

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitaja

2019

Aya Al-Husnau, Asya Al-Husnau, Oona Lampi

MIELENTERVEYDEN EDISTÄMISEN INTERVENTIOT JA OHJELMAT AFRIKAN KEHITYSMAISSA

Aya Al-Husnau, Asya Al-Husnau, Oona Lampi

MIELENTERVEYDEN EDISTÄMISEN INTERVENTIOT JA OHJELMAT AFRIKAN KEHITYSMAISSA

Mielenterveyden edistämisen ja ennaltaehkäisyn interventiot riskialttiissa väestöissä voivat mahdollisesti rikkoa köyhyyden ja mielenterveyshäiriöiden kierron. Kierron voi rikkoa puuttamalla huonon mielenterveyden sosiaaliin tekijöihin ja tukemalla ihmisten potentiaalia riskejä kohdatessa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on koota kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin kansainvälistä tutkimustietoa interventioista ja ohjelmista mielenterveyden edistämiseksi Afrikan kehitysmaissa. Opinnäytetyön tavoitteena on myös selvittää mitä esteitä mielenterveyden edistämiseksi Afrikan kehitysmaissa on. Opinnäytetyön tavoitteena on, että kirjallisuuskatsauksen avulla saatua tietoa voidaan hyödyntää MEGA-hankkeessa.

Vaikka mielenterveys mainitaan useimmissa Afrikan maissa yleisessä terveystaloudessa, lähes puolella Afrikan maista ei ole hyväksyttyä tai päivitettyä mielenterveyspolitiikkaa. Terveystalouden infrastruktuuri on vasta kehityksessä ja rahankäyttö on usein puutteellista. Suurin osa Afrikan maista käyttää keskimäärin vähemmän kuin yhden prosentin terveystalouden budjetista mielenterveydenhuoltoon. Osa huonon infrastruktuurin ongelmaa on se, että on olemassa vain muutama laitos, jotka on varusteltu hoitamaan vakavasti mieleltään sairaita. Toisena ongelmana on, että mielenterveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy, sekä ensi- ja toissijaiset interventiot ovat usein puutteellisia.

Jatkotutkimuksia olisi aiheellista tehdä psykiatrien ja psykiatristen sairaanhoitajien sekä kansanparantajien yhteistyön kehittämisestä, ja kansalaisten sekä päättäjien yleisen tietoisuuden lisäämisestä mielenterveydestä.

ASIASANAT:

mielenterveyden edistäminen, Afrikan kehitysmaat, mielenterveyden edistämisen ohjelmat, mielenterveyden edistämisen interventiot, esteet mielenterveyden edistämiseksi.

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing

2019 | 24 pages

Aya Al-Husnau, Asya Al-Husnau, Oona Lampi

INTERVENTIONS AND PROGRAMS PROMOTING MENTAL HEALTH IN AFRICAN DEVELOPING COUNTRIES

Interventions promoting and preventing mental health in high-risk communities are potential to break the cycle of poverty and mental health illnesses by interfering in the social factors of mental illnesses and by supporting people's potential in facing risks.

The subject of this thesis is limited into mental health promoting interventions and programs in African developing countries. The purpose of this thesis is to assemble an international research data about mental health promoting interventions and programs using the method of a descriptive literature review. The objective is to clarify the barriers in promoting mental health in African developing countries. The aim of the thesis is that the collected information can be used in MEGA-project.

It would be appropriate that further research would be made about the developing the collaboration between psychiatrists, psychiatric nurses and traditional healers, and about increasing the common knowledge of mental health among the citizens and the policymakers.

KEYWORDS:

mental health promotion, African developing countries, mental health promotion programs, mental health promotion interventions, barriers in mental health promotion

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	1
2 TEORIATAUSTA	3
2.1 Mielensterveys	3
2.2 Mielensterveyden edistäminen ja sen interventiot	7
2.3 Kehitysmaan määritelmä	8
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	9
4 TUTKIMUSMENETELMÄ	10
5 TULOKSET	11
5.1 Mielensterveyden edistämisen ohjelmat ja interventiot Afrikan kehitysmaissa	11
5.2 Haitat mielensterveyden edistämislle Afrikan kehitysmaissa	14
6 JOHTOPÄÄTÖKSET	18
7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	19
8 POHDINTA	20
LÄHTEET	22

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO

Lyhenne	Lyhenteen selitys (Lähdeviite)
WHO	World Health Organization (Maailman terveysjärjestö)
WPA	World Psychiatric Association (WPA)
LDC	Least developed countries (vähiten kehittyneet maat)
HDI	Human development index (ihmillisen kehityksen indeksi)
ICHI	International Classification of Health Interventions (Terveysthuollon interventioiden kansainvälinen luokittelu)
HIV	Human immunodeficiency virus (ihmisen immunitatovirus)

1 JOHDANTO

Mielenterveyden edistämisen ja ennaltaehkäisyn interventiot riskialttiissa väestöissä voivat mahdollisesti rikkoa köyhyyden ja mielenterveyshäiriöiden kierron. Tämä voidaan toteuttaa puuttamalla huonon mielenterveyden sosiaalsiin tekijöihin ja tukemalla ihmisten potentiaalia riskejä kohdatessa. Eliniän varhaisessa vaiheessa toteutetut mielenterveyden edistämisen ja ennaltaehkäisyn interventioiden on näytetty edistävän sosiaalisia hyötyjä myöhemmin elämässä, sekä yksilötasolla että yhteiskunnassa, vähentäen avioliiton ulkopuolista syntyvyyttä, lisäten tuloja, vähentäen riippuvuutta sosiaalipalveluista ja alentaen rikollista käyttäytymistä. Kaikkien suunnitelmien ohella, hoidon saatavuuden ja laadun parantamiseksi, on siis tärkeää pitää mielessä mielenterveyden edistämisen ja ennaltaehkäisemisen vaivannäön rooli. (Petersen ym. 2012.)

Mielenterveyden edistämisen on suotavaa saada riittävää huomiota terveyden edistämisessä (South African National Department of Health 2013). Suurena huolenaiheena on, että käytännössä mielenterveyden edistäminen on usein jätetty huomioimatta terveyden edistämisen ohjelmissa, vaikka WHO:n terveyden määritelmä ja Ottawa Charter for Health Promotion kuvailevat mielenterveyden olennaisena osana terveyttä. On ehdotettu, että kiinnitetään enemmän huomiota mielenterveyttä suojeleviin- ja riskitekijöihin, niin fyysisissä kuin psyykkisissäkin olosuhteissa, erityisesti kehitysmaissa. Esimerkit näyttöön perustuvista mielenterveysohjelmista, jotka toimivat moninaisissa ympäristöissä, havainnollistavat kuinka hyvin suunnitellut interventiot voivat edesauttaa väestöjen hyvinvointia. (Sturgeon 2007.)

Vaikka raportit osoittavat, että mielenterveyslainsäädännön ja -linjauksien toteuttaminen ja toimeenpano ovat edistyneet sitten vuoden 1994, on monia haasteita, jotka vaativat interventioita. Näitä haasteita ovat muun muassa jatkuva mielenterveyshäiriöiden korkea esiintyvyys, korkea oheissairastavuus mielenterveys- ja muiden sairauksien välillä, merkittävä ero kysynnän ja mielenterveyspalvelujen tarjonnan välillä, palvelujen epäoikeudenmukaisuus ja mielenterveysjärjestelmän heikkoudet (South African National Department of Health. 2013, 3.) Mielenterveyden häiriöillä on vakavia taloudellisia ja sosiaalisia kustannuksia. Näihin sisältyvät välittömät terveydenhuollon kustannukset sekä epäsuorat kustannukset, kuten tuottavuuden väheneminen kotona ja töissä sekä tulon- ja työllistymisen menetykset. Näillä kustannuksilla on suora vaikutus mielenterveyshuollon käyttäjien ja heidän perheiden taloudelliseen tilanteeseen. Mielenterveyshäiriöiden

epäsuorat kustannukset ylittävät suorat hoitokustannukset kaksin- tai jopa kuusinkertaisesti kehittyneissä maissa ja se voi olla jopa korkeampi kehitysmaissa. Ensimmäisessä kansallisesti edustavassa mielenterveyskyselyssä Etelä-Afrikassa kävi ilmi, että aikuisten vakaviin mielenterveyden häiriöihin oli kulunut yhteensä noin 1,83 miljardia euroa viimeisten 12 kuukauden aikana. Tämä oli 2,2 prosenttia bruttokansantuotteesta vuonna 2002 ja se on huomattavasti suurempi, kuin aikuisten mielenterveyshuollon välittömät menot (noin 30 milj. euroa). Mielenterveyden häiriöiden sosiaalisia kustannuksia ovat muun muassa häiriintyneet perheet ja sosiaaliset verkostot, leimautuminen eli stigman muodostuminen, syrjintä, tulevaisuuden mahdollisuuksien häviäminen, syrjäytyminen ja elämänlaadun heikkeneminen. (South African National Department of Health. 2013, 14.)

Opinnäytetyön aihe tuli MEGA-hankkeelta (Building capacity by implementing mhGAP mobile intervention in SADC countries). The World Health Organization käynnisti vuonna 2008 Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) -ohjelman. MhGAP:n tavoitteena on lisätä palveluita mielenterveys- ja neurologisista ongelmista kärsiville sekä päihteiden väärinkäyttäjille matala- ja keskituloisissa maissa (WHO). Opinnäytetyön aiheena on mielenterveyden edistäminen Afrikan kehitysmaissa. Aihe rajattiin interventioihin ja ohjelmiin mielenterveyden edistämiseksi Afrikan kehitysmaissa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on koota kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin kansainvälistä tutkimustietoa interventioista ja ohjelmista mielenterveyden edistämiseksi Afrikan kehitysmaissa. Opinnäytetyön tavoitteena on myös selvittää mitä esteitä mielenterveyden edistämiseksi Afrikan kehitysmaissa on. Opinnäytetyön tavoitteena on, että kirjallisuuskatsauksen avulla saatua tietoa voidaan hyödyntää MEGA-hankkeessa.

2 TEORIATAUSTA

2.1 Mielennerveys

WHO määrittelee mielennerveyden hyvinvoinnin tilana, jossa yksilö tunnistaa oman potentiaalinsa, kykenee toimimaan normaaleissa elämän vastoinkäymisissä, pystyy työkentelemään tuotteliaasti ja kykenee toimimaan osana yhteisöään. Mielennerveys liitetään osaksi kokonaisvaltaista terveyden edistämistä, sairauksien ennaltaehkäisyä ja sairaiden hoitoa ja kuntoutusta (WHO 2014.)

“Mielennerveys laajana ja myönteisenä käsitteenä viittaa ihmisen hyvinvointiin ja henkiseen toimintakykyyn. Mielennerveyteen vaikuttavat esim. perimä, biologiset tekijät, sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset tekijät, yhteiskunnan rakenteelliset tekijät ja kulttuuriset arvot. Nämä tekijät ovat keskenään jatkuvassa vuorovaikutuksessa synnyttäen uusia voimavaroja ja kuluttaen entisiä. Mielennerveys siis vaihtelee olosuhteiden ja elämäntilanteen mukaan, se ei ole pysyvä, muuttumaton tila”. (Hirvijärvi-Okkonen 2013.)

Mielennerveys Afrikassa on sosiaalisesti konstruoitu ja määritelty käsite. Tämä tarkoittaa sitä, että eri yhteiskunnissa, ryhmissä ja kulttuureissa on monenlaisia käsityksiä mielennerveyden luonteesta ja syitä määrittellä, mikä on henkisesti tervettä ja mikä taas ei. Afrikassa mielennerveys käsite on tabu, joka houkuttelee leimautumista hyvin suuresti. Ugandassa suoritettu tutkimuksesta käy ilmi, että termi "masennus" ei ole kulttuurisesti hyväksyttävä väestön keskuudessa, kun taas Nigeriassa suoritettu tutkimus osoittaa, että ihmiset reagoivat pelolla, välttelemällä ja vihalla niitä kohtaan, joilla havaittiin mielennerveys sairautta. Stigma liitetään psyykkiseen sairauteen johtuen koulutuksen puutteesta, pelosta, uskonnon tulkinnasta sekä yleisestä ennakkoluulosta. (Amuyunzu-Nyamongo 2013.)

Tutkijoiden kyseltäessä Nigerianlaisten ajatuksia mielennerveys sairauksia aiheuttavista syistä, yli kolmannes Nigerianlaisista vastaajista mainitsi huumeiden väärinkäytön tärkeimpänä syynä. Jumalan vihaa ja tahtoa pidettiin toiseksi yleisimpänä syynä mielennerveyden häiriöille, jotka kuitenkin tulkittiin hengellisenä pahuutena ja kirouksina. Hyvin

harvat mainitsivat genetiikan, perhesuhteet tai sosioekonomiset tilanteet mahdollisina mielenterveyshäiriöiden laukaisijoina. (Amuyunzu-Nyamongo 2013.)

Sosiaalinen leimautuminen on aiheuttanut sen, että suurinta osaa Afrikan psyykkisistä sairauksista on pidetty tabuna, jota on nimetty hiljaiseksi epidemiaksi. Monet perheet, joilla on psyykkisesti sairaita perheenjäseniä piilottavat perheenjäsenensä sairauden yhteiskunnan syrjinnän pelosta. Historian mukaan psyykkiset sairaudet heikentävät avoliittotavoitteita voimakkaasti. Psyykkistä sairautta koskeva hiljaisuus yltyy jopa poliittiselle tasolle. Riittämätön kansallinen investointi mielenterveyden hoitamiseen vaikuttaa sen tärkeyden ymmärtämiseen Afrikan kontekstissa ja käytettävissä oleviin hoito- ja tukivälineisiin. Monissa Afrikan maissa sosiaalinen ympäristö ei ole syy psyykkiseen sairauteen, vaan lähinnä lukemattomat konfliktit ja niiden jättämät jäljet. Sodilla ja muilla suurkatastrofeilla on suurin vaikutus psyykkiseen hyvinvointiin. Häätätilanteissa psyykkisten häiriöiden määrä yleensä kaksinkertaistuu. (Amuyunzu-Nyamongo 2013.)

Laajamittaiset ja toistuvat sodat sekä maan sisäiset konfliktit häiritsevät sosiaalista ja yhteisöllistä elämää, joka johtaa nälkään, tauteihin ja maansisäiseen pakolaisuuteen. Sisäiset konfliktit, jotka ovat joko resurssipohjaisia tai poliittisia, jättävät psyykkiseen terveyteen pitkäaikaisia haittavaikutuksia. WHO arvioi, että 50 prosenttia pakolaisista kärsivät mielenterveysongelmista, jotka ulottuvat posttraumaattisiin stressihäiriöihin. Lisäksi muut luonnonilmiöt, kuten kuolema, krooniset sairaudet, tulvat, kuivuus, ja taudin epidemiat vaikuttavat haitallisesti mielenterveyteen. (WHO 2016.)

Köyhyys on edelleen yksi suurimmista mielenterveyshäiriöiden aiheuttajista. On selvää, että köyhyys ja mielenterveys liittyvät toisiinsa, mikä tarkoittaa sitä, että köyhydessä elävät ihmiset ovat alttiimpia mielenterveyden häiriöille. Köyhyys pahentaa sosioekonomisia olosuhteita, joka voi johtaa syrjäytymiseen ja yksinäisyyteen, sekä vuorostaan masennukseen erityisesti haavoittuvien yksilöiden ja ryhmien keskuudessa. Siksi yhteisön mielenterveyden taso ja yhteiskunnallisen hyvinvoinnin yleinen taso ovat toisistaan riippuvaisia. Lisäksi mielenterveysongelmista kärsivät henkilöt eivät kykene ilmaisemaan tarpeitaan tai täyttämään niitä. Itse asiassa psyykkisesti sairaat potilaat ovat alttiimpia yhteiskunnan väärinkäytölle ja jopa hyväksikäytölle laitoksissa, joiden oletetaan hoitavan heitä. (Amuyunzu-Nyamongo 2013.)

Useimmat kehitysmaat käyttävät alle kaksi prosenttia valtion terveydenhuollon budjetista mielenterveydenhoitoon. Kuvatessa nykyistä mielenterveyspalvelujen saatavuutta useimmissa Afrikan maissa, käy ilmi, että puutteena on ammattilaisten vähäinen

pätevyys. Psykiatrin ja potilaan välinen suhde Afrikassa on alle 1:100 000. WHO:n raportoinnin mukaan 70 prosenttia Afrikan maista kohdentaa alle yhden prosentin terveydenhuollon kokonaisbudjetista mielenterveyteen Liberiassa. WHO:n laatimassa vuoden 2008 raportissa todetaan, että Liberian alueella on vain 0,06 mielenterveysalan ammattilaista 100 000 ihmistä kohden. Ainoa sairaanhoitolaitos mielenterveysongelmista kärsiville Liberiassa on S. Grant -sairaala. American Medical Associationin tekemässä tutkimuksessa todettiin, että 44 prosentilla Liberian aikuisista on oireita, jotka osoittavat post-traumaattista stressihäiriötä. On epätodennäköistä, että hoitoa tarvitsevat henkilöt saavat hoitoa, ottaen huomioon kyseisen maan mielenterveyslaitokset. Liberian kansallinen mielenterveyspolitiikka on osoittanut, että vain 15 prosenttia mielenterveyspalveluita tarvitsevista saavat hoitoa. (WHO 2016.)

Samoin Ghanassa, vain 1,17 prosenttia mielenterveysongelmista kärsivistä on saanut tarvittavaa hoitoa. Kyseisessä maassa on vain kolme suurta psykiatrista sairaalaa, jotka kaikki sijaitsevat maan eteläisellä alueella. Lisäksi vain yhtä psykiatria kohden on varattu 1,5 miljoonaa ihmistä. Tällaisen rajallisen saatavuuden vuoksi monet mielenterveyshäiriöstä kärsivät hakeutuvat hoitoon perinteisille ja uskonnollisille parantajille. (The African Child information Hub.)

Verrattuna Länsi-Afrikan maihin, Itä-Afrikan tilanne on yhtä huono. Mielenterveyden ammattilaisista on selvä pula julkisella sektorilla. Vuonna 2001 Tansaniassa oli rekisteröitynä kymmenen aktiivista psykiatria, jotka palvelivat 30 miljoonaa asukasta. Näistä kymmenestä psykiatrista neljä toimii Muhimbilin yliopistollisessa sairaalassa, jossa hoidetaan potilaita, jotka kärsivät vakavista mielenterveyden häiriöistä. Keniaa voidaan pitää paremmin varautuneena mielenterveysongelmista kärsivien hoitoon, sillä psykiatreja on 47, jotka harjoittavat ammattiaan yksityisillä ja julkisilla sektoreilla, 22 lääkärinä, jotka tarjoavat palveluja Nairobissa, ja 22 muuta mielenterveysammattilaista muualla maassa. Nairobiin sijoitettu Matharin sairaala on mielenterveyspotilaiden kansallinen lähetys- ja opetussairaala. Matharin 750-vuodesijainen laitos on jaettu kahteen siipeen. Potilaat, joiden mielenterveys on vakaa, sijoitetaan niin sanottuun siviilisiipeen ja potilaat, jotka kärsivät vakavista mielenterveydellisistä ongelmista sijoitetaan niin sanottuun turvallisuusyksikköön. Varakkailla kansalaisilla on mahdollisuus hakea palveluja yksityisiltä psykiatrisilta vastaanotoilta. (The African child information Hub.)

Maailmanlaajuisen mielenterveysaloitetutkimuksen mukaan suurin este maailmanlaajuiselle mielenterveyden hoidolle on todisteisiin pohjautuvien ensisijaisten ehkäisymenetelmien puuttuminen. Useissa Afrikan alueen maissa kansanterveysala vaatii enemmän

huomiota, kuin mitä tällä hetkellä. Suurimmissa osissa aluetta, perheen tuki on tärkeä voimanlähde mielenterveyspotilaille. Vaikka useimmat perheet ovat halukkaita hoitamaan mielenterveyshäiriöistä kärsiviä sukulaisiaan, kaupungistuminen heikentää sitä, koska kaupungistumisen mukana laaja perhejärjestelmä hajoaa sekä psyykkisesti sairaiden kriittisen hoidon saatavuus tulee olemaan niukkaa. Perinteisten perherakenteiden ja arvojen hajoaminen voi olla myös myötävaikuttava tekijä huonoon mielenterveyteen, koska tämä saattaa johtaa siihen, että lapset, nuoret ja aikuiset, joilla on huonot valmiudet selviytyä, kääntyvät alkoholin ja huumeiden puoleen käyttäen niitä selviytymismekanismineina. Siirtyminen kaupunkeihin tarkoittaa, että ydinperheiden hajoaminen on nousussa, mikä vähentää kykyä yhdistää työvoimaa ja resursseja mielenterveyspotilaita hoidettaessa. Ainakin alkoholin ja huumeiden kulutuksen vähentäminen on muodostunut suurimmaksi haasteeksi alueella. Psykoaktiivisten aineiden väärinkäyttö on mielenterveysongelma, jolla on vahva alkuperä sosiaalisissa piireissä. Erityisesti alkoholiin liittyvien ongelmien hillitsemisen keinot usein löytyvät sosiaalisesta piiristä. (WHO 2016.)

Vaikka nuorten, aikuisten ja vanhusten masennus ja akuutit psykoottiset häiriöt ovat lisääntyneet, varhaisen diagnoosin puuttuminen ja asianmukainen hoito muuttuvat kroonisiksi. Valitettavasti Afrikan alueen taloudelliset resurssit ja henkilöresurssit ovat riittämättömiä mielenterveyden häiriöiden aiheuttamaa taakkaa vastaan. Alueella on vähemmän mielenterveysalan ammattilaisia, kuin muilla WHO:n alueilla. Esimerkiksi psykiatrien keskimääräinen määrä 100 000 ihmistä kohden on vain 0,04. Samanlainen kehitys näkyy psykiatristen sairaaloiden vuodepaikkojen saatavuudessa, joiden mediaaniarvo 0,34 10 000 ihmistä kohden. Myös vain 56 prosentilla afrikkalaisista maista on yhteisöllisiä mielenterveysmahdollisuuksia ja vain 37 prosentilla maista on mielenterveysohjelmia lapsille, sekä vain 15 prosenttia on iäkkäille suunnattuja ohjelmia. Mielenterveysongelmista kärsivien henkilöiden määrän lisääntyminen entisestään rasittaa jo ennestään aliedustettuja terveydenhoitopalveluja alueella. Myös korkeat hoidon kustannukset vaikuttavat kielteisesti mielenterveyshoitoon pääsyyn. Kahdeksantoista maan alueissa hoito on omakustanteista. Lisäksi vain 20 Afrikan maata tarjoaa vammaistukea. Tämän seurauksena, monet mielenterveyshäiriöistä kärsivät yksilöt eivät saa minkäänlaista lääketieteellistä hoitoa, vaikka heille sopivia hoitomuotoja löytyisi. Kansanparantajat, muun muassa ennustajat ja noituuslääkärit, ja uskonnolliset johtajat, kuten papit, tarjoavat merkittävän osan psyykkisesti sairastuneiden hoidoista. Esimerkiksi Etiopiassa noin 85 prosenttia psyykkisesti häiriintyneistä ihmisistä arvioitiin hakevan apua kansanparantajilta.

Tämä johtuu siitä, että yhteisö on osoittanut empatiaa psyykkisesti häiriintyneitä ihmisiä kohtaan, kun he käyvät perinteisellä kansanparantajalla, toisin kuin jos he hakevat apua psykiatrisesta sairaalasta. (Amuyunzu-Nyamongo 2013.)

Alueella on kuitenkin käynnissä pyrkimyksiä puuttua mielenterveyspolitiikkaan ohjelmoinnin avulla. Esimerkiksi Liberian terveys- ja sosiaaliministeriö on tehnyt yhteistyötä Carter Centerin ja Maailman lääkäreiden kaltaisten organisaatioiden kanssa luomalla wellness-keskuksia kullakin Liberian 15 maakunnalla. Sierra Leone perusti lapsiperustaisen kuntoutushanke kymmenvuotisen sisällissodan jälkeen, joka tarjosi neuvontaa ja muuta tukea sodan kohteeksi joutuneille lapsille. Kongon demokraattisessa tasavallassa on perustettu "kuuntelupaikkoja" naisille, jotka ovat kokeneet perheväkivallan, jotta he voivat puhua traumaansa turvallisessa ympäristössä. Kapkaupungin yliopisto Etelä-Afrikassa valmisti mielenterveyttä ja -politiikkaa koskevan hankkeen, jonka tavoitteena oli laajentaa mielenterveyden tutkimusta Afrikassa, arvioida nykyisiä mielenterveyspolitiikkoja Ugandassa, Etelä-Afrikassa, Sambia ja Ghana sekä kehittää uusia (The African child information Hub.)

2.2 Mielenterveyden edistäminen ja sen interventiot

Mielenterveyden edistäminen tarkoittaa toimia, joilla luodaan elintapoja ja ympäristöjä, jotka tukevat mielenterveyttä ja sallivat ihmisten omaksua sekä ylläpitää terveellisiä elämäntapoja. Näihin kuuluu useita toimia, joilla lisätään ihmisten mahdollisuuksia parantaa mielenterveyttä. Ympäristö, joka kunnioittaa ja suojelee perusasioita, poliittisia, sosio-ekonomisia ja kulttuurisia oikeuksia, on keskeinen mielenterveyden edistämisen kannalta. Ilman näiden oikeuksien tarjoamaa turvallisuutta ja vapautta on erittäin vaikeaa ylläpitää mielenterveyden korkeaa tasoa. (WHO 2016.)

“Mielenterveyden edistäminen on toimintaa, joka tukee hyvän mielenterveyden toteutumista ja jonka tavoitteena on vahvistavien ja suojaavien tekijöiden lisääminen. Mielenterveyden edistämällä voi olla yhteisön positiivisen mielenterveyden lisäämisen kautta myös mielenterveyden häiriöitä ehkäisevä vaikutus”. Yksilötasolla mielenterveyttä edistetään tukemalla esimerkiksi itsetunnon ja elämänhallinnan vahvistamista. Yhteisötasolla mielenterveyttä edistetään vahvistamalla sosiaalista tukea ja osallisuutta sekä lisäämällä lähiympäristöjen viihtyisyyttä ja turvallisuutta. Rakenteiden tasolla mielenterveyden edistäminen tapahtuu esimerkiksi turvaamalla taloudellinen toimeentulo ja

tekemällä yhteiskunnallisia päätöksiä, jotka vähentävät syrjintää ja epätasa-arvoa. (THL 2014.)

Interventio käsitteenä voi tarkoittaa oppimisympäristön muokkaamista siten, että oppimiseen ja/tai käytökseen vaikutetaan suunnitellulla tavalla. Tällöin kyseessä on interventio-ohjelma. Interventiolla voidaan myös viitata tutkimukseen tai tutkimusasetelmaan, jossa tutkitaan interventio-ohjelman vaikuttavuutta ja käytäntöön viemisen mahdollisuuksia. (Thinkmath.) Mielenterveyden edistämässä intervention tarkoitus on ennaltaehkäistä ja lisätä tietoisuutta mielenterveydestä ja sen häiriöistä sekä työkaluista, joilla mielenterveyttä voi edistää (Turun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta).

Terveydenhuollon interventioiden kansainvälistä luokittelua (ICHI) kehitetään yhteisten välineiden raportoimiseksi ja analysoimiseksi terveystoimien tilastollisiin tarkoituksiin. Terveystoimenpide on henkilöön tai väestöön kohdistuva tai sen puolesta tehtävä toimenpide, jonka tarkoituksena on arvioida, parantaa, ylläpitää, edistää tai muokata terveyttä tai toimintaa koskevia ehtoja. (WHO 2016.)

2.3 Kehitysmään määritelmä

Kehitysmäälle on määritelty useita määritelmiä, tämä on yleensä maa, jonka teollinen perusta kehittyi vähitellen. Inhimillisen kehityksen indeksi (Human Development Index (HDI)) on vähäinen verrattuna muihin maihin. Nämä maat ovat yleensä siirtymässä vanhoista perinteisistä elämäntyyleistään kohti nykyaikaista elämäntapaa, joka alkoi 1800- ja 1900-luvulla teollisen vallankumouksen tuloksena. (WHO 2016.)

Kehittyvälle maalle on tyypillistä alhaisempi elinajanodotus ja koulutustaso sekä lukutaidottomuus, ihmisten tulotasot ovat hyvin alhaiset, yleensä köyhyysrajan alapuolella. Sanotaan myös, että näissä maissa naisilla on korkea hedelmällisyys ja raskaus. Siksi niiden väestötasot kasvavat voimakkaasti. Lähes kaikki Afrikan maat ryhmitellään kehitysmaiden luokkaan. (WHO 2016.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on koota kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin kansainvälistä tutkimustietoa interventioista ja ohjelmista mielenterveyden edistämiseksi Afrikan kehitysmaissa. Opinnäytetyön tavoitteena on myös selvittää miksi interventiot ja ohjelmat eivät toimi. Opinnäytetyön tavoitteena on, että kirjallisuuskatsauksen avulla saatua tietoa voidaan hyödyntää MEGA-hankkeessa.

Kirjallisuuskatsausta ohjaavat tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitkä ovat mielenterveyden edistämisen interventiot ja ohjelmat Afrikan kehitysmaissa ja mikä on niiden keskeinen sisältö?
2. Mitä esteitä ja haittoja mielenterveyden edistämiselle on Afrikan kehitysmaissa?

4 TUTKIMUSMENETELMÄ

Tätä opinnäytetyötä toteutetaan narratiivisena kirjallisuuskatsauksena, mikä tarkoittaa sitä, että tuloksien esittämiseen tarvittavaa tietoa voidaan etsiä laaja-alaisesti käyttäen eri hakumenetelmiä. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvailla jostakin aihealueesta aiemmin tehtyä tutkimusta. Kyseiset kuvailtavat tutkimukset saattavat sisältää erilaisia tutkimusasetelmia tutkittavan aiheen alueelta. Katsaus voi kohdistua tutkimusprosessien ja menettelytapojen kuvaamiseen tai esimerkiksi tutkimusaiheen menetelmällisiin elementteihin. (Axelin ym. 2015.) Tutkimuksessa narratiivisuudella tarkoitetaan lähestymistapaa, jolloin huomio keskittyy kertomuksiin kertomuksien ollessa tiedon rakentajana ja välittäjänä. Kun kyseessä on narratiivinen tutkimus, materiaali voi olla kertomusta tutkitusta tiedosta tai materiaali voi koostua itse kertomuksista (Heikkinen 2010.) Yleensä kysymyksen asettelu on katsaustyyppissä laaja, mutta se voi sisältää myös erilaisia rajauksia, jolloin se voi olla laajuudeltaan hyvinkin erilainen. Tyypillisesti katsaus tarkastelee aikaisemmin julkaistuja tieteellisiä tutkimuksia, jolloin usein tarkastelun keskiössä ovat erityisesti tutkimukset, jotka ovat käyneet vertaisarvioinnin. (Axelin ym. 2015.)

Opinnäytetyöhön kerättyä tietoa ja aineistoa rajattiin niin, että tieto koski interventioita ja ohjelmia mielenterveyden edistämiseksi Afrikan kehitysmaissa. Hakusanoina opinnäytetyön lähteitä etsiessä käytettiin muun muassa mielenterveys, mielenterveyden edistäminen, Afrikan kehitysmaat, interventio ja ohjelma. Hakusanoina käytettiin englannin-, arabian-, sekä suomenkielisiä hakusanoja.

Tässä opinnäytetyössä on käytetty terveysalan oppikirjoja ja eri tietokantoja tiedonlähteinä. Tietoa opinnäytetyöhön on haettu seuraavista tietokannoista: Cinahl Complete, Google Scholar, PubMed, sekä Medic. Hakuja on suorittanut tässä opinnäytetyössä työn kolme eri tekijää eri päivinä.

5 TULOKSET

5.1 Mielenterveyden edistämisen ohjelmat ja interventiot Afrikan kehitysmaissa

Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020 on WHO:n järjestämä mielenterveyttä koskeva toimintasuunnitelma. Sen käyttöön ottamisesta päätettiin WHO:n 66. yleiskokouksessa vuonna 2013 (WHO 2013). Toimintasuunnitelma on kehitetty WHO:n jäsenmaiden, kansalaisyhteiskuntien ja kansainvälisten kumppaneiden kanssa neuvotellen. Se vaatii kokonaisvaltaisen ja monialaisen lähestymistavan sellaisten terveydenhuollon ja sosiaalialan palveluiden kautta, joissa korostuu edistäminen, ennaltaehkäisy, hoito, kuntoutus, huolenpito ja elpyminen. Toimintasuunnitelma asettaa selkeitä toimia WHO:n jäsenmaille, sihteeristölle sekä kansainvälisille, alueellisille ja kansallisille kumppaneille, sekä esittää keskeisiä indikaattoreita ja tavoitteita, joita voidaan käyttää käytäntöön panon, edistymisen ja vaikutusten arvioimiseen. Toimintasuunnitelman ydintavoitteena on maailmanlaajuinen peruseriaate siitä, ettei terveyttä ole ilman mielenterveyttä. Toimintasuunnitelma perustuu WHO:n Mental Health Gap Action Programme -ohjelmaan (mhGAP), muttei kopioi sitä. Se on maailmanlaajuinen ulottuvuudeltaan ja on suunniteltu ohjaamaan kansallisia toimintasuunnitelmia (WHO 2013). Toimintasuunnitelma on vankasti kiinni ihmisoikeuksien periaatteissa. Toimintasuunnitelma vaatii muutoksia, kuten stigmaa luovien asenteiden muuttumista, palveluiden laajentamista ja resurssien käytön tehostamista. Ohjelmalla on neljä päätavoitetta, joita ovat vahvistaa mielenterveyteen liittyvää tehokasta johtamista ja hallinnointia, tarjota kattavia ja integroitua mielenterveys- ja sosiaalipalveluja yhteisötasolla, toteuttaa mielenterveyttä edistäviä ja ehkäiseviä toimintasuunnitelmia sekä vahvistaa tietojärjestelmiä, todisteita ja tutkimuksia mielenterveydestä. Jokaista neljää tavoitetta seuraa yksi tai kaksi erityistä tavoitetta, jotka muodostavat perustan mitattavissa oleville kollektiivisille toimille ja jäsenvaltioiden saavutuksille kohti maailmanlaajuisia tavoitteita. Näihin tavoitteisiin ja toimiin liittyen on kehitetty ryhmä perusindikaattoreita ja niitä kerätään säännöllisesti Mental Health Atlas -projektin kautta (WHO 2013).

Mental Health Atlas -projekti on suunniteltu keräämään, kokoamaan ja levittämään tietoa mielenterveyden resursseista maailmassa. Resursseihin kuuluu mielenterveyden

linjauksia, suunnitelmia, rahoitus, henkilöresurssit, hoidon tarjoaminen, lääkkeet ja tietojärjestelmät. Nämä resurssit ovat välttämättömiä palveluiden ja hoidon tarjoamiselle mielenterveyshäiriöistä kärsiville. Projektin tavoitteena on lisätä yleistä ja ammatillista tietoisuutta nykyisestä mielenterveyden resurssien ja palveluiden puutteellisuudesta sekä lisätä tietoisuutta palveluiden jakautumisen epäoikeudenmukaisuudesta (WHO 2015.)

WHO:n Mental Health Atlas -projekti on alkanut vuonna 2000, kun ensimmäinen arvio WHO:n jäsenmaiden saatavilla olevista mielenterveysresursseista suoritettiin. Sen jälkeen julkaisua on päivitetty vuosina 2005, 2011 ja 2014 (WHO 2015.)

WHO julkaisi vuonna 2008 Mental Health Gap Action Programme -ohjelman (WHO 2010). Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) tähtää laajentamaan palveluita psyykkisistä, neurologisista ja päihteiden käytön häiriöistä kärsiville erityisesti matala- ja keskituloisissa maissa. Ohjelmassa todetaan, että asianmukaisella hoidolla, psykososiaalisella avulla ja oikealla lääkityksellä kymmeniä miljoonia masennus-, skitsofrenia- ja epilepsiapotilaita voitaisiin hoitaa, itsetuhoisuutta voitaisiin ehkäistä ja tukea normaalia elämää, myös silloin, kun resurssit ovat vähäiset (WHO 2013).

MhGap:in lähestymistapa koostuu interventioista, jotka ennaltaehkäisevät ja hallitsevat tärkeimpiä psyykkisiä, neurologisia ja päihteiden käytön häiriöitä, joihin voi tehokkaasti vaikuttaa matala- ja keskituloisissa maissa (WHO 2010). Yksi näistä interventioista on mhGAP Intervention Guide (mhGAP-IG), joka on WHO:n kehittämä tekninen työkalu mikä avustaa mhGAP:in käytäntöönpanoa. MhGAP-IG on tarkoitettu lääkäreiden, hoitajien ja muiden terveydenhuollon työntekijöiden sekä terveydenhuollon suunnittelijoiden ja hallinnon käytettäväksi (WHO 2015.)

National Mental Health Policy Framework and Strategic Plan 2013-2020 -ohjelma tunnistaa keskeisiä toimia, joita voidaan pitää niin sanotusti ponnistuslautana mielenterveyspalveluiden kehittämiseksi. Sen visiona on parempi mielenterveys kaikilla Etelä-Afrikassa vuoteen 2020 mennessä. Ohjelman tavoitteena on laajentaa hajautettuja ja integroitua perusmielenterveyspalveluja, joihin kuuluu yhteisöpohjainen hoitotyö, perusterveydenhuollon klinikat ja sairaalahoito, sekä lisätä yleisön tietoisuutta mielenterveydestä ja vähentää mielenterveyden häiriöiden stigmaa sekä niihin liittyvää syrjintää. Ohjelma pyrkii edistämään eteläafrikkalaisen väestön mielenterveyttä yhteistyössä terveydenhuollon sektoreiden kanssa ja voimaannuttamaan paikallisia yhteisöjä, erityisesti mielenterveyspalveluiden käyttäjiä ja hoitajia, osallistumaan psyykkisen hyvinvoinnin ja elpymisen edistämiseen yhteisössään. Ohjelman tavoitteena on myös edistää ja suojella

mielenterveyden häiriöistä kärsivien ihmisoikeuksia, omaksua monialainen lähestymistapa köyhyyden ja mielenterveyshäiriöiden kierteen torjumiseksi sekä luoda seuranta- ja arviointijärjestelmä mielenterveystyöhön. Ohjelma pyrkii varmistamaan, että mielenterveyspalveluiden suunnittelu ja tarjoaminen ovat näyttöön perustuvia. Ohjelma varmistaa, että laadukkaat mielenterveyspalvelut ovat saatavilla, oikeudenmukaisia, kattavia ja terveydenhuoltojärjestelmän kaikkiin osa-alueisiin integroitu WHO:n suositusten mukaisesti (South African National Department of Health 2013.)

World Psychiatry Association (WPA) on kansallisten psykiatriyhteisöjen yhdistys. WPA nimeää visiokseen maailman, jossa ihmiset elävät mielenterveyttä edistävissä oloissa, ja jossa on saatavilla mielenterveyden hoitoa, joka täyttää asianmukaisen ammatillisen ja eettisen vaatimustason, sisällyttää terveydenhuollon periaatteet ja kunnioittaa ihmisoikeuksia. WPA:n toimintasuunnitelma (The WPA Action Plan 2017-2020) asettaa strategian laajentamaan psykiatrian panosta parempaan mielenterveyteen ympäri maailmaa. Se perustuu WPA:n ja mahdollisten organisaatiokumppaneiden konsultaatioon sekä jo tehtyyn työhön. Se ottaa kaiken hyödyn WPA:n vahvasta kyvystä edistää mielenterveyttä ja parantaa mielenterveyden hoidon oikeudenmukaista saatavuutta ja sen laatua. Tällä tavoin toimintasuunnitelma tarjoaa kohdennetun strategian ihmisten tavoittamiselle, erityisesti nuorten tavoittamiselle, jotka kohtaavat vastoinkäymisiä ja vähäosaisuutta.

Toimintasuunnitelman strategista tavoitetta kehystävät kolme tavoitetta; WPA:n panoksen jatkaminen psykiatrian kehittämiseksi, toiminta, joka keskittyy kriittisiin mielenterveysaiheisiin, sekä uusien investointien houkuttelemisen työn tukemiseksi. Mielenterveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy sekä mielenterveyshäiriöiden hoito ovat sisällytettyinä suunnitelmaan. Toimintasuunnitelman strateginen tavoite siirtyy toimiksi kolmiulotteisen strategisen viitekehyksen pohjalta. Ensimmäinen ulottuvuus on väestöryhmiin vaikuttaminen vahvistamalla psykiatrien työpanosta ahdistuneisuuden, mielenterveys-sairauksien ja itsetuhoisen käyttäytymisen vähentämiseksi haavoittuvaisissa väestöryhmissä. Näitä ovat muun muassa vastoinkäymisiä kohtaavat naiset ja tytöt, äärimmäisen kuormituksen alla olevat, kuten konfliktien koskettamat ihmiset ja pitkäaikaisen mielenterveyshäiriön kanssa elävät ja heitä hoitavat ihmiset. Toinen ulottuvuus koskee tämän toiminnan mahdollistamista. Tämä ulottuvuus tukee psykiatreja mielenterveyden edistämässä ja hoidon kapasiteetin parantamisessa. Mahdollistettavia toimia ovat palveluiden kehittäminen, tietoisuuden lisääminen, koulutus, julkaisut ja tutkimustyö. Kolmas ulottuvuus kattaa kumppanuuden ja yhteistyön. Kumppanuuden ulottavuutta ja

tehokkuutta laajennetaan palveluiden edunsaajien, perusterveydenhuollon ammattilaisten ja joukon valtiollisia ja hallituksenvälisiä organisaatioita sekä kansalaisjärjestöjä, kanssa (Herrman 2017.)

5.2 Haitat mielenterveyden edistämiseksi Afrikan kehitysmaissa

Monet Afrikan maat ovat sisällissotien valtaamia. Tämä vaikuttaa haitallisesti näiden maiden kansojen mielenterveyteen ja hyvinvointiin, joka näkyy erityisesti posttraumaattisena stressihäiriönä. Pääteisiin liittyvät ongelmat ovat kasvava huolenaihe Afrikan alueella. Monet Afrikan maat ovat laittomien huumekauppojen kauttakulkupisteinä. Nämä huumeet ovat saavuttaneet myös paikalliset väestöt, lisäten alkuperäisiä ongelmia muun muassa kannabiksen käytön suhteen. Paikallisen tislattun viinan ja kotimaisen oluen kysyntä on kasvanut. Suurimmalla osalla maista ei ole linjauksia alkoholista eikä tupakasta. Näin ollen niiden jakelu, mainonta ja myynti ovat suurimmalta osalta hallitsemattomia.

Lisääntyvä köyhyys, luonnonkatastrofit, sodat ja muut väkivallan muodot sekä sosiaalinen levottomuus ovat suuri syy lisääntyviin psykososiaalisiin ongelmiin, joita ovat mm. alkoholin ja huumeiden väärinkäyttö, prostituutio, katulapset, ja lapsiin kohdistuva väkivalta, sekä perheväkivalta. HIV on lisännyt huomattavasti psykososiaalisia ongelmia luoden tarvetta lisätukeen ja neuvontaan HIV:sta kärsiville. Tämä luo myös huolenpidon tarpeen HIV:iin sairastuneille, sekä heidän perheenjäsenilleen, erityisesti lapsille (Okasha 2002.)

Vuonna 2001 WHO:n Euroopan alueella oli yli 86 000 psykiatria ja 280 000 psykiatrista sairaanhoitajaa 840 miljoonaa väkilukua kohden, kun taas Afrikan alueella oli vain 1200 psykiatria ja 12 000 psykiatrista sairaanhoitajaa 620 miljoonaa asukasta kohden. Euroopan alueella oli keskimäärin 9 psykiatria 100 000 asukasta kohden ja Afrikan alueella 0,05 psykiatria 100 000 asukasta kohden. (Okasha 2002.)

Mielenterveyden häiriöihin taustalla on syrjintää, sosiaalista haavoittuvuutta ja erilaisia sosiaalisia ongelmia. Näitä ovat esimerkiksi kodittomuus, vankeus ja päihteidenkäyttö. Mielenterveyshuollon erojen korjaamisessa on useita haasteita. Osa haasteista liittyy talouden ja kehityksen epätasa-arvoisuuteen, mikä on yleistä matala- ja keskituloisissa maissa. Osa haasteista liittyy taas enemmän Afrikan sosiaalisiin ja kulttuurisiin tapoihin. Ne sisältävät samanaikaisesti useita yksilö- ja yhteisötason tekijöitä, kuten infrastruktuuri

(tästä muodostuvat yhteiskunnan perusrakenteet ja varusrakenne), resurssit, psykososiaaliset ja sosioekonomiset ongelmat. Nämä haasteet näyttäytyvät toisiinsa liittyvinä lainsäädännön, politiikanteon, organisatorisina, yhteisöllisinä ja ammatillisina ongelmina. Esimerkiksi yksi merkittävimmistä ongelmista, joka on mielenterveyspolitiikan puute, on sekä infrastruktuuri- että suunnitteluongelma. Mielenterveyden häiriöistä kärsivien huono oikeussuoja on myös puutteellisen lainsäädännön aiheuttamaa. (Monteiro 2015.)

Vaikka mielenterveys mainitaan useimmissa Afrikan maissa yleisessä terveyspolitiikassa, melkein puolella Afrikan maista ei hyväksyttyä tai päivitettyä mielenterveyspolitiikkaa. Ei ole epätavallista, ettei ole joko erityisesti mielenterveyden hoitoa koskevaa politiikkaa tai politiikka ei ole käytännöllinen tai sitä ei ole toteutettu kaikilla hoidon tasoilla läpi maan, etenkin syrjäisillä maaseutualueilla. Tämä tarkoittaa, että palveluiden rakenne ja toteuttamisstrategiat terveydenhuollon työntekijöiden kouluttamisen kehittäminen ovat puutteellisia monella tasolla. (Monteiro 2015.)

Yksi merkittävä haaste poliittiselle kehitykselle mielenterveyden suhteen Afrikassa on se, etteivät päättäjät usein ole vakuuttuneita mielenterveyshäiriöiden negatiivisesta vaikutuksesta talouteen, eivätkä mielenterveyspolitiikkaan puuttumisen kiireellisyydestä. Koska virallisia toimintatapoja ei ole, mielenterveyden hoidon uudistaminen on ollut Afrikassa vähäistä (Monteiro 2015.)

Mielenterveyteen käytettävät summat ovat Afrikassa ovat hyvin vähäiset. Terveydenhuollon infrastruktuuri on vasta kehittymässä ja rahankäyttö on usein puutteellista. Infrastruktuurin kehittymättömyys ja rahankäytön puutteellisuus on yhteneväistä matala- ja keskituloisissa maissa. Esimerkiksi Afrikan väkirikkaimmassa maassa, Nigeriassa, mielenterveyden rahoituksen osuus on vain neljä prosenttia valtion budjetista vuoden 2006 tilastojen mukaan. Suurin osa Afrikan maista käyttää keskimäärin vähemmän kuin yhden prosentin terveydenhuollon budjetista mielenterveydenhuoltoon. (Monteiro 2015.)

Suurimman osan ajasta, asiantuntijat ovat ensisijaisesti saatavilla alueellisella tai piirin tasolla, joten erikoisasiantuntijahoitoa on saatavilla vain potilaille, jotka löytävät tiensä piirin sairaalaan. Osa huonon infrastruktuurin ja tavoittamattoman hoidon ongelmaa on se, että on olemassa vain muutama laitos, jotka on varusteltu hoitamaan vakavasti mieltään sairaita, jotka saattavat tarvita akuuttia tai korkeatasoisempaa hoitoa. Esimerkiksi Afrikassa vuonna 2007 psykiatristen sairaaloiden vuodepaikkoja oli tuhatta asukasta kohden 0.034. Olemassa olevat vuodepaikat usein sijaitsevat kaupunkikeskuksissa ja ovat heikosti varusteltuja ja alimiehitettyjä. Esimerkiksi Etiopiassa on vain yksi

psykiatrinen sairaala, joka sijaitsee pääkaupungissa, Addis Abebassa. Muissa maissa, kuten Botswanassa, Etelä-Afrikassa ja Egyptissä saattaa olla sairaaloita, jotka ovat paremmin varusteltuja ja miehitettyjä, mutta ne eivät riitä kattamaan koko väestöä. Toisena ongelmana on, että ennaltaehkäisy sekä ensi- ja toissijaiset interventiot ovat usein puutteellisia huonon infrastruktuurin ja järjestelmän takia. Tämä tarkoittaa, että monet oireet yltyvät ja pahenevat riittämättömän tai väärän hoidon vuoksi tai niitä ei havaita lainkaan. Rajallinen infrastruktuuri ja rahoitus vaikuttavat järjestelmän ongelmiin, kuten kommunikointiin, politiikan kehitystyöhön, koulutukseen, maansisäiseen liikkuvuuteen, dokumentaatioon ja linjausten käyttöönottoon (Monteiro 2015.)

Monissa perinteisissä afrikkalaisissa uskomuksissa mielenterveysongelmien uskotaan johtuvan esi-isistä tai noituudesta. Kansanparantajien ja uskonnollisten neuvonantajien katsotaan olevan asiantuntijoita käsittelemään näitä asioita. Edellä mainittujen tarjoamaa hoitoa pidetään helpommin saatavissa olevana, kuin länsimaalaisia mielenterveyspalveluita. Tansaniassa tehdyssä analyysissä käy ilmi, että parempi koulutus, korkeampi ikä, leskeys ja kristinuskossa oleminen voidaan liittää yksittäisinä tekijöinä kansanparantajan konsultointiin mielenterveysongelmissa. Zimbabwessa taas muodostui erilainen malli, jossa kansanparantajaa konsultoiva on todennäköisesti nainen ja työtön sekä vähäisemmän koulutuksen saanut. Tansania ja Zimbabwen esimerkkejä on kuitenkin vaikea yleistää koko Afrikkaan. Toisaalta se, minkälaisia kansanparantajia konsultoidaan ja kuinka paljon vaihtoehtoisia hoitomenetelmiä käytetään, on yhä huonosti arvioitavissa. (Sorsdahl ym. 2009.)

Vaikka Afrikka on tullut terveystalouden edistämiseen myöhään, on Afrikalla vankka perusta jatkokehitykselle. Jotta kehitystä voidaan nopeuttaa entisestään, terveyden edistämisen teoreettisten perusteiden selkeää ja täydellistä kehittämistä sekä selkeitä suunnitelmia ammatinharjoittajien ammattimaistamiselle on tarpeen. (Nyamwaya 2003.)

Mielenterveyden edistämisen ohjelmat löytyivät jo opinnäytetyön suunnitelmaa tehdessä, sillä erityisesti WHO:n ja WPA:n ohjelmat tulivat ilmi yleistä tietoa mielenterveyden edistämisestä haettaessa. Opinnäytetyöhön valittiin lopulta neljä ohjelmaa. Joitakin ohjelmia ja interventioita jätettiin opinnäytetyön ulkopuolelle, sillä perusteella, ettei niistä löytynyt kattavasti tietoa, niiden nykyisestä jatkuvuudesta ei löytynyt tietoa, ohjelmassa käytettiin sanaa 'mental health prevention' eikä sanaa 'mental health promotion', ohjelma ei käsitellyt Afrikan alueita tai ohjelma keskittyi lapsiin ja nuoriin.

Esteitä mielenterveyden edistämiseksi Afrikan kehitysmaissa löytyi jo heti opinnäytetyön suunnitelmaa tehdessä. Opinnäytetyötä tehtäessä, sekä tutkimuskysymyksiin vastatessa löytyi vastauksia mielenterveyden edistämisen esteille Afrikan kehitysmaissa. Jokaisessa ohjelmassa ja interventiossa, kävi ilmi mitä esteitä mielenterveyden edistämiseksi on juuri Afrikan kehitysmaissa.

Hakusanat veivät artikkeleihin, jotka sivusivat aina tiettyä ohjelmaa, jonka jälkeen käytettiin ohjelman nimeä hakusanana. Pois suljettiin myös artikkelit, jotka olivat liian haastavaa tai huonoa englanninkieltä eikä niitä olisi voitu luotettavasti kääntää suomenkielen.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Afrikan kehitysmaissa toimii Comprehensive mental health action plan 2013-2020, Mental health atlas -projekti, Mental health Gap Action Programme -ohjelma, National mental health policy framework and strategic plan 2013-2020 -ohjelma ja WPA:n toimintasuunnitelma The WPA action plan 2017-2020.
2. Monia Afrikan maita käytetään huumekauppojen läpikulkupisteenä, joka on aiheuttanut sen, että huumeet ovat päätyneet myös paikallisväestöjen käyttöön lisäten alkuperäisiä ongelmia kannabiksen käyttöön liittyen. Lisääntyvä köyhyys, luonnonkatastrofit, sodat ja muut väkivallan muodot sekä sosiaalinen levottomuus ovat suuri syy lisääntyviin psykososiaalisiin ongelmiin, joita ovat mm. alkoholin ja huumeiden väärinkäyttö, prostituutio, katulapset, ja lapsiin kohdistuva väkivalta sekä perheväkivalta. HIV on lisännyt huomattavasti psykososiaalisia ongelmia luoden tarvetta lisätukeen ja neuvontaan HIV:sta kärsiville ja huolenpitoa sekä sairastuneille, että heidän perheenjäsenilleen, erityisesti lapsille.

7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyössä käytettiin tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. Näitä ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus sekä tarkkuus tutkimustyössä, työn tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä tutkimusten ja tutkimustulosten arvioinnissa. Opinnäytetyössä käytettiin kriittisesti ja tarkasti valittuja julkaisuja

Opinnäytetyö noudatti Turun ammattikorkeakoulun antamia ohjeistuksia opinnäytetyön tekemistä ja raportointia koskien. Opinnäytetyötä varten yhteistyökumppanien kanssa tehtiin yhteinen sopimus, jonka ovat molemmat osapuolet allekirjoittaneet. Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, jolloin työ ei tarvitse lupia. Tutkimusaihe on hyvä, kun se edistää tieteenalaa ja siihen kuuluu aiheen eettisyyden ja luotettavuuden arviointi (Kylmä & Juvakka 2012, 144). Opinnäytetyön aihe on eettisesti hyväksyttävä, sillä mielenterveyden edistäminen kuuluu jokaisen hoitajan ja hoitohenkilökunnan perusosaamiseen. Kun tutkimusongelmista, eli tutkittavasta asiasta saadaan kerättyä tietoa, voidaan sanoa, että on päästy hyvään tutkimustulokseen. Näin voidaan myös todeta, että tutkimusmenetelmä on ollut riittävä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997).

Metodikirjallisuudessa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta käsitellään yleensä validiteetin (tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on luvattu) ja reliabiliteetin (tutkimustulosten toistettavuus) käsittein. Validiteettiongelmia saattaa syntyä silloin, jos tutkimusaineisto ei anna vastausta tutkimuskysymykseen. Myös aineiston puutteellinen kerääminen sekä tutkimusaineiston puutteellinen edustavuus saattaa aiheuttaa ongelmia validiteetissa. Reliabiliteettiongelmia puolestaan aiheuttavat koodausvirheet aineiston analyysin aikana, epäyhdenmukaisuus koodauksessa tai virhe tulkinnoissa. (Ahokas & Korkiakoski 2010.) Työn tuloksien ollessa esitetty ymmärrettävässä ja selkeässä muodossa niin, että lukija ymmärtää miten analyysi on tehty, sekä työn vahvuudet ja rajoitukset, puhutaan työn uskottavuudesta (credibility). Työn siirrettävyyden (transferability) kannalta on hyvin tärkeää, että tutkimuskonteksti, aineiston keruu sekä analyysin huolellinen kuvaus on esitetty niin, että toinenkin lukija tai tutkija voi seurata työn prosessia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Tätä opinnäytetyötä toteutettiin narratiivisena kirjallisuuskatsauksena, mikä tarkoittaa sitä, että tuloksien esittämiseen tarvittavaa tietoa etsittiin laaja-alaisesti käyttäen eri hakumenetelmiä ja eri tietokantoja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009).

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa mielenterveyden edistämisen interventioita ja ohjelmia Afrikan kehitysmaissa, sekä mitä haittoja ja esteitä mielenterveyden edistämiselle on Afrikan kehitysmaissa.

Näkyvin haaste mielenterveyden edistämisen kehitykselle Afrikassa on se, että suurin osa ohjelmista ja toiminnoista on useimmiten suunniteltu, hallinnoitu ja valvottu yksinomaan ammattilaisten käyttöön mukautuen, erityisesti terveydenhuollon alalla. Tärkeimmät toimijat ovat asiantuntijoita, joiden terveyden käsite perustuu kansanterveysmalliin ja jonka painopiste on kuratiivisten palveluiden ympärillä. Tavalliset ihmiset osallistuvat yleensä vain passiivisesti terveyden edistämisprosessiin (Nyamwaya 2003.)

Mielenterveyden edistämisen interventiot ja ohjelmat eivät kuitenkaan ota huomioon juuri Afrikan kehitysmaiden ongelmia, vaan ne ovat kohdennettu yleisesti kehitysmaille. Ensimmäisessä tutkimusvastauksessa ilmi käyvät ohjelmat ja interventiot ovat suurimmaksi osaksi kohdennettu kaikkiin kehitysmaihiin ja vain National Mental Health Policy framework and Strategic Plan 2013-2020 on suunniteltu erityisesti afrikkalaisiin kehitysmaihiin. Ohjelmien ja interventioiden ollessa kohdennettuja juuri Afrikan kehitysmaihiin, niistä voisi olla suurempi hyöty mielenterveyden edistämisessä. Ohjelmissa panostetaan paljon psykiatrien kouluttamiseen ja mielenterveyspalveluiden kehittämiseen, mutta mielenterveyden edistämisellä on monia muitakin tasoja, kuten kansalaisten tietoisuuden lisääminen mielenterveyttä koskien. Kansalaisten tietäessä mielenterveydestä, he osaisivat hakeutua mielenterveyshuollon palveluihin esimerkiksi kansanparantajien sijaan.

Yksi merkittävä haaste poliittiselle kehitykselle Afrikassa on se, etteivät päättäjät usein ole vakuuttuneita mielenterveyshäiriöiden negatiivisesta vaikutuksesta talouteen, eivätkä mielenterveyspolitiikkaan puuttumisen kiireellisyydestä (Monteiro 2015). Tämän ongelman ratkaisemiseksi voitaisiin kehittää erillinen ohjelma, jonka avulla päättäjiä voitaisiin kouluttaa mielenterveyden vaikutuksesta valtion talouteen.

Haasteena saattaisi olla kouluttamattomien ihmisten tiedon sisäistäminen mielenterveydestä, kun perus koulutustaso on mitätön. Ratkaisuna tälle voisi olla kansalaisten taloudellinen tuki peruskoulutukseen, jolloin yksilön käsitys maailmasta laajenee ja oppimiskyky paranee mahdollistaen esimerkiksi lukutaidon ja siten mielenterveydestä oppimisen.

Lähes 70% Afrikan maista käyttää vähemmän kuin yhden prosentin terveydenhuollon budjetista mielenterveyteen (Awenva ym. 2010). Afrikan kehitysmaissa on vain muutama laitos, jotka on varusteltu hoitamaan vakavasti mieleltään sairaita, jotka saattavat tarvita akuuttia tai korkeatasoisempaa hoitoa. Esimerkiksi Afrikassa vuonna 2007 psykiatristen sairaaloiden vuodepaikkoja oli tuhatta asukasta kohden 0.034. (Monteiro 2015.) Tämän perusteella voidaan todeta, ettei mielenterveyspalveluita ole tarpeeksi, eivätkä ne ole laadukkaita. Tämä voi vaikuttaa ihmisten käsitykseen mielenterveydestä ja sen hoidon luotettavuudesta. Kansanparantajien tarjoamaa hoitoa pidetään helpommin saatavana ja luotettavampana, kuin länsimaalaisia mielenterveyspalveluita. Kansanparantajien sekä länsimaalaisia mielenterveyspalveluita voitaisiin yhdistää perehdyttäen kansanparantajia mielenterveyteen ja sen hoitoon, jolloin kansanparantajat voisivat toimia välittäjänä länsimaalaisen mielenterveyspalvelun ja potilaan välissä. Näin potilas saa oikeanlaista hoitoa luottamaltaan taholta eli kansanparantajalta, joka on konsultoinut ammattilaista asian suhteen.

Jatkotutkimusaiheita voisi olla psykiatrien ja psykiatristen sairaanhoitajien sekä kansanparantajien yhteistyön kehittäminen, ja kansalaisten sekä päättäjien yleisen tietoisuuden lisääminen mielenterveydestä.

Opinnäytetyön tekeminen avasi näkökulmaa Afrikan mielenterveystilanteeseen. Opinnäytetyö loi tekijöille katsauksen Afrikan kehitysmaiden mielenterveyspalveluihin ja resurssimääriin, sekä avasi keskustelupohjaa erilaisista mielenterveyden käsityksistä. Opinnäytetyö on opettanut mielenterveyden ja sen edistämisen tärkeydestä kaikkialla maailmassa. Opinnäytetyön tekeminen mielenterveyden edistämisen interventioista ja ohjelmista Afrikan kehitysmaissa opetti, että mielenterveys käsitteenä tarkoittaa eri asioita esimerkiksi Euroopassa ja Afrikassa. Mielenterveys käsitteenä on hyvin laaja, johon vaikuttaa monet osatekijät, kuten yhteiskunta, koulutustaso, ekonomisen tilanne ja kulttuuri. Mielenterveyttä edistäessä Afrikassa, tulee ottaa huomioon Afrikan olosuhteet. Mielenterveyttä ei voida edistää Afrikassa samoilla kriteereillä, joilla edistetään mielenterveyttä Euroopassa.

LÄHTEET

Amuyunzu-Nyamongo, M. 2013. The social and cultural aspects of mental health in African societies Viitattu 08.03.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa http://www.commonwealthhealth.org/wp-content/uploads/2013/07/The-social-and-cultural-aspects-of-mental-health-in-African-societies_CHP13.pdf

Awenva, AD; Read, UM; Ofori-Attah, AL; Doku, VCK; Akpalu, B; Osei, AO. & Flisher, AJ. 2010. From mental health policy development in Ghana to implementation: What are the barriers? Viitattu 26.2.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.ajol.info/index.php/ajpsy/article/view/57912>

Axelin, A.; Stolt, M. & Suhonen, R. (toim.) 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.

Herrman, H. 2017. The WPA Action Plan 2017-2020. Viitattu 03.02.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5608810/>

Hirvijärvi-Okkonen, S. 2013. Kulttuurisia käsityksiä mielenterveydestä. Viitattu 12.3.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteesta http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130616/

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Maaret Ahokas & Emma Korkiakoski. 2010. Gynekologisesta leikkausasennosta johtuvat jälkikomplikaatiot ja potilaskohtelu leikkausosastolla vaginaalisen hysterektomian läpikäyneiden potilaiden kokemana. Viitattu 29.01.2018. Saatavilla sähköisenä osoitteessa <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jamk-1189578481-5>

Monteiro, N. 2015. Addressing mental illness in Africa: Global health challenges and local opportunities. Viitattu 26.2.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa https://www.researchgate.net/publication/283091942_ADDRESSING_MENTAL_ILLNESS_IN_AFRICA_GLOBAL_HEALTH_CHALLENGES_AND_LOCAL_OPPORTUNITIES

Okasha, A. 2002. Mental health in Africa: the role of WPA. Viitattu 21.2.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489826/>

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY

Petersen, I; Bhana, A. & Swartz, L. 2012. Mental Health Promotion and the Prevention of Mental Disorders in South Africa. Viitattu 12.3.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://pdfs.semanticscholar.org/e49c/3b1342ece288099451ba2fdcf20ad71a30da.pdf>

Sorsdahl, K; Stein, DJ; Grimsrud, A; Seedat, S; Flisher, AJ; Williams, DR. & Myer, L. 2009. Traditional Healers in the treatment of common mental disorders in South Africa. Viitattu 31.01.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19525744>

South African National Department of Health. 2013. National Mental Health Policy Framework and Strategic Plan 2013-2020. Viitattu 3.3.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.health-e.org.za/wp-content/uploads/2014/10/National-Mental-Health-Policy-Framework-and-Strategic-Plan-2013-2020.pdf>

Sturgeon, S. 2007. Promoting mental health as an essential aspect of health promotion. viitattu 29.3.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa https://academic.oup.com/heapro/article/21/suppl_1/36/767343

The African Child Information Hub. Resources. Viitattu 28.2.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa https://www.africanchildinfo.net/index.php?option=com_k2&view=itemlist&task=tag&tag=Ghana&lang=en&limitstart=40&limit=10#

ThinkMath. Erityispedagoginen interventio. Viitattu 29.1.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://blogs.helsinki.fi/thinkmath/tietopal-velu/interventio/erityispedagoginen-interventio/>

THL. 2014. Viitattu 1.3.2019. Saatavilla sähköisenä osoitteessa <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen>

Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 11.2.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <https://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yk-sikot/lastenpsykiatrian-tutkimuskeskus/tutkimus/apex/Sivut/home.aspx>

WHO. 2010. MhGAP Intervention Guide Version 1.0. Viitattu 18.3.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/

WHO. 2013. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020. viitattu 28.2.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/

WHO. 2014. Mental health: a state of well-being. Viitattu 26.01.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

WHO. 2015. Mental Health Atlas 2014. Viitattu 28.2.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/

WHO. 2016. International Classification of Health Interventions (ICHI). Viitattu 26.01.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.who.int/classifications/ichi/en/>

WHO. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Viitattu 18.3.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/