

Hoidollinen yhteistyö psykiatrisessa osastohoidossa – Therapeutic Engagement Questionnaire -mittarin kääntäminen, esitestaus ja validointi

Riitta Askola, TtT, sairaanhoitaja, osastonhoitaja, psykiatria, Helsingin yliopisto ja HUS Helsingin yliopistollinen sairaala, hoitotieteen laitos, Itä-Suomen yliopisto, riitta.askola@hus.fi

Jani Turunen, sairaanhoitaja (AMK), apulaisosastonhoitaja, psykiatria, Helsingin yliopisto ja HUS Helsingin yliopistollinen sairaala, jani.turunen@hus.fi

Anja Hottinen, TtT, ylihoitaja, psykiatria, Helsingin yliopisto ja HUS Helsingin yliopistollinen sairaala, anja.hottinen@hus.fi

Paula H. Bergman, FM, Biostatistiikan keskus, Kansanterveystieteen osasto, Helsingin yliopisto ja HUS Helsingin yliopistollinen sairaala, paula.h.bergman@helsinki.fi

Xenya Kantaris, PhD, CPsychol, CSci, Faculty of Health, Social Care and Education, Kingston University and St George's, University of London, London, UK, X.Kantaris@sgul.kingston.ac.uk

Mary Chambers, RN, PhD, Faculty of Health, Social Care and Education, Kingston University and St George's, University of London, London, UK, M.Chambers@sgul.kingston.ac.uk

Lauri Kuosmanen, dosentti, yliopistonlehtori, TtT, hoitotieteen laitos, Itä-Suomen yliopisto, lauri.kuosmanen@uef.fi



Askola R, Turunen J, Hottinen A, Bergman PH, Kantaris X, Chambers M, Kuosmanen L. 2021. Hoidollinen yhteistyö psykiatrisessa osastohoidossa – Therapeutic Engagement Questionnaire -mittarin kääntäminen, esitestaus ja validointi. *Tutkiva Hoitotyö* 19(1), 3–11.

Tiivistelmä

Hoidollinen yhteistyö psykiatrisessa osastohoidossa - Therapeutic Engagement Questionnaire -mittarin kääntäminen, esitestaus ja validointi

Tutkimuksen tarkoitus: Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten potilaat ja hoitajat arvioivat hoitajien psykiatrisella akuuttiosastolla luoman ilmapiirin ja ympäristön sekä omahoitajasuhteen merkityksen hoidollisessa yhteistyössä. Tutkimuksen vaiheita olivat englanninkielisen Therapeutic Engagement Questionnaire (TEQ) -mittarin kääntäminen suomeksi, suomennetun mittarin esitestaus akuuttipsykiatrian osastoilla sekä mittarin validointi.

Aineisto ja menetelmät: VAS- ja Likert-asteikollinen TEQ -mittari kaksoskäännettiin suomeksi. Mittarin käytettävyys ja luotettavuus arvioitiin tilastollisin menetelmin. Mittari esitettiin potilailla (N=50) ja hoitajilla (N=68) akuuttipsykiatrian osastoilla Suomessa vuonna 2019.

Tulokset: Hoidollinen yhteistyö -mittari on validi ja käyttökelpoinen mittaamaan potilaan ja hoitajan välistä yhteistyötä akuuttipsykiatrian osastoilla Suomessa, joskin otoskoon on oltava riittävän suuri ja kattava luotettavuuden vahvistamiseksi. Esitestauksen tulosten mukaan sekä potilas- että hoitajaryhmässä omahoitajasuhdetta arvioitiin paremmaksi kuin osaston ilmapiiriä ja ympäristöä.

Päätelmät: Hoidollinen yhteistyö -mittarin avulla voidaan saada tietoa osaston ilmapiiristä ja ympäristöstä sekä potilaiden ja hoitajien välisestä yhteistyöstä.

Asiasanat: akuuttipsykiatria, hoidollinen yhteistyö, hoitajat, mielenterveys, potilaat, vuorovaikutus, mittarin validointi

Abstract

Therapeutic engagement at acute psychiatric inpatient wards - translating, testing and validating Therapeutic Engagement Questionnaire

Riitta Askola, PhD, Jani Turunen, RN, Anja Hottinen, PhD, Paula H. Bergman, MSc, Xenya Kantaris, PhD, Mary Chambers, PhD, Lauri Kuosmanen, PhD

Aims: The aim of this study was to examine how patients and nurses score overall environment and atmosphere of the acute psychiatric ward, and patient-nurse interaction. The stages of the study were translating the Therapeutic Engagement Questionnaire (TEQ) into Finnish using back-translation, testing the Finnish questionnaire, and then validating it at Finnish acute psychiatric inpatient units.

Data and methods: The TEQ (patient and nurse versions) with a visual analog scale and a 4-point Likert scale was translated into Finnish. The questionnaire was psychometrically evaluated for internal consistency and validity. Pretesting included patients (n=50) and nurses (n=68) at acute psychiatric inpatient units in Finland in 2019.

Results: The *Hoidollinen yhteistyö* questionnaire is valid for measuring patients' and nurses' experiences of overall environment and atmosphere of the ward, and patient-nurse interaction, given a large enough sample size to confirm reliability. In pre-testing and validation, patients and nurses scored patient-nurse interaction higher than the ward's environment and atmosphere.

Conclusions: The *Hoidollinen yhteistyö* questionnaire can provide information on overall environment and atmosphere of an acute psychiatric ward, and patient-nurse interaction.

Keywords: acute psychiatry, therapeutic engagement, nurses, mental health, patients, interaction, validation

Potilaan ja hoitavan henkilön välinen hoidollinen yhteistyö (therapeutic engagement) on mielenterveyshoitotyön ydintä. Potilaan ja hoitajan välistä yhteistyötä voidaan arvioida erilaisin mittarein. Working Alliance Inventory eli WAI mittaa erityisesti psykoteraapiasuhteen yhteistyötä (Hatcher ym. 2020) ja Helpful Aspects of Therapy eli HAT mittaa hoidon auttavia tekijöitä avoimilla kysymyksillä (Elliott 2012). Helping Alliance Scale eli HAS ja Scale to Assess the Therapeutic Relationship eli STAR puolestaan mittaavat terapeuttista suhdetta sairaalan ulkopuolella (Priebe & Gruyters 1993, McGuire-Snieckus ym. 2007). Mikään näistä mittareista ei ole kohdistunut hoidolliseen yhteistyöhön psykiatrisella osastolla (McCabe & Priebe 2004, McGuire-Snieckus ym. 2007, Chambers ym. 2019). Banksin ja Prieben (2020) mukaan tarvitaan uusia, helpokäyttöisiä ja kestäviä mittareita arvioimaan psykiatrisen osaston hoitosuhdetyötä, koska tällä on suuri vaikutus riskienhallintaan, potilasturvallisuuteen sekä potilaan hoitoon ja lääkehoitoon sitoutumiseen.

TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Englanninkieliset termit "therapeutic engagement", "therapeutic alliance" ja "therapeutic relationship" ovat lähikäsitteitä, jotka voidaan kokemusnäytön perusteella suomentaa suomalaisessa mielenterveyshoitotyön kontekstissa vapaasti hoidolliseksi yhteistyöksi. Potilaan ja hoitajan välinen hoidollinen yhteistyö on kytköksissä potilaan hoitoon sitoutumiseen, lääkemyöntyyvyyteen sekä hoitotyytyväisyyteen (Roche ym. 2014). Psykiatrisen osaston ympäristö ja ilmapiiri ovat sidoksissa potilaiden ja henkilökunnan kokemaan turvallisuudentunteeseen (Palviainen ym. 2020), hoidon laatuun ja potilastyytyväisyyteen (Alexiou ym. 2016) sekä hoidollisen yhteistyön syntymiseen (Johansson & Eklund 2004). McAllisterin ym. (2019) mukaan hoidollinen yhteistyö akuutilla psykiatrisella osastolla koostuu potilaan kokemusten ymmärtämisestä ja hoidon tukemisesta sekä hoitajan persoonan käytöstä työvälineenä. Lisäksi hoitajan on valittava oikeanlainen lähestymistapa potilaan hoitoon sekä pyrittävä löytämään tasapaino autoritääristen ja

emotionaalisten toimintatapojen välille (McAllister ym. 2019).

Hoidollisen yhteistyön esteet voivat olla hoitajaan, potilaaseen tai organisaatioon liittyviä (Pazargadi ym. 2015). McAndrewin ym. (2014) mukaan esteitä ovat hoitajien vähäinen ajankäyttö potilaiden kanssa, koulutuksen ja kokemuksen puute sekä potilaiden sairauden vaikea-asteisuus. Huomattavan suuri osa psykiatrian osastoilla työskentelevien hoitajien työajasta kuluu erilaisiin tehtäviin, jotka eivät liity välittömään potilastyöhön. Näitä tehtäviä ovat muun muassa turvallisuuteen liittyvät tehtävät sekä raportointiin ja kirjaamiseen liittyvät tehtävät. (Cameron ym. 2005, Goulter ym. 2015, Tenkanen ym. 2016.) Tämä vähentää hoitajien potilaiden kanssa käyttämää aikaa, kommunikaatiota ja vuorovaikutusta potilaiden ja hoitajien välillä sekä heikentää mahdollisuutta hoidolliseen yhteistyöhön (Cameron ym. 2005, Goulter ym. 2015).

TUTKIMUKSEN TAUSTA, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimus on osa laajempaa kansainvälistä hanketta, jota johtavat Lontoon yliopiston Kingston and St George's Joint-tiedekunnan professori Mary Chambers ja psykologi, tohtori Xenya Kantaris. Lupa mittarin suomentamiseen ja sen suomenkielisen version käyttöön on saatu mittarin kehittäjiltä Chambersilta ja Kantarisilta. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten potilaat ja hoitajat arvioivat hoidollista yhteistyötä validoidulla mittarilla. Tutkimuksen vaiheita olivat Therapeutic Engagement Questionnaire -mittarin kääntäminen suomeksi, suomenkielisen mittarin esitestaus akuuttipsykiatrian osastoilla sekä mittarin validointi.

Tutkimuskysymykset olivat:

- 1) Millainen on TEQ-mittarista kaksoiskäännetyn ja esitestatun Hoidollinen yhteistyö -mittarin validiteetti ja käytökelpoisuus mittaamaan potilaan ja hoitajan välistä yhteistyötä akuuttipsykiatrian osastoilla Suomessa?
- 2) Miten akuuttipsykiatrian osastoilla hoidossa olevat potilaat arvioivat hoitajien luoman ilmapiirin ja ympäristön sekä omahoitajasuhteen Hoidollinen yhteistyö -mittarin avulla?
- 3) Miten akuuttipsykiatrian osastoilla työskentelevät hoitajat arvioivat hoi-

tajien luoman ilmapiirin ja ympäristön sekä omahoitajasuhteen Hoidollinen yhteistyö -mittarin avulla?

AINEISTO JA MENETELMÄT

Therapeutic Engagement Questionnaire (TEQ) -mittari

TEQ-mittari on kehitetty Englannissa yhteistyössä palveluiden käyttäjien, hoitajien ja tutkijoiden kanssa (Chambers ym. 2017, 2019), ja siitä on luotu potilaille ja hoitajille omat versiot. Kaksipuolisen TEQ-mittarin molemmilla puolilla on VAS-asteikko (visual analogue scale) numeerisella arvolla 1–10 sekä 20 väittämää (yhteensä 40 väittämää), joihin vastataan neliportaittaisella Likert-asteikolla (1=täysin eri mieltä, 2=eri mieltä, 3=samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä). VAS-asteikolla (kysymys 1 ja kysymys 3) mitataan sitä, kuinka paljon hoidollinen yhteistyö hoitajien tai omahoitajan kanssa on auttanut potilasta toipumisessa. Potilaille osoitetun TEQ-mittarin kysymys 2 koostuu 20 väittämästä, jotka koskevat hoitajien luomaa osaston ympäristöä ja ilmapiiriä ja kysymys 4 koostuu 20 väittämästä, jotka koskevat yksilöllistä yhteistyötä omahoitajan kanssa. Hoitajille osoitetun TEQ-mittarin kysymys 2 koostuu 20 väittämästä, jotka koskevat hoitajien näkökulmasta osaston ympäristöä ja ilmapiiriä ja kysymys 4 koostuu 20 väittämästä, jotka koskevat yksilöllistä yhteistyötä oman potilaan kanssa. Väittämien likertasteikollisten vastausten summa analysoidaan Scoring of the Therapeutic Engagement Questionnaires for service users and for mental health nurses -ohjeistuksella. Tutkimusnäyttöä TEQ-mittarin käytöstä on Englannista: 628 mielenterveyspotilasta ja 543 psykiatrista hoitajaa osallistuiivat laajaan kansalliseen tutkimukseen, jossa arvioitiin kolmea potilaan ja hoitajan väliin yhteistyöhön kohdistuvaa mittaria (TEQ, HAS, STAR) (Chambers ym. 2019).

Mittarin kääntäminen

TEQ-mittari suomennettiin englannin kielestä käyttäen kaksoiskäännöstä. Ensimmäinen kääntäjä, joka oli terveydenhuollon ammattilainen ja tunsii aiheen terminologian, suomensi mittarin itsenäisesti. Hän on englanninkielentaitoinen, mutta hänen äidinkieltensä on suomi. Tämän jälkeen mittarin käänsi takaisin englanniksi kääntäjä, jolle mittari ei ollut

tuttu. Seuraavassa vaiheessa tutkimusryhmä tunnisti ja ratkaisi käännökseen epäsoivat ilmaisut tai käsitteet sekä kaksoiskäännöksessä ilmenevät eroavaisuudet. Käännösprosessin jälkeen tutkimusorganisaatioissa muodostettiin kaksi asiantuntijapaneelia. Asiantuntijoiden mielipiteet huomioitiin mittarin kehittämisprosessissa, koska heidän erityisosaamisensa tuomat näkemykset voivat parantaa mittarin toimivuutta (Barr & Elwyn 2016). Asiantuntijapaneelisiin pyydettiin vapaaehtoisia hoitajia tutkimusosastoilta sekä koulutettuja kokemusasiantuntijoita, joilla oli tutkittavaan aiheeseen liittyvää erityisosaamista. Asiantuntijapaneelien jäsenille kerrottiin tapaamisen tarkoitus eli kaksoiskäännetyt mittarin käytettävyyden, suomennoksen oikeakielisyys ja ymmärrettävyyden sekä käyttäjystävällisyyden arviointi. Kummassakin asiantuntijapaneelissa oli viisi kokemusasiantuntijaa ja viisi mielenterveysalan hoitajaa, jotka keskustelivat käännetystä mittarista ja tekivät omat ehdotuksensa sen parantamiseksi. Huomiota kiinnitettiin mittarin ymmärrettävyyteen, helppokäyttöisyyteen ja siihen, että mittarin terminologia vastaa suomalaisessa mielenterveydenhoitojärjestelmässä käytettävää sanastoa. Tutkimusryhmä käsitteli asiantuntijapaneelien tekemät kommentit ja teki mittarista lopullisen version. Suomenkieliseksi nimeksi päätettiin ottaa Hoidollinen yhteistyö -mittari, joka oli sopivin ja ymmärrettävin asiantuntijapaneelien ja tutkimusryhmän mielestä.

Mittarin esitetaus

Mittari esitettiin kahdessa suomalaisessa yliopistosairaalassa akuuttipsykiatrian kymmenen osaston (n=10) potilailla ja hoitajilla. Tutkimusorganisaatioiksi valittiin Suomen suurin yliopistosairaala sekä pienempi yliopistosairaala, koska aineiston haluttiin olevan mahdollisimman monipuolista ja edustavan tutkimusyksiköiden toimintoiltaan erilaisia akuuttipsykiatrian osastoja. Suuremmasta yliopistosairaalasta osallistui tutkimukseen kahdeksan osastoa ja pienemmästä kaksi osastoa. Yksiköistä yhdeksän oli suljettuja osastoja ja yksi oli avo-osasto. Yksiköistä neljä oli profiloitunut hoitamaan mielialahäiriöpotilaita, kolmella osastolla hoidettiin pääasiassa psykoosipotilaita ja loput

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

- Potilaan ja hoitavan henkilön välinen hoidollinen yhteistyö (therapeutic engagement) on mielenterveyshoidon ydintä.
- Englanninkielinen Therapeutic Engagement Questionnaire mittaa potilaiden ja hoitajien kokemuksia osaston ympäristöstä ja ilmapiiristä sekä yksilöllisestä hoitosuhteesta.

Mitä uutta tietoa tutkimus tuottaa?

- Hoidollinen yhteistyö -mittari on validi ja käyttökelpoinen mittaamaan potilaan ja hoitajan välistä yhteistyötä akuuttipsykiatrian osastoilla Suomessa.
- Sekä potilas- että hoitajaryhmässä omahoitajasuhdetta arvioitiin paremmaksi kuin osaston ilmapiiriä ja ympäristöä.

Miten tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön käytännön, koulutuksen ja/tai tutkimuksen kehittämisessä?

- Tuloksia voidaan hyödyntää ottamalla Hoidollinen yhteistyö -mittari käyttöön psykiatrian akuuttiosastoilla yhdeksi laadun arvioinnin ja kehittämisen työvälineeksi. Käytännön hoitotyössä Hoidollinen yhteistyö -mittari voi tuoda hoitajien taidot ja osaamisen näkyväksi, ja sen avulla voidaan seurata hoitajien aktiivisuutta hoitosuhteessa sekä määrällisesti että laadullisesti.
- Tuloksia voidaan hyödyntää johtamisessa ja hoitajien koulutuksen suunnittelussa kiinnittämällä huomiota ja kohdentamalla interventioita mittarin avulla esille tulleisiin kehittämiskohteisiin.
- Tulosten avulla voidaan kehittää psykiatristen akuuttiosastojen olosuhteita ja ympäristöä, jotta ne edistäisivät potilaan ja hoitajan välisen hoidollisen yhteistyön ja vuorovaikutuksen kehittämistä.

kolme osastoa olivat akuutteja vastaanotto-osastoja. Tutkija ja tutkimuskoordinaattori informoivat tutkimuksesta yksiköiden ylihoitajia. Heidän luvullaan tutkijat ottivat yhteyden yksiköiden osastonhoitajiin, joille lähetettiin tarvittava informaatio tutkimuksesta. Tutkija ja tutkimuskoordinaattori kävivät tapausmassa tutkimusyksiköiden osaston- ja apulaisosastonhoitajia tai vaihtoehtoisesti osastokokouksissa tiedotettiin henkilökunnalle tutkimuksesta.

Aineiston keruu

Mittarin esitetaus toteutettiin toukuussa 2019 kahden viikon aikana. Tutkimusosastojen yhteyshenkilöille lähetettiin sähköinen tiedote sekä materiaali eli tietoon perustuva suostumus -lomake sekä mittari, kirjallisina eteenpäin välitettäväksi. Mittari lähetettiin kymmenen tutkimusosaston 15 potilaalle ja 15

hoitajalle. Tavoiteltu tutkimusjoukko oli yhteensä 150 potilasta ja 150 hoitajaa. Osastojen yhteyshenkilö tiedotti tutkimusosastoilla tutkimuksesta, jakoi informaatiota suullisesti ja kirjallisesti sekä koordinoi tutkimukseen halukkaiden osallistumista. Tutkimukseen osallistuvat saivat kirjallisen tiedotteen, joka sisälsi informaation tutkimusprosessista sekä tutkimuksen hyödyistä ja mahdollisista rajoituksista. Tutkija ylläpiti tietosuojaselostetta, jonka tutkimuksesta kiinnostunut sai pyydettäessä. Tutkimuksesta kiinnostuneet saivat myös tutkijoiden yhteystiedot lisätietojen kysymistä varten. Potilaille varattiin mittariin vasaamiseen niin paljon aikaa, kuin nämä halusivat. Vastajat palauttivat mittarin erillisissä suljetuissa kirjekuorissa tutkijalle. Tutkimusryhmä analysoi aineiston yliopiston tilastotieteilijän avustuksella.

Tilastolliset menetelmät

Mittaria testattiin 50 potilaan ja 68 mielterveysalalla työskentelevän hoitajan otoksella akuuttipsykiatrian osastoilla kahdessa yliopistosairaalassa. Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla. Kysymyksille 2 ja 4 laskettiin *Scoring of the Therapeutic Engagement Questionnaires for service users and for mental health nurses* -ohjeistuksen mukaisesti väittämien yhteispisteet (=score) kaikille niille henkilöille, jotka olivat vastanneet kaikkiin kysymysten 20 väittämään. Tällöin kysymyksen yhteispistemäärä 20–35 edellyttää välitöntä reagointia tilanteeseen, pistemäärä 36–63 osoittaa tarpeen lisähuomion kiinnittämiseen ja pistemäärä 64–80 ilmaisee tilanteen olevan positiivisella tasolla.

Aineistoa kuvailtiin frekvenssein ja prosentein, mediaanein ja kvartiiliväleihin (IQR) sekä keskiarvoin ja keskihajonnoin

(SD) muuttujien jakaumista riippuen. Ryhmien välisiin vertailuihin käytettiin Khiin neliötestiä ja Mann-Whitney U -testiä. VAS-asteikollisia kysymyksiä verrattiin keskenään sekä kysymysten 2 ja 4 yhteispisteitä keskenään potilais- ja hoitajaryhmissä erikseen Wilcoxonin testillä.

Kysymysten 2 ja 4 väittämien sisäistä yhtenäisyyttä tarkasteltiin Cronbachin alfa -kertoimien avulla, sekä laskemalla kunkin väittämän korrelaatiot suhteessa totaaliin (erotteluindeksi, engl. item-total correlation eli osion korrelaatio yhteispistemäärän kanssa).

Mittarin rakennevaliditeettia arvioitiin pääkomponenttiallyysillä (PCA = principal component analysis). Se on tilastollinen monimuuttujamenetelmä ja tiivistää useiden muuttujien informaation muutamaan komponenttiin, jotka selittävät suurimman osan aineiston

vaihtelusta. Pääkomponenttiallyysi suoritettiin potilaiden ja hoitajien vastauksille sekä kysymyksille 2 ja 4 erikseen, käyttäen vinokulmarotaatiomenetelmää (oblique rotation, direct oblimin). Ennen pääkomponenttiallyysiä tarkasteltiin väittämien välisiä korrelaatiokertoimia. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) -testin sekä Bartlettin sfäärisyystestin avulla tarkasteltiin aineiston soveltuvuutta pääkomponenttiallyysiin. Kaikissa tilastollisissa testeissä tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin $p < 0,05$.

TULOKSET

Taustatiedot

Kyselylomakkeisiin vastasi kaikkiaan 50 potilasta ja 68 hoitajaa. Potilaiden mediaani-ikä oli 35 vuotta (IQR 28–49,5 vuotta) ja hoitajien mediaani-ikä 41,5 vuotta (31,3–47,0). Potilaista naisia oli 30 ja miehiä 18. Hoitajista naisia oli 45

Taulukko 1. Kuvailevat tunnusluvut potilaiden ja hoitajien taustatiedoista sekä kyselyvastauksista.

	Potilaat (N=50)		Hoitajat (N=68)		
TAUSTATIEDOT					
	Mediaani (IQR) tai N (%)	Puuttuvia	Mediaani (IQR) tai N (%)	Puuttuvia	p-arvo
Ikä	35,0 (28,0–49,5)	9	41,5 (31,3–47,0)	0	0,08 ^a
Sukupuoli	Nainen: 30 (60,0) Mies: 18 (36,0)	2	Nainen: 45 (66,2) Mies: 23 (33,8)	0	0,16 ^b
Ammattiryhmä	–	–	Sairaanh.: 47 (69,1) Erikoissairaanh.: 7 (10,3) Mielenterveysh.: 9 (13,2) Muu: 3 (4,4)	2	–
Työkokemus vuosina	–	–	12,5 (5,4–10,3)	2	–
KYSELYN VASTAUKSET					
	Mediaani (IQR), Keskiarvo (SD)	Puuttuvia	Mediaani (IQR), Keskiarvo (SD)	Puuttuvia	p-arvo
Osaston ilmapiiri ja ympäristö VAS-asteikolla	7,5 (5,5–9,0) 6,8 (2,8)	12	8,0 (7,5–8,5) 8,2 (0,8)	15	0,06 ^a
Omahoitajasuhde VAS-asteikolla	8,8 (6,1–9,5) 7,6 (2,6)	14	8,5 (7,5–9,0) 8,3 (0,8)	22	0,87 ^a
<i>p-arvo</i> ^c	0,003		0,34		
Osaston ilmapiiri ja ympäristö, kokonaispisteet	63,0 (53,0–72,0) 61,8 (12,4)	7	63,0 (59,8–70,0) 64,0 (6,8)	2	0,49 ^a
Omahoitajasuhde, kokonaispisteet	72,0 (56,5–79,0) 66,6 (14,5)	13	69,0 (63,0–75,3) 69,0 (7,2)	6	0,63 ^a
<i>p-arvo</i> ^c	< 0,001		< 0,001		

^a Mann-Whitney U -testin p-arvo

^b Khiin neliötestin p-arvo

^c Wilcoxonin testin p-arvo

ja miehiä 23. Hoitajista sairaanhoitajia oli 47, erikoissairaanhoitajia seitsemän, mielenterveyshoitajia yhdeksän ja muita kolme. Hoitajien työkokemuksen medianipituus oli 12,5 vuotta (5,4–10,3) (taulukko 1).

Mittarin validointi

Kysymysten 2 ja 4 väittämien välistä yhtenäisyyttä tutkittiin korrelaatioilla ja Cronbachin alfa-kertoimella. Kysymyksen 2 väittämien erotteluindeksit potilasryhmässä vaihtelivat välillä 0,58–0,88 ja hoitajaryhmässä välillä 0,40–0,75. Kysymyksen 4 väittämien erotteluindeksit vaihtelivat potilasryhmässä välillä 0,62–0,92 ja hoitajaryhmässä välillä 0,33–0,76 (taulukko 2). Omahoitajasuhdekysymyksen osalta hoitajaryhmässä heikoin erotteluindeksi oli väittämällä 10, muiden väittämien erotteluindeksit ylittävät arvon 0,5. Cronbachin alfa oli molemmissa ryhmissä molempien kysymysten osalta korkeita (taulukko 2). Potilasryhmässä kysymyksen 2 Cronbachin alfa oli 0,96 ja hoitajaryhmässä 0,92. Kysymyksen 4 Cronbachin alfa oli potilasryhmässä 0,98 ja hoitajaryhmässä 0,94. Yhdenkään väittämän poistaminen kysymyksestä ei kasvattanut Cronbachin alfaa.

Kysymysten 2 ja 4 rakennevaliditeettia arvioitiin molemmissa ryhmissä erikseen pääkomponenttianalyseilla, joiden tuloksia esitellään taulukoissa 3 ja 4. Kysymyksen 2 osalta potilasryhmässä yleinen KMO oli 0,83 ja yksittäisiin väittämiin liittyvät KMO-arvot vaihtelivat välillä 0,68–0,92. Ne ovat Kaiserin (1974)

mukaan kaikki hyväksyttävällä tasolla. Bartlettin sfäärisyystestin p-arvo oli <0,001, mikä puoltaa aineiston soveltuvuutta pääkomponenttianalyysiin. Kommunaliteetit olivat kaikilla väittämällä yli 0,6. Pääkomponenttianalyysillä tunnistettiin neljä komponenttia, joiden ominaisarvot ylittivät ykkösen. Vinokulmaratotoitu ratkaisu johti tulkinallisesti mielekkääseen lopputulokseen paljastaen neljä komponenttia. Ensimmäiselle pääkomponentille latautuneet väittämät kuvasivat hoitajien valmiuksia tukea potilasta osallistumaan hoitosuunnitelmaan, joten siitä muodostettu ulottuvuus nimettiin itsenäisen hoitosuunnitelman tukemiseksi. Toiselle pääkomponentille latautuivat kommunikaatioon ja ilmaisuihin liittyvät muuttujat, joten ulottuvuudelle annettiin nimeksi toimiva vuorovaikutus. Kolmannelle pääkomponentille latautui yksi ulottuvuus, joka nimettiin voinnin huononemiseen varautumiseksi. Neljäs ulottuvuus nimettiin potilasta kunnioitavaksi hoidoksi, koska siihen latautuivat hoitajien myötätuntoista käytöstä kuvaavat muuttujat.

Kysymyksen 2 osalta hoitajaryhmässä yleinen KMO oli 0,83 ja yksittäisiin väittämiin liittyvät KMO-arvot vaihtelivat välillä 0,73–0,93, joten ne olivat hyväksyttävällä tasolla. Bartlettin sfäärisyystestin p-arvo oli <0,001. Kommunaliteetit vaihtelivat välillä 0,48–0,74. Pääkomponenttianalyysi tunnisti neljä ominaisarvoltaan ykkösen ylittävää komponenttia. Vinokulmaratotoitun ratkaisun paljastamien neljän komponentin tulkinat olivat mielekkäitä: ensimmäiselle pääkomponentille

latautuneet muuttujat kuvasivat myötätuntoista käytöstä ja hoitosuunnitelmaan osallistamista, joten se nimettiin hyväksyttäväksi yhteistyöksi ja hoitosuunnitelman toteuttamisen tukemiseksi. Toiselle pääkomponentille latautuivat kunnioitukseen ja vuorovaikutukseen liittyvät muuttujat, joten se nimettiin kunnioitavaksi vuorovaikutukseksi. Kolmannelle pääkomponentille latautuneet muuttujat kuvasivat harkittujen riskien ottamiseen tukemista sekä etukäteissuunnitelmien tekemistä, ja se nimettiin haasteisiin varautumiseksi. Neljäs ulottuvuus nimettiin potilasta kunnioitavaksi hoidoksi, koska siihen latautuivat hoitajien myötätuntoista käytöstä kuvaavat muuttujat.

Kysymyksen 4 osalta potilasryhmässä yleinen KMO oli 0,87 ja yksittäisten väittämien KMO-arvot vaihtelivat 0,80–0,93 välillä. Nämä olivat kaikki hyväksyttävällä tasolla. Bartlettin sfäärisyystestin p-arvo oli < 0,001. Kommunaliteetit vaihtelivat välillä 0,67–0,87. Pääkomponenttianalyysi tunnisti kaksi komponenttia. Vinokulmaratotoitun ratkaisun kahden komponentin voitiin tulkitella ilmentävän toimivaa vuorovaikutusta ja hoitosuunnitelmaan osallistumista.

Kysymyksen 4 osalta hoitajaryhmässä yleinen KMO oli 0,86 ja yksittäisten väittämien KMO-arvot olivat vaihteluvälillä 0,58–0,95, joten ne olivat kaikki hyväksyttäviä. Bartlettin sfäärisyystestin p-arvo oli < 0,001 ja kommunaliteetit olivat kaikki yli 0,5. Pääkomponenttianalyysillä löydettiin neljä komponenttia. Vinokulmaratotoitu ratkaisu osoitti kahteen ensimmäiseen komponenttiin kuuluvan useita väittämiä, jotka liittyivät huolehtivaan hoitoon ja hoitosuunnitelmaan osallistamiseen, joiksi ne nimettiin. Kolmannelle pääkomponentille latautunut muuttuja kuvasi harkittujen riskien ottamiseen tukemista. Neljännelle ulottuvuudelle latautui väittämä, joka koski etukäteen tehtyjä suunnitelmia voinnin huononemisen varalle, ja se nimettiin voinnin huononemiseen varautumiseksi.

Hoidollinen yhteistyö VAS-asteikolla mitattuna

Osaston ilmapiiriin ja ympäristöön liittyvän VAS-asteikollisen kysymyksen (kysymys 1) mediaani oli potilailla 7,5 (IQR 5,5–9,0) ja hoitajilla 8 (7,5–8,5). Omahoitajasuhteeseen liittyvä VAS-asteikollinen kysymys (kysymys 3) sai

Taulukko 2. Mittarien yhtenäisyys. Kysymysten 2 ja 4 väittämien korrelaatiot yhteispisteisiin sekä Cronbachin alfat.

	Potilaat	Hoitajat
Osaston ilmapiiri ja ympäristö (kysymys 2)		
	N=43	N=66
Item-total -korrelaatiot, vaihteluväli	0,58–0,88	0,40–0,75
Cronbachin alfa	0,96	0,92
Omahoitajasuhde (kysymys 4)		
	N=37	N=62
Item-total -korrelaatiot, vaihteluväli	0,62–0,92	0,33–0,76
Cronbachin alfa	0,98	0,94

Taulukko 3. Pääkomponenttianalyysin tulokset kysymyksen 2 eli hoitajien luoma ympäristö ja ilmapiiri osastolla.

Väittäjä	Potilaat (N=43)					Hoitajat (N=66)				
	Komp 1	Komp 2	Komp 3	Komp 4	Kommunali- teetit	Komp 1	Komp 2	Komp 3	Komp 4	Kommunali- teetit
V1				-0,84	0,74				0,77	0,74
V2				-0,53	0,69				0,80	0,66
V3				-0,50	0,72	0,80				0,67
V4				-0,80	0,82	0,75				0,59
V5	0,40				0,63				0,64	0,57
V6	0,61				0,77				0,44	0,48
V7		-0,60			0,83	0,67				0,50
V8		-0,68			0,75				0,59	0,53
V9		-0,40			0,63			0,64		0,64
V10	0,82				0,62			0,56		0,60
V11	0,78				0,78	0,74				0,74
V12	0,79				0,78	0,63				0,67
V13		-0,85			0,81	0,70				0,56
V14				-0,50	0,85				0,42	0,57
V15				-0,59	0,78		-0,72			0,70
V16	0,48				0,81	0,49				0,65
V17		-0,64			0,79		-0,51			0,49
V18	0,64				0,83		-0,71			0,64
V19			0,77		0,84			0,83		0,67
V20	0,63				0,78		-0,57			0,69
Komponentin selitysosuus %	57,18	8,24	5,50	5,33		41,41	8,27	6,53	5,62	
Kaiser-Meyer-Olkin otoksen riittävyden mitta	Yleinen KMO-mitta: 0,83 Yksittäisten muuttujien KMO-mittojen vaihteluväli: 0,68–0,92					Yleinen KMO-mitta: 0,83 Yksittäisten muuttujien KMO-mittojen vaihteluväli: 0,73–0,93				
Bartlettin testin p-arvo	< 0,001					< 0,001				

potilailla mediaanin 8,8 (6,1–9,5) ja hoitajilla 8,5 (7,5–9). Kummankaan kysymyksen osalta ero potilaiden ja hoitajien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Potilasryhmässä omahoitajasuhteen VAS-arviot olivat korkeampia kuin osaston ilmapiiriin ja ympäristöön liittyvät VAS-arviot. Hoitajaryhmässä samanlaista eroa ei havaittu (taulukko 1).

Hoidollinen yhteistyö Likert-asteikolla

Koska kysymysten 2 (hoitajien luoma osaston ympäristö ja ilmapiiri) ja 4 (yksilöllinen yhteistyö potilaan ja omahoita-

jan välillä) väittämien yhteispisteet eivät olleet normaalisti jakautuneet, laskettiin niille *Scoring of the Therapeutic Engagement Questionnaires for service users and for mental health nurses* -ohjeistuksen mukaisten keskiarvojen ja -hajontojen lisäksi myös mediaanit ja kvartiilivälit. Potilailla osaston ilmapiiriin ja ympäristön (kysymys 2) mediaaniyhteispisteet olivat 63 (IQR 53–72) ja myös hoitajilla 63 (59,8–70). Molemmat mediaaniyhteispisteet kuuluvat ohjeistuksen mukaan kategoriaan "Tarve huomion kiinnittämiseksi", mutta ovat kuitenkin melko lähellä pistemäärää 64, joka on "Positiivinen

taso" -kategorian alaraja. Jos tarkastellaan pistemäärien keskiarvoja, potilaiden lukema 61,8 (SD 12,4) jää positiivisen tason alapuolelle ja hoitajien lukema 64 (6,8) ylittää positiiviselle tasolle. Potilailla omahoitajasuhteen (kysymys 4) mediaaniyhteispisteet olivat 72 (56,5–79) ja hoitajilla 69 (63–75,3). Molemmat yltyvät positiiviselle tasolle. Potilaiden ja hoitajien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja kummankaan kysymyksen yhteispisteiden osalta (taulukko 2). Omahoitajasuhdetta arvioitiin sekä potilas- että hoitajaryhmässä paremmaksi kuin osaston ilmapiiriä ja ympäristöä.

Taulukko 4. Pääkomponenttianalyysin tulokset kysymykseen 4 eli omahoitajan työskentely.

Väittäjä	Potilaat (N=37)			Hoitajat (N=62)				
	Komp 1	Komp 2	Kommunali- teetit	Komp 1	Komp 2	Komp 3	Komp 4	Kommunali- teetit
V1	0,92		0,76	0,77				0,62
V2	0,67		0,80	0,74				0,60
V3	0,90		0,81	0,68				0,59
V4	1		0,81	0,61				0,64
V5	0,54		0,68		0,75			0,56
V6	0,69		0,75		0,40			0,68
V7	0,95		0,78		0,75			0,59
V8	0,70		0,69	0,74				0,62
V9	0,89		0,82	0,75				0,73
V10		0,83	0,75			0,81		0,78
V11		0,84	0,68		0,74			0,68
V12	0,74		0,81		0,59			0,73
V13		0,81	0,67		0,58			0,72
V14	0,99		0,85	0,86				0,75
V15	0,79		0,79	0,52				0,51
V16	0,86		0,84	0,76				0,65
V17	0,88		0,87	0,73				0,78
V18	0,76		0,72	0,73				0,60
V19		0,70	0,69				-0,59	0,68
V20	0,97		0,87	0,44				0,56
Komponentin selitysosuus %	70,88	6,29		45,88	7,70	6,31	5,44	
Kaiser-Meyer-Olkin otoksen riittävyden mitta	Yleinen KMO: 0,87 Yksittäisten muuttujien KMO-mittojen vaihteluväli: 0,80–0,93			Yleinen KMO: 0,86 Yksittäisten muuttujien KMO-mittojen vaihteluväli: 0,58–0,95				
Bartlettin testin p-arvo	< 0,001			< 0,001				

Osaston ilmapiirin ja ympäristön osalta matalimmat arviot saivat potilailta väittämät 6 (itseilmaisuuhan rohkaisu), 16 (potilaan tunteista ja peloista välittäminen ja niihin suhtautuminen asianmukaisesti) ja 19 (etukäteissuunnitelmat voimien huononemisen varalle). Hoitajilta matalimmat arviot liittyivät väittämiin 6, 10 (tukeminen harkittuun riskinottoon ja mukavuusalueen ulkopuolelle siirtymiseen) ja 18 (valinnoissa tukeminen). Omahoitajasuhteen osalta sekä potilaat että hoitajat arvioivat matalimmiksi keskenään samat väittämät: 2 (kaikissa tilanteissa tukeminen), 10 ja 18.

POHDINTA Tulosten tarkastelu

Mittarin esitestauksen tulokset osoittavat, että sekä potilas- että hoitajaryhmässä arvioitiin omahoitajasuhdetta paremmaksi kuin osaston ilmapiiriä ja ympäristöä. Hoitajien ammattitaito ja ammatillisuus arvioitiin korkeaksi. Osaston ilmapiirin ja ympäristön osalta matalimmat arviot saivat potilailta itseilmaisuuhan rohkaisu, potilaan tunteista ja peloista välittäminen ja niihin suhtautuminen asianmukaisesti sekä etukäteissuunnitelmat voimien huononemisen varalle. Hoitajilta matalimmat arviot liittyivät itseilmaisuuhan rohkaisuun,

harkittuun riskinottoon tukemiseen ja mukavuusalueen ulkopuolelle siirtymiseen sekä valinnoissa tukemiseen. Omahoitajasuhteen osalta sekä potilaat että hoitajat arvioivat matalimmiksi samat väittämät: kaikissa tilanteissa tukeminen, tukeminen harkittuun riskinottoon ja mukavuusalueen ulkopuolelle siirtymiseen sekä valinnoissa tukeminen.

Banks ja Priebe (2020) korostavat tutkimuksessaan hoitoympäristön ilmapiirin ja ympäristön merkitystä. Heidän mukaansa hoitoympäristön terapeuttisuutta tulisi tarkastella entistä enemmän riskienhallinnan ja potilaan lääkemyöntyvyyden rinnalla. Delaney ym. (2015)

tutkivat CAPE -mittarilla (Combined Assessment of Psychiatric Environments) psykiatrista hoitoympäristöä ja korostavat, että siihen liittyy hoitajien kokema turvallisuudentunne, työn arvostus, esimiestuki, yhteistyö potilaiden ja verkoston kanssa sekä kokemus tavoitteiden saavuttamisesta. Molinin ym. (2016) mukaan hoitoympäristön huono laatu, valtasuhteiden epätasaisuus ja rakenteiden puute voivat muodostua jopa hoidon esteiksi.

Roviralta-Vilella ym. (2019) korostavat hoitajien koulutuksen, kielen ja käsitteiden sekä hoitotyön filosofian yhteyttä terapeuttiin hoitosuhteisiin. Goulterin ym. (2015) mukaan on välttämätöntä, että hoitajat luovat ja vakiinnuttavat uudella tavalla mielenterveyshoitotyön käytäntöjä, ajankäyttöään sekä läsnäoloaan potilaiden kanssa. Hoidollinen yhteistyö hoitajan ja potilaan välillä edellyttää syvällistä ja persoonallista tietämystä, joka saavutetaan ajan, ymmärryksen sekä taitojen kehittymisen myötä (Shattell ym. 2007). Cleary ym. (2012) toteavat, että tarvitaan jatkotutkimusta niistä olosuhteista, jotka edistävät hoidollisten yhteistyötaitojen ja vuorovaikutuksen kehittymistä. Pazaradin ym. (2015) mukaan potilas-hoitajasuhteeseen vaikuttavia yksilöllisiä ja organisatorisia tekijöitä ei ole aiemmin tutkittu tarpeeksi.

Tämän tutkimuksen tulokset tukevat aiempia tutkimustuloksia, joiden mukaan osaston ilmapiiriin ja ympäristöön tulisi kiinnittää huomiota. Terapeuttisen ympäristön kehittämistarpeen lisäksi tässä tutkimuksessa nousi esiin se, että potilaat kokevat tarvitsevansa enemmän tukea ja rohkaisua omahoitajaltaan. Näillä hoitosuhdetyön tekijöillä voi olla vaikutusta riskienhallintaan, potilasturvallisuuteen ja potilaan hoito- ja lääkemyöntyyvyyteen (Banks & Priebe 2020). Olisikin tärkeää tutkia hoidollisen yhteistyön toteutumista organisaatio- ja yksikkötasolla, jotta voitaisiin kehittää myös sellaista johtamista, joka tukisi hoidollisen yhteistyön toteutumista. Erilaisin koulutuksellisin keinoin voisi olla mahdollista vahvistaa hoitajien valmiuksia hoidollisen yhteistyön kehittämiseen.

Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tätä tutkimusta tehtäessä noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan eettisiä ohjeita (2019) ja hyvän tieteellisen käytännön periaatteita (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, Hirsjärvi ym. 2016). Tutkimus on saanut 15.10.2018 HUSin tutkimuseettisen toimikunnan puollon (asianumero HUS/2605/2018). Aineiston keruuta varten on saatu tutkimusorganisaatioilta asianmukaiset tutkimusluvut (HUS/161/2019 ja TJ243/2018).

Tutkimukseen osallistuvilla kerrottiin kirjallisesti ja suullisesti tutkimuksesta ja sen myötä tapahtuvasta henkilötietojen käsittelystä. Tutkija varmisti tutkimuskysikön yhteishenkilön antaman informaation avulla, että osallistujat ymmärsivät saamansa tiedon tutkimuksen tarkoituksesta ja käytettävistä menetelmistä. Heille laadittu tiedote sisälsi informaation tutkimusprosessista sekä sen tuomista hyödyistä ja mahdollisista rajoituksista. Tutkimukseen osallistuvilla kerrottiin osallistumisen vapaaehtoisuus, tutkijan yhteystiedot, kyselytutkimuksen aihe, aineistonkeruun toteutustapa ja arvioitu ajankäyttö sekä kerättävän aineiston käyttötarkoitus, säilytys ja jatkosäilytys. Tutkijoiden yhteystiedot olivat mukana lisätietojen kysymistä varten. Tutkimukseen osallistuva päätti itse suostumuksestaan. Hänelle annettiin riittävästi aikaa päätöksentekoon. Tutkimuksessa ei kerätty muita tunnistetietoja kuin tutkittavien allekirjoitetut suostumukset. Osallistujille kerrottiin siitä, että alkuperäinen allekirjoitettu suostumus-lomake jää tutkijalle ja että he saavat kopion lomakkeesta. Tutkimusaineiston suojaamisesta ja luottamuksellisuudesta huolehdittiin, aineisto säilytettiin tutkijan huoneessa lukitussa kaapissa ja henkilötiedot hävitetään, kun niitä ei enää tarvita tutkimukseen.

Tutkittavat potilaat pystyivät kieltäytymään tai jättäytymään pois tutkimuksesta ilman, että sillä oli vaikutusta heidän hoitoonsa. Osallistujien tietosuoja taattiin, ja heidän tietojään käsitteli ainoastaan tutkimusryhmä, joka noudatti Helsingin julistuksen (2013) eettisiä ja juridisia periaatteita.

Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että mukana oli alusta lähtien tutkimusryhmän ulkopuolisia asiantuntijoita:

Asiantuntijaraadit nostivat erityisosamisellaan tutkimusnäkömyksen monipuolisuutta. Kielenkääntäjä ja tilastotieteilijä taas puolestaan toivat osamisellaan tutkimukseen tarkkuutta ja tasokkuutta myös luotettavuuden näkökulmasta. Tutkimukseen osallistuminen perustui potilaiden vapaaehtoisuuteen ilman, että henkilökunta arvioi potilaan sopivuutta tai mahdollista psyykkistä vointia.

Koska aineisto kerättiin mittarin esitestaamista varten, ei ollut tarkoituksenmukaista koota kovin suurta otosta. Kysymyksiin jätettiin jonkin verran vastaamatta, mikä johti siihen, että pääkomponenttianalyysiin ei saatu mukaan koko potilas- ja hoitajaryhmiä. Suuremmassa aineistossa pääkomponenttianalyysi mahdollisesti johtaisi entistä selkeämmin erottuvien komponenttien muodostumiseen. Mittarin reliabiliteetti oli Englannissa toteutetussa tutkimuksessa todettu vahvaksi, sillä potilasryhmässä kysymyksen 2 Cronbachin alfa oli 0,97 ja hoitajaryhmässä 0,96. Kysymyksen 4 Cronbachin alfa oli potilasryhmässä 0,98 ja hoitajaryhmässä 0,95. (Chambers ym. 2019.) Item-total korrelaatioissa hoitajien kysymyksissä kaksi yksittäistä väittämää (harkittuun riskinottoon ja hoitosuunnitelmien laatimiseen tilanteen huononemisen varalle liittyvät väittämät) korreloivat muita heikommin. Tähän voi vaikuttaa psykiatrian alalla työskentelevien hoitajien turvallisuushakuinen työskentelykulttuuri (Slemon ym. 2017, Rio ym. 2020).

Yleisemminkin tilastollisten analyysien yleistettävyyttä heikentää pieni otoskoko (Viikka 2007). Tässä tutkimuksessa vastausaika oli lyhyt, kaksi viikkoa, ja eri yksiköistä saatiin otokseltaan eroavia vastausmääriä, minkä vuoksi yksikökohtaisia analyysejä ei tehty tässä esitestaussvaiheessa. Sen kuitenkin voidaan arvioida olevan tarpeellinen lähtö-tutkimus mittarin laajemmalle käytölle.

PÄÄTELMÄT JA SUOSITUKSET

Hoidollinen yhteistyö -mittari on validi mitattaessa potilaan ja hoitajan välistä yhteistyötä otoskoon ollessa riittävän suuri ja kattava. Hoidollinen yhteistyö -mittaria käyttäen voidaan saada tietoa osaston ilmapiiristä ja ympäristöstä sekä potilaiden ja hoitajien välisestä yhteistyöstä. Mittarin avulla kerättyä

tietoa voidaan hyödyntää psykiatrisen hoitotyön laadun kehittämisessä. Mittarin esitestaus osoitti eroja siinä, miten potilaat ja hoitajat kokevat osaston ilmapiirin ja ympäristön sekä omahoitajasuhteen. Hoitajien ammattitaito ja ammatillisuus arvioitiin korkeaksi, mutta sekä potilaat että hoitajat toivat esille, että potilaita voisi enemmän rohkaista itseilmaisuuksiin, harkittuun riskinottoon ja mukavuusalueen ulkopuolelle siirtymiseen. Toimintatapoja tulisi arvioida ja kehittää siten, että ne tukevat potilaita erityisesti niillä alueilla, jotka he kokevat tärkeiksi. Jatkossa olisi arvokasta selvittää eri yksiköiden sisäisiä ja niiden välisiä eroavaisuuksia psykiatrisessa hoidossa ja pohtia korjaavia interventioita vastausten antaman tiedon mukaisesti. Olisi myös hyödyllistä laajentaa mittarin testausta muille psykiatrian erikoisaloille akuuttipsykiatrian lisäksi.

Rahoitus

Tutkimushanketta on tukenut National Institute for Health Research (NIHR) Applied Research Collaboration South London (NIHR ARC South London).

LÄHTEET

- Alexiou E, Degl' Innocenti A, Kullgren A, Wijk H. 2016. The impact of facility relocation on patients' perceptions of ward atmosphere and quality of received forensic psychiatric care. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 42, 1–7.
- Banks C, Priebe S. 2020. Scales for assessing the therapeutic milieu in psychiatric inpatient settings: a systematic review. *General Hospital Psychiatry* 66, 44–50.
- Barr PJ, Elwyn G. 2016. Measurement challenges in shared decision making: putting the 'patient' in patient-reported measures. *Health Expectations* 19(5), 993–1001.
- Cameron D, Kapur R, Campbell P. 2005. Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: a human relations perspective of the nurse-patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12(1), 64–74.
- Chambers M, McAndrew S, Nolan F, Thomas B, Watts P, Kantaris X. 2017. Service user involvement in the coproduction of a mental health nursing metric: The Therapeutic Engagement Questionnaire. *Health Expectations* 20(5), 871–877.
- Chambers M, McAndrew S, Nolan F, Thomas B, Watts P, Grant R, Kantaris X. 2019. The Therapeutic Engagement Questionnaire (TEQ): a service user-focused mental health nursing outcome metric. *BMC Psychiatry* 19(1), 384.
- Cleary M, Hunt GE, Horsfall J, Deacon M. 2012. Nurse-patient interaction in acute adult inpatient mental health units: a review and synthesis of qualitative studies. *Issues in Mental Health Nursing* 33(2), 66–79.
- Delaney KR, Johnson ME, Fogg L. 2015. Development and testing of the combined assessment of psychiatric environments: a patient-centered quality measure for inpatient psychiatric treatment. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 21(2), 134–147.
- Elliott R. 2012. Qualitative methods for studying psychotherapy change processes. Teoksessa: Thompson A, Harper D. (toim.) *Qualitative research methods in mental health & psychotherapy: an introduction for students & practitioners*. Wiley-Blackwells, Chichester, 69–81.
- Goulter N, Kavanagh DJ, Gardner G. 2015. What keeps nurses busy in the mental health setting? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 22(6), 449–456.
- Hatcher RL, Lindqvist K, Falkenström F. 2020. Psychometric evaluation of the Working Alliance Inventory -therapist version: current and new short forms. *Psychotherapy Research* 30(6), 706–717.
- Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. 2016. Tutki ja kirjoita (15. osin uudistettu painos). Tammi, Helsinki.
- IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 24.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Johansson H, Eklund M. 2004. Helping alliance and ward atmosphere in psychiatric inpatient care. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 77(4), 511–523.
- Kaiser HF. 1974. An index of factorial simplicity. *Psychometrika* 39(1), 31–36.
- Kankkunen P, Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY, Helsinki.
- Maailman Lääkäriliitto 2013. Helsingin julistus <https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/etiikka/helsingin-julistus/> [luettu 10.3.2020]
- McAllister S, Robert G, Tsianakas V, McCrae N. 2019. Conceptualising nurse-patient therapeutic engagement on acute mental health wards: an integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 93, 106–118.
- McAndrew S, Chambers M, Nolan F, Thomas B, Watts P. 2014. Measuring the evidence: reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards. *International Journal of Mental Health Nursing* 23(3), 212–220.
- McCabe R, Priebe S. 2004. The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings. *International Journal of Social Psychiatry* 50(2), 115–128.
- McGuire-Snieckus R, McCabe R, Catty J, Hansson L, Priebe S. 2007. A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR. *Psychological Medicine* 37(1), 85–95.
- Molin J, Hällgren Graneheim U, Ringnér A, Lindgren B-M. 2016. From ideals to resignation – interprofessional teams perspectives on everyday life processes in psychiatric inpatient care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 23(9/10), 595–604.
- Palviainen M, Soininen P, Paavilainen E, Koivisto A-M, Kylmä J. 2020. Sosiaalisen ilmapiirin kehittyminen HUS psykiatrian psykoosien ja oikeuspsykiatrian linjan vuodeosastoilla Safewards-mallin implementoinnin edetessä. *Tutkiva Hoitotyö* 18(1), 3–11.
- Pazargadi M, Fereidooni Moghadam M, Fallahi Knoshknab M, Alijani Renani H, Molazem Z. 2015. The therapeutic relationship in the shadow: nurses' experiences of barriers to the nurse-patient relationship in the psychiatric ward. *Issues in Mental Health Nursing* 36(7), 551–557.
- Priebe S, Gruyters T. 1993. The role of the helping alliance in psychiatric community care: a prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 181(9), 552–557.
- Rio JHM, Fuller J, Taylor K, Muir-Cochrane E. 2020. A lack of therapeutic engagement and consumer input in acute inpatient care planning limits fully accountable mental health nursing practice. *International Journal of Mental Health Nursing* 29(2), 290–298.
- Roche E, Madigan K, Lyne JP, Feeney L, O'Donoghue B. 2014. The therapeutic relationship after psychiatric admission. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 202(3), 186–192.
- Roviralta-Vilella M, Moreno-Poyato AR, Rodríguez-Nogueira Ó, Duran-Jordà X, Roldán-Merino JF, MiRTCIME.CAT Working Group. 2019. Relationship between the nursing practice environment and the therapeutic relationship in acute mental health units: a cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Nursing* 28(6), 1338–1346.
- Shattell MM, Starr SS, Thomas SP. 2007. 'Take my hand, help me out': mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing* 16(4), 274–284.
- Slemon A, Jenkins E, Bungay V. 2017. Safety in psychiatric inpatient care: the impact of risk management culture on mental health nursing practice. *Nursing Inquiry* 24(4), e12199.
- Tenkanen H, Taskinen H, Kontio R, Repo-Tiihonen E, Tiihonen J, Kinnunen J. 2016. Nurses' time use in forensic psychiatry: core interventions outlined in the Finnish clinical practice guideline on schizophrenia. *Journal of Forensic Nursing* 12(2), 64–73.
- TENK 2019. Ihmisen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarviointin_ohje_2019.pdf [luettu 1.5.2020]
- Vilkka H. 2007. Tutki ja mittaa: määrällisen tutkimuksen perusteet. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.