



GÖTEBORGS  
UNIVERSITET

# Health literacy i skolan

Ett vinnande koncept för bättre hälsobeteende?

Emma Björk & Gabriella Talay  
Ämneslärarprogrammet med  
årskurs 7-9 men inriktning hem-  
och konsumentkunskap, religion  
och historia.

Ämneslärarprogrammet årskurs  
7-9 med inriktning hem- och  
konsumentkunskap, svenska som  
andra språk och engelska



Uppsats/Examensarbete: 15 hp  
Kurs: L9HK1G  
Nivå: Grundnivå  
Termin/år: VT 2016  
Handledare: Monica Petersson  
Examinator: Marianne Pipping Ekström  
Kod: VT16-03

---

Nyckelord: Formellt lärande - Health literacy - Hem- och konsumentkunskap - Hälsa - Ungdomar

## Abstract

Att vara hälsosam är viktigt och det gäller att veta vad som är ett hälsofrämjande beteende. Forskning bidrar till ny information som förändrar innebörden av vad hälsa är, därför behövs kunskap om hur man ska förstå, använda och förhålla sig till det. Litteraturstudiens syfte är att ge en omfattande översikt av hur ungdomar mellan 12-18 år utvecklar health literacy genom formellt lärande i skolan. Metoden som använts är en systematisk litteraturstudie som bearbetar studier vars fokus är health literacy och skolan. De främsta resultaten var att skolan är en av de viktigaste platserna för att främja hälsa och health literacy hos elever. Något som framgått är att kunskap inte är något som är statiskt utan måste hela tiden förnyas för att health literacy ska fungera. Slutsatsen blev att health literacy kan främja ungdomar till ett hälsosammare beteende i och med det formella lärandet som sker i skolan. Användandet av health literacy i undervisningen förekommer till viss del, dock bör skolor satsa mer på hälsoundervisning och att använda sig av health literacy, då det bidrar till fler positiva följder för hälsan och för ungdomars hälsobeteende. Kort sagt behöver förekomsten av health literacy i skolor öka om man vill uppnå en bättre hälsa i samhället. Rekommendationer som föreslås för hem- och konsumentkunskap är mer forskning om ämnets betydelse för ungdomars hälsobeteende som kan vara av didaktisk betydelse för lärares undervisning om hälsa. Intressant fortsatt forskning skulle vara att ta reda på ifall det finns någon skillnad mellan köns hälsobeteende.

# 1 Förord

Vi skulle vilja tacka vår handledare Monica Petersson som varit en hjälpande hand under uppsatsens gång.

<b>Arbetsuppgift</b>	<b>Procent utfört av Emma/Gabriella</b>
<b>Planering av studien</b>	50/50
<b>Litteratursökning</b>	50/50
<b>Datainsamling</b>	50/50
<b>Analys</b>	50/50
<b>Skrivande</b>	50/50
<b>Layout</b>	50/50

## 2 Innehållsförteckning

<b>3</b>	<b>Inledning .....</b>	<b>2</b>
3.1	Syfte .....	3
3.2	Frågeställning .....	3
<b>4</b>	<b>Bakgrund.....</b>	<b>3</b>
4.1	Utveckling av att definiera begreppet hälsa.....	3
4.2	Utveckling av begreppet health literacy .....	4
4.2.1	Olika perspektiv på health literacy .....	6
4.2.2	Hälsostrategier.....	6
4.2.3	Health literacys betydelse för individer .....	7
4.2.4	Formellt lärande.....	7
4.2.5	Skolans arbete och ansvar för hälsa .....	8
4.2.5.1	Hem- och konsumentkunskap och hälsa .....	8
<b>5</b>	<b>Metod.....</b>	<b>10</b>
5.1	Datainsamling .....	10
5.2	Databearbetning .....	12
<b>6</b>	<b>Resultat.....</b>	<b>13</b>
6.1	Hur framhävs arbetet med health literacy inom skolan? .....	13
6.2	Hur kan health literacy bli meningsfullt för att förbättra elevers hälsa? .....	14
6.3	Påverkas ungdomar mellan 12-18 år av skolans arbete med health literacy? .....	15
<b>7</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>16</b>
7.1	Metoddiskussion .....	16
7.2	Resultatdiskussion .....	17
7.2.1	Förståelsen av health literacy .....	18
7.2.2	Skolans generella betydelse för hälsa.....	21
7.2.2.1	Hälsofrämjande skola och undervisning .....	21
7.2.2.2	Anpassningsbara lärare och hälsoinformation .....	24
7.2.2.3	Utmaningar med hälsoundervisning .....	25
<b>8</b>	<b>Slutsatser och implikationer.....</b>	<b>26</b>
<b>9</b>	<b>Vidare forskning.....</b>	<b>27</b>
<b>10</b>	<b>Referenslista.....</b>	<b>28</b>
<b>11</b>	<b>Bilagor .....</b>	<b>31</b>

### 3 Inledning

Begreppet hälsa är inte något bestående utan utvecklas hela tiden genom ny tillströmning av forskning. Detta leder till olika infallsvinklar, som i sin tur skapar nytt innehåll av vad hälsa är. Den information som finns om hälsa kan vara svår för individer att ta till sig, eftersom de inte vet hur de ska ta del eller förhålla sig till informationen som förmedlas. Då blir det viktigt att individen har tillräckligt med kunskaper och förmågor för att kunna upprätthålla en god hälsa.

Dagens samhälle ställer stora förväntningar på att individen själv kan klara av att söka information, förstå sina rättigheter och fatta egna beslut om hälsa. Dessutom krävs det att individen har tillräckligt med färdigheter i att veta hur man ska få tillgång till hälsoinformation samt att individen ska kunna omsätta kunskapen i olika situationer (Mårtensson & Hensing, 2009). Med detta i åtanke kan vägledning bli aktuellt för individen för att hen ska kunna sortera bland all den hälsoinformation som finns, samt använda den för att förbättra sin egen hälsa. Vägledning kan på så vis främja individen till en sund och förbättrad hälsa. Denna vägledning börjar i skolan, som har ett hälsoansvar som gäller alla elever. I läroplanen för grundskolan (Skolverket, 2011) står det att skolan ska ansvara för att alla elever efter genomgången grundskola, ska ha fått kunskaper om och förståelse för den egna livsstilens betydelse för hälsa, miljö och samhälle (Skolverket, 2011). En sådan vägledning går att hitta i kursplanen för hem- och konsumentkunskap där eleverna ska utveckla kunskaper om hälsa som gör att de kan bearbeta, hantera och använda sig utav informationen för att göra goda och sunda val gällande sin egen hälsa (Skolverket, 2011).

Genom undervisningen i hem- och konsumentkunskap får eleverna möjlighet att utveckla god förmåga att kunna använda hälsoinformation för att förbättra sin hälsa (Skolverket, 2011). Detta kallas för att eleverna utvecklar health literacy (Mårtensson & Hensing, 2009). Enligt Mårtensson och Hensing (2012) kan en brist på health literacy, eller rättare sagt minskad hälsokunskap, leda till negativa effekter på individers hälsa. I och med denna problematik får hem- och konsumentkunskap en viktig roll i att försöka fylla den kunskapslucka som eleverna har om hälsa.

Tidigare har det inte gjorts någon forskning som kopplar ihop begreppet health literacy med ämnet hem- och konsumentkunskap. Om det skulle finnas en tydligare integrering av begreppet health literacy i hem- och konsumentkunskap, skulle detta kunna bidra till att eleverna utifrån ett långsiktigt perspektiv utvecklar en förbättrad hälsa. Anledningen är att health literacy kommer att förbättra elevers förmåga att kunna göra goda hälsoval, både i och utanför skolan. Health literacy kan också effektivisera hälsoundervisningen i hem- och konsumentkunskap eftersom begreppet kan bidra till en tydligare kunskapsbank om vad hälsa är bland både lärare och elever. Detta kan i slutändan motverka sjukdomar och verka för en sundare och friskare befolkning i samhället.

## 3.1 Syfte

Syftet med litteraturstudien är att ge en omfattande översikt av hur ungdomar mellan 12-18 år utvecklar health literacy genom formellt lärande i skolan.

## 3.2 Frågeställning

- Hur framhävs arbetet med health literacy inom skolan?
- Hur kan health literacy bli meningsfullt för att förbättra elevers hälsa?
- Påverkas ungdomar mellan 12-18 år av skolans arbete med health literacy?

# 4 Bakgrund

## 4.1 Utveckling av att definiera begreppet hälsa

Idag finns det flera olika definitioner av hälsa. Den mest välkända definitionen av hälsa är den som Världshälsoorganisationen (WHO) tog fram år 1948 där de definierar hälsa som ett fullständigt tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart avsaknad av sjukdom eller funktionshinder (WHO, 2005). Andra vanliga definitioner av hälsa är bland annat Birchers definition som liknar hälsa med ett slags dynamiskt tillstånd av välbefinnande som kännetecknas av en fysisk och mental potential som uppfyller kraven i proportion till ålder, kultur och personligt ansvar (WHO, 2005). Saracchi definierade däremot att hälsa är ett tillstånd av välbefinnande där man är fri från sjukdom eller funktionshinder samt att det är en grundläggande och universell mänsklig rättighet. En fjärde definition av hälsa är den som urbefolkningen i Australien ofta använder, nämligen att hälsa inte bara innebär ett fysiskt välbefinnande för den enskilda individen utan hänvisar också till de sociala, emotionella, andliga och kulturella välbefinnande i hela samhället (WHO, 2005). Dessa fyra definitioner kan kopplas till att det är viktigt att både i samhället och i undervisningen ha en holistisk syn på hälsa, det vill säga att man ser hälsa som en helhet.

Brülde och Tengland (2003) föreslår sex olika definitioner av hälsa dock kommer enbart fyra av dessa att tas upp i texten. Anledningen till detta är för att de två sista i princip tar upp samma aspekter som de föregående fyra. De fyra definitioner av hälsa som kommer att nämnas är; hälsa som klinisk status, hälsa som funktionsförmåga, hälsa som välbefinnande och hälsa som balans. Hälsa som klinisk status innebär att man är frisk från sjukdom det vill säga att individen är frisk, medan hälsa som funktionsförmåga innebär att en person ”fungerar, väl eller normalt, såväl fysiskt, psykiskt och socialt”. Hälsa som välbefinnande avgörs beroende på hur personens välbefinnande kontra icke välbefinnande är, om en person är positiv till sig själv och sitt liv eller ej. Avslutningsvis innefattar hälsa som balans att en person har förmågan att göra och uppnå det hen vill när det innebär att förbättra sin hälsa (Brülde & Tenglans, 2003).

En annan syn på hälsa är Aaron Antonovskys (citerad i Renwick, 2014) salutogena hälsosyn som fokuserar på att utveckla hälsa från antingen en hälso- eller sjukdomskontinuum. Detta görs för att betona de egenskaper som är användbara, konstruktiva och produktiva för hälsan.

Antonovsky fokuserar på välgörande faktorer snarare än riskfaktorer och försöker därmed skapa möjligheter för att bygga upp hälsa för att leva ett bra liv. I och med Antonovskys salutogena hälsosyn har ett paradigmskifte aktiverats. Detta paradigmskifte innebär att man går från individens uppfattning om livsstil och beteendeförändring till att istället fokusera på bestämningsfaktorer för hälsa och att uppmärksamma särskilda hälsoinsatser. Renwick (2014) lyfter fram att det är viktigt att söka förståelse för hur personliga erfarenheter och skolkunskaper kan anslutas för att på så sätt kunna arbeta hälsofrämjande. Målet med detta är att engagera unga människor i att delta i ett meningsfullt lärande samt arbeta för social rättvisa

Ytterligare ett perspektiv på hälsa är det holistiska perspektivet. Ett holistiskt perspektiv ser hälsa utifrån ett helhetsperspektiv, vilket är centralt för individers välbefinnande och värderas högt, både av individen och utav samhället (Ringsberg, 2014). Dagens samhälle ställer höga krav på individer då de ständigt utsätts för nya situationer som berör deras hälsa, därför ligger också ansvaret i allt större utsträckning på att individen själv ska kunna hantera en komplex verklighet, som samhället är. Individen måste själv kunna tolka, förstå och bestämma vilka hälsobudskap som är bäst för hälsan och sedan agera utefter det. Men samhället har också ett ansvar att skapa möjligheter och förutsättningar för att individer ska kunna skaffa den kunskap som behövs för att kunna uppnå en god och sund hälsa. Därför blir det viktigt att individen kan söla och navigera sig fram bland all den hälsoinformation som finns tillgänglig (Ringsberg, 2014). I motsats till Ringsberg hävdar Balog (2005) att hälsa inte kan ses som holistisk utan snarare som ett fysiskt välbefinnande i kroppen. Balog (2005) betonar att hälsa är ett naturligt fenomen som tydligt har sina rötter i det fysiska och mäts samt bedöms av hur väl kroppen fungerar i kongruens med sin naturliga utformning. Även hur väl en individ uppnår de funktionella målen med att vara människa blir relevant.

## 4.2 Utveckling av begreppet health literacy

Health literacy är ett begrepp som har kommit att utveckla sitt innehåll vid ett flertal tillfällen. Första gången som begreppet presenterades var under en av WHO:s konferenser i Jakarta, Indonesien år 1998. Konferensen skulle leda till förbättring av det hälsofrämjande arbetet i världen. Vid konferensen kom det ut en ordförteckning, Health Promotion Glossary, som innehöll förklaringar till olika nyckelbegrepp inom det hälsofrämjande området där health literacy presenterades (Ringsberg, 2014). Då förklarades health literacy på följande sätt: "Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health" (Ringsberg, 2014 s. 24). Health literacy innefattade att individen skulle ha kognitiva och sociala färdigheter, vilket bestämmer motivation och möjlighet för hur individen får tillgång till, förstår och använda hälsoinformation på ett sätt som främjar och upprätthåller en god hälsa (Egen översättning). Sedan health literacy presenterades vid WHO:s konferens i Jakarta har begreppet fortsatt att utveckla innehåll. Definitionerna är beroende av forskarens utgångsläge. Ratzan och Parker introducerade år 2000 health literacy som ett snävare begrepp än WHO:s definition från 1998. De hävdade att begreppet skulle fokusera mer på individens kapacitet att inhämta, bearbeta och förstå

hälsoinformation samt att det krävs en förmåga av att kunna fatta lämpliga beslut om hälsa (Ringsberg, 2014).

Under 2006 gjordes en enkätundersökning (*The adult literacy and life skills survey*) i Australien där health literacy presenterades som ett begrepp som baserades på interaktion mellan förmåga och tillämpning. Begreppet ger konkreta exempel på hälsoområden där det behövs kunskap och färdigheter för att kunna förstå och omsätta information, exempelvis hur drog- och alkoholberoende påverkar hälsan, hur man utför första hjälpen vid en akutsituation samt vad man bör göra för att hålla sig frisk (Ringsberg, 2014).

Kickbusch och Maag (2008) förklarar health literacy utifrån en individuell förmåga att kunna fatta välgrundade hälsobeslut i vardagen, vilket innefattar hemmet, samhället, arbetsplats, inom hälso- och sjukvårdssystemet samt inom den politiska arenan. Det är en kritisk strategi av empowerment, det vill säga en strategi av egenmakt, som ökar människors kontroll över sin egen hälsa, sin förmåga att söka information samt deras förmåga att ta ansvar för sin hälsa (Kickbusch et al., 2008). Kickbusch et al. (2008) beskriver empowerment som en viktig del i health literacy. Empowerment fungerar nämligen inte bara som ett hälsofrämjande beteende utan också som en förmåga att kunna utföra val som handlar om hälsa hos en själv men också hos andra i ens närhet, som exempelvis familjemedlemmar. Empowerment omfattar även kunskap om när man exempelvis ska ta hjälp av sjukvården och hur man ska kunna navigera och ta till sig den information och råd som ges ut av vårdpersonal. Slutligen anser Kickbusch et al. (2008) att eftersom samhället förändras måste även health literacy förändras då det krävs nödvändig kunskap, som exempelvis läsförmåga för att kunna fungera i samhället. Health literacy är därmed ett dynamiskt begrepp eftersom det är ett kontinuerligt utbyte i den kontext som det verkar i.

År 2011 kom Paakari och Paakari med en definition av health literacy: "Health literacy comprises a broad range of knowledge and competencies that people seek to encompass, evaluate, construct and use" (Ringsberg, 2014 s. 61). Paakari et al. (citerad i Ringsberg, 2014) ansåg att det saknades en definition av health literacy som speglade resultaten i skolan. Paakari et al. ville förklara health literacy utifrån en lärandeaspekt bland elever, vilket skapar betydelse för deras förmåga av att kunna förbättra sin hälsa, samt hur lärande kan stödja utvecklingen av elevers health literacy (Ringsberg, 2014). Ytterligare en definition kom 2012 av Sörensen, Van den Brouche, Fullam, Doyle, Pelikan, Slonska och Brand (citerad i Ringsberg, 2014) som utvecklade health literacy som en slags begreppsmodell som kunde tillämpas i Europa. Sörensen et al. påpekar att tidigare definitioner av health literacy var alltför patient- och sjukvårdsfokuserade, vilket var hämmande för begreppet (Ringsberg, 2014). Sörensen et al. framlade därför en ny definition som identifierade kärnkomponenter av alla de tidigare definitionerna av health literacy. Därmed skapades en bredare definition som inte enbart fokuserar på en liten del av begreppets betydelse (Ringsberg, 2014).

Alla definitionerna som redovisats är bara ett urval av allt som har publicerats. Berkman, Davis och McCormack (2010) menar att alla definitioner av health literacy kan ses med hjälp utav olika glasögon. Dessa glasögon resulterar sedan i en annorlunda och nyanserad tolkning som i slutändan definierar vad man väljer att se som health literacys innehåll.



### **4.2.1 Olika perspektiv på health literacy**

Health literacy är ett väldigt komplext begrepp med många olika definitioner och innebörder. På grund av detta kan begreppet uttryckas både som ett mål, resultat, medel och resurs, det beror helt på vilken uppfattning som finns av hälsa. Ringsberg (2014) påpekar att ses hälsa som ett statistiskt tillstånd, utifrån en biomedicins utgångspunkt så finns det ett mål om att individen ska bli frisk, alltså att hen "har" health literacy. Detta synsätt har hängt med sedan definitionen presenterades. Ett annat synsätt som Ringsberg (2014) föreslår syftar till en hälsofrämjande kontext där man vill veta vilka faktorer som kan påverka en individs hälsa och hur dessa kan stärka individers health literacy. Ett synsätt är att se på hälsa utifrån ett holistiskt perspektiv där health literacy blir en process som utvecklas med hjälp av samspelet mellan individ och samhälle. Fokuserar man istället på avsaknad eller bristfällig health literacy kan det ses som en risk som individer behöver åtgärda, då blir målet istället att stärka health literacy. Har man ett synsätt där health literacy ses som en resurs för individer blir det en tillgång att kunna förstå, använda och uttrycka information om olika faktorer som kan påverka hälsan, vilket blir ett sätt att kunna vara med och påverka.

Ett annat synsätt hittas i Benyon (2014) som istället vill förklara health literacy utifrån ett hälso- och sjukvårdssynsätt och menar att det är den mest accepterade definitionen av health literacy. Detta på grund av att det handlar om individens motivation och förmåga att få tillgång till, förstå och använda sig utav hälsoinformation på ett sätt som främjar och upprätthåller en god hälsa. Ett förenklat synsätt är att individen har en förmåga som gör det möjligt för hen att ta till sig och använda olika information om hälsa. Health literacy blir då starkt beroende av att individen har goda språkkunskaper, ordförråd och läsförmåga som bidrar till att patienter vänjer sig och förstår det "läkarspråk" som används inom sjukvården och som skiljer sig från vardagliga icke medicinska samtal (Benyon, 2014).

Sammanfattningsvis finns det två synsätt på health literacy, en hälso- och sjukvårdskontext samt en hälsofrämjande kontext, som bidrar till olika perspektiv av begreppet. I en hälso- och sjukvårdskontext ses health literacy som en risk, medan det ur en hälsofrämjande kontexten snarare blir en tillgång (Nutbeam, 2008).

I denna litteraturstudie kommer health literacy att förklaras utifrån en hälsofrämjande kontext eftersom hälsa ses som en tillgång och är det synsätt som fokuserar på att uppnå en god hälsa. Genom en positiv hälsosyn öppnar man möjligheten för fortsatt arbete kring hälsa vilket går att applicera i skolans verklighet.

### **4.2.2 Hälsostrategier**

Enligt WHO är hälsa en grundläggande mänsklig rättighet, men det innebär inte att alla har rätt till en fullskalig god hälsa då detta vore en omöjlig uppgift att uppfylla (Ringsberg, 2014). WHO betonar att det inte går att garantera att alla människor uppnår en god hälsa under sin livstid, men framhäver att alla har rätt till att få de förutsättningar som krävs för att man ska kunna uppnå en så bra hälsa som möjligt. För att uppnå en god hälsa behövs olika handlingsplaner där åtgärder som bidrar till att främja individens health literacy beskrivs.

Dessa handlingsplaner krävs för att individen ska förbättra sin hälsopotential (Ringsberg, 2014).

En strategi handlar om att möjliggöra för individen att få tillgång till hälsoinformation som de får nytta av. Detta syftar till att förbättra individens möjlighet till att kunna göra bra livsval gällande sin hälsa. En annan strategi handlar om att skapa möjligheter för individer att få ett livslångt lärande och förberedelse inför livets olika skeden, som att exempelvis kunna hantera kronisk sjukdom och skador. Avslutningsvis är det viktigt att beakta en jämställdhets aspekt. Både män och kvinnor ska få samma möjlighet att kunna ta kontroll över sin egen hälsa. Detta är en aspekt som inte bara ska stödjas i skolor utan också i hemmet, på arbetsplatser samt i samhället (Ringsberg, 2014).

### **4.2.3 Health literacys betydelse för individer**

Mårtensson och Hensing (2009) har gjort en svensk översättning av begreppet health literacy som de har valt att kalla för hälsolitterat. Att vara hälsolitterat kan vara till personlig och social nytta för individens hälsa. Detta beror på att forskning visar att om det finns brister i individens hälsolitteracitet kan det ge negativa konsekvenser på flera plan, både på ett individuellt och nationellt. Anledningar till detta kan vara att individen har tagit del av felaktig information eller har okunskap gällande hälsoinformation vilket påverkar individen negativt. Detta kan också skapa starka känslor av utanförskap hos individer med bristande hälsolitteracitet (Mårtensson & Hensing, 2009).

### **4.2.4 Formellt lärande**

Det finns både formellt och informellt lärande (se Gärdenfors, 2010). Ett formellt lärande innebär att man har ett planerat och målinriktat lärande, vilket oftast sker i skolan. Det informella lärandet är det som elever till största del lär sig utanför skolan och som oftast sker utan ansträngning. Den här typen av inlärning sker oftast omedvetet och uppmärksammas därmed inte förrän i efterhand. Skolan har ansvaret för att lära ut formellt lärande under uppväxten, dock förekommer även informellt lärande i den sociala interaktionen mellan eleverna samt under rasterna. Kunskaper om att skriva, läsa och räkna är exempel på formellt lärande som sker i skolan och som individen måste repetera flera gånger för att bli bra på. Det är inget som man utvecklar själv, utan det är något som man behöver få handledning igenom och på så sätt spelar undervisningen en stor roll för lärande.

Lärande är på många sett komplext då det knyter an förmågor till minnesprocesser samt kroppsliga verksamheter. Som individ lär man sig exempelvis att gå, tala och ta till sig nya begrepp som behövs för att kunna hantera och lösa problem i vardagen, men man lär sig även att skilja på olika saker etcetera. Det är skillnad mellan att ha information och att ha kunskap. Att ha kunskap innebär att man har tolkat, värderat och satt in informationen i ett sammanhang och på så vis måste den som lär sig vara aktiv. Individen är kort sagt den som konstruerar kunskapen. Skolans uppgift är därmed att skapa förutsättningar för individen att ta till sig kunskap och att sätta in kunskapen i ett sammanhang för att kunna se det större mönstret (Gärdenfors, 2010).

Både informellt och formellt lärande är viktigt för lärande. Det informella sker i vardagslivet, medan det formella sker i skolan och genom att kombinera dessa två arenor blir målet att tillägna sig ny kunskap, både i vardagen och i skolan. För att bäst gynna lärande bör barnet under uppväxten få en rik men inte överstimulerande miljö, dock är det även viktigt att barnet får möjlighet till en normal emotionell och social utveckling (Gärdenfors, 2010).

#### **4.2.5 Skolans arbete och ansvar för hälsa**

Som tidigare nämns har skolan ett generellt ansvar om hälsoundervisning vilket innebär att skolan ska ansvara för att varje elev, efter genomgången grundskola, skall ha fått kunskaper om och förståelse för den egna livsstilens betydelse för hälsa, miljö och samhället (Skolverket, 2011).

Ett livslångt lärande är viktigt när det kommer till health literacy. I nyligen genomförda studier av health literacy bland äldre vuxna fann man att livslångt lärande, både formellt och informellt är en av de starkaste faktorerna för health literacy. Det beror på att det underlättar för individens utveckling och upprätthållande av health literacy och kan därmed bidra till att uppmuntra människor till ett livslångt lärande, antingen genom att delta i strukturerat lärande eller genom olika vardagliga aktiviteter (WHO, 2013).

För att kunna ta till sig hälsoinformation är det enligt WHO (2013) kritiskt att ha omfattande såväl som ömsesidiga inlärningsmöjligheter. De menar att allt fler studier visar på att människor lär sig health literacy (hälsokunskap) i de sociala och kulturella sammanhang där de bor. På grund av detta krävs det att man har ett brett utbud av möjligheter för lärande, där några av dessa möjligheter är inom viktiga samhällsinstitutioner såsom skolsystemet eller hälso- och sjukvårdssystemet. Men i och med att mestadels av den grundläggande livskunskapen lärs in utanför dessa institutioner är det viktigt att förbättringar av hälsan till stor del görs av individen. Andra sammanhang som familj, vänner, kamrater och media är viktiga för lärande. Detta innebär att långtgående möjligheter till lärande i health literacy bör erbjudas i olika personliga och sociala inlärningssammanhang. WHO (2013) hävdar att eftersom social inlärning och engagemang kräver positiv feedback bör alla försök att främja health literacy tillhandahålla sådan positiv feedback som främjar glädjande upplevelser av att kunna åstadkomma förändring i ens egna hälsotillstånd och dess bestämningsfaktorer.

Avslutningsvis, några av skälen till varför människor väljer att inte delta i lärande är exempelvis brist på motivation relaterat till uppfattningar om att lärande inte är relevant för dem, bristande intresse eller självförtroende och tidigare negativa erfarenheter. Andra vanliga hinder är att det kostar för mycket pengar eller att man har tidsbrist samt att man inte har goda språkkunskaper, detta gäller framförallt de som har ett annat modersmål (WHO, 2013).

##### **4.2.5.1 Hem- och konsumentkunskap och hälsa**

I kursplanen för hem- och konsumentkunskap benämns hälsa som en del i undervisningen. Hem- och konsumentkunskap ska ge kunskaper om konsumentfrågor och hemmet, vilket är viktiga verktyg för att människor ska kunna skapa en fungerande vardag, samt göra medvetna val som konsument med hänsyn till hälsa, ekonomi och miljö (Skolverket, 2011). Syftet med

detta är att eleverna genom undervisning ska få möjlighet att utveckla medvetenhet om vilka konsekvenser valen i hushållet får för hälsa, välbefinnande och gemensamma resurser (Skolverket, 2011). Hälsa nämns också i kursplanen för idrott och hälsa, som förklarar att syftet med hälsoundervisning är att eleverna ska utveckla kunskaper om vad som påverkar den fysiska förmågan och hur man kan påverka sin hälsa genom hela livet. Eleverna ska också få förutsättningar till att kunna utveckla goda levnadsvanor samt få kunskaper om hur fysisk aktivitet förhåller sig till psykiskt och fysiskt välbefinnande (Skolverket, 2011).

Idag är hem- och konsumentkunskap skolans minsta ämne med enbart 118 timmar under 9 skolår (Skolverket, 2014). Trots de få timmarna har hem- och konsumentkunskap på 118 timmar samt idrott och hälsa på 500 timmar, det största ansvaret för att undervisa eleverna om hälsa då de är de enda ämnena vars kursplan har hälsa som centralt innehåll. Rosén (2004) skrev rapporten "*Mat och hälsa i undervisningen, skolan och lärarutbildningen*" där hon konstaterade att undervisningen om hälsa endast sker i ämnena hem- och konsumentkunskap samt idrott och hälsa. I ämnet hem- och konsumentkunskap ingår hälsa som en speciell del inom undervisningen, dock utgör hem- och konsumentkunskap endast 0,75 % av den totala undervisningstiden i grundskolan och har därmed inte särskilt stort utrymme. Förslaget som Rosén (2004) kom med är att hem- och konsumentkunskap bör få fler undervisningstimmar i skolan för att ämnet ska kunna bedriva en så bra undervisning om hälsa som möjligt. Hon föreslår en ökning från 0,75 % till 3 % för att man ska kunna uppnå de lärandemål som ämnet har. Dessutom vill Rosén (2004) förstärka hälsoundervisningen för elever i grundskolan och på gymnasiet.

Enligt den Nationella utvärderingen av grundskolan som gjordes 2003 av Skolverket har hem- och konsumentkunskap en stark ställning hos elever som säger att de kommer ha nytta av ämnet i framtiden (Cullbrand & Petersson, 2005). Utvärderingen visade också att fyra av tio elever har handlingskompetens för att kunna göra medvetna val och agera utifrån ett hälsoperspektiv. Att det är så få elever som anser sig ha handlingskompetens är problematiskt då ungdomars hälsa är ett återkommande ämne inom flertal debatter. Utveckling och forskning om hälsofrämjande skolor och hem- och konsumentkunskapens roll inom det hälsofrämjande arbetet måste därmed tydliggöras för att en förändring ska kunna ske (Cullbrand & Petersson, 2005).

Idag finns det flera hälsofrämjande skolor som fokuserar på fysisk aktivitet, men som tyvärr har för lite eller inget fokus alls på matvanor, både i realiteten och i policydokument. Detta är en nackdel då även matvanor är en avgörande faktor för hälsa. Myndigheten för skolutveckling (2003) nämner idrott och hälsa som en arena i hälsoarbetet, dock nämner de inte hem- och konsumentkunskap. Cullbrand och Petersson (2005) påpekar att det i samverkan med andra aktörer finns en stor potential för hem- och konsumentkunskap att utveckla hälsoarbetet, men att det behövs en tydlig pedagogisk idé som genomsyrar skolans hälsoarbete samt att man utvecklar arbetsformer som främjar lärande om hälsa ur ett brett perspektiv (Cullbrand & Petersson, 2005). Även WHO (2013) framhäver de pedagogiska insatsernas centrala roll för att främja och stärka hälsokunskaper. WHO lyfter fram att hälsa är avgörande för utbildning och att det är viktigt för individers hälsa. De menar att friskare studenter, familjer och samhällen har högre nivåer av akademisk prestation samt är mer

produktiva under senare år (WHO, 2013). Förmågan till health literacy är en livslång process där ingen kan vara färdiglärdd till 100 procent då alla någon gång behöver hjälp att förstå eller agerar utifrån den hälsoinformation som ges ut. Även högutbildade individer kan finna hälso- och sjukvårdssystem komplicerade att förstå, särskilt när det handlar om ett hälsotillstånd som gör dem sårbara (WHO, 2013).

## 5 Metod

Metoden för detta examensarbete var att göra en systematisk litteraturstudie. Syftet med litteraturstudien var att ge en omfattande översikt av hur ungdomar mellan 12-18 år utvecklar health literacy genom formellt lärande i skolan. Frågeställningarna i litteraturstudien skulle ta reda på hur health literacy kan bli meningsfullt för att förbättra elevers hälsa och hur arbetet inom skolan främjas av health literacy samt om ungdomar mellan 12-18 år påverkas av skolans arbete med health literacy.

### 5.1 Datainsamling

De databaser som användes var ProQuest social sciences och Summon. Proquest social sciences fokuserar på samhällsvetenskap som exempelvis media, information, kommunikation, statsvetenskap och pedagogik, medan Summon är en söktjänst som innehåller en större mängd material från alla forskningsgrenar. Databaserna genererade en mängd användbart material och totalt sett presenterades 12 studier i resultatet. I referenslistan har dessa studier markerats med en asterisk (\*). I enlighet med Wright, Brand, Dunn och Spindler (2007) användes flera databaser för att öka möjligheten att täcka in fler områden som blir relevanta för undersökningen. Bryman (2011) hävdar att digitala databaser är en mycket viktig källa när det gäller tidskriftsartiklar, men bara om det tydligt framgår vad materialets källa är. Därför var det viktigt att redan från start identifiera ett antal nyckelbegrepp som bidrar till att avgränsa det valda forskningsområdet men som också gjorde att man kunde söka igenom digitala databaser efter relevant fakta och material (Bryman, 2011).

Litteraturstudiens inklusionskriterier var att studierna skulle vara:

- refereegranskade för att säkerställa att texten var granskad och vetenskaplig
- inte vara böcker eller kapitel i en bok
- skrivna på engelska
- inte vara äldre än 16 år för att försöka få en större mängd insamling av relevanta artiklar.
- ha koppling till skolan eller skolverksamhet
- fokus på ungdomar mellan 12-18 år

Exklusionskriterierna var:

- annat språk än engelska exkluderades.
- dubletter
- studier relaterade till hälso- och sjukvård valdes bort
- fokus på äldre eller yngre än 12-18 år

Många av studierna som redovisades i artiklarna fokuserade på hälso- och sjukvård för patienter. Detta tillhörde exklusionskriterierna och valdes därför bort. Det var även många studier som enbart förklarade health literacy som begrepp och som därmed inte drog några slutsatser om skolan. Ingen av studierna drog kopplingen mellan health literacy och hem- och konsumentkunskap, då det inte fanns någon tidigare forskning om det. Bearbetningen av materialet har varit en noggrann process. Bryman (2011) förklarar att en litteratursökning och bearbetning ska ske på ett noggrant sätt för att säkerställa att materialet är relevant för undersökningen.

Litteraturstudien började med att utveckla ett syfte och frågeställning, därför genomfördes flera testsökningar på olika databaser för att få fram ett forskningsproblem och relevant data. Testsökningarna bidrog till att syfte och frågeställning kunde formuleras. När detta var gjort kunde litteraturstudiens huvudsökning genomföras. Totalt sett krävde litteraturstudien två huvudsökningar som baserades på olika teman för att lättare få fram data. Det första temat (se tabell 1 i bilaga A) fokuserar på förståelsen av begreppet health literacy, därför användes sökord som skulle fånga in artiklar som tog upp detta ämne. Sökorden i den första huvudsökningen (se tabell 1 i bilaga A) var "health literacy", "health literacies", "attitudes" och "knowledge". Dessa sökord resulterade i en mängd artiklar eftersom den var relativt övergripande. Söknings- och gallringsschemat går att se i tabell 3 (se bilaga B). Denna huvudsökning fick ett resultat på totalt 107 sökträffar. Efter att ha tagit ställning till inklusionskriterierna föll 12 artiklar bort och med exklusionskriterierna försvann ytterligare 45 artiklar varav 3 var relevant för litteraturstudien.

Det andra temat (se tabell 2 i bilaga A) fokuserar istället på skolan och ungdomars förhållningssätt till hälsa. De sökord som användes i den andra huvudsökningen (se tabell 2 i bilaga A) var "health literacy in schools", "health education", "health curriculum", "students" och "learning outcome". Sökorden bidrog till en relativt stor sökning som bidrog till en större mängd studier som kunde bearbetas i litteraturstudien. Söknings- och gallringsschemat går att se i tabell 4 (bilaga B). Denna artikelsökning fick ett stort resultat eftersom de var relativt övergripande sökord. Totalt sett blev det 18.722 sökträffar, men efter att ha lagt in inklusionskriterierna föll 250 sökträffar bort och i och med exklusionskriterierna försvann det 18.272 sökträffar. Därefter fanns det bara 200 artiklar kvar varav 8 var relevanta för litteraturstudien.

Huvudsökningarna delades upp eftersom det inte fanns någon tidigare forskning om både health literacy och hem- och konsumentkunskap i en och samma studie. Detta skapade svårigheter i att få fram relevant forskningsmaterial. Därmed blev det lättare att dela upp källorna i olika teman för att kunna få fram ett resultat.

Vid kvalitetsgranskningen räknades artiklarnas relevans fram med hjälp av poängsystemet som ingick i "Checklista för att mäta studiens kvalitet för artikeln" (se bilaga C). För att skapa en överblick av artiklarna räknades det ut vad artiklarna hade för procentandel, vilket baserades på de poäng som de fått genom checklistan (se bilaga C). Den artikel som hade lägst relevans för litteraturstudien fick procentandel 30 procent och den högsta fick hela 93 procent i procentandel. Däremellan fanns det studier som hamnade på alltifrån 46-90 procent. En gräns mellan hög och låg relevans drogs vid 50 procent och eftersom majoriteten av

artiklarna hade en hög relevans, alltså över 50 procent går det att konstatera att de studier som används i litteraturstudien hade hög relevans.

## 5.2 Databearbetning

En första överblick av artiklarna har skapats med hjälp av att strukturera upp tabellerna efter deras metodval. Totalt sett blev det tre tabeller med olika teman; kvalitativ (se bilaga D), kvantitativ (se bilaga E) och en tabell med olika val av metod eller där metoden var okänd (se bilaga F). Enligt Bryman (2011) är skillnaden mellan kvantitativa och kvalitativa undersökningar att de båda använder sig av olika forskningsstrategier och att deras inriktningar kan skilja sig åt när det gäller vilken roll som deras teori kommer att spela, samt vilken kunskapssyn de rymmer och vilka ontologiska ståndpunkter som ingår. Exempelvis hävdar Bryman (2011) att kvantitativa forskare mäter olika företeelser som behöver en stor mängd data, medan kvalitativa forskare försöker få fram ett resultat som baseras på en mindre datamängd.

Tabell 5 (se bilaga D) visar studier som använder kvalitativa metoder i sina undersökningar. Många utav de studier som använde sig av kvalitativ metod gjorde intervjuer i sina undersökningar, antingen semi-strukturerade eller strukturerade intervjuer. I semi-strukturerade intervjuer kunde följdfrågor ställas och därmed fick man ett utvecklat svar på informanternas praktiska samt teoretiska kunskap och erfarenheter. De kvalitativa intervjuerna hade färre informanter men mer djupgående frågor där intervjupersonernas egna tankar och erfarenheter låg i fokus.

Tabell 6 (se bilaga E) innehåller studier med en kvantitativ metod. Studierna utförde olika typer av enkätundersökningar för att få fram data och material som de kunde använda sig av i sin undersökning. Enkätundersökningarna var både digitala anonyma enkäter till enkäter som genomfördes i skolan med elevernas namn ifyllda. Urvalet av de studier som framkom gjordes relativt tydligt, även de informanter eller data som hade inkluderats eller exkluderats från studien. De var också olika omfång på enkätundersökningarna, allt ifrån bara några hundra deltagare till flera tusen där informanterna både var barn och deras föräldrar. Tidsperioden som undersökningen var igång varierade också väldigt mycket, en studie höll bara på några veckor medan en annan höll på i flera år och där många forskare var inkluderade. Enligt Bryman (2011) är det vanligt att fallstudier har ett longitudinellt inslag. Ett longitudinellt inslag innebär att forskaren deltar i eller genomför intervjuer med människor under en längre tidsperiod eller att man genomför retrospektiva intervjuer där man ber de intervjuade att återknyta till en tidpunkt långt innan frågetillfället. Ett longitudinellt inslag kan även användas om man återvänder till ett tidigare studerat fall.

Tabell 7 (se bilaga F) användes för att sammanställa de studier som hade en annan typ av metod än kvalitativ och kvantitativ. En av studierna var till exempel en interventionsstudie som genomförde en insats för att öka den psykiska hälsan bland ungdomar, medan en annan studie använde triangulering som metod. Enligt Bryman (2011) är triangulering när forskaren kombinerar kvalitativ och kvantitativ forskning med varandra för att triangulera resultatet, det vill säga för att öka deras validitet.

## 6 Resultat

Resultaten av litteraturstudien har visat att skolan är en viktig plats för att lära ut och utveckla health literacy bland ungdomar, då det är där som de får sina kunskaper. Det är genom undervisning som health literacy skapas och ju tidigare man börjar undervisa om health literacy desto troligare är det att elever utvecklar ett gott hälsobeteende. I resultatet redovisas flera strategier som skolor kan använda sig av för att utveckla health literacy i undervisningen, det handlar egentligen om att anpassa undervisningen för individer. Litteraturstudien resultat visade också att health literacy inte är något statisk utan det förändras och måste därmed underhållas hela tiden, det är ett livslångt lärande som individen måste ha.

### 6.1 Hur framhävs arbetet med health literacy inom skolan?

Skolan är kanske den enda plats där ungdomar kommer i kontakt med utbildning som exempelvis att lära sig läsa, räkna och skriva. Begoray, Wharf-Higgins och MacDonald (2009) hävdar att det är genom individers läsförmåga som de kan förstå information om hälsa, lösa olika hälsoproblem samt att de kan fatta avgörande beslut om sin hälsa. Enligt Mcluckie, Wei och Weaver (2014) ska health literacy läras ut redan i tidig skolålder för att eleverna ska kunna utveckla en stark form av health literacy. Skolan är därför viktig eftersom det är en plattform för skapandet av grundläggande kunskap om health literacy (Kilgour, Matthews, Christian & Shire, 2015).

För att skolor ska bli mer hälsofrämjande föreslår St Leger (2010) att skolor kan använda sig utav ett koncept som han kallar för "health promotion schools" eller "HPS". Ett HPS-koncept innebär att man arbetar efter fyra olika kategorier när man planerar undervisning; dessa är färdigheter för ett livslångt lärande, kompetenser och beteenden, kognitiv kunskap och färdigheter samt självkänedom. Dessa fyra kategorier pekar på olika innehåll som måste framgå i undervisningen för att eleverna ska utveckla health literacy. Ett HPS-koncept innebär också att skolan arbetar aktivt med att elever och undervisning ska bli positiva till hälsa genom olika typer av lektionsinnehåll. Framförallt ska lektionerna utveckla förmågor och färdigheter hos eleverna som påverkar deras hälsobeteende i en positiv riktning. Det är också viktigt att skolan lär ut förmågan att vara kritisk till information. Renwick (2014) förklarar att en kritisk form av health literacy som bidrar till att eleverna lär sig är att få träna på att vara kritisk till olika texter som finns om hälsa. Detta kräver dock att lärarna skapar en positiv och kreativ inlärningsmiljö i klassrummet (Renwick, 2014).

Paakari och Paakari (2011) förtydligar att det finns fem viktiga komponenter i health literacy som är betydelsefulla för lärande inom skolverksamheten. Dessa fem komponenter är: teoretisk kunskap, praktisk kunskap, kritiskt tänkande, självkänedom och medborgarskap. Teoretisk kunskap innefattar att individen har en uppfattning om hälsa som beskrivs som abstrakt då den bygger på principer, teorier och konceptuella metoder av olika definitioner av hälsa, medan praktisk kunskap handlar om individens grundläggande färdigheter och förmågor som är kopplade till hälsa. Den tredje komponenten i Paakari et al. (2011) beskrivning av health literacys centrala komponenter i undervisningen är kritiskt tänkande



som fokuserar på individens nyfikenhet och viljan att undersöka information på ett korrekt och vetenskapligt sätt. Självkänedom handlar om att individen blir medveten om sina starka och svaga sidor samt att individen blir medveten om hur kropp och sinne signalerar och reagerar. Den femte och sista komponenten är något som Paakari et al. (2011) kallar för medborgarskap. Medborgarskap är en förmåga hos individen som kan agera på ett etiskt och ansvarsfullt sätt samt att hen kan ta ett socialt ansvar gällande hälsa.

För elever som deltar i hälsoundervisning är det relevant att inlärningsmiljön är kreativ och rolig. Detta kan skapas genom ett ämnesövergripande samarbete. Skulle exempelvis hem- och konsumentkunskap samarbeta med idrott och hälsa kan detta bidra till att eleverna skapar ett starkt intresse för hälsa och att ämnena får ökad status. En ämnesintegrering kan också bidra till att eleverna får en djupare förståelse för hälsa eftersom man integrerar flera kursplaner med olika innehåll och fokus.

En intressant punkt är att skolor kan vara den enda plats som utbildar eleverna om hälsa och därmed kan vara avgörande för samhällets framtida hälsostatus (Begoray et al., 2009). Skolans uppgift är att er hålla elever med den läsförmåga som behövs för att kunna förstå hälsoinformation, lösa olika problem relaterade till hälsa samt att ha förmågan att kunna fatta avgörande hälsobeslut. Kilgour et al. (2015) påpekar att hälsokunskap är en process som konstant utvecklas samtidigt som det är som vilken annan kompetens som helst. I och med att kunskap inte är statiskt krävs det att man underhåller kunskapen för att bibehålla den då kunskapen annars försvinner successivt. Att skapa och upprätthålla en bra kunskapsnivå blir därmed skolans uppgift. Vad som ses som kunskap är dock lite olika, men Schmidt, Fahland, Franze, Splieth, Thyrian, Plachta-Danielzik, Hoffmann och Kohlmann (2010) hävdar att kunskap är att barn har en läskunnighet då det är där som hälsobeteendet börjar.

## 6.2 Hur kan health literacy bli meningsfullt för att förbättra elevers hälsa?

Det finns flera skäl till varför elever måste förstå och stärka health literacy. Enligt Ghaddar, Valerio, Garcia och Hansen (2012) måste eleverna bli medvetna om att beteenden, vanor och kunskaper kring hälsa konstant ändras och därmed är det viktigt med kunskaper om health literacy som stödjer en hälsosammare livsstil. Det är även viktigt att eleverna är källkritiska vid val av hälsoinformation då det finns många källor att förhålla sig till, vissa mer pålitliga än andra. I och med att ungdomar under 2000-talet allt mer förlitar sig på teknologin i vardagslivet, är det viktigt att man förstår hur hälso- och informationssökande på nätet går till och att man ställer sig kritisk till den information som finns. Ghaddar et al. (2012) menar att genom att bygga på en redan känd tillgång, det vill säga färdigheter inom teknologi och Internet, kan insatser som främjar health literacy utvecklas. Genom att ge elever en trovärdig informationskälla om hälsa, kan man övervinna eller minimera många av de utmaningar som ungdomar upplever när de söker information på nätet.

Det finns inte enbart en förståelse av health literacy utan St Leger (2001) framhäver att det finns tre förståelser eller nivåer, dessa är funktionell, interaktiv och kritisk förståelse. Funktionell förståelse handlar om att eleverna ska utveckla en grundläggande kunskap och

förståelse av hälsa som gör att de kan kommunicera. Interaktiv förståelse handlar om att eleverna ska utveckla personliga förmågor och kritisk health literacy innebär att eleverna ska stärka sin empowerment kring sin hälsa.

### 6.3 Påverkas ungdomar mellan 12-18 år av skolans arbete med health literacy?

Flecha, Garcia och Rudd (2011) förklarar att om man som vuxen har en begränsad allmänkunskap och en låg läsförmåga leder det till en sämre hälsa jämfört med individer som har en hög allmänkunskap och läsförmåga. Har man en låg allmänkunskap och läsförmåga klarar man sig troligen även sämre ifall man blir sjuk då man har mindre kunskaper om hur man söker hjälp inom sjukvården. De individer som är mest benägna att utsättas för detta är de grupper som tillhör en lägre klass, exempelvis invandrargrupper, minoritetsgrupper eller grupper som är uteslutna ur samhället eftersom de ofta saknar tillgång till resurser som ökar personlig utveckling, karriärmöjligheter, medborgerliga rättigheter samt hälsa och välbefinnande. Renwick (2014) hävdar därmed att hälsa hör ihop med rikedom, medan ohälsa hör ihop med fattigdom. Health literacy kan därför skapa social gemenskap i samhället. Flecha et al. (2011) menar att en förbättring av människors health literacy även kan fungera som en strategi för att bekämpa utestängning i samhället, såsom exempelvis fattigdom.

Men det finns också negativa aspekter med hälsoundervisning. Begoray et al. (2009) framhäver att elever ofta har negativa erfarenheter av hälsoundervisningen i skolan då de anser att den ofta är för passiv och rutinbaserad. Aira, Välimaa, Paakkari, Villberg och Kannas (2014) hävdar att skolans hälsoundervisning absolut kan vara positiv. Det förutsätter dock att skolan har ett stort engagemang om hälsa och hälsoundervisning då det leder till positiva attityder som leder till att även eleverna får en positivare inställning till hälsa och hälsoundervisning. Paakkari et al. (2011) förklarar att lärare bör ha en uppfattning om vilken sorts lärande de strävar efter att eleverna ska uppnå och vilken typ av inlärningsförhållande som de vill skapa för att uppnå detta. Detta är en av grunderna för att utveckla health literacy bland elever.

Barndomen och tonåren är avgörande för hur individens hälsa blir under resten av livet, därför blir det viktigt att skolan sprider hälsokunskap som eleverna förstår och kan använda sig av (Kilgour et al., 2015). Om barnet inte lyckas med detta kan risken bli att de inte utvecklar ett hälsofrämjande beteende vilket i sin tur kommer ha en negativ inverkan på barnet när hen blir vuxen (Lee, 2009). Detta beror på att om man inte har den grundläggande kunskapen om health literacy och dess betydelse för hälsan, kommer man inte heller kunna göra de förändringar som krävs för att uppnå en bättre hälsa. Att ha undervisning om hälsa i skolan leder därmed till att förbättra elevernas hälsa och health literacy, vilket kan inverka på elevernas hälsobeteende och levnadsvanor. Begoray et al. (2009) beskriver att om barn slutar att delta i fysisk aktivitet ökar risken för att de blir stillasittande, vilket i längden kan leda till fetma och allmän ohälsa. På grund av detta är det extra viktigt att man redan i tidig ålder ger eleverna "rätt" förutsättningar för att uppnå en god hälsa.

En annan viktig utmaning är att lärare måste bli medvetna om att alla elever inte har samma inlärningsmöjligheter. Det finns flera olika dimensioner av inläring och som är unik hos varje elev (Paakari & Paakari, 2011). Lärare måste på så vis vara beredda på att kunna anpassa den information om hälsa som ges ut till elever eftersom det annars finns risk för att informationen inte tas upp hos eleverna. Viktiga faktorer som kan spela roll är exempelvis elevernas ålder när de deltar vid hälsoundervisning. Det är också relevant att notera vilken årskurs som eleverna går i, detta spelar roll för hur man kan agera hälsofrämjande. I grundskolan bör fokus ligga på individen, medan i gymnasiet kan man börja fokusera på ett bredare perspektiv och gå in på etiska överväganden gällande hälsa. I skolan bör de viktigaste målen för hälsoundervisning vara att främja elevers förmåga att definiera sin egen uppfattning, identitet och sociala relationer. För att utveckla detta krävs det dock att eleverna känner ett ansvar att agera på ett etiskt och ansvarsfullt sätt när det kommer till hälsa. På grund av detta måste dessa förmågor läras ut i skolan (Paakari & Paakari, 2011).

Sammanfattningsvis finns det inte enbart ett sätt att förbättra hälsan hos barn på, utan det kräver anpassning till varje enskild situation. Att inrikta sig på en specifik del av health literacy kan därmed begränsa effekterna på andra hälsoutfall snarare än att främja dem. Hälsorelaterade insatser bör därför göra mer än att bara ge fakta, istället bör insatserna uppmuntra positiva attityder och en social omgivning där man främjar både hälsokommunikation och hälsobeteenden (Schmidt et al., 2010).

## **7 Diskussion**

### **7.1 Metoddiskussion**

Litteraturstudien har både svagheter och styrkor. I och med att det sedan tidigare inte har forskats om health literacys betydelse för ungdomars hälsobeteende finns det en stor kunskapslucka kring detta ämne. Detta gör att forskning inom detta område blir ännu mer relevant för att fylla denna kunskapslucka.

En styrka med litteraturstudien är att den har fokuserat på att koppla begreppet health literacy till skolan. Att koppla health literacy till skolan kan bidra till att undervisningen om hälsa förbättras då den riktas direkt till eleverna.

En svaghet är att det inte finns någon tidigare forskning som fokuserar på health literacy och hem- och konsumentkunskap. Därmed saknas en avgörande koppling som litteraturstudien kunde ha använt sig av. Det hade behövts fler studier som tar upp betydelsen av health literacy i skolan och speciellt inom hem- och konsumentkunskap, då detta hade bidragit till en bättre förståelse av litteraturstudiens valda frågeställning. Språket är en annan svaghet med litteraturstudien då alla artiklarna var på engelska. Fördelen med att använda artiklar på engelska är att man får en överblick av vad det finns för tidigare material som är större i antalet än om man hade sökt på artiklar som var skrivna på svenska. Nackdelen är dock att en del av betydelsen kan gå förlorad eller misstolkas då individer tolkar och översätter texter olika. Studier på engelska är oftast genomförda i engelsktalande länder, såsom England och

USA där de har andra förutsättningar, läroplaner och dylikt jämfört med Sverige. Detta är en nackdel då skillnaderna mellan länderna kan vara av relevans för resultatet.

Sökorden som användes i litteraturstudien har varit relativt generella vilket har genererat i en stor mängd data. En nackdel med sökorden kan vara att de var för generella vilket kan ha påverkat datainsamlingen negativt då relevanta artiklar kan gått förlorade. Ett krav var att använda sig av inklusions- och exklusionskriterier, vilket har bidragit med relevant data till litteraturstudien. I litteraturstudien ingår både kvalitativa och kvantitativa studier, men även studier med en annan metod, vilket har skapat variation. Vid sökningen användes inklusionskriteriet att studierna inte skulle vara äldre än sexton år gamla vilket kan ha påverkat resultatet då äldre forskning kanske skulle tillfört något till litteraturstudien. Nackdelen med äldre forskning är dock att de ofta utgår ifrån äldre läroplaner vilket inte är relevant för litteraturstudien. Att exkludera äldre forskning var därför ett medvetet val som förmodligen resulterade i fler fördelar än nackdelar. Att förhålla sig vetenskapligt och objektivt som forskare kan vara svårt och problematiskt. Vid granskningen av den vetenskapliga kvaliteten i de inkluderade studierna förhöll sig författarna objektivt och lade inte in egna värderingar. Enligt Bryman (2011) ska forskare som inte förhåller sig objektiva till sin forskning, utan lägger in personliga åsikter och förutfattade meningar, klassas som ogiltig och ovetenskaplig eftersom den styrts av subjektiva faktorer.

I litteraturstudien har fyra studier varit utav kvantitativ metod. Enligt Bryman (2011) är kvantitativ forskningsmetod en metod som fokuserar på kvantifiering när man hämtar in data och gör en analysering av materialet. Kvantitativ metod skapar ett deduktivt synsätt på förhållandet mellan teori och praktiskt forskning, där fokus hamnar på själva prövningen av olika teorier. I litteraturstudien ingår tre studier med kvalitativ metod. Enligt Bryman (2011) är kvalitativ forskningsmetod en strategi där forskaren lägger stor vikt vid ord och begrepp, och inte kvantifiering när man samlar in data för analysering. Kvalitativ metod betonar ett induktivt synsätt mellan teori och forskning där tyngden läggs på skapandet av nya teorier. Litteraturstudien har även fem studier där en annan metod än kvantitativ eller kvalitativ metod har använts. De andra metoderna har varit en triangulering, en interventionsinsats, en metodartikel och två artiklar där metoden var okänd. Dessa två artiklar där syfte eller metod inte klargjordes kan ha bidragit till försämrade trovärdighet av litteraturstudien, trots att artiklarnas innehåll var relevant för litteraturstudiens syfte och frågeställning.

## 7.2 Resultatdiskussion

I dag blir det allt vanligare med övervikt och fetma bland barn och ungdomar (Begoray, 2009). Att ha förkunskaperna kring vad som utgör en god hälsa och hur man uppnår det är viktigt för att uppnå en sund livsstil. Genom att väva in kunskaper om goda matvanor och fysisk aktivitet i skolan kan detta bidra till att stimulera elever till att förbättra sina levnadsvanor och rutiner till att bli mer hälsofrämjande. Skolan är därmed en av de arenorna med störst möjlighet att nå ut till barn och ungdomar oavsett bakgrund.

Hos lärare finns det ett ansvar att förmedla denna kunskap till eleverna, fråga är dock hur stort ansvar man som lärare har för att få elever att bli hälsosamma? Vem bär egentligen det största

ansvaret, är det skolan som ska stå för majoriteten av kunskapen, föräldrarna eller är det eleven? Oavsett vem som bär ansvaret, är ett aktivt arbete med att skapa goda hälsofrämjande levnadsvanor viktigt.

### 7.2.1 Förståelsen av health literacy

Health literacy är förmågan att förstå och utvärdera information om hälsa på ett sätt som gör att individer kan ta kontroll över sin egen hälsa (Begoray et al., 2009). De menar vidare att hälsoundervisning i skolan bör ha som mål att eleverna ska uppnå health literacy vilket blir ett nödvändigt steg på vägen till hälsosamma levnadsvanor. Elever måste förstå och främja health literacy av flera skäl. För det första måste eleverna bli medvetna om att beteende och vanor kring hälsa inte är bestående kunskaper utan ändras hela tiden, därför blir det viktigt med kunskaper om health literacy som stödjer en hälsosammare livsstil. För det andra måste elever vara källkritiska till den hälsoinformation som finns, eftersom de finns många sändare av information som inte alltid är pålitliga (Ghaddar et al., 2012).

Nutbeam (citerad i St Leger, 2001) har skapat en matris av health literacy som förklarar att det finns olika nivåer av förståelse av begreppet. Matrisen visar exempel på hur innehåll, resultat och lektionsinnehåll med tillhörande aktiviteter kan se ut för de tre olika nivåerna av health literacy. Den första nivån kallas för funktionell health literacy och handlar om förståelse av health literacy och om hur elever ska få en förståelse av hälsa samt kunna kommunicera om hälsa. Den andra nivån kallas för interaktiv health literacy där eleverna ska utveckla personliga förmågor. Den tredje nivån kallas för kritisk health literacy och där ska eleverna kunna stärka sin empowerment, det vill säga egenmakt, gällande sin personliga hälsa. Samhället spelar också en betydande roll i denna nivå.

Tabell:1 Nutbeams (citerad i St Leger, 2001) matris av förståelsen för health literacy

Nivå	Innehåll	Resultat	Lektionsaktivitet
<b>Nivå 1 – Funktionell health literacy</b>	Undervisning om grundläggande information om ex. hygien, nutrition, droger, relationer.	Öka kunskapen om faktorer som hämmar och förbättrar hälsan hos elev.	Teorilektioner i klassrum. Läsa i böcker och broschyrer.
<b>Nivå 2 – Interaktiv health literacy</b>	Undervisning om att utveckla specifika färdigheter som ex. problemlösning, matlagning, hygien, kommunikation.	Ökar självständigheten och skapar ett gott hälsobeteende hos elev.	Grupparbete i skolan och individuella uppgifter utanför skolan. Diskussion och analys av hälsoproblem.
<b>Nivå 3 – Kritisk health literacy</b>	Undervisning om sociala orättvisor, bestämningsfaktorer för hälsa, utvecklingspolitik och andra sätt att påverka	Ökar förmågan att kunna delta aktivt i samhället för att kunna förbättra hälsa hos utsatta grupper.	Problemlösning av ohälsa där eleverna själva får välja problem och lösningsstrategi.

Nutbeam (citerad i St Leger, 2001) förklarar att det är rimligt att förvänta sig att alla skolor kan uppnå en funktionell nivå av health literacy. Det är sällan som nivå 3, kritisk health literacy uppnås i skolan, men det bör definitivt vara ett mål. Anledningen till varför kritisk nivå inte uppnås är för att skolor enbart fokuserar på en grundläggande undervisning av health literacy. Detta kan förbättras genom att ta till hjälp från hälsofrämjande skolor eller HPS-konceptet, vilket skulle kunna utgöra ett framgångsrikare resultat.

Tidigare i texten nämnde Paakari et al. (2011) fem viktiga komponenter i health literacy som blir betydelsefulla för elevers inläring i skolan. Om dessa komponenter skulle integreras mer i skolan skulle de leda till att eleverna utvecklar en starkare health literacy än vad de tidigare haft. Den första komponenten, teoretisk kunskap innebar att eleverna har en uppfattning om hälsa som beskrivs som abstrakt eftersom deras kunskap bygger på principer, teorier och konceptuella metoder av olika definitioner av hälsa. Om eleverna skulle få möjlighet att utveckla sin teoretiska kunskap om hälsa skulle detta kunna bidra till att eleverna får en djupare förståelse av hälsa som annars kan vara svårt att uppnå (Paakari et al., 2011).

Den andra komponenten var praktiskt kunskap vilket förklarar att eleverna måste lära sig olika grundläggande färdigheter för att de ska kunna agera och handla på ett hälsofrämjande sätt. Därmed bli praktisk kunskap en förmåga eller kompetens där eleverna utför handlingar för att omsätta sina teoretiska kunskaper i praktiken, exempelvis att eleverna kan sköta personlig hygien på ett korrekt sätt, kunna söka och sälla bland hälsoinformation samt kunna kommunicera sina egna uppfattningar om hälsa till andra. Enligt Paakari et al. (2011) visar dessa exempel på att praktisk kunskap är kopplade till både individens erfarenhet och individens dagliga rutiner.

Den tredje komponenten är enligt Paakari et al. (2011) kritiskt tänkande som fokuserar på individens nyfikenhet samt dennes förmåga att vilja undersöka. För elever blir kritiskt tänkande viktigt då det är en förmåga som gör att man kan skilja mellan de villkor som främjar hälsan och de som gör det motsatta. Paakari et al. (2011) noterar att health literacy innebär att individen kan förstå de villkor som påverkar hälsan och veta hur man ska ändra de. Den kunskap som finns om hälsa är dynamisk då den ständigt är i förändring. Genom vetenskaplig forskning tillkommer nya infallsvinklar och insikter om hälsa. Det bör noteras att hälsa kan förstås utifrån olika sammanhang. Som lärare ska man vara beredd på att elever har kommit i kontakt med flera hälsobudskap från olika källor, vilket kan bidra till att eleverna har en splittrad uppfattning av vad hälsa är. Då är det bra att eleverna får lära sig att tänka och se kritiskt på kunskapskällor. Exempelvis kan detta ske genom att de får titta på vem som argumenterar för eller emot ett ändamål gällande hälsa, vilka medel som har använts för att försöka övertyga läsaren om hälsobudskapet, vilken ideologi som källan representerar gällande hälsa och hur hälsoinformationen avser vad som kan vara vetenskaplig fakta (Paakari et al., 2011).

Att vara kritisk i sitt tänkande kan vara avgörande för individers hälsa eftersom det finns många intressegrupper som har egna skäl att använda och sprida vidare en viss typ av

hälsoinformation, trots att den är inte är tillförlitlig. På grund av detta bör elever ställas inför situationer där de behöver fråga sig vad det är för typ av källa och om bilden ger hela eller en del av sanningen. Det är endast genom kritiskt tänkande som eleverna kommer att kunna bedöma tillförlitligheten och säkerheten i kunskapen och kunna skilja de åt. Genom kritiskt tänkande kan eleverna också träna orsakssamband, fastställa argument, dra slutsatser och generaliseringar, som i slutändan gör att de kan fatta välgrundade beslut som gäller deras hälsa. Således går det att hävda att genom kritiskt tänkande skapar detta möjligheter för elever att ta itu med stora mängder kunskap och även få en makt över denna kunskap. Dock behöver eleverna teoretisk kunskap i kritiskt tänkande eftersom det är den kunskapen som gör det möjligt för eleverna att titta på olika hälsoinformation från olika perspektiv och lägga märke till när någon viktig aspekt har försumrats (Paakari et al., 2011). Att kunna ifrågasätta, kritiskt granska och problematisera är något som eleverna verkligen bör lära sig i skolan eftersom det utvecklar en handlingskompetens hos individen där hen blir medveten om konsekvenser. Som lärare är man med och formar framtidens medborgare, men att hjälpa eleverna att få de rätta förutsättningarna för att klara sig i samhället kan vara svårt, dock är det ett viktigt arbete. Slutligen är kritiskt tänkande viktigt då individen utvecklar en strategi för att ta sig igenom hinder som kan uppstå i vardagen. Att bidra till elevernas förmåga att självständigt kunna ta beslut och vara kritisk till den information de ställs inför är viktigt för att de ska bli självständigt tänkande individer.

Den fjärde komponenten, självkännedom, innebär en möjlighet för individen att själv kunna reflektera över hälsa. Det är en förmåga där eleverna får träna på att kunna fråga, samt utvärdera sina tankar, känslor och beteenden. Eleverna ska alltså skapa en förmåga att reflektera över sig själv i allmänhet, som räcker för att kunna bli medveten om sina egna känslor, behov, motiv, värderingar, attityder och erfarenheter, plus relationen till egna sätt att bete sig på ett hälsofrämjande sätt. Dessutom handlar självkännedom om att bli medveten om sina starka och svaga sidor men också att eleverna ska kunna länka samman och beskriva sin hälsa utifrån sitt egna personliga perspektiv och att hen undersöker orsakerna till varför man beter sig och tänker på ett visst sätt. Självkännedom och reflektion kan hjälpa eleverna att göra sig förstådda i olika hälsosituationer. Förmågan att kunna reflektera över sig själv kan också kallas för metakognition (Paakari et al., 2011). I detta sammanhang innebär metakognition att eleverna kan sätta upp och uppnå mål gällande sin hälsa, exempelvis genom att sätta personliga mål som handlar om att förändra sitt hälsofrämjande agerande. Detta leder till att eleverna skapar målmedvetna strategier för att uppnå dessa mål. Eleverna ska även kunna utvärdera hur det har gått och reflektera kring vad de kan respektive inte kan om föremålet för lärande, men också hur de kan nå kunskapsmålen som de själva har satt.

Den femte komponenten, medborgarskap, avser en förmåga att kunna agera på ett etiskt och ansvarsfullt sätt gällande sin hälsa samt att eleverna lär sig att ta ett socialt ansvar. Detta understryker vikten av att eleverna ska kunna förstå sina rättigheter och skyldigheter, samt vara medvetna om effekterna av sina handlingar. Poängen är att eleverna ska kunna överväga hälsofrågor utanför deras eget perspektiv: att tänka på vad andra människor eller vi (som en grupp eller som ett samhälle) anser vara viktigt, vad som kan göras för att förbättra deras eller vår hälsa och välbefinnande. Med andra ord ska eleverna bli hälsomedvetna om sig själva i förhållande till andra, att förstå andras perspektiv och det kollektiva. Det är genom andra som

man kan bli medveten om sig själv. Förstår man samhällets syn på hälsa kan man bli medveten om individens syn på hälsa (Paakari et al., 2001).

## **7.2.2 Skolans generella betydelse för hälsa**

Kunskap om hälsa är precis som vilken kompetens som helst samtidigt som det är en pågående process som utvecklas under tiden (Kigour et al., 2015). Därmed är kunskapen inte statisk och måste därför underhållas för att kunna upprätthållas. Då blir skolan en viktig plattform för att skapa denna kunskap. Med kunskap syftar Schmidt et al. (2010) på läskunnighet hos barn, eftersom det är där som ett hälsobeteende börjar.

Skolor har en viktig uppgift i att skapa en rolig och kreativ inlärningsmiljö i klassrummet som bidrar till att det skapas en positiv bild av hälsa hos eleverna, som i slutändan kan leda till ett gott och sunt hälsobeteende (Nutbeam citerad i St Leger, 2001). Samarbete mellan ämnen, såsom hem- och konsumentkunskap och idrott och hälsa kan leda till att eleverna uppfattar undervisningen som en rolig och kreativ inlärningsmiljö. Ett samarbete skulle kunna bidra till att eleverna får ett starkt intresse för hälsa men också hem- och konsumentkunskap, som troligtvis skulle få en ökad status. En ämnesintegrering kan också bidra till att eleverna får en djupare förståelse för hälsa eftersom man integrerar flera kursplaner med olika innehåll och fokus.

Skolor är den plats som är bäst lämpad för att lära ut och förbättra kunskapen om health literacy till unga människor (McLuckie et al., 2014). Därför måste hälsa och framförallt health literacy, läras ut redan i tidig skolålder för att det ska kunna få någon verkan på individens beteendemönster gällande hälsa, då mönstret följer med barnet in i vuxenvärlden. Därav blir skolan en viktig plattform för att skapa grundläggande kunskap om health literacy för att främja en god och sund hälsa (Kilgour et al., 2015). Hem- och konsumentkunskap har som tidigare nämnts väldigt få undervisningstimmar (Rosén, 2004). Skulle undervisningstimmar öka borde det leda till att lektionerna blir mer innehållsrika eftersom man då skulle hinna med fler moment än tidigare. Det skulle öka elevers kunskap och intresse för exempelvis hälsa eftersom det då finns tid och möjlighet för eleverna att fördjupa sig i lektionens innehåll. I kursplanen för hem- och konsumentkunskap står det att eleverna ska få möjlighet att utveckla medvetenhet om vilka konsekvenser valen i hushållet får för hälsa (Skolverket, 2011). Dock är det oklart ifall detta hinns med när ämnet enbart har 118 undervisningstimmar under 9 år och 0,75 % av den tiden ska gå åt till hälsa (Rosén, 2004).

### **7.2.2.1 Hälsöfrämjande skola och undervisning**

St Leger (2001) vill att skolor ska satsa på att bli hälsöfrämjande, något som han kallar för "health promotion school" eller "HPS". Ett HPS-koncept utgår från fyra olika kategorier som man som lärare ska beakta vid planering av lektion om hälsa samt bearbeta under lektionen. Dessa fyra kategorier är: färdigheter för livslångt lärande, kompetenser och beteenden, kognitiv kunskap och färdigheter samt självkänedom.



Tabell:2 St Legers (2001) HPS-koncept för utvecklande av undervisning

<b>Färdigheter för livslångt lärande</b>	<b>Kompetenser och beteenden</b>	<b>Kognitiv kunskap och färdigheter</b>	<b>Självkänedom</b>
<b>Att läsa sig om lämpliga livsmedel utifrån olika livsstadier ex. föräldraskap</b>	Förmågan att läsa etiketter	Kunskap om vad som utgör en hälsosam kost.	Bekvämt med sin kroppsbild
<b>Att använda sina färdigheter för att kunna göra kostförändringar för ex diabetiker</b>	Förmågan att förbereda en mängd olika livsmedel	Förmågan att vara en förebyggande konsument när det kommer till mat	Kunna använda mat som en del av sociala relationer
<b>Att visa förmågan att förstå debatten om genetiskt modifierbara livsmedel</b>	Kompetensen att köpa mat utifrån en budget	Förstå betydelsen av mat inom kulturella sammanhang.	

Första kategorin är färdigheter för ett livslångt lärande som handlar om att utveckla ett livslångt lärande om hälsa. Ett livslångt lärande kan bli en grundläggande färdighet i att anpassa sig till och hantera exempelvis kostförändringar som kan uppstå på grund av olika händelser i livet såsom föräldraskap eller sjukdom (St Leger, 2001). Den andra kategorin är kompetenser och beteenden som handlar om elevers kompetens och hälsobeteende. Skolor har också ett uppdrag i att utveckla vissa befogenheter som ligger till grund för lämpliga beteenden bland elever, som att kunna läsa, räkna och skriva. Att kunna läsa gör det möjligt att undersöka livsmedelsförpackningar. Att ha räkneförmåga möjliggör en person att förstå matpriserna/volymenhet eller vikt och underlättar balansering av både budgeten och kosten. Att kunna laga mat gör det möjligt att vara självförsörjande samt ge möjligheter till social interaktion (St Leger, 2001). Den tredje kategorin kognitiv kunskap och färdigheter handlar om att elever ska få möjlighet att kunna se samband mellan kunskap och färdigheter gällande hälsa. Detta mål kräver att elever har kunskaper och färdigheter, vilket kräver utbildade elever inom mat, matlagning och näringslära för att kunna känna och förstå funktioner av kolhydrater, fetter och proteiner, och vilka livsmedel dessa innehåller, samt kunna uppskatta de kulturella dimensionerna av mat. Den fjärde och sista kategorin är självkänedom som ska leda till att eleverna klara pressen från samhällets kroppsuppfattning samt att använda mat som en del av att bygga sociala relationer (St Leger, 2001). Dessa kategorier har olika innehåll som eleverna ska utveckla för att skapa ett så gott studieresultat som möjligt samtidigt som de ökar möjligheten till att skapa ett gott hälsobeteende.

HPS-konceptet för utvecklande av undervisning utgår ifrån fyra kategorier som man som lärare ska beakta vid planering av lektion om hälsa. Dessa kategorier överensstämmer med det centrala innehållet för hem- och konsumentkunskap i Lgr11. St Leger (2001) förklarar att ett livslångt lärande är när eleven exempelvis utvecklar en förmåga av att lära sig om lämpliga livsmedel utifrån olika livsstadier, till exempel utifrån föräldraskap. Detta går att dra kopplingar till det centrala innehållet i hem- och konsumentkunskap. Exempelvis ska eleven lära sig att använda redskap och teknisk utrustning som kan användas vid bakning och

matlagning samt hur dessa används på ett funktionellt och säkert sätt. Vidare ska eleven förstå hur individuella behov av energi och näring, till exempel vid idrottande, samt hur måltider kan komponeras efter olika behov. I tabellen nedan (se tabell 3) struktureras det centrala innehållet inom hem- och konsumentkunskap upp för att kunna jämföras med St Leger (2001) matris.

Tabell:3 Egen jämförelse av hem- och konsumentkunskap och St Legers (2001) matris om HPS-koncept

<b>Färdigheter för livslångt lärande</b>	<b>Kompetenser och beteenden</b>	<b>Kognitiv kunskap och färdigheter</b>	<b>Självkänedom</b>
Redskap och teknisk utrustning som kan användas vid bakning och matlagning och hur dessa används på ett funktionellt och säkert sätt. Individuella behov av energi och näring till exempel vid idrottande, samt hur måltider kan komponeras efter olika behov.	Jämförelser av recept och beräkning av mängder vid matlagning. Skapande av egna recept	Aktuella samhällsfrågor som rör privatekonomi, mat och hälsa. Bakning och matlagning och olika metoder för detta. Hur valet av metod påverkar arbetsprocessen och resultatet.	Reklamens och mediernas påverkan på individers och grupperns konsumtionsvanor. Aktuella samhällsfrågor som rör privatekonomi, mat och hälsa.
Individuella behov av energi och näring till exempel vid idrottande, samt hur måltider kan komponeras efter olika behov.  Jämförelser av recept och beräkning av mängder vid matlagning. Skapande av egna recept	Bakning och matlagning och olika metoder för detta. Hur valet av metod påverkar arbetsprocessen och resultatet.	Hur man kan hushålla med och ta vara på livsmedel och andra förbrukningsvaror i hemmet.	Hur man kan arrangera måltider och måltidens betydelse för gemenskap och välbefinnande.
Hur livsmedel och andra varor produceras och transporteras och hur de påverkar miljö och hälsa.	Ungas privatekonomi till exempel att handla över internet, att låna pengar, att handla på kredit eller avbetalning och att teckna abonnemang	Olika mattraditioner, deras ursprung och betydelse	

	Hushållets ekonomi och att beräkna kostnaden för boende, konsumtion, resor och krediter.		
--	--	--	--

(Skolverket, 2011, s. 35-36)

Det finns dock ett samband mellan att barn slutar delta i fysisk aktivitet och blir stillasittande och ökad risk för fetma och annan ohälsa. Begoray et al. (2009) pekar på att undervisning om hälsa i skolan är detta en lovande väg att gå då det kan leda till att eleverna främjar ett gott hälsobeteende och levnadsvanor. St Leger (2001) menar att undervisning är viktig för health literacy eftersom skolan är där eleverna kommer i kontakt med utbildning. Utbildning är nyckeln till att människor förstår och kan förändra sina hälsovanor. Lee (2009) anser att om barn inte utvecklar ett hälsofrämjande beteende kommer detta ha en negativ inverkan hos barnet när de når vuxen ålder. Detta har att göra med att de inte har den grundläggande kunskapen om health literacys betydelse för hälsa, vilket skulle kunna påverka deras hälsa positivt. Det är barndoms- och ungdomsåren som är avgörande för hur individens hälsa blir under resten av livet. Därmed kan skolan ses som en viktig plats för att sprida hälsokunskap som eleverna kan ta till sig (Kilgour et al., 2015). Det är även viktigt att skolan ska bidra till elevers möjlighet att fatta egna beslut om sin hälsa. Kickbusch (2008) betonar betydelsen av att skolan ska utrusta eleverna med den typen av kunskap som ger de möjlighet att göra hälsofrämjande beslut om sin egen hälsa. Detta är särskilt viktigt med tanke på det faktum att skolan, som utbildningsinstitution, enklare kan nå ut till barn än vad andra insatser kan göra. I bästa fall kan utvecklingen av hälsokunskap bland barn i skolåldern från olika bakgrunder innebära att uppkomsten av ojämlikhet i hälsa minskar.

### **7.2.2 Anpassningsbara lärare och hälsoinformation**

Något som blir aktuellt i planering av undervisning är anpassning. Paakari och Paakari (2011) hävdar att lärare måste vara beredda på att alla elever inte har samma inlärningsmöjligheter, att det finns olika dimensioner av inläring. Det innebär att man måste vara beredd att kunna anpassa information om hälsa för att veta att informationen kommer in hos eleverna, annars finns det risk för att informationen inte tas upp. Det är även speciellt viktigt att lärarna tar hänsyn till elevernas ålder vid undervisning av hälsa. Paakari och Paakari (2011) menar att i grundskolan bör fokus ligga på individen, genom att eleverna exempelvis får bli medvetna om vem man är och hur man kan agera på ett hälsofrämjande sätt. I gymnasiet kan man börja fokusera på ett bredare perspektiv och gå in på etiska överväganden gällande hälsa. Paakari och Paakari (2011) förklarar att de viktigaste målen för hälsoundervisning i skolan bör vara att främja elevers förmåga att definiera sin egen uppfattning, identitet och sociala relationer. Det är också viktigt att om resultatet av hälsoundervisning ska utvecklas, behöver eleverna känna ett ansvarskännande som gör att de agerar på ett etiskt och ansvarsfullt sätt när de kommer till hälsa. På grund av detta måste dessa förmågor läras ut i skolan.

När lärarna strävar efter att utveckla health literacy bland sina elever, bör de ha en uppfattning om vilken typ av lärande de strävar efter och vilken typ av inlärningsförhållande de syftar till

att skapa. När allt kommer omkring stödjer inte alla villkor den typ av lärande som kommer att leda till självkännedom, förmågan att tänka kritiskt, eller förmågan att agera etiskt ansvarsfullt. På grund av detta är det viktigt att både beakta och lära sig vilken typ av inlärningsförhållanden som krävs för att uppnå de fem huvudkomponenterna i health literacy (Paakari & Paakari, 2011). Enligt Paakari och Paakari (2011) omfattar health literacy ett brett utbud av kunskap och kompetens som människor försöker omsluta, utvärdera, konstruera och använda. Det är genom kompetens av health literacy som människor blir medvetna och förstår sig själva, andra och världen på ett sätt som möjliggör för individen att fatta välgrundade beslut kring hälsa och att arbeta med och ändra de faktorer som utgör deras egna och andras hälsoschanser.

Det är också viktigt att lärare utvecklar en kritisk form av health literacy hos elever. Kritisk health literacy innebär att eleverna utvecklar färdigheter som hjälper till att utveckla deras förmåga att kunna ta till sig information om hälsa. Det handlar också om att eleverna ska bli kritiska till den information om hälsa som lärs ut, det handlar alltså om att utveckla lektioners innehåll av hälsa (Renwick, 2014). Lärare måste skapa en stimulerande inlärningsmiljö för elever i klassrummet, detta bidrar till att eleverna enklare förstår information om hälsa. Exempelvis ska eleverna få träna i att kritiskt granska texter och sedan skapa en diskussion om texterna (Renwick, 2014).

### ***7.2.2.3 Utmaningar med hälsoundervisning***

Enligt Begoray et al. (2009) tenderar elever att uppleva negativa erfarenheter av hälsoundervisning i skolan eftersom den ibland kan vara för rutinbaserad och passiv. Rutinbaserad på så vis att läraren använder sig utav samma typ av fakta och lektionsinnehåll och passiv på så vis att eleverna inte aktivt får delta under lektionen med exempelvis övningar eller aktiviteter. Därmed blir det viktigt att både som lärare och i skolan generellt skapa en hälsoundervisning som upplevs som positiv bland elever. Aira et al. (2014) förklarar att om skolan har ett stort engagemang om hälsa och hälsoundervisning flyttas dessa positiva attityder över till eleverna som får en mer positiv uppfattning om hälsa.

Forskning visar att ifall en vuxna har en begränsad allmänskunskap och låg läsförmåga leder detta till en sämre hälsa jämfört med personer som har högre allmänskunskap och bättre läsförmåga (Flecha et al., 2011). Detta stöds också av St Leger (2001) som hävdar att det finns forskning som tydligt visar att det finns ett starkt samband mellan dålig hälsa och utbildningsnivå. Vidare menar Schmidt et al. (2010) att ohälsa hör ihop med låg läskunnighet eftersom de inte kan ta del av kunskap och information om hälsa på samma sätt. De hävdar också att personer som har låg läskunnighet löper större risk för att utveckla ohälsosamma beteenden såsom exempelvis alkoholmissbruk och övervikt. Flecha et al. (2011) framhäver att de med en begränsad allmänskunskap och läsförmåga har mindre kunskaper om hur man söker hjälp inom sjukvård och kommer troligtvis att klara sig sämre ifall de blir sjuka. Dessa individer är mer benägna att tillhöra grupper av lägre klass, som invandrargrupper, minoritetsgrupper eller grupper som är uteslutna ur samhället eftersom de ofta saknar tillgång till resurser som ökar personlig utveckling, karriärmöjligheter, medborgerliga rättigheter samt hälsa och välbefinnande.

Genom forskning har det också konstaterats att personer med sämre levnadsstandard vanligtvis har en mer begränsad tillgång till andra hälsosamma infrastrukturer i sina liv än personer med högre arbetsförhållanden och levnadsstandard. Detta beror på att personer med sämre levnadsstandard inte har tillräckligt med inkomster för att täcka saker som kan främja deras hälsa, som exempelvis bättre bostad, hälsosammare mat och motionsmöjligheter (Renwick, 2014). Renwick (2014) understryker att ohälsa hör ihop med fattigdom och hälsa hör ihop med rikedom. Health literacy kan också skapa social gemenskap i samhället. Flecha et al. (2011) förklarar att om man förbättrar människors health literacy kommer detta fungera som en strategi för att bekämpa utestängning i samhället såsom fattigdom. Flecha et al. (2011) menar att ett sätt att minska ojämlikhet i hälsa är att göra skolhälsofrämjande till en mer integrerad del av både utbildning och hälsosektorerna i Europa.

## 8 Slutsatser och implikationer

Litteraturstudiens främsta resultat har varit att skolan är en av de viktigaste platserna för att främja hälsa och health literacy hos elever. Vidare har litteraturstudien bidragit till att kunskap inte är något som är statiskt utan måste hela tiden förändras och anta nya former för att health literacy ska ha inflytande. Andra viktiga resultat som litteraturstudien resulterade i var att man måste börja i tidig ålder ifall man ska utveckla ett gott hälsobeteende samt att det finns flera strategier och tillvägagångssätt för hur skolor kan användas för att utveckla health literacy hos elever. Resultaten svarar på litteraturstudiens syfte som var att ge en omfattande översikt av hur ungdomar mellan 12-18 år utvecklar health literacy genom formellt lärande i skolan. Specifika resultat som litteraturstudien har kommit fram till var att om man som vuxen har en begränsad allmänskunskap och låg läsförmåga kan detta bidra till försämrad hälsa jämfört med personer som har en högre allmänskunskap och bättre läsförmåga. Skolan har också en viktig uppgift i att skapa positiva attityder kring hälsa och hälsoundervisning.

Litteraturstudien nämner hälsa som svårdefinierat då det är ett mångfasetterat begrepp som uppfattas olika av olika människor. Hälsoundervisningen i skolan blir därmed en viktig resurs för att förbättra ungdomars hälsobeteende. Genom att använda health literacy i undervisningen om hälsa inom grundskolan, kan undervisningen bli effektivare samt mer djupgående, vilket kan leda till ett förbättrat hälsobeteende hos ungdomar. Hälsa ingår i både i skolans läroplan och i kursplanen för hem- och konsumentkunskap, därmed blir det viktigt att tidigt definiera vad hälsa är samt hur det är betydelsefullt för individen. Frågor om varför det är viktigt med hälsa, vad ett gott hälsobeteende är samt vilka strategier som finns för att förbättra hälsan är angeläget att undervisa om i hälsoundervisning. Undervisning kan fungera som en vägledning som gör att eleverna lär sig hur man ska förhålla sig till information om hälsa. Läraren måste dock ha en klar bild och förståelse för vad hälsa innebär i dagens samhälle för att kunna skapa en bra och hälsofrämjande undervisning. I och med undervisningens betydelse skapas också en viktig betydelse hos läraren som behöver utgå från elevers erfarenheter vid planering av undervisning och genomförande. Det är viktigt att elever får ta del av hälsa inom skolan och skapa ett livslångt lärande, men man får inte glömma att det är viktigt med kunskaper om vad hälsa är och vilka faktorer som kan påverka hälsan samt hur eleverna som individer kan påverka sin egen hälsa.

## **9 Vidare forskning**

För lärare som undervisar i hem- och konsumentkunskap rekommenderas att ta del av denna litteraturstudie då den tar upp ett väldigt relevant och viktigt ämne. De rekommendationer som föreslås för hem- och konsumentkunskap är att få fram forskning som visar ämnets betydelse för ungdomars hälsobeteende. Förslag på vidare forskning skulle vara att som forskare ta reda på om det finns någon betydande skillnad mellan de olika könen hälsobeteende. Detta kan dock vara ett problem då de är väldigt få undervisningstimmar av hem- och konsumentkunskap, därför uppmanas mer tid för detta ämne.

## 10 Referenslista

- \*<sup>1</sup>Aira, T., Välimaa, R., Paakkari, L., Villberg, J., & Kannas, L. (2014). Finnish pupils' perceptions of health education as a school subject. *Global Health Promotion*, 21(3), 6-18. doi:10.1177/1757975914523481.
- Balog, J. (2005). The Meaning Of Health. *American Journal of Health Education*, volym 36 (5), Hämtad 2016-02-11 från <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ792826.pdf>
- Benyon, K. (2014). Health literacy. *InnovAiT: Education and inspiration for general practice July 2014 vol (7): 437-440*, DOI:10.1177/1755738014532627.
- \*Begoray, D. L., Wharf-Higgins, J., & MacDonald, M. (2009). High school health curriculum and health literacy: Canadian student voices. *Global Health Promotion*, 16(4), 35-42. doi:10.1177/1757975909348101.
- Berkman, N., Davis, T. & McCormack, L. (2010). Health Literacy: What Is It?, *Journal of Health Communication*, 15:S2, 9-19, DOI:10.1080/10810730.2010.499985.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber.
- Brülde B., & Tengland P-A. (2003). *Hälsa och sjukdom – en begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur.
- Cullbrand, I. & Petersson, M. (2005). *Nationella utvärderingen av grundskolan 2003 (NU-03): hem- och konsumentkunskap*. Stockholm: Skolverket.
- Flecha, A., García, R., & Rudd, R. (2011). Using health literacy in school to overcome inequalities. *European Journal of Education*, 46(2), 209-218. doi:10.1111/j.1465-3435.2011.01476.x.
- \*Ghaddar, S. F., Valerio, M. A., Garcia, C. M., & Hansen, L. (2012). Adolescent health literacy: The importance of credible sources for online health information. *Journal of School Health*, 82(1), 28-36. doi:10.1111/j.1746-1561.2011.00664.x.
- Gärdenfors, P. (2010). *Lusten att förstå: om lärande på människans villkor*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- \*Kickbusch, I. (2008). "Health literacy: an essential skill for the twenty-first century", *Health Education*, Vol. 108 No. 2, pp. 101-104.

---

<sup>1</sup> De studier som har använts i litteraturstudiens resultat har markerats med en asterix (\*) för att underlätta för läsaren.

Kickbusch, I & Maag, D. (2008). Navigating health: The role of health literacy. *International Encyclopedia of Public Health*, Vol 3, 204-211.

Kilgour, L., Matthews, N., Christian, P., & Shire, J. (2015). Health literacy in schools: Prioritising health and well-being issues through the curriculum. *Sport, Education and Society*, 20(4), 485-500. doi:10.1080/13573322.2013.769948.

\*Lee, A. (2009). Health-promoting schools: Evidence for a holistic approach to promoting health and improving health literacy. *Applied Health Economics and Health Policy*, 7(1), 11-17. doi:10.1007/BF03256138.

\*Mcluckie, A., Kutcher, S., Wei, Y., & Weaver, C. (2014). Sustained improvements in students' mental health literacy with use of a mental health curriculum in Canadian schools. *BMC Psychiatry*, 14, 379. <http://doi.org/10.1186/s12888-014-0379-4>.

Myndigheten för skolutveckling (2003). *Det måste va' sånt som får en att fundera mera*. Stockholm: Liber.

Mårtensson, L. & Hensing, G. (2012). *Health literacy - a heterogeneous phenomenon: a literature review*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26 (1) s. 151–160.

Mårtensson, L. & Hensing, G. (2009). *Förmågan att förvärva, förstå och använda information om hälsa [Elektronisk resurs]: en introduktion till begreppet hälsolitteracitet*. Göteborg: Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67, 2072-2078.

\*Paakari, L & Paakari, O. (2011). Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education*, 112(2), 133-152.

Peerson, A., & Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*, 24(3), 285-296. doi:10.1093/heapro/dap014.

Ratzan, R.S (2001). Health literacy: Communication for the public good. *Health Promotion International*, 16(2), 207-2.

\*Renwick, K. (2014). *Critical health literacy: Shifting textual-social practices in the health classroom*, *Asia-Pacific Journal of Health, Sport and Physical Education*, 5:3, 201-216, doi: 10.1080/18377122.2014.940808.

Ringsberg, K.C. (red.) (2014). *Health literacy: teori och praktik i hälsofrämjande arbete*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.



Rosén, M. (2004, Nr. 13). *Mat och hälsa i undervisningen – skolan och lärarutbildningen*, Hämtad 2016-02-11 från [http://www.livsmedelsverket.se/globalassets/rapporter/2004/rapp\\_13\\_04\\_mat\\_och\\_halsa.pdf](http://www.livsmedelsverket.se/globalassets/rapporter/2004/rapp_13_04_mat_och_halsa.pdf)

\*Schmidt, C. O., Fahland, R. A., Franze, M., Splieth, C., Thyrian, J. R., Plachta-Danielzik, S.. . Kohlmann, T. (2010). Health-related behaviour, knowledge, attitudes, communication and social status in school children in eastern germany. *Health Education Research*, 25(4), 542-551. doi:10.1093/her/cyq011.

\*St Leger, L. (2001). Schools, health literacy and public health: Possibilities and challenges. *Health Promotion International*, 16(2), 197-205. doi:10.1093/heapro/16.2.197.

Skolverket (2011). *Läroplan för grundskolan, förskoleklassen och fritidshemmet 2011*. Stockholm: Skolverket.

Skolverket. (2014). *Timplan för grundskolan*. Hämtad 2016-02-21 från <http://www.skolverket.se/laroplaneramenochkurser/grundskoleutbildning/grundskola/timplan/timplan-for-grundskolan-1.159242>

WHO (2005). *Bulletin of the World Health Organisation, Re-defining "Health"*, Hämtad 2016-02-12 från [http://www.who.int/bulletin/bulletin\\_board/83/ustun11051/en/](http://www.who.int/bulletin/bulletin_board/83/ustun11051/en/)

World Health Organization (2013). *Health literacy: the solid facts*. I Regional Office for Europe.

Wright, R. W., Brand, R. A., Dunn, W. & Spindler, K. P. (2007). *How to Write a Systematic Review*. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 455(2), 23-29. doi:10.1097/BLO.()b()13e31802c9098.

# 11 Bilagor

## Bilaga A

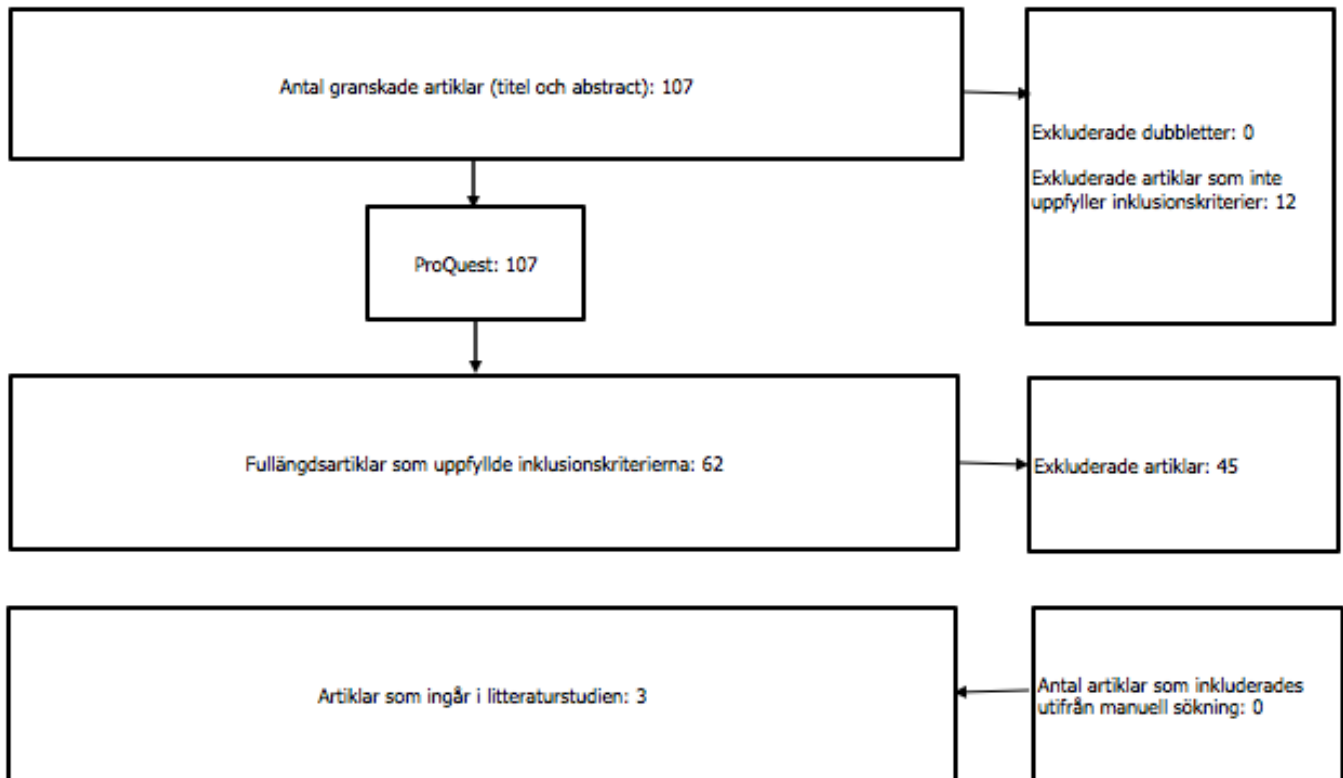
**Sökhistorik – Tabell 1**

<b>Datum</b>	<b>Databas</b>	<b>Sökord/Limits/Booleska operatörer</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Lästa abstracts</b>	<b>Urval</b>
2/2	PROQuest	(Health literacy) OR (health literacies) AND (attitudes) AND (knowledge)	107	107	4

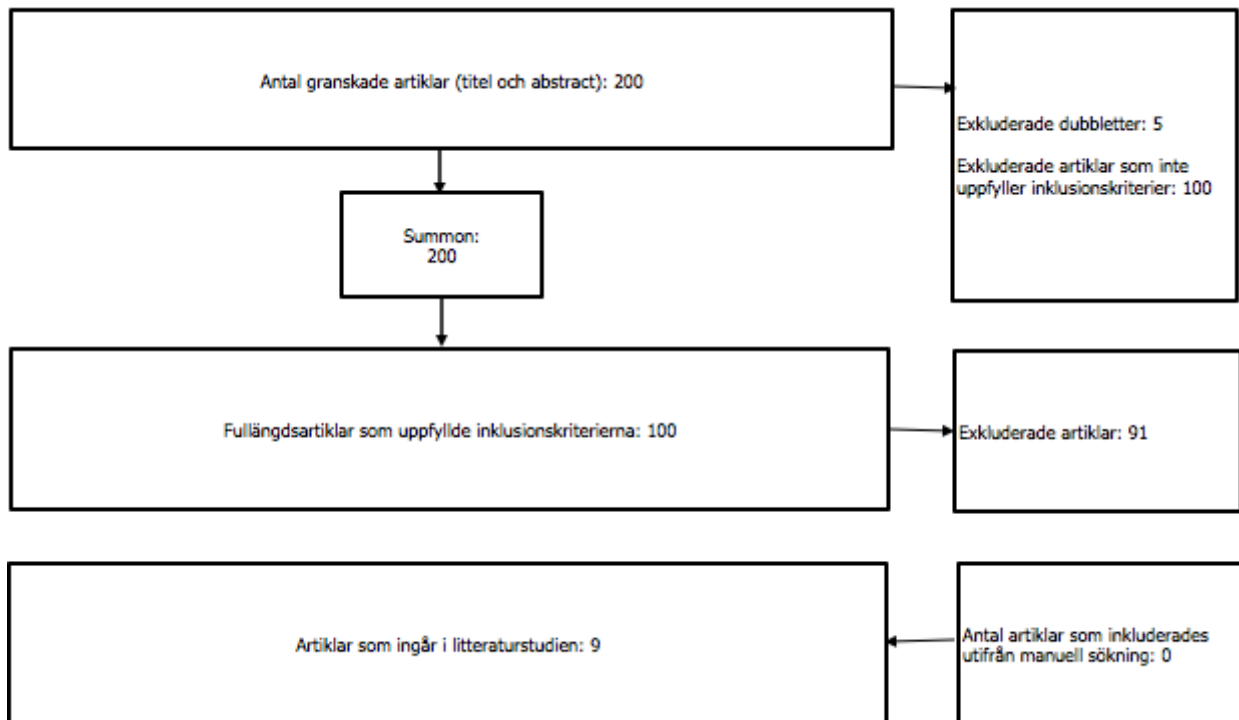
Sökhistorik – Tabell 2

Datum	Databas	Sökord/Limits/Booleska operatörer	Antal träffar	Lästa abstracts	Urval
2/2	Summon	(Health literacy in schools) AND (health curriculum) AND (health education) AND (students) AND (knowledge) AND (learning outcome)	18 722	200	8

Flödesschema – Tabell 3



Flödesschema – Tabell 4



**Checklista för att mäta studiens kvalitet för artikeln**

1. Är hypoteser, syfte och eventuella frågeställningar klart beskrivna?
2. Är problemet och rationalen för studien tydligt beskrivet?
3. Är väsentliga begrepp definierade?
4. Kvalitativ artikel: Får vi kunskap om forskarens förförståelse/perspektiv?
5. Var urvalsstrategin lämplig med tanke på syftet?  
För att svara ja bör det framgå tydligt varifrån undersökningsgruppen valdes, vilka som valdes och varför samt hur de valdes ut och varför? Tydliggörs eventuella inklusions- och exklusionskriterier?
6. Kvantitativ artikel: Framgår det tydligt utifrån vilka grunder urvalets storlek bestämdes?
7. Är egenskaperna/karaktäristika hos de deltagare som ingår i studien tydligt beskrivet?
8. Interventionsstudie: Är försökspersonerna randomiserade till interventionsgrupp(er)?
9. Interventionsstudie: har interventionen (programmet/en ny form av undervisning etc.) som ska jämföras beskrivits tydligt?
10. Har studien använt en adekvat datainsamlingsmetod?
11. Har vilken typ av instrument som använts (ex enkäter, intervjuguider och observationsscheman) samt tillvägagångssättet vid datainsamlingen tydligt beskrivits?
12. Är den redovisade analysmetoden lämplig?  
De metoder som används måste vara lämpliga för data.
13. Har etiska aspekter beaktats?
14. Är de viktigaste resultaten av studien tydligt beskrivna?
15. Svarar resultatet mot syftet?
16. Har man tagit hänsyn till eventuella bortfall i resultatet?  
Om antalet deltagare som ”droppat av” (bortfallet) inte har redovisats, bör man svara att man är oförmögen att avgöra
17. Är resultaten praktiskt relevanta?

Kvalitativ metod – Tabell 5

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats
2009 Canada Summon	Begoray, D. L., Wharf-Higgins, J., & MacDonald, M.	High school health curriculum and health literacy: Canadian student voices	Studien undersöker betydelsen av health literacy och dess utveckling av läroplanen för hälsa som en nödvändig men inte tillräcklig komponent för att underlätta en sund livsstil bland ungdomar genom omfattande skolhälso modeller.	Deltagarna var 14 och 15 år gamla studenter (N= 33) inskrivna i British Columbia, i Kanada. De rekryterades av forskare under lektionstid och erbjöd sig att delta i en av de sex fokusgrupper som genomfördes vid fyra skolor.	Resultaten tyder på att läroplanen och i synnerhet dess genomförande, har haft begränsad effekt på health literacy: elevernas förmåga att komma åt, förstå, kommunicera och utvärdera hälsoinformation. Studien avslutas med rekommendationer för hur man kan förbättra hälsoundervisningen.
2015 Storbritannien ProQuest	Kilgour, L., Matthews, N., Christian, P., & Shire, J.	Health literacy in schools: Prioritising health and well-being issues through the curriculum.	Syftet är att undersöka den nuvarande spridningen av hälsorelaterade meddelanden inom skolor och om detta är tillräcklig för att utveckla HL hos elever.	Detta dokument presenterar en praktikbaserad, empiriskt driven pilotstudie som bygger på kvalitativa data.	Resultat tyder på att elever och personal har en förståelse för hälsa och en kapacitet för HL, men utbildning i hälsa (via undervisade ämnen) är inte lagstadgad över de fyra viktigaste stegen i den nationella läroplanen.

<b>Publikationsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval</b>	<b>Slutsats</b>
2011 Jyväskylä Finland Summon	Paakari, L & Paakari, O.	Health literacy as a learning outcome in schools.	Syftet är att definiera health literacy som lärandemål i skolor, och att beskriva villkoren för lärande som är relevanta för att inrikta sig på health literacy.	Studien bygger på teoretisk och empirisk utbildningslitteratur, men även författarnas erfarenheter.	Health literacy består av fem huvudkomponenter: teoretisk kunskap, praktisk kunskap, kritiskt tänkande, självkännedom och medborgarskap.  Ett av de viktigaste målen för hälsoundervisning i skolan bör vara att främja elevernas förmåga att definiera sin egen tro, identitet och sociala relationer. Kompetenser såsom kompetens i etisk reflektion bör utvecklas i skolor. Utvecklingen av komponenterna för health literacy efterlyser särskilda villkor för lärande.



Kvantitativ metod – Tabell 6

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats
2014 Finland Summon	Aira T, Välilä R, Paakkari L, Villberg J, Kannas L.	Finnish pupils' perceptions of health education as a school subject	<p>Syftet med artikeln var att undersöka hur finska ungdomar i årskurs 7-9 förhåller sig till lärares undervisning och deras inläring av hälsoundervisning som ett skolämne och deltagande i klassrumsdiskussioner.</p> <p>De ville också undersöka om kön, ålder, upplevda skolprestationer, skolengagemang, utbildningsaspiration, och upplevd familj välstånd hade något samband med uppfattningar om undervisning och inläring av hälsoundervisning.</p>	<p>Uppgifterna samlades in genom skolbaserade undersökningar. Skolorna valdes ut med hjälp av en urvalsmetod som tog hänsyn till storleken på skolorna; därefter, inom en vald skola valdes klassen slumpmässigt ut. Skolor valdes ut baserat på vilken typ av kommun (stads, halv stads- eller landsbygd).</p> <p>Totalt sett var 4262 ungdomar från 225 skolor med i studien. (13 åringar: tjejer = 1124, killar= 1054) (15 åringar: tjejer= 1090, killar= 992)</p> <p>Svarsfrekvensen var 93% för 13-åringarna och 96% för 15-åringarna.</p>	<p>Finska elevers uppfattning om HE verkar vara positiv och uppmuntrande. Majoriteten av eleverna rapporterade positiva uppfattningar om lärande och undervisning av HE, samt deltagande i gruppdiskussioner. Men resultaten ger också några indikationer för den framtida utvecklingen av ämnet och lärarutbildningen i samband med det.</p>

<b>Publikationsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval</b>	<b>Slutsats</b>
2012 USA ProQuest	Ghaddar, Suad F., Valerio, Melissa A., Garcia, Carolyn M., & Hansen, Lucy.	Adolescent Health Literacy: The Importance of Credible Sources for Online Health Information	Syftet med denna studie är att undersöka health literacy bland en befolkning av övervägande spansktalande ungdomar samt att undersöka om exponering av en trovärdig Internetkälla med hälsoinformation, d.v.s MedlinePlus, är förknippad med högre nivåer av health literacy.	En online-undersökning som använde ett slumpmässigt urval av gymnasieelever i södra Texas. Programmet MedlinePlus användes för att få fram sociodemografiska egenskaper och uppgifter om informanternas beteende kring informationssökning av hälsa.	Exponering för en trovärdig Internetkälla av hälsoinformation är förknippad med högre nivåer av health literacy. Att införa en trovärdig online-källa för hälsoinformation i skolans läroplan för hälsa är en lovande strategi för att främja hälsa och health literacy.
2008 Schweiz Summon	Kickbusch, I.	Health literacy: an essential skill for the twenty-first century	Syftet är att undersöka effekterna av låg health literacy och identifiera hur det kan ha skadliga effekter på medborgare och deras hälsa.	Tidigare forskning och statistik har undersökts och författaren ger idéer om hur situationen kan ändras.	Artikeln menar att det behövs åtgärder inom tre områden: att öka health literacy för medborgarna, att förbättra kommunikationsförmågan för yrkesverksamma och att öka systemens läsbarhet.

<b>Publikationsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval</b>	<b>Slutsats</b>
2010 Germany ProQuest	Schmidt, Carsten Oliver., Fahland, Ruth A., Franze Marco., Splieth Christian., Thyrian, Jochen Rene., Plachta- Danielzik, Sandra., Hoffman, Wolfgang & Kohlmann, Thomas.	Health-related behaviour, knowledge, attitudes, communication and social status in school children in Eastern Germany	Studien har som syfte att utarbete en uppsättning av skalor för att kunna mäta health literacy hos barn samt att de ska analysera barnens uppfattningar om hälsobeteende och koppla detta till kön, social status och hälsa.	Studien genomfördes i Tyskland där totalt 852 elever som gick i femte klass och hade ålder mellan 9-13 år fick svara på en enkät som sedan skapade en skala för barnens hälsokunskap, attityder, kommunikation och beteende.  Alla skolor med en klass av 5:or inom regionen erbjöds att delta i studien och urvalet bestod av alla femteklassare i de samverkande skolorna. Totalt 19 av 22 skolor i mål regionen deltog i undersökningen.	Slutsatsen blev att om man kan urskilja en liten del i health literacy hos barn är det sannolikt att detta ger små effekter på deras status och hälsobeteende. Det finns ingen liten del inom health literacy som man bör fokusera på utan ju större desto bättre.

Olika metodval – Tabell 7

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats
2011 USA Summon	Flecha, Ainhoa, Garcia, Rocio & Rudd, Rima	Using health literacy in school to overcome inequalities	<p>Artikeln bygger på samhällsbaserade undervisningsmetoder som kan hjälpa både elever och deras föräldrar, samt bidra till ansträngningar för att övervinna ojämlikheten i hälsa vilket påverkar Europas mest utsatta samhällsgrupper. Insikter hämtade från dessa ansträngningar kan tillämpas på insatser för health literacy på andra håll och kan informera om taktiker för utbildning.</p>	<p>Metod: Triangulering</p> <p>Mellan 2006 och 2010 har projektet genomfört sex fallstudier i fem grundskolor och en förskola i fem europeiska länder. Specifik data samlades varje år med hjälp av fyra metoder: 13 öppna intervjuer, 5 med representanter för den lokala förvaltningen, 5 med företrädare från andra samhällsorganisationer som deltar i det lokala projektet, och 3 med yrkesverksamma som arbetar med det lokala projektet, dagliga kommunikativa livshistoria, 6 med familjemedlemmar och 7 med studenter; forskare och deltagare deltog i en dialog för att analysera (bygger på ömsesidig interaktion).</p>	<p>Resultaten visade att en majoritet av de flesta vuxna i de industrialiserade nationerna hade svårt att använda allmänt tillgängliga utskriftsmaterial och utföra vardagliga sysslor.</p>

<b>Publikationsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval</b>	<b>Slutsats</b>
2009 China Summon	Lee, Albert.	Health-Promoting Schools Evidence for a Holistic Approach to Promoting Health and Improving Health Literacy	Syftet med artikel är att diskutera effekterna av en "hälsofrämjande skolas" (HPS) förbättringar för ungdomars hälsa.	<p>En metodartikel där författaren diskuterar begreppet health literacy och sätter in det i ett sammanhang med en hälsofrämjande skola för att de ska bidra till att förbättra ungdomars hälsa.</p> <p>Troligtvis har författaren inte samlat in någon data.</p>	HPS skulle bidra till att föra tjänster närmare till barn och ungdomar. Att ha koppling till samhället skulle hjälpa eleverna att känna till de olika tjänster som är tillgängliga i samhället och att få en bättre förståelse av dessa tjänster. Undervisning av hälsa betonar att kritiskt tänkande skulle hjälpa barn och ungdomar att förstå frågorna om "varför", "när", "var", "vad" och "hur" i förhållande till skolhälsovården. HPS bör utveckla en mekanism för närmare integration mellan skolan och olika delar av den primära hälsovården och göra tjänster för förebyggande av sjukdomar och hälsofrämjande mer tillgängliga för studenter.

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats
2014 Kanada Summon	Mcluckie, A., Kutcher, S., Wei, Y., & Weaver, C.	Sustained improvements in students' mental health literacy with use of a mental health curriculum in Canadian schools	Oklart	<p>Metod: Interventionsstudie</p> <p>De genomförde en sekundäranalys på undersökningar av studenter som deltog i en kurs för psykisk hälsa som undervisades av deras vanliga lärare. Utvärdering av elevernas psykiska health literacy (kunskaper/attityder) slutfördes före och efter klassrumsgenomförandet och vid en 2 månaders uppföljning. Vi använde "parade-prover t-test" och "Cohens d värde" för att bestämma betydelsen och effekten av förändringar. Det var 265 studenter som avslutat alla undersökningar. Elevernas kunskaper förbättrats avsevärt mellan testen som hölls före och efter (<math>p &lt; 0,001</math>; <math>d = 0,90</math>) och hölls vid uppföljningen (<math>p &lt; 0,001</math>; <math>d = 0,73</math>). På samma sätt, förbättrades inställningen avsevärt mellan testen före och efter (<math>p &lt; 0,001</math>; <math>d = 0,25</math>) och</p>	Guiden som tillämpas av vanliga lärare i vanliga klassrum, kan bidra till att förbättra elevernas kunskaper och attityder om mental hälsa. Detta är den första studien som visar den positiva effekten av en läroplansbaserad mental health literacy program i en kanadensisk grundskola.

				var märkbart högre vid uppföljningen än vid baslinjen (p <0,007; d = 0,18).	
<b>Publikationsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval</b>	<b>Slutsats</b>
2001 Australia Summon	St Leger, Lawrence.	Schools, health literacy and public health; possibilities and challenges	Syftet med studien är att undersöka skolans roll för den allmänna hälsan i samhället. I detta arbete är samverkan mellan skolans kärnverksamhet om utbildning och folkhälsomål identifierade. Exempel ges inom området nutrition som visar hur dessa länkar kan arbeta på skolnivå. Struktur och funktion av den hälsofrämjande skolan beskrivs och författaren föreslår att det finns ett mycket nära samband mellan den hälsofrämjande skolan och de möjliggörande faktorerna som behövs för att uppnå health literacy.	Artikel undersöker vilken roll skolor kan spela för att underlätta att uppnå health literacy som ett mål för folkhälsa.	De flesta skolor bemöter health literacy, men på en grundläggande nivå. Många skolor världen över har uppnått avsevärda resultat i health literacy med hjälp av ramen för hälsofrämjande skolor eller liknande modeller. Begreppet health literacy är mycket förenlig med konceptet för hälsofrämjande skolor och skulle kunna utgöra ett godtagbart resultat där framgången för en hälsofrämjande skola kan bedömas.

<b>Publikationsår Land Databas</b>	<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod Urval</b>	<b>Slutsats</b>
2014 USA Summon	Renwick, Kerry.	Critical health literacy: shifting textual–social practices in the health classroom	Artikeln överväger hur elever är konstruerade som aliens i hälsoklassrummet. Att skapa ett klassrum som passar för hälsofrämjande arbete kräver närmare uppmärksamhet av de som använder sig av klassrummet. Om klassrum är platser där mångfald existerar och erkänns utmanas de som undervisar om hälsa att överväga hur elever är placerade.	Okänd	Att utveckla kritisk health literacy kan hjälpa till att informera klassrummet i nya, engagerande riktningar. Detta leder till att kombinera reflektion och handling i hälsoundervisning för omvälvande ändamål, för både lärare och elever. Det erbjuder både en filosofisk utgångspunkt och en uppsättning av praktiska riktlinjer för hur hälsolärare visar och arbeta med elever i klassrummet.