



LAUREA

Kehitysyhteistyöprojektin arviontia
osallistuneiden perheiden näkökulmasta
Tansaniassa



Marshalls, Tuula

2010 Otaniemi

Laurea ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Kehitysyhteistyöprojektin arviointia osallistuneiden
perheiden näkökulmasta Tansaniassa

Tuula Marshalls
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyöraportti
Lokakuu 2010

Sisällys

1. Johdanto.....	1
2. Kehitysyhteistyö.....	2
2.1 Kehitysyhteistyön taustaa	5
2.2. Kehitysyhteistyön lähestymistapoja.....	7
2.2.1 Materiaaliapu.....	7
2.2.2 Ohjaus ja neuvonta.....	8
2.2.3 Voimaantuminen.....	9
3. Terveyden edistäminen	10
3.1 Terveys.....	10
3.2 Terveyden edistäminen kehitysyhteistyössä	13
4. East Shore AIDS Orphan`s Project.....	15
4.1 Fida International ry.....	15
4.2 ESAO-projektin taustaa ja tavoitteet.....	16
5. Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävät.....	17
6. Opinnäytetyön toteuttaminen.....	17
6.1 Empiirinen kvantitatiivinen survey-tutkimus.....	17
6.2 Tutkimusjoukko.....	19
6.3 Aineistonkeruu.....	20
6.4 Aikataulu.....	21
6.5 Määrällinen aineiston analyysi.....	21
6.6 Kvalitatiivinen tutkimusote ja aineistonanalyysi.....	22
7. Tulokset.....	23
7.1 Perheiden saama avustus.....	23
7.1.1 Materiaaliapu.....	23
7.1.2 Ohjaus ja neuvonta.....	24
7.1.3 Voimaantuminen.....	24
7.2 Huoltajien arvio avustuksen merkityksestä.....	26
7.3 Ehdotuksia kehitysyhteistyöprojektin kehittämiseksi	28
8. Pohdinta.....	28
8.1 Tutkimuksen toteutus ja tulokset.....	28
8.2 Validiteetti ja eettisyys.....	30
Lähteet.....	33
Liitteet.....	36

Tuula Marshalls

Kehitysyhteistyöprojektin arviointia osallistuneiden perheiden näkökulmasta Tansaniassa

Vuosi 2010

Sivuja 42

Suurin osa suomalaisista pitää kehittyneiden maiden vastuuna auttaa köyhempiä maita. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Tansaniassa yksittäisen kehitysyhteistyöprojektin kautta vuosina 1995 - 1999 annettua avustusta ja avustettujen henkilöiden nykyisistä elinolosuhteiden. Perheiden näkökulmasta saatujen tietojen pohjalta pohditaan kehitysyhteistyön terveyttä edistävää merkitystä. Tässä työssä kehitysyhteistyöllä terveyden edistämisen näkökulmasta tarkoitetaan toimintaa, jonka päämääränä on solidaarisesti edistää terveyttä. Kansainvälisten tai kansallisten kehitysyhteistyöhankkeiden kautta panostetaan joko suoraan terveyden edistämiseen tai välillisesti kohentamalla elämän muita terveyteen vaikuttavia osa-alueita.

Opinnäytetyö pohjautuu kansalaisjärjestö Fida International ry:n vuonna 1993 käynnistämään Itärannan AIDS-orpo projektiin (East Shore AIDS Orphans` Project, ESAO). Projektin päätavoitteena oli mahdollistaa AIDS-orpojen peruskoulutus sekä tukea perheitä muiden avustustoimintojen kautta.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat seuraavat;

1. Millaista avustusta perheet ovat saaneet ESAO-projektin kautta vuosina 1995 - 1999?
2. Miten huoltaja arvioi avustuksen merkityksen lasten elämässä?
3. Millaisia ehdotuksia projektiin osallistuneilla on terveyden edistämiseen tähtäävän kehitysyhteistyöprojektin kehittämiseksi?

Opinnäytetyöprosessiin kuului suunnittelu, tutkimusluvan hakeminen, tansanialaisten tutkimusavustajien rekrytointi ja kouluttaminen sekä haastattelulomakkeen suahiliksi kääntäminen. Prosessiin kuulunut kyselyaineisto kerättiin marraskuussa 2009 Tansaniassa, jonka jälkeen se lähetettiin analysoitavaksi Suomeen. Analyysi valmistui keväällä 2010.

Analyysissa käytettiin tilastollisia kuvailevia menetelmiä sekä laadullista sisällönanalyysiä. Tutkimusjoukko valittiin alueelliseen saavutettavuuteen perustuvalla harkinnanvaraisella otoksella. Näin näyteen kautta saatiin tietoa 12 ESAO-projektin aikana avustetun perheen 48 lapsesta. Tutkimusjoukosta ei ole aiemmin tehtyjä tutkimuksia.

Tutkimuksen tulosten perusteella huoltajat arvioivat koulutuksen olevan ylivoimaisesti tärkein ESAO-projektin kautta annettu avustusmuoto. Tutkimustulokset myös osoittavat lähes 80% avustetuista lapsista pystyneen hyödyntämään projektin kautta annetusta avustuksesta noin kolmanneksen parantaessa tansanialaisen mittapuun mukaan sosioekonomista asemaansa paremmalla työllä sekä ylemmän asteen koulutuksen saaneiden määrä kaksinkertaistumisella tutkimusajankohdan jälkeen. Johtopäätöksenä voidaan sanoa avustettujen lasten terveyden edistämisen mahdollisuuksien lisääntyneen. Näytteen tutkimustulokset ovat suuntaa-antavia.

Asiasanat: kehitysyhteistyö, terveyden edistäminen ja Tansania.

Tuula Marshalls

Evaluation of A Development Project in Tanzania from Participant Families` Perspective

Year 2010

Pages 42

According to Finnish citizens' perceptions on developing aid, the majority of the Finnish people support the idea of responding to humanitarian needs and challenges that face the developing countries. The aim of this study is to evaluate the aid given in one development project based in Tanzania in 1995 - 1999, and to study participant children's` current living conditions. The development work and health promotion are viewed through the study results collected from participant guardians. The development work from health promotion perspective stands in this thesis for operation, which target health improvement in a solitary way. Through Non-Governmental Organization`s (NGO) development programs, whether international or national, efforts for health are direct or indirect. Indirect here means improving parts of life which have a positive impact in health.

The thesis is based on East Shore AIDS orphans project, ESAO, which was founded in year 1993 by NGO registered under the name of Fida International. The main goal of the project was to provide primary education to AIDS orphans and assist the families with other means of aid.

The research questions are following;

1. What kind of assistance has been provided by ESAO project for participant families during years 1995 - 1999?
2. How do the guardians evaluate meaning of the aid given in children's` life?
3. Suggestions for health promotion development project from guardian perspective?

The study process consisted of planning, applying a research permit, recruiting and educating Tanzanian research assistants and translating the questionnaire into the local language. Interviews were organized in November 2009 in Tanzania and thereafter the data was collected and analyzed in Finland during spring 2010 using statistical analysis methods. The target group was selected using discretionary sample based on set criteria in the study to ensure validity. The sample covered information of 12 families that participated in ESAO Project including 48 assisted children. The study is based on a situation where previous information of the target group is not available.

According to the study results, the guardians of orphans ranked education as the most significant form of aid provided by the ESAO Project. Notably the study indicates that 80% of the children benefited from the aid received during the project period. According to the Tanzanian life standards, one third of the target group had improved their social status and livelihood by securing better jobs or increasing income level. In addition, since the study period, the number of higher educated children among the assisted children has doubled. The results indicate that an improved possibility for health quality is prevalent in the target group. Further studies are required before generalizing the results.

Key words: development work, health promotion, Tanzania

Lyhenteet

BKT	Bruttokansantuote
ESAO	East Shore AIDS Orphans Project
FIDA	Fida International ry
HIV / AIDS	Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome
LKA	Lähetysten Kehitysapu
MWAOMI	Mwanza AIDS Orphans Ministry
NGO	Non-Governmental Organization
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
SuVuL	Suomen Vapaa Ulkolähetys ry
UM	Ulkoasiainministeriö
UNDP	United Nations Development Program
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
WHO	World Health Organization
YK	Yhdistyneet Kansakunnat

1. Johdanto

Maailman 75 % HIV / AIDSia sairastavista ihmisistä asuu pääosin Sub-Saharan eteläpuolella (UM 2010), missä Tansaniakin sijaitsee. Vuonna 1993 suomalainen kehitysyhteistyö- ja kansalaisjärjestö Fida International ry (FIDA) reagoi osaltaan kansallisten pyynnöstä Tansanian AIDS-tilanteeseen käynnistämällä Itärannan AIDS-orpoprojektin (East Shore AIDS Orphan´s project, ESAO), orpojen jokapäiväisiä tarpeita ja koulutustilannetta helpottamaan. Projekti sijoittuu Tansaniassa Afrikan mantereeseen suurimman sisäjärven, Victoria-järven itärannalle suurten pääväylien varrelle viiteen kaupunkiin, kolmen maakunnan alueelle. Projektin keskuspaikkana on laajalle levittäytynyt miljoonakaupunki Mwanza. (ESAO loppuraportti 2000.) Opinnäytetyö pohjautuu FIDA:n ESAO-projektiin, mikä toteutettiin Tansaniassa vuosina 1993 - 1999.

ESAO-projektin päätoimintavoitteena oli mahdollistaa AIDS-orpojen esi- ja peruskoulutus, sekä sen jälkeen ammatillinen tai ylemmän asteen koulutus. Näin pyrittiin parantamaan orpolasten henkisiä ja sosiaalisia voimavaroja sekä heidän taloudellisia selviytymismahdollisuuksia useiden menettäessä AIDS:n myötä omien vanhempiensa tuen. Projekti koulutti orpojen huoltajia pienyrittäjiksi sekä rahoitti heidän tulonhankintaprojekteja pienlainoin. Toiminnan tavoitteena oli perheiden tulotason sekä terveyteen vaikuttavien elinolojen koheneminen. Edellisten lisäksi projektin kautta levitettiin AIDS-tietoutta tuottamalla näytelmiä ja TV-ohjelmia sekä opettamalla muun muassa eri kouluasteilla ja yhteisöissä. Projektin kautta toteutettiin myös paikallisia yhteisöjä tukevaa toimintaa eli ns. yhteisöhankkeita, joiden tavoitteena oli sitouttaa yhteisöjä auttamalla heidän alueen orpojen ennen kaikkea henkiseen tukemiseen.

Projektissa vuosina 1995 - 1999 toteutetut neljä pääohjelmaa olivat

- 1) orpojen koulutuksen mahdollistaminen ja tukeminen kummitoiminnan kautta esi- ja peruskoulutukseen ja sen jälkeen ylempi koulutustaso tai ammatti
- 2) huoltajien pienlainatoiminta ja -koulutus perheen elintason kohentamiseksi
- 3) AIDS-tietoisuuden lisääminen kouluissa ja eri yhteisöissä
- 4) yhteisöllisten, osallistavien hankkeiden tukeminen, mm. vesi- tai sanitaatiohankkeet (ESAO projektiraportti 2000.)

Tutkimukseen valittuina vuosina 1995 - 1999 projektissa avustettiin yhteensä yli 600 lasta. Mwanzassa tuona aikana oli avustuksen piirissä noin 50 perhettä joissa on yhteensä yli 300 lasta. Näistä suurin osa sai tukea esi- tai peruskouluopintoihinsa, noin 20 % lapsista sai lukio- tai ammatillista koulutusta ja tuona aikana yksi ylsi yliopisto-opintoihin.

ESAO-projekti kansallistettiin vuonna 1999 nimellä MWAOMI. Projekti toimii edelleen tukien AIDS-orpoja Suomesta tulevilla kummivarjoilla. Tähän päivään mennessä projektin kautta ovat useat nuoret saaneet tukea yliopisto-opistotutkintoon asti. (Marshalls 2010.)

Kehitysyhteistyö, terveyden edistäminen, Itä-Afrikka sekä Fida kansalaisjärjestönä ovat olleet mielenkiinnon kohteitani useastakin syystä. Auttamishalu ja terveydenhuoltoalan koulutus yhdistettynä viiden vuoden työskentelyjaksoon Tansaniassa Fidan kyseisessä ESAO-projektissa vuosina 1995 - 1999 antoivat lähtökohdan tässä toteutettavalle opinnäytetyölle.

Kehitysyhteistyön kautta terveyden edistämällä tarkoitetaan tässä työssä kansainvälisten tai kansallisten kehitysyhteistyöhankkeiden kautta toteutettavaa toimintaa, jonka pyrkimyksenä on solidaarisesti edistää terveyttä joko panostamalla suoraan terveyden edistämiseen tai välillisesti kohentamalla elämän muita osa-alueita, jotka vaikuttavat terveyttä edistävästi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Tansaniassa yksittäisen kehitysyhteistyöprojektin kautta vuosina 1995 - 1999 annettua apua sekä saada tietoja avustettujen lasten nykyisistä elinolosuhteista. Avustettujen lasten huoltajien näkökulmasta saatujen tietojen pohjalta tarkastellaan kehitysyhteistyöprojektin terveyttä edistävää merkitystä.

2. Kehitysyhteistyö

Englanninkielen sana kehitys "development" tulee latinasta ja tarkoittaa paljastamista. Kehityksen tarkoituksena on siis vapauttaa tai paljastaa jotain, joka on jo olemassa, mutta kätkeytyä.

Chambersin mukaan kehitys on saanut useita eri merkityksiä ajan, eri paikkojen, ammattikuntien ja organisaatioiden mukaan. Hän huomauttaa niistä kaikista kuitenkin puuttuneen erittäin tärkeän liittymäkohdan eli inhimillisen näkökulman myös kehitystä käsittelevän sanaston ollessa puutteellinen. (Chambers 2005, 185-189.)

Seuraavassa inhimillinen näkökulma on sisällytetty kehityksen neljään pääkohtaan Chambersin antaessa niille selitykset seuraavasti;

- 1) henkilökohtainen / inhimillinen tila; kyvyt, puute, oikeutus, toimeentulo, köyhyys, haavoittuvuus ja hyvinvointi
- 2) organisaatio - valta - suhteet; vastuullisuus, kuluttaja, hajasijoitus, voimaannuttaminen, omistajuus, osallistuminen, kumppanuus, prosessi, osakas ja läpinäkyvyys
- 3) vaikutuspiiri - laajuus; yhteiskunta, ympäristö, hallinto ja markkinat

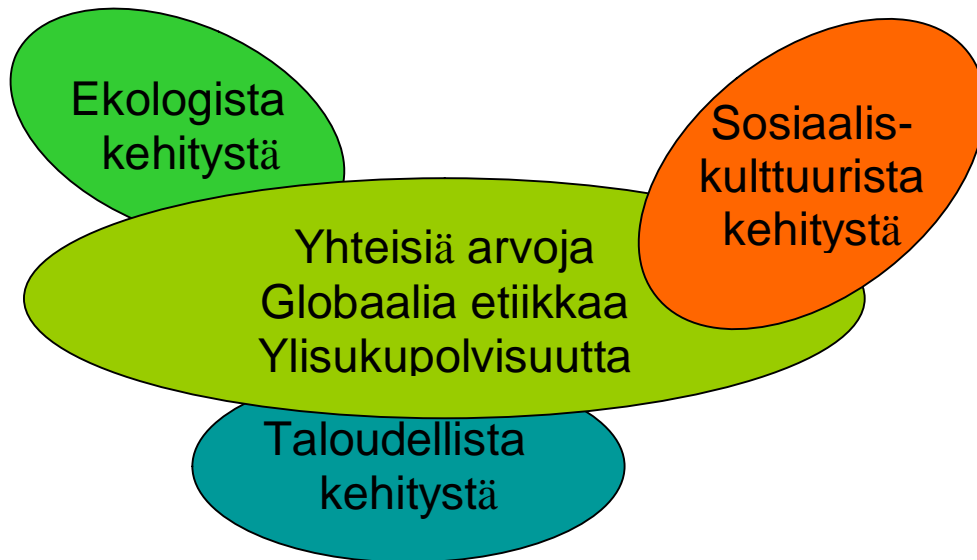
- 4) arvot; demokratia, monimuotoisuus, tasa-arvo, sukupuoli, ihmisoikeudet, moniarvoisuus ja pitkäjänteisyys
(Chambers 2005, 185-189.)

Tarkennettuina kehityksen selitteinä käytetään usein sanayhdistelmiä, kuten *responsible well-being*, *human capital*, *sustainable livelihood* jne.

Kehittämisellä, kehitysyhteistyöllä ja laajemmin kehityspolitiikalla tarkoitetaan johdonmukaista toimintaa kaikilla niillä kansainvälisen yhteistyön ja kansallisen politiikan lohkoilla, joilla vaikutetaan kehitysmaiden asemaan. Kehitysyhteistyö on kehityspolitiikan keskeinen työkalu. Sillä edistetään kehitykselle suotuisien olosuhteiden vahvistumista köyhimmässä maissa elinkeinojen, investointien ja kaupan edellytysten parantamiseksi ja talouskasvun aikaansaamiseksi. Vallitsevan kehityspolitiikan tärkein tavoite on köyhyyden poistaminen ja kestävä kehityksen edistäminen vuonna 2000 asetettujen vuosituhattavoitteiden mukaisesti. (UM 2008.)

Kehitystä mitattaessa, henkeä kohti lasketun bruttokansantuotteen katsotaan olevan varmin todiste kehityksestä, lähtökohtanaan taloudellisen kasvun teoria. Tansaniaa 1980-90 luvuilla tutkineen Swantzin mukaan "tansanialainen käsitys kehityksestä sisältää taloudellisen kehityksen lisäksi yhteiskunnallisen kehityksen sekä tulon jakautumista koskevan näkökulman. Ennen kaikkea se sisältää miesten ja naisten oikeuden itseään ja kykyjään kehittämisen osallistua päätöksentekoon ja kehityssuunnitelmien toteutukseen". (Swantz 1986/2, 6.)

Edellämainitut asiat sisältyvät nykyiseen kestävä kehityksen käsitteeseen, mikä tarkoittaa kehitystä, joka tyydyttää ihmiskunnan nykyiset tarpeet vaarantamatta tulevien sukupolvien mahdollisuutta tyydyttää omia tarpeitaan. Kestävä kehitys voidaan tarkastella eri mittasuhteissa; maailmanlaajuisesti, kansallisesti, alueellisesti tai paikallisesti. Käsite jaotellaan usein kolmeen ulottuvuuteen: taloudellinen, ekologinen sekä sosiaalinen ja kulttuurinen kestävyys. Kestävä kehitys Bruntlandin komission raportissa 1987 `Our Common Future` :ssa selitetään seuraavasti; "Kestävä kehitys on kehitystä, joka mahdollistaa nykyhetken tarpeiden tyydyttämisen viemättä tulevilta sukupolvilta mahdollisuutta tyydyttää omat tarpeensa".



Kuva 1.

Kyselytutkimus; " Miten kestävä kehitys näkyy ammattikorkeakouluissa". (Rohweder 2007).

Kuva 1 on yhteenveto Suomen ammattikorkeakouluissa toteutetusta tutkimuksesta, jossa kerättiin opettajien kokemuksia kestävästä kehityksestä ammattikorkeakoulumaailmassa. Koska kyseinen tutkimus poikkeaa opinnäytetyön pääaiheesta, kuva havainnollistaa selkeästi myös kansainvälisen kestävä kehityksen perustelementtejä. Kestävä kehityksen tulkintoja löytyy muun muassa seuraavista kehitystä käsittelevästä kirjallisuudesta; Tausi (2009), Suomen ulkoasiainministeriö (2008), Chambers (2005), Rekola (1994) ja Swantz (1986).

Edellä mainittuja näkökulmia käytetään myös kehityspolitiikassa vaikuttamaan maailmanlaajuisiin ponnistuksiin köyhyyden poistamiseksi taloudellisesti, yhteiskunnallisesti ja luonnon-taloudellisesti kestävä kehityksen avulla. Suomessa kehityspolitiikka on osa Suomen ulko- ja turvallisuuspolitiikkaa, mikä on korostanut viime vuosina erityisesti ilmasto- ja ympäristökysymysten merkitystä. Kehityspolitiikassa painotetaan myös kriisien ennaltaehkäisyä ja rauhanprosessien tukemista osana yhteiskunnallisesti kestävä kehityksen edistämistä. (UM 2009.)

Ulkoministeriön 2009 teettämän mielipidemittauksen mukaan valtaosa suomalaisista kannattaa kehitysyhteistyötä pitäen sitä rikkaiden maiden vastuuna, vaikka omakin talous olisi epävakaa. Kehitysyhteistyötä Suomessa halutaan kohdistaa erityisesti koulutukseen, terveydenhuoltoon, väestökysymyksiin sekä ihmisoikeuksiin ja tasa-arvoon. (UM 2009.)

Tässä opinnäytetyössä kehitysyhteistyö terveyden näkökulmasta käsittää kansainvälisten tai kansallisten kehitysyhteistyöhankkeiden kautta toteutettavan toiminnan. Sen pyrkimyksenä on

solidaarisesti edistää terveyttä joko panostamalla suoraan terveyden edistämiseen tai kohentamalla elämän muita osa-alueita, jotka vaikuttavat terveyttä edistävästi.

2.1 Kehitysyhteistyön taustaa

1900-luvun alussa *tuotannon kasvu* eli *urbaani kehitys* jatkui siirtomaavallan taloudellisina investointeina siirtomaihinsa. Samalla teollistaminen sai aikaan muun muassa Itä-Afrikassa tulojen epätasaista jakautumista valtioiden sisällä.

Toisen maailman sodan jälkeen *alikehityksen määritelmästä* tuli Länsimaiden kehityskeskustelun keskeisin käsite. YK:n ns. ensimmäisen kehityksen vuosikymmenenäikana vuosina 1961 - 70 nousi taloudellisen kasvun rinnalle määritelmä *sosiaalisesta kehityksestä*, jolloin YK peräänkuulutti myös *globaalia vastuuta ja osallistuvaa kehitystä*. Kansainvälinen työjärjestö ILO toi kehitysjatteluun tärkeän *perustarpeiden tyydyttämisen* näkökulman vuonna 1975.

Seuraavaa vuosikymmentä kutsutaan kehityksen "kadotetuksi vuosikymmeneksi" erityisesti Afrikan kannalta. Kansainvälisen valuuttarahaston (IMB) Afrikalle myöntämät lainamäärät kasvoivat talouskasvun hiipuesssa. YK:n julkaisemasta maailman 47 köyhimmästä maasta 32 sijaitti juuri Afrikassa. Tukien ja lainojen saantiehtona Itä-Afrikan maat joutuivat muiden kehitysmaiden tavoin länsimaisten markkinatalouden rakennesopeutusohjelmien alle. Esimerkkejä suurimmista muutoksista olivat valtion yritysten yksityistäminen ja valuutan devalvoiminen maiden vientitulojen lisäämiseksi. (Rekola 1994, 21-28.)

Euroopan epäreilusta kaupasta kehitysmaiden kanssa ja korkeista tulleista pahiten kärsivät juuri kahvin ja teen tuottajamaat, kuten Tansania ja Kenia. Samanaikaisesti Tansanian velat ylittivät maan BKT:n kolminkertaisesti. Julkista sektoria purettiin ja yksityistettiin tehokkuuden lisäämiseksi. Tästä seurasi kansalaisten peruspalveluiden kuten terveydenhuollon, koulutuksen ja sosiaalisen sektorin heikentyminen. (Tausi 2009, 6-7; Rekola 1994, 38-39, 41, 43-59, 119, 124, 134-140.) Tuoreen tansaniaalaitutkimuksen mukaan toisin kuin yleensä luullaan, peruspalvelujen yksityistämisestä kärsivät harvaanasutuilla seuduilla asuvia enemmän köydempi kaupunkilaisväestö, jossa köyhyys on lisääntynyt ja lisääntyy edelleen sekä määrällisesti että nopean väestönkasvun myötä. (Tausi 2009, 1-2, 8).

1990-luvulla YK:n kehitysohjelma UNDP julkaisi raportissaan *inhimillisen kehityksen indeksin* (HDI). Pelkkää BKT:tä paremmassa kehityksenmittarissa lasketaan syntymähetkellä odotettavissa oleva elinikä, aikuisväestön lukutaitoprosentti, keskimääräinen koulussa käyntiaika sekä reaalin BKT / henkilö ostovoimaan suhteutettuna. *Uudelleenkehittäminen eli "kestävä kehitys"* sai päämääräkseen "yhteisen tulevaisuuden", missä korostetaan kierrätystä, uusiutuvien luonnonvarojen käyttöä, saastepäästöjen vähentämistä, saasteettoman teknologian kehittämistä ja kulutustapamuutoksia. Myös ympäristösuojeluna käytävä

ulkomaanvelkakauppa käynnistyi Maailmanpankin toimesta kehitysmaiden velkojen alkaessa kerääntymään maksatukseen. (Rekola 1994, 28-30.)

Maailmanlaajuinen riippuvuus öljystä ajoi 90-luvun alkupuolella sekä kehittyneet maat että kehitysmaat vakavaan talouskriisiin ja velkakierteeseen. Muun muassa Suomessa alkoi terveydenhuollon alasojo. YK:n OECD-maille asettama kehitysaputavoitteen olessa 0,7 % BKT:stä, lama kasvatti työttömyyttä, tyytymättömyyttä sekä katkeruutta maahanmuuttajia ja kehitysapua kohtaan. Teollisuusmaiden kehitysapua laskettiin, Suomessa 0,28 %:in asti. (Rekola 1994, 87-92, 154-155). Samaan aikaan Tansania oli maailman 10 eniten kehitysapua saaneiden maiden joukossa ja Suomen vanhin kehitysyhteistyökumppani vuodesta 1982. Kuitenkin lama lakkautti Tansaniassa useat jo aloitetut hankkeet.

Ekologinen vaatekierrätys ja vaateavustukset Suomesta kehitysmaihin alkoivat 1980-luvun alussa. Ne avasivat uuden avustus- ja omarahoitusväylän ennenkaikkea kansalaisjärjestöjen käyttöön. Kansalaisjärjestöllä tarkoitetaan kansalaisia yhteen kokoavaa, hallituksista riippumatonta järjestöä, non-governmental organization (NGO). (UM, global.finland). Vaateavustukseen perustuva toimintatapa oli osaltaan kuitenkin seuraavaan vuosikymmeneen mennessä aiheuttamassa esimerkiksi Tansanian oman vaateollisuuden kannattavuuden alenemisen tai loppumisen. Suomalaisen kehitysyhteistyön historiasta voi löytää valitettavasti muitakin eettisesti epäilyttäviä toimintatapoja. Valtion 1980 - 90- luvuilla toteutetun kahdenvälisen kehitysyhteistyön eettisenä epäkohtana oli jopa 70 % rahallinen palauma Suomeen sekä monesti kehitysmaalle epäedulliset ja kalliit hankinnat Suomesta korkotuen ollessa sidottuna niihin. Tuolloin vain 37 % valtion kahdenvälisestä kehitysyhteistyöstä suuntautui vähiten kehittyneisiin maihin. Myös Suomen sisäistä pakolaisapua rahoitettiin kehitysyhteistyövaroista. (Rekola 1994, 43-49, 107-109, 112.) Varsinkin naisten kannalta katsottuna Suomen avun epätasainen jakautuminen sosiaalisesti hyödyttäviin ja teollisuutta kehittäviin ohjelmiin on ollut ristiriitaista. (Swantz, 1986/2, 8).

Suomea pidetään kuitenkin yhtenä luotettavimmista kehitysapua antavista maista. Maine puolueettomana korkeakoulutuksen- ja teknologian maana on aukaissut ovia kansainvälisesti merkittäviin tehtäviin maailman rauhan ja kehityksen eteenpäin viemisessä. Nykyinen kehityspolitiikka tähtää kestäväan ja eettiseen kehitykseen. (UM 2010.)

Köyhyyden liittyessä läheisesti turvallisuuteen, ilmastonmuutokseen sekä poliittiseen järjestykseen, on Suomi sitoutunut kehitysyhteistyössään globaaliseen köyhyyden poistamiseen. Afrikan suurimpina haasteina tällä hetkellä ovat UM:n mukaan kriisit ja konfliktit, ääriiliikkeet ja terrorismi, haavoittuvuus ilmastonmuutoksille elinkeinorakenteen perustuessa perustuessa maataloudelle vesivarojen vähetessä. Myös muuttoliike pakolaisuus (sis. aivovuoto), demokratian haasteet sekä voimakas väestönkasvu paikoitellen jopa 49 % väestöstä ollessa alle 15-vuotiaita lisäävät Afrikan kehityksen haastetta. (UM 2010.)

YK:n kansainvälisen kehitysavun tavoite vuoteen 2015 mennessä on nostaa myös Suomen valtion nykyiseen nousut 0,44 % kehitysavun taso 0,7 % BKT:en. (UM 2009). Valtion kautta suunnattu kehitysapu voi olla joko moninkeskeistä rahoitusapua, tarkoittaen valtion antamaa panosta YK:n kehitysjärjestelmälle ja maailmanpankkiryhmälle tai kahdenvälistä maille suoraan annettua apua. Kahdenvälinen apu voidaan kohdentaa myös kansalaisjärjestöjen kautta. (UM 2010; UM 2009.) 2000-luvulla Suomen ulkoasiainministeriö on kanavoinut kehitysyhteistyövaroistaan yli puolet kansalaisjärjestöjen kautta tehtävään kehitysyhteistyöhön. Vuonna 2003 UM teki kumppanuussopimuksen Fida International ry:n kanssa. (Kehitysavusta kumppanuuteen 2004).

2.2 Kehitysyhteistyön lähestymistapoja

Suurin osa kehitysyhteistyöstä toteutetaan projekteina tai hankkeina. Ne ovat aina kestoaltaan rajallisia, ainutkertaisia ja muusta toiminnasta erillään olevia toimintoja, joiden tarkoituksena on ohjelmoimalla, omistajuuden määrittelyllä ja projektiin sitoutumisen kautta saavuttaa tietty päämäärä. Projekteissa / hankkeissa on myös kulttuurillisia, hallinnollisia sekä muita suunnitteluun ja toteutukseen liittyviä riskitekijöitä. Niiden tärkein voimavara on siinä mukana olevat ihmiset. (Karlsson & Marttala 2001.)

Seuraavissa kappaleissa käsitellään kehitysyhteistyön kolmea lähestymistapaa; materiaaliapu, ohjaus ja neuvonta sekä voimaantumisen. Niitä tarkastellaan yksilön perustarpeiden katta siten, että materiaaliapu kuvastaa fyysisiin perustarpeisiin puuttumista, ohjausta ja neuvontaa käsitellään psyykkisen ja hengellisen ohjauksen ja tuen kautta, voimaantumista tarkastellaan pääasiassa koulutuksen tuoman sosiaalisen voimaantumisen näkökulmasta.

2.2.1 Materiaaliapu

Materiaaliavulla tarkoitetaan nykypäivänä avustustoimintaa, jota annetaan ihmishenkien pelastamiseksi ja ihmisten hädän lievittämiseksi. Sitä voidaan kuvailla fyysisiin perustarpeisiin vastaavana apuna, kuten fysiologisten vitaalitarpeiden ja turvallisuuden tarpeen tukeminen.

Nykyisen materiaalisen avun kriteerinä tulisi olla tasapuolisuus, puolueettomuus ja riippumattomuus. 1980 - 90- luvuilla maailmanlaajuinen kehitysyhteistyö keskittyi pitkälle materiaaliavun antamiseen. Materiaalisiirto paikasta toiseen toimi usein antajan omista lähtökohdista joko omarahoitusosuuksena, ylijäämätavaran järjellisenä poistomahdollisuutena tai jopa työvoimapolitiittisena elvytystoimenpiteenä. 1990-luvun loppupuolelta lähtien materiaaliavun muotoa on käytetty pääasiassa lyhytkestoisissa kansainväliseen oikeuteen ja YK:n vahvistamiin toimintaperiaatteisiin nojaavissa humanitaarisissa avustuskohdeissa. Apu jakautuu katastrofiavuksi, kuten luonnonkatastrofit tai pakolaisavuksi, esimerkkinä sotatiloista johtuva pakolaisuus. Avustaminen on pääasiassa ylikansallista, mikä tarkoittaa

sitä, että avustustoiminta on riippumaton yksittäisestä valtiosta tai rahoittajasta vaan varat kanavoituvat kansainvälisten järjestöjen kautta kuten YK:n pakolaisjärjestö, UNHCR tai Punainen Risti.

2.2.2 Ohjaus ja neuvonta

Tässä opinnäytetyössä ohjausta ja neuvontaa tarkastellaan kulttuurivälitteisen, yksilön henkisen pääoman näkökulmasta prosessina, jonka tavoitteena on auttaa yksilöä kasvamaan saaden lisätietoa itsestään sekä käyttämään sitä asioiden ymmärtämisessä. Aihe rajataan opinnäytetyössä psyykkiseen ja hengelliseen ohjaukseen ja tukeen sekä terveysneuvontaan.

Lehtosen mukaan tietopääoma tarkoittaa yksilön henkistä eli inhimillistä pääomaa (human capital) (Lehtonen 1999/4, 82-84), kun taas Stähle & Grönroosin mukaan se muun muassa liikemaailmassa tarkoittaa todellista varallisuusarvoa, aineetonta omaisuuserää ja kykyä käyttää innovaatioita uusien ideoiden jatkuvaan tuottamiseen. (Stähle & Grönroos 1999, 10-11). Henkisen pääoman teoriaa kehittänyt tutkija Gary Becker pitää tietoa pääoman merkittävimpänä muotona. (Becker 2008). Lehtonen myös kirjoittaa artikkelissaan seuraavasti; *"Henkinen pääoma on käsite, joka selittää esim. koulutuksen sijoitukseksi henkiseen pääomaan. Tämän mukaan koulutus ei ole kustannus, vaan investointi..."* (Lehtonen 1999/4, 82-84). Tasapainoon yhteisönsä kanssa pyrkivä yksilö sitoutuu tiiviisti ympäröivän vallitsevan kulttuurin ja yhteisön sisälle, jossa vallitsevat säännöt säätelevät yksilön toimintaa ja tietoa osana yhteisön konaisuutta ja toimivuutta.

UNESCO:n koulutusosaston apulaispääjohtaja Powerin mukaan Afrikassa ohjaus ja neuvonta viittaa elämän kokemuksen kautta karttuneeseen viisauteen, jota perinteisesti on jakanut vanhemmat henkilöt perheen ja yhteiskunnan ohjaamiseksi. Yhteiskunnan muuttuessa asteittain suurperheistä ydinperheisiin tai yksinhuoltajuuteen, nopea väestönkasvu, kaupungistuminen, epidemiat kuten HIV / AIDS ja globaalit haasteet muuttaen myös perinteisiä ohjaussuhteita. (UNESCO 2000.)

Koska tieto on hyvin kulttuuriväritteistä, vallitseva kulttuuri (etninen, alueellinen, sosiaalinen, ikä ja sukupuolikulttuurit) antavat tiedolle merkitysarvoja. Samoin myös jaettava yhteinen kieli (sanat, käsitteet, arvot), siirtäjän valmius konkretisoida käsitteet asioiksi, improvisoida esineellistyksiä ja esimerkkejä sekä varmentaa yhteisymmärrys sisäistetystä tiedosta antavat suuria haasteita tiedon onnistuneelle siirrolle käytännön tasolle. Ohjauksessa on otettava huomioon, miten meitä luetaan (verbaalinen ja nonverbaalinen). Muun muassa Pietilän mukaan yksilötason terveyden edistäminen perustuu nimenomaan eettisen ja kulttuurillisen taustan ymmärtämiseen. (Pietilä ym. 2008, 305-306, 311). Hän kirjoittaa näin; *"Arvoperusta on keskeinen asia terveyden edistämisessä..."* (Pietilä ym. 2008, 304).

2.2.3 Voimaantuminen

Siitonen & Robinsonin mukaan monet tutkijat liittävät voimaantumisen (empowerment) käsitteen asioiden mahdollistamiseen, voimavarojen löytämiseen, elämänhallintaan sekä toimintavalmiuksien ja toimintakykyisyyden saavuttamiseen. (Siitonen & Robinson 2001, 61-72). Tässä työssä voimaantumista käsitellään pääosin koulutuksen kautta saavutettavana yksilön ja yhteisön sosiaalisena voimaantumisena.

Willis kuvailee voimaannuttamista prosessina, jossa yksilö saavuttaa tarvittavaa tieto-taitoa ja asennetta muuttuvassa maailmassa ja olosuhteissaan selviytymisessä. Voimaantumisen lähtökohtana on yksilön itsetietoisuus ja usko itseensä vaikuttajana. Hänen mukaansa prosessiin vaikuttaa seuraavat tekijät; (Wills 1984, 121)

- Itsemääräämisoikeuden olemassaolo
- Mahdollisuus itsemääräämisen päätöksentekoa helpottavaan tietoon ja välineisiin
- Useita valintamahdollisuuksia
- Mahdollisuus harjoittaa vahvaa kollektiivista päätöksentekoa
- Positiivinen asennoituminen omaan muutöksentekokykyyn
- Kyky oppia voimaannuttavia taitoja
- Kyky kehittää toisten näkökantoja demokraattisin menetelmin
- Osallistuminen kasvuprosessiin ja itsestään etenevään kehittymiseen
- Kehittyvä positiivinen itsetietoisuus
- Kehittyvä kyky erotella hyvä ja paha

Voimaantumista organisaation näkökulmasta väitöskirjassaan tutkinut Järvinen (2007) nimeää voimaantumisen kuusi avaintekijää seuraavasti; autonomia, tarkoituksenmukaisuus, verkostoituminen, kyky, heijastuvuus ja merkityksellisyys. Hänen mukaansa voimaannuttamisen olennaisia periaatteita ovat ihmisiin sijoittaminen, paikallisiin mahdollisuuksiin keskittyminen, kasvun haastaminen ja voimaantumisen prosessiin sitoutuminen.

Voimaantumista pidetään merkittävänä asiana ihmisten itsensä ja yhteiskuntien toimivuuden kannalta. Kun puhutaan ihmisten voimaantumisesta, tarkoitus on mahdollistaa heidän itsensä tunnistaa, luoda ja kanavoida omat voimavaransa itsensä auttamisessa. Toisin sanoen voimaantuminen on ihmisestä itsestään lähtevä prosessi, mikä samanaikaisesti on henkilökohtainen ja yhteisöllinen (sosiaalinen) prosessi. (Siitonen & Robinson 2001, 61-72.)

Henkilökohtaisella tasolla voimaantuminen tarkoittaa yksilön harjoittamaa mahdollisuutta ja psyyken hyvää oloa, kun taas sosiaalisella voimaantumisella käsitetään tietyn päätöksenteosta rajoitetun muun muassa rotunsa, etnisyytensä, rajoittuneisuutensa tai uskontonsa takia syrjityn sosiaalisen ryhmän jäsenten prosessia. Voimaannuttavaa kehitysyhteistyötä voisi siten

kuvailla yksilön fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kokonaisuuden kautta koulutuksen näkökulmasta pääasiassa sosiaalisiin tarpeisiin vastaavana lähestymistapana. Se pyrkii kehittämään olemassa olevaa tieto-taitoa yksilön pyrkiessä parempaan tasapainoon ja edistymiseen yhteisössään.

Kehitysyhteistyön yksi tärkeimmistä kohderyhmistä ovat usein heikomman sosiaalisen yhteiskunnallisen aseman omaavat naiset ja lapset. Voimaannuttavassa kehitysyhteistyössä naiset ovat avainasemassa perheeseen ja ympäröivään yhteisöön vaikuttamisessa. Sukupuolten välinen tasa-arvo ollessa yksi YK:n vuosittain asetetuista tavoitteista, Kofi Annan aloitti YK:n vuoden 2005 naisten asemaa käsittelevän kokouksen sanoilla; *"Kehitykseen ei ole parempaa työkalua kuin naisten voimaistaminen (voimaannuttaminen) eli heidän vaikutusmahdollisuuksiensa ja asemansa parantaminen"*. (Baker 2005). Tansaniaa tutkineen Swantzin mukaan naisia koskevat tutkimukset ovat osoittaneet, että naiset eivät ainoastaan ole kehityksen oleellinen osatekijä, vaan koko kehitys on riippuvainen heidän panoksestaan ja osallistumisestaan. (Swantz 1986/2, 11).

Tämän päivän kehitysyhteistyön ydintavoitteena on yksilön/ yhteisön voimaantuminen ja kehityksen omistajuus olemassa olevien resurssien löytymisen ja hyödyntämisen kautta. Tavoitteisiin pyritään kansainvälisen kehitysyhteistyön linjauksien, päämäärien ja erityiskohderyhmien huomioonottamisen kautta. Suomen ulkoasiainministeriön ulkopoliittinen ohjelma painottaa kehitysyhteistyössään juuri kehityksen omistajuuden merkitystä. (UM 2007). Helsingin yliopistolle kehitysyhteistyön arviointeja tehnyt Katsui argumentoi kuitenkin artikkeleissaan omistajuuden onnistumista eri NGO:den "pohjois - etelä" avustusprojekteissa. Tutkimuksessaan hän toteaa muun muassa NGO:n oman identiteetin vaikuttavan kehityksen omistajuuteen. Samalla hän mainitsee esimerkiksi suomalaisilla NGO:illa olevan vahvan identiteetin perustuvan koulutukseen ja median luomaan kuvaan. (Katsui 2006, 84-93, 111-141.)

3. Terveysten edistäminen

Kuulumme kaikki erilaisiin ryhmiin. Määrittelemme identiteettiämme suhteessa toisiin ihmisiin perheestä ja ystäväpiiristä lähtien aina tiettyjen maiden kansalaisiksi asti. Vuorovaikutuksessa toisiin ryhmän jäseniin jokainen ryhmään kuuluva yksilö vaikuttaa koko ryhmään.

3.1 Terveys

Terveys voidaan ymmärtää monella eri tavalla. Sen määrittely riippuu siitä, mistä näkökulmasta terveyttä tarkastellaan. Maslow on luonut ehkä kuuluisimman luokittelun, tarvehierargian, jonka kautta terveyttä useimmin kuvataan. Tarvenaturalistisen mallin

mukaan ihmistä johtaa viisi perustarvetta, joiden mukaan toimitaan pyrittäessä tasapainoon itsensä ja ympäristönsä kanssa. Se toimii myös mittarina ihmisen perustarpeita luokitellessa jakaen ne eri kategorioihin seuraavasti:

- 1) Fysiologiset tarpeet (nälkä, jano, fyysiset tarpeet)
- 2) Turvallisuuden tarpeet (asunto jne.)
- 3) Yhteenkuuluvuuden ja rakkauden tarpeet
- 4) Arvonannon tarpeet (sosiaalinen hyväksyntä)
- 5) Itsensä toteuttamisen tarpeet (henkiset tarpeet) (Routamaa 2004, 40-42.)

Tässä opinnäytetyössä Maslowin tarpeet jaetaan kolmeen perustarpeeseen eli fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaalisiin tarpeisiin sisällyttäen niihin myös hengellisen ulottuvuuden;

- 1) Fyysiset tarpeet (sisältäen fysiologiset ja turvallisuuden tarpeet)
- 2) Psyykkisen eli henkisen tarpeet (sisältäen itsensä toteuttamisen tarpeet sekä hengelliset tarpeet)
- 3) Sosiaaliset tarpeet (sisältävät yhteenkuuluvuuden, rakkauden sekä arvonannon eli sosiaalisen hyväksynnän tarpeet)

WHO:n perustusasiakirjaan vuonna 1948 kirjattiin terveyden olevan täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä vain taudin tai heikkouden puuttumista. Siinä painotetaan terveyttä oikeutena sisältäen oikeuden riittävään ruokaan, veteen, vaatetukseen, asumiseen, terveydenhuoltoon, koulutukseen sekä oikeuden työttömyys-, sairaus-, vammaisuus- ja vanhuusturvaan. (WHO 2007). Näin määriteltynä sana terveys laajentuu sosiaaliseksi ja yhteiskunnalliseksi ihmisoikeudeksi. Suomen sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (STM) vuonna 2009 laatiman Terveyden edistämisen määrärahan käyttösuunnitelman mukaan terveys on pääomaa, joka kasvaa yksilöiden ja yhteisöjen elämänhallinnan vahvistuessa. (STM 2009).

Yhdistettäessä edelliset näkökulmat yhdeksi kokonaisuudeksi, voidaan todeta terveyden olevan sekä yksilön henkilökohtainen koettu hyvinvointitila että yhteiskunnallinen toiminnallinen pääoma. Jokaisella on oikeus ruokaan, suojaan, terveyteen ja koulutukseen tai niiden puute UNDP:n mukaan johtaa ihmisoikeusrikkomukseen. (UM 2008). Opinnäytetyön paikantuessa kehitysmaahan, Tansaniaan, muun muassa WHO:n ja UNDP:n mukainen terveyden ja niihin liittyvän oikeuden määrittäminen kaikkien ihmisoikeutena tai pääomana voi olla riittämön ilman maailmanlaajuisia käytäntöjä ja sanktioita. Kyseiset oikeudet kohdistuvat useimmissa kehitysmaissa pääasiassa rikkaaseen ja koulutettuun vähemmistöön terveyttä edistävien palvelujen saavutettavuuden rajoittuessa tiettyjen ominaisuuksien mukaan (maksukyky ja maantieteellinen sijoittuminen) resurssien ollessa rajalliset. (Tausi 2009, 39-42.)

Terveyttä voidaan tutkia ja tarkastella ja mitata useiden eri tieteenalojen kautta. WHO:n tuottama kaavio (kuva 2) globaalien terveyden eri näkökulmista osoittaa havainnollisesti, miten monimuotoisesti terveyskäsitystä voidaan tutkia eri tieteenalojen kautta ja mitkä kaikki osa-alueet vaikuttavat terveyden tuottamiseen ja edistämiseen.



Kuva 2. Globaalien terveyden näkökulmia. (WHO 2007).

Jotta osaisimme paremmin tuoda keskustelussa esille terveyden ongelmakohtia sekä erotella niiden kohteita paremmin, terveyden eri ulottuvuuksien erottaminen on tärkeää. Näiden ulottuvuuksien ymmärtäminen korostuu etenkin terveyden edistämisen näkökulmasta katsottuna. Pietilä & kumppanit syventävät terveyden tutkimisen ja edistämisen eettistä näkökulmaa havainnollistamalla terveyden edistämisen ulottuvuuksia talona, jossa perustana ovat globaalit näkökulmat, lattiana eettinen ja kulttuurinen perusta sekä ikkunoina viisi terveyden edistämisen tasoa; yksilötaso, yhteisöllinen taso, terveyspalveluiden taso (palveluiden järjestäminen ja uudelleensuuntaaminen) sekä yhteiskunnallinen taso (yhteiskuntapolitiikka) ja ympäristö. (Pietilä ym. 2008, 305.)

Kysymystä Kuka määrittää yksilön hyvän? pohtii puolestaan Professori Esko Länsimies *Etiikkaa monitieteisesti - Pohdintaa ja kysymyksiä* -artikkelikokoelmassaan. Hän toteaa terveysvalintojen olevan eettisiä päätöksiä. Hän pohtii myös, määrittääkö yksilön hyvän henkilö itse, vanhemmat, puoliso tai suku, vai tekeekö sen yhteiskunta? Onko toimintamme ja valintojemme kautta tavoitteena terve yksilö, hyvä yksilö vai onnellinen yksilö? Länsimies yhtyy edellisiin tutkijoihin siitä, ettei terveys kuitenkaan ole toimintakyvyn ja onnellisuuden välttämätön ehto, vaan jokainen voi löytää selviytymiskeinoja sen puuttuessaan. (Länsimies 2008.)

3.2 Terveyden edistäminen kehitysyhteistyössä

Terveyden edistäminen on toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveydestä huolehtimisessa. Terveyden edistäminen on myös terveyden edellytysten parantamista yksilö, yhteisö ja yhteiskunta tasolla. Terveyden edistäminen on mahdollisuuksien parantamista eikä sen välittömänä tai ainoana tarkoituksena tule olla ihmisten käyttäytymisen muuttaminen. (Torppa 2004).

WHO:n Globaalin terveyden kaaviossa (kuva 2) esitettiin terveyden edistämiseen vaikuttavia osa-alueita, joita useimpien mieleen ei terveydestä puhuttaessa tulisi. Kaavioissa listataan seuraavia tässä opinäytetyössä tarkasteltavia tai sivuttavia terveyden edistämiseen vaikuttavia osatekijöitä; taloustiede, käyttäytymistieteet, kuten antropologia ja sosiologia, terveystutkimus ja strategiat sekä johtajuus ja laadunparantaminen (vrt. kehitysyhteistyön lähestymismallit).

YK:n vuosituhatosen tavoitteet määrittelevät mielestäni hyvin terveyden edistämisen peruskohdat kolmessa ensimmäisessä pääkohdassaan (kaikkiaan kahdeksan); äärimmäisen nälän ja köyhyyden poistaminen, peruskoulutuksen ulottaminen kaikille ja kolmanneksi sukupuolisen tasa-arvon ja naisen aseman edistämisen. (UM 2008). YK:n kehitysohjelma UNDP antaa terveyden edistämislle selkeitä raameja määrittelemällä inhimillisen köyhyyden olevan perusmahdollisuuksien puutetta, kuten lukutaidottomuus, aliravitsemus, alhainen odotettu elinikä, heikko äitiyshuolto ja ehkäistävissä olevien sairauksien poteminen. (UM 2008). Kehitysyhteistyön terveyden edistämiseen tehtävää toimintaa tarkastellessa, köyhyyden poistaminen ja tulotason nostaminen luo mahdollisuuksia terveyden edistymiselle yksilön saavuttaessa terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Kestävä kehitys viittaa taas yksilön oikeuteen ja mahdollisuuteen vastata omasta elämästään ja terveydestään omistaen myös niissä tapahtuneen kehityksen.

Terveydenedistämistä ohjaavia arvoja itse terveyden ohella ovat ihmisen itsenäisyyden ja riippumattomuuden kunnioittaminen, tasa-arvo miehen ja naisen välillä, oikeudenmukaisuus, solidaarisuus, osallistuminen ja yhteistyö. (YK 1948). Ihmisen itsenäisyyden ja riippumattomuuden kunnioittaminen tarkoittaa kansalaisten oikeutta asettaa terveys ja hyvän elämän muut osa-alueet valitsemaansa tärkeysjärjestykseen tehdessään terveyteensä vaikuttavia päätöksiä. Tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus merkitsevät kaikille yhtäläisiä edellytyksiä terveyden saavuttamiseen, ylläpitoon ja suojaamiseen. Solidaarisuus on vastuun kantamista kaikista ihmisistä, erityisesti heikommassa asemassa olevista. Omatoimisuuden ja osallistumisen tukeminen säilyttää ihmisen itsemääräämisoikeuden. Osallistuminen ja tasavertainen kumppanuus edesauttavat ihmisten voimaantumista ja yhteisöllisyyttä. (STM 2009.)

Väestöryhmien välisten terveyserojen syyt ovat monitasoisia ja ne kytkeytyvät ammatti- ja koulutusryhmien erilaisiin elin- ja työoloihin, erilaiseen fyysiseen ja psykososiaaliseen kuormitukseen ja sukupolvienkin yli ulottuviin kulttuurisidonnaisiin käyttäytymismalleihin. Terveyseroja aiheuttaviin ja ylläpitäviin tekijöihin voidaan vaikuttaa kansallisia terveyseroja kaventamalla ja tasaamalla eri väestöryhmien ja alueiden välisessä hyvinvoinnissa olevia eroja. Kyseessä on sosiaalinen kestävä kehitys. (STM 2009.)

Kehitysyhteistyön kautta toteutetun avustuksen merkitystä etenkin terveyden näkökulmasta tarkasteltaessa, nousee kysymys, onko terveys ja sen edistäminen länsimaisen ajattelutavan mukaan itseisarvona yhtä tavoiteltua Tansaniassa ja mitä osatekijöitä siihen liittyy?

Viikan mukaan merkityksiä tutkittaessa on ensinnäkin ymmärrettävä, että todellisuus on olemassa ainoastaan merkitysvälitteisesti. Merkitykset ovat tilapäisiä, suhteessa kulttuuriin olevia ja muutokselle alttiita asioiden selitystapoja. Kaikilla asioilla on myös omat merkitysyhteytensä eli kontekstinsa suhteessa toisiin asioihin ajassa, paikassa ja kulttuurissa rakentaen yksilön minuuden. Tilastollisessa tutkimuksessa käytettäväessä merkitys-sanaa puhutaan asian kausaalista merkityssuhteesta (Viikka 2005, 133-135.)

Tansanian ollessa byrokraattinen valtio, terveyden edistäminen on kokonaisuudessaan yksilönäkökulman lisäksi myös hyvin yhteisöllinen käsite. Päätöksen teossa on huomioitava siihen vaikuttavat osa-alueet; kaupungit jakautuvat asuntoalueisiin, katuihin ja kymmen-soluihin ennen yksittäistä taloutta. Jokaisella tasolla on osaltaan sanottavaa ennen yksilötason terveydenedistämisen haasteiden käsittelyä. (Tausi 2009, 56.) Kokemuksen perusteella Tansaniassa hyvin moni asia vaikuttaa yhteen asiaan ja toisin päin. Muut yhteisölle / perheelle tärkeämmät asiat voivat merkitä enemmän, kuin yksilön terveys. Terveyttä ei siis käsitellä itseisarvona, vaan tansanialaista terveyden merkitystä voitaisiinkin kuvailla "selviytymismahdollisuutena". Terveiden edistämiseen pyrkivillä kansalaisjärjestöillä (NGO) on kasvava merkitys valtion palvelujen rinnalla terveyden edistäjinä, sillä projektit ja hankkeet usein sijoitetaan lähelle yksilöä ja yhteisöä näin voidaan vaikuttaa niihin paremmin.

Tausin mukaan on olemassa seuraavat viisi avaintekijää, mitkä vaikuttavat yksilön terveydenhuoltoon hakeutumiseen ja joita voidaan mielestäni tarkastella myös terveyden edistämisen näkökulmasta yksilöihmisen kohdalla; terveyspalvelujen olemassaolo / saatavuus (maantieteellinen jakautuminen), palvelujen saavutettavuus (kulkuyhteydet, välimatka ja niiden kustannukset), kyky maksaa palvelut, hyväksytyksi tuleminen (kulttuurillinen ja sosiaalinen aspekti) ja tarkoituksenmukaisuus. (Tausi 2009, 34.) Kuten kyseinen tutkimus osoittaa, palvelujen saatavuus (maantieteellinen sijainti ja kulkuyhteydet) ja saavutettavuus (oikeus palveluihin, raha/ kustannusten jakautuminen perheessä, palvelun kulttuurillinen arvostus esimerkiksi paikalliset uskomukset) rajaavat sen, mitä ja milloin hoidetaan tai edistetään.

Terveys nähdään pitkälle myös tulonsaantivälineenä ja jos terveyden vähydestä ei sillä hetkellä ole haittaa tulonhankinnassa (esimerkiksi maanviljely), rahallinen investointi siihen voi jäädä toiseen kertaan. Tämä koskee pääasiassa köyhempää maaseutu- tai urbaaniväestöä. Terveyden katsottaessa olevan tulonsaantiväline, YK:n kehitysohjelman UNDP:n mukaan tuloköyhyys on tulon riittämättömyyttä tyydyttää joku perustarve, kuten tässä perusterveydenhuolto ja tulonsaantivälineen huoltomahdollisuus. (Tausi 2009, 39-42.) Terveyteen vaikuttavat tekijät linkittyvät toisiinsa luoden näin noidankehän, josta on usein mahdotonta irrottautua ilman ulkopuolista apua.

Tansaniassa köyhydessä elävien (alle dollari / päivä) osuus oli 1990 - 2005 välisenä aikana 57,8 % väestöstä. (UM 2008, 36). Tarkennusta UM:n tilastoon antaa tuore tutkimus, jossa määritellään 2006 tehdyn sensuksen mukaan 33,3% tansanialaisista elävän alle köyhyysrajan (eli alle dollari / pv) ja 16,5% alle ruokahöyhyysrajan. (UM 2009, 14). Sen mukaan erityisesti urbaani köyhyys on lisääntynyt. 1990-luvun talousuudistuksien vaikutukset, kuten pitkälle terveydenhuollon yksityistäminen, vaikuttavat erityisesti köyhempään kaupunkilaisväestöön. (Tausi 2009, 1-2).

4. East Shore AIDS Orphan's Project

4.1 Fida International ry

Fida:n kautta on tehty kehitysaputyötä eri puolilla maailmaa vuodesta 1972. Suomen Vapaa Ulkolähetys ry (SuVuL) nimeä kantava, sittemmin Lähetyksen Kehitysapu (LKA) ja vuodesta 2001 uudelleennimetty Fida International ry (Fida) on kehittyvä ja kansainvälisesti kasvava kansalais- ja kehitysyhteistyöjärjestö. Toimintavuosiensa aikana Fida on saavuttanut useita merkkipaaluja kansalaisjärjestönä sekä kunniamainintoja pitkävaikutteisen kehityksen välikappaleena eri puolilla maailmaa. (Kehitysavusta kumppanuuteen 2004.)

Vuonna 1974 organisaation sai ensimmäistä kertaa kansalaisjärjestöjen kehitysyhteistyölle annettavaan Suomen valtion tukea, mikä mahdollisti SuVuL:n ensimmäisten kehitysyhteistyöhankkeiden alkamisen Etiopiassa ja Keniassa.

Tansaniassa Fida aloitti toimintansa vuonna 1980 Mwanzassa kotiteollisuuskouluna, josta myöhemmin työ levisi pohjoiseen lastenkotityöksi. Itä-Afrikassa 1990-luvun alkupuolella valtion markkinatalouden rakenneuudistuksien heikentämän julkisen terveydenhuollon haasteeksi nousi AIDS-ongelma, johon Fida pyrki kansallisten pyynnöstä vastaamaan tilanteeseen tuemalla kansallisia yhteistyökumppaneitaan ja yhteisöjä aloittaen ensimmäiset AIDS-hankkeensa Ugandassa ja Tansaniassa, Mwanzassa 1993. Projektin aloittamisvuoteen mennessä Tansanian valtio oli myöntänyt maassa pahenevan AIDS-tilanteen ja sen vaikutukset perhetason tragedioiden ohella kansantalouteen ja pyytänyt kansainvälistä apua. Sittemmin Fida on keskitty-

nyt Tansaniassa koulutuskeskeiseen nuorisokeskustyöhön, terveys neuvontaan ja kansallisia voimaannuttavaan työhön.

Vuoden 2003 UM:n kanssa solmitun kumppanuussopimuksen jälkimainigeista vuoteen 2006 FIDA oli saavuttanut Suomen valtion luottamuksenosoituksena 85 % tukiosuuden kehitysyhteistyötoimintaansa. Omarahoitusosuuden Fida kattaa muun muassa ekologisella kierrätystoiminnalla. Fida:n nykypäivän kehitysyhteistyön avainsanoiksi ovat nousseet osallistuminen, omistajuus ja kestävyys. Kehitysyhteistyötoimijan rooli on muuttunut tekijästä tukijaksi hankkeiden muuttuessa ulkomaalaislähtöisistä pitkäaikaisista projekteista pienmuotoisiksi ja paikallisvetoisiksi paikallista osaamista ja tietämystä kunnioittavaksi voimaannuttamiseksi. (Kehitysavusta kumppanuuteen 2004.)

4.2 ESAO projektin taustaa ja tavoitteet

Tilastojen mukaan 90-luvun alkupuolella Tansanian väestöstä arvioitiin olevat noin 8,2 % HIV-positiivisia.

Kehitysmaiden talous on perinteisesti koostunut pitkälle maataloudesta. Jo 1980-luvun puolessa välissä 1/3 Tansanian maaseudun talouksista oli naispuolinen perheenpää. On todettu myös, mitä korkeampi koulutustaso, sitä pienempi on naisten osuus maataloustyössä. (Swantz 1986, 18, 23). Kaupungeissa kokemuksen mukaan naisvetoisten yksinhuoltajatalouksien määrä saattaa olla vielä huomattavasti korkeampi. Miesten muuttaminen maaseudulta työn perässä kaupunkiin ja perinteinen polygamistinen "elättäjä" malli, eli miehellä useita naisia / perheitä eri puolilla maata lisää naisvetoisten yksinhuoltajatalouksien määrää. Myös suurin osa ESAO projektissa 1995 -1999 avustettujen orpojen huoltajista oli naisia edellisten syiden lisäksi siksi, että usean huoltajan (jos oma vanhempi) puoliso oli menehtynyt AIDS:in.

Projekti sijoittui Tansaniassa Afrikan mantereeseen suurimman sisäjärven, Victoria-järven itärannalle suurten pääväylien varrelle viiteen eri kaupunkiin; Mwanza, Geita, Shinyanga, Musoma ja Tarime. Pääväylien varsilla on tutkitusti suurin prosentuaalinen osuus HIV-positiivisia sen tarttumisriskin ollessa myös suurin kulttuurilliseen käyttäytymiseen liityen.

Projektissa vuosina 1995 - 1999 toteutetut neljä pääohjelmaa olivat

- 1) orpojen koulutuksen mahdollistaminen ja tukeminen
- 2) huoltajien pienlainatoiminta ja -koulutus
- 3) AIDS-tietoisuuden lisääminen
- 4) yhteisöllisten, osallistavien hankkeiden tukeminen, muun muassa sillan tai kaivon rakennus kylille

Projektin päätavoitteena oli AIDS-orpojen perustarpeiden, kuten ravinnonsaannin ja koulutuksen tukeminen. Projekti mahdollisti avustuksessa mukanaolevien AIDS-orpojen esi- ja peruskoulutuksen sekä sen jälkeisen ammatillinen tai ylemmän asteen koulutuksen. Tällä pyrittiin parantamaan orpolasten henkisiä voimavaroja sekä heidän tulevaisuuden taloudellisia selviytymismahdollisuuksia (sosiaaliset voimavarat) monien menettäessä AIDS:n myötä vanhempiansa sosiaalisen että taloudellisen tuen.

Projekti koulutti orpojen huoltajia pienyrittäjiksi sekä rahoitti heidän mikroprojekteja pienlainoin. Toiminnan tavoitteena oli perheiden tulotason sekä terveyteen vaikuttavien elinolojen kohentaminen. Lisäksi projektin kautta levitettiin AIDS-tietoutta tuottamalla draama- ja TV-ohjelmia kansallisella että paikallisella tasolla sekä antamalla AIDS-opetusta muun muassa eri kouluasteilla ja yhteisöissä. AIDS-tietouden jakaminen oli tuolloin pitkälle NGO:den vastuulla kompensoiden kansallisen perusterveydenhuollon riittämättömiä resursseja. Projekti toteutettiin ns. yhteisöhankeita eri puolilla avustusaluetta. Toiminnan tarkoituksena oli auttaa yhteisöjä tukemaan orpoja tukemalla koko paikallista yhteisöä. Vuosien 1995 - 1999 aikana projektissa avustettiin yhteensä yli 600 lasta. Mwanzassa, mikä oli projektin pääpaikka, tuona aikana oli avustuksen piirissä noin 50 perhettä kattaen yli 300 lasta. Lapsista suurin osa sai tukea esi- tai peruskouluopintoihinsa ja noin 20 % lukio- tai ammatillisiin opintoihin. Kyseisenä aikana vain yksi ylsi yliopisto-opintoihin. (ESAO loppuraportti 2000.)

Asiakasperheet tulivat projektiin kansallisen peruskoululaitoksen tai muiden yhteisöjen edustajien esittelemänä, heidän ollessa tietoisia lasten perheen lähihistoriasta. Jokaiselle projektiin hakevalle tehtiin lisäksi taustakartoitus perheen todellisen AIDS-tilanteen selvittämiseksi. Vuoden 1999 lopussa projekti kansallistettiin ja toimii nykyään kummituella nimellä MWAOMI. Tänä päivänä kansallisesti toimivassa projektissa on useita yliopisto-opintoihin tuettua tai jo tutkinnon saanutta nuorta.

5. Opinnäytteen tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Tansaniassa yksittäisen kehitysyhteistyöprojektin kautta vuosina 1995 - 1999 annettua apua sekä saada tietoja avustettujen henkilöiden nykyisistä elinolosuhteista. Avustettujen perheiden näkökulmasta saatujen tietojen pohjalta voidaan pohtia tämän kehitysyhteistyöprojektin sekä kansalaisjärjestöjen kautta toteutettavan kehitysyhteistyön terveyttä edistävää merkitystä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat seuraavat;

- 1) Millaista avustusta perheet ovat saaneet ESAO-projektin kautta vuosina 1995 - 1999?
- 2) Miten huoltaja arvioi avustuksen merkityksen lasten elämässä?
- 3) Millaisia ehdotuksia projektiin osallistuneilla on terveyden edistämiseen tähtäävän kehitysyhteistyöprojektin kehittämiseksi?

6. Opinnäytetyön toteuttaminen

Opinnäytetyön lähestymistapana on empiirinen kvantitatiivinen survey- tutkimus. Tutkimusprosessi on lineaarisesti etenevä ja tutkimuskysymykset ovat kuvailevia. (Methods in Development Research 2005, 33-35; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 44-45; Viikka 2007, 20).

6.1 Empiirinen kvantitatiivinen survey- tutkimus

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus tarkoittaa menetelmää, joka antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Määrällisessä tutkimuksessa pyritään keräämään empiiristä eli kokemusperäistä havaintoaineistoa, jonka tavoitteena on auttaa ymmärtämään jotakin yhteiskunnallista ilmiötä. Aineisto esitetään numeraalisesti ja sen tavoitteena on kuvailla asiaa, asian muutosta tai vaikutusta johonkin toiseen asiaan. (Anttila 2005, 233-234, 236.) Määrällisen tutkimuksen havaintoaineiston keruumenetelmänä voi olla esimerkiksi kysely tai haastattelu. Sen tutkimusmenetelmät sopivat suuria ihmisryhmiä kartoittaviin tutkimuksiin, joissa ei ole tarkoituksaan pyriä saamaan yksittäistapauksista kattavaa tietoa, vaan tapausten pohjalta tehtäviin lainalaistuksiin, tavoitteena tiedon yleistettävyyks. (Viikka 2007, 13-14; Anttila 2005, 233-234, 236.)

Hirsjärvi & co kirjoittavat, että survey-tutkimuksen kautta on pyrkimys kuvailla, vertailla ja selittää ilmiötä. Kuvailevien tutkimusten yksi ilmenemismuoto ovat tilastot. Sille tyypillistä on otoksen poiminta ja standardisoidun aineiston kerääminen tavallisesti tehokkaan kyselytutkimuksen kautta. Kyselylomakkeen tai strukturoidun haastattelun etuina pidetään laajan aineiston saaminen. (Hirsjärvi ym. 2009, 193-195; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 46.)

Swantzin mukaan muun muassa kehitysyhteistyötutkimuksessa käytettäviä arviointiperusteita valittaessa on huomioitava, tarkastellaanko sen merkitystä subjektiivisesti vai objektiivisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että halutaanko selvittää avustuksen merkitystä avustuksen saajien mielipiteiden kautta vai arvioidaanko merkitystä kansainvälisten tai kansallisten kehitysuunnitelmien ja tavoitteiden saavuttamisen kautta. (Swantz 1986, 13-14.)

6.2 Tutkimusjoukko

Tilastollisessa tutkimuksessa tutkijan pyrkiessä yksittäisten tapausten pohjalta lainalaistuksiin, otantamenetelmät nousevat tärkeäksi tilastojen yleistämisen ja tulosten tulkitsemisen kannalta. Tässä opinnäytetyössä käytettävää harkintaan perustuvaa otantaa voidaan kutsua enemmänkin näytteeksi otoksen valikoituessa tiettyjen ominaisuuksien mukaan. Tällöin ei ole kyse satunnaisuudesta eikä tilastollisesta yleistettävyydestä, enemmänkin pienoismallien rakentamisesta. Holopaisen ym. mukaan tällöin ongelmana voi olla se, ettei valittu osajoukko edustakaan koko tutkimusjoukkoa. Se kuitenkin antaa ideoita esitutkintaan ja hypoteesin kehittelyyn. (Holopainen ym. 2004, 34; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 79-87; Anttila 2005, 239-240.)

ESAO- projektin kautta avustettiin orpolapsia viidessä Viktoria-järven itärannan kaupungissa Tansaniassa. Tässä opinnäytetyössä tutkimusjoukkoa edustavat kaikki vuosien 1995 - 1999 välisenä aikana avustetut yli 600 lasta. Tutkimusjoukosta tavoiteltiin harkinnanvaraisella otannalla huoltajien alueellisen saavutettavuuden perusteella 10 - 20 huoltajaa, joiden ESAO- projektin kautta avustettujen lasten määrä tuli olla 40 - 70 välillä. Näyte saatiin keskittyen Mwanzan kaupunkiin. Perusteena tälle oli muiden alueiden hankala saavutettavuus ja kustannuksiltaan kalliimmat kulkuyhteydet perustuen pitkiin välimatkoihin. Postilaitoksen kattamattomuus rajoitti kyselyhaastattelun toteutuksen postitse. Holopaisen ym. (2004, 34) mukaan enemmänkin pienoismalli kattoi 12 huoltajan 48 avustettua lasta. Vaikka kaikki kansallisten tutkimustoteuttajien tavoittamat 22 huoltajaa kutsuttuna eivät päässeetkään osallistumaan, näytteen koko kattoi suunnitellun 10 - 20 huoltajan ja 40 - 70 lapsen määrän.

Tässä työssä huoltajalla tarkoitettiin toista lapsen biologisista vanhemmista toisen ollessa kuollut AIDS:in. Jos lapsen / lasten molemmat vanhemmat olivat kuolleet, huoltajana siinä tapauksessa toimi isovanhempi, vanhempi sisarus, sukulainen tai joku muu yhteisön jäsen. Huoltajien tutkimukseen valittujen lukumäärä määräytyi avustettujen orpojen määrän mukaan sen vaihdeltaessa 1 - 7 lapseen per huoltaja kuitenkin niin, että näytteessä tuli saada tietoa vähintään 40 vuosien 1995 - 1999 aikana ESAO-projektin kautta avustetusta lapsesta.

Tansanian odotetun eliniän ollessa alhainen 51 vuotta (UM 2008, 36) sekä HIV-positiivisten prosentuaalisen osuuden ollessa korkea, huoltajien saavutettavuuteen ja valintaan vaikuttava merkittävä tekijä on huoltajien elossa olo. Muita tiedonsaantiin vaikuttavia seikkoja oli huoltajien tavoitettavuus, eli kuinka monen lapsen huoltaja asuu vielä samassa paikassa kuin avustustuksen aikana tai ovat mahdollisuuksissa osallistua kyseisenä haastatteluaikana osallistumaan tutkimukseen.

6.3 Aineiston keruu

ESAO- projektin alkuvaiheessa ei ole suoritettu alkukartoitusta, haastattelua tai kyselytutkimusta tutkittavien asioiden vertailukohteeksi, joten tässä tutkimuksessa tarkasteltiin ennen kyseisellä perusjoukolla mittaamattomia ominaispiirteitä. Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella, jossa on sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Kyselylomake käännettiin suahiliksi. Ennen kyselylomakkeen jakoa tutkittaville kyselylomake koekäytettiin kahdella suahilitaustaisella henkilöllä kysymysten kielellisen ymmärrettävyyden ja kulttuurillisen sovinnaisuuden selvittämiseksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 93-98).

Pyyntö osallistua kyselytutkimukseen toimitettiin kansallisten tutkimusavustajien toimesta alueellisesti savutetaavalle tutkimusjoukolle henkilökohtaisesti. Tutkimuspäivänä tutkimukseen osallistuvien kyselylomake täytettiin nimettömänä. MWAOMI:n toimistossa avustaja esitteli tutkimuksen sekä pyysi (esitellen vastausalueen lomakkeesta) luvan aineiston käyttöön ja vastaten mahdollisiin lisäkysymyksiin kyselylomaketta ja tutkimusta koskien. Tutkimusavustajina tiedonkeruussa käytettiin MWAOMI:n henkilökuntaajo(t)ka perehdytettiin edeltä tutkimukseen sekä henkilökohtaisesti että sähköpostin välityksellä.

Kansallisen ja tutkimusjoukon todennäköisimmin tunteman avustajan läsnäolo tutkimustilanteessa voi olla tämän opinnäytetyön aineistonsaannin kannalta yksi merkittävimmistä tekijöistä. Osan vastaajissa oli lukutaidottomia tai alhaisen peruskoulutuksen tai sen puutteen takia yleistietoudeltaan rajoitettuja. Kansallisen tutkimusavustajan käytöllä pyrittiin myös vähentämään mahdollisia tulosten vääristymiä verrattuna siihen, jos tietojenkerääjänä olisi ulkomaalainen aineistonkerääjä, tutkimusavustajan voidessa tarvittaessa myös selventää kysymysten tarkoitusta vastaajan omalla kielellä paremmin kuin kielen ulkopuolinen tulkitsija. Aineisto lähetettiin sellaisenaan Suomeen analysoitavaksi.

Kyselylomakkeen laatimiseen, muotoon ja kysymyksiin vaikuttivat nykyisen orpolapsien koulutuksesta vastaavan Tansanian kansallisen MWAOMI projektin projektikoordinaattorin Yasinta Simonin, Fida:n kummikoordinaattorin Sina Urmaksen sekä Georgia Suikkasen kanssa käydyt keskustelut, joiden pohjalta tuli muutamia lisä- ja muutosehdotuksia. Kyselytutkimuksen teossa vertailtiin muita samantyyppisiä tutkimuksia, kuten Holm (2009), Ruohonen (2008) ja Tikkanen (2005).

Terveystieteiden tutkimukseen hakeutumista urbaanissa Tansaniassa käsittelevässä tutkimuksessa käytettiin pitkälle samansuuntaista kategorointia, joskin tutkimuskysymykset menivät huomattavasti syvemmälle, kuten, jos haluttiin tietää perheen taloudellisesta tilasta, jopa asunnon kattomateriaalia ja valaistusmuotoa kysyttiin tai talouden vaikutuksesta ravitse-

mukseen, kysymykset käsittelivät muun muassa liharuokien syöntikertoja tai syömättömien aterioiden määrää / vk. (Tausi 2009, 242-257).

Kyselylomakkeessa oli 5 osiota;

- A) Perhetaustaa avustuksen aikana
- B) Saatu avustus
- C) Projektin kautta saadun avustuksen arviointia
- D) Kehittämisehdotuksia
- E) Projektissa avustettujen lasten tämän hetkinen elämäntilanne

6.4 Aikataulu

Fida myönsi opinnäytetyöhön tutkimusluvan keväällä 2009. Kyselylomakeen kehittäminen tapahtui kesällä 2009 Tansaniassa tansanialaisten projektityöntekijöiden kanssa sekä Suomessa vuoden loppupuolelle saakka muiden kehitysyhteistyön asiantuntijoiden sekä kansallisen taustan omaavien kanssa. Aineistonkeruu tapahtui marraskuussa 2009, jonka jälkeen kyselylomakkeet palautuivat Suomeen dokumentoitavaksi vuoden lopussa. Aineiston analysointi tapahtui vuoden 2010 keväällä. Opinnäytetyöprosessin aikana oli varauduttu mahdollisiin viiveisiin maiden välisen kommunikoinnin sekä paikallisten yhteyksien hankaluuden vuoksi. Kuitenkin prosessi eteni suunnitelman mukaisesti.

6.5 Määrällinen aineiston analyysi

Kvantitatiivisen tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat havaintoyksikkö, muuttuja ja arvo. (Metsämuuronen 2005, 480-572). Tilastollisen käsittelyn peruselementit käsittelevät havaintojen, tapahtumien yms. lukumääriä, muuttujia ja niiden määräytymistä, otoksen määräytymistä, asteikkojen määrittelyä, jakautumien muodostumista, tilastollisia keskilukuja sekä hajontalukua. Niiden avulla määritellään muun muassa jakaumien merkittävyyttä perusjoukkoon nähden. (Anttila 2005, 515-517).

Havaintoyksikkö on kyselytutkimuksessa tutkimukseen vastaaja, tässä tapauksessa orpojen huoltajat sekä avustetut orvot ja muuttajat yksilöistä mitattavia ominaisuuksia, kuten huoltajan tiedot (esimerkiksi ikä, sukulaisuussuhde huollettavaan sekä sosioekonominen asema), saatu avustus (laatu), lapsen saavuttama koulutustaso, terveys sekä nykyistä sosioekonomista asemaa koskevat tiedot (esimerkiksi elinkeino, asumismuoto, status ja lapset).

Tutkimuksen analyysitavaksi valittiin esittää saatu tieto tilastollisten kuvailevien menetelmien kautta tilastollisina havaintomatriiseina. (Holopainen ym. 2004, 27). Tekstivastausten

muuntaminen numeroiksi helpotti kaavioiden tekoa. Tilastolliseen muotoon saattamisen apuna käytetään excel-taulukointia näyteaineiston ollessa riittämätön muun muassa kvantitatiivisen tutkimusanalyysissä usein käytettävään SPSS tiedonkeruusovellukseen. (Metsämuuronen 2005, 480-572; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 100-103; Vilkkä 2005, 90-92). Aineiston pienuuden takia päädyttiin käyttämään frekvenssejä prosenttien sijaan. (Holopainen ym. 2004, 27).

Vastaukset muokattiin numeromuotoon niiden käsittelyn helpottamiseksi. Esimerkkinä tästä kysymys numero 9/1: "Sairautta vähentävä merkitys", jossa vastausvaihtoehdot jokaiselle toimelle: (eriteltynä kyselylomakkeessa) "1. erittäin vähäinen", "2. vähäinen", "3. en osaa sanoa", "4. melko suuri" ja "5. erittäin suuri". Saatua tietoa on jaettu seuraaviin taulukoihin; materiaalin avustus, henkisen ja hengellisen ohjauksen ja neuvonnan toteutuminen sekä sosiaaliseen voimaantumiseen eroteltu koulutusavustus. Tilastoissa erotellaan myös avustuksen merkitys perheille huoltajien näkökulmasta sekä saadut ehdotukset terveyden edistämiseen tähtäävien kehitysyhteistyöprojektien kehittämiseen.

6.6 Kvalitatiivinen tutkimusote ja aineiston analyysi

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen suurin ero kvantitatiiviseen tutkimukseen verrattuna on se, että laadullisen tutkimuksen voidaan kuvailun ja selittämisen sijaan pyrkivän ymmärtämiseen eikä sen tavoitteena ole myöskään tilastollinen yleistettävyyden. Laadullinen tutkimus voidaan sisällyttää kysymykseen "miten voidaan kuvailla jotain ilmiötä?". Se korostaa myös tiedonantajien omakohtaista tietämystä asiasta, jota kysytään, painottaen näin kvantitatiivisesta tutkimusotoksesta poiketen harkittua ja tarkoitukseen sopivaa tiedonantajien valintaa, eli näytettä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 27, 66-67, 77, 87-89; Vilkkä 2005, 98, 127.)

Laadullisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruumenetelminä on tässä muun muassa tässä opinnäytetyössä käytetty kyselytutkimus. Vaikka tämä opinnäytetyö perustui aineistonkeruussa ja analyysissään kvantitatiivisen tutkimuksen menetelmiin, kyselylomakkeessa oli strukturoitujen kysymysten ohella myös avoimia kvalitatiivisia kysymyksiä, joihin käytettiin laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmää. Kyselylomakkeen avoimien kysymyksiä analysoinnissa päätettiin käyttää aineistolähtöistä luokittelevaa sisällönanalyysiä sen tässä tapauksessa sopien parhaiten täydentämään määrällistä tutkimusotetta. Avoimien kysymysten vastaukset käsiteltiin tuloksissa tekstinä, joka ryhmiteltiin niissä esiintyvien avustuksen tarpeiden mukaan, esimerkkeinä koulutus, neuvota, lääkitys ja terveys. Kehitysehdotukset on kirjattu auki. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 70, 73, 93, 95, 110-115; Vilkkä 2005, 102, 139-140.)

7. Tulokset

Tutkimuskysymyksiin pyrittiin vastaamaan esittämällä ESAO-projektin kautta avustettujen perheiden huoltajille kysymyksiä saadusta avustuksesta, avustuksen määrästä ja laadusta sekä sen merkityksestä lapsien elämässä huoltajan näkökulmasta. Saadut subjektiiviset vastaukset jaoteltiin tuloksiksi fyysisten, psyykkisten ja hengellisten sekä sosiaalisten tarpeiden mukaan.

Tutkimukseen näyte saatiin 12 mwanzalaisesta avustetusta perheestä (n= 12). Tutkimukseen osallistuneista perheen huoltajista suurin osa on lapsien omia biologisia vanhempia, kaksi avustettujen lasten isovanhempia ja yksi lasten vanhempi sisarus. Huoltajien nykyinen ikä jakautui niin, että suurin osa huoltajista sijoittui 35 - 55 ikävuoden välille ja loput kolme sitä nuorempia huomioiden, että vastaajien tutkimusaikainen ikä oli noin 15 vuotta vähemmän. Avustusaikana huoltajista vajaa puolet sai tulonsa maanviljelyllä, kahdella oli palkkatyö ja kaksi olivat ilman säännöllisiä tuloja. Vain yksi huoltajista toimi yrittäjänä. Kuudessa tutkimukseen osallistuneessa perheessä 12:sta oli projektin kautta avustettujen lasten lisäksi myös 1 - 4 muuta huollettavaa lasta.

7.1 Perheiden saama tuki

7.1.1 Materiaaliavustus

Projektin kautta annettiin seuraavaa materiaaliavustusta, jota tässä työssä tarkastellaan fyysisiin perustarpeisiin vastaavana avustuksena; sairaanhoidollinen lääkeapu ja sairaanhoidomaksut, ruokatarvikkeita, päivittäisiä vaatteita, viljelystarvikkeina siemenviljaa ja / tai viljelyvälineitä, rakennusavustuksena rakennustarvikkeita ja / tai rakennusapua sekä mahdollisesti muuta perhekohtaista avustusta. Taulukko 1 kuvaa näytteen perheiden saamaa fyysisten perustarpeisiin perustuvaa materiaaliavustusta.

Taulukko 1. Perheiden saama materiaaliavustus (n=12)

	avustusta saaneiden lukumäärä	ei avustusta saaneiden lukumäärä	vastamattomia
Lääke	9	2	1
Sairaanhoitomaksut	10	1	1
Ruokatarvikkeet	8	3	1
Vaatetus	11	0	1
Viljelyvälineet	1	10	1
Siemenvilja	2	9	1
Rakennustarvikkeet	1	10	1
Rakennusapu	2	9	1
Muuta	0	11	1

Suurin osa perheistä (8 - 10) sai lääkehoitoa, tukea sairaalamaksuihin sekä ruoka-avustusta tarvikkeiden muodossa. Kaikki kysymykseen vastanneet olivat vastaanottaneet vaateavustusta. Näytteestä vain muutama perhe oli saanut viljelyyn tai kodin kunnostamiseen liittyviä avustuksia.

7.1.2 Ohjaus ja neuvonta

Ohjausta ja neuvontaa tässä työssä tarkasteltiin kulttuurivälitteisesti psyykkisen ja hengellisen ohjauksen ja tuen näkökulmasta. Projektiin osallistuneiden perheiden huoltajille pyrittiin projektiaikana tarjoamaan sekä henkistä että hengellistä ohjausta ja neuvontaa orpojen huoltajuutta tukemaan. Taulukko 2 esittää tutkimukseen osallistuneiden huoltajien henkisen ja hengellisen ohjauksen saantia osoittaen myös terveysneuvontaa saaneiden määrän.

Taulukko 2. Huoltajien saama henkinen ja hengellinen ohjaus ja neuvonta (n=12)

	ohjausta saaneiden lukumäärä	ei ohjausta saaneiden lukumäärä	vastamattomia
Henkinen tuki ja ohjaus	9	3	0
Hengellinen tuki ja ohjaus	10	2	0
Terveysneuvonta	6	6	0

Taulukko 2 osoittaa suurimman osa saaneen henkistä sekä hengellistä tukea ja ohjausta. Puolet vastanneista oli saanut myös terveysneuvontaa.

7.1.3. Voimaantuminen

Tässä työssä voimaantumisella tarkoitetaan pääasiassa koulutuksen kautta saavutettavaa sosiaalista voimaantumista, minkä tavoitteena on johtaa yksilön sosioekonomiseen voimaantumiseen. Projektissa mahdollistettiin orpojen peruskoulutus tukemalla koulumaksuja että -materiaaleja tavoitteena varmistaa lasten perustieto-aidon saanti. Jatko- ja ammatti-koulutuksen tukemisen tavoitteena oli nuorten parantuneet mahdollisuudet työpaikan saantiin ja siten perheidensä tukemiseen. Perheiden sosioekonomista elintasoa pyrittiin kohentamaan pienyrityslainoituksella sekä -koulutuksella. Taulukko 3 esittää näytteen sosiaaliseen voimaantumiseen tähtäävää avustusta saaneiden määrän.

Taulukko 3. Perheiden saama sosiaalisesti voimaannuttava avustus (n=12)

	avustusta saaneiden lukumäärä	ei avustusta saaneiden lukumäärä	vastamattomia
Esikoulumaksu	7	4	1
Peruskoulumaksu	11	0	1
Secondary-asteen koulumaksu	5	7	1
Ammatillinen koulutus; koulu- tai kurssimaksu	3	8	1
Yliopistomaksu	0	11	1
Koulupuku	9	2	1
Koulukengät	9	2	1
Kouluvälineet	9	2	1
Koululaukku	7	4	1
Koulukyytimaksu	6	5	1
Tution (lisäopintomaksu)	2	9	1
Pienyrityslaina	3	8	1
Yrittäjäyiskoulutus	2	9	1

Kaikki tutkimukseen osallistuneet perheet olivat saaneet vähintään yhdelle perheessä huollettavista orvoista avustusta peruskouluopintoihin (25 lasta). Noin puolet perheistä sai tutkimusvuosien aikana tukea esikoulunkäyntiin (9 lasta) sekä lukio-opintoihin (9 lasta). Perheistä neljäsosai tukea lasten ammatilliseen koulutukseen (5 lasta). Tulos mukaillee projektin pääperiaatetta lasten koulutuksen tukemisesta.

Kolme neljästä oli saanut koulunkyntiä mahdollistavat välineet joillekin lapsille ellei kaikille, kuten koulupuku, koulukengät ja kouluvälineet (vihko, kynä, viivotin ja kumi) ja puolessa perheissä oppilaat olivat saaneet myös koululaukun ja koulukyytimaksut. Lisäopintoihin (tution) tukea sai vain muutama perhe. Pienyrityslainaa sai kolme huoltajaa, jonka lisäksi

kaksi heistä sai myös yrittäjäyyskoulutusta. Tulokset osoittavat pienyrityslainan tapaan olleen toteutettua suurempi.

7.2 Huoltajan arvio avustuksen merkityksestä

Projektiin osallistuneiden perheiden huoltajat arvioivat projektin kautta annetun materiaaliavustuksen, psyykkisen ja hengellisen tuen ja ohjauksen sekä sosiaaliseen voimaantumiseen pyrkivän avustuksen merkitystä koko perheen elämässä. Kysymyksissä painotettiin avustuksen merkitystä terveyden ja sosioekonomisen taso ylläpitämisessä ja edistämässä, kuten taulukko 4 esittää. Kysymyksinä olivat sairauksien vähentymisen, ravitsemuksen edistyminen, vaateetusta parantuminen ja asumisenlaadun kohentuminen sekä avustuksen merkitys viljelyksellä saatavaan elinkeinoon.

Taulukko 4. Huoltajan arvio materiaallisen avustuksen merkityksestä (n=12)

	ei lainkaan	vähäinen	en osaa sanoa	kohtalainen	suuri	vastamattomia
Sairautta vähentävä merkitys	1	1	1	6	2	1
Ravitsemusta edistävä merkitys	1	0	0	4	6	1
Vaateetusta parantava merkitys	0	0	1	6	4	1
Asumisen laatua kohentava merkitys	7	0	0	3	1	1
Merkitys viljelyksellä saatavaan elinkeinoon	6	0	2	2	1	1
Muun avustuksen merkitys	4	0	0	3	0	1

Suurin osa tutkimukseen osallistuneista huoltajista arvioi projektin sairauksia vähentävää merkitystä, ravitsemuksellista merkitystä sekä vaateetusta parantavaa merkitystä vähintään kohtalaisena tai suurena. Muiden taulukossa 4. mainittujen avustusmuotojen merkitys vastaa taulukossa 1 esitettyä saajien alhaista määrää.

Huoltajat arvioivat taulukossa 5 avustuksen merkitystä lasten koulun aloittamiseen, koulu-menestykseen, lasten koulutuksen jatkumiseen avustuksen loputtua sekä koulutuksen merkitystä lasten nykypäivässä. Edellisten lisäksi taulukko esittää arviot projektin tarjoaman pienlainatoiminnan merkitystä perheen tulotason taloudellisena kohentajana.

Taulukko 5. Huoltajien arvio sosiaaliseen voimaantumiseen tähtäävän avustuksen merkityksestä (n=12)

	ei lainkaan	vähäinen	en osaa sanoa	kohtalainen	suuri	vastamattomia
Merkitys koulunkäynnin aloittamisessa	0	0	0	1	9	2
Merkitys opinnoissa edistymisessä	0	1	0	2	7	2
Opintojen jatkamisessa avustuksen loputtua	0	2	0	3	5	2
Koulutuksen merkitys taloudellisen aseman kohentamisessa	0	1	0	4	5	2
Pienlainan merkitys taloudellisen aseman kohentamisessa	2	1	2	4	0	3
Yrityskoulutuksen merkitys yrityksen ylläpidossa	5	0	2	1	1	3

Suurin osa huoltajista pitivät avustuksen merkitystä koulunkäynnin aloittamiseen ja opinnoissa edistymiseen suurena. Suurin osa arvioi myös avustuksen merkityksen koulutuksen jatkumiseen avustuksen loputtua vähintään kohtalaiseksi samoin kuin koulutuksen merkityksen talouden kohentajana. Pienlainan saannin merkitystä taloudellisen aseman kohentamisessa arvioi taas neljännes vastaajista kohtalaisena ja loput eivät osanneet sanoa tai ei ollut merkitystä. Taulukko 1 osoittaa vain kolmen perheen saaneen näytteestä pienyrityslainaa.

Kaikki vastanneet huoltajat pitivät ESAO-projektin kautta annettuja avustuksia tarpeellisena. Avoimien kysymysten perusteella saadut vastaukset jaoteltiin seuraaviin aihepiireihin; koulutus, neuvonta, terveys ja lääkintä, ravitsemus sekä asuminen (rakennus- ja kunnostusapu) sekä pienyrityslaina muun muassa seuraavanlaisien vastauksien perusteella. "Laina, mikä kohentaisi talouttani", "Pienyritys, että voisin huoltaa perhettäni", "Koulutus, että (lapset) saisivat töitä ja itsenäistyisivät", "Lääkinnällinen apu lisäisi (lasten) ravitsemusta"

Tärkeimpänä avustusmuotona kaikissa vastauksissa mainittiin koulutus. Lisäavustutarpeena yleisellä tasolla 4 vastaajista piti pienlainan saantia, 3 koulutusta, kaksi lääkinnällistä avustusta sekä yksi vastaajista ravitsemusta sekä asumisen tason kohentamista. Huoltajien tarvitsemia lisäavustusmuotoja mainittiin eniten pienlainoitusta sekä koulutusta lapsille. Yksi huoltajista ilmoitti tarpeen lisää ohjausta ja tukea. Lasten näkökulmasta lisäavuntarve keskittyi jatkokoulutukseen. Yksi vastaajista olisi toivonut lapselleen opintojen jälkeen pienlainaa sekä yksi lisää lääkinnällistä avustusta. Työssä esille nostettua naisten voimaantumista projektissa toteutettiin tarjoamalla peruskoulutusta erityisesti tytöille. Näytteen lapsista hieman yli puolet olivat tyttöjä. Tulokset lasten nykyisistä eliolosuhteista osoittaa, että yli puolet ovat pystyneet jatkamaan opintojaan ilman avustavaa organisaatiota

suurin osa heistä suorittaen lukio- tai ammatilliset opinnot. Reilut puolet lapsista asuu vielä vanhempiansa kanssa ja vajaa puolet avustettuista lapsista on naimisissa.

7.3 Ehdotuksia kehitysyhteistyöprojektin kehittämiseksi

Edellisessä kappaleessa ehdotettujen lisätarpeiden lisäksi saatiin kehitysehdotuksia puolelta vastaajista. Vastaajat ehdottivat sisäoppilaitoksen / tai yleensä koulunrakentamista ja ylläpitämistä sekä sairaalan rakentamista. Arvioitaessa projektin ulkomaalaista henkilökuntaa, suurin osa arvioi ulkomaalaisten ammatti- ja kielitaidon sekä tietämyksen paikallisista tavoista vähintään kohtalaiseksi tai suureksi. Arvioitaessa projektissa toimineita työntekijöitä, suurin osa piti kuitenkin kansallista työn-tekijää ulkomaalaisiin verrattuna parempana vaihtoehtona vedoten kansallisten laajempaan paikalliseen tuntemukseen. Vastauksina kysymyksiin tuli muun muassa seuraavanlaisia; "Vieraat olivat ihan ok, mutta parempi, jos täkäläiset tekevät työn", "Ei ole mitään eroa vieraiden ja täkäläisten välillä", "Valkoinen johtakoon" tai "Kyllä (siis tansanialainen työntekijä), sillä he tuntevat tilanteemme".

8. Pohdinta

8.1 Opinnäytetyön toteutus ja tulokset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Tansaniassa ESAO-projektin kautta vuosina 1995 - 1999 annettua apua, avustuksen huoltajien näkemää subjektiivista merkitystä avustetuille perheille sekä saada tietoja avustettujen lasten nykyisistä elinolosuhteista. Saatujen tietojen kautta takoituksena oli pystyä pohtimaan kyseisen kehitysyhteistyöprojektin terveyttä edistävää merkitystä sekä saamaan kehitysehdotuksia vastaavien projektien kehittämiseen.

Kuten WHO:n "Globaalien terveyden näkökulmia" kuvassa havainnollistettiin sekä Torpan (2004) artikkelissa mainittiin, terveyden edellytyksiä voidaan mitata ja kehittää eri tavoin monien eri tieteenalojen ja tahojen kautta. Senpä takia tässä työssä esille nousevat kehitysyhteistyön mahdollisuudet terveyden edistämiseen ovat hyvin laajat. Terveyden edistämisen teoreettisessa viitekehyksessä painotettiin Pietilän (2008) ja Länsimiehen (2008) mainitsemia kulttuurillista perustaa sekä yksilön voimaantumista terveyden edistämisen lähtökohtana. Kulttuurillista ja eettistä terveyden edistämisen pohdintaa olisi työssä voinut syventääkin. Työssä kuvailtiin terveyden edistämisen pyrkimystä WHO:n perustusasiakirjan mukaisesti; terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, kokonaisuus sekä jokaisen oikeus. (WHO 2007). Jaottelun käyttäminen työssä selkeytti opinnäytetyötä. Se antoi työkaluja avustettavien perheiden tarpeiden mukaisen avustuksen, sen merkityksen jaotteleluun ja arvioimiseen selkeyttäen myös kyselylomakkeen suunnittelua sekä tulosten analysointia. Hengellisten tarpeiden huomioiminen edellisten lisäksi antoi myös opinnäytetyölle lisää painoarvoa.

Terveyden edistämisestä olisi riittänyt opinnäytetyön ainoaksi aiheeksi. Kehitysyhteistyön teoreettinen tarkastelu antoi kuitenkin työlle monikulttuurillisen näkökulman, jonka tarkoituksena oli antaa lukijalle uutta pohdittavaa kehityksen lähtökohdista ja sen vaikutuksista terveyden edistämiseen. Kehitysyhteistyön lähestymistavoissa esitetty voimaantumisen sekä Siitosen & Robinsonin (2001) ja Järvisen (2007) mukaan sen omistajuus ja innovatiot oli yksi opinnäytetyön keskeisimmistä kestävästä kehityksen lähtökohdista.

Määrällisestä survey-tutkimuksen tehtävästä muun muassa Hirsjärvi&co (2009) ja Viikka (2007) mainitsevat sen pyrkimyksenä olevan ilmiön kuvailun tai selittämisen. Tässä opinnäytetyössä käytetty määrällinen empiirinen tutkimusote soveltui kokemukseräisen tiedon keräämiseen ja ilmiön selittämiseen, joskin tutkimusjoukko oli pieni useimpiin määrällisiin tutkimuksiin verrattuna. Avustuksen sekä terveyttä edistävän merkityksen kartoittaminen huoltajien näkökulmasta toteutui. Toiseksi resurssien käytön suhteen määrällinen tutkimusote soveltui tähän tutkimukseen pelkkää laadullista tutkimusotetta paremmin. Laadullisen ongelmina mahdollisesti olisi muun muassa raskaampi analysoitavuus kielihaasteiden takia, korkeammat tutkimuskustannukset ja vääristymät tutkijan ollessa ulkomaalainen. Laadullisen tutkimuksen tuloksiset olisi mahdollisesti erilaisia tutkittavien ollessa taustaltaan verbaalisesta kertomakulttuurista.

Vaikka opinnäytetyö perustui aineistonkeruussa ja analyysissa määrällisen tutkimuksen menetelmiin, kyselylomakkeessa olevilla puolistrukturoiduilla kysymyksillä täydennettiin muun muassa Tuomen & Sarajärven (2002) mukaan parhaiten määrällistä tutkimusotetta (Viikka 2005). Aineistonkeruussa oli useita riskitekijöitä, kuten vastauksien turvallinen turvallinen lähettäminen Suomeen ja tutkimusjoukon tavoitettavuus. Aineistonkeruu toteutui silti suunnitellusti ja on kyseisellä tutkimusjoukolla toistettavissa. Puolistrukturoidun kyselylomakkeen käyttämisellä pelkän strukturoidun sijaan saatiin syvempää tietoa esimerkiksi avustuksen merkityksestä tai kehitysehdotuksista näin lisäten kertauskysymyksiä kanssa aineistonkeruun validiteettiä. Sensitiivisyydellä oli tärkeä rooli sekä tiedonkeruussa että analyysissä yksilötason terveyden edistämisen ja sen tutkimuksen perustuessa Pietilän (2008) mukaan eettiseen ja kulttuurilliseen ulottuvuuteen.

Koska opinnäytetyö perustuu tilanteeseen, jossa ei ole tutkimusjoukosta vertailuaineistoa, kyselylomake ja mittarit suunniteltiin vertailemalla muiden määrällisten tutkimuksia. Muun muassa Tausin (2009) tutkimuksessa tutkimuskysymykset menivät huomattavasti syvemmälle todeten validiteettiin merkittävänä osana vaikuttaneen muun muassa se, että elintaso tutkittaessa otettiin laajasti huomioon myös fyysinen, taloudellinen, inhimillinen ja sosiaalinen pääoma, eikä pelkkää taloudellista pääomaa. Kyselylomakkeesta saatujen tulosten kautta ilmeni joitain käänösvaiheissa tulleita inhimillisiä virheitä sekä käsitteellistä epävarmuutta siitä huolimatta, että kielellisen ymmärrettävyyden ja kulttuurillisen sovinnaisuuden selvittämiseksi oli käytetty käännetyn kyselylomakkeen esitestausta. Osa työssä

käytetyistä muuttujista ei myöskään tuottanut merkittävää tietoa avustuksesta tai sen terveyttä edistävästä merkityksestä. Tutkimuksen vastauksissa esiintyi joitain systemaattisia virheitä, kuten ristiriitaisia tietoja lapsien lukumäärästä tai lapsikohtaisien tietojen epämääräisyyttä. Kyselyyn vastanneista huoltajista valtaosa oli tansanialaisen mittapuun mukaan vanhoja, 56 - 65 vuotiaita, tansanialaisen odotettavan eliniän UM:n (2008) mukaan ollessa 51 vuotta, josta johtuen muistivirheet hyvinkin mahdollisia. Harkinnanvaraisen näyteen luotettavuutta perusjoukkoon nähden ei voida osoittaa vertailuaineiston puutteen vuoksi. Vertailuaineiston puute toisaalta antaa työlle relevanttiutta.

Tuloksien materiaalisena avustuksena tuloksena projektin perheille merkittävimpinä avustuksina arvioitiin olevan ruoka- ja vaateavun ja niiden ravitsemuksellista ja vaateavun parantavaa merkitys. Kuitenkin Tausin (2009) tutkimuksessa esiinnousseet terveyttä edistävien palvelujen saavutettavuus (kuten maksukyky) ja siihen liittyvät ongelmat Tansaniassa olivat jokaisen tähänkin tutkimukseen osallistuneen perheen arkea ja mahdollisesti siksi noussut tässäkin kyselytutkimuksessa sille korostuneena avustusmuotona 3/4 arvioidessa projektin sairauksien vähentävän merkityksen pääasiassa kohtalaiseksi tai suureksi puolen vastanneista saadessa myös terveysneuvontaa. Projektissa oli katsottu aikaisen sairauksiin puuttumisen sekä siten terveyden edistämisen olevan lasten elinehto esimerkiksi huoltajan sairastuessa vakavasti malariaan.

Näytteessä saatu yksilöllistä henkisen ja hengellisen ohjauksen ja neuvonnan tulos on kyseiselle kehitysyhteistyöprojektille positiivinen. Materiaalisen avustustoiminnan lomassa huoltajan ja lasten psyykkisten ja hengellisten tarpeiden huomioiminen jää helposti vähemmälle. Ohjauksen ja neuvonnan kyselyosiota olisi tullut kuitenkin laajentaa, että osion tuloksista olisi pystynyt hyödyntämään paremmin.

Järvisen (2007) mainitsemista kehitysyhteistyön sosiaalisen voimaantumisen näkökulmista korostuu tässä opinnäytetyössä avustettujen orpojen koulumotivaatiota ja koulutuksen hyödyntäminen, menestyksen ja ammatillisen pätevyyden sekä sen myötä mahdollisuuden sosioekonomisen aseman parantuminen. Sosiaalisen voimaantumisen tulosten yhteenvetona koulutus arvioitiin ylivoimaisesti tärkeimmäksi ESAO:n kautta annetuksi avustusmuodoksi lapsille. Sen merkitys lasten edistymisessä arvioitiin suureksi. Useat tutkimuksen lapsista oli myös parantanut tansanialaisen mittapuun mukaan sosioekonomista asemaansa paremmalla työllä sekä korkeamman koulutuksen saaneiden määrän kaksinkertaistuessa tutkimusajasta tähän päivään. Täten tuloksista voidaan vetää johtopäätös terveyden edistymisen parantuneisiin mahdollisuuksiin. Bakerin (2005) mukaan naisten ollessa heikommassa asemassa perheiden tehdessä koulutusta koskevia investointipäätöksiä, projekti pyrki ottamaan huomioon tasa-arvokysymyksen sekä terveyden edistämisen näkökulman mahdollista etenkin tyttölapsien koulutuksen. Naisten koulutuksen ja sen vaikutus terveyden edistymiseen on avainasemassa heidän ollessa pääasiallisessa vastuussa perheen hygienian, ravitsemuksen ja kasvatuskysymyksistä.

8.2 Validiteetti ja eettisyys

Työssä käytettyjen frekvenssien kautta saatiin sisällönanalyysin syventämä kuva kartoitettavasta avustuksesta ja sen terveyttä edistävästä merkityksestä avustetuille perheille. Tutkimusaineiston ja analyysin avulla saatiin vastauksia tutkimusongelmaan, joiden mukaan Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2009) ja Anttilan (2005) ehdottavat aineiston analyysimenetelmän olevan validi. Aineiston analyysi eteni johdonmukaisesti aineiston tilastoimiseen määrällisinä frekvenssitaulukkona sekä laadullisten kysymysten aukikirjoituksena. Tuloksessa esiintyvät virheet voivat kuitenkin vaikuttaa tutkimuksen validiteettiin ja tiedon yleistettävyyteen. Vilkan (2005) ja Heikkilän (2004) mainitseminen merkitysten muutosalttiuden ja muistivirheiden aiheuttama validiteettiriski oli tässä opinnäytetyössä jokseenkin suuri tutkimusajankohdan ollessa jokseenkin kaukainen. Työssä käytettävä kyselylomake esikäytettiin useiden kehitys yhteistyön ammattilaisten kautta kulttuurillista sekä kielellistä tuntemusta hyväksikäyttäen kuten Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2009) ja (Anttila 2005) ehdottavat validiteetin parantamiseksi.

Eettisyyden ja puolueettomuusnäkökulman huomioiminen Vilkan (2005) mukaan toteutui tässä opinnäytetyössä kyselytutkimukseen osallistuvien vapaaehtoisuuden, nimettömyyden ja sekä Fidan että kyselytutkimukseen osallistuneiden tutkimusluvan myötä. Tutkimukseen perehdytettyjen kansallisten avustajien käyttö, joihin useimmilla tutkimukseen osallistujilla oli syntynyt luottamus, lisäsi tutkimuksen eettisyyttä. Sitä, kuinka eettisesti ja luotettavasti kyselytutkimus paikanpäällä toteutettiin, ei voida todentaa. MWAOMI:n toimistossa toteutetulla kyselylomakkeidentäytöllä pyrittiin kuitenkin minimoimaan tutkimusjoukon mahdollinen AIDS-potilaaksi leimaantuvuus tutkittavien ollessa elinympäristönsä ulkopuolella. Aineistonkeruun eettisiin kysymyksiin paneuduttiin henkilökohtaisessa tapaamisessa Tansaniassa viime kesänä sekä syksyn aikana sähköpostin välityksellä. Tutkimuksen toteutuksen aikana eettiseksi ongelmiksi nousi tutkimusjoukon oletus/ toive päästä uudelleen avustuksen piiriin siitä huolimatta, vaikka tutkimusta ennen jokaiselle oli kerrottu tutkimuksen tausta sekä tarkoitus. Tavoitetun tutkimusjoukon kato taas tansanialaisten tutkimusavustajien mukaan johtui mahdollisesti perheiden tiukasta rahallista tilanteesta, vaikka tutkimukseen osallitujille korvattiin takautuvasti tutkimuspäivän matka- ja ruokarahat.

Opinnäytetyössä tuloksia saatiin tutkimusjoukolta, joka vastasi suunniteltua 10 - 20 huoltajaa sekä 40 - 70 avustetun lapsen määrää. Saatujen tietojen pohjalta pystyttiin kartoittamaan annettua avustusta ja arvioimaan avustuksen merkitystä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä ihmisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden kautta. Tässä työssä vastausten hajonta osoittaa kyselytutkimuksen tuloksen validiutta sekä eettisyyttä. Näytteen harkinnanvaraisuuden ja vertailuaineiston puutteen tähden ei tuloksia voi kuitenkaan yleistää. Niiden pohjalta on mahdollista nähdä terveyden edistämiseen tähtäävän

kehitysyhteistyön suuntaa-antavia kehittämistarpeita sekä kehitysyhteistyön yleisiä eettisiä ongelmakohtia.

Opinnäytetyön arvoa nostaa se, että työn kautta saatuja tuloksia on pystytty jo käyttämään kesällä 2010 kansallisesti jatkuneen MWAOMI:n ja sen kautta annettavien terveyttä edistävien toimintojen kehittämiseksi. Yhdessä MWAOMI:n työntekijöiden kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta tarpeiksi nousi terveysneuvonnan lisääminen, koulutuksen kautta voimaantumisen tukeminen niin, että opiskelijoilla olisi riittävä materiaali, aika ja perheiden tuki käytössään opiskeluissa menestymiseksi. Tulosten pohjalta on lisäksi toteutettu Fida:n erillisestä pyynnöstä ESAO-projektin Post Impact Evaluation raportti.

Jatkotutkimuksen aiheita

- 1) Laadullinen tutkimus; Tansaniaalaisten nuorten terveystietoisuudesta?
- 2) Määrällinen tutkimus; Voimaantumisen kautta lisääntynyt terveyden edistyminen?

Lähteet

- Anttila, P. 2005. *Ilmaisu, teos, tekeminen ja tutkiva toiminta*. Hamina: Akatiimi.
- Baker, I. 2005. *Naisten oikeudet ja vuosituhattavoitteet kulkevat käsi kädessä*. <http://www.kepa.fi/uutiset/4069/> Luettu 12.5.2009.
- Becker, G. 2008. *The Concise Encyclopedia of economics*. <http://econlib.org/library/Enc/HumanCapital.html>. Luettu 12.5.2009.
- Cambers, R. 2005. *Ideas for Development*. Earthscan, London: Sterling VA.
- ESAO projektiraportti, 2000. Fida International ry.
- Heikkilä, T. 2008. *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hirsjärvi, S., Rees, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Holm, M., 2009. *Opinnäytetyö; Asiakaslähtöinen kyselytutkimus ennaltaehkäisevän vanhustyön terveystapaamisista Haminassa, Kymenlaakson ammatikorkeakoulu*.
- Holopainen, M. Tenhunen, L. & Vuorinen, P., 2004. *Tutkimusaineiston analysointi ja SPS*, Hamina: Yrityssanoma Oy.
- Järvinen, T. 2007. *Empowerment - A Challenge of Non-Governmental Organizations in Development Cooperation Partnership*, Tampereen yliopisto.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K., 2009. WSOYpro OY.
- Karlsson, Å. & Marttala, A., 2001. *Projektikirja - onnistuneen projektin tuottaminen, Kauppakaari*.
- Katsui, H., 2006. *Civil Society Reconsidered; A Critical Look at NGOs in Development Practice ; Maximising Ownership of South; Modality of Direct Project Funding in the Development System*, 84-93, 111-141, University of Helsinki.
- Kehitysavusta kumppanuuteen, 2004. Toimittanut Silvast, U., Aikamedia Oy.
- Lehtonen, J. *Yritystalous* 4/1999. 82-84.
- Länsimies, E. 2008. *Terveysvalinnat ovat eettisiä*. *Savon Sanomat* 13.5.2008. <http://www.savonsanomat.fi/mielipide/artikkelit/terveysvalinnat-ovat-ettisi%C3%A4/124819> Luettu 29.4.2010
- Marshall, T. 2010. (henkilökohtainen tiedonanto) *Tansaniassa työskennellyt vuosina 1995 - 1999*
- Methods in Development Research, Combining Qualitative and Quantitative Approaches*. 2005. toim. Holland, J. & Chambell, J., University of Wales Swansea.
- Metsämuuronen, J. 2005. *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä*. Jyväskylä: Gummerus.
- OPH, Opetushallitus - *televaisuudentutkimus ja ennakointi* <http://www.oph.fi/page.asp?path=1,443,3086,3987,19384,25359,25360,28361> Luettu 12.9.2009.

- Pietilä, A-M., Länsimies-Antikainen H., Halkoaho A. ja Vähäkangas K.; 2008. Terveyden edistämisen tutkimuksen eettinen ja menetelmällinen perusta. *Hoitotiede* Vol. 20, no 6, 304-313.
- Rekola, J. 1994. 0,28% itsekkyyden asteikolla. Helsinki.
- Rohweder, L. 2007. Kyselytutkim.; Miten kestävä kehitys näkyy ammattikorkeakouluissa. Power Point Esitys
<http://www.google.fi/search?hl=fi&client=firefox-a&hs=5pS&rIs=org.mozilla%3Afi%3Aofficial&channel=s&q=rohwerder%2C+2007%2C+kyselytutkimus&btnG=Haku&meta=&aq=f&oq>. Luettu 12.9.2009.
- Routamaa, V. 2004. Jaksa ja auta jaksamaan - turhaumien salaiset viestit. Itsetuntemuksesta voimaa työssä jaksamiseen, nro 23, s. 40-42.
- Ruohonen, J. 2008. Opinnäytetyö; Kalojen terveysvaikutus. Satakunnan amk.
- Siitonen, J. & Robinson, H. 2001. Pohdintaa voimaantumisesta. Teoksessa: Järvisalo, L. (toim.) Muutoksen kautta kasvuun. Kotilo ry:n julkaisuja. Pieksämäki: RT-Print Oy
- STM, Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Terveyden edistämisen määrärahan käyttösuunnitelma vuodelle 2009. Luettu 20.11.2009.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42735&name=DLFE-5311.pdf.
- Stähle, P. & Grönroos, M. 1999. Tietopääoma, yrityksen kilpailutekijänä, WSOY.
- Swantz, M-L. 1986. Suomen kehitysyhteistyön merkityksestä Tansanian naisille, Tasa-arvoasiain monisteita 1986/2.
- Tausi M. Kida. 2009. The System Interaction of Health Care Market and Urban Poverty in Tanzania. The Hague: Erasmus University Rotterdam.
- Tikkanen, A. 2005. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö; Lasten luuston terveyden edistäminen neuvolassa ja päiväkodissa - Kyselytutkimus lasten neuvoloille ja päiväkodeille.
- Torppa, M., 2004. "Ihan tervettä; näkökulmia terveyden käsitteeseen", Kunnallislääkäri no 4B.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- UM 2010. Afrikka Suomen ulkopoliitikassa. Ulkoasianministeriön julkaisuja 2010/4.
- UM 2009. Kehityspoliitikka ja kehitysyhteistyö 2008.
- UM kehitysviestintä, Global.finland
<http://global.finland.fi/public/default.aspx?culture=fi-FI&contentlan=1>. Luettu 12.9.2009.
- UM 2008. Suomen kehitysyhteistyö 2007, Erweko Oy.
- UM 2001. Suomen kehitysyhteistyö 2000, Ulkoasiainministeriö, Uusimaa Porvoo.
- UM 1996. Suomen kehitysyhteistyö 1994, Ulkoasiainministeriö, Edita Oy.
- UNESCO 2000. UNESCO Modul 8; Guidance and Counselling Programme Development. Power N.C., Zambia. France: UNESCO
portal.unesco.org/.../ev.php-URL_ID=34630&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
 Luettu 3.9.2010

YK; 2008 "Delivering on the Global Partnership for Achieving the Millennium Development Goals" -raportti.

Viikka, H. 2007. Tutki ja mittaa; määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Viikka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Vertio, H. 2003. Terveysten edistäminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Werner, D. 1993. Where there is no doctor, The Hesperian Foundation, The Macmillan Press LTD, New reversed ed.

Willis, E. 1992. Radical Feminism and Feminist Radicalism, Collected in No More Nice Girls: Countercultural Essays, Wesleyan University Press.

WHO, 2007, World Health Organization Maximizing Positive Synergies Research Project, Futures Conference. 6.-8. November 2007.
<http://globalhealthdelivery.org/blog/>. Luettu 3.5.2009.

Liitteet

Liite 1. Kyselylomake suomeksi

Liite 1

KYSELYLOMAKE - Vuosina 1995 – 1999 ESAO:n kautta avustettujen orpojen huoltajalle*Hyvä ESAO-projektiin osallistunut huoltaja!**Tämän tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa ESAO-projektin antamasta avusta osallistuneiden perheiden näkökulmasta.**Rastita lähimpänä mielipidettäsi oleva vaihtoehto ja lisäkysymyksissä vastaa näkemyksesi mukaisesti. Kirjoitustilan olleessa riittämätön, voit jatkaa paperin kääntöpuolelle. Vastauksesi on tärkeä avustustoiminnan kehittämiseksi! Kiitos!***Annan luvan käyttää antamiani tietoja terveysvaikutteisen kehitysyhteistyön arvioinnissa ja kehittämisessä** kyllä en**A) Perhetausta**

1. Huoltajan ikä vuonna 1995 10-15 16-25 26-35 36-45 46-55 56 -
2. Huoltaja on lapsen vanhempi sisarus isovanhempi sukulainen
 muu
3. Huoltajan tulotilanne tuona aikana palkkatyö viljelijä yrittäjä koululainen
 ei vakituista tuloa
4. Huollettavien orpojen lukumäärä 1 2 3 4 5 6 7
5. Montako heistä avustettiin ESAO:n kautta 1 2 3 4 5 6 7
6. Montako lasta perheessänne oli kaikkiaan 1 2 3 4 5 6 7
7. Minkä tason opintoihin lapsia avustettiin ESAO:n kautta vuosien 1995-1999 aikana ja montako heistä oli tyttöjä ja montako poikia? Alle kouluikäisten tyttöjen/ poikien lukumäärä?

	alle koulu-ikäisiä	esikoulu	peruskoulu	lukio	ammattilliset opinnot	yliopisto
tyttöjä						
poikia						

B) Saatu avustus

8. Laita X = rasti siihen kohtaan, mitä avustusta perheenne sai ESAO: n kautta?

a) Fyysisiin perustarpeisiin liittyvä avustus (materiaaliapu)

- lääkkeitä sairaala-/ hoitomaksu
 ruoka-apu vaatteita
 viljelytarvikkeita siemenvilja rakennustarvikkeita asunnon kunnostus
 muuta, mitä? _____

b) Psykkisiin tarpeisiin liittyvä avustus (tiedonsiirto)

- terveysneuvonta henkinen tuki ja ohjaus hengellinen tuki ja ohjaus

c) Sosiaalisiin/ yhteisöllisiin tarpeisiin liittyvä avustus (voimaannuttaminen)

- esikoulumaksu peruskoulumaksu lukiomaksu ammatill. koulutuksen maksut
 yliopistomaksu
 koulupuku koulukengät kouluvälineet koululaukku matkaraha
 tuttion
 pienlaina pienlainakoulutus

C) Projektissa saadun avun arviointia

9. Miten arvioit ESAO:n antaman avun merkitystä huollettavien orpojen elämäntilanteessa vuosina 1995 - 1999?

a)

1. Sairautta vähentävä merkitys
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri
2. Ravitsemusta edistävä merkitys
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri
3. Vaatetusta parantava merkitys
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri
4. Asumisen laatua kohentava merkitys
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri
5. Merkitys viljelyksellä saatavaan elinkeinon
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri
6. Jonkun muun saamane avustuksen, minkä _____ merkitys
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri

b)

1. Psykkistä tasapainoa tukeva merkitys
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri
2. Henkistä tasapainoa tukeva merkitys
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri
3. Hengellisiä tarpeita tukeva merkitys
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri

c)

1. Merkitys opintojen aloittamisessa
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri
2. Merkitys opiskelijan edistymisessä opinnoissaan
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri
3. Merkitys opintojen jatkamisessa avun loputtua
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri
4. Koulutuksen merkitys taloudellisen aseman kohenemisessä
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri
5. Pienlajan saannin merkitys taloudellisen aseman kohenemisessä
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri
5. Pienlajakoulutuksen merkitys yrityksen ylläpidossa
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri

10. Millaista apua olisitte tarvinneet enemmän? _____

11. Millainen apu oli tarpeetonta? Miksi? _____

12. Millainen apu tilanteessanne oli/ olisi ollut mielestäsi teille huoltajana tarpeellista? Miksi?

13. Millainen apu tilanteessanne oli/ olisi ollut mielestäsi huollettaville lapsille tarpeellista?
Miksi? _____

14. Aiheutuiko annetusta avusta ongelmia? ei kyllä, missä?
 lasten kesken perheen kesken perheen kesken yhteisössä muualla, missä?

15. Millaisia ongelmia avusta aiheutui? _____

16. Miten selviydyitte niistä? _____

17. Miten ongelmilta olisi voinut välttyä? _____

18. Kuinka paljon mielestäsi annetulla avulla on merkitystä huollettavien nykyiseen
terveydentilaan?
 ei yhtään vähän en osaa sanoa paljon erittäin paljon

19. Kuinka paljon mielestäsi annetulla avulla on merkitystä huollettavien nykyiseen ammattiin?
 ei yhtään vähän en osaa sanoa paljon erittäin paljon

20. Kuinka paljon mielestäsi annetulla avulla on merkitystä huollettavien nykyiseen
taloudelliseen tilaan?
 ei yhtään vähän en osaa sanoa paljon erittäin paljon

21. Miten paljon annettu apu on auttanut mielestäsi huollettavia lapsia etenemään
elämässään?
 ei yhtään vähän en osaa sanoa paljon erittäin paljon

22. Millainen apu mielestäsi vaikutti eniten huollettavia saavuttamaan nykyisen
elämäntilanteen? _____

23. Jos saitte pienlainaa johonkin perheenne tulonhankintaprojektiin = pienyritys,
millainen merkitys pienlainalla oli perheenne tulonsaannissa?
 ei yhtään vähän en osaa sanoa paljon erittäin paljon

24. Jos aloititte pienyrityksen projektin tukemana, jatkuuko yritys vielä? kyllä ei

D) Projektin kehittämisehdotukset

25. Millainen oli mielestäsi ulkomaalaisten projektityöntekijöiden tietämys paikallisesta toimintatavoista ja kielestä?

erittäin huono huono en osaa sanoa hyvä erittäin hyvä

26. Millaista oli toimia ulkomaalaisten projektityöntekijöiden kanssa?

erittäin vaikeaa vaikeaa en osaa sanoa helppoa erittäin helppoa

27. Olisitko halunnut mieluummin toimia yhteistyössä kansallisen projektityöntekijän kanssa ja miksi? _____

28. Millaisia valintamahdollisuuksia perheellä oli avun suhteen? _____

29. Miten projektia voisi mielestäsi kehittää perheen näkökulmasta? _____

E) Projektissa avustettujen lasten nykyinen elämäntilanne

Täytä jokaisesta avustetusta lapsesta tiedot a), b), c) jne. kohtiin lapsiluvun mukaan!

30 a) Huollettavan nykyinen ikä; 15-19 20-24 25-29 30-35 jos kuollut, kuolinikä ___

Sukupuoli; tyttö poika

Nykyinen koulutustaso; keskenjäänyt peruskoulu peruskoulu lukio
 ammattikoulu tai muu ammatillinen koulutus yliopisto
 - Onko hän pystynyt jatkamaan opintojaan siitä, mihin asti ESAO avusti? kyllä ei

Sosiaalinen asema; naimisissa naimaton avoliitossa

lapsia 1 2 3 4 5 iät ____, ____, ____, ____, ____

Taloudellinen asema; päiväpalkk. käsityöläinen toimistotyö viljelijä yrittäjä

- asumismuoto yhdessä huoltajan kanssa omistusasunto vuokralla

työsuhdeasunto muualla/ muu asumismuoto, mikä? _____

- asuntoalue asuu kaupungissa asuu maalla

Terveys; hyvä kohtalainen heikko sairas kuollut

Jos sairas, mikä/ mitkä sairaudet? _____

Avun merkitys; - Millainen merkitys mielestäsi avustuksella oli tälle lapselle a?

erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri

- Onko hän mielestäsi pystynyt edistymään elämässään avustuksen vaikutuksesta?

erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri

- 30 b) Huollettavan nykyinen ikä;** 15-19 20-24 25-29 30-35 jos kuollut, kuolinikä ___
Sukupuoli; tyttö poika
Nykyinen koulutustaso; keskenjäänyt peruskoulu peruskoulu lukio
 ammattikoulu tai muu ammatillinen koulutus yliopisto
 - Onko hän pystynyt jatkamaan opintojaan siitä, mihin asti ESAO avusti? kyllä ei
Sosiaalinen asema; naimisissa naimaton avoliitossa
 lapsia 1 2 3 4 5 iät ____, ____, ____, ____, ____
Taloudellinen asema; päiväpalkk. käsityöläinen toimistotyö viljelijä yrittäjä
 - asumismuoto yhdessä huoltajan kanssa omistusasunto vuokralla
 työsuhdeasunto muualla/ muu asumismuoto, mikä? _____
 - asuntoalue asuu kaupungissa asuu maalla
Terveys; hyvä kohtalainen heikko sairas kuollut
 Jos sairas, mikä/ mitkä sairaudet? _____
Avun merkitys; - Millainen merkitys mielestäsi avustuksella oli tälle lapselle **b**?
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri
 - Onko hän mielestäsi pystynyt edistymään elämässään avustuksen vaikutuksesta?
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri

- 30 c) Huollettavan nykyinen ikä;** 15-19 20-24 25-29 30-35 jos kuollut, kuolinikä ___
Sukupuoli; tyttö poika
Nykyinen koulutustaso; keskenjäänyt peruskoulu peruskoulu lukio
 ammattikoulu tai muu ammatillinen koulutus yliopisto
 - Onko hän pystynyt jatkamaan opintojaan siitä, mihin asti ESAO avusti? kyllä ei
Sosiaalinen asema; naimisissa naimaton avoliitossa
 lapsia 1 2 3 4 5 iät ____, ____, ____, ____, ____
Taloudellinen asema; päiväpalkk. käsityöläinen toimistotyö viljelijä yrittäjä
 - asumismuoto yhdessä huoltajan kanssa omistusasunto vuokralla
 työsuhdeasunto muualla/ muu asumismuoto, mikä? _____
 - asuntoalue asuu kaupungissa asuu maalla
Terveys; hyvä kohtalainen heikko sairas kuollut
 Jos sairas, mikä/ mitkä sairaudet? _____
Avun merkitys; - Millainen merkitys mielestäsi avustuksella oli tälle lapselle **c**?
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri
 - Onko hän mielestäsi pystynyt edistymään elämässään avustuksen vaikutuksesta?
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri

- 30d) Huollettavan nykyinen ikä;** 15-19 20-24 25-29 30-35 jos kuollut, kuolinikä ___
Sukupuoli; tyttö poika
Nykyinen koulutustaso; keskenjäänyt peruskoulu peruskoulu lukio
 ammattikoulu tai muu ammatillinen koulutus yliopisto
 - Onko hän pystynyt jatkamaan opintojaan siitä, mihin asti ESAO avusti? kyllä ei
Sosiaalinen asema; naimisissa naimaton avoliitossa
 lapsia 1 2 3 4 5 iät ____, ____, ____, ____, ____
Taloudellinen asema; päiväpalkk. käsityöläinen toimistotyö viljelijä yrittäjä
 - asumismuoto yhdessä huoltajan kanssa omistusasunto vuokralla
 työsuhdeasunto muualla/ muu asumismuoto, mikä? _____
 - asuntoalue asuu kaupungissa asuu maalla
Terveys; hyvä kohtalainen heikko sairas kuollut
 Jos sairas, mikä/ mitkä sairaudet? _____
Avun merkitys; - Millainen merkitys mielestäsi avustuksella oli tälle lapselle **d**?
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri
 - Onko hän mielestäsi pystynyt edistymään elämässään avustuksen vaikutuksesta?
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri

- 30 e) Huollettavan nykyinen ikä;** 15-19 20-24 25-29 30-35 jos kuollut, kuolinikä ___
Sukupuoli; tyttö poika
Nykyinen koulutustaso; keskenjäänyt peruskoulu peruskoulu lukio
 ammattikoulu tai muu ammatillinen koulutus yliopisto
 - Onko hän pystynyt jatkamaan opintojaan siitä, mihin asti ESAO avusti? kyllä ei
Sosiaalinen asema; naimisissa naimaton avoliitossa
 lapsia 1 2 3 4 5 iät ____, ____, ____, ____, ____
Taloudellinen asema; päiväpalkk. käsityöläinen toimistotyö viljelijä yrittäjä
 - asumismuoto yhdessä huoltajan kanssa omistusasunto vuokralla
 työsuhdeasunto muualla/ muu asumismuoto, mikä? _____
 - asuntoalue asuu kaupungissa asuu maalla
Terveys; hyvä kohtalainen heikko sairas kuollut
 Jos sairas, mikä/ mitkä sairaudet? _____
Avun merkitys; - Millainen merkitys mielestäsi avustuksella oli tälle lapselle e?
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri
 - Onko hän mielestäsi pystynyt edistymään elämässään avustuksen vaikutuksesta?
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri

- 30 f) Huollettavan nykyinen ikä;** 15-19 20-24 25-29 30-35 jos kuollut, kuolinikä ___
Sukupuoli; tyttö poika
Nykyinen koulutustaso; keskenjäänyt peruskoulu peruskoulu lukio
 ammattikoulu tai muu ammatillinen koulutus yliopisto
 - Onko hän pystynyt jatkamaan opintojaan siitä, mihin asti ESAO avusti? kyllä ei
Sosiaalinen asema; naimisissa naimaton avoliitossa
 lapsia 1 2 3 4 5 iät ____, ____, ____, ____, ____
Taloudellinen asema; päiväpalkk. käsityöläinen toimistotyö viljelijä yrittäjä
 - asumismuoto yhdessä huoltajan kanssa omistusasunto vuokralla
 työsuhdeasunto muualla/ muu asumismuoto, mikä? _____
 - asuntoalue asuu kaupungissa asuu maalla
Terveys; hyvä kohtalainen heikko sairas kuollut
 Jos sairas, mikä/ mitkä sairaudet? _____
Avun merkitys; - Millainen merkitys mielestäsi avustuksella oli tälle lapselle f?
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri
 - Onko hän mielestäsi pystynyt edistymään elämässään avustuksen vaikutuksesta?
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri

- 30 g) Huollettavan nykyinen ikä;** 15-19 20-24 25-29 30-35 jos kuollut, kuolinikä ___
Sukupuoli; tyttö poika
Nykyinen koulutustaso; keskenjäänyt peruskoulu peruskoulu lukio
 ammattikoulu tai muu ammatillinen koulutus yliopisto
 - Onko hän pystynyt jatkamaan opintojaan siitä, mihin asti ESAO avusti? kyllä ei
Sosiaalinen asema; naimisissa naimaton avoliitossa
 lapsia 1 2 3 4 5 iät ____, ____, ____, ____, ____
Taloudellinen asema; päiväpalkk. käsityöläinen toimistotyö viljelijä yrittäjä
 - asumismuoto yhdessä huoltajan kanssa omistusasunto vuokralla
 työsuhdeasunto muualla/ muu asumismuoto, mikä? _____
 - asuntoalue asuu kaupungissa asuu maalla
Terveys; hyvä kohtalainen heikko sairas kuollut
 Jos sairas, mikä/ mitkä sairaudet? _____
Avun merkitys; - Millainen merkitys mielestäsi avustuksella oli tälle lapselle g?
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri
 - Onko hän mielestäsi pystynyt edistymään elämässään avustuksen vaikutuksesta?
 erittäin vähäinen vähäinen en osaa sanoa melko suuri erittäin suuri

Kiitos avustasi!
