa alhaisesta elintasosta johtuvat epäterveet elintavat, alkoholin käytön, tupakoinnin ja huumeet. Opiskelijat kiinnittävät vastauksissaan huomion siihen, että terveellisiä ruokia ei juuri mainosteta. *”Halvalla saa epäterveellisen elämän kun taas terveellisestä ruoasta ja elämästä saa maksaa”* (N60p). Opiskelijoiden listaamia terveellisiä ruoka-aineita ovat: tuoreet vihannekset, rasvaton maito, maitotuotteet, kaurahiutalet, rypsiöljy sekä kala, vähärasvaiset tuotteet, laihdutustuotteet ja funktionaaliset elintarvikkeet. Opiskelijat esittävät vastauksissaan, että

kauppojen tulisi mainostaa terveellisiä vaihtoehtoja mutta jotkut olisivat valmiita myös radikaaleihin muutoksiin. *”Mielestäni terveellisten tuotteiden hintoja tulisi laskea tai niiden tulisi olla tarjouksessa, kun taas nautintoaineiden hintoja tulisi nostaa”* (N19k).

Opiskelijat pohtivat köyhyyden ja rikkauten vaikutusta terveyteen. He tiedostavat köyhyyden periytyvän. *”Köyhyyden ongelmat usein myös jatkuvat sukupolvelta toiselle, niin kasvatuksessa arvoina ja asenteina kuin myös taloudellisina ongelmina”* (M3t) Kokelaiden vastauksista selviää heidän pitävän tärkeänä ettei Suomessa entisestään syvennetä rikkaiden ja köyhien välistä elintasokuilua. Tämä on yksi syy, miksi moni opiskelija suhtautuu varauksella itse aiheutettujen sairauksien hoitokustannusten sälyttämiseen itsensä maksettavaksi. *”Toisaalta monet varakkaammat ihmiset eivät välittäisi, vaikka hoitokustannukset tulisikin itse maksaa ja se taas vain suurentaisi eri sosiaaliryhmien välistä kuilua, josta Suomessa yhä yritetään päästä eroon”* (N31t). Opiskelijoiden kommentteista on aistittavissa paheksuntaa rikkaiden suosimisesta yhteiskunnassamme. Opiskelijat eivät tätä hyväksy, päinvastoin. *”Jos taas rikkaalle ja ylensyöneelle tulisi vaihtaa sydän, olisi se hänen itse maksettava”* (M9k).

Opiskelijoiden vastauksista käy ilmi, että monet heistä ovat vähävaraisia. Tätä taustaa vasten on mielenkiintoista, että lukiolaisista aika moni oli sitä mieltä, että hoitokustannusten itse maksaminen kannustaisi terveeseen elämään erityisesti nuoria.

Nuoriin varsinkin kyllä kustannusten siirtäminen henkilölle itselleen saattaisi vaikuttaa. Varmasti harvempi alkaisi esim. polttaa tai kokeilisi huumeita tai alkoholia. Näin ollen voitaisiin turvata parempi ja terveempi tulevaisuus. N18t

Yhteiskunnan varojen käyttö

Lukiolaiset kirjoittavat yhteiskunnan varojen rajallisuudesta. *”Voimavaroja ei ole eikä tule koskaan olemaan yhtä paljon kuin kysyntää. Tästä johtuen täytyy valita, mihin rahat käyttää. Täy-*

tyy siis priorisoida eli laittaa asiat tärkeysjärjestykseen, päättää mihin voimavarat käytetään.” (N15p)

”Jos ihmiset eivät laiminlöisi terveydestään huolehtimista, yhteiskunnalle jäisi paljon enemmän varoja yleisen hyvinvoinnin ja viihtyvyyden parantamiseen” (N49k). Opiskelijat luettelevat useita käyttötarkoituksia yhteiskunnalta säästyneistä rahoista, jos ihmiset eivät laiminlöisi terveyttään ja laiminlyöjät maksaisivat itse aiheuttamansa sairauskulut. Perusterveydenlukupolun tasolle yltäneet opiskelijat listaavat säästyneille rahoille uudet käyttötarkoitukset. Rahaa voisi esimerkiksi käyttää lisähenkilökunnan palkkaamiseen tai terveydenhuollon parantamiseen muutoin. Toiminnallisesti terveydenlukupolun opiskelevat luettelevat käyttötarkoituksiksi: ”liikunta”, ”koulutus”, ”vanhusten hoito”, ”perinnöllisten sairauksien hoito”, ”palveluiden parantaminen”, ”lisähenkilökunnan palkkaamiseen”, ”monia muita hyödyllisiä tarkoitusta”.

Kriittisesti terveydenlukupolun opiskelevat ehdottavat säästyneiden varojen käyttötarkoituksiksi: *”lisärahoitusta vanhustenhoitoon”, ”liikuntamahdollisuuksien lisäämistä”, ”seulontojen ja rokotusten lisäämistä”* sekä *”itse aiheuttamattomien sairauksien hoitoa ja lääketieteellisiä tutkimuksia”*. Opiskelijoilla on muillekin aloille kuin terveyteen liittyviä rahoitusehdotuksia. Rahaa voitaisiin käyttää esimerkiksi *”tieverkoston kunnostamiseen, koulujen palvelujen tehostamiseen ja poliisin toimintaan”*.

Suomalaisen terveydenhuollon tärkein rahoituslähde on verovarot. Lukiolaiset ovat vastauksissaan käsitelleet verotusta eri näkökulmista. Heidän argumentointinsa uusien verojen kehittelystä ja jo olemassa olevien verojen uudelleen suuntaamisesta on ideoivaa ja runsasta.

Valtio voisi laittaa liikkumattomuuden näkymään verotuksessa. Mitä enemmän liikkuu, sitä vähemmän verotus olisi. Tämä olisi oikeudenmukaista siksi, että on todistettu liikkumattomuuden aiheuttavan suuremmat menot valtiolle sairastamalla erilaisia liikkumattomuudesta aiheutuvia sairauksia, kuten sydän- ja verisuonitauteja, joten heidän verotuloillaan saataisiin maksettua omasta tyhmyydestä aiheutuneet kustannukset. N3k

Opiskelijat ilmaisevat tuohtumuksensa verovarojen käytöstä, kun yhteisiä verorahoja tuhlataan ihmisiin, jotka eivät viitsi hoitaa itseään. Jos terveydenhuollon maksujärjestelmää muutettaisiin ehdotetulla tavalla, helpottaisi se joidenkin lukiolaisten mielestä terveydenhuollon vaikeaa rahoitustilannetta. *”Parhaassa tapauksessahan veroja voitaisiin tuntuvasti keventää, sillä monet miljoonat eurot säästyisivät valtiolta”* (M17t). Kokelaat ehdottavat myös, että itsestään huolehtivien ja vähän sairaanhoitopalveluja käyttävien verotusta voitaisiin laskea. Verotuksen yleinen keventäminen on hyvin monen opiskelijan mielessä, kun säästyneet varat korvaavat vajetta valtion kassassa.

Opiskelijoilla on runsaasti konkreettisia veromuutosehdotuksia, joista osaa he perustelevat terveyttä edistävinä. Roskaruoalle voisi säätää haittaveron. Kevyttuotteiden veronalennus ohjaisi ihmisiä syömään terveellisemmin ja välillisesti myös ehkä liikkumaan enemmän. Vastauksissa arvellaan, että jos terveysvaikutteisten tuotteiden arvonlisäveroa alennettaisiin, voisivat kulutustottumukset muuttua terveellisempään suuntaan.

Kokelaat ehdottavat liikuntatoimeen terveyttä edistäviä veronkevennyskohteita. *”Ehkä kaikkein huomattavin asia, jonka yhteiskunta voisi tehdä, on se, että liikuntakulut saisi laittaa verovähennyksiin aivan kuten kotitalousvähennyskin on olemassa.”* (N41t) Opiskelijat ehdottavat verovähennysoikeutta myös liikuntavälineiden, kuntosalimaksujen ja liikuntapalvelujen hankintaan.

Ennen kevättä 2007 oli julkisessa keskustelussa käyty vilkasta mielipiteenvaihtoa entisen pääministerin Esko Ahon ehdotuksesta, joka käsitteli sairauskulujen vähentämiseen tähtäävää bonussysteemiä. Opiskelijat tarttuivat ehdotukseen ja kehittivät sitä edelleen. *”Mieluummin kuin rangaistaan terveyden laiminlyönnistä, toimitaan ennaltaehkäisevästi ja palkitaan terveyden ylläpidosta”* (N10t).

Opiskelijoiden innostus palkitsemiskeskusteluun on luettavissa vastauksista. *”Ihmisiä motivoi raha, pitäisikö siis ihmisille ruveta maksamaan jokaisesta kuntokerrasta, kuten Painonvartijoissa maksetaan jokaisesta syömättömästä kalorista?”* (N24k)

Ehdotuksia löytyy monenlaisin perusteluin. ”Yhteiskunnan pitäisi nähdä ihminen niin kuin vakuutusyhtiö näkee auton. Hyvin ajettu ja huollettu ruumis saa bonuspisteitä ja huonosti kohdeltu ja vaurioitunut taas menettää ne.” (N3k)

Työelämään opiskelijat ehdottavat perinteisen joulubonuksen sijaan terveysbonusta päihitteettömistä kuukausista. Opiskelijat näkevät työelämän tärkeänä asiana ja siellä mahdollisimman pitkään pärjääminen on yhteiskunnan talouden kannalta merkittävää.

Opiskelijoilla on hyvin vahva näkemys siitä, että liikuntaan satsatut varat tulevat yhteiskunnalle takaisin.

Liikkuminen virkistää myös mieltä ja tekee ihmisiä iloiseksi. Tällä tavalla vähennetään muita yhteiskunnan kuluja, kuten sairausmaksuja ja työttömyyskorvauksia, sekä työkyvyttömyyseläkkeitä. N10k

Suomalaisen nykyjärjestelmän mukaan kansalaisten sairauskulut korvataan tiettyyn pisteeseen asti riippumatta siitä, miten sairaus on aiheutunut. Kokelas kyseenalaistaa vastauksessaan nykykäytännön. ”Mutta onko se viisasta? Lietsooko tällainen menetelmä ihmisiä vain entistä epäterveellisempiin elintapoihin?” (N55k)

Yhteenveto terveydestä taloudellisena kysymyksenä

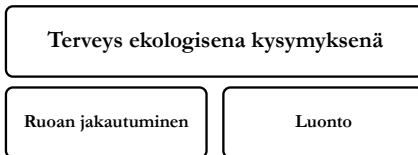
Opiskelijoiden vastauksista ilmenee huoli köyhien ihmisten mahdollisuuksista elää hyvää elämää, koska terveellinen ruoka on kallista ja köyhät pääsevät rikkaita huonommin hoitoon. Köyhien ja rikkaiden välisen elintasokuilun kasvaminen huoltaa. Kaikilla terveydenlukutaidon tasoilla opiskelijat kirjoittavat samansuuntaisesti koetettävässä ehdotetun uuden maksukäytännön vaikutuksesta. Itse aiheutettujen sairauskulujen maksaminen saisi nuoret elämään terveellisesti rahan menettämisen pelossa.

Opiskelijat toteavat vastauksissaan, että yhteiskunnan varat ovat rajalliset. Jos valtiolla säästyisi rahaa, sen uudelleen käytöstä opiskelijat tekevät runsaasti ehdotuksia. Kokelailta on myös

paljon verotukseen liittyviä terveyttä edistäviä ehdotuksia. Opiskelijat ovat valmiita tukemaan terveytensä hoitavien palkitsemisjärjestelmää. He korostavat vahvasti liikunnan merkitystä ihmisten jaksamisessa ja terveenä pysymisessä.

5.3.6 Terveys ekologisena kysymyksenä

Ympäristönsuojelu ei ollut varsinaisena kysymyksenä ylioppilaskirjoituksissa. Luonto ja ympäristöasiat näkyvät kuitenkin niissä opiskelijoiden vastauksissa, joissa he tarkastelevat ruokasuositusten toteutumista (K3b) ja liikuntamahdollisuuksia (K2 ja S2) sekä lihavuuden eettisyyttä (S3). Ekologisuus arvostuksena ilmenee abiturienttien kirjoituksissa kahtena kokonaisuutena. Ensimmäisessä kokonaisuudessa näyttäytyy ruoan epätasainen jakautuminen maailmassa ja siitä aiheutuvat ongelmat. Toisessa kokonaisuudessa opiskelijat kuvaavat luontoa lähinnä mahdollisuutena liikkumiseen. Näitä kahta kokonaisuutta yhdistää joissakin kommentteissa kestävä kehitys. Päädyin tähän luokitteluun Ahlmanin arvotyyppittelyn ekologisten arvojen avulla.



Kuvio 15. Terveys ekologisena kysymyksenä.

Ruoan jakautuminen

Perusterveydenlukutaitoinen lukiolainen toteaa vastauksessaan ruokamainonnalle tyypilliset piirteet. *”Tarjousmainokset saavat ihmiset ajattelemaan sitä että se on halpaa ja he saavat paljon vastinetta. Yleensä kehoitetaan ostamaan teollisuustuotteita. Alennuksessa olevat tuotteet ovat myöskin usein ulkomaisia.”* (N9p) Opiskelijan vastaus jää toteamisen tasolle. Hän ei esimerkiksi pohdi elintarvikkeiden valmistukseen kuluva energiaa tai pitkistä kuljetusmatkoista aiheutuvia ympäristöpäästöjä.

Toiminnallisesti terveydenlukutaitoinen opiskelija arvioi elintarvikeketjun keinoja tehdä tuottoa. *”Kaupan mainos on tyyppillinen esimerkki jenkeistä tuodusta mallista. Siellä kaikkea suurta ihannoidaan. Pian myös Suomessa. Elintarvike mainonta keskittyy suuren määrän myyntiin. Kun ostaa enemmän kerralla, saa halvemmalla. Tämän ovat mahdollistaneet yhteiskunnan hyvinvointi ja talouden nousu. Kansalaisilla on enemmän rahaa ruokaan laitettavaksi..”* (M19t) Tässäkään vastauksessa ei pohdita kasvavan kulutuksen haittavaikutuksia. Opiskelija mainitsee ostamisen perusteluksi suuren tavaramäärän ja halvan hinnan.

Opiskelijoiden kommentteista on havaittavissa paheksuntaa maailman ravitsemustilanteen epätasa-arvosta. *”Kehitysmaiden tiukka tilanne helpottuisi, jos antaisimme omistamme heille. Me rikkaat ja hyvinvoivat sorsamme heikompiamme ja viemme ruuan heidän suustaan.”* (N81k) Opiskelijan mielipiteen vahva moittiva sävy tehostuu siinä, että hän kirjoittaa me-muodossa eli hän ei sulje itseäänkään ulkopuolelle väärintekijöiden joukosta. Tämä on yksi esimerkki nuorten mielipiteiden ehdottomuudesta.

Opiskelijoiden suorasukaisten ajatusten jyrkkyys sävähdyttää. *”Lihominen on vastoin kestävää kehitystä ja ylipainoinen harvoin on kiinnostunut myöskään ruuan tai elintarvikkeiden alkuperäismaasta, saatika tuotesisällöstä”* (N79k). Opiskelijat tiedostavat kommentteissaan, että maailmassa ei ole ruokapulaa vaan ongelmana on ruoan epätasainen jakautuminen maailmalla. He arvostelevat voimakkaasti sitä, että länsimaissa ihmiset lihovat ja kehitysmaissa kuollaan nälkään. Kriittisesti terveydenlukutaitoisen kokelaan vastauksessa yritetään löytää lieventävää perustelua ruoan epätasaiselle jakautumiselle: *”Eikö olisi vähintäänkin kohtuullista siis syödä edes terveellisesti ja sopivasti.”* (N76k) Opiskelijat kirjoittavat siirtymisestä kasvisruokavalioon ruoan tuotannollisiin syihin vedoten.

Yhä kasvavasta ruoan tuotannosta aiheutuvat haitat luonnolle huolestuttavat opiskelijoita. He muistuttavat myös karjan lisääntyneistä tartuntataudeista. Kokelaat ovat oivaltaneet paljon julkisuudessaakin keskustellun kotimaisen elintarviketuotannon mahdollisuuksista niin puhtaiden elintarvikkeiden saannin turvaajina kuin myös niiden edullisten ympäristövaikutusten takia.

Suomalaisten tulisi suosia lähellä kotipaikkakuntaa kasvavien kotimaisten vihannesten, leipien ja lihojen ostoa ja syömistä. Näin tukisimme kotimaan taloutta, kestäväää kehitystä vähillä hiilidioksidipäästöillä ja vähentäisimme ylikansallisten yhtiöiden jylläämistä ruokamarkkinoilla. N79k

Luonto

Tarkastelen lukiolaisten luontosuhdetta terveyden näkökulmasta. Opiskelijat kuvaavat luontoa useimmiten liikunnan mahdollistajana ja terveyden edistäjänä. Perusterveydenlukutaitoiset eivät maininneet luontoa liikuntaan tai terveyteen liittyvänä asiana. Yksi toiminnallisesti terveydenlukutaitoinen totesi, että *”on paljon mukavampaa juosta metsässä tai hiekkatiellä puistossa kuin asfaltilla keskellä liikennettä, melua ja saasteita”*. (N41t)

Kriittistä terveydenlukutaitoa vastaavassa kirjoituksessa käsitellään luontoa, terveyttä ja liikkumista kolmesta näkökulmasta: luonto ja liikkuminen, liikuntapaikkarakentaminen ja luonnon säilyttämisen tärkeys. Vastauksessa luonto nähdään liikuntapaikkana ja sitä pidetään vaikuttavimpana ehtona liikkumiselle. *”Osalle ihmisistä riittää, että lähistöllä on rauhallinen juoksupolku metsän siimeksessä”* (N48k). Suomi on laaja maa ja meillä on paljon koskematon luontoa kansalaisten erilaisiin tarpeisiin. Opiskelija kirjoittaa, että *”Suomella on maana luonnon, varallisuutensa, tilan ja hyvinvointinsa puolesta todella hyvät lähtökohdat edistää kansalaisten liikunnallisuutta”* (N30k).

Lukiolaisten suhtautuminen liikuntapaikkarakentamiseen vaihtelee. Toiset näkevät liikuntapaikkojen rakentamisen mahdollisuutena. *”Yhteiskunta vaikuttaa liikkumiseen myös luonnon avulla rakentamalla pururatoja, valaistuja teitä, lenkkipolkuja ja luontoreittejä”* (N23k). Toisen opiskelijan näkökulma on päinvastainen. *”Liikuntapaikkojen rakentamisen kanssa ristiriidassa on luonnon säilyttäminen. Luonto on monelle tärkeä paikka liikkua.”* (N42k) Molemmat kannanotot

ovat luontoa arvostavia ja luonnon säilyttäminen nähdään yhteiskunnan asiana.

Ympäristön suojeleminen ja ilman saastumisen estäminen ovat tärkeitä asioita, jotka voi yhdistää ihmisen arkeen. Opiskelija pohtii sitä mahdollisuutta, että arki- ja hyötyliikuntaa voisi yrittää lisätä vetoamalla päivänpolttaviin teemoihin kuten ilmaston lämpenemiseen ja saasteisiin.

Yhteenveto terveydestä ekologisena kysymyksenä

Yhteenvetona ekologisuuden ilmenemisestä kokelaiden vastauksissa voi todeta, että perusterveydenlukutaitoa edustavissa vastauksissa oli niukasti luontoon ja ympäristöön liittyviä kommentteja. Toiminnallisesti terveydenlukutaitoisten vastauksissa perustellaan luontokysymyksiä hieman runsaammin kuin perusterveydenlukutaitoisissa vastauksissa. Kriittisen terveydenlukutaidon vastauksissa nähdään luonnon antamat mahdollisuudet liikkumiseen ja etsitään perusteltuja keinoja luonnon suojelemiseksi.

5.4 Yhteenveto reaalikoevastausten terveydenlukutaidon tasoista

Kuvaan seuraavassa terveydenlukutaidon tasoja esimerkeillä, jotka liittyvät terveyden hoitamiseen ja terveysarvostuksiin. Pyrin kuvaamaan tiedon syvenemistä siirryttäessä perusterveydenlukutaidon tasolta kohti kriittistä terveydenlukutaitoa. En tehnyt opiskelijoiden terveydenlukutaidosta johtopäätöksiä opiskelijakohtaisesti vaan arvioin terveydenlukutaidon yksittäisen reaalikoevastauksen perusteella erikseen.

Perusterveydenlukuputaitoa osoittava vastaus

Tutkimukseni aineiston perusteella perusterveydenlukuputaitoa osoittavassa vastauksessa opiskelija tietää, että terveellisen ruokavaliion voi koota lautasmallin avulla. Ravitsemussuositusten perusasiat ovat tiedossa. Vastauksesta ilmenee, että vihanneksia on hyvä syödä noin puoli kiloa päivässä. Liika rasva, sokeri ja alkoholi ruokavaliiossa ovat epäterveellisiä ja lihottavia samoin kuin liikunnan puute. Erityisesti pika- ja roskaruoan mainitaan aiheuttavan sairauksia kuten toisen asteen diabetesta sekä sydän- ja verisuonisairauksia. Perusterveydenlukuputaitoa osoittavassa vastauksessa mainitaan terveellisiä ruokia mainostettavan harvoin. Suhtautuminen lihavuuteen on toisaalta ymmärtävää, toisaalta tuomitsevaa.

Perusterveydenlukuputaitoisessa vastauksessa opiskelija määrittelee terveysliikuntasuositukset perustelematta niitä. Siinä esitetään, että yhteiskunnan tulee kannustaa ihmisiä liikkumaan. Keinoina luetellaan liikuntapaikkojen käyttömaksujen alentaminen ja ilmaiset palvelut. Vastauksessa ymmärretään kansalaisten liikuntaharrastusten vähentävän yhteiskunnan kustannuksia, kun sairastavuus kansalaisten kunnan parantuksessa vähenee. Perusterveydenlukuputaitoisessa vastauksessa ei arvioida koulutuksen merkitystä terveyteen. Terveystiedon oppitunteja halutaan lisätä.

Perusterveydenlukuputaitoa osoittavassa vastauksessa kokelas tietää levon vaikutuksen terveyteen, luettelee unen vaiheet ja mainitsee joitakin unta edistäviä asioita. Tupakan ja alkoholin liikakäyttäjien sairaudenhoitokulut voisivat olla heidän itsensä maksettavia. Vastauksissa korostetaan yksilön omaa vastuuta terveytensä hoitamisesta mutta ilmaistaan myös olosuhteiden ja perimän vaikutukset terveyteen.

Perusterveydenlukuputaitoa edustavissa vastauksissa terveysarvostuksista korostuvat perhe ja kaverit. Niissä toivotaan yhteistä aikaa vanhempien kanssa ja kavereiden hyväksyntää. Vastauksissa luetellaan ihmisryhmät, joilla ilmenee terveyseroja. Mainituiksi tulevat rikkaat ja köyhät, suomalaiset ja maahanmuuttajat sekä kaupunkilaiset ja maalla asuvat. Perusteluja terveyserojen syntymiselle esitetään niukasti. Perusteluissa korostuu ihmisen varallisuus.

Perusterveydenlukuputaitoisessa vastauksessa pidetään median luomia kauneusihanteita vääristyneinä. Median seksuaalisuutta korostavan tyylin arvellaan vaikuttavan kielteisesti nuoren minäkuvaan. Vastauksissa ei huomioida ympäristökysymyksiä. Perusterveydenlukuputaitoisessa vastauksessa terveyden perusasiat esitetään ilman laajoja perusteluja seurauksista tai muista yhteyksistä.

Toiminnallista terveydenlukuputaitoa osoittava vastaus

Toiminnallista terveydenlukuputaitoa osoittava vastaus täyttää kaikilta osin perusterveydenlukuputaitoon vaadittavan tietotason. Tämän lisäksi vastauksesta löytyy opiskelijan laatima ravitsemussuositusten mukainen ruokavalio, jossa hän kertoo esimerkein, kuinka epäterveellisen ruokavalion voi muuttaa terveelliseksi. Vastauksessa ilmenee huoli nuorten huonoista ruokatottumuksista ja on myös oivallettu ruokamainosten idea myydä paljon ja halvalla. Kirjoituksessa tiedostetaan lihavuuden aiheuttavan diabeteksen ja sydän- ja verisuonisairauksien lisäksi myös tuki- ja liikuntaelinten sairauksia, masennusta ja syöpää. Myös lihavuuden ”periytymisen” lapsille oivalletaan tapahtuvan kodin ruokailutapojen myötä.

Toiminnallisesti terveydenlukuputaitoisessa vastauksessa opiskelija tiedostaa liikunnan ja unen myönteiset vaikutukset terveyteen. Vastauksessa huomioidaan eri ihmisryhmien liikuntatarpeet ja määritellään liikuntapiirakan avulla, miten ihmisen tulisi liikkua. Vastauksessa arvostetaan koululiikuntaa ja painotetaan, että sen pitäisi olla hauskaa. Erityinen huoli kohdistuu nuorten unen puutteen ja väsymyksen peittämiseen kahvilla ja energijuomilla. Vastauksessa mainitaan unen myönteiset vaikutukset ulkonäköön. Toiminnallista terveydenlukuputaitoa ilmentävässä vastauksessa pohditaan ihmisen omaa vastuuta terveytensä hoitamisessa ja hyväksytään, että terveytensä tahallisesti laiminlyönyt ihminen maksaisi itse sairauskulunsa. Ketään ei kuitenkaan saisi jättää hoitamatta. Vastauksessa arvellaan, että nuori yrittäisi elää terveellisesti, jos tietäisi joutuvansa itse maksamaan tupakoinnin aiheuttamat sairauskulut.

Toiminnallista terveydenlukutaitoa ilmentävässä vastauksessa huomataan, että terveyseroja on koulutettujen ja vähän koulua käyneiden välillä. Koulutusta arvostetaan elämänlaadun parantajana. Vastauksesta näkyy, että terveyttä arvostavassa perheessä lapsi saa hyvät lähtökohdat. Toiminnallista terveydenlukutaitoa osoittavassa vastauksessa kaivataan yhteistä aikaa vanhempien seurassa. Median katsotaan vääristävän kauneusihanteita. Toive yhteisestä ajasta vanhempien kanssa ja mediakritiikki ovat yhteistä perusterveydenlukutaitoa osoittavien vastausten kanssa. Toiminnallista terveydenlukutaitoa kuvaavista vastauksista on luettavissa ymmärrys elintapojen merkityksestä terveydelle ja pyrkimys soveltaa tietoja oman terveyden hoitamiseen.

Kriittistä terveydenlukutaitoa osoittava vastaus

Kriittisesti terveydenlukutaitoisessa vastauksessa kokelaan terveystietämys on laajempaa ja syvempää kuin alemmilla terveydenlukutaidon tasoilla olevissa vastauksissa. Vastauksessa korostetaan kohtuutta ruokailussa ja tiedetään ihmisen energiatarve. Vastauksessa näkyy asiantuntemusta luomuruoasta, flavonoideista, glykeemisestä indeksistä, ruoan energiatiheydestä ja transrasvoista. Vastauksessa moititaan sitä, ettei epäterveellisen ruoan mainostamista ole kielletty, toisin kuin tupakan. Kirjoituksessa perustellaan kuluttajan vastuuta omasta syömisestään, sillä kauppiaan todetaan vain harjoittavan elinkeinoaan. Paheksunta lapsiin vetoavista mainoksista näkyy, samoin kuin ihmettely kansan lankeamisesta mainostajan lankaan. Kevytruokien ja terveysvaikutteisten ruokien verotusta ollaan valmiita alentamaan ja roskaruoalle esitetään haittaeroa.

Kriittistä terveydenlukutaitoa ilmentävässä vastauksessa analysoidaan monipuolisesti liikunnan myönteisiä vaikutuksia ihmisen terveydelle. Koululiikunnan tulisi olla nykyistä vähemmän kilpailuhenkistä ja oppilaat tulisi ottaa mukaan oppituntien suunnitteluun. Vastauksessa korostetaan, että liikuntaa tulee tarjota myös erityisryhmille. Näissä vastauksissa tiedostetaan, että liikuntaan satsatut rahat tulevat yhteiskunnalle takaisin säästyneinä sairauskuluina. Liikuntaan ehdotetaan kannustavia veronalennuksia ja kaikkien

päättöksentekijöiden liikuntamyönteisyyttä peräänkuulutetaan. Liikkuvasta elämäntavasta pitää tehdä trendi! Kriittistä terveydenlukuritua osoittavassa vastauksessa alleviivataan, että ihmisen liikkumisen määrä on suhteessa siihen, kuinka paljon hän itsestään välittää. Lopuksi vielä vedotaan siihen, että ihmisiä voi kannustaa pyöräilyyn tai joukkoliikenteen käyttämiseen ympäristösyitä tähdentämällä.

Unen lääkitsevä ja kaunistava vaikutus ilmenee kriittistä terveydenlukuritua osoittavassa vastauksessa. Siinä kerrotaan kasvuhormonin erittymisen lisääntyvän lasten nukkuessa ja unen parantavan vastustuskyvyä. Kiireyhteiskuntamme kerrotaan arvostavan nukkumisen sijasta tehokkuutta ja aktiivisuutta.

Kriittistä terveydenlukuritua kuvaavassa vastauksessa näkyy epävarmuus suhtautumisessa terveytensä laiminlyöneiden ihmisten sairauskustannuksiin. Vastauksessa pohditaan analysoiden, mikä sairaus voidaan lukea itseaiheutetuksi. Olisiko juoksulenkillä nyrjähtänyt nilkka itseaiheutettu ja kuka asian lopulta ratkaisisi: lääkäri vai juristi. Vastakkain ovat ihmisen oikeus elää niin kuin tahtoo ja terveesti elävien oikeus hyötyä verorahoista, ilman että ne hupenevat välinpitämättömien hoitoihin. Opiskelijat kirjoittavat, että raha on yhteiskunnassamme liikkeelle paneva voima ja tietoisuus tulevista sairauskuluista voisi jopa kannustaa ihmisiä terveeseen elämään.

Terveyseroja aiheuttavia syitä analysoidaan laajasti kriittisesti terveydenlukurituisessa vastauksessa. Vastauksissa pidetään perhesuhteita yhtä tärkeinä kuin tehtiin terveydenlukuritaidon alemman tasonkin vastauksissa. Kokelaat peräänkuuluttavat vanhusten arvostamista ja torjuvat ikäsyRJintää. Vastauksista näkyy huolestuminen nuorten aikuistumisesta, joka saattaa häiriytyä kiusaamisen tai nuoren oman epävarmuuden tähden. Moni toteaa tulevaisuuden pelottavan ja tämän arvellaan olevan yksi syy nuorten lisääntyneeseen masentuneisuuteen. Opiskelijat kaikilla terveydenlukuritaidon tasoilla tuovat esille sen, että median luomat ulkonäkövaatimukset ovat kohtuuttomia. Kriittistä terveydenlukuritua osoittavat vastaukset eroavat muista vastauksista siinä, että ympäristöasioita korostetaan ja niissä nähdään myös suomalaisen luonnon antamat mahdollisuudet vapaa-ajanviettoon ja liikuntaan.

6 UUSI TERVEYDENLUKUTAITO: KOKONAISSVALTAINEN TERVEYDENLUKUTAITO

Analyyysin edetessä aloin ounastella, etteivät kolme varsinaista terveydenlukutaidon tasoa riitä kuvaamaan terveystiedon reaalikokeen vastausten terveystiedon syvyyttä. Muodostin neljännen tason, jonka sijoitan olemassaolevien terveydenlukutaidon tasojen hierarkiaan korkeimmaksi tasoksi. Kutsun tätä tasoa kokonaisvaltaiseksi terveydenlukutaidoksi. Kokonaisvaltainen terveydenlukutaitokäsite esiintyi myös Kanadan alkuperäiskansaa edustavien nuorten tutkimusprojektissa (Stewart ym. 2008).

Tämä uusi taso syntyi monien vaiheiden jälkeen. Siihen antoi aihetta erityisesti empiirisen aineiston monipuolisuus ja laaja-alaisuus. Lisäksi ajatteluuni vaikutti myös terveydenlukutaidon käsitteestä käyty keskustelu. Poskiparta (2002, 168) linjaa, että terveydenedistäjä pyrkii terveyden puolesta toimiessaan lisäämään terveyden yhteiskunnallista painoarvoa. Jakosen (2002, 123) mukaan holistisen eli kokonaisvaltaisen terveyden alueet ovat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen, seksuaalinen, hengellinen ja tunne-elämä. Näihin tekijöihin vaikuttavat niin yhteiskunnallinen, kulttuurinen kuin fyysinenkin ympäristö. Yhteiskunnallinen terveys on ihmisen ja sosiokulttuurisen ympäristön vuorovaikutusta.

Terveydenlukutaito-käsitettä on suomalaisessa keskustelussa arvosteltu. Hoikkala ym. peräivät terveydenlukutaitoa koskevaan teoreettiseen ja empiiriseen tutkimuskeskusteluun yhteiskunnallista näkökulmaa (Hoikkala ym. 2005, 129). Puuronen pitää terveydenlukutaidon käsitteen heikkoutena sitä, että se painottaa liikaa terveyden tiedollista puolta. Hänen mielestään terveydenlukutaito ei rakennu vain terveystiedon tiedolliseen jäsentämiseen vaan se on myös oman ja toisten hyvinvoinnin tajuamista. (Puuronen 2006, 15) Myös Jakonen kehottaa arvioimaan terveydenlukutaito-käsitteen käyttöä kriittisesti. Hän kysyy, tuoko terveydenlukutaidon käsite lisäarvoa yksilön ja yhteisön terveyden edistämiseen vai jääkö se vaille käytännön sovellusarvoa. (Jakonen 2002, 122-123)

Jakartan julistuksessa terveyden tehokkaaseen edistämiseen katsotaan kuuluvaksi terveellinen yhteiskuntapolitiikka, terveellinen ympäristö, yhteisöjen toiminnan tehostaminen, henkilökohtaisten taitojen kehittäminen ja terveyspalvelujen uudistaminen (Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century, 1997). Tämä terveysjulistus sai minut vakuuttumaan, että kolmen terveydenlukutaidon tasojen taustalta voi löytyä muutakin kuin mitä tähän mennessä on todettu.

Ylioppilaskirjoitusten reaali-koevastausten perusteella kokonaisvaltainen terveydenlukutaito ilmenee tekemäni luokituksen mukaan seuraavina ulottuvuuksina: 1. suvaitsevaisuus 2. ympäristötietoisuus 3. kulttuurin ymmärtäminen laajana ja moniulotteisena 4. maailman tilan pohdinta eri näkökulmista. Kaikkiin näihin ulottuvuuksiin sisältyy argumentointia ja asioiden ”filosofiausta” laajemmasta kuin vain oman terveyden hoitamisen näkökulmasta. Nämä terveyttä yhteiskunnallisesti heijastavat ulottuvuudet ilmenevät opiskelijoiden terveystiedon reaali-koevastauksista.

Kuvaan seuraavaksi tarkemmin ulottuvuudet ja kokoan ne lopuksi yhtenäiseksi kuvioksi. Tässä kappaleessa käytän kirjallisuuslähteitä toisin kuin edellisessä tulososuudessa. Tämä osuus poikkeaa aikaisemmasta tulosluvusta siinä, että käsittely on kokoavaa ja aikaisempia tuloksia hyödyntävää. Toisaalta haluan tässä verrata löydöksiäni kirjallisuudesta poimimiini kommentteihin. Edellisestä tulokappaleesta poiketen olen jättänyt sitaattien koodeista pois terveydenlukutaidontasoa kuvaavat merkit.

Suvaitsevaisuus

Suvaitsevaisuus ilmenee joissakin reaali-koevastauksissa hyvin vahvasti. Kirjoittaessaan opiskelijat korostavat erilaisuuden hyväksymistä. Tähän erilaisten ihmisten ryhmään he luettelevat muun muassa ylipainoiset, maahanmuuttajat, työttömät, köyhät, romanit, tummaihoiset, vanhukset ja jopa massamuodista poikkeavat nuoret. *”Ihminen on sosiaalinen ja hyväksymistä tarvitseva olento”*, kirjoittaa naisopiskelija (N99). Kaikkia ihmisiä tulee kohdella hyvin heidän taustastaan riippumatta.

”Maahanmuuttajilla on myös Suomessa oikeus tasa-arvoiseen ja ihmisarvoiseen kohteluun.” (N8)

Kokonaisvaltaista terveydenlukutaitoa osoittavassa vastauksessa näkyy arkirealismi ja myötätunto. *”Vaikea tilanne on usein erityisesti maahanmuuttajilla, ja muilla vähemmistöryhmillä. Heillä ei ole niin suurta tukiverkkoa ympärillään kuin valtaosalla suomalaisista. Usein sekä lähiympäristön, että yhteiskunnan tuki on heikompaa heitä kohtaan. Rasismi ja syrjintä, mutta myös lakisääteiset toimenpiteet, kuten kansalaisuuden myöntäminen aiheuttaa heille vaikeammat olosuhteet luoda täysipainoinen, tyydyttävä terveellinen elämä.” (N34)*

Terveystiedon pedagogisen etoksen perustana on erilaisten ihmisten kohtaamisen oppiminen ja luonteva käyttäytyminen. Tarkoituksena on lisätä oppilaiden terveysherkkyyttä, joka on mitä suurimmassa määrin terveyden erilaisuuden hyväksymistä ja suvaitsevaisuutta. Terveysherkkyys on myös terveyden arvostamista ja terveyden säilyttämisen kunnioittamista. (Kannas 2005a, 13.)

Helven (2001) nuorten arvomaailmaa koskevassa tutkimuksessa nuoret jakautuivat suvaitseviin humanistinuoriin, isänmaallisiin traditionalisteihin ja yhteiskuntaan kriittisesti suhtautuviin individualisteihin. Edelleen tutkimuksessa ilmeni sukupuolten ja rotujen tasa-arvoa kannattavia humanisteja ja näiden vastakohtina pakolaisiin ja vierasmaalaisiin vihamielisesti suhtautuvia rasisteja sekä perinteisiä arvoja kannattavia konservatiiveja. Vihreitä arvoja kannattavat nuoret olivat valmiita tinkimään omasta elintasostaan ja he uskoivat nuorten mahdollisuuksiin edistää maailmanrauhaa. Vihreiden vastakohtana ilmeni kyynikkonuoria, jotka eivät uskoneet mahdollisuuksiin vaikuttaa yhteiskunnan päätöksentekoon. Helven tutkimuksessa löytyi myös ryhmä kansainvälisesti ajattelevia globalisteja, joiden mielestä suomalaisuus ei ole erityinen etuoikeus. (Helve 2001, 157.)

Kulttuuritietoisuus

Kokonaisvaltaista terveydenlukutaitoa osoittavissa koevastauksissa nähdään terveys laajasti ei vain sairauden

oireiden puuttumisena vaan kokonaisvaltaisena asiana. *”Eri väestöryhmien välisiä eroja terveyden kannalta selittävät ryhmien asenteet ja tottumukset, sekä yleinen asenne elämään. Ne väestöryhmät, joissa ollaan keskimääräistä positiivisempia, ja joissa sosiaalisen tuen määrä on suurempi, ovat terveempiä yleensä kuin muut.”* (N18) Zarcadoolas ym. (2005) toteavat, että kulttuuriseen lukutaitoon kuuluu taito tunnistaa ja käyttää yhteisiä kollektiivisia uskomuksia, tapoja, maailman katsomusta ja sosiaalista identiteettiä. Terveystietämyksessä tulee huomioida kulttuurinen ymmärrys, tiede ja yksilölliset ja yhteisölliset toimet. Kanadan alkuperäiskansan nuorten tutkimuksessa kulttuurin vaikutus terveyteen ja hyvinvointiin ilmeni vapauden ja tasapainon löytämisessä (Stewart ym. 2008).

Kokonaisvaltaista terveydenlukutaitoa ilmentävissä vastauksissa tiedostetaan kulttuurierojen merkitys ihmisen terveyteen. Naisopiskelija (N10) toteaa asian kirjoittamalla, että *”terveys ei jakaudu tasan. Se jakautuu mahdollisuuksien mukaan mitkä perimä ja ympäristö on meille asettanut, mutta myös oman suuntautuneisuutemme mukaan.”* Kokonaisvaltaista terveydenlukutaitoa kuvastavissa vastauksissa näkyy eri maiden terveyskulttuurien tuntemus ja taito verrata kulttuureja toisiinsa. *”Terveyserot ovat valtavat maailmalla. Suurin ero on köyhien ja rikkaiden maiden välillä, joissa eliniän odote voi poiketa yli 30 vuotta toisistaan. Myös Euroopan unionissa on suuria terveyseroja, varsinkin uusien Itä-Euroopassa sijaitsevien jäsenmaiden liittyttyä mukaan. Suomalaisella on puhdasta juomavettä ja harva on kehitysmaiden toimeentuloon verrattuna köyhä.”* (N42)

Terveyskulttuurin ymmärtäminen edellyttää myös historian kulun ja kehityksen ymmärtämistä. Miesopiskelijan vastauksessa pohditaan nuorten masentuneisuuden lisääntymisen syitä. *”Maailma, tavat, tottumukset ja normit muuttuvat. Enää ei ole samanlaista kuin 30, 50 tai sata vuotta sitten. On vaikea ajatella, että luonteenomainen alakuloisuus olisi ajansaatossa erityisesti lisääntynyt perinnöllisesti. Sen takia nuorten masennusta selvitettäessä pitäisi keskittyä enemmän selvittämään ympäristön osuutta.”* (M34) Yhteisöllisyyden kasvualustana ovat traditiot ja kulttuuri (Hyyppä 2002, 181). Vahvalla yhteisöllisyydellä on vaikutusta muun muassa sosiaaliseen hyvinvointiin.

Kokonaisvaltaista terveydenlukuraitoa ilmentävissä vastauksissa on nähtävissä ero lukiolaisten ja ammattikoululaisten sekä miesten ja naisten terveyskulttuureissa. Naisopiskelija (N33) kirjoittaa, että *”kun mies pitää lääkärille menoa heikkoutena, nainen pitää sitä itsensä huolehtimisena.”* Miesopiskelija (M22) toteaa, että *”nais- ja miesihanteet ovat hyvin kaukana keskiyeroihmisestä.”* Perinteisinä pidetyt roolierot vaikuttavat ihmisen hyvinvointiin ja elämän laatuun. *”Kulttuurissamme naisille ja miehille asetetaan eri vaatimukset, käyttäytymisnormit ja tavoitteet. Miesten niskaan kasautetaan edelleenkin paine perheen elättämisestä.”* (N20)

Aineistossani sekä mies- että naisopiskelijat ilmaisivat merkittävimmin terveysuhkina paitsi epäterveelliset elämäntavat, myös kiireisen elämänrytmin ja ympäristön pilaantumisen. Aarvan ym. tutkimuksessa miehet mainitsivat suurimmaksi terveysuhaksi epäterveelliset elämäntavat, kun taas naisten mielestä ympäristön pilaantuminen ja kiireinen elämänrytmi olivat vakavimmat terveyttä uhkaavat tekijät. Tutkijoiden johtopäätös asiasta oli, että miehet ovat taipuvaisia painottamaan perinteisyyttä elämäntavoissa, kun taas naiset hahmottavat terveyden myös mielen rauhoittumisen ja ympäristön suojelemisen näkökulmasta. (Aarva ym. 2005b) Uudenlaisen ympäristöajattelun, maailmankuvan ja arvomaailman airueina ovat uuden keskiluokan naiset (Mikkola 2001, 130).

Lukiolaisten vastauksissa kulttuuri nähdään ihmiselle hyvää tekevänä asiana. Opiskelijat mainitsevat kirjastot, erilaiset koulut, kansanopistot ja kirkot, jotka tarjoavat tarjoavat henkistä vireyttä ylläpitäviä opiskelumahdollisuuksia. Kulttuuriharrastukset samoin kuin urheiluharrastukset ja niiden piirissä tapahtuva ihmisten kohtaaminen tukevat henkistä ja fyysistä hyvinvointia, josta puolestaan seuraa yleisen terveyden koheneminen. Hyypä (2002, 44) toteaa, että kulttuuriaktiivisuus vaikuttaa suoraan ihmisen hyvinvointiin, kulttuuriteot ja kulttuuriharrastus edistävät terveyttä.

”Ollakseen mahdollisimman terve kannatta siis olla suomenruotsalainen nuori nainen, joka asuu keskikokoisessa kunnassa hyvien palveluiden lähellä, mutta myös luonnon lähellä”, kirjoittaa naisopiskelija sarkastisesti (N41). Monissa

vastauksissa on huomattu sosiaalisen pääoman merkitys yhtenä terveyttä edistävänä asiana. *”Suomenruotsalaisilla on terveellisten elämäntapojen ja hyvän toimeentulon lisäksi laaja sosiaalinen verkosto, joka edistää psyykkistä, fyysistä ja tietenkin sosiaalista terveyttä. He saavat toisiltaan tukea, ikään kuin puhaltavat yhteen hiileen”.* (N49) Aarvan ym. (2005b) mukaan elämänmyönteisyys nähdään terveyttä edistävänä asiana.

Ympäristötietoisuus

Kokonaisvaltaista terveydenlukumaitoa ilmentävissä vastauksissa näkyvät ympäristötietoisuus ja ympäristön tilan merkitys terveydelle. Ympäristötietoisuus ilmenee huolena ruoan tuotantotavoista, ruoan riittämisestä ja ravinnon epätasaisesta jakautumisesta maailmassa. Ruoan tuottamistapa voi vaikuttaa ympäristön tilan heikentymiseen. *”Maailman ruuan tuotantokin on lisääntynyt viimeisen vuosikymmenen aikana niin suuriin mittakaavoihin, että elintarvikkeita ei pystytä valmistamaan tehokkaasti ilman luonnon kuluttamista ja tuhoamista. Myös karjaan tarttuvat sairaudet ovat tämän päivän vaara.”* (N74)

Ruoan riittävyys ja sen saatavuus askarruttaa opiskelijoita. *”Maailmassa on ruokaa jokaiselle asukkaalle kolme kiloa päivälle. Sen epätasainen jakautuminen aiheuttaa toisaalla yltäkylläisyyttä ja lihavuutta ja toisaalla nälänhätää ja aliravitsemusta. Lihavuus on ongelma erityisesti teollistuneissa ja rikkaissa valtioissa, kuten Suomi.”* (N81) Georg Henrik von Wright (2001, 8-9) on pohtinut, kuinka kohonneesta elintasosta johtuen maailman väestö on kasvanut nopeasti ja siitä on seurannut jopa luonnon hävittäminen ja raiskaaminen. Tästä on seurannut luonnonvarojen ehtyminen ja viljelykelpoisen alueen kaventuminen. Kehitys on johtanut yltäkylläisten hyvään ja kärsivien entistä suurempaan ahdinkoon.

Vastauksissa pohditaan myös kotimaista elintarviketuotantoa ja ruoan terveellisyttä ympäristökysymysten valossa. Kotimaan elintarviketuotannosta kirjoitetaan ja funktionaalisia elintarvikkeita pidetään terveyttä edistävinä. Lähiruokaa pidetään hyvänä asiana.

Suomalaisten tulisi suosia lähellä kotipaikkakuntaa kasvavien kotimaisten vihannesten, leipien ja lihojen ostoa ja syömistä. Näin tukisimme kotimaan taloutta, kestäväää kehitystä vähillä hiilidioksidipäästöillä ja vähentäisimme ylikansallisten yhtiöiden jylläämistä ruokamarkkinoilla. N79

Vastauksissa kerrotaan kaupunkilaisten ja maaseudulla asuvien ruokailutottumusten eroista. Maalla asuvat voivat syödä enemmän luomutuotteita eivätkä siksi kärsi niin paljon saasteista kuin kaupungissa asuvat. Lihavuudesta kirjoitetaan paljon, koska yksi tehtävänanto edellytti lihavuuden eettistä pohdintaa. Kokonaisvaltaista terveydenlukuritua ilmentävissä vastauksissa ylipainoisuus nähdään usein suvaitsevaisin silmin eli vain yhtenä ihmisen ominaisuutena. Paheksuntaakin ilmenee. *”Lihominen on vastoin kestäväää kehitystä ja ylipainoinen harvoin on kiinnostunut myöskään ruuan tai elintarvikkeiden alkuperäismaasta, saatika tuotesisällöstä.”* (N79)

Vastauksista on luettavissa myös tietynlainen kiitollisuus Suomeen syntymisestä ja toive, että ihmiset ymmärtäisivät sen merkityksen. *”Suomalaisten on opittava arvostamaan itseään, terveyttään, elämäänsä ja ympäristöään niin, että he ymmärtävät valintojensa kokonaisvaltaisen vaikutuksen.”* (N14) Aarvan ym. (2005b) tutkimuksessa erityisesti nuoret pitivät omia elämäntapoja suurempana terveysriskinä kuin ympäristön saastumista. Ympäristöasiat eivät nouseet kansalaisten arvoissa prioriteettilistan kärkeen. (Aarva ym. 2005b) Helven (2001) mukaan monet nuoret ovat valmiita tinkimään elintasostaan luonnonsuojelun tai vähempiosaisten hyväksi (Helve 2001, 158).

Kirjoituksissa on muutama ympäristökommentti ilman puhtauteen liittyen. *”Etelä-Suomen saasteet vaikuttavat kielteisesti terveyteen, kun taas Lapin raikas ilma vain edistää sitä. Näin ollen myös pohjoisemmassa elävät ihmiset ovat yleisesti ottaen terveempiä, riippumatta väestöryhmästä.”* (N18) Opiskelijoiden kirjoituksissa mainitaan arki- ja hyötyliikunta, terveelliseen elämään suostuttelua ympäristön puhtaana pysymisen varjolla.

Aarvan ym. (2005b) tutkimuksessa todetaan, että huolimatta ympäristöasioiden esilläolosta julkisuudessa ne eivät ole nousseet prioriteettilistan kärkeen kansalaisten arvojen tasolla. Mikkola (2001) tutki keskiluokkaisten suomalaisten ympäristöarvoja. Ympäristöystävälliseen ryhmään kuuluvista lähes kaikki (96%) olivat huolestuneita Suomen ympäristön tilasta. Heistä 42 % piti arvonaan ykseyttä luonnon kanssa, kun ympäristöstä vähemmän kiinnostuneista näin ei ajatellut kukaan. (Mikkola 2001, 123.) Helven (2001) mukaan ”vihreän”, ekologisen maailmankuvan omaksunut nuori pitää tärkeänä tuotannon ja kulutuksen ympäristöystävällisyyttä. Tähän ideologiaan sisältyy ajatus siitä, ettei ihmisellä ole etuoikeutta luontoon. (Helve 2001, 154-155.)

Maailman tila ja länsimaiden kritiikki

Kokonaisvaltaista terveydenlukupaitoa kuvaavissa vastauksissa näkyy huoli maailman tilasta. Vastauksissa verrataan nykypäivän länsimaista elämäntyyliä kehitysmaiden tilanteeseen. Arvioissa heijastuvat paheksunta kerskakulutuksesta ja jatkuvasta kiireestä sekä kaipausta kohtuuteen.

Vastauksissa todetaan, että kehittyneiden maiden ongelmat tiivistyvät pitkälti ravitsemukseen. Ravitsemusongelmien ratkaiseminen on vaikeaa, koska kysymys on viime kädessä ihmisen henkilökohtaisesta asiasta. Seuraava sitaatti pureutuu ravitsemusongelman ytimeen. *”Länsimaisissa yhteiskunnissa laihuutta ihannoidaan ja lihavuutta pidetään vastenmielisenä. Kuitenkin lihavuus on yksi suurimmista kuoleman aiheuttajista länsimaissa.”* (N78)

Vastauksista näkyy perheen vaikutus terveyskäyttäytymiseen. Syyt liian vähäiseen nukkumiseen löytyvät jo lapsuudesta: *”vanhemmat ovat alkaneet lieventää kuria ja oman tietokoneen tai television asentaminen lapsen omaan huoneeseen vaikuttavat nukkumisajan valvontaan.”* Liikunnan terveydelliset vaikutukset ovat esillä useassa kommentissa. Vastauksissa suositetaan vapaaehtoisuutta. Aarva ym. (2005b) toteavat, että heidän tutkimuksensa mukaan näyttäisi siltä, että *”ihmisillä ei tavallaan ole lupa olla välittämättä terveydestään”*. Suomessa

kansalaisten terveysilmastossa ovat aktiivisina arvoina ravitsemuksen ja liikunnan tärkeys ja passiivisina arvoina päihteiden ja tupakan välttäminen.

Opiskelijat kritisoivat kirjoituksissaan voimakkaasti nykyemmän kaupallisuutta. Koska ylioppilaskirjoituksissa esimerkiksi oli ruokamainos, kohdistuu kritiikki lähinnä elintarvikemainontaan. *”Kauppojen tavoitteena ei ole ihmisten terveyden edistäminen vaan markkinointi ja rahan saanti.”* (N35) Vastauksissa ymmärretään myös kauppiaan näkökulma. Kaikesta ei voi syyttää kaupan epäeettistä mainontaa eikä ole kauppiaiden vika, että ihmiset herkuttelevat ja lihovat. *”Kauppias on ammatti, ja toki hänkin haluaa ansaita elantonsa... Ainakin nykykäsityksen mukaan kuluttajalla on vastuu ostamiensa elintarvikkeiden terveystietämisestä.”*(N59)

Aarvan ym. (2005b) tutkimuksessa verrattiin ihmisten käsityksiä terveyteen vaikuttavista asioista vuodesta 1994 vuoteen 2002. Epäterveellisiä elämäntapoja pidettiin kumpanakin tutkimusajankohtana pahimpana terveysuhkana. Kiireinen elämäntapa ja epäterveelliset elämäntavat sairastumisen syinä olivat lisääntyneet tutkimusten välisenä aikana. Mikkolan (2001) tutkimuksessa todetaan, että ympäristöystävällisesti asennoituvat kyseenalaistavat länsimaisen maailmankuvan ja heillä elää toivo uudenlaisesta yhteiskunnasta. Ympäristöystävälliset asettivat luonnon viiden tärkeimmän arvon joukkoon huomattavasti useammin kuin ympäristöstä piittaamattomat. (Mikkola 2001, 123-124.)

Maailman tila ja kehitysmaiden tilanne

Kokonaisvaltaista terveydenlukupolitiikkaa kuvaavista vastauksista tulee esille humaani maailmanparantajuus. Se näkyy tavassa kirjoittaa ihmisten tasa-arvosta tai pikemminkin epätasa-arvosta ja elämän mahdollisuuksista maailmanlaajuisesti. Köyhyys mainitaan maailman tappavimmaksi taudiksi. *”Maailmanlaajuisesti ajateltuna on epäoikeudenmukaista, että osa ihmisistä saa energiaa yli tarpeen ja osa kuolee nälkään”.* (N73) Mikkolan (2001, 124) tutkimuksessa ympäristöystävällisesti

asennoituvat asettivat viiden tärkeimmän arvon joukkoon tasa-arvon ja rauhan sekä nälän poistamisen maailmasta.

Epätasa-arvo tulee selvästi esille useissa opiskelijoiden kommentteissa. *”Kehitysmaissa asukkaat kärsivät ruuan puutteesta, aliravitsemuksesta ja alipainosta, samalla kun hyvinvointivaltioissa syödään epäterveellisesti ja liian paljon. Jos ruoka jaettaisiin maailmassa tasapuolisesti, kumpikin ongelma helpottuisi huomattavasti. Tosiasia on se, että rikkaissa valtioissa ruokaa on paljon enemmän kuin sen tarvetta, ja elintarvikkeita heitetään hukkaan suuria määriä.”* (N74) Köyhyys ei ole vain kehitysmaiden ongelma, ilmenee myös vastauksista. *”Esimerkiksi miljoonia ihmisiä USA:ssa elää köyhyysrajan alapuolella ja heillä on varaa vain halpoihin roskaruokiin. Eli vaikka heillä olisikin tietoa terveellisestä ruoasta, raha on esteenä tähän. Myös amerikkalaisissa kouluissa kouluruoka on pikaruokaa ja käytävillä on limu- ja makeisautomaatteja.”* (N44)

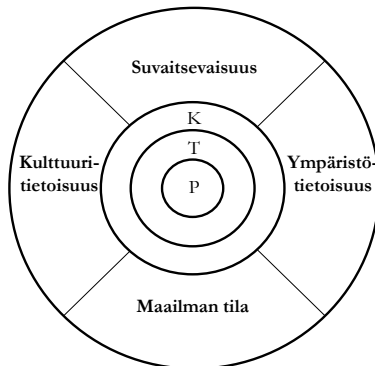
Kokonaisvaltaisen terveydenlukutaidon tarkastelu

Kokonaisvaltaisen terveydenlukutaidon osatekijöitä ovat suvaitsevaisuus, kulttuuri- ja ympäristötietoisuus sekä kiinnostus maailmaa kohtaan ja huolestuneisuus sen tilasta. Tätä terveydenlukutaidon tasoa kutsun humaniksi maailmanparantajuudeksi. Kokonaisvaltaisesti terveydenlukutaitoista voi kuvata myös ihmisystäväksi eli filantroopiksi sekä altruistiseksi persoonaksi. Sosiaalisen vastuuntunnon kognitiivisen aspektin tutkimuksessa todettiin sävyisyyden (docility) sivutuotteena syntyvän yhteistyötä, altruismia, filantropiaa ja sosiaalista vastuullisuutta (Secchi 2009).

Vertaan tutkimuksessani esiin tulleen kokonaisvaltaisen terveydenlukutaidon tasoa Oslerin ja Starkeyn (2003) tutkimukseen maailmankansalaisuudesta (cosmopolitan citizenship) ja löydän niistä paljon yhteistä. Maailmankansalaiseksi kouluttamisen tavoitteena on, että nuori erottaa ja näkee yhteydet kansallisen ja globaalin yhteiskunnan välillä. Tämä tarkoittaa kokonaisvaltaista otetta koulutukseen. Maailmankansalaisuus merkitsee solidaarista

ja humanistista suhtautumista toisiin ihmisiin. Se tarkoittaa myös tulevaisuuden ongelmien ratkomista yhteistuumiin. Tutkijat ehdottavat, että koulutuksessa tulisi huomioida niin globalisaatio kuin koulun ulkopuolinen oppiminenkin. Maailmankansalaiseksi kasvattaminen ja koulutus on samalla rauhankasvatusta, ihmisoikeuksien velvollisuuksien omaksumista ja demokratian arvostamista.

Ajatus kosmopoliittisen nuoren kasvattamisesta koulutuksen keinoin juontaa juurensa UNESCO:n Pariisin konferenssiin vuonna 1995. Tavoitteena on kasvattaa rauhaa, ihmisoikeuksia ja demokratiaa kunnioittavia kansalaisia (Declaration of the 44th session of the International Conference on Education, 1995). Pariisissa ilmaistut tavoitteet löytyvät lukion opetussuunnitelman perusteista aihekokonaisuuksien yhteydestä. Aktiivinen kansalaisuus ja yrittäjyys -osuudessa painotetaan mielestäni enemmän yrittäjyyttä kuin kansalaisuutta. Kestävä kehitys -osuudesta löytyvät hyvät tavoitteet mutta niiden toteuttaminen jää avoimeksi koska kestävä kehitys ei ole varsinainen oppiaine. Myös kulttuuri-identiteetti ja kulttuurien tuntemus ovat aihekokonaisuuksia, joiden tavoitteet sivuavat maailman kansalaisuutta .



Kuvio 16. Uusi terveydenlukutaito: Kokonaisvaltainen terveydenlukutaito

Kuviosta ilmenee, että kokonaisvaltaisesti terveydenlukutaitoinen on suvaitsevainen ja ihmisten erilaisuuden luonnollisena asiana hyväksyvä. Kulttuuritietoisuus tarkoittaa sitä, että hän tiedostaa erilaisten terveyskulttuurien vaikutuksen terveydentilaan ja myös oivaltaa, että taide eri muodoissaan edistää terveyttä. Kokonaisvaltaisesti terveydenlukutaitoinen on lisäksi ympäristötietoinen ja huolestunut ympäristön tilasta niin kotimaassa kuin koko maailmassa. Hän näkee yhteyden länsimaiden yltäkylläisen elämän ja kehitysmaiden puutteen välillä ja on halukas etsimään ratkaisua ongelmaan. Kokonaisvaltaista terveydenlukutaitoa kuvaavat seuraavat ominaisuudet:

- on suvaitsevainen erilaisia ihmisryhmiä kohtaan
- on antirasisti
- tiedostaa laajasti kulttuurierojen merkityksen terveydelle
- tiedostaa taiteen ja sivistyksen merkityksen terveydelle
- ymmärtää sosiaalisen pääoman merkityksen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen terveyteen vaikuttavana asiana
- on huolissaan ympäristöuhkista
- arvostaa ja suojelee ympäristöä
- kritikoii länsimaisen elämänmenon epäkohtia terveydelle haitallisena
- haluaa toimia maailmanlaajuisen terveyden edistämiseksi

7 POHDINTA

7.1 Tulosten pohdinta kirjallisuuden valossa

Terveyslukutaidon tasot

Tutkimuksen ensimmäinen tehtävä oli selvittää lukiolaisten terveyslukutaitotasojen kuvaus ylioppilaskokeen terveystiedon reaalikokeen vastauksissa. Analysoituja vastauksia oli 611 kappaletta ja ne jakautuivat seuraavasti: perusterveyslukutaidon taseisia vastauksia oli 140 (noin 23% kaikista vastauksista), toiminnallisesti terveyslukutaitotaseisia vastauksia oli 229 (37% vastauksista) ja kriittisen terveyslukutaidon tasolle ylsi 194 vastausta (32%). Aineistosta poistettuja, niukkoja vastauksia oli 48 (8% kokonaismäärästä). Vastaavanlaista tutkimusta ei ole aikaisemmin tehty. Peilaan tuloksia sellaisiin tutkimuksiin, joissa terveyslukutaitoa on tutkittu tai sivuttu. Tutkimuksissa mitataan nuorten terveyskäytttymistä terveyslukutaitoon sovellettuna. Tutkimusten vertaaminen tutkimuksen tuloksiin on ongelmallista, koska en selvitä nuorten terveyskäytttymistä vaan kuvaan reaalikokeiden vastauksissa ilmeneviä piirteitä terveyslukutaidosta.

Jakosen (2005) tutkimuksessa itäsuomalaisten peruskoululaisten näkemyksistä ja kokemuksista terevysoppimisessa todettiin, että oppilailla oli monipuolista terevyslukutaitoa, joka ei jakautunut tasaisesti. Jakonen toivoo terevyslukutaito-käsitteen operationalistamista edelleen, jotta terevyslukutaitoa voitaisiin paremmin arvioida ja hyödyntää. (Jakonen 2005, 76, 178-180) Jakosen peräänkuuluttamaa terevyslukutaidon käsitteen operationalistamista jatkan tutkimuksellani.

Tutkimuksessani suurin haaste oli toiminnallisen terevyslukutaidon arviointi. Kaasalainen ym. tutkivat terevysliikunnan lukutaitoa. Terevysliikunnan lukutaito jaettiin ”hyvään” ja ”huonoon”. He löysivät viitteitä terevysliikunnan lukutaidon hierarkkisista taseista. Toiminnalliseen terevyslukutaitoon kuuluvat tiedon vastaanottaminen

ja ymmärtäminen. Kriittisen terveystieteen lukutaidon tutkiminen jäi vähäiseksi, koska arviointi olisi vaatinut tarkennuksia tiedon soveltamisesta, liikunnan sosiaalisesta ympäristöstä ja yhteisön liikunta-aktiivisuuteen vaikuttavista tekijöistä. (Kaasalainen ym 2011)

Tutkimuksessani naisten vastauksia oli enemmän kuin miesten ja naisten kokonaisarvosanat terveystiedon ylioppilaskokeessa olivat miesten arvosanoja korkeammat. En vertaillut naisten ja miesten vastauksista muodostunutta terveydenlukutaitoa. Aikaisemmin tehdyissä tutkimuksissa tyttöjen terveydenlukutaito on todettu paremmaksi kuin poikien. Aktiivinen liikunnan harrastaminen on yhteydessä korkeaan terveydenlukutaitoon. (Hoikkala ym. 2005, 131-132; Koski 2005, 308, 316)

Suomalaisten tutkimusten valossa näkee, että terveydenlukutaitokäsite on vakiintumaton. Laine tulkitsee heikoksi terveydenlukutaidoksi tilanteen, kun masentunut nuori ei osaa käsitellä terveystietoa niin että voisi tehdä omaa terveyttään koskevia päätöksiä. Terveydenlukutaito on kehittynyt, kun masentunut osaa kuulostella masennustaan. (Laine 2006, 41-42) Salasuo (2006) tutki ekstaasia käyttävien nuorten terveydenlukutaitoa. Nuorten terveydenlukutaito vaihteli paljon. Riskien tulkinta jäi käyttäjän ja käyttäjäkulttuurissa muodostuneen terveydenlukutaidon varaan. (Salasuo 2006, 56-57) Yliopisto-opiskelijoiden terveydenlukutaidosta todetaan, että he hallitsevat terveellisen elämän periaatteet ja osaavat toimia, vaikka ovat epävarmoja terveys-suositusten oikeellisuudesta (Autio ym. 2006, 43).

Kiinnostus terveydenlukutaidon käyttämiseen terveysosaamisen mittarina on lisääntynyt ja sen jatko-operationalistamista on syytä jatkaa. Terveydenlukutaitoa käsitteenä on ulkomaisissa tutkimuksissa käytetty runsaasti. Viime vuosina määrällisiin terveydenlukutaitomittauksiin on usein liitetty myös laadullinen osio. Esimerkiksi Ishikawan ym. tutkimuksessa todettiin hyvän vuorovaikutuksellisen terveydenlukutaidon olevan yhteydessä säännölliseen liikkumiseen, valmiuksiin käsitellä työstressiä, ongelmatilanteiden ratkaisukykyyn ja sosiaalisen tuen etsimiseen (Ishikawa ym. 2008).

Terveyden olemus ja terveyteen vaikuttavat tekijät

Toinen tutkimustehtäväni oli selvittää, miten terveydenlukutaidon eri tasoilla olevat opiskelijat kuvaavat terveyden olemusta. Tutkimuksessani lukiolaiset määrittelevät terveystiedon reaali-koevastauksissaan terveyttä WHO:n määritelmän mukaan fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena hyvinvoinnin tilana. He kuvaavat terveyttä myös kuntona, hyvinvointina, yleisenä hyvänä olona, toimintakykyinä, tulevaisuutena ja kehityksenä. Opiskelijoiden vastauksista kuvastuu terveyden arvostaminen. Kriittisen terveydenlukutaidon tasoissa vastauksissa korostuu yhteiskunnallinen näkökulma niin, että terveyden edistämistä pidetään kansantautien ehkäisykeinona.

Kouluihin kaivataan terveys-käsitteen sijaan hyvinvointikäsitettä (Tossavainen ym. 2002, 74). Tossavainen ym. (2004) toteavat terveystiedon paradigmatuoksen näkyvän arvojen muutoksena. Myönteinen terveystiedon käsite merkitsee terveysvarannon kasvattamista ja kokonaisvaltaista terveyden edistämistä. Poskiparta (2002, 162) näkee terveystiedon jatkuvassa muutoksessa olevana joksikin tulemisena.

Opiskelijoiden reaali-koevastauksissa ilmenee huoli nuorten terveydestä. Lukiolaiset kirjoittavat nuorten käyttävän liikaa nautintoaineita, lihoavan roskaruoan syömisestä ja olevan välinpitämättömiä omasta terveydestään. Opiskelijoiden vastauksista selviää, että he tiedostavat huonojen elintapojen kasautuvan. Vastausten perusteella lukiolaiset säilyttävät päävastuun terveyden hoitamisesta ihmiselle itselleen. Pietilä ym. (2002b, 36) korostavat vastuuta oman elämän päätöksistä ja päätösten seurauksista. Osassa reaali-koevastauksista muistutetaan elinympäristön vaikutuksesta ihmisen terveyteen. Terveystiedon syventävän kurssin (TE2) tavoitteena on, että oppilas osaa perustella valintojaan terveyden näkökulmasta ja arvioida elämäntapaan ja ympäristöön liittyvien valintojen merkitystä terveydelleen.

Terveystiedon reaali-koevastauksista näkyy se, että lukiolaiset arvostavat koulutusta. Koulutuksen kirjoitetaan vaikuttavan hyvään terveyteen, korkeaan yhteiskunnalliseen asemaan ja työnsaantiin. Terveystiedon syventävän kurssin (TE1)

tavoite on, että opiskelija tunnistaa terveyseroihin johtavia tekijöitä. Aikaisempien tutkimusten mukaan vanhempien alhainen koulutustaso tai ammattiasema vaikuttavat erityisesti miesten myöhempään elintapoihin. Korkeasti koulutetuilla on matalasti koulutettuja paremmat tiedolliset ja taloudelliset edellytykset elää terveellisesti. (Koskinen 2006). Miehet, joiden vanhemmilla on matala koulutustaso ovat lihavampia, tupakoivat enemmän ja liikkuvat vähemmän kuin ne, joiden vanhempien koulutustaso on korkea (Mäkinen 2011). Nuorten liikunta-aktiivisuus on myönteisesti yhteydessä vanhempien korkeaan sosioekonomiseen asemaan (Kantomaa ym. 2010). Varhaislapsuuden kulttuuriympäristö ohjaa lapsen sosiaalisen pääoman muodostumista ja vanhempien yhteisöllisyys liittyy lapsen hyvinvointiin ja terveyteen (Hyyppä 2002, 162).

Tutkimuksessani useat kokelaista kirjoittivat pitävänsä terveystieto-oppiainetta tärkeänä ja monien mielestä sen tuntimäärää pitäisi lisätä. Vuoden 2007 kouluterveyskyselyssä lukiolaisista 70 % totesi terveystiedon opetuksen lisänsä heidän tietojaan ja valmiuksiaan huolehtia terveydestä, vuonna 2009 luku oli 76%. Reilusti yli puolet lukiolaisista oli sitä mieltä, että terveystieto on opettanut pohtimaan terveyden yhteiskunnallista merkitystä. Yli 80 % opiskelijoista on ryhtynyt pohtimaan omaa terveyttään terveystiedon opetuksen myötä. (Kouluterveyskyselyt 2007 ja 2009). Brown ym. (2007) tutkivat varhaisnuorten terveydenlukutaitoa. Nuorista yli 40 % oli hyvin kiinnostunut oppimaan terveysasioita mutta neljännes ei ollut lainkaan kiinnostunut terveysopetuksesta. Kolmasosan mielestä ystävät ja televisio olivat todennäköisimpiä väärin terveystietojen lähteitä (Brown ym. 2007).

Opiskelijoiden reaalikokeessa kirjoittamat mielipiteet liikuntatunneista saavat tukea aikaisemmista tutkimuksista. Lukiolaisten vastauksista näkyy koululiikunnan arvostaminen. Opiskelijat ilmaisevat halun olla mukana liikuntatuntien sisällön suunnittelussa ja he ehdottavat parannuksia liikuntatuntien mielekkyyden lisäämiseksi. Yleisin kommentti on, että liikuntatunneilla pitäisi olla hauskaa. Liikunnanopiskelijat Suomessa, Ruotsissa, Alankomaissa, Kreikassa ja Japanissa pitivät tärkeimpänä tavoitteena myönteisen liikunta-aseteen

ja fyysisesti aktiivisen elämäntavan syntymistä (Nieminen ym. 2010). Timo Jaakkola on koululiikuntatutkimuksessaan todennut opettajien käyttävän eniten komentotyylisiä ja tehtäväopetusta. Opettajajohtoisuus on huolestuttavaa, koska käsitykset oppimisesta ovat muuttumassa oppilaskeskeiseen suuntaan. (Jaakkola 2010.)

Terveysarvostukset terveystiedon reaalikokeen vastauksissa

Kolmannessa tutkimustehtävässä valotan opiskelijoiden reaalikokeessa ilmaisemia terveysarvostuksia. LOPS:ssa (2003, 210) korostetaan, että terveystiedon arvioinnin kohteena on opiskelijan valmius terveyttä ja sairautta koskevaan arvopohdintaan. Vastauksissaan opiskelijat yhdistävät terveyden onnellisuuteen, kertovat ilon löytyvän liikunnasta ja sen tuomasta hyvästä olosta. Nykynuoret elävät kulutuskulttuurissa, jossa elämyksellisyys, nautinto, mielihyvä ja ruumiillisuus ovat orientaatiopisteitä (Hoikkala ym. 2005, 129). Tutkimuksessani kokelaat kirjoittavat arvostelevasti nautiskelijoista. Elintarvikekauppiat saavat moitteita, kun he käyttävät hyväksi ihmisten hedonistisia nautinnon haluja.

Opiskelijoiden vastauksista voi lukea, että median luomat kauneusihanteet ovat kaukana todellisuudesta, ne vääristävät ajatusmaailmaa ja houkuttelevat epäterveelliseen elämään. Moni mainitsee laihuuden ihannoinnin ja siitä seuraavan sairaalloisen laihduttamisen. LOPS:n tavoitteissa Viestintä- ja mediaosaaminen-aihekokonaisuudessa on tavoitteena, että opiskelija oppii mediakriittisyyttä. Myös terveystiedon (TE3) keskeisissä sisällöissä peräänkuulutetaan opiskelijoiden kriittistä lukutaitoa median terveydestä välittämien mielikuvien suhteen. Tutkimusten mukaan media vaikuttaa vahvasti länsimaiseen kulttuuriin. (Ojanen 2001, 30). Lukiolaisista 31% myöntää netissä vietetyn ajan aiheuttavan ongelmia opiskelussa. (Kouluterveyskysely 2010) Nuoret 8-18 -vuotiaat viettävät keskimäärin kuusi ja puoli tuntia päivästä median parissa (Manganello 2008). Median viestit voivat ristiriitaisina hämmentää nuoria (Begoray ym. 2009). Eniten nuorten seuraama mediakanava oli televisio (Levin-Zamir ym. 2011).

Tutkimuksessani miesopiskelija kirjoittaa median pornoistumisen muokkaavan käsitystä kauneudesta: *”nuoret pitävät itseään normaalia rumempana”*. Hän arvelee tätä yhdeksi syyksi nuorten masentuneisuuden lisääntymiseen. Vastausten perusteella vaikuttaa siltä, että monen nuoren elämä on rankkaa. Nuoret peräävätkin oikeuttaan tulla hyväksytyiksi sellaisina kuin ovat. Tutkimusten mukaan median vaikutus naisten kauneusihanteisiin on vahva ja naistenlehdissä ja televisiossa korostetaan painonhallintaa, joka voi aiheuttaa paineita ja jopa häpeää (Autio ym. 2006, 49). Täysin samoilla linjoilla on Oinas (2006, 76) kirjoittaessaan: *”Katukuvan pornografisoituminen, kauneusihanteen anorektinen riutuminen ja normaaliuden kapeampi määrittely vaikuttavat auttamatta tyttöjen hyvinvointiin ja terveyteen.”*

Reaalikokeen vastauksista ilmenee, että opiskelijat näkevät myönteisenä internetin juttuseuran ja ”saitit”, joissa voi keskustella asiantuntijankin kanssa mieltä painavista asioista. Laine (2006, 33, 36) näkee internetin anonymiteetin mahdollistaneen nuorten salatuksi masennuksen tutkimisen. He, jotka eivät kasvotuksin kerro masennuksestaan, voivat tehdä sen internetissä. Jakosen (2005) tutkimuksessa oppilaiden mielestä mediassa korostetaan liikaa päihiteitä ja väkivaltaa. McCray (2005) toteaa, että internetin ja muun viestintäteknologian roolia on vasta alettu ymmärtää terveydenhuollossa.

Useat kokelaat kirjoittivat, että yhteiskunta on liian kiireinen. Heidän mielestään kiireyhteiskunta vaarantaa terveyden. Lukiolaiset kirjoittavat välillä moittivaan sävyyn myös teknologiasta, joka tukee ihmisten laiskuutta ja liikkumattomuutta. Samansuuntaista kritiikkiä tuo esiin Tossavainen ym. (2002, 62) todetessaan, että länsimaisen postmodernin yhteiskunnan lyhytjänteisyys ja kokemuksellinen elämisyhteiskunta houkuttelevat onnen ja tyydytyksen etsintään elämää kuluttavilla tavoilla (Tossavainen ym. 2002, 62).

Reaalikokeen vastauksien perusteella lukiolaiset haluaisivat enemmän yhteistä aikaa vanhempiansa kanssa. Kokelaat kaipaavat keskustelua elämästä ja selviä ohjeita ja määräyksiä.

Vastauksista selviää, että nuoret tiedostavat perhetaustan vaikutuksen elämän suuntaan, sillä terveet elämäntavat opitaan kotona. Jakonen (2005, 168) toteaa, että koti on tärkein myönteinen terveysvaikuttaja. Kouluterveyskyselyn (2010) mukaan 9% lukiolaisista ei juuri koskaan keskustele asioistaan vanhempiensa kanssa. Neljäsosa keskustelee usein vanhempiensa kanssa ja 35% silloin tällöin. Tietoisuus lähipiirin välittävästä ja asioista perilläolevasta ihmisestä on tärkeä oppilaiden hyvinvoinnille ja turvallisuudelle (Jakonen 2005, 169; Begoray ym. 2009).

Nuorelle on tärkeää tulla kaveripiiriin hyväksymäksi. Tämä on reaalikokeen vastausten perusteella yksiselitteistä. Ylipainon haitat korostuvat lukiolaisten vastauksissa. Lihavuus koetaan jopa esteeksi seurustelukumppanin löytymiselle ja yltiöpäinen painonpudotus voi johtaa syömishäiriöihin ja lihavuus koulukiusaamiseen. Vuodesta 1977 vuoteen 2003 12-18-vuotiaiden lihavuus on kaksinkertaistunut (Puuronen 2006, 12). Varusmiesten paino on noussut 90-luvun alusta noin seitsemän kiloa pituuden säilyessä lähes entisellään (Hoikkala ym. 2009, 302). Kouluterveyskyselyn (2010) perusteella tytöistä 32% ja pojista 16 % pitää itseään ylipainoisena. Puurosen (2006, 135) mukaan lihavuus on yksi syy kiusaamiseen. Lukiolaisista 83% ilmoittaa, ettei heitä ole koskaan kiusattu koulussa. Kiusatuiksi tulleista oli 1% kiusattu useita kertoja viikossa. Tämä tarkoittaa, että reilua 200 lukiolaista kiusataan koulussa useita kertoja viikossa. (Kouluterveyskysely 2010)

Erityinen opiskelijoiden huolenaihe, joka toistuu monessa reaalikoevastauksessa, on epä tietoisuus ja pelko tulevaisuudesta. LOPS:ssa terveystiedon syventävän kurssin (TE2) oppisisällöissä huomioidaan elämänilo, mielenterveyden ylläpitäminen ja jaksaminen sekä masennuksen ja kriisien kohtaaminen. Kouluterveyskyselyn mukaan valtaosa lukiolaisista suhtautuu tulevaisuuteen toiveikkaasti (61%) mutta 8% näkee tulevaisuuden melko toivottomana. Alakuloa, surullisuutta, masentuneisuutta ja alavirettä tunsivat 12% lukiolaisista (Kouluterveyskysely 2009).

Taloudelliset arvostukset ovat yleisiä opiskelijoiden kommentissa. Lukiolaiset sanoittavat huolensa lisääntyvästä taloudellisesta eriarvoisuudesta. Yllättäen kokelaat kirjoittavat,

että ylioppilaskoetehtävässä ehdotettu uusi maksukäytäntö itse aiheutettujen sairauskulujen maksamisesta saisi nuoret elämään terveellisesti rahan menettämisen pelossa. Idean uudesta terveydenhuollon rahoitusyhteisöstä ehdotti Sitran yliasiamies Esko Aho (Aho 2006). Pyrkimys tehokkuuteen näkyy sosiaali- ja terveystieteiden strategioissa. Suuntaus on sopusoinnussa yhteiskunnallisen ilmapiirin kanssa, jossa talouskasvu, kulutus, tulos ja investoinnit ovat keskiössä. (Aarva ym. 2005a, 17)

Ympäristötietoisuus näkyy parhaiten kriittisesti terveydenluktaitoisten opiskelijoiden vastauksissa, joissa he tiedostavat ristiriidan kehittyneiden maiden kerskakulutuksen ja kehitysmaiden nälänhädän välillä. Ristiriidassa nähdään ekologisia piirteitä. Osa opiskelijoista haluaa muuttaa tilannetta tasa-arvoisemmaksi. Vahvimmin ympäristöön liittyvät oppimistavoitteet on kuvattu LOPS:n Kestävä kehitys – aihekokonaisuudessa. Tavoitteena on muun muassa, että opiskelija pohtii kestävä elämäntapaa ja ekotehokasta tuotantoa. Opiskelijan toivotaan osaavan ja tahtovan toimia kestävä kehityksen ja yhteisen hyvän tulevaisuuden puolesta. Mikkolan (2001, 96, 118) mukaan tieto luonnon kestävyys rajoista on yleistynyt ja muokannut maailmankuvaamme samalla kun ympäristöön liittyvät uskomukset ja arvostukset ovat muuttuneet. Maailmankuva on muuttumassa holistiseen ja ekologiseen suuntaan.

Terveydenluktaito ja LOPS:n tavoitteiden yhteensopivuus

Silloin kun vastauksessa mainittiin LOPS:n terveystiedon yleisten tavoitteiden mukaisesti terveyteen liittyviä käsitteitä ja osoitettiin terveyden- ja sosiaalihuollon peruspalvelujen tuntemusta, sijoitin vastauksen perusterveydenluktaito tasolle. LOPS:n oppimistavoitteet ilmaistaan verbeillä samoin kuin Bloomin taksonomiassa. Tämä helpotti luokittelua. Perusterveydenluktaito vastaa Bloomin taksonomian alinta tasoa, muistamistasoa. (Liitekuviot 3 ja 4, liitetaulukko 3)

Toiminnallista terveydenluktaitoa opiskelija LOPS:n tavoitteisiin verrattuna osoittaa, kun hän osoittaa ymmärtävänsä esimerkiksi sairauksien ja erityisesti kansantautien ehkäisyn.

Bloomin taksonomiassa verbit ymmärtää ja soveltaa vastaavat toiminnallista terveydenlukutaitoa eli häntä, joka on motivoitunut hoitamaan itseään. Toiminnallisen terveydenlukutaidon operationalistamisessa oli vaikeutena, ettei reaalikokeella mitata opiskelijoiden terveystietämystä. (Liitekuvio 3 ja 4, liitetaulukko 3)

LOPS:n terveystiedon yleisiin tavoitteisiin sovellettuna kriittinen terveydenlukutaito saavutetaan, kun opiskelija esimerkiksi arvioi ja tulkitsee terveyttä ja sairautta koskevaa tietoa ja terveystietämyksiin liittyviä ilmiöitä. Bloomin taksonomian verbit analysoi ja arvioi ovat käytössä LOPS:n tavoitteissa. (Liitekuvio 3, 4 ja liitekuvio 3) Valitsin analysoitavakseni vain sellaiset ylioppilaskoetehtävät, jotka tehtävänantonsa perusteella edellyttivät kriittistä terveydenlukutaitoa. Aineistoni kahdeksan tehtävää johdonmukaisesti ja perustellen vastattuina tuottivat tutkimuksessani kriittisen terveydenlukutaidon tason.

7.2 Ehdotukset terveystieto-oppiaineen kehittämiseksi

Nykyiset opetussuunnitelman perusteet antavat hyvän lähtökohdan terveystiedon opetukselle. Oppiaine on ollut itsenäinen kymmenen vuotta. Opettajakoulutus on hyvässä vauhdissa. Oppikirjatuotanto on runsasta ja internetissä on saatavilla asiallista oppimateriaalia. Opetushallitus ylläpitää opettajien verkkopalvelua (www.edu.fi), ja tämän lisäksi sähköinen terveystietokirjasto on käytössä. (Aira ym. 2009d, 43). Lukiolaisten tiedot ja taidot huolehtia omasta terveydestään ja pohtia terveystietämystä myös yhteiskunnallisena asiana ovat lyhyessä ajassa parantuneet. (Kouluterveystietokysely 2007 ja 2009)

Jaan pohtimani kehittämiskohteet kolmeen ryhmään. Tärkeimpänä pidän tuntimäärän lisäämistä vastaamaan opetussuunnitelman perusteiden tavoitteita. Oppiaineen suosion kasvattaminen poikien keskuudessa on toinen tavoite. Kolmantena on ajan hermolla pysyminen, jolla tarkoitan nuorten kasvun ja identiteettikehityksen tukemista

kiireyhteiskunnan keskellä, hiljentymisen ja pohdinnan sekä kiireettömän elämäntavan hyväksymistä sekä ympäristötietoisuuden painottamista.

Terveystiedon oppituntien lisääminen

Kehittämiskohteista tärkeimpänä pidän terveystiedon oppituntien lisäämistä, jotta opetussuunnitelman perusteiden mukaiset oppisisällöt ehditään käsitellä. Terveystiedon reaalikokeeseen osallistuneet lukiolaiset kirjoittavat tuntien lisäämistarpeesta. Lähivuosina uusitaan lukion opetussuunnitelman perusteet ja toivottavasti silloin nostetaan terveystiedon tuntimäärää. Terveystiedon opettajat ovat asiasta samaa mieltä (Aira ym. 2009d, 51).

Terveystieto-oppiaine miehiä kiinnostavaksi

Terveystiedon kehittäminen poikia kiinnostavaksi on välttämätöntä. Tutkimukseeni ilman erityistä sukupuoleen liittyvää valintaa tuli 37 miestä ja 104 naista ja naiset pärjäsivät miehiä paremmin. Miesten ja naisten erilainen kiinnostus koulutukseen ja terveystietoon näkyy selvästi ylioppilaskirjoituksiin osallistumisessa. Vuonna 2007 reilusta 33 000 ylioppilaasta vajaan 14 000 oli miehiä. Samana vuonna terveystiedon suomenkielisiä kirjoittajia oli 6625 ja heistä miehiä 1472. (Ylioppilastutkinto 2008). Naisten saamat arvosanat terveystiedon reaalikokeissa olivat miehiä parempia (Vertio ym. 2007).

Terveystiedon reaalikokeeseen vastanneet lukiolaiset kirjoittivat, että hyvä koulutus takaa myös hyvän terveyden. Suomalainen tutkimus tukee opiskelijoiden havaintoa. Mitä parempi koulutus ihmisellä on, sitä parempi on myös terveys (Kantomaa ym. 2010, Koskinen 2006, Mäkinen 2011).

Koska monet kansansairaudet johtuvat elämäntavoista, olisi tärkeää saada pojat innostumaan terveystiedosta. Tutkimukseeni osallistuneet pohtivat kirjoituksissaan naisten ja miesten terveyseroja. He kirjoittavat, että naiset haluavat

näyttää hyvältä ja siksi pitävät huolta terveydestään ja miehet menevät lääkäriin vasta kun on pakko. Suomalaisten miesten terveystiedon malli on ristiriitainen verrattuna terveydestä huolehtimiseen ja terveisiin elämäntapoihin (Ojajärvi 2009, 298). Länsimaisessa miehisyysskulttuurissa terveysasiat eivät ole yhtä merkittäviä, kuin mitä ne ovat naisille. (Koski 2006, 27)

Pojat voisivat kiinnostua terveystiedosta oppilaskeskeisten opetusmenetelmien käytön avulla (Jakonen 2005, 173). Tätä toivoivat tutkimukseen osallistuneet kokelaat kirjoittaessaan liikunnan opetuksesta. Miehiä kiinnostavat liikunta, kuntotestit ja lihasten kasvattaminen (Aarva ym. 2005a, 16) sekä seurustelu ja seksuaalikasvatus (Cacciatore 2005, 147-188). Molempia aiheita käsitellään jo nyt terveystiedon opetuksessa. Sukupuolten välisestä terveystajun erosta johtuen kannattaa terveyskasvatus paketoita tytöille ja pojille erikseen (Koski 2006, 27-28).

Maamme instituutiot elävät omissa saarekkeissaan. Ennen asepalvelusta nuoret altistuvat kuulopuheista värityneelle kollektiiviselle ”inttistoorille”. Armeijan terveystaju tukee ”miehistä terveystajusta”, tuska ja tuntemukset tukahdutetaan. Kasarmilla terveyden edistämisen tulisi mukailla enemmän siviilielämän kuin sodanajan käytäntöjä (Ojajärvi 2009, 299-301). Urheiluseuroissa on vallalla perinteinen miehinen soturimalli, jossa terveyttä ei arvosteta mutta johon kuuluu alkoholi (Koski 2006, 31). Ehdotan, että ammattikoulun ja lukion terveystiedon, armeijan ja urheiluseurojen terveysvalistuksen välille rakennetaan ”terveysilta”, jossa nuorten miesten terveydenlukutaitoa yhteistuumin edistetään.

Terveystieto-oppiaine ajan hermolle

Lukiolaiset ilmaisevat terveystiedon reaalikokeessa huolensa kiireyhteiskunnasta. Ajan hermolla pysyminen terveystiedon opetuksessa on tämän huolen huomioimista. terveystieto-oppiaineen avarat tavoitteet mahdollistavat myös inhimillisen elämän pohtimisen (LOPS 2003). Opiskelijoiden kirjoituksissa näkyi kaipuu kiireettömyyteen. Vaikka kulttuurissamme

korostetaan aktiivisuutta terveyden ja hyvinvoinnin saavuttamiseksi, voitaisiin huomioida myös toimettomuuden, sisäisyyden, hiljaisuuden ja henkisyiden arvo (Aarva ym. 2005a, 18-19). Puuronen (2006, 17) kysyy, mahtuisiko terveystiedon tunneille osuus, jossa opiskelija voisi levähtää. Filosofian näkökulmasta asiaa pohtii Pihlström. Hän kirjoittaa nykypäivän ilmiöstä: pseudotieteellisten ”terapioiden” ja itsetunto-oppaiden kaupallisesta menestyksestä. Hän pohtii, voisivatko filosofiset ideat olla apuna terveyden edistämässä ja medikalisoitumisen vähentämässä. (Pihlström 2002, 29-30.)

Aarvan ym. (2005a) ja Pihlströmin (2002) toiveet tukevat Kannaksen kuvaamaa terveystieto-oppiaineen luonnetta. Terveystiedon eetos lähenee filosofiaa arkisesti ihmettelynä, epäilynä, kysymyksinä, ajattelutaitojen kehittymisenä ja vastausten perustelemisena. Terveystieteen liittyvien arvojen ja arvostusten peilaaminen omaan terveyteen, riskeihin ja jopa kuolemaan edellyttävät pohdiskelua. Yhteiskuntapolitiikkaa, kaupallisuutta ja mainontaa on tärkeätä oppia arvioimaan kriittisesti. (Kannas 2005a, 11.) Analysoimissani terveystiedon ylioppilaskoevastauksissa ilmeni kovaa kritiikkiä yhteiskunnan nykymentä ja kaupallisuutta kohtaan.

Aarvan ym. (2005a), Pihlströmin (2002) ja Kannaksen (2005a) toteamukset vahvistavat myös tarvetta oppituntien lisäämiseen. Asioiden pohtiminen vaatii aikaa. Voisiko terveystieto oppiaineena edistää kiireetöntä elämänmallia? Nuoret kirjoittavat, että he haluaisivat olla pitempään lapsia. Yllättävän moni opiskelija arvelee vastauksissaan nuorten masentuneisuuden lisääntymisen syyksi tulevaisuuden pelon. Terveystieto voi oppiaineena auttaa nuoren identiteetin kasvussa.

Kokelaat ilmaisevat huolensa maailman menosta ja ympäristön tilasta. Näitä asioita olisi aineistoni perusteella syytä käsitellä terveystiedon oppitunneilla. Ekologinen maailmankuva on saamassa valtaa ja nuoret ovat kehityksen eturivissä. Opiskelijat toivovat opetukseen ympäristöteemoja ja tietoa vaihtoehtoisista elämäntavoista, kuten kasvisruokavaliosta (Begoray ym. 2009).

Ajan hermolla pysyminen on ympäristötietoisuutta. Lukio-koulutuksen arvoperustassa todetaan: *”Lukion tulee korostaa kestävän kehityksen periaatteita ja antaa valmiuksia kohdata muuttuvan maailman haasteet.”* Tähän suuntaan on syytä enenevässä määrin mennä myös terveystieto-oppiaineen kehittämisessä. Terveystiedon nykyiset tavoitteet sivuavat ympäristökysymyksiä. (LOPS 2003, 211- 212). Osan kestävän kehityksen aihekokonaisuuden tavoitteista voisi nostaa terveystiedon opetuksen tavoitteiksi. Esimerkiksi: *”Osaa tehdä yhteistyötä paremman tulevaisuuden puolesta paikallisesti, kansallisesti ja kansainvälisesti”* sopisi hyvin yhdeksi terveystiedon tavoitteeksi, jolla tähdittäisiin kokonaisvaltaiseen terveydenlukutaitoon.

Tutkimusaineistostani muodostuneen uuden terveydenlukutaidon tason, kokonaisvaltaisen terveydenlukutaidon, kehittyminen olisi helpompaa, jos terveystieto-oppiainetta kehitettäisiin esittämälläni tavalla. Kokonaisvaltaisesti terveydenlukutaitoinen opiskelija on humaani maailmanparantaja. Hän on suvaitsevainen, laajasti kulttuuri- ja ympäristötietoinen sekä maailman tilasta huolestunut ja valmis parantamaan omaa ja muiden ihmisten elämää. Terveydenlukutaidon tasojen soveltaminen lukion terveystiedon opetussuunnitelman perusteiden oppimistavoitteisiin voisi jäsentää opetusta. Lukion terveystiedon oppimistavoitteissa tulisi entisestään korostaa kriittisen ajattelun vahvistamista, koska se johtaa parhaimmillaan korkeaan terveydenlukutaidon tasoon. Kriittinen lukutaito mainitaan terveystiedon (TE3) kurssin tavoitteena kohdistuen tutkimustiedon ja median terveydestä välittämään mielikuvaan.

7.3 Tutkimuksen teoreettisten lähtökohtien pohdinta

Terveyden edistämisen paradigma on muuttunut yksilö- ja asiantuntijakeskeisestä yhteisökeskeiseen, yhteistoiminnalliseen ja osallistuvaan terveysoppimiseen, jonka tavoitteena ovat terveydenlukutaito ja elämänhallinta. (Tossavainen ym. 2004). Hyypä (2002, 54) näkee terveyttä edistävän yhteisöllisyyden

ja sosiaalisen pääoman tarkastelun haastavina, kun niitä tulkitaan talouden kovissa kehyksissä. Ajattelen, että terveyden edistämisen ja terveysopetuksen päämäärä on hyvä elämä. Hyvän elämän kriteerejä on monia lähtien ”*kurjuuden ja kärsimyksen välttämisestä*” (Määttä 2006, 124) päätyen Markku Ojasen (2001, 49) hyvän elämän seitsemään pääkohtaan.

Hannu L. T. Heikkinen (2005, 26) kiteyttää dialogisen terveyskasvatuksen seuraavasti:

”Ehdotan siis terveyskasvatuksen perustaksi Aristoteleen ajatuksia hyvästä elämästä yhdistettyjä valistusfilosofian järjellisyteen ja vielä ryyditettynä postmodernilla heittäytymisellä. Päämääränä on kriittisesti omaa järkeään käyttävä, täysi-ikäinen ihminen, joka ymmärtää elämänvalintojensa terveysseuraamukset ja kantaa niistä vastuun. Hän välttää kuitenkin tulemisen vangituksi järjen rautabäkkiin ja löytää tasapainon hetkeen tarttumisen ja pitkäjänteisen, järkeen perustuvan elämänpolitiikan välille.”

Heikkisen humanistinen terveyskasvatusmalli kuvastaa ajatteluani. Humanistisen mallin tavoitteena on nuorten hyvä terveyssivistys. Kannaksen mukaan terveyssivistys on sitä, että nuoret uudistavat tietojaan, taitojaan, asenteitaan ja arvojaan suhteessa terveyteen ja sairauteen. Terveystiedon tehtävä on lisätä opiskelijoiden terveyssivistyspääomaa niin, että heidän elämänhallintansa ja henkinen kasvunsa jalostuu. (Kannas 2005b, 24-25)

Terveyden edistämisen näkökulmasta sosiaalinen ja yhteisökeskeinen malli on lähinnä ajatteluani. Terveyskäsitys on positiivinen ja oikeudenmukaisuus, tasa-arvo ja yhteisölliset arvot korostuvat. Opetuksessa korostuvat ideoiden etsintä ja yhdessä pohtiminen. Yhteiskunnan toiminnan muutoksiin osallistuminen ja päättäjiin vaikuttaminen on keskeistä. (Raatikainen 2002, 17-22) Arvot, käsitys ihmisestä ja terveydestä, ovat terveyden edistämisen perusta ja ihmisarvon kunnioittaminen on tärkein arvo (Kylmä ym. 2002, 62).

Terveydenlukutaitoa on mitattu paljon, ääripäänä Yhdysvalloissa kehitetyt nopeat terveydenlukutaidon määrälliset mittarit (esimerkiksi Parker 2000; Weiss ym. 2005; Gazmararian ym. 2006; Zarcadoolas ym. 2006; Ibrahim ym. 2008; Jovic-Vranes 2009). Kuluttajien terveydenlukutaitoa tutkivat Adkins ym. (2009) teoreettisena viitekehyksenä Bourdieun sosiaalinen pääomateoria. Ishikawan ym. (2008) tutkimuksessa terveydenlukutaitoa mitattiin kyselylomakkeella. Kiinalaisen Wangin (2000) tutkimuksessa olivat käytössä operationalistetut terveydenlukutaitotasot, jotka kohdistuivat terveysopetukseen. Israelilaisten terveydenlukutaitotasot oli operationalistettu diabeteksestä selviämisen tutkimiseksi (Levin-Zamir ym. 2001).

Tarkastelin tutkimuksessani lukiolaisten terveydenlukutaidon tasoja heidän terveystiedon ylioppilaskoevastaustensa pohjalta. Pyrin valottamaan lukiolaisten tapaa kuvata terveyden olemusta ja terveysarvostuksia. Ylioppilaskirjoitusvastausten tutkiminen sisällönanalyysi-menetelmää käyttäen oli mielenkiintoinen mutta haastavaa tehtävä. Terveydenlukutaitotasosta ongelmia tuotti toiminnallisen terveydenlukutaidon mittaaminen, koska se kertoo terveyskäyttäytymisestä (vertaa Kaasalainen ym. 2011). Ylioppilastutkinnon reaalikokeella ei mitata lukiolaisten terveyskäyttäytymistä vaan tietoja ja taitoja sekä kypsyttä aineenhallinnassa. Ratkaisin ongelman niin, että poimin toiminnallisen terveydenlukutaidon osoituksina lukiolaisten kirjoittamat kommentit, joista saatoin tulkita heidän tarkoittavan terveystensä hoitamista. Analysoimani kahdeksan tehtävän hyvä vastaus edellyttää kriittisen terveydenlukutaidon tasoa.

Arvojen mittaamiseksi olisi ollut myös käytössä Schwarzin arvomittari (Puohiniemi 2002). Käytin apuna laadullista sisällönanalyysia, jossa deduktiivisen päättelyn avulla tukeuduin Erik Ahlmanin arvotyypittelyyn. Arvostusten valinta vastauksista oli haastavaa. Arvostusten erottelun tekstimassasta tein muodostamani arvostuskriteerilistan pohjalta. (Liitetaulukko 3).

7.4 Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden pohdinta

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelussa olennaista on koko tutkimusprosessin arviointi ja tutkijan subjektiviteetin paljastaminen. Tutkimuksen analyysivaihetta ja luotettavuuden arviointia on vaikea erottaa toisistaan. (Eskola ym. 2003, 210, 208). Lukijan tulee kyetä seuraamaan tutkimusprosessia aiheen valinnasta johtopäätösten tekoon. Tuomi & Sarajärvi (2006, 135) painottavat laadullisen tutkimuksen arvioinnissa tutkimuksen sisäistä johdonmukaisuutta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista on runsaasti kirjallisuutta (ks. Alasuutari 2001; Denzin ym. 2005; Eskola ym. 2003; Graneheim ym. 2004; Miles ym. 1994; Shenton 2004; Silverman 2006; Tuomi ym. 2006). Joissakin lähteissä todetaan, että määrällisen tutkimuksen luotettavuusmittareita eli validiteettia ja reliabiliteettia voidaan käyttää myös laadullisessa tutkimuksessa mutta niiden käyttö voi aiheuttaa hämmennystä (Tuomi ym. 2006, 133; Shenton 2004).

Arvioin tutkimukseni luotettavuutta Graneheimin ja Lundmanin (2004) mallin avulla. Laadullisessa tutkimuksessa tulkintojen luotettavuus perustuu argumenteille, jotka ovat todennäköisiä tulkintoja. Luotettavuus lisääntyy, jos tulokset esitetään niin, että lukijalle jää mahdollisuus vaihtoehtoisin tulkintoihin. Tutkimukseni luotettavuuden tarkastelun jaan kolmeen kokonaisuuteen. Tarkastelen uskottavuutta ja vastaavuutta (credibility), arvioin tutkimustilannetta, tutkimuksen varmuutta ja riippuvuutta (dependability) sekä siirrettävyyttä (transferability). Lopuksi tarkastelen tutkimusta huomioiden lähtökohtani ja asemani tutkijana sekä tutkimuksen eettisiä näkökulmia.

Terveydenlukutaito on diffuusi, jopa eteerinen, käsite. Sen käytöstä ei ole yksimielisyyttä. Käsitettä on viime vuosina kuitenkin käytetty runsaasti. Terveydenlukutaitokäsitteen operationalistaminen oli haastavaa ja jälkeensä ajateltuna olisin tarvinnut enemmän vertaistukea käsitteen hahmottamisessa.

Muodostin kolme terveydenlukutaidon tasoihin jaettua luokkaa, joissa jokaisessa oli analysoitujen tehtävien mukaiset kriteerit (liitekuviot 5-12). Terveysarvostusten esille saamiseksi tarvitsin kaksi vaihetta. Ensin etsin aineistosta arvostuksiksi tulkitsemani lausumat (liitetaulukko 3) ja sen jälkeen luokittelin ne Erik Ahlmanin arvotyypittelyn mukaisesti. Tämä vaihe oli helpompi ja yksiselitteisempi kuin terveydenlukutaitotasojen muodostaminen. Liitteessä esittämäni arvostuslistaa esittelin tohtoriseminaarissa ja sain konkreettista apua esimerkiksi ryhmään kuuluvalta äidinkielen lehtorilta.

Aineiston keruusta ja osallistujien valinnasta on erillinen esitys Tutkimuksen suorittaminen -kappaleessa. Saadakseni mahdollisimman kattavan kuvan lukiolaisten terveystiedon reaalikokeessa osoittamasta terveydenlukutaidosta otin harkinnan jälkeen mukaan sekä pakollisen että ylimääräisen kokeen kirjoittajat ja hylätyt vastaukset. Graneheim ym. (2004) kehottavat luotettavuuden lisäämiseksi valitsemaan mahdollisimman vaihtelevan joukon tutkittavia. Mukana on miehiä ja naisia samassa suhteessa kuin heitä oli terveystiedon ylioppilaskokeeseen osallistujissa. (Ylioppilastutkinto 2008). Mukana oli myös maahanmuuttajataustaisia opiskelijoita.

Aineiston määrä muodostui harkinnanvaraisesti valitsemieni tehtävien perusteella ylioppilastutkintolautakuntaan palautetuista vastauksista. Palautuneista vastauksista poimin kaikki tutkimustehtäviini soveltuvat. Kevään 2007 kokeesta valitsin tarkasteltavakseni viisi ja syksyn kokeesta kolme tehtävää. Tehtävien valintaperusteet olen esittänyt Tutkimuksen suorittaminen kappaleessa. Aineistona on 141 abiturientin vastaukset ja analysoituja yksittäisiä kysymyksiä 611. Litteroitua tekstiä (fonttikoko 12, ykkösrivinväli) on 374 sivua.

Eskola ja Suoranta (2003, 208) toteavat, että laadullisen tutkimuksen tekijä joutuu pakosta pohtimaan ratkaisujaan ja arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta. Alkuvuonna 2010 aloitin analyysin uudelta pohjalta. Työtä helpotti aineiston tuttuus. Luopuminen aikaisemmin tehdyistä kategorioista oli turhauttavaa mutta välttämätöntä. Aineistolähtöinen luenta kallistui liikaa lausumien määrälliseen tarkasteluun.

Se ei ollut tarkoitukseni eikä vastannut tutkimustehtäviä. Laadullisen sisällönanalyysin painopisteenä on ilmiön sisältö, ei esiintymistiheys (Jyrhämä 2004, 228).

Uskottavuuden saavuttamiseksi on tärkeää valita sopiva merkitysyksikkö. Liian laajaan esimerkiksi useiden kappaleiden pituiseen lainaukseen voi sisältyä useita merkityksiä. Liian kapea lainaus, esimerkiksi yksi sana, voi pirstaloita tutkimuksen. Molemmissa tapauksissa on riski menettää tekstin merkitys tiivistämis- ja abstrahointivaiheessa. Uskottavuus paranee, kun merkitysyksikköjen tiivistämisen ja abstrahoinnin suorittaminen kuvataan mahdollisimman tarkasti. (Graneheim ym. 2004) Merkitystä on myös tehtävien valinnalla. Arvioin jokaisen valitsemani tehtävän edellyttävän kriittistä terveydenlukutaitoa. Aihepiirit valitsin terveyden edistämisen näkökulmasta. Kiinnostukseni oli miten ja millaisia terveyteen liittyviä argumentteja opiskelijat esittävät.

Tutkimukseni varsinainen vaihe jakautui kahteen osaan. Etsiessäni vastausta kokeilaiden terveydenlukutaitoon oli merkitysyksikkönä koko vastaus. Apuna luokittelussa olivat kirjallisuudesta poimimani terveydenlukutaidon tasokuvaukset, Bloomin taksonomian osaamistasokuvaukset sekä lukion opetussuunnitelman perusteiden terveystiedon oppimistavoitteet (LOPS 2003, 210-213). Muodostin jokaisesta yksittäisestä koekysymyksestä (liitekuviot 5-12) erillisen tasokuvauksen, jonka perusteella jaoin vastaukset terveydenlukutaidon tasoihin. Saman opiskelijan eri vastaukset saattoivat sijoittua eri terveydenlukutaitotasoihin. Tutkimuksessani en muodostanut kunkin opiskelijan vastauksista kokonaisarviointia tämän terveydenlukutaidosta vaan tarkastelin yksittäisiä vastauksia.

Etsiessäni terveystarvostuksia kokeilaiden kirjoituksista merkitysyksikkönä oli ajatuskokonaisuus. Sen pituus vaihteli yhdestä lauseesta joissakin tapauksissa useaan kappaleeseen. Merkitysyksikkönä ei olisi voinut olla vain yksi sana, se olisi pirstaloitunut tutkimuksen ja johtanut harhaan. Esimerkiksi ”ravinto” voi olla luomu- tai lähiruokaa, sitä voi olla liian vähän tai liian paljon ja niin edelleen. Liitetaulukossa 3 esitän käyttämäni arvostuskriteerit esimerkkeineen.

Tutkimustulosten uskottavuuden arviointia ovat hyvin valitut kategoriat ja aineiston kattavat teemat. Relevanttia aineistoa ei ole tahallisesti tai vahingossa jäänyt pois eikä epärelevanttia ole mukana. (Graneheim ym. 2004) Tutkimuskirjallisuudessa varoitetaan aineiston analysoinnissa sepittelystä, vääristä materiaalista, poisjättämisistä ja keksimisestä (Christians 2005, 145; Miles ym. 1994, 294; Silverman 2006, 317).

Osa opiskelijoiden kommentteista oli karkeita ja niiden käyttäminen sitaateissa arvelutti. Ylioppilaskokeessa lukiolaisilta edellytetään kirjakieltä ja aineen luonteen mukaista esitystapaa (YTL 30.9.2011). Tutkittavien arvokkuuden säilyttäminen on tärkeä periaate (Eskola ym. 2003, 56). Tätä pohdin koko analyysin ajan. Analyysin kattavuuden varmistamiseksi pyrin siihen, etten perustanut tulkintoja satunnaisiin aineistopimintoihin (Eskola ym. 2003, 215).

Luokittelin vitaaliset terveysarvostukset terveyden määrittelyyn, terveyttä edistäviin ja vaarantaviin asioihin sekä vastuuseen omasta teveydestä. Valitsin luokat sillä perusteella, mitä halusin aineistosta etsiä. Tein valinnan vuosien terveydenhuollon ammateissa kertyneen työkokemukseni perusteella. Ahlmanin arvotyypittely (luku 2.5.2) muodosti selvän analyysirungon. Terveysarvostusten alaluokkien muodostaminen oli haastavaa. Esimerkiksi maahanmuuttajiin liittyvä runsas aineisto olisi sopinut sisällöltään useampaan pääkategoriaan. Sijoitin ne sosiaalsiin terveysarvostuksiin vaikka kyseeseen olisivat voineet tulla myös yhteiskunta ja oikeus, eettiset arvostukset ja jopa taloudelliset arvostukset.

Riippuvuuden ja varmuuden lisäämiseksi kaikille pitää tehdä samat kysymykset (Graneheim ym. 2004). Tutkimuksessani valitsin jokaiselta kokelaalta aineistoksi samat tehtävät. Tutkimustilanne oli kaikille osallistujille yhteinen, ylioppilaskoetilaisuus. Aineiston valinta oli johdonmukainen. Otin mukaan kaiken saatavilla olevan tutkimustehtäviäni valottavan aineiston. Tutkimuksessa on mukana maaseutu- ja kaupunkilukioita, kaikki silloiset läänit ovat edustettuina. Pienin lukio on 52 ja suurin yli tuhannen oppilaan koulu.

Vertaisarviointiin ei ollut mahdollisuutta, mutta tutkimuksen aikaiset jatkotutkintoseminaarit ja niissä käydyt keskustelut

ovat ohjanneet tutkimusta. Tutkimusryhmäläisistä on valikoitunut joitakin läheisiä ihmisiä, joiden kanssa on luettu ja kommentoitu tekstejä. Ohjaajan nopeat kommentit sähköpostissa ovat auttaneet työn etenemisessä. Aineiston analyysikurssilta sai taustatukea. Myös keskustelut aikaisempien ammatillisten kouluttajieni kanssa ovat ohjanneet työtäni sisällöllisesti arvokkaalla tavalla.

Tutkimustulosteni **siirrettävyyttä** luotettavuuden mittana on vaikea arvioida yksiselitteisesti. Operationalisoimani terveydenlukutaidon tasot voinevat toimia jatkossa terveydenlukutaidon mittaamisessa. Olen pyrkinyt kuvaamaan tutkimusprosessia mahdollisimman yksityiskohtaisesti, jotta lukija voi halutessaan arvioida tutkimukseni luotettavuutta ja tulosten siirrettävyyttä. Olen käyttänyt runsaasti sitaatteja tulosten esittelyssä, se edistää siirrettävyyttä. Tutkimus on toistettavissa, koska käyttämäni ylioppilaskirjoitusaineisto säilytetään Ylioppilastutkintolautakunnassa pysyvästi. Muutoin reaalikokeista säilytetään pysyvästi 1% kaikista koesuorituksista (Arkistolaitos 2008).

Esittämäni tulokset abiturienttien terveysarvostuksista eivät ole kovin hyvin siirrettävissä. Arvostukset ovat ihmisen käsityksiä asioiden merkityksestä hyvyyden ja huonouden näkökulmasta (Airaksinen 1994, 24). Kokelaiden tässä tutkimuksessa ilmaisemat terveysarvostukset kuvaavat heidän sen hetkisiä ajatuksia. Nuoret eivät elä umpiossa, vaan keskellä hektistä elämää, jota he vahvasti myös kritikoivat. Airaksisen (1994, 24) mukaan uskomukset ja arvostukset ovat vain sattumoisin tosia ja molempia on aivan liian paljon.

Tutkimuksen eettisyyden pohdinta

Elämäni ohjenuorina pidän hyvyyttä, totuutta ja kauneutta. Ne vaikuttavat myös omiin terveysarvostuksiini. Olen pyrkinyt tiedostamaan tutkimusta tehdessäni omat lähtökohtani. Täydellistä objektiivisuutta on vaikea saavuttaa laadullisessa tutkimuksessa (Jyrhämä 2004, 224).

Näkökulmani tutkimukseen perustuu ammatilliseen taustaani. Olen työskennellyt vuosia terveydenhoitajana

myös kouluterveydenhuollossa ja hoitotyön opettajana terveydenhuolto-oppilaitoksessa. Minulle terveys on ollut aina tärkeä tavoite. Pidän kansanterveyden kohottamista parhaana keinona saavuttaa tasa-arvoinen tilanne yhteiskunnassa. Poliitikkourani aikana pidin punaisena lankana terveyden edistämistä. Jyväskylän yliopistossa suorittamani terveystiedon opettajatutkinto avasi lisänäkökulman terveystietoon. Tutkimusprosessi on vahvistanut mielipidettäni oppiaineen tärkeydestä. Ajattelen edelleen samoin kuin puolustaessani oppiainetta poliittisen käsittelyn aikana. Lapsella on oikeus tietää miten terveyttä hoidetaan. Tämän jälkeen ihmisellä on oikeus valita elämäntyyliinsä. Tutkijan puolueettomuusnäkökulman huomiointi on tärkeä lisä tutkimuksen **luotettavuuden** arvioinnissa. (Tuomi ym. 2006, 133). Tunnustan olevani puolueellinen - olen terveyden puolella.

Tutkimuksen **eettisyyden** tarkastelun tulee ulottua kaikkiin tutkimusprosessin vaiheisiin (Miles ym. 1994, 290; Silverman 2006, 334). Tuomi ym. (2006, 125) toteavat, että kaikki tutkimuksessa tehdyt valinnat ovat moraalisia. Eskola ym. (2003, 52) huomioivat, että tutkijan etiikka on koetuksella koko tutkimusprosessin ajan, mutta tunnistaessaan eettiset kysymykset tutkija todennäköisesti tekee eettisesti kestävää tutkimusta.

Eettisyys ja omat lähtökohtani tutkijana yhdistyvät käsitteeseen *aseptinen omatunto*, jonka opettajamme Ritva Paulin esitteli meille Salon sairaanhoito-oppilaitoksen opiskelijoille vuonna 1972. Muistan, kuinka meihin tuleviin sairaanhoitajiin juurrutettiin aseptinen omatunto. Aseptisuus tarkoittaa sitä, että jos hipaiset neulan kärjen johonkin ennen injektion antamista, vaihdat neulan puhtaaseen. Omantunnon kysymykseksi tilanne muuttuu siinä, että toimit näin vaikkei kukaan huomaisikaan tapahtunutta. Aseptinen omatunto on ohjannut elämäni ja myös tutkimuksen tekemistä kaikissa vaiheissa.

Terveystiedon kysymyksiin vastaajilta ei kysytty lupaa tutkimuksen tekemiseen. Tutkimusluvan antoi Ylioppilastutkintolautakunta, jolla oli käytettävissään tutkimussuunnitelmani ja ohjaajani professori Kaarina

Määrän suosituskirje. Tutkimuslupa on arvio tutkittavien nimettömyyden säilymisestä. Allekirjoitin vakuutuksen, jossa sitouduin noudattamaan YTL:n määräyksiä aineiston käsittelyssä. YTL:n edustaja toimitti aineiston lukittuna pidettyyn tutkijahuoneeseen eduskunnan kirjastoon. Litteroinnin valmistuttua YTL:n edustaja haki aineiston. Tunnisteena sitaateissa on vain opiskelijan sukupuoli ja järjestysnumero.

Tutkimuksen vaikein vaihe oli analyysin tekeminen. Epäily osaamisesta ja sokeutumisesta runsaan aineiston käsittelyssä vaivasi pitkin matkaa. Sisällönanalyysi tutkimusmenetelmänä antoi hyvän rungon, vaikken sitä kirjaimellisesti noudattanutkaan. Terveysarvostuksiksi nimeämäni opiskelijoiden kommentit pyrin poimimaan aineistosta mahdollisimman kattavasti. Sitä, kuvaavatko arvostukset oppilaiden ajatuksia vai sitä millaisella vastauksella he uskovat saavansa hyvät pisteet, on täysin mahdotonta tietää.

7.5 Jatkotutkimusehdotukset

Terveystieto on ollut Suomessa itsenäinen oppiaine vasta kymmenen vuotta. Tästä huolimatta tutkimusta on tehty vilkkaasti. Esimerkiksi Jyväskylän yliopiston terveystiedon kehittämistutkimus on tuottanut paljon tietoa opettajien, opetusviranomaisten ja opiskelijoiden oppimisen tueksi. Uusia tutkimuksia ja ideoita tutkimusaiheiksi viriää. Muun muassa Aira ym. (2009b, 66) ehdottavat jatkotutkimukseksi opiskelijoiden kokemuksia ja näkemyksiä terveystiedon opetuksesta, oppimiskokemuksista ja ylioppilastutkinnon terveystiedon kokeesta. Valtakunnallisissa kouluterveyskyselyissä on seurattu oppilaiden mielipiteitä terveystiedosta ja sen vaikutuksesta nuorten terveyteen heidän omasta mielestään.

Terveystenlukutaito osaamisen mittarina on haastava mutta varteenotettava mittari. Tarvitaan terveydenlukutaidon jatko-operationalistamista selkeyttämään terveydenlukutaidon tasoja. Haastatteleamalla opiskelijoita voisi paremmin määrittellä heidän terveydenlukutaitoaan, koska silloin

heidän mielipiteistään ei olisi epävarmuutta. Tutkimuksessani jouduin koko ajan tasapainottelemaan ja arvioimaan kirjoitetun tekstin viestiä. Olisi mielenkiintoista selvittää, ovatko kokonaisvaltaisen terveydenlukuritoksen kriteerit suvaitsevaisuus, kulttuuritietoisuus, ympäristöstä ja maailman tilasta huolestuneisuus kestäviä kriteereitä vai tulisiko niitä muuttaa? Sama koskee myös terveysarvostusten jatkotutkimista.

Kiinnostavaa olisi tietää, miten yhteiskunnallinen elämä ja poliittinen tilanne heijastuvat ylioppilaskoetehtävissä ja millaiset terveysarvostukset niissä painottuvat? Kuinka kansanterveyden tila ja uudet sairaudet näkyvät tehtävissä ja miten terveyden edistäminen ilmenee? Millaisen sijan ympäristön ja maailman tila saavat tehtävissä?

Kokelaiden ylioppilaskoevastausten tutkimisessa on paljon kiinnostavaa. Millaisia ovat opiskelijoiden tiedon laatu ja rakenteet? Virta (1995) tutki tätä historian ja yhteiskuntaopin reaalikokeessa. Erityisen kiinnostavaa olisi tutkia tiedon kehittelyä ja kriittistä ajattelua kuten Leinonen (2008) psykologian reaalikokeessa. Naisten ja miesten osaamisen vertailu voisi valottaa miesten vähäisempää kiinnostusta terveystietoon. Houtsonen ja Rikkinen (1994) vertailivat maantiedon reaalikokeen vastauksista eroja miesten ja naisten osaamisessa. Kiinnostavaa olisi tutkia, miten opiskelijat perustelevat ylioppilaskokeessa terveystiedon vastauksiaan. Näkyvätkö vastauksissa erot sukupuolten välillä tai terveydenlukuritoksen tasojen välillä ja miten yhteiskunnassa vallitsevat käsitykset peilautuvat opiskelijoiden vastauksiin?

Terveystiedon ylioppilaskokeita olisi kiinnostavaa tutkia myös siitä näkökulmasta, kuinka vastaukset ovat rakentuneet. Tuula Ranta (2008) tutki preliminääriaineita tekstilingvistisestä näkökulmasta ja sitä, millaisia tekstintuottamismenetelmiä lukiolaiset käyttivät. Myös se, mitä asioita opiskelijat ilmaisevat metaforien avulla terveystiedon ylioppilaskokeessa olisi kiinnostava aihe. Lukiolaisten arvojen ja arvostusten jatkotutkimus terveystiedon ylioppilaskokeessa olisi kiinnostavaa selvittää Schwartzin arvomittarin avulla.

Kiinnostavia tutkimuskohteita olisivat myös terveystiedon oppikirja-analyysi ja terveystiedon opettajien käsitykset oppiaineen kehittämistä. Paakkari ym. (2010) ovat tutkineet, miten terveystiedon opettajiksi opiskelevat kokevat terveystiedon oppiaineena. Mielenkiintoista olisi selvittää, kuinka hyvin ylioppilaskirjoituksiin osallistuneiden terveydenlukutaito säilyy tai miten se muuttuu – tällaisen pitkittäistutkimuksen merkitys voisi olla myös tärkeä terveystieto-oppiaineen kehittämiseksi.

LÄHTEET

- Aarva, P., Lumme-Sandt, K., Pakarinen, M., Pasanen, M., Lääperi, P. & Pietilä, I. 2005a. Arvot, normit ja terveyden edistämisen kulttuurit. Teoksessa *Timantit terveyden edistämisen tutkimusohjelmasta*. Tampere: Juvenes Print. 9-20.
- Aarva, P. & Pasanen, M. 2005b. Suomalaisten käsityksiä terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja niissä tapahtuneita muutoksia vuodesta 1994 vuoteen 2002. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 42, 57-71.
- Abel, T. 2008. Measuring health literacy: moving towards a health – promotion perspective. *International Journal of Public Health* 53, 169-170.
- Adelaide Recommendation on Healthy Public Policy (WHO/HPR/HEP/95.2). 1988. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide_recommendations.pdf Tulostettu 29.3.2011.
- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. 1999. Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *Journal of the American Medical Association* 281 (6), 552-557.
- Adkins, N. R. & Corus, C. 2009. Health Literacy for Improved Health Outcomes: Effective Capital in the Marketplace. *The Journal of Consumer Affairs* 43 (2), 199-222.
- Ahlman, E. 1976. Kulttuurin perustekijöitä. Kulttuurifilosofisia tarkasteluja. Ensimmäinen painos 1939. Jyväskylä: K.J. Gummerus Osakeyhtiön kirjapaino.
- Aho, E. 2006. Raha ja terveys –seminaarin avaus 22.3. 2006. Luettavissa http://www.sitra.fi/fi/Ajankohtaista/PuheetJaEsitysmateriaalit/puhe_ea_2006_03_22.htm Tulostettu 7.5.2011.
- Aira, T., Kannas, L. & Peltonen, H. 2008. Terveystieto. Teoksessa Rimpelä, M., Jarvala, T., Kalkkinen, P., Peltonen, H., & Riqoff, A-M. (toim.) *Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen lukiossa. Perusraportti lukiokyselystä vuonna 2008*. 50-56.
- Aira, T. & Kannas, L. 2009a. Johdanto. Teoksessa Kannas, L., Peltonen, H. & Aira, T. *Elämää vai ylioppilastutkintoa varten. Lukion opettajien käsityksiä ja kokemuksia terveystiedon opetuksesta. Terveystiedon kehittämistutkimus osa II*. Helsinki: Edita Prima Oy. 13-14.

- Aira, T. & Kannas, L. 2009b. Pohdinta. Teoksessa Kannas, L., Peltonen, H. & Aira, T. Elämää vai ylioppilastutkintoa varten. Lukion opettajien käsityksiä ja kokemuksia terveystiedon opetuksesta. Terveystiedon kehittämistutkimus osa II. Helsinki: Edita Prima Oy. 62-66.
- Aira, T., Kannas, L. & Peltonen, H. 2009c. Terveystieto. Teoksessa Rimpelä, M., Jarvala, T., Kalkkinen, P., Peltonen, H. & Rigoff, A-M. (toim.) Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen lukiassa. Peruseräraportti lukiokyselystä vuonna 2008. Helsinki: Edita Prima Oy. 50-56.
- Aira, T., Tuominiemi, A-M., Välimaa, R., Villberg, J. & Kannas, L. 2009d. Terveystieto lukion opettajien kokemana – tuloksia opettajakyselystä. Teoksessa Kannas, L., Peltonen, H. & Aira, T. Elämää vai ylioppilastutkintoa varten. Lukion opettajien käsityksiä ja kokemuksia terveystiedon opetuksesta. Terveystiedon kehittämistutkimus osa II. Helsinki: Edita Prima Oy. 24-53.
- Airaksinen, T. 1987. Moraalifilosofia. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.
- Airaksinen, T. 1994. Arvojen yhteiskunta. Erään taistelun kuvaus. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.
- Alasuutari, P. 2001. Laadullinen tutkimus. 3. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Alvesson, M. & Sköldböck, K. 1994. Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod. Lund: Studentlitteratur.
- Anderson, L. W., Krathwohl, D. R., Airasian, P. W., Cruikshank, K. A., Mayer, R. E., Pintrich, P. R., Raths, J. & Wittrock, M. C. 2001. A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing. A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives. New York: Addison Wesley Longman Inc.
- Anttila, P. 2005. Ilmaisu, teos, tekeminen ja tutkiva toiminta. Tallinna: AS Pakett.
- Arkistolaitos. 2008. Ylioppilastutkintolautakunnan asiakirjojen pysyvä säilytys. AL/8591/07.01.03.01/2008.
- Asetus lukioasetuksen muuttamisesta 1176/1992. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19921176> Luettu 7.2.2012.
- Asetus lukioasetuksen muuttamisesta 689/1993. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1993/19930689> Luettu 7.2.2012.

- Asetus opetustoimen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 986/1998. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1998/19980986> Luettu 7.2.2012.
- Atkinson, P. & Delamont, S. 2005. Analytic Perspectives. Teoksessa Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (toim.) *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Kolmas painos. London: Sage. 821-840.
- Autio, M. & Lombardini-Riipinen, C. 2006. Tahroja ruokaympyrässä – nuorten näkemyksiä terveydestä ja terveellisestä elämäntavasta. Teoksessa Karvonen, S. (toim.) *Onko sukupuolella väliä? Hyvinvointi, terveys, pojat ja tytöt*. Vammala: Vammalan kirjapaino. 42-52.
- Baker, D. W. 2006. The Meaning and the Measure of Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine* 21, 878-883.
- Basch, C. E. 2010. Healthier Students Are Better Learners: A Missing Link in School Reforms to Close the Achievement Gap. Luettavissa http://www.equitycampaign.org/ia/document/12557_EquityMastersVol6_web03082010.pdf Tulostettu 5.4.2011.
- Begoray, D. L.; Warf-Higgins, J. & MacDonald, M. 2009. High school health curriculum and health literacy: Canadian student voices. *Global Health Promotion* 16 (4), 35-42.
- Bloom, B. S. (Edit.) 1972. 1979. *Taxonomy of Education Objectives. Classification of Educational Goals. Handbook 1. Cognitive Domain*. Michigan: Edwards Bros., Ann Arbor.
- Bloom, B. S. (Edit.), Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H. & Krathwohl, D. R. 1956. *Taxonomy of Educational Objectives. The Classification of Educational Goals. Handbook 1. Cognitive Domain*. USA: Edwards Bros., Ann Arbor Michigan.
- Bogdan, R. C. & Biklen, S. K. 2006. *Qualitative Research for Education. An Introduction to Theory and Methods*. Fifth Edition. Boston: Pearson.
- Brey, R. A., Clark, S. E. & Wantz, M. S. 2007. Enhancing Health Literacy Through Accessing Health Information, Products, and Services: An Exercise for Children and Adolescents. *Journal of School Health* 77 (9), 640-644.
- Brey, R. A., Clark, S. E. & Wantz, M. S. 2008. *This is Your Future:*

- A Case Study Approach to Foster Health Literacy. *Journal of School Health* 78 (6), 351-355.
- Brown, S. L., Teufel, J. A. & Birch, D. A. 2007. Early Adolescents Perceptions of Health and Health Literacy. *Journal of School Health* 77 (1), 7-15.
- Cacciatore, R. 2005. Seksuaalisuus – etu vai haitta koulutyölle? Teoksessa Peltonen, H. & Kannas, L. (toim.) *Terveystieto tutuksi – ensiapua terveystiedon opettamiseen*. Helsinki: Hakapaino Oy. 147-188.
- Carmona, R. H. 2006. Health Literacy: A National Priority. *Journal of General Internal Medicine* 21, 803.
- Chang, L. C. 2010. Meeting the needs of diverse communities. Health literacy, self-reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing* 20, 190-196.
- Chew, L. D., Bradley, K. A. & Boyko, E. J. 2004. Brief Questions to Identify Patients With Inadequate Health Literacy. *Family Medicine* 36 (8), 588-594.
- Chisolm, D. J. & Buchanan, L. 2007. Measuring Adolescent Functional Health Literacy: A Pilot Validation of the Test of Functional Health Literacy in Adults. *Journal of Adolescents Health* 41, 312-314.
- Chong, H. Y. 2006. Abduction, Deduction, and Induction: Their implications to quantitative methods. <http://www.creative-wisdom.com/teaching/WBI/abduction5.pdf> Tulostettu 8.8.2011.
- Christians, C. G. 2005. Ethics and Politics in Qualitative Research. Teoksessa: Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (toim.) *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications. 139-164.
- Davis, T. C. & Wolf, M. C. 2004. Health Literacy: Implications for Family Medicine. *Family Medicine* 36 (8), 595-598.
- Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978. Luettavissa http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf Tulostettu 29.3.2011.
- Declaration of the 44th session of the International Conference on Education. 1995. Luettavissa www.unesco.org/education/nfsunesco/pdf/REV_74E.PDF Tulostettu 15.12.2011.

- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (toim.) 2005. *The Handbook of Qualitative Research*. Kolmas painos. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Dey, I. 1995. *Qualitative data analysis. A user-friendly guide for social scientists*. London: Routledge.
- Esiopetuksen opetussuunnitelman perusteet. 2010. Opetushallitus. Määräykset ja ohjeet 27. Luettavissa http://www.opetushallitus.fi/download/131115_Esiopetuksen_opetussuunnitelman_perusteet_2010.pdf Tulostettu 29.3.2011.
- Eskola, J. 2007. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Juva: WS Bookwell Oy, 159-183.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 6. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Eurydice http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/eurybase_en.php Tulostettu 5.5.2011.
- Ferguson, B. 2008. Health Literacy and Health Disparities. The Role They Play in Maternal and Child Health. *Nursing for Womens' Health* 12 (4), 287-298.
- Gadamer, H-G. 2009. *Hermeneutiikka. Ymmärtäminen tieteissä ja filosofiassa*. Tallinna: Raamatutrukikoda.
- Gazmararian J. A., Kripalani, S., Miller, M. J., Echt, K. V., Ren, J. & Rask, K. 2006. Factors Associated with Medication Refill Adherence in Cardiovascular-related Diseases. A Focus on Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine* 21, 1215-1221.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112.
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. 1999. *Health Promotion Planning. An Educational and Ecological Approach*. Third Edition. New York: The McGraw-Hill Companies.

- Hakulinen, T., Pietilä, A-M. & Koponen, P. 2002. Miten ennakoida tulevaisuutta terveyden edistämässä? Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) *Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät*. Juva: WS Bookwell Oy. 301-316.
- Halila, A. 1949. Suomen kansakoululaitoksen historia. Toinen osa. Turku: Uuden Auran osakeyhtiön kirjapaino.
- Hannula, M. & Larjanko, K. 1969. *Sinä ja terveytesi*. Toinen, muuttamaton painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otavan laakapaino.
- HE 142/2000. Hallituksen esitys eduskunnalle perusopetuslain 11§:n, lukiolain 7§:n pykälän ja ammatillisesta koulutuksesta annetun lain 12§:n ja 17§:n muuttamisesta.
- Heikkinen, H. L. T. 2005. *Terveys, identiteetti ja hyvä elämä*. Teoksessa Kannas, L. & Tyrväinen, H. (toim.) *Virikkeitä terveystiedon opetukseen*. Jyväskylän yliopisto. Terveysten edistämisen tutkimuskeskus, Julkaisuja 3. Domus Offset Oy. 19-36.
- Helve, H. 2001. Nuorten muuttuvat arvot ja maailmankuvat. Teoksessa Helve, H. (toim.) *Arvot, maailmankuvat, sukupuoli*. Helsinki: Yliopistopaino. 140-172.
- Hoikkala, T. & Hakkarainen, P. 2005. Nuorisokulttuurit terveyden lukutaitona. Teoksessa *Timantit terveyden edistämisen tutkimusohjelmasta*. Tampere: Juvenes Print. 127-141.
- Hoikkala, T. 2009. Varusmiesten kiistelty terveys. Teoksessa Hoikkala, T., Salasuo, M. & Ojajärvi, A. *Tunnetut sotilaat. Varusmiehen kokemus ja terveystaju*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 238-302.
- Holopainen, M. 1992. *Ylioppilaskokeiden biologian tiedot ja taidot*. Joensuu: Joensuun yliopiston monistuskeskus.
- Holstein, J. A. & Gubrium, J. F. 2005. *Interpretive Practice and Social Action*. Teoksessa: Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (toim.) *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Kolmas painos. London: Sage. 483-505.
- Hultin, H. 1965. *Terveyskasvatus koulussa. Lapsi ja nuoriso*, 24. Helsinki: Lastensuojelun Keskusliitto. 338-339, 341.
- Hultin, H. & Virtanen, L. 1975. *Lukion terveystoppi*. 1. -3. painos. Helsinki: Yhteiskirjapaino Oy.

- Husserl, E. 1913/1962. Ideas: General Introduction to Pure Phenomenology. Kääntänyt W. R. Boyce Gibson. London, New York: Collier, Macmillan. <http://www.greenboarstudio.com/uploads/20100204HusserlIdeasCrisisofPhilosophyIntroductionto.pdf> Tulostettu 7.8.2011.
- Husserl, E. 1970/1976. The Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology. An Introduction to Phenomenology. §§22-§6 pp. 84-223. <http://ku.edu.tr/celmas/publichtml/Husserlcrisis.pdf> Tulostettu 7.8.2011.
- Hyry-Honka, O. 2008. Terveyspääoma kouluyhteisössä seitsemäsluokkalaisten käsitysten valossa. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.
- Hyypä, M. T. 2002. Elinvoimaa yhteisöstä. Sosiaalinen pääoma ja terveys. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Häivälä, K. 2009. Lukion opettajien ääni. Aineenopettajien käsityksiä muutoksista ja visioista lukiossa. Turku: Painosalama Oy.
- Ibrahim, S. Y., Reid, F., Shaw, A., Rowlands, G., Gomez, G. B., Chesnokov, M. & Ussher, M. 2008. Validation of Health Literacy Screening Tool (REALM) in a UK Population with coronary hearth disease. Journal of Public Health, 1-7.
- Ishikawa, H., Nomura, K. & Sato, M. 2008. Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. Health Promotion International 23 (3), 269-275.
- Jaakkola, T. 2010. Opetustyylit suomalaisessa liikunnanopetuksessa. Liito 4, 42-44.
- Jahan, R. A. 2000. Promoting health literacy: a case study in the prevention of diarrhoeal disease from Bangladesh. Health Promotion International 15 (4), 285-291.
- Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into 21st Century. 1997. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf Tulostettu 28.3.2011.
- Jakonen, S. 2002. Terveiden lukutaito – uusi näkökulma yksilön oman terveyden edistämiseen? Teoksessa Koivisto, T., Muurinen, S., Peiponen, A. & Rajalahti, E. Hoitotyön vuosikirja 2003. Tampere: Tammer-Paino Oy. 121- 132.

- Jakonen, S. 2005. Terveyttä joka päivä. Itäsuomalaisen peruskoulun oppilaiden näkemyksiä ja kokemuksia terveyden oppimisesta. Kuopio: Kopijyvä.
- Jauhiainen, A., Rinne, R. & Tähtinen, J. 2001. Globaalin koulutuspolitiikan hyökyaalto. Teoksessa Jauhiainen, A., Rinne, R. & Tähtinen, J. (toim.) Koulutuspolitiikka Suomessa ja ylikansalliset mallit. Turku: Painosalama Oy. 9-19.
- Javanainen, M. 2009. Virtaa. Kertauskirja. (toim). Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Josselson, R. 2004. The Hermeneutics of Faith and The Hermeneutics of suspicion. Narrative Inquiry 14 (1), 1-28. <http://ruthellenjosselson.com/articles/josselson.ni.14-1.le.pdf> Tulostettu 7.8.2011.
- Jovic-Vranes, A., Bjegovic-Micanovic, V. & Marincovic, J. 2009. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. Journal of Public Health 31 (4), 490-495.
- Julkunen, M-L. 1991. Ylioppilaskokelaiden kirjallisen tuotoksen taso ja taidot – vuoden 1987 ylioppilasaineiden tarkastelua. Joensuu: Joensuun yliopiston monistuskeskus.
- Jyrhämä, R. 2004. Sisällön erittelyn mahdollisuuksia. Taulukkolaskentaohjelma analysoinnin apuna. Teoksessa Kansanen, P. & Uusikylä, K. (toim.) Opetuksen tutkimuksen monet menetelmät. Juva: WS Bookwell Oy. 223-237.
- Kaarninen, M. & Kaarninen, P. 2002. Sivistyksen portti. Ylioppilastutkinnon historia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Kaasalainen, K., Kasila, K., Komulainen, J., Villberg, J. & Poskiparta, M. 2011. Terveysliikunnan lukutaidon yhteys vapaa-ajan liikunta-aktiivisuuteen ja fyysiseen kuntoon työikäisillä miehillä. Liikunta & Tiede 48 (1), 42-48.
- Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 1996. Hoitotyön etiikan perusteet. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.
- Kannas, L., 1992. Terveyskasvatus tutkimus- ja koulutusalanä sekä arjen käytäntönä. Aikuiskasvatus 2, 68-76.
- Kannas, L. 2005a. Terveystieto-oppiaineen olemusta etsimässä. Teoksessa Kannas, L. & Tyrväinen, H. (toim.) Virikkeitä

- terveystiedon opetukseen. Jyväskylän yliopisto. Terveyden edistämisen tutkimuskeskus, Julkaisuja 3. **Domus-Offset Oy.** 9-18.
- Kannas, L. 2005b. **Terveystieto-oppiaineen pedagogisia lähtökohtia.** Teoksessa Peltonen, H. & Kannas, L. (toim.) **Terveystieto tutuksi – ensiapua terveystiedon opettamiseen.** Helsinki: Hakapaino Oy. 9-36.
- Kannas, L., Peltonen, H. & Aira, T. (toim.) 2009. **Elämää vai ylioppilastutkintoa varten. Lukion opettajien käsityksiä ja kokemuksia terveystiedon opetuksesta.** Terveystiedon kehittämistutkimus osa II. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kantomaa, M., Tammelin, T. Ebeling, H. & Taanila, A. 2010. **Liikunnan yhteys nuorten tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöihin, koettuun terveyteen ja koulumenestykseen.** *Liikunta & Tiede* 47 (6), 30-37.
- Kari, K. & Suomela, Kl. U. 1955. **Oppikoulun terveysoppi.** Kymmenes uusittu ja tarkistettu painos. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiön kirjapaino.
- Karvonen, A. & Karvonen, M. J. 1964. **Keskikoulun terveyskirja** 3. painos. Porvoo: Werner Södersrömin Osakeyhtiön laakapaino.
- Kickbusch, I. S. 2001. **Health literacy: addressing the health and education divide.** *Health Promotion International* 16 (3), 289-297.
- Kickbusch, I. S. 2002. **Health literacy: a search for new categories.** *Health Promotion International* 17 (1), 1-2.
- Kiviniemi, K. 2007. **Laadullinen tutkimus prosessina.** Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. **Ikkunoita tutkimusmetodeihin II,** 2. korjattu ja täydennetty painos. Juva: WS Bookwell Oy. 70-85.
- Kokkonen, M. & Siponen, U. 2005. **Sosioemotionaaliset taidot terveystiedon tavoitteina.** Teoksessa Peltonen, H. & Kannas, L. (toim.) **Terveystieto tutuksi – ensiapua terveystiedon opettamiseen.** Helsinki: Hakapaino Oy. 189-210.
- Kolimaa, M. & Pelkonen, M. 2006. **Eri ikäryhmien erityiset tarpeet terveyden edistämässä.** Teoksessa **Terveyden edistämisen laatusuositus.** Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino. 64-66.

- Koponen, P., Hakulinen, T. & Pietilä, A-M. 2002. Asiakaspalvelut ja terveystieteiden palvelut. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) Terveystieteiden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Juva: WS Bookwell Oy. 78-130.
- Korhonen, J. 1971. Katsaus terveystieteiden kehitykseen Suomen kansa- ja oppikouluissa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Korhonen, J. 1998. Terveystieteiden ja terveystiedon opetus suunnitelmat sekä näkökohtia niiden kehittämiseksi. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino ja ER-Paino Oy.
- Korhonen, J., Eloranta, T. & Santala, E. 1984. Lukion terveystieto. 1. -3. painos. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset.
- Koski, P. 2005. Sport The Road to Health? Teoksessa Hoikkala, T., Hakkarainen, P. & Laine, S. (eds.) Beyond Health Literacy. Youth Cultures, Prevention and Policy. Helsinki: Hakapaino. 295-337.
- Koski, P. 2006. Merkitysten ristiallokossa – suhde terveyteen, alkoholiin ja liikuntaan rakentuu sosiaalisissa maailmoissa. Teoksessa Puuronen, A. (toim.) Terveystaju. Nuoret, politiikka ja käytäntö. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy. 23-32.
- Koskinen, S. 2006. Sosioekonomiset terveyserot - Suomen kansanterveyden keskeinen ongelma. Kansanterveys 1, 7-9.
- Kouluhallitus, 1948. Kiertokirje valtion oppikoulujen rehtoreille ja tiedoksi yksityisten oppikoulujen johtajille. N:o 1736.
- Kouluterveyskysely 2006, 2007, 2008, 2009, 2010. Luettavissa <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/index.htm> Tulostettu 24.4.2011 ja 27.3.2011.
- Kripalani, S., Paashe-Orlow, M. K., Parker, R. M. & Saha, S. 2006a. Advancing the Field of Health Literacy. Journal of General Internal Medicine 21, 804-805.
- Kripalani, S. & Weiss, B. D. 2006b. Teaching About Health Literacy and Clear Communication. Journal of General Internal Medicine 21, 888-890.
- Krohn, S. 1953. Arvojen yleispätevyyden ongelma. Arvofilosofinen tutkielma. Helsinki: Sahalan Kirjapaino Oy.

- Kylmä, J., Pietilä, A-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2002. Terveyden edistämisen etiikan lähtökohta. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Juva: WS Bookwell Oy. 62-76.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3-12.
- Lahtinen, A. 2008. Asiaankuulumattomia puheita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Laine, S. 2006. Nuorten salattu masennus. Yhteisöttömyyttä vai leimautumisen pelkoa? Teoksessa Puuronen, A. (toim.) *Terveystaju. Nuoret, politiikka ja käytäntö*. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy. 33-47.
- Laine, T. 2007. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola, J & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Juva: WS Bookwell Oy, 28-45.
- Laki lukiolain 18 §:n muuttamisesta 478/2002. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2002/20020478> Luettu 7.2.2012.
- Laki lukiolain 7 §:n muuttamisesta 454/2001. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010454> Luettu 7.2.2012.
- Laki valtion oppikouluista 218/1939.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. Nikkonen, M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva: WS Bookwell Oy. 21-43.
- Laverty, S. M. 2003. Hermeneutic Phenomenology and Phenomenology: A Comparison of Historical and Methodological Considerations. *International Journal of Qualitative Methods* 2(3), 1-29. http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/2_3final/pdf/laverty.pdf
- Lehtonen, A-M. & Piesanen, T. 2010. *Abi. Terveystieto*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2004. *Etiikka hoitotyössä*. Juva: WS Bookwell Oy.

- Leskinen, L. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2000. Terveystiedon lukutaito ja sen kehittäminen: Passiivisesta tiedon vastaanottajasta aktiiviseksi toimijaksi. *Promo* 4-5, 23-25.
- Levin-Zamir, D. & Peterburg, Y. 2001. Health literacy in health systems: perspectives on patient self-management in Israel. *Health Promotion International* 16 (1), 87-94.
- Levin-Zamir, D., Lemish, D. & Gofin, R. 2011. Media Health Literacy (MHL): development and measurement of the concept among adolescents. *Health Education Research* 2 (26), 323-335.
- Levy, M. & Royne, M. B. 2009. The Impact of Consumers' Health Literacy on Public Health. *The Journal of Consumer Affairs* 43 (2), 367-372.
- Lincoln, A., Paashe-Orlow, M. K., Cheng, D. M., Lloyd-Travaglini, C., Caruso, C., Saitz, R. & Samet, J. H. 2006. Impact of Health Literacy on Depressive Symptoms and Mental Health-related Quality of Life Among Adults with Addiction. *Journal of General Internal Medicine* 21, 818-822.
- Lindau, S. T., Basu, A. & Leitsch, S. A. 2006. Health Literacy as a Predictor of Follow-Up After an Abnormal Pap Smear. A Prospective Study. *Journal of General Internal Medicine* 21, 829-834.
- Lindström, A. 1998. Ylioppilastutkinnon muotoutuminen autonomian aikana. Koulutuksen tutkimuslaitoksen julkaisuja 6. Jyväskylän yliopisto.
- LOPS 2003. Lukion opetussuunnitelman perusteet 2003. Opetushallitus. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Lukioasetus 719/1984. Luettavissa <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1984/19840719> Tulostettu 2.4.2011.
- Lukiolaki 629/1998. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1998/19980629> Luettu 7.2.2012.
- Lukion opetussuunnitelma-analyysi 2006. 2007. Opetushallituksen moniste 6/2007. Luettavissa http://www.oph.fi/download/46971_lukion_opsanalyysi_2006.pdf Tulostettu 4.4.2011.
- Luukka, M-R. 1992. Akateemista metadiskurssia. Tieteellisten tekstien tekstuaalisia, intertekstuaalisia ja kontekstuaalisia piirteitä. Jyväskylä: Kopi-Jyvä Oy.

- Maamies, S. 2002. Ylioppilasaine ja ajan henki - sensorien ajatuksia aineista. *Kielikello* 2, 11-21.
- Malmio, B. 1933. Luonnonopin opetuksen kehitys maamme oppikouluissa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otavan kirjapaino.
- Mancuso, J. M. 2008. Health literacy: A concept/dimensional analysis. *Nursing and Health Sciences* 10, 248-255.
- Mancuso, J. M. 2009. Assessment and measurement of health literacy: An integrative review on the literature. *Nursing and Health Science* 11, 77-89.
- Mancuso, C. A. & Rincon, M. 2006. Impact of Health Literacy on Longitudinal Asthma Outcomes. *Journal of General Internal Medicine* 21, 813-817.
- Manganello, J. A. 2008. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research* Vol. 23. 5, 840-847.
- Marx, E., Hudson, N., Deal, T. B., Pateman, B. & Middleton, K. 2007. Promoting Health Literacy Through the Health Education Assessment Project. *Journal of School Health* 77 (4), 157-163.
- McCray, A. T. 2005. Promoting Health Literacy. *Journal of the American Medical Informatics Association* 12 (2), 152-163.
- Mikkola, T. 2001. Arvot ja ympäristö. Uuden keskiluokan ympäristöarvot ja -asenteet maailmankuvallisen muutoksen heijastajina. Teoksessa Helve, H. (toim.) Arvot, maailmankuva, sukupuoli. Helsinki: Yliopistopaino. 95-139.
- Mikkonen, V. & Lonka, K. 1985. Muistin käyttö ylioppilaisaineissa. *Kasvatus* 16 (4), 261-273.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. 1994. *Qualitative Data Analysis. An Expanded Sourcebook. Second Edition.* California: Sage.
- Moilanen, P. & Rähkä, P. 2007. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II, 2. korjattu ja täydennetty painos. Juva: WS Bookwell Oy. 46-69.
- Mäkinen, T. 2011. Liikunnallinen elämäntapa – yksilön valinnasta yhteiskunnan tukemaksi mahdollisuudeksi? *Liikunta & Tiede*. 48 (1), 14-17.
- Määttä, M. 2006. Hyvän elämän ideaalit ammatillisen puuttumisen taustalla. Teoksessa Puuronen, A. (toim.) *Terveystaju*.

- Nuoret, politiikka ja käytäntö. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy. 123-133.
- National Health Education Standards. Achieving Health Literacy. 1995. An Investment In the Future. Joint Committee on National Health Education Standards. Luettavissa <http://opi.mt.gov/PDF/Health/NHES.PDF> Tulostettu 5.4.2011.
- Nieminen, P. & Salminen, K. 2010. Viiden maan liikunnanopiskelijoiden arviot liikuntakasvatuksen tavoitteiden tärkeydestä. *Liikunta & Tiede* 47 (6), 45-53.
- Niiniluoto, I. 1984. Tiede, filosofia ja maailmankatsomus. Filosofisia esseitä tiedosta ja sen arvosta. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset.
- Niiniluoto, I. 1993. Arvojen muutos ja moraalikasvatus. *Aikuiskasvatus* 2, 84-94.
- NTTT www.uta.fi/laitokset/tsph/tutkimus/kansanterveystiede/nttpub.ohp Luettu 16.12.2011.
- Nutbeam, D. 1998a. Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. *Health Promotion International* 13 (1), 27-44.
- Nutbeam, D. 1998b. Health promotion glossary. *Health Promotion International* 13 (4), 349-364.
- Nutbeam, D. 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. Vol 15, 3, 259-267.
- Nutbeam, D. 2008. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* 67, 2072-2078.
- Oinas, E. 2006. Osallistavan terveystieteiden haasteet – mitä on tyttötyö tyttöjen ehdoilla? Teoksessa Puuronen, A. (toim.) *Terveystaju. Nuoret, politiikka ja käytäntö*. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy. 75-84.
- Ojajarvi, A. 2009. Combos kolmas ääni: Miehisyyden terveystieteiden perinne. Teoksessa Hoikkala, T., Salasuo, M. & Ojajarvi, A. *Tunnetut Sotilaat*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 298-302.
- Ojanen, M. 2001. Liiku oikein – voi hyvin. Liikunnan merkitys hyvinvoinnille. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Oker-Blom, M. 1910. *Terveystieteiden pääpiirteet*. Oppikirja koulua ja kotia varten. Helsinki: Otavan Kirjapaino.

- Oker-Blom, M. 1916. *Terveysopin pääpiirteet. Oppikirja koulua ja koteja varten*. 3. painos. Helsinki: Otavan Kirjapaino.
- Osler, A. & Starkey, H. 2003. *Learning for Cosmopolitan Citizenship: theoretical debates and young people's experiences*. *Educational Review* 55 (3), 243-254.
- Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986 – WHO/HPR/HEP/95.1 Luettavissa http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Ottawa_charter_hp.pdf Tulostettu 29.3.2011.
- OTU – Opetushallituksen tutkimusrekisteri. Luettavissa <http://www.data.oph.fi/webkodu/haku> Tulostettu 29.3.2011.
- Paakkari, L. & Paakkari, O. 2011. Health literacy as a learning outcome in school. *Health Education* (accepted)
- Paakkari, L., Tynjälä, P. & Kannas, L. 2010. Student teachers' ways of experiencing the objective on health education as a school subject: A phenomenographic study. *Teaching and Teacher Education* 26, 941-948.
- Palmén, A. & Wilskman, I. 1926. *Terveysoppi kouluja varten*. Kolmas painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otavan kirjapaino.
- Parker, R. 2000. Health Literacy: a Challenge for American Patients and their Care Providers. *Health Promotion International* 15 (4), 277-283.
- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V. & Nurss, J. R. 1995. The Test of Functional Health Literacy in Adults: A New Instrument for Measuring Patients' Literacy Skills. *Journal of General Internal Medicine* 10, 537-541.
- Parker, R. M. & Kindig, D. A. 2006. Beyond the Institute of Medicine Health Literacy Report. Are the Recommendations Being Taken Seriously? *Journal of General Internal Medicine* 21, 891-892.
- Peerson, A. & Saunders, M. 2009. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health Promotion International* 24 (3), 285-296.
- Peirce, C. S. 2001. *Johdatus tieteen logiikkaan ja muita kirjoituksia*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Peltonen, H. 2005. *Terveystieto-oppiaineen pedagogisia*

- lähtökohtia. Teoksessa H. Peltonen & L. Kannas (toim.)
Terveystieto tutuksi – ensiapua terveystiedon opettamiseen.
Helsinki: Hakapaino Oy. 37-52.
- Pietilä, A-M., Eirola, R. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2002a.
Työmenetelmiä terveyttä edistävässä asiakastyössä. Teoksessa
Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P.,
Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) Terveystietä edistäminen.
Uudistuvat työmenetelmät. Juva: WS Bookwell Oy. 148-
171.
- Pietilä, A-M. & Häggman-Laitila, A. 2002b. Kohti terveyttä
edistävää hoitotyön vaikuttavuuden arviointia: empiirinen
esimerkki perheinterventiosta. Teoksessa Koivisto, T.,
Muurinen, S., Peiponen, A. & Rajalahti, E. Hoitotyön
vuosikirja 2003. Tampere: Tammer-Paino Oy. 35-50.
- Pihlström, S. 2002. Ajattelu ja terveys: Huomioita terapeuttisesta
filosofiasta ja filosofisesta terapiasta. Teoksessa Pietilä, A-M.,
Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M.
& Sirola, K. (toim.) Terveystietä edistäminen. Uudistuvat
työmenetelmät. Juva: WS Bookwell Oy. 16-34.
- Pisa 2009. <http://www.minedu.fi/pisa/2009.html?lang=fi> Tulostettu
2.2.2012.
- Pleasant, A. & Kuruvila, A. 2008. A tale of two health literacies:
public health and clinical approaches to health literacy.
Health Promotion International 23 (2), 152-159.
- Poskiparta, M. 2002. Terveystietä edistävän ammatillisen
orientoitumisen kehityskulut 1900- ja 2000-luvun
Suomessa. Teoksessa Koivisto, T., Muurinen, S., Peiponen,
A. & Rajalahti, E. Hoitotyön vuosikirja 2003. Tampere:
Tammer-Paino Oy. 159-170.
- Puohiniemi, M. 2002. Arvot, asenteet ja ajankuva. Opaskirja
suomalaisen arkielämän tulkintaan. Vantaa: Dark Oy.
- Puuronen, A. 2006. Mitä on terveys, tietoa, taitoa vai tajua?
Teoksessa Puuronen, A. (toim.) Terveystietä. Nuoret,
politiikka ja käytäntö. Tampere: Tampereen yliopistopaino
Oy. 5-19.
- Raatikainen, R. 2002. Terveystietä edistämisen tieteelliset lähtökohdat
hoitotieteellisestä näkökulmasta. Teoksessa Koivisto, T.,
Muurinen, S., Peiponen, A. & Rajalahti, E. Hoitotyön
vuosikirja 2003. Tampere: Tammer-Paino Oy. 9-24.

- Ranta, T. 2007. Kirjoittamisprosessi teksteinä. Tekstilingvistinen näkökulma abiturienttien tekstintuottamisen menettelyihin. Joensuu: Joensuun yliopistopaino.
- Ratzan, S. C. 2001. Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International* 16 (2), 207-214.
- Rimpelä, M. 2000. Terveystieto peruskoulun oppiaineeksi. *Suomen Lääkärilehti* 4 (55), 380-383.
- Rootman, I. & Gordon-El-Bihbety, D. 2008. A Vision for a Health Literate Canada. Report of the Expert panel on Health Literacy. Luettavissa http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-report_e.pdf Tulostettu 15.5.2011.
- Salasuo, M. 2006. Huumeiden viihdekäyttäjien terveyden lukutaito ja perinteinen huumevalistus törmäyskurssilla – esimerkkinä ekstaasin käyttäjät. Teoksessa Puuronen, A. (toim.) Terveystaju. Nuoret, politiikka ja käytäntö. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy. 48-58.
- Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveystieteen edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Savolainen, P. 1991. Kvalitatiiviset tutkimukset suomalaisessa kasvatustieteessä. *Kasvatus* 22 (5-6), 451-458.
- Schmeil, O. 1908. Ihminen. Ihmisruumiin rakenteen ja terveysopin pääpiirteet. Yhdennestätoista saksankielisestä painoksesta suomentanut Walter M. Linnaniemi. Porvoo: Werner Söderström osakeyhtiön kirjapaino.
- Secchi, D. 2009. The Cognitive Side of Social Responsibility. *Journal of Business Ethics* 88, 565-581.
- Shanahan, M. 1989. Prediction is Deduction but Explanation is Abduction. http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:h6Dfxzs-z70J:scholar.google.com/+Abduction&hl=fi&as_sdt=0 Tulostettu 8.8.2011.
- Shenton, A. K. 2004. Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information* 22, 63-75.
- Silverman, D. 2006. Interpreting Qualitative Data. Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction. Third Edition. London: Sage Publications.

- Simovska, V. 2004. Student participation: a democratic education perspective-experience from the health-promoting schools in Macedonia. *Health Education Research* 19 (2) 198-207.
- Speros, C. 2004. Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 50 (6), 633-640.
- Stakes Infopaketti Koulu-terveyskyselystä 2007.
- Stewart, S.; Riecken, T.; Scott, T.; Tanaka, M. & Riecken, J. 2008. Expanding Health Literacy. Indigenous Youth Creating Videos. *Journal of Health Psychology* 13, (2), 180-189.
- St Leger, L. 2001. Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. *Health Promotion International*, Vol. 16 (2), 197-205.
- St Leger, L. 2004. What's the place of schools in promoting health? Are we too optimistic? *Health Promotion International* 19 (4), 405-408.
- Sundsvall Statement on Supportative Environments for Health (WHO/HPR/HEP/95.3). 1991. Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden, 9-15 June 1991. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/sundsvall_statement.pdf Tulostettu 16.12.2007.
- Suomela, Kl. U. 1950a. Katsaus terveysopin opetuksen vaiheisiin maassamme. *Kouluvoimistelu ja Urheilu* 1, 7-9.
- Suomela, Kl. U. 1950b. Katsaus terveysopin opetuksen vaiheisiin maassamme. *Kouluvoimistelu ja Urheilu* 2: 11-13.
- Suomen Koulutoimen Ylihallitus. 1914. Kiertokirje maan lyseoiden Rehtoreille. N:ro 243.
- Syrjäpalo, K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatriassa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. **Oulu: Oulu University Press.**
- Terveyden edistämisen laatusuositus. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös. Helsinki: Edita Oyj.
- Terveystiedon monitieteinen opintokokonaisuus. Perus- ja aineopinnot. Opiskeluopas 2008-2009. 2008. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylän yliopistopaino.

- Terveyttä edistävän viestinnän suuntaviivat. 15.9.2005. Terveyden edistämisen keskus. Luettavissa http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2005/2005_004.pdf Tulostettu 30.3.2011.
- The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. 2005. Luettavissa http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf Tulostettu 27.3.2011.
- The Fifth Global Conference on Health Promotion. Health Promotion: Bringing the Equity Gap 5-9th June 2000, Mexico City. Luettavissa http://www.who.int/hpr/NPH/docs/mxconf_report_en.pdf Tulostettu 29.3.2011.
- Tigerstedt, R. 1921. Terveysoppi: oppikouluja varten. Porvoo: WSOY.
- Tikkanen, G. 2010. Kemian ylioppilaskokeen tehtävät summatiivisen arvioinnin välineenä. Helsinki: Helsingin yliopistopaino.
- Toljamo, M. 1999. Insuliinihoitoisten diabeetikkojen omahoito. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun Yliopisto. <http://herkules oulu.fi/isbn9514251180/isbn9514251180.pdf> Tulostettu 11.3.2011.
- Tones, K. 2002. Health literacy: new wine in old bottles? Editorial. Health Education Research. Vol 17 (3), 287-290.
- Tones, K. & Tilford S. 2001. Health Promotion. Effectiveness, efficiency and equity. Third Edition. United Kingdom. Cheltenham: Nelson Thornes Ltd.
- Tossavainen, K., Turunen, H., Tupala, M., Jakonen, S. & Vertio, H. 2002. Terveys ja hyvinvointi kouluyhteisössä. Teoksessa Koivisto, T., Muurinen, S., Peiponen, A. & Rajalahti, E. Hoitotyön vuosikirja 2003. Tampere: Tammer-Paino Oy. Tampere: Tammer-Paino Oy. 62-78.
- Tossavainen, K. & Turunen, H. 2004. Terveyskäsitys paradigmuutoksessa – Perusta arvoissa ja etiikassa. Terveystiedonhoitaja 9. 16-17.
- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-4.painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tuominiemi, A-M., Aira, T., Välimaa, R. & Kannas, L. 2009. Opettajien kokemuksia ja näkemyksiä terveystiedon opetuksesta – laadullinen lähestymistapa. Teoksessa: Kannas, L., Peltonen, H. & Aira, T. (toim.) Elämää vai

ylioppilastutkintoa varten. Lukion opettajien käsityksiä ja kokemuksia terveystiedon opetuksesta. Terveystiedon kehittämistutkimus osa II. Helsinki: Edita Prima Oy. 54-61.

- Turunen, K. E. 1992. Arvojen todellisuus. Johdatus arvokasvatukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Turunen, K. E. 1997. Halut, arvot ja valta. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tyrväinen, H. 2009. Terveystiedon opettajan osaaminen ja ammatillinen kehitys. Teoksessa Jeronen, E., Välimaa, R., Tyrväinen, H. & Majjala, H. Terveystietoa oppimaan ja opettamaan. Jyväskylän yliopisto. Terveystiedon tutkimuskeskus. Julkaisuja 4. Jyväskylän yliopistopaino. 171-184.
- Valtioneuvoston asetus opetustoimen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetun asetuksen 14 ja 28 §:n muuttamisesta 614/2001. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010614> Luettu 7.2.2012.
- Valtioneuvoston asetus perusopetuslaissa tarkoitetun opetuksen valtakunnallisista tavoitteista ja perusopetuksen tuntijaosta 1435/2001. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20011435> Luettu 7.2.2012.
- Valtioneuvoston asetus 955/2002 lukiokoulutuksen yleisistä valtakunnallisista tavoitteista ja tuntijaosta. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2002/20020955> Luettu 7.2.2012.
- Valtioneuvoston asetus 250/2003 ylioppilastutkintoasetuksen muuttamisesta. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030250> Luettu 7.2.2012.
- Valtioneuvoston päätös lukion tuntijaosta 835/1993. Luettavissa <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1993/19930835> Tulostettu 10.9.2008.
- Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Vertio, H. 2003. Terveystiedon edistäminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vertio, H. & Kannas, L. 2007. Ylioppilaskirjoitusten terveystiedon koe vaatii monipuolista osaamista. Suomen Lääkärilehti 43 (62), 4008-4009.
- Virtaa. Uuden sukupolven terveystieto. 2006. Kannas, L., Eskola, K., Räsänen, P. & Mustajoki, P. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

- Virra, A. 1995. Abiturienttien historian ja yhteiskuntaopin tieto. Reaalikoevastaukset oppilaiden tiedonrakenteiden ja tiedon laadun ilmentäjänä. Turku: Painosalama Oy.
- VISK -\$451. Luettavissa <http://scripta.kotus.fi/visk/sisallys.php?p=451> Tulostettu 18.5.2011.
- Vitikka, E. & Hurmerinta, E. 2011. Kansainväliset opetussuunnitelmasuunnaukset. Tampere: Juves Print – Tampereen Yliopistopaino.
- Vuorio-Lehti, M. 2006. Valkolakin viesti. Ylioppilastutkintokeskustelu Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. Turku: Painosalama Oy.
- Vuorio-Lehti, M. 2007. Valkolakin hohde. Keskustelua ylioppilastutkinnon merkityksestä Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. Kasvatus & Aika 1(1), 19-33.
- Välimäki, J., Linnakylä, P., Kupari, P., Reinikainen, P., Malin, A. & Puhakka, E. 2001. Suomen tulevaisuuden osaajat. 15-vuotiaiden nuorten lukutaito sekä matematiikan ja luonnontieteiden osaaminen kansainvälisessä vertailussa. PISA 2000-tutkimuksen tuloksia. Jyväskylä: ER-paino Ky. Luettavissa <http://ktl.jyu.fi/arkisto/verkkojulkaisuja/PISA-SIS.PDF> 8.12.2011.
- Wagner, C. von; Steptoe, A.; Wolf, M. S.& Wardle, J. 2009. Health Literacy and Health Actions: A Review and Framework From Health Psychology. Health Education & Behavior 36(5), 860-877.
- Wallace, L. 2006. Patients' Health Literacy Skills: The Missing Demographic Variable in Primary Care Research. Annals of Family Medicine 4 (1), 85-86.
- Wang, R. 2000. Critical health literacy: a case study from China in schistosomiasis control. Health Promotion International 15 (3), 269-274.
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Mockbee, J. & Hale, F. A. 2005. Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. Annals of Family Medicine 3 (6), 514-522.
- White, S. 2008. Assessing the Nation's Health Literacy. Key Concepts and Findings of the National Assessment of Adult Literacy (NAAL). Luettavissa http://www.ama-assn.org/resources/doc/ama_foundation/hl_report_2008.pdf Tulostettu 5.4.2011.
- WHO-Koululaistutkimus <http://jyu.fi/sport/laitokset/tutkimusyksikot/tetk/projektit/who1>

- Wilskman, I. 1919. Terveysoppi kouluja varten. Helsinki: Kustannusyhtiö Otavan Kirjapaino.
- Wright, G. H. von. 2001. Hyvän muunnelmat. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Wu, A.D.; Begoray, D.L.; MacDonald, M.; Higgins, J.W.; Frankish, J.; Kwan, B.; Fung, F. & Rootman, I. 2010. Developing and evaluating a relevant and feasible instrument for measuring health literacy of Canadian high school students. *Health Promotion International* 25 (4), 444-452.
- Ylioppilastutkintolautakunnan tilastot, Tutkimus 2. Arvosanat kokelaslajeittain syksy 2007 ja kevät 2007, 21.10.2008.
- Ylioppilastutkinto 2007. Tilastoja ylioppilastutkinnosta. 2008. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Ylioppilastutkintolautakunta 30.9.2011. Realiaineiden kokeiden määräykset.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A. & Greer, D. S. 2005. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International* 20 (2), 195-203.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A. F. & Greer, D. S. 2006. *Advancing Health Literacy. A Framework for Understanding and Action*. San Francisco, CA: Jossey-Bass. A Wiley Imprint.
- Zimmer, L. 2006. Methodological issues in nursing research. Qualitative meta-synthesis: a question of dialoguing with texts. *Journal of Advanced Nursing* 53 (3), 311-318. <http://hkeplfs.hkr.se/upload/HS/doc/Forskningsplattform24april2pdf>.

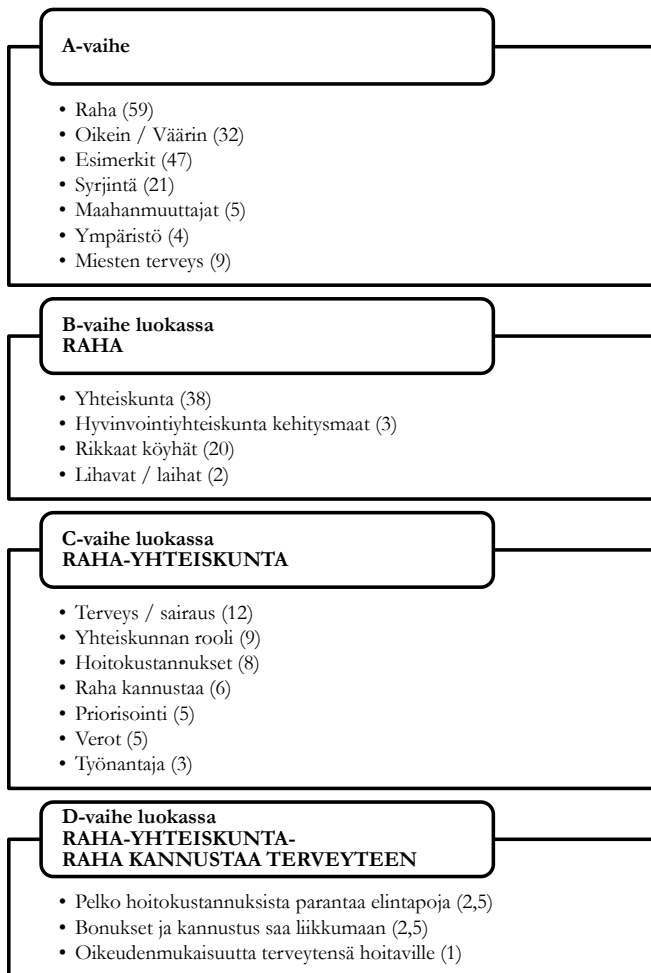
Muita lähteitä

Kannas Lasse, professori. Keskustelu 29.11.2011.

Roman Anneli, Ylioppilastutkintolautakunnan pääsihteeri, Sähköpostiviesti 20.4.2011.

LIITTEET

Liitekuvio 1. Kuvio tutkimuksen ensivaiheen analysoinnin etenemisestä.



Liitetaulukko 1. Kuvaus tutkimusprosessin etenemisestä

2006 - 2007

- Pohdinta jatko-opiskelun aloittamisesta.
- Kuunteluoppilaaksi professori Kaarina Määttä tohtoriryhmään

2008

- Jatko-opiskelu-oikeus 29.1.2008 Lapin yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnassa.
- Tutkimuslupa 28.1.2008 Ylioppilastutkintolautakunnalta kevään 2007 terveystiedon reaalikokeiden analysoimiseksi.
- Alkuvuodesta Ylioppilastutkintolautakunnassa tutustumista terveystiedon kirjoittajien taustoihin.
- Kevään 2007 ylioppilaskokeiden puoleltoista vuoden kokonaissäilytysaika päättyi 15.10.2008.

2009

- Lisätutkimuslupa Ylioppilastutkintolautakunnalta syksyn 2007 terveystiedon kokeisiin.
- Tutkimusaineiston valinta Ylioppilastutkintolautakunnassa.
- Kevään 2007 aineiston litterointi eduskunnan kirjaston tutkijahuoneessa tammi-kesäkuussa ja syksyn 2007 aineiston litterointi elokuussa.
- Aineistoa kertyi noin 370 sivua.

2010

- Tammi-maaliskuussa aineiston ensivaiheen analysointi induktiivisella otteella. Kirjasin luokiksi aineistossa useimmiten esiintyvät asiat: raha, opiskelijoiden esittämät esimerkit, oikein-väärin kommentit, syrjintä, maahanmuuttajat, ympäristö ja miesten terveys. Sisällönanalyysin avulla jatkoin luokittelua kunnes totesin etenemisen mahdottomaksi ilman teoreettista taustaa.
- Huhtikuussa luovuin aikaisemmin muodostamista luokista ja palasin alkuperäiseen aineistoon.
- Aloitin analyysin alusta. Abduktiivisen päättelyn avulla tukenani operationalistetut terveydenlukutaidon tasot, L.OPS:n oppimistavoitteet ja Bloomin taksonomia jaoin vastaukset terveydenlukutaidon tasoihin.
- Erik Ahlmanin arvotyypittelyn avulla deduktiiviseen päättelyyn tukeutuen luokittelin aineiston muodostamiini terveysarvostusluokkiin. Terveysarvostukset poimin vastauksista harkitsemiäni kriteerien perusteella.

Liitetaulukko 2. Terveyslukutaidon määrällinen jakautuminen yksittäisten vastausten perusteella

	Perus- tl			Toiminnal- linen tlt			Kriittinen tlt			Poistett			
	M	N	Yht	M	N	Yht	M	N	Yht	M	N	Yht	Vast
Uni	1	8	9	11	35	46	7	17	24	2	-	2	81
Liikunta	3	13	16	6	13	19	12	34	46	-	-	-	81
Ruoka- mainos	8	18	26	8	20	28	3	18	21	2	4	6	81
Suositus (Ruoka)	9	19	28	3	23	26	1	5	6	8	13	21	81
Vastuu	5	6	11	11	31	42	4	21	25	1	2	3	81
Terveys- erot	4	6	10	12	24	36	4	24	28	1	6	7	81
Liha- vuus	4	13	17	6	9	15	2	17	19	4	5	9	60
Masen- tuneisuus	6	12	18	1	11	12	2	9	11	-	-	-	41
Terveys- liikunta	-	5	5	1	4	5	5	9	14	-	-	-	24
Yht.	40	100	140	59	170	229	40	154	194	18	30	48	611

Liitetaulukko 3. Arvostuskriteerit esimerkkeineen.

Arvostuskriteeri	Alkuperäinen ilmaus
Minä, me	Minä maksan osani muiden hoidoista mukisematta niin kauan kunnes terveydenhoitaminen on kaikille tasa-arvoista – vaikka kieltämättä ärsyttääkin. N49k
Sinä	Tapa miten elät, syöt, liikut, ajattelet, heijastuvat kaikki sinun kehoosi. Kun elämäntapasi ovat terveelliset, voit tuntea kuinka kehosi on tyytyväinen. N85t
Nuori, lukiolainen, nykynuori	Koululiikunnassa tulisi ottaa paremmin huomioon nuorten halu leikkiä, nauraa ja nauttia liikunnasta ja jättää ne lautasukset vihdoinkin vajan seinälle. Ajassa mukana pysyminen ja vaikka skeittauksen kokeileminen yhdessä toisi toivottua vaihtelua, vaikuttaisi siten asenteisiin ja toisi sitä kaivattua aktiivisuutta. N14k
Esimerkki, mielipide	Helsingin nuoret tupakoivat ympäristön painostamina, mutta itsenäisyyttä ja omaa tahtoa arvostava ja pienemmissä sosiaalisissa verkostoissa kasvanut tyttö Lapista ei välttämättä pidä tupakointia yhtä tärkeänä ryhmäilmiönä. M9t
Verbin tapamuoto konditionaali	Minusta nuorille ja kaikille pitäisi kertoa paremmin eri liikuntamahdollisuuksista. N9p
on tehtävä ”verbiliitto”, VISK §451	Ylipainoisten määrä lisääntyy. Jotain on tehtävä ja nopeasti. N49k

tulee, täytyy, pitää	..mainoksia lukiessa, lukijan tulee olla mediakriittinen. Hänen tulee itse ratkaista se, mitä ostaa ja mitä ei. Ns. tervettä mediaa ei olekaan, valinta on ostajalla itsellään. N55k
Huutomerkki!	Kaikkia ei voi edes yhteiskunta tehdä, vaan jokaisen täytyy itse ottaa itseään niskasta kiinni ja lähteä liikkumaan! N30k
Kysymys ja vastaus	..voisivatko hoitokustannukset tietyllä tapaa säikäyttää ihmisiä elämään terveellisemmin, jos kerran itse täytyy maksaa hoitonsa. Ehkäpä. N7p
Retorinen kysymys	Onko ihminen huonompi jos hän polttaa tai syö liikaa? Miksi jonkinlaisista elintavoista pitää maksaa ja toisista ei? M19t
Sitaatit	Jos hoitoon tullaan sen takia, ettei olla eletty ”terveyskansalaisen tavoin” voisi myös miettiä, onko yhteiskunta velvollinen auttamaan hoitokustannuksissa tällaista potilasta. N16t
Sananlasku, sananparsii	”Vanha koira ei opi uusia temppuja”, lausetta voisi soveltaa myös lihaviiniin. N91p
Metafora	Kun nuori huomaa olevansa tämän laihuutta, kauneutta ja menestystä piirittävän yhteiskunnan armoilla, hänestä alkaa tuntua kuin olisi oman ympäristönsä vanki, eikä ulospääsyä ole. N101p
Vertaus	Lukio on muutenkin opiskelupaikkana tarkempi ja tiukempi kuin ammattikoulu, joten terveyskin otetaan vakavammin. Lukion yleissivistävä vaikutus säätelee myöhempiäkin terveysvalintoja. M19k

<p>Terveysteen liittyvä mielipide, jonka asiayhteydestä voi tulkita arvostukseksi</p>	<p>Ja mieluummin kuin rangaistaan terveyden laiminlyönnistä, toimitaan ennaltaehkäisevästi ja palkitaan terveyden ylläpidosta. Tällaisia ”terveysbonuksia” on mediassakin väläytelty. N10t</p>
<p>Sanavalinta: tärkeää, oleellista, välttämätöntä, elintärkeää, oikeus, perusasia, keskeistä, kulmakivi, perusedellytys, perusehto, peruskulmakivi, velvollisuus, kaikki kaikessa</p>	<p>On tärkeää saada ihmisten päähän, kuinka tärkeää liikunta on terveyden kannalta sairauksien ehkäisyssä ja painonhallinnassa. N15p</p> <p>Opiskelijalle nukkuminen on myös kaikki kaikessa...M2t</p> <p>Aikuisiän vaiheessa liikunta on elintärkeää. N83k</p>
<p>on väärin, huono asia, ei ole oikein, ikävä kyllä, on turhauttavaa</p>	<p>Yhteiskunnallisesti ajatellen on väärin, että esimerkiksi hallituksen rahat menevät ovien suurentamiseen, liikalihavien ihmisten ansiosta. N17p</p>

Liitekuvio 2. Lukion opetussuunnitelman perusteiden 2003 terveystiedon tavoitteet

Terveystiedon opetuksen tavoitteet

- ymmärtää työ- ja toimintakyvyn, turvallisuuden sekä sairauksien ehkäisyn ja terveyden edistämisen merkityksen
- osaa käyttää terveyden edistämiseen, terveyteen ja sairauteen liittyviä käsitteitä
- ymmärtää sairauksien, erityisesti kansantautien ja tartuntatautiin ehkäisyn, merkityksen ja tuntee niiden keskeisiä ehkäisy- ja hoitomahdollisuuksia yksilön ja yhteiskunnan näkökulmasta
- pohtii terveyttä koskevia arvokysymyksiä ja osaa perustella omia valintojaan ja oppii arvostamaan terveyttä voimavarana sekä edistämään terveyttä
- tuntee kansanterveyden historiallista kehitystä ja väestöryhmien välisten terveyserojen syntyyn vaikuttavia tekijöitä
- tuntee terveyden- ja sosiaalihuollon peruspalveluja sekä kansanterveyteen liittyvää kansalaistoimintaa
- perehtyy terveyttä koskevan tiedon hankintamenetelmiin sekä osaa kriittisesti arvioida ja tulkita terveyttä ja sairauksia koskevaa tietoa ja erilaisia terveyskulttuuriin liittyviä ilmiöitä

Terveyden perusteet (TE1), pakollinen kurssi

- tuntee fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen työ- ja toimintakyvyn sekä työ- ja muuhun turvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä ja osaa arvioida niiden toteutumista omassa elämäntavassa ja ympäristössä
- tietää kansantautien ja yleisimpien tartuntatautiin ehkäisyn merkityksen yksilön ja yhteiskunnan näkökulmasta sekä oppii pohtimaan niiden ehkäisyn liittyviä ratkaisuja yhteiskunnassa
- tunnistaa terveyserojen syntyyn vaikuttavia tekijöitä
- osaa hankkia, käyttää ja arvioida terveyttä ja sairauksia koskevaa tietoa sekä pohkia terveyskulttuuriin ja teknologiseen kehitykseen liittyviä ilmiöitä terveystieteen näkökulmasta
- tuntee keskeiset terveyden ja sosiaalihuollon palvelut

Nuoret, terveys ja arkielämä (TE2), syventävä kurssi

- oppii tarkastelemaan elämäänsä aikuisuuden ja vanhemmuuden näkökulmasta
- osaa pohkia ja tarkastella terveyteen ja sairauteen liittyviä arvoja ja arvostuksia
- osaa perustella omia valintojaan terveyden näkökulmasta ja arvioida elämäntapaan ja ympäristöön liittyvien valintojen merkitystä terveydelle ja hyvinvoinnille
- osaa kuvata koettua terveyttä ja terveysongelmia selittäviä ilmiöitä ja niiden erilaisia tulkintoja

Terveys ja tutkimus (TE3), syventävä kurssi

- osaa pohkia kansanterveystieteen ja ehkäisevän terveydenhuollon kehityksen päälinjoja kansallisesti ja maailmanlaajuisesti
- osaa hankkia, arvioida ja tulkita terveyteen ja sairauksiin liittyvää tutkimus- ja arkitietoa
- toteuttaa pienimuotoisia terveys-/terveyskäyttämiskartoituksia omassa opiskeluympäristössään
- osaa käyttää terveydenhuollon palveluja sekä tuntee asiakkaan ja potilaan oikeudet
- osaa pohkia ja arvioida teknologisen kehityksen merkitystä terveyden ja turvallisuuden näkökulmasta

Liitekuvio 3. LOPS:n terveystiedon yleiset tavoitteet jaettuna terveydenlukutaidon tasoihin.

**Perusterveyden lukutaitoa vastaavat
LOPS 2003 yleiset tavoitteet**

- *osaa käyttää* terveyden edistämiseen, terveyteen ja sairauteen liittyviä käsitteitä (yleiset tavoitteet)
- *tuntee* kansanterveyden historiallista kehitystä ja väestöryhmien välisten terveyserojen syntyyn vaikuttavia tekijöitä (yleiset tavoitteet)
- *tuntee* terveyden- ja sosiaalihuollon peruspalveluja (yleiset tavoitteet)

**Toiminnallisen terveydenlukutaidon ja
LOPS 2003 yleiset tavoitteet**

- *ymmärtää* työ- ja toimintakyvyn, turvallisuuden sekä sairauksien ehkäisyyn (yleiset tavoitteet)
- *ymmärtää* sairauksien, erityisesti kansantautien ja tartuntatautien ehkäisyyn, merkityksen ja *tuntee* niiden keskeisiä ehkäisy- ja hoitomahdollisuuksia yksilön ja yhteiskunnan näkökulmasta (yleiset tavoitteet)

**Kriittisen terveydenlukutaidon ja
LOPS 2003 yleiset tavoitteet**

- *ymmärtää* terveyden edistämisen merkityksen (yleiset tavoitteet)
- *tuntee* kansanterveyteen liittyvää kansalaistoimintaa (yleiset tavoitteet)
- *perehtyy* terveyttä koskevan tiedon hankintamenetelmiin sekä *osaa* kriittisesti *arvioida* ja *tulkita* terveyttä ja sairauksia koskevaa tietoa ja erilaisia terveyskulttuuriin liittyviä ilmiöitä (yleiset tavoitteet)
- *pohdii* terveyttä koskevia arvokysymyksiä ja *osaa perustella* omia valintojaan ja *oppii arvostamaan* terveyttä voimavarana sekä *edistämään* terveyttä (yleiset tav.)

Liitekuvio 4. Operationalistetut terveydenlukutaidon tasot.

Perusterveyden lukutaito

- tietää yleisimmät terveysriskit
- tietää tupakoinnin vaarat
- tietää alkoholin ja huumeiden käytön vaarat
- osaa käyttää terveyspalveluja
- osallistuu rokotuskampanjoihin
- osallistuu seulontatutkimuksiin
- Vastaa Bloomin taksonomian 1 ja 2 eli tietää ja ymmärtää

Toiminnallinen terveydenlukutaito

- ymmärtää elintapojen merkityksen terveydelle
- motivoitunut hoitamaan terveyttään
- syö terveellisesti
- liikkuu
- nukkuu riittävästi, rentoutuu
- vastustaa ”ulkoisia” paineita
- lukee terveysinformaatiota lehdistä, netistä
- Vastaa Bloomin taksonomian tasoa 3, eli soveltaa hallussaan olevia tietoja käytännön tilanteisiin

Kriittinen terveydenlukutaito

- toimii sekä oman että yhteisönsä ja yhteiskunnan terveyttä edistävästi
- arvioi kriittisesti terveysinformaatiota
- omaa terveyttä ja elämänlaatua edistävät arvostukset
- pohtii terveyden ja sairauden merkitystä ihmiselle
- toimii aktiivisesti terveyden edistämiseksi: kirjoittaa yleisönosastokirjoituksia, osallistuu poliittiseen toimintaan, osallistuu järjestötoimintaan
- kyseenalaistaa median ja mainonnan ”ylivallan”
- Vastaa Bloomin taksonomian 4, 5 ja 6 tasoja, syntetisoi, analysoi, arvioi

Kokonaisvaltainen terveydenlukutaito

- on suvaitsevainen erilaisia ihmisryhmiä kohtaan
- on antirasisti
- tiedostaa laajasti kulttuurierojen merkityksen terveydelle
- tiedostaa taiteen ja sivistyksen merkityksen terveydelle
- ymmärtää sosiaalisen pääoman merkityksen terveydelle
- haluaa suojella ympäristöä ja on huolissaan ympäristöuhista
- arvostaa ja suojelee ympäristöä
- kriittisoi länsimaisen elämänmenon epäkohtia terveydelle haitallisena
- haluaa toimia maailmanlaajuisesti terveyden edistämisessä
- Vastaa Bloomin taksonomian tasoa 5 ja 6, syntetisoi ja arvioi

Liitekuvio 5. Ruokamainoksen analysointi,
terveydenlukutaidon tasot.

Perusterveydenlukutaito

- tietää mainonnan tavoitteen saada oma tuote kaupaksi

Toiminnallinen terveydenlukutaito

- ohittaa mainoksen karikat epäterveellisestä ruokavaliosta
- arvioi mainoksen tarkoitusperiä

Kriittinen terveydenlukutaito

- analysoi kaupan intressin ja kansalaisen terveyden ristiriitaa
- pohtii ruoan hinnan merkitystä kansalaisten tasa-arvoisuudelle ja terveydelle
- toteaa ruoan epätasaisen jakautumisen maailmassa
- kritikoi mainoksen otsikkoa ”ostosten oikea suunta”

Liitekuvio 6. Ravintosuosituksen toteutuminen, terveydenlukupaitaidon tasot

Perusterveydenlukupaitaito

- muistaa jonkun terveellisen ravitsemuksen mallin: lautasmalli, ruokaympyrä, ruokapyramidi
- luettelee ravitsemussuosituksen peruslinjaukset
- luettelee huonon ravitsemuksen aiheuttamia sairauksia

Toiminnallinen terveydenlukupaitaito

- kokoaa mainoksen tuotteista ruokavalion, ja toteaa sen puutteet terveyden kannalta
- toteaa oikean ruokarytmin terveydelle
- kommentoi alkoholin käyttöä
- ymmärtää liiallisen sokerin, suolan ja rasvan käytön merkityksen terveydelle
- toteaa ruoan ja lihavuuden yhteyden
- toteaa etteivät ravitsemussuositukset toteudu mainoksen tuotteilla
- täydentää/ korvaa ruokavalion ravitsemussuosituksen mukaiseksi listan ulkopuolisilla ravintoaineilla
- korostaa hedelmien ja kasvien runsasta käyttöä

Kriittinen terveydenlukupaitaito

- analysoi ja pohtii terveellisen ruokavalion mahdollisuutta vähävaraisille
- perustelee halun ostaa halpaa, helppoa ja paljon ja näkee sen merkityksen kansanterveydelle
- laajentaa ajatteluaan myös luomuruokaan ja funktionaaliseen ravintoon
- pohtii ja toteaa vitamiinivalmisteiden tarpeettoman käytön terveellisen ruokavalion ohella
- suhteuttaa ravinnon ja liikunnan merkityksen osaksi kokonaisterveyttä

Liitekuvio 7. Unen ja levon merkitys terveydelle, terveydenlukutaidon tasot

Perusterveydenlukutaito

- tietää unen tarpeen yksilölliset vaihtelut
- ymmärtää liian vähäisen nukkumisen vaikutukset ihmisen elimistössä, luettelee niitä
- luettelee unen vaiheet
- luettelee keinoja turvata hyvä yöuni

Toiminnallinen terveydenlukutaito

- selittää unen vaiheiden sisältöä ja niiden merkitystä ihmiselle
- selostaa stressin ja unen välistä yhteyttä
- selostaa treenin ja unen välistä yhteyttä
- soveltaa tietoja unettomuuden vaikutuksen liikenneturvallisuudelle
- selostaa unen vaikutusta oppimiseen
- huomioi painon lisääntymisen ja vähäisen nukkumisen yhteyden

Kriittinen terveydenlukutaito

- pohtii levon merkitystä suorituskyvylle
- arvioi unen merkitystä sosiaalisille suhteille
- tunnistaa nukkumisen merkityksen lapsen kasvuille, kasvuhormonin merkitys
- pohtii syitä, miksi unta ja lepoa ei nykyään arvosteta
- soveltaa tietojaan nukkumisesta ja levosta terveyden edistämisen näkökulmasta
- ymmärtää syvän unen merkityksen terveydelle: vaikutus kudosten kasvuille, valkuaisainien uusiutumiseen, vammojen parantamiseen, kivun lievennykseen

Liitekuvio 8. Vastuu terveydenhoitokustannuksista, terveydenlukutaidon tasot

Perusterveydenlukutaito

- tietää rahan vaikutuksen terveydenhoidossa, yksi suurimmista valtion menoeristä
- luettelee elämäntapasairauksia
- toteaa perustelematta, että valtion menot kasvaa jos ihmiset käyttäytyy tietoisesti väärin

Toiminnallinen terveydenlukutaito

- ymmärtää kansantautien hoidon kalleuden valtion tasolla
- soveltaa tietojaan arkipäivään
- rahan menettämisen pelko kannustaa terveellisiin elämäntapoihin
- ymmärtää tupakoinnin ym. vaikutuksen terveyteen
- luettelee ”arvoja” perustelematta
- toteaa tupakkaveron merkityksen
- pitää oikeutettuna, että tietoinen ”terveydentuhoaja” maksaa hoitonsa itse

Kriittinen terveydenlukutaito

- vertailee tupakoinnin ja liikuntatapatuormien ja väsymisen aiheuttamien tapaturmien maksuvelvollisuutta
- analysoi varhaislapsuuden perheen yhteyttä nykyiseen terveydentilaan
- pohtii perustellen terveydenhuollon vastuukysymyksiä sosiaalisen eriarvoisuuden näkökulmasta
- analysoi vastuukysymystä myös julkisen keskustelun perusteella
- oivaltaa rahan menettämisen pelon vaikutuksen terveyttä edistävien elämäntapojen syntyyn
- terveystietisyyden pohdinta
- pohtii vanhusten, vammaisten ja vähävaraisten asemaa terveydenhuollon järjestelmässä
- analysoi priorisoinnin vaikutusta kansalaisten terveyden ja tasa-arvon näkökulmasta
- pohtii perustellen perimän vaikutusta ihmisen terveyteen

Liitekuvio 9. Kansalaisten terveyserojen syiden pohdinta, terveydenlukutaidon tasot

Perusterveydenlukutaito

- tietää terveyserojen olemassaolon
- muistaa ja luettelee niistä joitakin

Toiminnallinen terveydenlukutaito

- suhteuttaa terveyserojen merkityksen eri väestöryhmien kohdalle
- yleistää terveyserojen vaikutuksen ihmisten terveyteen
- soveltaa tietämäänsä terveyseroista arjen ratkaisuihin

Kriittinen terveydenlukutaito

- mainitsee medikalisaation
- analysoi terveyserojen syitä eri väestöryhmien kesken
- vertailee terveyserojen merkitystä ihmisen elämälle
- tulkitsee terveyserojen vaikutusta kansanterveydelle
- ennustaa terveyserojen kasvua tai vähentymistä
- pohtii yhteiskunnan keinoja terveyserojen vähentämiseksi
- oivaltaa kulttuurin merkityksen terveyttä edistävänä tekijänä
- yhdistää ympäristön tilan vaikutuksen ihmisen terveyteen
- vertailee hyvinvointiyhteiskunnan ja kehitysmaiden ihmisten terveyttä
- pohtii terveyseroja arvojen näkökulmasta
- vastaus sisältää tulevaisuusnäkökulman
- pohtii medikalisaation vaikutusta terveyserojen synnyssä

Liitekuvio 10. Yhteiskunnan keinot edistää kansalaisten liikuntaa, terveydenlukuaitaidon tasot

Perusterveydenlukuaito

- luettelee keinoja liikunnan lisäämiseksi, ei perusteluja
- tietää liikunnan merkityksen terveydelle
- ymmärtää liikunnan merkityksen ihmiselle
- mainitsee liikunnan edistävän terveyttä
- luettelee kampanjat, liikuntatilat, valistuksen keinoina liikunnan lisäämiseksi
- luettelee ikäryhmäkohtaisesti liikunnan lisäämiskeinoja

Toiminnallinen terveydenlukuaito

- soveltaa tietojaan liikunnan merkityksestä terveydelle
- mainitsee ikäryhmäkohtaisesti liikunnan merkityksen
- selittää liikuntapiirakan merkityksen
- mainitsee liikuntareseptin ja pohtii sen merkitystä
- mainitsee neuvolan, päivähoidon, koulun, armeijan ym. merkityksen liikunnan lisääjänä
- oivaltaa työnantajan mahdollisuudet lisätä työntekijöiden liikuntaa ja hyvinvointia
- suhteuttaa julkisen liikenteen ja autoilun helpouden liikunnan määrässä

Kriittinen terveydenlukuaito

- ehdottaa ikäryhmäkohtaisia liikuntamuotoja perustellen niiden merkityksen hyvinvoinnille
- pohtii analysoiden median merkitystä liikunnan lisääjänä
- pohtii arvioiden liikunnan merkitystä terveyden edistämisessä
- pohtii kansansairauksien vähentämisen mahdollisuutta liikunnan avulla
- yhdistää luonnon ja ympäristön merkityksen ihmiselle ja liikunnalle
- arvioi kriittisesti valtion osoittaman rahan merkitystä liikunnan lisäämisessä
- oivaltaa ihmisen oman tahdon merkityksen liikuntatapoihin
- ehdottaa veroratkaisuja liikunnan lisäämiseksi
- näkee liikunnan ilona, ei pakopullana tai rangaistuksena

Liitekuvio 11. Lihavuuden eettinen pohdinta, terveydenlukupäätösten tasot

Perusterveydenlukupäätös

- luettelee lihavuuden syitä
- tietää lihavuudesta johtuvat terveysriskit
- luettelee lihavuudesta johtuvia kansansairauksia
- tietää ylipainon rajat
- tietää, että liikkumattomuus lisää lihavuuden riskiä

Toiminnallinen terveydenlukupäätös

- etsii keinoja painonlaskemiseen elämäntavoista
- ymmärtää ja miettii lihavuudesta johtuvien kansantautien syntyä
- ymmärtää, että lihavuudesta johtuu lisääntyneitä terveydenhuollon kustannuksia valtiolle
- huomaa kohonneen elintason ja teollistumisen vaikuttaneen kansan lihomiseen
- huomioi koulutusaamisen ja syrjinnän
- etsii syitä lasten lihavuuteen vanhemmista

Kriittinen terveydenlukupäätös

- kyseenalaistaa median kauneusihanteet
- pohtii lihavuuden aiheuttamia eettisiä kysymyksiä
- pohtii lihavien ihmisten arvoa
- pohtii ihmisen itsetuntokysymyksiä
- arvioi kriittisesti työnantajien suhtautumista lihavaan ihmiseen
- arvioi elintarvikemarkinnan merkitystä lihavuuden syntymiseen
- analysoi vääristyneiden esikuvien vaikutusta syömishäiriöiden syntyyn

Liitekuvio 12. Nuorten masentuneisuuden lisääntymisen syyt, terveyden lukutaidon tasot

Perusterveydenlukutaito (muistaa, ymmärtää)

- listaa masentuneisuuden syitä: unen puute, päihteet, paino-ongelmat, liikunnan puute
- ymmärtää perheen merkityksen ja ajankäytön nuoren elämälle, ajanpuute
- nimeää perheongelmat (avioerot) nuorten masentuneisuuden yhdeksi syyksi

Toiminnallinen terveydenlukutaito (soveltaa)

- ratkaisee oman elämänsä solmukohtia
- soveltaa terveen elämän oppeja omaan elämäänsä
- selittää masentuneisuuden olevan tietyissä tilanteissa normaali reaktio
- esittelee tavoitteita elämälleen
- erottaa masennuksen masentuneisuudesta
- selittää median vaikutusta masentuneisuuteen, kauneusihanteet

Kriittinen terveydenlukutaito (analysoi, arvioi, luo)

- analysoi masentuneisuuden ja tulevaisuuden pelon yhteydessä
- on huolestunut ympäristön saastumisesta
- kommentoi yhteiskunnallista eriarvoisuutta
- tekee johtopäätöksiä yhteiskunnan ”menosta” ja sen yhteydestä masentuneisuuden lisääntymiseen
- pohtii keinoja masentuneisuuden ennaltaehkäisemiseen
- perustelee masentuneisuuden lisääntymistä sosiaalisen pääoman ja yhteisöllisyyden puutteella
- pohtii uusioperheiden ja yksinhuoltajuuden vaikutuksia nuorten elämään
- arvostelee kouluterveydenhuollon puutteita

Liitetaulukko 4: Bloomin taksonomian kognitiivinen kuvaus ja verbit, joita LOPS 2003 terveystiedon tavoitteissa on käytetty. (Bloom 1956, 1972/1979; Anderson ym. 2001; LOPS 2003)

TASOT	LOPS 2003 käytetyt verbit	BLOOM: kognitiivinen kuvaus
Taso 1 Muistaa	Tuntee, tietää, tunnistaa	Muistaa erityisiä osia tiedosta Tuntee yleisiä merkityksiä. Selittää termejä ja tyypillisyyksiä. Muistaa tärkeimmät tosiasiat. Hallitsee minimitiedon.
Taso 2. Ymmärtää	Ymmärtää	Yksilöllistä tietämistä sanotusta, sanotun käyttämistä ilman, että nähdään yhteyksiä toisiin aiheisiin.
Taso 3. Soveltaa	Osa hankkia ja käyttää tietoa, oppii tarkastelemaan, toteuttaa	Muodostaa käsitteitä erityisissä ja konkreettisissa tilanteissa. Käyttää tieteellistä tekstiä toisissa yhteyksissä.
Taso 4. Analysoi	Osa arvioida omia valintoja	Erottaa tosiasiat olettamuksista. Tunnistaa suostuttelevia mainoksia, tunnistaa propagandan.
Taso 5. Tekee synteesin	Oppii pohtimaan, osaa hankkia, käyttää, osaa pohtia, tarkastella, osaa perustella, osaa kuvata	Muodostaa uusia rakenteita. Selittää yksityiskohtaisesti ilmiöitä. Luokittelee ja keksii yleistyksiä. Kertoo henkilökohtaisista kokemuksista tehokkaasti.
Taso 6. Arvioi Luo	Arvioi, tulkitsee	Arvioi yleisiä todennäköisyyksiä tosiasioiden valossa. Erottaa perusteluiden loogiset virheet. Tuntee erilaisia kulttuureja. Kyky vertailla tunnettujen parhaiden käytänteiden avulla.

Liite 1: Esimerkkejä hylkäämistäni vastauksista

Uni

Vietämme kolmasosan elämästämme nukkuessa. Nukkuminen tai lepääminen ei itsessään vielä poista stressiä, tallenna tietoja tai palauta päivän koitoksista. Siihen tarvitaan unta ja varsinkin unen neljännettä vaihetta syvää unta. Ilman unta ja nukkumista ihmisen elintoiminnot eivät pääse lepoon, jolloin raajat alkavat tärisemään ja silmänaluset tummumaan. Lihakset alkavat myös haurastumaan, koska elimistöllä ei ole aikaa korjata niitä. Paino saattaa pudota, koska valveilla ollessa ihminen kuluttaa enemmän energiaa kuin nukkuessa. Pitkäaikainen unenpuute saattaa johtaa hallusinaatioiden näkemiseen ja johtaa tunteeseen, jossa aivot tuntuvat ylikuormittuvan. M

Lihavuuden eettinen pohdinta

Lihavuus voi johtua monista syistä, kuten perinnöllisyys, sairaus tai itse aiheutettu. Lihavuus on aina itselle hyvin vaikea asia sillä se rajoittaa liikkumista, voi kokea syrjintää, ystävystymisen vaikeudet sekä paineita koska nyky-yhteiskunnassa ihannoidaan laihuutta. Lihava henkilö saattaa kokea syrjintää esim. työpaikassa ja jopa työmatkalla. Lihavista ihmisistä on yleensä ennakkoluuloja. N

Terveyserot

Väestössämme vähemmän varakkaat ihmiset ovat varakkaampia terveellisempiä, mutta varakkailla ihmisillä on mahdollisuus käyttää yksityisiä palveluita enemmän jossa he saavat nopeasti hyvää palvelua. Vähemmän varakkaat väestöt tekevät enemmän ruumiillista työtä, joka edistää terveyttä ja vähentää sairauksia. Monet varakkaammat ihmiset tekevät töitä toimistoissa istumassa suurimman osaa päivää, jolloin ei tee tarpeeksi työtä lihasten, terveyden tai hyvinvoinnin kannalta. Korkean elintason lisääntyminen on vähentänyt ihmisten liikkumista. N

Ruokamainos

Kaupat yrittävät houkutella asiakkaita kauppaan heräteostosten avulla. Ihmiset huomaavat mainoksen ja päättävät mennä kauppaan ostamaan jotakin hyvää. Samalla he päättävät ostaa

kaupasta päivän ruoat. Kaupat mainostavat tuotteita joita ihmiset usein päivittäin ostavat. M

Ravitsemussuositukset

Ravitsemussuositukset eivät toteudu, jos ihmiset juoksevat ainoastaan tarjousten perässä. Jos ihmiset ostavat vain sellaista, mikä on halpaa, niin monet terveyttä ylläpitävät ruoka-aineet jäävät helposti kokonaan pois. Kauppojen suunnitelmassa mainoksia ei mietitä ravintoympyrää, vaan sitä, mikä myy ja näin ollen tuottaa eniten. Ruoan ostaminen pelkkien tarjousten perusteella tekee siis ruokavalion ennen pitkää liian yksipuoliseksi. N

Vastuu terveystalouksista

Esimerkiksi tupakka aiheuttaa monia eri sairauksia ja niiden hoitokulut nousevat jopa 2 miljardiin euroon, kun taas tupakkaverosta kääritään rahaa kasaan vain muutama sata miljoona euroa. Miksi muiden ihmisten pitäisi maksaa esim. tupakasta aiheutuneiden sairauksien hoidot? Tupakoinnin aloittaminen on oma päätös ja nykyään sen lopettaminenkin on helpompaa esim. nikotiinipurukumien avulla. Kaikki Suomen kansalaiset kuitenkin maksavat veroja, joten kaikilla on oikeus hoitoon. Eikä ihmisiä myöskään voi jättää kitumaan ja kuolemaan jos heillä ei ole varaa hoitoon. Eräs ratkaisu on kuitenkin että esimerkiksi tupakkaveroa korotetaan suuresti, jolloin ihmiset periaatteessa itse maksavat hoitonsa. Samalla tupakanpoltto vähenisi. M

Liite 2. Esimerkki perusterveydenlukutaitoisesta vastauksesta

Ihmisten ruokailutottumukset olisivat melko yksipuoliset ja epäterveelliset. Tässä mainoksessa olevista tarjoustuotteista ei saa kaikkia tarvittavia ravintoaineita ja vitamiineja, sekä ravitsemussuositusten mukainen lautasmalli on lähes mahdotonta toteuttaa. lautasmallin mukaan $\frac{1}{2}$ lautasesta tulisi olla salaattia, $\frac{1}{4}$ lihaa, kalaa tai kanaa ja $\frac{1}{4}$ perunaa, pastaa tai riisiä. Tarjouksessa olevat tuotteet ovat hyvin kaloripitoisia ja rasvaisia sekä sisältävät yllättävän paljon kaloreita, tämän takia päivän kalorimääräsuositus ylittyisi yllättävän nopeasti ja sen seurakusena tapahtuisi lihomista. Ruokien sisältämät piilorasvat lisääisivät sairauksien määrää.

Jos kuluttaja syö aina tarjoustuotteiden mukaan hän ei saisi tasaisesti tarvitsemiaan ravintoaineita. Epäterveellinen ruokavalio luultavasti lyhentäisi oletettua elinikää.

Yhä useampi ihminen on ylipainoinen jos syötäisiin pelkästään tarjoustuotteiden tarjoamia tuotteita sekä ravitsemussuositukset toteutuisivat todella huonosti. N60

Liite 3. Esimerkki toiminnallisesti terveydenlukutaitoisesta vastauksesta

Yleiset ravintosuosituksethan ovat että välttä rasvaa ja sokeria, älä syö ainakaan enempää kuin mitä kulutat ja pyri noudattamaan ruokaympyrää. Kyseisen tarjousmainoksen tuotteiden päivittäinen käyttö johtaisi moniin terveydellisiin riskeihin.

Jokaisessa tuotteessa on hurjasti energiaa ja sokeria. Broilerin reisikoivet ja porsaan uunifilee olisivat huomattavasti terveellisempiä ilman marinadeja. Limonadit, irtokarkit ovat huikeita sokeripommeja ja kaljassa on tunnetusti paljon kaloreita. Rasvaa ja varsinkin sitä huonoa eläinkunnan rasvaa on makkarassa hurjan paljon, sekä majoneesissa, lohkoperunoissa, sulatejuustoviipaleissa.

Ainoat, hyvät ravintoaineet saadaan appelsiineista ja jukurteista. Pakastekalapuikot luetaan eineksiksi, jotka sisältävät ylimääräistä rasvaa ja säilöntäaineita. Muuten kala olisi loistavaa ravintoa. Vehnäsämpylä kuulostaa hyvälle, mutta loppupeleissä se on täynnä ainoastaan tyhjää energiaa. Tämän tilalle pitäisi olla ruissämpylöitä, jotka ovat kuitupitoisia ja näin edistävät suoliston toimintaa. Appelsiineistä saa vitamiineja ja jukurtista kalsiumia.

Jos eläisi tämän tarjouksen tuotteiden mukaan, syntyisi aivan varmasti lihavuutta ja sen myötä muita sairauksia, kuten diabetesta, sydän- ja verisuonitauteja ja tuki- ja liikuntaelimestön tauteja. Väärät ruokailutottumukset jäisivät perheeseen, ravintoaineista tulisi huutava puute ja makean himo ja alkoholiongelmät saattaisivat johtaa riippuvuuksiin. On siis hyvin tärkeää käyttää omaa päätä lukiessa kauppojen tarjouksia, eikä vain sokeana ostaa kaikkea tarjouksessa olevaa. N24

Liite 4. Esimerkki abduktiivisen päättelyn etenemisestä tutkimuksessani

Liitekuviossa 8 kuvaan seuraavaksi esimerkkinä esittämäni kysymyksen terveydenlukutaidon tasoja. Aloitan jokaisen tavoitteen opetussuunnitelmassa esiintyvällä verbillä, jotta niitä olisi helppo verrata Bloomin taksonomian kuuteen tasoon. Bloom esittää tasonsa verbeillä (Anderson ym. 2001; Bloom 1972).

Lukion opetussuunnitelman perusteissa mielestäni kriittistä terveydenlukutaitoa kuvaa esimerkiksi tavoite ”opiskelija oppii arvostamaan ja edistämään terveyttään”. Tavoite perehtyä terveyttä koskevan tiedon hankintamenetelmiin ja taito osata kriittisesti arvioida ja tulkita terveyttä ja sairauksia osoittaa opiskelijan kriittistä terveydenlukutaitoa. Kriittisesti terveydenlukutaitoinen myös pohtii priorisoinnin vaikutusta kansalaisten terveyteen ja tasa-arvoon.

Paljon ristiriitaisia ajatuksia herättänyt ajatus on ollut siirtää elintapojen aiheuttavien sairauksien hoitokulut ihmiselle itselleen. Miksi valtion tulisi maksaa siitä, että ihminen tekee itselleen tuhoa? Ongelma ei ole kuitenkaan kovin yksinkertainen vaan se sisältää monia, toisiaan vastaan vaikuttavia puolia. Harvaan sairauteen on vain yhtä aiheuttajaa. Usein sairauden synty on tekijöiden summa, johon vaikuttaa perimä, elintavat ja sattuma yhdessä. Esimerkiksi korkea kolesteroli on osittain periytyvää, mutta voi jäädä myös oireettomaksi. Paljon tyydyttyneitä rasvoja sisältävä ruokavalio lisää sairastumisriskiä, kuten myös huono liikunta. Toisaalta terveellisestikin syövä, paljon liikkuva voi kärsiä huonosta kolesterolista.

Sama ongelma kohtaa tupakoinnin ja esim. sen aiheuttamien syöpien hoidossa. Koko ikänsä aktiivisesti polttanut mies säästyy keuhkosyövältä, jonka puhkeamiseen tupakka on tärkeänä tekijänä. Hänen tupakoimattomalla lapsellaan, joka on altistunut isänsä takia passiiviselle tupakoinnille, ilmenee vanhemmalla iällä keuhkosyöpä. N14k

Kriittisesti terveydenlukutaitoisen opiskelijan vastaus sisältää perusterveydenlukutaitoa edellyttävät asiat eli hän muistaa ja luettelee sairauksien syitä esimerkiksi tupakoinnin kielteisen vaikutuksen terveydelle. ”Tietää, muistaa ja luettelee” vastaa Bloomin taksonomian alinta tasoa (Liitekuvio 4). Opiskelija myös ymmärtää elintapojen merkityksen terveydelle, se osoittaa toiminnallista terveydenlukutaitoa. Bloomin taksonomiassa ”ymmärtäminen” vastaa tasoa 3. Mainitessaan vanhempien elintapojen vaikutuksen lapsen terveyteen, hän tiedostaa elinympäristön vaikutuksen ihmisen terveyteen ja tämä taito vastaa kriittistä terveydenlukutaitoa. Opiskelija analysoi ja arvioi elintapojen ja muiden tekijöiden vaikutusta terveydelle, se vastaa Bloomin taksonomian 4, 5 ja 6 tasoa.

Miten tahansa itse aiheutettujen sairauksien hoitoon ryhdytään vaikuttamaan on aikaan saatava maanlaajuinen asennemuutos. Suomalaisten on opittava arvostamaan itseään, terveyttään, elämäänsä ja ympäristöään niin, että he ymmärtävät valintojensa kokonaisvaltaisen vaikutuksen. Jos paras keino tähän on kovemmat hoitokustannukset olkoot se niin. N14k

Naisabiturientin pitkän ja monipuolisen vastauksen viimeinen kappale paaluttaa hänen terveydenlukutaitonsa kriittiselle tasolle. Hän on valmis terveydenhuollon käytännön muutoksiin mutta sitä ennen hän uskoo, että ihmiset itse voivat vaikuttaa parhaiten terveyteensä.