

Examensarbete, Högskolan på Åland, Utbildningsprogrammet för social- och
hälsovård

HÄLSOLITTERACITET OCH COVID-19-PANDEMIN

En tvärsnittsstudie på Åland

Elin Holmqvist



2021:31

Datum för godkännande: 03.06.2021
Handledare: Erika Boman

EXAMENSARBETE

Högskolan på Åland

Utbildningsprogram:	Utbildningsprogrammet för social- och hälsovård
Författare:	Elin Holmqvist
Arbetets namn:	Hälsolitteracitet och covid-19-pandemin - En tvärsnittsstudie på Åland
Handledare:	Erika Boman
Uppdragsvigare:	-

Abstrakt

Bakgrund: Hälsolitteracitet handlar om personens förmåga att hitta, förstå, värdera och handla utifrån information. För att begränsa spridningen av covid-19 har befolkningen på Åland behövt tillämpa olika rekommendationer i vardagen, vilket har krävt ett viss mått av hälsolitteracitet bland befolkningen.

Syfte: Att undersöka hälsolitteracitet bland befolkningen på Åland i samband med covid-19-pandemin.

Design och metod: Studien är en deskriptiv kvantitativ tvärsnittsstudie. Data har samlats in genom en enkät. Beskrivande och analytisk statistik har tillämpats för att analysera datat.

Resultat: Resultatet visar att de finns signifikanta samband mellan hälsolitteracitet och att veta hur man skyddar sig från covid-19, tillämpa handhygien och social distans samt att rätt strategi tillämpats på Åland. Signifikant skillnad sågs inte i hälsolitteracitet mellan åldersgrupper, kön och utbildningsnivå.

Slutsats: Utifrån resultatet kan det antas att hälsolitteraciteten på Åland är god för majoriteten av befolkningen. Hälsolitteracitet är av betydelse för individens tillit, trygghet, samt delaktighet i samhället och kan främja jämlikhet. Dock finns det risk att resultaten inte är generaliserbara till hela befolkningen; för att dra någon slutsats skulle vidare forskning med större deltagarantal behöva genomföras.

Nyckelord (sökord)

Covid-19, enkätstudie, hälsolitteracitet, pandemi

Högskolans serienummer:	ISSN:	Språk:	Sidantal:
2021:31	1458-1531	Svenska	41 sidor

Inlämningsdatum:	Presentationsdatum:	Datum för godkännande:
28.05.2021	03.06.2021	03.06.2021

DEGREE THESIS

Åland University of Applied Sciences

Study program:	Health and Caring Sciences
Author:	Elin Holmqvist
Title:	Health Literacy and the Covid-19-pandemic - A cross-sectional Study on the Åland Islands
Academic Supervisor:	Erika Boman
Technical Supervisor:	-

Abstract

Background: The meaning of health literacy is an individual's ability to find, understand, evaluate and act from information. The population of the Åland Island has needed to apply recommendations in order to decrease the spreading of covid-19 which have put demands on the population.

Aim: To investigate the health literacy among the population in the Åland Island in conjunction with the covid-19-pandemic.

Design and methods: The study is a descriptive qualitative cross-sectional study. The data was collected through a survey. Descriptive and statistical analysis have been applied.

Results: The results display significant correlations between the health literacy inquiries and “Protect oneself against covid-19”; “Hand Hygiene”; “Social distancing” and “Strategy”. No significant correlations were found between age groups, sex and education level.

Conclusions: Based on the results, it can be assumed that health literacy on Åland Island is good for the majority of the population. Health literacy is important for the individual's trust, security, participation in society and can promote equality. However, there is a risk that the results are not generalizable to the entire population; to draw any conclusions, further research with a larger number of participants need to be carried out.

Keywords

Covid-19, health literacy, pandemic, survey study

Serial number:	ISSN:	Language:	Number of pages:
2021:31	1458-1531	Swedish	41 pages

Handed in:	Date of presentation:	Approved on:
28.05.2021	03.06.2021	03.06.2021

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	5
1.1 Bakgrund	5
1.1.1 Hälsolitteracitet	6
1.1.2 Tidigare forskning relaterat till hälsolitteracitet och covid-19 pandemin	8
1.1.3 Relevans för omvårdnad	10
1.2 Problemformulering	12
1.3 Syfte	12
2.METOD	13
2.1 Urval och deltagare	13
2.2 Datainsamling	14
2.3 Analys	15
2.4 Forskningsetik	17
3. RESULTAT	19
4. DISKUSSION	26
4.1 Resultatdiskussion	26
4.2 Metoddiskussion	30
4.3 Slutsats	33
LITTERATURFÖRTECKNING	35

1. INLEDNING

För att kunna förstå och bedöma relevans av hälsoinformation samt agera utifrån informationen krävs god hälsolitteracitet (Cangussú et al., 2020; McCaffery et al., 2020; Sørensen et al., 2012). God hälsolitteracitet anses vara en av de starkaste och mest avgörande faktorerna för att uppnå hälsoresultat och kan förklara varför ojämlikheter generellt finns i samhället (McCaffery et al., 2020). Hälften av Europas befolkning har bristande hälsolitteracitet, vilket är problematiskt gällande hanteringen av covid-19-pandemin (Cangussú et al., 2020). Befolkningen behöver kunskap om överföring av sjukdomen, inkubationstid, när en person är som mest smittsam, riskfaktorer, grundläggande epidemiologi och förebyggande arbete (McCormack et al., 2021). Det har visat sig att personer med god hälsolitteracitet har lättare att följa till exempel myndigheters beslut (Mårtensson & Hensing, 2012). Hälsolitteracitet är studerat i olika delar av världen men hälsolitteracitet varierar i olika sammanhang och olika kontext. Därför är det viktigt att studera hälsolitteracitet och faktorer som kan påverka det i samband med covid-19-pandemin på Åland, för att få en ökad förståelse för hur befolkningen har agerat och hanterat pandemin.

1.1 Bakgrund

Enligt Institutet för hälsa och välfärd (Institutet för hälsa och välfärd [THL], 2020) konstaterade man i Kina i december 2019 ett coronavirus som tidigare varit okänt. Det fick namnet *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*, SARS-CoV-2. Namnet valdes då viruset liknar SARS-coronavirus, ett tidigare liknande virus. Sjukdomen som fås av viruset kallas covid-19 efter *Corona Virus Disease* och att sjukdomen identifierades 2019. Sjukdomen ger en varierande symtombild och som kan förändras under sjukdomens förlopp. Sjukdomen kan ge förkylningssymtom med feber, trötthet, hosta, halsont, snuva, huvud- och kroppsvärk, men även smak- och luktbortfall. Symtom med illamående, kräkning och diarré förekommer, men också allvarliga symtom och följsjukdomar som akuta andningssvårigheter, lunginflammation, och/eller andra komplikationer som är livshotande och kan leda till dödsfall (Institutet för hälsa och välfärd [THL], 2021a). Första fallet av covid-19 identifierades i Finland i slutet på januari år 2020 och första fallet på Åland i mars år 2020 (Institutet för hälsa och välfärd [THL], 2021b).

Under det första året av covid-19-pandemin har olika rekommendationer och restriktioner för att undvika smittspridning genomförts. Restriktioner och rekommendationer har varierat beroende på pandemins fas och smittläge. På Åland har offentliga tillställningar och allmänna sammankomster begränsats från att allt från 500 personer (Ålands landskapsregering, 2020a) till att maximalt tio personer (Ålands landskapsregering, 2021d) har fått samlas. Förbud mot offentliga och privata tillställningar samt hobbyverksamhet har införts i olika grader. Distansarbete har rekommenderats starkt och skolor har haft stängt under kortare eller längre perioder (Ålands landskapsregering, 2021a). Restauranger har haft stängt och/eller bara erbjudit take-away i perioder (Ålands landskapsregering, 2021b). Gruppaktiviteter inom boendeservicen har varit på paus, vård- och omsorgspersonal har behövt använda skyddsutrustning korrekt och besök av närstående till exempelvis äldreboenden har skett enligt speciella anvisningar (Ålands landskapsregering, 2021c).

För att begränsa spridningen av covid-19 har befolkningen på Åland behövt tillämpa olika rekommendationer i vardagen som att hålla 1-2 meters avstånd till andra, tvätta händerna och hosta i armvecket (Ålands hälso- och sjukvård [ÅHS], 2021). Mun- och nässkydd har tillämpats i olika grader från 12 år och uppåt (Ålands landskapsregering, 2021a). Vid förkylningssymtom har befolkningen uppmanats att stanna hemma och provtas för covid-19. Befolkningen har uppmanats att undvika att resa och vara bland folksamlingar. Pandemin har bidragit till att det har ställts krav på befolkningen att hitta, förstå, värdera och handla utifrån information som har uppdateras kontinuerligt.

1.1.1 Hälsolitteracitet

Hälsolitteracitet kommer från de engelska orden *health* och *literacy*. Begreppet *health* betyder hälsa och är en resurs i varje persons liv och en mänsklig rättighet (Olander et al., 2020). Hälsa står enligt Världshälsoorganisationen för fullständigt fysisk, mentalt och socialt välbefinnande och frånvaro av sjukdom eller handikapp (World Health Organization [WHO], 1998). Begreppet *literacy* betyder skrivkunnighet och innebär att man är beläst. Det översätts ofta till läs- och skrivförmåga. Det kan definieras som en förmåga att kommunicera gällande hälsoproblem och en process som består av ett kontinuerligt lärande (Olander et al., 2020;

Sørensen et al., 2012; Wångdahl et al., 2017). *Health literacy* fokuserar på faktorer och komponenter vilka bidrar både till individen och befolkningens hälsolitteracitet (Olander et al., 2020; Sørensen et al., 2012).

Sørensen et al. (2012) har studerat definitioner och modeller kopplade till hälsolitteracitet och konstaterar att hälsolitteracitet är ett brett begrepp och att många definitioner och modeller inte är tillräckligt omfattande för att stämma överens med verkligheten. Sammantaget, kan det dock sägas att hälsolitteracitet handlar om personens förmåga att få tillgång till information, att kunna söka, förstå, utvärdera, handla (Mårtensson & Hensing, 2012; Svendsen et al., 2020; Sørensen et al., 2012) men även att tolka och filtrera hälsoinformation (Sørensen et al., 2012). Det krävs kunskap och kompetens (Sørensen et al., 2012). För att kunna värdera hälsoinformation är individens motivation också en bidragande faktor för att kunna värdera och tillämpa informationen i vardagen. Ur ett folkhälsoperspektiv står motivation endast för en faktor; en persons totala hälsolitteracitet består av flera olika faktorer tillsammans (Sørensen et al., 2012; Wångdahl et al., 2017).

God läs- och skrivkunnighet, liksom längre utbildning, språkkunnighet och vana att söka information främjar hälsolitteracitet, men behöver inte per automatik betyda att man besitter god hälsolitteracitet (Mårtensson & Hensing, 2012; Svendsen et al., 2020; Wångdahl et al., 2017). Hälsolitteracitet är inte konstant (Mårtensson & Hensing, 2012) och en individs personliga hälsolitteracitet utvecklas hela tiden, det är en livslång process (Sørensen et al., 2012; World Health Organization [WHO], 2013). Hälsolitteracitet kan variera från dag till dag beroende på sammanhang, situationer eller miljöer i vardagen (Mårtensson & Hensing, 2012). Hälsolitteracitet kan förändras genom till exempel sjukdom, olycka eller att man bor i ett nytt land (Wångdahl et al., 2017).

Tidigare studier visar att kön, ålder, utbildningsnivå, inkomst och etnicitet påverkar hälsolitteracitet (Mårtensson & Hensing, 2012; Svendsen et al., 2020; Wångdahl et al., 2017). Män, personer med annan etnicitet än majoriteten av befolkningen i landet liksom personer som har en inkomst under den genomsnittliga inkomstgränsen eller personer som får socialt stöd tenderar att i större grad ha bristande hälsolitteracitet (Svendsen et al., 2020). Gällande

ålder rapporterar Mårtensson & Hensing (2012) att äldre personer har lägre hälsolitteracitet medan Svendsen et al. (2020) talar om att yngre personer har lägre hälsolitteracitet.

Bristande hälsolitteracitet kan leda till nedsatt hälsostatus, låg socioekonomisk ställning och inaktivitet och bristande hälsolitteracitet kan vara anledningen till nedsatt hälsostatus och så vidare, de kan alltså associeras med varandra (Svendsen et al., 2020). I praktiken kan bristande hälsolitteracitet leda till felanvändning av mediciner/hjälpmedel, att felaktiga hälsobeslut fattas, att instruktioner och symtom tolkas fel, frånvaro vid bokade besök till sjukvården, onödiga vårdbesök och/eller ökat behov av sjukhusvård (Mårtensson & Hensing, 2012). Bristande hälsolitteracitet ger konsekvenser för förebyggande insatser, behandlingsföljsamhet och rehabilitering vilket i sin tur leder till sämre hälsa (Wångdahl et al., 2017). Bristande hälsolitteracitet leder till negativa konsekvenser för individen och samhället (Svendsen et al., 2020). Bristande hälsolitteracitet kan leda till spridning av felaktig hälsoinformation i samhället (Cangussú et al., 2020). Hälsolitteracitet har studerats i stora delar av världen med det har konstaterats att forskning kring hälsolitteracitet i Norden är bristfällig (Sørensen & Wångdahl, 2019).

1.1.2 Tidigare forskning relaterat till hälsolitteracitet och covid-19 pandemin

Trots att de första fallen av covid-19 identifierades så sent som i december 2019 finns det redan en hel del vetenskapliga publikationer relaterat till hälsolitteracitet. Studier har genomförts exempelvis i Australien, Brasilien och USA.

Resultat från studier gällande hälsolitteracitet och covid-19-pandemin är samstämmiga med tidigare forskning kring hälsolitteracitet generellt. Enligt McCormack et al. (2021) finns skillnader i kunskap om covid-19 beroende på ålder, utbildning, årlig inkomst i hushållet och sjukförsäkring; bristande hälsolitteracitet påvisas hos befolkning med lägre utbildning, lägre inkomst, yngre, personer med afrikanskt ursprung och de som inte hade privat sjukförsäkring. Resultat från tidigare publicerad studie presenterar att etniska skillnader konstateras gällande hantering av covid-19. O’Conor et al. (2020) bekräftar detta resultat men Weaver et al. (2021) såg inte etniska skillnader. Gällande åldersskillnader bedömde äldre personer covid-19-pandemin som allvarligare än yngre, medan de äldre upplevde mindre ångest och

nervositet än yngre (O’Conor et al., 2020). Enligt Weaver et al. (2021) tillämpade äldre personer social distansering i mindre utsträckning än de yngre. Personer som pratade ett annat språk än majoriteten i landet ansåg i större utsträckning att de inte skulle insjukna i covid-19 (McCaffery et al., 2020).

Personer med bristande hälsolitteracitet har visat sig ha sämre förståelse för symtomen på covid-19 och sjukdomen överlag. De har svårigheter att ändra beteenden i vardagen, vilket krävs för att minska smittspridning (McCaffery et al., 2020). Befolkningen har kunskap om att hålla social distans och tvätta händerna för att förhindra sjukdom men okunskap gällande att undvika att röra ansiktet, bära ansiktsmask och att inte träffa sjuka personer (O’Conor et al., 2020). Personer med bristande hälsolitteracitet var mindre förberedda på pandemin än de med god hälsolitteracitet. De med bristande hälsolitteracitet anser sig ha mindre risk att insjukna i covid-19 men de är oroligare i vardagen och har mer ekonomiska bekymmer (McCaffery et al., 2020). Det har konstaterats att inte alla har tillräcklig kunskap om covid-19-sjukdomens svårighetsgrad och dödlighet och att den bristande kunskapen och dödsfall är förknippade med varandra (McCormack et al., 2021).

Befolkningens bristande hälsolitteracitet leder till fortsatt smittspridning då ökning av antal fall antyder att rekommendationer och restriktioner inte följts, vilket kan förklaras av befolkningens hälsolitteracitet (Cangussú et al., 2020). Enligt McCaffery et al. (2020) är personer med bristande hälsolitteracitet utsatta i samhället pga nedsatt förmåga att hitta, förstå, värdera och handla utifrån hälsoinformation och covid-19-pandemin leder till att de personerna utsätts för ännu en risk. Det är inte bra varken från individ- eller samhällsperspektiv. Enligt McCaffery et al. (2020) är det främst personer med bristande hälsolitteracitet och personer som talade ett annat språk än majoriteten i landet som tar del av webbsidor med felaktig information. De här grupperna ansåg även att de hade svårigheter att hitta korrekt, tillförlitlig information och kunna tillämpa informationen. Missvisande hälsoinformation och bristande hälsolitteracitet kan leda till ohälsa inklusive ångest, stress eller rädsla (Cangussú et al., 2020; Valizadeh-Haghi et al., 2021).

Resultat från studier som undersökt hälsolitteracitet i förhållande till covid-19-pandemin överensstämmer mycket med resultat från studier som studerat hälsolitteracitet i relation till

andra pandemier (Eastwood et al., 2009; Wong & Sam, 2011). I samband med A(H1N1) influensan, även kallad "svininfluensan", kunde det konstateras att etniska skillnader (språk, hudfärg, religion, bakgrund etcetera) gällande hantering av pandemin kunde ses. Befolkning som bodde i stadsområden undvek risker i vardagen för att minska risken att insjukna mer än befolkning som bodde på landsbygden (Wong & Sam, 2011).

1.1.3 Relevans för omvårdnad

Hälsolitteracitet är viktigt för omvårdnaden då det påverkar personens förmåga att förstå hälsoinformation och hur personen agerar utifrån informationen (Mårtensson & Hensing, 2012). Goda hälsokunskaper leder till förbättrad självrapportering av hälsostatus, lägre sjukvårdskostnader, kortare sjukhusvistelse och mindre upprepande användning av vårdtjänster (Sørensen et al., 2012). God hälsolitteracitet leder till att personen möjliggörs mer makt över faktorer som påverkar hälsan. Personer med låg hälsolitteracitet kan inte på samma sätt ta till sig och använda den kunskap som fås för att kunna handskas med hälsorisker i vardagen (Olander et al., 2020), vilket kan leda till ojämlik hälsa (Sørensen et al., 2012).

Jämlikhet ur ett hälsoperspektiv innebär att alla medborgare ska ha möjlighet att kunna uppnå fullt hälsopotential, vilket också ses som en bidragande faktor som främjar välbefinnande på individ- och befolkningsnivå. Jämlikhet inom hälsa är nära förknippat med mänskliga rättigheter. En väl genomtänkt fördelning av vårdresurser i samhället kan leda till jämlik hälsa (Tillgren et al., 2020). Detta kan för personen leda till mer delaktighet i samhället och främja individens hälsolitteracitet (Olander et al., 2020). Detta kan kopplas till de strategiska hållbarhetsmålen för Åland där alla i befolkningen har möjlighet till välmående och mångsidig utveckling. Personen själv ansvarar över sin hälsa och hälso- och sjukvården är anpassad utifrån individens behov. Tillgång till kunskap om bland annat mänskliga rättigheter, jämställdhet, hållbar livsstil och aktivt medborgarskap ska alla ha möjlighet till. Kunskap är en bidragande faktor för det åländska samhället. Alla som tillhör det åländska samhället ska känna tillit och få chansen att vara delaktiga i samhället. Jämlikhet och jämställdhet ska uppnås och resurser i samhället ska vara jämnt fördelat för befolkningen (Nätverket Bärkraft.ax, 2016).

Enligt Landskapslag om hälso- och sjukvård (2011), gällande de folkhälsopolitiska mål som är satta, ska hälsa främjas och upprätthållas och hälsoskillnader ska minskas i befolkningen. Om ens hälsotillstånd förutsätter hälso- och sjukvård har alla i befolkningen rätt till det inom tillåtna gränser. Konsekvenser för befolkningens hälsa och välfärd ska tas i beaktande och faktorer som påverkar befolkningens hälsa och välfärd ska följas upp utifrån befolkningens behov. Korrekt vård ska ges genom förebyggande arbete, bota sjukdom och lindra lidande.Handledning ska ges som främjar personens hälsa och egenvård. Identifierande av hälsoproblem ska ske i ett tidigt skede, vilket främjar jämlikhet (Landskapslag om hälso- och sjukvård, 2011).

Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor ska sjukskötaren ansvara för att patienten får tillräcklig, korrekt och lämplig information på ett kulturellt anpassat sätt som patienten har som underlag för vården och behandling. Sjukskötaren ska aktivt utveckla och bibehålla omvårdnadens värdegrund och tillsammans med samhället ansvara för att inleda och främja insatser för allmänheten som tillgodoser hälsa och sociala behov, särskilt grupper i befolkningen som är sårbara. Sjukskötaren ska arbeta för jämlikhet och social rättvisa i samhället vad gäller fördelning av resurser, hälso- och sjukvårds tillgång och övriga vård- och omsorgstjänster (Svensk sjuksköterskeförening, 2021), vilket ställer höga krav på vårdpersonalen för att kunna främja och bibehålla hälsa hos patienter. För att främja hälsolitteracitet behöver vårdpersonal ha omfattande förståelse och se sig själv som en resurs. Vårdpersonal behöver utgå från att ge korrekt och tydlig information på patienternas kunskapsnivå och stödja dem att bedöma värdet på informationen baserat på patientens tillstånd, situation och tidigare erfarenheter (Mårtensson & Hensing, 2012; Wängdahl et al., 2017). Organisationer, till exempel hälso- och sjukvården behöver aktivt arbeta för att information ska vara tillgänglig och förståelig utifrån befolkningens olika behov (Wängdahl et al., 2017).

Sammanfattningsvis kan det konstateras att hälsolitteracitet kan definieras på olika sätt beroende på sammanhang och i vilken omfattning befolkningen inkluderas om det är utifrån individ-, befolkning- eller samhällsperspektiv. Befolkningens hälsa baseras på individernas hälsa och för att stärka hälsolitteracitet i befolkningen behöver man börja på individnivå. God

hälsolitteracitet på individnivå är en resurs för samhället och är viktigt för att uppnå folkhälsomål (Olander et al., 2020).

1.2 Problemformulering

Pandemins restriktioner och rekommendationer har gjort att befolkningen har behövt anpassa sin vardag för att undvika smitta och smittspridning. Hälsolitteracitet påverkar befolkningens förmåga att agera, vilket lett till konsekvenser på samhällsnivå under covid-19-pandemin. Det finns forskning kring hälsolitteracitet och covid-19 från andra delar av världen men begränsat med studier från Norden, speciellt från Finland och Åland; idag vet vi inte vilken hälsolitteracitet Ålands befolkning har och hur det påverkar befolkningens agerande i samband med covid-19-pandemin. Genom att studera befolkningens hälsolitteracitet kan man få en ökad förståelse över hur befolkningen har agerat under covid-19-pandemin. Forskning talar om att den enskilda personens hälsolitteracitet är en avgörande faktor utifrån ett folkhälsoperspektiv för att uppnå god hälsa. Det behövs för att kunna förstå, agera och tillämpa hälsoinformation. För att god vård ska kunna ges för att främja personens hälsa behövs förståelse angående hälsolitteracitet i befolkningen.

1.3 Syfte

Syftet med studien var att undersöka hälsolitteracitet bland befolkningen på Åland i samband med covid-19-pandemin.

2.METOD

Arbetet är en del av ett större projekt “Ålands covid-19 populationskohort - en longitudinell epidemiologisk studie och kartläggning av befolkningens erfarenheter och beteende”, även kallad “Ålands covidkohort”. Projektets samarbetspartners är Högskolan på Åland, Institutet för hälsa och välfärd (THL), Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS), Ålands landskapsregering samt Medimar och Bimelix. Projektets tre delar innefattar: 1. Kartläggning av förekomst av covid-19 hos befolkningen, vilket görs via PCR-test och antikroppstest; 2. Kartläggning och analys av befolkningens kunskap, hälsofrämjande och riskbeteende samt tillit i samband med covid-19-pandemin genom en enkät; 3. Att belysa befolkningens erfarenheter genom fokusgruppsintervjuer.

Detta arbete kommer att baseras på data från enkätstudien. Enkätdata är insamlat vid ett mättillfälle, och studiens design är således en kvantitativ tvärsnittsstudie. I en kvantitativ studiedesign används strukturerade observationer eller mätningar där syftet är att beskriva, jämföra och/eller se samband (Henricson, 2012). Tvärsnittsstudier har som syfte att beskriva någonting ur en population som det tidigare finns en viss kunskap om. Data samlas in under en viss period och något kan beskrivas. Undersökningen görs oftast med ett slumpmässigt urval (Olsson & Sörensen, 2021).

2.1 Urval och deltagare

I “Ålands covidkohort” inkluderades personer över 18 år slumpmässigt från befolkningen på Åland. Slumpmässigt urval innebär att man är intresserad av alla som tillhör befolkningen för att utifrån dem göra ett slumpmässigt urval där alla i befolkningen har lika stor chans att bli utvalda till stickprovet. Personerna som representerar stickprovet representerar hela befolkningens resultat (Barmark & Djurfeldt, 2020). Personer under 18 år exkluderades, liksom personer för vilka PCR- och/eller blodprov var kontraindicerat.

Utifrån en powerberäkning, vilket är beräkning av urvalets storlek för att kunna ta korrekta slutsatser om populationen utifrån stickprovet (Olsson & Sörensen, 2021), uppskattades det att 195 personer behövde delta i projektet som helhet. Därtill adderades 65 personer, som

förväntades kunna ersätta ca 25% bortfall. Totalt 260 personer blev tillfrågade för att delta i projektet. Två påminnelser skickades ut och totalt deltog 103 personer i enkätstudien (svarsfrekvens = 39,6%).

2.2 Datainsamling

Enkäten som deltagarna fyllde i är baserad på Världshälsoorganisationens (*World Health Organisation*, WHO) enkät *Monitoring knowledge, risk perceptions, preventive behaviours and trust to inform pandemic outbreak response* (World Health Organization [WHO], 2020). Formuläret har modifierats och omarbetas av forskargruppen bakom “Ålands Covidkohort”. Hösten 2020 pilottestades frågeformuläret av sjukskötarstuderande vid Högskolan på Åland och personal inom förvaltningen hos Ålands landskapsregering. Efteråt gjordes några mindre ändringar i frågeformuläret. Enkäten fylldes sedan i av deltagarna självständigt på webben eller tillsammans med personal från projektet genom telefonsamtal. Datainsamlingen pågick december 2020 - februari 2021.

I frågeformuläret fanns åtta frågor som skattade hälsolitteracitet. Frågorna har inspirerats av *the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EUQ)* (Sørensen et al., 2013) och *The Austrian Corona Health Literacy Questionnaire* (Griebler & Nitsche, 2020). Frågorna som skattade hälsolitteracitet, inleddes med Hur lätt eller svårt skulle du säga att det är att....? och avslutades med 1. ...hitta information som du behöver relaterat till COVID-19?; 2. ...förstå information om hur du bör agera om du misstänker att du har COVID-19?; 3. ...förstå restriktioner och rekommendationer från olika myndigheter gällande COVID-19?; 4. ...följa rekommendationer om hur du bör agera för att skydda dig själv från att smittas av COVID-19?; 5. ...förstå rekommendationerna om när du bör stanna hemma från arbete/skola, och när det inte är nödvändigt?; 6. ...följa rekommendationerna om när du bör stanna hemma från arbete/skola, och när det inte är nödvändigt?; 7. ...förstå rekommendationerna om när det är acceptabelt att delta i sociala sammanhang, och när det inte är lämpligt; 8. ...följa rekommendationerna om när det är acceptabelt att delta i sociala sammanhang, och när det inte är lämpligt. Frågorna besvarades på en ordinalskala, 1-7 (1 = Mycket svårt; 7= Mycket lätt).

I frågeformuläret fanns också bakgrundsfrågor. I detta arbete presenteras deltagarnas ålder i tre åldersgrupper (18-39; 40-59; 60 år och äldre) samt utbildningsnivå i två grupper (år av utbildning deltagarna slutfört: upp till 12 år; mer än 12 år). Andra bakgrundsvariabler var kön (man; kvinna) och huvudsaklig sysselsättning (arbetstagare/tjänsteman; arbetsgivare/företagare/lantbrukare; elev/studerande; arbetslös/permitterad; pensionär; föräldra- eller vårdledig/övrigt hemarbete; annat). Vidare redovisas deltagarnas självskattade hälsa, som grupperats i god (utmärkt, mycket god, god) eller någorlunda/dålig hälsa. Deltagarna fick fylla i frågan om de tillhör någon riskgrupp för att drabbas av covid-19 listat av THL (nej; ja; vet inte) och om de haft den nya coronavirussjukdomen covid-19 (nej; ja; vet inte).

Vidare valdes ett antal frågor/påståenden som antas kunna ha samband med hälsolitteracitet. Ett påstående var: "Jag vet hur jag kan skydda mig från COVID-19". Påståendet besvarades på en ordinalskala, 1-7 (1 = Inte alls; 7 = I stor utsträckning). Vidare valdes frågan "Under de sex (6) senaste månaderna, vilka åtgärder har du vidtagit för att undvika en covid-19-infektion", med de efterföljande påståendena som berörde handhygien: "Tvättat händerna ofta med tvål och vatten minst 20 sekunder"; social distans: "Undvikit sociala sammanhang som du önskat delta i"; samt resor: "Undvikit att resa utanför Åland". Påståendena besvarades på en ordinalskala, 1-7 (1 = Inte alls, 7 = I mycket stor utsträckning). Även ett påstående om vaccin inkluderades: "Om ett vaccin mot COVID-19 blir tillgängligt och jag rekommenderas ta det kommer jag att ta vaccinet". Påståendet besvarades på en ordinalskala, 1-7 (1 = stämmer helt, 7 = stämmer inte alls). Avslutningsvis valdes ett påstående som relaterar till den strategi som tillämpats: "Gällande besluten som fattats för att bekämpa epidemin på Åland anser jag att rätt beslut för att bekämpa epidemin har fattats". Påståendet besvarades på en ordinalskala, 1-7 (1=överensstämmer helt och 7=överensstämmer inte alls).

2.3 Analys

Beskrivande och analytisk statistik har tillämpats för att analysera materialet, vilket innebär att datan som samlats in sammanfattas och förklaras kortfattat för att få en översikt och slutsatser tas genom att jämföra och undersöka skillnader och samband av materialet

(Henricson, 2012). För att beskriva bakgrundsdata har antal (n) och procent (%) angivits. Frågorna som skattar deltagarnas hälsolitteracitet, vilket är arbetets beroende variabler, redovisas med centralmättet median (Md) och spridningsmättet kvartiler (q1; q3). Median är "mittenvärdet" och är lämplig att använda när materialet är snedfördelat (Barmark & Djurfeldt, 2020). Inga hälsolitteracitetfrågor var normalfördelat vilket sågs enligt testet Shapiro-Wilks vilket undersöker fördelningen av en variabel. Ett signifikant p-värde (0,005) innebär icke normalfördelat data (Geert van den Berg, 2021). Kvartilerna visar hur spridningen ser ut i närheten av medianen och påverkas inte av extremvärden (Barmark & Djurfeldt, 2020).

Ett medelvärde för alla hälsolitteracitetfrågorna beräknades och variabeln kallas "Hälsolitteracitet total". Ett boxdiagram har tillämpats för att visa en tydlig översiktsbild över spridningen för totalvärdet. I boxdiagrammet kan man utläsa centralmätt (median), spridningsmätt (kvartiler), samt minimum-, maximum- och extremvärde (Rissanen, 2013). Cronbachs alpha beräknades för alla frågorna och uppmätte värdet 0,875. Cronbachs alpha berättar i vilken utsträckning de olika variablerna samverkar med varandra. Värdet kan variera mellan 0 till 1 och högre värde ger högre grad av samvariation. Värdet ska överstiga 0,7 för att variablerna ska vara lämpliga att slås samman, vilket "hälsolitteracitet total" gör (Barmark & Djurfeldt, 2020).

För att se om det fanns någon skillnad i de olika hälsolitteracitetfrågorna och "hälsolitteracitet total" mellan åldersgrupperna användes Kruskal Wallis, som är ett icke-parametriskt test för att analyser och mäta skillnader mellan tre eller flera grupper (Rissanen, 2013). Testet är lämpligt vid snedfördelat data och/eller vid liten population (Barmark & Djurfeldt, 2020). För kön och utbildningsnivå användes Mann-Whitney U test, som är ett oberoende test som används när man undersöker två grupper. Testet är ett icke-parametriskt test vid snedfördelning och/eller vid liten population (Rissanen, 2013).

För att undersöka samband mellan "hälsolitteracitet total" och frågor relaterade till hälsolitteracitet användes Spearman rangkorrelationstest, som är en korrelationsanalys. Testet visar om det finns något samband mellan variablerna och det används om en eller båda variablerna är icke-parametriska/snedfördelade (Rissanen, 2013). Sambandets styrka visas genom Spearmans korrelationskoefficient, r -värde. Värdena kan variera mellan -1 och 1 och

berättar hur starkt sambandet är samt sambandets riktning. Ett värde vid -1 indikerar ett starkt negativt samband och värde vid 1 ett starkt positivt samband. Ju närmare 1 desto starkare är sambandet. Däremellan visar r -värden över 0,5 som mycket starkt samband, värde på 0,3 som starkt samband och värde under 0,2 som svagt samband (Barmark & Djurfeldt, 2020). Samtidigt fås ett p-värde ut genom Spearmans korrelationsanalys, r -värdet signifikanttestas. Ett svagt r -värde och ett signifikant p-värde bevisar med säkerhet att det trots alls finns ett samband (Barmark & Djurfeldt, 2020). Sambandets riktning, om det var negativt eller positivt, har tolkats utifrån ett punktdiagram och genom att avläsa r -värdet. Om regressionslinjen går neråt är sambandet negativt och om den går uppåt är sambandet positivt (Barmark & Djurfeldt, 2020).

Statistikprogrammet Jamovi, version 1.6.15, har använts för analys av data. Ett p-värde mindre än 0,05 har tillämpats för att tolka ett resultat som statistiskt signifikant, vilket innebär att det är minst 95% säkert att ett samband eller skillnader finns. P-värdet på 0,05 valdes utifrån stickprovets storlek, vilket var ett mindre stickprov (Barmark & Djurfeldt, 2020).

2.4 Forskningsetik

Studien betraktas som humanvetenskaplig forskning som har genomförts för att förstå människan på något sätt. I samband med humanvetenskaplig forskning tas människovärde, självbestämmanderätt och rättigheter (rätt till liv, personlig frihet & integritet, rörelsefrihet, yttrandefrihet, skydd för privatliv, religionsfrihet och egendomsskydd) i beaktande genom att forskarna är respektfulla mot deltagarna som deltar i studien (Arene, 2018). Forskningsetik har tillämpats före, under och efter arbetet för att bibehålla deltagarnas integritet, mänskliga rättigheter, hälsa och säkerhet (Henricson, 2012).

För att uppnå god forskningsetik ska deltagarna i en studie lämna informerat samtycke (Forskningsetiska delegationen, 2020). För att uppfylla kriterier för informerat samtycke har deltagarna informerats i sina rättigheter, dvs, att deltagandet frivilligt, att man kan avbryta när som helst utan negativa påföljder, bli informerad om av studien går ut på, hur materialet kommer användas, man kan annullera samtycke när som helst, rätt till information bl.a om hanteringen av personuppgifter (Forskningsetiska delegationen, 2020). Deltagarna fick

skriftlig information om enkätundersökningen och genom att besvara enkäten gavs informerat samtycke.

För god forskningsetik ska hantering av personuppgifter behandlas systematiskt och ansvarsfullt (Forskningsetiska delegationen, 2020). I projektet har all persondata avidentifieras och deltagarna fick en kod för att inte kunna koppla vem personen är. Endast två studiekoordinatorer i projektet har tillgång till personuppgifter. Materialet till detta arbete erhöles från projektansvarig vid Högskolan på Åland och i det framkom inga personuppgifter. Materialet har förvaras säkert på låst datorer. Efter projektet har avslutats förstörs allt material och efter godkännande av examensarbete kommer all data kopplat till studien att raderas från skribentens dator.

Etiska riktlinjer för examensarbeten på yrkeshögskolor och kriterierna under “studerandes checklista” uppfylls (Arene, 2018). Projektet “Ålands Covidkohort” godkändes 28.10.2020 i Ålands hälso- och sjukvårds etikkommitté.

3. RESULTAT

Totalt deltog 103 personer i enkäten. Bakgrundsinformation om deltagarna presenteras i tabell 1. Könsfördelningen mellan deltagarna var jämn (48,5% kvinnor). Majoriteten (40,2%) av deltagarna var 40-59 år och hade längre än 12 års utbildning (59,2%). De flesta deltagarna (56,3%) var arbetstagare/tjänsteman. En större del (83,5%) av deltagarna skattade sin hälsa som god och majoriteten (75,7%) tillhörde inte någon riskgrupp listat från THL. Ingen av deltagarna svarade "ja" på frågan om de hade genomgått sjukdomen covid-19.

Tabell 1. Beskrivande statistik över deltagarna.

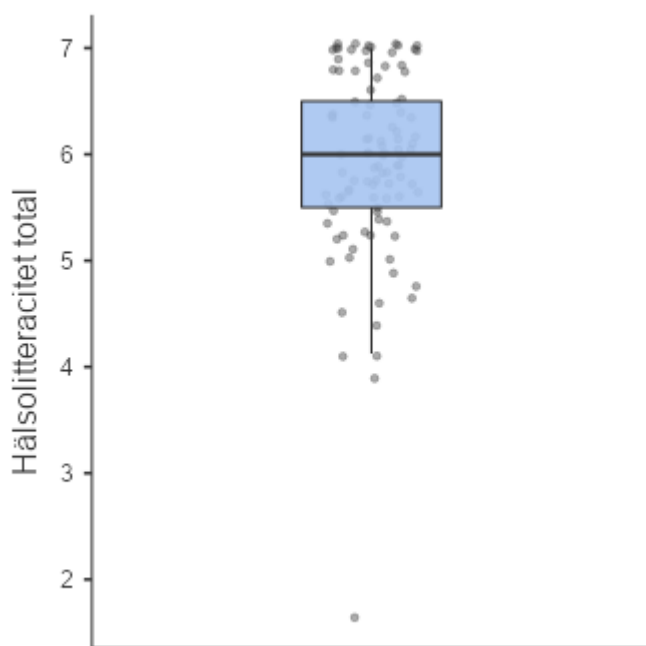
Variabler	n (%)
Kön	
Kvinna	50 (48,5)
Man	53 (51,5)
Åldersgrupp	
18-39 år	32 (31,4)
40-59 år	41 (40,2)
60 år och äldre	29 (28,4)
Utbildning	
Upp till 12 år	39 (37,9)
Längre än 12 år	61 (59,2)
Huvudsaklig sysselsättning	
Arbetstagare/tjänsteman	58 (56,3)
Arbetsgivare/företagare/lantbrukare	8 (7,8)
Elev/studerande	4 (3,9)
Arbetslös/permitterad	3 (2,9)
Pensionär	24 (23,3)
Föräldra- eller vårdledig/övrigt hemarbete	3 (2,9)
Annat, vad?	2 (1,9)
Jag önskar att inte besvara frågan	1 (1,0)
I allmänhet, skulle du säga din hälsa är?	
God hälsa	86 (83,5)
Någorlunda/dålig hälsa	17 (16,5)
Tillhör du någon riskgrupp för att drabbas av COVID-19 listad av THL?	
Nej	78 (75,7)
Ja	15 (14,6)
Vet inte	10 (9,7)
Har du haft covid?	
Nej	93 (91,2)
Ja	0
Vet inte	9 (8,8)

I tabell 2 presenteras totalvärde för hälsolitteracitetfrågorna där medianvärdet för samtliga separata påståenden var 6. Medianvärdet för alla frågor sammantaget (hälsolitteracitet, total) var också 6.

Tabell 2. Totalvärde för hälsolitteracitetfrågorna (1 = Mycket svårt; 7= Mycket lätt).

Hur lätt eller svårt skulle du säga att det är att....?	Md (q1; q3)
...hitta information som du behöver relaterat till COVID-19?	6 (5;7)
...förstå information om hur du bör agera om du misstänker att du har COVID-19?	6 (6;7)
...förstå restriktionerna och rekommendationerna från olika myndigheter gällande COVID-19?	6 (5;6)
...följa rekommendationerna om hur du bör agera för att skydda dig själv från att smittas av COVID-19?	6 (5;7)
...förstå rekommendationerna om när du bör stanna hemma från arbete/skola, och när det inte är nödvändigt?	6 (6;7)
...följa rekommendationerna om när du bör stanna hemma från arbete/skola, och när det inte är nödvändigt?	6 (5;7)
...förstå rekommendationerna om när det är acceptabelt att delta i sociala sammanhang, och när det inte är lämpligt	6 (5;7)
...följa rekommendationerna om när det är acceptabelt att delta i sociala sammanhang, och när det inte är lämpligt	6 (5;7)
Hälsolitteracitet total	6 (5,5; 6,5)

Utöver värden för kvartiler illustreras spridningen för totalvärdet (hälsolitteracitet, total) i ett boxdiagram (figur 1).



Figur 1. Spridning av totalvärde för hälsolitteracitet med boxdiagram.

I tabell 3 presenteras medianvärden och kvartiler för de olika hälsolitteracitetfrågorna och “hälsolitteracitet total” för olika åldersgrupper, kön och utbildningsnivå. Skillnader mellan hälsolitteracitetfrågorna och åldersgrupper, kön och utbildningsnivå har testats. Inga signifikanta resultat kunde identifieras.

Tabell 3. Skillnader i hälsolitteracitet mellan åldersgrupper, kön och utbildningsnivå bakgrundsvariabler.

Hur lätt eller svårt skulle du säga att det är att....?	Åldersgrupper Md (q1;q3)			Kön Md (q1;q3)		Utbildningsnivå Md (q1;q3)	
	18-39	40-59	≥60	Man	Kvinna	<12 år	>12 år
...hitta information som du behöver relaterat till COVID-19?	6 (5;7)	6 (5;7)	7 (5;7)	6 (5;7)	6 (5;7)	6 (5,5;7)	6 (5;7)
	p=0,507 ^a			p=0,997 ^b		p=0,91 ^b	
...förstå information om hur du bör agera om du misstänker att du har COVID-19?	6 (6;7)	6 (6;7)	7 (6;7)	6 (6;7)	7 (6;7)	7 (6;7)	6 (6;7)
	p=0,584 ^a			p=0,266 ^b		p=0,618 ^b	
...förstå restriktionerna och rekommendationerna från olika myndigheter gällande COVID-19?	6 (4,75;6)	6 (5;6)	6 (5;7)	6 (4;6)	6 (5;7)	6 (5;7)	6 (4;6)
	p=0,086 ^a			p=0,247 ^b		p=0,019 ^b	
...följa rekommendationerna om hur du bör agera för att skydda dig själv från att smittas av COVID-19?	6 (5;7)	6 (5;7)	6 (6;7)	6 (5;7)	6 (5;7)	6 (5;7)	6 (5;7)
	p=0,657 ^a			p=0,797 ^b		p=0,533 ^b	
...förstå rekommendationerna om när du bör stanna hemma från arbete/skola, och när det inte är nödvändigt?	6 (6;7)	6 (6;7)	7 (6;7)	6 (6;7)	6 (6;7)	6 (6;7)	6 (6;7)
	p=0,622 ^a			p=0,636 ^b		p=0,145 ^b	
...följa rekommendationerna om när du bör stanna hemma från arbete/skola, och när det inte är nödvändigt?	6 (5;7)	6 (5;7)	6 (5;7)	6 (5;7)	6 (5;7)	6 (5;7)	6 (5;7)
	p=0,510 ^a			p=0,393 ^b		p=0,320 ^b	
...förstå rekommendationerna om när det är acceptabelt att delta i sociala sammanhang, och när det inte är lämpligt	6 (5;7)	6 (5;7)	6 (6;7)	6 (5;7)	6 (5;7)	6 (5;7)	6 (6;7)
	p=0,387 ^a			p=0,720 ^b		p=0,605 ^b	
...följa rekommendationerna om när det är acceptabelt att delta i sociala sammanhang, och när det inte är lämpligt	6 (4,75;7)	6 (5;7)	6,50 (5,75;7)	6 (5;7)	6 (5;7)	6 (5;7)	6 (6;7)
	p=0,361 ^a			p=0,576 ^b		p=0,548 ^b	
Hälsolitteracitet total	5,81 (5,50;6,38)	6 (5,38;6,38)	6 (5,63;7)	6 (5,63;6,50)	6,06 (5,50;6,56)	5,88 (5,44;6,75)	6 (5,59;6,50)
	p=0,257 ^a			p=0,519 ^b		p=0,948 ^b	

^aKruskal-Wallis

^bMann Whitney U

I tabell 4 anges resultaten från korrelationsanalyser mellan hälsolitteracitet total och ett urval av bakgrundsvariabler som antogs vara av betydelse för hälsolitteracitet. I tabellen har signifikanta samband identifierats vilka är märkta med asterisk (*). Starkt signifikant samband fanns mellan hälsolitteracitet (hälsolitteracitet total) och frågan gällande att skydda sig från covid-19 samt frågan gällande handhygien. Sambandet var starkt positivt. Signifikant samband fanns mellan hälsolitteracitet (hälsolitteracitet total) och frågan gällande social distans. Sambandet var svagt positivt. Signifikant samband fanns mellan hälsolitteracitet och frågan gällande strategi. Sambandet var svagt negativt. Samband kunde inte identifieras mellan hälsolitteracitet och frågorna gällande resor respektive vaccin.

Tabell 4. Median och kvartiler samt korrelationsanalys mellan hälsolitteracitet total och oberoende variabler.

Korrelationsanalys mellan hälsolitteracitet total och oberoende variabler			
Variabler	Md (q1;q3)	Hälsolitteracitet total	
		r-värde	p-värde
Jag vet hur jag kan skydda mig från COVID-19	6 (6;7)	0,361	<0,001*
Tvättat händerna ofta med tvål och vatten minst 20 sekunder	6 (6;7)	0,347	<0,001*
Undvikit sociala sammanhang som du önskat delta i	6 (5;7)	0,261	0,008*
Undvikit att resa utanför Åland	7 (6;7)	0,010	0,924
Om ett vaccin mot COVID-19 blir tillgängligt och jag rekommenderas ta det kommer jag ta vaccinet	1 (1;2)	-0,107	0,289
Gällande besluten som fattats för att bekämpa epidemin på Åland anser jag att rätt beslut för att bekämpa epidemin har fattats	1 (1;4)	-0,250	0,009*

4. DISKUSSION

Syftet med studien var att undersöka hälsolitteracitet bland befolkningen på Åland i samband med covid-19-pandemin. Resultatet visade ett starkt statistiskt signifikant samband mellan hälsolitteracitet (hälsolitteracitet total) och att veta hur man ska skydda sig mot covid-19 samt att upprätthålla handhygien; personer med bättre hälsolitteracitet uppgav att de i större utsträckning vet hur de skyddar sig mot covid-19 och i större utsträckning tvättat händerna ofta. Svagt statistiskt signifikant samband sågs mellan hälsolitteracitet (hälsolitteracitet total) och social distans och att rätt strategi tillämpats i samband med covid-19 på Åland; personer med bättre hälsolitteracitet uppgav att de tillämpat social distansering i större omfattning i vardagen och att anser att myndigheterna på Åland tillämpat rätt strategi i hanteringen i samband med covid-19. Inget signifikant samband kunde ses mellan hälsolitteracitet och reserestriktioner samt villighet att ta vaccin. Inga signifikanta skillnader sågs heller mellan hälsolitteracitetfrågorna och åldersgrupper, kön eller utbildningsnivå.

4.1 Resultatdiskussion

Resultatet indikerar att personer som anser sig veta hur de ska tillämpa handhygien och social distans i vardagen under covid-19-pandemin kan tänkas ha bättre hälsolitteracitet. I en modell av Sørensen et al. (2012) konstateras att hälsolitteracitet påverkar hälsobeteende vilket påverkar hälsoresultat. Genom kunskap, kompetens och motivation kan individen bedöma, förstå, värdera och tillämpa hälsoinformation i sjukdomsförebyggande arbete och i hälsofrämjande syfte (Sørensen et al., 2012). I detta fall kan god handhygien och upprätthållandet av social distans bidra till att individen inte smittas av covid-19. Sørensen et al. (2012) menar att resultatet av god hälsolitteracitet kan bli minskad användning av hälsovårdstjänster, vilket även påverkar hälsokostnader i samhället. Personer med god hälsolitteracitet involverar sig i större grad och är delaktiga i sin hälsa vilket kan främja både personens hälsolitteracitet och bidra till förbättrad autonomi och egenmakt (engelska: *empowerment*). Det bidrar till den individuella utvecklingen och kan förbättra livskvaliteten. I befolkningen kan god hälsolitteracitet leda till rättvisa och hållbara förändringar för befolkningens hälsa och att rekommendationer och restriktioner förstås och följs. I modellen tas det även upp att hälsolitteracitet från ett bredare folkhälsoperspektiv kan

påverka hälso- och sjukvården och leda till bättre förebyggande arbete inom vården (Sørensen et al., 2012). Det har varit speciellt viktigt att hålla smittalen nere på Åland i och med de begränsade resurserna och därför kan god hälsolitteracitet bland befolkningen antas vara särskilt viktig. För Ålands del har ännu inget dödsfall kopplat till covid-19 registrerats och sjukhusinläggningar kopplade till covid-19 har varit relativt få och hanterbara, vilket kan tyda på att befolkningen på Ålands överlag har god hälsolitteracitet.

Resultatet visade att det fanns ett signifikant samband mellan att i större utsträckning veta hur man ska skydda sig och besitta god hälsolitteracitet. Om man ser utifrån psykologiska aspekter kan personer som de inte vet hur de ska hantera och agera i samband med pandemin, exempelvis om de inte vet hur de ska skydda sig från covid-19, drabbas av ohälsa. Wiklund-Gustin (2020) menar att ohälsa kan beskrivas som att personen inte känner sig hemma i tillvaron i vardagen vilket kan kännas både främmande och skrämmande. Ohälsa ses som ett hot för den personen som upplever det (Wiklund-Gustin, 2020). Oro över en livssituation eller andra orosmoment i miljö kan leda till otrygghet och lidande (Santamäki-Fischer, 2019). Tidigare studier belyser att en person med bristande hälsolitteracitet kan leda till negativa konsekvenser för individen vilket kan förklara ohälsa till följd av otrygghet (Svendsen et al., 2020). Ett bifynd i resultatet var att det framkom att en av tio personer inte visste om de ingår i riskgrupper listade av THL, vilket kan visa på bristande hälsolitteracitet. Om man inte vet om man ingår i en riskgrupp vet man heller inte om man behöver vara extra försiktig i vardagen eller att man kan ha större risk att bli ordentligt sjuk eller kräva sjukhusvård om man insjuknar i covid-19. Det kan också leda till en känsla av osäkerhet och otrygghet om man går och funderar på om man tillhör riskgrupper eller inte.

Däremot kan de med god hälsolitteracitet, som vet hur de ska skydda sig i och med covid-19-pandemin, känna en viss trygghet i vardagen. Santamäki-Fischer (2019) menar att finna tröst skyddar personen från negativ stress som finns i samhället vilket kan bidra till att man upplever trygghet, god hälsa och välbefinnande. Det kan vara tröstande veta hur man kan skydda sig mot covid-19. Ens trygghet innefattar både en del av ens personligheten och utvecklas tidigt i livet, så kallad grundtrygghet. Trygghet är även beroende av yttre faktorer, vilket kan beskrivas som situationsrelaterad trygghet. Tryggheten kan påverkas negativt om

den rubbas från vad den brukar vara, till exempel vid yttre omständigheter. Trygghet kan associeras med tillit och att man har förtroende för någonting (Santamäki-Fischer, 2019). Om man har bristande hälsolitteracitet kan tryggheten rubbas i större omfattning i samband med covid-19-pandemin än om man besitter god hälsolitteracitet.

Resultatet visade vidare signifikant samband mellan hälsolitteracitet och att rätt strategi tillämpats på Åland, vilket kan förklaras genom den tillit som finns hos befolkningen i det åländska samhället. Om man litar på hälso- och sjukvården kan man känna trygghet i att vårdpersonalen kan sitt jobb och att man själv inte behöver oroa sig (Santamäki-Fischer, 2019). Kopplat till hälsolitteracitet på Åland kan man anta att personer som ansåg att rätt strategi fattats i samband med covid-19-pandemin kan känna sig trygga med de beslut som myndigheterna på Åland tar. Santamäki-Fischer (2019) redogör av förlust av trygghet kan kopplas till att ens hälsa inte längre är som den tidigare var, att man förlorar någon nära, förlorar jobbet eller att man inte längre kan leva sitt liv normalt på grund av olika omständigheter (Santamäki-Fischer, 2019). Däremot har situationen varit bättre här än på flera andra ställen i Europa och många har kunnat leva ett mer normalt vardagsliv på Åland än i andra länder.

Enligt Ålands statistik- och utredningsbyrå (ÅSUB) (Ålands statistik- och utredningsbyrå, 2018) har över hälften (63%) av ålänningarna hög mellanmänsklig tillit, vilket är ett bra resultat och stämmer överens med resultat från övriga länder i Norden. I tillitsstudien som genomförts på Åland sågs starkast tillit hos de ålänningar som inte hade varit arbetslösa, hade högskole-/universitetsutbildning och inte hade en sämre ekonomisk situation än tidigare (Ålands statistik- och utredningsbyrå, 2018). I tillitsstudien konstateras det att hälsa och hur nöjd man är med livet är viktiga faktorer som spelar in på ens tillit. Att tillitkänslan skattats som högt visar att det åländska samhället upplevs som tryggt. Gällande tillit till samhällets institutioner och myndigheter tolkas kritik mot dessa, i rimlig mängd, som att samhället fungerar. Myndigheterna behöver hela tiden upprätthålla befolkningens förtroende för fortsatt tillit. På Åland hade befolkningen mest förtroende för polisen och sjukvården. Däremot visades det att ett mindre förtroende sågs för de som fattar beslut på Åland. I undersökningen såg man koppling mellan starkt förtroende för samhällets institutioner och stark mellanmänsklig tillit. Om en person har tillit till samhället är de även mer delaktiga i

samhället och kan ses som en resurs (ÅSUB, 2018). Det kan kopplas till att personer med bristande hälsolitteracitet möjligen inte känner lika stor tillit i samhället som de med god hälsolitteracitet. I och med att tilliten är hög på Åland kan det även förklara att befolkningens hälsolitteracitet generellt är god.

I arbetets resultat sågs inga signifikanta skillnader mellan åldersgrupperna, kön och utbildningsnivå, som i tidigare studier visat sig kunna vara betydande för en persons hälsolitteracitet (Mårtensson & Hensing, 2012; Svendsen et al., 2020; Wångdahl et al., 2017). Det kan förklaras genom att få deltagare deltog i enkäten eller att vi på Åland har mindre klyftor i samhället är i flera andra delar av världen. Det kan dock också antas att personer med bristande hälsolitteracitet inte deltog, till exempel personer med läs- och skrivsvårigheter, personer som talar ett annat språk än svenska, personer som är nyinflyttade till Åland eller personer som anser sig ha för lite kunskap om frågorna i enkäten och på så sätt anser att de inte kommer bidra till studien. Intressant skulle vara att studera detta igen men i större grupp och erbjuda frågorna på fler språk.

För att stödja befolkningen till bättre hälsolitteracitet behöver hälsoinformation anpassas så den möter de behov som finns i samhället (McCaffery et al., 2020). Webbsidor där hälsoinformation finns behöver vara anpassade för en stor del av befolkningen och innehålla ett lättförståeligt språk utan medicinska termer för att främja befolkningens hälsa (Cangussú et al., 2020; Valizadeh-Haghi et al., 2021). God hälsolitteracitet leder till korrekt användning av internet (Cangussú et al., 2020; Valizadeh-Haghi et al., 2021). Man kan anta att personer med bristande hälsolitteracitet i större grad kan förlita sig på information som inte räknas som tillförlitliga källor, exempelvis sociala medier. Cangussú et al., (2020) menar att personer med bristande hälsolitteracitet i större grad sprider felaktig hälsoinformation i samhället (Cangussú et al., 2020). Om man kopplar detta till hälsolitteracitet på Åland kan man se brister gällande hur hälsoinformation nått ut till samtliga i samhället. På Åland har hälsoinformation kommit i första hand ut via pressinformation som myndigheter ansvarat för där de flesta hållits på svenska. På Ålands landskapsregering har det funnits information gällande covid-19 på andra språk men man kan anta att alla i befolkningen inte varit medvetna om det på grund av bristande hälsolitteracitet. Information genom pressinformation på andra språk har kommit betydligt senare under pandemin (Ålands landskapsregering,

2021e). Enligt Ålands statistik och utredningsbyrå (ÅSUB, 2020) finns det cirka 4000 personer (13%) i befolkningen på Åland som inte talar svenska. För att säkerställa att mottagaren förstått informationen är till exempel information på modersmål att föredra (Wångdahl et al., 2017; Mårtensson & Hensing, 2012). Inom hälso- och sjukvården är patienten mer involverad än tidigare och delaktig i den egna vården och god hälsolitteracitet är en förutsättning för patienten. Att besitta god hälsolitteracitet leder till en mer personcentrerad och jämlik vård (Mårtensson & Hensing, 2012; Sørensen et al., 2012).

4.2 Metoddiskussion

Arbetet är en deskriptiv tvärsnittsstudie som gjorts för att undersöka hälsolitteracitet bland befolkningen på Åland i samband med covid-19-pandemin. Genom en deskriptiv undersökning beskrivs något vid en bestämd tidpunkt hos till exempel befolkningen. En viss förkunskap om ämnet som ska studeras finns och ett slumpmässigt urval görs som kommer att representera befolkningen. Designen antas vara rimlig att använda sig av för att vid en tidpunkt undersöka hälsolitteracitet hos befolkningen på Åland (Olsson & Sørensen, 2021). Nackdelen är att man inte kan bevisa hur hälsolitteracitet ser ut över tid eller dra slutsatser om orsak eller verkan (Henricson, 2012). Det kunde vara intressant att följa detta över tid för att se om resultatet skiljer sig. Uppföljande mätningar kommer genomföras inom ramarna för "Ålands covidkohort".

Hög validitet är viktigt för en studies trovärdighet. Med det menas att rätt mätinstrument behöver tillämpas för att det som ska mätas mäts på rätt sätt (Olsson & Sørensen, 2021). Alla mätinstrument har brister och en exakt bedömning är svårt att göra (Sørensen et al., 2013; Sørensen, 2020). Hälsolitteracitet är ett flerdimensionerat begrepp och kräver därför komplexa mätinstrument (Sørensen, 2020). De mest uppenbara bristerna i de mätinstrument som är utvecklade är att de fokuserar på endast en eller några faktorer av hälsolitteracitet (Sørensen et al., 2013). Många mätinstrument är inriktade på individnivå men det finns fåtal som talar om hälsolitteracitet ur ett befolkningsperspektiv. Tester för att skatta en persons nivå av hälsolitteracitet används vid systematiska undersökningar med fokus på att identifiera funktionell hälsolitteracitet (Sørensen et al., 2013; Sørensen, 2020). Förut mättes hälsolitteracitet främst i den kliniska kontexten men på senare tid har även den kognitiva

aspekten studerats (Sørensen, 2020). Utifrån detta kan man tänka sig att hälsolitteracitet som studerats i studien av “Ålands covidkohort” kan vara utmanande att studera och beskriva då hälsolitteracitet är svårt att bedöma.

Detta arbete är en del av ett större projekt “Ålands covidkohort” och WHO står bakom frågeformuläret. Påståendena som främst fokuserar på hälsolitteracitet har inspirerats av *The European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EUQ)* (Sørensen et al., 2013) och *The Austrian Corona Health Literacy Questionnaire* (Griebler & Nitsche, 2020). Det är en styrka att använda redan validerade mätinstrument, dock framgår det inte om WHO validerat de urval av frågor som ingår i frågeformuläret. Trovärdigheten kan också diskuteras gällande att forskarna i “Ålands covidkohort” översatt frågorna från engelska till svenska utan stöd av auktoriserad översättare. Forskarna använder dock engelska som arbetspråk och det kan då antas att resultatet inte påverkats nämnvärt av översättningsfel.

Frågeformuläret bestod av 55 frågor med både korta och mer utvecklade frågor. Före studiens gång pilottestades enkäten av sjukskötarestuderande på Högskolan på Åland och hos personal inom förvaltningen hos Ålands landskapsregering för att utesluta om frågorna var för komplicerade och om frågor behövdes omformuleras. Att frågorna var tydliga för de urval som skulle representera befolkningen på Åland stärker reliabiliteten. Att frågor kan ha upplevts som svåra att förstå eller omfattande trots att formuläret testades kan ha påverkat resultatet.

Reliabilitet handlar om att mätinstrumentet ger samma resultat varje gång det mäts, vilket i praktiken är svårt (Henricson, 2012). Om man vill mäta hur hög reliabilitet mätningen är kan mätningen upprepas vid ett annat tillfälle för att konstatera om liknande resultat fås. Däremot är det inte så enkelt då första mätningen kan påverka kommande mätning eller att personerna som ingår påverkas av miljön (Olsson & Sørensen, 2021). Gällande reliabilitet kan det vidare konstateras att ingen svarade ja på frågan om man genomgått sjukdomen covid-19 vid datainsamlingen. Troligen var smittsituationen på Åland under kontroll vid den tidpunkt studien utfördes. Datan samlades in från slutet på november till mitten av februari, innan ett större klusterutbrott av en mer smittsam muterad variant av covid-19-virus bröt ut på Åland.

Om datainsamlingen hade genomförts under perioden med större smittspridning är det möjligt att resultatet hade sett annorlunda ut.

Vid tolkning av Spearmans rangkorrelationskoefficient har r -värde använts för tolkning variabelernas samstämmighet. I samband med att r -värde utläses fås samtidigt ett p -värde som kan hjälpa till för att utläsa korrelationsanalysen (Djurfeldt et al., 2018). Ett svagt r -värde och ett signifikant p -värde bevisar då med säkerhet att det trots alls finns ett samband (Barmark & Djurfeldt, 2020). Att samband ses mellan två variabler ur ett slumpmässigt urval kan tolkas som statistiskt signifikant och att slumpen knappast varit delaktig. Däremot kan det vara problematiskt om urvalet är litet då det är svårare att utläsa något samband (Thrane, 2019) vilket behövs ha i beaktande då urvalet var litet i studien. För att veta om korrelationsanalysen är tillräckligt omfattande för att kallas praktiskt signifikant behöver man ta reda på storleken på analysen, så kallad effektstorlek. Effekten är bedömningen för hur praktiskt nyttig den är (Thrane, 2019). Enligt Cohen menar Thrane (2019) att 0,20 (låg) räknas som liten effekt, 0,50 (medel) som mellan stor effekt och 0,80 (hög) som stor effekt (Thrane, 2019) medans Barmark & Djurfeldt (2020) rekommenderar andra värden, som tillämpats i detta arbete.

Det är önskvärt att data som samlas in genom studier ska kunna användas eller ses ur ett bredare perspektiv, så kallad generaliserbarhet (Henricson, 2012). Stickprovet, som valdes ut slumpmässigt för att representera befolkningen på Åland, kan tänkas ge bristfälliga resultat gällande trovärdighet och generaliserbarhet för befolkningen på Åland i och med den låga svarsfrekvensen (39,6%). Problematiken kring bortfall är att det finns en risk att stickprovet inte stämmer överens med befolkningen, vilket är det som undersöks. Målet är att ha en så hög svarsfrekvens som möjligt (Barmark & Djurfeldt, 2020). Vidare kan det antas att bland bortfallet finns personer som har bristande hälsolitteracitet, till exempel personer som flyttat till Åland, har någon läs- och skrivsvårighet, talar ett annat språk än svenska och så vidare. Möjlighet fanns att få enkätfrågorna upplästa på telefon men den möjligheten användes bara en handfull deltagare. Då svarsfrekvensen var låg kan man även säga att validiteten är lägre. Om projektet skulle göras igen skulle det vara bra att erbjuda det på flera språk.

Generaliserbarhet behöver inte bara handla om att kunna överföra resultaten från stickprov till populationen på Åland. Generaliserbarhet kan även omfatta i vilken utsträckning resultatet går att överföra till andra regioner och/eller länder. Denna studie gjordes på Åland och resultaten kan tänkas även vara generaliserbara med länder runt Åland till exempel i Norden då befolkningen i de olika länderna kan tänkas ha liknande hälsolitteracitet.

Enligt Henricson (2012) finns alltid en viss medvetenhet eller förförståelse om det som ska studeras hos forskaren, en så kallad förförståelse som kan ha betydelse för processen och resultatet. De tidigare erfarenheter som man besitter är något som man behöver ha i åtanke då det kan påverka studiens riktning. Forskaren behöver vara opartisk och inte påverkas av eget tyckande för att stärka studiens objektivitet (Henricson, 2012). Skribenten till detta arbete hade begränsade förkunskaper kring hälsolitteracitet innan arbetet började. Det innebär att resultatet i arbetet endast påverkas i liten utsträckning då skribenten haft väldigt lite förutfattade meningar. Generellt anses kvantitativ studiedesign lättare att hålla objektivt då forskaren inte är aktivt involverad i datainsamlingen på samma sätt som vid kvalitativa studier (Olsson & Sörensen, 2021). Forskningsetiken har upprätthållits genom att skribenten under hela arbetet har haft forskningsetiska rekommendationer i åtanke och har använt materialet utan att missbruka sin makt, endast för att förklara hälsolitteracitet på Åland. Genom att delta ska det inte leda till risker, skador eller men för individen eller samhället (Forskningsetiska delegationen, 2020).

Motivet för studien var att bidra till ökade kunskaper gällande erfarenheter om covid-19, de åtgärder som gjorts och rekommendationer som getts vilket har betydelse för samhället och den enskilda individen. Studien har betydelse för att förbättra kunskapsläget och få förståelse om befolkningen under covid-19-pandemin (Henricson, 2017) på Åland.

4.3 Slutsats

För att besvara syftet med studien har skillnader och samband studerats mellan hälsolitteracitet och bakgrundsvariabler som kan tänkas förklara en individs hälsolitteracitet. Resultatet visade signifikant samband mellan hälsolitteracitet och att tillämpa riktlinjer gällande handhygien och social distansering, vilket kan leda till att man i mindre omfattning

insjuknar i covid-19; hälsolitteracitet påverkar hälsobeteende som påverkar hälsoreultat. Det kan antas att god hälsolitteracitet leder till att rekommendationer och restriktioner i samband med covid-19-pandemin följs i större grad. Signifikant samband sågs även mellan hälsolitteracitet och veta hur man skyddar sig mot covid-19. Covid-19-pandemin kan rubba den situationsrelaterade tryggheten för individen. Att ha kunskap om hur man skyddar sig kan ge tröst och främja trygghet.

Signifikant samband sågs vidare mellan hälsolitteracitet och att rätt strategi tillämpats i samband med covid-19-pandemin på Åland, vilket kan förklaras av att befolkningen känner stor tillit generellt. Främjande av hälsolitteracitet kan i befolkningen ske genom att hälsoinformation som ges ut av myndigheter anpassas så alla i befolkningen kan ta del av innehållet och sjukskötaren har ett ansvar att förmedla kunskapen vidare. Sjukskötarens roll gällande omvårdnad är att anpassa information utifrån individens behov och att fördela vårdresurser jämlikt i samhället. Sjukskötaren kan i sitt arbete verka för att öka hälsolitteracitet och på så sätt kan jämlikhet och delaktighet i samhället främjas. God hälsolitteracitet är en viktig faktor för den individuella hälsan, vilket är utifrån det man bygger god hälsa utifrån ett folkhälsoperspektiv.

Då deltagarantalet i stickprovet i studien var relativt litet är generaliserbarheten begränsad. Vidare forskning med större deltagarantal skulle kunna tillämpas inom området för att ge bättre bild över hälsolitteracitet hos den åländska befolkningen. Hälsolitteracitet är viktigt att studera och det är viktigt att möjliggöra för personer med förväntat lägre hälsolitteracitet att delta i motsvarande studier.

LITTERATURFÖRTECKNING

Arene. (2018). *Etiska rekommendationer för examensarbeten på yrkeshögskolor*.
http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/ETISKA%20REKOMMENDATIONER%20F%C3%96R%20EXAMENSARBETEN%20P%C3%85%20YRKESH%C3%96GSKOLOR_2020.pdf?_t=1578480382

Barmark, M., & Djurfeldt, G. (2020). *Statistisk verktygslåda- att förstå och förändra världen med siffror (2:1 uppl.)* Studentlitteratur.

Cangussú, L.R., de Barros, I.R.P., Botelho-Filho, C.A.L., Sampaio-Filho, J.D.R., & Lopes, M.R. (2020). COVID-19 and health literacy: the yell of a silent epidemic amidst the pandemic. *Revista da Associacao Medica Brasileira*, 66(2), 31-33.
doi:10.1590/1806-9282.66.S2.31

Djurfeldt, G., Larsson, R., & Stjärnhagen, O. (2018). *Statistisk verktygslåda 1 (3:1 uppl.)*. Studentlitteratur.

Eastwood, K., Durrheim, D., Francis, J. L., d'Espaignet, E. T., Duncan, S., Islam, F., & Speare, R. (2009). Knowledge about pandemic influenza and compliance with containment measures among Australians. *Bull World Health Organ*, 87(8), 588-594.
doi:10.2471/blt.08.060772

Forskningsetiska delegationen. (10 december 2020). *Anvisningar för etikprovning inom humanvetenskaperna*.
<https://tenk.fi/sv/anvisningar-och-material/anvisningar-etikprovning-inom-humanvetenskaper-na>

Geert van den Berg, Ruben. (2021). *SPSS Shapiro-Wilk Test – Quick Tutorial with Example*.
<https://www.spss-tutorials.com/spss-shapiro-wilk-test-for-normality/>

Griebler, R., & Nitsche, M. (2020). The Austrian Corona Health Literacy Questionnaire.

Vienna: Gesundheit Österreich GmbH & Das Österreichische Gallup Institut

Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod* (2:1 uppl.). Studentlitteratur.

Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod* (1:4 uppl.). Studentlitteratur.

Institutet för hälsa och välfärd. (24 mars 2021b). *Antal fall av COVID-19 i registret över smittsamma sjukdomar.*

https://sampo.thl.fi/pivot/prod/sv/epirapo/covid19case/fact_epirapo_covid19case

Institutet för hälsa och välfärd. (10 juni 2020). *Coronaviruset COVID-19.*
<https://thl.fi/sv/web/infektionssjukdomar-och-vaccinationer/sjukdomar-och-bekampning/sjukdomar-och-sjukdomsalstrare-a-o/coronaviruset-covid-19>

Institutet för hälsa och välfärd. (23 februari 2021a). *Symtom och behandling – coronaviruset.*
<https://thl.fi/sv/web/infektionssjukdomar-och-vaccinationer/aktuellt/aktuellt-om-coronaviruset-t-covid-19/symtom-och-behandling-coronaviruset>

Landskapslag om hälso- och sjukvård, (2011:114). Ålands landskapsregering (2011).
https://www.regeringen.ax/alandsk-lagstiftning/alex/2011114#pr_1_kap_allmanna_bestammler_1_p_tillampningsomradet_och_syftet

McCaffery, K.J., Dodd, R.H., Cvejic, E., Ayre, J., Batcup, C., Isautier, J. M.J., Copp, T., Bonner, C., Pickles, K., Nickel, B., Dakin, T., Cornell, S., & Wolf, M.S. (2020). Health literacy and disparities in COVID-19-related knowledge, attitudes, beliefs and behaviours in Australia. *Public health research & practice*, 30(4), 1-9. doi:10.17061/phrp30342012

McCormack, L.A., Squiers, L., Frasier, A.M., Bevc, C., Lynch, M., Bann, C.M., & MacDonald, P.D.M. (2021). Gaps in Knowledge About COVID-19 Among US Residents Early in the Outbreak. *Public health reports*, 136(1), 107-116. doi:10.1177/0033354920970182

Mårtensson, L., & Hensing, G. (2012). Health literacy – a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(1), 151-160. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00900.x

Nätverket bärkraft.ax (2016). *Utvecklings- och hållbarhetsagenda för Åland : visionen och de sju strategiska utvecklingsmålen*.
<https://www.regeringen.ax/sites/www.regeringen.ax/files/attachments/page/agendan-2016-9-14.pdf>

O’Conor, R., Opsasnick, L., Benavente, J.Y., Russell, A.M., Wismer, G., Eifler, M., Marino, D., Curtis, L.M., Arvanitis, M., Lindquist, L., Persell, S.D., Bailey, S.C., & Wolf, M.S. (2020). Knowledge and Behaviors of Adults with Underlying Health Conditions During the Onset of the COVID-19 U.S. Outbreak: The Chicago COVID-19 Comorbidities Survey. *Journal of community health*, 45(6), 1149-1157. doi:10.1007/s10900-020-00906-9

Olander, E., Ringsberg, K.C. & Tillgren, P. (2020). Health literacy- Ett dynamiskt begrepp. I.Å. Ringsberg, K.C., Olander, E & Tillgren, P (Red.), *Health literacy: Teori och praktik i hälsofrämjande arbete* (2:1 uppl., s. 51-76). Studentlitteratur.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2021). *Forskningsprocessen* (4 uppl.). Liber.

Rissanen,R. (2013). *SPSS manual*. Uppsala universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap.

<https://studentportalen.uu.se/uusp-filearea-tool/download.action?nodeId=1186719&toolAttachmentId=214739>

Santamäki-Fischer, R. (2019). Tröst och trygghet. I.Å. F. Friberg & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt* (3:1 uppl., s.443-464). Studentlitteratur.

Svendsen, M.T., Bak, C.K., Sørensen, K., Pelikan, J., Riddersholm, S.J., Skals, R.K., Mortensen, R.N., Maindal, H.T., Bøggild, H., Nielsen, G., & Torp-Pedersen, C. (2020).

Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*, 20(1), 1-12. doi:10.1186/s12889-020-08498-8

Svensk sjuksköterskeförening. (24 mars 2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. <https://www.swenurse.se/publikationer/icns-etiska-kod-for-sjukskoterskor>

Sørensen, K. (2020). Att mäta health literacy. I.Å. Ringsberg, K.C., Olander, E & Tillgren, P (Red.), *Health literacy: Teori och praktik i hälsofrämjande arbete* (2:1 uppl., s. 149-164). Studentlitteratur.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, J., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, Artikel 80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J.M., Fullman, J., Gerardine, D., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R.H., & Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health*, 13, Artikel 948. doi: 10.1186/1471-2458-13-948

Sørensen, K., & Wångdahl, J. (2019). Health literacy research in the Nordic countries. I.Å. O, Okan. U, Bauer. D, Levin-Zamir. P, Pinheiro (Red.). *International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan* (s. 199-213). Policy press.

Thrane, C. (2019). *Kvantitativ metod: En praktisk introduktion*. Studentlitteratur.

Tillgren, P., Ringsberg, K.C., & Olander, E. (2020). Det moderna folkhälsoarbetet och dess utmaningar. I.Å. Ringsberg, K.C., Olander, E & Tillgren, P (Red.), *Health literacy: Teori och praktik i hälsofrämjande arbete* (2:1 uppl., s. 23-50). Studentlitteratur.

Valizadeh-Haghi, S., Khazaal, Y., & Rahmatizadeh, S. (2021). Health websites on COVID-19: are they readable and credible enough to help public self-care?. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 109(1), 75-83. doi:10.5195/jmla.2021.1020

Weaver, R.H., Jackson, A., Lanigan, J., Power, T.G., Anderson, A., Cox, A.E., Eddy, L., Parker, L., Sano, Y., & Weybright, E. (2021). Health Behaviors at the Onset of the COVID-19 Pandemic. *American journal of health behavior*, 45(1), 44-61. doi:10.5993/AJHB.45.1.4

Wiklund-Gustin, L. (2020). *Psykologi för sjuksköterskor (2:2 uppl.)*. Studentlitteratur.

Wong, L.P., & Sam, I. C. (2011). Behavioral responses to the influenza A(H1N1) outbreak in Malaysia. *Journal of behavioral medicine*, 34(1), 23-31. doi:10.1007/s10865-010-9283-7

World Health Organization. Geneva (1998). *Health Promotion Glossary (WHO/EURO:1998-HPR/HEP/98.1)*.

<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

World Health Organization. Regional Office for Europe (2013). *Health literacy: The solid facts (WHO/EURO:2013)*.

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

World Health Organization. Regional Office for Europe (2020). *Survey tool and guidance: rapid, simple, flexible behavioural insights on COVID-19 (WHO/EURO:2020-696-40431-54222)*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333549/WHO-EURO-2020-696-40431-54222-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Wångdahl, J., Lau, M., Nordström, P., Samulowitz, A., & Karlsson, L. (18 april 2017). Hälsolitteracitet – en kommunikativ utmaning för hälso- och sjukvården. *Socialmedicinsk Tidskrift*. <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1114661/FULLTEXT02.pdf>

Ålands hälso- och sjukvård. (31 mars 2021). *ÅHS samlade information om coronapandemin*. <https://www.ahs.ax/patienter/ahs-samlade-information-om-coronapandemin>

Ålands landskapsregering. (29 mars 2021c). *Bekämpning av coronavirussmitta inom socialvårdens verksamhetsenheter och tjänster som ges i hemmet.*
<https://www.regeringen.ax/sites/www.regeringen.ax/files/attachments/article/uppdatering-av-skyddsutrustning-29-3-2021.pdf>

Ålands landskapsregering. (30 mars 2021a). *Coronaviruset, covid-19.*
<https://www.regeringen.ax/coronaviruset-covid-19>

Ålands landskapsregering. (16 mars 2021e). *Other languages (andra språk).*
<https://www.regeringen.ax/coronaviruset-covid-19/coronaviruset-covid-19/other-languages-andra-sprak>

Ålands landskapsregering. (29 mars 2021b). *Restauranger.*
<https://www.regeringen.ax/coronaviruset-covid-19/restauranger>

Ålands landskapsregering. (8 april 2021d). *Ålands landskapsregerings beslut om begränsningar av offentliga tillställningar på Åland förlängs till 25 april.*
<https://www.regeringen.ax/nyheter/alands-landskapsregerings-beslut-om-begransningar-offentliga-tillstallningar-pa-aland-under-perioden-0>

Ålands landskapsregering. (9 juli 2020a). *Ålands landskapsregering fattade beslut om fortsatta begränsningar av offentliga tillställningar på Åland.*
<https://www.regeringen.ax/nyheter/alands-landskapsregering-fattade-beslut-om-fortsatta-begransningar-offentliga-tillstallningar-pa-2>

Ålands statistik och utredningsbyrå. (21 april 2020). *Befolkningens språk, födelseort och medborgarskap* 31.12.2019.
<https://www.asub.ax/sv/statistik/befolkningens-sprak-fodelseort-och-medborgarskap-3112201>

Ålands statistik och utredningsbyrå (2018). *Tillitsstudie för Åland 2018*. (ÅSUB 2018:5).
https://www.asub.ax/sites/www.asub.ax/files/reports/rapport_2018_5_tillit_r.pdf