

# Yksilöllinen hoito – potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu

## RIITTA SUHONEN

Sh, TtT, professori  
Turun yliopisto  
Hoitotieteen laitos

## HELENA LEINO-KILPI

Esh, THT, professori/ylihoitaja (sivutoiminen)  
Turun yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

## MARJA-LIISA GUSTAFSSON

Th, TtM, lehtori  
Turun yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
Turun ammatti-instituutti

## HARITINI TSANGARI

PhD, Statistician, Associate Professor  
University of Nicosia

## EVRIDIKI PAPASTAVROU

RN, PhD, Associate Professor, Lecturer,  
Principal Investigator  
Cyprus University of Technology  
School of Health Sciences, Department of  
Nursing

## TIIVISTELMÄ

Yksilöllistä hoitoa on tutkittu aiemmin sekä potilaiden että hoitajien osalta erilaisissa hoitotyön ympäristöissä, mutta samanaikaisia arviointeja yksilöllisestä hoidosta ei ole raportoitu. Tutkimuksen tarkoituksena oli verrata potilaiden ja hoitajien näkemyksiä yksilöllisestä hoidosta. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla kahden sairaanhoitopiirin seitsemän sairaalan yleiskirurgisilta vuodeosastoilta (n = 14). Kyselylomake sisälsi Yksilöllinen hoito -mittarin sekä taustamuuttujatiedot. Jokaista vuodeosastoa kohden jaettiin tutkimusajankohtana 9.9.–30.9.2009 kyselylomake järjestyksessä jokaiselta osastolta kotiutuvalle 25 potilaalle (n = 291, vastausosuus 82 %). Otantamenetelmä oli hoitajien osalta kokonaisotanta (n = 283, vastausosuus 79 %). Aineisto analysoitiin kuvailevan tilastotieteen menetelmin ja vertailut tehtiin kahden otoksen t-testillä. Potilaiden mielestä heidän yksilöllisyytään on tuettu jonkin verran hoitotyön keinoin, parhaiten kliinisen tilanteen ja heikkoiten henkilökohtaisen elämäntilanteen osalta. Hoitajat arvioivat tukevansa potilaiden yksilöllisyyttä hy-

## ABSTRACT

### Individualised care – comparison of patients' and nurses' assessments

*Riitta Suhonen, RN, PhD, Professor  
Helena Leino-Kilpi, RN, PhD, Professor and Nurse Manager  
Marja-Liisa Gustafsson, Public Health Nurse, MNSc, Senior lecturer  
Haritini Tsangari, PhD, Statistician, Associate Professor  
Evrudiki Papastavrou, RN, PhD, Associate Professor, Lecturer, Principal Investigator*

Individualised care has been studied from both the patients' and nurses' point of views in different healthcare contexts. However, comparisons between patients' and nurses' assessments at the same time have not been reported. The aim of this study was to compare patients' and nurses' perceptions on individualised nursing care. Data were collected from two hospital districts area, seven hospitals and fourteen general surgical units using questionnaires including the Individualised Care Scale and background variables. In consecutive order 25 discharging patients from each unit (N = 357, n = 291, response rate 82 %) were recruited during the data collection period 9.9.–30.9.2009. Total sample of nurses (N = 360, n = 283, 79 %) were recruited.

vin, mutta heidän arvionsa olivat potilaiden arvioita paremmat kaikissa arvioituissa osissa. Sekä potilaat että hoitajat arvioivat, että hoito oli yksilöllistä. Arvioinnit olivat hyvin samanlaiset ja näkemykset erosivat toisistaan ainoastaan kliinisen tilanteen osalta hoitajien arvion ollessa parempi. Tuloksia voidaan käyttää hoitotyön ja hoitoprosessien kehittämiseen.

Avainsanat: yksilöllisyys, hoitotyö, potilas, hoitaja

Data were analysed using descriptive statistics and t-test for comparison. Patients perceived that nurses have supported their individuality through nursing activities to some extent, most in the clinical situation and least in personal life situation. Nurses perceived that they have supported patient individuality well, and their assessments compared to patients were better in all content areas. Both the patients and nurses regarded that the care was individualised, and these assessments were similar and corresponded well, except in the clinical situation, where nurses' assessments were more positive. The results can be used in developing clinical nursing care and care processes.

Key words: individuality, nursing care, patient, nurse

#### **Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?**

- Hoidon yksilöllisyys ilmentää hoidon laatua ja on osa asiakaskeskeistä terveydenhuollon toimintaa.
- Hoidon yksilöllisyys on tärkeä sekä potilaiden että hoitajien näkökulmasta tarkasteltuna ja yksilöllinen hoitotyö saa aikaan hyviä hoitotuloksia potilaille.
- Potilaiden ja hoitajien arvioinnit hoidon laadun osatekijöistä eroavat toisistaan.

#### **Mitä uutta tutkimus tuo?**

- Potilaiden ja hoitajien arviot hoidon yksilöllisyydestä eroavat erityisesti yksilöllisyyden tukemisen osalta, ja siinä potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioimisessa hoidon lähtökohtana.
- Löydetty erot potilaiden ja hoitajien arvioinneissa mahdollistavat yksityiskohtaisen tarkastelun ja hoidon kehittämisen potilaiden yksilöllisyyden huomioon ottavaksi.

#### **Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutukselle ja johtamiselle?**

- Potilaiden ja hoitajien arvioinnit ovat käyttökelpoisia kehitettäessä hoitotyön laatua ja prosesseja.
- Hoitotyön johdon tehtävänä on edistää laadun arviointia eri näkökulmista ja pitää huolta, että näitä käytetään hoidon laadun kehittämiseksi.

## **Johdanto**

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tulee olla asiakaslähtöistä, erilaisille asiakkaille räätälöityjä ja yksilöllisiä (McCormack ym. 2010, STM 2012). Hoidon asiakaslähtöisyys ja yksilöllisyys ovat sekä kansallisten että kansainvälisten suositusten mukaisesti merkittäviä hoidon laadulle ja tervey-

denhuollon toiminnan toteutumiselle (WHO 2007, STM 2012). Aikaisempien tutkimusten perusteella hoidon yksilöllisyyden toteutumisessa on kuitenkin puutteita (Wilson & Neville 2008, Suhonen ym. 2010a,b,c) ja näkemykset yksilöllisyyden toteutumisesta hoidossa eroavat arvioijasta riippuen (Chappell ym. 2007, Radwin ym. 2009, Petroz ym. 2011). Aikaisempaa kirjallisuutta löytyy erittäin vähän siitä, miten potilaat ja hoitajat

arvioivat hoitotyön toteutumista ja erilaisia laadun osatekijöitä samalla ajanjaksolla. On kuitenkin tärkeää, että hoitotyön toteutumista ja hoidon laadun osatekijöitä arvioidaan useasta näkökulmasta (Zhao ym. 2009) ja hoitotyön laadun kehittämiseksi tarkastellaan, miten nämä arvioinnit vastaavat toisiaan (Walsh & Dolan 1999, Green 2004).

Artikkelin tarkoituksena oli verrata suomalaisten kirurgisten potilaiden ja hoitajien näkemyksiä yksilöllisestä hoitotyöstä. Tutkimus toteutettiin osana kuuden maan kansainvälistä The Concept of Care in Nursing -tutkimushanketta, jota koordinoitiin Kyprokselta (Cyprus University of Technology).

## Tutkimuksen tausta

Yksilöllinen hoito -käsitettä on tarkasteltu hoidon lähtökohtana (WHO 2007), tavoitteena, laadun osoittimena (WHO 2005) ja eettisenä arvona (Thompson ym. 2006, ETENE 2008). Yksilöllisyyttä pidetään tärkeänä potilaiden ja heidän perheidensä, hoitajien ja terveydenhuollon johtajien näkökulmista (Davis ym. 2008). Yksilöllinen hoito kuvataan prosessina, jonka avulla voidaan saada aikaan hoitotuloksia hoitotyön keinoin (Suhonen ym. 2008, Radwin ym. 2009). Yksilöllisen hoidon on todettu tuottavan potilaalle hyviä hoitotuloksia (Radwin ym. 2009, Choi & Chung 2010), edistävän toimintakykyä (Poulsen ym. 2007) ja lisäävän autonomiaa ja tyytyväisyyttä (Suhonen ym. 2007a). Ikääntyneiden potilaiden hoitotyössä toimivien hoitajien osalta on todettu, että mitä yksilöllisemmäksi he kokevat toteutuneen hoidon, sen tyytyväisempiä he ovat työhönsä ja vastaavasti toteutunut hoito on laadukasta (Tellis-Nayak 2007).

Yksilöllistä hoitoa on tutkittu aiemmin sekä potilaiden (esim. Suhonen ym. 2008, Acarogly ym. 2011, Petroz ym. 2011) että hoitajien (Chappell ym. 2007, Suhonen ym. 2010c, 2011) osalta erilaisissa hoitotyön ympäristöissä. Potilaat ovat arvioineet hoitonsa melko yksilölliseksi. Toisaalta, yksilöllisyyden toteutumisessa sen joidenkin osaluokkien toteutuminen ei ole hyvää. Tällaisia ovat esimerkiksi perheen mukaan otta-

minen hoitoon, potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen, erityisesti potilaan sairautelleen ja terveystilanteelleen antamien merkitysten huomioon ottaminen hoitoa toteutettaessa (Suhonen ym. 2008, Acarogly ym. 2011, Petroz ym. 2011). Yksilöllisyyden kokemusten on osoitettu vaihtelevan potilaittain (Suhonen ym. 2010d), eikä erilaisten potilaiden yksilöllisiä tarpeita välttämättä kohdata terveyspalveluissa (Muntlin ym. 2006, Wilson & Neville 2008). Terveydenhuollossa asioivat potilaat antavat erilaisia merkityksiä omalle terveydentilalleen, mitä ei välttämättä huomioida hoidossa (Hobbs 2009). Yksilöt myös reagoivat ja sairastavat samaakin sairautta eri tavoin. Lisäksi potilailla on erilaiset mahdollisuudet ja voimavarat itsehoitoon.

Hoitajien arvioinnit hoidon yksilöllisyydestä vaihtelevat yksiköittäin ja organisaatioittain (Suhonen ym. 2010c). Hoitajat lähestyvät potilaitaan eri tavoin ja heillä on erilaisia näkemyksiä potilaasta kokevana ihmisenä (Hobbs 2009) ja erilaisia taitoja ja tapoja olla vuorovaikutussuhteessa potilaiden kanssa (Brown Wilson 2009, Charalambous ym. 2010). Hoitajien osaamisella, koulutuksella ja henkilökohtaisilla arvoilla on osoitettu olevan yhteyttä siihen, miten he kykenevät yksilöllistämään hoitoa erilaisille potilaille (Suhonen ym. 2009). Sääntöorientuneisuus ja kaavamaiset toimintamallit estävät hoitajaa toteuttamasta yksilöllistä hoitoa (Hobbs 2009, Suhonen ym. 2009). On todettu organisaatiokohtaisia eroja myös siinä, miten potilaiden kohtaamista yksilönä arvostetaan (Tellis-Nayak 2007, Brown Wilson 2009).

Hoitajien ja potilaiden näkemykset hoitamisesta (esim. Gardner ym. 2001, McCance ym. 2009), hoidon laadusta (Tucket ym. 2009), potilaan valmiuksista (Weiss ym. 2010), osallistumisesta hoidolliseen päätöksentekoon koskien omaa hoitoaan (Florin ym. 2006) tai potilaan tilanteen arvioinnista (Lei ym. 2009) eroavat toisistaan. Kansainvälisessä akuuttihoitoon kohdistuneessa kyselytutkimuksessa suomalaiset potilaat arvioivat hoitonsa yksilöllisyyden vähäisemmäksi kuin Ruotsissa ja Iso-Britanniassa (Suhonen ym. 2008). Toisessa vastaavassa

kyselytutkimuksessa hoitajien arvioinnit hoidon yksilöllisyydestä ovat potilaiden arvioita paremmat, mutta vastaavasti suomalaisten hoitajien arvioinnit potilaan yksilöllisestä hoidosta ovat heikommat kuin yhdysvaltalaisien ja ruotsalaisten hoitajien (Suhonen ym. 2011). Toisaalta, on myös tutkimuksia, joissa potilaiden arvioinnit hoidon laadun osatekijöistä ovat parempia kuin terveydenhuoltoalan eri ammattilaisten (Kvist ym. 2007). Onkin selvää, että tutkimusta tule kohdistaa potilaiden ja hoitajien arviointeihin samanaikaisesti.

## Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli verrata potilaiden ja hoitajien näkemyksiä yksilöllisestä hoitotyöstä. Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

- Missä määrin kirurgiset potilaat kokevat yksilöllisyyttään tuetun hoitotyön keinoin?
- Missä määrin hoitajat arvioivat tukeneensa potilaiden yksilöllisyyttä hoitotyön keinoin?
- Missä määrin kirurgiset potilaat arvioivat toteutuneen hoidon olleen yksilöllistä?
- Missä määrin hoitajat arvioivat toteutuneen hoidon olleen yksilöllistä?
- Miten potilaiden ja hoitajien näkemykset yksilöllisestä hoidosta eroavat toisistaan?

## Tutkimusmenetelmät

### *Tutkimusympäristö ja aineistonkeruu*

Tutkimuksen asetelma oli vertaileva. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla kahden sairaanhoitopiirin seitsemän sairaalan yleiskirurgisilta vuodeosastoilta (n = 14). Jokaisa vuodeosastoa kohden jaettiin tutkimusajankohdalla 9.9.–30.9.2009 kyselylomake järjestyksessä jokaiselta osastolta kotiutuvalla 25 potilaalle. Sisäänottokriteerit potilaille olivat: 1) On ollut sairaalahoidossa kirurgisella vuodeosastolla vähintään 2 vuorokautta (48 tuntia), 2) hoitajakso ki-

rurgisella vuodeosastolla (leikkaus, muu kirurginen toimenpide, tai muu kirurginen hoito, ei välttämättä leikkaus), 3) on tullut hoitoon päivystysluonteisesti tai sovitusti (kutsuttuna), 4) kykenee itsenäisesti ymmärtämään ja täyttämään lomakkeen suomen kielellä ja 5) sairaalan hoitajakso on päättymässä, potilas on valmistautumassa kotiin tai jatkohoitoon ja 6) on halukas osallistumaan tutkimukseen. Otantamenetelmä oli hoitajien osalta kokonaisotanta. Sisäänottokriteerit hoitajille olivat seuraavat: 1) Rekisteröity sairaanhoitaja tai lähi-/perushoitaja, 2) työskentelee yleiskirurgisella vuodeosastolla ja 3) on halukas osallistumaan tutkimukseen.

Potilaille jaettiin yhteensä 357 lomaketta, joista palautui 291 täytettyä lomaketta (vastausosuus 82 %). Hoitajille jaettiin yhteensä 360 kyselylomaketta, joista palautui 283 lomaketta (vastausosuus 79 %). Potilaat vastasivat kyselylomakkeeseen sairaalassa ennen kotiutumistaan ja jättivät täytetyt lomakkeet suljetussa kirjekuoressa osastolle niille varattuihin vastauslaatikoihin. Sairaanhoitajille ja lähi-/perushoitajille jaettiin kyselylomake, jonka he täyttivät kahden viikon kuluessa ja palauttavat osastoilla oleviin vastauslaatikoihin. Hoitajille lähetettiin viikon kuluttua muistutus tutkimuksesta yksikön yhteyshenkilön kautta.

### *Tutkimuksessa käytetty mittari*

Aineisto kerättiin Yksilöllinen hoito -mittarilla, josta on olemassa sekä potilas- (Suhonen ym. 2004, 2005, 2010a) että hoitajaversiot (Suhonen ym. 2010b,c). Yksilöllinen hoito -mittari sisältää kaksi osaa: Potilaan yksilöllisyyden tukeminen hoitotyön toiminnoin (osa A) ja Yksilöllisyyden toteutuminen hoidossa (osa B). Molemmissa osissa on 17 Likert-asteikollista väittämää (1 = täysin eri mieltä, 2 = jonkin verran eri mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = jonkin verran samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä). Molemmat osat jakautuvat kolmeen summamuuttujaan: Kliininen tilanne (7 väittämää), Henkilökohtainen elämäntilanne (4 väittämää) ja Päätöksenteon kontrolli (6 väittämää).

Yksilöllinen hoito -mittari on validoitu suomalaisessa ja kansainvälisessä akuutti-hoidossa. Cronbach'in alfa arvot vaihtelevat potilasmittarin osalta osassa A 0.89–0.92 ja B 0.86–0.90 (summa-muuttujille 0.77–0.88; Suhonen ym. 2005, 2007, 2010a) ja hoitajamittarin osalta osassa A 0.82–0.88 ja B 0.85–0.90 (summamuuttujille 0.72–0.84; Suhonen ym. 2010b,c). Pääkomponenttianalyysi selittää 62 % vaihtelusta potilas- ja 55 % hoitajamittarissa (Suhonen ym. 2010a,b). Mittarien rakenne- ja sisältövaliditeetti on arvioitu hyväksi LISREL-monimuuttujamennelmän avulla (Suhonen ym. 2004, 2010b).

Taustamuuttujina potilailta kysyttiin ikää, sukupuolta, koulutusta, mahdollista tehtyä kirurgista toimenpidettä (kyllä/ei), sairaalaan tulotapaa (sovitusti lupapaikalle / päivystysluonteisesti) ja sairaalassaoloajan pituutta. Hoitajilta taustamuuttujina kysyttiin ikä, sukupuoli, korkein koulutus, työkokemuksen pituus terveydenhuoltoalalla yhteensä sekä kirurgisella vuodeosastolla ja työn luonne (kokopäiväinen/osa-aikainen).

Pilottiaineisto kerättiin yhden terveydenhuoltoalueen yleiskirurgian yksiköistä toukokuussa 2009. Potilaita osallistui 31 ja hoitajia 29. Kyselylomakkeisiin tai aineistonkeruun menettelytapaan ei tehty muutoksia esitutkimuksen perusteella. Cronbach'in alfa-arvot osalle ICS-A potilaiden aineistossa oli 0.94 (suluissa hoitajien aineistossa 0.87) ja osalle ICS-B 0.94 (0.92) ja vaihtelivat summamuuttujittain välillä 0.76–0.91 (0.67–0.87).

### *Aineiston analysointi*

Aineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS 16.0 tilasto-ohjelmalla. Aineiston analysointi aloitettiin kuvailevan tilastotieteen menetelmin (frekvenssi, suhteellinen frekvenssi, keskiarvo, keskihajonta) tarkastelemalla taustamuuttujia ja väittämiä. Yksilöllisen hoidon summamuuttujat muodostettiin laskemalla yhteen teoreettiseen summamuuttujaan liittyvät väittämät ja jakamalla summa väittämien lukumäärällä. Yhteensä 8 summamuuttujaa muodostettiin: Yksilöllisyyden tukeminen, Yksilöllisyyden toteutuminen,

sekä molemmissa osa-mittareissa kliininen tilanne, henkilökohtainen elämäntilanne ja päätöksenteon kontrolli. Potilaiden ja hoitajien vastauksista muodostettujen summamuuttujien keskiarvoja vertailtiin kahden otoksen t-testillä (t-arvo, p-arvo).

## **Tulokset**

### *Taustatiedot*

Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden keski-ikä oli 59 vuotta (kh 14.4, vaihteluväli 18–88), ja heistä hieman yli puolet oli naisia (53 %, n = 291). Koulutukseltaan vastaajat olivat perus- tai kansakoulun käyneitä (47 %), toisen asteen opinnot (24 %), opistoasteen opinnot (21 %) tai yliopistoopinnot (7 %) suorittaneita. Muutamalla ei ollut koulutusta (1 %). Valta-osalle potilasta oli tehty kirurginen toimenpide hoitojakson aikana (77 %) ja he olivat tulleet osastolle suunnitellusti kutsuttuna (68 %). Hoitojakson keskimääräinen pituus oli 6 vuorokautta (kh 5.6, vaihteluväli 2–43).

Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien keski-ikä oli 42 vuotta (kh 11, vaihteluväli 21–61) ja valta-osa oli naisia (99 %, n = 283). Hoitajien koulutus oli kouluasteinen lähi/perushoitajan tutkinto (24 %), opistoasteinen (28 %) tai ammattikorkeakoulutason (37 %) sairaanhoitajatutkinto ja yliopistotason maisteritutkinto tai korkeampi (1 %). Hoitajien keskimääräinen työkokemus terveydenhuoltoalalta oli 18 vuotta (kh 11, vaihteluväli 1–40) ja nykyisessä yksikössä kirurgisella vuodeosastolla 12 vuotta (kh 10, vaihteluväli 2 kk–38 vuotta). Lähes kaikki (95 %) työskentelivät kokopäiväisesti.

### *Yksilöllisyyden tukeminen hoitotyön toiminnoin*

Kirurgisten potilaiden mielestä heidän yksilöllisyytään on tuettu jonkin verran hoitotyön keinoin (ka 3.66, kh 0.92), eniten kliinisen tilanteen ja vähiten henkilökohtaisen elämäntilanteen osalta (Taulukko 1). Hoitajat arvioivat tukevansa potilaiden yksilöllisyyttä hyvin (ka 4.00, kh 0.47), vähiten

Taulukko 1. Hoitajien ja potilaiden näkemykset yksilöllisyyden tukemisesta ja toteutumisesta ja niiden vertailu t-testillä

	Potilaat			Hoitajat			t-arvo*	p-arvo
	n	Keski-arvo	Keski-hajonta	n	Keski-arvo	Keski-hajonta		
<b>Yksilöllisyyden tukeminen</b>	224	3.66	0.92	269	4.00	0.47	5.02	< 0.001
Kliininen tilanne	248	3.89	0.89	274	4.25	0.46	5.65	< 0.001
Henkilökohtainen elämäntilanne	241	3.16	1.19	278	3.53	0.76	4.15	< 0.001
Päätöksenteon kontrolli	242	3.69	0.99	277	4.03	0.54	4.77	< 0.001
<b>Yksilöllisyyden toteutuminen</b>	219	3.96	0.79	275	3.97	0.50	0.21	0.836
Kliininen tilanne	247	4.04	0.84	278	4.21	0.50	2.65	0.008
Henkilökohtainen elämäntilanne	238	3.60	1.05	282	3.49	0.78	-1.39	0.166
Päätöksenteon kontrolli	247	4.10	0.78	279	4.03	0.55	-1.17	0.245

\* kahden otoksen t-testi, p-arvo

kliinisen tilanteen osalta ja heikkojen henkilökohtaisen elämäntilanteen osalta.

Potilaiden ja hoitajien näkemykset erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi kaikissa osan ”Potilaan yksilöllisyyden tukeminen hoitotyön toiminnoin” summamuuttujissa: Yksilöllisyyden tukeminen kokonaisuudessaan, kliininen elämäntilanne, henkilökohtainen elämäntilanne ja päätöksenteon kontrolli (kaikissa vertailuissa  $p < 0.001$ ). Hoitajien arviot olivat selkeästi potilaiden arvioita paremmat.

Yksityiskohtaisemmassa analyysissä yksilöllisyyden tukemista kuvaavat väittämät järjestettiin alenevaan järjestykseen (Taulukko 2). Potilaiden mielestä (kolme parasta) hoitajat olivat tunnistaneeet potilaan voinnissa tapahtuneet muutokset (A04), antaneet potilaalle mahdollisuuden ottaa vastuuta hoidostaan potilaan voimavarojen mukaisesti (A03) ja hoitajat olivat keskustelleet potilaan kanssa hoitoa vaativista tarpeista (A02). Kaikki parhaimmaksi arvioidut väittämät sijoittuivat kliinisen elämäntilanteen osa-alueelle. Kolme vähiten yksimielisyyttä tuottaneet väittämät olivat A11 ”Hoitajat ovat kysyneet, haluanko perheeni osallistuvan hoitooni”, A08 ”Hoitajat ovat kysyneet, millaista toimintaa kuuluu jokapäiväiseen elämäni sairaalan ulkopuolella (työ, harrastukset)”, ja A09 ”Hoitajat ovat kysyneet aikaisemmista sairaalakokemuksistani.”

Nämä sijoittuivat osa-alueelle Potilaan henkilökohtainen elämäntilanne.

Hoitajat arvioivat parhaiten toteutuneeksi A01 ”Keskustelen potilaiden kanssa heidän sairauteensa/terveydentilaansa liittyvistä tuntemuksista”, A04 ”Tunnistan potilaiden voinnissa tapahtuneet muutokset” ja A02 ”Keskustelen potilaiden kanssa heidän hoitoa vaativista tarpeistaan”. Kaikki väittämät ovat summamuuttujassa kliininen tilanne. Heikkojen toteutuivat hoitajien mielestä väittämät A11 ”Kysyn, haluavatko potilaat perheidensä osallistuvan hoitoonsa”, A17 ”Annan potilaille mahdollisuuden valita peseytymisaikansa” ja A08 ”Selvitän, millaista toimintaa kuuluu potilaiden jokapäiväiseen elämään sairaalan ulkopuolella (työ, harrastukset)”. Kaksi väittämistä kuului henkilökohtaisen elämäntilanteen ja yksi päätöksenteon kontrolliin summamuuttujiin. (Taulukko 2.)

#### *Yksilöllisyyden toteutuminen hoidossa*

Potilaat arvioivat yksilöllisyyden toteutuneen hoidossaan melko hyvin (ka 3.96, kh 0.79). Parhaiten yksilöllisyys toteutui päätöksenteon kontrollin ja heikkojen henkilökohtaisen elämäntilanteen osalta (Taulukko 1). Hoitajien arvioinnit olivat hyvin samantyyppiset (ka 3.97, kh 0.50). Parhaiten yksilöllisyys toteutui kliinisen tilanteen ja heikkojen

Taulukko 2. Yksilöllisyyden tukeminen hoitoyön toiminnoin väittämittäin tarkasteltuna

Lyhennetty väittäjä	Potilaat			Hoitajat				
	Vastattu 4–5* %	Keski- arvo	Keski- hajonta	Järjestys	Vastattu 4–5* %	Keski- arvo	Keski- hajonta	Järjestys
<b>Kliininen tilanne</b> ( $\alpha$ potilaat = 0,92, $\alpha$ hoitajat = 0,82)								
A01	79	4,06	1,03	4	77	4,58	0,58	1
A02	80	4,13	0,93	3	84	4,43	0,62	3
A03	84	4,24	0,90	2	86	4,29	0,69	6
A04	85	4,30	0,87	1	86	4,57	0,54	2
A05	61	3,61	1,26	8	68	4,24	0,69	7
A06	56	3,49	1,24	11	66	3,83	0,75	11
A07	54	3,45	1,26	12	63	3,82	0,83	12
<b>Henkilökohtainen elämäntilanne</b> ( $\alpha$ potilaat = 0,91, $\alpha$ hoitajat = 0,79)								
A08	50	3,25	1,36	16	51	3,53	0,94	15
A09	51	3,29	1,34	15	60	3,56	0,98	14
A10	51	3,30	1,33	14	67	3,80	0,95	13
A11	36	2,92	1,36	17	53	3,37	1,03	17
<b>Päätöksenteon kontrolli</b> ( $\alpha$ potilaat = 0,91, $\alpha$ hoitajat = 0,75)								
A12	74	4,00	1,10	5	91	4,37	0,66	4
A13	54	3,42	1,37	13	82	3,84	0,84	10
A14	69	3,81	1,13	6	79	4,36	0,64	5
A15	58	3,66	1,13	7	66	4,04	0,78	9
A16	55	3,53	1,21	10	70	4,22	0,77	8
A17	58	3,60	1,29	9	70	3,36	1,08	16

\* Vaihtoehdon 4 = jonkin verran samaa mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä vastanneiden suhteellinen osuus



ten henkilökohtaisen elämäntilanteen osalta. Potilaiden ja hoitajien näkemykset erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi ainoastaan summamuuttujassa kliininen tilanne ( $p=0.008$ ) hoitajien arvion ollessa korkeampi.

Yksityiskohtaisemmassa analyysissä potilaat olivat useimmiten samaa mieltä siitä, että he olivat toimineet sairaalassa saamiensa ohjeiden mukaisesti (B12), heidän voimissaan tapahtuneet muutokset on huomioitu hoidossa (B04) ja he olivat ottaneet vastuuta hoidostaan voimavarojensa mukaan (B03). Vähiten yksimielisiä oltiin väittämistä B08 ”Jokapäiväinen toimintani (esim. työ, harrastukset) on huomioitu hoidossani”, B11 ”Perheeni on osallistunut halutessani hoitooni” ja B09 ”Aikaisemmat sairaalakokemukseni on huomioitu hoidossani.” Väittämät sijaitsivat kaikki henkilökohtaisen elämäntilanteen osa-alueella (Taulukko 3).

Hoitajat puolestaan olivat eniten yksimielisiä siitä, että yksilöllisyys on toteutunut hyvin seuraavissa asioissa: B04 ”Potilaiden hoitoa toteuttaessani otin huomioon heidän mahdolliset pelkonsa tai huolensa”, B02 ”Potilaiden hoitoa toteuttaessani otin huomioon heidän hoitoa vaativat tarpeensa”, ja B12 ”Potilaiden hoitoa toteuttaessani varmistin, että potilaat ymmärsivät saamansa hoito-ohjeet oikein.” Vähiten yksimielisiä hoitajat olivat seuraavista asioista: B08 ”Potilaiden hoitoa toteuttaessani otin huomioon potilaiden päivittäiset tottumukset (esim. työ, harrastukset) sairaalan ulkopuolella”, B17 ”Potilaiden hoitoa toteuttaessani potilailla on ollut mahdollisuus valita peseytymisaikansa” ja B09 ”Potilaiden hoitoa toteuttaessani otin huomioon heidän mahdolliset aikaisemmat sairaalakokemuksensa.”

## Pohdinta

### *Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus*

Tutkimus toteutettiin hyvää tieteellistä käytäntöä ja tutkimuseettisiä ohjeita (Beauchamp & Childress 2001) noudattaen. Koko tutkimushankkeen protokolla ja eettisyys ar-

vioitiin Kyproksen terveysministeriössä (Y.Y.5.14.02.4(2)) ja Kyproksen kansallisessa bioeettisessä toimikunnassa (EEBK/EΠ/2008/1). Suomessa ei tarvittu erillistä eettistä ennakoarviointia. Luvat aineiston keräämiseksi saatiin sairaaloiden johtavilta viranhaltijoilta. Kirurgisten vuodeosastojen potilaille ja hoitajille kerrottiin tutkimuksesta ensin suullisesti ja heiltä tiedusteltiin halukkuutta osallistua tutkimukseen. Halukkaat saivat kyselylomakkeet, kirjekuoren ja palautusohjeet. Yksiköiden kontaktihenkilöt rekrytoivat potilaat tutkimukseen saamiensa kirjallisten ohjeiden mukaan. Tutkimusapulainen rekrytoi yksiköiden hoitajat. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, lomakkeista ei käynyt ilmi vastaajan henkilöllisyys eikä arkaluontoisia tai salassa pidettäviä asioita kysytty. Lomake sisälsi väittämiä, jotka ilmaisevat mielipiteitä tai näkemyksiä. Sekä potilaiden että hoitajien kyselylomakkeen saatteessa kuvattiin tutkimuksen tarkoitus ja hyvään tutkimustapaan liittyvät asiat: nimettömyys, vapaaehtoisuus, mahdollisuus kieltäytyä missä vaiheessa tahansa ja lisäksi potilaiden osalta, että tutkimukseen osallistumattomuus ei vaikuta potilaan hoitoon mitenkään. Täytetyn kyselylomakkeen palauttaminen tulkittiin tietoiseksi suostumukseksi osallistua tutkimukseen.

Käytetyn mittarin reliabiliteetti oli vahva myös tässä aineistossa. Cronbach'in alfa arvot olivat mittarin osalle A Yksilöllisyyden mahdollistaminen potilaiden aineistossa 0.96 (0.88 hoitajien aineisto), ja osalle B Yksilöllisyyden toteutuminen 0.95 (0.90). (Taulukot 2, 3). Yksilöllinen hoito -mittaria on testattu Suomessa ja kansainvälisesti useassa maassa niin potilas (Suhonen ym. 2010a, Petroz ym. 2011) kuin hoitajaversio osalta (Suhonen ym. 2011) ja näiden mittareiden reliabiliteetti, käsite- ja rakenne validiteetti ovat testattuja.

Aineisto kerättiin useasta sairaalasta ja yksiköstä, mikä lisää tulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä. Vastausosuudet olivat hyvät sekä potilailla (82 %) että hoitajilla (79 %). Tutkimusaineisto kerättiin huolellisesti suunnitellun protokollan mukaan lyhyessä ajassa, joten aiotut otokset saatiin systemaattisesti. Toisaalta, aineistonkeruu



Taulukko 3. Yksilöllisyyden toteutuminen hoidossa väärtämättäin tarkasteltuna

Lyhennetty väärtämä	Potilaat				Hoitajat			
	Vastattu 4–5* %	Keski- arvo	Keski- hajonta	Järjestys	Vastattu 4–5* %	Keski- arvo	Keski- hajonta	Järjestys
<b>Kliininen tilanne</b> ( $\alpha$ potilaat = 0.92, $\alpha$ hoitajat = 0.83)								
A01	77	4.09	1.00	7	93	4.34	0.62	4
A02	84	4.25	0.93	5	97	4.54	0.55	2
A03	86	4.27	0.83	3	79	3.98	0.79	9
A04	86	4.32	0.86	2	97	4.60	0.56	1
A05	68	3.86	1.17	10	84	4.18	0.73	7
A06	66	3.81	1.13	12	75	3.96	0.82	10
A07	63	3.73	1.21	14	70	3.86	0.83	12
<b>Henkilökohtainen elämäntilanne</b> ( $\alpha$ potilaat = 0.88, $\alpha$ hoitajat = 0.79)								
A08	51	3.46	1.22	17	39	3.19	1.04	17
A09	60	3.64	1.24	15	52	3.45	1.01	15
A10	67	3.82	1.19	11	69	3.71	0.91	13
A11	53	3.52	1.25	16	58	3.60	1.01	14
<b>Päätöksenteon kontrolli</b> ( $\alpha$ potilaat = 0.87, $\alpha$ hoitajat = 0.77)								
A12	91	4.49	0.77	1	91	4.36	0.68	3
A13	82	4.25	0.95	4	86	4.17	0.71	8
A14	79	4.14	0.99	6	87	4.20	0.73	5
A15	66	3.80	1.09	13	74	3.89	0.81	11
A16	70	3.94	1.02	9	87	4.20	0.70	6
A17	70	3.97	1.16	8	52	3.38	1.12	16

\* Kohtiin 4 = jonkin verran samaa mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä vastanneiden suhteellinen osuus

aloitettiin samanaikaisesti sekä potilailta että hoitajilta, mikä on saattanut vaikuttaa hoitajien arviointeihin.

### *Tulosten tarkastelu*

Tutkimus toi uutta tietoa hoitajien ja potilaiden arviointien eroavaisuuksista koskien yksilöllistä hoitoa. Hoitajien arviot potilaan yksilöllisyyden tukemisesta hoitotyön keinoin ja yksilöllisyyden toteutumisesta hoidossa olivat systemaattisesti potilaiden arviointeja korkeammat. Tulos vastaa aikaisempia tuloksia hoitajien potilaiden arviointien välisistä eroista muissa kuin yksilöllisyyttä koskeissa asioissa (Gardner ym. 2001, Lei ym. 2009, McCance ym. 2009, Tucket ym. 2009, Weiss ym. 2010). Toisaalta, tarkastellessaan ihmisläheistä hoitoa osana hoidon laatua Kvist ym. (2007) havaitsivat potilaiden arvioiden olevan parhaimmat verrattuna hoitajiin, hoitotyön johtajiin tai lääkäreihin. Tältä osin tämän tutkimuksen tulokset eroavat Kvistin ym. tuloksista. Mielienkiintoista on, miksi hoitajat arvioivat mahdollistavansa potilaan yksilöllisyyttä merkittävästi enemmän kuin potilaat arvioivat tapahtuvan. Tulos on myös yhtenevä aikaisempien kirurgisiin potilaisiin ja hoitajiin kohdistuneiden tutkimusten tulosten kanssa (esim. Schopp ym. 2004). Tähän saattaa olla useita syitä. Hoitajat ovat koulutuksensa aikana omaksuneet hoitotyön periaatteet, joista yksi on hoidon yksilöllisyys (Scott et al. 2003, Thompson ym. 2006). Hoitajat saattavat kyselylomakkeeseen vastatessaan pohtia ideaalista tilannetta. Toiseksi, hoitajat saattavat ajatella hoidon olevan yksilöllistä, koska he hoitavat yhtä potilasta kerrallaan (Alkema et al. 2006). Hoitaessaan useampia potilaita, hoitajilla saattaa olla puutteellinen käsitys yksittäisten potilaiden kokonaisvaltaisesta tilanteesta ja hoidon prosessista (Curry ym. 2000). Potilaiden matalammat arvioinnit yksilöllisestä hoidosta antavat viitteitä siitä, että hoito on kuitenkin rutiininomaista, hoitaja- tai organisaatiolähtöistä, eikä potilaslähtöistä (ks. WHO 2007).

Tuloksissa on potilaiden ja hoitajien arviointien välillä eroja myös eri yksilöllisen

hoidon osa-alueilla. Sekä potilaiden että hoitajien osalta henkilökohtaisen elämäntilanteen tukeminen hoitotyön keinoin olivat arvioitu heikoiten toteutuneeksi. Tämä vastaa myös aikaisempia tutkimustuloksia (Suhonen ym. 2010, 2011). On todettu, että hoitajien tiedot potilaansa taustasta ja elämäntilanteesta ovat puutteelliset (Anderson ym. 2009) tai hoitajat eivät ole näistä kiinnostuneita (Muntlin ym. 2006).

Tässä tutkimuksessa kerättiin aineisto samoista yksiköistä sekä potilailta että hoitajilta. Tutkimus toi tietoa siitä, että potilaat ja hoitajat arvioivat toteutunutta hoitoa ja hoitajien toimintaa eri tavoin. Jos tavoitteena on asiakaskeskeinen hoitotyö, tulisi potilaiden arviointeihin paneutua erityisesti kehitettäessä hoitotyön laatua ja prosesseja. Jatkotutkimuksissa tulee arvioida samaa hoitotilannetta sekä potilaan että hoitajan näkökulmista, verrata näitä ja analysoida mahdollisia eroavaisuuksia. Lisäksi tulisi havainnoida yksittäisiä hoitotilanteita käyttäen apuna Yksilöllinen hoito instrumentin sisältöalueita, jotta voidaan päästä todelliseen keskusteluun siitä, miksi potilaiden ja hoitajien arvioinnit hoidon yksilöllisyydestä eroavat. Olemassa olevan tiedon avulla on myös mahdollista suunnitella interventiotutkimus, jossa selvitetään rajatun yksilöllisen hoitointervention vaikuttavuutta potilaan hoitotuloksiin.

## **Päätelmät**

Potilaiden ja hoitajien arvioinnit yksilöllisestä hoidosta kuitenkin eroavat. Tulos antaa aiheen tarkastella lähemmin, josko käsite yksilöllinen hoito merkitsee eri asioita potilaille ja hoitajille. Potilaat saattavat nähdä yksilöllisyyden enemmän henkilökohtaisten asioiden kautta kuin suoranaisesti hoitotoimenpiteissä tai hoitoon liittyen. Todetut erot mahdollistavat yksityiskohtaisen tarkastelun ja hoidon laadun ja prosessien kehittämisen asiakaskeskeisesti. Hoitotyön johtajien tehtävänä on huolehtia hoitotyön kehittämisestä asiakaskeskeisesti, mutta myös henkilöstöä kuunnellen. Aihealueen tutkimus ja tieto ovat merkittäviä,

sillä asiakaslähtöisyyden ja hoidon yksilöllisyydellä on todettu olevan erittäin suuri merkitys terveystalvelujen laadulle, toiminnalle ja tuloksille.

## LÄHTEET

- Acaroglu R, Suhonen R, Sendir M & Kaya H. 2011. Reliability and validity of Turkish version of the Individualised Care Scale. *Journal of Clinical Nursing* 20 (1–2), 136–145.
- Alkema GE, Reyes JY & Wilber KH. 2006. Characteristics associated with home- and community-based service utilisation for Medicare managed care consumers. *Gerontologist* 46 (2), 173–182.
- Anderson KA, Taha RD & Hosier AF. 2009. Know thy residents: an exploration of long-term care nursing staff's knowledge. *Research in Gerontological Nursing* 2 (1), 69–76.
- Beauchamp TL & Childress JF. 2001. *Principles of biomedical ethics*. Fifth edition. Oxford University Press, New York.
- Brown Wilson C. 2009. Developing community in care homes through a relationship-centred approach. *Health and Social Care in the Community* 17 (2), 177–186.
- Chappell NL, Reid RC & Gish JA. 2007. Staff-based measures of individualized care for persons with dementia in long-term care facilities. *Dementia* 6 (4), 527–547.
- Charalambous A, Katajisto J, Välimäki M, Leino-Kilpi H & Suhonen R. 2010. Individualised care and the professional practice environment: nurses' perceptions. *International Nursing Review* 57 (4), 500–507.
- Choi JY & Chung H-IC. 2010. Effect of an individualised education programme on asthma control, inhaler use skill, asthma knowledge and health-related quality of life among poorly compliant Korean adult patients with asthma. *Journal of Clinical Nursing* 20 (1–2), 119–126.
- Curry L, Porter M, Michalski M & Gruman C. 2000. Individualized care: perceptions of certified nurse's aides. *Journal of Gerontological Nursing* 26 (7), 45–51.
- Davis S, Byers S & Walsh E. 2008. Measuring patient-centred care in a sub-acute hospital care setting. *Australian Health Review* 32 (3), 496–504.
- ETENE 2008. *Vanhuus ja hoidon etiikka*. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan raportti. ETENE julkaisuja 20. Kirjapaino Keili, Vantaa.
- Florin J, Ehrenberg A & Ehnfors M. 2006. Patient participation in clinical decision-making in nursing: A comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing* 15 (12), 1498–1508.
- Gardner A, Goodsell J, Duggan T, Murtha B, Peck C & Williams J. 2001. 'Don't call me sweetie!' Patients differ from nurses in their perceptions of caring. *Collegian* 8 (3), 32–38.
- Green A. 2004. Caring behaviors as perceived by nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 16 (7), 283–290.
- Hobbs, J. L. (2009). A dimensional analysis of patient-centered care. *Nursing Research*, 58 (1), 52–62.
- Kvist T, Vehviläinen-Julkunen K & Jokela V. 2007. Do organisational factors explain the quality of care? *Journal of Nursing Care Quality* 22 (4), 365–370.
- Lei Z, Qiongjing Y, Qiuli W, Sabrina K, Xiaojing L & Changli W. 2009. Sleep quality and sleep disturbing factors of inpatients in a Chinese general hospital. *Journal of Clinical Nursing* 18 (17), 2521–2529.
- McCance T, Slater P & McCormack B. 2009. Using the caring dimensions inventory as an indicator of person-centred nursing. *Journal of Clinical Nursing* 18 (3), 409–417.
- McCormack B, Dewing J, Breslin L, Coyne-Nevin A, Kennedy K, Manning M, Peelo-Kilroe L, Tobin C & Slater P. 2010. Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing* 5 (2), 93–107.
- Muntlin A, Gunningberg L & Carlsson M. 2006. Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing* 15 (8), 1045–1056.
- Petroz U, Kennedy D, Webster F & Nowak A. 2011. Patients' perceptions of individualised care: Evaluating psychometric properties and results of the Individualised Care Scale. *Canadian Journal of Nursing Research* 43 (2), 80–100.
- Poulsen I, Petersen HV, Hallberg IR & Schroll M. 2007. Lack of nutritional and functional effects of nutritional supervision by nurses: a quasi-experimental study in geriatric patients. *Scandinavian Journal of Food & Nutrition* 51 (1), 6–12.
- Radwin LE, Carbal HJ & Wilkes G. 2009. Relationships between patient-centred cancer nursing interventions and desired health outcomes in the context of the health care system. *Research in Nursing & Health* 32 (1), 4–17.
- Schopp A, Dassen T, Välimäki M, Leino-Kilpi H, Gasull M, Lemonidou C, Scott AP & Arndt M. 2004. Autonomy and informed consent in surgical care-patients' and staff perceptions. *Pflege* 17 (3), 155–164.
- Scott PA, Välimäki M, Leino-Kilpi H, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Arndt M, Schopp A, Suhonen R & Kaljonen A. 2003. Perceptions of autonomy in the care of elderly people in five European countries. *Nursing Ethics* 10 (1), 28–38.

## VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: EP, RS, HL-K, HT, M-LG, aineistonkeruu: M-LG, RS, aineiston analysointi: HT, RS, EP, käsikirjoituksen kirjoittaminen: RS, M-LG, HT, käsikirjoituksen kommentointi: EP, HL-K

- STM. 2012. *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma* KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriö raportteja 2012:1. Tampereen Yliopistopaino, Tampere.
- Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H & Katajisto J. 2004. Testing the individualised care model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18 (1), 27–36.
- Suhonen R, Leino-Kilpi H & Välimäki M. 2005. Development and psychometric properties of the Individualised Care Scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 11 (1), 7–20.
- Suhonen R, Välimäki M, Katajisto J & Leino-Kilpi H. 2007. Provision of individualised care improves hospital patient outcomes: an explanatory model using LISREL. *International Journal of Nursing Studies* 44 (2), 197–207.
- Suhonen R, Berg A, Idvall E, Kalafati M, Katajisto J, Land L, Lemonidou C, Välimäki M & Leino-Kilpi H. 2008. Individualised care from the orthopaedic and trauma patients' perspective: an international comparative survey. *International Journal of Nursing Studies* 45 (11), 1586–1597.
- Suhonen R, Välimäki M & Leino-Kilpi H. 2009. The driving and restraining forces that promote and impede the implementation of individualised nursing care: a literature review. *International Journal of Nursing Studies* 46 (12), 1637–1649.
- Suhonen R, Berg A, Idvall E, Kalafati M, Katajisto J, Land L, Lemonidou C, Schmidt L, Välimäki M & Leino-Kilpi H. 2010a. Adapting the Individualised Care Scale for cross-cultural comparison: an international study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24 (2), 392–403.
- Suhonen R, Gustafsson M-L, Katajisto J, Välimäki M & Leino-Kilpi H. 2010b. Individualised Care Scale – Nurse version: A Finnish validation study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16 (1), 145–154.
- Suhonen R, Gustafsson M-L, Katajisto J, Välimäki M & Leino-Kilpi H. 2010c. Nurses' perceptions of individualised care. *Journal of Advanced Nursing* 66 (5), 1035–1046.
- Suhonen R, Välimäki M, Berg A, Idvall E, Kalafati M, Katajisto J, Land L, Lemonidou C, Schmidt L & Leino-Kilpi H. 2010d. The impact of patient characteristics on orthopaedic and trauma patients' perceptions of individualised nursing care. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 8 (4), 259–267.
- Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, Lemonidou C, Kalafati M, Antunes da Luz MD, Idvall E, Berg A, Acaroglu R, Sendir M, Kanan N, Sousa VD, Katajisto J, Välimäki M, & Leino-Kilpi H. 2011. Nurses' perceptions of individualized care: an international comparison. *Journal of Advanced Nursing* 67 (9), 1895–1907.
- Tellis-Nayak V. 2007. A person-centered workplace: the foundation for person-centered caregiving in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association* 8 (1), 46–54.
- Thompson IE, Melia KM, Boyd KM & Horsburgh D. 2006. *Nursing Ethics*. Fifth edition. Elsevier-Churchill Livingstone, Edinburgh UK.
- Tucket A, Hughes K, Schluter P & Turner C. 2009. Validation of CARE-Q in residential aged-care: rating of importance of caring behaviors from an e-cohort sub-study. *Journal of Clinical Nursing* 18 (10), 1501–1509.
- Walsh M & Dolan B. 1999. Emergency nurses and their perceptions of caring. *Emergency Nurse* 7 (4), 24–31.
- Weiss M, Yakusheva O & Bobay K. 2010. Nurse and patient perceptions of discharge readiness in relation to post-discharge utilization. *Medical Care* 48 (5), 482–486.
- WHO. 2005. *Quality of care. A process for making strategic choices in health systems*. World Health Organization, WHO press, Geneva Switzerland.
- WHO. 2007. *People-centred health care*. A policy framework: World Health Organisation. WHO press, Geneva, Switzerland.
- Wilson D & Neville S. 2008. Nursing their way not our way: working with vulnerable and marginalised populations. *Contemporary Nurse* 27 (2), 165–176.
- Zhao SH, Akkadechanunt T & Xue XL. 2009. Quality nursing care as perceived by nurses and patients in a Chinese hospital. *Journal of Clinical Nursing* 18 (12), 1722–1728.

Riitta Suhonen, sh, TtT, professori, Turun yliopisto, hoitotieteen laitos, 20014 Turku  
suhonen.riitta@kolumbus.fi, riisub@utu.fi

Helena Leino-Kilpi, esh, THT, professori, Turun yliopisto, hoitotieteen laitos, 20014 Turku  
ja yliopettaja (sivutoiminen), Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. beleiki@utu.fi

Marja-Liisa Gustafsson, tb, TtM, lehtori, Turun yliopisto, hoitotieteen laitos, 20014 Turku  
ja Turun ammatti-instituutti, Turku, magust@utu.fi; marja-liisa.gustafsson@turku.fi

Haritini Tsangari, PhD, Statistician, Associate Professor, University of Nicosia, Nicosia,  
Cyprus, tsangari.b@unic.ac.cy

Evrudiki Papastavrou, RN, PhD, Associate Professor, Principal Investigator,  
Cyprus University of Technology, School of Health Sciences, Department of Nursing,  
Lemesos, Cyprus, e.papastavrou@cut.ac.cy