

VNÍMÁNÍ INDIVIDUALIZOVANÉ PÉČE SESTRAMI A PACIENTY CHIRURGICKÝCH ODDĚLENÍ

Darja Jarošová*, Hana Tomášková*, Eva Janíková*, Yvetta Vrublová*,
Renáta Zeleníková*, Evridiki Papastavrou**

* Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta

** Cyprus University of Technology, School of Health Sciences

Abstract

JAROŠOVÁ, D. – TOMÁŠKOVÁ, H. – JANÍKOVÁ, E. – VRUBLOVÁ, Y. – ZELENÍKOVÁ, R. – PAPASTAVROU, E. Perception of Individualized Care by Nurses and Patients from Surgical Departments. In *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2012, vol. 2, no. 1, pp. 5–10. Available on: <http://www.ošetrovatelstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-1/vnimani-individualizovane-pece-sestrami-a-pacienty-chirurgickych-oddeleni>.

Aim: The aim of this study was to determine perceptions of individualized care by nurses and patients, to determine relationships between demographic characteristics and perceptions of individualized care, and to compare the differences between nurses and patients.

Methods: A descriptive correlation study. The research sample consisted of a group of 185 nurses and 279 patients surgical departments of four hospitals in Ostrava and its surroundings. Data were collected in fall 2009 using standardized instrument ICS with two versions for nurses and patients (Suhonen et al., 2005).

Results: Measuring instrument with three subscales were used simultaneously for nurses (nurse-ICS) and patients (ICS-patient), evaluation was done using the Likert scale (1–5). Patients perceived that nurses are generally supporting their individuality during nursing care. Nurses assessed the perceptions of individualized care in all areas by higher average score than patients ($p < 0.01$). The most neglected areas in both groups was the patient's personal life situation. Strong influence of demographic characteristics of patients and nurses in their perceptions of individualized care was not proven. Guest perceptions of individualized care were more positive in patients with shorter hospital stay and patients who were admitted to the hospital as planned. There were no significant differences in perception of individuality and individualized care among hospitals.

Conclusion: The results of this study showed differences in the perception of individuality and the patient's individualized care between nurses and patients. ICS is a useful tool for assessing perceptions of individualized nursing care in the Czech environment.

Keywords: individualized care, nurses, patients, surgical departments, ICS questionnaire

ÚVOD

Ošetrování každého člověka jako jedinečné osobnosti je základní hodnotou ošetrovatelské péče (ICN, 2006), která vychází z konceptu individualizované péče. V teoretické literatuře je individualizovaná péče popisována jako hlavní komponenta ošetrovatelství (Meleis, 1991) a jako nejdůležitější princip klinické praxe (Peplau, 1952; King, 1981). Již v šedesátých letech minulého století Levine (1967) upozorňovala, že hlavní koncept ošetrovatelské péče zaměřené na pacienta je založen na individualizaci pacienta a jeho péče. Individualizovaná péče má v ošetrovatelství dlouhověkou tradici (Suhonen et al., 2002), zatím však není dostatek informací o tom, v jakém rozsahu je individualizovaná péče implementována, o efektu takto poskytované péče a také o faktorech, které mají vliv na poskytování individualizované péče sestrami. Sestry i pacienti považují poskytování individualizované péče za velmi důležitý aspekt ošetrovatelství (Teeri et al., 2006; Dehn, 2007; Radwin, 2000; Suhonen et al., 2002). Přestože je koncept individualizované péče zkoumán již od devadesátých let minulého století, individualizovaná péče z pohledu pacienta je poměrně novou oblastí ošetrovatelského výzkumu (Suhonen et al., 2002). Percepce kvality ošetrovatelské péče je důležité sledovat u pacientů i u sester. Nejen tedy měřit, jak pacient jako příjemce vnímá atributy ošetrovatelské péče, ale současně zjišťovat, zda sestry, které o něho pečují, vnímají poskytovanou péči stejně. Prezentované šetření bylo součástí mezinárodní komparativní studie koordinované Kyperskou technickou univerzitou (2009–2010).

CÍL

Cílem kvantitativní, deskriptivní korelační studie bylo zjistit, jak vnímají individualizovanou péči sestry a pacienti chirurgických oddělení, zjistit vztahy mezi demografickými charakteristikami sester a pacientů a jejich percepcí individualizované péče a porovnat výsledky mezi sestrami a pacienty. Dále zjistit, jak vnímají poskytování individualizované péče sestry a pacienti z různých nemocnic.

SOUBOR

Data byla sbírána standardizovaným nástrojem *Individualised Care Scale* (ICS) u sester ($n = 185$) a pacientů ($n = 279$) chirurgických oddělení čtyř nemocnic Ostravy a okolí. Sestry a pacienti byli osloveni na základě definovaných vstupních kritérií (pacienti starší 18 let, hospitalizovaní na chirurgických odděleních minimálně 48 hodin, souhlas se zapojením do výzkumu; sestry – registrovaná sestra pracující na chirurgickém oddělení, minimálně jeden rok klinické praxe). Celkem bylo rozdáno 350 dotazníků pacientům (78 % návratnost) a 215 dotazníků sestrám (86 % návratnost).

Pacienti (muži 54 %, ženy 46 %) o průměrném věku 51,6 let ($SD = 17,5$) byli ve větší míře přijati na chirurgická oddělení plánovaně (62 %) s průměrnou dobou hospitalizace 10,6 dne ($SD = 9,7$). Operační zákrok byl proveden u 212 pacientů (79 %), polovina respondentů hodnotila svůj zdravotní stav jako velmi dobrý nebo dobrý, většina z nich již měla předchozí zkušenosti s pobytem v nemocnici (73 %). Většina sester (98 % ženy) o průměrném věku 34 let ($SD = 10,8$) byla zaměstnána v plném pracovním poměru. Průměrná délka ošetrovatelské praxe sester byla 12,5 let ($SD = 10,6$), převažovalo středoškolské odborné vzdělání (73 %). Nejčtenější skupinou byly sestry ve věku do 29 let (40 %).

METODIKA

Pro sběr dat byl použit standardizovaný měřicí nástroj *Individualised Care Scale* s verzí pro pacienty (*ICS-patient*) a sestry (*ICS-nurse*) (Suhonen et al., 2005, 2008, 2010). Obě verze byly navrženy pro zkoumání názorů pacientů a sester na individualizovanou péči. Každá verze dotazníku se skládá ze dvou částí: ICS-A je zaměřena na to, jak je při ošetrovatelských aktivitách podporována individualita pacienta, ICS-B zjišťuje, zda je poskytována individualizovaná ošetrovatelská péče. Obě škály obsahují tři stejné subškály: 1. klinická situace pacienta při hospitalizaci (7 položek), 2. osobní životní situace pacienta před hospitalizací (4 položky) a 3. kontrola pacienta nad rozhodováním v průběhu péče (6 položek). Respondenti hodnotí každou položku obou částí dotazníku na pěti-bodové Likertově škále (od 1 = naprosto nesouhlasím po 5 = naprosto souhlasím).

Sběr dat byl realizován současně ve všech zapojených nemocnicích (Fakultní nemocnice Ostrava, Městská nemocnice Ostrava, Vítkovická nemocnice Ostrava, Nemocnice Frýdek-Místek) v období od 1. 9. do 30. 11. 2009. Na všech chirurgických odděleních a stanicích byly umístěny speciální zapečetěné boxy, kde sestry a pacienti odevzdávali dotazníky. Souhlas s výzkumem vyslovily etické komise všech nemocnic. Data byla sbírána podle etických standardů sběru dat (European Union, 2008). Participantů splňujících kritéria pro zapojení do výzkumu, byli informováni o povaze a účelu studie a byli požádáni o informovaný souhlas k účasti (převodní dopis). Účast ve výzkumu byla dobrovolná – za udělení souhlasu se zapojením do výzkumu bylo považováno vyplnění a odevzdání dotazníků.

Data byla analyzována statistickým softwarem STATA v. 10. Pomocí deskriptivní statistiky (průměr, směrodatná odchylka, absolutní a relativní četnosti) byly zpracovány demografické proměnné, položky a škály. T-test byl zvolen pro zjištění vztahů mezi demografickými charakteristikami a hodnocenými položkami dotazníku, k porovnávání percepcí individualizované péče mezi sestrami a pacienty. Při srovnávání tří a více proměnných byla použita analýza rozptylu (ANOVA). Statistické testy byly hodnoceny na hladině statistické významnosti $\alpha = 0,05$.

VÝSLEDKY

Vnímání individualizované péče – pacienti

První částí nástroje ICS-A (verze pacient) hodnotili pacienti, jak byla podporována jejich individualita ošetřujícími sestrami. Pacienti celkově hodnotili, že sestry jejich individualitu podporovaly (průměr = 3,54, $SD = 0,86$). Pacienti

vnímali, že sestry najčastejšie podporovali jejich *individuálnu klinickú situáciu* (průměr = 3,70, SD = 0,92) a naopak najmenej často jejich *osobnú životnú situáciu* (průměr = 3,20, SD = 1,07). Ve druhej časti nástroje ICS-B (verze pacient) se pacienti vyjadřovali, zda vnímali svoju péču ako individualizovanú. Pacienti stejně jako v první části nástroje zhodnotili celkově svoju ošetrovateľskú péču ako individualizovanú (průměr = 3,76, SD = 0,76). Nejvýraznejší podporu pocíťovali v aktivitách *kontroly nad svým rozhodováním v průběhu péče* (průměr = 3,93, SD = 0,73) a nejmenší opět v oblasti *osobní životní situace* (průměr = 3,48, SD = 1,18). Většina oslovených pacientů souhlasila nebo silně souhlasila s tvrzením „Sestry se ujistily, že jsem porozuměl/a pokynům, které jsem obdržel/a v nemocnici“ (77 %) a „Sestry mi umožnily přijmout zodpovědnost za svoju péču, pokud jsem toho byl/a schopen/a“ (75 %).

Vnímání individualizované péče – sestry

Sestry hodnotily individualizovanou péču stejnými položkami jako pacienti sesterskou verzí ICS. Jejich hodnocení bylo oproti pacientům celkově vyšší ve všech škálách i subškálách nástroje. V první části ICS-A vnímaly podporování individuality podobně jako jejich pacienti – sestry vnímaly, že nejvíce podporují individualitu pacienta v jeho *individuální klinické situaci* (průměr = 4,28, SD = 0,56) a najmenej v oblasti *osobní životní situace pacienta* (průměr = 3,20, SD = 1,07). Ve druhej časti ICS-B se pak sestry vyjadřovali, zda a v jakém rozsahu poskytovaly individualizovanou péču pacientům během jejich ošetrovateľských intervencií. Celkové průměrné hodnocení sester bylo vyšší - sestry vyhodnotily, že individualizovanou péču pacientům poskytují, a to zejména v oblasti *individuální klinické situace pacienta* (průměr = 4,33, SD = 0,54) a v oblasti *kontroly pacienta nad svým rozhodováním v průběhu* (průměr = 4,17, SD = 0,60). Stejně jako u pacientů většina sester souhlasila nebo silně souhlasila se stejným tvrzením „Pacientovi jsem podala pokyny a hovořila tak, aby mi snadno rozuměl“ (90 %) a „Ujistila jsem se, že pacient porozuměl pokynům, které obdržel“ (89 %).

Porovnáním hodnocení individualizované péče mezi sestrami a pacienty dvou výběrovým t-testem (tab. 1) byly ve všech položkách a škálách měřícího nástroje potvrzeny statisticky významné rozdíly ($p < 0,001$). Největší rozdíly mezi percepcí sester a pacientů byly nalezeny v podpoře individuality v oblasti *osobní životní situace pacienta* (průměr_{sestry} = 3,20, SD = 1,07; průměr_{pacienti} = 3,94, SD = 0,68). Sestry (průměr = 4,12, SD = 0,52) celkově hodnotily vnímanou individualizovanou péču signifikantně lépe než pacienti (průměr = 3,54, SD = 0,86).

Tab. 1. Vnímání individualizované péče – komparace sester a pacientů (t-test)

Subškály dotazníku	Pacienti			Sestry			t-test	p
	n	m	(SD)	n	m	(SD)		
Podpora individuality pacienta (ICS-A)	251	3,54	(0,86)	175	4,12	(0,52)	7,88	< 0,001
ICS-A1	262	3,70	(0,92)	176	4,28	(0,56)	7,48	< 0,001
ICS-A2	269	3,20	(1,07)	176	3,94	(0,68)	8,13	< 0,001
ICS-A3	262	3,58	(0,89)	177	4,05	(0,61)	6,16	< 0,001
Vnímání individuality pacienta během péče (ICS-B)	237	3,76	(0,76)	158	4,17	(0,54)	6,25	< 0,001
ICS-B1	251	3,84	(0,79)	169	4,33	(0,54)	7,03	< 0,001
ICS-B2	244	3,48	(1,18)	168	3,90	(0,71)	4,12	< 0,001
ICS-B3	252	3,93	(0,73)	169	4,17	(0,60)	3,52	< 0,001

n – počet respondentů, kteří danou položku vyplnili, **m** – průměr, **SD** – směrodatná odchylka, **p** – statistická významnost ($\alpha=0,05$), **A1(B1)** – klinická situace pacienta, **A2(B2)** – osobní životní situace pacienta, **A3(B3)** – kontrola pacienta nad rozhodováním v průběhu péče

Demografické proměnné a percepcie individualizované péče

Zjištěná demografická data sester a pacientů byla porovnáвана s jednotlivými subškálami ICS nástroje (t-test, ANOVA). U pacientů byly potvrzeny statisticky významné rozdíly v percepci individualizované péče pouze v souvislosti s hospitalizací - s délkou hospitalizace a s indikací k hospitalizaci. Vyjma subškály ICS-B *kontrola pacienta nad svým rozhodováním v průběhu péče* byly u všech subškál nástroje nalezeny signifikantní rozdíly ($p = 0,012$ až $0,000$). Ve všech případech hodnotili vnímání individuality a individualizovanou péču lépe pacienti, kteří byli umístěni v nemocnici déle než týden. Pacienti, kteří byli přijati do nemocnice akutně, vnímali podporu své individuality hůř než pacienti, kteří byli přijati plánovaně ($p = 0,02$ až $0,04$). Demografická data sester neměla v zásadě vliv na jejich percepci poskytované individualizované péče. Pouze sestry s klinickou praxí 21–30 let hodnotily

podporu individuality pacienta v oblasti *kontroly nad rozhodovaním pacienta v průběhu péče* hůře než sestry s praxí kratší i delší ($p = 0,008$).

Percepce individualizované péče pacienty a sestrami podle nemocnic

Analýzou rozptylu (ANOVA) byla porovnávána průměrná hodnocení individualizované péče podle příslušných nemocnic, kde byli pacienti hospitalizováni a kde sestry pracovaly. Statisticky významné rozdíly mezi jednotlivými nemocnicemi nebyly nalezeny. Průměrná hodnocení jednotlivých subškál i celkových škál se sice podle nemocnic lišila, avšak pouze v řádech desetinných míst (tab. 2). Rozdíly mezi hodnocením sester byly nepatrné, výraznější rozdíly byly v hodnocení pacientů. Pacienti z Nemocnice Frýdek Místek hodnotili podporu a poskytování individualizované péče nejnižším skórem (průměr_{ICS-A} = 3,07, SD = 1,0; průměr_{ICS-B} = 3,29, SD = 0,91), pacienti hospitalizovaní ve Vítkovické nemocnici nejvyšším (průměr_{ICS-A} = 4,02, SD = 0,81; průměr_{ICS-B} = 4,13, SD = 0,40). Oblast *osobní životní situace pacienta* byla ve studii celkově nejhůře hodnocenou sestrami i pacienty všech zapojených nemocnic. Sestry i pacienti všech nemocnic shodně vnímali, že individualita pacienta byla podporována nejvíce v oblasti *individuální klinické situace pacienta* (škála ICS-A). Rozdíly se pak projevíly v hodnocení poskytované individuální péče a individuálního přístupu k pacientovi - sestry vnímaly jako nejlépe saturovanou oblast *individuální klinické situace pacienta*, pacienti zhodnotili nejlépe oblast *kontrola nad svým rozhodováním v průběhu péče*. Největší celkové rozdíly mezi hodnocením sester a pacientů byly zjištěny ve Fakultní nemocnici, nejvíce se svým vnímáním individualizované péče přiblížili sestry a pacienti Vítkovické nemocnice. Tyto rozdíly však nebyly statisticky významné.

Tab. 2. Vnímání individualizované péče sestrami a pacienty – srovnání podle nemocnic

Subškály dotazníku	FNO		MNO		VNO		NFM	
	m	(SD)	m	(SD)	m	(SD)	m	(SD)
ICS-A (sestry)	4,12	(0,55)	4,19	(0,42)	4,10	(0,34)	4,03	(0,62)
ICS-A1	4,25	(0,59)	4,37	(0,44)	4,35	(0,41)	4,21	(0,70)
ICS-A2	3,97	(0,71)	3,92	(0,59)	3,88	(0,54)	3,88	(0,76)
ICS-A3	4,07	(0,60)	4,13	(0,58)	3,97	(0,63)	3,92	(0,72)
ICS-B (sestry)	4,19	(0,58)	4,21	(0,40)	4,07	(0,35)	4,09	(0,58)
ICS-B1	4,32	(0,60)	4,38	(0,44)	4,34	(0,32)	4,27	(0,59)
ICS-B2	3,94	(0,77)	3,91	(0,59)	3,68	(0,41)	3,82	(0,79)
ICS-B3	4,21	(0,64)	4,20	(0,51)	4,01	(0,52)	4,05	(0,60)
ICS-A (pacienti)	3,56	(0,81)	3,50	(0,90)	4,02	(0,42)	3,07	(1,00)
ICS-A1	3,68	(0,89)	3,71	(1,00)	4,12	(0,41)	3,27	(1,08)
ICS-A2	3,32	(0,93)	3,04	(1,09)	3,08	(0,81)	2,48	(1,17)
ICS-A3	3,56	(0,89)	3,54	(0,95)	4,01	(0,46)	3,23	(1,01)
ICS-B (pacienti)	3,69	(0,67)	3,94	(0,86)	4,13	(0,40)	3,29	(0,91)
ICS-B1	3,77	(0,69)	4,02	(0,84)	4,18	(0,48)	3,36	(0,99)
ICS-B2	3,44	(0,90)	3,73	(1,60)	3,99	(0,71)	2,69	(1,16)
ICS-B3	3,85	(0,67)	4,03	(0,88)	4,17	(0,34)	3,75	(0,90)

FNO – Fakultní nemocnice Ostrava, **MNO** – Městská nemocnice Ostrava, **NFM** – nemocnice Frýdek-Místek, **VNO** – Vítkovická nemocnice Ostrava, **m** – průměr, **SD** – směrodatná odchylka, **A1(B1)** – klinická situace pacienta, **A2(B2)** – osobní životní situace pacienta, **A3(B3)** – kontrola pacienta nad rozhodováním v průběhu péče

Diskuze

Jedním z nejzajímavějších výsledků této studie bylo, že sestry ze všech zapojených nemocnic vyjádřily obecný názor, že podporují individualitu pacientů a poskytují jim individualizovanou péči. Hodnocení sester byla nejvyšší

v rámci celého šetření a také s největšími statisticky významnými rozdíly oproti stejnému hodnocení pacientů. Pacienti sice také uváděli, že je jim poskytována individualizovaná péče, ale jejich hodnocení bylo výrazně nižší. Tyto rozdíly byly absolutně nejvyšší ve srovnání s výsledky dalších zemí (Česká republika, Finsko, Kypr, Maďarsko, Řecko) zapojených do mezinárodní komparativní studie, v jejíž rámci naše šetření probíhalo. Může to znamenat, že očekávání českých pacientů je vyšší, než v ostatních zemích, a proto mohou být kritičtější. Důvodem může být také to, že problematika individualizované péče je v českém ošetrovatelství aktuální až v posledním desetiletí, kdežto většina oslovených sester absolvovala ještě „starší“ typ odborného vzdělávání, který byl zaměřen zejména na technické dovednosti. Sestry s nižším vzděláním nemusí být k sobě a své práci zdravě kritické a mohou své hodnocení „přeceňovat“. Svoji roli zde může sehrát také haló efekt profesní rétoriky, kdy je očekáváno, že sestry individualizovanou péči provádí (Thomson et al., 2007).

Jedním z cílů a předpokladů výzkumu bylo očekávání, že vnímání individuality a individualizované péče pacientů a sester budou ovlivňovat demografické a klinické faktory. Toto se v naší studii, na rozdíl od prezentovaných zahraničních výzkumů (Suhonen et al., 2006; Johansson et al., 2002; Radwin, 2003; Suhonen, Leino-Kilpi, 2006), téměř nepotvrdilo. S jistotou můžeme říct, že jediným faktorem, který celkově ovlivňoval vnímání individualizované péče u pacientů, byla délka jejich hospitalizace. Pacienti, kteří strávili v nemocnici déle než týden, hodnotili individualizovaný přístup v ošetrovatelské péči pozitivněji než pacienti s kratší dobou pobytu, a to ve všech oblastech. Tento rozdíl může být pravděpodobně způsoben tím, že u pacientů s kratší hospitalizací neměly sestry dostatek času a prostoru k navázání a rozvinutí individualizovaného přístupu. Určitý vliv na percepci individualizované péče pacienty mohlo mít také jejich způsob přijímání do nemocnice – akutně přijímaní pacienti hodnotili poskytovanou individualizovanou péči nižším skórem (ve dvou oblastech statisticky významně). Jediným demografickým faktorem, který signifikantně ovlivňoval poskytování individualizované péče u sester, byla délka jejich klinické praxe. Percepce individualizované péče sester s praxí 21–30 let byla sice nejlépe hodnocena, ale pouze v jedné oblasti (kontrola nad rozhodováním pacienta v průběhu péče).

Vzhledem k tomu, že do studie byly zapojeny čtyři různé typy nemocnic (fakultní, městská, krajská, privátní) s odlišnou filozofií a organizací poskytování ošetrovatelské péče, očekávali jsme také rozdíly v hodnocení individualizované péče. Průměrná hodnocení sester i pacientů byla ve všech položkách téměř stejná (rozdíly průměrných „známek“ byly v desetinách). Signifikantní rozdíly ve vnímání podpory individuality pacienta a ve vnímání individualizované péče sester mezi jednotlivými nemocnicemi nebyly nalezeny. Naše studie je však limitována geograficky a počtem respondentů, proto tyto výsledky nemohou být reprezentativní pro české nemocnice.

ZÁVĚR

Individualised Care Scale je standardizovaný nástroj pro měření a hodnocení fenoménu individualizované péče v klinických zdravotnických zařízeních. Prostřednictvím dvou verzí (*ICS-nurse* a *ICS-patient*) lze nástroje úspěšně využít pro hodnocení percepce individualizované péče současně u pacientů i u sester ve stejné klinické situaci při provádění ošetrovatelské péče. Zjištění, co pacienti požadují v průběhu poskytované péče, a jak je jejich vnímání péče ovlivňováno demografickými, klinickými a dalšími faktory, pak přináší lepší pochopení jejich očekávání. Individualizovaná ošetrovatelská péče a pacientovo hodnocení aktuálně poskytované péče se tak stávají důležitými indikátory kvality pro evaluaci zdravotní péče. A to zejména v současné době, kdy zdravotnické systémy usilují o zlepšování procesů a výsledků zdravotní péče zapojením aktivního a motivovaného pacienta (OECD, 2004).

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

- DEHN, B. 2007. Care of the menopausal patient: a nurse practitioner's view. In *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2007, vol. 19, no. 8, pp. 427–437.
- Ethical issues in EU research proposals - checklist. [online]. 2009. [cit. 2009-07-18]. Dostupné na internetě: <http://ec.europa.eu/research/science-society/index.cfm?fuseaction=public.topic&id=370>.
- ICN. 2005. *Code of Ethics for Nurses*. Geneva : International Council of Nurses, 2005. 12 p.
- JOHANSSON, P. – OLE'NI, M. – FRILUND, B. 2002. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care : A literature study. In *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2002, vol. 16, no. 4, pp. 337–344.
- KING, I.M. 1981. *A Theory of Nursing : Systems, Concepts, Process*. New York : Wiley, 1981. 182 p.
- LEVINE, M.E. 1967. This I believe about patient-centered care. In *Nurs. Outlook*, 1967, vol. 15, no. 1, pp. 53–55.
- MELEIS, A.I. 1991. *Theoretical Nursing : Developments and Progress*. Philadelphia : J.B. Lippincott, 1991. 807 p.

- OECD. 2004. *Towards High-performing Health Systems. OECD Health Project*. Organisation for Economic Co-operation and Development OECD Publications 2. Paris : Publication Services, 2004. 134 p.
- PEPLAU, H.E. 1952. *Interpersonal Relations in Nursing*. New York : G.P. Putnam& Sons, 1952. 360 p.
- RADWIN, L.E. – ALSTER, K. 2002 Individualised nursing care: an empirically generated definition. In *International Nursing Review*, 2002, vol. 49, no. 1, pp. 54–63.
- SUHONEN, R. – VÄLIMÄKI, M. – LEINO-KILPI, H. 2002. "Individualised care" from patients', nurses' and relatives' perspective – a review of the literature. In *Int. J. Nurs. Stud.*, 2002, vol. 39, no. 6, pp. 645–654.
- SUHONEN, R. – LEINO-KILPI, H. – VÄLIMÄKI, M. 2005. Development and psychometric properties of the Individualised Care Scale. In *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2005, vol. 11, no. 1, pp. 7–20.
- 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. In *International Journal of Nursing Studies*, 2008, vol. 45, no. 11, pp. 1586–1597.
- SUHONEN, R. – LEINO-KILPI, H. 2006. Adult surgical patients information provided to them by nurses: A literature review. In *Patient Education and Counseling*, 2006, vol. 61, no. 1, pp. 5–15.
- SUHONEN, R. – GUSTAFSSON, M.L. – KATAJISTO, J. – VÄLIMÄKI, M. – LEINO-KILPI, H. 2010. Individualised Care Scale – Nurse version: A Finnish validation study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2010, vol. 16, no. 1, pp. 145–154.
- TEERI, S. – LEINO-KILPI, H. – VÄLIMÄKI, M. 2006. Long-term nursing care of elderly people: identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. In *Nursing Ethics*, 2006, vol. 13, no. 2, pp. 116–129.
- THOMSON, I.E. – MELIA, K.M. – BOYD, K.M. 2007. *Nursing Ethics*. Edinburgh : Churchill Livingstone, 2007. 385 p.

Kontakt

doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, LF OU

Syllabova 19

703 00 Ostrava-Zábřeh

Česká republika

e-mail: darja.jarosova@osu.cz

Prijaté: 15. 1. 2012

Akceptované: 23. 2. 2012