



ANNE KONU

Oppilaiden hyvinvointi koulussa



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi terveystieteen laitoksen
luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,
lokakuun 5. päivänä 2002 kello 12.

English abstract

Acta Universitatis Tampereensis 887

University of Tampere

Tampere 2002

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos

Ohjaajat

Professori Juhani Lehto
Tampereen yliopisto
Dosentti Matti Rimpelä
Tampereen yliopisto

Esitarkastajat

Dosentti Ossi Rahkonen
Helsingin yliopisto
Professori Patrik Scheinin
Helsingin yliopisto

Myynti



Tiedekirjakauppa TAJU
PL 617
33014 Tampereen yliopisto

Puh. (03) 215 6055
Fax (03) 215 7685
taju@uta.fi
<http://granum.uta.fi>

Kannen suunnittelu
Juha Siro

Painettu väitöskirja
Acta Universitatis Tamperensis 887
ISBN 951-44-5444-8
ISSN 1455-1616

Sähköinen väitöskirja
Acta Electronica Universitatis Tamperensis 202
ISBN 951-44-5445-6
ISSN 1456-954X

Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print
Tampere 2002

Sisällysluettelo

LUETTELO ALKUPERÄISJULKAISUISTA.....	5
TIIVISTELMÄ	6
LYHENTEET.....	9
JOHDANTO.....	10
KIRJALLISUUSKATSAUS.....	12
HYVINVOINTITUTKIMUS JA SEN RAJAAMINEN.....	12
<i>Elämänlaadun tutkimus.....</i>	12
<i>Terveys hyvinvointina.....</i>	14
<i>Psykologinen hyvinvointitutkimus.....</i>	15
<i>Sosiologinen hyvinvointitutkimus.....</i>	17
<i>Allardtin hyvinvointimalli</i>	19
<i>Objektiivinen ja subjektiivinen hyvinvointi.....</i>	21
<i>Hyvinvointikäsitteen rajaaminen.....</i>	21
KOULUJEN ARVIOINNISTA JA TUTKIMUKSESTA	22
<i>Koulujen tehokkuustutkimukset.....</i>	22
<i>Koulun laadun mittaaminen.....</i>	23
<i>Arvioinnista suomalaisissa kouluissa</i>	24
TERVEYS JA HYVINVOINTI KOULUSSA.....	26
<i>Terveet koulut verkosto (Health Promoting School).....</i>	26
<i>Kokonaisvaltainen kouluterveysohjelma (Coordinated School Health Program).....</i>	27
<i>Terveys ja hyvinvointi suomalaisessa koulussa</i>	28
TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN ARVIOINNISTA KOULUSSA.....	30
TUTKIMUSASETELMA JA TUTKIMUKSEN TAVOITTEET.....	34
KÄSITTEISTÄ	35
TUTKIMUSMENETELMÄT	37
TUTKIMUSAINEISTO JA TIEDONKERUU	37
HYVINVOINNIN MITTARIT	38
<i>Yleinen subjektiivinen hyvinvointi.....</i>	38
<i>Hyvinvointi koulussa.....</i>	39
TEKIJÄT, JOIDEN YHTEYKSIÄ HYVINVOINTIIN TUTKITTIIN	39
ANALYYSIMENETELMÄT.....	40
TULOKSET.....	43
HYVINVOINTI KOULUN VIITEKEHYKSESSÄ (ARTIKKELI I).....	43
YLEISEN HYVINVOINNIN TARKASTELU KOULU- JA YKSILÖTASOILLA (ARTIKKELI II).....	46
KOULULAISTEN YLEISEEN HYVINVOINTIIN YHTEYDESSÄ OLEVIA TEKIJÖITÄ (ARTIKKELI III)	48
KOULUN HYVINVOINTIMALLIN FAKTORIRAKENNE (ARTIKKELI IV)	50
TAUSTATEKIJÖIDEN YHTEYKSIÄ KOULUHYVINVOINNIN OSA-ALUEISIIN	52

POHDINTA	54
TUTKIMUSMENETELMIEN LUOTETTAVUUDESTA	54
<i>Aineisto</i>	54
<i>Hyvinvoinnin mittaamisesta</i>	55
KOULUN HYVINVOINTIMALLI	58
KOULUHYVINVOINNIN ARVIOINTI	61
<i>Yhteyksiä yleiseen subjektiiviseen hyvinvointiin</i>	62
<i>Kouluhyvinvoinnin rakenne ja sisältö</i>	63
KOULUN HYVINVOINTIMALLIN KÄYTTÖMAHDOLLISUUKSIA	65
TUTKIMUSHAASTEITA	66
SUMMARY	68
KIITOKSET	70
LÄHTEET	72
ALKUPERÄISJULKAISUT	81

Luettelo alkuperäisjulkaisuista

Väitöskirja perustuu alkuperäisjulkaisuihin, joihin viitataan tekstissä roomalaisin numeroin.

- I Konu AI, Rimpelä MK (2002): Well-being in schools: a conceptual model. *Health Promotion International* 17(1):79-87.
- II Konu AI, Lintonen TP, Autio VJ (2002): Evaluation of Well-being in Schools – a multilevel analysis of general subjective well-being. *School Effectiveness and School Improvement* 13(2):187-200.
- III Konu AI, Rimpelä MK, Lintonen TP (2002): Factors associated with schoolchildrens' general subjective well-being. *Health Education Research* 17(2):155-165.
- IV Konu A, Alanen E, Lintonen T, Rimpelä M (2002): Factor structure of the School Well-being Model. *Health Education Research*, painossa.

Tiivistelmä

Hyvinvointia koulussa on tarkasteltu aiemmin pääasiassa kouluterveydenhuollon ja terveystieteiden näkökulmista. Viimeaikoina terveyden edistämistä kouluissa on lähestytty kokonaisvaltaisemmin Terveyttä edistävä koulu -ohjelmin (health promoting school), jotka perustuvat Maailman terveysjärjestön (WHO) ja olemassa olevien kansallisten ohjelmien pohjalle. Kasvatusalan kirjallisuudessa koululaisten hyvinvoinnin tukemisesta löytyy mainintoja ainakin sadan vuoden takaa. Viimeaikoina on laadukkaan koulun kriteereihin otettu mukaan myös oppilaiden ja vanhempien arvioita koulun laadusta.

Terveyttä edistävät kouluohjelmat määrittelevät terveyden WHO:n mukaan "...täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi, eikä ainoastaan sairauden puuttumiseksi". Huolimatta kokonaisvaltaisista ohjelmista ja laajasta määrittelystä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen käytännön toiminta kouluissa on enimmäkseen rajoittunut yksittäisiin terveystoimien interventioihin – kokonaisvaltaisia lähestymistapoja on vaikea löytää. Terveyden ja hyvinvoinnin arviointi kouluissa on siten myös pysynyt yksittäisten asioiden tarkasteluna. Tarve kokonaisvaltaiseen koulujen terveyden ja hyvinvoinnin arviointiin on tuotu esiin useilla tahoilla.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on ollut selkiyttää kouluhyvinvoinnista käytävää keskustelua sekä tuottaa väline kouluhyvinvoinnin arviointiin. Hyvinvointi on määritelty Allardtin sosiologisen hyvinvointimallin pohjalta. Sosiologisen, kasvatustieteellisen, psykologisen ja terveyden edistämisen kirjallisuuden perusteella on laadittu käsitteellinen *koulun hyvinvointimalli* (s. 44). Siinä hyvinvointi, kasvatus ja opetus sekä oppiminen on yhdistetty toisiinsa. Hyvinvointiin koulussa vaikuttavat myös oppilaiden kodit sekä muu ympäröivä yhteisö. Itse hyvinvointi on jaettu neljään osa-alueeseen: *koulun olosuhteet, sosiaaliset suhteet, itsensä toteuttamisen mahdollisuudet ja terveydentila*. Koulun olosuhteet käsittävät niin fyysiset olot koulussa kuin opetuksen organisoinnin ja oppilaille tarjottavat palvelutkin. Sosiaaliset suhteet käsittelevät kaverisuhteita koulussa, opettaja-oppilassuhteita ja kiusaamista. Itsensä toteuttaminen nähdään oppilaan mahdollisuutena opiskella omien kykyjensä ja taitojensa mukaan niin sisällöllisesti kuin ajallisestikin palautetta, kannustusta ja

rohkaisua saaden. Terveystilaa tarkastellaan lähinnä psykosomaattisina oireina ja flunssina, joiden katsotaan kuvastavan myös yksilön ja ympäristön vuorovaikutusta.

Tutkimuksen empiirisessä osassa käytettiin Kouluterveyskyselyn laajaa aineistoa vuosilta 1998 ja 1999 sekä aineistoa, jossa olivat vastaajina samat koulut vuosina 1998 ja 2000. Kouluterveyskysely tehdään luokkakyselynä, ja se sisältää runsaasti koulunkäyntiin, terveyteen, harrastuksiin ja kotitaustaan liittyviä kysymyksiä. Tutkimuksen vastaajat olivat peruskoulun kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisia (14–16 vuotiaita).

Aluksi tarkasteltiin oppilaiden taustaan sekä toisaalta kouluun liittyvien kysymysten yhteyttä oppilaiden *yleiseen subjektiiviseen hyvinvointiin* (YSH) monimuuttuja- ja monitasomallituksella. YSH mitattiin soveltaen Raitasalon muokkaamaa Beckin 13-osioista mielialakyselyä. Yleinen subjektiivinen hyvinvointi käsitti kysymykset seuraavilta alueilta: positiivinen mieliala, tulevaisuuteen suhtautuminen, onnistuminen elämässä, tyytyväisyys, yleinen itsetunto ja ulkonäköön liittyvä itsetunto, sosiaalinen suuntautuminen, päätöksenteko, nukkuminen ja väsymys, ruokahalu ja ahdistuneisuus. Monitasotarkastelussa YSH osoittautui vaihtelevan lähinnä yksilöiden välillä. Kouluun liittyvät tekijät selittivät kuitenkin viidenneksen oppilaiden YSH:n vaihtelusta. Merkittävimpinä koulun osa-alueina nousivat esille itsensä toteuttamisen mahdollisuudet ja sosiaaliset suhteet. Oppilaiden taustaan liittyvistä yksittäisistä kysymyksistä suhteet vanhempiin olivat tärkeitä.

Käsitteellisen mallin ja empiirisen tarkastelun perusteella valittiin kysymykset edustamaan hyvinvoinnin osa-alueita koulun hyvinvointimallissa. Konfirmatorinen faktorianalyysi osoitti mallin sopivan hyvin empiriaan. Kolmen hyvinvoinnin osa-alueen sisäiset yhtenevyydet olivat hyvät ja sosiaaliset suhteet -osa-alueen kohtuullinen. Osa-alueet korreloivat keskenään, voimakkaimmin korreloivat itsensä toteuttamisen mahdollisuuksien ja sosiaalisten suhteiden -osa-alueet.

Tutkimuksen päätuloksena tuotettiin käsitteellinen koulun hyvinvointimalli, jonka sopivuus käytäntöön varmistettiin. Mallia voidaan käyttää *kouluhyvinvoinnin* arvioimiseen joko oppilasjoukoissa tai kokonaisissa kouluissa. Malli sopinee myös toimintatutkimuksen tai intervention prosessityökaluksi ja arvioinnin välineeksi.

Jatkossa tutkimusta voisi laajentaa opetuksen ja kasvatuksen suuntaan. Erilaisten opetustyylien ja -menetelmien yhteydet sekä hyvinvointiin että oppimiseen olisi hyödyllistä selvittää.

Lyhenteet

BDI	Beck Depression Inventory
CI	luottamusväli (confidence interval)
DF	vapausasteet (degrees of freedom)
CSHP	Coordinated School Health Program
ENHPS	European Network for Health Promoting School
GSW	general subjective well-being
HPS	Health Promoting School
KHM	Koulun hyvinvointimalli
KTK	Kouluterveyskysely
RBDI	Raitasalo–Beck-mielialamittari
SD	keskihajonta (standard deviation)
WHO	Maailman terveysjärjestö (World Health Organisation)
YSH	yleinen subjektiivinen hyvinvointi

Johdanto

Suomen kouluissa oppilaiden hyvinvointiin on kouluterveydenhuollon piirissä kiinnitetty kirjallisten lähteiden mukaan huomiota jo lähes sadan vuoden ajan. Tällöin kiinnostuksen kohteena on ollut lähinnä valistaa, edistää oppilaiden terveydentilaa, valvoa koulujen yleistä hygieniaa ja tarkkailla oppilaiden henkilökohtaista terveydentilaa. Koulujen terveystieteellinen kasvatustoiminta on myös toiminut oppilaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Oppilaiden hyvinvointi tulee esiin Opetussuunnitelman perusteet 1994:ssä, jossa todetaan että ”fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten voimavarojen tasapainoinen kehittyminen edellyttää *terveyteen ja hyvinvointiin* liittyvien kysymysten esiin nostamista” (Opetushallitus 1996).

Kansainvälisesti koulujen ja oppilaiden terveyttä ja hyvinvointia on lähestytty samoin kouluterveydenhuollon ja terveystieteellisen kasvatuksen keinoin. Koulujen tehokkuustutkimusten aloittaminen Isossa-Britanniassa ja USA:ssa sekä myöhemmin koulujen laadun tutkimukset ovat johtaneet myös osittain hyvinvoinnin aspektien huomioimiseen. Maailman terveysjärjestön (WHO) alulle panemana on kehitetty erillisiä koulujen terveyden edistämiseen tähtäviä ohjelmia, joskin näillä ohjelmilla on myös omat kehitystaustansa kunkin maan kouluterveydenhuollon ja terveystieteellisen kasvatuksen piirissä. Tunnetuimpia koulun terveyden edistämisen ohjelmia ovat Terveet koulut Euroopassa -verkosto, jossa Suomikin on mukana sekä vastaavat ohjelmat Tyynen valtameren alueella, Etelä-Amerikassa sekä Etelä-Afrikassa. USA:ssa vastaava ohjelma on Coordinated School Health Program. Näissä terveyden edistämishjelmissä terveys määritellään WHO:n (1947) laajan terveyden määrittelyn mukaisesti (“...täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, eikä ainoastaan sairauden puuttuminen”).

Terveyden ja hyvinvoinnin määrittelyt ovat sidoksissa toisiinsa. Niiden määrittelyä ja yhteyksiä on tarkasteltu ainakin psykologian, sosiologian, taloustieteen, kansanterveystieteen ja lääketieteen piirissä. Näiden kahden käsitteen yhteydessä puhutaan usein myös elämänlaadusta. Hyvinvointia voidaan tarkastella yksilön näkökulmasta tai laajemman yhteisön kannalta. Yksilön tai yhteisön hyvinvointia voidaan mitata subjektiivisin tai/ja objektiivisin mittarein. Mittaamisessa voidaan korostaa ulkoisia olosuhteita tai yksilön kokemuksia omasta elämästä. Yhteiskunnassa voidaan olla myös kiinnostuneita järjestelmistä, joiden arvellaan tuottavan

hyvinvointia yhteiskunnassa. Hyvinvointi liitetään yhtäältä tarpeisiin, toisaalta resursseihin. Usein asiaa tarkastellaan myös negaationa, pahoinvoinnin, sairauden ja ongelmien poissaolona.

Hyvinvoinnin yhteys terveyteen riippuu siitä, miten terveys määritellään. Terveyttä on pidetty toisaalta perustarpeena, mutta myös voimavarana, jonka avulla hyvinvoinnin muita osa-alueita voidaan saavuttaa. WHO:n peruskirjan terveyden määritelmää käytettäessä on vaikea enää erottaa näitä kahta käsitettä toisistaan, sillä lause terveydestä “täydellisen fyysisen, psyykkiseen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilasta, eikä ainoastaan sairauden puuttumisesta” yhdistää nämä käsitteet toisiinsa.

Hyvinvointia voidaan tarkastella myös yleisenä hyvinvointina tai hyvinvointina joillain erityisalueilla, kuten työssä, koulussa tai hoitolaitoksessa. Työtä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tehdään usein erilaisilla elämisen areenoilla, kuten kouluissa. Kouluissa hyvinvointia on tutkittu suhteellisen vähän, vaikka koulujen terveyden edistämisen ohjelmien piirissä onkin pyritty kehittämään kattavampia mittareita työn tuloksien osoittamiseksi.

Tämän työn tavoitteena on ollut tarkastella hyvinvointia koulussa oppilaiden näkökulmasta ja oppilaiden kokemana. Ensin on selvitelty hyvinvoinnin käsitettä ja teoreettista taustaa. Kehittelyn taustaksi on valittu Allardtin hyvinvointimalli, jonka pohjalta on tutkimuksen kuluessa kehitetty koulun hyvinvointimalli. Tutkimuksessa on tarkasteltu mallin osa-alueiden yhteyttä yleiseen hyvinvointiin sekä yleisen hyvinvoinnin jakautumista yksilö ja koulutasoille. Tarkastelujen perusteella on valittu Kouluterveystudkimuksen (Kouluterveyskysely 2002) kysymykset, jotka sisällöllisesti sopivat koulun hyvinvointimallin neljälle osa-alueelle. Mallin rakenne on varmistettu metodisella tutkimuksella.

Kirjallisuuskatsaus

Hyvinvointitutkimus ja sen rajaaminen

Hyvinvointitutkimusta on tehty pääasiassa psykologisesta näkökulmasta yksilön hyvinvointia tarkastellen, mutta myös sosiologisista lähtökohdista, jolloin yksilöä tarkastellaan sosiaalisena toimijana ja yhteisönsä jäsenenä. Eri tutkimustavoilla on kuitenkin monia yhtymäkohtia. Läheisesti tämän alueen tutkimukseen liittyy elämänlaadun (quality of life) tutkimus sekä terveystutkimus, jossa puhutaan terveydestä sen laaja-alaisessa merkityksessä (WHO 1947). Tautien tutkimus sinänsä ei kuulu tähän yhteyteen. Viimeaikoina myös laajaa mielenterveyden käsitettä on käytetty terveydenedistämistyön peruskäsitteenä (Weare 2000). Seuraavassa tarkastellaan ensin elämänlaadun tutkimusta, sen jälkeen terveyttä hyvinvointina, psykologista hyvinvointitutkimusta ja sosiologista hyvinvointitutkimusta. Lopuksi käsitellään omassa alaluvussaan Allardtin sosiologista hyvinvointimallia, jonka pohjalta tämän tutkimuksen käsitteellinen viitekehys 'koulun hyvinvointimalli' on kehitetty.

Elämänlaadun tutkimus

Hyvinvointi, elämänlaatu ja terveys laajasti ymmärrettynä ovat toisiinsa sidoksissa olevia käsitteitä. Useissa tutkimuksissa näitä käsitteitä tai niiden suhteita toisiinsa ei kuitenkaan tarkemmin määritellä. Elämänlaatua käsittelevät tutkimukset ovat viimeaikoina lisääntyneet (WHOQOL Group 1998, Ware ja Gandek 1998), osa niistä koskee nuoria (Raphael ym. 1996, Renwick ja Brown 1996). WHO:n Quality of Life -ryhmä on tehnyt laajaa kansainvälistä indikaattorien kehittelytyötä ja heidän mukaansa elämänlaatu on yksilöiden kokemus asemastaan elämässä omassa kulttuurissaan ja arvojärjestelmässään suhteessa päämääriinsä, odotuksiinsa, normeihinsa ja huoliinsa. Se on laaja käsite, johon vaikuttavat monin tavoin henkilöiden fyysinen terveys, psykologinen tila, itsenäisyyden aste, sosiaaliset suhteet sekä heidän suhteensa ympäristöstään nouseviin tilanteisiin (WHOQOL Group 1995, s. 1403). Raphael ym. (1996) määrittelyn mukaan Quality of Life Profile - Adolescent Version nuorten elämisen laadun mittana on se aste, missä määrin henkilö nauttii elämänsä merkityksellisistä mahdollisuuksista (*“the degree to which a person enjoys the important possibilities of his/her life”*). Heidän mukaansa määritelmän voi

yksinkertaistaa kysymykseen “kuinka hyvää elämä sinulle on”. Merkitykselliset mahdollisuudet ilmenevät kolmella osa-alueella: *being* kuvastaa sitä ’kuka on’. *Being* jaetaan fyysiseen, psyykkiseen ja henkiseen osa-alueeseen. *Belonging* osa-alue käsittelee henkilön yhteyttä ympäristöönsä, ja se on jaettu fyysiseen, sosiaaliseen ja yhteisölliseen ’kuulumiseen’. *Becoming* kuvastaa jokapäiväisen elämän toimintoja, joilla pyritään henkilökohtaisiin päämääriin ja tavoitteisiin. Tämä osa-alue jakautuu käytännöllisiin, vapaa-ajan ja kehittymiseen liittyviin tekemisiin. Ryhmä on tutkinut näiden osa-alueiden tärkeyttä nuorten keskuudessa sekä nuorten tyytyväisyyttä (Raphael ym. 1996). Elämänlaatu-käsitettä käytetään myös suppeammin sairauksien, niiden hoidon ja toipumisen yhteydessä (Fowlie ja Berkeley 1987, Apajasalo 1997, Bowling 1997, Drotar 1998). Tällöin elämänlaatu liitetään usein sairaanhoitotyön arvioinnin osaksi. Siinä arvioidaan toimintakykyä eri sairauksien tai niistä toipumisen yhteydessä. Terveysteen ja terveydentilaan liittyvän elämänlaadun mittarin käyttöä on myös laajennettu terveeseen väestöön soveltuvaksi (Verrips ym. 1999).

Lindström (1994) on selvittänyt elämänlaadun (quality of life) käsitettä, ja hänen mukaansa se esiintyy eri tieteenalojen näkökulmasta taulukon 1 mukaisena. Hänen mukaansa keskeiset käsitteet elämänlaadun kuvaamisessa ovat tarpeet, resurssit ja elämän tavoitteet käyttäen sekä materiaalisia että ei-materiaalisia mittareita, jotka ottavat huomioon sekä objektiiviset olosuhteet että subjektiiviset kokemukset.

Taulukko 1. Kooste keskeisistä elämänlaadun käsitteistä eri tieteenaloilla Lindströmin mukaan (1994, s. 40)		
Tieteenala	Elämänlaadun tutkimusten pääkohde (main focus)	Elämänlaadun tutkimusten tavoite (objective)
Filosofia	Elämän arvot	’Hyvä elämä’
Sosiologia	Ei-materiaalinen hyvinvointi	Ihmisen tarpeet ja halut
Taloustiede	Taloudelliset resurssit	Resurssien jakautuminen
Psykologia	Koettu hyvinvointi ja tyytyväisyys	Henkinen hyvinvointi
Lääketiede	Normaalisuus	Lääketieteellisten interventioiden vaikutukset

Lindströmin (1994) määrittelemä yleinen elämänlaadun malli, elämän alueet ja ulottuvuudet on esitetty taulukossa 2. Hänen mukaansa mallin tulee täyttää kolme

kriteeriä: käsittää elämän keskeiset alueet, kuvata ne elämänalueet, jotka ovat olennaisia yksilön olemassaololle ympäristössään sekä käsittää objektiiviset olosuhteet ja subjektiiviset kokemukset. Hän perustaa mallinsa Naessin (1974) ja Kajandin (1981) työn pohjalle.

Taulukko 2. Yleinen elämänlaadun malli, elämisen alueet ja ulottuvuudet Lindströmin mukaan (1994, s. 44)

Alueet	Ulottuvuudet (objektiivinen/ subjektiivinen)	Esimerkkejä
Yleinen: Ekologiset, yhteiskunnalliset ja poliittiset resurssit	1. Makroympäristö 2. Kulttuuri 3. Ihmisoikeudet 4. Hyvinvointipolitiikka	Fyysinen ympäristö, ihmisoikeuksien kunnioit- taminen, tasa-arvo, resurs- sien jakautuminen
Ulkoiset: Sosiaaliset ja taloudelliset resurssit	1. Työ 2. Tulot 3. Asuminen	Koulutus, työllisyys, ta- lous, asumisen taso. Tyytyväisyys näihin olo- suhteisiin
Sisäiset: Resurssit sosiaalisissa suhteissa ja tukemisessa	1. Perheen rakenne ja toiminta 2. Läheiset ystävät 3. Laaja sosiaalinen tuki	Perheen koko, ystävät, läheiset suhteet, naapurien ja yhteisön tuki. Tyytyväisyys em. asioihin
Henkilökohtainen: Henkilökohtaiset resurssit	1. Fyysinen 2. Henkinen 3. Hengellinen	Kehittyminen, aktiivisuus, itsetunto ja perusmieliala, elämän tarkoitus

Terveys hyvinvointina

WHO:n terveyden määritelmä (1947) laajentaa terveyden käsitettä lähemmäksi hyvinvoinnin, elämänlaadun ja elämään tyytyväisyyden sekä onnellisuuden suuntaa. WHO:n mukaan terveys on “täydellinen fyysisen, psyykkiseen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, eikä ainoastaan sairauden puuttumista”. Useat terveyden edistämisen ohjelmat ja verkostot käyttävät perustana nimenomaan tätä laajaa terveyden määritelmää (esim. European Network for Health Promoting Schools, Coordinated School Health Program ja TK-2000 – terveyttä... 1994). Weare (2000) käyttää laajaa positiivisen mielen terveyden käsitettä koulun terveyden edistämistyön taustalla, mutta hän puhuu mielen terveyden rinnalla käsitteistä tunneterveys ja sosiaalinen terveys. Hän käsittelee mielen terveyden edistämistä koko kouluun

liittyvän kannustavan ilmapiirin luomisena, itsetunnon sekä sosiaalisten ja tunteitaiteiden vahvistamisena.

Kariston (1984) mukaan positiivisen terveyden käsitteen käyttö johtaa ongelmiin hyvinvointitutkimuksessa: terveys määritellään samantapaisin kriteerein kuin hyvinvointikin. Karisto huomauttaa myös, että WHO:n peruskirjan (1947) käyttämä määritelmä tuottaa myös utopistisuutensa vuoksi ongelmia (“...täydellinen hyvinvoinnin tila...”). Määritelmä voi enintään viitoittaa tavoitellun suunnan, sen operationalisointi on vaikeaa (Karisto 1984, s. 57). Seedhouse (1986, s. 30-33, 1997, s. 126-127) toteaa WHO:n terveyden määritelmän ongelmana olevan sen laajuuden ja tulkinnallisuuden; jokainen tutkija tai terveyden edistäjä pystyy perustelemaan sen avulla tutkimuksiaan ja toimintaansa omien ennakkokäsitystensä ja tarkoitusperiensä mukaisesti.

Terveyden vastakohtana pidetään kuolleisuutta, sairastavuutta ja muita ongelmia pääasiassa terveydenhuollon keräämän tiedon perusteella, mutta myös yksilön kokemaa sairautta, vajavuutta ja toimintakyvyn puutosta (Bowling 1991).

Psykologinen hyvinvointitutkimus

Lazarsfeld, Guttman ja Suchman kollegoineen kehittivät ensimmäiset psykologisen hyvinvoinnin mittarit maailmansotien jälkeisinä vuosina (McDowell ja Newell 1996). Tämän jälkeen terveyden ja hyvinvoinnin mittaamiseen on kehitetty useita instrumentteja, muun muassa The Life Satisfaction Index (Neugarten, Havighurst ja Tobin 1961), The General Health Questionnaire (Goldberg 1978), The General Well-Being Schedule (Dupuy 1984) ja The Oxford Happiness Inventory (Argyle, Martin ja Crossland 1989). Mittareita on sovitettu myös nuorille, muun muassa The Berne Questionnaire on Adolescents' Subjective Well-being (Grob 1995a, Grob ym. 1991). Terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät mittarit ovat jatkuvan kehityksen alaisina. Kuolleisuuden mittaamisesta on siirrytty tarkastelemaan sairauden poissaoloa, toimintakykyä, onnellisuutta, hyvinvointia ja elämänlaatua (McDowell ja Newell 1996). Sekä Bowling (1991) että McDowell ja Newell (1996) ovat käsitelleet näitä mittareita kattavasti teoksissaan.

Subjektiiivinen hyvinvointi voidaan nähdä yleisenä käsitteenä, joka tarkastelee yksilön hyvinvointia eri tavoin mitattuna. Sitä on tarkasteltu subjektiivisena hyvinvointina (Veenhoven 1991, Artikkelit II, Diener 2000, Rask 2002), psykologisena

hyvinvointina (Bradburn 1969, Dupuy 1984) ja sosiaalisena hyvinvointina (Donald ym.1978). Veenhovenin (1991) mukaan yleinen subjektiivinen hyvinvointi voidaan ymmärtää elämään tyytyväisyytenä, tyytyväisyyden ja nautinnon tasona (*terms of life satisfaction, contentment and hedonic level*), kun taas subjektiivisen hyvinvoinnin erilaiset osa-alueet sisältävät itsearviointeja esimerkiksi tyytyväisyydestä työhön, itsetuntemuksesta ja hallinnan tunteesta. Elämään tyytyväisyydellä Veenhoven tarkoittaa sitä tyytyväisyyden astetta, jolla yksilö arvioi yleistä elämänlaatuaan kokonaisuudessaan hyväksi (Veenhoven 1991, Veenhoven ja Ehrhardt 1995). Veenhoven käyttää käsitteitä subjektiivinen hyvinvointi (*subjective well-being*), tyytyväisyys elämään (*life satisfaction*) ja onnellisuus (*happiness*) toistensa synonyymeinä.

Muiden muassa Headey ja Wearing (1991), Huebner (1991) ja Diener (2000) näkevät subjektiivisen hyvinvoinnin koostuvan useista komponenteista: tyytyväisyys elämään (yleinen arvio omasta elämästä) ja tyytyväisyys tärkeisiin elämän osa-alueisiin (esim. tyytyväisyys työhön), positiiviset kokemukset (monien positiivisten tunteiden ja tunnetilojen kokeminen) sekä negatiivisten kokemusten vähäinen määrä (harvojen epämiellyttävien tunteiden ja tunnetilojen kokeminen). Headeyn ja Wearingin (1991) mukaan subjektiivinen hyvinvointi on suhteellisen pysyvää. Jotkut ihmiset kokevat paljon tyydyttäviä asioita, kuten ylennyksiä töissä ja läheisiä ihmissuhteita, ja toisaalta harvoja stressaavia asioita, kuten työttömyyttä ja vaikeuksia perheen kesken. Toisilla ihmisillä vaikuttaa olevan juuri päinvastaisia kokemuksia. Kolmannen ryhmän muodostavat ne, joilla on paljon sekä tyydyttäviä että stressaavia kokemuksia. Neljännen ryhmän ihmiset eivät koe juuri kummankaan laisia asioita. Edellä mainitut tutkijat lähestyvät asiaa taloustieteen termein: yksilön sosiaalinen tausta, persoonallisuuden piirteet ja sosiaalinen verkosto muodostavat pääoman, ja tietyn ajanjakson tyydyttäviä ja stressaavia kokemuksia ajatellaan kassavirtana. Subjektiivista hyvinvointia käsitellään yksilön varallisuutena, joka on dynaamisessa tasapainossa. Headeyn ja Wearingin (1991) mukaan näyttää siltä että ihmiset, joilla on enemmän pääomaa, kokevat enemmän positiivisia ja vähemmän negatiivisia kokemuksia ja näin subjektiivinen hyvinvointi vaikuttaa epätasa-arvoiselta.

Myös käsitettä elämäntilintä (*coping*) on käytetty tarkasteltaessa ihmisen automatisoitunutta ja tavoitehakuista käyttäytymistä hyvinvoinnin ylläpitämiseksi tai saavuttamiseksi (Folkman ja Lazarus 1988, Lazarus 1993, Raitasalo 1995).

Hallinnalla tarkoitetaan kognitiivisia ja käyttäytymiseen liittyviä yrityksiä käsitellä niitä ulkoisia ja/tai sisäisiä vaatimuksia, jotka on arvioitu rasittaviksi tai omat voimavarat ylittäviksi (Folkaman ja Lazarus 1988 ref. Raitasalo 1995). Läheisesti edellä mainittuun liittyy koherenssin tunne, jonka avulla ihminen näkee maailman ymmärrettävänä (kognitiivinen), hallittavana (välineellinen) ja mielekkäänä (motivionaalinen) (Antonovsky 1993).

Tässä tutkimuksessa käytetty yleisen subjektiivisen hyvinvoinnin mittari on kehitetty Raitasalon (1995) muokkaamasta Beckin 13-osioisesta masentuneisuusmittarista (Beck Depression Inventory, Beck ja Beck 1972, Beck, Steer ja Garbin 1988). Alunperin Beckin mittari on ollut 21-osioinen, mutta tekijät ovat lyhentäneet sen ja todenneet lyhyemmän version korreloivan hyvin alkuperäisen kanssa ja toimivan masentuneisuuden seulonnassa (Beck ja Beck 1972, Beck ym. 1974). Mittari käsittää kysymyksiä yleisestä elämän kokemisesta: positiivinen mieliala, tulevaisuuteen suhtautuminen, onnistuminen elämässä, tyytyväisyys, yleinen itsetunto ja ulkonäköön liittyvä itsetunto, sosiaalinen suuntautuminen, päätöksenteko, nukkuminen ja väsymys, ruokahalu ja itsetuhoajatukset. Raitasalo (1995) lisäsi Beckin mittariin johdantokysymyksen kuhunkin osioon. Hän lisäsi myös jokaiseen osioon positiivisen vastausvaihtoehdon, ja vaihtoehtojen järjestys muutettiin siten, että ne olivat positiivisesta mielialavaihtoehdoista masentuneisuuteen päin. Näin kyselylomaketta tehtiin sopivaksi niin kliiniseen depressiivisyyden seulontatyöhön kuin normaaliväestön hyvinvoinnin osa-alueiden kartoittamiseen ja elämäntilan toimivuuden kuvailuun (Raitasalo 1995).

Psykologisen hyvinvoinnin vastakohtana voidaan tarkastella psyykkistä kärsimystä, ahdistusta ja masentuneisuutta (McDowell ja Newell 1996).

Sosiologinen hyvinvointitutkimus

Länsimaissa on kerätty tilastollista tietoa sosiaalisista olosuhteista yli vuosisadan ajan. Tiedot, jotka käsittelevät kuolleisuutta, koulutusta, rikollisuutta, asumista, työllisyyttä ja taloutta, ovat aina sisältäneet myös terveyteen liittyvää mittaamista (McDowell ja Newell 1996). Tietojen perusteella on usein esitetty sosiaalisia uudistuksia ja poliittisia päätöksiä sekä arvioitu sairaan- ja terveydenhoidon tilaa. Karisto (1984) on tarkastellut hyvinvointitutkimusta laajemmin sosiologisesta näkökulmasta. Hän jakaa tutkimuksen elintasotutkimukseen, elämänlaadun tutkimukseen sekä elämäntavan ja

elämäntyylin tutkimukseen. Elintaso on tutkittu erityisesti Pohjoismaissa 1960-luvulta lähtien, mutta sen juuret ovat englantilaisessa sosiaalipoliittisen tutkimuksen perinteessä ja YK:n käynnistämässä tutkimustoiminnassa. Elintasotutkimus on yhteydessä sosiaali-indikaattoreiden kehittelyyn (Patoluoto 1972, Andrews ja Withey 1976, OECD 1982). Elämänlaadun tutkimus korostaa erityisesti sosiaalisten suhteiden merkitystä. Elämänlaatu-käsitettä on käytetty ainakin yläkäsitteenä, rinnakkaiskäsitteenä elintasolle, subjektiivisena sisältönä ja ympäristön laatuun ja ekologiseen hyvään liittyvänä käsitteenä. Elämäntapatutkimus puolestaan on kasvanut antropologisen ja sosiaalishistoriallisen tutkimuksen piirissä. (Karisto 1984).

Hyvinvointiin liittyvä keskustelu on jatkunut vilkkaana myös viime vuosikymmeninä, ja uusia käsitteitä ja asioita on tuotu mukaan keskusteluun. Tällaisia ovat muun muassa Nussbaumin kansalaishyveiden analysointi ja kommunitarismin edustajien Taylorin ja Etzionin keskustelu kansalaisvelvollisuuksista, Bourdieun habitus- ja Roosin elämäntapa-käsite, Habermasin elämismailma ja sen merkitykset ja tulkinnat sekä Giddensin elämänpolitiikka (Allardt 1998, Roos 1998, Allardt 1999). Tärkeänä osana hyvinvointitutkimukseen liittyvää keskustelua on myös se, keskitytäänkö huono-osaisuuden lieventämiseen vai positiiviseen, hyvän elämän tavoitteluun (Karisto 1998). Empiiristä tutkimusta tai hyvinvoinnin mittaamista ei viimeaikainen hyvinvointiin liittyvä keskustelu ole juuri sisältänyt, joten tässä tutkimuksessa edellä mainittu keskustelu jää vähemmälle huomiolle.

Kariston (1984) mukaan tarpeet ja resurssit voidaan nähdä hyvinvointitutkimuksen vaihtoehtoisina lähestymistapoina. *Tarpeet* nähdään historiallisesti määräytyvinä, jolloin ne kuvaavat ajan yhteiskunnallista tilannetta. Tällaisia ovat olleet muun muassa hedonistinen hyvinvointimalli, askeettinen velvollisuusetiikka (Fromm 1979, 11-15) ja länsimaille tyypillinen sosiaalista rakennetta ja maailmankuvaa heijastava malli (Galtung 1980, 71-100). von Wright määrittelee tarpeen käsitteen sillä, mikä on olennolle paha, sen hyvinvoinnille vahingollista: “olento tarvitsee sitä, mitä vailla sen on paha olla” (von Wright 1963 ref. Allardt 1999). Johanssonin (1970) mukaan yksilö voi kontrolloida ja tietoisesti ohjata elinolojaan (hyvinvointiaan) *resurssien* pohjalta, joita Johanssonin mukaan ovat esimerkiksi tulot, omaisuus, tiedot, terveys ja sosiaaliset suhteet. Karisto (1984) painottaa erityisesti terveyden resurssiluonnetta.

Sosiologisen hyvinvoinnin vastakohtina voidaan nähdä olevan muun muassa vaje tarpeiden tyydytyksessä, vieraantuminen ja syrjäytyminen (Allardt 1976a, Karisto 1984, Riihinen 1987).

Allardt'n hyvinvointimalli

Allardt'n hyvinvointimalli (1976a, 1976b, 1989) on taustaltaan sosiologinen. Hänen mukaansa pohjoismaisissa kielissä sana hyvinvointi käsittää sekä elämisen tason että elämänlaadun, eivätkä sanat poikkea toisistaan, kuten englanninkielessä (welfare / well-being) (Allardt 1989). Allardt'n mukaan hyvinvointi määräytyy historiallisesti ja on määriteltävä uudelleen, kun elinolot muuttuvat. Hyvinvointi on tila, jossa ihmisen on mahdollista tyydyttää perustarpeensa. Allardt tarkoittaa elämänlaadulla niiden tarpeiden tyydyttämistä, jotka määräytyvät inhimillisten suhteiden laadun perusteella, kun taas elintaso on yhteydessä tarpeisiin, joiden tyydyttäminen liittyy aineettomiin tai persoonattomiin resursseihin (Allardt 1976a, s. 32-33). Hyvinvoinnin indikaattorijärjestelmässä sekä materiaaliset että ei-materiaaliset perustarpeet tulee ottaa huomioon. Tyydytetty tarve voi yleensä toimia resurssina, joka auttaa yksilöä tyydyttämään myös muita tarpeita.

Allardt'n (1976a) mukaan hyvinvoinnin ulottuvuudet on määriteltävä siten, että ne voidaan liittää sekä inhimillisiin tarpeisiin että yhteiskuntarakenteen ominaisuuksiin. Hän jakaa hyvinvoinnin kolmeen ulottuvuuteen: elinolot (having), sosiaaliset suhteet (loving) ja itsensä toteuttaminen (being). *Elinolot* viittaavat laajasti materiaaliisiin olosuhteisiin, joita kaikki ihmiset tarvitsevat. Allardt erottelee tarpeet Maslowin (1943, 1968) tarvehierarkian mukaisesti puutostarpeisiin ja kehitystarpeisiin. Puutostarpeilla, esimerkiksi ravinnonsaannilla ja terveydellä, on yleensä yläraja, mutta kehitystarpeilla, kuten yhteisyyssuhteilla tai itsensä toteuttamisella, ei ole. Allardt erottaa toisistaan myös tarpeet ja preferenssit, sillä jälkimmäisiä saatetaan luoda esimerkiksi mainoksien tai muodin oikkujen avulla. *Sosiaaliset suhteet* (loving) viittaavat tarpeisiin liittyä muihin ihmisiin ja rakentaa sosiaalisia identiteettejä. Allardt tuo esiin yhteisyyden symmetrisyyden, jossa yksilö sekä saa osakseen rakkautta, on pidetty ja hänestä huolehditaan että hän itse rakastaa, pitää muista ja osoittaa toisia kohtaan huolenpitoa. Yhteisyys on myös resurssi, joka auttaa yksilöä toteuttamaan muita arvoja. *Itsensä toteuttaminen* (being) viittaa persoonalliseen kasvuun, toisin sanoen yhteiskuntaan integroitumiseen ja luonnon kanssa sopusoinnussa elämiseen.

Itsensätoteuttamisen positiivinen näkökulma on henkilökohtainen kehitys, kun taas negatiivinen puoli viittaa syrjäytymiseen (vieraantumiseen yhteisöstä). Itsensätoteuttamisen osatekijöinä Allardt tuo esiin yksilön pitämisen persoonana (korvaamattomuus), yksilön osakseen saaman arvonannon (status), yksilön mahdollisuudet harrastuksiin ja vapaa-aikaan ('tekeminen', doing) sekä yksilön mahdollisuudet poliittiseen osallistumiseen. Itsensätoteuttamisen indikaattoreina voivat olla esimerkiksi: missä määrin ihminen voi osallistua itseään ja omaa elämäänsä koskevaan päätöksentekoon ja toimiin, mahdollisuudet vapaa-ajan toimintaan ja mielekkääseen työelämään sekä mahdollisuudet luonnosta nauttimiseen (Allardt 1989, s. 7). Myöhemmissä kirjoituksissaan Allardt (1998, 1999) on kääntänyt being-osa-alueen sosiaalisen identiteetin omaamisen tarpeeksi. Ihmiselle on ilmeisen tärkeätä, että hän pystyy muodostamaan jonkinlaista minäkuvaa ja elämään sen mukaisesti.

Allardt sijoitti terveyden having-osa-alueelle. Hän myös korostaa terveyden olevan hyvinvoinnin keskeinen elementti (Allardt 1976a, s. 134) ja voimavara, joka vaikuttaa hyvinvoinnin muihin osa-alueisiin. Pohjoismaisessa hyvinvointitutkimuksessa eksploratiivinen faktorianalyysi sijoitti terveyden ja työllisyyttä koskevat kysymykset omaksi faktorikseen, erilleen having-osa-alueesta (Allardt 1976a, s. 236-237).

Hyvinvoinnin päivitetystä indikaattorijärjestelmässä Allardt (1989) korostaa että sekä objektiivisia että subjektiivisia indikaattoreita tarvitaan. Hän ristiintaulukoi having-, loving- ja being-osa-alueet objektiivisten ja subjektiivisten indikaattoreiden kanssa ja saa näin kuudenlaisia indikaattoreita (artikkeli I, Table 1). Allardtin mukaan objektiiviset indikaattorit perustuvat ulkopuolisiin havaintoihin ja subjektiiviset indikaattorit ovat ihmisten esittämiä mielipiteitä ja kokemuksia elinoloistaan.

Niemelän (1984) mukaan Allardtin malli täydentyisi teoreettisella elämäntapatutkimuksella ja käytännössä sosiaalityöllä. Ne selvittäisivät ihmisen ja yhteiskunnan välisten suhteiden järjestämisen onnistuneisuutta. Riihinen (1987) kritisoi Allardtin mallissa pääasiassa tarpeiden muuttumista historiallisten olosuhteiden mukaan sekä hyvinvoinnin osa-alueiden operationalisointia. Erityisesti turvallisuuden tarpeen puuttumisen Riihinen (1987) näkee ongelmallisena.

Objektiivinen ja subjektiivinen hyvinvointi

Hyvinvoinnin tarkastelusta sekä subjektiivisesti että objektiivisesti vallitsee laaja yksimielisyys (Allardt 1989, Karisto 1984, Lindström 1994, McDowell ja Newell 1996), vaikkakin kiistanalaisuuttakin asiasta on (ks. Karisto, s. 28, Roos 1978). Johtopäätöksenä kiistanalaisuudesta Karisto (1984) pitää nimenomaan sekä subjektiivisten että objektiivisten osoittimien käyttöä. Hänen mukaansa lähtökohtana on pidettävä toimivaa ihmistä, jolloin objektiiviset elinolot ja niitä koskevat subjektiiviset kokemukset kietoutuvat toisiinsa. Kuitenkaan ihmisten ulkoiset elinolot ja subjektiiviset kokemukset eivät aina vaihtelee samalla tavalla, kuten tuli esiin pohjoismaisessa hyvinvointitutkimuksessa (ks. Allardt 1976, s. 255-258). Kariston mukaan elinoloja mittaaville muuttujille olisi voinut etsiä paremmin juuri kyseisiä asioita kartoittavia kokemuksellisia kysymyksiä. Eräänä mahdollisena syynä tyydytettyjen tarpeiden vajeeseen (subjektiivisen kokemuksen ja objektiivisten olojen välimatkan) Karisto (1984) pitää modernin yhteiskunnan tarpeiden oravanpyörää – koetut tarpeet pakenevat koko ajan kaukana tyydytettyjen tarpeiden edellä.

Roosin (1978) mukaan Allardtin subjektiiviseen ja objektiiviseen jaon ongelmana on ihmisten toiminnan huomiotta jättäminen. Hyvinvointitutkimuksessa subjektiivinen näkökulma on Roosin (1978) mukaan keskeistä, mutta nimenomaan ihmisen toiminnan näkökulmasta, jolloin elämäntapa-käsitteen käyttö hyvinvoinnin käsitteellistämässä puoltaa paikkaansa. Allardt (1998) itse on perustellut objektiivisten ja subjektiivisten indikaattoreiden samanaikaista käyttöä molempien huonoilla puolilla. Objektiiviset indikaattorit ovat yleensä poliitikkojen ja tutkijoiden sanelemia ja subjektiiviset indikaattorit suosivat hyväosaisia, sillä nämä pystyvät todennäköisesti paremmin tuomaan esiin omia toivomuksiaan (Allardt 1998).

Hyvinvointikäsitteen rajaaminen

Edellä kuvatut hyvinvointitutkimuksen suuntaukset osoittavat, että käsitettä *hyvinvointi* käytetään hyvinkin erilaisissa merkityksissä. Hyvinvoinnille läheisiä käsitteitä ovat ainakin elämänlaatu ja terveys. Yhteistä kaikille on se, että puhutaan hyvästä ja positiivisesta tai ainakin huonon tai negatiivisen puuttumisesta. Näkökulmat tutkimuksissa vaihtelevat yksilön ja yhteisön sekä objektiivisen ja subjektiivisen hyvinvoinnin välillä. Tutkimussuuntausten painotukset ovat myös erilaisia. Hyvinvointitutkimuksen moninaisuus edellyttääkin sitä tekevilta tutkijoilta

oman tutkimuskäsitteensä tarkkaa määrittelyä ja rajausta. Tämän tutkimuksen käsitteellinen malli perustuu Allardtin (1976a, 1976b, 1989) hyvinvointimallin soveltamiseen koulumaailmassa. Terveyttä käsitellään erillisenä osana, resurssina. Psykologista hyvinvointia käytetään yhdessä Allardtin mallin kanssa varmentamaan mallin empiiristä soveltamista. Psykologisen hyvinvoinnin mittarina käytetään Raitasalon mielialakyselyä (1995).

Koulujen arvioinnista ja tutkimuksesta

Koulujen arvioinnin ja tutkimuksen yhteydessä tarkastellaan lyhyesti ensin länsimaissa viime vuosikymmeninä vallalla olleita suuntauksia – lähinnä *koulujen tehokkuustutkimusta* 1970-luvulta alkaen (Rutter ym. 1979, Teddlie ja Stringfield 1993, Janssens 1995) ja sitä seurannutta *koulujen laadun arviointia* (Laukkanen 1993, Riley ja Nuttall 1994, OECD 1995, Nevo 1995), jonka jälkeen tarkastellaan vielä erikseen koulujen arviointia Suomessa.

Koulujen tehokkuustutkimukset

Koulun tehokkuustutkimuksia (effectiveness) on tehty aluksi pääasiassa Isossa-Britanniassa ja Yhdysvalloissa (Rutter ym. 1979, Teddlie ja Stringfield 1993). Tutkimuksissa on tuotu esiin merkittäviä koulujenvälisiä eroja siinä, kuinka koulut käyttävät resurssejaan ja kykenevät toteuttamaan päätavoitteensa. Niissä on esitetty menestyvän koulun tuntomerkkejä (Rutter ym. 1979, Teddlie ja Stringfield 1993, Janssens 1995, Sahlberg 1997), joita Sahlbergin koonnin mukaan ovat ammattimainen johtajuus, yhteiset visiot ja päämäärät, oppimiselle suotuisa ympäristö, oppimisen ja opetuksen korostaminen, korkeat odotukset, myönteinen vahvistaminen, edistymisen seuraaminen, oppilaiden oikeudet ja vastuu, tarkoituksenmukainen opetus, oppiva organisaatio sekä kodin ja koulun yhteistyö.

Koulujen tehokkuustutkimusta kritisoidaan muun muassa siitä, että se jättää huomiotta erityisryhmät (niin lahjakkaat kuin enemmän apua tarvitsevat), keskittyy vain kapea-alaisiin suorituksiin, on byrokraattinen ja kohdistuu vain koulutuksen sisäisiin prosesseihin eikä kasvatuksen sosiaaliseen päämäärään – aikuisuuteen (tarkemmin kokoomateoksessa Slee ym. 1998).

Koulun laadun mittaaminen

Koulun tehokkuustutkimuksista kehittyi suuntaus, jossa mielenkiinto on koulun laadun mittaamisessa (Laukkanen 1993, Riley ja Nuttall 1994, OECD 1995). Näissä tutkimuksissa on käytetty myös joitain laadullisia mittareita, jotka koskevat vanhempien ja oppilaiden tyytyväisyyttä kouluun sekä sosiaalisia suhteita koulussa. Nevo (1995) esittää laajan näkökulman laadun arvioinnin lähtökohdaksi. Koulun arviointi kokonaisuutena on tärkeää kahdesta eri näkökulmasta. Yhtäältä koulu saattaa olla kiinnostunut kasvatuksellisten ja hallinnollisten toimiensa kokonaisuudesta parantaakseen yleistä toimintaansa ja aikaansaannoksiaan. Toisaalta vaatimus koulujen tulostavasta saattaa vaatia näyttöä koulun ansioista ja tavoitteiden toteutumisen asteesta sekä ”asiakkaiden” tarpeiden kohtaamisesta. Nevo (1995) myös korostaa, että elämä koulussa on paljon monimutkaisempaa kuin oppilaiden saavutusten kautta pystytään välittämään. Koulun laadun arvioimiseksi ja sen ongelmien luonteen ymmärtämiseksi tulisi tarkastella laajaa joukkoa asioita, jotka liittyvät koulun päämääriin, sen kasvatukselliseen filosofiaan, oppilaiden ominaispiirteisiin, opettajien osaamiseen, kasvatuksellisten ohjelmien monipuolisuuteen, fyysisiin resursseihin, sosiaaliseen ilmapiiriin, kasvatuksellisiin saavutuksiin ynnä muuhun (Nevo 1995, 154).

OECD (1995) on tehnyt kehitystyötä, jossa on pyritty löytämään laadukkuuden ominaispiirteitä yhteisön, koulun, luokan ja oppilaan tasolle. Yhteisön tasolla tällaisia olisivat muun muassa arvioinnin indikaattorijärjestelmä ja rahoituksen perustuminen tuloksiin. Koulutason esimerkkeinä mainittakoon säännöt ja ohjeet, rauhallinen työskentelyilmapiiri, aikataulu ja ainevalinnat sekä johdon, ammatillisuuden ja interventioiden periaatteet. Luokan tasolla laadukkuuden ominaispiirteet on jaettu opetuksen ohjauksen laatuun, oppilaiden ryhmittelyyn ja opettajan käyttäytymiseen, joista esimerkkeinä opetuksen päämäärien ja sisällön tarkkuus ja järjestys, arviointi, palaute, etukäteissuunnittelu, tasoryhmitys, yhteistoiminnallinen oppiminen, korkeat odotukset ja esityksen selkeys. Oppilaan kohdalla laadukkuutta mitattaisiin oppimiseen käytettynä aikana, mahdollisuutena oppia, tehtävään käytettynä aikana ja siihen käytettävissä olevina mahdollisuuksina, motivaationa, taipumuksina ja sosiaalisena taustana. Oppilaiden taitoja tulisi tarkastella perustaitojen, korkeamman tason taitojen ja metakognitiivisten taitojen tasoilla. (OECD 1995).

Edellä mainitut koulututkimukset keskittyvät koulun tehokkuuteen ja laatuun. Niillä on osittain samoja päämääriä kuin oppilaiden terveyteen tai hyvinvointiin tähtäävillä interventioilla, projekteilla ja tutkimuksillakin, mutta hyvinvointia ei tutkimuksissa ole varsinaisesti tuotu esiin. Lähempänä hyvinvoinnin osa-alueita koulussa ovat koulun ilmapiiriä tarkastelevat tutkimukset (Tanzer 1989, Dixon ym. 1991, Sabo 1995, Kallestad ym. 1997, Hoy ja Hannum 1997, Freiberg 1999). Hoy ja Hannum (1997) tarkastelevat koulun ilmapiiriä kolmella tasolla: *tekninen taso*, joka käsittelee opettamista ja oppimista, *johtotaso*, joka tarkoittaa koulun sisäistä johtamista sekä *institutionaalinen taso*, joka yhdistää koulun ja ympäröivän yhteisön. Tarkemmin koulun ilmapiiriä käsitteellistettiin opettajien kollektiivisina käsityksinä opettajien ja oppilaiden, opettajien ja hallintovirkamiesten ja opettajien ja yhteisön välisistä sekä opettajien keskinäisistä suhteista (Hoy ja Hannum 1997). Koulun ilmapiiriä on tarkasteltu myös siten että oppilaat, vanhemmat ja ympäröivä yhteisö, johtaja tai opettajainhuone ovat olleet tutkimuksen kiinnostuksen kohteina ja tiedon lähteinä (Ben-Peretz ym. 1999, Fraser 1999, Hall ym. 1999, Stevens ja Sanchez 1999).

Arvioinnista suomalaisissa kouluissa

Suomi on osallistunut lähes 40 vuoden ajan kansainvälisen koulusaavutuksia arvioivan järjestön IEA:n (International Association for the Evaluation of Educational Achievement) toimintaan. Arviointi kohdistuu varhaiskasvatukseen ja toisen asteen koulutukseen. Myös OECD on ryhtynyt keräämään vertailevaa arviointitietoa jäsenmaistaan ja kehittämään koulutuksen indikaattorijärjestelmää. (OECD 1995, Linnakylä 1998, Kangasniemi 2001). Linnakylä ja Kangasniemi tuovat esiin kansainvälisen arvioinnin etuja, mutta korostavat myös kansallisen arvioinnin merkitystä.

Koululaitoksen suuntauduttua hajautettuun päätöksentekoon ovat koulut kehittäneet ja kehittävät edelleen itsearviointia. Koulujen tilivelvollisuus korostuu, kun rahoitus tulee keskushallinnolta, joka antaa vain päätavoitteet kasvatukselle, ja koulut saavat entistä vapaammin päättää koulutuksen tavoitteista ja sisällöistä (Laukkanen 1998). Hämäläinen (1993, 21) toteaa, että ”sisäinen ja ulkoinen arviointi täydentävät toisiaan”. Hän esittää myös, että ainoastaan tiedollisten tavoitteiden saavuttamista on pystytty arvioimaan tyydyttävillä mittareilla. Sosiaalisten, affektiivisten, eettisten ja esteettisten tavoitteiden saavuttamisen mittaamiseen ei ole löydetty laajaa kannatusta

saaneita menettelytapoja. Opetussuunnitelman perusteet 1994:ssä (Opetushallitus 1996) korostetaan jatkuvan arvioinnin olevan osa kehittyvän koulu yhteisön toimintaa. Oppilasarvioinnin rinnalla korostetaan koulu yhteisön *kokonaisvaltaista arviointia*. Viime aikoina kouluja onkin ryhdytty arvioimaan enemmän kokonaisuutena ja arviointi nähdään osana koko koulun kehittämisprosessia (Baldursson 1995, Nevo 1995, Sahlberg 1997, Annala 1998). Konttinen (1995) painottaa kolmenlaisia haasteita koulujen arvioinnissa: paikallisen tason eli opettajan, koulun ja ylläpitäjän arviointia, keskushallinnon arviointia (opetushallitus ja ministeriö) ja haasteita itse arviointiajatteluun. Yleisemmin hän kuvaa arviointia peilinä, jonka tulisi heijastaa sitä, onko oppiminen iloinen ja kehittävä asia sekä sitä tuemmeko lasten, nuorten ja aikuisten kehitystä sekä koulussa että työelämässä (Konttinen 1995).

Linnakylän ja Saaren (1993) mukaan peruskoulun arvioinnin kohteina 90-luvulla olivat koulujen toiminta, opetusmenetelmät ja oppilaiden koulusaavutukset. Tätä aikaisemmin laajoina kartoituksina ovat olleet Peruskoulun tilanearviointi vuonna 1979 ja rinnakkaiskoulujärjestelmässä Kuuden oppiaineen tutkimus (IEA Six Subjects Study) vuosina 1970–1971. Opetushallinnon ja Kasvatustieteiden tutkimuslaitoksen toteuttamalla Peruskoulun arviointi 90 -tutkimuksella haluttiin selvittää sekä peruskoulun oppimistuloksia että koulun toimintamuotojen ja opetusjärjestelmien joustavuutta, opiskelukokemuksia ja -asenteita sekä oppilaan minäkäsitystä. Tutkimuksessa tarkasteltiin koulua myös opiskelu ympäristön, opettajien suosimien opetusmenetelmien ja oppilaiden kotitaustan sekä opiskelutottumusten ja harrastusten näkökulmasta. Yleisenä kysymyksenä tarkasteltiin sitä, onko koulujen välillä eroja sekä onko sukupuolten välillä eroja koulusaavutuksissa. Saari ja Linnakylä (1993) toteavat koulusaavutuksissa koulu kohtaisten erojen olevan Suomessa kansainvälisesti verrattuna maailman pienimpiä. Koulujen erilaisuudesta johtuvan vaihtelun laskettiin olevan 5–7 %.

Kasvatustieteellinen asiantuntijaryhmä (Syrjälä ym. 1997) on suorittanut Suomen Akatemian arvion kasvatustieteen tutkimuksen yleisestä tilasta ja tasosta. Muiden tutkimuksen kehittämistarpeiden ohella ryhmä tuo esille oppimisen alueen tutkimuksen, jossa tulisi laajemmin huomioida koko sosiaalinen konteksti sekä erilaisiin oppimisprosesseihin, lahjakkuuteen ja syrjäytymiseen liittyvä tutkimus.

Terveys ja hyvinvointi koulussa

Lasten oikeuksien julistuksessa korostetaan sekä terveyden että koulutuksen merkitystä lasten elämässä (UN 1989). Maailman terveysjärjestön Ottawa Charter (WHO 1986) ja Jakartan julistus (WHO 1997) korostavat puolestaan niiden *areenoiden* merkitystä, joissa terveyden edellytykset luodaan. Koulut ovat luonnollisia terveyden edistämisen areenoita lapsille ja nuorille. Aiemmin terveyden näkökulma länsimaisissa kouluissa perustui kouluterveydenhuollon ja terveystieteiden pohjalle sekä terveelliselle ympäristölle (Green ja Kreuter 1999). Rimpelän (1994) mukaan terveystieteiden vakiintui ensin Yhdysvalloissa omaksi ammatti- ja tutkimusalakseen 1940–50-luvuilla, hiukan myöhemmin Englannissa (1960–70-luvuilla) ja muualla Euroopassa ja Suomessa (1980–90-luvuilla).

Viimeaikoina koulujen terveyttä ja hyvinvointia on tarkasteltu pääasiassa Maailman terveysjärjestön esille tuomien kehitysajatusten kautta. Koulun terveyteen liittyvät ohjelmat, kuten WHO:n *Health Promoting School* (Parsons ym. 1996, Rowling 1996, WHO 1998, St Leger 1999, Turunen ym. 1999, WHO 1999, Rowling ja Rissel 2000) ja *Coordinated School Health Program* Yhdysvalloissa (Allensworth ja Kolbe 1987, Marx ja Wooley 1998) kehitettiin 1980-luvun lopussa ja 1990-luvun alussa. Kuitenkin Coordinated School Health Programin (CSHP) kehityksen voidaan nähdä alkaneen jo 1920-luvulla, jolloin julkaistiin *School Health Services*, jota seurasivat *Healthful School Environment* (1953) ja *Health Education* (1957) (Davis ja Allensworth 1994). Health Promoting Schoolin (HPS) varhainen kehitys alkoi 1950-luvulla, jolloin WHO perusti komitean *Expert Committee on School Health Services*. Jatkoa seurasi 1966 WHO:n julkaisulla *Planning for Health Education in Schools*, joka tuo käytännönläheisesti esiin kouluterveysohjelmien suunnittelua ja toteutusta (St Leger 1999).

Terveet koulut verkosto (Health Promoting School)

WHO:n Global School Health Initiative (WHO 1998) luonnehtii Health Promoting Schoolin (HPS) kouluksi, joka jatkuvasti vahvistaa voimavarojaan terveellisenä areenana elämiseen, oppimiseen ja työntekoon. Aloitteessa ehdotetaan neljää strategiaa HPS:ien luomiseksi

1. vahvistaa kykyä ajaa parempien kouluterveysohjelmien asiaa
2. luoda verkostoja ja yhteenliittymiä terveyttä edistävien koulujen kehittämiseksi
3. vahvistaa kansallisia voimavaroja
4. tehdä tutkimusta kouluterveysohjelmien parantamiseksi.

Maailman terveysjärjestön Euroopan alue yhdessä Euroopan neuvoston ja Euroopan yhteisön kanssa (Healy 1998, Burgher ym. 1999) käynnistivät The European Network of Health Promoting School -verkoston (ENHPS, Euroopan terveet koulut -verkosto) vuonna 1992. ENHPS rakentuu käsitteellisesti WHO:n laajaan terveyden määritelmään (WHO 1947) ja Ottawa Charterin (1986) ajatuksiin terveyden edistämisestä sekä soveltamiseen Buntonin ja Macdonaldin ajatuksin (Parsons ym. 1996, Rasmussen ja Rivett 2000). Vuonna 2002 yli 40 Euroopan maata oli mukana verkostossa (Euroopan terveet koulut 2002). HPS-verkostot kehittyivät alueittain: eteläisellä Tyynenmeren alueella 1995, Latinalaisessa Amerikassa 1996, Etelä-Afrikassa 1996 ja Kaakkois-Aasiassa 1997 sekä pohjoisella Tyynen meren alueella 1997 (WHO 1999). Suomi on myös mukana Euroopan terveet koulut -verkostossa (Turunen ym. 1999), vuoden 2002 keväällä mukana oli 53 koulua (Euroopan terveet koulut 2002). Euroopan terveet koulut -verkoston konferenssin päätöslauselma (Burgher ym. 1999) vuonna 1997 hahmottelee seuraavat kymmenen periaatetta terveyttä edistävälle koululle: demokratia, tasa-arvo, valtaistaminen ja toimintamyöntyvyys, kouluympäristö, lukujärjestys, opettajien koulutus, onnistumisen mittaaminen, yhteistyö, yhteisöt ja pysyvyys. Läntisen Tyynenmeren alueen terveyttä edistävä koulu -ohjelma koostuu kuudesta osa-alueesta: kouluterveysohjelmat, koulun fyysinen ympäristö, koulun sosiaalinen ympäristö, yhteisösuhteet, henkilökohtaiset terveystaidot ja terveyspalvelut (St Leger 1999).

Kokonaisvaltainen kouluterveysohjelma (Coordinated School Health Program)

Yhdysvalloissa Allensworth ja Kolbe laajensivat Coordinated (aiemmin Comprehensive) School Health Programia (CSHP) lisäämällä viisi uutta osa-alueetta ohjelmaan, jossa aiemmin oli ollut vain kolme (Allensworth ja Kolbe 1987). Heidän mukaansa kouluterveysohjelma sisältäisi seuraavat kahdeksan osatekijää: terveystieteiden opetus, fyysinen kasvatus, terveystieteiden opetus, ravitsemuspalvelut, oppilaan

ohjauksen sekä psykologiset ja sosiaaliset palvelut, terveellisen kouluympäristön, henkilöstön terveyden edistämisen sekä vanhempien ja yhteisön osallistumisen. Näitä osa-alueita on kehitetty ja määritelty edelleen Yhdysvalloissa lähes 60 kansallisen organisaation toimesta. Käsitteellisenä pohjana CSHP:ssa käytetään WHO:n terveyden määritelmää (McKenzie ja Richmond 1998). CSHP:ssa korostetaan myös, että kasvatukselliset aloitteet onnistuvat vain, mikäli ne ottavat huomioon myös oppilaiden terveyden ja hyvinvoinnin.

Fetro (1998) on käsitellyt CSHP:n soveltamista käytäntöön. Hänen mukaansa neljä avainprosessia helpottaa ohjelman suunnittelua ja toteuttamista. Ne ovat yhteydenpito, yhteistyö, koordinointi ja yhteistoiminta (communication, cooperation, coordination, collaboration). Yhteistoiminnalla tarkoitetaan muodollisempia (kuin yhteydenpidossa) yhteyksiä yhteisten visioiden ja päämäärien toteuttamiseksi. Fetro (1998) korostaa myös yhteisön tukea kouluille tämänkaltaisten ohjelmien onnistumiseksi.

Terveys ja hyvinvointi suomalaisessa koulussa

Opetussuunnitelman perusteissa 1994 (Opetushallitus 1996) mainitaan muun muassa että ”fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten voimavarojen tasapainoinen kehittyminen edellyttää *terveyteen ja hyvinvointiin* liittyvien kysymysten esiin nostamista”. Uudessa koululaissa (Ranta 1996), joka tuli voimaan vuoden 1999 alusta, on tuotu esiin turvallisuuden merkitys kouluissa.

Suomen kouluissa terveyden ja hyvinvoinnin alue on perinteisesti kuulunut kouluterveydenhuollon ja terveystieteiden piiriin. Kouluterveydenhuolto on Suomessa aloittanut toimintansa lähes sata vuotta sitten, ensimmäisten johtosäätöjen julkaisu koululääkäreille ja -hoitajattarille ajoittuu 1920-luvulle (Mannerheimin Lastensuojeluliitto 1924 ja 1927). Terveystieteiden opetuksen alkaminen maassamme ajoittuu vieläkin pidemmälle, aluksi terveystieteen, sittemmin ympäristöoppi- sekä kansalaistaito-oppiaineiden sisältöinä (Korhonen 1971). Terveystieto omana oppiaineenaan aloitetaan peruskouluissa ja lukioissa lukuvuoden 2002-2003 alusta (Laki N:o 453/2001, 'Terveystieto oppiaineena' – kouluttajien kokous 7.2.2002 Jyväskylä). Vuonna 1994 julkaistussa kirjassa (Peltonen 1994) terveyden arvoitusta koulussa on pohtinut laaja joukko lähialojen ammattilaisia. Koulu nähdään toisaalta oppilaiden stressin aiheuttajana, mutta sen mahdollisuuksia lasten ja nuorten stressin lievittäjänä on myös nostettu esiin (Holopainen ja Lehtonen

1994). Heidän mukaansa koulu voisi tarjota oppilaiden tasoon suhteutettuja haasteita, hyviä ihmissuhteita, ystävällisen ilmapiirin, paljon myönteistä palautetta, luottamusta ja vastuun jakamista, yhteistoiminnallisuutta, hyvää koulun yhteishenkeä, rohkaisua harrastuksiin, stressin hallintatapojen opettamista sekä fyysisen ympäristön viihtyisyyttä (ks. myös Sylwester 1983, Natvig ym. 1999).

Holopainen (1991) pohtii *terveellisen koulun* tarpeellisuutta. Hän tuo vahvasti esiin oppilaan hyvinvoinnin merkityksen oppimiseen. Hänen mukaansa akateemiset tavoitteetkin toteutuvat vain, mikäli oppijan hyvinvoinnin edellytyksistä on huolehdittu. Tällöin huomiota tulisi keskittää myös opetussuunnitelman luonteeseen, oppimisympäristön parantamiseen ja arjessa selviytymisen kasvattamiseen. On myös tärkeää, kuinka kodin ja koulun tavoitteet liittyvät yksilön tavoitteisiin ja voimavaroihin ja koostuuko näistä yhteisössä saaduista kokemuksista positiivinen käsitys itsestä ja muista. Koulun ydintavoitteen yhteisöllisestä näkökulmasta Holopainen (1991, 40) liittää teemaan *the vision of good life*. Terveys ymmärrettiin voimavarana, joka lisää mahdollisuuksia hyvään elämään. (Holopainen 1991).

Kannas (1994) selvittää terveystieteen tietoperustaa jakaen sen terveystietoon, näkemystietoon, elämäntapatietoon, menetelmätietoon ja kulttuuritietoon. Terveystiedon osa-alueen Kannas (1994) jakaa edelleen kolmeen: mitkä tekijät vaikuttavat terveyteen, mihin erilaisten terveystottumusten ja ympäristötekijöiden ym. terveyteen liittyvien tekijöiden terveystulokset perustuvat ja minkälaisien tekijöiden muuttaminen tuottaa optimaaliset terveystulokset. Terveystieteen lähtökohdina kirjoittaja tuo esiin lääketieteellisen, häiriölähtöisen terveystieteen mallin sekä kasvatustieteellisen, terveystieteen lähtöisen terveystieteen mallin. Edellisessä käsitellään riskitekijöitä ja jälkimmäisessä terveyttä edistäviä tekijöitä. Kannaksen mukaan malleja tulisi käyttää yhdessä integroiden ja toisiaan täydentäen. (Kannas 1994).

Peltonen (1994) korostaa terveystieteen olevan osa terveyden edistämistä. Hänen mukaansa terveyttä ja turvallisuutta edistävä koulu käsittää terveystieteen opetussuunnitelman, oppilashuollon, kouluyhteisön toiminnan, kodin ja koulun yhteistyön sekä yhteistyön koulun ulkopuolisten yhteisöjen kanssa. Peltonen (1994) mukaan terveystieteen opetuksen perustavoitteet liittyvät nuoren hyvinvoinnin ja elämäntieteen senhetkiseen tukemiseen, mutta myös tulevaisuudessa tarpeellisten terveyttä tukevien valmiuksien oppimiseen, ylläpitämiseen ja syventämiseen.

Terveystiedon opetuksen alkaminen omana oppiaineenaan toteutunee alkuvaiheessa terveystieteen perinteen pohjalta ('Terveystieto oppiaineena' – kouluttajien kokous 7.2.2002 Jyväskylä).

Terveyden ja hyvinvoinnin arvioinnista koulussa

Kokonaisvaltaisia kouluterveysohjelmia on myös viimeaikoina arvioitu kriittisesti. Lynagh ym. (1997) suorittivat maailmanlaajuisen tietohaun Medline ja Eric-tietokannoista (Medline on lääketieteitä ja lähialueita kattava tietokanta ja Eric kasvatustieteet kattava tietokanta) etsien ohjelmia, jotka toteuttaisivat Ottawa Charterin *areenojen* ideaa terveyttä edistävästä koulusta. Tutkijat keskittyivät tupakka-, alkoholi- ja UV-säteilyä käsitteleviin ohjelmiin. He eivät löytäneet ainuttakaan ohjelmaa, joka olisi kokonaisuudessaan toteuttanut Terveyttä edistävä koulu -ohjelmaa. Tutkijat kiinnittivät huomioita hyvin organisoidun intervention toteuttamiseen ja arvioimiseen tällä alueella. (Lynagh ym. 1997).

St Leger (1999) tuo esiin terveyttä edistävän koulun mahdollisuuksia ja etuja, mutta on varovainen nimeämään koulua sellaiseksi. Viimeaikainen kirjallisuus tällä alueella liittyy enimmäkseen aihekohtaisiin interventioihin, jotka useimmiten toteutetaan vain yhden tai kahden terveyttä edistävän koulun osa-alueen kautta (St Leger 1999, 55). Lister-Sharp ym. (1999) suosittelevat uusien tulostulosten kehittämistä koulun terveyden edistämisen arviointiin tehtyään systemaattisen katsauksen terveyttä edistäviin kouluihin ja terveyden edistämiseen kouluissa. He myös peräänkuuluttavat kouluinterventioiden taustalla olevaa teoreettista perustaa tai oletuksia (Lister-Sharp ym. 1999). St Leger ja Nutbeam (2000a) ovat luoneet mallin, jonka avulla kartoitetaan terveyden ja kasvatuksen vaikutuksien yhteyksiä kouluterveyden parantamiseksi. Heidän mukaansa malli tarjoaa kartan koulun terveyden edistämiseen tuomalla esiin tärkeysjärjestystä ja suuntia koulujen terveyden suunnittelussa ja toteutuksessa. St Legerin ja Nutbeamin (2000a) mallissa ylimmän tason terveystavoitteena on edistää fyysistä ja henkistä hyvinvointia sekä ehkäistä sairastavuutta ja ennenaikaisia kuolemia sekä loukkaantumisia ja henkisiä sairauksia, kun ylimmän tason kasvatuksellisenä päämääränä on autonomia, itsenäisyys ja kansalaisuus. Kirjoittajat tuovat esiin myös kokonaisvaltaisten indikaattoreiden kehittämisen tarpeen eri tasojen päämäärien saavuttamisen arvioimiseksi (St Leger 2000, St Leger ja Nutbeam 2000a, St Leger ja Nutbeam 2000b).

Samdal (1998), Savolainen (2001), Opendakker ja van Damme (2000) ja Rask (2002) ovat tutkineet hyvinvointia koulussa. Subjektiiivisen hyvinvoinnin mittareina koulussa on käytetty kysymyksiä: “In general, how do you feel about life at present?” (Samdal 1998), “Viihdytkö koulussa? Koetko koulutyön innostavaksi? Tunnetko, että jaksat suoriutua koulutyöstä?” (Savolainen 2001) sekä Bernen kyselyä (Grob 1995a, Rask 2002), joka sisältää tyytyväisyyden ja huonosti voimisen osiot (satisfaction and ill-being). Kouluhyvinvoinnin mittaamiseen Opendakker ja van Damme (2000) ovat käyttäneet Van Landeghem (1991) kehittämää hyvinvointikyselyä, joka koostuu kahdeksasta indikaattorista: hyvinvointi koulussa, sosiaalinen integraatio luokassa, suhteet opettajiin, kiinnostus opiskelutehtäviin, motivaatio opiskelutehtäviin, asenne kotitöihin, tarkkaavaisuus luokassa ja akateeminen itsekäsitys. Samdalin (1998) tulosten mukaan opiskelijatovereiden tukeminen, sopivat odotukset ja opettajien tuki olivat subjektiiivisen hyvinvoinnin tärkeimmät ennustajat. Savolainen (2001) osoitti tutkimuksessaan, jossa käytettiin Skolmiljö 2000 (Häggqvist ym. 1997) -työympäristökyselyä, koulun ilmapiirin, yhteistyön, rohkaisun, ongelmassa tukemisen, koulun organisaation ja fyysinen työympäristön olevan yhteydessä oppilaiden hyvinvointiin. Opendakkerin ja van Dammen (2000) tulosten mukaan samat opetusta ja tiedonhankintaa koskevat tekijät vaikuttivat sekä saavutuksiin että hyvinvointiin, samoin kuin opetushenkilökunnan yhteistyö opetustavoissa ja oppilaiden ohjauksessa. Ammatillinen yhteydenpito opettajien kesken oli yhteydessä vain hyvinvointiin (Opendakker ja van Damme 2000).

Huebner ja hänen tutkijakollegansa (Huebner 1991, Terry ja Huebner 1995, Huebner ym. 1999, Huebner ja McCullough 2000, McCullough ym. 2000) ovat kehittäneet ja tutkineet oppilaiden tyytyväisyyttä elämään Students’ Life Satisfaction Scaleni (SLSS) avulla. Heidän mukaansa lasten subjektiiivinen hyvinvointi on monidimensionaalinen (Terry ja Huebner 1995) ja akateeminen kyvykkyys oli voimakkaammin yhteydessä itsetuntoon kuin yleiseen elämäntyytyväisyyteen, kun taas hyvien perhesuhteiden yhteys oli toisinpäin (Huebner ym. 1999). Huebnerin ja McCulloughin (2000) mukaan oppilaiden elämään liittyvät sekä positiiviset ja negatiiviset kokemukset että yksilölliset ominaisuudet olivat yhteydessä koulutyytyväisyyteen.

Rask (2002) on havainnut suomalaisissa kouluissa tehdyssä tutkimuksessaan koulutyytyväisyyden (koulutyöstä pitäminen, selviäminen ja innokkuus) olevan yhteydessä subjektiiiviseen hyvinvointiin. Hän käytti hyvinvoinnin mittaamiseen 38-

osioista Bernen kyselyä (Grob 1995a) sekä suomalaista mittaria nuorten arvoista ja hyvinvoinnista. Bernen kysely sisältää tyytyväisyyden ja huonosti voimisen osiot (satisfaction and ill-being), jotka jakautuvat positiiviseen elämänasenteeseen, itsetuntoon, iloon elämässä, masentuneen mielialan puuttumiseen, ongelmiin sekä somaattisiin oireisiin (Grob 1995a, Grob 1995b, Diener 1998). Suomalainen mittaristo sisältää hyvinvointiin liittyvän tiedon sekä hyvinvointiin liittyvät toimet, joita ovat muun muassa tieto omasta terveydentilasta, mahdollisuus saada apua elämän ongelmatilanteissa sekä terveellisten elämäntapojen noudattaminen ja osallistuminen toimintaan, joka säilyttää tai edistää hyvinvointia (Åstedt-Kurki 1992, Åstedt-Kurki 1999).

Linnakylä (1993) selvittää suomalaisten kahdeksaluokkalaisten kouluelämän laatua kansainvälisen lukutaitotutkimuksen (IEA Study of Reading Literacy) yhteydessä kerätyllä aineistolla. Kouluelämän laatua mitattiin 29-osioisella kyselyllä, joka käsitteli yleistä kouluviihtyvyyttä, koulukielteisyyttä, koulun tarjoamaa menestymismahdollisuutta, identiteetin ja statuksen kehittymistä sekä opettajan ja oppilaan välistä suhdetta (Williams ja Batten 1981). Suomalaisista oppilaista noin puolet viihtyi hyvin koulussa, mutta koulukielteisyyttä ilmeni kuitenkin noin viidesosalla. Sosiaalinen identiteetti samoin kuin sosiaalinen status koettiin myönteisinä, suhde opettajiin oli kuitenkin selvästi kielteinen. Käsitys menestymisen mahdollisuuksista oppilailla oli hyvä. (Linnakylä 1993).

Suomalaisessa koulussa viihdytään huonommin kuin muualla länsimaissa, samoin suhde opettajiin oli ristiriitaisempi (Linnakylä 1993, Kannas ym. 1995, Samdal 1998). Toisaalta suhteet toisiin oppilaisiin koettiin myönteisempinä ja oman identiteetin ja sosiaalisen statuksen kannalta kouluun suhtauduttiin huomattavasti myönteisemmin kuin muissa Pohjoismaissa (Linnakylä 1993). Linnakylä tarkasteli myös yleisen kouluviihtyvyyden selittäjiä, joista voimakkaimiksi tässä tutkimuksessa ilmenivät opettajasuhde, sosiaalisen identiteetin vahvuus ja menestymismahdollisuuksien tiedostaminen.

Kouluviihtyvyyttä ovat tutkineet myös Brunell (1993), Kannas ym. (1995), Liinamo ja Kannas (1995), Samdal (1998) ja Simons-Morton ym. (1999), ja he ovat esittäneet keskeisinä kouluviihtyvyyteen yhteydessä olevina tekijöinä oppilaiden iän, sukupuolen, elämäntyylin, koulumenestyksen ja sosioekonomisen taustan sekä kansainväliset erot.

Edellisistä kooten voi todeta, että hyvinvointitutkimusta kouluissa on tehty vähän eivätkä mittarit ole vakiintuneita. Lähialueiden tutkimusta (koulutyytyväisyys, koulussa viihtyminen, kouluelämän laatu, oppilaiden tyytyväisyys elämään) on toki tehty. Useat tutkijat ovatkin tuoneet esiin tarpeen koulujen kokonaisvaltaiseen arviointiin terveyden ja hyvinvoinnin näkökulmasta sekä teoreettista perustaa että mittareita kehittäen (Lynagh ym. 1997, Lister-Sharp ym. 1999, St Leger 1999, St Leger ja Nutbeam 2000a).

Tutkimusasetelma ja tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksen taustalla on pyrkimys kokonaisvaltaiseen näkemykseen koulujen hyvinvoinnista. Käsitteellinen malli (kuviot 1, s. 44) ja samalla teoreettinen pohja työlle tehtiin kirjallisuuskatsauksen perusteella, jota edelsi pääasiassa laadullisiin menetelmiin perustuva esitutkimus aiheesta (Konu 1998). Kouluhyvinvoinnin käsitteellinen malli on esitelty osatyössä I. Sen taustalla on kirjallisuutta kansanterveyden, terveyden edistämisen, psykologian, sosiologian ja kasvatustieteen aloilta, merkittävimpänä vaikuttajana on Allardtin (1975, 1976a, 1981, 1989) hyvinvointimalli.

Tutkimuksen empiirisen osan (osatyöt II, III, IV) aineistona on käytetty Kouluterveyskyselyn aineistoa (Luopa ym. 2000, Kouluterveyskysely 2002) vuosilta 1998, 1999 ja 2000. Kouluterveyskysely on ensimmäisen kerran tehty vuonna 1995, jonka jälkeen kysely on toteutettu vuosittain siten, että joka toinen vuosi samojen alueiden koulut olisivat mukana kyselyssä. Kysely sisältää runsaasti kysymyksiä oppilaiden koulunkäyntiin, terveyteen, terveystapoihin, harrastuksiin, mielipiteisiin sekä taustaan liittyvistä kokemuksista. Kyselyyn ovat osallistuneet peruskoulun kahdeksannen ja yhdeksännen, lukion toisen sekä ammattioppilaitosten toisen vuosiluokkien oppilaat. Tämän tutkimuksen kohteena ovat olleet peruskoulujen kahdeksansien ja yhdeksänsien luokkien oppilaat (osatyöt II, III ja IV).

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä kouluissa on länsimaissa lähdetty toteuttamaan Maailman terveysjärjestön terveyden määritelmän (WHO 1947) ja Ottawan lausuman (WHO 1986) sekä Jakartan julistuksen (1997) pohjalta. Euroopan terveet koulut -verkosto (Parsons ym. 1996, Rasmussen ja Rivett 2000), Coordinated School Health Program Yhdysvalloissa (Allensworth ja Kolbe 1987, Marx ja Wooley 1998) sekä Tyynen valtameren alueen terveyttä edistävät koulut (St Leger 1999) ovat esimerkkejä tästä. Raportoidut tutkimukset kertovat kuitenkin siitä, että kokonaisvaltaisia lähestymistapoja asiaan on vaikea löytää (Lynagh ym. 1997, Lister-Sharp ym. 1999, St Leger 1999). Tässä työssä on pyritty lähestymään asiaa käsitteellisesti (Earp ja Ennett 1991) ja kokonaisvaltaisesti sekä kehittämään tältä pohjalta mittari koulujen hyvinvoinnin arvioimiseen. Tutkimuksen näkökulmana pidetään oppilaiden hyvinvointia koulussa.

Tutkimuksen kokonaisvaltaisena tavoitteena on ollut selkiyttää kouluhyvinvoinnista käytävää keskustelua laatimalla käsitteellinen koulun hyvinvointimalli ja varmentamalla se käytännössä sekä tuottaa menetelmä kouluhyvinvoinnin mittaamiseen käsitteellisen hyvinvointimallin avulla.

Tutkimus on tehty osajulkaisuina, joiden tavoitteena on ollut:

Selvittää kouluhyvinvoinnin käsitettä sekä rakentaa käsitteellinen malli hyvinvoinnille koulussa (Artikkeli I).

Esitellä yleinen subjektiivinen hyvinvointimittari (GSWI) ja selvittää hyvinvoinnin vaihtelua koulu- ja yksilötasoilla (Artikkeli II).

Tutkia yleiseen subjektiiviseen hyvinvointiin yhteydessä olevia tekijöitä koululaisilla (Artikkeli III).

Valita kouluhyvinvointia kuvaavat muuttujat hyvinvointimallin perusteella ja varmistaa faktorianalyysin keinoin koulun hyvinvointimallin sopivuus empiriaan (Artikkeli IV).

Käsitteistä

Yleinen subjektiivinen hyvinvointi (YSH) tarkoittaa Raitasalon (1995) mielialamittarin pohjalle tehdyllä mittarilla tutkittua hyvinvointia. Mittari perustuu 13-osaisen Raitasalo–Beck-mittarin positiivisiin vastausvaihtoehtoihin siten, että keskivaikea tai vaikea masentuneisuus tuottaa mittarin arvoksi nollan. Muuten mittarin arvo vaihtelee nolasta 13:een. Beckin mittariin kuuluvan itsetuhokysymyksen sijaan on käytetty ahdistuneisuuskysymystä. Englanninkielisissä osatöissä yleisestä subjektiivisesta hyvinvoinnista käytetään termiä general subjective well-being (GSW).

Koulun hyvinvointimalli (KHM) on ensimmäisen osatyön tulos. Sen taustalla on Allardtin sosiologinen hyvinvointimalli, joka kehitettiin kouluoloihin sopivaksi koulua koskevan psykologisen, sosiologisen sekä kasvatus- ja terveystieteellisen kirjallisuuden sekä esitutkimuksen (Konu 1998) perusteella. Malli esitetään käsitteellisenä mallina (kuvio 1 s. 44).

Kouluhyvinvointi tarkoittaa koulun hyvinvoinnin tarkastelua kokonaisvaltaisesti koulun hyvinvointimallin mukaisesti: kasvatus/opetus, oppimistulokset ja hyvinvointi ovat yhteydessä toisiinsa; hyvinvointi jakautuu koulun olosuhteisiin, sosiaalisiin suhteisiin, itsensä toteuttamisen mahdollisuuksiin ja terveydentilaan; kodit ja

ympäröivä yhteisö vaikuttavat myös kouluhyvinvointiin. Artikkeleissa II, III ja IV kouluhyvinvointia on tarkasteltu oppilaiden näkökulmasta.

Tutkimusmenetelmät

Tutkimusaineisto ja tiedonkeruu

Tutkimusaineistona on käytetty Kouluterveyskyselyn (Kouluterveyskysely 2002) yhteydessä kerättyä aineistoa. Kouluterveyskysely tehtiin ensimmäisen kerran vuonna 1995, josta lähtien se on toistettu vuosittain siten, että joka toinen vuosi samojen alueiden koulut olisivat mukana kyselyssä. Kysely tehdään peruskoulujen 8. ja 9. luokkien, lukion 2. luokan sekä ammattioppilaitosten 2. vuosiluokan oppilaille. Kyselyyn osallistutaan kouluittain ja osallistuminen on vapaaehtoista. Kysely sisältää runsaasti (16 sivua) oppilaan koulunkäyntiin, terveystottumuksiin, harrastuksiin, perheeseen ja ystäviin liittyviä kysymyksiä. Kysymykset ovat strukturoituja ja niihin vastataan koulussa tunnin aikana oman opettajan valvonnassa. Luottamuksen säilyttämiseksi vastaukset suljetaan palautuskirjekuoreen tunnin päättyessä oppilaiden läsnäollessa. Kouluterveyskyselyn aineistoa on käytetty muun muassa kiusaamisen ja masentuneisuuden, seksuaalisuuden ja seksuaalikasvatuksen, humalajuomisen ja osa-aikatyön tutkimuksissa (Kaltiala-Heino ja Rimpelä 1999, Kosunen ym. 1999, Liinamo ym. 2000, Kouvonen ja Lintonen 2002)

Tutkimuksen II:ssa ja III:ssa osatyössä käytetty aineisto on kerätty huhtikuussa 1998 (N=43 085) Suomen itäosista ja huhtikuussa 1999 (N=50 282) eteläisistä ja läntisistä osista Suomea. Mukana ovat peruskoulun 8. ja 9. luokkien oppilaat, iältään 14.3–16.2 vuotiaita. Kyseessä olevien kuntien kokonaisoppilasmäärästä 61 % vuonna 1998 ja 74 % vuonna 1999 oli mukana tutkimuksessa (Tilastokeskus 2000). 6.5 % vastauksista poistettiin, koska oppilaat olivat alle 70:n oppilaan kouluista (3.0 %), erityiskouluista (1.0 %) tai kouluista, joissa vastaajia jäi alle 15 kuhunkin sukupuoli- ja luokkaryhmään (2.5 %). Nämä poistot tehtiin, jotta kultakin koululta saataisiin edustava vastaajajoukko. Erityisesti monitasoanalyysin yhteydessä on keskusteltu riittävän suuren vastaajamäärän tärkeydestä kussakin ryhmässä (Rice ja Leyland 1996). Lisäksi 1.4 % vastauksista poistettiin, koska niistä puuttui neljä tai useampia vastauksia summamuuttujana käytetystä 13-osioisesta tulosmuuttujasta (general subjective well-being indicator, yleinen subjektiivinen hyvinvointi-indikaattori). Tämä poisto ei vaikuttanut analyysien tuloksiin. 46 % lopullisesta tutkimusaineistosta (N=87 341, 458:sta koulusta) oli vuodelta 1998, ja 49 % vastaajista oli tyttöjä.

Neljännän osatyön aineistona käytettiin samojen koulujen aineistoja vuosilta 1998 ja 2000. Aluksi aineisto (N=54 499) käsitti 173 koulua, joista vuonna 1998 vastaajia oli 27 341 ja vuonna 2000 27 158. Aineistoon tehtiin seuraavia poistoja: alle prosentti vastaajista poistettiin, koska tieto sukupuolesta puuttui tai yli puolet vastauksista puuttui. Erityiskoulut, pienet koulut (alle 70 oppilasta), koulut, joissa muodostui pieniä luokka/sukupuoliryhmiä (alle 15 ryhmässä) sekä koulut, joissa vastaajien määrä vuosien välillä vaihteli enemmän kuin 25 % poistettiin aineistosta. Nämä tehtiin pääasiassa sen vuoksi, että haluttiin vastaajaryhmän edustavan mahdollisimman hyvin koko koulua. Näin poistoja kertyi yhteensä 26 % prosenttia vastaajista. Neljännän osatyön aineistoksi muodostui 109 koulua ja 20 235 oppilasta vuonna 1998 sekä 19 912 oppilasta vuonna 2000, yhteensä 40 147. Koulut olivat pääasiassa etelä- ja länsiosista Suomea. Vastaajat olivat peruskoulun kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisia, iältään 14.3–16.2 vuotiaita. Vuonna 1998 (suluissa vuosi 2000) 51.0 % (50.2 %) oli kahdeksäsluokkalaisia ja 49.5 % (50.0 %) oli tyttöjä.

Hyvinvoinnin mittarit

Yleinen subjektiivinen hyvinvointi

Yleisen subjektiivisen hyvinvoinnin (YSH) mittarina käytettiin summamuuttujaa (General Subjective Well-being Indicator, GSWI), joka perustuu Raitasalon (1995) muokkaamaan 13-osioiseen Beckin masentuneisuusmittariin (Beck Depression Inventory, RBDI). Mittari sisältää kysymyksiä elämän yleisestä kokemisesta: positiivinen mieliala, tulevaisuuteen suhtautuminen, onnistuminen elämässä, tyytyväisyys, yleinen itsetunto ja ulkonäköön liittyvä itsetunto, sosiaalinen suuntautuminen, päätöksenteko, nukkuminen ja väsymys, ruokahalu ja ahdistuneisuus. Ahdistuneisuutta käytetään tässä Beckin masentuneisuusmittariin kuuluvan itsetuhoaikeita kartoittavan kysymyksen tilalla, sillä kyseistä kysymystä pidettiin mahdollisena riskinä oppilaille luokkakyselynä suunnatussa kyselylomakkeessa. Kysymykset löytyvät Stakesin verkkosivuilla (www.stakes.fi/kouluterveys/) olevasta Kouluterveyskyselyn lomakkeesta vuodelle 2002 numeroilla 26-38, sekä Raitasalon julkaisusta (Raitasalo 1995, Kouluterveyskysely 2002).

Yleisen subjektiivisen hyvinvointimittarin pistemäärä voi vaihdella nolasta kolmeentoista, sillä kukin positiivinen vaihtoehto tuottaa yhden pisteen. Hyvinvointi

ja masentuneisuus eivät voi esiintyä yhtäaikaan, joten hyvinvointimittari sai arvon nolla, mikäli Raitasalo–Beck-mittarin (RBDI) masentuneisuutta kuvaavat luvut kertoivat keskivaikeasta tai vaikeasta masentuneisuudesta (yli 15 pistettä). Näin kävi 1.7 %:lle vastaajista, joista suurin osa (80 %) oli saanut vain yhden tai kaksi pistettä hyvinvointimittarista.

Hyvinvointi koulussa

Kouluhyvinvointia tarkasteltiin koulun hyvinvointimallin mukaisesti ja sen rakenne vahvistettiin käyttäen konfirmatorista faktorianalyysia. Mittari koostuu neljästä summamuuttujasta (kysymykset artikkeli IV/Table I): *koulun olosuhteet* (ahtaus, melu, valaistus, ilmanlaatu, lämpötila, likaisuus, epäsovikat pulpetit, huonot sosiaalitulat, rauhattomuus, kiire, tapaturmavaara, väkivaltatilanteet, luokan työskentelyilmapiiri, kouluterveydenhuollon toimivuus), *sosiaaliset suhteet* koulussa (opettajat kiinnostuneita oppilaiden kuulumisista, opettajat kohtelevat oikeudenmukaisesti, luokan oppilaat viihtyvät yhdessä, ryhmätyöskentely, kavereiden kanssa toimeentulo, opettajan kanssa toimeentulo, kiusaaminen, kiusattuna oleminen), *itsensä toteuttamisen mahdollisuudet* (opettajat rohkaisevat ilmaisemaan mielipiteitä, oppilaiden mielipiteet otetaan huomioon, opettajat odottavat liikaa, opetuksen seuraaminen, kotiläksyjen tekeminen, kokeisiin valmistautuminen, oman opiskelutavan löytäminen, omatoimisten tehtävien tekeminen, kirjoittamistehtävät, lukemistehtävät, avun saanti opiskelua koskeviin ongelmiin) ja oppilaiden *terveydentila* (flunssat, niska- ja hartiakivut, alaselän kivut, vatsakivut, jännitteisyys tai hermostuneisuus, ärsyyntyneisyys tai kiukunpurkaukset, nukkumisvaikeudet, päänsärky, väsymys). Kouluhyvinvoinnin kussakin neljässä hyvinvointi-indikaattorissa muuttujien arvot vaihtelivat nolasta kolmeen, korkeampi arvo kertoi paremmasta hyvinvoinnista.

Tekijät, joiden yhteyksiä hyvinvointiin tutkittiin

Yleisen subjektiivisen hyvinvoinnin ilmenemistä yksilö- ja koulutasoilla tutkittaessa selittävinä muuttujina (artikkeli II/Table 1) käytettiin viittä taustamuuttujaa, 19:ää koulun olosuhteita, kymmentä sosiaalisia suhteita, 12:ta itsensä toteuttamisen mahdollisuuksia ja neljää terveydentilaa kuvaavaa muuttujaa. Koulun liittyvät muuttujat oli jaoteltu koulun hyvinvointimallin (kuvio 1, s. 44) mukaisiin osa-

alueisiin. Sukupuoli, luokka-aste, perherakenne sekä vanhempien työttömyys ja koulutus olivat kaikissa analyyseissä mukana vakioivina muuttujina. Muuttujat dikotomisoitiin ja aggregoitiin koulutasolle (paitsi sukupuoli ja luokka-aste) käyttäen kunkin muuttujan positiivisen vaihtoehdon prosenttiosuutta. Koulutasolla muuttujat keskitettiin tilastollista analyysiä varten.

Kolmannessa osatyössä yleiseen subjektiiviseen hyvinvointiin yhteydessä olevia muuttujia tarkasteltiin kahdessa ryhmässä, nimittäin oppilaan *taustatekijöitä* (luokkataso, vastaajien sosioekonominen asema, sosiaalinen yhteys perheen ja ystävien kesken, vapaa-ajan harrastukset ja terveystottumukset) ja *kouluun liittyviä tekijöitä* (koulun olosuhteet, sosiaaliset suhteet, itsensä toteuttamisen mahdollisuudet ja terveydentila). Yhteensä 65 muuttujan yhteydet yleiseen subjektiiviseen hyvinvointiin testattiin käyttäen lineaarista regressiota. Yhteyksistä yhdeksän ei ollut tilastollisesti merkitseviä, joten ne jätettiin pois jatkoanalyyseistä. Kahta lukuunottamatta muuttujat dikotomisoitiin (artikkeli III/Table I), terveellisten ruokailutapojen määrä ja vapaa-ajan harrastusten lukumäärä analysoitiin jatkuvina muuttujina.

Puuttuvien vastausten lukumäärä vaihteli 0 %:sta 5.6 %:iin lukuunottamatta vanhempien koulutusta koskevaa kysymystä, jossa puuttuvia oli 9.6 %. Puuttuva vastaus vanhempien koulutusta koskevassa kysymyksessä koodattiin ”alle 12 vuotta”, toinen vaihtoehto oli 12 vuotta tai enemmän. Analyysit tehtiin myös ilman tätä koodausta, jolloin ilmeni, että tämä muutos ei vaikuttanut tuloksiin.

Analyyssimenetelmät

Artikkelissa II yhteensä 50 yksilötason ja 48 koulutason muuttujan yhteyksiä yleiseen subjektiiviseen hyvinvointiin tutkittiin käyttäen lineaarista monitasomallinnusta (Arnold 1992, Goldstein ym. 1993, Goldstein 1995, Rice ja Leyland 1996, Young ja Reynolds 1996, Hawe 1998). Aluksi mallissa oli mukana vain hyvinvointi-indikaattori, jotta pystyttäisiin selvittämään hyvinvoinnin jakautuminen yksilö- ja koulutasoille. Sen jälkeen kunkin koulun hyvinvointimallin osa-alueen (koulun olosuhteet, sosiaaliset suhteet, itsensä toteuttamisen mahdollisuudet ja terveydentila) muuttujat lisättiin erikseen regressiomalliin, joka oli vakioitu sukupuolen, luokka-asteen, perherakenteen, työttömyyden ja vanhempien koulutustason mukaan. Lopulliseen malliin otettiin mukaan vain muuttujat, jotka olivat olleet erillisissä

malleissa merkitseviä (35 yksilötason ja kymmenen koulutason muuttujaa). Regressiomallissa käytettiin pienimmän neliösumman estimointimenetelmää (iterative generalised least squares IGLS, Goldstein 1995). Tilasto-ohjelmana käytettiin MlwiN (beta-versio) -ohjelmaa.

Osatyössä III tytöille ja pojille tehtiin erilliset lineaariset monimuuttujamallit tutkittaessa tausta- ja koulumuuttujien yhteyttä oppilaiden yleiseen subjektiiviseen hyvinvointiin. Luokka-aste ja sosieconomisen aseman (perherakenne, työttömyys ja paremmin koulutetun vanhemman koulutus) muuttujat pakotettiin malliin vakioivina muuttujina. Muiden osa-alueiden muuttujat lisättiin osa-alue kerrallaan käyttäen forward stepwise -menetelmää. Tilasto-ohjelma oli SPSS 9.0 for Windows.

Neljännän osatyön faktorianalyysiä varten muuttujat valittiin Kouluterveyskyselyn niistä kysymyksistä, jotka teoreettisesti sopivat ensimmäisessä osatyössä esitettyyn koulun hyvinvointimalliin ja jotka olivat yhteydessä yleiseen subjektiiviseen hyvinvointiin (osatyö III). Valitut 43 muuttujaa olivat neliluokkaisia, ja ne jaettiin mallin mukaisiin osa-alueisiin: koulun olosuhteisiin (15 muuttujaa), sosiaalisiin suhteisiin koulussa (kahdeksan muuttujaa), itsensä toteuttamisen mahdollisuuksiin (11 muuttujaa) ja terveydentilaan (yhdeksän muuttujaa). Vastaavat kysymykset on esitetty osatyössä IV/ Table I. Koulun hyvinvointimallin rakenteen varmistamiseksi tehtiin konfirmatorinen faktorianalyysi (Leskinen 1987) käyttäen PROC CALISin rakenneyhtälömallia (structural equations modelling) (SAS/STAT Software 1997). Kukin muuttuja määriteltiin edustamaan vain yhtä faktoria, mutta faktorien sallittiin korreloivan keskenään. Kukin kysymys edusti siis vain sitä osa-aluetta, mihin se määriteltiin, mutta eri hyvinvoinnin osa-alueet saattoivat olla yhteydessä toisiinsa. Kaikki muuttujat eivät olleet normaalisti jakautuneita, ja siten estimointimenetelmänä käytettiin painottamattoman pienimmän neliösumman menetelmää (unweighted least squares estimation). Mallin sopivuuden tarkastelussa käytetyt indeksit olivat Goodness of Fit Index (GFI), GFI Adjusted for Degrees of Freedom (AGFI) ja Root Mean Square Residual (RMR). Mitä lähempänä GFI ja AGFI ovat arvoa yksi ja RMR arvoa nolla, sitä paremmin teoreettinen malli sopii empiiriseen aineistoon.

Kunkin hyvinvoinnin osa-alueen sisäinen yhtenevyys (internal consistency) laskettiin käyttäen Cronbachin alfaa (Cronbach 1970, SPSS 9.0 for Windows). Tämä tehtiin, jotta saataisiin tietoa siitä, kuinka hyvin kunkin osa-alueen kysymykset kuvasivat

kyseisen osa-alueen taustalla olevaa ilmiötä (underlying factor). Mitä lähempänä Cronbachin alpha on arvoa yksi sitä paremmin kysymykset kuvaavat samaa ilmiötä.

Kouluhyvinvointiin liittyvä konfirmatorinen faktorianalyysi tehtiin erikseen tytöille ja pojille, sillä aiemmissa töissä oli käynyt ilmi, että hyvinvointiin liittyvät muuttujat poikkesivat joiltain osin eri sukupuolilla.

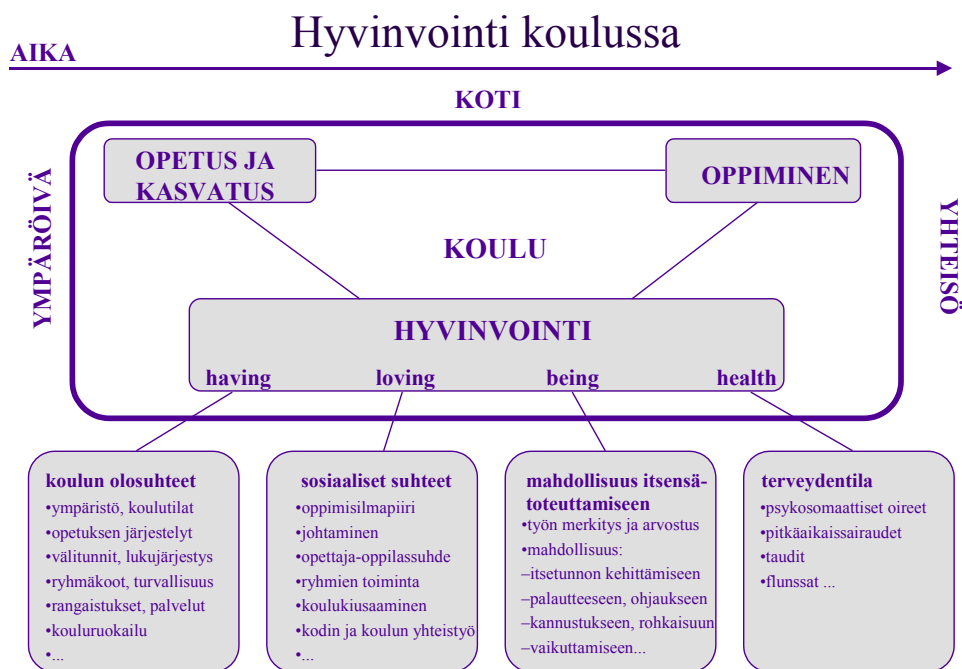
Tulokset

Alkuperäisjulkaisuista ensimmäinen pohti kouluhyvinvoinnin käsitteellistä rakennetta sekä tuotti käsitteellisen mallin pohjaksi jatkotyölle. Toinen ja kolmas osajulkaisu tarkastelivat yleistä subjektiivista hyvinvointia, sen ilmenemistä yksilö- ja koulutasoilla sekä kouluun liittyvien ja taustamuuttujien yhteyksiä siihen. Neljännessä osatyössä keskityttiin koulun hyvinvointimallin varmistamiseen empiriassa konfirmatorisen faktorianalyysin avulla.

Hyvinvointi koulun viitekehyksessä (Artikkeli I)

Koulun hyvinvointimalli (kuvio 1, s. 44) perustuu Allardt'n (1976a, 1976b, 1981, 1989) sosiologiseen teoriaan, jota on kehitetty kouluolosuhteisiin koulua ja kouluterveyttä koskevan kirjallisuuden perusteella. Malli yhdistää hyvinvoinnin, kasvatuksen ja saavutukset koulussa. Kasvatus ja opetus vaikuttavat hyvinvoinnin jokaisella osa-alueella. Mielenkiintoinen asema on uudella terveystiedon opetuksella, jonka tavoitteena voisi olla vahvistaa oppilaiden terveyden lukutaitoa, kuten Nutbeam (2000) on asian esittänyt. Oppiminen ja oppimistulokset ovat yhteydessä sekä opetukseen ja kasvatukseen että hyvinvointiin.

Oppilaiden kotioloilla ja ympäröivällä yhteisöllä on oma tärkeä merkityksensä oppilaiden kannalta mutta myös koko koulun näkökulmasta. Kotikasvatuksella on edelleenkin perustavaa laatua oleva merkitys lapsen elämässä, mutta jokainen yksilö elää myös yhteisönsä jäsenenä, eikä senkään merkitystä ole syytä väheksyä. Koti ja ympäristö jäävät tässä tutkimuksessa vähemmälle ja varsinainen kiinnostuksen kohde on hyvinvointi koulussa. Kouluhyvinvoinnin käsite on jaettu neljään osa-alueeseen: *koulun olosuhteet (having)*, *sosiaaliset suhteet (loving)*, *itsensä toteuttamisen mahdollisuudet (being)* ja *terveydentila (health)*.



Kuvio 1. Koulun hyvinvointimalli

Koulun hyvinvointimalli (kuvio 1) käsitellään tässä oppilaan näkökulmasta. Opettajan tai muun kouluhenkilökuntaan kuuluvan näkökulmasta se olisi suunnilleen samanlainen, joitain hyvinvoinnin osa-alueiden indikaattoreita olisi muutettava ja opetuksen ja kasvatuksen sijaan puhuttaisiin täydennyskoulutuksesta. Oppiminen ja saavutukset puolestaan nähtäisiin oppimisena ja kasvamisena omassa työssä.

Koulun olosuhteet (having)

Koulun olosuhteet käsittävät koulun fyysisen ympäristön ja koulurakennuksen. Tähän yhteyteen kuuluvat myös vähemmän konkreettiset turvallinen työskentely-ympäristö, viihtyisyys, melu, ilmanvaihto, lämpötila jne. Myöskin opiskeluympäristön asiat kuuluvat koulun olosuhteisiin. Tällaisia ovat ainakin lukujärjestys ja työskentelyn jaksotus, ryhmäkoot sekä käytössä olevat rangaistukset. Olosuhteita voidaan tarkastella myös oppilaille tarjottavina palveluina kuten kouluruokailu, terveydenhuolto ja oppilaanohjaus.

Sosiaaliset suhteet (loving)

Sosiaaliset suhteet käsittelevät sosiaalista opiskeluympäristöä, opettaja-oppilassuhdetta, suhteita koulutovereihin, ryhmädynamiikkaa, kiusaamista, kotien ja

koulun välistä yhteistyötä, päätöksentekoa koulussa sekä koko koulun ilmapiiriä. Koulun ilmapiirillä ja opiskeluilmapiirillä on vaikutuksensa oppilaiden hyvinvointiin ja tyytyväisyyteen koulussa (Samdal 1998, Savolainen 2001).

Koulun hyvinvointimallissa kotien ja koulun väliset suhteet on asetettu sosiaalisten suhteiden osa-alueelle samoin kuin koulun suhteet ympäröivään yhteisöön (esim. terveydenhuoltoon ja sosiaalitoimeen).

Kouluhyvinvoinnin näkökulmasta opettaja-oppilassuhteella on oma erityinen ja tärkeä asemansa. Hoy & Hannum (1997) pitävät opettajien yhteisyyttä (*affiliation*) osana koulun ilmapiiriä. Tämä tarkoittaa sitä, että opettajat pitävät toisistaan, työstään ja oppilaistaan sekä sitä, että he ovat sitoutuneet (*committed*) sekä oppilaisiinsa että heidän hyvinvointiinsa. Kysyttäessä mitä oppilaat pitävät koulustaan, vastaavatkin he usein, mitä he pitävät opettajistaan (Sabo 1995). Koulun johtamistavan on todettu vaikuttavan oppilaiden tyytyväisyyteen ja hyvinvointiin koulussa, mutta myös heidän suorituksiinsa (Teddlie & Strinfield 1993, Baldursson 1995, Liinamo & Kannas 1995, Nevo 1995, Samdal 1998).

Koulukiusaaminen on sosiaalisten suhteiden toimimattomuutta. Salmivalli ym. (1996, 1999) väittävät koulukiusaamista ryhmäilmiöksi, joka perustuu sosiaalisiin suhteisiin ja rooleihin ryhmissä. Oppilaat voivat toimia kiusaajien apureina, tukijoina, uhrin puolustajina tai ulkopuolisina.

Mahdollisuudet itsensä toteuttamiseen (being)

Allardtin (1976a, 1989) *being* viittaa siihen, että kutakin henkilöä kunnioitetaan tärkeänä osana yhteiskuntaa. Jokaisella ihmisellä tulisi olla mahdollisuuksia vaikuttaa oman elämänsä avainkysymyksiin samoinkuin aktiiviseen vapaa-aikaan. Mahdollisuudet merkitykselliseen työhön ja luonnosta nauttimiseen ovat myös tärkeitä itsensä toteuttamisen osa-alueita.

Kouluun liitettynä *being* voidaan nähdä koulun tarjoamina itsensä toteuttamisen mahdollisuuksina. Jokaista oppilasta tulisi pitää yhtä tärkeänä osana kouluyhteisöä. Kunkin oppilaan tulisi pystyä osallistumaan häntä itseään ja hänen koulunkäyntiään koskevaan päätöksentekoon. Olennaisen tärkeää on oppilaan mahdollisuus parantaa tietojaan ja taitojaan omissa kiinnostuksen kohteissaan ja omalla etenemisnopeudellaan. Positiiviset oppimiskokemukset edistävät itsensä toteuttamista.

Kullekin oppilaalle sopiva opetus ohjaten ja kannustaen tuottavat positiivisia kokemuksia erilaisille oppijoille.

Oppilaan työn saama arvostus niin vanhemmilta, opettajilta kuin koulutovereilta on olennaisen tärkeää. Arvostus on perustavaa laatua oleva asia, jotta opiskelu voisi olla merkityksellistä. Mahdollisuudet vapaa-ajan harrastuksiin välituntien ja nk. hyppytuntien aikana sekä läheinen yhteys ympäröivään luontoon toimivat vastapainona työlle ja siten vahvistavat itsensä toteuttamista.

Terveydentila

Terveys nähdään tässä yhteydessä rajatussa merkityksessä, tautien ja sairauksien poissaolona. Seedhousen (1986) mukaan taudit ovat eräänlaisia poikkeavuuksia, jotka ilmenevät ihmiskehon osissa ja joita lääketiede pystyy diagnosoimaan. Sairaudet ovat ihmisten kokemia tuntemuksia. Ihminen ei voi olla sairas tuntematta sitä, mutta ihmisellä voi olla tauti ilman, että hän tuntee sen. Terveydentila käsittää fyysiset ja psyykkiset oireet, tavalliset vilustumiset, krooniset ja lyhytaikaiset taudit ja sairaudet. Terveys nähdään myös tärkeänä voimavarana, jonka avulla hyvinvoinnin muita osa-alueita voidaan saavuttaa. Täytyy kuitenkin muistaa, että esimerkiksi kroonisesti sairas henkilö voi saavuttaa hyvinvointinsa painottamalla hyvinvoinnin muita osa-alueita.

Koulun hyvinvointimallissa terveydentila ymmärretään erillisenä hyvinvoinnin osa-alueena. Sitä pidetään henkilökohtaisena tilana, johon ulkoisilla olosuhteilla on oma vaikutuksensa.

Yleisen hyvinvoinnin tarkastelu koulu- ja yksilötasoilla (Artikkeli II)

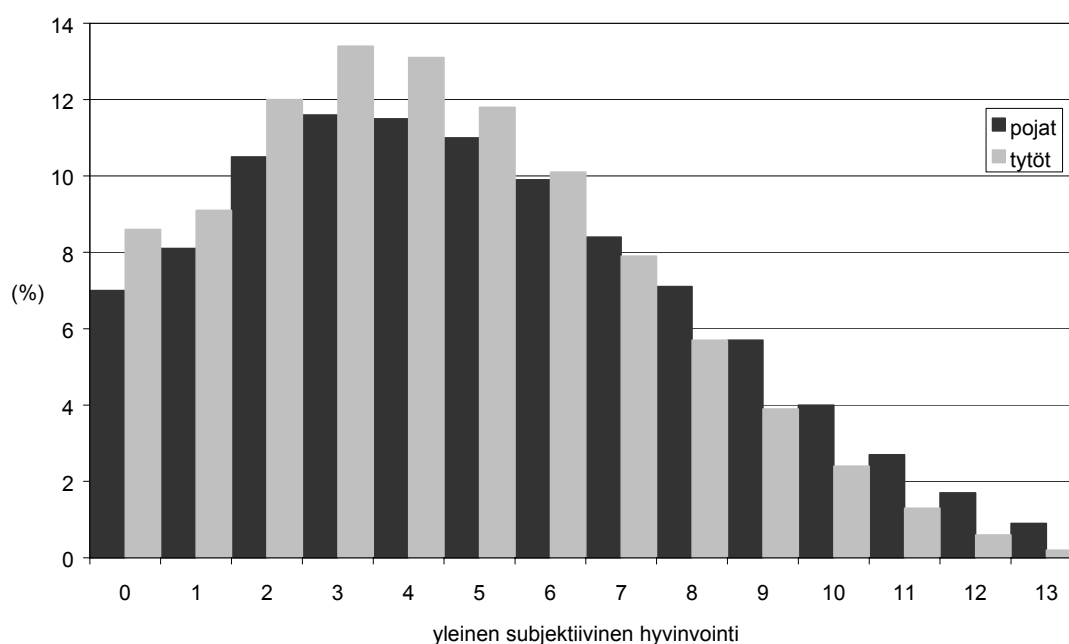
Yleisen subjektiivisen hyvinvointi-indikaattorin (YSH) kysymykset olivat sisäisesti yhteneviä (internally consistent): Kuder-Richardson (KR20) estimaatti (Black, 1999, s. 282–286) oli 0.76. Kahdessa eri oppilasjoukossa, vuonna 1998 itäisessä Suomessa (N=43 085) ja eteläisessä ja läntisessä Suomessa vuonna 1999 (N=50 282), YSH-jakaumat olivat samanlaiset, keskiarvo 4.6 ja keskihajonta 3.0 molempina tutkimusvuosina.

Yleinen subjektiivinen hyvinvointi-indikaattori oli normaalisti jakautunut (keskiarvo 4.6, keskihajonta 3.0). Niiden, jotka eivät voineet hyvin, pistemäärät olivat kasautuneet nolla-arvoon (kuvio 2). Hyvinvoinnin jakaumassa oli selvä sukupuoli-ero,

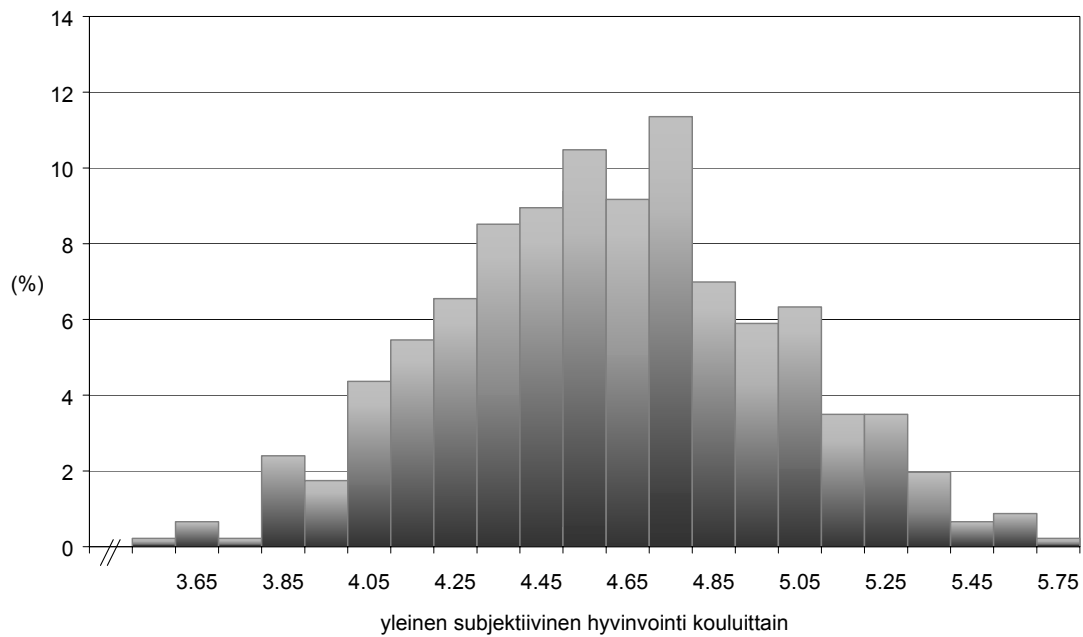
poikien keskiarvo oli 4.93 (95 % CI 4.90-4.96), kun taas tyttöjen keskiarvo oli 4.29 (95 % CI 4.26-4.31). Hyvinvoinnin vaihtelu oli laajempaa poikien (SD 3.2) kuin tyttöjen (SD 2.8) keskuudessa. Kahdeksaslukulaisten hyvinvointikeskiarvo oli 4.54 (95 % CI 4.51-4.56) ja yhdeksäslukulaisten vastaavasti 4.69 (95 % CI 4.66-4.72).

Oppilaiden subjektiivisen hyvinvoinnin kouluittain laskettu keskiarvo oli 4.6 ja keskihajonta 0.4, missä 10 prosentin persentiili oli 4.1 ja 90 prosentin persentiili oli 5.1 (kuvio 3).

Suurin osa subjektiivisen hyvinvoinnin vaihtelusta ilmeni yksilötasolla, vain yksi prosentti vaihteluista oli koulutasolla (koulutason estimaatti 0.086 ja keskivirhe 0.009; yksilötason estimaatti 8.901 ja keskivirhe 0.043). Lopullinen malli, jossa oli 35 yksilötason ja kymmenen koulutason muuttujaa, selitti 19 % yksilötason ja 65 % koulutason vaihtelusta. Lopullisen mallin estimaatit ja niiden keskivirheet on esitetty toisen osatyön taulukossa 2 (artikkeli II/Table 2). Yksilötasolla muuttujat, jotka kuuluivat itsensä toteuttamisen mahdollisuudet -osa-alueeseen, vastasivat suurimmasta osasta vaihtelua (tarkempi analyysi on tehty kolmannessa osatyössä).



Kuvio 2. Yleisen subjektiivisen hyvinvoinnin jakautuminen yksilötasolla



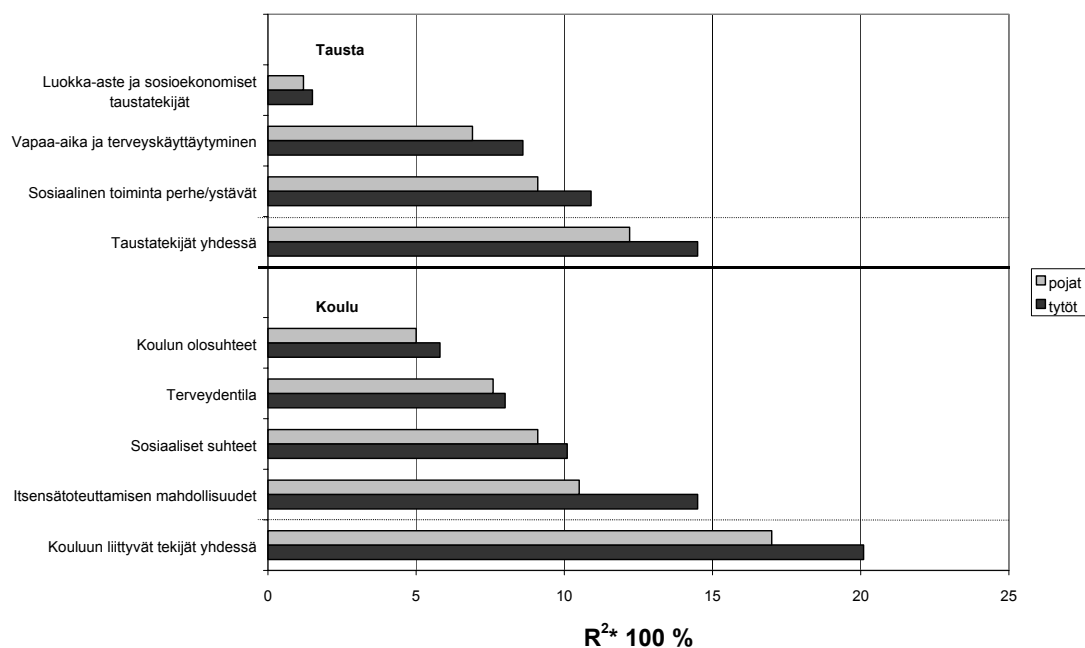
Kuvio 3. Yleisen subjektiivisen hyvinvoinnin jakautuminen koulutasolla

Koululaisten yleiseen hyvinvointiin yhteydessä olevia tekijöitä (Artikkeli III)

Yleinen subjektiivinen hyvinvointi (general subjective well-being, GSW) oli tasoltaan ja vaihtelultaan erilainen työillä ja pojilla. Tästä johtuen tulokset esitetään erikseen tytöille ja pojille.

Tutkimuksen tärkeimpänä kiinnostuksen kohteena oli kouluun liittyvä yleinen hyvinvointi, mutta myös oppilaiden taustaan liittyviä asioita selvitettiin (artikkeli III/Table I). Taustaan liittyvät muuttujat (luokkataso, sosioekonominen asema, sosiaalinen toiminta, vapaa-ajan harrastukset ja terveyskäyttäytyminen) selittivät 12.2 % poikien GSW:n vaihtelusta ja 14.5 % tyttöjen GSW:n vaihtelusta. Kouluun liittyvät asiat (koulun olosuhteet, sosiaaliset suhteet koulussa, itsensä toteuttamisen mahdollisuudet, terveydentila) vastasivat 17.0 % poikien GSW:n vaihtelusta ja 20.1 % tyttöjen GSW:n vaihtelusta (kuvio 4). Kouluun liittyvistä asioista itsensä toteuttamisen mahdollisuudet -osa-alue selitti suurimman osan vaihtelusta, 10.5 % poikien ja 14.5 % tyttöjen kohdalla. Sosiaaliset suhteet niin koulussa (9.1 % pojilla, 10.1 % tytöillä)

kuin koulun ulkopuolellakin (9.1 % pojilla ja 10.9 % tytöillä) olivat seuraavaksi tärkeimpiä vaihtelun selittäjiä.



Kuvio 4. Eri osa-alueiden selitysasteet yleisestä subjektiivisesta hyvinvoinnista

Lopullisessa mallissa, jossa on kouluun liittyvät tekijät ja tausta yhdessä, 56 muuttujaa selittivät 22.2 % poikien ja 24.9 % tyttöjen yleisen subjektiivisen hyvinvoinnin vaihtelusta. Tyttöjen GSW selittyi poikia paremmin kaikissa käytetyissä malleissa.

Artikkeli III taulukko II esittää lopullisen mallin eri osa-alueilta 36 muuttujan regressiokertoimet (regression coefficients). Muuttujat, joissa p-arvo ylittää .01, jätettiin pois taulukosta. Yksittäisistä muuttujista voimakkaimmat yhteydet yleiseen subjektiiviseen hyvinvointiin oli muuttujilla “usein keskustelua vanhempien kanssa”, “ei viikottaisia oireita”, “ei ole kiusattu koulussa” ja “on ainakin yksi hyvä ystävä”. Muita selviä yhteyksiä yleiseen subjektiiviseen hyvinvointiin löytyi itsensä toteuttamisen mahdollisuuksien osa-alueelta: “on jatkokoulutus suunnitelmia” ja “ei ole ongelmia tehtävissä, jotka vaativat omaa aktiivisuutta”.

Yllämainitut keskeiset muuttujat olivat samoja sekä pojilla että tytöillä. “Kouluruokailu on rentouttava tauko” ja “ei ongelmia koulutovereiden kanssa toimeentulemisessä” olivat tärkeitä asioita tytöille, mutta ne eivät olleet merkitseviä

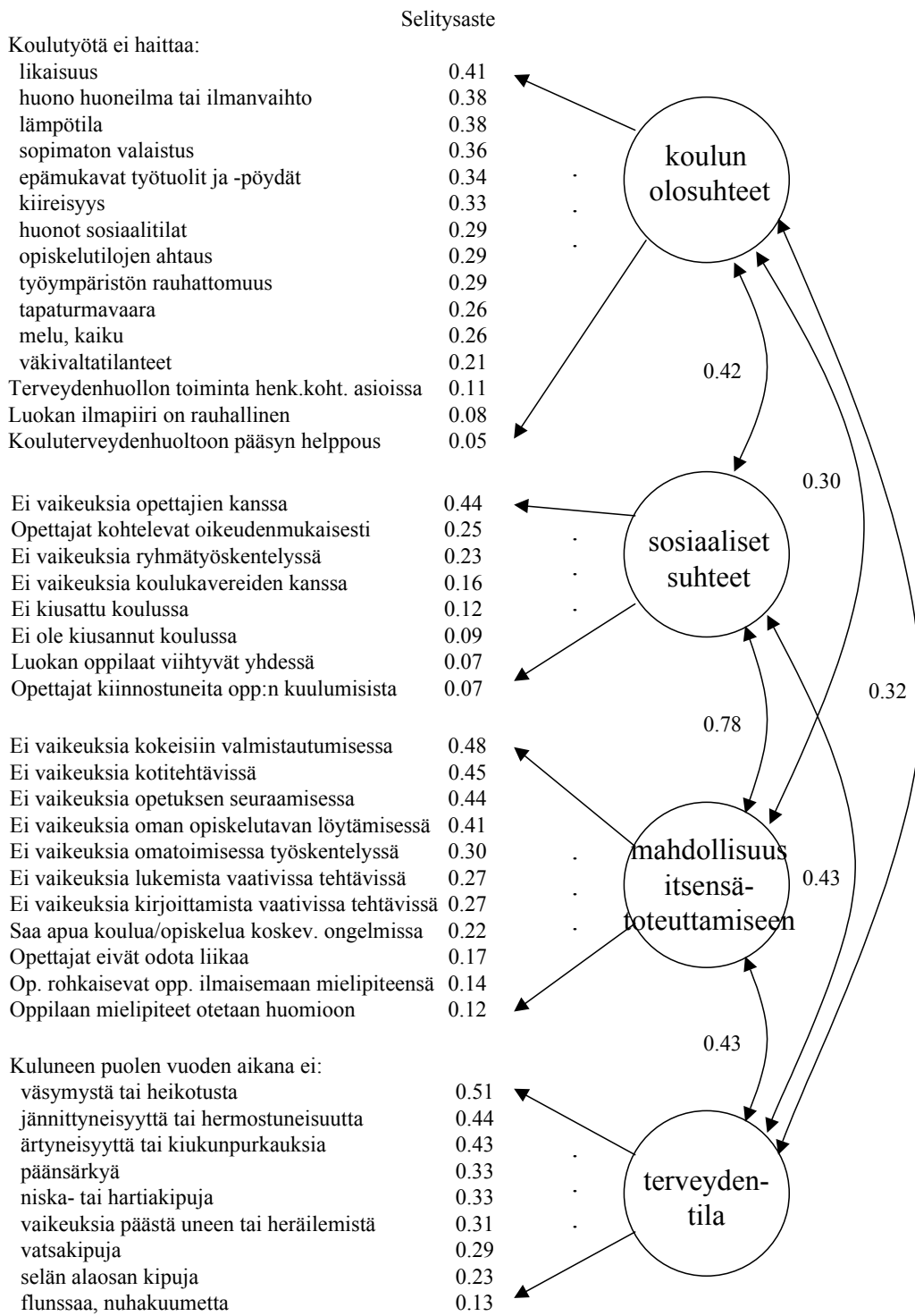
tai jäivät kokonaan pois poikien mallista. “Ei pitkäaikaissairautta” oli merkitsevä poikien mallissa, mutta se jäi tyttöjen mallista pois.

Koulun hyvinvointimallin faktorirakenne (Artikkeli IV)

Koulun hyvinvointimallin mukainen neljän faktorin malli, jossa oli 43 muuttujaa, sopi hyvin Kouluterveyskyselyn empiiriseen aineistoon. Goodness of Fit Index (GFI) oli .93, GFI Adjusted for Degrees of Freedom (AGFI) oli .93 ja Root Mean Square Residual (RMR) oli .06. Faktoreiden välinen korrelaatio vaihteli välillä .30 ja .43 (kuvio 5) paitsi sosiaalisten suhteiden- ja mahdollisuudet itsensä toteuttamiseen -osa-alueiden välillä, jossa se oli .78. Sosiaaliset suhteet olivat voimakkaasti yhteydessä opiskeluun liittyviin asioihin. Yksittäisten muuttujien selitysasteet (R^2) vaihtelivat .05:n ja .51:n välillä.

Konfirmatorinen faktorianalyysi vahvisti teorian sopivan hyvin empiriaan. Summamuuttujien sisäinen yhtenevyys (internal consistency) vaihteli kohtuullisesta hyvään: Cronbachin alpha koulun olosuhteille oli .84, sosiaalisille suhteille .62 ja itsensä toteuttamisen mahdollisuuksien sekä terveydentilan osa-alueilla alpha sai arvon .81. Alhaisempi Cronbachin alpha sosiaalisten suhteiden osa-alueella saattaa kertoa siitä, että tämän osa-alueen kysymykset olivat useammalta koulun sosiaalisen elämän alueelta.

Pojille ja tytöille erikseen tehdyt konfirmatoristen faktorianalyysien mallien sopivuudet olivat samanlaiset. Korrelaatio pojilla koulun olosuhteiden ja sosiaalisten olosuhteiden faktorien välillä oli .52 ja tytöillä .40. Muut faktoreiden väliset korrelaatiot erosivat toisistaan .03:sta .06:een. Tämän analyysin perusteella sukupuolten välillä ei ole merkittävää eroa kouluhyvinvoinnin rakenteessa.



Kuvio 5. Koulun hyvinvointimallin faktorirakenne

Taustatekijöiden yhteyksiä kouluhyvinvoinnin osa-alueisiin

Taustatekijöiden yhteyttä kouluhyvinvoinnin neljään osa-alueeseen (koulun olosuhteet, sosiaaliset suhteet, itsensä toteuttamisen mahdollisuudet, terveydentila) tarkasteltiin lineaarisilla regressiomalleilla käyttäen toisen ja kolmannen osatyön aineistoa (N=87 341). Aineistosta poistettiin tapaukset (1.9 %), joista puuttui joltakin hyvinvoinnin osa-alueelta puolet tai enemmän vastauksista; aineiston kooksi jäi 85 652. Tarkastelussa käytettiin kouluhyvinvoinnin neljän osa-alueen summapistemääriä, sen jälkeen, kun ensin faktorinanalyysin aineistossa oli tarkasteltu faktoripistemäärien ja summapistemäärien käytön eroavuuksia. Kouluhyvinvoinnin osa-alueiden summa- ja faktoripistemäärien korrelaatiot olivat .99, paitsi sosiaalisten suhteiden alueella .96. Kouluhyvinvoinnin selitysaste yleisestä subjektiivisesta hyvinvoinnista summapisteteitä käyttäen oli 21.8 % ja faktoripisteitä käyttäen 21.6 %. Erot olivat hyvin pieniä, joten valittiinpa kumpien pistemäärien käyttö tahansa, sillä ei ollut olennaista merkitystä tuloksiin. Taustatekijöinä tutkittiin sukupuolen, vanhempien työttömyyden (ei työttömyyttä / molemmat tai jompikumpi vanhempi työttömänä), vanhempien koulutuksen (vähintään 12 vuotta / alle 12 vuotta) ja perherakenteen (ydinperhe / muu) yhteyttä kouluhyvinvoinnin neljään osa-alueeseen.

Pojat kokivat koulun olosuhteet hiukan paremmiksi ja terveydentilan selvästi paremmaksi kuin tytöt, jotka puolestaan kokivat sosiaaliset suhteet ja itsensä toteuttamisen mahdollisuudet hiukan poikia paremmiksi (taulukko 3). Sukupuolten keskiarvojen erojen merkitsevyys on testattu varianssianalyysillä.

Taulukko 3. Perusjakaumat kouluhyvinvoinnin neljältä osa-alueelta; keskiarvo (ka.) ja keskihajonta (SD).

	koko aineisto		pojat		tytöt		sp ero
	ka.	SD	ka.	SD	ka.	SD	p-arvo
olosuhteet	1.77	.46	1.79	.48	1.74	.44	< .001
sosiaaliset suhteet	2.07	.38	2.02	.39	2.13	.35	< .001
mahd. itsensä toteuttamiseen	1.89	.46	1.85	.47	1.94	.44	< .001
terveydentila	2.03	.57	2.20	.53	1.86	.56	< .001

Oppilaiden taustatekijöillä oli selkein yhteys kouluhyvinvointiin oppilaiden terveydentilan alueella (selitysosuus 10 %), erityisesti tytöillä (taulukko 4). Oppilaiden taustalla oli vähiten yhteyttä kokemuksiin koulun olosuhteista (selitysosuus 0.5 %). Taustan selitysosuus sosiaalisista suhteista oli 3.2 % ja itsensä toteuttamisen mahdollisuuksista 3.1 %.

Taulukko 4. Oppilaiden taustatekijöiden yhteydet kouluhyvinvoinnin neljään osa-alueeseen.

	olosuhteet		sos.suhteet		mahd. its.tot.		terveydentila	
	kerroin	p-arvo	kerroin	p-arvo	kerroin	p-arvo	kerroin	p-arvo
vakio	1.80	<.001	1.82	<.001	1.60	<.001	2.40	<.001
sukupuoli (poika)	-0.05	<.001	0.11	<.001	0.10	<.001	-0.34	<.001
vanhempien työttömyys (ei)	0.03	<.001	0.05	<.001	0.06	<.001	0.07	<.001
vanh. koulutus (väh. 12 v.)	0.00	NS.	0.02	<.001	0.07	<.001	0.01	NS.
perherakenne (ydinperhe)	0.03	<.001	0.07	<.001	0.11	<.001	0.11	<.001

Sukupuolen ja neljän kouluhyvinvoinnin osa-alueen yhteyttä yleiseen subjektiiviseen hyvinvointiin (YSH) tarkasteltiin yksityiskohtaisemmin. YSH:n jakaumien ero tyttöjen ja poikien välillä oli merkitsevä (variانسsianalyysi $p < .001$). Kouluhyvinvoinnin neljän osa-alueen perusjakaumissa kaikilla osa-alueilla erot tyttöjen ja poikien välillä olivat merkitseviä (variانسsianalyysi $p < .001$). Sukupuolella ja neljällä kouluhyvinvoinnin osa-alueella selitettäessä YSH:a sukupuoli on merkitsevä (p<.001) mukana mallissa (lineaarinen regressiomalli). Sukupuoli säilyy merkitsevä (p<.001), mikäli mallista poistetaan mikä/mitkä tahansa neljästä hyvinvointimuuttujasta. Mikäli malliin jätetään vain terveydentila, sukupuoli-muuttujan merkitsevyys laskee vain melkein merkitseväksi (p<.016). Näin ei käy jätettäessä malliin mikä tahansa muu hyvinvoinnin osa-alueista. Näin sukupuolen merkitys väheni, kun tarkasteltiin pelkästään terveydentilan, sukupuolen ja YSH:n yhteyttä. Terveystilaan sinällään sukupuolella on yhteys. Sukupuolen yhteys YSH:iin saattaisi selittyä osittain terveydentilan sukupuolierojen välityksellä.

Pohdinta

Tutkimusmenetelmien luotettavuudesta

Aineisto

Kouluterveyskysely (Kouluterveyskysely 2002) on tehty Suomen kouluissa vuodesta 1995 lähtien. Tämän tutkimuksen aineistoina on käytetty vuosien 1998 ja 1999 kyselyn vastauksia (osatyöt II ja III) sekä niiden koulujen aineistoa, jotka ovat vastanneet sekä vuonna 1998 että vuonna 2000 (osatyö IV). Kouluterveyskysely järjestetään maantieteellisesti samoilla alueilla joka toinen vuosi. Vuonna 1998 osallistuneet koulut olivat Itä-Suomesta (Kainuu, Pohjois-Savo, Keski-Suomi, Pohjois-Karjala, Etelä-Savo ja Lappeenrannan–Imatran seutu), Rovaniemi, Rovaniemen maalaiskunta ja osia muusta Lapista sekä Turku, Riihimäen–Forssan seutu, Porvoon seutu, Helsinki, Espoo, Vantaa ja Keski-Uusimaa. Vuonna 1999 Kouluterveyskyselyyn osallistuneet koulut olivat Länsi-Suomesta, Pirkanmaalta, Oulun läänistä sekä Lohjan ja Kotkan seuduilta. Parhaiten edustettuina olivat Itä-Suomen, Länsi-Suomen ja Oulun läänit ja huonoiten Etelä-Suomen ja Lapin läänit (Luopa ym. 2000).

Vuonna 1998 ja 2000 vastanneiden koulujen aineistossa oli 27 koulua Etelä-Suomesta, 22 koulua Länsi-Suomesta, 47 koulua Itä-Suomesta, 8 koulua Oulun läänistä ja 5 koulua Lapin läänistä. Itä-Suomen lääni oli yliedustettuna, sillä 51 % Itä-Suomen 8. ja 9. luokkalaisista oli mukana tässä aineistossa. Vastaavat luvut muista lääneistä olivat: Lapin lääni 19 %, Oulun lääni 12 %, Länsi-Suomen lääni 9 %, Etelä-Suomen lääni 9 %. 16 % näiden läänien kaikista kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisista oli mukana aineistossa.

Tutkimuksen tiedot on kerätty oman opettajan valvomana luokkakyselynä. Mukana ovat koulut, jotka ovat itse ilmoittautuneet Kouluterveyskyselyyn, joten kyseessä ei ole otos vaan kyselyssä mukana olevista kouluista muodostunut näyte. Kyselyä ohjanneiden opettajien raporttien mukaan kyselyn aikana on harvoin poissa yli 20 % oppilaista, useimmiten 5–10 % (Luopa ym. 2000). Kouluterveyskyselyn kattavuus on hyvä. Mukana olleiden kuntien kokonaisoppilasmäärästä 61 % vuonna 1998 ja 74 % vuonna 1999 oli mukana tämän tutkimuksen aineistossa (Tilastokeskus 2000). Vaikka

Kouluterveyskyselyn kattavuus on hyvä, aineisto saattaa olla valikoitunut siten, että kouluissa, joissa on eniten ongelmia, ei välttämättä ole halua ottaa osaa kyselyyn. Toisaalta myös kouluissa, joissa koetaan kaiken olevan kunnossa, ei välttämättä koeta tarvetta lisätietoon aiheesta. Tehtiinpä osallistumispäätös koulukohtaisesti tai kunnittain, rahallinen panostus kyselyyn saattaa joillekin olla myös este osallistumiselle. Tällöin taloudellisesti heikommassa asemassa olevia kuntia tai kouluja saattaa olla vähemmän kyselyssä mukana.

Tutkimuksen tieto on saatu oppilaiden omista vastauksista luokkakyselyn avulla. Kysymyslomake vuodelle 2002 löytyy Stakesin verkkosivuilta (Kouluterveyskysely 2002). Oma opettaja on ohjannut oppitunnin aikana täytettävän kyselyn yhteisten ohjeiden mukaan. Luottamuksellisuutta on pyritty lisäämään laittamalla luokan kaikkien oppilaiden vastaukset yhteen tiedon kerääjälle osoitettuun kuoreen, joka on suljettu oppilaiden läsnäollessa. Puuttuvia vastauksia on ollut verraten vähän (ks. luku Aineisto ja menetelmät). Jonkin verran epätarkkuutta ainakin poissaolo- ja sairastavuustietoihin saattaa aiheuttaa kyselyn hetkellä poissaolevien oppilaiden vastaamattomuus – useimmiten koulusta ollaan poissa joko sairauden tai pinnaamisen vuoksi, harvemmin muusta syystä. Lintonen (2001) on verrannut alkoholikysymysten osalta Nuorten terveystapatutkimuksen (NTTT, Rimpelä ym. 1997), WHO:n Health Behaviour of School-aged children (HBSC, Currie ym. 2000) ja Kouluterveyskyselyn vastauksia keskenään. Hänen mukaansa kuukausittain juomisen prevalenssit ovat Kouluterveyskyselyssä vuosina 1999 ja 2000 hiukan korkeammat kuin NTTT:n, kun taas humalakertojen määrä koko elinaikana näyttää olevan samoissa määrissä Kouluterveyskyselyn ja HBSC:n vastauksissa. Lintosen (2001) mukaan kuukausittaisen humalajuomisen prevalenssit olivat samanlaisia niin Kouluterveyskyselyssä, NTTT:ssä kuin HBSC-kyselyssäkin. Ainakin alkoholikysymysten osalta Kouluterveyskysely on antanut yhteneviä tuloksia muiden tutkimusohjelmien kanssa.

Hyvinvoinnin mittaamisesta

Yleinen subjektiivinen hyvinvointi

McDowell ja Newell (1996, s. 15-27) tarkastelevat laajasti subjektiivisten kokemusten oikeellisuutta ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin mittaamisen perustana sekä esittävät keinoja, joilla mahdollisia virhelähteitä voidaan vähentää. He toteavat, että

usein ihmisten kokemukset ovat paras tapa saada tietoa heidän terveydestään ja hyvinvoinnistaan.

Yleistä subjektiivista hyvinvointia on mitattu soveltaen Raitasalon (1995) muokkaamaa Beckin 13-osioista mielialamittaria (Beck ja Beck 1972, Beck ym. 1988). Raitasalo sisällytti kuhunkin kysymykseen myös positiivisen vastausvaihtoehdon. Osatöissä II ja III mittarin positiivista osiota käytettiin siten, että otettiin huomioon myös mahdolliset masentuneisuusmittarin pistemäärät. Mikäli ne osoittivat keskivaikeaa tai vaikeaa masentuneisuutta, hyvinvointiosio sai tällöin arvon nolla. RBDI:n mielialamittaria ovat käyttäneet tutkimuksissaan Raitasalo (1995) työikäisten ja Kaltiala-Heino ym. (1999) koululaisten keskuudessa.

Beckin masentuneisuusmittarin reliabiliteettia ja rinnakkaisvaliditeettia on tutkittu ja ne on todettu korkeiksi (Beck ja Beck 1972, Beck ym. 1974, Beck ym. 1988). Edellä mainittujen tutkimusten mukaan 13-osioista Beckin masentuneisuusmittaria on suositeltu käytettäväksi nimenomaan väestön masentuneisuuden seulontaan. Raitasalo on Suomessa käyttänyt mielialamittaria (RBDI) viljelijäväestön mielialahäiriöiden seulonnassa. Kyseisessä tutkimuksessa mielialakyselyn sisäistä pysyvyyttä kuvaava alphakerroin oli .83. Faktorianalyysissä kysymykset asettuivat yhdelle faktorille, jossa ruokahalu oli heikoimmin latautunut. Yhden faktorin malli selitti 35 % kokonaisvarianssista (Raitasalo 1995).

Kaltiala-Heinon ym. (1999) tutkimuksessa positiivisen mielialan mittarin sisäinen yhtenevyys oli hyvä (Cronbachin alpha .83 pojille ja .84 tytöille). Mittarin kysymykset jakautuivat kahdelle faktorille (Varimax-rotatiolla), joista positiivisen mielialan tekijät selittivät 34 % vaihtelusta ja häiriintymätön nukkuminen ja ruokahalu 8 % vaihtelusta. Nyt käsillä olevassa tutkimuksessa käytetty yleisen subjektiivisen hyvinvointimittarin sisäinen yhtenevyys on hyvä (.76), vaikkakin hiukan alhaisempi kuin edellä mainitussa tutkimuksessa, ja se on mitattu käyttäen Kuder–Richardson (KR20) estimaattia (Black, 1999, s. 282–286). Yleisen subjektiivisen hyvinvointimittarin faktorianalyysi (Direct oblimin -rotatiolla) tuotti kaksi faktoria, joista ensimmäinen faktori (mieliala, tulevaisuuteen suhtautuminen, elämän sujuminen, tyytyväisyys, itsestä pitäminen, pettymykset ja suhtautuminen muihin ihmisiin) selitti 26 % vaihtelusta ja toinen (päätösten tekeminen, nukkuminen, väsymys, ruokahalu ja ahdistuneisuus) 9 % vaihtelusta. Faktoreiden korrelaatio oli .63. Kahden faktorin malli oli parempi (χ^2 6015.6, df 53, $p < .001$) kuin yhden (χ^2

12 838.0, df 65, $p < .001$). Faktorianalyysin tulos viittaa siihen, että yleisen subjektiivisen hyvinvoinnin rakennetta olisi jatkossa tarvetta selvittää tarkemmin. Yhden faktorin malli oli myös erittäin merkitsevä ja faktoreiden korrelaatio korkea, mikä sallii yleisen subjektiivisen hyvinvointimittarin käytön myös yksiulotteisena etenkin, kun mittarin taustalla olevia Beckin masentuneisuusmittaria ja Raitasalon mielialamittaria on yleisesti käytetty yhtenä summapistemääränä.

Yleisen subjektiivisen hyvinvointimittarin selitysasteen ja yhtenevyyksien erot Kaltiala-Heinon ym. (1999) tutkimuksessa käytettyyn johtunevat siitä, että heidän mittarissaan oli mukana myös Raitasalo–Beck-mittarissa oleva itsetuhokysymys, jota ei ole Kouluterveyskyselyssä vuoden 1997 jälkeen voitu käyttää ja sen tilalla yleisen hyvinvoinnin mittarissa on käytetty erillistä ahdistuneisuuskysymystä. Sisäinen yhtenevyys kuitenkin heikkeni, kun ahdistuneisuuskysymys poistettiin ja tarkasteltiin vain 12:ta osiota RBDI:sta. Härmä (julkaisematon käsikirjoitus) on tutkinut RBDI:n toistettavuutta tamperelaisten koululaisten keskuudessa. Kyseisen aineiston pohjalta on tarkasteltu yleisen hyvinvointimittarin toistettavuutta, ja tulos osoittautui kohtuullisen hyväksi (Pearsonin korrelaatio .75).

Kouluhyvinvointi

Tämän tutkimuksen tavoitteena on ollut kehittää kouluhyvinvoinnin mittaria. Työ on tehty nelivaiheisesti. Kouluhyvinvointi on ensin käsitteellisesti määritelty kirjallisuuden perusteella, jonka tuloksena on tuotettu neljä osa-aluetta käsittävä koulun hyvinvointimalli. Toiseksi sovellettiin Raitasalo–Beckin mielialamittaria oppilaiden yleisen subjektiivisen hyvinvoinnin mittaamiseen Kouluterveyskyselyn aineistossa sekä tarkasteltiin YSH:a yksilö- ja koulutasoilla. Kolmanneksi testattiin kouluun ja oppilaiden taustaan liittyvien kysymysten yhteyttä YSH:iin. Neljänneksi näin tarkasteltujen kysymysten perusteella valittiin kouluhyvinvointia mittaavat kysymykset neljälle osa-alueelle ja tehtiin konfirmatorinen faktorianalyysi, joka varmensi neliosioisen mittarin sopivuuden empiriaan.

Teoreettisen tutkimuksen avulla on pyritty täyttämään mittarin validiteetin vaatimuksia erityisesti sisällön ja rakenteen osalta. Rakenne vahvistettiin konfirmatorisella faktorianalyysillä, joka osoitti teorian ja empirian hyvän sopivuuden. Neljä kouluhyvinvoinnin osa-aluetta korreloivat keskenään, sosiaaliset suhteet ja itsensä toteuttamisen mahdollisuudet niistä voimakkaimmin. Osatyön IV

perusteella sosiaalisten suhteiden mittaamiseen kaivattaisiin lisää kysymyksiä tai/ja kysymykset tulisi todennäköisesti jakaa kolmeen alakategoriaan (kaverisuhteet, suhteet opettajiin ja kiusaaminen). Kriteerivaliditeettia mittarista ei ole analysoitu, eikä sitä ole verrattu muihin samantyyppisiin mittareihin, vaikkakin mittarin neljän osion yhteyksiä yleiseen subjektiiviseen hyvinvointiin on tutkittu (osatyö III). Koulua koskevat neljä osa-aluetta selittivät 17 % poikien ja 20 % tyttöjen yleisestä hyvinvoinnista. Konfirmatorisen faktorinanalyysin jälkeen mitattuna kouluhyvinvoinnin neljä osa-aluetta sisältävän mallin selitysosuus niukasti parani (selitysosuus 18.5 % poikien ja 24.5 % tyttöjen yleisestä hyvinvoinnista; $p < .001$). Tärkein syy tähän lienee terveydentilaa mittaavien oireiden parantunut indikaattori. Terveydentilan selitysosuus kohosi 7.8 %:sta 13.9 %:iin (yhden selittäjän malli). Kolmannessa osatyössä tarkasteltiin onko viikottaisia oireita, kyllä/ei -kysymystä, kun jatkossa on käytetty oireiden ja nuhakuumeiden summaa indikaattorina. Toinen selkeä ero oli olosuhteiden selitysosuuden laskeminen 5.4 %:sta 2.2 %:iin (yhden selittäjän malli). Tämä selittyy osa-alueiden yhteisvaihtelulla: poistettaessa lineaarisesta regressiomallista yksi kouluhyvinvoinnin osa-alue kerrallaan enimmilläänkin koko mallin selitysosuus heikkenee vain kuusi prosenttiyksikköä. Mittarin kykyä ennustaa eroja pitkällä aikavälillä ei ole pystytty tässä vaiheessa testaamaan, vaan se jää tulevaisuuden haasteeksi.

Kouluhyvinvoinnin mittarin reliabiliteettia on tarkasteltu konfirmatorisen faktorinanalyysin keinoin, jossa neliosioisen hyvinvointimallin sisäinen yhtenevyys (Cronbachin alpha, Cronbach 1970) oli hyvä kolmella osa-alueella (koulun olosuhteet .84, itsensä toteuttamisen mahdollisuudet .81, terveydentila .81) ja kohtuullinen sosiaalisten suhteiden alueella (.62). Opendakkerin ja van Dammen (2000) tutkimuksessa kouluhyvinvoinnin mittarin reliabiliteetit vaihtelivat .63:n ja .88:n välillä, ja Savolaisen (2001) kolmen kysymyksen hyvinvointimittarin Cronbachin alpha oli .79. Tämän tutkimuksen reliabiliteettikertoimet olivat samalla tasolla kuin muissa koulun hyvinvointia tarkastelevissa tutkimuksissa.

Koulun hyvinvointimalli

Oppilaiden hyvinvoinnin tukeminen koulussa on ollut esillä koulua koskevassa kirjallisuudessa jo sata vuotta sitten, jolloin John Dewey (1907) esitti, että koulun on tarjottava lapsille sitä, mitä parhaat ja viisaimmat vanhemmat omille lapsilleen

haluavat. Muunlaisen ideologian noudattaminen tuhoaisi demokratian. Ramsey ja Clark (1990) puolestaan sanovat, että oppilaiden kokemukset hyvinvoinnista koulussa olivat tärkeämpiä kuin muodolliset oppimissaavutukset, mutta hyvinvointia ei oltu yhtä hyvin saavutettu. Terveiden lasten on myös todettu oppivan paremmin (Wolfe 1985, Symons ym. 1997, WHO 1998).

Terveyden ja hyvinvoinnin merkitystä on korostettu niin kasvatustavoitteissa, tehokkaan ja laadukkaan koulun tavoitteissa kuin varsinaisesti terveyttä edistävien koulujen ohjelmissakin (Rutter ym. 1979, Allensworth ja Kolbe 1987, Teddlie ja Stringfield 1993, Opetushallitus 1996, Parsons ym. 1996, Sahlberg 1997, McKenzie ja Richmond 1998, Rasmussen ja Rivett 2000). Koulujen tehokkuusajattelu palvelee ehkä enemmän taloudellisia päämääriä kuin oppilaiden hyvinvoinnin toteutumisen päämääriä. Koulujen laadun mittaaminen on jatkoa koulujen tehokkuusajatteluun, vaikkakin se huomioi laajemmin myös oppilaiden ja vanhempien tyytyväisyyttä kouluun. Kokonaisvaltaiset terveydenedistämisen ohjelmat kouluissa (ENHPS ja CSHP) soveltavat WHO:n terveyden määritelmää (Parsons ym. 1996, McKenzie ja Richmond 1998, Rasmussen ja Rivett 2000). Ne korostavat sosiaalisen ja henkisen terveyden merkitystä, mutta empiirisissä tutkimuksissa tuloksia määritellään kuitenkin yksilöiden terveydentilana, terveyskäyttäytymisenä, arvoina, mielipiteinä tai kykyinä. Terveys on näiden ohjelmien pääkäsite, ja se pyritään määrittelemään hyvin laajasti. Huolimatta teoreettisen keskustelun kokonaisvaltaisesta lähestymistavasta, käytännössä terveyden edistämistyö kouluissa supistuu varsin perinteisiin terveysterventioihin (Lynagh ym. 1997, Lister-Sharp 1999, St Leger 1999, Stears 2000). Vaihtoehtona voisi olla tässä työssä käytetty hyvinvoinnin käsitteellinen määrittely sosiologiselta pohjalta, jolloin se voisi palvella niin koulun kehitysohjelmien onnistumisen arviointia kuin oppilaiden hyvinvoinnin arviointiakin.

Koulun hyvinvointimalli on sovellettu kouluympäristöön Allardt (1976a) sosiologisen hyvinvointimallin pohjalta. Allardtista poiketen terveys on otettu omaksi osa-alueekseen; hänellä se oli elinolojen (being) osa. Kuitenkin Pohjoismaisessa hyvinvointitutkimuksen empiirisessä aineistossa tehty faktorianalyysi tuotti terveyden ja työllisyyden omaksi faktorikseen erillisenä elinoloista (Allardt 1976a, s. 236–237). Karisto (1984) näkee ihmisen aktiivisena sosiaalisena toimijana ja tarkastelee terveyttä yksilön omien hyvinvointipyrkimysten kannalta tärkeänä resurssina. Hän korostaa, että terveys on sosiaalisesti täysipainoisen elämän tärkeä edellytys, mutta

ominaista on myös, että kohtuullisen tason ylittymistä seuraa kylläntymistaso. Karisto (1984) muistuttaa myös, että terveys on resurssi, johon luonnostaan kuuluu sen väijäämätön kuluminen – kaikkea epäterveellistä ei elämästä voida poistaa. Hän toteaaakin että, “jos terveydestä tehdään kaiken mittapuu, voidaan tulla perin lohduttomaan johtopäätökseen: itse elämä on epäterveellistä” (Karisto 1984, 89). Terveiden merkitys ihmisen käyttäytymisen valinnoissa ei välttämättä tule näkyviin, mitä selitetään ihmisten metapreferensseillä, omakohtaisiin harkintoihin perustuvilla yleisillä arvojärjestelmillä (Hirschman, 1982).

Koulun hyvinvointimallissa terveys on oma erillinen osansa, ja sitä pidetään voimavarana. Tällöin terveys ymmärretään sairauksien ja tautien puuttumisena eikä laaja-alaisena konseptina, kuten se WHO:ssa määritellään. Kouluun sovellettuna terveys poikkeaa muista kouluhyvinvoinnin osa-alueista (olosuhteet, sosiaaliset suhteet, mahdollisuus itsensä toteuttamiseen) yksilöllisen luonteensa vuoksi. Kuitenkin oppilaiden tai opettajien terveyttä voidaan tarkastella myös koulutasolla – ollaanko koulussa terveitä vai sairastetaanko paljon. Toisaalta hyvinvoinnista ei voida puhua puuttumatta terveyteen – ei myöskään kouluhyvinvoinnista. Kouluhyvinvoinnin neljä osa-aluetta eivät myöskään eroa toisistaan siinä, tarkastellaanko niitä subjektiivisina kokemuksina vai objektiivisin mittarein. Erityisesti olosuhteiden alueella voidaan puhua konkreettisistakin koulun ominaispiirteistä, mutta jo niiden asettaminen johonkin arvojärjestykseen tuottaa ongelmia.

Koulun hyvinvointimalli eroaa muista koulun terveyttä edistävästä konsepteista (HPS, CSHP) lähinnä itsensä toteuttamisen osa-alueen osalta. Koulun olosuhteita, sosiaalisia suhteita ja terveydentilaa tarkastellaan myös muissa malleissa, mutta itsensä toteuttaminen jää vähälle huomiolle. Kuitenkin mahdollisuus itsensä toteuttamiseen on muiden muassa Allardtin (1989) mukaan tärkeä hyvinvoinnin osa-alue. Koulussa itsensä toteuttaminen voidaan ymmärtää oppilaiden mahdollisuutena opiskella omien taitojensa ja kykyjensä mukaisesti – niin heikompien kuin lahjakkaampienkin. Tämä käsittää niin sisällöllisesti monipuoliset mahdollisuudet kuin opiskelutahdin sovittamisen oppimiskyvyn mukaisesti. Myöskin kannustus ja rohkaisu tulosten saavuttamiseksi on tärkeää. Tasapuolinen palaute eri tieto- ja taitoalueilla kannustaa eri alueiden taitajia kehittämään itseään näissä tiedoissa ja taidoissa.

Terveyskäyttäytyminen ei ole koulun hyvinvointimallin osa, vaan sen yhteyttä hyvinvointiin tarkastellaan omana ilmiönään. Hyvinvoinnin näkyminen terveyskäyttäytymisessä saattaa ilmetä vasta aikojen kuluessa, kun taas osa riskikäyttäytymisestä saattaa tuottaa senhetkisenä toimintana positiivisia kokemuksia (esim. normipaineet tupakan tai alkoholin kokeiluun). Nuoren elämäntilanne on uusia asioita kokeileva ja hakeva – ei staattinen tila vaan aika, jolloin nuori etsii paikkaansa ja tapojansa. Tällöin terveyskäyttäytyminenkin on muuttuvassa tilassa, eikä näin sovi hyvinvoinnin indikaattoriksi tietyllä ajanhetkellä. Nutbeam (1998) on pitänyt motivaatiota terveisiin elämäntapoihin eräänä terveyden edistämisen välitavoitteena.

Koulun hyvinvointimallin päätarkoituksena on selventää kouluhyvinvoinnista käytävää keskustelua, eikä se pyri olemaan kaikenkattava esitys asiasta. Sen neljä osa-alueita ovat yleisemminkin hyväksytyjä hyvinvoinnin osia (Allardt 1976a, Allardt 1989, Karisto 1984, Lindström 1994). Kullakin osa-alueella on esitetty tärkeimpiä asioita, mutta niihin voidaan myös lisätä yksittäisiä asioita. Mallin tarkoituksena on helpottaa hyvinvoinnin tutkimusta ja arviointia koulussa. Kukin neljä osa-alueita voidaan operationalisoida yhdellä tai useammalla indikaattorilla. Yhden kokonaisvaltaisen indikaattorin muodostaminen on kyseenalaista, sillä osa-alueet ovat selkeästi erillisiä, vaikkakin niillä on yhteyksiä keskenään. Neljä indikaattoria antaa monipuolisempaa tietoa kouluhyvinvoinnista kuin yksi yhteinen tekisi.

Kouluhyvinvoinnin arviointi

Tutkimuksen jatko vahvisti koulun hyvinvointimallin sopivuuden empiriaan, vaikka hyvinvoinnin osa-alueita ei pystykään kaikenkattavasti mittaamaan. Kouluun liittyvät kysymykset selittivät kuitenkin viidenneksen oppilaiden *yleisestä subjektiivisesta hyvinvoinnista*. Monitasotarkastelu osoitti, että YSH oli yksilötason ilmiö. Kouluhyvinvoinnin osa-alueista itsensä toteuttaminen ja sosiaaliset suhteet olivat voimakkaimmin yhteydessä YSH:iin. Samat kouluhyvinvoinnin osa-alueet olivat myös selvimmin yhteydessä toisiinsa. Tutkituista oppilaiden taustaan liittyvistä asioista suhteet vanhempiin tulivat erityisesti esille.

Ensimmäisessä alaluvussa pohditaan yleiseen subjektiiviseen hyvinvointiin yhteydessä olevia tekijöitä. Päähuomio on koulua koskevien tekijöiden yhteyksissä YSH:iin. Toisessa alaluvussa käsitellään koulun hyvinvointimallin rakennetta ja sisältöä.

Yhteyksiä yleiseen subjektiiviseen hyvinvointiin

Oppilaiden sosioekonomisella taustalla havaittiin olevan vain vähäinen yhteys YSH:iin. Samaan tulokseen on päätyneet McCullough ym. (2000). Myöskään nuorten sairastavuuteen ei vanhempien sosiaalisella asemalla ole havaittu olevan yhteyttä, mutta erinomaiseksi koettuun terveydentilaan yhteys oli olemassa (Rahkonen 1992, Rahkonen 1994). Karvosen ym. (2001) tutkimuksessa nuoren oman elämäntavan havaittiin olevan voimakkaammin yhteydessä terveystottumuksiin kuin perheen sosiaalisen aseman. Eräs selitys näihin tuloksiin saattaa olla nuorten elämänvaiheessa – he ovat siirtymässä lapsuudesta aikuisuuteen ja heidän oma sosioekonominen asemansa on vasta muovautumassa samalla, kun vanhempien sosioekonomisen aseman vaikutus heihin on vähenemässä (West 1997). Perhesuhteilla sitä vastoin oli voimakas yhteys YSH:iin, erityisen tärkeitä olivat useat keskustelut vanhempien kanssa. Perherakenne ja vanhempien kontrolli eivät olleet niin tärkeitä. Havainnot pitävät yhtä Landgrafin ja Abetzin (1998) tutkimusten kanssa. He toteavat perhesuhteiden laadun olevan tärkeämmän kuin perherakenteen.

Terveyskäyttäytymiseen liittyvistä tekijöistä harrastukset, terveellinen ruokailu ja nukkuminen olivat lievästi yhteydessä YSH:iin. Riskikäyttäytymiseen liittyvillä tekijöillä, kuten tupakoinnilla ja alkoholin juomisella, oli vain hyvin vähäisiä yhteyksiä YSH:iin. Usein terveyskäyttäytymistä pidetään terveydenedistämistyön kohteena, mutta sillä saattaakin olla vähäisempi yhteys lapsen ja nuoren hyvinvointiin, kuin on ajateltu. Lapsi ja nuori on muutos- ja kokeiluvaiheessa elämässään, eikä hänen elämäntapansa tietyllä lyhyellä ajanjaksolla nuoruuden aikana välttämättä kerro tulevaisuuden elämäntavoista. Asian todentamiseksi tarvittaisiin seurantatutkimusta.

Koulun olosuhteita tutkittiin lähinnä fyysisinä olosuhteina, kuten ilmastointi, lämpötila, likaisuus ja epämukavat pulpetit. Niiden merkitys YSH:iin oli havaittavissa, mutta se oli vähäinen. Tämä saattaa johtua muiden osa-alueiden tärkeämmästä roolista. Kuitenkin fyysisen ympäristön parannuksilla on havaittu positiivisia vaikutuksia oppilaisiin (Kuusisto 1993, Hilgers 1998).

Sosiaaliset suhteet koulussa, erityisesti ei-kiusattuna oleminen, opettajien kiinnostus oppilaiden kuulumisista, ryhmissä toimiminen ja koulukavereiden kanssa toimeentuleminen, olivat tärkeitä tekijöitä YSH:ssa. Kiusaaminen on tutkimuksissa

tuotu esiin laajempänä sosiaalisena ilmiönä, jolla voi olla vaikutuksia myöhemmin elämässä (Olweus 1993, Salmivalli ym. 1996, Salmivalli ja Kaukiainen 1999, Hawker ja Boulton 2000).

Itsensä toteuttamisen mahdollisuudet -osa-alueen kysymykset olivat voimakkaimmin yhteydessä YSH:iin. Mikään yksittäinen kysymys ei ollut olennaisesti muita tärkeämpi, vaan useat opiskeluun ja opettajan toimintaan liittyvät kysymykset vastasivat tämän osa-alueen merkityksestä. Tämä vahvistaa osaltaan myös Opendakkerin ja van Dammen (2000) havainnon, että samat kouluun liittyvät asiat vaikuttavat sekä oppilaiden suorituksiin että hyvinvointiin. Usein tämän osa-alueen asiat unohdetaan, kun tarkastellaan oppilaiden hyvinvointia. Olisikin erityisen tärkeää ottaa huomioon nämä kasvatukseen ja opetukseen liittyvät asiat, kun pyritään edistämään oppilaiden hyvinvointia. Läheisempi yhteistyö kasvatuksen asiantuntijoiden ja terveyden edistäjien välillä, kuten St Leger ja Nutbeam (2000a) myös esittävät, olisi olennaisen tärkeää.

Terveydentilaa tarkastellaan koulun yhteydessä, vaikka se nähdään yksilön henkilökohtaisena tilana, mutta samalla myös ulkoisten tekijöiden vaikutuksen tuotoksena. Terveydentilan mittarina käytettiin psykosomaattisia oireita ja flunssien määrää, mikä kohtuullisen hyvin kuvannee kouluhyvinvointiin liittyvää terveyttä. Psykosomaattisia oireita on pidetty myös mielenterveyteen liittyvinä seikkoina nuoren elämässä (Aalberg ja Siimes 1999, Natvig ym. 1999). Pitkäaikaissairauksien yhteydet YSH:iin tavallista koulua käyvillä oppilailta olivat vähäiset. Se osoittanee, että pitkäaikaissairauksien hoito on onnistunut kohtuullisen hyvin, eivätkä ne olennaisesti tule esille oppilaiden YSH:a tarkasteltaessa.

Yhteyksiä yleiseen subjektiiviseen hyvinvointiin tarkasteltiin erikseen tytöillä ja pojilla. Yksittäisten kysymysten yhteydet poikkesivat hieman sukupuolten välillä, mutta tärkeimmät tekijät olivat samoja niin tytöillä kuin pojillakin. Kokonaisten osa-alueiden selitysosuudet YSH:sta eri sukupuolilla olivat samansuuntaiset, mutta tytöillä tasoltaan korkeammat jokaisella osa-alueella.

Kouluhyvinvoinnin rakenne ja sisältö

Koulun hyvinvointimallin sopivuudesta käytäntöön tehdyssä tutkimuksessa *koulun olosuhteita* on mitattu pääosin fyysisen ympäristön tilalla – vain joitain terveystalouksien ja työrauhaan liittyviä kysymyksiä oli mukana. Sisällöllisesti olisi

lisäksi toivottavaa tarkastella kysymyksiä myös opetuksen organisoinnista, kouluruokailusta, välituntitiloista ja toimintamahdollisuuksista välitunneilla, kouluympäristön viihtyisyydestä, opetusvälineistä ja -materiaaleista sekä laajemmin oppilaalle tarjolla olevista palveluista (opinto-ohjaaja, kuraattori, psykologi ym.).

Sosiaalisten suhteiden alue on kohtuullisen hyvin katettu tutkimuksessa käytetyillä kysymyksillä, jotka sisällöllisesti vaikuttivat jakautuvan kolmeen osaan: kaverisuhteet, opettaja-oppilassuhteet, kiusaaminen. Kutakin osa-aluetta voisi tarkastella monipuolisemmin lisäämällä kysymyksiä jokaiselle alueelle. Sosiaalisten suhteiden osa-alueen sisäinen yhtenevyys oli alhaisin tutkituista, mikä viittaisi siihen, että tätä osa-aluetta voisi tarkastella myös useampana erillisenä alakategoriana.

Itsensätoteuttamisen mahdollisuuksia on tutkittu lähinnä oppimisvaikeuksien näkökulmasta, joskin vaikutusmahdollisuuksista ja kannustuksesta sekä rohkaisusta on joitain kysymyksiä mukana. Opiskelun etenemistä omien taitojen ja kykyjen mukaan sekä sisällöllisesti että opiskelunopeuden kannalta olisi hyvä kartoittaa laajemmin. Oman opiskelun kokeminen merkitykselliseksi antaisi myös lisätietoa itsensä toteuttamisen mahdollisuuksista (vrt. Allardt 1989, Antonovsky 1996). Tämä hyvinvoinnin osa-alue liittyy selkeimmin opetukseen ja kasvatukseen. Mielenkiintoinen tutkimusalue olisikin tarkastella oppimisen sekä erilaisten opetustyylien ja -menetelmien yhteyttä oppilaiden hyvinvointiin. Tätä aluetta on sivuttu joissain oppilaan itsetuntoa tarkastelevissa tutkimuksissa (Rosenberg ym. 1995, Filozof ym. 1998, Scott 1999, Scheinin ja Niemivirta 2000).

Terveydentilan indikaattoreiksi valitut psykosomaattisten oireiden ja flunssien katsottiin edustavan myös ympäröivän yhteisön vaikutusta yksilössä. Oppilaalle koulu on merkittävä yhteisö ainakin ajallisesti, mutta myös muuten. Yksilön kohdalla on vaikea erottaa eri yhteisöjen (koulu, koti, harrastukset, kaveripiiri) vaikutusta, joten suorien päätelmien tekeminen koulun vaikutuksesta psykosomaattisiin oireisiin on vaikeaa. Pitkäaikaissairaudet lapsella ja nuorella lienevät harvemmin selvästi yhteydessä ympäröivään yhteisöön. Toki esimerkiksi homealtistus fyysisessä ympäristössä saattaa olla syynä allergian tai astman syntyyn. Kaikenkaikkiaan terveyden merkitys hyvinvoinnissa on tärkeä (Allardt 1976a, Karisto 1984) eikä sitä voi jättää huomiotta hyvinvointia määriteltäessä.

Koulun hyvinvointimallissa kukin kysymys edusti vain yhtä hyvinvoinnin osa-alueita, mutta osa-alueiden ajateltiin olevan yhteydessä keskenään. Sosiaalisten suhteiden ja itsensä toteuttamisen mahdollisuuksien osa-alueiden välillä yhteys oli voimakkain, mutta kaikkien osa-alueiden välillä yhteys oli selkeästi havaittavissa. Koulun olosuhteiden merkitys todennäköisesti korostuu, mikäli ne ylittävät tietyn kohtuullisen rajan. Erityisesti terveyden kohdalla Karisto (1984, s. 88) on tuonut esiin kylläntymisrajan, tietyn tason ylittyminen riittää sosiaalisesti rikkaaseen elämään ja hyvään koettuun elämänlaatuun. Tämän tutkimuksen mukaisista hyvinvoinnin osa-alueista sosiaaliset suhteet ja itsensä toteuttaminen liittyivät selkeimmin koulun perustehtävään: "...opetuksen tavoitteena on tukea oppilaiden kasvua ihmisyyteen ja eettisesti vastuukykyiseen yhteiskunnan jäsenyyteen sekä antaa heille elämässä tarpeellisia tietoja ja taitoja" (Perusopetuslaki 1998). Erityisesti itsensä toteuttaminen korostuu Lapsen oikeuksien julistuksessa (UN 1989): "...lapsen kasvatus tulee suunnata: lapsen persoonallisuuden, taitojen sekä henkisten ja fyysisten kykyjen parhaaseen mahdolliseen kehittymiseen".

Koulun hyvinvointimallin käyttömahdollisuuksia

Koulun hyvinvointimallin kehittämisen tavoitteena oli selkiyttää oppilaiden ja koulujen hyvinvoinnista käytävää keskustelua. Mallia voidaan käyttää esimerkiksi kunnissa strategisen keskustelun pohjana ja suunnittelun apuna koulua kehitettäessä. Kokkolan (Lasten ja nuorten ... 1999) ja Helsingin (Nummelin ym. 2001) kaupungeissa näin on jo tehtykin.

Toisena tavoitteena oli tuottaa väline, jonka avulla oppilaiden ja koulujen hyvinvointia voidaan arvioida. Arviointia voidaan toteuttaa ainakin kolmella tavalla. Yksilötason arviointina voidaan tarkastella oppilaiden kouluhyvinvoinnin saavuttamista eri osa-alueilla. Kiinnostavaa olisi arvioida myös tiettyjen oppilasryhmien, esimerkiksi alisuoriutujien, käyttäytymishäiriöisten, lahjakkaiden tai ylittunnollisten oppilaiden, hyvinvointia. Tietoja voidaan kerätä haastatteluin, kyselyin, piirtämistehtävin tai muulla sopivalla tavalla.

Koulun hyvinvointiarviointia voidaan tehdä myös kouluittain; kuinka tietyssä koulussa hyvinvoinnin eri osa-alueet on saavutettu? Tuloksia voidaan verrata saman seutukunnan, läänin tai valtakunnallisiin tuloksiin ilman, että käytettäisiin numerotietoja koulujen asettamiseksi järjestykseen. Tämän tyyppiseen arviointiin

tarvittaisiin kyselytutkimuksen keinoja. Tässä suhteessa hyödynnettävää tietoa on jo olemassa Kouluterveyskyselyn (Kouluterveyskysely 2002) aineistoissa. Kouluja tutkittaessa voitaisiin hankkia myös objektiivista tietoa koulusta, esimerkiksi koulun koko ja tyyppi (alakoulu, yläkoulu, yhtenäiskoulu), oppilasmäärä opettajaa kohden, opetukseen tai oppilashuoltoon käytetty rahamäärä tai koulutuksen järjestäjä (julkinen, yksityinen).

Koko koulun hyvinvoinnin arvioinnissa mallia voidaan käyttää myös joko toimintatutkimuksen tai intervention apuvälineenä. Tällöin aluksi voidaan selvittää kouluhyvinvoinnin taso kullakin osa-alueella, jonka jälkeen valitaan kehittämisen kohteeksi yksi alue kerrallaan. Tällöin kehittämistyöhön tulisi osallistua niin oppilaiden, opettajien kuin koulun henkilöstönkin. Intervention tai toimintatutkimuksen edetessä selvitetään ollaanko eri hyvinvoinnin osa-alueilla saavutettu tuloksia. Mielenkiintoisen lisän tämäntyypisessä tarkastelussa toisi oppimistulosten seuranta rinnakkain hyvinvointiarvion kanssa.

Tutkimushaasteita

Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu varsin vähän opetuksen ja kasvatuksen, hyvinvoinnin ja oppimistulosten yhteyttä. Kirjallisuudesta tähän löytyy viitteitä (Wolfe 1985, WHO 1998, Symons ym. 1997), mutta kokonaisvaltainen tarkastelu puuttuu. Osasyynä on kouluissa tehdyn hyvinvointitutkimuksen vähäisyys. Mielenkiintoinen tutkimushaaste tulevaisuudessa onkin yhdistää niin sanottuun koulujen laadukkuuden arviointiin koulun hyvinvointiarviointi. Hypoteesina voidaan nähdä, että hyvinvointi ja laatu (hyvät tulokset) käyvät käsi kädessä. Knuverin ja Brandsman (1993) tutkimus antaa viitteitä tähän suuntaan. Työelämän alueella työntekijän hyvinvoinnin yhteys työkykyyn on otettu tutkimuksen kohteeksi (Warr 1990, Kinnunen ja Rasku 1994).

Tämän tutkimuksen painopisteenä on ollut oppilaiden hyvinvointi koulussa. Samalla tavalla voitaisiin tarkastella opettajien tai/ja muun henkilöstön hyvinvointia tai näitä kaikkia yhdessä. Opettajien ja muun henkilöstön kohdalla mallin osa-alueiden sisällä jotkin asiat muuttuisivat. Oppimistulokset olisivat työn tuloksia, opetus ja kasvatusta vaihtuisi työpaikka- ja täydennyskoulutukseen, itsensä toteuttaminen tulisi esiin mahdollisuutena työskennellä itseään toteuttaen työympäristön tukiessa ja kannustaessa. Itse malli ja sen osat pysyisivät ennallaan.

Nyt tehtyä tutkimusta voisi jatkossa lähestyä myös hiukan eri näkökulmasta ja tarkastella yksityiskohtaisemmin yleisen subjektiivisen hyvinvoinnin ja kouluhyvinvoinnin yhteyksiä ja rakennetta myös rakenneyhtälömalleja käyttäen.

Kiinnostava jatkotutkimuksen kohde olisi myös tarkastella erilaisten kasvatus- ja opetustyylien ja -tapojen mahdollisuuksia vaikuttaa hyvinvointia edistävasti. Tällöin puhuttaisiin kasvatuksen sisällöistä ja menetelmistä. Perinteisesti eri oppiaineiden didaktiikka painottaa tutkimuksiaan nimenomaan tietyn aineenhallinnan taitoihin. Kaivattaisiin myös yleisempää pedagogiikkaa ja didaktiikkaa, joka huomioisi enemmän myös hyvinvoinnin edellytyksiä – tällöin todennäköisesti saavutettaisiin tuloksia myös oppimisen alueella.

Koko koulun kehittäminen hyvinvoinnin näkökulmasta tarjoaisi kiinnostavan toimintatutkimuksen kohteen, kuten jo viitattiin mallin käytännön hyödyntämisen kohdalla. Tällöin tarkasteltaisiin oppilaiden, opettajien ja muun henkilöstön subjektiivisia kokemuksia hyvinvoinnista koulussa samalla, kun selvitettäisiin mahdollisia objektiivisia seikkoja samoista asioista. Koulun hyvinvointimallia voisi käyttää tässä prosessityökalun tavoin kohdistamalla erityishuomio aina tiettyyn hyvinvoinnin osa-alueeseen, poistamalla epäkohtia ja kehittämällä kyseistä aluetta. Tietoja hyvinvointiarviota varten voisi hankkia valmiista tilastollisista tiedoista, kyselyin, haastatteluin ja havainnoimalla. Itse prosessia tulisi myös raportoida ja arvioida samoin kuin hyvinvointimallin käyttökokemuksiakin.

Oma tutkimusalueensa olisi myös koulua ympäröivän yhteisön (asuin ympäristön, kunnan, kotien, järjestöjen ja koulun yhteistyökumppaneiden) merkitys kouluhyvinvoinnin kannalta. Verkostoituminen ja yhteistoiminta olisivat tällöin todennäköisesti tutkimukseen kuuluvia elementtejä. Lisäksi koululaisen kaveripiirin mahdollinen merkitys kouluhyvinvointiin olisi oma kiinnostava tutkimuskysymyksensä.

Summary

Pupils' well-being in school

Well-being in schools has previously been looked upon mainly from school health services and health education perspectives. Recently health promoting school frameworks have been developed. These frameworks have been based on the work of World Health Organisation (WHO) and existing national programs. Educational literature has raised concern over schoolchildren's well-being as early as a hundred years ago. During the past decades research on the quality of schools has expressed growing interest towards parents' and pupils' perceptions of the school.

Health promoting school frameworks define health according to WHO as “...a state of complete physical, mental and social well-being...”. Despite the development of broad frameworks for health promotion practical work has mainly been limited to topic based health behaviour interventions – comprehensive approaches have been scarce. Thus also the evaluation of health and well-being has remained rather limited. Both researchers and school development professionals have called for more comprehensive evaluation of health and well-being.

The aim of this study was to clarify the conceptual discussion on well-being in schools and to produce a tool for evaluating well-being in schools. Well-being in school was defined based on Allardt's sociological theory of well-being. The conceptual School Well-being Model (paper I/ Fig. 1) has been formulated based on sociological, educational, psychological and health promotion literature. In the model well-being, education/teaching and learning are interconnected. Pupils' homes and surrounding community also have their impact on pupils' well-being. Well-being was divided into four categories: *school conditions*, *social relationships*, *means for self-fulfilment* and *health status*. School conditions include e.g. physical surroundings, schedules and groupings, and services available for pupils. Social relationships comprise relationships between peers, pupils and teachers, and also bullying. Means for self-fulfilment is seen through possibilities for pupils to study according to their own capabilities and abilities both regarding content and pace. Feedback and encouragement are also necessary elements of means for self-fulfilment. Health status is looked mainly through psychosomatic symptoms and common colds, which are seen to reflect partly the interaction between a person and a certain setting.

The data from the School Health Promotion Survey were used in the empirical part of the study. The classroom survey included a large variety of questions concerning pupils' perceptions of school, their own health, recreational habits and information on their background. The respondents were 8th and 9th graders (14-16 year olds) from years 1998 and 1999. The fourth paper utilised a dataset of pupils from schools, which had participated both in the year 1998 and 2000.

The relationships between *general subjective well-being* (GSW) and pupils' background and factors related to school were studied using multivariate and multilevel modelling. GSW was measured based on Raitasalo mood questionnaire (RBDI), which is a modification of the 13-item Beck Depression Inventory. The GSW consists of 13 items of general perceptions of life: positive mood, future orientation, success, satisfaction, global self-esteem and specific self-esteem (appearance), social orientation, decision-making, sleeping, energy, appetite and anxiousness. The multilevel study showed that GSW varied mainly between pupils and notably less between schools. The school related factors explained one fifth of the pupils' GSW variation. The most significant school related areas were means for self-fulfilment and social relationships. The most essential factors in pupils' background were the relationships with parents.

Questions were selected to represent each well-being category of the School Well-being Model based on the theoretical work (paper I) and empirical studies (papers II and III). Confirmatory factor analysis (paper IV) showed that the Model had a good fit on the empirical data. The internal consistencies were good in three well-being categories and reasonable in the social relationships category. The categories correlated with each other, especially the means for self-fulfilment and the social relationships.

The main result of this study was the conceptual School Well-being Model, which was empirically verified. The model could be used in evaluation of well-being in schools targeting either groups of pupils or entire schools. The model may also serve as a basis for process evaluation in interventions or action research.

In the future research could be expanded to study education and teaching from the viewpoint of well-being. The relationships between different teaching styles and methods both with well-being and learning would also be useful to clarify.

Kiitokset

Monet ihmiset ovat omalla tavallaan innostaneet, auttaneet ja helpottaneet työtäni tämän väitöstutkimuksen saattamiseksi ideasta päätösvaiheeseen. Haluan lämpimästi kiittää heitä kaikkia. Ensiksi haluan kiittää niitä kymmeniätuhansia nuoria, jotka ovat vastanneet Kouluterveyskyselyn lomakkeisiin ja näin antaneet mahdollisuuden tarkastella koulun hyvinvointiasioita vastaustensa kautta. Tärkeä vaikutin työn aiheen valintaan ovat olleet niiden koulujen oppilaat, opettajat ja työntekijät, joissa olen ollut opettajana. Heiltä olen oppinut paljon. Lisäksi olen kiitollinen niiden koulujen väelle, joissa vierailin ja tein esiselvitystä ennen varsinaisen väitöskirjatyön alkua.

Lämpimät kiitokset kuuluvat ohjaajilleni Matti Rimpelälle ja Juhani Lehdolle. Viljo Kohoselta sain työni alkuvaiheessa arvokkaita kommentteja; kiitos hänelle niistä. Juhani Lehto on tukenut ja ohjannut työni etenemistä monin viisain neuvoin ja parannusehdotuksin. Matti Rimpelää kiitän päävastuun kantamisesta ohjaustyössäni, ja erityisesti hedelmällisistä ohjauskeskusteluista kouluhyvinvoinnin olemuksesta. Häntä saan kiittää myös konkreettisesta mahdollisuudesta käydä käsiksi tähän työhön, sekä mahdollisuudesta käyttää Kouluterveysaineistoa.

Esitarkastajiani Ossi Rahkosta ja Patrik Scheininia haluan kiittää rakentavista kommentteista ja niistä parannuksista ja lisäyksistä, joita heidän kommenttiansa pohjalta työhöni tein.

Lämpimät kiitokseni yhteistyöstä artikkeleissani mukana olleille Erkki Alaselle, Ville Autiolle ja Tomi Lintoselle. Heiltä olen saanut asiantuntevia kommentteja ja neuvoja tutkimuksen erityiskysymyksissä. Tomi Lintosen väsymätön kiinnostus ja loputtomat, innostavat keskustelut niin tieteellisistä kysymyksistä kuin tutkimuksen etenemisen karikoista ovat olleet korvaamaton tuki työn eri vaiheissa.

Tieteellistä keskustelua on käyty vilkkaasti niin omasta aiheestani kuin muidenkin sekä Nedis-ryhmän että FF-ryhmän palaverissa. Nimiä luettelematta lämpimät kiitokseni teille kaikille mukana olijoille. Arja Rimpelää kiitän Nedis-ryhmän aktiivisena vetäjänä, mutta erityisesti mahdollisuudesta työskennellä hänen ryhmässään ja näin osallistua erilaisiin koulutustilaisuuksiin ja kansainvälisiin tieteellisiin kokouksiin.

Jukka Jokelaa kiitän Kouluterveysaineiston ylläpidosta ja aina ystävällisistä ja avuliaista neuvoista aineistoa koskeviin kysymyksiini. Ann-Mari Härmää kiitän mahdollisuudesta käyttää hänen kokoamaansa tamperelaista aineistoa toistomittausten tekemiseen. Sakari Karvoselle ja Alastair Leylandille osoitan kiitokseni pohdinnoista monitasoanalyysin tulosten tulkinnassa. Biometrian ryhmää, erityisesti Pekka Laippalaa ja Anna-Maija Koivistoa, haluan kiittää arvokkaista neuvoista, joita olen saanut tilastollisissa kysymyksissä. Lämpimät kiitokseni myös Margareta Ekmanille, Marja Vajarannalle ja Marita Hallilalle saamastani avusta.

Terveystieteen laitos on luonut työlleni hyvät puitteet tarjoamalla työhuoneen ja palveluiden ohella mielenkiintoisen työyhteisön, kiitos teille kaikille. Lääketieteen laitoksen kirjaston palvelualtis ja ystävällinen henkilökunta on helpottanut työtäni tieteellisen kirjallisuuden löytämisessä ja hankkimisessa, heille lämpimät kiitokseni.

Taloudellisesta tukea työlleni olen saanut Juho Vainion säätiöltä, Suomen Kulttuurirahastosta ja Tampereen yliopistolta. Kiitän lämpimästi tukijoitani.

Lopuksi haluan kiittää sukulaisiani ja ystäviäni. Teidän kiinnostuksenne ja tukenne on ollut minulle erityisen tärkeää.

Lähteet

- Aalberg V ja Siimes M (1999): Lapsesta aikuiseksi: nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Nemo, Helsinki.
- Allardt E (1975) Dimensions of Welfare in a Comparative Scandinavian Study. Research Group for Comparative Sociology. Research Reports 9, University of Helsinki, Helsinki.
- Allardt E (1976a): Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. WSOY, Porvoo.
- Allardt E (1976b): Dimensions of Welfare in a Comparative Scandinavian Study. Acta Sociol 19:227-240.
- Allardt E (1981): Experiences from the Comparative Scandinavian Welfare Study, with the Bibliography of the Project. Eur J Polit Res 9:101-111.
- Allardt E (1989): An updated indicator system: having, loving, being. Department of Sociology, Working papers 1989:48, University of Helsinki, Helsinki.
- Allardt E (1998): Hyvintointitutkimus ja elämänpolitiikka. Teoksessa: Elämänpolitiikka, s. 34-53. Toim. JP Roos ja T Hoikkala. Tammerpaino Oy, Tampere.
- Allardt E (1999): Filosofinen ja sosiologinen hyvää elämää koskeva keskustelu terveystutkimuksen kannalta. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 36:203-212.
- Allensworth DD ja Kolbe LJ (1987): The comprehensive school health program: Exploring an expanded concept. J Sch Health 57:409-412.
- Annala H (1998): Arviointi koulun kehittämisen välineenä. Oulun yliopiston kasvatustieteellisen tiedekunnan tutkimuksia 99/1998, Yliopistopaino, Oulu.
- Antonovsky A (1993): Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. Soc Sci Med 37:969-981.
- Antonovsky A (1996): The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promot Int 11:11-18.
- Apajasalo M (1997): Kouluikäisten terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaaminen. Helsingin yliopiston lastentautien laitos, Helsinki.
- Argyle M, Martin M ja Crossland J (1989): Happiness as a function of personality and social encounters. Teoksessa: Recent Advances in Social Psychology. An International Perspective, s. 189-203. Toim. JP Forgas ja JM Innes. Elsevier Science Publishers B.V., Amsterdam.
- Arnold C (1992): An introduction to hierarchical linear models. Meas Eval Couns Dev 25:58-89.
- Baldursson S (1995): Educational policy and evaluation of schools. Teoksessa: Evaluering av skolor, s. 47-64. TemaNord 1995:531, Nordisk Ministerråd, Köbenhavn.
- Barnekow Rasmussen V ja Rivett D (2000): The European Network of Health Promoting Schools – an alliance of health, education and democracy. Health Education 100:61-67.
- Beck AT ja Beck RW (1972): Screening Depressed Patients in Family Practice. A Rapid Technic. Postgrad Med: 81-85.
- Beck AT, Rial WY ja Rickels K (1974): Short Form of Depression Inventory: Cross-validation. Psychol Rep 34:1184-1186.
- Beck AT, Steer RA ja Garbin MG (1988): Psychometric Properties of The Beck Depression Inventory: Twenty-five Years of Evaluation. Clin Psychol Rev 8:77-100.
- Ben-Peretz M, Schonmann S ja Kupermintz H (1999): The Teachers' Lounge and Its Role in Improving the Learning Environment in Schools. Teoksessa: School Climate: Measuring, Improving and Sustaining Healthy Learning Environments, s. 148-164. Toim. JH Freiberg. Falmer Press, London.
- Black TR (1999): Doing Quantitative Research in the Social Sciences. An Integrated Approach to Research Design, Measurement and Statistics. SAGE Publications, London.

- Bowling A (1991): *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. Open University Press, Buckingham.
- Bowling A (1997): *Research methods in health. Investigating health and health services*. Open University Press, Buckingham.
- Bradburn NM (1969): *The Structure of Psychological Well-being*. Aldine Publishing, Chicago.
- Brunell V (1993): *Är den finlandsvenska grundskolan en trivelskola? Teoksessa: Peruskoulu oppimisympäristönä. Peruskoulu arviointi 90 -tutkimuksen tuloksia, s. 57-80. Toim. V Brunell ja P Kupari. Kasvatustieteiden tutkimuslaitos, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.*
- Burgher MS, Rasmussen VB ja Rivett D (1999): *The European Network of Health Promoting Schools. The alliance of education and health*. IPC, Copenhagen.
- Cronbach LJ (1970): *Essentials of Psychological Testing*. 3rd edition. Harper, New York.
- Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R ja Todd J (toim.) (2000): *Health and health Behaviour among Young People. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents. Issue 1, Copenhagen.*
- Davis TM ja Allensworth DD (1994): *Program Management: A Necessary Component for the Comprehensive School Health Program. J Sch Health 64:400-404.*
- Dewey J (1907): *The School and Society*. University of Chicago Press. Chicago. Saatavana (ref. 28.01.2000) Mead Project verkkosivuilta (URL:<http://paradigm.soci.brocku.ca/~lward/Dewey/DEWEY_11.HTML>)
- Diener E (1998): *Subjective well-being and personality. Teoksessa: Advanced personality, s. 311-334. Toim. DF Barone, M Hersen ja VB Van Hassett. Plenum Press, New York.*
- Diener E (2000): *Subjective Well-being. The Science of Happiness and a Proposal for National Index. Am Psychol 55:34-43.*
- Dixon PN, Johnson WL ja Toman S (1991): *Revisiting the Charles Kettering, Ltd. School Climate Profile: further analysis of the subscale structure. Educ Psychol Meas 51: 135-141.*
- Donald CA, Ware JE, Brook RH ja Davies AR (1978): *Conceptualization and measurement of health for adults in the health insurance study, vol IV, Social Health. Rand Corporation R-1987/4-HEW, Santa Monica.*
- Drotar D (toim.) (1998): *Measuring Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents. Implications for Research and Practice. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey.*
- Dupuy HJ (1984): *The Psychological General Well-Being (PGWB) Index. Teoksessa: Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies, s. 170-183. Toim. NK Wenger, ME Mattson, CD Furberg ja J Elinson. LeJacq, New York.*
- Chamberlain K (1988): *On the structure of subjective well-being. Soc Indic Res 10:581-604.*
- Earp JA ja Ennett ST (1991): *Conceptual models for health education research and practice. Health Educ Res 6:163-171.*
- Euroopan terveet koulut 2002: *Verkostossa mukana olevat koulut (ref. 10.4.2002). Saatavana (URL:<<http://www.health.fi/enhps/koulut.html>>)*
- Fetro (1998): *Implementing Coordinated School Health Programs in Local Schools. Teoksessa: Health is Academic. A guide to coordinated school health programs, s. 15-42. Toim. E Marx ja SF Wooley. Teachers College Press, New York.*
- Filozof EM, Albertin HK, Jones CR, Steme SS, Myers L ja McDermott RJ (1998): *Relationship of Adolescent Self-Esteem to Selected Academic Variables. J Sch Health 68:68-72.*
- Folkmann S ja Lazarus RS (1988): *The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. Soc Sci Med 26:309-317.*
- Fowlie M ja Berkeley J (1987): *Quality of life – a review of the literature. Fam Pract 4:226-234.*
- Fraser BJ (1999): *Using Learning Environment Assessments to Improve Classroom and School Climates. Teoksessa: School Climate: Measuring, Improving and Sustaining Healthy Learning Environments, s. 65-83. Toim. JH Freiberg. Falmer Press, London.*

- Freiberg JH (toim.) (1999): *School Climate: Measuring, Improving and Sustaining Healthy Learning Environments*. Falmer Press, London.
- Fromm E (1979): *To have or to be?* Abacus, London.
- Galtung J (1980): The basic need approach. Teoksessa: *Human needs. A contribution to the current debate*, s. 55-125. Toim. K Lederer. Oelgesclager, Gunn & Hain, Cambridge.
- Goldberg D (1978): *Manual of the General Health Questionnaire*. NFER Publishing, Windsor.
- Goldstein H, Rasbash J, Yang M, Woodhouse G, Pan H, Nuttal D ja Thomas S (1993): A multilevel analysis of school examination results. *Oxford Rev Educ* 19: 425-433.
- Goldstein, H (1995): *Multilevel statistical models*. Arnold, London.
- Green LW ja Kreuter MW (1999): *Health Promotion Planning. An Educational and Ecological Approach*. Mayfield Publishing Company, Mountain View.
- Grob A (1995a): *Berne Questionnaire of Subjective Well-being (Youth form)*. University of Bern, Bern.
- Grob A (1995b): Subjective well-being and significant life-events across the life-span. *Swiss J Psychol* 54:3-18.
- Grob A, Lüthi R, Kaiser FG, Flammer A, Mackinnon A ja Wearing AJ (1991): Berner Fragebogen zum Wohlbefinden Jugendlicher (BFW) [Berne questionnaire on adolescents' subjective well-being]. *Diagnostica* 37:66-75.
- Hall GE ja George AA (1999): The Impact of Principal Change Facilitator Style on School and Classroom Climate. Teoksessa: *School Climate: Measuring, Improving and Sustaining Healthy Learning Environments*, s. 165-185. Toim. JH Freiberg. Falmer Press, London.
- Hawe P (1998): Making sense of context-level influences on health. Editorial. *Health Educ Res* 13: i-iii.
- Hawker D ja Boulton M (2000): Twenty years' research on peer victimization and psychological maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *J Child Psychol Psych* 41:441-455.
- Headey B ja Wearing A (1991): Subjective well-being: a stocks and flows framework. Teoksessa: *Subjective Well-Being. An Interdisciplinary Perspective*, s. 49-76. Toim. F Strack, M Argyle, ja N Schwarz. Pergamon Press, Oxford.
- Healy C (1998): Health promoting schools: learning from the European project. *Health Education* 98:21-26.
- Hilgers MF (1998): Strategies for success. *American School & University* 70:48.
- Hirschman AO (1982): *Shifting involvements. Private interests and public action*. Princeton University Press, Princeton, NJ.
- Holopainen P (1991): Terveellinen koulu – tarvitaanko sellaista? Teoksessa: *Kehittyvä kouluysteisö*, s. 34-47. Toim. H Peltonen. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Holopainen P ja Lehtonen P (1994): Kohti oppimista tukevaa kouluympäristöä. Teoksessa: *Koulu terveyden arvoitusta pohtimassa*, s. 17-23. Toim. H Peltonen. Opetushallitus, Helsinki.
- Hoy WK ja Hannum JW (1997): Middle School Climate: An Empirical Assessment of Organizational Health and Student Achievement. *Educ Admin Quart* 33:290-311.
- Huebner ES (1991): Further validation of the Students' Life Satisfaction Scale: The independence of satisfaction and affect ratings. *J Psychoeduc Assess* 9:363-368.
- Huebner ES ja McCullough G (2000): Correlates of School Satisfaction Among Adolescents. *J Educ Res* 93:331-335.
- Huebner ES, Gilman R ja Laughlin JE (1999): A multimethod investigation of the multidimensionality of children's well-being reports: Discriminant validity of life satisfaction and self-esteem. *Soc Indic Res* 46:1-22.

- Häggqvist S, Johansson L, Olsson R ja Wennberg A (1997): Prövning av modell för internkontroll i skolan: Skolmiljö 2000-skolans arbetsmiljöromd. Arbetslivsrapport 1997:4, Arbetslivsinstitutet, Solna.
- Hämäläinen K (1993): Arviointista kehittämiseen. Teoksessa: Koulun tuloksellisuuden arviointi, s. 19-22. Toim. K Hämäläinen, R Laukkanen, A Mikkola. Opetushallitus ja Helsingin Yliopiston Vantaan täydennyskoulutuslaitos. VAPK-kustannus, Helsinki.
- Janssens FJG (1995): Educational evaluation in primary and secondary schools by the Netherlands' Inspectorate of Education, s. 9-24. Teoksessa: Evaluering av skolor. TemaNord 1995:531, Nordisk Ministerråd, Köbenhavn.
- Johansson S (1970): Om levnadsnivåundersökningen. Låginkomstutredningen. Almänna förlag, Stockholm.
- Kajandi M (1981): Livskvalitet. En litteraturstudie av livskvalitet som beteendevetenskapligt begrepp samt ett förslag till definition. Psykologiska enheten, Ulleråkers sjukhus, Uppsala.
- Kallestad JH, Olweus D ja Alsaker F (1997): School Climate Reports from Norwegian Teachers. Methodological and Substantive Study. Sch Eff Sch Improv 8:70-92.
- Kaltiala-Heino R ja Rimpelä M (1999): Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. BMJ 319:348-351.
- Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P ja Laippala P (1999): Finnish modification of the 13-item Beck Depression Inventory in screening an adolescent population for depressiveness and positive mood. Nord J Psychiat 53:451-457.
- Kangasniemi E (2001): National Viewpoints on International Evaluation and Research. Teoksessa: Merging National and International Interests in Educational System Evaluation, s. 53-62. Toim. K Leimu, P Linnakylä ja J Välijärvi. Institute for Educational Research, University of Jyväskylä, Jyväskylä.
- Kannas L (1994): Kolme arvoitusta – terveys, kasvatus, inhimillinen kasvu ja kehitys. Teoksessa: Koulu terveyden arviointusta pohtimassa, s. 49-65. Toim. H Peltonen. Opetushallitus, Helsinki.
- Kannas L, Välimaa R, Liinamo A ja Tynjälä J (1995): Oppilaiden kokemuksia kouluviihtyvyydestä ja kuormittuneisuudesta sekä koulukiusaamisesta Euroopassa ja Kanadassa. Teoksessa: Koululaisten kokema terveys, hyvinvointi ja kouluviihtyvyys. WHO-koululaistutkimus, s. 131-149. Toim. L Kannas. Opetushallitus. Hakapaino Oy, Helsinki.
- Karisto A (1984): Hyvinvointi ja sairauden ongelma. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M: 46, Helsinki.
- Karvonen S, West P, Sweeting H, Rahkonen O ja Young R (2001): Lifestyle, Social Class and Health-Related Behaviour: A Cross-Cultural Comparison of 15 Year Olds in Glasgow and Helsinki. J Youth Stud 4:393-413.
- Kinnunen U ja Rasku A (1994): Ikääntyvän opettajan hyvinvointi työssä. Työ ja Ihminen 8:89-99.
- Knuver AWM ja Brandsma HP (1993): Cognitive and Affective Outcomes in School Effectiveness Research. Sch Eff Sch Improv 4:189-204.
- Kolu T (1992): Työelämän laatu 1977-1990. Hyvinvoinnin koettuja muutoksia työssä. Työolokomitean liiteselvitys, Tilastokeskus, Tutkimuksia 188, Helsinki.
- Konttinen R (1995): Arvostelusta näyttöön – koulutuksen arvioinnin kehityspiirteitä Suomessa. Teoksessa: Arviointi ja koulutuksen laadun kehittäminen, s. 9-22. Toim. S Takala. Kasvatustieteiden tutkimuslaitos, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Konu A (1998): Peruskoulun yläasteen hyvinvointikatsaus. Viisi tapaustutkimusta ja kirjallisuuskatsaus. Aiheita 48/1998, Stakes, Helsinki.
- Korhonen J (1971): Katsaus terveystieteiden kehitykseen Suomen kansa- ja oppikouluissa. Kansanterveyden laitoksen julkaisuja 2/1971, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Kosunen E, Vikat A, Rimpelä M, Rimpelä A ja Huhtala H (1999): Questionnaire study of use of emergency contraception. BMJ 319:91.
- Kouluterveyskysely (2002): Saatavana Stakesin verkkosivuilta (ref. 10.4.2002) (URL:<<http://www.stakes.fi/kouluterveys/>>)

- Kouvonen A ja Lintonen T (2002): Adolescent part-time work and heavy drinking in Finland. *Addiction* 97:311-318.
- Kuusisto J (1993): Viihtyisässä kouluympäristössä ilo opiskella. *Opettaja* 13.8.1993:25-27.
- Laki N:o 453/2001: Perusopetuslain muutos. Saatavana Finlexin verkkosivuilta (ref. 23.4.2002) (URL:<http://finlex1.edita.fi:80/dynaweb/>)
- Landgraf JM ja Abetz L (1998): Influences of Sociodemographic Characteristics on Parental Reports of Children's Physical and Psychosocial Well-Being: Early Experiences With the Child Health Questionnaire. Teoksessa: *Measuring Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents. Implications for Research and Practice*, s. 105-126. Toim. D Drotar. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey.
- Lasten ja nuorten hyvinvointiselote (1999): Kokkolan kaupungin perusturvan julkaisuja 1/1999, Kokkola
- Laukkanen R (1993): Katsaus koulutusindikaattoreiden kehittämiseen. Teoksessa: *Koulun tuloksellisuuden arviointi*, s. 36-53. Toim. K Hämäläinen, R Laukkanen ja A Mikkola. Opetushallitus ja Helsingin Yliopiston Vantaan täydennyskoulutuslaitos, VAPK-kustannus, Helsinki.
- Laukkanen R (1998): Accountability and Evaluation: decision-making structures and the utilization of evaluation in Finland. *Scand J Educ Res* 42: 123-133.
- Lazarus RS (1993): Coping theory and research: past, present and future. *Psychosom Med* 55: 234-247.
- Leskinen E (1987): Faktorianalyysi. Konfirmatoristen faktorimallien teoria ja rakentaminen. Jyväskylän yliopiston tilastotieteen laitoksen julkaisuja 1/1987, Jyväskylä.
- Liinamo A ja Kannas L (1995): Viihdynkö, pärjäänkö, selviänkö turvallisesti: koulunkäynti oppilaiden kokemana. Teoksessa: *Koululaisten kokema terveys, hyvinvointi ja kouluviihtyvyys*, s. 109-130. Toim. L Kannas. Opetushallitus, Helsinki.
- Liinamo A, Rimpelä M, Kosunen E ja Jokela J (2000): Vaikuttavatko seksuaaliopetus ja seksuaalivalistuslehti nuorten seksuaalitietoihin? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 37:293-303.
- Lindström B (1994): *The Essence of Existence. On the Quality of Life of Children in the Nordic Countries – Theory and Practice in Public Health. The Nordic School of Public Health, Göteborg.*
- Linnakylä P (1993): Miten oppilaat viihtyvät peruskoulun yläasteella? Kouluelämän laadun kansallinen ja kansainvälinen arviointi. Teoksessa: *Peruskoulu oppimisympäristönä. Peruskoulun arviointi 90 -tutkimuksen tuloksia*, s. 39-56. Toim. V. Brunell ja P Kupari. Kasvatustieteiden tutkimuslaitos, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Linnakylä P (1998): Koulutuksen kansallisen ja kansainvälisen arvioinnin haasteita. *Kasvatus* 29:175-189.
- Linnakylä P ja Saari H (1993): Miten peruskoulua arvioitiin? Teoksessa: *Oppiiko oppilas peruskoulussa?* s. 1-4. Toim. P Linnakylä ja H Saari. Kasvatustieteiden tutkimuslaitos, Jyväskylän yliopisto. Kirjapaino Oma, Jyväskylä.
- Lintonen T (2001): *Drinking Patterns among Finnish Fourteen Year-olds from 1977 to 1999. Acta Universitatis Tampensis* 832, Tampere.
- Lister-Sharp D, Chapman S, Stewart-Brown S ja Sowden A (1999): Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. *Health Technol Assess* 3(22).
- Luopa P, Rimpelä M ja Jokela J (2000): Huumeet ja koululaiset. Tuloksia kouluterveyskyselystä 1996-2000. Aiheita 25/2000, Stakes, Helsinki.
- Lynagh M, Schofield MJ ja Sanson-Fisher RW (1997): School health promotion programs over the past decade: a review of the smoking, alcohol and solar protection literature. *Health Promot Int* 12:43-60.
- Mannerheimin Lastensuojeluliitto (1924): *Kouluhoitajattaren johtosääntö.*
- Mannerheimin Lastensuojeluliitto (1927): *Koululääkärin johtosääntö.*

- Marx E ja Wooley SF (toim.) (1998): Health is Academic. A guide to coordinated school health programs. Teachers College Press, New York.
- Maslow A (1943): A Theory of Human Motivation. Psychol Rev 50:370-396.
- Maslow A (1968): Toward a psychology of being. 2nd ed. Van Nostrand Reinhold, New York.
- McCullough G, Huebner ES ja Laughlin JE (2000): Life events, self-concept, and adolescents' positive subjective well-being. Psychol Schools 37:281-290.
- McDowell I ja Newell C (1996): Measuring Health. A guide To Rating Scales and Questionnaires. Oxford University Press, New York.
- McKenzie FD ja Richmond JB (1998): Linking Health and Learning: An Overview of Coordinated School Health Programs. Teoksessa: Health is Academic. A guide to coordinated school health programs, s. 1-14. Toim. E Marx ja SF Wooley. Teachers College Press, New York.
- Naess S (1974): Psykologiska aspekter ved livskvalitet. INAS, Arbeidsrapport 11, Oslo.
- Natvig GK, Albrektsen G, Anderssen N ja Qvarnstrøm U (1999): School-related Stress and Psychosomatic Symptoms Among Schol Adolescents. J Sch Health 69:362-368.
- Neugarten BL, Havighurst RJ ja Tobin SS (1961): The measurement of life satisfaction. J Gerontol 16:134-43.
- Nevo D (1995): School-based evaluation: a dialogue for school improvement. Elsevier Science, Oxford.
- Niemelä P (1984): Tarveperiaate sosiaalipolitiikan peruseriaatteena. Sosiaalivakuutus 22:15-21.
- Nummelin R, Luopa P, Rimpelä M ja Jokela J (2001): Kouluterveyskysely Helsingissä vuosina 1995-2000. Katsaus kyselyyn ja sen tuloksiin. Helsingin kaupungin opetusviraston julkaisusarja A7:2001, Helsinki.
- Nutbeam D (1998): Evaluating health promotion – progress, problems and solutions. Health Promot Int 13:27-44.
- Nutbeam D (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 15:259-267.
- OECD (1982): The OECD list of social indicators. OECD, Paris.
- OECD (1995): Measuring the Quality of Schools. Indicators of Education Systems. Centre for Educational Research and Innovation, Paris.
- Olweus D (1993): Victimization by peers: Antecedents and long-term consequences. Teoksessa: Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood, s. 315-341. Toim. K Rubin ja J Asendorph. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Opendakker M-C ja Van Damme J (2000): Effects of Schools, Teaching Staff and Classes on Achievement and Well-Being in Secondary Education: Similarities and Differences Between School Outcomes. Sch Eff Sch Improv 11:165-196.
- Opetushallitus (1996): Peruskoulun opetussuunnitelman perusteet 1994. 3. korjattu painos. Edita Oy, Helsinki.
- Parsons C, Stears D ja Thomas C (1996): The health promoting school in Europe: conceptualising and evaluating the change. Health Educ J 55:311-321.
- Patoluoto I (1972): Sosiaali-indikaattorit: operationaalista arvofilosofiaa. Sosiologia 9:135-139.
- Peltonen H (toim.) (1994): Koulu terveyden arvoitusta pohtimassa. Opetushallitus, Helsinki.
- Peltonen H (1994): Terveyttä ja turvallisuutta edistävä koulu. Teoksessa: Koulu terveyden arvoitusta pohtimassa, s. 66-83. Toim. H Peltonen. Opetushallitus, Helsinki.
- Perusopetuslaki (1998): Säädökset vuosi 1998. Saatavana (ref. 3.9.2001) verkkosivuilta (URL:<<http://finlex4.edita.fi:80/dynaweb/>>).
- Rahkonen O (1992): Adolescence to Adulthood – the Re-emergence of Social Class Differencies in Health. Department of Social Policy, Working papers 1992:13. University of Helsinki, Helsinki.

- Rahkonen O (1994): Terveystila ja terveyskäyttäytyminen. Sukupuoli- ja sosiaaliluokkaerot nuorissa ikäryhmissä. Tutkimuksia 36/1994, Stakes, Helsinki.
- Raitasalo R (1995): Elämänhallinta sosiaalipolitiikan tavoitteena. Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 1, Helsinki.
- Raphael D, Rukholm E, Brown I, Hill-Bailey P ja Donato E (1996): The Quality of Life Profile-Adolescent Version: Background, Description, and Initial Validation. *J Adolesc Health* 19:366-375.
- Ramsey W ja Clark EE (1990): *New Ideas for Effective School Improvement. Vision. Social Capital. Evaluation.* The Falmer Press, London.
- Ranta H (toim.) (1996): Opetustoimen lainsäädäntö 1996. Lakimiesliiton kustannus, Jyväskylä.
- Rask K (2002): Relationships of adolescent subjective well-being, health behavior and school satisfaction. *J Sch Health* in print.
- Rasmussen VB ja Rivett D (2000): The European Network of Health Promoting Schools – an alliance of health, education and democracy. *Health Education* 100:61-67.
- Renwick R ja Brown I (1996): The Centre for Health Promotion's Conceptual Approach to Quality of Life. Being, Belonging, and Becoming. Teoksessa: *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual approaches, Issues, and Applications*, s. 75-86. Toim. R Renwick, I Brown ja N Nagler. Sage, Thousand Oaks, CA.
- Rice N ja Leyland A (1996): Multilevel models: applications to health data. *J Health Serv Res Policy* 1:154-164.
- Riihinen O (1987): Hyvinvointiteorioista. *Sosiaalinen aikakauskirja* 81:7-19.
- Riley KA ja Nuttall DL (toim.) (1994): *Measuring Quality: Education Indicators – United Kingdom and International Perspectives.* The Falmer Press, London.
- Rimpelä A, Rimpelä M, Vikat A, Ahlström S, Huhtala H ja Lintonen T (1997): Nuorten terveystapatutkimus: tupakointi ja päihteet 1977-1997. *Aiheita* 28/1997, Stakes, Helsinki.
- Rimpelä M (1994): Terveiden edistäminen ja terveyskasvatus – katsaus kansainväliseen kirjallisuuteen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 31: 5-22.
- Roos JP (1978): Subjective and objective welfare: a critique of Erik Allardt. Research group for comparative sociology. Research reports 1978:18, University of Helsinki, Helsinki.
- Rosenberg M, Schooler C, Schoenbach C ja Rosenberg F (1995): Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *Am Sociol Rev* 60: 141-156.
- Rowling L (1996): The adaptability of the health promoting school framework. *Health Educ Res* 11:519-526.
- Rowling L ja Rissel C (2000): Impact of the National Health Promoting School Initiative. *J Sch Health* 70:260-261.
- Rutter M, Maughan B, Mortimore P, Ouston J ja Smith A (1979): *Fifteen Thousand Hours. Secondary Schools and their Effects on Children.* Butler and Tanner Ltd, Frome and London.
- Saari H ja Linnakylä P (1993): Oppimisen tasosta peruskoulussa. Teoksessa: *Oppiiko oppilas peruskoulussa?* s. 193-201. Toim. P Linnakylä ja H Saari. Kasvatustieteiden tutkimuslaitos, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Sabo DJ (1995): Organizational Climate of Middle Schools and the Quality of Student Life. *J Res Dev Educ* 28:150-160.
- Sahlberg P (1997): Opettajana koulun muutoksessa. *Opetus 2000.* WSOY, Juva.
- Salmivalli C, Lagerspetz KMJ, Bjorkqvist K, Osterman K ja Kaukiainen A (1996): Bullying as a group process: Participant roles and their relations to social status within the group. *Aggressive Behav* 22:1-15.
- Salmivalli C ja Kaukiainen A (1999): Self-Evaluated Self-Esteem, Peer-Evaluated Self-Esteem, and Defensive Egotism as Predictors of Adolescents' Participation in Bullying Situations. *Pers Soc Psychol B* 25: 1268-1278.

- Samdal O (1998): The school environment as a risk or resource for students' health-related behaviours and subjective well-being. Research Centre for Health Promotion, University of Bergen, Bergen.
- SAS/STAT Software. (1997): Changes and Enhancements through Release 6.12. SAS Institute Inc, Cary, NC.
- Savolainen A (2001): Koulu työpaikkana. Acta Universitatis Tamperensis 830, Tampere.
- Scheinin P ja Niemivirta M (2000): Itsetunto, syrjäytymisuhka ja koulun toimintakulttuuri. Opetushallitus 4/2000, Helsinki.
- Scott CG (1999): Modeling self-esteem: The potential impact of school personnel on students. Professional School Counseling 2:367-372.
- Seedhouse D (1986): Health: The foundations for achievement. John Wiley & Sons, Chichester.
- Seedhouse D (1997): Health Promotion. Philosophy, Prejudice and Practice. John Wiley & Sons, Chichester.
- Slee R, Weiner G ja Tomlinson S (toim.) (1998): School Effectiveness for Whom? Challenges to the Sch Eff Sch Improv Movements. Falmer Press, London.
- Stears D (2000): Profiling the health-promoting school: valuing assets and evaluating the management of change. Health Education 100:74-80.
- Stevens CJ ja Sanchez KS (1999): Perceptions of Parents and Community Members as a Measure of School Climate. Teoksessa: School Climate: Measuring, Improving and Sustaining Healthy Learning Environments, s. 124-147. Toim. JH Freiberg. Falmer Press, London.
- St Leger L (1999): The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health – a review of the claims and evidence. Health Educ Res 14:51-69.
- St Leger L (2000): Developing indicators to enhance school health. Health Education 15:719-728.
- St Leger L ja Nutbeam D (2000a): A Model for Mapping Linkages Between Health and Education Agencies to Improve School Health. J Sch Health 70:45-50.
- St Leger L ja Nutbeam D (2000b): Research into Health Promoting Schools. Health Promot Int 70:257-259.
- Sylwester R (1983): The School as a Stress Reduction Agency. Theor Pract 22:3-6.
- Symons CW, Cinelli B, James TC ja Groff P (1997): Bridging Student Health Risks and Academic Achievement Through Comprehensive School Health Programs. J Sch Health 67: 220-227.
- Syrjälä L, Anttonen S, Antikainen A, Hämäläinen K, Lehtinen E ja Niemi H (1997): Kasvatustieteellinen tutkimus Suomessa – tieteenalan vahvuudet ja heikkoudet. Kasvatus 28:499-509.
- Tanzer NK (1989): Social climates in secondary schools and their impact on test anxiety, feeling of alienation, school marks and attributional style. Teoksessa: Recent Advances in Social Psychology: An International Perspective, s. 413-422. Toim. JP Forgas ja JM Innes. Elsevier Science Publishers B.V., North-Holland.
- Teddlie C ja Stringfield S (1993): Schools make a difference. Lessons Learned from a 10-Year Study of School Effects. Teachers College Press, New York.
- Terry T ja Huebner ES (1995): The relationship between self-concept and life satisfaction in children. Soc Indic Res 35:39-52.
- Tilastokeskus (2000): Peruskoulun oppilaat 1999 [viitattu huhtikuun 19. vuonna 2000].
[URL:http://www.tilastokeskus.fi/](http://www.tilastokeskus.fi/).
- TK-2000 – terveyttä kaikille vuoteen 2000 –ohjelma (1994): Teoksessa: Koulu terveyden arvoitusta pohtimassa, s. 138-141. Toim. H Peltonen. Opetushallitus, Helsinki.
- Turunen H, Tossavainen K, Jakonen S, Salomäki U ja Vertio H (1999): Initial Results from the European Network of Health promoting Schools Program on Development of Health Education in Finland. J Sch Health 69:387-391.

- UN (1989): Yearbook of UN 1989. The Convention on the Rights of the Child, s. 560-569. United Nations, New York.
- Van Landeghem L (1991): Eindvragenlijst leerlingen [Final questionnaire for pupils]. Onderzoekscentrum voor Secundair en Hoger Onderwijs, LOSO-project. K. U. Leuven, Leuven.
- Veenhoven R (1991): Questions on happiness: classical topics, modern answers, blind spots. Teoksessa: Subjective Well-Being. An Interdisciplinary Perspective s. 7-26. Toim. F Strack, M Argyle, ja N Schwarz. Pergamon Press, Oxford.
- Veenhoven R ja Ehrhardt J (1995): The cross-national pattern of happiness: test of predictions implied in theories of happiness. Soc Indic Res 34: 33-68.
- Verrips EGH, Vogels TGC, Koopman HM, Theunissen NCM, Kamphuis RP, Fekkes M, Wit JM ja Verloove-Vanhorick SP (1999): Measuring health-related quality of life in a child population. Eur J Public Health 9: 188-193.
- Ware Jr. JE ja Gandek B for the IQOLA Project (1998): Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. J Clin Epidemiol 51:903-912.
- Warr P (1990): The measurement of well-being and other aspects of mental health. J Occup Psychol 63:193-210.
- Weare K (2000): Promoting Mental, Emotional and Social Health. A Whole School Approach. Routledge, London.
- West P (1997): Health Inequalities in the Early Years: Is there Equalisation in Youth? Soc Sci Med 44:833-858.
- Williams T ja Batten M (1981): The quality of school life. ACER Research monograph No. 12, ACER, Hawthorn.
- Wolfe BL (1985): The Influence of Health on School Outcomes. A Multivariate Approach. Med Care 23:1127-1138.
- WHO (1947): The constitution of the World Health Organisation. WHO Chronicle (1).
- World Health Organization (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Copenhagen.
- World Health Organization (1997): The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st century. Health Promot Int 12:261-264.
- World Health Organization (revised 1998): WHO Global School Health Initiative: Helping Schools to become 'Health-Promoting Schools'. Saatavana (ref. 3.11.1999) WHO:n verkkosivuilta (URL:<<http://www.who.int/inf-fs/en/fact092.html>>).
- World Health Organization (1999): Improving Health Through Schools. National and International Strategies. WHO, Information Series On School Health, Geneva.
- WHOQOL Group (1995): The World Health Organisation Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organisation. Soc Sci Med 41:1403.
- WHOQOL Group (1998): The World Health Organisation Quality of Life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. Soc Sci Med 46:1569-1585.
- Young DJ ja Reynolds AJ (1996): Science achievement and educational productivity: A hierarchical linear model. J Educ Res 89:272-274
- Åstedt-Kurki P (1992): Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. Acta Universitatis Tamperensis 349, Tampere.
- Åstedt-Kurki P, Hopia H ja Vuori A (1999): Family health in everyday life: qualitative study on well-being in families with children. J Adv Nurs 29:704-711.

Alkuperäisjulkaisut