

Johanna Saari

# TERVEYDENLUKUTAIDON YHTEYS KOULUPOISSAOLOIHIN TOISEN ASTEEN OPISKELIJOILLA

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta  
Pro gradu -tutkielma  
Huhtikuu 2026

# TIIVISTELMÄ

Johanna Saari: Terveyslukutaidon yhteys koulupoissaoloihin toiseen asteen opiskelijoilla  
Pro gradu -tutkielma  
Tampereen yliopisto  
Terveystieteiden tutkinto-ohjelma, kansanterveystiede  
Huhtikuu 2026

---

Koulutus on keskeinen nuorten terveyttä määrittävä tekijä. Koulupoissaolojen määrä on lisääntynyt ja niihin on alettu kiinnittää erityistä huomiota, sillä ne vaikuttavat oppimiseen, opintojen etenemiseen, jatko-opintoihin ja työuraan. Lisäksi koulupoissaolot voivat heikentää lapsen ja nuoren sosiaalisten taitojen ja tunne-elämän kehittymistä ja ne ovat yhteydessä merkittäviin mielenterveyden ja fyysisen hyvinvoinnin haasteisiin. Koulupoissaolot voivat johtaa opintojen keskeyttämiseen ja lisätä syrjäytymisriskiä. Terveyslukutaito on tärkeä voimavara, joka tukee yksilön kykyä tehdä terveyttä ja hyvinvointia tukevia valintoja. Nuorten terveyslukutaidon tason seuraaminen ja terveyslukutaitoon yhteydessä olevien tekijöiden tunnistaminen on tärkeää, jotta väestöryhmien välisiä terveyslukutaidon eroja voidaan kaventaa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää terveyslukutaidon ja koulupoissaolojen välistä yhteyttä toisen asteen opiskelijoilla. Aineistona käytettiin vuonna 2016 kerättyä MetLoFin-tutkimuksen aineistoa. Poissaoloja mitattiin vastaajien itsearvioinnilla sairauspoissaolojen ja luvattomien poissaolojen määrästä. Terveyslukutaitoa mitattiin Health Literacy for School-aged Children (HLSAC) mittarilla, johon sisältyi kymmenen terveyteen liittyvää väittämää. Näiden kymmenen väittämän vastauksista muodostettiin summamuuttuja, jonka saamat arvot jaettiin kolmeen luokkaan, hyvä, keskitaso ja heikko. Tilastollisissa tarkasteluissa käytettiin ristiintaulukointia, Khiin neliö -testiä ja muita epäparametrisia testejä sekä binääristä logistista regressiota.

Tulosten perusteella heikko subjektiivinen terveyslukutaito oli yhteydessä vähäisempään sairauspoissaolojen ja luvattomien poissaolojen esiintymiseen. Keskitason ja hyvän terveyslukutaidon välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa. Taustamuuttujista kimpakämpässä tai opiskelija-asuntolassa asuminen verrattuna vanhempien kanssa asumiseen, viimeisen puolen aikana esiintyneet fyysiset oireet, kuten päänsärky tai vatsakipu, pitkäaikainen sairaus tai vamma, säännöllinen lääkitys, se, että oli käynyt kouluterveydenhoitajan vastaanotolla ikäkausitarkastuksen lisäksi kerran tai useammin ja että meni nukkumaan klo 23 jälkeen olivat yhteydessä suurempaan sairauspoissaolojen esiintymiseen. Korkeampi peruskoulun päättötodistuksen arvosanojen keskiarvo, se, että ei ollut lainkaan vaikeuksia saada rahoja riittämään, koulupsykologin vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin lukuvuoden aikana käyminen sekä se, että kertoi tullessa kiusatuksi olivat yhteydessä vähäisempään sairauspoissaolojen esiintymiseen. Naissukupuoli, vanhempi ikä, opiskelussa koetut vaikeudet, ansiotyön tekeminen vähintään kerran viikossa, viimeisen puolen aikana esiintyneet fyysiset oireet, kuten päänsärky tai vatsakipu, se, että meni nukkumaan klo 22.30 tai sen jälkeen ja heräsi klo 7.30 tai sen jälkeen sekä kiusaajana toimiminen olivat yhteydessä suurempaan luvattomien poissaolojen esiintymiseen. Se, että ei ollut lainkaan tai oli jonkin verran vaikeuksia saada rahat riittämään verrattuna siihen, että oli erittäin tai melko paljon vaikeuksia saada rahat riittämään ja se, että kertoi tullessa kiusatuksi olivat yhteydessä vähäisempään luvattomien poissaolojen esiintymiseen.

Tulosten monitulkinnallisuuden ja aiheen tärkeyden vuoksi terveyslukutaidon ja koulupoissaolojen välistä yhteyttä on tärkeää tutkia lisää. Terveyslukutaitoa olisi suositeltavaa mitata sellaisella mittarilla, joka yhdistää subjektiivisen ja objektiivisen terveyslukutaidon. Poissaolojen määrän selvittäminen esimerkiksi oppilaitosten tietojärjestelmistä lisäisi luotettavuutta itseraportointiin verrattuna. Ennaltaehkäisevät toimet, kuten helposti saavutettavat kouluterveydenhuollon palvelut, säännöllisen unirytmien tukeminen ja perheiden kanssa tehtävä yhteistyö, voivat vähentää poissaoloja ja edistää nuorten sosioemotionaalista hyvinvointia.

Avainsanat: Koulupoissaolot, sairauspoissaolot, luvattomat poissaolot, lintsaminen, pinnaaminen, terveyslukutaito, terveystaju, terveysosaaminen

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla.

# ABSTRACT

Johanna Saari: The association between health literacy and school absenteeism among upper secondary students  
Master's thesis  
Tampere University  
Degree Programme in Health Sciences, Public Health  
April 2026

---

Education is an important determinant of adolescent health. The prevalence of school absenteeism has increased, and it has received growing attention due to its adverse effects on learning, academic progression, access to further education, and future employment trajectories. In addition, school absenteeism may impede the development of children's and adolescents' social and emotional skills and is associated with significant challenges in mental health and physical well-being. School absenteeism can also lead to school drop-out and increase the risk of social exclusion.

The aim of this study was to examine the association between health literacy and school absenteeism among upper secondary students. The data were derived from the MetLoFin-study conducted in 2016. Absenteeism was measured using self-reported data on sickness-related and unexcused absences. Health literacy was measured using the Health Literacy for School-aged Children (HLSAC) instrument, which included ten health-related statements. The responses to these ten statements were combined into a sum score. Based on this score, health literacy was divided into three categories: high, moderate, and low. Statistical analyses included cross-tabulations, Chi square tests and other non-parametric tests, and binary logistic regression.

Based on the results, low subjective health literacy was associated with a lower occurrence of both sickness absences and unauthorized absences. No statistically significant difference was observed between moderate and high levels of health literacy. Among the background variables, living in shared accommodation or a student dormitory compared with living with parents, the occurrence of physical symptoms during the past six months (such as headache or stomach pain), having a long-term illness or disability, regular use of medication, having visited the school nurse once or more in addition to the routine health check-up, and going to bed after 11:00 p.m. were associated with a higher occurrence of sickness absences. A higher grade point average in the comprehensive school leaving certificate, having no difficulties in making ends meet financially, visiting the school psychologist two times or more during the academic year, and reporting having been bullied were associated with a lower occurrence of sickness absences. Female gender, older age, perceived difficulties in studying, engaging in paid employment at least once a week, the occurrence of physical symptoms during the past six months (such as headache or stomach pain), going to bed at 10:30 p.m. or later and waking up at 7:30 a.m. or later, as well as perpetrating bullying were associated with a higher occurrence of unauthorized absences. Having no or some difficulties in making ends meet financially compared with having substantial difficulties, and reporting having been bullied, were associated with a lower occurrence of unauthorized absences.

Given the complexity of the findings and the importance of the topic, further research on the association between health literacy and school absenteeism is needed. It is recommended that health literacy be assessed using measures that combine both subjective and objective dimensions. Additionally, obtaining absenteeism data from educational institutions' information systems would improve reliability compared with self-reported measures. Preventive measures, such as easily accessible school health services, support for maintaining a regular sleep rhythm, and collaboration with families, may reduce absenteeism and promote adolescents' socio-emotional well-being.

Keywords: Absenteeism, school absence, sickness absence, unexcused absences, unauthorized absences, truancy, health literacy, health competence

The originality of this thesis has been checked using the Turnitin OriginalityCheck service.

# TEKOÄLYN KÄYTTÖ OPINNÄYTTEESSÄ

Opinnäytteessäni on käytetty tekoälysovelluksia:

- Ei
- Kyllä

Ilmoitukseni mukaan olen käyttänyt opinnäytteessäni tutkielmaprosessin aikana seuraavia tekoälysovelluksia:

Tekoälysovellusten nimi ja versio: Microsoft 365 Copilot

Käyttötarkoitus: Hyödynnetty tutkimuksen kannalta keskeisten käsitteiden hahmottamisessa, käännösapuna vieraskielisessä tekstissä ja synonyymien kartoittamisessa.

Osiot, joissa tekoälyä on käytetty: Tiivistelmä ja kolmas luku ”Keskeiset käsitteet”.

Olen tietoinen siitä, että olen täysin vastuussa koko opinnäytteeni sisällöstä, mukaan lukien tekoälyllä tuotetut osat, ja hyväksyn vastuun mahdollisista eettisten ohjeiden rikkomuksista.

# SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO</b> .....	<b>1</b>
<b>2 KESKEISET KÄSITTEET</b> .....	<b>3</b>
2.1 Koulupoissaolot.....	3
2.1.1 Koulupoissaolojen määritelmä ja poissaoloihin yhteydessä olevat tekijät .....	3
2.1.2 Koulupoissaolojen esiintyvyys Suomessa .....	4
2.1.3 Koulupoissaolojen ehkäisy.....	7
2.2 Terveydenlukutaito .....	8
2.2.1 Terveydenlukutaidon määritelmä.....	8
2.2.2 Terveydenlukutaitoon yhteydessä olevat tekijät .....	11
2.2.3 Terveydenlukutaidon arviointi .....	12
2.2.4 Terveydenlukutaidon parantaminen.....	15
2.3 Nuoret tutkimuskohteena .....	17
<b>3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE</b> .....	<b>18</b>
<b>4 AINEISTO JA MENETELMÄT</b> .....	<b>19</b>
4.1 Aineisto .....	19
4.2 Muuttujat .....	20
4.2.1 Koulupoissaolot .....	20
4.2.2 Terveydenlukutaito .....	20
4.2.3 Taustamuuttujat.....	21
4.3 Menetelmät.....	25
<b>5 TULOKSET</b> .....	<b>27</b>
5.1 Vastaajien taustatiedot .....	27
5.2 Koulupoissaoloihin yhteydessä olevat tekijät .....	30
<b>6 POHDINTA</b> .....	<b>35</b>
6.1 Tulosten pohdintaa .....	35
6.2 Terveydenlukutaito ja Dunning-Kruger-efekti .....	38
6.3 Tulosten hyödynnettävyys ja merkitys kansanterveyden kannalta .....	39
6.4 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet .....	40
6.5 Eettiset kysymykset ja jatkotutkimusaiheet .....	42
<b>LÄHTEET</b> .....	<b>44</b>
<b>LIITTEET</b> .....	<b>52</b>

# 1 JOHDANTO

Nuorten terveys ja hyvinvointi ovat viime vuosien aikana nousseet keskeisiksi huolenaiheiksi niin Suomessa kuin kansainvälisestikin (Elgar, Pfortner & Rothwell 2024; World Health Organization, WHO 2024b). Koulutus on keskeinen nuorten terveyttä määrittävä tekijä (Alanko ym. 2023). Koulupoissaolojen määrä on lisääntynyt ja niihin on alettu kiinnittää erityistä huomiota, sillä ne vaikuttavat oppimiseen, opintojen etenemiseen, jatko-opintoihin ja työuraan (Kearney ym. 2023; Opetushallitus 2025a). Lisäksi koulupoissaolot voivat heikentää lapsen ja nuoren sosiaalisten taitojen ja tunne-elämän kehittymistä (Kearney ym. 2023; Opetushallitus 2025a) ja ne ovat yhteydessä merkittäviin mielenterveyden ja fyysisen hyvinvoinnin haasteisiin (Alanko ym. 2023; Kearney ym. 2023).

Koulupoissaolot ovat huomattava poliittinen ja sosiaalinen ongelma, sillä ne voivat johtaa opintojen keskeyttämiseen (Gubbels ym. 2019) ja lisätä syrjäytymisriskiä (Contreras-Villalobos ym. 2023). Moni toisen asteen opiskelija keskeyttää opintonsa (Opetushallitus 2025b). Lukion ja ammattikoulun keskeyttäneiden osuus vaihteli kolmen ja neljän prosentin välillä vuosina 2018–2023 (Tilastokeskus n.d.).

Nuoruus on tärkeä kehitysvaihe sosiaalisten ja emotionaalisten taitojen muotoutumisessa (Rofey ym. 2013; Asari, Birhanu & Godesso 2025; Huttunen, Upadyaya & Salmela-Aro 2025; Main ym. 2025; WHO 2025). Nuoruuden kehitysvaiheeseen kuuluu terveen unirytmien omaksuminen, säännöllinen liikunnan harrastaminen, ongelmanratkaisu- ja vuorovaikutustaitojen kehittäminen sekä tunteiden säätelyn oppiminen (Rofey ym. 2013; WHO 2025). Nuorten hyvinvointia voidaan tukea perheen, koulun ja yhteiskunnan tarjoamalla suojaavilla ja kannustavilla ympäristöillä (Huttunen ym. 2025; WHO 2025).

Nuoruudessa hyvän terveydenlukutaidon merkitys kasvaa, sillä nuoret alkavat aktiivisemmin osallistua omasta terveydestään huolehtimiseen (Manganello 2008). Terveydenlukutaito on tärkeä voimavara, joka tukee yksilön kykyä tehdä terveyttä ja hyvinvointia tukevia valintoja (Bröder ym. 2017; Nutbeam 2000; Paakkari & Paakkari 2023). Lasten ja nuorten terveydenlukutaito koostuu useista osa-alueista, joihin sisältyy toisiinsa kytkeytyviä tietoja, taitoja, kykyä ja sitoutumista (Bröder ym. 2017).

Terveydenlukutaito on keskeinen terveyden ylläpitämisen ja edistämisen määrittävä tekijä koko elämänkaaren ajan. Nuorten terveydenlukutaidon tason seuraaminen ja terveydenlukutaitoon yhteydessä olevien tekijöiden tunnistaminen on tärkeää, jotta väestöryhmien välisiä

terveydenlukutaidon eroja voidaan kaventaa. (Summanen ym. 2021.) Joka kymmenes suomalaisnuori arvioi terveydenlukutaitonsa heikoksi. Nuorten kokema terveyteen liittyvä osaaminen on itsenäinen terveyseroja selittävä tekijä. Se selittää koululaisten terveyttä ja terveyskäyttäytymistä vahvemmin kuin sukupuoli tai perheen sosioekonominen asema. (Paakkari ym. 2019.) Terveydenlukutaitoa on tutkittu jonkin verran aikuisten osalta, mutta nuorten terveydenlukutaidosta on vähemmän tutkimustietoa (Caldwell & Melton 2020; Asari ym. 2025).

Koulupoissaoloja on aiemmin tarkasteltu psyykkisen hyvinvoinnin (Toren ym. 2019), koulumotivaation (Lindholdt ym. 2023) ja sosioekonomisten tekijöiden (Sosu ym. 2021) näkökulmasta. Tutkimuksia, joissa mitattaisiin nimenomaisesti terveydenlukutaidon yhteyttä koulunkäyntiin ja koulupoissaoloihin ei löydy. Aiemmissä tutkimuksissa on tarkasteltu terveydenlukutaidon yhteyttä terveydentilaan (Jackson ym. 2020; Paasio ym. 2022), terveystiedon lisäämiseen (Rantala & Salakari 2025). Terveydenlukutaito saattaa olla yhteydessä poissaoloihin esimerkiksi sairauksien hallinnan, hoitoon hakeutumisen tai stigman kautta.

Krooniset poissaolot muodostavat kansanterveydellisen haasteen (Allen, Diamond-Myrsten & Rollins 2018; Keppens, Spruyt & Dockx 2019; Kearney ym. 2023). Terveydenlukutaidon ja koulupoissaolojen välisen yhteyden tutkiminen on tärkeää sekä yksilön että koko väestön näkökulmasta. Olemassa oleva näyttö osoittaa, että terveydentila (Allen ym. 2018; Allison ym. 2019; Ansari & Pianta 2019; Kearney ym. 2023) ja kouluterveysspalveluiden saatavuus (Allison ym. 2019; Melander ym. 2022) ovat poissaoloihin yhteydessä olevia tekijöitä, ja että terveydenlukutaitointerventiot lisäävät tietoa ja parantavat terveystietoisuutta (Asplund ym. 2025).

Tämä tutkimus tarjoaa uutta tietoa siitä, onko terveydenlukutaito tekijä, joka voi selittää tai ennustaa poissaolojen määrää sekä lisää ymmärrystä terveydenlukutaidosta ja sen vaikutuksista nuorten arkeen ja koulunkäyntiin. Tutkimuksen tarjoama tieto voi tukea päätöksentekoa esimerkiksi opetussuunnitelmien kehittämisessä, nuorten terveystietoisuudessa sekä syrjäytymisen ehkäisyssä. Tutkimus vastaa myös laajempiin yhteiskunnallisiin tavoitteisiin, kuten oppivelvollisuuden pidentämiseen (Opetushallitus 2025b) ja nuorten koulutuspolkujen turvaamiseen.

## **2 KESKEISET KÄSITTEET**

### **2.1 Koulupoissaolot**

#### **2.1.1 Koulupoissaolojen määritelmä ja poissaoloihin yhteydessä olevat tekijät**

Koulupoissaoloilla tarkoitetaan kaikkia luvallisia ja luvattomia poissaoloja, kun oppilas ei osallistu opetukseen koulussa tai erityisin opetusjärjestelyin (Opetushallitus 2025a). Koulupoissaolot muodostavat merkittävän haasteen yksilön oppimiselle ja sosiaaliselle kehitykselle (Ansari & Pianta 2019; Gubbels ym. 2019). Toistuvilla poissaoloilla on sekä välittömiä että pitkäaikaisia vaikutuksia oppimistuloksiin, sosiaaliseen toimintakykyyn, aikuisiän tulotasoon, terveyteen ja elinajanodotteeseen (Allen ym. 2018). Ne voivat ennustaa myöhempiä ongelmia, kuten koulupudokkuutta (Ansari & Pianta 2019; Gubbels ym. 2019) tai syrjäytymistä (Gubbels ym. 2019).

Lasten ja nuorten keskuudessa sekä krooninen koulupoissaolo (Chronic School Absenteeism, CSA) että tunneperäinen koulupoissaolo tai -välttely (Emotionally-Based School Absenteeism, EBSA) ovat muodostuneet kasvaviksi huolenaiheiksi (Kearney 2025). Kroonisella poissaololla tarkoitetaan yleensä poissaoloa vähintään kymmeneltä prosentilta lukuvuoden koulupäivistä, ja sen esiintyvyys on viime vuosina kasvanut merkittävästi sekä Euroopassa että Yhdysvalloissa (Allison ym. 2019; Kearney 2025).

Koulupoissaoloihin liittyy useita merkittäviä riskitekijöitä, jotka voidaan jakaa lapsen, perheen ja koulun tasolle (Gubbels ym. 2019; Opetushallitus 2025a). Yksilötason riskitekijöitä ovat oppimisvaikeudet (Ansari & Pianta 2019; Opetushallitus 2025a), heikot akateemiset taidot (Ansari & Pianta 2019), motivaation puute (Allison ym. 2019), kielteinen asenne koulua kohtaan, antisosiaalinen käyttäytyminen ja ajattelutavat, tupakointi ja päihteiden käyttö (Gubbels ym. 2019) sekä neuropsykiatriset haasteet (Ansari & Pianta 2019; Opetushallitus 2025a) ja mielenterveyden ongelmat (Allen ym. 2018; Gubbels ym. 2019; Kearney ym. 2023; Opetushallitus 2025a). Epäsäännöllinen unirytmii ja liian lyhyet yöunet altistavat sekä sairauspoissaoloille että luvattomille poissaoloille (Kosola ym. 2024).

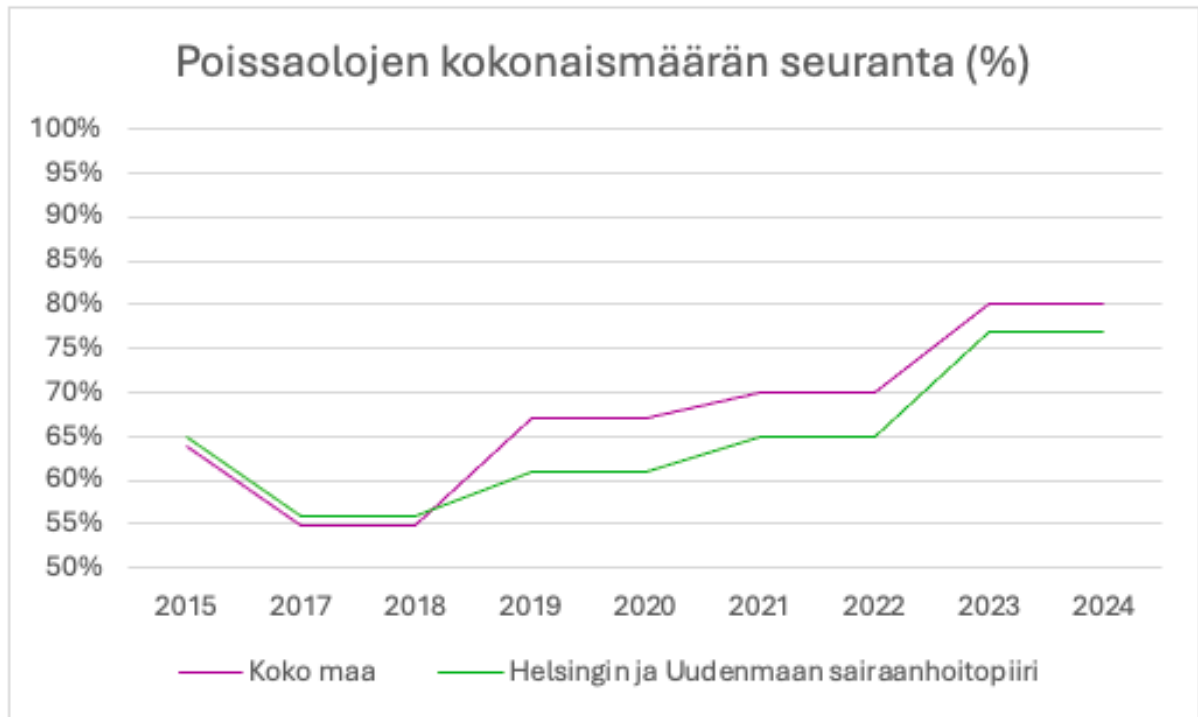
Lisäksi heikko fyysinen terveys (Allen ym. 2018; Allison ym. 2019; Ansari & Pianta 2019; Kearney ym. 2023), krooniset sairaudet (Allen ym. 2018; Allison ym. 2019), kuten astma, diabetes, hengitystieinfektiot ja krooninen kipu (Allison ym. 2019) sekä hoitamattomat terveydenhuollon tarpeet (Allen ym. 2018; Allison ym. 2019) ja seksuaalivähemmistöön kuuluminen on todettu poissaolojen riskitekijöiksi (Gubbels ym. 2019).

Perheeseen ja vanhemmuuteen liittyviä riskitekijöitä ovat perheen sosioekonominen asema (Allison ym. 2019; Ansari & Pianta 2019; Opetushallitus 2025a), köyhyys (Allison ym. 2019), etniseen vähemmistöön kuuluminen (Allison ym. 2019), vanhempien mielenterveysongelmat (Ansari & Pianta 2019; Opetushallitus 2025a) ja puutteet vanhemmuustaidoissa (Opetushallitus 2025a). Lisäksi vanhempien heikko koulunkäyntiin liittyvä osallistuminen sekä lapsuuden kaltoinkohtelukokemukset lisäävät poissaolojen riskiä (Allison ym. 2019; Gubbels ym. 2019).

Kouluun liittyviä riskitekijöitä ovat heikko kouluilmapiiri (Allison ym. 2019; Ansari & Pianta 2019; Opetushallitus 2025a), vaikeudet vertaissuhteissa ja ulkopuolisuuden tunne (Opetushallitus 2025a) sekä heikko oppilaan ja opettajan välinen suhde (Gubbels ym. 2019; Opetushallitus 2025a). Kouluterveyspalveluiden heikko saatavuus lisää poissaoloja (Allison ym. 2019; Melander ym. 2022). Myös kiusaaminen ja kokemus turvattomuuden tunteesta ovat yhteydessä toistuviin poissaoloihin (Allen ym. 2018; Allison ym. 2019; Opetushallitus 2025a).

## **2.1.2 Koulupoissaolojen esiintyvyys Suomessa**

Perusopetuslain (947/2022) mukaan opetuksen järjestäjän vastuulla on ehkäistä ja seurata perusopetukseen osallistuvan oppilaan poissaoloja sekä puuttua niihin järjestelmällisesti. Luvattomista poissaoloista on ilmoitettava oppilaan huoltajalle tai muulle lailliselle edustajalle (Perusopetuslaki 947/2022). Myös toisen asteen koulutusta koskevaan lainsäädäntöön ja oppivelvollisuuslakiin on kirjattu oppilaitoksen velvollisuus poissaolojen seurantaan ja niihin puuttumiseen (Söderek ym. 2025). Poissaolojen kokonaismäärän seuranta Suomen kouluissa onkin lisääntynyt viime vuosina (kuvio 1). Poissaolojen ennaltaehkäisyyn sekä niiden systemaattisen seurannan ja niihin kohdistuvan suunnitelmallisen puuttumisen tulisi kuitenkin olla vielä nykyistä selkeämmin integroituna paikallisiin toimintamalleihin (Söderek ym. 2025).



KUVIO 1. Koulupoissaolojen kokonaismäärän seurannan kehitys vuosina 2015–2024 koko maassa ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet 2025a).

Vuonna 2017 tehdyn kouluterveyskyselyn tulosten perusteella vähintään kuukausittaisia sairauspoissaoloja oli lukioissa 18 prosentilla ja ammatillisessa koulutuksessa 24 prosentilla opiskelijoista. Vähintään viikoittaisia sairauspoissaoloja oli lukioissa kahdella prosentilla ja ammatillisessa koulutuksessa kolmella prosentilla opiskelijoista. Vähintään kuukausittaisia luvattomia poissaoloja oli lukiolaisista 16 prosentilla ja ammatillisessa koulutuksessa opiskelevista 25 prosentilla ja vähintään viikoittaisia luvattomia poissaoloja lukiolaisista neljällä prosentilla ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista yhdeksällä prosentilla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL 2025.)

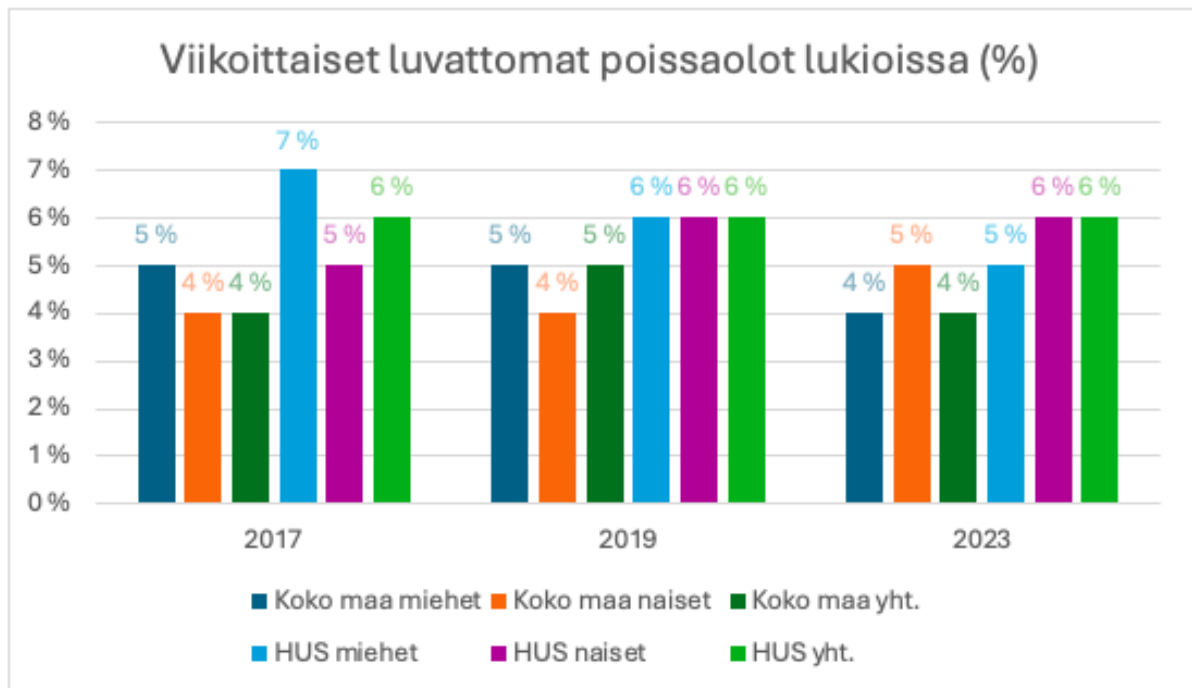
Vuonna 2023 tehdyssä kouluterveyskyselyssä vähintään kuukausittaiset sairauspoissaolot olivat lisääntyneet lukioissa 28 prosenttiin ja ammatillisessa koulutuksessa 30 prosenttiin. Vähintään viikoittaisten sairauspoissaolojen määrä oli pysynyt lähes muuttumattomana. Vähintään viikoittaisia sairauspoissaoloja oli lukioissa kahdella prosentilla ja ammatillisessa koulutuksessa neljällä prosentilla opiskelijoista. (THL 2025.)

Vähintään kuukausittaisten luvattomien poissaolojen määrä lukioissa oli vähentynyt yhden prosenttiyksikön, ollen 15 %. Vähintään viikoittaisten luvattomien poissaolojen määrä pysyi samana kuin vuonna 2017. Ammatillisen koulutuksen kuukausittaisten tai viikoittaisten

luvattomien poissaolojen määrässä ei ollut muutosta vuoteen 2017 verrattuna. Vähintään kuukausittaiset luvattomat poissaolot vähenivät toisen asteen oppilaitoksissa verrattuna peruskouluun. (THL 2025.)

Vuosina 2017–2023 lukion ensimmäisen ja toisen vuoden opiskelijoilla oli Helsingissä ja Uudellamaalla enemmän luvattomia poissaoloja verrattuna koko maahan. Miehillä näkyi vuodesta 2017 vuoteen 2023 laskeva, ja naisilla nouseva trendi sekä Helsingissä ja Uudellamaalla että koko Suomen alueella. Helsingissä ja Uudellamaalla viikoittaisia luvattomia poissaoloja oli keskimäärin kuudella prosentilla ja koko Suomen alueella keskimäärin neljällä prosentilla toisen asteen opiskelijoista. (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet 2025b.)

Toistuvien luvattomien poissaolojen määrä vähentyi yhdeksästä prosentista neljään prosenttiin vuosien 2000 ja 2019 välillä (Alanko ym. 2023). Kuviossa 2 esitetään viikoittaisten luvattomien poissaolojen osuudet koko Suomen alueella sekä Helsingissä ja Uudellamaalla. Luvattomien poissaolojen indikaattori on ollut käytössä vasta vuodesta 2017 alkaen.



KUVIO 2. Luvattomia poissaoloja vähintään viikoittain, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet 2025b).

### 2.1.3 Koulupoissaolojen ehkäisy

Koulupoissaolojen ehkäisy edellyttää myönteistä ja oppilasta tukevaa kouluilmapiiriä ja varhaista poissaoloihin puuttumista (Ansari & Pianta 2019; Opetushallitus 2023; Hotulainen ym. 2024). Poissaolojen ennaltaehkäisyssä tärkeitä ovat erityisesti osallisuutta, yhteisöllisyyttä ja yhteenkuuluvuuden tunnetta edistävät toimet. Poissaolojen tunnistamiseen ja niihin puuttumiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. (Allison ym. 2019; Hotulainen ym. 2024.) Jo yksittäiset poissaolot saavat joillakin oppilaille aikaan poissaolokierteen, joka voi ajan myötä vaikeuttaa merkittävästi paluuta säännölliseen koulunkäyntiin (Ansari & Pianta 2019; Opetushallitus 2023). Kouluyhteisöön kiinnittyminen toimii suojaavana tekijänä poissaoloja vastaan (Allison ym. 2019; Contreras-Villalobos ym. 2023). Vanhemmuuden tukeminen ja kodin ja koulun yhteistyö auttavat kouluun kiinnittymisessä (Allison ym. 2019).

Osa nuorista tarvitsee lisää tukea kouluun kiinnittymisen vahvistamiseksi erityisesti koulutuksen nivelvaiheissa. Nuoret, joilla on riski ajautua toistuviin poissaoloihin, tarvitsevat tiiviimpää ja johdonmukaisempaa tukea opettajilta ja huoltajilta sekä perusopetuksessa että toisen asteen koulutuksessa. (Hotulainen ym. 2024.) Osallisuutta korostava systeeminen ja inklusiivinen lähestymistapa toimii poissaoloilta suojaavana tekijänä (Allison ym. 2019; Contreras-Villalobos ym. 2023).

Ensimmäisen kymmenen kouluvuoden aikana esiintyvät poissaolot ennustavat poissaoloja myös myöhemmin opintojen aikana (Ansari & Pianta 2019). Yli viidenneksen poissaolot kuudennella luokalla ennakoivat vastaavan tasoisia poissaoloja yläkoulussa. Opettajien kirjaamat toistuvat palautemerkinnät käyttäytymisestä ja työskentelystä, kuten läksyunohtuksista ja myöhästymisistä, ovat yhteydessä poissaoloihin koko koulupolun ajan. Palautemerkintöjen tarkoituksenmukaisuutta tulisi tarkastella oppilaslähtöisesti ja merkintöjen sijaan tarjota oppilaan oppimista ja itsesääätelyä tukevia toimia. (Hotulainen ym. 2024.)

Kouluterveyspalveluiden hyvä saatavuus vähentää poissaoloja (Allison ym. 2019; Melander ym. 2022), sillä fyysiset ja psyykkiset terveysongelmat ovat yleisimpiä poissaolojen taustalla vaikuttavia tekijöitä (Melander ym. 2022). Kouluterveydenhuollolla on merkittävä rooli poissaolojen ehkäisyssä erityisesti terveydellisiin syihin liittyvien poissaolojen osalta (Allison ym. 2019; Melander ym. 2022). Infektioiden ehkäisy ja rokotukset kuuluvat tärkeisiin poissaoloja ehkäiseviin keinoihin (Allison ym. 2019). Kouluterveydenhuollon vahvuuksiin kuuluvat henkilöstön ammatillinen osaaminen, oppilaiden kanssa muodostuva

luottamuksellinen vuorovaikutussuhde sekä mahdollisuus tavata koko ikäluokka säännöllisesti terveystarkastusten yhteydessä. Kouluterveydenhuolto pystyy havaitsemaan poissaoloihin liittyviä haasteita jo varhaisessa vaiheessa ja puuttumaan tilanteeseen ennen kuin poissaoloista muodostuu pitkäaikainen ongelma. (Melander ym. 2022.)

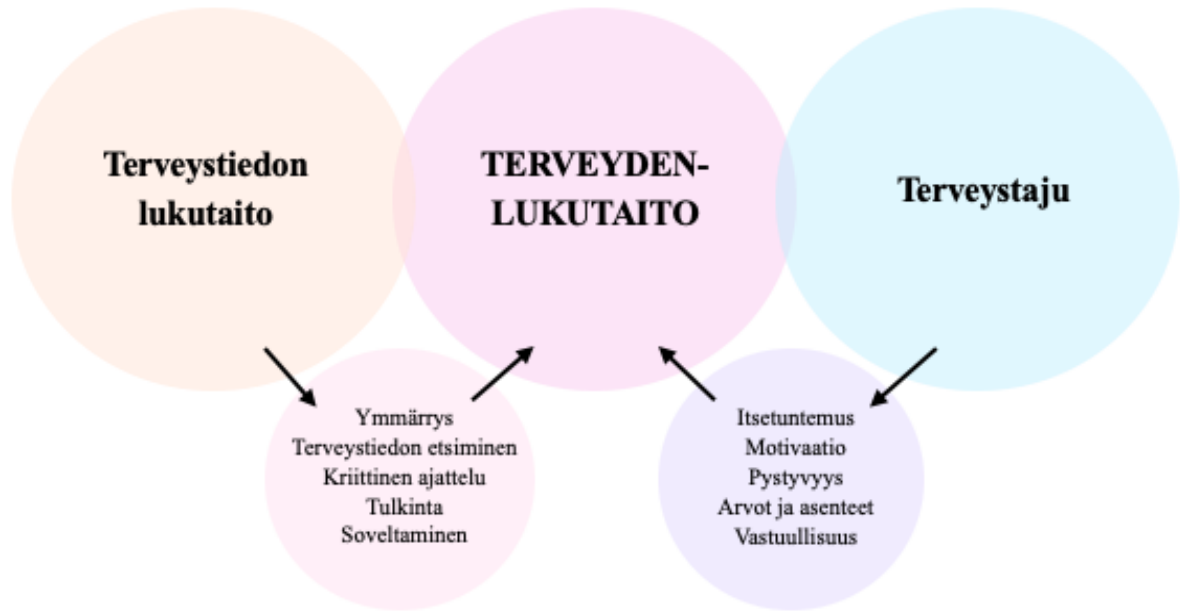
## **2.2 Terveyslukutaito**

### **2.2.1 Terveyslukutaidon määritelmä**

Terveyslukutaidon käsite esiteltiin ensimmäisen kerran Simondsin (1974) teoksessa *Health Education as Social Policy*, jossa korostettiin terveyslukutaidon merkitystä kansanterveydelle sekä perustason terveyslukutaidon opetuksen tarjoamista koululaisille. 2000-luvun alkupuolella käsite konkretisoitui esimerkiksi Nutbeam (2000) ja Zarcadoolasin, Pleasantin ja Greerin (2005) määritelmien myötä, jotka korostivat terveyslukutaidon yhteyttä terveystiedon arviointiin ja soveltamiseen osana terveyden edistämistä ja päätöksentekoa. Lisäksi Baker (2006) esitti, että terveyslukutaito on keskeinen terveydentilan ja terveysvaikutusten ennustaja.

Terveyslukutaidolla tarkoitetaan yksilön kykyä hankkia, ymmärtää ja soveltaa terveyteen liittyvää tietoa (Nutbeam 2000; Sørensen ym. 2012; WHO 2024a). Terveyslukutaitoon liittyvät tiedot ja taidot rakentuvat arjen kokemusten, sosiaalisen vuorovaikutuksen ja sukupolvien välisen tiedon kautta (kuva 1). Terveyslukutaidon taso vaihtelee muun muassa iän, koulutustason ja sosioekonomisen aseman mukaan (Nutbeam 2000). Hyvän terveyslukutaidon avulla ihminen kykenee ymmärtämään ja arvioimaan terveyteen liittyvää tietoa ja palveluita sekä hyödyntämään niitä oman ja läheistensä terveyden ja hyvinvoinnin tukemisessa (Nutbeam 2000; WHO 2024a).

Terveyslukutaitoa voidaan eri yhteyksissä kuvata myös muilla käsitteillä, kuten terveysosaamisella tai terveystajulla. Tässä tutkimuksessa käytetään kuitenkin termiä terveyslukutaito, sillä se on tutkimuskirjallisuudessa vakiintunut termi ja kuvaa ilmiötä kattavimmin.



KUVA 1. Terveyslukutaitoon liittyvät käsitteet Suomessa ja terveydenlukutaidon kompetenssit (Mukaiilu Kaasalainen 2016).

Terveydenlukutaito on yksilön dynaaminen ominaisuus, joka ilmenee ja muotoutuu terveydenhuollon kohtaamistilanteissa (Baker 2006; Rajah ym. 2017; Lorini ym. 2020) yksilön valmiuksien ja toimintaympäristön vaatimusten vuorovaikutuksessa (Sørensen ym. 2012; Lorini ym. 2020). Terveydenlukutaidon taso voi vaihdella hoidettavan terveysongelman (Baker 2006), terveydenhuollon ammattilaisen (Baker 2006; Rajah ym. 2017) sekä hoitoa tarjoavan järjestelmän (Baker 2006; Rajah ym. 2017) mukaan. Siihen vaikuttavat myös laajemmat kontekstuaaliset tekijät, kuten terveydenhuollon rakenteet, viestinnän ymmärrettävyys ja mahdollisuudet osallistua omaa terveyttä koskevaan päätöksentekoon (Sørensen ym. 2012; Lorini ym. 2020).

Nutbeam (2000) mukaan terveydenlukutaito voidaan jäsentää kolmeen tasoon: funktionaalinen terveydenlukutaito viittaa perustaitoihin hankkia ja ymmärtää terveyteen liittyvää tietoa, interaktiivinen terveydenlukutaito sisältää kyvyn soveltaa ja hyödyntää tietoa vuorovaikutuksessa ja oman terveyden edistämisessä, ja kriittinen terveydenlukutaito tarkoittaa valmiutta arvioida tietoa kriittisesti sekä käyttää sitä terveyden ja hyvinvoinnin tukemiseen myös laajemmassa, yhteiskunnallisessa kontekstissa. Myöhemmin Nutbeam (2008) laajensi

terveydenlukutaidon käsitettä korostamalla entisestään sen sosiaalista ja yhteiskunnallista merkitystä. Paakkari ja Paakkari (2012) ovat jäsentäneet terveydenlukutaidon viiteen keskeiseen osa-alueeseen, jotka ovat teoreettinen tieto, käytännön tieto, kriittinen ajattelu, itsetuntemus ja yhteiskunnallinen osallisuus.

Teoreettisella tiedolla tarkoitetaan terveysaiheisiin liittyviä periaatteita, teoriaa ja käsitteellisiä malleja. Sitä pidetään selkeänä, faktapohjaisena ja yleispätevänä tietona, johon liittyy ajattelun perustaitoja, kuten muistamista. Käytännön tieto tarkoittaa osaamista, jonka avulla teoreettinen tieto voidaan soveltaa toimintaan. Se on tilannesidonnaista ja osittain kokemuksiin perustuvaa, ja siihen sisältyy myös hiljaista ja intuitiivista tietoa. Käytännön tiedon keskeisiä taitoja ovat esimerkiksi terveystiedon etsiminen, terveyspalvelujen käyttö ja ensiavun antaminen. Kriittinen ajattelu tarkoittaa kykyä ajatella selkeästi ja rationaalisesti sekä halua ymmärtää terveysasioita syvällisemmin. Se sisältää ajattelun korkeampia taitoja, kuten kykyä arvioida terveystiedon luotettavuutta, tehdä johtopäätöksiä tai ratkaista ongelmia. (Paakkari & Paakkari 2012.)

Itsetuntemus terveydenlukutaidon kontekstissa tarkoittaa kykyä tarkastella itseään ja tuoda terveysasiat osaksi omaa elämäntilannettaan. Itsetuntemuksen avulla yksilö pystyy tunnistamaan omia tunteitaan, tarpeitaan, arvojaan ja kokemuksiaan sekä pohtimaan, miten nämä ohjaavat terveyttä edistävää käyttäytymistä. Itsetuntemukseen kuuluu myös kyky arvioida omaa oppimistaan. Yhteiskunnallinen osallisuus sisältää sosiaalisen vastuun kantamisen ja oman toiminnan vaikutusten pohtimisen. Se tarkoittaa eettisesti kestävää toimintaa ja kykyä nähdä terveysasiat myös muiden näkökulmasta, mukaan lukien omat oikeudet ja velvollisuudet sekä toiminnan vaikutukset muihin ihmisiin ja ympäristöön. Lisäksi siihen kuuluu kyky tunnistaa ja käsitellä tekijöitä, jotka vaikuttavat omiin ja lähipiiriin mahdollisuuksiin saavuttaa ja ylläpitää hyvä terveys. (Paakkari & Paakkari 2012.)

Nuoruusiässä hyvä terveydenlukutaito on erityisen tärkeää, sillä se voi vahvistaa nuoren voimavaroja (Smith ym. 2021), tukea koulunkäyntiä (Smith ym. 2021) ja ehkäistä haitallisia käyttäytymismalleja (Park ym. 2018; Smith ym. 2021). Nuorten näkemyksissä terveydenlukutaitoon kuuluu esimerkiksi tietoisuus terveydestä ja siihen liittyvä ymmärrys, kyky etsiä ja arvioida terveystietoa, terveellisten elämäntapojen noudattaminen sekä yhteisössä vallitsevien terveyttä tukevien arvojen ja toimintatapojen vaaliminen. Nuoret näkevät terveydenlukutaidon merkittävänä voimavarana, joka tukee terveyspalveluiden tarkoituksenmukaista käyttöä, sairauksien ehkäisyä sekä terveyden ylläpitämistä ja vahvistamista. Siihen liitetään vastuu paitsi omasta hyvinvoinnista myös muiden terveydestä,

mikä heijastuu myönteisesti sekä lähipiiriin että laajempaan yhteisöön ja yhteiskuntaan. (Asari ym. 2025.)

### **2.2.2 Terveydenlukutaitoon yhteydessä olevat tekijät**

Yhdeksäsluokkalaisista lähes kolmasosalla pojista ja kahdeksalla prosentilla tytöistä on heikko terveydenlukutaito (Summanen ym. 2021). Tytöillä terveydenlukutaito on keskimäärin parempi kuin pojilla (Paakkari ym. 2018; Svendsen ym. 2020), ja yhdeksäsluokkalaisilla parempi kuin seitsemäsluokkalaisilla (Paakkari ym. 2018). Terveydenlukutaito näyttäisi parantuvan iän myötä (Lorini ym. 2020; Svendsen ym. 2020).

Korkeasti koulutetuilla on yleensä matalasti koulutettuja parempi terveydenlukutaito (Lorini ym. 2020). Koulutusympäristöön liittyvät tekijät näyttäytyvät keskeisinä terveydenlukutaidon eroja selittävinä tekijöinä. Terveydenlukutaidon haasteet korostuivat erityisesti oppilailla, joiden koulumenestys on heikkoa ja jotka suunnittelevat hakeutuvansa perusopetuksen jälkeen lukion sijaan ammatilliseen koulutukseen. (Paakkari ym. 2018; Summanen ym. 2021.) Akateemisen suoriutumisen ja subjektiivisen terveydenlukutaidon välinen yhteys ei kuitenkaan ole kovin vahva (Paakkari ym. 2018; Kinnunen ym. 2022).

Terveydenlukutaito on vahvimmin yhteydessä koulumenestykseen äidinkielessä siten, että paremmat arvosanat ennustavat korkeampaa terveydenlukutaidon tasoa erityisesti tytöillä. Äidinkielen lisäksi matematiikan arvosanoilla ja terveydenlukutaidolla on havaittu olevan yhteys, ja etenkin pojilla matematiikan oppimisvaikeudet ovat merkittävä terveydenlukutaidon tasoa selittävä tekijä. Myös lukemisen ja oikeinkirjoituksen vaikeudet ennustavat heikompaa terveydenlukutaidon tasoa. (Paakkari ym. 2018.)

Terveydenlukutaidossa ilmenee sosiaalinen gradientti, mikä tarkoittaa sitä, että puutteellinen terveydenlukutaito kasaantuu heikommassa sosioekonomisessa asemassa oleville ryhmille (Sørensen ym. 2015; Lorini ym. 2020; Guo ym. 2022). Kotitalouden vuosittaisten tulojen ja nuorten terveydenlukutaidon välillä on positiivinen lineaarinen yhteys (Paakkari ym. 2018; Caldwell & Melton 2020; Lorini ym. 2020; Svendsen ym. 2020), joten näyttäisi siltä, että perheen korkeampi tulotaso ennustaa parempaa terveydenlukutaitoa. Lisäksi matalan sosioekonomisen aseman ja heikon terveydenlukutaidon välillä on itsenäinen yhteys (Sørensen

ym. 2015; Svendsen ym. 2020; Smith ym. 2021; Guo ym. 2022). Terveydenlukutaidon parantaminen saattaa vähentää sosioekonomisia terveyseroja (Guo ym. 2022).

Etnisen taustan on havaittu olevan yhteydessä terveydenlukutaitoon siten, että etnisillä vähemmistöillä on heikompi terveydenlukutaito kuin kantaväestöllä (Manganello & Sojka 2016; Caldwell & Melton 2020; Svendsen ym. 2020). Toisaalta Loerin ym. (2020) tutkimuksessa maahanmuuttajatausta vähensi vaikeuksia ymmärtää terveyteen liittyvää tietoa ja Quenzelin ym. (2015) tutkimuksen mukaan saatavilla olevilla koulutuksellisilla ja taloudellisilla resursseilla on suurempi merkitys kuin maahanmuuttajataustalla.

Terveydenlukutaidolla ja tunnetaidoilla on suuri merkitys nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi (Valtioneuvosto 2025). Hyvä terveydenlukutaito edistää uuden tiedon omaksumista, vahvistaa minäpystyvyyttä, lisää terveyttä edistävää käyttäytymistä ja on yhteydessä parempaan terveydentilaan (Baker 2006). Heikon terveydenlukutaidon on havaittu olevan yhteydessä heikkoon koettuun terveyteen (Sørensen ym. 2015; Svendsen ym. 2020; Valtioneuvosto 2025). Koska heikko terveydenlukutaito on lisäksi yhteydessä useisiin epäsuotuisiin terveysindikaattoreihin (Summanen ym. 2021), kuten haitalliseen terveyskäyttäytymiseen ja psykosomaattiseen oireiluun (Valtioneuvosto 2025), muodostaa suomalaisten yhdeksäsluokkalaisten terveydenlukutaidon taso merkittävän kansanterveydellisen haasteen (Summanen ym. 2021).

### **2.2.3 Terveydenlukutaidon arviointi**

Terveydenlukutaidon mittaamisesta ei ole yksimielisyyttä, sillä eri mittarit voivat tarkastella ilmiötä eri tavoin. Mittaria valittaessa on tärkeää huomioida, nähdäänkö terveydenlukutaito yksilön taitona vai laajempina vuorovaikutteisena ilmiönä. Yksilötasolla sitä voidaan arvioida esimerkiksi lukutaidon ja sanavaraston perusteella, mutta jos terveydenlukutaito ymmärretään yksilön, terveydenhuoltojärjestelmän ja yhteiskunnan välisessä vuorovaikutuksessa rakentuvana ilmiönä, pelkät yksilötason mittarit eivät riitä kuvaamaan sitä. (Baker 2006.) Validointikohteena tulee olla ennen kaikkea se, miten aineistoa tulkitaan eri konteksteissa, eikä ainoastaan mittausvälineen psykometriset ominaisuudet (Hawkins ym. 2017).

Terveydenlukutaidon arviointi vaatii erilaisia kysymyksiä eri kohderyhmille. Esimerkiksi koululaisille ja opiskelijoille suunnattu arviointi poikkeaa merkittävästi pitkäaikaissairaita aikuisia koskevasta arvioinnista. Funktionaalisen, interaktiivisen ja kriittisen terveydenlukutaidon mittaamiseen tarvitaan erilliset mittarit. Terveydenlukutaidon arvioinnin tulisi tarkastella henkilön kykyä löytää ikä- ja tilannesidonnaista tietoa eri lähteistä, arvioida ja erottaa tiedonlähteiden luotettavuutta, ymmärtää ja omaksua hankittua terveystietoa sekä käyttää tietoa tarkoituksenmukaisesti oman hyvinvoinnin edistämiseksi. (Nutbeam 2008.)

Pelkkä kyky lukea ja ymmärtää terveyteen liittyvää tietoa, joka sisältyy funktionaaliseen terveydenlukutaitoon, ei automaattisesti tarkoita vahvaa kriittistä tai vuorovaikutteista osaamista. Kriittinen terveydenlukutaito edellyttää lisäksi taitoa arvioida tietoa, ratkaista ongelmia sekä hyödyntää omia elämäkokemuksia, ja siihen liittyy usein myös yksilön voimaantumisen. (Nutbeam 2000.) Kriittinen ja vuorovaikutteinen terveydenlukutaito edellyttävät kykyä arvioida terveyteen liittyvän tiedon luotettavuutta, soveltuvuutta ja merkitystä omassa elämäntilanteessa sekä valmiutta toimia vuorovaikutuksessa terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Korkeammat terveydenlukutaidon tasot ovat keskeisiä erityisesti terveyteen liittyvän päätöksenteon ja osallisuuden kannalta. (Nutbeam 2000; Sørensen ym. 2012.)

Terveydenlukutaidon mittaaminen on tärkeää ja edellyttää tarkoituksenmukaisia mittareita. Viimeisen 30 vuoden aikana on kehitetty monia erilaisia mittareita terveydenlukutaidon mittaamiseen. (Tavousi ym. 2022.) Taulukossa 1 on esitelty joitain käytössä olevia terveydenlukutaidon mittareita kehittäjinä.

TAULUKKO 1. Käytössä olevia terveydenlukutaidon mittareita, niiden kehittäjät ja kehitysvuosi.

Mittari	Kehittäjät	Vuosi
REALM-TeenS	Manganello ym.	2017
HLSAC	Paakkari ym.	2016
HLQ	Osborne ym.	2013
HLS-EU-Q	Sørensen ym. (HLS-EU Consortium)	2013
NVS	Weiss ym.	2005
TOFHLA	Parker ym.	1995

Parker ym. (1995) kehittivät ensimmäisen validoidun mittarin Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) terveydenlukutaidon mittaamiseen. TOFHLA on objektiivinen mittari, joka arvioi aikuisten toiminnallista terveydenlukutaitoa keskittyen terveyteen liittyvän tekstin ja numeerisen tiedon ymmärtämiseen (Parker ym. 1995). 2000-luvulla kehitettiin useita uusia mittareita, joista osa suunniteltiin erityisesti nuorten terveydenlukutaidon mittaamista varten, kuten Health Literacy for School-Aged Children (HLSAC) (Paakkari ym. 2016) ja Rapid Estimate for Adolescent Literacy in Medicine Short Form (REALM-TeenS) (Manganello ym. 2017).

HLSAC on kouluikäisille suunnattu itsearviointimittari, joka mittaa yleistä terveydenlukutaitoa ja sen kognitiivisia, sosiaalisia ja toiminnallisia ulottuvuuksia, kuten vastaajan tiedonhakutaitoja sekä tiedon ymmärtämistä, arviointia ja soveltamista. Mittari koostuu 10 väittämästä, jotka vastaaja arvioi neliluokkaisella asteikolla. (Paakkari ym. 2016.) REALM-TeenS on lyhyt ja validoitu seulontamittari, jota voidaan käyttää nuorten terveydenlukutaidon arviointiin erilaisissa toimintaympäristöissä. REALM-TeenS perustuu sanantunnistukseen ja sen avulla voidaan arvioida lääketieteellisen ja terveyteen liittyvän sanaston lukutaitoa. Pisteytysohjeet varmistavat, että lukutaitotason arviointi on ikä- ja luokka-asteeseen nähden asianmukaista. (Manganello ym. 2017.)

Newest Vital Sign (NVS) on lyhyt ja laajasti käytetty mittari terveydenlukutaidon arviointiin erilaisissa terveydenhuollon ja tutkimuksen konteksteissa. Mittari koostuu kuudesta kysymyksestä, jotka perustuvat elintarvikkeen ravintosisältömerkinnän tulkintaan ja edellyttävät sekä lukutaitoa että peruslaskutaitoa. NVS:n avulla saadaan nopeasti viitteellinen arvio yksilön kyvystä hankkia, ymmärtää ja soveltaa terveyteen liittyvää tietoa, ja sen on osoitettu olevan yhteydessä esimerkiksi potilaan hoito-ohjeiden ymmärtämiseen ja terveystalvelujen asianmukaiseen käyttöön (Weiss ym. 2005).

Health Literacy Questionnaire (HLQ) on moniulotteinen mittari, joka arvioi terveydenlukutaitoa useilla osa-alueilla, kuten terveystalvelujen hyödyntämisessä, terveyteen liittyvän tiedon ymmärtämisessä ja omahoidossa (Osborne ym. 2013). European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) on laajasti käytetty eurooppalainen kyselymittari, joka arvioi terveydenlukutaitoa terveydenhuollon, sairauksien ehkäisyn ja terveyden edistämisen konteksteissa (Sørensen ym. 2013).

## 2.2.4 Terveydenlukutaidon parantaminen

Lasten arkiympäristöjä voidaan muokata tukemaan terveydenlukutaidon kehittymistä ja ohjaamaan terveyttä edistäviin valintoihin (Bröder ym. 2017). Laadukas terveystiedon opetus ja terveyttä edistävän koulu-yhteisön rakentaminen edellyttävät, että opettajilla, rehtoreilla, muulla henkilöstöllä ja oppilaiden vanhemmilla on riittävän hyvä terveydenlukutaito (Okan, Paakkari & Dadaczynski 2020). Aikuisten terveyteen liittyvä osaaminen on tärkeää, sillä he näyttävät esimerkkiä ja voivat omalla toiminnallaan tukea terveyttä edistävien toimintatapojen toteutumista koulu-ympäristössä (Bröder ym. 2017; Okan ym. 2020).

Aikuiset vaikuttavat lasten ja nuorten terveystietämiseen myös asettamiensa normien ja tarjoamansa sosiaalisen tuen kautta. He voivat myös ohjata nuoria terveystiedon hankkimisessa ja neuvoa arvioimaan eri lähteiden luotettavuutta. Luottamukselliset suhteet ovat erityisen tärkeitä, sillä lapset ja nuoret omaksuvat käyttäytymismalleja ensisijaisesti sellaisilta henkilöiltä, joihin he luottavat. (Bröder ym. 2017.)

Kouluissa toteutetut mielenterveyden lukutaitoa vahvistavat interventiot parantavat nuorten mielenterveyteen liittyvää tietämystä ja ymmärrystä. Interventioiden integrointi opetussuunnitelmaan ja mahdollisuus vertaistukeen ovat keskeisiä tekijöitä, jotka voivat ohjata mielenterveydenlukutaito-ohjelmien suunnittelua ja toteutusta toisen asteen koulutuksessa. (Asplund ym. 2025.) Mielenterveyttä käsittelevien koulutuksellisten interventioiden on havaittu vähentävän stigmaa ja lisäävän nuorten valmiutta hakea apua. Sosiaalinen media ja vertaistuki ovat tärkeässä asemassa, sillä ne hyödyntävät vertaissuhteiden vaikutusvoimaa ja tarjoavat tehokkaita kanavia terveystiedon välittämiseen ja terveyttä edistävien käyttäytymismuutosten tukemiseen. (Mancone ym. 2024.)

Terveydenlukutaidon tasoa voidaan tehokkaasti parantaa jo varhaisnuoruudessa, minkä vuoksi terveydenlukutaidon opetuksen sisällyttäminen perusopetuksen opetussuunnitelmaan on suositeltavaa (Yüksek & Ayaz-Alkaya 2024). Nykyään opetussuunnitelmat sisältävät opintokokonaisuuksia, joissa käsitellään terveydenlukutaidon keskeisiä osa-alueita, kuten media- ja digilukutaitoa, kriittistä ajattelua ja viestintätaitoja. Terveydenlukutaitoa ei siis tarvitse nähdä erillisenä tai uutena käsitteenä, vaan sen voi luontevasti sisällyttää osaksi jo olemassa olevia opetussisältöjä. (Okan ym. 2020.)

Nuorten terveydenlukutaitoa voidaan tehokkaasti edistää avaamalla oppilaille terveydenlukutaidon sisältöä ja merkitystä, tarkastelemalla aihetta esimerkkitalanteiden avulla

ja käyttämällä vuorovaikutteisia opetusmenetelmiä (Yüksek & Ayaz-Alkaya 2024). Vuorovaikutteiset menetelmät, kuten simulaatiot ja roolipelit, lisäävät sitoutumista ja terveyteen liittyvän tiedon omaksumista sekä tarjoavat nuorille käytännön taitoja, joita voidaan soveltaa arjen tilanteissa (Mancone ym. 2024). Taulukossa 2 tarkastellaan terveydenlukutaidon tasoja ja tasokohtaisia tavoitteita terveydenlukutaidon parantamisessa.

TAULUKKO 2. Terveydenlukutaidon tasot ja tasokohtaiset tavoitteet terveydenlukutaidon parantamisessa. Mukailtu Nutbeam (2000).

<b>Terveydenlukutaidon taso</b>	<b>Sisältö</b>	<b>Hyöty yksilölle</b>	<b>Hyöty yhteisölle</b>
Funktionaalinen terveydenlukutaito: tiedon välittäminen.	Tosiasiallisen tiedon välittäminen terveysriskeistä ja terveyspalvelujen käytöstä.	Parantunut tieto riskeistä ja terveyspalveluista ja ohjeiden noudattaminen.	Lisääntynyt osallistuminen väestön terveysohjelmiin (esim. seulontaohjelmat, rokotukset).
Interaktiivinen terveydenlukutaito: henkilökohtaisten taitojen kehittäminen.	Kuten edellä ja lisäksi mahdollisuudet kehittää taitoja tavoitteita tukevassa ympäristössä.	Parantunut kyky toimia itsenäisesti tiedon pohjalta ja lisääntynyt motivaatio ja itsevarmuus.	Parantunut kyky vaikuttaa sosiaalisiin normeihin ja vuorovaikutus sosiaalisten ryhmien kanssa.
Kriittinen terveydenlukutaito: yksilön ja yhteisön vaikutusmahdollisuuksien lisääminen.	Kuten edellä ja lisäksi tiedon tarjoaminen terveyden sosiaalisista ja taloudellisista determinanteista sekä mahdollisuuksista vaikuttaa politiikkaan ja/tai toimintaan.	Parantunut kyky selviytyä sosiaalisista ja taloudellisista vaikeuksista.	Parantunut kyky vaikuttaa terveyden sosiaalisiin ja taloudellisiin determinantteihin ja vahvistunut yhteisön toimijuus ja vaikutusvalta.

### 2.3 Nuoret tutkimuskohteena

Koko maailman väestöstä joka kuudes henkilö on iältään 10–19-vuotias. Nuoruus on ainutlaatuinen elämänvaihe, jota leimaavat fyysiset, emotionaaliset ja sosiaaliset muutokset. Nuorten suojeleminen haitallisilta kokemuksilta, psyykkisen hyvinvoinnin edistäminen ja mielenterveyspalvelujen saatavuuden varmistaminen ovat keskeisiä tekijöitä nuorten terveyden ja hyvinvoinnin tukemisessa. (WHO 2025.)

Lasten ja nuorten tutkiminen edellyttää erityistä herkkyyttä eettisille kysymyksille, sillä he ovat haavoittuvassa asemassa tutkimukseen osallistujina (Askari ym. 2024). Nuoria pidetään tutkimuskontekstissa haavoittuvana heidän kehityksellisten, sosiaalisten ja kognitiivisten erityispiirteidensä vuoksi (Crane & Broome 2017; Pekkarinen 2018). Nuoret eivät välttämättä kykene täysin hahmottamaan tutkimuksen tarkoitusta, sen mahdollisia vaikutuksia tai omaa rooliaan tutkimusprosessissa (Pekkarinen 2018; Askari ym. 2024). Aikuisten ja nuorten välinen valta-asetelma voi vaikuttaa siihen, miten nuoret vastaavat tutkimuskysymyksiin, mikä puolestaan saattaa vaikuttaa tulosten luotettavuuteen (Powell ym. 2013).

Tutkimukseen osallistuminen edellyttää yleensä sekä nuoren omaa suostumusta että huoltajan lupaa, mikä korostaa eettisten periaatteiden noudattamisen merkitystä tutkimusprosessissa (Powell ym. 2013; Crane & Broome 2017). Yhtenä haasteena voidaankin pitää informoidun suostumuksen varmistamista (Powell ym. 2013; Askari ym. 2024). Nuorten riskien ja hyötyjen arviointi saattaa poiketa aikuisten käsityksistä (Crane & Broome 2017; Askari ym. 2024), ja heidän kokemuksensa tutkimukseen osallistumisesta voivat vaihdella merkittävästi (Crane & Broome 2017).

Tutkijoiden on tärkeää arvioida, miten tutkimukseen osallistuminen vaikuttaa nuoriin, sillä se voi tuoda mukanaan sekä emotionaalista kuormitusta että myönteisiä kokemuksia. Mahdollisten kannustimien käyttö on suunniteltava huolellisesti. (Crane & Broome 2017.) Eettisesti kestävä nuorisotutkimus vaatii tarkkaa suunnittelua, jatkuvaa riskien seuranta ja ikätasolle sopivia tapoja tukea osallistujien ymmärrystä ja vapaaehtoisuutta (Askari ym. 2024).

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten nuorten terveydenlukutaito on yhteydessä koulupoissaoloihin toisen asteen opiskelijoilla. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa terveydenlukutaidon roolista koulupoissaolojen taustalla ja tunnistaa, toimiiko hyvä terveydenlukutaito suojaavana tekijänä poissaolojen vähentämiseksi ja nuorten koulunkäyntiin kiinnittymisen tukemiseksi, sillä aiempaa tutkimusta aiheesta ei ole. Tutkimuksen hypoteesina on, että hyvä terveydenlukutaito on yhteydessä vähäisempään koulupoissaolojen esiintymiseen. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kouluterveydenhuollossa, oppilashuollossa ja koulutuspoliittisessa päätöksenteossa, kun kehitetään nuorten hyvinvointia ja koulussa viihtymistä edistäviä käytäntöjä.

Tutkimuskysymys on

- Onko terveydenlukutaito yhteydessä koulupoissaoloihin toisen asteen opiskelijoilla ja jos on, niin miten?

Tutkimus rajataan lukioissa ja ammattioppilaitoksissa opiskeleviin nuoriin. Rajauksen perusteluna on se, että juuri tässä ikävaiheessa (16–19-vuotiaat) nuorten itsenäisyys lisääntyy, ja he tekevät yhä enemmän omaan terveyteensä, opiskeluunsa ja arkeensa liittyviä valintoja. Tässä ikäluokassa myös koulupoissaolojen merkitys korostuu. Lukiolaisilla poissaolot voivat vaikuttaa ylioppilaskirjoituksissa pärjäämiseen, kun taas ammatillisessa koulutuksessa ne voivat hidastaa ammattiin valmistumista.

## 4 AINEISTO JA MENETELMÄT

### 4.1 Aineisto

Aineistona käytettiin Metropolitan Longitudinal Finland -aineistoa (MetLoFIN), joka kerättiin 14 kunnasta vuonna 2016. Kyseinen poikkileikkausaineisto oli osa pitkittäistutkimusta, johon sama ikäluokka oli osallistunut myös vuosina 2011 ja 2014. Vuonna 2016 kyselyt lähetettiin kaikkiin toisen asteen oppilaitoksiin, joissa oli mukana tutkimuksen alkuperäisen kohortin opiskelijoita. Lisäksi vuoden 2016 kyselyyn saivat vastata myös kaikki samojen vuosikurssien oppilaat niissä kouluissa, joissa alkuperäiseen kohorttiin kuuluvat opiskelijat opiskelivat. Kyselyyn kutsuttiin yhteensä 17 916 nuorta, joista 8 935 vastasi (lukiossa  $n = 5707$ , ammatillisessa oppilaitoksessa  $n = 3228$ ). Vastausprosentti oli 49,9 %.

Aineisto sisälsi tietoja muun muassa koulunkäynnistä, poissaoloista, hyvinvoinnista ja terveydenlukutaidosta. MetLoFIN-tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella, mitkä yksilö-, koulu- ja kuntatason tekijät ennakoivat nuoren myönteistä koulunkäynnin ja hyvinvoinnin kehitystä yläkoulussa, sujuvaa siirtymää toiselle asteelle sekä opintojen jatkuvuutta kohti aikuisuutta. Tutkimus keskittyi erityisesti oppimaan oppimiseen ja hyvinvointiin sekä näiden keskinäiseen vuorovaikutukseen. (Tampereen yliopisto n.d.)

MetLoFIN-tutkimus hyväksyttiin sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen eettisessä toimikunnassa että osallistuvien kuntien opetustoimissa. Tarvittaessa tutkimukseen osallistumisesta pyydettiin huoltajan lupa, ja oppilaille kerrottiin selkeästi osallistumisen olevan vapaaehtoista. Kysely tehtiin koulupäivän aikana sähköisenä lomakkeena. Osallistujien anonymiteetti turvattiin käyttämällä nimien sijasta tunnistenumeroita. (Dobewall ym. 2019.)

Aineisto sisälsi tunnistenumerot kaikilta 17 916 opiskelijalta. Ensin aineistosta rajattiin pois ne, jotka eivät olleet vastanneet yhtenkään kysymykseen. Sen jälkeen aineistoon rajattiin pois sellaiset vastaajat, jotka eivät olleet vastanneet sekä luvattomia että sairauspoissaoloja kartuttaviin kysymyksiin eivätkä kaikkiin terveydenlukutaitoa mittaaviin kysymyksiin. Aineistosta rajattiin pois myös sellaiset vastaajat, jotka olivat ilmoittaneet iäkseen alle 16 tai yli 20 vuotta, sillä tarkoituksena oli tarkastella nimenomaan nuoria ja itseilmoitetun iän havaittiin olevan joidenkin vastaajien kohdalla epäluotettava (minimi 10, maksimi 42 000).

Aineiston rajauksessa edellytettiin vastausta vastemuuttujaa ja pääasiallista selittävää muuttujaa koskeviin kysymyksiin. Taustamuuttujien osalta analyysiin sisällytettiin myös vastaajia, joilla oli puuttuvia tietoja. Puuttuvia arvoja ei korvattu imputointimenetelmillä. Aineiston lopulliseksi kooksi muodostui 5959 vastaajaa, jotka olivat iältään 16–20-vuotiaita ja opiskelivat lukiossa tai ammatillisessa oppilaitoksessa.

## **4.2 Muuttujat**

### **4.2.1 Koulupoissaolot**

Poissaolot olivat selitettävä muuttuja. Poissaoloja mitattiin opiskelijoiden itse raportoimien poissaolojen määrän perusteella. Poissaoloja mittaavia kysymyksiä olivat: ”Kuinka monta kokonaista opiskelupäivää olet ollut seuraavien syiden takia poissa syyslukukauden aikana? Sairauden takia” ja ”Kuinka monta kokonaista opiskelupäivää olet ollut seuraavien syiden takia poissa syyslukukauden aikana? Pinnaamisen tai lintsauksen takia.” Vastausvaihtoehdot olivat ”En yhtään” ja ”Yhden tai useamman”.

### **4.2.2 Terveyslukutaito**

Terveyslukutaito oli selittävä muuttuja. Terveyslukutaitoa arvioitiin Health Literacy for School-aged Children (HLSAC) -mittarilla (Paakkari ym. 2016), joka sisältää 10 väittämää ja kattaa viisi osa-aluetta: teoreettinen tieto, käytännön tieto, kriittinen ajattelu, itsetuntemus ja yhteiskunnallinen osallisuus. HLSAC on validoitu mittari, joka kuvaa vastaajan kykyä hankkia, ymmärtää ja soveltaa terveyteen liittyvää tietoa (Paakkari ym. 2016).

Vastauksista muodostettiin summamuuttuja. Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta arvioitiin Cronbachin alfalla. Alfa-arvo oli 0,957, mikä osoittaa erittäin hyvää reliabiliteettia. Mittarin ohjeistuksen (Paakkari ym. 2018) mukaisesti terveydenlukutaito luokiteltiin kolmeen luokkaan: hyvä (36–40 pistettä), keskitaso (26–35 pistettä) ja heikko (10–25 pistettä). Vastaajat, joilta puuttui yksi tai useampi vastaus näihin kymmeneen väittämään, suljettiin analyysistä pois, sillä suurimmalta osalta heistä puuttui kaikki kymmenen väittämää.

Kaikki väittämät olivat muotoa ”Olen varma, että [...]”, ja Likert-asteikollinen vastausvaihtoehtojen joukko sisälsi neljä vaihtoehtoa: ”Ei lainkaan totta”/ ”Juuri ja juuri totta”/ ”Jossain määrin totta”/ ”Täysin totta”. Terveyslukutaidon tasoa analysoitaessa vastausvaihtoehdot ”Ei lainkaan totta” ja ”Juuri ja juuri totta” yhdistettiin kuvaamaan heikkoa terveydenlukutaitoa. ”Jossain määrin totta” kuvasi keskitason ja ”Täysin totta” hyvää terveydenlukutaitoa.

Koettua terveystaustaa mittaavia väittämiä olivat: ”Olen varma, että minulla on hyvät tiedot terveydestä”, ”Olen varma, että löydän tarvittaessa terveyteen liittyvää tietoa, jota minun on helppo ymmärtää”, ”Olen varma, että osaan päätellä, miten oma toimintani vaikuttaa ympäröivään luontoon”, ”Olen varma, että osaan helposti antaa esimerkkejä asioista, jotka tukevat terveyttä”, ”Olen varma, että osaan noudattaa lääkärin tai hoitajan minulle antamia ohjeita”, ”Olen varma, että osaan perustella omia terveyteen liittyviä valintojani”, ”Olen varma, että osaan tarvittaessa antaa ideoita miten terveyttä voidaan kohentaa lähiympäristössäni (esim. lähellä oleva paikka tai alue, perhe, ystävät)”, ”Olen varma, että osaan yleensä selvittää onko jokin terveyteen liittyvä tieto oikea vai väärä”, ”Olen varma, että osaan päätellä, miten käyttäytymiseni vaikuttaa terveyteeni” ja ”Olen varma, että osaan vertailla keskenään eri tietolähteistä saatua terveyteen liittyvää tietoa.”

#### **4.2.3 Taustamuuttajat**

Tähän tutkimukseen valittiin taustamuuttajiksi sellaisia muuttujia, joiden on aikaisemmassa kirjallisuudessa todettu olevan yhteydessä koulupoissaoloihin. Näiden muuttujien avulla voitiin tarkastella, miten yksilön demografinen, sosioekonominen ja koulutuksellinen tausta on yhteydessä poissaoloihin ja terveydenlukutaitoon. Osa muuttujista säilytettiin alkuperäisessä muodossaan ja osa luokiteltiin uudelleen. Luokkia yhdisteltiin selkeyden vuoksi ja siksi, että vähäisempi luokkien määrä parantaa logistisen regressiomallin vakautta ja tulosten tulkittavuutta sekä vähentää harvoihin havaintoihin liittyvää epävarmuutta (Ng’ambi, Zyambo & Muula 2025). Liitetaulukkoon 1 on koottu tutkimuksen taustamuuttajat, kyselylomakkeen kysymykset ja niiden vastausvaihtoehdot sekä muuttujien uudelleen luokittelu.

Taustamuuttajat olivat kyselylomakkeen kysymyksiä muuten, mutta tieto koulutyypistä ”Lukio”/ ”Ammatillinen oppilaitos” saatiin rekisteristä. Sukupuolta kuvaava kysymys oli ”Sukupuoli”, jonka vastausvaihtoehdot olivat ”Tyttö”/ ”Poika”. Synnyinmaata kysyttiin

kysymyksellä ”Missä olet syntynyt?”. Vastausvaihtoehdot olivat ”Suomessa”/ ”Muualla”. Asumismuotoa koskeva kysymys oli: ”Miten asut?”, jonka vastausvaihtoehdot olivat ”Vanhempien kanssa”/ ”Poika- tai tyttöystävän kanssa”/ ”Kimppakämpässä”/ ”Yksin”/ ”Sijaisperheessä”/ ”Muun huoltajan kanssa”.

Perhetaustaa kuvaava kysymys oli: ”Vanhempieni koulutus: Äiti”. Vastausvaihtoehdot olivat ”Peruskoulu”/ ”Ammatillinen perustutkinto”/ ”Ylioppilastutkinto”/ ”Alempi korkeakoulututkinto”/ ”Ylempi korkeakoulututkinto”. Muuttujasta tehtiin kaksiluokkainen siten, että kolme ensimmäistä vastausvaihtoehtoa yhdistettiin luokaksi ”Peruskoulu tai toinen aste” ja kaksi jälkimmäistä vastausvaihtoehtoa muodostivat luokan ”Korkeakoulututkinto”. Isän koulutus jätettiin pois analyyseista, sillä se korreloi kohtalaisen voimakkaasti äidin koulutuksen kanssa ( $r = 0,552$ ).

Taloudellista tilannetta mittaavia kysymyksiä olivat: ”Onko sinulla vaikeuksia saada rahasi riittämään?”, jonka vastausvaihtoehdot olivat ”Erittäin tai melko paljon”/ ”Jonkin verran”/ ”Ei lainkaan” ja ”Teetkö ansiotyötä opiskelun ohessa?”, jonka vastausvaihtoehdot olivat ”En lainkaan”/ ”Satunnaisesti”/ ”Noin kerran viikossa”/ ”Useampana päivänä viikossa”. Vastausvaihtoehtoista muodostettiin kaksiluokkainen muuttuja, jossa ”En lainkaan” ja ”Satunnaisesti” muodostivat luokan ”En lainkaan tai satunnaisesti” ja ”Noin kerran viikossa” ja ”Useampana päivänä viikossa” muodostivat luokan ”Vähintään kerran viikossa”.

Koulumenestykseen liittyviä kysymyksiä olivat: ”Arvosanani seuraavissa lukuaineissa peruskoulun päättötodistuksessa: Äidinkieli”, ”Arvosanani seuraavissa lukuaineissa peruskoulun päättötodistuksessa: Matematiikka” ja ”Arvosanani seuraavissa lukuaineissa peruskoulun päättötodistuksessa: A1-kieli”. Arvosanojen vastausvaihtoehdot olivat ”4”/ ”5”/ ”6”/ ”7”/ ”8”/ ”9”/ ”10”. Näiden kolmen lukuaineen arvosanoista muodostettiin keskiarvomuuttuja logistista regressioanalyysia varten. Muuttujan skaala oli neljästä kymmeneen. Koska muuttujan jakauma poikkesi normaalijakaumasta, aineistoa kuvailtiin mediaanin ja ala- ja yläkvartiilin avulla.

Koettua terveyttä kysyttiin kysymyksellä ”Onko terveytesi mielestäsi?”, jonka vastausvaihtoehdot olivat ”Erittäin hyvä”/ ”Melko hyvä”/ ”Keskinkertainen”/ ”Melko huono”/ ”Erittäin huono”. Näistä muodostettiin kaksiluokkainen muuttuja, jossa ”Erittäin hyvä” ja ”Melko hyvä” muodostivat luokan ”Erittäin tai melko hyvä” ja kolme jälkimmäistä vaihtoehtoa muodostivat luokan ”Keskinkertainen tai huono”.

Terveydentilaa koskevia kysymyksiä olivat ”Onko sinulla jokin pitkäaikainen sairaus tai vamma?”, jonka vastausvaihtoehdot olivat ”Ei”/ ”Kyllä” ja heikentyneen terveydentilan aiheuttamaa haittaa kysymyksellä ”Jos sinulla on pitkäaikainen sairaus tai vamma, haittaako se jokapäiväistä elämääsi koulutyössä”, jonka vastausvaihtoehdot olivat ”Ei”/ ”Vain vähän”/ ”Aika paljon”/ ”Hyvin paljon”. Tässä jälkimmäisessä kysymyksessä oli paljon puuttuvia vastauksia ja puuttuville vastauksille lisättiin uusi luokka ”N/A”, jonka avulla logistiseen regressioanalyysiin saatiin isompi otos. Kysymyksen ”Käytätkö jatkuvasti tai lähes jatkuvasti jotakin lääkärin määräämää lääkettä?” vastausvaihtoehdot olivat ”En”/ ”Kyllä”.

Oireiden esiintymistä viimeisen puolen vuoden aikana mittaavia kysymyksiä olivat: ”Onko sinulla viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana ollut jotakin seuraavista oireista ja kuinka usein? Päänsärkyä, ...Niska- ja hartiakipua, ...Selän alaosan kipua, ...Vatsakipuja, ...Jännittyneisyyttä ja hermoistuneisuutta, ...Ärtyneisyyttä tai kiukunpurkauksia, ...Vaikeuksia päästä uneen tai heräilemistä öisin, ...Väsymystä tai heikotusta, ...Huimauksen tunnetta, ...Käsien vapinaa”. Vastausvaihdot olivat ”Harvoin tai ei lainkaan”/ ”Noin kerran kuussa”/ ”Noin kerran viikossa”/ ”Lähes joka päivä”. Näistä kymmenestä kysymyksestä muodostettiin keskiarvomuuttuja ”Puolen vuoden oireet”. Puolen vuoden aikana esiintyneiden oireiden skaala oli yhdestä neljään. Oireita oli sitä enemmän, mitä isompi arvo oli. Oireiden esiintymistä mittaavien kysymysten Cronbachin alpha oli 0,870. Koska muuttujan jakauma poikkesi normaalijakaumasta, aineistoa kuvailtiin mediaanin ja ala- ja yläkvartiilin avulla.

Kouluterveyspalveluiden käyttöä selvitettiin kysymyksellä ”Montako kertaa olet tämän lukuvuoden aikana käynyt oppilaitoksesi terveydenhoitajan/ lääkärin/ kuraattorin/ psykologin vastaanotolla muuten kuin terveystarkastuksessa?” Kysymyksen vastausvaihtoehdot olivat ”En lainkaan”/ ”Kerran”/ ”Kaksi kertaa tai useammin”. Opiskeluun saatua tukea koskeva kysymys oli ”Jos sinulla on ollut vaikeuksia opiskelussa, saatko apua oppilaitoksessa?” Vastausvaihtoehdot olivat ”Aina kun tarvitsen”/ ”Useimmiten”/ ”Harvoin”/ ”En juuri koskaan”.

Opiskelun sujumista ja opiskeluvaikeuksia mittaavia kysymyksiä olivat: ”Miten opiskelusi sujuu? Onko sinulla vaikeuksia seuraavissa asioissa? Opetuksen seuraaminen oppitunneilla”, ”...Työskentely ryhmissä”, ”...Läksyjen tai vastaavien tehtävien tekeminen”, ”...Kokeisiin/ammattinäyttöihin valmistautuminen”, ”...Itselleni parhaiten sopivan opiskelutavan löytäminen”, ”...Omatoimisuutta vaativien tehtävien tekeminen”, ”...Kirjoittamista vaativien tehtävien tekeminen”, ”...Laskemista vaativien tehtävien

tekeminen”, ”...Lukemista vaativien tehtävien tekeminen”, ”...Koulukavereiden kanssa toimeen tuleminen.” Vastausvaihtoehdot olivat ”Ei”/ ”Melko vähän”/ ”Melko paljon”/ ”Erittäin paljon”. Opiskeluvaikeuksiin liittyvistä kymmenestä kysymyksestä muodostettiin keskiarvomuuttuja ”Opiskeluvaikeudet”, jota hyödynnettiin analyysivaiheessa jatkuvana muuttujana. Opiskeluvaikeuksien skaala oli yhdestä neljään. Opiskelu sujui sitä huonommin, mitä suurempi arvo oli. Opiskeluvaikeuksia mittaavien kysymysten Cronbachin alfa oli 0,919. Koska muuttujan jakauma poikkesi normaalijakaumasta, aineistoa kuvailtiin mediaanin ja alaja yläkvartiilin avulla.

Nukkumistottumuksia mittaavia kysymyksiä olivat: ”Mihin aikaan tavallisesti menet nukkumaan koulupäivinä?”, jonka vastausvaihtoehdot olivat ”Klo 21 tai aikaisemmin”/ ”Noin klo 21.30”/ ”Noin klo 22.00”/ ”Noin klo 22.30”/ ”Noin klo 23.00”/ ”Noin klo 23.30”/ ”Noin klo 24.00 tai myöhemmin”. Nukkumaanmeno-aika luokiteltiin kolmeen luokkaan ”Aikaisin (22.00 tai ennen”/ ”Keskitaso (22.30–23.00)”/ ”Myöhään (23.00 tai jälkeen)” ja ”Mihin aikaan tavallisesti heräät koulupäivinä?”, jonka vastausvaihtoehdot olivat ”Klo 5.30 tai aikaisemmin”/ ”Noin klo 6.00”/ ”Noin klo 6.30”/ ”Noin klo 7.00”/ ”Noin klo 7.30”/ ”Noin klo 8.00 tai myöhemmin”. Myös heräämisaika luokiteltiin kolmeen luokkaan ”Aikaisin (6.00 tai ennen”/ ”Keskitaso (6.30–7.00)”/ ”Myöhään (7.30 tai jälkeen)”.

Kiusaamista mittaavia kysymyksiä oli kaksi. Kiusatuksi tulemistä kysyttiin kysymyksellä ”Miten usein joku oppilaitoksesi opiskelija on kiusannut sinua tämän lukuvuoden aikana? Ota huomioon myös kiusaaminen internetin kautta ja ilkeät tekstiviestit.” Vastausvaihtoehdot olivat: ”Minua ei ole kiusattu”/ ”On kiusattu, harvemmin kuin kerran viikossa”/ ”Noin kerran viikossa”/ ”Useita kertoja viikossa”/ ”Lähes päivittäin”. Kiusattuna olemisesta muodostettiin kaksiluokkainen muuttuja, jossa vastaus ”Minua ei ole kiusattu” luokiteltiin ei-kiusatuksi ja muut vaihtoehdot ”On kiusattu, harvemmin kuin kerran viikossa”, ”Noin kerran viikossa”, ”Useita kertoja viikossa” ja ”Lähes päivittäin” luokiteltiin kiusatuksi.

Kiusaajana olemista selvitettiin kysymyksellä ”Miten usein sinä olet osallistunut muiden opiskelijoiden kiusaamiseen tämän lukuvuoden aikana?” Vastausvaihtoehdot olivat ”En lainkaan”/ ”Harvemmin kuin kerran viikossa”/ ”Noin kerran viikossa”/ ”Useita kertoja viikossa”. Kiusaajana olemisesta muodostettiin kaksiluokkainen muuttuja, jossa vastaus ”En lainkaan” luokiteltiin ei-kiusaajaksi ja muut vaihtoehdot ”Harvemmin kuin kerran viikossa”, ”Noin kerran viikossa” ja ”Useita kertoja viikossa” luokiteltiin kiusaajaksi.

### 4.3 Menetelmät

Tutkimus toteutettiin määrällisenä tutkimuksena. Tilastolliset menetelmät mahdollistivat ilmiöiden välisten yhteyksien tarkastelun ja yleistettävyyden arvioinnin. Tutkimuksessa käytettiin poikkileikkausasetelmaa, joka soveltui hyvin kuvaamaan nuorten terveydenlukutaidon ja koulupoissaolojen välistä yhteyttä tietynä ajankohtana. Poikkileikkaustutkimus mahdollisti olemassa olevien yhteyksien tarkastelun, mutta sen avulla ei voitu selvittää syy-seuraussuhteita (Tietoarkisto n.d.a). Sairauspoissaolojen ja luvattomien poissaolojen välinen lineaarinen yhteys oli heikko ( $r = 0,203$ ), mikä viittasi siihen, etteivät ne kuvanneet samaa ilmiötä. Tämän vuoksi niitä päädyttiin tarkastelemaan analyyseissa erillisinä muuttujina.

Aineiston analysointi suoritettiin IBM SPSS-tilasto-ohjelman versiolla 29.0, jonka avulla tehtiin sekä kuvailevaa analyysia että tilastollisia testejä. Kuvailevan analyysin avulla saatiin yleiskuva vastaajajoukon keskeisistä ominaisuuksista ja taustamuuttujien jakaumista, kun taas tilastolliset testit mahdollistivat muuttujien välisten yhteyksien tarkastelun. Analyysin avulla saatiin tietoa terveydenlukutaidon ja koulupoissaolojen välisistä yhteyksistä sekä siitä, missä määrin taustatekijät vaikuttavat havaittuihin yhteyksiin. Tilastollisen merkitsevyyden tasona pidettiin  $p < 0,05$ .

Koulupoissaolojen ja taustamuuttujien välisten yhteyksien tarkastelussa käytettiin ristiintaulukointia ja Khiin neliö -testiä kategorisille muuttujille ja ryhmäkeskilukuja ja Mann-Whitney -testiä jatkuville muuttujille (liite 2). Terveydenlukutaidon ja taustamuuttujien välisten yhteyksien tarkastelussa käytettiin niin ikään ristiintaulukointia ja Khiin neliö -testiä kategorisille muuttujille. Terveydenlukutaito on kolmeluokkainen muuttuja, joten terveydenlukutaidon ja jatkuvien muuttujien väliseen tarkasteluun käytettiin Kruskal-Wallis -testiä. (Liite 3.) Epäparametriset testit (Mann-Whitney ja Kruskal-Wallis) valittiin, koska jatkuvien muuttujien jakaumat poikkesivat normaalijakaumasta.

Poissaolojen, terveydenlukutaidon ja taustamuuttujien välisiä yhteyksiä jatkotarkasteltiin vakioimattoman logistisen regression avulla, jossa jokaista muuttujaa analysoitiin erikseen. Tämän jälkeen tehtiin vakioitu logistinen regressio, joka tarkoittaa kaikkien taustamuuttujien samanaikaista lisäämistä malliin. Näin saatiin selville kunkin muuttujan itsenäinen vaikutus vastemuuttujaan, ilman sekoittavien tekijöiden vaikutusta.

Lopuksi luvattomiin poissaoloihin yhteydessä olevista tekijöistä tehtiin CART-analyysi (Classification and Regression Tree), sillä aineistossa oli runsaasti taustamuuttujia ja suuri otoskoko, minkä vuoksi logistisessa regressiossa moni selittävä muuttuja osoittautui tilastollisesti merkitseväksi ilman, että muuttujien keskinäiset suhteet ja hierarkia tulivat selkeästi esiin. CART-analyysi on päätöspuumenetelmä, jota käytetään selittämään tai ennustamaan riippuvaa muuttujaa jakamalla aineisto vaiheittain yhä homogeenisempiin alaryhmiin. Menetelmä etsii kussakin vaiheessa sen selittävän muuttujan ja katkaisukohtan, joka parhaiten erottaa toisistaan tarkasteltavan ilmiön kannalta erilaiset havainnot. (Awad & Khanna 2015; Breiman 2017.) Käytännössä CART-analyysin avulla aineisto voitiin jakaa sellaisiin alaryhmiin, joihin poissaolot kasautuivat.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajista 54 % oli tyttöjä ja 46 % poikia. Suurin osa (73,9 %) vastaajista oli 17-vuotiaita. 16-vuotiaita oli 0,8 %, 18-vuotiaita 21,3 %, 19-vuotiaita 2,9 % ja 20-vuotiaita 1,1 % vastaajista. Vastaajista 72 % opiskeli lukiossa ja 28 % ammatillisessa oppilaitoksessa ja 94,1 % oli syntynyt Suomessa. Vanhempien tai yhden vanhemman kanssa asui 93,5 % vastaajista. Loput 6,5 % vastaajista asuivat joko poika- tai tyttöystävän kanssa, kimppakämpässä tai opiskelija-asuntolassa, sijaisperheessä, muun huoltajan kanssa tai yksin.

Terveytensä erittäin tai melko hyväksi koki 81,3 % ja kohtalaiseksi tai huonoksi 18,7 % vastaajista. Vastaajista 18,5 % raportoi kärsivänsä jostakin pitkäaikaisesta sairaudesta tai vammasta ja säännöllisesti lääkärin määräämää lääkettä käytti yhtä lailla 18,5 % vastaajista. Vastaajista 5,1 % ilmoitti pitkäaikaissairauden haittaavan koulutyötä aika paljon tai hyvin paljon. Ansiotyötä vähintään kerran viikossa teki 14,2 % vastaajista. Vastaajista 13,7 %:lla oli erittäin tai melko paljon ja 58,8 %:lla jonkin verran vaikeuksia saada rahansa riittämään. Taulukkoon 3 on koottu tutkimuksen kategoriset muuttujat ja niiden jakaumat sekä jatkuvat muuttujat ja niitä kuvailevat keskiluvut.

TAULUKKO 3. Tutkimuksen kategoriset muuttujat ja niiden jakaumat sekä jatkuvat muuttuvat ja niitä kuvailevat keskiluvut.

Muuttuja (vaihteluväli)	Kategoria	%	n	Md (Q1/Q3)
<b>Sukupuoli</b>	Tyttö	54,0	3217	
	Poika	46,0	2705	
	Tieto puuttuu	0,6	37	
<b>Koulutyyppi</b>	Lukio	72,0	4281	
	Ammatillinen oppilaitos	28,0	1678	
<b>Syntymämaa</b>	Suomi	94,1	5607	
	Muu kuin Suomi	5,0	298	
<b>Asumismuoto</b>	Vanhempien / yhden vanhemman kanssa	93,5	5571	
	Muu asumismuoto	6,5	358	
<b>Äidin koulutustaso</b>	Peruskoulu tai toinen aste	49,2	2874	
	Alempi tai ylempi korkeakoulu	50,8	2970	

<b>Koettu terveys</b>	Erittäin tai melko hyvä	81,3	4820
	Kohtalainen tai huono	18,7	1112
<b>Pitkäaikainen sairaus tai vamma</b>	Kyllä	18,5	1091
	Ei	81,5	4814
<b>Säännöllinen lääkitys</b>	Kyllä	18,5	1067
	Ei	81,5	4838
<b>Pitkäaikaissairauden aiheuttama haitta koulutyölle</b>	Aika paljon tai hyvin paljon	5,1	305
<b>Ansiotyön tekeminen</b>	Vähintään kerran viikossa	14,2	840
<b>Vaikeudet saada rahat riittämään</b>	Erittäin tai melko paljon	13,7	811
	Jonkin verran	58,8	3485
	Ei lainkaan	27,6	1635
<b>Nukkumaanmenoaika</b>	klo 22.00 tai aiemmin	14,2	842
	klo 22.30–23.00	43,3	2572
	klo 23.00 tai myöhemmin	42,5	2527
<b>Heräämisaika</b>	klo 6.00 tai aiemmin	15,5	919
	klo 6.30–7.00	60,6	3598
	klo 7.30 tai myöhemmin	23,9	1416
<b>Kiusatuksi tuleminen</b>	Kiusaamisen kohteena	6,4	380
<b>Kiusaajana toimiminen</b>	Toiminut kiusaajana	5,7	335
<b>Sairauspoissaolot</b>	≥ 1 poissaolo	63,6	3792
<b>Luvattomat poissaolot</b>	≥ 1 poissaolo	36,1	2149
<b>Terveydenlukutaito</b>	Heikko	7,9	472
	Keskitaso	46,2	2753
	Hyvä	45,9	2753
<b>Ikä</b>			17
(16–20)			(17/18)
<b>Opiskeluvaikeudet</b>			1,90
(1–4)			(1,30/2,30)
<b>Puolen vuoden oireet</b>			1,80
(1–4)			(1,40/2,30)
<b>Koulumenestys</b>			8,33
(4–10)			(7,67/9,00)

Yhden tai useamman sairauspoissaolon raportoi 63,6 % vastaajista ja yhden tai useamman luvattoman poissaolon 36,1 % vastaajista. Sekä sairauspoissaoloja että luvattomia poissaoloja oli enemmän niillä opiskelijoilla, jotka kokivat terveydenlukutaitonsa hyväksi tai keskitasoisiksi verrattuna niihin opiskelijoihin, jotka kokivat terveydenlukutaitonsa heikoksi (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Toisen asteen opiskelijoiden sairauspoissaolojen ja luvattomien poissaolojen jakaumat terveydenlukutaidon mukaan.

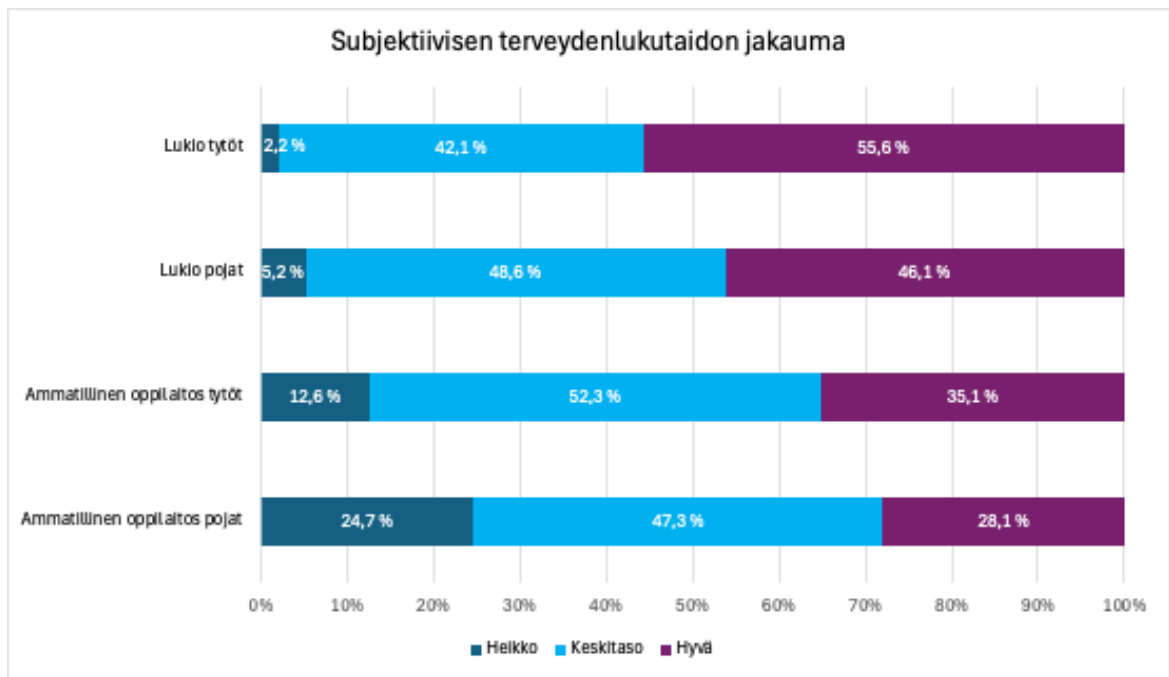
	<b>Heikko n=472</b> n (%)	<b>Keskitaso n=2753</b> n (%)	<b>Hyvä n=2734</b> n (%)	<b>p-arvo</b>
<b>Sairauspoissaolot</b> <b>(kokonaista koulupäivää)</b>				<b>&lt; 0,001</b>
En yhtään	260 (55,1 %)	922 (33,5 %)	985 (36 %)	
Yhden tai useamman	212 (44,9 %)	1831 (66,5 %)	1749 (64 %)	
<b>Luvattomat poissaolot</b> <b>(kokonaista koulupäivää)</b>				<b>0,002</b>
En yhtään	328 (69,5 %)	1703 (61,9 %)	1779 (65,1 %)	
Yhden tai useamman	144 (30,5 %)	1050 (38,1 %)	955 (34,9 %)	

Poissaolojen määrä vaihteli koulutyypin mukaan. Lukiossa opiskelevilla oli ammattikoululaisia enemmän sairauspoissaoloja, mutta vähemmän luvattomia poissaoloja (taulukko 5). Ryhmien väliset erot olivat tilastollisesti merkitseviä.

TAULUKKO 5. Toisen asteen opiskelijoiden sairauspoissaolojen ja luvattomien poissaolojen jakaumat koulutyypin mukaan.

	<b>Lukio</b> <b>n=4281</b>	<b>Ammatillinen oppilaitos</b> <b>n=1678</b>	<b>p-arvo</b>
<b>Sairauspoissaolot (kokonaista koulupäivää)</b>			<b>0,013</b>
En yhtään	1515 (35,4 %)	652 (38,9 %)	
Yhden tai useamman	2766 (64,6 %)	1026 (61,1 %)	
<b>Luvattomat poissaolot (kokonaista koulupäivää)</b>			<b>&lt;0,001</b>
En yhtään	2810 (65,6 %)	1000 (59,6 %)	
Yhden tai useamman	1471 (34,4 %)	678 (40,4 %)	

Subjektiiivinen terveydenlukutaito oli 7,9 %:lla vastaajista heikko, 46,2 %:lla keskitasoa ja 45,9 %:lla hyvä. Terveydenlukutaidon taso vaihteli sukupuolen ja koulutyypin mukaan (kuvio 3). Lukiossa opiskelevien subjektiiivinen terveydenlukutaito oli parempi kuin ammatillisessa oppilaitoksessa opiskelevien. Koulutyypin sisällä tytöillä oli poikia parempi subjektiiivinen terveydenlukutaito.



KUVIO 3. Toisen asteen opiskelijoiden subjektiiivisen terveydenlukutaidon jakauma sukupuolen ja koulutustyyppin mukaan.

## 5.2 Koulupoissaoloihin yhteydessä olevat tekijät

Logistisen regression vakioimattomassa mallissa heikko terveydenlukutaito oli yhteydessä vähäisempään sairauspoissaolojen (OR 0,46; 95 % lv 0,38–0,56) esiintymiseen verrattuna hyvään terveydenlukutaitoon. Keskitason terveydenlukutaito oli yhteydessä suurempaan sekä sairauspoissaolojen (OR 1,12; 95 % lv 1,00–1,25) että luvattomien poissaolojen (OR 1,15; 95 % lv 1,03–1,28) esiintymiseen verrattuna hyvään terveydenlukutaitoon.

Vakioidussa mallissa, jossa sekoittavat tekijät huomioitiin, heikon terveydenlukutaidon yhteys vähäisempään sairauspoissaolojen esiintymiseen säilyi (OR 0,49; 95 % lv 0,38–0,64). Lisäksi heikko terveydenlukutaito oli yhteydessä vähäisempään luvattomien poissaolojen esiintymiseen (OR 0,59; 95 % lv 0,45–0,78). Keskitason ja hyvän terveydenlukutaidon välillä ei ollut merkitsevää eroa vakioidussa mallissa kummankaan poissaolotyyppin tarkastelussa.

Sukupuoli oli yhteydessä luvattomiin poissaoloihin sekoittavien tekijöiden huomioimisen jälkeen. Naissukupuoli oli yhteydessä suurempaan luvattomien poissaolojen esiintymiseen (OR 1,25; 95 % lv 1,08–1,44). Terveydenlukutaidon ja sukupuolen välistä interaktiota testattiin sairauspoissaolojen ja luvattomien poissaolojen osalta, mutta se ei ollut tilastollisesti

merkitsevä ( $p = 0,539$ ;  $p = 0,199$ ) eli terveydenlukutaidon yhteys koulupoissaoloihin oli samankaltainen tytöillä ja pojilla. Tämän vuoksi sukupuolen mukaan eriytettyjä analyyseja ei tehty. Jokainen ikävuosi suurensi hieman luvattomien poissaolojen ristitulosuhdetta (OR 1,14; 95 % lv 1,02–1,28).

Äidin koulutus ei ollut yhteydessä sairauspoissaoloihin vakioimattomassa eikä vakioidussa mallissa. Vakioimattomassa mallissa opiskelijan äidin suorittama korkeakoulututkinto oli yhteydessä vähäisempään luvattomien poissaolojen esiintymiseen verrattuna peruskouluun tai toisen asteen tutkintoon (OR 0,81; 95 % lv 0,73–0,90), mutta havaittu yhteys ei säilynyt sekoittavien tekijöiden vaikutuksen huomioimisen jälkeen. Vakioidussa mallissa kimppekämpässä tai opiskelija-asuntolassa asuminen oli yhteydessä suurempaan sairauspoissaolojen esiintymiseen verrattuna vanhempien luona asumiseen (OR 1,73; 95 % lv 1,02–2,99).

Peruskoulun päättötodistuksen äidinkielen, matematiikan ja A1-kielen arvosanojen keskiarvon ja terveydenlukutaitomuuttujan välinen korrelaatiokerroin oli vain 0,240. Heikko korrelaatio säilyi, vaikka äidinkielen, matematiikan ja A1-kielen arvosanoja tarkasteltiin erikseen jokaisen terveydenlukutaitoa mittaavan yksittäisen kysymyksen kanssa. Logistisen regression vakioidussa mallissa arvosanojen keskiarvo oli yhteydessä sairauspoissaoloihin ja luvattomiin poissaoloihin siten, että keskiarvon kasvaessa sekä sairauspoissaolojen (OR 0,91; 95 % lv 0,84–0,98) että luvattomien poissaolojen (OR 0,79; 95 % lv 0,73–0,85) esiintyminen väheni.

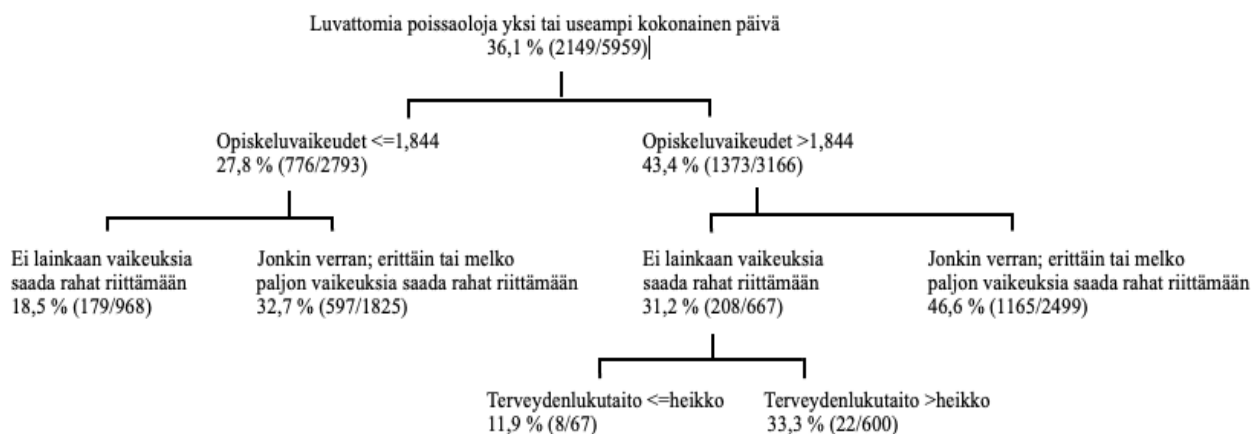
Vakioidussa mallissa pitkäaikainen sairaus tai vamma oli yhteydessä suurempaan sairauspoissaolojen esiintymiseen verrattuna siihen, että pitkäaikaista sairautta ei ollut (OR 1,62; 95 % lv 1,30–2,00). Pitkäaikaisen sairauden tai vamman aiheuttama haitta jokapäiväiseen elämään koulutyössä ei kuitenkaan aivan saavuttanut tilastollista merkitsevyyttä ( $p = 0,054$ ) sairauspoissaolojen tarkastelussa. Säännöllisessä käytössä oleva lääkitys suurensi sairauspoissaolojen ristitulosuhdetta (OR 1,40; 95 % lv 1,16–1,69). Viimeisen puolen vuoden aikana esiintyneet fyysiset oireet, kuten päänsärky tai vatsakipu, olivat yhteydessä sekä sairauspoissaolojen (OR 1,51; 95 % lv 1,34–1,71) että luvattomien poissaolojen (OR 1,38; 95 % lv 1,22–1,56) suurempaan esiintymiseen.

Se, ettei opiskelijalla ollut vaikeuksia saada rahojaan riittämään oli yhteydessä vähäisempään poissaolojen esiintymiseen kuin kokemus rahojen riittämättömyydestä (OR 0,79; 95 % lv 0,64–0,98). Vaikeudet saada rahat riittämään oli yhteydessä myös suurempaan luvattomien poissaolojen esiintymiseen verrattuna siihen, että ei ollut lainkaan vaikeuksia (OR 0,48; 95 %

lv 0,39–0,59) tai oli jonkin verran vaikeuksia (OR 0,82; 95 % lv 0,69–0,98) saada rahat riittämään. Ansiotyön tekeminen opiskelun ohessa oli yhteydessä suurempaan luvattomien poissaolojen esiintymiseen verrattuna siihen, että opiskelun ohessa ei käyty töissä (OR 1,22; 95 % lv 1,03–1,45).

CART-analyysi (Classification and regression tree), kuvio 4, osoitti, että luvattomien poissaolojen (yksi tai useampi kokonainen päivä) esiintyminen oli ensisijaisesti yhteydessä opiskelussa koettuihin vaikeuksiin, jossa suurempi arvo (jatkuva muuttuja, jonka skaala 1–4) kuvasi suurempia vaikeuksia. Opiskelijoilla, joiden opiskelu sujui paremmin ( $\leq 1,844$ ), luvattomien poissaolojen esiintyminen oli vähäisempää kuin niillä, joilla opiskelu sujui heikommin.

Kokemus käytettävissä olevien rahojen riittämisestä jaotteli ryhmiä: erityisesti opiskelijat, joilla oli jonkin verran tai paljon vaikeuksia saada rahat riittämään, raportoivat useammin luvattomia poissaoloja kuin ne, joilla taloudellisia vaikeuksia ei ollut. Lisäksi ryhmässä, jossa opiskelu sujui heikommin mutta taloudellinen tilanne oli hyvä, terveydenlukutaito erotteli edelleen poissaolojen esiintymistä siten, että heikko terveydenlukutaito oli yhteydessä vähäisempään luvattomien poissaolojen esiintymiseen.



KUVIO 4. CART-analyysi toisen asteen opiskelijoiden luvattomiin poissaoloihin yhteydessä olevista tekijöistä. P-arvo jokaisessa haarautumispisteessä on  $< 0,05$ .

Taulukkoon 6 on koottu vakioimattomien ja vakioitujen logististen regressioanalyysien tulokset. Logistisen regression selityssastetta arvioitiin Nagelkerken  $R^2$ -arvolla. Sairauspoissaolojen osalta selityssaste oli 0,108 ja luvattomien poissaolojen osalta 0,131.

TAULUKKO 6. Tutkimuksen muuttujien yhteys (OR, 95 % lv eli luottamusväli, p-arvo) toisen asteen opiskelijoiden sairauspoissaoloihin ja luvattomiin poissaoloihin.

Muuttuja	Sairauspoissaolot						Luvattomat poissaolot					
	Vakioimaton			Vakioitu			Vakioimaton			Vakioitu		
	OR	95 % lv	p-arvo <sup>1</sup>	OR	95 % lv	p-arvo <sup>1</sup>	OR	95 % lv	p-arvo <sup>1</sup>	OR	95 % lv	p-arvo <sup>1</sup>
<b>Terveyslukutaito</b>			<b>&lt;0,001</b>			<b>&lt;0,001</b>			<b>&lt;0,001</b>			<b>&lt;0,001</b>
Hyvä	1,00			1,00			1,00			1,00		
Keskitaso	1,12	1,00–1,25	<b>0,049</b>	1,02	0,89–1,16	0,778	1,15	1,03–1,28	<b>0,014</b>	0,88	0,77–1,00	0,057
Heikko	0,46	0,38–0,56	<b>&lt;0,001</b>	0,49	0,38–0,64	<b>&lt;0,001</b>	0,82	0,66–1,01	0,062	0,59	0,45–0,78	<b>&lt;0,001</b>
<b>Sukupuoli</b>												
Poika	1,00			1,00			1,00			1,00		
Tyttö	1,58	1,42–1,75	<b>&lt;0,001</b>	1,12	0,97–1,29	0,125	1,37	1,23–1,53	<b>&lt;0,001</b>	1,25	1,08–1,44	<b>0,003</b>
<b>Ikä</b>	1,03	0,94–1,12	0,545	1,07	0,95–1,20	0,261	1,24	1,13–1,35	<b>&lt;0,001</b>	1,14	1,02–1,28	<b>0,019</b>
<b>Miten asut?</b>			<b>0,006</b>			<b>0,035</b>			<b>&lt;0,001</b>			0,281
Vanhempien kanssa	1,00			1,00			1,00			1,00		
Poika- tai tyttöystävän kanssa	1,73	1,03–2,92	<b>0,039</b>	1,61	0,85–3,05	0,141	2,50	1,58–3,96	<b>&lt;0,001</b>	1,96	1,12–3,43	<b>0,018</b>
Kimppakämpässä tai opiskelija-asuntolassa	1,59	1,04–2,45	<b>0,033</b>	1,73	1,02–2,99	<b>0,049</b>	1,28	0,87–1,88	0,210	1,01	0,64–1,60	0,955
Yksin	1,30	0,88–1,93	0,195	1,11	0,69–1,79	0,664	1,56	1,08–2,25	<b>0,018</b>	0,90	0,58–1,39	0,622
Sijaisperheessä tai laitoksessa	0,41	0,18–0,93	<b>0,033</b>	0,39	0,15–1,02	0,055	1,30	0,58–2,93	0,528	1,25	0,48–3,26	0,643
Muun huoltajan kanssa	0,66	0,33–1,31	0,233	0,57	0,26–1,23	0,152	1,09	0,53–2,24	0,811	0,90	0,42–2,02	0,802
<b>Koulutyyppi</b>												
Lukio	1,00			1,00			1,00			1,00		
Ammatillinen oppilaitos	0,86	0,77–0,97	<b>0,012</b>	0,89	0,75–1,06	0,189	1,30	1,15–1,46	<b>&lt;0,001</b>	0,93	0,78–1,10	0,395
<b>Missä syntynyt?</b>												
Suomi	1,00			1,00			1,00			1,00		
Muualla	0,93	0,73–1,19	0,574	1,15	0,86–1,56	0,345	0,95	0,74–1,21	0,661	0,77	0,57–1,04	0,088
<b>Äidin koulutus</b>												
Peruskoulu tai toinen aste	1,00			1,00			1,00			1,00		
Korkeakoulu	1,06	0,95–1,18	0,278	1,05	0,92–1,19	0,502	0,81	0,73–0,90	<b>&lt;0,001</b>	0,90	0,79–1,02	0,104
<b>Arvosanojen keskiarvo</b>	0,96	0,91–1,01	0,127	0,91	0,84–0,98	<b>0,015</b>	0,76	0,71–0,80	<b>&lt;0,001</b>	0,79	0,73–0,85	<b>&lt;0,001</b>
<b>Opiskeluvaikeudet</b>	1,28	1,18–1,39	<b>&lt;0,001</b>	1,086	0,97–1,21	0,141	1,60	1,47–1,74	<b>&lt;0,001</b>	1,26	1,13–1,40	<b>&lt;0,001</b>
<b>Vaikeuksia saada rahat riittämään</b>			<b>&lt;0,001</b>			<b>0,015</b>			<b>&lt;0,001</b>			<b>&lt;0,001</b>
Erittäin tai melko paljon	1,00			1,00			1,00			1,00		
Jonkin verran	0,83	0,70–0,98	<b>0,026</b>	0,96	0,79–1,17	0,699	0,65	0,56–0,76	<b>&lt;0,001</b>	0,82	0,69–0,98	<b>0,03</b>
Ei lainkaan	0,61	0,51–0,73	<b>&lt;0,001</b>	0,79	0,64–0,98	<b>0,032</b>	0,32	0,27–0,38	<b>&lt;0,001</b>	0,48	0,39–0,59	<b>&lt;0,001</b>
<b>Ansioityön tekeminen</b>												
Ei lainkaan tai satunnaisesti	1,00			1,00			1,00			1,00		
Vähintään kerran viikossa	1,14	0,97–1,33	0,104	1,07	0,89–1,27	0,484	1,28	1,11–1,49	<b>0,001</b>	1,22	1,03–1,45	<b>0,021</b>
<b>Koettu terveys</b>												
Erittäin tai melko hyvä	1,00			1,00			1,00			1,00		
Kohtalainen tai huono	1,38	1,20–1,59	<b>&lt;0,001</b>	1,10	0,92–1,31	0,296	1,36	1,19–1,55	<b>&lt;0,001</b>	1,03	0,87–1,22	0,754
<b>Puolen vuoden oireet</b>	1,91	1,74–2,10	<b>&lt;0,001</b>	1,51	1,34–1,71	<b>&lt;0,001</b>	1,78	1,63–1,94	<b>&lt;0,001</b>	1,38	1,22–1,56	<b>&lt;0,001</b>
<b>Pitkäaikainen sairaus tai vamma</b>												
Ei	1,00			1,00			1,00			1,00		
Kyllä	1,87	1,61–2,17	<b>&lt;0,001</b>	1,62	1,30–2,00	<b>&lt;0,001</b>	1,12	0,97–1,28	0,113	0,86	0,70–1,07	0,170

<b>Jos pitkäaikainen sairaus, niin haittaako koulutyötä</b>			<b>&lt;0,001</b>			0,054			<b>0,001</b>			0,137
N/A	0,71	0,45–1,10	0,125	1,17	0,66–2,08	0,590	0,82	0,54–1,23	0,329	1,06	0,63–1,77	0,822
Ei	0,62	0,39–0,96	<b>0,033</b>	0,94	0,54–1,65	0,833	0,75	0,50–1,14	0,174	0,98	0,60–1,62	0,943
Vain vähän	0,97	0,60–1,58	0,904	1,08	0,60–1,96	0,797	0,94	0,60–1,47	0,773	1,23	0,73–2,08	0,435
Aika paljon	1,05	0,62–1,80	0,851	1,03	0,54–1,96	0,927	1,33	0,82–2,16	0,252	1,45	0,83–2,54	0,197
Hyvin paljon	1,00			1,00			1,00			1,00		
<b>Säännöllinen lääkitys</b>												
Ei	1,00			1,00			1,00			1,00		
Kyllä	2,07	1,78–2,41	<b>&lt;0,001</b>	1,40	1,16–1,69	<b>&lt;0,001</b>	1,38	1,21–1,58	<b>&lt;0,001</b>	1,17	0,98–1,39	0,077
<b>Terveydenhoitaja</b>			<b>&lt;0,001</b>			<b>&lt;0,001</b>			<b>&lt;0,001</b>			0,241
En lainkaan	1,00			1,00			1,00			1,00		
Kerran	1,43	1,27–1,61	<b>&lt;0,001</b>	1,38	1,19–1,60	<b>&lt;0,001</b>	1,20	1,07–1,35	<b>0,002</b>	1,04	0,90–1,21	0,583
Kaksi kertaa tai useammin	2,33	1,94–2,79	<b>&lt;0,001</b>	1,79	1,42–2,26	<b>&lt;0,001</b>	1,72	1,46–2,02	<b>&lt;0,001</b>	1,20	0,97–1,48	0,092
<b>Lääkäri</b>			<b>&lt;0,001</b>			0,489			<b>&lt;0,001</b>			0,327
En lainkaan	1,00			1,00			1,00			1,00		
Kerran	1,18	1,03–1,34	<b>&lt;0,019</b>	0,91	0,77–1,08	0,300	1,22	1,07–1,39	<b>0,003</b>	1,01	0,85–1,19	0,939
Kaksi kertaa tai useammin	1,55	1,21–1,98	<b>&lt;0,001</b>	0,88	0,65–1,20	0,427	1,75	1,40–2,18	<b>&lt;0,001</b>	1,24	0,93–1,64	0,140
<b>Kuraattori</b>			0,271			0,772			0,169			0,213
En lainkaan	1,00			1,00			1,00			1,00		
Kerran	1,04	0,78–1,37	0,807	1,09	0,76–1,58	0,634	1,27	0,97–1,66	0,088	1,07	0,75–1,51	0,724
Kaksi kertaa tai useammin	1,34	0,94–1,92	0,108	1,15	0,72–1,84	0,554	1,16	0,83–1,62	0,390	0,69	0,45–1,07	0,096
<b>Psykologi</b>			0,095			<b>0,046</b>			0,191			0,442
En lainkaan	1,00			1,00			1,00			1,00		
Kerran	0,85	0,64–1,12	0,249	0,73	0,51–1,04	0,085	1,02	0,77–1,36	0,896	0,86	0,61–1,22	0,390
Kaksi kertaa tai useammin	1,27	0,98–1,66	0,073	0,72	0,52–1,00	<b>0,047</b>	1,26	0,98–1,62	0,069	0,85	0,62–1,16	0,296
<b>Oppilaitoksesta saatu tuki</b>			<b>&lt;0,001</b>			0,584			<b>&lt;0,001</b>			0,448
Aina kun tarvetta	1,00			1,00			1,00			1,00		
Useimmiten	1,35	1,19–1,52	<b>&lt;0,001</b>	1,08	0,94–1,25	0,262	1,25	1,11–1,42	<b>&lt;0,001</b>	1,02	0,88–1,17	0,829
Harvoin	1,27	1,07–1,50	<b>0,006</b>	1,02	0,83–1,24	0,883	1,58	1,34–1,87	<b>&lt;0,001</b>	1,09	0,89–1,32	0,416
Ei juuri koskaan	1,17	0,92–1,49	0,214	0,94	0,71–1,25	0,668	1,70	1,34–2,16	<b>&lt;0,001</b>	1,24	0,94–1,64	0,136
<b>Nukkumaan-menoaika</b>			<b>&lt;0,001</b>			<b>0,039</b>			<b>&lt;0,001</b>			<b>&lt;0,001</b>
Aikaisin	1,00			1,00			1,00			1,00		
Keskitaso	1,31	1,11–1,53	<b>&lt;0,001</b>	1,19	0,98–1,43	0,074	1,41	1,18–1,68	<b>&lt;0,001</b>	1,45	1,18–1,78	<b>&lt;0,001</b>
Myöhään	1,44	1,23–1,69	<b>&lt;0,001</b>	1,29	1,06–1,57	<b>0,011</b>	2,31	1,94–2,75	<b>&lt;0,001</b>	2,06	1,67–2,54	<b>&lt;0,001</b>
<b>Heräämisaika</b>			0,272			0,613			<b>&lt;0,001</b>			<b>0,030</b>
Varhain	1,00			1,00			1,00			1,00		
Keskitaso	1,12	0,97–1,30	0,130	1,06	0,89–1,27	0,522	0,99	0,85–1,16	0,923	1,05	0,88–1,27	0,584
Myöhään	1,14	0,96–1,35	0,147	1,11	0,90–1,38	0,325	1,35	1,14–1,60	<b>&lt;0,001</b>	1,27	1,03–1,57	<b>0,029</b>
<b>Kiusatuksi tuleminen</b>												
Ei kiusattu	1,00			1,00			1,00			1,00		
Kiusattu	0,64	0,52–0,79	<b>&lt;0,001</b>	0,70	0,52–0,93	<b>0,013</b>	0,91	0,73–1,13	0,383	0,62	0,47–0,83	<b>0,001</b>
<b>Kiusaajana toimiminen</b>												
Ei kiusannut	1,00			1,00			1,00			1,00		
Kiusannut	0,59	0,47–0,74	<b>&lt;0,001</b>	0,79	0,59–1,06	0,122	1,28	1,02–1,60	<b>0,032</b>	1,49	1,11–2,01	<b>0,008</b>

<sup>1</sup>tilastollisen merkitsevyyden raja-arvona pidettiin  $p < 0,05$

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten pohdintaa

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko terveydenlukutaito yhteydessä koulupoissaoloihin toisen asteen opiskelijoilla. Aihetta ei ollut tutkittu aiemmin. Heikko subjektiivinen terveydenlukutaito oli yhteydessä sekä vähäisempään sairauspoissaolojen että vähäisempään luvattomien poissaolojen esiintymiseen verrattuna hyvään terveydenlukutaitoon. Keskitason ja hyvän subjektiivisen terveydenlukutaidon välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Tulos oli yllättävä ja poikkesi asetetusta hypoteesista, jonka mukaan hyvä terveydenlukutaito suojaisi poissaoloilta ja edistäisi sujuvaa koulunkäyntiä.

Kimppakämpässä tai opiskelija-asuntolassa asuminen verrattuna vanhempien kanssa asumiseen, viimeisen puolen aikana esiintyneet fyysiset oireet, kuten päänsärky tai vatsakipu, pitkäaikainen sairaus tai vamma, säännöllinen lääkitys, se, että oli käynyt kouluterveydenhoitajan vastaanotolla ikäkausitarkastuksen lisäksi kerran tai useammin ja että meni nukkumaan klo 23 jälkeen olivat yhteydessä suurempaan sairauspoissaolojen esiintymiseen. Korkeampi peruskoulun päättötodistuksen arvosanojen keskiarvo, se, että ei ollut lainkaan vaikeuksia saada rahoja riittämään, koulupsykologin vastaanotolla kaksi kertaa tai useammin lukuvuoden aikana käyminen sekä se, että kertoi tulleensa kiusatuksi, olivat yhteydessä vähäisempään sairauspoissaolojen esiintymiseen.

Naissukupuoli, vanhempi ikä, opiskelussa koetut vaikeudet, ansiotyön tekeminen vähintään kerran viikossa, viimeisen puolen aikana esiintyneet fyysiset oireet, kuten päänsärky tai vatsakipu, se, että meni nukkumaan klo 22.30 tai sen jälkeen ja heräsi klo 7.30 tai sen jälkeen sekä kiusaajana toimiminen olivat yhteydessä suurempaan luvattomien poissaolojen esiintymiseen. Korkeampi peruskoulun päättötodistuksen arvosanojen keskiarvo, se, että ei ollut lainkaan tai oli jonkin verran vaikeuksia saada rahat riittämään verrattuna siihen, että oli erittäin tai melko paljon vaikeuksia saada rahat riittämään ja se, että kertoi tulleensa kiusatuksi, olivat yhteydessä vähäisempään luvattomien poissaolojen esiintymiseen.

Taustamuuttujista ikä, sukupuoli, synnyinmaa, äidin koulutus, koulutyyppe, opiskeluun oppilaitoksessa saatu tuki, koettu terveys, opiskeluvaikeudet, heräämisaika tai ansiotyön tekeminen eivät olleet yhteydessä sairauspoissaoloihin sekoittavien tekijöiden huomioimisen jälkeen. Asumismuoto, synnyinmaa, äidin koulutus, koulutyyppe, pitkäaikainen sairaus tai

vamma, säännöllinen lääkitys, kouluterveydenhuollon käynnit, opiskeluun oppilaitoksessa saatu tuki tai koettu terveys eivät olleet yhteydessä luvattomiin poissaoloihin vakioinnin jälkeen.

Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat terveydenlukutaidon ja poissaolojen välisen yhteyden olevan monisyinen ja jossain määrin odotettua päinvastainen. Tulosten perusteella havaittiin, että heikko terveydenlukutaito oli sekä vakioimattomissa että vakioituissa malleissa tilastollisesti merkitsevästi ja myös tosiasiaa merkittävästi yhteydessä vähäisempään sekä sairauspoissaolojen että luvattomien poissaolojen esiintymiseen verrattuna hyvään terveydenlukutaitoon.

Koulumenestys oli yhteydessä poissaoloihin siten, että arvosanojen keskiarvon kasvu oli yhteydessä vähäisempään sekä sairauspoissaolojen että luvattomien poissaolojen esiintymiseen. Tulos lienee myös käytännössä merkittävä, vaikka yhteys ei ollut kovin voimakas. Terveydellisten tekijöiden, kuten pitkäaikaisen sairauden tai vamman, säännöllisen lääkityksen ja viimeisen puolen vuoden aikana esiintyneiden fyysisten oireiden yhteys sairauspoissaoloihin korostaa terveyden keskeistä roolia säännöllisessä koulunkäynnissä. Taloudellisten vaikeuksien ja ansiotyön tekemisen yhteys luvattomiin poissaoloihin toi esiin opiskelijoiden arjen kuormitukseen ja resurssien riittämättömyyteen liittyvät, käytännössäkin merkittävät mekanismit poissaolojen selittäjinä. Lähellä yhtä olevilla ristitulosuhteilla ei saavutettane käytännön merkittävyyttä, vaikka p-arvot näyttäytyivät tuloksissa tilastollisesti merkitsevinä. Tällaisia ristitulosuhteita havaittiin muuttujista esimerkiksi iällä ja asumismuodolla.

Nutbeam (2000) terveydenlukutaitomallin mukaan terveydenlukutaito voidaan nähdä funktionaalisenä, interaktiivisena ja kriittisenä taitotasona, jotka yhdessä mahdollistavat yksilön aktiivisen toimijuuden oman hyvinvointinsa edistämiseksi. Paakkarin ja Paakkarin (2012) kouluterveysorientoitunut terveydenlukutaitomalli korostaa lisäksi nuoren kykyä tulkita, arvioida ja hyödyntää terveyteen liittyvää tietoa arjen päätöksenteossa. Koulutus yksinään ei riitä takaamaan riittäviä valmiuksia ymmärtää ja hyödyntää terveyteen liittyvää tietoa (Asari ym. 2025).

Tässä tutkimuksessa havaittu ilmiö, jossa heikompi terveydenlukutaito oli yhteydessä vähäisempiin sairauspoissaoloihin voi liittyä tapaan tunnistaa poissaoloa vaativaa terveydentilaa. Terveyteen liittyvä tietoperusta ja käsitteellinen ymmärrys voivat olla rajallisempia, mikä saattaa puolestaan johtaa siihen, että lieviä tai keskivaikeitakaan oireita ei

mielletä syyksi sairauspoissaoloon. Lisäksi terveyteen liittyvän toimijuuden kehittymättömyys (Boardman 2006) voi vähentää halukkuutta tai valmiutta jäädä kotiin oireiden vuoksi. Opiskelijat voivat olla läsnä opinnoissa myös sairaana, mikä vähentää sairauspoissaolojen määrää ilman, että taustalla olisi todellista eroa sairastavuudessa.

Hyvän terveydenlukutaidon omaavilla opiskelijoilla havaittu suurempi sairauspoissaolojen esiintyminen voi selittyä sillä, että näillä opiskelijoilla saattaa olla enemmän terveyteen liittyvää tietoa ja kyky arvioida omaa vointia. Kriittinen terveydenlukutaito sisältää kyvyn arvioida sairastamista ja palautumista (Nutbeam 2000; Paakkari & Paakkari 2012). Kriittisen terveydenlukutaidon omaavat opiskelijat saattavat tunnistaa sairastumisen merkit herkemmin ja käyttää sairauspoissaolo-oikeutta matalammalla kynnyksellä. Ilmiö saattaa liittyä myös hyvän terveydenlukutaidon mukanaan tuomaan autonomiaan ja toimijuuteen. Kriittisesti terveyteensä suhtautuvat nuoret osaavat arvioida kuormitustaan ja jaksamistaan (Boardman 2006), jolloin voi syntyä tilanteita, joissa poissaolo koetaan omasta näkökulmasta perustelluksi, mutta sitä ei virallisesti luokitella sairauspoissaoloksi. Toisen asteen opinnoissa luvattomat poissaolot voivat johtua myös opiskelijoiden itsenäisemmistä valinnoista ja lisääntyneestä arjen toimintoihin liittyvästä vastuusta.

Lisäksi on mahdollista, että hyvän terveydenlukutaidon omaavat opiskelijat kohtaavat enemmän akateemisia ja sosiaalisia paineita, mikä voi lisätä kuormitusta ja tarvetta palautumiselle. Paakkarin ja Paakkarin (2012) mukaan terveydenlukutaitoon sisältyvät paitsi tiedot ja taidot, myös itsetuntemukseen liittyvät osa-alueet, jotka voivat johtaa kuormituksen tiedostamiseen, mutta eivät välttämättä takaa toimivia selviytymisstrategioita. Luvattomat poissaolot voivatkin toimia opiskelijan keinona säädellä arjen vaatimuksia tilanteessa, jossa sairauspoissaolo ei tunnu tarkoituksenmukaiselta.

Terveydenlukutaito näyttäytyy tämän tutkimuksen tulosten perusteella kaksijakoisena ilmiönä. Toisaalta heikko terveydenlukutaito voi vähentää sairauspoissaoloja, mutta samalla se saattaa näkyä kyvyttömyytenä tunnistaa terveyteen liittyviä tarpeita (Paasio ym. 2022). Hyvä terveydenlukutaito voi lisätä sekä sairauspoissaoloja että luvattomia poissaoloja, mikä puolestaan saattaa kertoa korkeammasta terveyteen liittyvästä tietoisuudesta ja itsereflektiosta (Boardman 2006), mutta myös kuormituksen ja jaksamisen hallinnan mahdollisista haasteista. Terveydenlukutaito ei ole yksiselitteinen suojaava tekijä poissaolojen näkökulmasta, vaan osa nuorten terveyden, hyvinvoinnin ja toimijuuden kokonaisuutta.

Hyvällä terveydenlukutaidolla voi olla myös kielteisiä vaikutuksia, sillä runsas terveystietäminen ja tiedon etsiminen voivat lisätä terveyshuolia, ylitarkkailua ja ahdistusoireita. Terveystietäminen liittyy usein ristiriitainen tieto voi lisäksi kuormittaa ja tehdä päätöksenteosta vaikeaa. (Aslan & Koca 2025.) Terveystietämistä mittaavat kyselyt voivat puolestaan herättää vastaajissa uusia huolia, lisätä ahdistuneisuutta ja vahvistaa terveyseroja, jos kysymysten laadinta suosii korkeamman sosioekonomisen aseman vastaajia.

## 6.2 Terveystietäminen ja Dunning-Kruger-efekti

Terveystietämistä arvioiminen perustui väittämiin, kuten ”Olen varma, että minulla on hyvät tiedot terveydestä” ja ”Olen varma, että osaan tarvittaessa antaa ideoita, miten terveyttä voidaan kohentaa lähiympäristössäni (esim. lähellä oleva paikka tai alue, perhe, ystävät).” Vastaajien koulumenestys, eli äidinkielen, matematiikan ja A1-kielen arvosanat korreloivat heikosti sekä terveydenlukutaitoa mittaavien osakysymysten vastausten että terveydenlukutaitoa mittaavan luokitellun summamuuttujan arvojen kanssa ( $r = 0,099-0,287$ ). Tämä oli yllättävä huomio, sillä hyvän terveydenlukutaidon omaavilla opiskelijoilla voisi ajatella olevan hyvä koulumenestys.

Terveystietäminen edellyttää tiedon hankinnan, ymmärtämisen, arvioinnin ja soveltamisen taitoja (Nutbeam 2000; Sørensen ym. 2012; WHO 2024a), jotka ovat osittain samoja kognitiivisia ja akateemisia valmiuksia kuin koulumenestyksen taustalla olevat taidot. Heikko korrelaatio viittaa kuitenkin siihen, että terveydenlukutaito ei rakennu yksinomaan kouluaineissa mitattavan osaamisen varaan, vaan siihen vaikuttavat myös muut tekijät, kuten arjessa opitut taidot, kokemuksellinen oppiminen ja sosiaalinen ympäristö. Toisaalta havainto on linjassa aiemman tutkimuksen kanssa, jossa akateemisen menestyksen ja terveydenlukutaidon välillä on todettu samankaltainen melko heikko positiivinen yhteys (Paakkari ym. 2018; Kinnunen ym. 2022), mikä viittaa terveydenlukutaidon osittaiseen riippumattomuuteen perinteisesti mitatusta koulumenestyksestä.

Ihmisillä on taipumus yliarvioida kykynsä monilla sosiaalisilla ja älyllisillä osa-alueilla. Yliarviointi selittyy osittain sillä, että kyseisillä alueilla heikosti suoriutuvat yksilöt kohtaavat kaksinkertaisen haasteen: he eivät ainoastaan päädy virheellisiin johtopäätöksiin ja tee epäedullisia valintoja, vaan heidän osaamattomuutensa myös heikentää heidän metakognitiivista kykyään tunnistaa nämä virheet. Puutteet metakognitiivisissa selittävät, miksi

heikko todellinen suoriutuminen voi näyttäytyä yksilölle itsevarmana, mutta perusteettomana käsityksenä omista kyvyistä. (Kruger & Dunning 1999.)

Voi siis olla, että osalla niistä opiskelijoista, jotka saivat korkeita pistemääriä terveydenlukutaitoa mittaavista kysymyksistä ja siten sijoittuivat hyvän terveydenlukutaidon omaavien opiskelijoiden joukkoon, onkin todellisuudessa itsearvioitua heikommat kyvyt. Korkean osaamistason omaavien on havaittu puolestaan aliarvioivan kykyjään (Kruger & Dunning 1999). Kenties osa näistä opiskelijoista sai matalampia pistemääriä terveydenlukutaitoa mittaavista kysymyksistä kyseisen harhan vuoksi. On kuitenkin mahdotonta sanoa, kuinka suuri osuus opiskelijoista ali- tai yliarvioi terveyteen liittyvän osaamisensa, joten mahdollinen Dunning-Kruger-efektin vaikutus tulee huomioida tulosten tulkinnassa ja yleistämisessä.

### **6.3 Tulosten hyödynnettävyys ja merkitys kansanterveyden kannalta**

Tämä tutkimus tuotti tietoa, jolla on sekä yksilö- että väestötason vaikutuksia. Nuorten koulupoissaolot liittyvät usein mielenterveyden, terveyskäyttäytymisen ja elämänhallinnan ongelmiin (Gubbels ym. 2019), minkä vuoksi poissaolojen vähentämisellä voi olla merkittäviä kansanterveydellisiä vaikutuksia. Vaikka terveydenlukutaito ei osoittautunut suojaavaksi tekijäksi koulupoissaoloja vastaan, voidaan sen vahvistamista pitää merkittävänä kansanterveystyön tavoitteena. Hyvä terveydenlukutaito auttaa tunnistamaan ja ymmärtämään sairauksia ja niiden oireita, jolloin nuoret osaavat jäädä tarvittaessa kotiin sairastamaan tai hakeutua hoidon piiriin.

Tässä tutkimuksessa poissaoloilta suojaavia tekijöitä olivat muun muassa koulumenestys, yhden vanhemman tai molempien vanhempien luona asuminen, kokemus rahojen riittämisestä, hyvä fyysinen terveys, koulupsykologin palveluiden saatavuus sekä aikainen nukkumaanmeno ja heräämisaika. Nämä tulokset ovat linjassa aiemman tutkimuksen kanssa, jossa perheen tulotason (Allison ym. 2019), sosioekonomisen aseman (Allison ym. 2019; Ansari & Pianta 2019; Opetushallitus 2025a), hyvien akateemisten taitojen (Ansari & Pianta 2019), hyvän terveyden (Allen ym. 2018; Allison ym. 2019; Ansari & Pianta 2019; Kearney ym. 2023), kouluterveyspalveluiden saatavuuden (Allison ym. 2019; Melander ym. 2022) ja säännöllisen unirytmien (Kosola ym. 2024) on todettu olevan yhteydessä vähäisempään poissaolojen esiintymiseen.

Terveydenlukutaidon parantaminen tukee nuorten kokonaisvaltaista hyvinvointia ja saattaa pienentää sosioekonomisia terveyseroja (Guo ym. 2022), mitkä ovat keskeisiä tekijöitä myös syrjäytymisen ehkäisyssä. Tutkimuksen tulokset auttavat hahmottamaan kouluympäristön roolin tärkeyttä nuorten terveyden ja hyvinvoinnin tukemisessa ja ennaltaehkäisevän kansanterveystyön toteuttamisessa. Tuloksia voidaan hyödyntää oppilaitoksissa, opiskelijahuollossa ja nuorten terveyspalveluissa kehittämällä menetelmiä, joilla tuetaan terveydenlukutaitoa osana arkea ja opiskelua.

Opiskelijahuollon näkökulmasta moniammatillinen yhteistyö on tärkeässä asemassa poissaoloihin liittyvien riskitekijöiden varhaisessa tunnistamisessa. Ennaltaehkäisevät toimet, kuten helposti saavutettavat kouluterveydenhuollon palvelut, säännöllisen unirytmien tukeminen ja perheiden kanssa tehtävä yhteistyö, voivat vähentää poissaoloja ja edistää nuorten koulumenestystä ja sosioemotionaalista hyvinvointia.

Tutkimuksen tarjoamaa tietoa voidaan käyttää päätöksenteon tukena esimerkiksi opetussuunnitelmien kehittämisessä ja kansallisissa hyvinvointiohjelmissä, joissa korostetaan nuorten hyvinvoinnin ja terveyden tasa-arvoista edistämistä. Terveydenlukutaidon opetuksen sisällyttäminen perusopetuksen opetussuunnitelmiin on tärkeää, jotta lapsille ja nuorille kehittyisi taito arvioida todellista terveyteen liittyvää osaamistaan ja soveltaa osaamistaan käytäntöön (WHO 2021; Yüksek & Ayaz-Alkaya 2024).

#### **6.4 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet**

Terveydenlukutaidon yhteyttä koulupoissaoloihin ei ollut aiemmin tutkittu, joten tämä tutkimus tuotti uutta ja aiemmin puuttunutta tietoa terveydenlukutaidon merkityksestä koulupoissaolojen taustatekijänä. Saatujen tulosten perusteella voidaan päätellä sekä koulupoissaolojen että terveydenlukutaidon olevan monisyisiä ilmiöitä, joiden ymmärtäminen edellyttää useiden yksilöllisten, sosiaalisten ja rakenteellisten tekijöiden samanaikaista huomioimista.

Tämän tutkimuksen yhtenä vahvuutena voidaan pitää suurta otoskoko (N = 5959). Suuri otoskoko vahvistaa tutkimusta lisäämällä tilastollista voimaa, tarkkuutta ja yleistettävyyttä, vähentää virhemarginaalia ja poikkeavien havaintojen vaikutusta sekä mahdollistaa pienempien vaikutusten havaitsemisen (Andrade 2020). Toisaalta suuri otoskoko vaikuttaa analyyseissa saatuihin p-arvoihin siten, että p-arvo pienenee herkästi, vaikka ryhmien välinen ero olisi

todellisuudessa hyvin pieni (Demidenko 2016; Andrade 2020). Tilastollinen merkitsevyys ei välttämättä kuvaa ilmiön käytännöllistä tai kliinistä merkittävyyttä, minkä vuoksi p-arvoa tulee tulkita yhdessä efektikoon ja kontekstin kanssa (Demidenko 2016). Vakioitujen logististen regressiomallien selitysasteet olivat sekä sairauspoissaolojen osalta (Nagelkerke  $R^2 = 0,108$ ) ja luvattomien poissaolojen osalta (Nagelkerke  $R^2 = 0,131$ ) melko vaatimattomat, mikä viittaa siihen, että mallit selittävät poissaolojen esiintymistä vain rajallisesti.

Tällä tutkimuksella oli useita rajoituksia. Yhtenä heikkoutena voidaan pitää sitä, että sekä selitettävän että selittävän muuttujan arvot perustuivat nuorten itsearviointiin. Itsearviointiin liittyy systemaattisen vinouman ja muistivirheen riski (Keppens ym. 2019; Woodfield 2026) ja vastaajat saattavat antaa sosiaalisesti toivottuja vastauksia (Keppens ym. 2019; Paakkari ym. 2019; Woodfield 2026). Lisäksi subjektiivinen terveydenlukutaito on käsitteellisesti erillinen ilmiö verrattuna suoritukseen perustuvaan terveydenlukutaitoon (Heiss ym. 2024), joten objektiivisen mittarin käyttö olisi voinut tuottaa erilaisia tuloksia.

Mittarin subjektiivisen luonteen vuoksi tutkimuksen tulokset ovat osin monitulkintaisia, sillä opiskelijat ovat saattaneet joko tarkoituksellisesti liioitella terveyteen liittyvää osaamistaan tai arvioida taitonsa todellista heikommiksi tai paremmiksi. Lisäksi kyselylomake oli pitkä ja terveysaiheiset kysymykset olivat lomakkeen lopussa, joten vastaajilla saattoi esiintyä vastausväsymystä, mikä näkyi vastaamattomuutena ja sattumanvaraisina vastauksina. Kyselytutkimus toteutettiin Helsingin metropolialueella, joten tuloksia ei välttämättä voi yleistää koko Suomen alueelle. Poikkileikkausasetelma mahdollisti kyllä muuttujien välisten yhteyksien tarkastelun, mutta sen avulla ei voitu tutkia syy-seuraussuhteita (Tietoarkisto n.d.a).

Kyselyn vastausprosentti oli 49 % kaikista kyselyyn vastaamaan kutsutuista. Voi hyvin olla, että osallistumatta jätti sellaisia opiskelijoita, joilla menee kaikkein heikoimmin, mikä saattaa vääristää tutkimuksen tuloksia. Tässä aineistossa lukiolaisista 95,8 % ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista 87,6 % ilmoitti, että ei ole tullut kiusatuksi. Vuoden 2017 kouluterveyskyselyyn vastanneista vastaavat osuudet Helsingissä olivat lukiolaisilla 91 % ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoilla 87 % (THL 2025). Erityisesti lukiolaisten kohdalla kiusaamattomien osuus on selvästi suurempi kuin vuoden 2017 kouluterveyskyselyssä, mikä voi tarkoittaa, että kiusaamista kokeneet ovat vastanneet kyselyyn harvemmin. Ammatillisissa oppilaitoksissa ero on pieni, joten valikoituminen on todennäköisesti ollut vähäisempää.

Olisi voinut olla parempi, jos kaksiluokkaisen poissaolomuuttujan lisäksi poissaolojen määrää olisi voitu tarkastella jatkuvana muuttujana, jolloin todellisuudessa paljon pois olevat

opiskelijat olisivat erottuneet paremmin joukosta. Jatkuvan muuttujan arvot olivat kuitenkin epäluotettavia, sillä usea vastaaja oli vastannut, että ei muista kertyneiden poissaolopäivien määrää, joten sen hyödyntäminen ei ollut mahdollista. Toisaalta myös alkuperäinen kysymyksen asettelu olisi voinut olla erilainen esimerkiksi siten, että vastausvaihtoehtoja olisi ollut enemmän kuin kaksi luokkaa. Käytetyn mittarin ominaisuudet ja kysymysten rakenne voivat merkittävästi vaikuttaa saatuihin tuloksiin, sillä kyselylomakkeen muotoilu, tarjolla olevat vastausvaihtoehdot ja kysymysten sanamuodot muokkaavat vastaajien tulkintaa ja siten vastauskäyttäytymistä (Tietoarkisto n.d.b).

Terveydenlukutaitomittari HLSAC perustui terveydenlukutaidon määritelmään ja se oli operationalisoitu mittaamaan viittä teoreettista osa-aluetta. Mittarin kehitysprosessin tavoitteena oli luoda väline, joka vastaa sekä nyky-yhteiskunnan että tulevaisuuden vaatimuksiin. Koska terveydenlukutaito nähtiin oppimistuloksena, väittämien tuli olla sellaisia, että ne voitiin muuntaa pedagogisiksi käytännöiksi kyseisen osa-alueen kehittämiseksi. (Paakkari ym. 2016.) Terveydenlukutaito ei välttämättä ollut optimaalinen mittari luvattomien poissaolojen tarkasteluun, sillä luvattomiin poissaoloihin vaikuttavat usein tekijät, jotka eivät suoranaisesti liity terveyteen tai terveyteen liittyvään tiedonhallintaan. Terveydenlukutaito mittaa ensisijaisesti yksilön kykyä hankkia, ymmärtää ja hyödyntää terveyteen liittyvää tietoa (Sørensen ym. 2012), kun taas luvattomat poissaolot voivat olla seurausta rakenteellisista esteistä tai psykososiaalisista ongelmista (Gubbels ym. 2019; Opetushallitus 2025a), joita terveydenlukutaito sellaisenaan ei tavoita.

## **6.5 Eettiset kysymykset ja jatkotutkimusaiheet**

Aineisto oli kerätty kyselylomakkeella ja anonymisoitu, mikä mahdollisti sen hyödyntämisen tutkimustarkoituksiin ilman yksittäisten vastaajien tunnistamista. Tutkittaville oli kerrottu selkeästi tutkimuksen tarkoituksesta, osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä anonymiteetin turvaamisesta (Dobewall ym. 2019). Koska tutkimuksessa hyödynnettiin valmista aineistoa, eettinen ennakoarviointi ja tarvittavat tutkimusluvut oli hankittu jo aineiston keruun yhteydessä, eikä uutta eettistä arviointia edellytetty tämän tutkimuksen toteuttamista varten. Tutkimus noudatti hyvää tieteellistä käytäntöä ja täytti tutkimuseettiset periaatteet (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, TENK 2023).

Jatkotutkimuksessa olisi perusteltua tarkastella luvattomia poissaoloja laajemmasta viitekehystä, jossa huomioitaisiin terveydenlukutaidon ohella koulumotivaatioon, psykososiaaliseen hyvinvointiin ja koulu yhteisöön liittyviä tekijöitä. Poissaolojen seuranta esimerkiksi oppilaitosten tietojärjestelmistä lisäisi luotettavuutta verrattuna poissaolomäärän itsearviointiin (Keppens ym. 2019). Terveydenlukutaidon ja koulupoissaolojen välistä yhteyttä voisi jatkossa tutkia pitkittäistutkimuksella, sillä se mahdollistaisi syy-seuraussuhteiden tarkastelun. Tutkimukseen voisi sisällyttää interventioita, joilla pyrittäisiin parantamaan terveydenlukutaitoa ja samalla arvioimaan terveydenlukutaidon parantumisen vaikutuksia koulupoissaolojen esiintymiseen.

Terveydenlukutaidon ja koulupoissaolojen välistä yhteyttä voisi tässä tutkimuksessa käytetyn HLSAC-mittarin (Paakkari ym. 2016) lisäksi tutkia jollain objektiivisella mittarilla, joka ei perustu nuoren omaan arvioon terveyteen liittyvästä osaamisesta. Näin olisi mahdollista vertailla subjektiivisen ja objektiivisen mittarin antamien tulosten välisiä suhteita ja mahdollisia eroja. Ylipäänsä terveydenlukutaidon mittaamiseen tarvitaan nykyistä yhtenäisempi lähestymistapa. Monien erillisten mittareiden sijaan olisi tarkoituksenmukaista kehittää yksi yhteinen, globaali terveydenlukutaidon mittari, jota voidaan täydentää kohde- tai sisältökohtaisilla osioilla tutkimustarpeen mukaan (Tavousi ym. 2022.)

## LÄHTEET

- Alanko, K., Melander, K., Ranta, K., Engblom, J. & Kosola, S. 2023. Time Trends in Adolescent School Absences and Associated Bullying Involvement Between 2000 and 2019: A Nationwide Study. *Child Psychiatry & Human Development*, 56(3), 640–647. <https://doi.org/10.1007/s10578-023-01601-1>
- Allen, C. W., Diamond-Myrsten, S. & Rollins, L. K. 2018. School Absenteeism in Children and Adolescents. *American Family Physician*, 98(12), 738–744. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/1215/p738.html>
- Allison, M. A., Attisha, E., Lerner, M., De Pinto, C. D., Beers, N. S., Gibson, E. J., Gorski, P., Kjolhede, C., O’Leary, S. C., Schumacher, H. & Weiss-Harrison, A. 2019. The Link Between School Attendance and Good Health. *Pediatrics*, 143(2), e20183648. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3648>
- Andrade, C. 2020. Sample Size and its Importance in Research. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(1), 102–103. [https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM\\_504\\_19](https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_504_19)
- Asari, A. A., Birhanu, Z. & Godesso, A. 2025. Adolescents’ health literacy perspectives and implications. *BMC Public Health*, 25, 1233. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22341-y>
- Ansari, A. & Pianta, R. C. 2019. School absenteeism in the first decade of education and outcomes in adolescence. *Journal of School Psychology*, 76, 48–61. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2019.07.010>
- Askari, G., Vajdi, M., Jafari-Nasab, S., & Golpour-Hamedani, S. 2024. Ethical guidelines for human research on children and adolescents: A narrative review study. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 29, 53. [https://doi.org/10.4103/jrms.jrms\\_610\\_23](https://doi.org/10.4103/jrms.jrms_610_23)
- Aslan, H., & Koca, G. Ş. 2025. Examining the relationships between e-health literacy, cyberchondria, health anxiety, and health perception among foreign university students. *BMC Public Health*, 25(1), 4368. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-25636-2>
- Asplund, A., Kummel, M., Laaksonen, C., Erjavec, K., Sakellari, E., Santala, E. & Korhonen, J. 2025. Promoting Mental Health Literacy of 13–16-Year-Old Students: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(10), 1578. <https://doi.org/10.3390/ijerph22101578>
- Awad, M., & Khanna, R. 2015. Machine Learning. *Teoksessa Efficient Learning Machines: Theories, Concepts, and Applications for Engineers and System Designers* Awad, M. & Khanna, R. (toim.) Apress. [https://doi.org/10.1007/978-1-4302-5990-9\\_1](https://doi.org/10.1007/978-1-4302-5990-9_1)
- Baker, D. W. 2006. The Meaning and the Measure of Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878–883. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>
- Boardman, J. D. 2006. Self-rated health among U.S. adolescents. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 38(4), 401–408. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.01.006>
- Bobinac, A. 2023. Access to Healthcare and Health Literacy in Croatia: Empirical Investigation. *Healthcare*, 11(13), 1955. <https://doi.org/10.3390/healthcare11131955>

- Breiman, L. (2017). *Classification and regression trees*. Chapman & Hall.
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., Saboga-Nunes, L., Bond, E., Sørensen, K., Bitzer, E.-M., Jordan, S., Domanska, O., Firnges, C., Carvalho, G. S., Bittlingmayer, U. H., Levin-Zamir, D., Pelikan, J., Sahrai, D., Lenz, A. & Pinheiro, P. 2017. Health literacy in childhood and youth: A systematic review of definitions and models. *BMC Public Health*, 17(1), 361. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4267-y>
- Caldwell, E. P. & Melton, K. 2020. Health Literacy of Adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 55, 116–119. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.08.020>
- Contreras-Villalobos, T., López, V., Baleriola, E. & González, L. 2023. Dropout in youth and adult education: A multilevel analysis of students and schools in Chile. *Frontiers in Psychology*, 14, 1163088. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1163088>
- Crane, S. & Broome, M. E. 2017. Understanding Ethical Issues of Research Participation From the Perspective of Participating Children and Adolescents: A Systematic Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 14(3), 200–209. <https://doi.org/10.1111/wvn.12209>
- Demidenko, E. 2016. The p-Value You Can't Buy. *The American Statistician*, 70(1), 33–38. <https://doi.org/10.1080/00031305.2015.1069760>
- Dobewall, H., Lindfors, P., Karvonen, S., Koivusilta, L., Vainikainen, M.-P., Hotulainen, R. & Rimpelä, A. 2019. Health and educational aspirations in adolescence: A longitudinal study in Finland. *BMC Public Health*, 19(1), 1447. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7824-8>
- Elgar, F. J., Pförtner, T.-K. & Rothwell, D. 2024. Socioeconomic differences and global trends in youth wellbeing and emotional distress in 165 countries and territories. *Health & Place*, 89, 103322. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2024.103322>
- Gubbels, J., van der Put, C. E. & Assink, M. 2019. Risk Factors for School Absenteeism and Dropout: A Meta-Analytic Review. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(9), 1637–1667. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01072-5>
- Guo, S., Yu, X., He, F., Davis, E., Armstrong, R., Naccarella, L., Sj, G., & Xm, Y. 2022. The Potential Benefit of Improving Health Literacy to Reduce Socioeconomic Inequities in Adolescent Health and Educational Outcomes. *MedPress Pediatrics and Child Health Care*, 1. <https://doi.org/10.33582/mppchc.2022.202203003>
- Hawkins, M., Gill, S. D., Batterham, R., Elsworth, G. R. & Osborne, R. H. 2017. The Health Literacy Questionnaire (HLQ) at the patient-clinician interface: A qualitative study of what patients and clinicians mean by their HLQ scores. *BMC Health Services Research*, 17, 309. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2254-8>
- Heiss, R., Schamberger, L., Leuprecht, E., Schütze, D., Überall, M., Zoller, C., Sahling, F., Gell, S., & Griebler, R. 2024. Does School Education Improve Children's Health Literacy? Evidence from a Performance-Based Survey. *European Journal of Public Health*, 34. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.380>
- Hotulainen, R., Vasalampi, K., Asikainen, M., Heiskala, L., Kanerva, S., Kiuru, N., Lindgren, E., Mikkola, E., Oinas, S., Rämä, I., Sinkkonen, R., Tunkkari, M., Viita, M. & Virtanen, T. 2024. Perusopetuksen poissaolojen ja niihin annettun tuen vaikutukset koulunkäyntiin. Tutkimushankkeen loppuraportti. Helsingin yliopiston Koulutuksen arviointikeskus HEAn

raportit. Viitattu 12.1.2026. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/b091a3ab-ce59-4865-942d-adb680b1945b/content>

Huttunen, I., Upadaya, K. & Salmela-Aro, K. 2025. Adolescents' social-emotional skills profiles, relationships at school, school anxiety, and educational aspirations. *European Journal of Psychology of Education*, 40(2), 57. <https://doi.org/10.1007/s10212-025-00954-6>

Jackson, A. D., Kirwan, L., Gibney, S., Jeleniewska, P., Fletcher, G. & Doyle, G. 2020. Associations between health literacy and patient outcomes in adolescents and young adults with cystic fibrosis. *European Journal of Public Health*, 30(1), 112–118. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31978230/>

Kaasalainen, K. 2016. Terveysten lukutaito ja terveyserojen kaventaminen. Teoksessa *Terveysten edistäminen ja eriarvoisuus - lähestymistapoja ja ratkaisuja* Sihto, M. & Karvonen, S. (toim.) <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789523430006>

Kearney, C. A., Dupont, R., Fensken, M., & González, C. 2023. School attendance problems and absenteeism as early warning signals: Review and implications for health-based protocols and school-based practices. *Frontiers in Education*, 8. <https://doi.org/10.3389/educ.2023.1253595>

Kearney, C. A. 2025. Framing chronic absenteeism and emotionally-based school absenteeism as public health problems. *Frontiers in Child and Adolescent Psychiatry*, 4. <https://doi.org/10.3389/frcha.2025.1662093>

Keppens, G., Spruyt, B. & Dockx, J. 2019. Measuring School Absenteeism: Administrative Attendance Data Collected by Schools Differ From Self-Reports in Systematic Ways. *Frontiers in Psychology*, 10, 2623. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02623>

Kinnunen, J. M., Paakkari, L., Rimpelä, A. H., Kulmala, M., Richter, M., Kuipers, M. A. G., Kunst, A. E. & Lindfors, P. L. 2022. The role of health literacy in the association between academic performance and substance use. *European Journal of Public Health*, 32(2), 182–187. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab213>

Kosola, S., Kullberg, M., Melander, K., Engblom, J., Ranta, K. & Alanko, K. 2024. Associations of excessive internet use, sleep duration and physical activity with school absences: A cross-sectional, population-based study of adolescents in years 8 and 9. *Archives of Disease in Childhood*, 109(7), 570–575. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-326331>

Kruger, J. & Dunning, D. 1999. Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121–1134. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.77.6.1121>

Lindholdt, L., Svendsen, K., Rothausen, K. W. & Bech, B. H. 2023. Social well-being and problematic school absence among Danish adolescents: A nationwide cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 52(5), 660–667. <https://doi.org/10.1177/14034948231173176>

Loer, A.-K. M., Domanska, O. M., Stock, C. & Jordan, S. 2020. Subjective Generic Health Literacy and Its Associated Factors among Adolescents: Results of a Population-Based Online Survey in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8682. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228682>

Lorini, C., Lastrucci, V., Paolini, D. & Bonaccorsi, G. 2020. Measuring health literacy combining performance-based and self-assessed measures: The roles of age, educational level

- and financial resources in predicting health literacy skills. A cross-sectional study conducted in Florence (Italy). *BMJ Open*, 10(10), e035987. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035987>
- Main, K., Bouton, B. D., Pendergast, D. & Whitaker, N. 2025. The Importance of Social and Emotional Skills During Adolescence to Promote a Positive Social Identity: A Systematic Literature Review and Reflection Using Bronfenbrenner's Bioecological Theory. *Education Sciences*, 15(2), 258. <https://doi.org/10.3390/educsci15020258>
- Mancone, S., Corrado, S., Tosti, B., Spica, G. & Diotaiuti, P. 2024. Integrating digital and interactive approaches in adolescent health literacy: A comprehensive review. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1387874>
- Manganello, J. A. 2008. Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840–847. <https://doi.org/10.1093/her/cym069>
- Manganello, J. A. & Sojka, C. J. 2016. An Exploratory Study of Health Literacy and African American Adolescents. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 39(3), 221–239. <https://doi.org/10.1080/24694193.2016.1196264>
- Manganello, J. A., Colvin, K. F., Chisolm, D. J., Arnold, C., Hancock, J. & Davis, T. 2017. Validation of the Rapid Estimate for Adolescent Literacy in Medicine Short Form (REALM-TeenS). *Pediatrics*, 139(5), e20163286. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3286>
- Melander, K., Kortteisto, T., Hermanson, E., Kaltiala, R., Mäki-Kokkila, K., Kaila, M., & Kosola, S. 2022. The perceptions of different professionals on school absenteeism and the role of school health care: A focus group study conducted in Finland. *PLOS ONE*, 17(2), e0264259. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264259>
- Ng'ambi, W., Zyambo, C. & Muula, A. 2025. A Practical Guide to Key Considerations in Logistic Regression for Clinical and Public Health Research: R tutorial. *Malawi Medical Journal*. Viitattu 31.1.2026. <https://www.mmj.mw/?p=13527>
- Nutbeam, D. 2000. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. 2008. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Okan, O., Paakkari, L. & Dadaczynski, K. 2020. Health literacy in schools. State of the art. SHE factsheet no. 6. Viitattu 26.12.2025. [https://www.researchgate.net/publication/344202587\\_Health\\_literacy\\_in\\_schools\\_State\\_of\\_the\\_art](https://www.researchgate.net/publication/344202587_Health_literacy_in_schools_State_of_the_art)
- Opetushallitus. 2023. Kouluterveyskysely 2023: Kouluilla ja oppilaitoksilla on näköalapaikka lasten ja nuorten hyvinvointiin. Viitattu 9.12.2025. <https://www.oph.fi/fi/uutiset/2023/kouluterveyskysely-2023-kouluilla-ja-oppilaitoksilla-nakoalapaikka-lasten-ja-nuorten>
- Opetushallitus. 2025a. Perusopetuksen oppilaiden poissaolot. <https://www.oph.fi/fi/teemat-ja-kehittaminen/perusopetuksen-oppilaiden-poissaolot>
- Opetushallitus. 2025b. Oppivelvollisuus laajenee ammatilliseen koulutukseen. Viitattu 10.10.2025. <https://www.oph.fi/fi/uutiset/2021/oppivelvollisuus-laajenee-ammatilliseen-koulutukseen>

- Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M. & Buchbinder, R. 2013. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13, 658. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>
- Paakkari, L. & Paakkari, O. 2012. Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education*, 112(2), 133–152. <https://doi.org/10.1108/09654281211203411>
- Paakkari, L. & Paakkari, O. 2023. Terveysten lukutaito. Raportissa Ojala, K. & Kulmala, M. (toim.) *Koululaisten terveys ja muuttuvat haasteet 2022: WHO-Koululaistutkimus 40 vuotta*. [https://jyx.jyu.fi/jyx/Record/jyx\\_123456789\\_91381](https://jyx.jyu.fi/jyx/Record/jyx_123456789_91381)
- Paakkari, O., Torppa, M., Kannas, L., & Paakkari, L. 2016. Subjective health literacy: Development of a brief instrument for school-aged children. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(8), 751–757. <https://doi.org/10.1177/1403494816669639>
- Paakkari, L. T., Torppa, M. P., Paakkari, O.-P., Välimaa, R. S., Ojala, K. S. A. & Tynjälä, J. A. 2019. Does health literacy explain the link between structural stratifiers and adolescent health? *European Journal of Public Health*, 29(5), 919–924. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz011>
- Paakkari, O., Torppa, M., Villberg, J., Kannas, L., & Paakkari, L. 2018. Subjective health literacy among school-aged children. *Health Education*, 118(2), 182–195. <https://doi.org/10.1108/HE-02-2017-0014>
- Paasio, H., Roos, E., Kokko, S. & Simonsen, N. 2022. Health literacy and its association with health outcomes among students in upper secondary education. *European Journal of Public Health*, 32(Supplement\_3), ckac131.358. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac131.358>
- Park, A., Eckert, T. L., Zaso, M. J., Scott-Sheldon, L. A. J., Vanable, P. A., Carey, K. B., Ewart, C. K. & Carey, M. P. 2017. Associations between Health Literacy and Health Behaviors among Urban High Schoolers. *The Journal of school health*, 87(12), 885–893. <https://doi.org/10.1111/josh.12567>
- 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(10), 537–541. <https://doi.org/10.1007/BF02640361>
- Pekkarinen, E. 2018. Kuka suostuu lasten ja nuorten tutkimuksessa? Viitattu 23.10.2025. <https://vastuullinentiede.fi/fi/tutkimuksen-suunnittelu/kuka-suostuu-lasten-ja-nuorten-tutkimuksessa>
- Perusopetuslaki. 947/2022. 26 § Perusopetuksen suorittaminen. Viitattu 12.1.2026. [https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1998/628#chp\\_4a\\_sec\\_20h](https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1998/628#chp_4a_sec_20h)
- Powell, M., Taylor, N., Fitzgerald, R., Graham, A. & Anderson, D. 2013. Ethical research involving children. UNICEF Office of Research - Innocenti. <https://www.unicef.org/innocenti/media/9181/file/Ethical-Research-Involving-Children-compendium-2013-EN.pdf.pdf>
- Quenzel, G., Schaeffer, D., Messer, M. & Vogt, D. 2015. Gesundheitskompetenz bildungsferner Jugendlicher. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 58(9), 951–957. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2201-y>
- Rajah, R., Ahmad Hassali, M. A., Jou, L. C. & Murugiah, M. K. 2017. The perspective of healthcare providers and patients on health literacy: A systematic review of the quantitative and qualitative studies. *Perspectives in Public Health*, 138(2), 122–132. <https://doi.org/10.1177/1757913917733775>

- Rantala, T.-M. & Salakari, M. 2025. Terveystenlukumäärä on keino kaventaa terveyseroja. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 62(1), 211–213. <https://doi.org/10.23990/sa.147613>
- Rofey, D. L., McMakin, D. L., Shaw, D. & Dahl, R. E. 2013. Self-Regulation of Sleep, Emotion, and Weight during Adolescence: Implications for Translational Research and Practice. *Clinical and Translational Science*, 6(3), 238–243. <https://doi.org/10.1111/cts.12034>
- Simonds, S. K. 1974. Health Education as Social Policy. *Health Education Monographs*, 2(1\_suppl), 1–10. <https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>
- Smith, C., Goss, H. R., Issartel, J., & Belton, S. 2021. Health Literacy in Schools? A Systematic Review of Health-Related Interventions Aimed at Disadvantaged Adolescents. *Children*, 8(3), 176. <https://doi.org/10.3390/children8030176>
- Sosu, E. M., Dare, S., Goodfellow, C., & Klein, M. 2021. Socioeconomic status and school absenteeism: A systematic review and narrative synthesis. *Review of Education*, 9(3), e3291. <https://doi.org/10.1002/rev3.3291>
- Summanen, A.-M., Rautopuro, J., Kannas, L. K., & Paakkari, L. T. 2021. Objective health literacy skills among ninth graders in Finland: Outcomes from a national learning assessment. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(5), 646–653. <https://doi.org/10.1177/14034948211019798>
- Svendsen, M. T., Bak, C. K., Sørensen, K., Pelikan, J., Riddersholm, S. J., Skals, R. K., Mortensen, R. N., Maindal, H. T., Bøggild, H., Nielsen, G., & Torp-Pedersen, C. 2020. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: A large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*, 20(1), 565. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08498-8>
- Söderek, C., Taipale, K., Vartiainen, M., Vetoniemi, J. & Väänänen, T. 2025. Selvitys yhteisöllisen opiskeluhoiton nykytilasta. Opetushallituksen raportit ja selvitykset 2025:6. Viitattu 12.1.2026. <https://www.oph.fi/fi/tilastot-ja-julkaisut/julkaisut/selvitys-yhteisollisen-opiskeluhoiton-nykytilasta>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H., Brand, H. & HLS-EU Consortium. 2013. Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13, 948. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Broucke, S. van den, Brand, H. & on behalf of the HLS-EU Consortium. 2015. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Tampereen yliopisto. N.d. Suomalaisnuoret koulutuksen siirtymävaiheissa: laaja kohorttiseuranta oppimisen, terveyden ja hyvinvoinnin kehittymisestä yksilö-, luokka- ja koulutasolla (MetLoFIN). Viitattu 9.12.2025. <https://www.tuni.fi/fi/tutkimus/suomalaisnuoret-koulutuksen-siirtymavaiheissa-laaja-kohorttiseuranta-oppimisen-terveyden>

Tavousi, M., Mohammadi, S., Sadighi, J., Zarei, F., Kermani, R. M., Rostami, R. & Montazeri, A. 2022. Measuring health literacy: A systematic review and bibliometric analysis of instruments from 1993 to 2021. PLoS ONE, 17(7), e0271524. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271524>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL. 2025. Kouluterveyskyselyn tulospalvelu. Viitattu 9.12.2025.

[https://raportointi.thl.fi/t/public/views/KTK\\_public\\_fi/Indikaattorienvertailu?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y](https://raportointi.thl.fi/t/public/views/KTK_public_fi/Indikaattorienvertailu?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y)

Tietoarkisto. N.d.a. Tutkimusasetelma. Teoksessa Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 29.1.2026. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/tutkimus/asetelma/>

Tietoarkisto. N.d.b. Mittaaminen. Teoksessa Kvantitatiivisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 30.1.2026. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvanti/mittaaminen/mittaaminen/>

Tilastokeskus. N.d. Koulutuksen keskeyttäminen koulutussektoreittain ja ikäryhmittäin, lukuvuosi 2018/2019 – lukuvuosi 2022/2023. Viitattu 21.1.2026. [https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin\\_kkesk/statfin\\_kkesk\\_pxt\\_14pp.px/](https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin_kkesk/statfin_kkesk_pxt_14pp.px/)

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2025a. Oppilaiden poissaolojen kokonaismäärää seurataan koko koulussa. Viitattu 9.12.2025. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/kaavio?indicator=szbMMgQA&region=s7YMjC8BAA==&year=sy5zs67S0zUEAA==&gender=m;f;t&t=line>

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2025b. Luvattomia poissaoloja vähintään viikoittain, % lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista (2017-) (ind. 4750). Viitattu 9.12.2025. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szZMTAUA&region=s7YMjC8BAA==&year=sy5zs67S0zUEAA==&gender=m;f;t&abs=f&color=f&buildVersion=3.1.5&buildTimestamp=202505220800>

Toren, S. J. van den, Grieken, A. van, Mulder, W. C., Vanneste, Y. T., Lugtenberg, M., Kroon, M. L. de, Tan, S. S., & Raat, H. 2019. School Absenteeism, Health-Related Quality of Life [HRQOL] and Happiness among Young Adults Aged 16–26 Years. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(18), 3321. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183321>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK. 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 5.1.2026. <https://tenk.fi/fi/tiedetilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>

Valtioneuvosto. 2025. STM käynnistää työn nuorten terveyden lukutaidon ja tunnetaitojen parantamiseksi. Viitattu 27.12.2025. <https://valtioneuvosto.fi/-/1271139/stm-kaynnistaa-tyon-nuorten-terveyden-lukutaidon-ja-tunnetaitojen-parantamiseksi->

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. <https://doi.org/10.1370/afm.405>

Woodfield, M. J. 2026. Self-report methods for the assessment of implementation determinants: Reflections on the CFIR user guide. *Implementation Science*, 21(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s13012-025-01480-1>

World Health Organization WHO. 2021. Health literacy in the context of health, well-being and learning outcomes – the case of children and adolescents in schools. Viitattu 29.1.2026. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/31888cbe-60b5-499d-8953-ee61d7535b6b/content>

World Health Organization WHO. 2024a. Health literacy. Viitattu 26.9.2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>

World Health Organization WHO. 2024b. Securing adolescent health and well-being today is vital for the health of future generations – WHO. Viitattu 21.1.2026. <https://www.who.int/news/item/23-09-2024-securing-adolescent-health-and-well-being-today-is-vital-for-the-health-of-future-generations-who>

World Health Organization WHO. 2025. Mental health of adolescents. Viitattu 6.10.2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Yüksek, B. N. & Ayaz-Alkaya, S. 2024. Effectiveness of health literacy education on health literacy in early adolescence: A randomized controlled trial. *Public Health*, 237, 135–140. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.09.024>

Zarcadoolas, C., Pleasant, A. & Greer, D. S. 2005. Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195–203. <https://doi.org/10.1093/heapro/dah609>

## LIITTEET

Liite 1. Tutkimuksen taustamuuttujat, kysymyslomakkeen kysymykset ja vastausvaihtoehdot sekä muuttujien uudelleen luokittelu.

Taustamuuttuja	Kysymys	Vastausvaihtoehdot	Uudelleen luokittelu
Ikä	Ikä	Jatkuva muuttuja	-
Asumismuoto	Miten asut?	"Vanhempien kanssa" "Poika- tai tyttöystävän kanssa" "Kimppakämpässä" "Yksin" "Sijaisperheessä" "Muun huoltajan kanssa"	-
Syntymämaa	Missä olet syntynyt?	"Suomessa" "Muualla"	-
Sukupuoli	Sukupuoli	"Tyttö" "Poika"	-
Koulutyyppi	Oppilaitos	"Lukio" "Ammatillinen oppilaitos"	-
Äidin koulutus	Vanhempieni koulutus: Äiti	"Peruskoulu" "Ammatillinen perustutkinto" "Ylioppilastutkinto" "Alempi kk-tutkinto" "Ylempi kk-tutkinto"	"Peruskoulu tai toinen aste" "Korkeakoulututkinto"
Taloudellinen tilanne	Onko sinulla vaikeuksia saada rahasi riittämään?	"Erittäin tai melko paljon" "Jonkin verran" "Ei lainkaan"	-
Ansiotyö	Teetkö ansiotyötä opiskelun ohessa?	"En lainkaan" "Satunnaisesti" "Noin kerran viikossa" "Useampana päivänä viikossa"	"En lainkaan tai satunnaisesti" "Vähintään kerran viikossa"
Koulumenestys	Arvosanat (Äidinkieli, Matematiikka, A1-kieli)	"4" "5" "6" "7" "8" "9" "10"	Keskiarvomuuttuja
Terveydentila	Onko terveytesi mielestäsi?	"Erittäin hyvä" "Melko hyvä" "Keskinertainen" "Melko huono" "Erittäin huono"	"Erittäin tai melko hyvä" "Keskinertainen tai huono"
Pitkäaikaissairaus	Onko sinulla jokin pitkäaikainen sairaus tai vamma?	"Ei" "Kyllä"	-

Sairauden vaikutus koulutyöhön	Jos sinulla on pitkäaikainen sairaus tai vamma, haittaako se jokapäiväistä elämääsi koulutyössä?	"Ei" "Vain vähän" "Aika paljon" "Hyvin paljon"	N/A "Ei" "Vain vähän" "Aika paljon" "Hyvin paljon"
Säännöllinen lääkitys	Käytätkö jatkuvasti lääkärin määräämää lääkettä?	"En" "Kyllä"	-
Oireet	Onko sinulla viimeisen puolen vuoden aikana ollut oireita?	"Harvoin" "Noin kerran kuussa" "Noin kerran viikossa" "Lähes joka päivä"	Keskiarvomuuttuja
Kouluterveyspalveluiden käyttö	Montako kertaa olet käynyt terveydenhoitajan/lääkärin/kuraattorin/psykologin vastaanotolla?	"En lainkaan" "Kerran" "Kaksi kertaa tai useammin"	-
Nukkumaanmeno aika	Mihin aikaan menet nukkumaan koulupäivinä?	"Klo 21 tai aikaisemmin" "21.30" "22.00" "22.30" "23.00" "23.30" "24.00 tai myöhemmin"	"Aikaisin" "Keskitaso" "Myöhään"
Heräämisaika	Mihin aikaan heräät koulupäivinä?	"Klo 5.30 tai aikaisemmin" "6.00" "6.30" "7.00" "7.30" "8.00 tai myöhemmin"	"Varhain" "Keskitaso" "Myöhään"
Opiskeluvaikeudet	Miten opiskelusi sujuu? Onko sinulla vaikeuksia seuraavissa asioissa?	"Ei" "Melko vähän" "Melko paljon" "Erittäin paljon"	Keskiarvomuuttuja
Opiskeluun saatu tuki	Jos sinulla on ollut vaikeuksia opiskelussa, saatko apua oppilaitoksessa?	"Aina kun tarvitsen" "Useimmiten" "Harvoin" "En juuri koskaan"	-
Kiusatuksi joutuminen	Miten usein sinua on kiusattu?	"Ei kiusattu" "Harvemmin kuin kerran viikossa" "Noin kerran viikossa" "Useita kertoja viikossa" "Lähes päivittäin"	"Ei kiusattu" "Kiusattu"
Kiusaajana toimiminen	Miten usein olet kiusannut muita?	"En lainkaan" "Harvemmin kuin kerran viikossa" "Noin kerran viikossa" "Useita kertoja viikossa"	"Ei kiusaaja" "Kiusaaja"

Liite 2. Taustamuuttujien jakaumat ja esiintyvyydet toisen asteen koulutuksessa olevilla opiskelijoilla sairauspoissaolopäivien ja luvattomien poissaolopäivien määrän (en yhtään/yhden tai useamman) mukaan ryhmiteltynä. Ryhmien välisen vertailun tilastollinen merkitsevyys sarakkeessa ”p-arvo”.

		Sairauspoissaolot		p-arvo	Luvattomat poissaolot		p-arvo
		En yhtään n=2167	Yhden tai useamman n=3792		En yhtään n=3810	Yhden tai useamman n=2149	
<b>Sukupuoli</b>				<0,001			<0,001
	Tyttö	1017 (46,9 %)	2200 (58,0 %)		1953 (51,3 %)	1264 (58,8 %)	
<b>Koulutyyppi</b>				0,013			<0,001
	Lukio	1515 (69,9 %)	2766 (72,9 %)		2810 (73,8 %)	1471 (68,5 %)	
<b>Miten asut?</b>				0,004			<0,001
	Vanhempien kanssa	2040 (94,8 %)	3531 (93,5 %)		(3593) 94,9 %	(1976) 92,3 %	
<b>Missä olet syntynyt?</b>				0,579			0,710
	Suomessa	2036 (94,7 %)	3571 (95,1 %)		3580 (94,9 %)	2017 (95,1 %)	
<b>Vanhempien koulutus: äiti</b>				0,289			<0,001
	Peruskoulu tai toinen aste	1063 (50,1 %)	1811 (48,6 %)		1766 (47,3 %)	1108 (52,6 %)	
<b>Onko sinulla vaikeuksia saada rahasi riittämään?</b>				<0,001			<0,001
	Erittäin tai melko paljon	249 (11,6 %)	562 (14,9 %)		410 (10,8 %)	401 (18,7 %)	
<b>Teetkö ansiotyötä opiskelun ohessa?</b>				0,104			<0,001
	Vähintään kerran viikossa	284 (13,2 %)	556 (14,8 %)		494 (13,1 %)	346 (16,2 %)	
<b>Onko sinulla jokin pitkäaikainen sairaus tai vamman?</b>				<0,001			0,116
	Kyllä	277 (12,9 %)	814 (21,7 %)		674 (17,9 %)	417 (19,6 %)	
<b>Käytätkö jatkuvasti jotakin lääkärin määräämään lääkettä?</b>				<0,001			<0,001
	Kyllä	254 (12,1 %)	813 (22,1 %)		617 (16,7 %)	450 (21,7 %)	

<b>Koettu terveys</b>				<0,001			<0,001
	Erittäin tai melko hyvä	1816 (84,3 %)	3004 (79,5 %)		3148 (83,0 %)	1672 (78,2 %)	
<b>Jos sinulla on pitkäaikainen sairaus tai vamma, haittaako se jokapäiväistä elämääsi koulutyössä?</b>				<0,001			<0,001
	Hyvin paljon	28 (1,3 %)	70 (1,8 %)		58 (1,5 %)	40 (1,9 %)	
<b>Montako kertaa lukuvuoden aikana terveydenhoit ajalla?</b>				<0,001			<0,001
	Kaksi kertaa tai useammin	173 (8,0 %)	570 (15,1 %)		402 (10,6 %)	341 (16,0 %)	
<b>Montako kertaa lukuvuoden aikana lääkäriillä?</b>				<0,001			<0,001
	Kaksi kertaa tai useammin	95 (4,4 %)	243 (6,5 %)		177 (4,7 %)	161 (7,6 %)	
<b>Montako kertaa lukuvuoden aikana kuraattorilla?</b>				0,268			0,168
	Kaksi kertaa tai useammin	44 (2,1 %)	102 (2,7 %)		89 (2,4 %)	57 (2,7 %)	
<b>Montako kertaa lukuvuoden aikana psykologilla?</b>				0,094			0,190
	Kaksi kertaa tai useammin	83 (3,9 %)	184 (4,9 %)		157 (4,2 %)	110 (5,2 %)	
<b>Jos sinulla on vaikeuksia opiskelussa, saatko apua oppilaitokses- sa?</b>				<0,001			<0,001
	Aina kun tarvitsee	820 (40,1 %)	1225 (33,8 %)		1394 (38,6 %)	651 (31,6 %)	
<b>Onko sinua kiusattu?</b>				<0,001			0,407
	Kiusattu	176 (8,2 %)	204 (5,4 %)		251 (6,7 %)	129 (6,1 %)	
<b>Oletko sinä kiusannut</b>				<0,001			0,035
	Kiusannut	162 (7,6 %)	173 (4,6 %)		196 (5,2 %)	139 (6,6 %)	
				<0,001			<0,001

<b>Nukkumaanmeno-aika</b>							
	Myöhään (23 tai jälkeen)	863 (40,0 %)	1664 (44,0 %)		1421 (37,4 %)	1106 (51,6 %)	
<b>Heräämisaika</b>				0,271			<0,001
	Myöhään (7.30 tai jälkeen)	505 (23,5 %)	911 (24,1 %)		828 (21,8 %)	588 (27,5 %)	
<b>Ikä</b>				0,717			<0,001
	16–20, mediaani (min;max)	17 (16–20)	17 (16–20)		17 (16–20)	17 (16–20)	
<b>Puolen vuoden oireet</b>				<0,001			<0,001
	1–4, mediaani (min; max)	1,7 (1; 4)	1,9 (1; 4)		1,8 (1; 4)	2,0 (1; 4)	
<b>Opiskelu-vaikkeudet</b>				<0,001			<0,001
	1–4, mediaani (min; max)	1,8 (1; 4)	1,9 (1; 4)		1,8 (1; 4)	2,0 (1; 4)	
<b>Arvosanani: äidinkieli</b>				0,961			<0,001
	4–10, mediaani, (min; max)	8 (4;10)	8 (4;10)		8 (4;10)	8 (4;10)	
<b>Arvosanani: matematiikka</b>				<0,001			<0,001
	4–10, mediaani, (min; max)	8 (4;10)	8 (4;10)		9 (4;10)	8 (4;10)	
<b>Arvosanani: A1-kieli</b>				0,899			<0,001
	4–10, mediaani, (min; max)	9 (4;10)	9 (4;10)		9 (4;10)	8 (4;10)	

Liite 3. Taustamuuttujien jakaumat ja esiintyvyydet toisen asteen koulutuksessa olevilla opiskelijoilla subjektiivisen terveydenlukutaidon mukaan ryhmiteltynä. Ryhmien välisen vertailun tilastollinen merkitsevyys sarakkeessa ”p-arvo”.

<b>Terveydenlukutaito</b>		<b>Heikko n=472</b>	<b>Keskitaso n=2753</b>	<b>Hyvä n=2734</b>	<b>p-arvo</b>
<b>Sukupuoli</b>					<0,001
	Tyttö	152 (32,2 %)	1435 (52,1 %)	1630 (59,6 %)	
<b>Koulutyyppi</b>					<0,001
	Lukio	152 (32,2 %)	1920 (69,7 %)	2209 (80,8 %)	
<b>Miten asut</b>					<0,001
	Vanhempien kanssa	416 (89,1 %)	2568 (93,9 %)	2587 (94,9 %)	
<b>Missä olet syntynyt?</b>					<0,001
	Suomessa	413 (89,2 %)	2593 (95 %)	2601 (95,9 %)	
<b>Vanhempien koulutus: äiti</b>					<0,001
	Peruskoulu tai toinen aste	321 (70,9 %)	1462 (54,3 %)	1091 (40,4 %)	
<b>Onko sinulla vaikeuksia saada rahasi riittämään?</b>					<0,001
	Erittäin tai melko paljon	88 (18,8 %)	403 (14,7 %)	320 (11,7 %)	
<b>Teetkö ansiotyötä opiskelun ohessa?</b>					0,068
	Vähintään kerran viikossa	59 (12,8 %)	364 (13,3 %)	417 (15,3 %)	
<b>Onko sinulla jokin pitkäaikainen sairaus tai vamma?</b>					0,812
	Kyllä	80 (17,6 %)	502 (18,4 %)	509 (18,8 %)	
<b>Käytätkö jatkuvasti jotakin lääkärin määräämää lääkettä?</b>					<0,001
	Kyllä	58 (12,7 %)	476 (17,9 %)	533 (20,0 %)	
<b>Koettu terveys</b>					<0,001
	Erittäin tai melko hyvä	287 (61,9 %)	2100 (76,5 %)	2433 (89,3 %)	
<b>Jos sinulla on pitkäaikainen sairaus tai vamma, haittaako se jokapäiväistä elämääsi koulutyössä?</b>					<0,001
	Hyvin paljon	13 (5,7 %)	42 (3,9 %)	43 (2,6 %)	

<b>Montako kertaa lukuvuoden aikana terveydenhoitajalla?</b>					0,009
	Kaksi kertaa tai useammin	46 (9,8 %)	355 (13,0 %)	342 (12,6 %)	
<b>Montako kertaa lukuvuoden aikana lääkärillä?</b>					0,003
	Kaksi kertaa tai useammin	29 (6,3 %)	179 (6,6 %)	130 (4,8 %)	
<b>Montako kertaa lukuvuoden aikana kuraattorilla?</b>					<0,001
	Kaksi kertaa tai useammin	26 (5,6 %)	62 (2,3 %)	58 (2,2 %)	
<b>Montako kertaa lukuvuoden aikana psykologilla?</b>					<0,001
	Kaksi kertaa tai useammin	21 (4,5 %)	134 (5,0 %)	112 (4,2 %)	
<b>Jos sinulla on vaikeuksia opiskelussa, saatko apua oppilaitoksessa?</b>					<0,001
	En juuri koskaan	40 (8,9 %)	142 (5,4 %)	139 (5,4 %)	
<b>Onko sinua kiusattu?</b>					<0,001
	Kiusattu	114 (24,9 %)	164 (6,0 %)	102 (3,8 %)	
<b>Oletko sinä kiusannut?</b>					<0,001
	Kiusannut	95 (20,6 %)	148 (5,4 %)	92 (3,4 %)	
<b>Nukkumaanmenoaika</b>					<0,001
	Myöhään (23 tai jälkeen)	233 (50,0 %)	1241 (45,2 %)	1053 (38,6 %)	
<b>Heräämisaika</b>					<0,001
	Myöhään (7.30 tai jälkeen)	128 (27,4 %)	674 (24,6 %)	614 (22,5 %)	
<b>Ikä</b>					<0,001
	16–20, mediaani (min; max)	17	17	17	
<b>Puolen vuoden oireet</b>					<0,001
	1–4, mediaani (min; max)	1,76 (1;4)	1,90 (1;4)	1,80 (1;4)	
<b>Opiskeluvaikeudet</b>					<0,001
	1–4, mediaani (min; max)	2,00 (1;4)	2,00 (1;4)	1,6 (1;4)	
<b>Arvosanani: äidinkieli</b>					<0,001
	4–10, mediaani, (min; max)	8 (4;10)	8 (4; 10)	9 (5; 10)	
<b>Arvosanani: matematiikka</b>					<0,001
	4–10, mediaani, (min; max)	7 (4;10)	8 (4;10)	9 (4;10)	
<b>Arvosanani: A1-kieli</b>					<0,001
	4–10, mediaani, (min; max)	8 (4;10)	8 (4;10)	9 (4;10)	