

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

2018

Jaana Prusi, Minna Suilamo

MIELENTERVEYDEN LUKUTAITO KEHITYSMAISSA

– narratiivinen kirjallisuuskatsaus

Jaana Prusi, Minna Suilamo

MIELENTERVEYDEN LUKUTAITO KEHITYSMAISSA

- narratiivinen kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyön tarkoitus oli narratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla kartoittaa kehitysmaiden terveydenhuollon ammattilaisten sekä kansalaisten tietoa mielenterveyden ongelmista. Työn tavoitteena on selvittää mielenterveystyössä kohdattavia haasteita kehitysmaissa, parantaa mahdollisuuksia niiden ratkaisemiseksi erilaisin keinoin sekä lisätä kehitysmaiden terveydenhuollon ammattilaisten tietoa mielenterveyden ongelmista. Opinnäytetyöhön tehtiin hakuja tietokannoista Cinahl, Medic sekä Medline. Myös manuaalista hakua käytettiin tiedonhaussa. Tuloksiin valittiin kuusi eri tutkimusta, jotka analysoitiin sisällön analyysillä ja joista pyrittiin etsimään vastausta asetettuun tutkimuskysymykseen.

Kehitysmaiden mielenterveystyössä on monenlaisia haasteita. Suurimmiksi mielenterveystyön haasteiksi Afrikassa opinnäytetyössä käytetyn aineiston perusteella muodostuivat ongelmat hoidon saatavuudessa, hoidon tuottavuudessa ja stigmatisoinnissa. Hoidon saatavuudessa ongelmia aiheuttavat sosioekonomiset tekijät, hoitopaikkojen määrä, perhesuhteet, päihteiden käyttö, hoidon hakeminen perinteisiltä parantajilta, pitkät välimatkat ja tiedonpuute. Hoidon tuottamisessa taas ongelmia toivat ammattitaitoisen henkilökunnan puute, vapaaehtoistyöntekijöiden puute, ongelmat mielenterveyspalvelukäytännöissä, mielenterveysongelmien alhainen priorisointi sekä vähäinen budjetointi. Stigmatisointi on myös laaja ongelma, sillä se vaikuttaa sekä mielenterveyspalveluiden tuottamiseen, että palveluiden saatavuuteen. Kuten muuallakin maailmassa, niin myös kehitysmaissa mielenterveyden lukutaitoa tulisi kehittää ja ylläpitää aktiivisesti ihmisten keskuudessa esimerkiksi koulutusmahdollisuuksia parantamalla sekä teknologiaa käyttämällä, jolloin yleinen mielikuva mielenterveyden ongelmista ja sairauksista parantuisi, ja oireista kärsivien olisi helpompi hakeutua tarvitsemaansa hoitoon, ja tämä hoito olisi myös helpommin saatavilla.

ASIASANAT:

Afrikka, kehitysmaat, mielenterveystyö, mielenterveyden lukutaito

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Nursing

2018 | 31 pages, 5 appendix pages

Jaana Prusi, Minna Suilamo

MENTAL HEALTH LITERACY IN DEVELOPING COUNTRIES

- narrative literature review

The purpose of the thesis was to survey the knowledge of mental health problems among nurses and population in developing countries by using narrative literature review. The aim of the thesis is to clarify challenges of mental health care in developing countries, improve chances to resolving these challenges and to increase knowledge about mental health problems among health care professionals in developing countries. Research was made in databases like Cinahl, Medic and Medline, and manual research was also used. Six researches were selected and analyzed for this thesis to seek an answer for placed research question.

There are many challenges in mental health care in developing countries. The biggest challenges in mental health care in Africa according to this thesis were problems in availability of treatment, problems in producing the treatment and stigmatization of mental health problems. Socio-economic factors, lack of treatment places, family relations, substance abuse, seeking treatment from traditional healers, long distances and lack of knowledge are causing problems in availability of treatment. Problems in producing the treatment are caused by lack of professional staff, shortage of volunteers, problems in mental health policies, low prioritization of mental health and low budget. Stigmatization is also a widely affecting problem, because it affects both producing and availability of mental health care. As in all over the world, in developing countries mental health literacy should be improved and maintained actively among people, in which case the general image of mental health problems and diseases would improve, and it would be easier to seek accurate help when suffering from psychological symptoms. Mental health literacy can be improved and maintained for example by improving education possibilities and using technology.

KEYWORDS:

Africa, developing countries, mental health care, mental health literacy

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 MIELENTERVEYS MAAILMANLAAJUISENA TERVEYSHAASTEENA	6
2.1 Nuorten mielenterveys	8
2.2 Mielenterveysongelmat Afrikan kehitysmaissa	8
3 MIELENTERVEYDEN LUKUTAITO	11
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS	13
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	14
6 TULOKSET	18
6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	25
7 POHDINTA	27
LÄHTEET	30

LIITTEET

Liite 1. Toimeksiantosopimus

KUVIOT

Kuvio 1. WHO:n kampanjan viisi perustetta (Zinck & Marmion 2011).	6
Kuvio 2. Mielenterveyttä suojaavat ja haavoittavat tekijät (Aalto ym. 2009).	7
Kuvio 3. Kehitysmaiden mielenterveystyön haasteita	18

TAULUKOT

Taulukko 1. Tiedonhakupöytä	15
Taulukko 2. Tutkimustaulukko	17

1 JOHDANTO

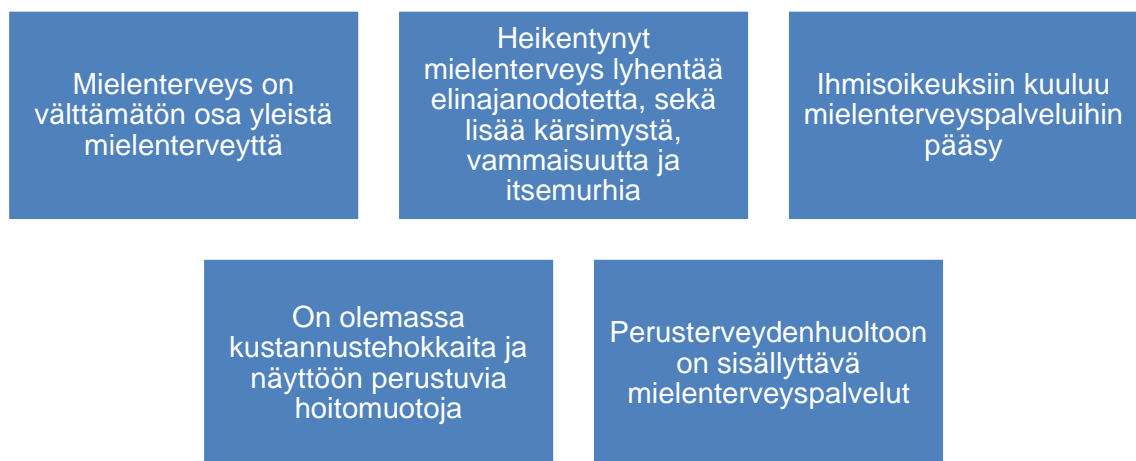
Mielenterveysongelmat käsittävät laajan kirjon erilaisia oireita sisältäviä ongelmia. Mielenterveysongelmille tyypillisimpiä oireita ovat epätavalliset ajatukset ja tunteet, käyttäytyminen sekä epätavallinen käyttäytyminen ihmissuhteissa. Oireet voivat usein ilmetä erilaisina yhdistelminä toisiinsa. Hyvä mielenterveys liitetään mielen hyvinvointiin ja psyykkiseen hyvinvointiin. (WHO 2018a.) Mielenterveyden lukutaidolla tarkoitetaan henkilön kykyä tunnistaa ja ymmärtää mielenterveyden ongelmia sekä tietämystä niiden hoidosta. Mielenterveyden lukutaidon edistäminen vähentää mielenterveysongelmiin kohdistuvaa stigmaa sekä alentaa niistä kärsivien kynnystä hoitoon hakeutumiselle. (Turun yliopisto 2018a.)

Opinnäytetyö on osa MEGA-hanketta. MEGA-hanke on kansainvälisesti toimiva projekti vuosina 2017-2020. Yksi projektin tavoitteista on mhGAP mobiili-intervention avulla edistää mielenterveyttä Etelä- Afrikan kehitysyhteisön maissa. Mobiili- interventiota suunnitellaan käytettäväksi älypuhelimien kautta, varsinkin nuorten keskuudessa. Hankkeen tavoitteena on myös selvittää terveydenhuollon henkilöstön työolosuhteita Etelä-Afrikan kehitysyhteisömaissa sekä kouluttaa terveydenhuollon henkilöstöä. Hanke myös pyrkii lisäämään tietoutta mielenterveyden merkityksestä ja siitä, miten elinympäristö vaikuttaa mielenterveyteen. (Lahti ym. 2018.)

Opinnäytetyön tarkoitus oli kirjallisuuskatsauksen avulla kartoittaa kehitysmaiden terveydenhuollon ammattilaisten sekä kansalaisten tietoa mielenterveyden ongelmista. Työn tavoitteena on selvittää mielenterveytyössä kohdattavia haasteita kehitysmaissa, parantaa mahdollisuuksia niiden ratkaisemiseksi erilaisin keinoin sekä lisätä kehitysmaiden terveydenhuollon ammattilaisten tietoa mielenterveyden ongelmista.

2 MIELENTERVEYS MAAILMANLAAJUISENA TERVEYSHAASTEENA

Mielenterveys on olennainen osa ihmisen kokonaisvaltaista hyvää terveyttä, ja fyysisellä terveydellä sekä mielenterveydellä on kiinteä yhteys (Hämäläinen ym. 2017, 13). Hyvä mielenterveys kuuluu ihmisoikeuksien mukaan jokaiselle ihmiselle. WHO:n kampanjassa mielenterveyspalvelujen saatavuus luodaan jokaiselle ihmiselle ympäri maailmaa. Tämän kampanjan viisi perustetta esitetään seuraavassa kuviossa 1. (Zinck & Marmion 2011.)



Kuvio 1. WHO:n kampanjan viisi perustetta (Zinck & Marmion 2011).

Mielenterveysongelmat käsittävät laajan kirjon erilaisia oireita sisältäviä ongelmia. Mielenterveysongelmille tyypillisimpiä oireita ovat epätavalliset ajatukset ja tunteet, käyttöhäiriöt sekä epätavallinen käyttäytyminen ihmissuhteissa. Oireet voivat usein ilmetä erilaisina yhdistelminä toisiinsa. Hyvä mielenterveys liitetään mielen hyvinvointiin ja psyykkiseen hyvinvointiin. (WHO 2018a.) Mielenterveysongelmat tulevat esiin useimmiten jo nuorena. Estävä tekijä niiden mahdollisimman hyvässä hoitamisessa on liian myöhäinen tunnistaminen ja hoidon saanti. (Aalto ym. 2009.) Tutkimustulokset ovat osoittaneet, että 30 prosenttia maapallon ihmisistä sairastuu johonkin mielenterveyden häiriöön vuosittain, ja vain kaksi kolmasosa heistä saa tarvittavaa hoitoa. Mielenterveyden ongelmat voidaan myös liittää esimerkiksi marginalisointiin, sosiaaliseen herkkyyteen sekä

muihin sosiaalisiin ongelmiin kuten päihteiden runsaaseen käyttöön tai kodittomuuteen. (Monteiro 2015.)

Mielenterveyteen vaikuttavat monet tekijät, jotka voidaan jakaa yksilöllisestä sekä yhteiskunnallisesta näkökulmasta sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin (Aalto ym. 2009). Osaan mielenterveyteen vaikuttavista seikoista ihminen pystyy itse vaikuttamaan, mutta osa vaikuttavista tekijöistä tulee ihmisen ympäristöstä (Hämäläinen ym. 2017, 13). Näitä tekijöitä esitetään kuviossa 2.



Kuvio 2. Mielenterveyttä suojaavat ja haavoittavat tekijät (Aalto ym. 2009).

Masennusta voidaan sanoa keskeisimmäksi mielenterveyden häiriöiden ryhmäksi. WHO:n projektissa "Global Burden of Disease" arvellaan masennuksen nousevan yksittäiseksi terveyshaasteeksi vuoteen 2020 mennessä. Masennus on tiettävästi merkittävin psykiatrinen työ- ja toimintakyvyttömyyden aiheuttaja. (Aalto ym. 2009.) Vuonna 2016

tehdyn tutkimuksen mukaan masennus on maailmanlaajuisesti noussut jo viiden kärkeen, tutkittaessa tekijöitä, joiden takia on tarvinnut elää työkyvyttömänä (Vos ym. 2017).

2.1 Nuorten mielenterveys

Nuorten kehitys voidaan jakaa kolmeen kehitysvaiheeseen, joista jokaisella kehitysvaiheella on omat ominaispiirteensä niin fyysisestä kuin myös psyykkisestä näkökulmasta. Kehitysvaiheita ovat varhaisnuoruus (noin 12-14 vuotta), keskinuoruus (noin 15-17 vuotta) ja myöhäisnuoruus (noin 18-22 vuotta). Varhaisnuoruus voidaan kuvata nuoren kehityksen kuohuvimpana vaiheena, tällöin tapahtuvien fyysisten muutosten ja mielialojen, käytöksen ja ihmissuhteiden ailahteluiden vuoksi. Nuoren kehitys aivoissa jatkuu kuitenkin kaikkien kehitysvaiheiden läpi, ja varsinkin tunteiden tunnistamiseen, käyttäytymisen säätelyyn ja vaativampaan oman ohjauksen suunnitelmalliseen ohjaukseen osallistuvat aivoalueet kehittyvät aikuisikään asti. Eri tutkimukset ovat näyttäneet, että noin 20-25% nuorista kärsii jostain mielenterveyden häiriöstä. Mielenterveyden häiriöt, joita voi olla useampia yhtä aikaa, ovat koululaisten ja nuorten aikuisten tavallisimpia terveysongelmia. (Marttunen ym. 2013.)

Koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa Suomessa ahdistunut nuori on tavallinen asiakas. Ahdistuneisuuden fyysiset oireet lisääntyvät nuoruusiässä, jolloin nuori hakeutuu selittämättömien oireiden takia vastaanotolle. Kun keskushermosto kehittyy, se parantaa samalla tietojenkäsittelyä, tietoisuutta muiden ajattelusta sekä tekee nuorelle mahdolliseksi tulevien tapahtumien (esimerkiksi katastrofaalisten) yksityiskohtaisemman kuvittelun ja murehtimisen. Tällöin kehossa tapahtuvat muutokset voimistavat kokemusta kehon hallitsemattomuudesta ja herkistävät nuoren tarkkailemaan fyysisiä ahdistuneisuusoireita. Nuoruusiässä tapahtuva vanhemmista irtautuminen altistaa nuoren elämään enemmän yksin tunteidensa kanssa ja hakemaan tukea ikäisistään. Ahdistuneisuushäiriöt ovat nuoruudessa yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä, niitä esiintyy arviolta 10-15%. (Karukivi 2017.)

2.2 Mielenterveysongelmat Afrikan kehitysmaissa

Mielenterveysongelmien määrittely on jokseenkin kulttuurisidonnaista. Kulttuureissa eri puolin maailmaa on muodostunut toisistaan hyvinkin erilaisia käsityksiä ja näkemyksiä

siitä, mikä luetaan psyykkisesti terveeksi käytökseksi ja mikä ei. Esimerkiksi joissain Afrikan maissa psykoottista oireistoa voidaan käsittää seurauksena riivauksesta tai noitumisesta. Masennuksen oireet näyttäytyvät monissa Afrikan maissa somaattisempina kuin esimerkiksi Euroopassa. Esimerkiksi Nigeriassa tyypillisiä masennuksen oireita voivat olla pään painavuus sekä kuumotus, oudot ihotuntemukset jalassa tai vatsan turvotus. Erot oireiden ilmenemisessä ovat liitoksissa siihen, millainen tiedon taso on kyseisessä kulttuurissa, ja millaisena sairaus kulttuurissa mielletään. Mielenterveysongelmasta kärsivä ei välttämättä tunnista oireita mielenterveyteen liittyväksi, ja hoitoa lähde-tään hakemaan johonkin somaattiseen sairauteen tai vaivaan. Yhteisöllisyys on useissa Afrikan kulttuureissa myös suuressa osassa, ja hoitoon hakeutuminen saattaa tuottaa suurtakin häpeää. Somalialaisessa kulttuurissa mielenterveysongelmat ovat tabu, ja esimerkiksi masennusta ei lueta lainkaan sairaudeksi. (Hämäläinen ym. 2017, 111-119.) Kehitysmaissa tiedonpuute sekä negatiivinen asennoituminen mielenterveyden ongelmia kohtaan vaikuttaa siihen, että oireista kärsivä ei hakeudu hoitoon ollenkaan tai riittävän ajoissa. Mielenterveysongelmien stigmatisointi on muodostunut suureksi ongelmaksi, sillä se vaikuttaa hyvin negatiivisesti potilaiden hoitoon hakeutumiseen ja sitä kautta heidän elämänlaatuunsa. (Monteiro 2015.)

Vaikka lähes kaikkien Afrikan maiden terveydenhuoltolinjauksissa on otettu huomioon myös mielenterveys, ovat nämä linjaukset kuitenkin useissa maissa vanhentuneita tai niitä ei ole hyväksytty. On tavallista, että mielenterveyshoitokäytäntöjä ei lainkaan ole, ne ovat epäkäytännöllisiä tai niitä ei toteuteta tarvittavan laajasti. Valtioiden budjeteista mielenterveystyöhön käytettävät määrät ovat Afrikassa hyvin pieniä. Afrikan valtiot käyttävät keskimäärin yhden prosentin verran terveydenhuoltobudjetistaan mielenterveyden ongelmien hoitoon ja ehkäisyyn. Mielenterveysongelmiin kohdistuva stigma saa päättäjät näkemään mielenterveysongelmista kärsivät alempiarvoisina kansalaisina, joka johtaa siihen, ettei mielenterveyden hoitoon ja edistämiseen haluta investoida enempää varoja. (Monteiro 2015.) Kopinakin 2015 tekemässä katsausartikkelissa kerrotaan, että Ugandassa suurimmat haasteet mielenterveyspalveluiden tuottamisessa ovat ammattitaitoisen henkilöstön puute, järjestelmän jatkuvuuden heikkous ja lääkevarastojen puute. Kehitysmaat kamppailevat kokoaikaisesti henkilöstöpulasta, esimerkiksi henkilöistä joilla on tietoa taudin aiheuttajasta, vaikutuksesta ja hoidosta. (Kopinak 2015.) Afrikassa psykiatreja on noin viisi 100 000 asukasta kohden, ja psykologien määrä on samankaltainen. Kehitysmaissa tiedonpuute ja mielenterveysongelmien stigmatisointi aiheuttavat myös sen, että uusia mielenterveystyön ammattilaisia ei juurikaan koulutaudu. Sosiaalityönte-

kijöiden palvelut ovat paremmin saatavilla, mutta heidän työnkuvansa ei tyypillisesti kohdistu mielenterveyden ongelmien hoitoon. (Monteiro 2015.) Mielenterveyden parissa työskentelevien työolosuhteet ovat kehitysmaissa usein heikot, ja esimerkiksi turvallisuus- ja vartiointiongelmien ovat tavallisia. Palkat ovat alhaisia, ja myös työntekijöihin kohdistuu paljon ennakkoluuloja. Tällaiset asiat ajavat usein mielenterveystyön ammattilaiset muuttamaan maihin, joissa on tarjolla paremmat työolot tai vaihtamaan ammattia kokonaan. (Barrett ym. 2009.)

Haasteena on myös se, että kolmanneksella väestöstä on vähintään viiden kilometrin matka lähimpään terveysasemaan ja yleiset kulkuvälineet ovat harvassa. Alueellisissa sairaaloissa toimii psykiatrisia yksiköitä, joiden henkilöstö koostuu psykiatrisista klinisistä toimihenkilöistä. Kun taas kahdessa mielenterveysasemassa psykiatreista ja psykologeista koostuva henkilökunta tuottaa kaiken mielenterveyspalvelun. Edellä mainitut, sekä muut yksityiset valtiosta riippumattomat mielenterveyspalveluita tuottavat järjestöt ovat kalliita, sijaitsevat kaupunkialueilla ja pyrkivät keskittymään HIV/AIDS -potilaisiin. (Kopinak 2015.)

Maailman väestöstä noin 80% mielenterveysapua tarvitsevista henkilöistä jää ilman apua, koska heillä ei ole pääsyä tarvittavaan hoitoon. Kehitysmaissa epätodennäköisimmin riittävää mielenterveyshoitoa saa 80 prosenttia kaupunkien ulkopuolella elävästä väestöstä. Maailmanlaajuisesti hoitoon pääsy liitetään sosioekonomisen aseman yhdistämisestä valtion antamaan tukeen koskien mielenterveyspalveluita, sekä väestön riittävään koulutukseen, jolloin henkilöt ovat varmasti tietoisia mielenterveydestä ja mielenterveysongelmista. (Zinck & Marmion 2011.) Kehitysmaiden mielenterveystyössä keskeinen ongelma on myös se, että useilla hoitajilla on vain hyvin vähän tai ei ollenkaan tietoa ja koulutusta mielenterveysongelmiin liittyen, eivätkä he saa tarvittavaa tukea aihealueen ammattilaisilta (Barrett ym. 2009).

3 MIELENTERVEYDEN LUKUTAITO

Mielenterveyden edistämisellä tarkoitetaan hyvän mielenterveyden toteutumisen tukemista, tavoitteena lisätä vahvistavia ja suojaavia tekijöitä. Mielenterveyttä voidaan edistää kolmella tasolla, joita ovat yksilötaso, yhteisötaso sekä rakenteiden taso. Yksilötasolla tapahtuu esimerkiksi itsetunnon ja elämänhallinnan vahvistamisella. Yhteisötasolla mielenterveyttä voidaan edistää sosiaalisen tuen ja osallisuuden vahvistamisella sekä lähiympäristöjen viihtyvyyden ja turvallisuuden lisäämisellä. Rakenteiden tasolla hyvä esimerkki mielenterveyden edistämisestä on taloudellisen toimeentulon turvaaminen, sekä sellaisten yhteiskunnallisten päätösten tekeminen, joilla pystytään vähentämään syrjintää ja epätasa-arvoa. Mielenterveyden edistäminen vaikuttaa myös mielenterveyden häiriöiden ehkäisyyn yhteisön positiivisen mielenterveyden lisäämisen kautta. (THL 2014.)

Mielenterveyden hoidossa primaaripreventio eli ehkäisevä mielenterveystyö on tärkeää, jolloin ehkäistään mielenterveysongelmien synty. Ehkäisevään mielenterveystyöhön kuuluu myös sekundaaripreventio, eli mahdollisimman aikainen sairauksien havaitseminen niin riski- ja väestöryhmätasolla sekä sairauksien hyvä hoito. (Aalto ym. 2009.)

Terveyden lukutaito on määritelty kykynä ymmärtää tekijöitä, jotka vaikuttavat hyvän terveyden saavuttamiseen sekä ylläpitämiseen. Fyysisen terveyden kohdalla tämä voi tarkoittaa esimerkiksi tietoa terveellisestä ruokavaliosta tai ensiaputaitojen hallitsemista. Fyysisen terveyden lukutaitoa pidetään tärkeänä, mutta mielenterveyden lukutaito jää usein vähemmälle huomiolle. (Jorm 2000.)

Mielenterveyden lukutaito määritellään neljällä toisiinsa liittyvillä komponentilla, joita ovat ymmärrys hyvän mielenterveyden saavuttamisesta ja sen säilyttämisestä, ymmärrys mielenterveysongelmista ja niiden hoidosta, mielenterveysongelmiin liittyvän leimaantumisen vähentäminen sekä tehokkuuden lisääminen avuntarpeen tunnistamisessa ja hoitoon hakeutumisessa. Avuntarpeen tehokkuuden lisäämisellä tarkoitetaan tietoa siitä, milloin, missä ja miten saavutetaan hyvä mielenterveyshoito sekä miten pystytään kehittämään itsehoitoon vaadittavaa osaamista. (Kutcher ym. 2016.) Hyvän mielenterveyden lukutaidon omaava henkilö pystyy tunnistamaan mielenterveyttä uhkaavia sekä edistäviä seikkoja omassa tai muiden elämässä sekä osaa tarvittaessa hakea uhkaaviin tilanteisiin ulkopuolista apua. Mielenterveyden lukutaidon edistäminen vähentää mielenterveysongelmiin kohdistuvaa stigmaa sekä alentaa niistä kärsivien kynnystä hoitoon hakeutumiselle. (Turun yliopisto 2018a.) Mielenterveyden lukutaitoon kuuluu myös ihmisen kyky

hankkia itsenäisesti tietoa mielenterveydestä ja se ongelmista, sekä tämän tiedon käsittely. Yksilön mielenterveyden lukutaidon tasoon vaikuttaa suuresti hänen ympäristönsä, esimerkiksi perhe ja ystäväpiiri sekä koulutustausta. Myös esimerkiksi sosiaalisella medialla, elokuvilla sekä kirjoilla on usein vaikutusta mielenterveyden lukutaidon kehittämisessä suuntaan tai toiseen. Kun ihminen tai hänen läheisensä kokee erinäisiä psykologisia oireita, hänen mielenterveyden lukutaitonsa vaikuttaa siihen, millaisia toimia hän tekee oireiden helpottamiseksi ja niihin vaikuttamiseksi. Mielenterveyden lukutaidon taso vaihtelee myös maantieteellisesti. Kokemuksiin psykologisista oireista ja sairauksista voivat vaikuttaa erilaiset kulttuurilliset ja uskonnolliset tekijät. (Jorm 2000.)

Mielenterveyden lukutaidon edistämiseksi tulisi tehdä töitä niin ammattilaisten kuin maallikoidenkin keskuudessa, jotta yleinen ilmapiiri mielenterveysongelmia koskien muuttuisi hyväksyvämmäksi. Mielenterveyden lukutaitoa edistämällä pystytään vaikuttamaan myös siihen, että mielenterveyden ongelmista kärsivät pystyvät tehokkaammin hyötymään omahoidosta sekä saavat tarvittavaa tukea muilta yhteiskunnan jäseniltä. Mielenterveyden lukutaidon edistäminen säästää myös terveydenhuollon kuluja, sillä mielenterveyden sairauksista johtuvat oireet tunnistetaan helpommin ja tarpeettomilta tutkimustoimenpiteiltä esimerkiksi somaattisten sairauksien etsimiseksi välttyään. (Jorm 2000.) Kiinalaistutkimus osoittaa, että nuorten heikko mielenterveyden lukutaito on yhteydessä korkeampaan riskiin sairastua masennusoireisiin. Mielenterveyden lukutaidon edistäminen on tärkeää jo nuoresta iästä lähtien, jolloin parhaassa tapauksessa voidaan ehkäistä mielenterveyden ongelmien syntymistä, mutta myös edistää oireiden tunnistamista sekä oikeanlaiseen hoitoon hakeutumista riittävän ajoissa. (Lam 2014.)

Jotkin tutkimukset näyttävät, että epäpätevät terveydenhuollon henkilöt kykenevät lievittämään joitain mielenterveyden ongelmia kuten masennusta, levottomuutta, dementiaa, äitiysmasennusta, post-traumaattista stressihäiriötä sekä alkoholin väärinkäyttöä. Toiset tutkimukset näyttävät, että epäpätevät terveydenhuollon henkilöt kaipaavat lisää näyttöön liittyvää tietoa hoidon toimivuudesta. (Kopinak 2015.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS

Opinnäytetyön tarkoitus oli kirjallisuuskatsauksen avulla kartoittaa kehitysmaiden terveydenhuollon ammattilaisten sekä kansalaisten tietoa mielenterveyden ongelmista.

Työn tavoitteena on selvittää mielenterveystyössä kohdattavia haasteita kehitysmaissa, parantaa mahdollisuuksia niiden ratkaisemiseksi erilaisin keinoin sekä lisätä kehitysmaiden terveydenhuollon ammattilaisten tietoa mielenterveyden ongelmista.

Tutkimuskysymys:

1. Millaisia haasteita kehitysmaiden mielenterveystyössä on?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö on osa MEGA-hanketta. MEGA-hanke on kansainvälisesti toimiva projekti vuosina 2017-2020. Yksi projektin tavoitteista on mhGAP mobiili-intervention avulla edistää mielenterveyttä Etelä- Afrikan kehitysmaissa. Hankkeen tavoitteena on myös selvittää terveydenhuollon henkilöstön työolosuhteita Etelä-Afrikan kehitysmaissa sekä kouluttaa terveydenhuollon henkilöstöä. Hanke myös pyrkii lisäämään tietoutta mielenterveyden merkityksestä ja siitä, miten elinympäristö vaikuttaa mielenterveyteen. (Lahti ym. 2018.) Opinnäytetyön toimeksiantosopimus (Liite 1) tehtiin yhteistyössä toimeksiantajan kanssa.

Kirjallisuuskatsauksen tutkimusmenetelmäksi valikoitui narratiivinen tutkimusmenetelmä. Kirjallisuuskatsaukseen lähdettiin etsimään aineistoa asetetun tutkimuskysymyksen ohjaamana (Kangasniemi ym. 2013). Narratiivisella tutkimusmenetelmällä tarkoitetaan kirjallisuuskatsausta, jossa pyritään kuvailemaan tiettyyn aihealueeseen liittyvää tutkimusta/tutkimuksia. Tätä tutkimusmenetelmää käytettäessä kirjallisuuskatsaus voi kohdistua erilaisiin tutkimusasetelmiä sisältäviin tutkimuksiin, tutkimustapojen ja menetelytapojen kuvantamiseen tai jonkin tutkimusaiheen menetelmällisiin elementteihin, jotka on tehty yhden tutkimusaiheen pohjalta. (Axelin ym. 2015, 9.) Narratiivinen tutkimusmenetelmä valittiin kirjallisuuskatsauksen haastavan aihealueen ja lähteiden vähäisyyden takia.

Tiedonhaku kirjallisuuskatsaukseen tehtiin eri tietokannoista, joita ovat Cinahl, Medic sekä Medline. Aineistoksi valikoitui vuodesta 2010 ylöspäin julkaistuja tieteellisiä tutkimuksia. Muita rajoituksia, esimerkiksi kehitysmaihin rajautuvuus, ei kirjallisuuskatsauksen tiedonhaun alussa tehty lähteiden huonon saatavuuden takia. Myöhemmin valittava aineisto pyrittiin kuitenkin keskittämään Afrikan kehitysmaihin liittyviin tutkimuksiin. Aineiston keruu toteutettiin käyttämällä eri tietokannoissa aihesanoja, kuten ”mental health”, ”mental disorder”, ”literacy”, ”knowledge”, ”nurse” ja niin edelleen. Hakuja tehtiin myös manuaalisesti Googlen kautta. Hakutuloksien aiheeseen sopivuutta arvioitiin ensin tutkimuksen otsikon perusteella, sen jälkeen tiivistelmän perusteella ja tämän jälkeen tutkimuksen koko tekstin perusteella.

Tutkimukset ovat englanninkielisiä, sillä suomeksi aiheeseen vähänkään liittyviä tutkimuksia löytyi vain hyvin vähän. Tutkimuksien valintaan vaikutti myös se, olivatko ne saa-

tavana kokonaisena tekstinä sekä PDF-muotoisina. Myös lähdemateriaalin luotettavuutta sekä ajankohtaisuutta arvioitiin. Lähdemateriaalista katsottiin, millaisia lähteitä käytettiin tehdyssä tutkimuksessa ja ketkä tutkimuksen olivat tehneet. Ajankohtaisuutta arvioitiin julkaisupäivämäärästä, ettei tutkimus ollut liian vanha. Opinnäytetyön tiedonhakuprosessia kuvataan tiedonhakutaulukossa (Taulukko 1). Taulukosta ilmenee tietokanta missä haku tehtiin, käytetyt hakusanat, haun kokonaistulos sekä tuloksista koko tekstin perusteella valitut analysoitavat tutkimukset.

Taulukko 1. Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusanat	Tulos	Valitut tutkimukset
Cinahl	mental health knowledge AND nurse	115	1
Cinahl	mental health AND literacy	137	1
Cinahl	mental health OR mental illness OR mental disorder OR psychiatric illness AND African countries	35	1
Cinahl	mental health AND knowledge workers	47	1
Medline	mental health AND African countries	7	1
Manuaalinen haku			1
Valitut tutkimukset yhteensä			6

Aineiston analyysin tarkoitus on järjestää valitut tutkimukset ja tehdä niistä yhteenveto. Aineiston analyysissä käytetään kolmea vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa kuvataan valittujen tutkimuksien tärkeä sisältö; kirjoittajat, julkaisuvuosi ja -maa, tutkimuksen tarkoitus, asetelma, aineistonkeruumenetelmät, tutkimuksen kohdejoukko, otos, päätulokset, vahvuudet ja heikkoudet. Analysoitavat tutkimukset on koottu tutkimustaulukkaan (Taulukko 2). Taulukosta ilmenee tutkimuksen tekijä, valmistumisvuosi, alkuperäismaa, tarkoitus, otos, tutkimusmenetelmä sekä keskeiset tulokset.

Taulukko 2. Tutkimustaulukko

Tekijä, vuosi, maa	Tarkoitus	Otos ja tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset
Duffy, Sharer, Cornman, Pearson, Pitorak, Fullmen. 2017. Zimbabwe.	Tutkia sairaanhoitajien hyväksyntää ja hoidon toteuttamista yhdistetyissä mielenterveys- ja HIV- palveluissa.	n= 325, koostuu sairaanhoitajista, väestön terveydenhoitajista ja parantajista. Kolmivaiheinen tutkimus (vuosina 2011-2013), jossa käytetty sekaisin eri tutkimusmenetelmiä.	Yhdistetyt mielenterveys- ja HIV- palvelut ovat hyväksyttävissä ja toteutettavissa jokaisen palveluntarjoajan mielestä.
Eaton, Roches, Nwaubani, Winters. 2015. Länsi-Afrikka.	Tutkia kahta mielenterveyspalvelua kolmessa eri Länsi-Afrikan maassa.	n=2, mielenterveyspalveluja tuottavat keskuskeskukset. Tapaustutkimusmenetelmä.	Palveluiden onnistuminen tukee mielenterveyspalvelujen lisäämistä vakavasti invaliditeettisille ja monimutkaista apua tarvitseville henkilöille.
Gureje, Abdulmalik, Kola, Musa, Yasamy, Adebayo. 2015. Nigeria.	Tutkia mhGAP mobiili-intervention hyväksymistä ja toteutavuutta.	n= 198 perusterveydenhuollon työntekijää. Pilotitutkimus.	MhGAP -ohjelmisto auttaa terveydenhuollontyöntekijöitä oppimaan mielenterveysongelmista, jolloin saadaan lisättyä hoidettujen potilaiden määrää.
Omar, Green, Bird, Mirzoev, Flisher, Kigozi, Lund, Mwanza, Ofori-Atta, Mental Health and Poverty Research Programme Consortium (MHaPP). 2010. Ghana, Etelä-Afrikka, Uganda, Zambia.	Kartoittaa neljän tutkittavan maan mielenterveyspalvelukäytäntöjen tasoa	n=247 koostuen eriasteisista päättäjäistä ja työntekijöistä mielenterveyspalvelukäytäntöjen kehittämistiimeissä Puolistrukturoidut haastattelut	Mielenterveyspalvelukäytännöt ovat tutkittavissa maissa heikolla asteella tai niitä ei juurikaan ole, mikä vaikuttaa mielenterveyspalveluiden saatavuuteen ja laatuun.
Mall, Sorsdahl, Swartz, Joska. 2012. Etelä-Afrikka.	Tutkia pääosaisten palveluntarjoajien mielipiteitä mielenterveyspalveluiden yhdistämisestä HIV - palveluihin.	n= 22, koostuu hoitajista, neuvonantajista ja potilasohjaajista. Kolmessa eri yksityisterveydenhuollon palvelussa Etelä- Afrikassa. Yksilöhaastattelut. Haastattelut toteutettiin englanniksi.	Haastateltujen itseluottamuksen puute seulonnan tekemisessä, tietämättömyys mielenterveysongelmista.
Strümpher, van Rooyen, Topper, Andersson, Schierenback. 2014. Etelä-Afrikka.	Selvittää ja tutkia sairaanhoitajien havainnot siitä, mitkä asiat vaikuttavat mielenterveyspalveluiden saa-	n=9, koostuen sairaanhoitajista Avoimet haastattelut osallistujien työpaikoilla	Ongelmia mielenterveyspalveluiden saatavuudessa aiheuttavat sosioekonomiset ongelmat, tiedonpuute, perheen tuen puuttuminen, kulttuurilliset

	tavuuteen ja tuottamiseen Itä-Kapin provinssissa Etelä-Afrikassa		uskomukset sekä mielen-terveysongelmien stigmatisointi. Mielen-terveyspalveluiden tuottamisessa ongelmia aiheuttavat päätäjien tuen puuttuminen sekä resurssiongelmat.
--	------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

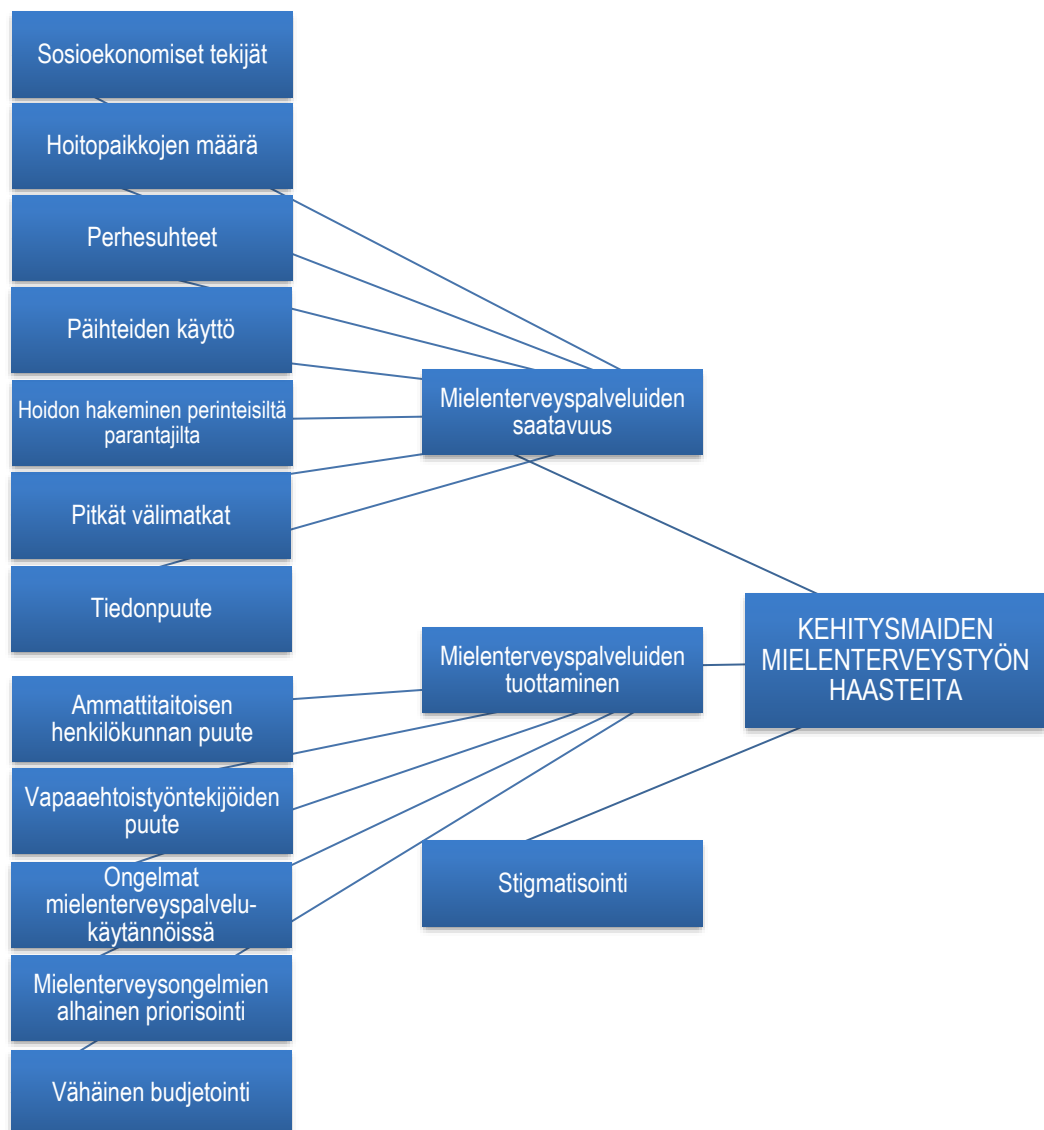
Tutkimuksia lähdettiin analysoimaan ensin lukemalla koko tutkimusteksti, jonka jälkeen tekstistä lähdettiin korostamaan tärkeitä, tutkimuskysymykseen vastaavia pointteja. Tulostuloksiin kerättiin ja yhdisteltiin analysoitavista tutkimuksista saatuja tietoja.

Toisessa vaiheessa tutkimukseen valittu aineisto luetaan ja tehdään merkintöjä, joiden pohjalta muodostetaan luokkia, kategorioita tai teemoja. Kolmannessa vaiheessa muodostetaan iteratiivisen eli toistetun vertailun kautta looginen kokonaisuus eli synteesi analysoitavista aineistoista löytyneistä eroavaisuuksista ja yhtäläisyyksistä. Kolmannessa vaiheessa analysoiduista tutkimustuloksista muodostetaan yleisempi kuva, sekä esitellään myös ristiriitaiset tulokset. (Axelin ym. 2015, 30-31.) Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset kirjoitettiin auki ja niistä etsittiin yhdistäviä teemoja. Pääluokasta eli mielen-terveyden haasteet kehitysmaissa muodostettiin seuraavat yläluokat, mielen-terveyspalveluiden saatavuus, mielen-terveyspalveluiden tuottaminen ja stigmatisointi. Kahdelle pääluokasta muodostui myös alaluokkia.

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin vuoden 2018 helmikuussa, ja se saatiin päätökseen saman vuoden toukokuussa. Valmis kirjallisuuskatsaus esitetään Turun ammattikorkeakoulun, Salon kampuksen opinnäytetyömessuilla toukokuun lopussa. Valmis opinnäytetyö toimitetaan toimeksiantajille sekä julkaistaan Theseuksessa.

6 TULOKSET

Kirjallisuuskatsauksessa analysoitaviksi tutkimuksiksi valikoitui hakujen jälkeen kuusi tutkimusta. Tutkimukset olivat kaikki toteutettu Afrikan maissa, ja niissä käsiteltiin Afrikan maiden mielenterveystyöhön sekä -käytäntöihin liittyviä asioita. Tutkimukset olivat englanninkielisiä. Tutkimuksista rajattiin yhdistäviä teemoja, jotka vastasivat opinnäytetyön tutkimuskysymykseen. Tutkimuksista löydettyjä yläluokkia ja näiden alaluokkia on esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3. Kehitysmaiden mielenterveystyön haasteita

Mielenterveyspalveluiden saatavuuteen Afrikan kehitysmaissa vaikuttavat erilaiset sosioekonomiset tekijät, hoitopaikkojen määrä, potilaiden perhesuhteet, päihteiden käyttö, hoidon hakeminen perinteisiltä parantajilta, pitkät välimatkat sekä tiedonpuute.

Strümpher ym. (2014) on tutkinut mielenterveyspalveluiden saatavuudessa tavattavia ongelmia Etelä-Afrikan Itä-Kapin provinssissa ja tutkimuksessa on selvitetty paikallisissa terveydenhuollon laitoksissa työskentelevien sairaanhoitajien (n=9) käsityksiä siitä, mitkä asiat vaikuttavat mielenterveyden ongelmista kärsivien hoitoon pääsyyn sekä hoidon toteutumiseen. Huonot sosioekonomiset olot huonontavat hoitoon pääsyn mahdollisuuksia. Esimerkiksi kodittomuus, epähygieeniset asumisolot, koulutuksen ja tulonlähteiden puuttuminen nostavat kynnystä hoitoon hakeutumiselle ja pääsulle. (Strümpher ym. 2014.)

Eaton ym. (2015) tutkinut Länsi-Afrikassa kahta mielenterveyspalveluita tarjoavaa yksikköä, jotka sijaitsevat suurten kaupunkien ulkopuolella. Tutkimuksessa on käytetty tapaututkimuksen metodologiaa. Nigeriassa sijaitseva Amaudo Itumbauzo ja St. Camille -yhdistys Norsunluurannikolla ja Beninissa. Näihin palveluihin hakeutuvat henkilöt ovat köyhimmistä yhteisöistä, yleisimmin skitsofreniaa sairastavia. (Eaton ym. 2015.)

Tällä hetkellä St. Camille:lla on yhteensä neljä asuinkeskusta, kuusi kuntoutuskeskusta ja yksi sairaala Norsunluurannikolla. Beninissa St. Camille:lla on neljä asuinkeskusta ja kolme kuntoutuskeskusta. Vuodesta 1993, St. Camille:lla on ollut 52 021 potilaskontaktia, kun Amaudossa on vuodesta 1992 laskettuna käynyt 452 kuntoutushoidon läpikäynyttä potilasta. (Eaton ym. 2015.)

Mielenterveyden ongelmasta kärsivän hoitoon hakeutumiseen ja tarvittavan avun saamiseen vaikuttaa myös hänen perheensä. Perheenjäsenet eivät aina pysty tarjoamaan tarvittavaa tukea. Tiedonpuute saattaa muodostaa virheellisiä käsityksiä mielenterveysongelmien hoidosta. Saatetaan esimerkiksi olettaa, että sairastuneen saama hetkellisesti toteutettu farmakologinen hoito on pysyvä parannus mielenterveysongelmaan, mikä ei useissa tapauksissa kuitenkaan pidä paikkaansa. Kun lääkehoito ei tuokaan oletettua pysyvää parantumista, omaisten halu tukea sairastunutta saattaa edelleen heiketä. Perheenjäsenen psyykinen sairaus saattaa leimata koko perheen, jolloin perhe saattaa tulla hyljeksityksi suuremmassa yhteisössä. (Strümpher ym. 2014.) Mielenterveyspalvelujen neuvonnan antamista vahvisti Duffy ym. (2017) tekemän tutkimukseen valittujen tuottajien mukaan perheiden ja ystävien ottaminen osaksi neuvontatilannetta,

jolloin perhe ja ystävät ymmärsivät paremmin läheisensä kokemaa tilannetta (Duffy ym. 2017).

Etelä-Afrikan Itä-Kapin provinssissa päihteiden haitallinen käyttö on suuri ongelma. Päihteiden käyttö saattaa entisestään hankaloittaa mielenterveyden häiriöstä kärsivän ihmisen tilannetta ja oireita. Päihteitä käyttävien mielenterveyspotilaiden hoitoon sitoutuvuus on myös usein muita potilaita huonompi. (Strümpher ym. 2014.)

Afrikkalaisissa kulttuureissa hoitoa psyykkisiin oireisiin voidaan sairastuneen itsensä aloitteesta tai perheen suosituksesta lähteä usein hakemaan myös traditionaalisilta parantajilta länsimaisen lääketieteen sijasta. Psykiatrisen hoidon puoleen kääntyään joissain tapauksissa kuitenkin silloin, kun on todettu, ettei perinteisistä hoitomenetelmistä ole oireisiin apua. Mielenterveysongelmaisen hakiessa hoitoa perinteiseltä parantajalta julkisen terveydenhuollon sijasta, häntä ei myöskään yhteisössä leimata yhtä herkästi mielenterveyspalveluiden käyttäjäksi. Parantaja saattaa usein kutsua asiakastaan ”oppilaaksi” tai muuksi vastaavaksi, mikä on usein sosiaalisesti hyväksyttävämpää ja mielekkäämpää kuin mielenterveyspotilaaksi leimautuminen. (Strümpher ym. 2014.) Zimbabwessa väestö hakeutuu ennemmin perinteiselle lääkehoidon harjoittajalle, jolloin parantajat olisivat potentiaalinen mielenterveyspalveluiden tuottamisen edistäjä. (Duffy ym. 2017.) Yhtenä syynä epävirallisen sektorin perinteisten uskonnollisten parantajien hoitoon hakeutumiselle ovat korkeat hoitokustannukset. Esimerkiksi Norsunluurannikolla mielenterveyspalveluita tarjoavassa yksikössä yksi hoitopäivä kustantaa 16,20 US dollaria, kun keskivertotulo on päivässä vain 3,20 US dollaria. (Eaton ym. 2015.) Länsi-Afrikan mielenterveyspalveluja tuottavissa palveluissa luotetaan lahjoituksiin. Esimerkiksi St. Camillella palvelu saa apua esimerkiksi kirkolta ja joiltain kansainvälisiltä lahjoittajilta. Myös kuntoutuskeskukset auttavat tulojen saamisessa, esimerkiksi Beninissä sijaitsevat leipomo ja kudontakeskus. Amaidossa lahjoituksia tulee paikallisilta yhteisöiltä sekä kirkolta. Palvelu saa myös joitain lahjoituksia valtiolta, joka on lahjoittajana epäluotettava ja vaatii paljon aikaa ja energiaa. (Eaton ym. 2015.)

Matkat hoitopaikkoihin voivat venyä pitkiksi, eikä matkustamiselle hoitoon ole varaa. Tarvittavaa hoitoa saattaa saada yksityisiltä terveydenhuollon palveluntarjoajilta, mutta hoidon hinta tulee tässä kohtaa esimerkiksi lääkekulujen suhteen useille potilaille liian kalliiksi. Perusterveydenhuollon laitosten lääketarpeet saattavat olla loppuun kulutettuja. Tiedonpuutteesta johtuen mielenterveysongelmasta kärsivä ei välttämättä tunnista oireitaan, eikä tiedä, että niitä pystytään hoitamaan, eikä näin ollen osaa hakeutua hoitoon

riittävän ajoissa tai ollenkaan. Hoito-ohjeiden ymmärtämisessä ja hoitoon sitoutuvuudessa voi ilmetä myös tiedonpuutteesta johtuvia ongelmia, sillä esimerkiksi lääkityksen mahdollisten sivuvaikutusten ilmetessä hoito saatetaan ilman ammattilaisen ohjeistusta lopettaa omin päin, sillä sen koetaan huonontavan terveyttä. (Strümpher ym. 2014.)

Mielenterveyspalveluiden saatavuudesta kertoo myös se, että Nigeriassa mielenterveyshoitoa tarvitsevista henkilöistä 85% jää ilman hoitoa, joka nostaa kodittomien ja vankeudessa elävien määrää (Eaton ym. 2015). On tutkittu 58 eri kehitysmaata, joista 67%:ssa on puute psykiatrien hoidosta, 95%:ssa puute mielenterveyshoitajien hoidosta sekä 79%:ssa puute psykososiaalisen työntekijän hoidosta. Zimbabwessa 90% psykiatristen hoitajien kokonaismäärästä työskentelee Hararessa, maan pääkaupungissa, sijaitsevassa sairaalassa. (Duffy ym. 2017).

Mielenterveyspalveluiden tuottamisessa Afrikan kehitysmaissa tuottavat ongelmia esimerkiksi ammattitaitoisien henkilökunnan puute, vapaaehtoistyöntekijöiden puute, mielenterveyspalvelukäytäntöjen puuttuminen tai niiden vajavainen noudattaminen, mielenterveyden ongelmien alhainen priorisointi sekä vähäinen budjetointi.

Länsi-Afrikan mielenterveyspalveluissa pätevää henkilökuntaa on rajallisesti, jolloin Amaudon ja St. Camillen mielenterveyspalvelut yrittävät tarjota kokonaisvaltaista lähestymistapaa hoidon suhteen. Amaudossa pappi, jolla on hieman virallista koulutusta, pitää säännöllisesti konsultointia ja St Camillessa päähoitaja antaa potilaalle ja potilaan omaisille tietoa mielenterveysongelmista. Molemmilla mielenterveyspalveluilla on tavoitteena tunnistaa mielenterveysongelmien kanssa eläviä perheitä, sekä yhdistää samassa tilanteessa olevia ja opettaa perheenjäsenille taito hoitaa omia sukulaisiaan. Kummallakin palvelulla henkilökunta koostuu ammattitaidottomista, paikallisesti rekrytoituista henkilöistä, mikä auttaa pitämään palvelut lähempänä yhteisöä. Henkilökunnan palkka on todella alhainen, jolloin palvelut eivät pysty kilpailemaan ammattitaitoisesta henkilökunnasta valtion tai yksityisen sektorin kanssa. Tällöin palveluiden täytyy luottaa vapaaehtoiseen toimintaan. (Eaton ym. 2015.)

Omar ym. (2010) tutkimuksen mukaan Ghanan, Etelä-Afrikan, Ugandan ja Zambian mielenterveyspalvelukäytännöt ovat heikkoja, luonnosteluvaiheessa tai niitä ei ole. Käytäntöjä ei ole kyseisissä maissa pystytty kunnollisesti toteuttamaan toteuttamiskelpoisten suunnitelmien puutteen sekä resurssiongelmien vuoksi. Terveystieteiden huolto yleiselläkin tasolla ei näissä maissa ole hyvin resursoitu, mutta mielenterveyspalvelut ovat erityisesti

laiminlyöty terveydenhuollon osa-alue. Mielenterveyttä ei näissä maissa pidetä prioriteettina muuhun terveydenhuoltoon verrattuna, ja asenteet ja käsitykset mielenterveysongelmia kohtaan vaihtelevat suuresti. Palveluiden huonoon priorisointiin vaikuttaa yleisesti ottaen huono tiedon taso sekä ymmärrys mielenterveysongelmista. (Omar ym. 2010.)

Kehitysmaiden mielenterveyspalveluissa ammattitaitoisen henkilökunnan määrä on hyvin pieni suhteessa väkilukuun. Esimerkiksi Nigeriassa psykiatreja on vain 200, kun Nigerian väkiluku on 170 miljoonaa. Suurin osa Nigeriassa toimivista psykiatreista työskentelee kaupunkikeskuksissa, jolloin maasta jää valtava osa ilman ammattitaitoista palvelua. Gureje ym. (2015) tutki mhGAP mobiili-interventio-oppaan toimintaa eripuolilla Nigeriassa. 198 hoitajalle tehdyn tutkimuksen mukaan kouluttaminen mhGAP:in avulla lisäsi koulutettavien tietoutta merkittävästi, sekä säilytti koulutettujen tietouden mielenterveysongelmista. Esimerkiksi mielenterveyspotilaiden hoitomäärä oli koulutuksen jälkeen 96 potilasta, kun ennen koulutusta sitä ei ollut lainkaan. (Gureje ym. 2015.)

Strümpher ym. (2014) tutkimus Etelä-Afrikan Itä-Kapin provinssin mielenterveyspalveluissa tavattavista ongelmista osoittaa, että mielenterveyspalveluiden tuottamisessa ongelmia aiheuttavat esimerkiksi taloudellisten resurssien, henkilöresurssien sekä infrastruktuuriresurssien puute. Varsinkin budjettirajoitteiden vuoksi on vaikeaa yrittää tarjota tarvittavia mielenterveyspalveluita. (Strümpher ym. 2014.) Budjettia käytetään mielenterveyspalveluihin vain 1% Afrikassa, sekä 31 Afrikan maata ovat kokonaan ilman omaa mielenterveyspalveluiden budjettia (Eaton ym. 2015). Palveluita tarjoavat yksiköt ovat usein ruuhkautuneita sekä epähygieenisiä (Strümpher ym. 2014).

Eaton ym. (2015) tutkimuksessa käy ilmi, että länsi-Afrikan kahden mielenterveyspalvelun heikkouksia olivat tietämyksen puute ja tietojen raportoiminen (Eaton ym. 2015). Terveydenhuollon ammattilaiset kohtaavat ongelmia myös liittyen riittämättömään tukeen työnantajien puolelta mielenterveysalalla. Ongelmia aiheuttaa myös hoitajien koulutuksen puute varsinkin perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollon hoitajilta puuttuu usein kyky arvioida ja epäillä mielenterveydellistä ongelmaa. Mielenterveyspotilaille saatetaan tehdä vääriä diagnooseja, ja he saavat vääränlaista hoitoa esimerkiksi johonkin oletettuun somaattiseen vaivaan mielenterveysongelman sijasta. Tämä on ongelmallista, sillä hoitajat toteuttavat suuren osan potilaiden hoidosta. (Strümpher ym. 2014.)

Mall ym. (2012) tutki mielenterveyspalveluiden tuottamista HIV/AIDS -potilaiden hoitoon, koska tiedetään, että Etelä-Afrikassa HIV/AIDS -potilailla on korkeampi riski sairastua

mielenterveysongelmiin. Tutkimus toteutettiin kolmella perusterveydenhuollon klinikalla Etelä-Afrikan länsirannalla, jossa klinikat tuottivat HIV:n ja tuberkuloosin hoitoa sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluita. Tutkimuksessa käytettiin menetelmänä yksilöhaastattelua, jolloin jokainen haastattelija tapasi ensimmäisen kerran haastateltavansa. (Mall ym. 2012.)

Kolmeksi suurimmaksi teemaksi nousi osallistujien käsitys heidän roolistaan mielenterveyden seulonnassa HIV/AIDS -potilaiden parissa, osallistujien ehdotuksia mielenterveysseulontaan HIV/AIDS -potilaiden parissa sekä osallistujien käsitys heidän roolistaan mielenterveyshoidossa ja mielenterveyshäiriöiden yhteys HIV/AIDS -potilaisiin. (Mall ym. 2012.)

Haastattelussa 21 22:sta haastatellusta vastasi, että lisäpalveluiden (mielenterveyspalveluiden) arvo oli korkea kahdella klinikalla, joilla ulkopuoliset rahoituslaitokset olivat toteuttaneet niitä. Yhdellä klinikalla mielenterveysseulonnan projektia oli toteutettu yhden henkilön turvin, kolme klinikalla työskentelevää henkilöä sanoivat tämän helpottaneen heidän työntekeään. Tulokset näyttivät, että mielenterveysseulontaa kohtaan kehittyi negatiivisiakin mielipiteitä, esimerkiksi että seulontaa tuettaisiin, jos sen toteuttaisi psykiatri eikä hoitaja. (Mall ym. 2012.)

Kaksi mielenterveyshoitajaa ilmaisivat olevansa kyvykkäitä seulomaan mielenterveysongelmia, esimerkiksi masennusta. Suurimmalta osalta haastatelluista puuttui itseluottamus seulontaan sekä mielenterveyspalveluiden tuottamiseen. Kahdeksan haastatelluista vastasi, etteivät he ymmärrä termiä "mielenterveys" ja yhdeksän vastasi havainneensa käyttäytymishäiriöt mielenterveyshäiriöinä, kun taas masennus oli alihavaittu ja –hoidettu. (Mall ym. 2012.)

Vastaajista 18 kertoivat, etteivät halunneet itse tehdä mielenterveysseulontaa, koska uskoivat jonkun toisesta ammattiluokasta tekevän sen. Kuusi potilaiden puolestapuhujaa luottivat enemmän korkeasti koulutettuun mielenterveysseulojaan. Yksi potilaiden puolestapuhuja kertoi, että heitä tulisi opastaa tarpeeksi oikeiden seulontamenetelmien käytössä, jos heidän tarvitsisi tehdä mielenterveysseulontaa. Pinnalle nousi pelko, että potilasta voisi satuttaa tai vahingoittaa mahdollisella mielenterveysongelmalla ja siksi haluaisi heti konsultoida lääkäriä. (Mall ym. 2012.)

Haastatelluista 18 kertoivat konsultoivansa mielenterveysongelmaisen potilaan toiseen palveluun, joko klinikan sisällä tai ulkopuoliseen mielenterveysyhteisöön. Haastattelussa kävi ilmi, että hoitajat kykenivät auttamaan henkilöitä alkoholismiin tai sosiaalisten

ongelmien kanssa, mutta käyttäytymisongelmien kanssa he konsultoivat useammin lääkäriä. (Mall ym. 2012.)

Zimbabwessa tehdyssä pilottitutkimuksessa Duffy ym. (2017) tutki HIV -palveluita tuottavien henkilöiden mielipidettä ja mahdollisuutta tuottaa mielenterveyspalveluita jo nykyisten HIV -palveluiden rinnalla. Tutkimukseen otettiin mukaan niin sairaanhoitajia, väestön terveydenhoitajia sekä parantajia. Otoksesta (n=325) valittiin 16 henkilöä kaksi päivää kestävään koulutukseen, jossa koulutettiin osallistuneita mielenterveysongelmista sekä alkoholin ja aineiden käytöstä, ynnä muusta. Henkilöt palasivat takaisin omille työpaikoilleen ja opettivat muita alalla toimivia, joihin lukeutui 279 sairaanhoitajaa, 140 väestön terveydenhoitajaa sekä 44 parantajaa. Tämän jälkeen pidettiin vielä toisen kerran koulutuspäivä, jossa syvennettiin tietoutta alkoholin ja aineiden käytöstä, terapeuttisista ohjaustaidoista, läheteprotokollasta ja siihen käytettävistä välineistä, sekä vahvistettiin ohjaustaitoa tiedolla, jotta koulutettavat pystyvät tehokkaammin ohjaamaan mielenterveyspalveluiden yhdistämistä HIV -palveluihin. (Duffy ym. 2017.)

Tutkimukseen osallistuneet palveluiden tuottajat kertoivat saaneensa tästä enemmän itsevarmuutta neuvomiseen ja pitävät toivon tarjoamista heidän pääasiallisena neuvontakykynään, saadessaan asiakkaat ymmärtämään asioita. Tuottajien mukaan leimautumisen ja negatiivisten mielipiteiden määrä pieneni. Tutkimukseen osallistuneet kertoivat mielenterveyspalveluiden yhdistämisen HIV -palveluihin olevan tärkeää, sekä suosittelivat mielenterveysseulontojen kuuluvan terveystyönteihin samalla tavalla kuin esimerkiksi verenpaineen mittaamisen. (Duffy ym. 2017.)

Mielenterveyden ongelmien **stigmatisointi** on yksi suuri haaste kehitysmaiden mielenterveyspalveluissa, ja sillä on vaikutusta mielenterveyspalveluiden tuottamiseen sekä saatavuuteen. Hoitavan tahon yhteistyö päättäjien kanssa on ongelmallista. Tiedonpuutteen ja mielenterveysongelmien stigmatisoinnin vuoksi terveydenhuollon sekä korkeamman tahon päättäjät eivät näe mielenterveyshoitotyön tärkeyttä, ja hoitajien on alemmalta tasolta vaikea saada ääntään kuuluviin. (Strümpher ym. 2014.) Maallikoiden keskuudessa Afrikassa mielenterveyden sairaudet ovat laajalti liitetty ylluonnollisiin ja hengellisiin tapahtumiin, sekä mielenterveyden ongelmiin liittyy usein vahva häpeäleima sekä kansan että päättäjien keskuudessa. Tämä myös osaltaan vaikuttaa siihen, että mielenterveyspalveluiden tuottaminen sekä käytäntöjen asettaminen on hankalaa. Mielenterveysongelmien stigmatisoinnin vuoksi myös uuden henkilökunnan saaminen mielenterveyspalveluihin voi hankaloitua. (Omar ym. 2010.)

6 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Eettiset näkökohdat huomioitiin kirjallisuuskatsaukseen otettujen tutkimuksien kautta. Aineistoksi valittiin tutkimuksia, joiden toteutuksessa oli huomioitu eettiset kysymykset, kuten kunnioitus tutkittavien ihmisarvoa ja oikeuksia kohtaan (Turun yliopisto 2018b).

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa luotettavuus ja eettisyys etenevät käsikädessä, jolloin niitä voidaan parantaa johdonmukaisella etenemisellä tutkimuskysymyksistä johdopäätöksiin. Luotettavuutta voidaan vielä erikseen parantaa selkeästi esitellyllä tutkimuskysymyksellä ja kunnollisilla tutkimuskysymyksen eritetyillä perusteluilla. Myös aineiston perusteiden sekä menetelmäosan selkeä perusteleminen lisää kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. (Kangasniemi ym. 2013.) Opinnäytetyön johdonmukaista etenemistä, aineiston valintaa sekä sen analysointia on pyritty kuvaamaan mahdollisimman selkeästi sekä läpinäkyvästi. Opinnäytetyössä tutkimuskysymys on esitetty selkeästi, sekä opinnäytetyön tavoite on kuvattu. Toisten tutkijoiden työtä tulee kunnioittaa ja viitata heidän tekemiinsä tutkimuksiin asianmukaisella tavalla, antaen tutkijoiden saavutuksille niille kuuluvan arvon tuloksia julkaistaessa. Tulosten julkaisemisessa tutkimuksessa tulee käyttää avoimuutta ja vastuullisuutta tiedon luonteeseen kuuluen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Opinnäytetyön kirjallisuusosassa on käytetty tutkittua tietoa perustana ja lähdeviitteet on merkattu ajantasaisesti jokaiseen kohtaan.

Eettisesti hyväksyttävässä ja luotettavassa sekä uskottavissa tuloksissa tutkimuksen suorittaminen on tapahtunut tavalla, jota hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää. Hyvän tieteellisen tutkimuseetiikan käytännön lähtökohtia ovat esimerkiksi rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tehdyssä tutkimustyössä, tallentamisessa ja esittämissä sekä tulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Kirjallisuuskatsaukseen valittiin käytettävät tutkimukset siten, että ne liittyvät mahdollisimman laajasti opinnäytetyön teoreettiseen taustaan sekä vastaavat asetettua tutkimuskysymystä. Analysoitavissa tutkimuksissa, joita opinnäytetyössä käytettiin, näkökulmat vaihtelivat. Näin saatiin laajempi vastaus opinnäytetyön tutkimuskysymykseen. Opinnäytetyötä on tehnyt kaksi henkilöä, mikä osaltaan vaikuttaa tulosten tulkintaan sekä laajuuteen. Saadut tulokset on raportoitu rehellisesti ja huolellisesti sekä faktoja muuttelematta.

Eettisyyttä ja luotettavuutta lisää myös se, että tarvittavat luvat on hankittu ennen tutkimusta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Opinnäytetyö on osa MEGA-han-

ketta. MEGA-hanke on kansainvälisesti toimiva projekti vuosina 2017-2020. Yksi projektin tavoitteista on mhGAP mobiili-intervention avulla edistää mielenterveyttä Etelä-Afrikan kehitysmaissa. (Lahti ym. 2018.) Ennen kirjallisuuskatsauksen työstämisen aloittamista tehtiin toimeksiantosopimus, jonka sekä opinnäytetyön tekijät, että toimeksiantaja allekirjoittivat.

Opinnäytetyön lähdeviitteet on merkitty asianmukaisesti tekstiin, sekä koottu lähdeluetteloon aakkosjärjestyksessä josta ne ovat helposti löydettävissä. Lähteinä pyrittiin käyttämään mahdollisimman ajanmukaista materiaalia. Lähdekritiikkiin kiinnitettiin opinnäytetyötä tehdessä huomiota. Lähteiden luotettavuutta ja ajankohtaisuutta arvioitiin esimerkiksi julkaisuvuoden, julkaisupaikan sekä tekstin sisällön perusteella. Luotettavuutta lisää se, että työhön valitut analysoitavat tutkimukset ovat kaikki julkaistu vuonna 2010 tai sen jälkeen. Tutkimukset on yhtä manuaalisella haulla löydettyä tutkimusta lukuun ottamatta löydetty tieteellisiä tutkimuksia sisältävistä tietokannoista, joita ovat Cinahl ja Medline. Hakuja tehtiin myös Medic-tietokannasta, tosin tuloksetta. Hakusanoina käytettiin esimerkiksi "mental health", "mental disorder", "literacy", "knowledge", "nurse".

Luotettavuutta heikentävänä tekijänä on se, että lähes kaikki opinnäytetyössä käytetyt lähteet ovat englanninkielisiä, joten mahdollisuus tekstin väärin tulkintoihin on olemassa. Apuna on kuitenkin aktiivisesti tarvittaessa käytetty sanakirjoja. Luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että Afrikka on monikielinen maanosia, ja opinnäytetyössä on analysoitaviksi tutkimuksiksi valittu vain englanninkielisiä tutkimuksia. Tällöin paljon tutkimuksia on saattanut jäädä huomaamatta kielitaidon puutteen takia. Opinnäytetyö käy läpi plagiointitarkastuksen ennen julkaisua.

7 POHDINTA

Mielenterveyden ongelmat ovat Afrikan maissa vaiettu ongelma. Mielenterveyden lukutaito ei ole tarvittavalla tasolla väestön eikä päättäjien keskuudessa, joka johtaa lukuisiin ongelmiin mielenterveyspalveluiden tuottamisen ja niiden piiriin hakeutumisen saralla.

Ongelmien perustana on vahvasti afrikkalaisten kulttuurien edustajien mieliin juurtunut mielenterveysongelmien stigmatisointi ja tiedon puute sekä päättäjien, että väestön keskuudessa. Kuten Monteiro (2015) on todennut, stigmatisointi mielenterveysongelmien puolella on suuri ongelma, joka vaikuttaa potilaiden hoitoon hakeutumiseen ja elämänlaatuun. Tämän potilaan näkökulmasta tapahtuvan stigmatisoinnin lisäksi Omar ym. (2010) on tutkimuksessaan saanut tuloksen, että stigmatisoituminen voi hankaloittaa myös mielenterveyspalveluita palkkaamaan lisää henkilökuntaa. Jotta mielenterveysongelmien hoitoon ja ehkäisyyn pystyttäisiin tulevaisuudessa vaikuttamaan, tulisi lähteä liikkeelle ihmisten mielikuvien muuttamisesta ja pyrkiä häpeäleiman lievittämiseen. Afrikassa kulttuurilliset uskomukset ohjaavat runsaissa määrin ihmisten päivittäistä elämää sekä sitä, miten he reagoivat asioihin, ja näitä uskomuksia on vaikea lähteä muuttamaan. Tulevaisuudessa tulisikin tuoda mielenterveys ja sen ongelmat lähemmäs kehitysmaiden kansoja, jotta tieto ja ymmärrys mielen sairauksia kohtaan laajenisi, ja mielenterveyden lukutaidosta tulisi yhä useampien ihmisten taito myös kehitysmaissa.

Myös nuorten mielenterveyden lukutaitoon tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota, jotta he tulevaisuudessa pystyvät tunnistamaan mahdolliset mielenterveydelliset oireet sekä hakeutumaan hoitoon ajoissa. Nykyisin internetin ja sosiaalisen median ollessa yhä laajemmin saatavilla ympäri maailmaa, tulee myös huomioida näiden väylien vaikutus varsinkin nuorten ihmisten mielenterveyden lukutaitoon. Tekniikan avulla pystytään tekemään mielenterveyttä aiheena lähestyttävämmäksi sekä kiinnostavammaksi kaikille, varsinkin nuoremmalle polvelle. Huomioida tulee kuitenkin se, että kehitysmaissa teknisiä laitteita on usein hyvin rajoitetusti saatavilla. Kuten Gureje ym. (2015) on tutkinut, myös MEGA -hanke tutkii kehitetyn mhGAP mobiili-intervention toimivuutta. Gureje ym. tutkimuksen tulosten mukaan kehitetty mobiili-interventio lisää henkilöiden tietoutta mielenterveydestä merkittävästi. Varsinkin nuorten keskuudessa tätä menetelmää voisi vielä laajemmin hyödyntää, jolloin saavutettaisiin parempi mielenterveyden lukutaito jo nuoruusiässä. Nuorten käsityksiä muuttamalla pystytään myös vaikuttamaan siihen, että tulevat sukupolvet ovat astetta hyväksyvämpiä ja avarakatseisempia mielenterveyden ongelmia kohtaan.

Viitaten opinnäytetyön alkuun ja mielenterveyden lukutaitoon, Jorm (2000) tarkentaa, että mielenterveyden lukutaitoa edistäessä säästettäisiin perusterveydenhuollon kuluja. Säästäminen tapahtuisi sen kautta, kun mielenterveydestä johtuvat oireet tunnistettaisiin ja tarpeettomilta toimenpiteiltä esimerkiksi somaattisten sairauksien etsimiseksi välttyttäisiin. Eaton ym. (2015) tutkimuksen mukaan budjetti mielenterveyspalveluille kehitysmaissa on 1% ja monet maat Afrikassa ovat ilman mielenterveyspalveluiden budjettia. Eikö siis tässä olisi heti vastaus siihen, että voitaisiin säästää perusterveydenhuollon budjetissa ja lisätä mielenterveyspalveluiden budjettiosuutta.

Kopinak (2015) kertoo, että valtiosta riippumattomat mielenterveyspalveluita tuottavat järjestöt ovat kalliita, sijaitsevat kaupunkialueilla tai keskittyvät HIV/AIDS -potilaisiin. Opinnäytetyön tuloksista saatiin vastaus, joka auttaa kehitysmaita lisäämään mielenterveyspalveluiden saatavuutta. Mall ym. (2012) sekä Duffy ym. (2017) ovat tutkineet mielenterveyspalveluiden liittämistä HIV/AIDS -palveluiden kanssa. Tuloksista käy ilmi, että mielenterveyspalveluiden saanti HIV/AIDS -palveluiden yhteydessä on tärkeää ja leimautumisen ja negatiivisten mielipiteiden määrä pieneni palveluiden yhdistämisen kautta. Mielenterveyspalveluiden liittäminen HIV/AIDS -palveluihin on viisasta myös sen takia, että Etelä-Afrikassa mielenterveysongelmiin sairastumisen riski on korkeampi HIV/AIDS -potilaiden keskuudessa. (Mall ym. 2012.)

Tulevaisuudessa tulisi pyrkiä siihen, että mielenterveyskäytäntöjen tasoa pystyttäisiin nostamaan ja näin ollen tuomaan mielenterveyspalvelut lähemmäs niitä tarvitsevia. Häpeäleiman hellittäessä pystyttäisiin myös rohkaisemaan potentiaalisia tulevia mielenterveyshoitoalan ammattilaisia kouluttautumaan, jolloin henkilöstöpulaa saataisiin helpotettua. Näin myös vapaaehtoistyöntekijöiden määrä lisääntyisi. Nämä toimet eivät kuitenkaan ole mahdollisia ilman suurempaa siivua valtioiden budjetista mielenterveystyöhön osoitettuna. Koska yksi kehitysmaiden mielenterveystyön ongelma on olemassa olevan henkilöstön epäpätevyys, tulisi myös koulutusmahdollisuuksia pyrkiä parantamaan. Koulutusmahdollisuuksien lisäämisen varteenotettava keino on käyttää enemmän MEGA-hankkeen käyttämää mhGAP mobiili-interventiota, siitä jo saatujen positiivisten tutkimustuloksien takia.

Kehitysmaiden mielenterveystyön ongelmia on tutkittu jonkin verran, mutta varsinaista mielenterveyden lukutaitoa kehitysmaissa kartoittavaa tutkimusta ei opinnäytetyötä tehdessä tullut vastaan. Tulevaisuudessa mielenterveyden lukutaitoa mittaavat tutkimukset kehitysmaissa esimerkiksi nuorten keskuudessa voisivat viedä asiaa eteenpäin sekä herätellä ihmisiä ongelman vakavuuteen. Tämän opinnäytetyön pohjalta voidaan nähdä,

mistä asioista tulisi lähteä liikkeelle, jotta mielenterveysongelmien hoidon ja ehkäisyn sekä mielenterveyden lukutaidon tilanne kehitysmaissa parantuisi. Ongelmat ovat syväällä uskomuksissa ja systeemeissä, ja mielenterveysongelmat ovat edelleen vahvasti häpeäleiman kourissa. Nykyisten ja tulevien sukupolvien tietoutta ja ajatusmaailmaa laajentamalla pystytään pienin askelin parantamaan myös kehitysmaiden mielenterveyspalvelutilannetta. Vaikka opinnäytetyö on keskittynyt afrikkalaisiin kehitysmaihiin, voidaan tuloksia myös joissain määrin yleistää muiden maanosien kehitysmaihiin samankaltaisten lähtökohtien vuoksi.

LÄHTEET

Barrett, T., Boeck, R., Fusco, C., Ghebrehiwet, T., Yan, J. & Saxena, S. 2009, "Nurses are the key to improving mental health services in low- and middle-income countries", *International nursing review*, vol. 56, no. 1, pp. 138-141.

Bäckmand H. & Lönnqvist J. 2009, *Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen -opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille*.

Duffy, M., Sharer, M., Cornman, H., Pearson, J., Pitorak, H. & Fullem, A. 2017, "Integrating Mental Health and HIV Services in Zimbabwean Communities: A Nurse and Community-led Approach to Reach the Most Vulnerable", *JANAC: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, vol. 28, no. 2, pp. 186-198.

Eaton, J., Des Roches, B., Nwaubani, K. & Winters, L. 2015, "Mental Health Care for Vulnerable People With Complex Needs in Low-Income Countries: Two Services in West Africa", *Psychiatric Services*, vol. 66, no. 10, pp. 1015-1017.

Gureje, O., Abdulmalik, J., Kola, L., Musa, E., Yasamy, M.T. & Adebayo, K. 2015, "Integrating mental health into primary care in Nigeria: report of a demonstration project using the mental health gap action programme intervention guide", *BMC Health Services Research*, vol. 15, no. 1, pp. 242-249.

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017, *Mielenterveyshoitotyö*, 5., uudistettu painos edn.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004, *Tutki ja kirjoita*, 10., osin uud. laitos edn, Tammi, Helsinki.

Jorm, A.F. 2000, "Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders", *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, vol. 177, pp. 396.

Kangasniemi, M., Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013, "Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon", *Hoitotiede*, vol. 25, no. 4, pp. 301.

Karukivi, M. 2017, "Ahdistunut nuori perusterveydenhuollossa", *Lääkärilehti*, vol. 48, pp. 2813-2817.

Kopinak, J. 2015. "Mental Health in Developing Countries: Challenges and Opportunities in Introducing Western Mental Health System in Uganda", *International Journal of MCH and AIDS*, vol. 3, pp. 22-30.

Kutcher, S., Wei, Y., Costa, S., Gusmão, R., Skokauskas, N. & Sourander, A. 2016, "Enhancing mental health literacy in young people", *European child & adolescent psychiatry*, vol. 25, no. 6, pp. 567-569.

Lahti M. 2018, 5.3.-last update, MEGA – Building capacity by implementing mhGAP mobile intervention in SADC countries. Saatavilla: <https://www.turkuamk.fi/fi/tutkimus-kehitys-ja-innovaatiot/hae-projekteja/mega-building-capacity-implementing-mhgap-mobile-i/>.

Lam, L.T. 2014, "Mental health literacy and mental health status in adolescents: A population-based survey", *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*.

Mall, S., Sorsdahl, K., Swartz, L. & Joska, J. 2012, "'I understand just a little...' Perspectives of HIV/AIDS service providers in South Africa of providing mental health care for people living with HIV/AIDS", *AIDS Care*, vol. 24, no. 3, pp. 319-323.

Marttunen, M., Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T. & Viialainen, R. 2013, *Nuorten mielen-terveyshäiriöt: opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille*, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Monteiro, N.M. 2015, "Addressing Mental Illness in Africa: Global Health Challenges and Local Opportunities.

Omar, M.A., Green, A.T., Bird, P.K., Mirzoev, T., Flisher, A.J., Kigozi, F., Lund, C., Mwanza, J. & Ofori-Atta, A.L. 2010, "Mental health policy process: a comparative study of Ghana, South Africa, Uganda and Zambia", *International journal of mental health systems*, vol. 4, no. 1, pp. 24.

Stolt, M., Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2015, *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*, Turun yliopisto, Turku.

Strumpher, J., van Rooyen, R.M., Topper, K., Andersson, L.M.C. & Schierenback, I. 2014, "Barriers to Accessing Mental Health Care in the Eastern Cape Province of South Africa", *Africa Journal of Nursing & Midwifery*, vol. 16, no. 1, pp. 45-59.

THL 2014, Mielenterveyden edistäminen. Saatavilla: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen>.

Turun yliopisto 2018a, Mielenterveyden lukutaito. Saatavilla: <https://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/lastenpsykiatrian-tutkimuskeskus/tutkimus/apex/osahankkeet/mhl/Sivut/home.aspx>.

Turun yliopisto 2018b, Tutkimuksen eettisyys. Saatavilla: <https://www.utu.fi/fi/Tutkimus/eettisyys/Sivut/home.aspx>.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavilla: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Vos, T., Abajobir, A.A., Abbafati, C., Abbas, K.M., Abate, K.H., Abd-Allah, F., Abdulle, A.M., Abebo, T.A., Abera, S.F., Aboyans, V., Abu-Raddad, L.J., Ackerman, I.N., Adamu, A.A., Adetokunboh, O., Afarideh, M., Afshin, A., Agarwal, S.K., Aggarwal, R., Agrawal, A., Agrawal, S., Kiadaliri, A.A., Ahmadi, H., Ahmed, M.B., Aichour, A.N., Aichour, I., Aichour, M.T.E., Aiyar, S., Akinyemi, R.O., Akseer, N., Al Lami, F.H., Alahdab, F., Al-Aly, Z., Alam, K., Alam, N., Alam, T., Alasfoor, D., Alene, K.A., Ali, R., Alizadeh-Navaei, R., Alkerwi, A., Alla, F., Allebeck, P., Allen, C., Al-Maskari, F., Al-Raddadi, R., Alsharif, U., Alsowaidi, S., Altirkawi, K.A., Amare, A.T., Amini, E., Ammar, W., Amoako, Y.A., Andersen, H.H., Antonio, C.A.T., Anwari, P., Arnlov, J., Artaman, A., Aryal, K.K., Asayesh, H., Asgedom, S.W., Assadi, R., Atey, T.M., Atnafu, N.T., Atre, S.R., Avila-Burgos, L., Avokpaho, Euripide Frinel G Arthur, Awasthi, A., Ayala Quintanilla, B.P., Saleem, H.O.B., Bacha, U., Badawi, A., Balakrishnan, K., Banerjee, A., Bannick, M.S., Barac, A., Barber, R.M., Barker-Collo, S.L., Baernighausen, T., Barquera, S., Barregard, L., Barrero, L.H., Basu, S., Battista, B., Battle, K.E., Baune, B.T., Bazargan-Hejazi, S., Beardsley, J., Bedi, N., Beghi, E., Bejot, Y., Bekele, B.B., Bell, M.L., Bennett, D.A., Bensenor, I.M., Benson, J., Berhane, A., Berhe, D.F., Bernabe, E., Betsu, B.D., Beuran, M. & ... 2017, "Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016", *The Lancet*, vol. 390, no. 10100, pp. 1211-1259.

WHO 2018a, Mental disorders. Saatavilla: http://www.who.int/mental_health/management/en/.

WHO 2018b, Mental health. Saatavilla: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/#Fact-sheets.

Zinck, K. & Marmion, S. 2011, "Global Focus, Local Acts: Providing Mental Health Services to Indigenous People", *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 25, no. 5, pp. 311-319.

Liite 1. Toimeksiantosopimus

TURKU AMK
TURKU UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES

1

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSiantosopimus

1. Osapuolet

Opiskelija

Nimi: Jaana Prusi	S-posti: jaana.prusi@edu.turkuamk.fi
Osoite:	Puhelin:
Koulutus: sairaanhoitaja	

Nimi: Minna Suilamo	S-posti: minna.suilamo@edu.turkuamk.fi
Osoite:	Puhelin:
Koulutus: sairaanhoitaja	

Nimi:	S-posti:
Osoite:	Puhelin:
Koulutus:	

Toimeksiantaja

Yhteys henkilön nimi: Marjale von Schantz	Organisaatio: Turun ammattikorkeakoulu
Osoite: Ruiskatu 8 20720 Turku	
S-posti: marjale.vonschantz@turkuamk.fi	Puhelin: 0449075460

Turun ammattikorkeakoulu Oy
Joukahaisenkatu 3 A
20520 Turku
puh. (02) 263 350
www.turkuamk.fi

Y-tunnus
2528160-3

Turun ammattikorkeakoulu Oy

Yhteyshenkilö/ohjaaja: Tiina Pelander	Puhelin: 0449075486
S-posti: tiina.pelander@turkuamk.fi	

2. Ohjaus ja vastuut

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta ja arvioinnista oppimistehtävänä. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemiseen tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

3. Oikeudet

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu sen tekijälle eli opiskelijalle. Jos ohjaajan osuus opinnäytetyön tulosten aikaansaamiseksi on ollut poikkeuksellisesti niin luova ja omaperäinen, että se on tekijänoikeudellisesti suojattu muodostamatta kuitenkaan opiskelijan työstä erotettavissa olevaa itsenäistä osaa, on opiskelijalla ja ohjaajalla teokseen yhteinen tekijänoikeus, jonka ehdoista asianomaiset sopivat tarvittaessa erikseen. Muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa, kyseistä oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

4. Työsuhde ja kustannukset

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkkiosta ja työstä (opinnäytetyöstä) mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja, opinnäytetyön tekijä ja ammattikorkeakoulu sopivat erikseen.

5. Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus

Opiskelija laatii Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukaisen dokumentaation opinnäytetyöstä, jonka hän luovuttaa toimeksiantajalle ja toimittaa kansitettuna kirjaston lainakokoelmaan tai Open Access -julkaisuna Theseus-tietokantaan.

Opiskelija laatii opinnäytetyön julkistettavan aineiston siten, ettei se sisällä toimeksiantajan liike- tai ammattisalaisuuksia eikä mahdollisia muita salassa pidettäväksi sovittuja tietoja tai aineistoja, eikä myöskään julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja. Edellä tarkoitetut tiedot ja aineisto jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkistettava että salassa pidettävä osa.

Tämän sopimuksen osana noudatetaan Turun AMK:n opinnäytetyön toimeksiantosopimuksen salassapitoehtoja. (Rasti nautuu, mikäli salassapitoehtojen noudattamisesta sovitaan.) Salassapitoehtoja sovellettaessa on niiden edellyttämä salassapitovelvollisuus voimassa viisi (5) vuotta toimeksiantosopimuksen voimaan astumisesta.

Opiskelija toimittaa toimeksiantajan yhteyshenkilölle julkistettavan opinnäytetyön tutustumista ja lausunnon antamista varten viimeistään 14 päivää ennen aiottua työn julkistamisajankohtaa. Toimeksiantaja toimittaa opiskelijalle lausunnon opinnäytetyöstä ennen sen ilmoitettua julkistamisajankohtaa ja määrittelee launnossaan tarvittaessa työhön mahdollisesti sisältyvät julkistamatta jätettävät tiedot ja aineistot.

Ellei toimeksiantaja toimita opiskelijalle lausuntoa ennen ilmoitettua julkistamisajankohtaa tai ei launnossaan esitä luottamuksellisuuden vuoksi poistettavaksi tietoja opinnäytetyön julkistettavaksi aiotusta aineistosta, katsotaan toimeksiantajan hyväksyneen opinnäytetyön julkistamisen opiskelijan sille toimittamassa muodossa.

Opinnäytetyö on julkistettavissa kokonaisuudessaan. Se ei sisällä luottamuksellista tietoa. (Rasti ruutuun, mikäli asia on tiedossa ja toimeksiantovaiheessa.)

Opinnäytetyön aihe: Mielenterveyden lukutaito sairaanhoitajilla kehitysmaissa

Seuraavia opinnäytetyön sisältämiä aineistoja ja tietoja ei julkisteta:

6. Sopimuksen voimassaolo ja allekirjoitukset

Tämän sopimuksen osapuolina allekirjoittaneet hyväksyvät edellä esitetyt ehdot ja sitoutuvat toimimaan opinnäytetyön toteutuksessa niiden mukaisesti. Tämän sopimuksen allekirjoituksin Turun ammattikorkeakoulu Oy hyväksyy edellä yksilöidyn opinnäytetyön aiheen. Tämä sopimus astuu voimaan, kun kaikki osapuolet ovat sen allekirjoittaneet, ja voimassaolo lakkaa automaattisesti kolmen (3) vuoden kuluttua voimaan astumisesta tai sitä ennen opinnäytetyön valmistuttua.

<p>5,4 / 18 (pp.kk.vvvv) (Palkka) Toimeksiantajaorganisaatio <u>Turun AMK</u> <u>Marjale von Schantz</u> Nimen selvennys/ titteli Marjale von Schantz</p>	<p>Salo 26/03/2018 (pp.kk.vvvv) (Palkka) Opiskelija <u>Jaana Prusi</u> Nimen selvennys, opiskelija Jaana Prusi</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>5,4 / 18 (pp.kk.vvvv) (Palkka) Turun ammattikorkeakoulu Oy <u>Marjale von Schantz</u> Nimen selvennys, KT-päällikkö/KT-päällikön valtuuttamana Marjale von Schantz</p>	<p>Salo 26/03/2018 (pp.kk.vvvv) (Palkka) <u>Minna Suilamo</u> Nimen selvennys, opiskelija Minna Suilamo</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(Palkka) / / (pp.kk.vvvv)

Nimen selvennys opiskelija

LIITTEET

Opinnäytetyösuunnitelma
Salassapitoehdot

Turun ammattikorkeakoulu Oy
Joukahalsenkatu 3 A
20520 Turku
puh. (02) 263 350
www.turkuamk.fi

Y-tunnus
2528160-3

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUKSEN SALASSAPITOEHDOT

1. Nämä ehdot on tarkoitettu sovellettavaksi osana Turun AMK:n opinnäytetyön toimeksiantosopimusta ja ovat sellaisenaan päteviä vain osapuolten sovittua toimeksiantosopimuksessa niiden soveltamisesta.
2. Luottamuksellista tietoa on kaikki sellainen luovuttavan osapuolen kohdassa 4 kuvatussa tarkoituksessa toiselle osapuolelle luovuttama informaatio ja muu aineisto, joka koskee esimerkiksi luovuttajan liike- tai ammattisalaisuuksia, teknisiä salaisuuksia tai kaupallisia tai rahoitustietoja ja jotka luovuttaja on merkinnyt luottamuksellisiksi.
3. Mikäli luottamuksellista tietoa luovutetaan suullisesti, on tiedon luovuttajan huomautettava vastaanottajalle tiedon luottamuksellisuudesta sitä luovutettaessa ja vahvistettava kirjallisesti tiedon luottamuksellisuus seitsemän (7) vuorokauden kuluessa suullisen tiedon antamisesta. Muussa tapauksessa suullisesti annettua tietoa ei katsota luottamukselliseksi.
4. Osapuolet luovuttavat luottamuksellista tietoa toiselle osapuolelle vain opinnäytetyön laatimisen, tekemisen tai muunlaisen aikaansaamisen tarkoituksessa.
5. Luottamuksellista tietoa vastaanottava osapuoli sitoutuu pitämään luovuttavalta osapuolelta saamansa luottamuksellisen tiedon salassa ja olemaan luovuttamatta ja paljastamatta sitä kolmannelle osapuolelle ilman luovuttajan kirjallista lupaa ja käyttämään sitä vain opinnäytetyön toteuttamis- tai ohjaamistarkoitukseen.
6. Turun AMK:lla ja opiskelijalla on oikeus edellä kohdassa 5 todetun estämättä luovuttaa toimeksiantajan luottamuksellista tietoa opinnäytetyön ohjaukseen osallistovalle opettajalle ilmoitettuaan tälle tiedon olevan salassa pidettävää.
7. Salassapitovelvollisuus ei koske aineistoa ja informaatiota,
 - a) joka on yleisesti saatavilla tai muuten julkista tai tulee julkiseksi salassa pidettävän tiedon luovuttamisen jälkeen,
 - b) joka oli oikeutetusti tiedonsaajan hallussa ennen tiedon luovuttamista,
 - c) jonka tiedonsaaja on kehittänyt itsenäisesti tai yhdessä kolmannen kanssa,
 - d) joka tiedonsaajan on luovutettava lain, tuomioistuimen päätöksen tai viranomaisen antaman määräyksen mukaisesti.
8. Turun ammattikorkeakoulu ei vastaa opinnäytetyön toimeksiantosopimuksessa osapuolena olevan opiskelijan mahdollisesta salassapitovelvoitteen rikkomisesta toimeksiantajalle aiheutuneiden vahinkojen korvaamisesta. Muutoin Turun ammattikorkeakoulun vahingonkorvausvastuu mahdollisen salassapitovelvoitteen rikkomisesta toimeksiantajalle aiheutuneista vahingoista rajoittuu 10.000 euroon.