

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

2019

Anttalainen Taru ja Havia Aino

KESKI-AASIAN MIELENTERVEYSONGELMAT

– kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Anttalainen Taru & Havia Aino

KESKI-AASIAN MIELENTERVEYSONGELMAT

- kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Mielenterveys määritellään jokaisen ihmisen hyvinvoinnin perustana ja voimavarana. Siihen vaikuttavat yksilölliset tekijät, sosiaalinen tuki, kokemukset ja kulttuuriset arvot. Kulttuuri vaikuttaa etenkin Aasian maissa siihen, miten yksilö kokee sairastumisensa ja sen vuoksi myös kynnys hakea apua kasvaa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Keski-Aasiassa vaikuttavia mielenterveyden ongelmia, niihin vaikuttavia tekijöitä ja saatavilla olevia palveluita. Opinnäytetyön aihe pohjautui kansainväliseen Moment-hankkeeseen, jonka tarkoituksena on vahvistaa Mongoliassa toimivien sairaanhoitajien mielenterveys ja päihdetyön koulutusta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa tätä hanketta varten.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, käyttäen aiheeseen liittyviä aikaisempia kansainvälisiä tutkimuksia. Työhön valikoitui analysoitavaksi viisi aiheen kannalta keskeisintä tutkimusta.

Tässä työssä keskityttiin tutkimaan Kiinan ja Mongolian tilannetta. Tulosten mukaan yleisimmät mielenterveyshäiriöt Keski-Aasian maissa olivat masennus, ahdistuneisuus ja posttraumaattinen oireyhtymä. Palveluita oli tarjolla liian vähän maiden potilasmääriin verrattuna ja suurin osa palveluista oli yksityisen sektorin tuottamia. Palveluiden saatavuus suosi selkeästi enemmän kaupungissa, kuin maaseudulla asuvia. Ikääntyminen, siviilisäätty, lapsiluku, asuinpaikka sekä tulot vaikuttivat mielenterveyshäiriöiden syntyyn.

Tutkittua tietoa aiheesta oli niukasti saatavilla. Tulevaisuudessa aihetta tulisi tutkia enemmän ja tutkimuksissa ilmenneitä tuloksia tulisi tuoda paremmin esille ja helpommin saataville. Maat tarvitsevat palveluidensa kehittämiseen ja mielenterveysongelmien esille nostamiseen suurten kansainvälisten järjestöjen, kuten WHO:n apua.

ASIASANAT:

mielenterveys, mielenterveysongelmat, terveydenhuolto, Keski-Aasia, Mongolia ja Kiina

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing

2019 | 33 pages

Anttalainen Taru & Havia Aino

MENTAL HEALTH PROBLEMS IN CENTRAL ASIA

- a descriptive literature review

Mental health can be defined as a person's condition with regard to their psychological and emotional well-being. It can be influenced by one's personal factors, social support, experiences and cultural values. Especially in the Asian countries culture has an influence on how a person experiences his mental illness and therefore it might be difficult for him to seek help for his mental health problems.

The aim of this thesis was to figure out the mental health problems existing in Central Asia, the factors effecting on them and the services being available. The chosen topic can be seen as a part of an international Moment-project, the aim of which is to reinforce the training of the future nurses working with patients with mental health problems or drug addicts in Mongolia. The aim of the thesis was to find new information for this project.

The thesis is a descriptive literature review, former international studies being the basis of it. Five most crucial studies were chosen and being analyzed.

The focus of this thesis was to analyze the situation in China and Mongolia. According to the results the most common mental health disorders in Central Asia were depression, anxiety and posttraumatic stress disorders. There were too few services available compared to the number of patients, the majority of them being provided by private sector. Urban inhabitants were clearly favored in the availability of the services compared to those in rural areas. Aging, marital status, the number of children, residency and income had an influence on the emergence of mental health problems.

It was not easy to gather analyzed information relating to the topic. The matter should be studied more in the future and the results should be more easily available. Those countries need the help of some international organizations such as WHO in order to be able to develop the services and to emphasize the importance of mental health problems.

KEYWORDS:

mental health, mental health problems, health care, Central Asia, Mongolia and China

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 KULTTUURISIA PIIRTEITÄ JA KATSAUS MAANTIETOON	6
2.1 Kiina	7
2.2 Mongolia	7
2.3 Stigma eli häpeäleima	8
3 KESKI-AASIAN MIELENTERVEYSONGELMAT JA NIIHIN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	10
3.1 Masennus	10
3.2 Ahdistuneisuus	11
3.3 Posttraumaattinen oireyhtymä eli traumaperäinen stressihäiriö	12
3.4 Mielenterveysongelmiin vaikuttavat tekijät Keski-Aasiassa	12
4 MIELENTERVEYSPALVELUT KIINASSA JA MONGOLIASSA	14
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	17
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	18
6.1 Opinnäytetyön menetelmä	18
6.2 Aineiston keruu	18
6.3 Aineiston analyysi	20
7 TULOKSET	23
7.1 Keski-Aasiassa esiintyvät mielenterveysongelmat	23
7.2 Saatavilla olevat mielenterveyspalvelut	23
7.3 Mielenterveysongelmiin vaikuttavat tekijät Keski-Aasiassa	25
8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	27
9 POHDINTA	30
LÄHTEET	32

1 JOHDANTO

Mielenterveys on jokaisen ihmisen hyvinvoinnin perusta ja voimavara. Sitä määrittävät yksilölliset tekijät, kokemukset, sosiaalinen tuki, vuorovaikutus, yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit sekä kulttuuriset arvot. Sairastuminen mielenterveyshäiriöön voi tapahtua mielenterveyden tasapainotilan järkkyyessä. (Kuhanen ym. 2013,16.)

Kulttuurilla on, etenkin Aasian maissa, suuri merkitys ihmisen itsensä ilmaisussa ja käyttäytymisessä. Tämä taas luo omat haasteensa etenkin yksilön mielenterveyteen ja sen ongelmien ilmetessä niiden esille tuomiseen. Esimerkiksi Kiinassa mielenterveysongelmista ei puhuta kasvojen menetyksen pelossa. Apua mielenterveyden ongelmiin on haastava saada, sillä sairaaloiden ulkopuolisia lääkäripalveluja, kuten yksityisiä vastaanottoja on hyvin vähän tarjolla. Lisäksi julkisten sairaaloiden taso vaihtelee ja jonot ovat tavallisesti pitkiä. (Hoitopaikanvalinta 2018.)

Opinnäytetyön aihe valikoitui sen kiinnostavuuden ja haastavuuden vuoksi. Työ on osa Moment-hanketta, jonka tarkoituksena on vahvistaa Mongolian sairaanhoitajien mielenterveys- ja päihdetyön koulutusta (Ellilä 2018).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää Keski-Aasiassa vaikuttavia mielenterveyden ongelmia, niihin vaikuttavia tekijöitä ja saatavilla olevia palveluita. Opinnäytetyössä keskitytään tutkimaan Mongolian ja Kiinan tilannetta.

2 KULTTUURISIA PIIRTEITÄ JA KATSAUS MAANTIETOON

Mielenterveyttä voidaan pitää tilana, jossa altistavat, laukaisevat ja suojaavat tekijät tasapainottelevat. Suojaavia tekijöitä ovat muun muassa ihmisen yksilölliset voimavarat ja sosiaalinen tuki. Taustalla vaikuttavia tekijöitä ovat yhteiskunta ja kulttuuri (Kuhanen ym. 2013, 21-22).

Kulttuuri on tapa, miten tietyssä yhteisössä elävät ihmiset järjestävät tapansa elää. Kulttuurin avulla voidaan tarkastella ihmistä ja ympäristöä kokonaisvaltaisesti, jossa kaikki vaikuttaa kaikkeen. Kulttuurin keskeiset pääpiirteet ovat sen jäsenille itsestään selviä. Näitä ovat muun muassa tapa ajatella, arvot ja käyttäytymismallit. Kulttuurieroja voidaan tarkastella yhteisöllisyyden ja yksilöllisyyden merkitysten avulla. Nämä vaikuttavat siihen, miten eri kulttuureissa maailma nähdään ja ymmärretään. Kulttuurierot vaikuttavat myös yksilön kokemiin tunteisiin, käyttäytymiseen ja hyvinvointiin. (Mielenterveystalo 2019.)

Kulttuurilla on vaikutus siihen, miten yksilö kokee sairastumisen. Länsimainen kulttuuri käsittää sairauden synnyn johtuvan biologisista, geneettisistä tai psyykkisistä tekijöistä. Muut kulttuurit mieltävät sairauden ulkopuolisen tekijän aiheuttamaksi tai se saattaa olla vain yksilön huonoa onnea. (Mielenterveystalo 2019.)

Kulttuuri vaikuttaa siis sairauden ymmärtämiseen ja määrittelee sen, kuinka avoimesti oireiden taustatekijöistä voidaan puhua. Kulttuuri määrittelee myös, miten yksilö uskaltaa ilmaista sairaudesta johtuvat oireet. (Mielenterveystalo 2019.)

2.1 Kiina

Kiina on kansantasavalta, jota hallitsee kommunistinen puolue. Asukasluku maassa on 1,3 miljardia ja se on tällä hetkellä maailman väkirikkain maa. Kiinan suuri pinta-ala ja alueelliset korkeuserot luovat vaihtelua maan ilmastoon ja luontoon. Maa koostuu kuivista, vuoristoisista alueista ja hedelmällisistä tasankoalueista. Useat kiinalaiset kaupungit ovat erittäin saastuneita öljyn- ja hiilentuotannon takia. Lisäksi teollisuudesta tulevat päästöt saastuttavat maata. Metsien tuhoutuminen ja eroosio ovat myös maan suuria ongelmia. Väestönkasvu on ollut kiinassa pitkään ongelma, jota on yritetty hillitä aikaisemmin muun muassa yhden lapsen politiikalla. Tästä kuitenkin luovuttiin, sillä tämän seurauksena miehiä on väestössä enemmän kuin naisia. Muita maan ongelmia ovat suuret tuloerot, kaupungistuminen ja maalta pois muutto paremman elintason perässä. (Globalis 2015.)

Yhtenä osana kiinalaiseen tapakulttuuriin kuuluu vahvasti kasvojen säilyttäminen. Tämä tarkoittaa sitä, että kiinalainen hymyilee joka tilanteessa, vaikka ajatukset olisivat kaukana iloisista asioista. Kiinalainen sanoo asiat epäsuorasti, eikä koskaan sano "ei". Tarjoilla kanssakäymisen säännöillä, kuten keskinäisellä kunnioittamisella tai kohteliaalla käytöksellä, pyritään estämään kasvojen menettäminen, sillä se on pahinta, mitä kiinalaiselle voi tapahtua. (Chinet 2019.)

2.2 Mongolia

Mongolia on yksi muinaisen Tsingis-kaanin imperiumin luomista maista ja Aasian viidenneksi suurin maa. Asukkaita maassa on 2,9 miljoonaa ja asukastieheys on pienimpiä maailmassa. Se on maailman suurin sisämaan valtio ja se sijaitsee Venäjän ja Kiinan välissä. Maasto on suurimmaksi osaksi aroa ja aavikkoa. Talvet ovat ankaria ja kesät kuumia, mikä luo omat haasteensa maan kehitykselle. Pääkaupunki Ulan Bator on voimakkaasti teollistunut ja runsas kivihiilen poltto aiheuttaa ympäristöongelmia. Myös eroosio ja kuivuus koettelee maata. Mongolia on edelleen hyvin riippuvainen venäjän vientienergiasta. Mongolia kaupungistuu jatkuvasti, noin 60% väestöstä asuu kaupungeissa. Perinteistä paimentolaiselämää elää edelleen joka kolmas maan väestöstä. Työttömyys on maassa alle 10%. (Globalis 2015.)

Mongolialainen kulttuuri ja perinteet ovat parhaiten näkyvissä niin paimentolaisten, kuin tavallista kaupunkielämää viettävien keskuudessa. Muinaisen Tsingis-kaanin julistuksen mukaan mongolialainen menettää todellisen identiteettinsä, jos hän menettää yhteyden paimentolaiseen elämäntyyliin. Mongolialaiset uskovat, että heidän kulttuurinen perintönsä on jotain, mitä tulee vaalia ja pitää hengissä. Tulevaisuus näyttää kuitenkin vähemmän paimentolaiskulttuuriin sidonnaiselta. (Blunden 2004, 89-91.)

Kuten Kiinassa, myös Mongoliassa kunnioitetaan syvästi ikäihmisiä. Kasvojen menettämisen pelko kuuluu myös mongolialaiseen kulttuuriin. Sanaa "ei" ei sanota kenellekään kasvotusten, vaan mieluummin ollaan hiljaa tai vaihdetaan puheenaihetta. Sen lisäksi vaikeasti tai huonosti käyttäytyvä henkilö jätetään usein huomiotta. Muutoin kansa on luonteeltaan itsevarmaa ja ylpeää, koska kykenevät selviytymään erittäin ankarassa ilmastossa. (Blunden 2004, 58.) Tämä ei kuitenkaan tarkoita ylimielisyyttä. Vieraanvaraisuus on tärkeässä asemassa mongolialaisten keskuudessa. Yleisesti koko Keski-Aasiassa vieraita on kohdeltava ehdottoman epäitsekkäästi (Mayhew ym 2010, 69).

2.3 Stigma eli häpeäleima

Stigmalla tarkoitetaan sosiaalista leimautumista, mikä ilmenee mielenterveysongelmasta kärsivän henkilön ja muiden ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Ennakkoluulot, tietämättömyys ja syrjintä henkilöä kohtaan johtuvat siitä, että psyykkinen sairaus tehdään yhteisössä näkymättömäksi (Kuhanen ym 2013, 83-84).

Mielenterveysongelmiin kohdistuva stigma on yleistä koko maailmassa, erityisesti Kiinassa. Stigma luokitellaan julkiseen ja sisäiseen häpeään. Julkinen häpeä muodostuu stereotyyppioista, eli mielikuvasta tai käsityksestä, mikä ihmisillä on tiettyä ihmisryhmää kohtaan. Mielisairas henkilö kuvataan usein kyvyttömänä ja vaarallisena. Negatiivisten stereotyyppien kautta muodostuu ennakkoluuloja, josta seuraa henkilön syrjintää. Sisäisestä häpeästä puhutaan silloin, kun mielenterveyttä sairastava henkilö itse sisäistää julkisen häpeän ennakkoluuloineen ja kääntää ne itseään vastaan, ns. leimaa itse itsensä. (Ziyan Xu ym. 2016, 449.)

Ziyan Xu kollegoineen (2016) ovat tarkastelleet mielenterveyteen liittyvää häpeää Kiinassa. Tutkimuksessa lähestyttiin suurta yleisöä intervention, eli väliintulon kautta ja pyrittiin selvittämään, onko interventiolla vaikutusta kohderyhmän ennakkoluuloihin ja

stereotypioihin psyykkisiä sairauksia kohtaan. Tuloksissa ilmeni, että tietämättömyys mielenterveysongelmia kohtaan lisäsi negatiivisia asenteita. Tällöin tieto edistäisi ja parantaisi asenteita, jolloin myös leimautuminen vähentyisi. Lähestyminen julkisen stigman vähentymiseen tulisi hoitaa koulutuksesta saadun tiedon, kokemusasiantuntijan tai mielenosoitusten avulla. Tutkijat toteavat, että tulevaisuudessa tulisi tutkimuksissa rohkaista mielenterveyspotilaita jakamaan kokemuksiaan juuri interventioiden kautta. (Ziyan Xu ym. 2016, 449-450.)

3 KESKI-AASIAN MIELENTERVEYSONGELMAT JA NIIHIN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Erityisesti mielenterveysongelmat ovat Keski-Aasiassa jääneet vähemmälle huomiolle muihin terveyteen liittyviin ongelmiin verrattuna. Kansalaisten suuri eriarvoisuus lisää huomattavasti mielenterveyden ongelmia Keski-Aasian maissa (Titterton ym 2016, 142).

Kiina kärsii tällä hetkellä mielenterveyskriisistä, mikä tarkoittaa sitä, että miljoonat kiinalaiset kärsivät hoitamattomista mielenterveys-sairauksista ja psykiatrisista häiriöistä. WHO:n mukaan vuonna 2017 54 miljoonaa kiinalaista kärsi masennuksesta, joka oli 4,2 prosenttia koko väestöstä. Lisäksi 173 miljoonalla kiinalaisella arvioitiin olevan muita diagnosoitavia mielenterveysongelmia. Näistä vain 15 miljoonaa on hakenut hoitoa. (Lin 2018.)

Kiinassa on kasvava tarve mielenterveyspalveluille. Moni mielenterveysongelmista kärsivästä kiinalaisesta ei halua myöntää, että heillä on psykiatrinen sairaus, eivätkä he halua hakea ammattitaitoista apua. Tämä johtuu suurelta osin stigman tuomasta häpeän pelosta, jolla on suuri vaikutus kiinalaisessa konservatiivisessa yhteiskunnassa. Näiden ongelmien korjaamiseksi Kiinan hallitus on kuitenkin kasvattanut huomattavasti mielenterveyspalveluiden investointeja viime vuosikymmenen aikana. Nämä yritykset yksinään ovat kuitenkin osoittautuneet riittämättömiksi Kiinan mielenterveysongelmien tarpeiden ratkaisemiseksi. (Lin 2018.)

Keski-Aasian yleisimpiä mielenterveysongelmia ovat masennus, ahdistuneisuus ja posttraumaattinen oireyhtymä. Myös psykoosit, unettomuus ja lääkkeiden väärinkäyttö ovat yleisiä ongelmia (Jen 2016). Kuntoutumista vaikeuttavat vanhat perinteet ja häpeän tunne sekä koulutetun terveydenhoitohenkilökunnan ja tilojen puute. (Lähetysyhdistys kylväjä 2018.)

3.1 Masennus

Masennus on varsin monimuotoinen mielenterveyshäiriö. Oireina ovat mielialanlasku, keskittymisvaikeudet, mielihyvän tunteen katoaminen, ahdistuneisuus, aloitekyvyttömyys, univaikeudet, riittämättömyden tunne, itsesyytökset, ruokahaluttomuus sekä syyllisyyden tunne. Muita oireita voi olla painon nousu tai lasku, synkät ajatukset,

toivottomuus sekä arvottomuuden tunne. Masennuksessa henkilön toimintakyky madaltuu, päivittäisistä arjen toiminnoista selviytyminen vaikeutuu sekä itsestä huolehtiminen voi olla haastavaa. Masennus voi puhjeta raskaiden elämäntapahtumien seurauksena, kuten läheisen menetys, avioero, väkivalta, työttömyys tai äkillinen sairastuminen. Syntyyn vaikuttavat myös sosiaaliset, biologiset ja psykologiset tekijät. (Kuhanen ym. 2013, 205-206.)

Oireiden perusteella masennuksen vaikeusaste luokitellaan lievään, keskivaikeaan tai vaikeaan masennustilaan. Vakavissa masennustiloissa itsemurhariski voi kohota. Toipumisen ennusteeseen vaikuttavat oireiden vaikeusasteen määrittely sekä motivaatio hoitoon ja lääkitykseen. Myös sosiaalinen tukiverkosto on merkittävä voimavara ennusteen kannalta. Masennustilat kestävät muutamasta viikosta kuukausiin tai jopa vuosiin. Tilan pitkittyessä kyseessä on mielenterveyden häiriö, joka edellyttää asianmukaista hoitoa ja seurantaa. (Kuhanen ym. 2013, 205-206.)

3.2 Ahdistuneisuus

Ahdistus on normaali tunnetila, jota esiintyy jokaisella ihmisellä elämänsä aikana. Se on tarkoituksenmukainen tunne, koska se suojelee henkilöä vaaratilanteissa. Ahdistuneisuus on pelon kaltainen, voimakas tunne, ilman todellista ulkoista vaaraa tai uhkaa. Se luokitellaan mielenterveyden häiriöksi, kun oireilu on pitkäkestoista, voimakasta ja henkilön fyysisiä ja psyykkisiä voimavaroja kuluttavaa sekä toimintakykyä rajoittavaa. (Kuhanen ym. 2013, 222-225.)

Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä. Ahdistuneisuushäiriöiksi luokitellaan muun muassa paniikkihäiriö, pakko-oireiset häiriöt, pelko-oireiset ahdistuneisuushäiriöt, eriasteiset stressireaktiot, elimellisoireiset häiriöt ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Noin 50%:lla masennuspotilaista esiintyy näitä häiriöitä. Ahdistuneisuudessa yleisiä oireita ovat kohtauksittainen, tilannesidonnainen tai jatkuva ahdistuneisuus ja huolestuneisuus, joka on tilanteeseen nähden liiallista ja luonteeltaan pitkään jatkunutta. Muita merkkejä ovat erilaiset pelot, keskittymisvaikeudet, levottomuus, univaikeudet tai jännittyneisyys. Fyysisistä oireista tyypillisiä ovat vapina, hikoilu, sydämentykytys, pahoinvointi, punastelu, päänsärky, lihassärky sekä vatsatuntemukset. Ahdistuneen potilaan hoidon lähtökohtana on luottamuksellinen yhteistyösuhde, jonka tavoitteena on

lievittää ahdistusta ja ohjata löytämään uusia selviytymiskeinoja. (Kuhanen ym. 2013, 222-225.)

3.3 Posttraumaattinen oireyhtymä eli traumaperäinen stressihäiriö

Kun henkilö joutuu kohtaamaan tapahtuman, mihin liittyy kuolema tai vakava loukkaantuminen, niiden uhka, oman tai toisen fyysisen koskemattomuuden vaarantuminen, kehittyä traumaperäinen stressireaktio. Tilanne aiheuttaa voimakasta pelkoa, avuttomuutta tai jopa kauhua. Tällaisia tilanteita voivat olla muun muassa vakava auto-onnettomuus, luonnonkatastrofi, väkivallan kohteeksi joutuminen tai esimerkiksi haavoittuminen sodassa. Traumaperäinen stressihäiriö ilmenee yleensä kolmen kuukauden kuluessa tapahtumasta, mutta joillain voi oireet ilmetä jopa vuosia trauman jälkeen. (Huttunen 2018.)

Traumaperäisen stressihäiriön oireet voidaan erottaa kolmeen pääryhmään. Nämä ovat trauman uudelleen kokeminen, traumasta muistuttavien asioiden välttäminen ja kohonut vireystila, mikä ilmenee esimerkiksi säikähtelynä. Oireiden kehittymisen estäminen ja lievittäminen on tärkeää. Niillä pyritään rauhoittamaan tilannetta ja lisäämään trauman kokeneen turvallisuuden tunnetta. Oireiden pitkittyessä tai niiden muuttuminen voimakkaammiksi, tulee henkilön kääntyä psykiatrin, psykologin tai muun traumaperäisten stressihäiriöiden hoitoon erikoistuneen yksikön puoleen. Vain tarvittaessa pitkittyneisiin oireisiin voidaan myös käyttää lääkehoitoa, ensisijaisesti masennuslääkkeitä. (Huttunen 2018.)

3.4 Mielenterveysongelmiin vaikuttavat tekijät Keski-Aasiassa

Sosiaalisilla suhteilla ihmisten ympärillä on tutkittu olevan suuri vaikutus mielenterveyteen ja sen häiriöihin. Aasiassa vahvoilla perhesiteillä on selvä yhteys emotionaaliseen ja fyysiseen hyvinvointiin kaiken ikäisten keskuudessa.

Varsinkin ikääntyneiden keskuudessa sosiaalinen eristyneisyys ja sosiaalisten siteiden puute ennustavat masennuksen oireita. Toisaalta lapsilta saatava sosiaalinen tuki voi paradoksaalisesti vahvistaa riippuvuuden tunnetta iäkkäillä, mikä heikentää itsetuntoa ja johtaa avuttomuuteen. Epäilläään, että sosiaalinen tuki voi joko lisätä yksilön voimavaroja

ja itsetuntoa tai tukahduttaa ne lisäämällä riippuvuutta. Siksi sosiaalisella tuella voi olla "sekava" vaikutus. (Williams ym. 2017, 1.)

Avioliiton tai sen päättymisen vaikutuksella masentumiseen ei ollut eroja sukupuolten välillä Kiinassa. Monissa maissa miehet kokevat avioliiton terveyshyödyt naisia voimakkaammin, mutta Kiinassa tilanne on erilainen muun muassa taloudellisten etujen vuoksi, jotka kohdistuvat vain miehiin. Myös sosioekonomisella statuksella on vaikutus kehon ja mielen hyvinvointiin. Koulutusaste ja taloudelliset hyödyt yhdistetään terveempään elämään. (Williams ym. 2017, 22.)

Vaikka fyysinen terveys yleensä laskee iän myötä, se laskee selkeästi vähemmän korkeasti koulutettujen keskuudessa. Korkea koulutus yhdistetään myös yksilön kognitiivisen toiminnan pidempään jatkumiseen ikääntymisen edetessä ja pienempään todennäköisyyteen sairastua masennukseen. Oletuksena on myös, että korkea koulutus ja suuret säästöt johtavat sekä parempaan fyysiseen, että henkiseen hyvinvointiin. (Williams ym. 2017, 22.)

4 MIELENTERVEYSPALVELUT KIINASSA JA MONGOLIASSA

Kiinan terveydenhuollon järjestelmä on heikentynyt viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana. Vastauksena kansalaisten merkittävään tyytymättömyyteen Kiinan hallitus julkaisi kansallisen terveystalouden uudistuksen vuonna 2009, minkä tarkoituksena oli huoltaa maan terveysjärjestelmää. Yksi huomattavimmista aloitteista oli hoidon polkujärjestelmä. Tämän uskotaan vaikuttaneen positiivisesti sekä laadun parantamiseen että kustannusten hillitsemiseen. (Alex He ym. 2015, 2.)

Kiinan ensimmäinen kansallinen mielenterveyslaki astui voimaan vuonna 2012. Laissa säädetään muun muassa mielenterveysalan kehittämisestä, palveluiden yhteisten toimintatapojen laativisesta ja mielenterveyspotilaan laillisista oikeuksista ja eduista. Laki koskee Kiinan kansantasavallan kansalaisten psykologisen hyvinvoinnin ylläpitoa sekä mielisairauksien ehkäisyä, parannusta, kuntoutusta ja käsittelyä. Lain § 5 käsittelee erikseen stigmaa, eli häpeäleimaa. Mikään organisaatio ja yksilö ei saa leimata, nöyryyttää, väärinkäyttää tai laittomasti rajoittaa mielenterveyspotilaan vapaata liikkumista. Myös uutiset, kirjalliset tai taiteelliset työt sekä muu media ei saa sisältää leimaamista tai nöyryyttävää sisältöä mielisairauksia kohtaan. (Zhen ym. 2012.)

Laissa myös selvennetään, että Kiinassa toimivat niin kutsutut psykologiset ohjaajat eivät ole oikeutettuja suorittamaan psykoterapiaa, eivätkä osallistumaan mielenterveyden häiriöiden diagnosointiin tai hoitoon. Psykologisten ohjaajien tulisi siis suorittaa vain neuvontaa; psykoterapia ja diagnosointi sekä hoito ovat psykologien ja psykiatrien vastuulla. (Lin 2018.)

Kiinan hallitus on laatinut säännöt, jotka koskevat yrityksen kelpoisuutta tarjota mielenterveysohjausta, vaikka monet näistä säännöistä vaihtelevat alueittain. Valtaosa hallintoalueista vaatii psykologisia ohjaajia harjoittamaan työtään rekisteröidyissä yrityksissä. Toimielimet, joita ei ole rekisteröity teollisuus- ja kauppa- tai siviiliasianhallinnon alaisuuteen, eivät saa tarjota mielenterveyden ohjausta. (Lin 2018.)

Kiinassa psykiatriset ohjaustilanteet ovat verrattavissa valmennukseen – potilaat pyrkivät etsimään suoria ja välittömiä vastauksia tai ehdotuksia mielenterveysongelmiensa

ratkaisemiseksi. Yksittäinen ohjauksetta kustantaa keskimäärin \$ 47 - \$ 110. Useimmat pitävät näitä maksuja korkeina. (Lin 2018.)

Mongolian terveysjärjestelmä on aiemmin perustunut Neuvostoliittolaiseen malliin, jossa hallitus on kontrolloinut terveyspalveluita. Kansalaisilla ei ole ollut mahdollisuutta osallistua tai tulla kuulluksi terveydenhuollon kehittämisessä. O'Rourke (2001) kollegoineen ovat tutkineet Mongolian terveydenhuoltojärjestelmän kehittämistä laadukkaammaksi. Tutkimuksessa todetaan, että Mongolian terveydenhuolto käy läpi merkittävän uudistuksen, painottamalla tehokkaampaan rahoitukseen, siirtymällä sairaala painotteisesta hoidosta perusterveydenhuoltoon, lisäämällä ammattitaitoista henkilökuntaa ja terveydenhuollon tiloja. Mongolian terveysjärjestelmä on tullut yhä tietoisemmaksi siitä, että laadun tuottavuutta ja tuloksia on seurattava tehokkuuden ja parempien tulosten saavuttamiseksi. (O'Rourke ym. 2001, 213.)

Mongoliassa mielenterveyslaki hyväksyttiin vuonna 2000 ja vuonna 2002 muotoutui valmis kansallinen mielenterveysohjelma. Laissa säädetään mielisairaahan henkilön oikeudet, hoidon saatavuus, lailliset edustajat, hoidon turvallisuus, sosiaalihuollon apu sekä vastentahtoinen sairaalahoito. Hoitoon pääsy suosii kuitenkin enemmän niitä, jotka asuvat pääkaupungissa tai sen lähistöllä, jolloin maaseudulla asuvat saattavat jäädä kokonaan ilman palveluita (Altanzul ym. 2009, 376.)

Mielenterveysongelmien yleisyys Mongolian pääkaupungissa Ulan Batorissa on tutkimusten mukaan 24% 1000 henkilöä kohden. Kaksi prosenttia koko maan terveydenhuollon budjetista menee mielenterveyskustannuksiin. Mielenterveyspalvelut Mongoliassa sijoittuvat vielä pääasiassa erilliseen mielisairaalaan, jossa hoidetaan 17,7 potilasta per 100 000 asukasta kohden. Mielisairaala tarjoaa 450 vuodepaikkaa. Lisäksi vuonna 2009 tehdyn tutkimuksen mukaan tarjolla oli 35 avohoidon yksikköä, 7 päivän hoito-ohjelmia sekä noin 12 asumispaikkaa teltoissa, joissa tuotettiin myös kuntoutusta. Kroonista mielialahäiriötä sairastaville oli tarjolla 60 vuodepaikkaa. (Altanzul ym. 2009, 376.)

Javkhlanbayar Dorjdagva on väitöskirjassaan Socioeconomic-related health inequalities and health care utilization in Mongolia vuonna 2017 tarkastellut terveyden ja terveyspalveluiden käyttämisen epätasa-arvoa eri sosiaaliluokissa Mongoliassa. Hänen tulostensa mukaan taloudellisesti heikommassa asemassa olevat kärsivät huonommasta terveydestä sekä maalla että kaupungeissa. Maaseudulla tärkein tekijä terveyden eriarvoisuuteen oli koulutustaso. Kaupungeissa terveyden eriarvoisuutta korreloi työllisyystilanne.

Palveluiden tuottamisella ei ollut vaikutusta terveyseroihin, mutta eriarvoisuus koroistui erityisesti hoitopaikkaa valittaessa. Taloudellisesti hyväosaiset valitsivat tavallisesti erityistason erikoissairaanhoidon, yksityisiä sairaaloita, tai alueellisia terveyskeskuksia hoitopaikakseen, kun taas taloudellisesti vähäosaisemmat suosivat perusterveydenhoidon avopalveluita. Väitöskirjan mukaan eriarvoisuus on Mongoliassa lisääntymässä. (Dorjdagva 2017, 7.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tarkoituksena on selvittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla Keski-Aasiassa vaikuttavia mielenterveyden ongelmia, niihin vaikuttavia tekijöitä ja saatavilla olevia palveluita. Keski-Aasia on maantieteellisesti sekä kulttuurillisesti erittäin laaja, minkä vuoksi työssä keskitytään tutkimaan lähemmin Mongolian ja Kiinan tilannetta. Työn aihe perustuu syksyllä 2018 alkaneeseen Moment-hankkeeseen. Hankkeen tarkoituksena on vahvistaa Mongoliassa toimivien sairaanhoitajien mielenterveys- ja päihdetyön koulutusta (Ellilä 2018). Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa Moment-hanketta varten, käyttäen apuna jo tutkittua ja laadittua tietoa. Aihe valikoitui tekijöille sen kiinnostavuuden, mutta erityisesti haastavuuden vuoksi.

Opinnäytetyötä ohjaavat seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Minkälaisia mielenterveysongelmia Keski-Aasiassa on ja millaisia palveluita on saatavilla?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat mielenterveysongelmien syntyyn Keski-Aasiassa?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Opinnäytetyön menetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valikoitui kirjallisuuskatsaus, jonka avulla voidaan arvioida ja kehittää olemassa olevaa tietoa, mutta myös rakentaa uutta teoriaa. Kirjallisuuskatsausta tehdessä edellytyksenä on, että tarkastelussa olevasta aiheesta on olemassa jo jonkin verran tutkittua tietoa. Tietoa haetaan joltain rajatulta alueelta ja yleensä haetaan vastausta johonkin kysymykseen. (Johansson ym. 2007,2.)

Jokainen tutkimus, yksittäinen tai laaja tutkimushanke tarvitsee pohjalleen kirjallisuuskatsauksen, jossa perehdytään aiheeseen tarkastelemalla aikaisempia tutkimuksia. Katsauksen tärkein tehtävä on kehittää teoreettista ymmärrystä, kehittää teoriaa tai arvioida jo olemassa olevaa tietoa tutkittavasta aihealueesta. Kirjallisuuskatsauksen avulla on myös mahdollista muodostaa kokonaiskuva sekä tunnistaa ristiriitoja tai ongelmia valitusta aiheesta. (Stolt ym. 2016, 7.)

Kirjallisuuskatsauksia voidaan tehdä erilaisia tarkoituksia varten, minkä vuoksi katsauksia on erityyppisiä. Pääsääntöisesti katsaukset jaetaan kolmeen päätyyppiin. Nämä ovat kuvailevat ja systemaattiset kirjallisuuskatsaukset sekä määrällinen ja laadullinen meta-analyysi (Stolt ym. 2016, 8). Tähän työhön valikoitui kuvaileva, eli narratiivinen katsaus-tyyppi, mikä on yksi yleisimmin käytetyistä katsausten päätyypeistä (Salminen 2011, 6).

Kuvailevan katsauksen tyyli on kuvaava ja aiheesta kertova, käyttäen siihen liittyvää aikaisempaa tutkimusta, sen laajuutta, syvyyttä ja määrää. Yleensä katsaus tarkastelee julkaistuja tieteellisiä tutkimuksia, erityisesti sellaisten tutkimusten, mitkä ovat käyneet läpi vertaisarvioinnin. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus sisältää materiaalin hankinnan, tekstiaineiston synteesin taulukkomuodossa sekä analyysin, jossa voidaan osoittaa jo olemassa olevan tutkimuksen arvo. (Stolt ym. 2016, 9.)

6.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa lopullinen aihe ja siihen pohjautuvat työn tarkoitus ja tutkimuskysymykset hahmottuivat tekijöilleen. Tarkoituksen määrittäminen antaa suunnan koko prosessille ja hyvän tutkimuskysymyksen laatiminen ohjaa tekijöitä

aineiston hankinnassa (Stolt ym. 2016, 24). Aluksi tarkoituksena oli tutkia vain Mongoliassa vaikuttavia mielenterveyden ongelmia, mutta koska aiheesta on erittäin vähän tietoa, päätettiin ottaa tutkittavaksi myös Kiinan tilanne.

Järjestelmällinen tiedonhaku on pitkä prosessi. Se saattaa viedä aikaa ja tuntua aluksi ylitsepääsemättömältä esteeltä (Stolt ym. 2016, 36). Alussa tiedonhaku osoittautuikin tekijöille haastavaksi, jonka vuoksi apua pyydettiin Turun Ammattikorkeakoulun informaattikolta. Tämän jälkeen haut tuottivat tulosta. Tutkimusten hakuprosessi suoritettiin kansainvälisiin tietokantoihin Chinal:iin, Emeraldiin, Mediciin ja Pubmediin. Vuosirajasta ei laitettu sopivien artikkeleiden tai tutkimusten niukkuuden vuoksi. Julkaisuvuosi otettiin kuitenkin huomioon ennen artikkelin hyväksymistä analysoitavaksi.

Hakusanoja vaihdeltiin ja erilaisia variaatioita testattiin aiheelle sopivaksi. Suomenkielisinä hakusanoina käytettiin mielenterveys, mielenterveysongelmat, terveydenhuolto, Keski-Aasia, Mongolia ja Kiina. Suomenkieliset hakusanat eivät kuitenkaan tuottaneet tulosta, joten hakukieli rajoittui englantiin. Englanninkielisinä hakusanoina toimi mental health, mental illness, mental disorder, mental health care, Central Asia, Mongolia ja China. Taulukko 1 kuvaa tarkemmin tiedonhakuprosessia. Hakusanojen vaihtelevuuden ja erilaisten muunnelmien vuoksi taulukkoon on koottu vain sanalla mental health saatut tulokset.

Kansainvälisten tietokantojen lisäksi hakua jatkettiin manuaalisesti Google Scholariin ja Googleen vapailla hakusanoilla. Googlen laajuuden vuoksi, vuosirajaksi asetettiin vuodesta 2009 eteenpäin ilmestyneet julkaisut. Googlen kautta löydettiin myös hyvää aiheeseen sopivaa suomenkielistä materiaalia, jota hyödynnettiin kirjallisuuskatsauksessa.

Hakuprosessissa osa julkaisuista vaikutti otsikoinnin sekä tiivistelmän perusteella lupaavalta ja tutkimuskysymyksiin hyvin sopiviksi, mutta lopulta ongelmaksi muodostui artikkeleiden kokotekstin saatavuus. Tietokantoihin mentäessä kirjaston sivujen kautta, voi tarkistaa artikkelin saatavuuden SFX-linkin kautta (Stolt ym. 2016, 52). Tämä tuotti tulosta muutaman artikkelin kohdalla. Taulukossa yksi tarkemmat tiedot tiedonhakuprosessista ja hakutuloksista. (Taulukko 1.)

Taulukko 1 Tiedonhakuprosessi

Tietokanta	Hakusana	Tulos	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
Chinal	Mental Health AND Central Asia	9	1	0	1
Chinal	AND Mongolia	9	2	0	0
Chinal	AND China	1524	3	1	1
Emerald	AND Central Asia	2990	0	0	0
Emerald	AND Mongolia	40	1	0	1
Emerald	AND China	2436	1	0	1
Medic	AND Central Asia	244	0	0	0
Medic	AND Mongolia	4	3	1	1
Medic	AND China	15	0	0	0
Pubmed	AND Central Asia	175	1	0	0
Pubmed	AND Mongolia	84	4	0	1
Pubmed	AND China	12 417	4	0	1
Google Scholar (2009-2019)	Mental Health in Central Asia	285 000	4	0	0
Google Scholar (2009-2019)	Mental Health in Mongolia	17 900	2	0	0
Google Scholar (2009-2019)	Mental Health in China	853 000	3	0	2
Löydetyt tutkimukset yhteensä					9

6.3 Aineiston analyysi

Kirjallisuuskatsaukseen valitut alkuperäiset tutkimusartikkelit tulee arvioida ennen niiden käyttöä. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota muun muassa siihen, kuinka luotettavia artikkeleissa esitetyt tulokset ovat ja kuinka paljon näille tuloksille voidaan antaa painoarvoa työssä. Ensisijainen tavoite arvioinnissa on artikkeleiden pätevyyden sekä niissä esitettyjen tulosten kliinisen merkittävyyden ja yleistettävyyden arviointi. (Stolt ym. 2016, 67.)

Opinnäytetyöhön valikoitui lopulta yhteensä yhdeksän aiheen kannalta keskeisintä kansainvälistä artikkelia, joista viisi sisälsi aiheeseen sopivan tutkimuksen. Chinal tietokanta tuotti kaksi tulosta, samoin Emerald, Medic tietokannasta valikoitui lähemmin tutkittavaksi yksi artikkeli ja Pubmedista kolme. Google Scholarin kautta löytyi lisäksi vielä kaksi varteen otettavaa artikkelia. Tarkemmat tiedot analysoitavaksi valikoituneista kansainvälisistä tutkimuksista seuraavalla sivulla taulukkomuodossa. (Taulukko 2.)

Taulukko 2 Analysoitavaksi valikoituneet tutkimukset

Tutkimus, tekijät ja tekovuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen menetelmä	Tutkimuksen keskeiset tulokset
Zhenyu Ma, Hui Huang, Guanghui Nie, Vincent M.B. Silenzio & Bo Wei Attitude towards mental illness among primary healthcare providers: a community-based study in rural China. 2018	Perusterveydenhuollon tarjoajien asenteet mielenterveysongelmia kohtaan Kiinan maaseutuyhteisössä	Kyselytutkimus	Asenne yhä pessimistinen ja negatiivinen mielenterveyspotilaita kohtaan. 72,9% oli sitä mieltä, että potilaat ovat taakka perheelleen ja yhteiskunnalle
Lindy Williams Renling Zhangb, Kevin C. Packard Factors affecting the physical and mental health of older adults in China: The importance of marital status, child proximity, and gender. 2017	Siviilisäädyn vaikutuksia ja muiden perheeseen liittyvien tekijöiden yhteyttä masennuksen synnyssä, tyytyväisyyteen omaan elämään ja itsekoettuun fyysiseen terveyteen	Kyselytutkimus	Kiinalaisten siviilisääty vaikuttaa vanhenevassa väestössä sekä henkiseen, että fyysiseen terveyteen
WHO (World health organization) sekä SOROS-säätiö (open society institute), mukana myös yleisen terveydenhuollon henkilökuntaa Ger (jurtt) projekti. 2002-2007	tarjota kroonista mielenterveyshäiriötä sairastaville mahdollisuus lisätä sosiaalisia taitoja ja elämisen taitoja aktiviteettien avulla	Aikavälillä 2002-2007 yhteensä 500 potilasta osallistui. Vuosina 2004-2005 osallistui 349 potilasta, joista 38% miehiä ja 62% naisia	Tutkimukseen osallistuneiden mielenterveyshäiriöiden uusiutumisen vähentyi 95 prosentilla
Ziyan Xu, Nicolas Rusch, Fangfang Huang & Markus Kösters Challenging mental health related stigma in China: Systematic review and meta-analysis. I. Interventions among the general public. 2017	Määrittää stigman vastaisten väliintulojen tehokkuus suurelle yleisölle Kiinassa	Systemaattinen katsaus	Negatiiviset asenteet kumpuavat tiedonpuutteesta. Tieto edistäisi ja parantaisi asenteita, jolloin stigma vähentyisi. Kokeumusasiantuntijan käyttö tiedonjakamisessa
Javkhlanbayar Dorjdagva Socioeconomic-related health Inequalities and health care utilization in Mongolia. 2017	Tarkastella terveyden ja terveystalouden käytännön epätasa-arvoa eri sosiaaliluokissa Mongoliassa	Kyselytutkimus	Taloudellisesti heikommassa asemassa olevat kärsivät huonommasta terveydestä sekä maalla että kaupungeissa

Opinnäytetyö valmistui toukokuussa 2019. Valmis työ palautettiin opinnäytetyötä ohjalle opettajalle viikolla 21 ja se esitettiin Turun Ammattikorkeakoulussa Joukahaisenkadulla viikolla 22. Valmis opinnäytetyö julkaistiin myös verkkojulkaisuna Theseuksessa.

7 TULOKSET

7.1 Keski-Aasiassa esiintyvät mielenterveysongelmat

Keski-Aasiassa yleisimpiä mielenterveysongelmia olivat masennus, ahdistuneisuus ja posttraumaattinen oireyhtymä. Myös unettomuus ja lääkkeiden väärinkäyttö olivat yleisiä ongelmia. (Kylväjä 2018, Jen 2016.)

Mielenterveysongelmat jäivät vähemmälle huomiolle muihin lääketieteellisiin aloihin verrattuna Keski-Aasian maissa. Suurimpia syitä mielenterveysongelmiin ja niiden tunnistamiseen olivat kansalaisten suuri eriarvoisuus ja alueella vallitseva vahva stigma, eli häpeäleima, jolla tarkoitetaan yhteisön yleensä hyvin kielteistä suhtautumista henkilöön. Erityisesti Kiinassa tilanne on erityisen vakava, sillä miljoonat kiinalaiset kärsivät hoitamattomista mielenterveyssairauksista ja psykiatrisista häiriöistä. WHO:n mukaan vuonna 2017 yli 50 miljoonaa kiinalaista kärsi masennuksesta. Lisäksi 173 miljoonalla kiinalaisella arvioitiin olevan muita diagnosoitavia mielenterveysongelmia. (Titterton, M. ym 2016, 142, Lin 2018.)

7.2 Saatavilla olevat mielenterveyspalvelut

Mielenterveyspalvelut voidaan jakaa Kiinassa kahteen kategoriaan. Ensimmäinen kategoria on erittäin huonokuntoisille potilaille, jotka useimmiten tarvitsevat lääketieteellistä ja lääkinnällistä apua psykiatreilta. Tämän kategorian potilaita voidaan hoitaa esimerkiksi Wenzhou Kangingin sairaalassa, Kiinan isoimmassa yksityisessä mielenterveysongelmiin erikoistuneessa sairaalassa, missä yhdistyvät psykiatrinen hoito ja psykologinen ohjaus. Toisessa kategoriassa ovat palvelut, jotka ovat tarkoitettu lieväoireisille mielenterveyspotilaille, esimerkiksi niille, jotka tarvitsevat vain psykologista ohjausta hoidoksi. Näitä palveluita voidaan antaa kouluissa, työpaikoilla, kunnissa ja yksityisillä vastaanotoilla. (Lin 2018.)

Merkittävä ongelma Kiinan mielenterveyspalveluissa on myös palveluiden tarjoajien asenteet mielenterveyspotilaita kohtaan. Tämä selviää Ma Zhenyu tutkimusryhmän (2018) tehdystä kyselytutkimuksesta. Kysely lähetettiin 361 henkilölle, jotka työskentelevät Kiinan maaseudun perusterveydenhuollossa mielenterveyspalveluiden tuottajina.

Kyselyyn vastasi 92,1% lomakkeen saaneista. Tulokset osoittivat, että palveluntarjoajien asenteet mielenterveyspotilaita kohtaan olivat negatiiviset. Vastanneista 72,9% oli sitä mieltä, että potilaat ovat taakka perheelleen ja koko yhteiskunnalle. Negatiiviset asenteet kumpuavat ensisijaisesti ajatuksesta, että potilaat ovat vaarallisia. Tutkijat toteavat, että asenteet potilaita kohtaan vaikuttavat terveydenhuollon tarjoajien työskentelyyn ja hoidon lopputulokseen. Tämän vuoksi olisi erittäin tärkeää parantaa asenteita ja ymmärrystä, lisäämällä tietoa ja eliminoida syrjintää sekä epäsopevia käsityksiä mielenterveysongelmia kohtaan. (Zhenyu Ma ym. 2018.)

Kiinan mielenterveyshuollon suurimpia haasteita ovat mielenterveysongelmien sosiaalinen stigma ja maan hallituksen passiivisuus kehittää toimialaa. Muita ongelmia ovat alalla työskentelevien ammattilaisten liian vähäinen määrä tarpeeseen nähden, sekä palveluiden tarjoajien epäjohtonmukainen toiminta. Jälkimmäinen ongelma johtuu siitä että kansallisen todistuksen saamisen kynnyks on hyvin matala. Lisäksi ammattilaisten koulutusjärjestelmä on edelleen huonosti järjestetty. (Lin 2018.)

Analytikot ennustavat, että Kiinan mielenterveyshuollon ala kasvaa tulevaisuudessa hiitaasti, koska neuvontapalvelujen ja hoidon korkeat kustannukset eivät kuulu sairausvakuutuksen piiriin. Jotkut mielenterveyspalvelujen tarjoajat työskentelevät yksityisten vakuutusyhtiöiden kanssa erityisvakuutuksen luomiseksi, joka kattaa psykologisen neuvonnan kustannukset. Kymmenet miljoonat kiinalaiset tarvitsevat edelleen mielenterveyshuollon palveluja. Tämän ristiriidan ratkomiseksi terveydenhuollon palvelujen tarjoajien on kehitettävä innovatiivisia ratkaisuja Kiinan markkinoiden erityisten tarpeiden täyttämiseksi. (Lin 2018.)

Mongolian terveydenhuoltojärjestelmä on aikaisemmin noudattanut Neuvostoliiton aikaista mallia, jossa maan hallitus on yksin päättänyt terveyspalveluiden tuottamisesta. (O'Rourke ym. 2001, 213.) Mielenterveyslaki hyväksyttiin vuonna 2000 ja vuonna 2002 muotoutui valmis kansallinen mielenterveysohjelma. Laki takaa mielisairaahan henkilön oikeudet, hoidon saatavuuden, lailliset edustajat, hoidon turvallisuuden, sosiaalihuollon avun sekä vastentahtoisen sairaalahoidon. Kaupunkilaiset ja hyvätuloiset pääsivät kuitenkin helpommin hoitoon ja saivat laadukkaampaa hoitoa kuin maalla asuvat ja vähätuloiset. (Altanzul ym. 2009, 376. Dorjdagva 2017, 7.)

Altanzul kollegoineen (2009) ovat tutkineet Mongolian avohoidon mielenterveyspalveluita ja niiden käytäntöjen soveltamista paikalliseen kulttuuriin paremmin soveltuvaksi. Vuodesta 1997 asti Mongolia on tehnyt yhteistyötä WHO:n (World health organization) kanssa toteuttaen yhteisöön perustuvaa mielenterveyshoitoa. Prosessi on ollut hidasta, mutta edistyksellistä, yhteisön mielenterveyspalvelujen kehityksen, mielenterveystietokantojen, psykososiaalisten kuntoutuspalvelujen ja perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelujen perustamisen jälkeen. Noin 70 prosenttia perusterveydenhuollon toimipisteistä tarjoaa mielenterveyspalveluita. Maan mielisairaala tarjoaa akuuttia hoitoa ja kuntoutusta pidempää hoitojaksoa tarvitseville. Myös kroonista mielenterveyshäiriötä sairastavat hoidetaan samaisessa mielisairaalassa. (Altanzul ym. 2009, 377.)

7.3 Mielenterveysongelmiin vaikuttavat tekijät Keski-Aasiassa

Tutkijat Williams ym (2017) ovat kiinalaisten mielenterveyteen liittyvässä tutkimuksessa saaneet selville esimerkiksi naimattomuuden, lapsettomuuden ja yksin elämisen negatiiviset seuraukset. Näiden asioiden vaikutukset on tunnistettu useissa yhteyksissä, ja on osoitettu, että asuminen puolison ja / tai kasvatettujen lasten kanssa ja laajat ystäväverkostot ovat lisänneet henkistä hyvinvointia. Erityisesti perheensisäinen sosiaalinen tuki koetaan tärkeäksi ikääntyvän väestön keskuudessa. Pitkään naimisissa olleilla masennukseen viittaavia oireita oli selvästi vähemmän kuin niillä, jotka eivät olleet olleet koskaan naimissa tai olivat jääneet leskeksi. Pitkään naimisissa olleet olivat myös tyytyväisempiä elämäänsä kuin naimattomat, lesket tai eronneet tai uudelleen avioituneet. Siviilisäädyn voi vaikuttaa terveyteen myös suurempien taloudellisten resurssien, sosiaalisen tuen ja avioliitosta johtuvan elämäntapojen sääntelyn vuoksi.

Tutkimuksessa käytettiin pitkäaikaistietoja vuosilta 2010 ja 2012 viitaten perhepaneelitutkimuksiin. Siinä keskityttiin siviilisäädyn vaikutuksiin kahden ajanjakson aikana, siviilisäädyn muutokseen näinä aikoina ja muiden perheeseen liittyvien tekijöiden yhteyteen masennuksen synnyssä, tyytyväisyyteen omaan elämään ja itsekoettuun fyysiseen terveyteen. Vastaajat olivat 50-vuotiaita ja sitä vanhempia ja heitä oli kaikkiaan 9831. (Williams ym. 2017, 1., Breslau ym. 2014,1).

Tutkimuksen tuloksissa kävi ilmi, että ikääntyminen lisää masentumisen todennäköisyyttä ja laskee fyysisistä kuntoa. Kuitenkin tyytyväisyys elämään nousee iän myötä. Naiset kärsivät miehiä helpommin masennuksesta ja fyysisen terveyden laskusta.

Maaseudun asukkailla todettiin enemmän masennusta, huonompaa fyysistä terveyttä ja alhaisempaa tyytyväisyyttä elämään, kaupunkilaisiin verrattuna. Myös alhainen koulutustaso ja pienet säästöt tiesivät suurempaa masennusta, tyytymättömyyttä elämään ja huonoa fyysistä terveyttä. (Williams ym. 2017, 23)

Tulokset osoittavat, että suuri lapsiluku yhdistetään huonoon henkiseen hyvinvointiin, mutta asuminen ainakin yhden lapsen kanssa lisää psyykkistä terveyttä. Näin ollen on epätodennäköistä että lapsi kanssa-asukkaana aiheuttaisi vanhemmilleen terveysongelmia. (Williams ym. 2017, 23)

Kiinalaisten siviilisääty vaikuttaa vanhenevassa väestössä sekä henkiseen, että fyysiseen terveyteen. Oletuksena on, että hyvinvoiva parisuhde on fyysiselle ja henkiselle hyvinvoinnille tärkeää. (Williams ym. 2017, 23)

8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyön etiikka luokitellaan yleensä normatiiviseksi etiikaksi. Tämä tarkoittaa sääntöjä, joita työssä tulee noudattaa (Kankkunen ym. 2013, 211). Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on laatinut kriteerit näistä säännöistä. Kriteerien toteutuessa tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja tulokset uskottavia. Työn tulee olla tarkasti suunniteltu, raportoitu ja toteutettu. Myös muiden tutkijoiden työtä tulee kunnioittaa. (TENK 2012.) Opinnäytetyön aiheen varmistumisen jälkeen suunnitteluvaiheen aikana tekijät tutustuivat näihin tutkimuseettisen neuvottelukunnan asettamiin kriteereihin. Nämä säännöt pidettiin mielessä koko tekoprosessin ajan.

Työn toteutus- ja raportointivaiheessa on tekijöiden otettava huomioon myös mahdolliset eettiset haasteet, joita ovat plagiointi, tulosten sepittäminen, puutteellinen raportointi sekä toisten tutkijoiden vähättely. Plagiointi tarkoittaa suoraa lainaamista toisen tekijän tekstistä ilman lähdeviitettä tai osittain tekstin muuttamista, jolloin tekijä ikään kuin omii tekstin itselleen ja väittää sitä omakseen. Tulosten sepittäminen viittaa perättömiin tuloksiin, jossa tulokset ovat esimerkiksi keksittyjä, muutettuja tai siloteltuja. Jotta vältytään puutteelliselta raportoinnilta, on erittäin tärkeää kuvata kaikki työn eri vaiheet ja saadut tulokset tarkasti. Jos työ on toteutettu ryhmässä ja yksi tekijöistä esimerkiksi julkaisee tuloksia vain omissa nimissään tai omii tulokset itselleen, puhutaan silloin toisten tekijöiden vähättelystä. (Kankkunen ym. 2013, 224-225.)

Lähdemateriaalin tutkijoita ja lähteiden kirjoittajia kunnioitettiin työssä asianmukaisesti. Lähdeviitteet lisättiin tekstiin ja lähdeluetteloon oikealla tavalla. Kaikki käytetyt lähteet merkattiin lähdeluetteloon, eli niin kutsuttuja merkkeamattomia lähteitä ei työssä käytetty. Tutkimuksien tulokset, jotka työhön laadittiin, ei ole keksitty, eikä tuloksia ole muutettu. Tekijät työskentelivät koko prosessin ajan rehellisesti ja tekijöiden kiinnostus omaa aihetta kohtaan pysyi.

Tutkittavan aiheen valinta on jo itsessään eettinen kysymys. Tekijöiden tulee olla aidosti kiinnostuneita aiheestaan ja uuden tiedon hankkimisesta. Jotta tieto olisi mahdollisimman luotettavaa, on tekijöiden perehdyttävä tunnollisesti aiheeseen ja työskenneltävä rehellisesti, jotta tekijät eivät syyllisty vilppiin. Jos työssä toteutettu tutkimus kohdistuisi ihmisryhmään, on tekijöiden pohdittava myös muita eettisiä haasteita. Näitä ovat muun muassa tutkimukseen osallistuvan itsemääräämisoikeus, vapaaehtoisuus, osallistujan suostumus, oikeudenmukaisuus, anonymiteetti, haavoittuvien ryhmien esimerkiksi

mielenterveysongelmaisten käsittely ja luvan hakeminen tutkimukseen. (Kankkunen ym. 2013, 218-222.) Tämä opinnäytetyö on toteutettu kirjallisuuskatsauksena, joten työstä ei aiheudu haittaa ihmisryhmille, siksi edellisiin haasteisiin ei perehdytä sen enempää. Katsausta tehtäessä eettisyys ja luotettavuus kysymykset liittyvätkin katsauksen eri vaiheisiin. Näihin vaiheisiin kuuluu aineiston keruu, analysointi ja tulosten raportointi.

Opinnäytetyön luotettavuutta tarkasteltaessa on mietittävä työn pätevyyttä eli validiteettia ja pysyvyyttä eli reliabiliteettia. Tutkimuksen luotettavuutta pyritään arvioimaan kaikissa tehdyissä tutkimuksissa (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Validiteetti tutkimuksessa viittaa siihen, onko työssä mitattu juuri sitä, mitä pitikin mitata. Reliabiliteetti taas viittaa siihen, onko tutkimus toistettavissa eli saadut tulokset eivät ole sattumanvaraisia (Kankkunen ym. 2013, 189). Kirjallisuuskatsauksessa pätevyyttä voidaan arvioida sillä, onko työn alussa asetettuihin tutkimuskysymyksiin vastattu. Pysyvyyttä taas mitataan sillä perusteella, onko tutkimustulokset samanlaiset, jos se tehtäisiin uudestaan käyttäen samoja menetelmiä. Työn tutkimustulokset tuotiin esille rehellisesti, jotta työn pysyvyys voidaan taata.

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan käytettyjen lähteiden kautta. Tähän työhön valikoituneet tutkimukset hankittiin luotettavien tietokantojen kautta. Tavoitteena oli käyttää enintään kymmenen vuotta vanhoja lähteitä, mutta koska oikean aineiston löytäminen osoittautui tekijöille haastavaksi, työhön valittiin myös muutama vanhempi tutkimus tai sisällöltään sopiva lähdemateriaali. Koko tiedonhakuprosessi kuvattiin tarkasti opinnäytetyön toteutus kohdassa. Luotettavuutta tiedonhakuun lisää myös informaation käyttö apuna lähteiden haussa.

Työhön valikoituneet lähdemateriaalit ovat suurimmaksi osaksi englanninkielisiä. Tämän vuoksi mahdolliset käännösvirheet tulee ottaa huomioon. Luotettavuutta käännösvirheiden välttämiseksi kuitenkin lisää se, että tekijöitä työssä oli kaksi. Tekstien kääntämisessä käytettiin apuna MOT-online tietokantaa, googlen kääntäjä- palvelua sekä suomi-englanti sanakirjaa.

Virallisten tietokantojen ulkopuolelta otettujen lähteiden luotettavuuteen kiinnitettiin erityistä huomiota, arvioimalla sivustojen ylläpitäjää, lähteen aitoutta, ajankohtaisuutta ja alkuperää. Työssä noudatettiin hyvää lähdekritiikkiä jokaisen lähteen kohdalla, jonka avulla varmistettiin työn luotettavuutta. Työhön valittiin vain ne tutkimukset, joista oli saatavilla koko teksti. Näin pystyttiin arvioimaan tutkimus kokonaisuutena. Työn

luotettavuutta ajatellen, tuleekin pohtia sitä, olisiko tutkimustulokset olleet erilaiset, jos työhön olisi käytetty lähteitä, mitkä eivät olleet tekijöiden saatavilla.

9 POHDINTA

Saatavilla oleva tiedon vähyys aiheesta yllätti tekijät, sillä mielenterveys on jokaisen ihmisen hyvinvoinnin perusta ja voimavara (Kuhanen ym. 2013,16). Aihetta tulisi tulevaisuudessa tutkia enemmän ja tutkimuksissa ilmenneitä tuloksia tuoda esiin ja helpommin saataville.

Saamiemme tulosten mukaan masennus, ahdistuneisuus ja traumaperäinen stressihäiriö ovat yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä keski-Aasian maissa (Lähetysyhdistys kylväjä 2018). Nämä ovat yleisimpiä mielenterveysongelmia myös Suomessa (Mehiläinen 2019), vaikka ympäristö ja kulttuuri ovatkin aivan erilaisia.

Aasian maissa, erityisesti Kiinassa vallitsee vahva stigma ja kasvojen menettämisen pelko. Se vaikeuttaa hoitoon hakeutumista, sosiaalisen tukiverkon luomista ja ohjaa jopa hoitohenkilökunnan toimintaa mielenterveyspotilaiden hoidossa.

Kuten Ziyan Xu ja tutkimusryhmän (2017) tehdyn tutkimuksen tuloksissa ilmeni, tulisi maiden parantaa ja edistää kansalaisten negatiivisia asenteita mielenterveysongelmia kohtaan. Negatiiviset asenteet johtuivat tiedon puutteesta, jonka vuoksi tietoa tulisi lisätä esimerkiksi parantamalla koulutusta. Apuna voitaisiin käyttää esimerkiksi kokemusasiantuntijaa, eli henkilöä, jolla on omakohtaista kokemusta mielenterveysongelmista. Tällöin saataisiin konkreettisia esimerkkejä siitä, mitkä palvelut ovat auttaneet, mikä on auttanut henkilön toipumisessa ja mitkä asiat ovat vaikuttaneet kuntoutumiseen (KoKoA 2019). Kokemusasiantuntijan ja koulutuksesta saadun tiedon avulla myös leimautuminen, eli stigman kokeminen vähentyisi. (Ziyan Xu ym. 2016, 449-450.)

Tuloksissa todettiin maaseudun asukkailla olevan enemmän masentuneisuutta ja huonompaa fyysistä kuntoa kuin kaupunkilaisilla. Tämä voisi selittyä esimerkiksi yksinäisyydellä, jota maaseudulla kokee helpommin kuin kaupungeissa, sekä aktiviteettien vähäisyydellä. Oletuksena oli myös, että parisuhde oli sekä henkisellet, että fyysiselle terveydelle tärkeää. Parisuhteen tulee tässä tapauksessa olla hyvinvoiva ja henkistä voimaa ammentava, koska huono parisuhde toimii päinvastaisella tavalla. (Williams ym. 2017, 22.)

Keski-Aasiassa mielenterveyspalveluiden hoito on kallista, palvelut ovat keskittyneet yksityisiin sairaaloihin ja ne on rajattu sairausvakuutusten piiristä pois. Tämä vaikeuttaa potilaiden hoitoon hakeutumista entisestään. Jollei palveluita ole mahdollista tuottaa

julkisesti, tulisi ne ainakin kytkeä vakuutuksen piiriin muiden sairauksien tavoin. (Ziyan Xu ym. 2016, 449-450.)

Tänä päivänä muiden lääketieteen alojen kehittyessä, Kiinan mielenterveys­sairauksien hoito raahaa kaukana jäljessä. Esimerkiksi vuodepaikkoja on tarjolla mielenterveyspotilaille keskimäärin 1,7 vuodetta 10 000 potilasta kohti, kun maailman laajuinen keskiarvo on noin 4,4 vuodepaikkaa potilasta kohden. Toisinaan hoitamattomia mielenterveysongelmien oireita, mukaan lukien hirvittävät väkivaltatapaukset, esiintyy toistuvasti väestön keskuudessa. Esimerkkitapauksena vuonna 2016 tammikuussa nainen Guangdongin maakunnasta ilmestyi sairaalaan ja mursi lääkärin kallon vasaralla. Kuntoutuminen mielenterveysongelmista Aasiassa on vaikeaa vanhojen tiukassa istuvien perinteiden sekä ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan puutteen takia. (Chen 2016, Lähetysyhdistys kylväjä 2018.)

Mongoliassa elää tänä päivänäkin vielä vahva paimentolaiskulttuuri, vaikka yli 60% asukkaista elääkin kaupungeissa. Ankaran talven jälkeen moni paimentolainen on saattanut menettää karjansa ja siten elinkeinonsa, ja joutuu muuttamaan kaupunkiin paremman tulevaisuuden toivossa. Tämä taas johtaa sosiaalisten ongelmien syntyyn. Maassa toimivista vapaaehtoisista järjestöistä on ollut apua syrjäytymisvaarassa olevien ihmisten neuvonnassa, mutta apua tarvitaan lisää. (Punainen risti 2019.)

Maiden poliittiset johdot tarvitsevat kansainvälisten järjestöjen apua (WHO), jotta tarvittavat muutokset saataisiin aikaan mielenterveyspalveluissa. Tällöin myös teknisen avun ja asiantuntemuksen koulutusta tulisi lisätä. (Titterton ym. 2016, 142.)

Opinnäytetyössä ilmenneitä tuloksia voitaisiin jatkossa hyödyntää esimerkiksi Turun ammattikorkeakoulun mielenterveystyön opintojaksoilla sekä Aasiaan vaihtoon lähtevien opiskelijoiden keskuudessa. Stigmasta on puhuttu kursseilla, mutta siitä kuinka yleistä se on, etenkin Kiinassa, voitaisiin keskustella enemmän. Kursseilla käydään paljon keskustelua Suomen mielenterveyspalveluista ja –ongelmista, mutta opiskelijoita saattaisi kiinnostaa myös muiden maiden tilanteet, verrattuna Suomeen. Työn tuloksia voitaisiin käyttää esimerkkinä tällaisissa keskusteluissa.

LÄHTEET

Alex He, J. & Yang, W. 2015. Clinical Pathways in China- an evaluation. International journal of health care quality assurance Vol. 28 No. 4. Viitattu 8.5.2019 <https://www-emeraldinsight-com.ezproxy.turkuamk.fi/doi/pdfplus/10.1108/IJHCQA-09-2014-0096>

Altanzul, N.; Erdenebayar, L.; Ng, C.; Byambasuren, S.; Sharma, N. & Tsetsegdary, G. 2009. Community mental health care in mongolia: Adapting best practice to local culture. Australasian psychiatry. Viitattu 10.5.2019 <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=e8e82fa8-38d5-46b5-b860-76d88d0a4ee6%40sessionmgr102>.

Blunden, J. 2004. Mongolia-The bradt travel guide. USA: The Globe Pequot Press Inc.

Breslau, J.; Miller, E.; Jin, R. ym. 2014. A multinational study of mental disorders, marriage and divorce. Viitattu 20.5.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4011132/>.

Caldwell, T.M.; Jorm, A.F. & Dear, K.B.G. 2004. Suicide and mental health in rural, remote and metropolitan areas in Australia. Viitattu 20.5.2019. <https://www.mja.com.au/journal/2004/181/7/suicide-and-mental-health-rural-remote-and-metropolitan-areas-australia>.

Chen, HH.; Phillips, MR.; Cheng, H.; Chen, QQ.; Chen, XD.; Fralick, D.; Zhang, YE.; Liu, M.; Huang, J. & Bueber, M. 2012. Mental Health Law of the People's Republic of China (English translation with annotations). Shanghai Archives of Psychiatry. 2012; 24(6):305-321. Viitattu 15.5.2019 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4198897/>.

Chinet. 2019. Suomen ja Kiinan välinen oppilaitosverkosto. Viitattu 6.5.2019. <https://www.chinet-verkosto.fi/kiina-2/>.

Ellilä, H. 2018. Psykiatrian alueella tapahtuu syksyllä 2018. Viitattu 28.3.2019. <https://kho-kliiniset-hoitotyön-opettajat.webnode.fi/news/psykiatrian-alueella-tapahtuu-syksyllä-2018/>.

Globalis. 2015. Suomen YK-liitto. Viitattu 14.3.2019. www.globalis.fi/maat.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Tammi.

Hoitopaikanvalinta. 2018. Rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspiste. Viitattu 31.3.2019. <https://www.hoitopaikanvalinta.fi/terveyspalvelut-ulkomailla/maakohtaista-tietoa-terveyspalveluista/kiina/>.

Huttunen, M. 2018. Traumaperäinen stressihäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 9.5.2019. www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00526.

I-Ting Shelly Lin. 2018. The Mental Healthcare Industry in China. Viitattu 11.5.2019. <https://www.china-briefing.com/news/mental-healthcare-industry-china/>.

Javkhlanbayar Dorjdagva. 2017. Socioeconomic-related health Inequalities and health care utilization in Mongolia. Viitattu 16.5.2019 http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2481-0/urn_isbn_978-952-61-2481-0.pdf.

Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud.p. Helsinki: Sanoma Pro.

KoKoA-Koulutetut kokemusasiantuntijat Ry. 2019. Kuka on kokemusasiantuntija? Viitattu 19.5.2019 <http://www.kokemusasiantuntijat.fi/>.

Kuhanen, C.; Oittinen, P.; Kanerva, A.; Seuri, T. & Schubert, C. 2013. *Mielenterveystyö*. 3. uud.p. Helsinki: Sanoma Pro.

Lähetysyhdistys kylväjä. 2018. Vantaa. Viitattu 14.3.2019. www.kylvaja.fi/tyomme/kehitysyhteisty/mielenterveysshanke.

Ma, Z.; Huang, H.; Nie, G.; Silenzio, V. & Wei, B. 2018. Attitude towards mental illness among primary healthcare providers: a community-based study in rural China. *Hindawi. Biomed research international*. Viitattu 14.5.2019. <https://doi.org/10.1155/2018/8715272>.

Mayhew, B.; Bloom, G.; Clammer, P.; Kohn, M. & Noble, J. 2010. *Central Asia. Footscray: Lonely Planet* 2010.

Mehiläinen. 2019. *Mielenterveyden häiriöt*. Viitattu 20.5.2019. <https://www.mehilainen.fi/mielenterveys/mielenterveyden-hairiot>.

Mielenterveystalo. *Terveyskylä*. 2018. Helsingin yliopistollinen sairaala. Viitattu 28.3.2019. https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/maahanmuuttajat/Pages/kulttuuri_ja_mielenterveys.aspx.

O'Rourke, M.; Jeugmans, J.; Sonin, S.; Dashzeveg, G. & Batsuury, R. 2001. Developing quality health systems in Mongolia. *International Journal of health care quality assurance* 14/5. 212-217. MCB University Press.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 12.5.2019. www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf.

shu-Ching Jean Chen. 2016. Mental Health Care: China's next big market Viitattu 13.5.2019 <https://www.forbes.com/sites/shuchingjeanchen/2016/01/26/mental-health-care-chinas-next-big-market/#457d2c1e44fe>.

Stolt, M.; Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turun yliopisto.

Suomen punainen risti. 2019. Viitattu 18.5.2019. <https://www.punainenristi.fi/node/2087>.

Titterton, M. & Smart, H. 2016. Repositioning risk and resilience: Improving the lives of children and adults with mental health problems in eastern europe and central asia. Viitattu 8.3.2019. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0312407X.2015.1126751>.

Williams, L.; Zhang, R. & Packard, K. 2017. Factors affecting the physical and mental health of older adults in China: The importance of marital status, child proximity, and gender. Viitattu 8.3.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5769009/>.

Xu, Z.; Rusch, N.; Huang, F. & Kösters, M. 2016. Challenging mental health related stigma in China: Systematic review and meta-analysis. I. Interventions among the general public. *Psychiatry research* 255 (2017) 449-456. Viitattu 8.5.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/28780127>.