

# MAUSTE-hankkeen arviointisuunnitelma RE-AIM-mallin mukaan

Marianne Heinineva  
Jenni Määttä

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2016  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Terveystieteiden koulutusohjelma, ylempi AMK

Tekijä(t) Heinineva, Marianne Määttä, Jenni	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä Lokakuu 2016
	Sivumäärä 57	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi <b>MAUSTE- hankkeen arviointisuunnitelma RE-AIM -mallin mukaan</b>		
Tutkinto-ohjelma Terveiden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK		
Työn ohjaaja(t) Mari Punna, Riitta Ala-Luhtala		
Toimeksiantaja(t) Riitta Ala-Luhtala		
Tiivistelmä: <p>MAUSTE on Jyväskylän ammattikorkeakoulun ja Savonia-ammattikorkeakoulun kanssa yhteistyössä vuosina 2015–2016 toteutettava maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden sekä turvataitojen edistämisen hanke. MAUSTE-hankkeen tavoitteena on ehkäistä seksuaali- ja lisääntymisterveyden ongelmia vahvistamalla maahanmuuttajien terveystietoa seksuaalisuudesta sekä lisätä ammattilaisten monikulttuurista seksuaaliterveyden osaamista.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli laatia MAUSTE-hankkeen arviointisuunnitelma RE-AIM -mallin mukaan. RE-AIM -mallin mukaiseen arviointisuunnitelmaan kuuluu saavutettavuuden, vaikuttavuuden, omaksumisen, toimeenpanon ja ylläpidon arviointi. Arviointisuunnitelmalla selvitettiin MAUSTE-hankkeen vaikuttavuutta.</p> <p>MAUSTE-hanke koostui viidestä eri työpaketista, joihin jokaiseen oli omat tavoitteet ja toteutustavat. Työpakettien sisältöön perehdyttiin kirjallisten kuvausten avulla, jotka auttoivat sopivien arviointimenetelmien valinnassa. Arviointimenetelmien aikaisempiin käyttöihin tutustuttiin, ja niiden valinnassa otettiin huomioon RE-AIM -mallin hyödynnettävyys. Arviointimenetelmiksi valikoituivat kyselylomakkeet, arvostava haastattelu ja onnistumiskartoitus.</p> <p>Arviointisuunnitelma laadittiin hyödyntäen hankkeen työpakettien tietoja sekä projekti-päälliköltä saatuja tietoja. Työpaketteihin hahmoteltiin tukikysymykset mukailien RE-AIM-mallia. Lisäksi arviointimenetelmien valinnassa huomioitiin työpakettien tavoitteet.</p> <p>Arviointisuunnitelman mukaisesti kerätty aineisto voidaan analysoida ja siitä voidaan tehdä yhteenvetoja. Hankkeesta saatuja kokemuksia sekä aineistoja voidaan hyödyntää maahanmuuttajien terveyden edistämiseksi tehtävässä työssä.</p>		
Avainsanat ( <a href="#">asiasanat</a> ) arviointi, arviointisuunnitelma, MAUSTE-hanke, RE-AIM, seksuaali- ja lisääntymisterveys, maahanmuuttaja, terveyden edistämisen arviointi		

## Description

Author(s) Heinineva, Marianne Määttä, Jenni	Type of publication Master's thesis	Date October 2016
	Number of pages 57	Language of publication: Finnish
		Permission for web publication: X
Title of publication <b>The evaluation plan of MAUSTE-project using RE-AIM framework</b>		
Degree programme Health promotion , master's degree		
Supervisor(s) Punna, Mari & Ala-Luhtala, Riitta		
Assigned by Ala-Luhtala, Riitta		
<p>Abstract</p> <p>MAUSTE is a project promoting the sexual and reproductive health and safety skills of immigrants implemented in co-operation with JAMK University of Applied Sciences and Savonia University of Applied Sciences in 2015 - 2016. The aim of the project was to prevent sexual and reproductive health problems by increasing immigrants' knowledge about sexuality. In addition, the aim was to develop professionals' knowledge of multicultural sexual health issues.</p> <p>The aim of the thesis was to prepare an evaluation plan for the MAUSTE-project according to the RE-AIM framework. The RE-AIM framework includes an assessment of reach, effectiveness, adoption, implementation and maintenance. The purpose of the evaluation plan was to examine the effectiveness of the MAUSTE project.</p> <p>The MAUSTE-project consisted of five different interventions each having its own objectives and implementation methods. Written descriptions of the content of the interventions were drafted in order to aid in the selection of suitable evaluation methods. The earlier use of the evaluation methods was also examined, and the RE-AIM framework was taken into account when the evaluation methods were selected. Suitable evaluation methods were deemed to be questionnaires, appreciative interviews and success appraisals.</p> <p>The evaluation plan was prepared based on the information gained from the interventions and that given by the project manager. Support questions in accordance with the RE-AIM framework were outlined for the interventions. The aims of the interventions were taken into account when selecting the evaluation methods. The analysis of the evaluation plan material can be compiled after which it can be utilized in immigrants' health promotion work.</p>		
Keywords/tags ( <a href="#">subjects</a> ) evaluation, evaluation plan, MAUSTE-project, RE-AIM, sexual and reproductive health, immigrant, Health promotion evaluation		

## Sisältö

<b>1 Johdanto</b> .....	<b>3</b>
<b>2 MAUSTE- hanke</b> .....	<b>4</b>
<b>3 Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus</b> .....	<b>8</b>
<b>4 Seksuaalisuus</b> .....	<b>8</b>
4.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveys .....	10
4.2 Seksuaalioikeudet ja turvataidot.....	11
4.3 Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveys .....	12
4.4 Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen .....	14
<b>5 Terveyden edistämisen arviointi</b> .....	<b>15</b>
5.1 Terveyden edistämisen hankkeiden arviointi .....	18
5.2 RE-AIM arvioinnin viitekehyksenä.....	21
<b>6 Opinnäytetyön toteutus</b> .....	<b>24</b>
<b>7 Valitut arviointimenetelmät</b> .....	<b>26</b>
<b>8 MAUSTE hankkeen arviointisuunnitelma</b> .....	<b>30</b>
8.1 Työpaketti I.....	30
8.2 Työpaketti II.....	31
8.3 Työpaketti III.....	32
8.4 Työpaketti IV .....	33
8.5 Työpaketti V .....	34
<b>9 Pohdinta ja tulosten tarkastelu</b> .....	<b>35</b>
<b>10 Johtopäätökset</b> .....	<b>39</b>
<b>Lähteet</b> .....	<b>42</b>
<b>LIITTEET</b> .....	<b>48</b>

LIITE 1. Työpaketti I .....	48
LIITE 2. Työpaketti II .....	50
LIITE 3. Työpaketti III .....	52
LIITE 4. Työpaketti IV .....	54
LIITE 5. Työpaketti V .....	56

## **Kuviot**

Kuvio 1. MAUSTE –hankkeen työpaketit ja niiden sisältö pääpiirteittäin.....	7
Kuvio 2. Arvionnin kartta (Aalto-Kallio ym. 2009.).....	18

## **Taulukot**

Taulukko 1. RE-AIM-mallin esimerkit MAUSTE-hankkeessa. (Jyväskylän ammattikorkeakoulu. 2014.).....	26
--	----

# 1 Johdanto

Maahanmuutto on lisääntynyt Suomessa globalisaation vuoksi kovaa vauhtia. 2000-luvulla maahanmuuttajien määrä on lähes kaksinkertaistunut ja yli puolet maahanmuuttajista tulee EU:n ulkopuolelta. (Valtioneuvoston periaatepäätös maahanmuuton tulevaisuus 2020 strategiasta 2013, 5,7.) Suomeen tulee perheen, opiskelun ja työn lisäksi paljon turvapaikanhakijoita, ja heidän määränsä on myös reilusti kasvussa. Vuonna 2015 myönteisiä turvapaikkapäätöksiä tehtiin yhteensä 1879, kun vuonna 2005 niitä tehtiin vain 597 (Turvapaikkatilastot- ja pakolaistilastot: turvapaikkapäätökset 2016.). Maahanmuutto on tuottanut Suomeen kansallisia, kielellisiä, kulttuurisia ja uskonnollisia vähemmistöjä, jotka tuovat mukanaan uudenlaisia vaikutteita. (Valtioneuvoston periaatepäätös maahanmuuton tulevaisuus 2020 strategiasta 2013, 8.)

MAUSTE on Jyväskylän ammattikorkeakoulun ja Savonia-ammattikorkeakoulun kanssa yhteistyössä vuosina 2015–2016 toteutettava maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden sekä turvataitojen edistämisen hanke, joka tavoittelee seksuaali- ja lisääntymisterveyden ongelmien ehkäisyä vahvistamalla maahanmuuttajien tietoa seksuaaliterveydestä. Lisäksi hankkeella halutaan kasvattaa lisääntymisikäisten maahanmuuttajanaisten seksuaaliterveyspalvelujen käyttöä ja maahanmuuttajamiesten osallistumista palvelujen piiriin. Maahanmuuttajien kanssa työskentelevien ammattihenkilöiden seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen tietoa ja taitoa kehitetään järjestämällä koulutusta ja jakamalla hankkeen kokemuksia. (Mauste-hankkeessa edistetään maahanmuuttajien ja ammattilaisten seksuaaliterveyden ja turvataitojen osaamista 2015.) MAUSTE-hankkeessa on viisi erilaista aihekokonaisuutta, joita kutsutaan työpaketeiksi. Hankkeen työpaketit ovat maahanmuuttajille ja heidän kanssaan työskenteleville suunnattuja kehityskohteita, jolla jokaisella on erikseen nimetty tavoite. Työpaketit ovat MAUSTE-hankkeen pienenpiin osiin jaettu osatavoitteita, joilla jokaisella on omat tekijät ja kohderyhmä.

Maahanmuuttajien seksuaaliterveyteen panostaminen on tärkeää. Väestöliiton (2009) tietojen mukaan maahanmuuttajilla on todettu enemmän ei-toivottuja raskauksia ja abortteja, enemmän HIV/Aidsia sekä koettua seksuaalista väkivaltaa. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä haasteita ovat sairauksien ja riskien epidemiologiaan liittyvät asiat, psykososiaaliset ja kulttuuriset tekijät sekä kommunikaation liittyvät haasteet. Psykososiaaliset ja kulttuuriset tekijät voivat aiheuttaa kulttuuritörmäyksiä palveluntarjoajien ja käyttäjien välillä, jos näkemykset seksuaalisuudesta ovat lähtömaassa ja muuttomaassa hyvin- erilaiset. Maahanmuuttajan sekä ammattilaisen haasteita ovat kielivaikeudet, palvelutilanteiden erilaiset vuorovaikutustyyli, palveluntarjoajan ja kulttuurienvälisen vuorovaikutuksen pätevyys sekä tiedon saamisen vaikeudet. (Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2009, 7-8.)

Opinnäytetyön tavoitteena on laatia MAUSTE-hanke arviointisuunnitelma RE-AIM-mallin mukaan. RE-AIM-mallin mukaiseen arviointisuunnitelmaan kuuluu saavutettavuuden, vaikuttavuuden, omaksumisen, toimeenpanon ja ylläpidon arviointi. Terveystiedon edistämisen toimilta edellytetään yhä enemmän arviointia sen onnistumisesta, tuloksellisuudesta ja vaikutuksista, koska niitä toteutetaan useimmiten yhteiskunnan varoilla. Kriittisellä arvioinnilla voidaan saada merkityksellistä tietoa terveyden edistämistä koskevan päätöksenteon tueksi. (Aalto-Kallio, Sinkkonen & Koskinen-Ollongvist 2009, 14–15.) Arviointisuunnitelmaa voidaan myös hyödyntää terveysterventojen suunnittelussa kuin myös osaamisen/asiantuntijuuden kehittämisen vuoksi.

## 2 MAUSTE- hanke

MAUSTE-hanke edistää fertiili-ikäisten maahanmuuttajien seksuaaliterveyspalveluiden käyttöä ja parisuhteeseen, vanhemmuuteen sekä turvataitoihin liittyviä tietoja ja taitoja. Hankkeessa vahvistetaan ammattilaisten monikulttuurista seksuaaliterveyden osaamista. Hankkeen päämääränä on lisätä ammattilaisten tietoisuutta ja taitoja

monikulttuurisesta seksuaaliterveydestä ja näin vaikuttaa ennaltaehkäisevästi maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveys ongelmiin. Toisena päämääränä on väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen vahvistamalla maahanmuuttajien seksuaaliterveyden tietoja ja taitoja sekä turvataito-osaamista. Kolmantena päämääränä on, että fertiili-ikäisten maahanmuuttajanaisten seksuaaliterveyspalveluiden käyttö lisääntyy sekä erityisesti maahanmuuttajamiesten osallistuminen kyseisten palveluiden käyttöön kasvaa. Neljäntenä päämääränä on tuottaa kustannustehokkaita työkaluja ja -menetelmiä seksuaaliterveyden ohjaukseen (mm. pelillisuus). Viidentenä päämääränä on monikulttuurisen seksuaalikasvatuksen integroituminen pysyväksi osaksi seksuaaliterveyspalveluita sekä maahanmuuttajien koulutusta. Lisäksi luodaan pysyvä verkostomalli maahanmuuttajien kanssa työskenteleville sekä tuotetaan uutta tietoa maahanmuuttajien seksuaaliterveyden edistämisestä. (Hakemus 201510003 -Terveiden edistämisen määräraha 2014, 2.)

Maahanmuuttajat ovat suurimmaksi osaksi hedelmällisessä iässä olevia. Kantaväestöön verraten heillä on todettu olevan enemmän seksuaali- ja lisääntymisterveyden ongelmia sekä vähemmän tähän liittyvää tietoa. Lisäksi opettajilla sekä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilla on todettu olevan niukasti tietoa monikulttuurisesta seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisestä. 2014 keväällä kerättiin maahanmuuttajilta ja heidän kanssaan työskenteleviltä tietoa ja ideoita, mitä hankkeen sisältö voisi olla ja mihin he toivoisivat apua. Näiden tietojen avulla hankkeeseen syntyi työpaketit, jotka sisältävät seksuaalikasvatuskoulutuksen ammattihenkilöille, mallin seksuaaliterveyspalveluista neuvolatyössä, maahanmuuttajille vertaisryhmät ja vertaisryhmäkouluttajakoulutus, alueelliset ja kansalliset verkostot, mobiiliohjauksen käyttö vertaisryhmissä ja kotimaiset sekä kansainväliset julkaisut hankkeen tuotoksista. (Hakemus 201510003 -Terveiden edistämisen määräraha 2014, 2.)

Työpakettiin I kuuluu seksuaaliterveyskoulutus ammattilaisille. Työpaketin I tavoitteena on, että monikulttuurinen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen ja turvataito-osaaminen lisääntyvät sekä koulutukseen liittyvät sisällöt integroituvat koulutukseen osallistuvien työhön ja oppilaitosten opetussuunnitelmaan. Sek-



suaaliterveyskoulutukseen osallistetaan neuvolan, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon, perhetyön, tulkkikeskuksen, maahanmuuttajapalveluiden, kristillisen ja ammattiotiston ammattilaiset Jyväskylässä ja Kuopiossa. Koulutuksen aihepiirejä ovat seksuaaliterveyden ammattietiikka, seksuaaliterveyteen liittyvät haasteet ja erityispiirteet, eri pedagogisten periaatteiden käyttö sekä soveltaminen ja vuorovaikutus tunne- ja turvataidoista sekä ongelmanratkaisusta. Osallistujat tekevät kehittämistehtävän työyhteisöönsä. Työpaketti I on viiden opintopisteen laajuinen koulutus, johon sisältyy kontaktipäiviä (yhteensä 7) ja verkkotehtäviä sekä kehittämistehtäviä.

Työpaketti II sisältää teemalliset miesten ja naisten vertaisryhmät ja perhevalmennukset vanhemmuudesta, parisuhteesta, seksuaaliterveydestä ja turvataidoista. Työpakettin tavoitteena on vahvistaa maahanmuuttajien tietoja ja taitoja vanhemmuudesta, parisuhteesta, seksuaaliterveydestä ja turvataidoista. Vahvistumisen myötä on toiveena, että maahanmuuttajien sisäinen ja ulkoinen turvallisuus lisääntyy ja heidän syrjäytymisensä riski vähenee sekä osallisuuden tunteensa ja yhdenvertainen kohtelu lisääntyvät. Vertaisryhmiä toteutetaan Jyväskylässä ja Kuopiossa, yhteen ryhmään on tavoitteena saada minimissään kahdeksan osallistujaa. Perhevalmennusryhmiä toteutetaan minimissään kaksi. Ryhmien toteutuksen haasteena on kieli ja tulkkaus sekä miesten ja naisten yhteisten ryhmien muodostaminen.

Työpaketissa III kehitetään ohjausmateriaalia maahanmuuttajille vanhemmuus-, parisuhde-, seksuaalisuus- ja turvataitoteemoista sekä seksuaaliterveyspalveluista. Tavoitteena on osallistuttaa maahanmuuttajat kehittämään ja vaikuttamaan heitä itseään koskeviin palveluihin ja seksuaaliterveyskasvatusmateriaalin tuottamiseen. Ohjausmateriaalin kehittämisessä huomioidaan mobiiliohjaus ja pelillisuus. Lisäksi selvitetään, millaista materiaalia on jo olemassa maahanmuuttajille ja mitä vielä tarvitaan.

Työpaketti IV sisältää alueellisen ja valtakunnallisen verkostotapaamisen, jossa ammattilaiset verkostoituvat jakaen hyviä käytäntöjään, osaamistaan sekä kehittävät työtään ja palveluita kulttuuriherkemmiksi. Valtakunnallinen verkostotapaaminen on

keväällä 2016 ja alueelliset verkostotapaamiset vuonna 2016 syksyllä. Verkostotapaamisissa pyritään lisäämään ammattilaisten yhteistyötä ja verkostoitumista, mikä kehittää palveluita entistä tehokkaammaksi, oikea-aikaiseksi ja laadukkaammaksi.

Työpaketti V tarkoitus on tuottaa tietoa hankkeen interventioiden vaikutuksista maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen ja ammattilaisten seksuaali- ja lisääntymisterveyden osaamisen lisääntymiseen. Työpaketissa kerätään palautetta hankkeeseen osallistuvilta ammattilaisilta ja maahanmuuttajilta. Palautteiden avulla kootaan julkaisuja, joita tarjotaan alan ammatti- ja tiedelehtiin. Hanke ja hankkeen tulokset esitetään kättilö- ja terveydenhoitajapäivillä sekä vuonna 2016 NACS eli Pohjoismaisen seksologia järjestön konferenssissa.

Alla olevassa kuviossa on esitelty lyhyesti MAUSTE-hankkeen työpaketit ja niiden sisältö pääpiirteittäin.



Kuvio 1. MAUSTE –hankkeen työpaketit ja niiden sisältö pääpiirteittäin.

### 3 Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää MAUSTE- hankkeen arviointisuunnitelma RE-AIM-arviointiviitekehyksen mukaan. Tavoitteena on etsiä ja koota yhteen erilaisia arviointimenetelmiä, joita voidaan hyödyntää arviointisuunnitelmassa.

Tutkimustehtävät:

- 1) Millä menetelmillä voidaan arvioida maahanmuuttajien seksuaaliterveyden- ja turvataitojen edistämisen koulutusta?
- 2) Millä menetelmillä voidaan arvioida maahanmuuttajien vertaisryhmiä ja perhevalmennusta?
- 3) Millä menetelmillä voidaan arvioida maahanmuuttajien osallistumista ohjausmateriaalin kehittämiseen?
- 4) Millä menetelmillä voidaan arvioida alueellista ja valtakunnallista verkostotapamista?

### 4 Seksuaalisuus

Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt **seksuaalisuuden** seuraavalla tavalla:

*Seksuaalisuus on keskeinen osa ihmisyyttä kaikissa elämän vaiheissa ja se käsittää sukupuolen, sukupuoli-identiteetin ja sukupuoliroolit, seksuaalisen suuntautumisen, erotiikan, mielihyvän, seksuaaliset suhteet ja lisääntymisen. Seksuaalisia kokemuksia ja seksuaalisuuden ilmenemismuotoja ovat ajatukset, fantasia, halut, uskomukset, asenteet, käyttäytyminen, seksuaalisuuden harjoittaminen, roolit ja suhteet. Vaikka seksuaalisuus voi pitää sisällään kaikki nämä ulottuvuudet, ihminen ei aina koe tai ilmennä niitä kaikkia. Biologiset, psykologiset, sosiaaliset, taloudelliset, poliittiset, eettiset, lailliset, historialliset, uskonnolliset ja hengelliset tekijät vaikuttavat vuorovaikutuksessa seksuaalisuuteen. (Seksuaalisuuden määritelmät. 2016.)*

Seksuaalinen identiteetti kertoo sisäisestä tunteesta itsestään seksuaalisena olentona ja oman sukupuolen sekä seksuaalisen suuntautumisen tunnistamisesta (Greenberg, Bruess & Haffner 2004, 390). Seksuaalinen suuntautuminen kuvaa sitä, mihin sukupuoleen ihminen tuntee tunteellista ja eroottista viehätystä ja kehen ihminen rakastuu. Heteroksi kutsutaan henkilöä, joka rakastuu vastakkaiseen sukupuoleen ja homo tai lesbo termiä käytetään, jos henkilö rakastuu oman sukupuolen edustajaan. Bi-termiä käytetään henkilöstä, joka rakastuu tai tuntee tunteellista tai eroottista viehätysvoimaa ihmiseen tämän sukupuolesta riippumatta. Transsuuntautunut henkilö tuntee vetovoimaa transihmisiä kohtaan. Transsuuntautunut henkilö voi identifioida itsensä myös muun suuntautumisen perusteella (homoksi, bi-ihmiseksi tai heteroksi). (Seksuaalinen suuntautuminen 2015.)

Henkilön oma identiteetti ja kulttuuri luovat näkemykset seksuaalisuudesta ja sukupuolesta. Seksuaalisuutta ja sukupuolta koskevat näkemykset tulevat siis vastaan myös silloin, kun erilaiset kulttuurit kohtaavat toisensa. Mieheyden ja naiseuden käsitykset voivat erota hyvin paljon eri kulttuurien välillä. Vallitsevassa kulttuurissa on julkisesti ilmaistuja ja yleisesti jaettuja keskeisiä arvoja, kuten käsitykset ihmisoikeuksista, joita ihmisten odotetaan kunnioittavan. Valtiovallalla ei kuitenkaan ajatella olevan oikeutta puuttua ihmisten yksilöllisiin arvoihin. (Apter ym. 2006, 77–78.)

Useimmissa yhteiskunnissa seksuaalisuus on ihmisille vakava ja merkityksellinen asia, johon liittyy paljon tunteita ja symbolisia uhkakuvia. Kaikkialla maailmassa seksuaalisuuteen yhdistetään lisääntyminen, nautinto ja mielihyvä, kumppanuus ja ihmisen tarve sitoutua toiseen ihmiseen sekä oma riittävyys miehenä tai naisena. Ihmisen seksuaalinen käyttäytyminen on melko pysyvää eikä se ole helposti muutettavissa. Eroavaisuuksia ihmisten ja ihmisryhmien välillä on asenteissa ja arvoissa. Länsi-Euroopassa yksilöllisyyttä pidetään keskeisenä arvona, kun taas muissa kulttuureissa se ei ole ensisijainen arvo. (Apter ym. 2006, 85.) On kulttuureita, joissa perhe ja sen hyvinvointi menee yksilöllisten tarpeiden tai toiveiden edelle ja yhteiskunnan tarkoituksena on varmistaa, että tätä prioriteettia noudatetaan. Eteenkin naisten kohdalla

identiteetti, taloudellinen ja sosiaalinen selviytyminen voi olla sidottu avioliittoon ja perheeseen. ( Shirpak, Maticka-Tyndale & Chinichiani 2007, 114.)

#### 4.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveys

WHO:n määritelmän mukaan **seksuaaliterveys** on fyysistä, emotionaalista, psykistä ja sosiaalista hyvinvointia suhteessa seksuaalisuuteen. Seksuaaliterveys edellyttää myönteistä ja kunnioittavaa lähestymistapaa seksuaalisuuteen ja sukupuolisuhteisiin sekä mahdollisuutta miellyttävään ja turvalliseen seksuaaliseen kokemukseen ilman pakkoa, syrjintää ja väkivaltaa läpi elämän. Seksuaaliterveyden saavuttaminen ja ylläpitäminen edellyttävät, että kaikkien ihmisten seksuaalioikeuksia kunnioitetaan, suojellaan ja toteutetaan. (Defining sexual health 2015.) Seksuaali- ja lisääntymisterveys ovat osittain rinnastettuja käsitteitä. Niissä on omia erityisiä ulottuvuuksia ja toisaalta päällekkäisyyksiä. Seksuaaliterveys on edellytys lisääntymisterveydelle. Seksuaaliterveys käsittää enemmän asioita kuin lisääntymisterveys, sillä se on merkityksellinen koko elämänkaaren ajan eikä vain rajattu lisääntymisiän ajanjaksoon. Lisääntymisterveys on nykyisen käsityksen mukaan osa seksuaaliterveyttä. (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 11; Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, Toimintaohjelma 2007–2011 2007, 20). Lisääntymisterveys määriteltiin seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisohjelmassa 2007–2011 siten, että ihmisillä on mahdollisuus tyydyttävään ja turvalliseen sukupuolielämään, heillä on kyky jatkaa sukuaan sekä vapaus päättää, käyttävätkö he tätä kykyään. Miehillä ja naisilla on oikeus saada tietoa ja käyttää valintansa mukaisia turvallisia, tehokkaita ja hinnaltaan kohtuullisia ja hyväksytyjä perhesuunnittelumenetelmiä. He voivat valita erilaisia keinoja syntyvyyden säännöstelemiseksi, jotka eivät ole lainvastaisia, sekä heillä oikeus saada asianmukaista terveydenhoitoa, jonka turvin taataan turvallinen raskausaika ja synnytys sekä parhaat mahdollisuudet saada terve lapsi. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, Toimintaohjelma 2007–2011 2007, 185).

## 4.2 Seksuaalioikeudet ja turvataidot

Seksuaaliterveyden maailmanjärjestön (2014) julkaisemat **seksuaalioikeudet** ovat seksuaalisuutta koskevia ihmisoikeuksia ja ne ovat olennaisia, kun tavoitellaan parasta saavutettavissa olevaa seksuaaliterveyttä. Seksuaalioikeuksien mukaan jokaisella ihmisellä on oikeus tasa-arvoon ja syrjimättömyyteen ja jokainen on oikeutettu nauttimaan kaikista seksuaalioikeuksista. Seksuaalisuudesta johtuvista syistä ihmisen vapautta ei saa uhata, rajoittaa tai ottaa pois. Jokaisella ihmisellä on oikeus kontrolloida ja päättää vapaasti seksuaalisuuttaan ja kehoaan koskevista asioista ja jokaisen on saatava olla vapaa seksuaalisuuteen liittyvästä kidutuksesta, rangaistuksesta tai alentavasta kohtelusta. Jokaisella on oikeus seksuaaliseen yksityisyyteen ja jokaisen on saatava olla vapaa seksuaalisuuteen liittyvästä väkivallasta tai pakottamisesta. Ihmisellä on oikeus parhaimpaan mahdolliseen seksuaaliseen terveyden tilaan ja oikeus nauttia seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyvän tieteellisen edistyksen ja sen soveltamisen eduista. Jokaisella tulee olla oikeus saada tieteellisesti pätevää tietoa seksuaalisuudesta, seksuaaliterveydestä ja seksuaalioikeuksista ja jokaisen tulee saada kokonaisvaltaista, omaan ikään soveltuvaa seksuaalikasvatusta. Jokaisen tulee saada vapaasti valita avioitumisesta ja kumppanuudesta sekä perheen lisäksi liittyvistä asioista. Jokaisella on oikeus seksuaalisuuteen liittyviin ajatuksiin ja mielipiteisiin sekä rauhanomaiseen edunajamiseen seksuaalisuuteen liittyen. Lisäksi jokaisella on oikeus julkiseen ja poliittiseen elämään sekä oikeus hakea korjausta seksuaalioikeuksien loukkaamisesta. (Sexual rights are human rights pertaining to sexuality 2014.)

**Turvataidot** käsittävät oikeuden väkivallasta, häirinnästä ja hyväksikäytöstä vapaaseen elämään. Turvataitokasvatuksella vahvistetaan henkilön omia voimavaroja, lisätään tietoa seksuaalioikeuksista sekä tuetaan tunnetaitojen kehittymistä. Samalla vahvistetaan keinoja puolustaa itseään, väkivaltaa, häirintää ja seksuaalista kaltoinkohtelua vastaan. Turvataitoja opittaessa henkilön tavoite on hahmottaa ja puolustaa omia rajoja sekä kunnioittaa toisten asettamia rajoja. (Aaltonen 2012, 12.)

**Turvakeskustelu** on yksi verkostokeskeinen turvaan ja turvataitoihin keskittyvä työkentelymalli. Se sopii tilanteisiin, joissa henkilö on altistunut haavoittaville kokemuksille, kuten henkisellem, fyysiselle ja seksuaaliselle kaltoinkohtelulle tai joissa sellaisesta on huolta tai epäilyä. (Lajunen, Lahtinen & Valkonen 2015, 1-2.) Turvakeskustelun tavoitteena on ennaltaehkäisevä, voimavaraistava ja selviytymisen edistämiseen pyrkivä toiminta (Lajunen ym. 2015, 2-3).

#### 4.3 Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveys

Maahanmuuttajat joutuvat muuton vuoksi kohtaamaan seksuaaliterveyteen liittyviä paineita, koska itsessään muuttaminen maasta toiseen vaikuttaa ihmisen mahdollisuuksiin huolehtia seksuaaliterveydestään. Kulttuurisen ja uskonnollisen taustan lisäksi yleisimpiä maahanmuuttajien seksuaaliterveyteen vaikuttavia tekijöitä ovat lähdön syy kotimaasta, sosiaalis-taloudellinen asema, kielitaito, ikä, sukupuoli sekä perhetilanne. (Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2009, 8-9; Malin 2011, 204–205). Joskus maahanmuuttajan muuttosyy voi liittyä pelkästään henkilön seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Esimerkiksi maahanmuuttajan menneisyydessä voi olla seksuaalista väkivaltaa tai henkilön seksuaalista suuntautuneisuutta ei suvaita lähtömaassa. (Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2009, 8-9)

Muutto vieraaseen maahan koetaan usein kriisiaikana. Elämän järjestelykuvioiden vuoksi muuttajat eivät välttämättä muista huolehtia ehkäisystä tai suojautua seksitaudeilta. Erot maiden tavoista hoitaa seksuaaliterveyttä, kuten esimerkiksi suhtautuminen ehkäisymenetelmiin muovaa sitä, miten henkilö kykenee käyttämään hyväksi tarjolla olevia palveluita uudessa asuin maassaan. Asettautumista uuteen maahan helpottaa maahanmuuttajan mahdollisuus seksuaaliterveyteen liittyvään tietoon ja seksuaaliterveyden asianmukaiseen ylläpitoon. (Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2009, 8, 10.)

On havaittu, maahanmuuttaja taustaisen naisia ja tyttöjä suojellaan enemmän kuin miehiä tai poikia. Naisten ja tyttöjen seksuaalisuus ja maine ovat jopa tarkemmin kontrolloituja uudessa kotimassa kuin entisessä kotimaassa. Seksuaalioikeudet eivät välttämättä toteudu maahanmuuttajaperheissä, koska maahanmuuttajanaiset eivät aina ole tietoisia oikeuksistaan eivätkä suomalaisesta lainsäädännöstä tai palvelujärjestelmästä. Seksin koetaan olevan miehen oikeus avioliitossa, jolloin seksuaalista väkivaltaa muun muassa raiskausta ei usein koeta rikokseksi. Muita seksuaalikokeuksia saatetaan puolestaan hävetä niin paljon, että niistä vaietaan. (Martikainen & Tiilikainen 2007, 28, 166.)

Suomessa tehdyssä ulkomaalaistaustaisten naisten raskaudenkeskeytyksiä selvittäneessä tutkimuksessa enemmän ei toivottuja raskauksia oli nuorilla naisilla Virosta, Kiinasta ja Saharan eteläpuoleisesta Afrikasta (lukuun ottamatta Somaliaa).Ulkomaalaistaustaiset naiset kävivät kuitenkin yhtä usein raskausajan neuvolaseurannassa kuin suomalaissyntyiset naiset . Muita huomioita olivat, että maahanmuuttajataustaiset naiset osallistuivat syöpäseulontoihin kuten mammografiaan ja kohdunkaulan irtosolunäytetutkimukseen harvemmin kuin naiset koko väestössä. Samankaltaisia huomioita on myös kansainvälisissä tutkimuksissa, joissa on huomattu sama ero maahanmuuttajataustaisten ja kantaväestön naisten välillä. (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 80–81).

Tutkimuksissa (Nurmeksela 2011; Testa & Coleman 2006) on todettu että, vähemmistönuorten tietoisuus seksuaaliterveydestään on kantaväestöön verrattuna puutteellista. Suomessa asuvia yläkouluikäisiä maahanmuuttajanuoria tutkiessa heikkoon seksuaaliterveystietotason vaikutti selkeämmin luokka-aste ja sukupuoli, iällä tai Suomessa oloajalla ei ollut selvää yhteyttä. Merkittävää tuloksissa oli se, että maahanmuuttajanuoret uskoivat itse tietävänsä seksuaaliterveysasioista riittävästi, vaikka heidän tietotasonsa osoitti toista. (Nurmeksela 2011, 1, 65.) Lontoossa asuvien tummaihoisten ja etnisten vähemmistönuorten seksuaalista tietämystä, asenteita ja seksuaalista käyttäytymistä tutkittaessa selvisi, että tummaihoisilla ja etnistä vähemmistöä omaavilla nuorilla oli huonompi tietämys seksuaaliterveydestä kuin valkoisilla



britannialaisilla nuorilla. Suurimmat tietopuutteet koskivat sukupuolitauteja ja niiden oireiden tunnistamista sekä ehkäisykeinoja. (Testa, A & Coleman, L 2006, 34.)

#### 4.4 Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen

Kansainvälisten tutkimusten vertailuissa on seurattu etnisten vähemmistöjen sekä kantaväestön terveyspalvelujen käytön eroja. Eroavaisuutta on todettu esimerkiksi siinä, etniset vähemmistöt hyödyntävät vähemmän tarpeensa nähden terveyspalveluita. Oikean hoidon saamisen esteitä ovat potilaan tietämättömyys, kielitaidottomuus ja kielteiset omat tai muiden hoito- tai palvelukokemukset. Kuten kantaväestön terveyteen myös maahanmuuttajien kohdalla sosioekonomiset tekijät kuten työttömyys ja pienituloisuus vaikuttavat negatiivisesti terveyteen. (Malin 2011, 211).

Maahanmuuttajien suurimpana seksuaaliterveyteen liittyvänä ongelmana on tiedon puute. Maahanmuuttajat tulevat usein yhteiskunnista, joissa tietoa ei ole helposti saatavilla, minkä vuoksi seksuaaliterveyden tietämyksen taso on suomalaista keski-vertoa selvästi vähäisempää. (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006, 34.) Monikulttuurisessa seksuaaliterveyden edistämisessä ja ohjaustyössä onnistumisen edellytyksenä on ymmärrettävän tiedon ja tarvittavan tulkkipalvelun tarjoaminen. Ammatillinen tieto ja herkkyys monikulttuurisuutta kohtaan ovat tärkeitä työkaluja ohjaussuhteessa. Asiakkaan arvot voivat poiketa hyvin paljon ohjaajan omista arvoista ja niiden kunnioitus vaatii ammattihenkilöltä sensitiivisyyttä ja ymmärrystä, jotta hyviin hoitopäätöksiin voidaan päästä. (Koski 2014, 50; Tasa-arvoa ja seksuaaliterveystietoa maahanmuuttajien kotoutumiskoulutuksiin ja vastaanottotyöhön 2009.)

Korhosen ja Puukarin (2013) teoksessa todetaan kulttuurisen erilaisuuden olevan monikulttuurisen ohjaustyön keskeisenä lähtökohtana. Kun ohjattavan kanssa etsitään ratkaisuja hänen kysymyksiinsä ja ongelmiinsa, on pyrittävä ottamaan mahdollisimman hyvin huomioon kulttuurieroista nousevat haasteet. Ohjaustyön haasteena

on se, miten hyvin ohjattavan kulttuurin merkitys ja vaikutus kyetään tiedostamaan niin, että kulttuuriin tiedostamattomat vaikutukset eivät muodostu esteiksi ohjaussuhteessa olevien kohtaamisessa. Ohjausprosessille välttämätöntä on hyvä ohjaussuhde. Ohjaussuhteen alussa on tärkeää kertoa ohjattavalle, mistä ohjauksessa on kysymys, mitä siltä voi odottaa ja millainen rooli ohjaajalla ja ohjattavalla on ohjausprosessissa. Monikulttuurisessa ohjaustyössä ohjaaja voi olla yksi tärkeimmistä henkilöistä, jonka kanssa maahanmuuttajalla muodostuu luottamuksellinen suhde. (Korhonen & Puukari 2013, 12, 16, 98.)

Somalialaisille maahanmuuttaja naisille tehdyssä tutkimuksessa terveydenhuollon ammattilaiset (kättilöt, lääkäri, gynekologi, hoitajat) kokivat, että kommunikointi, erilainen kulttuuri sekä uskonnolliset uskomukset tuottavat vaikeuksia somalialaisten naisten kanssa tehtävässä yhteistyössä. (Degni, Suominen, Essèn, El Ansari & Vehviläinen-Julkunen 2011, 330, 333–338.)

OlenNainen-projektissa maahanmuuttaja naisille (Sudan, Venäjä, Vietnam, Sudan, Syyria, Kongo, Irak) järjestettiin opetustapahtumia seksuaaliterveyteen liittyen. Projektissa todettiin maahanmuuttajien yksilöllisen kohtaamisen korostuneen, ei niinkään ammattilaisen kulttuurinen tuntemus. Ohjauksessa korostuivat maahanmuuttajien kielelliset haasteet, mutta yhteisymmärryksen saavuttamista edesauttoi selkeä ja hitaasti rytmitetty kieli sekä asioiden konkretisointi. (Skantsi & Manninen 2014, 14–15.)

## 5 Terveyden edistämisen arviointi

Arvioinnin tarkoituksena on arvioida, missä määrin toimet ovat saavuttaneet tavoitteensa. Arviointi on keskeinen tekijä terveyden edistämisen harjoittamiselle ja olennainen osa terveyden edistämisen kehittämiseksi. Arvioinnin avulla interventioiden edistymistä voidaan valvoa paremmin ja esittää tarvittavia muutoksia. (Green & Tones 2010, 469.) Ennen arviointia arvioijan on tunnettava toimintaympäristö, missä

toimitaan ja mihin arviointi liittyy. Arvioinnin tulisi palvella toimintaa. On tavoitteellista, että arviointi kiinnittyy hankkeeseen alusta lähtien, jolloin suunnittelun ja arvioinnin yhteys olisi katkeamaton. Arviointia ei tule tehdä hankalaksi ja vaikeaksi, menetelmien tarkoitus on auttaa arviointia eikä olla arvioinnin pääosassa. (Aalto-Kallio ym. 2009, 14–15, 114.)

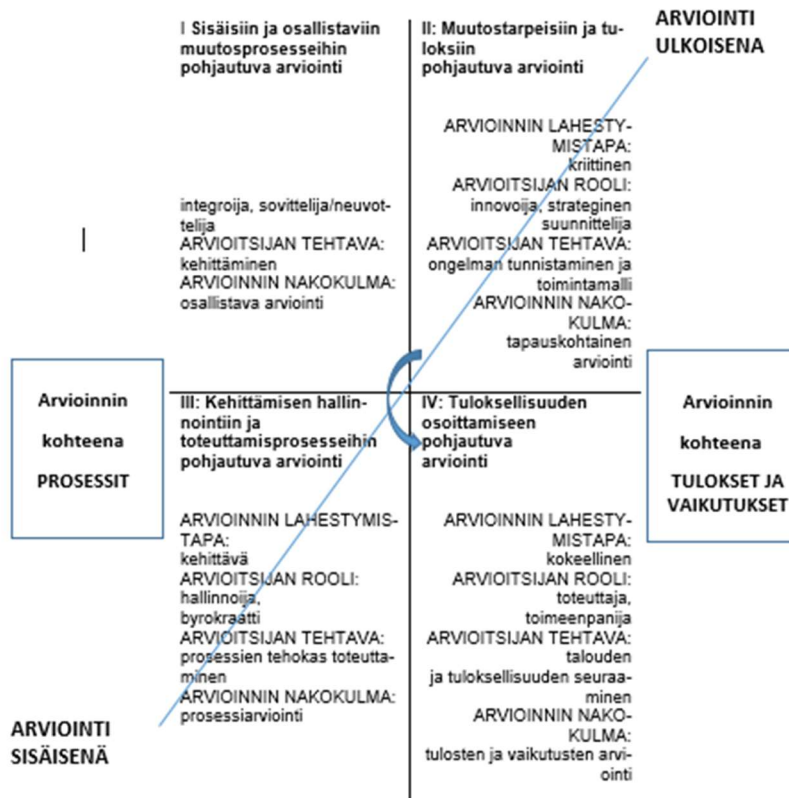
Arviointi alkaa suunnittelusta. Arviointisuunnitelman tekeminen aloitetaan yleensä heti hankkeen käynnistyttyä. Arvioinnin tarpeiden kartoittaminen tarkennetaan arviointisuunnitelmassa. Arviointisuunnitelmassa hankkeen tavoitteet ja kohteet on hyvä tarkentaa arvioitavaan muotoon ja arvioitavien tavoitteiden määrittelyssä on oltava mahdollisimman konkreettinen. On mietittävä, miten tavoitteiden saavuttaminen näkyy käytännössä. Arviointisuunnitelmaa tehdessä on oltava tietoinen siitä, millaista tietoa tarvitaan, sillä tiedon tarpeen määrittely johtaa arviointimenetelmän valintaan. (Kivipelto, Larivaara, Andersson, Heinämäki, Jonsson, Kotiranta & Vuorenmaa 2012, 15–17.)

Arviointia voidaan lähestyä neljällä eri tavalla. Lähestymistavan valintaan vaikuttaa se, miten arvioitava kohde arvioijan näkökulmasta ymmärretään, ja se, mikä on määritelty arvioinnin tarkoitukseksi. **Kokeellisessa lähestymistavassa** tietoa kerätään määrällisesti ja arvioitsijan tehtävä on tulosten sekä vaikutusten arviointi. Arvioija toimii ulkopuolisena havainnoitsijana tai tarkkailijana. **Kehityksellisessä arvioinnissa** arvioidaan prosesseja eli niitä tapahtumaketjuja, joilla tulokseen pyritään. Kehityksellisessä arvioinnissa oleellista on selkeä suunnitelma siitä mitä tehdään. Tavoitteet on asetettu siten, että niiden saavuttaminen on todennettavissa. Kehityksellinen arviointi toimii ennen kaikkea palautteena ja ohjaamisen välineenä. **Prosessien arviointi** tarjoaa välineitä prosessien seuraamiseen, ohjaamiseen, ymmärtämiseen ja dokumentoimiseen. **Konstruktiivisessa eli osallistavassa lähestymistavassa** arvioitsijalla on tarkoitus tehdä tulkintoja erilaisista toimintaympäristöistä. Lähestymistapa perustuu ihmisten omaan osallistumiseen ja voimaantumiseen sekä siihen, miten he kokevat sen tapahtuneen. (Aalto-Kallio ym. 2009, 27–33.)

Arviointi ja toiminta ovat tiiviisti yhdessä. Osallistavan arvioinnin lähtökohtana on vahvistaa osallistujien vaikutusmahdollisuuksia ja ongelmaratkaisutaitoja muun muassa dialogin avulla ja lisätä yhteistä ymmärrystä. Konstruktivisessa lähestymistavassa ei ole olemassa valmista mallia vaan arviointiin vaikuttaa monet asiat kuten tilanteet, osallistajat ja kokemukset. Kriittiseen lähestymistapaan sisältyy tapauskohtaisen arvioinnin näkökulma, jossa arvioitsijalla on aktiivinen rooli ja arviointi perustuvat arvioitsijan tulkintoihin. Tapauskohtaisessa arvioinnissa tulee olla tarkka kuvaus arvioinnin kohteesta. Arvioitsijan pitää olla lähellä kohdetta ja suunnata toimintaa. Tapauskohteisessa arvioinnissa pohditaan käytännönläheisesti ja syvällisesti yksilön kokemusta siitä, mihin pyritään ja miten voidaan todeta esimerkiksi muutos. Tapauskohtainen arviointi on sosiaalityössä käytettyä yksilöön kohdistuvaa arviontia. (Aalto-Kallio ym. 2009, 27–36.)

Kuviossa 2 on esitelty arvioinnin kartta, jossa arvioinnin neljä lähestymistapaa ovat nelikenttänä. Kartan vaakasuora ja pystysuora jana jakavat karttaa niin, että vaakasuora jana kuvastaa kehittämisen prosessia sekä tuloksia ja vaikutuksia. Pystysuora jana kuvastaa kehittämisen muutoksen ja ylläpidon arviointia. (Aalto-Kallio ym. 2009, 37–38.)

## ARVIOINNIN TARKOITUS, TARPEET JA LAADITTU OHJELMATEORIA TO- TEUTUKSEN TAUSTALLA



## ARVIOINNIN EETTISET PERIAATTEET ARVIOINNIN TOTEUTUKSEN TAUS- TALLA

Kuvio 2. Arvioinnin kartta (Aalto-Kallio ym. 2009.)

### 5.1 Terveyden edistämisen hankkeiden arviointi

Arvioinnin tarkoituksena on osoittaa, onko toiminnalla saatu aikaan tuloksellisuutta. Etenkin terveyden edistämisen tuloksellisuuden osoittamisen kanssa on haasteita, sillä terveyden edistäminen on kovin laaja käsite. Terveyden edistäminen voidaan ymmärtää yksilötason voimaannuttamiseksi, elämän laadun parantamiseksi tai sitten poliittisena toimintana kuntatasolla tai sitten valtakunnallisesti. (Rootman, Goodstadt, Potvin & Springett 2001, 7-9).

Terveyden edistämisen aloitteiden/interventioiden arviointia varten on määritelty kahdeksan vaiheen peruseriaatteen. Ensin on selvitettävä perustiedot liittyen aihepiiriin: ketkä ovat kohderyhmässä, mikä on tavoite ja ketkä toimivat. Kun nämä seikat ovat alustavasti kartoitettu, jatketaan niiden parissa vielä niitä tarkentaen. Tarkennusten jälkeen selkeytyy, miten toimintaa voidaan arvioida, ja ketkä näitä tuloksia voisivat hyödyntää. Tällöin myös on päätettävä, miten toimintaa arvioidaan, että se kuvaisi selkeästi, onko toiminnalla ollut haluttu vaikutus. Kolmannessa vaiheessa on valittava arvioinnin metodeja, jotka monipuolisesti keräisivät tietoja. Aineiston keräämistä varten on luotava arviointisuunnitelma ja aikataulutettava, miten materiaalia kerätään sekä säilytetään. Neljännessä ja viidennessä vaiheessa on aineiston keräämisen sekä analysoinnin vuoro, nämä tehdään suunnitelman mukaisesti. Kuudennessa vaiheessa tehdään suositukset, joita voidaan aineiston pohjalta tehdä. Varsinkin tässä vaiheessa on huomioitava kriittisesti kustannukset sekä vaikutukset. Seitsemäs ja kahdeksas periaate keskittyvät kerätyn tiedon ja kokemuksen tiedottamiseen. Lueteltujen vaiheiden jälkeen on interventiosta muodostunut näyttöön perustuvaa tietoa, jota terveyden edistämisen kehittäminen tarvitsee. (Rootman, Goodstadt, Potvin & Springett 2001, 29–33).

Tavoitteena terveyden edistämisen interventioiden arvioinnilla on laadun parantaminen sekä näytön kerääminen. Arvioinnin avulla pyritään lisäksi parantamaan terveyden edistäjien potentiaalia ja lisäämään interventioiden tuottavuutta. Arvioinnin avulla voidaan määritellä terveyden edistämisen politiikan, ohjelmien, käytänteiden, interventioiden tai palvelujen arvo tai vaikutus ja tarjota muutossuosituksia. Arvioinnissa voidaan hyödyntää tieteellisissä tutkimuksissa tuttuja menettelytapoja analysoiden kerättyä tietoa ohjelmien, projektien ja suunniteltujen interventioiden käytöstä. (Savola, Peltö-Huikko, Tuominen & Koskinen-Ollonqvist 2005, 7.) Arvioinnilla on mahdollista tehdä terveyttä edistävä työ näkyväksi sekä vähentää terveyden edistämisen satunnaisuutta. Laadulla on positiivinen kaiku, mutta laatu voidaan ymmärtää eri tavoin, minkä vuoksi laatu-käsite on määritettävä samoin se, millä perusteella laatua mitataan. (Ruuska 2006, 255–262.) Terveyden edistämisen keskus sekä sosiaa-

liala ja terveysministeriö ovat yhteistyössä kehittäneet esimerkiksi laatukriteerit, joiden avulla terveyttä edistäviä hankkeita voidaan arvioida sekä tutkia. Kriteerit selkeyttävät hankkeiden kokonaishallintaa sekä auttaa hankkeiden arviointia ja itsearviointia niin, että arviointi olisi mahdollisimman uskottavaa ja puolueetonta. Lisäksi kriteerejä voi hyödyntää jo suunnittelussa jolloin voidaan jo huomioida se, miten esimerkiksi voidaan osoittaa hankkeen tulokset ja tarpeellisuus. (Nikula 2011, 31–33.)

Terveyden edistämistyöllä pyritään kohentamaan terveydentilaa. Terveyden edistämistyöllä tulee kuitenkin huomioida, että terveydellinen tila voi pysyä ennallaan, kehitys voi hidastua tai sitten muutos voi olla epäedullisempaa. Terveyden edistämistyössä vaikutus voi myös olla muutos kustannuksissa. Vaikuttavuutta osoitetaan terveyden edistämistyössä, kun käytössä olevilla voimavaroilla saavutetaan suurin mahdollinen terveyden lisäys. Kun terveyttä edistävässä työssä työtehtävät on jaettu mahdollisimman tehokkaasti, voidaan puhua kustannusvaikuttavuudesta. Terveyttä edistävän työn kustannuslaskelmilla saadaan tietoa siitä, miten toimintaa voidaan suunnitella entistä paremmin. Kustannusten laskennalla sekä yhdistämällä tuotos- ja vaikuttavuuden arvioinnin, saadaan vastauksia, kuinka paljon terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen maksaa ja mitä sijoitetulla summalla on saatu aikaiseksi. (Tervonen-Gonçalves & Jarvala 2012.)

Hankkeen arviointi on huomioitava jo suunnitteluvaiheessa. Arviointisuunnitelmaan kirjataan, miten, milloin ja millä menetelmillä hankkeen etenemistä, havaittuja ilmiöitä ja tuloksia arvioidaan. Suunnitelmassa on mahdollista päättää, onko arviointi ulkoista, sisäistä vai molempia yhdessä. Ulkoista arviointia suositellaan silloin, kun hanke on suuri ja siinä on useampia yhteistyökumppaneita tai, kun arviointiaineisto on laaja ja sen analyysi vaatii erityisosaamista. Ulkoisessa arvioinnissa käytetään laadullisten ja määrällisten tutkimusmenetelmien lisäksi arviointiraateja, parivertailua, vertaisarviointia sekä benchmarking-menetelmää. Sisäisessä arvioinnissa hankeorganisaatioon kuuluvat suorittavat itse arvioinnin. Arviointimenetelmiä ovat itse-tai ryhmäreflektiot ja erilaiset kyselyt. Monitahoista arviointia, joka sisältää sekä ulkoi-

sen että sisäisen arvioinnin keinoja, voidaan käyttää hankkeen uskottavuuden lisäämiseksi. Hankkeen onnistumisen arviointia voidaan tehdä tarkastelemalla hankeprosessin vakuuttavuutta ja tulosten käyttökelpoisuutta, vaikuttavuutta, siirrettävyyttä ja uutuusarvoa. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 127–130.)

## 5.2 RE-AIM arvioinnin viitekehyksenä

RE-AIM on terveysinterventioissa käytetty arviointimalli, joka auttaa keskittymään tärkeisiin asioihin ja on käytännöllinen sekä tutkijoille että ammatinharjoittajille. Ammatilliselle arviointimalli todentaa avaintekijöitä, joita pitää huomioida kehitystyössä tai valitessa terveyden edistämisen ohjelmia sekä tulkittaessa tutkimuskirjallisuutta. Tutkijoille arviointimalli todentaa tärkeitä ulottuvuuksia, jotka ovat yhteydessä ohjelmien arviointiin. RE-AIM on paljon käytetty arviointimalli, jolla on ollut vahvasti vaikutusta kehitykseen. (Glanz ym. 2002, 535.)

RE-AIM-mallin mukaan on arvioitu ja suunniteltu erilaisia terveysinterventioita, joita on toteutettu eri kohderyhmille eri ympäristöissä. Mallin avulla on pyritty osoittamaan mahdollisimman monipuolisesti, miten interventiot toteutuvat käytännössä ja mikä niiden vaikuttavuus on. RE-AIM-mallia on käytetty erilaisissa ympäristöissä kuten kouluissa, klinikoissa ja kunnissa sekä erilaisissa terveyskäyttäytymisen tavoissa kuten tupakoinnin vähentämisessä, diabeteksen itsehoidossa ja painonpudotuksessa. (Harden, Gaglio, Shoup, Kinney, Johnson, Brito, Blackman, Zoellner, Hill, Almeida, Glasgow & Estabrooks 2015.)

RE-AIM-mallin mukaan terveysvaikutuksia arvioidaan viiden vaiheen kautta, joita ovat *reach* (saavutettavuus), *effectiveness* (vaikuttavuus), *adoption* (omaksuminen), *implementation* (toimeenpano) ja *maintenance* (ylläpito). (Glanz ym. 2002, 536.) Saavutettavuus-osa RE-AIM-mallissa edustaa yksilötason arviointia, mikä käsittelee osallistuvien määrän ja sen, kuinka hyvin kohderyhmä on tavoitettu. (Lampi & Autonen-Honkonen. 2009. 10–11.) Saavutettavuus osoittaa prosentuaalisen määrän kohderyhmästä ja sen kuinka edustava kohderyhmä on. (Glanz 2002, 356.)



RE-AIM-mallissa vaikuttavuudella tarkoitetaan intervention positiivisia ja negatiivisia vaikutuksia osallistujien terveyskäyttäytymiseen (Glanz ym. 2002, 536). Tulosten mitareita voivat olla elämänlaatu, terveysstatus, päivittäisen elämän toiminnot, terveydenhuollon kustannukset ja mahdolliset negatiiviset seuraukset. Vaikuttavuuden arviointi tukee intervention saavutettavuuden arviointia, minkä vuoksi niitä on hyvä käsitellä rinnakkain. Vaikuttavuuden avulla osoitetaan, että käyttäytymisen muuttuminen on kyseisen intervention tulos. (Lampi, Autonen-Honkonen 2009, 10–11.)

Omaksumisen avulla arvioidaan, kuinka suuri prosenttiosuus eri ammatillisista taistoista osallistuu interventioon (Lampi, Autonen-Honkonen 2009, 10–11). Vaikka omaksuminen on yhtä tärkeä kuin saavutettavuus, siihen on vähemmän kiinnitetty huomiota (Glanz. 2002, 536–537.) Intervention omaksumisen merkityksestä ja tuloksista on tutkijoiden toimesta harvoin raportoitu. Yksiköiden vertailut olisi tehtävä sellaisten perustietojen avulla, joissa selviää yksiköiden resurssit. (Lampi, Autonen-Honkonen 2009, 10–11.)

Toimeenpano on usein ongelmallista, koska henkilöstöllä on yleensä useita muita perustyötehtäviä intervention lisäksi. Toimeenpanossa on arvioitava toteutusta, varsinkin jos hankkeen toimeenpanijat työskentelevät oman työnsä ohessa. (Glanz ym. 2002, 537.) Toimeenpano-osiossa arvioidaan kustannuksia, joita interventio on aiheuttanut. Näitä ovat interventioon käytetty aika, materiaali, työkalut ja henkilöstö. Lisäksi toimeenpanolla arvioidaan, onko interventio toteutunut suunnitelman mukaisesti. Jotta haluttuun toteutukseen päästään, on varmistettava, että toimeenpanijat työskentelevät tavoitteiden mukaisesti. Intervention harjoittelu valmentaa hankkeen toteuttavia työntekijöitä toimimaan toivotulla tavalla. Hankeen ohjaajilta edellytetään pätevyyttä ja sitoutuneisuutta ja heidän pitäisi rohkaista osallistujia käyttämään keskeisiä menetelmiä, joiden avulla vaikutetaan asenteisiin ja käyttäytymisen muuttamiseen intervention aikana ja sen jälkeen. (Lampi, Autonen-Honkonen 2009, 10–11.)

Ylläpito-osiossa arvioidaan intervention vaikutuksia pitkän ajan kuluessa yksilötasolla sekä toiminnan pysyvyyden yksikkö tai yhteisötasolla. Yksilötasolla seurataan, ovatko

terveyskäyttäytymisen muutokset käytössä 6-12 kuukauden kuluttua. Yhteisötasolla arvioidaan, onko intervention uudistukset ja keinot käytössä ja onko ne jääneet pysyviksi käytänteiksi. On olennaista arvioida yksilö- ja yhteisötasoa, koska molemmat antavat arvokasta ja toisistaan riippumatonta tietoa intervention vaikutuksista (Glanz ym. 2002.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa Gaglio, Shoup, ja Glasgow (2013) totesivat, että kirjallisuushauissa tutkimukset, joissa RE-AIM-mallia oli käytetty runkona, eivät olleet vastanneet kaikkiin RE-AIMin mukaisiin osa-alueisiin. Tutkimukset ja artikkelit, joista aineisto koostui, käsittelivät lähinnä liikuntaa, painon sekä sairauden hallintaa. Katsauksen mukaan kaksi kolmesta tutkimuksesta vastasi kaikkiin RE-AIMin osa-alueisiin. Muutamissa tutkimuksissa oli virheellisesti raportoitu osa-alueet saavutettavuus sekä omaksuminen, esimerkiksi saavuttavuuteen liittyvä huomio oli kirjattu omaksumiseen. Harden ja muut (2015) systemaattisen kirjallisuuskatsauksen päätöksissä todettiin, että RE-AIM on monipuolisesti käytetty mutta epäjohtonmukaisuutta on raportoinnissa sen viidessä eri osa-alueessa. Kirjallisuuskatsauksessa esitettiin, että tulevissa tutkimuksissa on noudatettava tarkkuutta ja avoimuutta, jotta RE-AIM-mallin mukaan tehdyistä arvioista voidaan muodostaa toistettavuuden ja yleistettävyyden nimissä luotettavaa näyttöä. (Harden ym. 2015.)

Ruotsissa RE-AIM-mallin mukaan arvioitiin tietokenoavusteisen terveysneuvonnan toteutumista hoitohenkilökunnan arjessa. IT-ohjelma ja sen käyttö opastettiin terveydenhuollon henkilökunnalle kahdella eri tavalla. Tästä eroavaisuudesta johtuen haluttiin selvittää, miten kohderyhmät eli henkilökunta sekä potilaat olivat IT pohjaisen työkalun käytön kokeneet. Tutkimuksessa oli käytetty kyselyä, jossa oli huomioitu RE-AIMin osa-alueista saavutettavuus, vaikuttavuus, implementointi. Omaksumisen osa-alueita arvoitiin sairaanhoitopiirin ylläpitämän tilastoinnin avulla, tähän oli kerätty tilastot käyttäjien lukumääristä. Kyselyn sekä tilastojen avulla tutkijat arvioivat kaikkia RE-AIMin osa-alueita paitsi Maintenance eli ylläpitoa. Tämä jätettiin huomioimatta

sen vuoksi, koska muutos on hidasta tällaisilla organisaatiotasolla ja vaatii pitkän aikavälin arviointia. (Carlfjord, Andersson, Bendtsen, Nilsen, Linderberg 2011, 167–176.)

Kalifornian julkisessa peruskoulussa oli kokeilussa ravintokoulutusohjelma, jossa pyrittiin lisäämään lasten ravintotietämystä sekä minäpystyvyyttä. Lisäksi haluttiin vaikuttaa lapsiin niin, että he tekisivät terveellisempiä valintoja. Opettajat perehdytettiin SMC-ohjelmaan, jonka jälkeen he käyttivät näitä oppejaan opetuksessa. Tutkimuksessa seurattiin lasten terveyskäyttäytymistä sekä sitä, miten opettajat olivat omaksuneet SMC-ohjelman mukaisen toiminnan. RE-AIM-mallin mukaisesti tutkijat jäsentelivät sekä esittelivät tutkimuksen tuloksia. Saavutettavuus osiossa kuvattiin sitä, miten moni koululaisista oli osallistunut SMC-ohjelman mukaiseen koulutukseen. Vaikuttavuus ilmoitettiin ennen ja jälkeen kyselyinä, joissa kysyttiin lasten ravintotiedon, ravintotottumusten ja minäpystyvyyden muutoksia. Omaksuminen osoitettiin koulujen lukumäärällä ja opettajilla, jotka olivat ottaneet osaa tutkimukseen. Toimeenpanoa oli toteutus eli kuinka moni opettajista oli koulutuksen jälkeen käyttänyt SMC-ohjelman mukaisia oppeja opetuksessa. Ylläpito-osiossa seurattiin sitä, pitivätkö opettajat opintosuunnitelmissa seuraavana vuonna saamansa opit. (Dunton, Liao, Grana, Lagloire, Riggs, Chou, & Roberstson 2014.)

## 6 Opinnäytetyön toteutus

Jyväskylän ammattikorkeakoulu tarjosi arviointisuunnitelmaa opinnäytetyön aiheena keväällä 2015, ja yhteistyö MAUSTE- hankkeen projektipäällikön kanssa aloitettiin saman tien. Tapaamisia on ollut koko opinnäytetyön toteutuksen ajan, ja niissä on keskusteltu hankkeen toteutuksesta sekä työpakettien sisällöistä. Aluksi opinnäytetyöhön etsittiin teorian tietoa kirjallisuuden avulla, jotta opinnäytetyölle saatiin selkeä perusta aihepiiristä, johon hanke liittyy. Hankkeen arviointisuunnitelman pohjaksi oli jo valmiiksi kaavailtu RE-AIM-mallia, jonka vuoksi sitä käytettiin tässä opinnäytetyössä.

Arviointisuunnitelma laadittiin hankkeen työpakettien sekä projektipäälliköltä saattujen tietojen mukaan.

Ennen arviointisuunnitelman tekemistä perehdyttiin yleisesti arviointiin ja arvioinnin erilaisiin lähestymistapoihin. Arviointisuunnitelman tekeminen vaati ymmärrystä siitä, minkä vuoksi arviointia tehdään ja mitä asioita arvioinnissa sekä arviointisuunnitelmassa on otettava huomioon. Koska arviointisuunnitelma liittyy terveyden edistämisen hankkeeseen, opinnäytetyössä käytettiin hyödyksi aikaisempaa tietoa terveyden edistämisen ja hankkeen arvioinnista. Arviointisuunnitelman tekemistä tuki perehtyminen aikaisempiin tutkimuksiin ja käyttötarkoituksiin, joissa RE-AIM-mallia on käytetty. Näin RE-AIM-mallin osa-alueet selkeytyivät ja muokkautuivat arviointisuunnitelmaan sopivaksi.

Työpaketteihin hahmoteltiin tukikysymykset mukailleen RE-AIM-mallia ja nämä kysymykset toimivat ohjaavina, kun arviointimenetelmiä etsittiin. Lisäksi arviointimenetelmien valinnassa huomioitiin työpakettien tavoitteet. Esimerkki kysymyksistä, jotka ohjasivat työpakettia I: *saavutettavuus*: kuinka moni ilmoittautuneista on saapunut koulutukseen? *Vaikutettavuus*: miten koulutuksen sisältö näkyy osallistujan päivittäisessä työssä? *Omaksuminen*: kuinka monesta eri ammattilaista on koulutukseen osallistunut? Verkkotehtävien palautusmäärät? *Toimeenpano*: onko koulutus mennyt suunnitelmien mukaan ja onko edetty suunnitelmallisesti? *Ylläpito*: onko koulutuksessa käydyistä menetelmistä tullut pysyviä toimintatapoja yhteisöissä 6-12 kuukauden jälkeen? RE-AIM-malli toimi arviointisuunnitelman pohjana ja jokaisen työpaketin kohdalla suunniteltiin niin, että arviointimenetelmä vastaa RE-AIM-mallin osa-alueisiin. Alla olevassa taulukossa on esimerkkinä työpaketin I arviointisuunnitelman laadinta.

Taulukko 1. RE-AIM-mallin esimerkit MAUSTE-hankkeessa. (Jyväskylän ammattikorkeakoulu. 2014.)

RE-AIM	MAUSTE-hankkeen arviointi RE-AIM-mallin avulla	Esimerkkikysymys työpaketista I
<i>Saavutettavuus</i>	Suunnittelun alussa määritetään kohdeväestön erityispiirteet ja arvioidaan kohderyhmäväestön määrä, saavutettavuutta ja sitoutumista (osallistujien lukumäärät, haastattelut, kyselyt).	Kuinka moni ilmoittautuneista on saapunut koulutukseen?
<i>Vaikuttavuus</i>	Arvioidaan, miten työpaketit ovat vaikuttaneet osallistuvien ihmisten tiedon lisääntymiseen, terveyskäyttäytymiseen ja elämänlaatuun.	Miten koulutuksen sisältö näkyy osallistujan päivittäisessä työssä?
<i>Omaksuminen</i>	Arvioidaan, kuinka suuri prosentiosuus eri ammattiryhmistä osallistuu työpaketteihin	Kuinka monesta eri ammattiryhmästä on osallistunut koulutukseen? Verkkoitehtävien palautusmäärät?
<i>Toimeenpano</i>	Arvioidaan kustannuksia, työpaketteihin käytettyä aikaa sekä työpakettien toteutumista	Onko koulutus mennyt suunnitelmien mukaan ja onko edetty suunnitelmallisesti?
<i>Ylläpito</i>	Kartoitetaan työpakettien pitkän aikavälin(6-12kk) vaikutuksia yksilötasolla sekä toiminnan pysyvyydestä yksikkö tai yhteisötasolla	Onko koulutuksessa käydyistä menetelmistä tullut pysyviä toimintatapoja yhteisöissä 6-12 kuukauden jälkeen?

## 7 Valitut arviointimenetelmät

Hankkeeseen osallistuminen edellyttää osallistujalta riittävää tietoa siitä, mihin hän on osallistumassa ja osallistumisen tulee olla aina vapaaehtoista. Hankkeeseen osallistuminen voidaan hyväksyä joko suullisen tai kirjallisen suostumuksen perusteella tai osallistujan käyttäytymisen perusteella. (Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja

käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakkoarvioinnin järjestämiseksi 2009, 4.) Arviointisuunnitelmassa kerätään tietoa ammattilaisilta ja maahanmuuttajilta sekä hankkeen ohjausryhmältä. Osallistujien tulee olla tietoisia, miten tietoa kerätään, onko tiedon keruu kertaluontoista, kirjallista, vapaamuotoista keskustelua vai valmiiden vastausvaihtoehtojen valitsemista (Kuula 2013, 106). Työ- ja ohjausryhmän vastuulla on se, että osallistujien (hankkeeseen osallistuvien ammattilaisten, maahanmuuttajien) kanssa käydään ymmärrettävästi läpi arviointimenetelmät ennen arvioinnin tekemistä. Osallistujien tulee tietää, mihin he ovat osallistumassa ja mihin heidän antamaa arviointiaineistoa käytetään.

Työpakettien I, III ja IV arviointiin käytetään kyselylomaketta, koska se on nopea tapa saada palautetta ja tietoa. Työpaketissa I kyselylomake on suunnattu koulutukseen osallistuville ammattilaisille. Työpaketin III kyselylomakkeen avulla selvitetään, miten maahanmuuttajat ovat kokeneet kehitetyn materiaalin. Työpaketin III arvioinnin haasteelliseksi tekee kieli ja materiaalin tulkinta. Työpaketin IV verkostotapaamista arvioidaan Webropol-kyselypalautteella.

**Kyselylomake** on yleisesti käytetty aineistonkeruuväline ja sitä on käytetty niin tutkimuksissa (Nurmeksela 2011, Koski 2014) kuin hankkeissakin (Moisio 2010–2012). Kyselylomakkeen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto ja sitä pidetään tehokkaana arviointimenetelmänä, koska se säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. Huolellisesti suunniteltu aineisto voidaan käsitellä tallennettuun muotoon nopeasti ja analysoida se tietokoneen avulla. Lisäksi aikataulun ja kustannusten arviointi onnistuu melko tarkasti. Arvioitsijan ei tarvitse itse kehitellä uusia aineiston analyysitapoja, mutta tulosten tulkinta voi olla haastavaa, sillä aineisto voi herkästi jäädä pinnalliseksi. Kyselyn aineisto kerätään usein posti- tai verkkokyselyllä tai kontrolloidulla kyselyllä. Kontrolloiduissa kyselyissä tutkija on lähempänä vastaajaa ja joko jakaa kyselylomakkeet henkilökohtaisesti tai noutaa ne itse ilmoitetun ajan kuluttua. Posti- ja verkkokyselyiden etuna on nopeus ja vaivaton aineiston saanti, mutta ongelmaksi voi muodostua vastauksien kato. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2012, 195–197.)

Kyselyn onnistuminen edellyttää, että kyselyä tehtäessä osataan ottaa huomioon osallistujan aika, halu ja taito vastata kyselyyn. Lomake on suunniteltava huolellisesti ja testattava ennen sen käyttöön ottoa. (Kyselylomakkeen laatiminen 2010.) Ennen arviointilomakkeen tekemistä arvioitsijan on tiedettävä, minkä vuoksi arviointia tehdään. On selvitettävä, mistä ja miksi osallistujilta halutaan palautetta ja mitä palautteen avulla halutaan saavuttaa. On tärkeä pohtia, mihin palautteesta saatua tietoa käytetään. Arvioitsijan on mietittävä, millaisiin kysymyksiin halutaan vastausta, miten lomakkeen ulkoasu suunnitellaan ja kuka tarkistaa kyselylomakkeen sekä miten lomake jaetaan osallistujille. Jos odotetaan pientä määrää osallistujia, voidaan tulokset laskea käsin, isojen osallistujamäärien kohdalla on vastauksia laskettaessa hyvä käyttää tietotekniikkaa. Kyselylomaketta tehdessä on syytä pohtia, miten tulokset raportoidaan ja miten tuloksia käytetään ohjelman parantamiseen. (Taylor-Powell & Renner 2009, 5-6.)

Työpaketin II arviointimenetelmäksi on valittu arvostava haastattelu, koska se tukee ryhmässä toimimista ja sen avulla ryhmän ohjaajat sekä ryhmäläiset voivat yhdistää oppimansa tiedot ja taidot sekä arvioida, onko niissä tapahtunut muutoksia. Arvostava haastattelu on kohdistettu vertaisryhmiin ja perhevalmennuksiin osallistuville maahanmuuttajille ja siinä pyritään arvioimaan käsiteltyjä teemoja erilaisten tukikysymysten ja keskustelun avulla. Vertaisryhmien ja perhevalmennusten ohjaajille on laadittu oma RE-AIM-mallin mukainen kyselylomake.

**Arvostava haastattelu** on ratkaisukeskeinen lähestymistapa, joka keskittyy yhteisöjen ja yksilöiden olemassa olevien vahvuuksien tunnistamiseen sekä päämäärän ja tulevan toiminnan suunnittelun hyödyntämiseen. Menetelmän toteutuminen sisältää useamman kokoontumiskerran, jossa samat osallistujat vastaavat prosessin eteenpäin viemisestä ja eri vaiheiden suunnittelusta ja toteutuksesta. Toteutus sisältää neljä vaihetta: tunnistaminen, unelmointi, suunnittelu ja jaettu ymmärrys. Tunnistamisvaiheessa yhteisössä tunnistetaan koettuja hyviä hetkiä ja onnistumisia. Yhteisön jäsenet kertovat omia onnistumiseen liittyviä kokemuksia ja yhdessä miettivät, mikä ne mahdollistivat. Unelmointi vaiheessa onnistumistarinoiden pohjalta luodaan visio

tulevaisuudesta. Suunnittelun avulla yhteisö luo strategiat, joilla unelmiin päästään. Lopuksi yhteisö jakaa uudet tulevaisuudennäkymät toistensa kanssa ja keskustelevat sekä jakavat ajatuksia. Prosessin lähtökohtana on etukäteen mietittyjen kysymysten avulla kerätty tieto yhteisön onnistumisista, vahvuuksista ja huippuhetkistä. Oleellista on, jäsenet jotka ovat osallistuneet keskusteluihin voivat kommentoida aineistosta tehtyjä tulkintoja ja vaikuttaa prosessin lopputulokseen. Arvostavan haastattelun avulla tuotetaan koko yhteisölle jaettu tulevaisuusnäkyä sekä pyritään sitouttamaan yhteisön jäsenet niin, että se tukee päämäärää. (Arvostava haastattelu 2015.)

Socca eli sosiaalialan kehittämis- ja tutkimusorganisaatio on esitellyt lasten suoje-  
luun käytännön työkaluna arvostavaa haastattelua. (lomakkeita 2015.) Lisäksi arvostavaa haastattelua on käytetty usein tutkimus- ja kehittämismenetelmänä. Arvostavaa haastattelua on eritoten hyödynnetty toimintatutkimuksissa. Arvostavassa haastattelussa osallistujat etsivät yhteisissä tapaamisissa uudenlaisia ratkaisuja. Ratkaisujen etsimisessä on dialogi koettu innostavana. Myös kriittisiä näkökulmia voidaan tuoda esille positiivisesta lähestymistavasta huolimatta. Arvostavalla haastattelulla on mahdollista vahvistaa sitä, mikä on hyvää ja toimivaa ja visioida sitä, mitä haluttaisiin toiminnan olevan sekä rakentaa perusta vision toteuttamiselle (Nuutinen, Heikkilä-Tammi, Manka & Bordi 2013, 30- 31)

Arviointimenetelmäksi työpaketissa V on valittu onnistumiskartoitus, koska siinä otetaan monipuolisesi huomioon koko hankkeen arviointi. Arviointi on suunnattu hankkeen vetäjille, jotka arvioivat hanketta onnistumiskartoituksen avulla.

**Onnistumiskartoituksen** avulla luodaan katsaus hankkeen arviointityöhön. Onnistumiskartoituksen tarkoituksena on tukea päätöksentekoa nostamalla esille niitä asioita, jotka koetaan työtä edistäviksi tai haittaaviksi. Tavoitteena on oppia hankkeesta ja kehittää siitä saatuja oppeja. Onnistumiskartoitusta voidaan hyödyntää esimerkiksi organisaation johtamisessa, projektityöskentelyssä, strategiatyössä, laadun varmistamisessa.



misessa, tulosten eteenpäin viemisessä ja viestinnän apuvälineenä. Työvälineen sisältöjä voi muokata ja soveltaa omiin tarkoituksiin sopivaksi. (onnistumiskartoitus 2013.)

Onnistumiskartoitusta on käytetty muun muassa JÄRVI-hankkeessa. JÄRVI-hanke on vuosina 2005–2009 toteutettu Sosiaali- ja terveysturvan keskusliiton ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksen yhteinen kehittämishanke, jonka päämääränä on ollut sosiaali- ja terveysjärjestöjen ja muiden alan yhteisöjen arviointiosaamisen vahvistaminen ja arviointikäytäntöjen kehittäminen. (Hanke 2005-2009.)

## 8 MAUSTE hankkeen arviointisuunnitelma

Opinnäytetyön tuotoksena on arviointisuunnitelma MAUSTE-hankkeelle. Siihen on käytetty valittuja arviointimenetelmiä, itsearviointia ja tilastointia. Työpakettien arviointisuunnitelmat ovat liitteenä.

### 8.1 Työpaketti I

Ammattilaisille suunnatussa koulutuksessa (työpaketti I) suunniteltiin kyselylomake RE-AIM-mallin mukaisesti työpakettiin osallistuville ammattilaisille. **Saavutettavuus**-osa-alueessa selvitetään tilastoinnin avulla osallistuvuutta:

- kuinka monta ilmoittautunutta on saapunut?
- luottamus kohderyhmän kanssa; onko kohderyhmä hyväksynyt ohjelman? koulutuspäivien osallistujamäärä

**Vaikuttavuus** osa-alueessa ammattilaiset arvioivat omaa tietotaitoaan ennen koulutusta ja koulutuksen jälkeen. Vaikuttavuutta kuvaa lisäksi se, miten koulutuksen osallistujat arvioivat koulutuksen näkyvän heidän päivittäisessä työssään ja miten koulutus on vaikuttanut heidän asenteisiin liittyen maahanmuuttajien seksuaaliterveyteen.

**Omaksuminen** osa-alueessa selvitetään tilastoinnin avulla sitä, ovatko koulutukseen osallistuneet pysyneet mukana koko koulutuksen ajan. Osallistujilta itseltään selvitetään kyselyssä, miten he arvioivat omaa sitoutumistaan koulutukseen.

**Toimeenpano**-osiossa arvioidaan koulutuksen toteutusta tilastoinnin avulla:

- onko toteutus mennyt suunnitelmien mukaisesti
- onko aika ja kustannukset arvioidulla tasolla

Kyselyllä täydennetään toteutuksen arviointia koulutukseen osallistujilta.

**Ylläpito**-osiossa arvioidaan koulutuksessa käytyjen oppien jatkuvuutta 6-12 kuukauden jälkeen. Kyselyssä koulutukseen osallistujat arvioivat sitä, uskovatko he hyödyntävänsä koulutuksen sisältöä koulutuksen jälkeen. 6-12kk kuluttua osallistujat arvioivat uudestaan, onko koulutuksessa käydyt työmenetelmät käytössä edelleen.

## 8.2 Työpaketti II

Työpaketissa II **saavutettavuus** osiossa tilastoinnin avulla selvitetään, miten osallistujat ja ryhmän ohjaajat on tavoitettu:

- onko vertaisryhmään osallistunut tavoiteltu määrä maahanmuuttajia?
- ovatko yhteistyökumppanit olleet aktiivisia osallistujien hakemisessa?
- Onko osallistujia tullut eri yhteistyökumppaneilta? mm. Jyväskylän ja Kuopion aikuisammattiopistot ja neuvolat, Gloria monikulttuurikeskus Jyväskylä, maahanmuuttajapalvelut?
- onko ryhmän ohjaajia saatu riittävästi?

**Vaikuttavuus** osiossa selvitetään ryhmiin osallistuvien maahanmuuttajien tiedon lisääntymiseen, terveyskäyttäytymiseen ja elämänlaatuun liittyviä seikkoja arvostavan haastattelun avulla. Maahanmuuttajat osallistetaan keskusteluun ryhmän ohjaajien

avulla. Ryhmän ohjaajille on tehty tukikysymyksiä arvostavan haastattelulomakkeeseen. Ryhmän ohjaaja voi tarvittaessa tehdä keskustelusta muistiinpanoja nauhoittamalla tai kirjoittamalla tärkeimpiä asiakohtia ylös.

**Omaksuminen** osiossa arvioidaan tilastoinnin avulla kuinka suuri prosenttiosuus eri yhteistyökumppaneista (Aikuis- ja ammattiopistot Kuopio ja Jyväskylä, Gloria monikulttuurikeskus Jyväskylä, neuvolat Kuopio ja Jyväskylä, Kuopiossa monikulttuurikeskus Kompassi, maahanmuuttajapalvelut, Jyväskylässä Avaimet onnistumiseen – hanke) osallistuu ryhmätoimintojen toteuttamiseen.

**Toimeenpano**-osiossa ammattilaiset arvioivat ryhmien toteutumista ja palautteita kyselylomakkeen avulla. Kysely on tehty avoimeksi, jotta ryhmän ohjaajilta saadaan kattavammat vastaukset.

**Ylläpito**-osiossa selvitetään, onko vertaisryhmätoimintaa vielä 6-12 kuukauden jälkeen. Vertaisryhmien jatkuvuutta selvitetään tilastoinnin avulla.

### 8.3 Työpaketti III

Työpaketin III **saavutettavuus** osiossa selvitetään tilastoinnin avulla, ovatko maahanmuuttajat halukkaita kehittämään ohjausmateriaalia ja kuinka moni maahanmuuttaja osallistuu materiaalin kehittämiseen.

**Vaikuttavuus** osiossa selvitetään tilastoinnin avulla sitä, onko mobiiliohjauslaitetta ja pelejä tuotettu. Lisäksi kyselyn avulla selvitetään, miten maahanmuuttajat ovat kokeneet mobiiliohjauslaitteen käytön ja onko tuotettu materiaali vaikuttanut heidän tiedon lisääntymiseen.

**Omaksuminen** osion avulla selvitetään tilastoinnin avulla, sitä ovatko ammattilaiset saaneet maahanmuuttajat kokeilemaan mobiiliohjauslaitetta.

**Toimeenpano**-osiossa ohjausryhmä arvioi säännöllisissä kokoontumisissaan mobiili-ohjauslaitteen ja materiaalin toteutusta:

- onko materiaalia kehitetty ja tuotettu suunnitelman ja saatujen palautteiden mukaisesti?
- onko toteutus ollut kustannustehokasta?
- toimiiko eri ammattilaisten yhteistyö?
- kokoukset, palaverit ym.?

**Ylläpito**-osiossa ammattilaisilta pyydetään omaa arviota laitteen käytöstä 6-12 kuukauden päästä:

- Kuinka aktiivisesti tulet käyttämään laitetta ja materiaalia?
- Arvio, onko laite ja materiaali käytössä 6-12kk päästä

6-12 kuukauden päästä samat kysymykset toistetaan kuvaten nykyaikaa:

- Kuinka aktiivisesti olet käyttänyt laitetta ja materiaalia?
- Onko laite ja materiaali vielä käytössä?

#### 8.4 Työpaketti IV

Työpaketin IV **saavutettavuus** osiossa selvitetään tilastoinnin avulla, kuinka paljon valtakunnalliseen ja alueelliseen verkostotapaamiseen on osallistunut ammattilaisia. Vaikuttavuutta selvitetään osallistujille tehdyllä Weprobol-kyselyllä heti tapaamisen jälkeen. **Vaikutettavuudessa** halutaan selvittää osallistujien tietotaito tasoa, omia asenteita ja verkostoitumista. Kyselyssä on myös kysymyksiä toimeenpanoon ja ylläpitoon liittyen. **Omaksumista** selvitetään sillä, kuinka monesta eri työ-/opiskeluyksiköstä on vastattu Weprobol-kyselyyn. Tällä halutaan selvittää, miten paljon kustakin yksiköstä on osallistunut verkostotapaamiseen. **Toimeenpano**-osiossa selvitetään verkostotapaamisen toteutusta:

- Vastasiko verkostotapaaminen odotuksiasi

- Etenikö verkostotapaaminen odotuksiesi mukaisesti?
- Oliko sinulla mahdollisuus jakaa omaa osaamisestasi verkostotapaamisessa?

**Ylläpito**-osiossa kysytään osallistujilta omaa arviota siitä, tulevatko he hyödyntämään verkostotapaamisen sisältöä ja materiaalia tulevaisuudessa. Tilastoinnin avulla selvitetään, ovatko www-sivut aktiivisessa käytössä 6-12 kuukauden jälkeen (kävijämäärät).

## 8.5 Työpaketti V

Työpaketissa V ohjausryhmän jäsenet arvioivat koko hanketta yhtenä kokonaisuutena onnistumiskartoitus arviointimenetelmän avulla. **Saavutettavuus** osiossa voidaan laskea yhteen aikaisempien työpakettien osallistujamäärät ja näin selvitetään, kuinka moni ammattilaisista ja maahanmuuttajista on osallistunut hankkeen työpaketteihin.

Onnistumiskartoituksessa **vaikuttavuutta** ovat aineiston keruu ja kerätyn aineiston analysointi sekä johtopäätökset. **Omaksumista** selvitetään sillä, kuinka moni eri ammattillisista tahoista on osallistunut koko hankkeen toteutukseen. Osallistuneiden ammattilaistahojen selvittämisessä voidaan hyödyntää työpakettien kyselylomakkeita.

**Toimeenpano**-osiossa arvioidaan koko hankkeen toteutumista ja sitä ovatko osallistajat olleet sitoutuneita hankkeeseen ja sen tavoitteisiin. Lisäksi on arvioitava kustannuksia: Ovatko henkilöstömäärät olleet riittäviä? Onko aika riittänyt? Ovatko työkalut ja toimitilat olleet asianmukaisia? Onko hankesuunnitelman budjetti pitänyt?

**Ylläpito**-osiota voidaan arvioida 6-12 kuukauden kuluttua hankkeen päätyttyä:

- Onko monikulttuurinen seksuaalikasvatus tullut osaksi seksuaaliterveyspalveluita ja maahanmuuttajien koulutusta?

- Ovatko maahanmuuttajien kanssa työskentelevillä pysyvää yhteistyötä keskenään? (aikuisammattiopistot, Gloria ja Kompassi monikulttuurikeskukset, neuvolat)

## 9 Pohdinta ja tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää arviointisuunnitelma RE-AIM-mallin mukaan. Arviointisuunnitelmaan etsittiin erilaisia arviointimenetelmiä, jotka vastaisivat RE-AIM kaikkiin osa-alueisiin mahdollisimman selkeästi. Arviointimenetelmät valittiin hankkeen projektipäällikön luovuttaman kirjallisen työpakettikuvauksien perusteella. Työpakettien kuvaukset on kirjattu ennen hankkeen aloittamista eli ne ovat osa hankkeen suunnitelmaa. Arviointisuunnitelmassa saattaa olla tulkinnanvaraisuutta johtuen siitä, että käytössä olleet työpakettikuvaukset olivat suunnitelmia eikä välttämättä kaikilta osilta vastanneet sitä, miten ne ovat käytännössä hankkeessa toteutuneet. Arviointisuunnitelmaa tehtäessä käytössä ei ollut reaaliaikaista tietoa siitä, miten toteutukset olivat hankkeessa käynnistyneet. Arviointisuunnitelman puolueettoman toteuttamisen teki mahdolliseksi se, että suunnitelman laatijat eivät työskennelleet hankkeen sisällä vaan olivat ulkopuolisia osallistuttajia. Tämä lisäsi arviointisuunnitelman luotettavuutta.

Työpakettien monitahoisuus vaati arvioinnin rajaamista RE-AIM-mallin mukaiseksi, jolloin tärkeä kokemus sekä tiedon raportointi saattoivat jäädä puutteelliseksi. Työpakettien monitahoisuudella tarkoitetaan sitä, että niihin sisältyy paljon eri toimintoja. Tästä esimerkkinä on seminaaripäivä, johon kuuluu päivän järjestäminen, kehittämisyhteistyö osallistujien kanssa sekä toimintamallien hahmottaminen. Hankkeen osallistujien on hyödyllistä myös itse pohtia, miten he arvioivat toimintaansa; näin voidaan myös kerätä heitä hyödyntäviä tietoja. Alustavissa työpakettisuunnitelmissa oli nimettynä lähestulkoon jokaisen työpaketin tavoite (työpaketista III puuttui ta-

voite), joka huomioitiin myös arviointisuunnitelmassa. Luonnollisesti arvioinnissa pyrittiin siihen, että työpakettien tavoitteet saatiin yhdistettyä RE-AIM-mallin osa-alueisiin niin, että ne olisivat johdonmukaiset ja tukisivat toisiaan.

Työpaketissa II on käytetty arviointimenetelmää, joka myötäilee teema- sekä ryhmähaastattelun aineistonkeruumenetelmiä. Keskustelulla on etukäteen päätetty tarkoitus, jonka ei kuuluisi olla tavallista arkikeskustelua. Haastattelun rakenne tulisi pysyä haastattelijan hallinnassa arvostavan haastattelun eri vaiheiden kautta. Tavoite on saada aidosti haastateltavien henkilöiden kokemuksia. Ryhmän jäsenten vastaukset ja kommentit voivat viedä parhaimmillaan keskustelua eteenpäin tai sitten kulminoitua siihen, että kaikki eivät osallistu keskusteluun, jolloin keskustelun anti yksipuolistuu. Ryhmässä käyty keskustelu pakottaa osallistujat tarkentamaan ja kommentoimaan omia puheenvuorojaan. (Ryhmähaastattelu 2016.) Arkaluonteisuuden määrittely on hyvä jättää itse tutkittaville, sillä kulttuuriset ja tilannekohtaiset tekijät vaikuttavat siihen, mikä on ryhmän sisällä arkaluonteista ja mikä ei (Kuula. 2013, 136). Menetelmän käyttö ohjeistetaan, jolloin eri tulkintojen mahdollisuus vähenee ja vastausten luotettavuus paranee. Haastattelun vetäjinä toimivat ryhmien ohjaajat, jolloin ulkopuolinen arvio ei ole kysymyksessä. Keskustelun ohjaaminen vaati perehtymistä menetelmään, myös päätös siitä, miten dokumentoi aineistoa (kirjaaminen, nauhoittaminen, ulkopuolinen havainnoitsija) on hyvä ratkaista hankkeen ohjausryhmän kanssa.

Työpaketin II ryhmäkeskustelussa ei voida ennalta tietää keskustelun koko sisältöä. Jos joku osaltaan ei halua käsitellä keskustelussa käytäviä asioita, henkilö ei tällöin voi osallistua arviointiin. Keskusteluun osallistuvalla on halutessaan oikeus päättää tutkimuksen keskeyttämisestä, mutta ryhmän ohjaajan tulee pohtia asiaa osallistujan näkökulmasta (Kuula 2013, 138–139). Jos osallistuja kokee ryhmässä käydyn keskustelun liian arkaluonteiseksi tai pelottavaksi, on ryhmän ohjaajan osattava reagoida tilanteeseen. Ryhmän ohjaajan tulee tällöin keskeyttää keskustelu ja mahdollistaa se käytäväksi kahden kesken. Aihepiiri pysyy samana myös kahden kesken käytävässä keskustelussa.

Työpaketissa III oli haastavaa löytää sopivat arviointimenetelmät, sillä osallistujia oli useista tahoista, kuten ammattilaiset, maahanmuuttajat ja pelien sekä materiaalien kehittäjät. Lisäksi työpaketissa III haluttiin selvittää, miten mobiiliohjauslaitteet ja pelit ovat käytännössä toimineet, mitä materiaalia on jo olemassa ja millaista materiaalia tarvitaan lisää. Työpaketin moninaisuus ja se, että sille ei oltu nimetty tavoitetta, johti siihen, että projektipäällikön kanssa käytiin keskustelua työpaketin tavoitteesta. Keskustelun avulla määriteltiin tavoitteet sekä varmistettiin, että arviointi olisi kohdistunut siihen toimintaan, mihin hankkeessa se oli myös tarkoitettu.

Kyselylomakkeiden laadinnassa pyrittiin siihen, että pituus ja sisältö säilyvät ytimekkäänä. Arvioinnin kuin myös aineistonanalyysin tekijöille tiedonkeräysmenetelmien valinnassa saattaa olla haasteita, mutta RE-AIM-mallin sisäistäminen auttaa aineiston jatkotyöstämistä. On tärkeää päättää, ketkä osallistuvat tulosten kirjoittamiseen ja mitkä aineistot otetaan kehittämistyöhön mukaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212). Arviointisuunnitelman avulla on selkeämpää rajata tutkittavaa aineistoa. Näin pysytään uskollisena kehittämistyön tavoitteille, jolloin voidaan saada vastauksia hankkeen tavoitteille.

MAUSTE-hankkeeseen osallistuville tulee informoida kehittämishankkeesta ja siitä, missä hankkeen tulokset julkaistaan. Osallistuvien yksityisyys ja anonymiteetti on suojattava julkaisuissa. Pienessä aineistossa osallistujien anonymiteetti voidaan turvata kuvaamalla heidän taustatietonsa esimerkiksi keskiarvoina. Arviointisuunnitelman kyselylomakkeissa on kysytty muun muassa ammattia sekä työ- ja opiskelupaikkaa, jotka voivat rikkoa osallistujien anonymiteettiä. Ammatista ja työ/opiskelupaikasta kysyttäessä halutaan selvittää RE-AIM:n mukaista saavutettavuutta. Hankkeen arvioinnin tekijän tulee ottaa tämä huomioon aineiston käsittelyssä.

Eri kohderyhmiin kuten tilaajiin, asiakkaisiin ja työyhteisöön kohdistuu odotuksia arvioinnin tuloksista, jolloin tekijä voi joutua tasapainoilemaan arvioinnin autonomian



ja muualta tulevien paineiden kanssa. (Lindberg 2013, 21.) Arviointisuunnitelman tekemistä selkeytti se, että sitä ohjasi RE-AIM-malli. Työpaketit arvioitiin samankaltaisesti, jolloin arviointisuunnitelmasta saatiin uskottavampi ja vältettiin yleispätevää tietoa.

Toimeenpano osiossa arvioidaan hankkeen kustannuksia, joita ovat interventioon käytetty aika, materiaali, työkalut ja henkilöstö. MAUSTE –hankkeen terveyden edistämisen määräraahakemuksessa oli laskettu budjetti vuonna 2014. Tätä budjettia hyödyntäen saadaan toimeenpanon kannalta tärkeitä seurattavaa tietoa. Tosin budjetti on laskettu koko hankkeelle, eikä ole eritelty työpakettikohtaisesti. Arviointisuunnitelma kun on tehty työpakettien mukaan, joten kustannusarvioita ei ole siinä tarkasti huomioitu. Arviointisuunnitelmien kyselylomakkeita ei esitettävä vaan palautetta ja korjausehdotuksia saatiin vertaisarvioitsijoilta.

Maahanmuuton lisääntyminen ja monikulttuurisuus vaativat terveyden edistämisen työssä hienovaraisuutta ja ymmärrystä eri kulttuurieroista. Terveyden edistämisen työlle on maahanmuuttajien keskuudessa tarvetta. Ymmärryksen tarvetta terveyden edistämisen työlle tuo maahanmuuttajien moninaiset kulttuuritaustat. Haaste ammattilaisille on se, miten saadaan vaikutettua maahanmuuttajien terveystietoon ja siihen, mitkä ovat ammattilaisten perusteet ja oikeudet muokata niitä (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 186). Huomioitavaa terveyden edistämisen työssä on se, että sitä arvioidaan ja ollaan kriittisiä siitä, mitä tehdään ja miten seurataan interventioiden vaikuttavuutta. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen on hyvin ajankohtainen aihe, johon etsitään jatkuvasti ratkaisuja. Tärkeää on tehdä tutkimustyötä maahanmuuttajien terveydentilasta ja heidän terveyteen ja hyvinvointiin liittyvistä tarpeistaan. Maahanmuuttajien kanssa tehtävä terveyden edistämistyö voi olla pitkäjänteistä ja vaatia enemmän ohjaukselta ja materiaalilta. Arviointiin vaaditaan selkeitä ja ymmärrettäviä menetelmiä ja malleja, joilla saadaan kerättyä luotettavaa tietoa maahanmuuttajilta itseltään.

## 10 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää MAUSTE- hankkeen arviointisuunnitelma RE-AIM arviointiviitekehyksen mukaan. Suunnitelmassa hyödynnettiin aikaisempien hankkeiden ja projektien raportteja, ja näistä koottiin yhteen erilaisia arviointimenetelmiä. RE-AIM viitekehyksen avulla sekä erilaisia arviointimenetelmiä soveltamalla luotiin MAUSTE-hankkeelle oma arviointisuunnitelma. Arviointisuunnitelmaan valitut arviointimenetelmät myötäilevät RE-AIM-mallia jolloin arvioinnissa on selkeä yhdenmukaisuus. MAUSTE-hankkeen työpaketteja arvioitiin yksittäisinä kokonaisuuksina, sillä kokonaishankkeen arviointi RE-AIM:in mukaan koettiin hankalaksi: työpaketit ja niiden interventiota olivat keskenään hyvin erilaisia.

Arviointimenetelmien käytännön sopivuus selvinnee vasta, kun arviointia tehdään. Arviointisuunnitelma on luotu ohjeeksi hankkeen toimijoille, he päättävät, käytetäänkö suunniteltuja arviointimenetelmiä eteenkin, jos työpaketteihin on tullut muutoksia tai arviointimenetelmät eivät olekaan toteutettavissa käytännössä. Haasteita saattaa olla RE-AIM-mallin ylläpito-osa-alueen kanssa, sillä hanke on päättynyt, kun koulutuksiin sekä verkostotapaamiseen osallistuneille lähetetään seuranta kysymykset 6–12 kuukauden jälkeen. Hankkeen toimijoiden sitoutuminen arvioinnissa on avainasemassa.

Arviointisuunnitelman puolueettoman toteuttamisen teki mahdolliseksi se, että suunnitelman laatijat eivät työskennelleet hankkeen sisällä vaan olivat ulkopuolisia osallistujia. Arviointisuunnitelman laatijoiden ja hankkeen työntekijöiden yhteistyö päättyi ennen kuin arvio kerätään. Tällöin voi olla, että arviointisuunnitelmaa voidaan joutua soveltamaan, jos työpakettien toteutuksissa on tullut muutoksia.

Arviointisuunnitelmassa kaikkien työpakettien kohdalla ei otettu huomioon kustannusarviota, joten arviointi voi siltä osin jäädä suurpiirteiseksi. Kustannusten arviointi

kuuluu RE-AIM-mallissa toimeenpano-osa-alueeseen. Onnistuskartoituksen avulla arvioidaan koko hankkeen kustannuksia sekä resursseja, joihin sisältyy muun muassa talous, ajankäyttö ja tilat. Jatkossa hankesuunnitelmassa on hyvä eritellä kustannukset sekä resurssit, joita käytetään. Tarkoilla työntuntiarvioilla on mahdollisesti helpompi rekrytoida työntekijöitä osallistumaan hankkeeseen, koska useasti kehitystyötä tehdään perustyön ohessa.

Arviointimenetelmä arvostavahaastattelu koettiin monikäyttöiseksi suunnittelu vaiheessa kirjallisuuden perusteella, sillä sitä pystyy helposti muokkaamaan kohderyhmän mukaan. MAUSTE-hankkeen ryhmässä tapahtuva keskustelu voi olla hankalaa aihepiirin arkaluonteisuuden vuoksi. Onnistumiskartoituksessa huomioidaan laajasti hankkeen ominaisuudet ja sen avulla voidaan tehdä kehittämissuhteita.

### **Yhteenveto johtopäätöksistä**

- Arviointisuunnitelmaan löydettiin menetelmiä, joilla voidaan arvioida hanketta.
- Aikaisemmat hankkeet, joissa oli käytetty RE-AIM-mallia, selkeyttivät arviointisuunnitelman laatimista.
- Arviointimenetelmien sopivuus selvinnee arviointia tehdessä ja sen jälkeen.
- RE-AIM-malli selkeyttää arviointia, koska jokaiseen työpakettiin laadittiin yksilöllinen arviointisuunnitelma RE-AIM-viitekehyksen mukaisesti.
- Arviointisuunnitelman toimeenpano-osiossa ei otettu huomioon kustannusarviota joten arviointi voi siltä osin jäädä suurpiirteiseksi.
- RE-AIM-mallin ylläpidon osa-alue on vaikea arvioida, sillä hanke on päättynyt, kun koulutuksiin sekä verkostotapaamiseen osallistuneille lähetetään seurantakysymykset 6–12 kuukauden jälkeen. Hankkeen toimijoiden sitoutuminen on avainasemassa.

- Arviointisuunnitelman puolueettoman toteuttamisen teki mahdolliseksi se, että suunnitelman laatijat eivät työskennelleet hankkeen sisällä, vaan olivat ulkopuolisia osallistujia.
- Yhteistyö arviointisuunnitelman tekijöiden sekä arvioitsijoiden välillä voisi taata, että suunnitelma olisi käytännöllinen.

## Lähteet

Aalto-Kallio, M., Saikkonen, P & Koskinen-Ollonqvist, P. 2009. Arvioinnin kartalla – matka teoriasta käytäntöön. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja. Kehitys Oy. Pori.

Aaltonen, J. 2012. Turvataitoja nuorille. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 6.4.2015. <https://www.thl.fi/fi/docu-ments/10531/124365/Opas%202012%2021.pdf>

Arvostava haastattelu. 2015. Innokylä. Viitattu 6.12.2015. <https://www.innokyla.fi/web/malli104229>

Apter, D., Väisälä, L & Kaimola, K. 2006. Seksuaalisuus. Duodecim. Helsinki.

Carlford, S., Andersson, A., Bendtsen, P., Nilsen, P. & Lindberg, M. 2011. Applying the RE-AIM framework to evaluate two implementation strategies used to introduce a tool for lifestyle intervention in Swedish primary health care. Health Promotion International, Vol. 27 No. 2 Viitattu 29.12.2015 <http://heapro.oxfordjournals.org/content/27/2/167.long>

Defining sexual health. World Health Organization. 2015. Viitattu 24.9.2015. [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

Degn, F., Essén, B., El Ansari, W & Vehviläinen-Julkunen, K. 2011. Communication and cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland. Immigrant Minority Health 2012, 14. Viitattu 29.12.2015. [https://www.researchgate.net/publication/51000360\\_Communication\\_and\\_Cultural\\_Issues\\_in\\_Providing\\_Reproductive\\_Health\\_Care\\_to\\_Immigrant\\_Women\\_Health\\_Care\\_Providers'\\_Experiences\\_in\\_Meeting\\_Somali\\_Women\\_Living\\_in\\_Finland](https://www.researchgate.net/publication/51000360_Communication_and_Cultural_Issues_in_Providing_Reproductive_Health_Care_to_Immigrant_Women_Health_Care_Providers'_Experiences_in_Meeting_Somali_Women_Living_in_Finland)

Dunton, GF., Liao, Y., Grana, R., Lagloire, R., Riggs, N., Chou, CP & Robertson, T. State-wide dissemination of a school-based nutrition education programme: a RE-AIM (Reach, Efficacy, Adoption, Implementation, Maintenance) analysis. Public Health Nutr. 2014; 17:422–30. Viitattu 5.1.2016. [http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN17\\_02%2FS1368980012005186a.pdf&code=a19f6c351b47abed5367dab8427fc72d](http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN17_02%2FS1368980012005186a.pdf&code=a19f6c351b47abed5367dab8427fc72d)

Gaglio, B., Shoup, J.A. & Glasgow, R. The RE-AIM Framework: A Systematic Review of Use Over Time. 2013 American Journal of Public Health: June 2013, Vol. 103, No. 6,

e38-e46. Viitattu 29.12.2015 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3698732/>

Glanz, K., Rime, B & Lewis, F. 2002. Health behavior and health education- theory, research and practice. Jossey-Bass. A wiley print. San Fransisco.

Green, J & Tones, K. 2010. Health promotion – planning and strategies. SAGE Publications Ltd. London.

Greenberg, J-S., Bruess C-E & Haffner D-W. 2004. Exploring the dimension of human sexuality. Jones and Bartlett Publishers. Sudbury.

Hakemus 201510003 -Terveiden edistämisen määräraha. JAMK Jyväskylän ammattikorkeakoulu. 2014. Viitattu 20.3.2016. <http://publish.istekkipalvelut.fi/koukous/2014269806-4-1.PDF>

Haun tulos: hanke. N.d. Kuntoutusportti. Kuntoutusäitiö. Viitattu 30.12.2015. [http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tarkennettu\\_haku/?action=viewventure&docid=1373](http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tarkennettu_haku/?action=viewventure&docid=1373)

Harden, S., Gaglio, B., Shoup J.A., Kimberlee, K., Johnson, S., Fabiana, B., Blackman, K., Zoellner, J., Hill, J., Fabio, A., Glasgow, R & Estabrooks, P. 2015. Fidelity to and comparative results across behavioral interventions evaluated through the RE-AIM framework: a systematic review. Viitattu 29.12.2015 <http://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-015-0141-0#CR11>

Heikkilä, A., Jokinen, P & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. WSOY. Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2012. Tutki ja kirjoita. Kariston kirjapaikka Oy. Hämeenlinna.

Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakkoarvioinnin järjestämiseksi. 2009. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 28.2.2016. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Jämsä, K & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Tammi. Vantaa.

Kankkunen, P & Vehviläinen – Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma pro. Helsinki.

Kivipelto, M., Larivaara, M., Andersson, S., Heinämäki, L., Jonsson, P-M., Kotiranta T & Vuorenmaa M. 2012. Näkökulmia arviointiin - Kaste-ohjelman valtionavustushankkeet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 31.1.2016. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90811/URN\\_ISBN\\_978-952-245-649-6.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90811/URN_ISBN_978-952-245-649-6.pdf?sequence=1)

Klemetti, R & Raussi-Lehto, E. 2016. Edistä, ehkäise, vaikuta- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014 – 2020. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere

Korhonen, V & Puukari, S. 2013. Monikulttuurinen ohjaus- ja neuvontatyö. PS-kustannus. Jyväskylä.

Koski, P. 2014. Somaliperheiden perhevalmennuksen kehittäminen toimintatutkimuksen keinoin Suomessa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 5.2.2016. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/42963/978-951-39-5608-0.pdf?sequence=2>

Kuula, A. 2013. Tutkimusetiikka – Aineistotoimien hankinta, käyttö ja säilytys. Hansaprint Oy. Vantaa.

Kyselylomakkeen laatiminen. N.d. KvantiMOTV. Viitattu 6.12.2015. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>

Lajunen, K., Lahtinen, P & Valkonen, T. 2015. Turvakeskustelu lapsen turvan ja turvataitojen vahvistamiseksi. Viitattu 27.9.2015. <http://www.jamk.fi/en/education/global-education-services//globalassets/tutkimus-ja-kehitys--research-and-development/tki-projektien-lohkot-ja-tiedostot/tuta/materiaalia/turvakeskustelu.pdf>

Lampi, P & Autonen-Honkonen, K. 2009. RE-AIM malli terveysinterventioiden suunnitteluun ja arviointiin. Sairaanhoidtaja. 2009.nro 1. vol. 82.

Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Lindberg, A. 2013. Eväitä arviointiin sosiaali- ja terveysjärjestöissä. Suomen mielen-terveysseura. Viitattu 18.5.2016. [http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials\\_files/horisontti\\_evaita\\_arviointiin\\_0114\\_0.pdf](http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/horisontti_evaita_arviointiin_0114_0.pdf)

Lomakkeita. N.d Socca. Viitattu 6.12.2015. <http://www.socca.fi/kehittaminen/lasten-suojelu/tyokalupakki/lomakkeita>

Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. 2009. Väestöliitto. Viitattu 6.4.2015. <http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/7ba603e93f5a5c7100b225457522e78a/1468154680/application/pdf/906852/maahanmuuttajien%20seksuaaliterveys.pdf>

Malin, M. 2011. Maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät. yhteiskuntapolitiikka 76:2. Viitattu 8.5.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102862/malin.pdf?sequence=1>

Martikainen, T & Tiilikainen, M. 2007. Maahanmuuttajanaiset: kotoutuminen, perhe, työ. Väestöliitto: Väestötutkimuslaitoksen julkaisusarja D 46/2007. Viitattu 24.9.2015. [http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/407c3f5788d333bd5e3dd5cd73fd26b6/1468153765/application/pdf/386433/Maahanmuuttajanaiset\\_e.pdf](http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/407c3f5788d333bd5e3dd5cd73fd26b6/1468153765/application/pdf/386433/Maahanmuuttajanaiset_e.pdf)

Mauste- hankkeessa edistetään maahanmuuttajien ja ammattilaisten seksuaaliterveyden ja turvataitojen osaamista. 2015. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 5.12.2015. <http://www.jamk.fi/fi/Uutiset/Ajankohtaista-JAM-Kissa/mauste-hanke-alkaa/>

Moisio, M. 2012. Ryhmävoimaa! – Ryhmämuotoista liikuntaneuvontaa aivoverenkierohäiriön sairastaneille ja Parkinsonin tautia sairastaville. Suomen Parkinson - liitto Ry, Suomen aivoliitto Ry. Viitattu 10.2.2016. [http://www.aivoliitto.fi/files/1191/Ryh-mavoimaa\\_hankeraportti2012web.pdf](http://www.aivoliitto.fi/files/1191/Ryh-mavoimaa_hankeraportti2012web.pdf)

Nikula, T. 2011. Arvioi ja kehitä. Kokoelma terveyden edistämisen malleja, mittaritöitä ja menetelmiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 10 / 2011. Viitattu 10.4.2016. [http://www.soste.fi/media/pdf/julkaisut/arvioijakehita\\_sisus\\_trio.pdf](http://www.soste.fi/media/pdf/julkaisut/arvioijakehita_sisus_trio.pdf)

Nurmeksela, S. 2011. Suomessa asuvien yläkouluikäisten maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveystiedot. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 5.2.2016. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37113/URN:NBN:fi:jyu-2011121911826.pdf?sequence=1>

Nuutinen, S., Heikkilä-Tammi, K., Manka, M-L & Bordi, L. 2013. Vuorovaikutteinen johtajuus työssä jatkamisen keinona- Toimintatutkimus eri-ikäisten johtamisesta kolmessa organisaatiossa. Tampereen yliopisto, Johtamiskorkeakoulu, Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos. Tampere.

Onnitumiskartoitus. 2013. Innokylä. Viitattu 6.12.2015. <https://www.innokyla.fi/web/malli257829>

Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L & Springett, J. 2001. Framework for health promotion evaluation. Julkaisussa Evaluation in health promotion principles and perspectives. 2001. WHO Regional Publications European series, No 92. Viitattu 28.3.2016. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/108934/E73455.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/108934/E73455.pdf)

Ruuska, K. 2006. Terveydenhuollon projektihallinta, mallit, työkalut, ihmiset. Talentum. Tammer Paino Oy. Helsinki.  
Ryhmähaastattelu. Tilastokeskus. 2016. Viitattu 8.3.2016. <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/05/>



Savola, E., Peltto-Huikko, A., Tuominen, P & Koskinen-Ollonqvist, P., 2005. Sata tapaa arvioida terveyden edistämistä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisu -6/2005. Seksuaalinen suuntautuminen. 2015. THL. Viitattu 9.10.2015  
<https://www.thl.fi/fi/web/sukupuolten-tasa-arvo/sukupuoli/sukupuolen-moni-naisuus/seksuaalinen-suuntautuminen>

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, Toimintaohjelma 2007–2011. STM. 2007. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. viitattu 12.7.2016 [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL\\_OPAS33\\_VERKKO9.3.2016.pdf?sequence=3](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116162/THL_OPAS33_VERKKO9.3.2016.pdf?sequence=3)

Seksuaalisuuden määritelmät. Seksuaalisuus. 2016. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 18.9.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/seksuaalinen-hyvinvointi/seksuaalisuus>

Sexual rights are human rights pertaining to sexuality. World association for sexual health. 2014. Viitattu 27.9.2015. [http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration\\_of\\_sexual\\_rights\\_sep03\\_2014.pdf](http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf)

Shirpak, K-R., Maticka-Tyndale, E & Chinichiani, M. 2007. Iranian Immigrants' perceptions of sexuality in Canada: A symbolic interactionist approach. The Canadian Journal of Human Sexuality, Vol. 16 (3-4) 2007. Viitattu 26.4.2016. <http://web.a.ebsco-host.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f3160109-e359-490b-8e09-8951a30d8ffc%40sessionmgr4003&vid=4&hid=4101>

Skantsi, M & Manninen, M. 2014. OlenNainen-projektista konkreettista apua maahanmuuttotyöhön. Kätilölehti 4/kesäkuu.

Tasa-arvoa ja seksuaaliterveystietoa maahanmuuttajien kotoutumiskou-lutuksiin ja vastaanottotyöhön. Väestöliitto. 2009. Viitattu 8.7.2015. [http://www.vaestoliitto.fi/@Bin/3154281/tasa\\_arvoa\\_ja\\_seksuaaliterveystietoa\\_ohjaajan\\_opas.pdf](http://www.vaestoliitto.fi/@Bin/3154281/tasa_arvoa_ja_seksuaaliterveystietoa_ohjaajan_opas.pdf)

Taylor-Powell, E & Renner, M. 2009. Collecting evaluation data: End of session questionnaires. Program Development and evaluation. University of Wisconsin-Extension. Viitattu 6.12.2015. <http://learningstore.uwex.edu/Assets/pdfs/G3658-11.pdf>

Tervonen-Gonçalves, L & Jarvala, T. 2012. Tietoa kustannuksista tarvitaan. Viitattu 25.6.2015. <http://tesso.fi/content/tietoa-kustannuksista-tarvitaan>

Testa, A & Coleman, L. 2006. Sexual Health Knowledge, Attitudes and Behaviors among Black and Minority Ethnic Youth in London – A summary of findings. Trust for the Study of Adolescence (TSA) and Naz Project London (NPL). Viitattu 5.2.2016. [https://www.researchgate.net/profile/Lester\\_Coleman/publication/228386586\\_Sexual\\_health\\_knowledge\\_attitudes\\_and\\_behaviours\\_among\\_black\\_and\\_minority\\_ethnic\\_youth\\_in\\_London/links/559135c408ae15962d8cbb7d.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Lester_Coleman/publication/228386586_Sexual_health_knowledge_attitudes_and_behaviours_among_black_and_minority_ethnic_youth_in_London/links/559135c408ae15962d8cbb7d.pdf)

Turvapaikkatilastot- ja pakolaistilastot: turvapaikkapäätökset. Maahanmuuttovirasto. 2016. Viitattu 21.2.2016. [http://www.migri.fi/tietoa\\_virastosta/tilastot/turvapaikka\\_ ja\\_pakolaistilastot](http://www.migri.fi/tietoa_virastosta/tilastot/turvapaikka_ ja_pakolaistilastot)

Valtioneuvoston periaatepäätös maahanmuuton tulevaisuus 2020 strategiasta. Sisäministeriö. 2013. Viitattu 9.10.2015. [https://www.intermin.fi/download/51686\\_Maahanmuuton\\_tulevaisuus\\_2020\\_LOW-res\\_FINNISH.pdf?acef2a648154d288](https://www.intermin.fi/download/51686_Maahanmuuton_tulevaisuus_2020_LOW-res_FINNISH.pdf?acef2a648154d288)

Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. Väestöliitto. 2006. Helsinki. Viitattu 5.2.2016. <http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/b804707c70ab80140f407a147802a3a6/1454670017/application/pdf/906885/Sekstervpolohjelma.pdf>

## LIITTEET

### LIITE 1. Työpaketti I

#### SEKSUAALITERVEYSKOULUTUS KYSELY

Ammatti:

Työ-/opiskeluyksikkö:

Ympyröi jokaisen alapuolella luetellun kohteen oikealta puolelta numero, joka kuvaa parhaiten mielipidettäsi kohteen laadusta.  
Käytä taulukon ylimmällä rivillä olevaa arvosteluasteikkoa.

Seksuaaliterveystoiminta	Asteikko				
	Heikko	Hyvä			Erinomainen
Vastasiko koulutus odotuksiasi?	1	2	3	4	5
Millainen oli tieto-taitotasosi maahanmuuttajien seksuaaliterveyden edistämisestä ennen koulutuksen alkua? <b>VAIKUTTAVUUS</b>	1	2	3	4	5
Millainen tieto-taitotasosi on tällä hetkellä oman arvioisi mukaan maahanmuuttajien seksuaaliterveyden edistämisestä? <b>VAIKUTTAVUUS</b>	1	2	3	4	5
Näkykö koulutuksen sisältö päivittäisessä työssäsi? <b>VAIKUTTAVUUS</b> - aihe - kouluttaminen	1	2	3	4	5
Miten hyvin tunnistat omat asenteesi maahanmuuttajien seksuaaliterveyttä kohtaan? <b>VAIKUTTAVUUS</b>	1	2	3	4	5
Miten asenteesi ovat muuttuneet maahanmuuttajien seksuaaliterveyteen liittyen? <b>VAIKUTTAVUUS</b>					
Tukivatko verkko- ja kehitystehtävät kehittymistäsi? <b>VAIKUTTAVUUS</b>	1	2	3	4	5
Miten kiinnostunut olit sitoutumaan koulukseen? <b>OMAKSUMINEN</b>	1	2	3	4	5
Millainen koulutuksen toteutus mielestäni oli? <b>TOIMEENPANO</b>	1	2	3	4	5
Millainen oli koulutuksen kesto? <b>TOIMEENPANO</b>	1	2	3	4	5
Miten hyvin uskot hyödyntäväsi koulutuksen sisältöä työssäsi? <b>YLLÄPITO</b>	1	2	3	4	5
Miten hyvin uskot hyödyntäväsi koulutuksen materiaalia työssäsi? <b>YLLÄPITO</b>					

**Seurantakysely ammattilaisille hankkeen aikana**

- Uskotko hyödyntäväsi koulutuksen sisältöä työssäsi ?

**Seurantakysely ammattilaisille 6-12kk hankkeen jälkeen**

- Mitkä koulutuksessa käydyt työmenetelmät ovat käytössäsi ?

## LIITE 2.Työpaketti II

## ARVOSTAVA HAASTATTELU (maahanmuuttajille)

TUNNISTAMINEN	UNELMOINTI
<p>Maahanmuuttajien oma arvio</p> <p>Miten olet hyötynyt vertaisryhmien ja perhevalmennusten sisällöllisestä tiedosta?</p> <p>Miten tietosi ja taitosi ovat lisääntyneet vanhemmuudesta, parisuhteesta, seksuaaliterveydestä ja turvataidoista?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- seksuaalinen väkivalta</li> <li>- seksuaalilait- ja oikeudet</li> <li>- ihmisoikeudet</li> <li>- millainen on toimiva parisuhde</li> <li>- seurustelu</li> <li>- naisen ja miehen roolit</li> <li>- isän ja äidin roolit</li> <li>- hyvä vanhemmuus</li> <li>- ehkäisy ja lapsettomuus</li> <li>- turvataidot</li> <li>- seksuaaliterveyspalvelut</li> </ul>	<p>Onnistumistarinoiden pohjalta luodaan yhdessä visio tulevaisuudesta. Minne haluamme päästä?</p>
SUUNNITTELU	JAETTU YMMÄRRYS
<p>Luodaan strategiat, joilla unelmaan päästään</p>	<p>Jaetaan uudet tulevaisuudennäkymät toisten kanssa, keskustellaan ja jaetaan ajatuksia.</p> <p>Onko vertaisryhmätoiminta muokannut käsityksiä parisuhteesta, vanhemmuudesta, turvataidoista ja seksuaaliterveydestä</p>

## KYSELY OHJAAJILLE

Nimi:

Ryhmä:

1. Miten vertaisryhmät ja perhevalmennukset ovat mielestäsi toteutuneet ja ovatko ne menneet suunnitellusti?
2. Onko toimintaa muokattu maahanmuuttajilta saatujen palautteiden mukaisesti ja millä tavoin?
3. Miten olet kokenut ryhmien suunnitelmallisuuden ja tavoitteet?
4. Onko vertaisryhmien suunniteltuja teemoja käsitelty ja onko aihealueissa tiettyä painotuksia ryhmäläisten keskuudessa?
5. Miten koit maahanmuuttajilta saadut ryhmäpalautteet?

## LIITE 3. Työpaketti III

## KYSELY MATERIAALIN KÄYTTÄJÄLLE

Ikä:
Sukupuoli:

Ympyröi jokaisen alapuolella luetellun kohteen oikealta puolelta numero, joka kuvaa parhaiten mielipidettäsi kohteen laadusta.  
Käytä taulukon ylimmällä rivillä olevaa arvosteluasteikkoa.

Ohjausmateriaalikysely	Asteikko				
	Heikko	Hyvä			Erinomainen
1. Materiaalia on riittävästi	1	2	3	4	5
2. Materiaali on helposti saatavilla	1	2	3	4	5
3. Materiaali on sisällöltään monipuolista	1	2	3	4	5
4. Materiaalin sisältö on minulle tarpeellista	1	2	3	4	5
5. Olen hyötynyt materiaalin sisällöstä	1	2	3	4	5
6. Materiaali tukee parisuhdettani	1	2	3	4	5
7. Materiaali tukee vanhemmuuttani	1	2	3	4	5
8. Materiaali tukee seksuaalisuuttani	1	2	3	4	5
9. Materiaali tukee seksuaalisia oikeuksiani	1	2	3	4	5
10. Millainen mobiiliohjauslaitteen käyttö on?	1	2	3	4	5
11. Tukeeko mobiiliohjauslaite yhteistyötä ammattihenkilöiden kanssa (terveydenhoitaja, kätilö, gynekologi)?	1	2	3	4	5

**Seurantakysely ammattilaisille hankkeen aikana:**

- Kuinka aktiivisesti tulet käyttämään laitetta ja materiaalia?
- Arvioi, onko laite käytössä 6-12 kuukauden päästä?

**Seurantakysely ammattilaisille 6-12 kk:**

- Kuinka aktiivisesti olet käyttänyt laitetta ja materiaalia?
- Onko laite vielä käytössä?



## LIITE 4. Työpaketti IV

## VERKOSTOPÄIVÄN PALAUTEKYSELY

Sukupuoli:
Ammatti:
Työ-/opiskeluyksikkö:
Paikkakunta:

Ympyröi jokaisen alapuolella luetellun kohteen oikealta puolelta numero, joka kuvaa parhaiten mielipidettäsi kohteen laadusta.  
Käytä taulukon ylimmällä rivillä olevaa arvosteluasteikkoa.

Verkostotapaaminen	Asteikko				
	Heikko	Hyvä			Erinomainen
Vastasiko verkostotapaaminen odotuksiasi?	1	2	3	4	5
Millainen oli tieto-taitotasosi monikulttuurisesta seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisestä ennen verkostotapaamisen alkua? <b>VAIKUTTAVUUS</b>	1	2	3	4	5
Millainen tieto-taitotasosi on tällä hetkellä oman arvioisi mukaan monikulttuurisesta seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisestä? <b>VAIKUTTAVUUS</b>	1	2	3	4	5
Uskotko, että verkostotapaamisen sisältö tulee näkymään päivittäisessä työssäsi? <b>VAIKUTTAVUUS</b>	1	2	3	4	5
Miten hyvin tunnistat omat asenteesi maahanmuuttajien seksuaaliterveyttä kohtaan? <b>VAIKUTTAVUUS</b>	1	2	3	4	5
Tukiko moniammatillinen tapaaminen verkostoitumista? <b>VAIKUTTAVUUS</b>	1	2	3	4	5
Vastasiko verkostotapaamisen kehitysideoita työsi tarpeita? <b>VAIKUTTAVUUS</b>	1	2	3	4	5

## VERKOSTOPÄIVÄN PALAUTEKYSELY

Vastasiko verkostotapaaminen odotuksiasi? <b>TOIMEENPANO</b>	1	2	3	4	5
Etenikö verkostotapaaminen suunnitellun ohjelman mukaisesti? <b>TOIMEENPANO</b>	1	2	3	4	5
Oliko sinulla mahdollisuus jakaa omaa osaamistasi verkostotapaamisessa? <b>TOIMEENPANO</b>	1	2	3	4	5
Miten hyvin uskot hyödyntäväsi verkostotapaamisen sisältöä työssäsi? <b>YLLÄPITO</b>	1	2	3	4	5
Jaettiin verkostotapaamisessa riittävästi tarpeellista materiaalia? <b>YLLÄPITO</b>	1	2	3	4	5
Uskotko hyödyntäväsi jaettua materiaalia työssäsi? <b>YLLÄPITO</b>	1	2	3	4	5

Mitä muuta haluat tuoda esiin seminaarista? (mikä oli hyvää, mitä haluaisit kehittää?)

### Seurantakysely ammattilaisille hankkeen aikana

- Uskotko hyödyntäväsi verkostotapaamisen sisältöä ja materiaalia työssäsi ?

### Seurantakysely ammattilaisille 6-12kk hankkeen jälkeen

- Mitkä työmenetelmät verkostotapaamisesta ovat käytössäsi ?

## LIITE 5. Työpaketti V

## ONNISTUMISKARTOITUS

ONNISTUMISKARTOITUS A - OSIO						
HANKKEEN NIMI						
HANKKEEN TAVOITE						
HANKKEEN HALLINNOJA JA PROJEKTIPÄÄLLIKKÖ						
AIKA						
OSA-ALUEET hankkeen toteutus	Mikä toimi ja miksi?	Mikä ei toiminut ja miksi?	Miten vaikutti lopputulokseen	Mitä opittiin yksilötasolla	Mitä opittiin yhteisö / järjestötasolla	Suositus
<b>SUUNNITTELU/ vaikuttavuus</b>						
Tavoitteiden						
Toiminto x						
Toiminto x						
<b>HALLINNOINTI/ toimeenpano</b>						
Organisointi ja						
Verkostoituminen						
Verkostotapaamisten						
Johtaminen						
Toiminto x						
<b>HENKILÖSTÖ/ Saavutettavuus</b>						
Rekrytointiprosessi						
Henkilöstön osaaminen						
Toiminto x						
<b>RESURSSIT/toimeenpano</b>						
Henkilöstömäärä						
Talous						
Ajankäyttö						
Projektille varatut tilat, koneet ja laitteet						
Palveluohjaukselle varatut tilat						
<b>TIEDOTTAMINEN???</b>						
Sisäinen						
Ulkoinen						
<b>YHTEISTYÖ/ toiminepano</b>						
Sisäinen						
Verkostoituminen						
Toiminto x						
<b>RAPORTOINTI/Toimeenpano/omaksuminen</b>						
Dokumentit ja asiakirjat						
Toiminto x						
Toiminto x						
<b>ARVIOINTI/ vaikuttavuus</b>						
Arviointisuunnitelma						
Aineiston keruu						
Aineiston analysointi						
Toiminto x						
<b>TYÖMENETELMÄT/</b>						
Toiminto x						
Toiminto x						
<b>INTERVENTIOT / OSAKOKONAISUDET/ylläpito</b>						
Toiminto x						
JUURUTTAMINEN						
PALVELUN TUOTTEISTAMINEN						

Kartoituksen A - OSIO päättyy tähän. Jatka alavilvasta seuraavaan osioon, johon suositukset siirtyvät automaattisesti.

ONNISTUMISKARTOITUS B - OSIO					
	Mitä konkreettisia toimenpiteitä / jatkosuunnitelmia sovittiin?	Kuka vastaa täytäntöönpanosta?	Tarkastuspäivä pvm	Tarkastettu	
<b>S U O S I T U K S E T</b>	1.	0			
	2.	0			
	3.	0			
	4.	0			
	5.	0			
	6.	0			
	7.	0			
	8.	0			
	9.	0			
	10.	0			
	11.	0			
	12.	0			
	13.	0			
	14.	0			
	15.	0			
	16.	0			
	17.	0			
	18.	0			
	19.	0			
	20.	0			
	21.	0			
	22.	0			
	23.	0			
	24.	0			
	25.	0			
	26.	0			
	27.	0			
	28.	0			
	29.	0			
	30.	0			
	31.	0			
	32.	0			
	33.	0			
	34.	0			
	35.	0			
	36.	0			
	37.	0			
	38.	0			
	39.	0			
	40.	0			
<b>PROJEKTIN TULOKSET</b>	1.	Mitä konkreettisia toimenpiteitä / jatkosuunnitelmia sovittiin?	Kuka vastaa täytäntöönpanosta?	Tarkastuspäivä pvm	Tarkastettu
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	7.				
	8.				
	9.				
	<b>Paikka ja aika:</b>				
	<b>Kartoituksen laatijan allekirjoitus:</b>		Projektivastaava / Projektivastaavat		
	<b>Paikka ja aika:</b>				
	<b>Järjestöjohdon allekirjoitus:</b>		Toiminnanjohtaja / Johtaja / Puheenjohtaja		