

ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO “PATIENT CENTERED-CARE” PARA A CULTURA PORTUGUESA

ADAPTATION AND VALIDATION OF THE INSTRUMENT "PATIENT CENTERED-CARE" FOR PORTUGUESE CULTURE

Regina Ferreira

Escola Superior de Saúde de Santarém.

Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde. Unidade de Investigação do Instituto

Politécnico de Santarém. Portugal

regina.ferreira@essaude.ipsantarem.pt

José Amendoeira

Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Santarém, Coordenador da Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde, Investigador da UI_IPS, Investigador integrado no CIIS_UCP, Investigador colaborador do CIEQV, Portugal

jose.amendoeira@essaude.ipsantarem.pt

RESUMO

Para responder aos desafios de um mundo em mudança e as inerentes necessidades e expectativas das pessoas é fundamental uma orientação efetiva dos serviços de saúde para as pessoas e, conseqüentemente, o recentrar da intervenção dos profissionais de saúde nas necessidades e possibilidades do beneficiário de cuidados. Objetivo: testar as propriedades psicométricas da versão em português do instrumento “Patient centered-care”. Método: estudo descritivo, analítico e transversal para a adaptação transcultural e com fins de validação das propriedades psicométricas. Resultados: participaram 236 enfermeiros de 2 Centros Hospitalares da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Para a confiabilidade geral obteve-se um alfa de Cronbach .91 e a confirmação de análise que sustenta a estrutura em quatro dimensões. Conclusões: A qualidade de ajuste da análise confirmatória corrobora a validade da versão adaptada em contextos de cuidados hospitalares.

Palavras-chave: Centralidade dos cuidados, Cuidados de Enfermagem, Pessoa, Qualidade dos cuidados, Reprodutibilidade dos Testes.

ABSTRACT

Addressing the challenges of a changing world and the inherent needs and expectations of people is an effective guideline of health services for people and therefore the refocusing of health professionals' interventions on the needs and possibilities of the care recipient. Objective: to test the psychometric properties of the Portuguese version of the “Patient centered-care instrument”. Method: descriptive, analytical and cross - sectional study for cross - cultural adaptation and validation of psychometric properties. Results: 236 nurses from 2 Lisbon and Tagus Valley Health Centers participated. For general reliability we obtained a Cronbach's alpha .91 and the confirmation of analysis that supports the four-dimensional structure. Conclusions: The quality of adjustment of the confirmatory analysis corroborates the validity of the adapted version in hospital care contexts.

Keywords Centered care, Nursing care, Person, Quality of care, Reproducibility of tests.

1 INTRODUÇÃO

A centralidade dos cuidados no cliente é um primado internacionalmente reconhecido à qualidade dos cuidados prestados, qualquer que seja o contexto de cuidados ou o sistema de saúde.

A centralidade dos cuidados é considerada um pilar da qualidade da prestação dos cuidados. Dimensão inerente a vários referenciais teóricos em enfermagem e “reforçada” por outros referenciais, mais gerais como a “qualidade na gestão das organizações”, sendo um dos seus pressupostos a focalização no cliente. É amplamente descrita como uma abordagem que coloca o cliente no centro do processo de assistência e que é sensível, empática e receptiva às necessidades, preferências e valores individuais dos clientes (Bokhour et al., 2009). A centralidade dos cuidados é um atributo de elevada qualidade dos cuidados revelando que os cuidados prestados se enquadram num paradigma holista, de flexibilidade e reciprocidade (Ferreira & Amendoeira, 2015). O “patient centered care” (PCC) tem sido definido como a forma como os profissionais de saúde selecionam e desenvolvem intervenções em resposta às necessidades individuais dos clientes (Lauver et al., 2002; McLaughlin & Kaluzny, 2000; Sidani, 2008; Poochikian-Sarkissian et al., 2010).

Vários têm sido os componentes da centralidade dos cuidados ao cliente (PCC) identificados na literatura: respeito pelos valores e necessidades dos clientes, entender o cliente como uma pessoa única, criando alianças terapêuticas, dando-lhe poder e responsabilidade na gestão da doença (Mead & Bower, 2000); “responsiveness” que envolve individualização, coordenação dos cuidados e “proficiência” (Radwin, Alster & Rubin (2003); Sidani, 2014); autonomia, valorizando a participação nos cuidados e a partilha na tomada de decisão (Schoot, Proot, Meulen & DeWitte, 2005).

1.1 Objetivo

O objetivo deste estudo consiste em testar as propriedades psicométricas da versão em português do instrumento “Centralidade dos cuidados na pessoa/cliente” (PCC).

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, analítico e transversal para a adaptação transcultural e com fins de validação das propriedades psicométricas.

2.1 Participantes

Neste estudo participaram 236 enfermeiros, 84,7% são do género feminino, com idades entre 22 e 57 anos ($M=34$ anos $\pm 7,52$). A grande maioria dos enfermeiros possui a licenciatura (91,1%), 5,9% o mestrado, 2,5% o bacharelato e 1 (0,4%) possui o doutoramento.

Os enfermeiros que integram o estudo exercem funções num “Centro Hospitalar Semi-urbano” (INE, 2009) (61,4%) e num “Centro Hospitalar Urbano” (38,6%) da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Trabalham em serviços de medicina (30,11%), cirurgia (30,1%), ortopedia (12,7%), cardiologia (9,7%), urologia/otorrino (6,4%), especialidades médicas (5,9%) e nefrologia (5,1%).

Quanto à categoria profissional e de acordo com o Dec. Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, e área de ação, verifica-se que a maioria são enfermeiros (69,2%) e enfermeiros graduados (25,16%). 87,6% trabalham na prestação de cuidados e 5,6% são chefes de equipa. Dos 3,4% de enfermeiros especialistas, 2,1% mantêm-se na prestação de cuidados. Dos 5,1% de enfermeiros graduados 3,8% são coordenadores de serviço (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros por categoria profissional e “área de ação”

Área de ação		Categoria profissional				Total
		Enfermeiro	Enfermeiro Graduado	Enfermeiro Especialista	Enfermeiro Chefe	
Prestador de cuidados	N	153	47	5	0	205
	%	65,4%	20,1%	2,1%	0,0%	87,6%
Chefe de equipa	N	8	4	1	0	13

	%	3,4%	1,7%	0,4%	0,0%	5,6%
Coordenador da unidade	N	1	9	2	0	12
	%	0,4%	3,8%	0,9%	0,0%	5,1%
Chefe do serviço	N	0	0	0	4	4
	%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	1,7%
Total	N	162	60	8	4	234
	%	69,2%	25,6%	3,4%	1,7%	100,0%

Relativamente ao método de trabalho praticado entre os enfermeiros a quase totalidade pratica um método que tem como foco a centralidade dos cuidados no cliente: 33,1% adota o método de prestação de cuidados individual, 49,2% o método de enfermeiro responsável e 10,6% o método em equipa. Apenas 1,7% recorre ao método funcional.

2.2 Instrumento

O instrumento utilizado neste estudo, “patient centered-care” - PCC - (Sidani, 2008), foi adaptado do “Patient Centered Comprehensive Care”, subescala do “Individualized Care Index” (ICC) desenvolvido por van Servellen (1988).

O PCC inclui 21 itens distribuídos por uma escala numérica de 6 pontos, através das âncoras “não reflete de todo” a “reflete muitíssimo”. Integra 5 dimensões: atender às necessidades do cliente (4 itens); resolução de problemas de saúde do cliente (3 itens); responder às necessidades do cliente de acordo com as suas preferências (5 itens); educação do cliente (4 itens) e aconselhamento ao cliente (5 itens).

As suas propriedades psicométricas foram estabelecidas através de homogeneidade (consistência interna e correlação intraclasse) e da validade de construto (análise fatorial, loads >.30) (Sidani, 2008;) (Tabela 2).

Tabela 2 – Resultados obtidos com aplicação do PCC

Dimensões PCC	α	Média (sd)
Atender às necessidades	.80 (Sidani et al., 2000) .88 (Poochikian-Sarkissian et al.,2010)	3,2(0,9) Sidani et al,2000 3,5(0,75) 3,4(0,9) (Poochikian-Sarkissian et al.,2010)
Resolução de problemas de saúde	.87(Sidani et al., 2000) .66(Poochikian-Sarkissian et al.,2010)	2,8(0,9) Sidani et al,2000 4,2(0,46) Sidani,2008
Prestação cuidados de acordo com as preferências	.88(Poochikian-Sarkissian et al.,2010)	3,6(0,6) Sidani et al,2000
Educação para a saúde	.89 (Sidani et al., 2000)	3,4(1,0) Sidani et al,2000
Aconselhamento		3,8(0,7) Sidani et al,2000

2.3 Procedimentos

No processo de adaptação cultural e validação da escala PCC para a população portuguesa, após autorização dos autores e parecer positivo das Comissões de Ética das Instituições envolvidas, foi utilizado o método de tradução-retroversão por dois peritos independentes. Depois da verificação da equivalência semântica de cada um dos itens da escala procedeu-se a um pré-teste, em que os enfermeiros responderam primeiro ao questionário e depois foram entrevistados para se verificar se entenderam o significado das questões que responderam adequadamente.

A colheita de dados foi realizada após autorização das várias unidades de saúde, bem como o consentimento informado aos informantes-chave (enfermeiros).

3. RESULTADOS

3.1 Análise da fidelidade e validade de construto

Recorreu-se à análise fatorial para reter agrupamentos de conceitos fortemente ligados entre si (fatores). Utilizou-se previamente o teste de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO=.90$), que indica que os fatores extraídos explicam uma quantidade importante de variância dos resultados e uma boa correlação entre as variáveis e o teste de Esfericidade de Bartlett ($B= 2301,56$; $df (210) p<.000$), com comunalidades extraídas acima de $.54$, que revelou um nível estatisticamente significativo.

Desta análise, seguindo o critério de Kaiser, com rotação *varimax* emergiram 5 fatores que explicaram $64,59\%$, da variância total obtida, com valores de explicação de cada componente entre $4,95\%$ e $38,21\%$. Contudo consideramos que essa estrutura fatorial não suportava teoricamente os 5 fatores, sendo pouco consistente (sem validade de conteúdo), apesar de ser uma estrutura de 5 fatores, tal como a escala original. Assim, forçamos a extração a 4 fatores obtendo-se uma estrutura fatorial, cuja validade de conteúdo é coerente com a teoria, a qual convergiu em 8 iterações.

Esta segunda extração apresentou valores de explicação de cada dimensão entre 5.36% e 38.21% .

Para além destes resultados, observa-se (tabela 3) que as soluções fatoriais obtidas apresentam cargas fatoriais relativamente elevadas ($>.60$), sendo que a autora utilizou como critério de seleção peso fatorial $\geq .30$. Neste caso apenas em um item isso se verifica, para a 1.^a dimensão.

Perante a solução obtida, e como podemos ver na tabela 3, identificamos 4 dimensões cujas características passamos a apresentar.

O Scree Plot confirma a extração dos 4 componentes (Figura1).

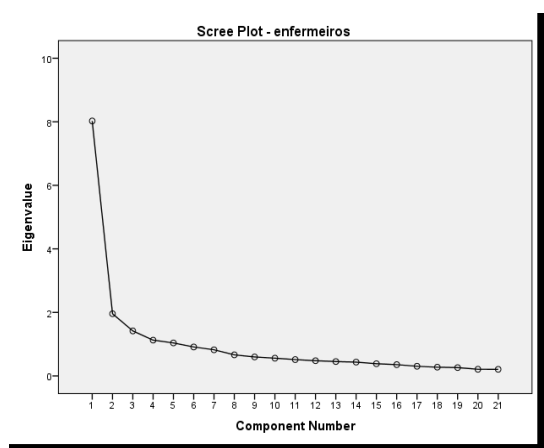


Figura 1- Scree Plot obtido da ACP aplicada aos enfermeiros

Foi igualmente calculado o Coeficiente de Correlação Intraclasse - ICC, que é considerado satisfatório quando $\geq .40$ e excelente quando $\geq .75$, para justificar a agregação. Como se pode verificar (tabela3) a maioria dos itens estão acima desse valor, com exceção para o item “Os enfermeiros tiveram a decisão final sobre os cuidados” ($.320$).

Na tabela 3 apresenta-se as correlações dos itens em cada uma das componentes/ dimensões, o coeficiente de correlação intraclasse e o respetivo alfa de Cronbah. Os fatores correlacionam de forma estatisticamente significativa, entre eles e com o total.

A primeira dimensão, que designamos “responder às necessidades dos clientes” evidencia a prestação de cuidados por forma a dar resposta às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais valorizando a saúde como um todo interligado, desde a avaliação inicial, implicando o desenvolvimento da capacidade de *responsiveness* do enfermeiro e uma visão holística da pessoa, centro do processo de cuidados. Comparativamente com a escala original, surge aqui mais um item “Auxiliei o cliente em todos os problemas durante o internamento”, que consideramos reforçar as características referidas anteriormente.

A segunda dimensão, “prestar cuidados atendendo às preferências dos clientes”, reflete a importância da capacidade de flexibilidade do enfermeiro e de este ir ao encontro dos seus desejos e gostos, envolvendo-os nos cuidados e na tomada de decisão. Esta subescala integra os itens tal como a original.

A terceira dimensão, “educação para a saúde”, releva os aspetos inerentes à preparação do cliente para o regresso a casa como o tipo de atividades que este pode desenvolver, a alimentação adequada, toma de medicação, gestão de problemas físicos e emocionais e outros decorrentes da condição de saúde e encaminhamento para outros serviços ou recursos. Em relação à escala original, mantêm-se os mesmos itens, acrescidos de dois da subescala original de resolução de problemas e que nos parece enquadrarem-se enquanto educação para a saúde, no sentido de diminuir possíveis constrangimentos quando o cliente regressa a casa (“Ajudei a encontrar soluções para problemas do cliente após a alta”; “Providenciei serviços subsequentes de saúde após a alta”); e de um outro da subescala original “aconselhamento”, que generaliza a informação a dar ao cliente durante o internamento no sentido da preparação para o regresso a casa (“Falei com o cliente como posso melhorar a saúde em geral após a alta hospitalar”).

A quarta e última dimensão, “informação sobre a condição de saúde ao cliente e família”, salienta o papel do enfermeiro na preservação dos direitos da pessoa/família quanto à informação sobre a sua situação clínica e o que esperar do seu plano de tratamento durante e após o internamento. Esta dimensão vai ao encontro da Lei de Bases da Saúde (Lei nº48/90, de 24 de agosto) que refere que os clientes têm direito a ser informados sobre a sua situação de saúde ou de doença. Similarmente a Lei da Informação Genética Pessoal e Informação de saúde (Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro), diz que “A informação de saúde, incluindo os dados clínicos registados, resultados de análises e outros exames subsidiários, intervenções e diagnósticos, é propriedade da pessoa, sendo as unidades do sistema de saúde os depositários da informação (...)”, e acrescenta ainda, que “O titular da informação de saúde tem o direito de, querendo, tomar conhecimento de todo o processo clínico que lhe diga respeito, salvo circunstâncias excepcionais devidamente justificadas e em que seja inequivocamente demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial (...) (p.607)”

Tabela 3 – Relação entre os itens por dimensão

Dimensões/ itens	r	Enf. ^{os}	
		ICC	α
Responder às necessidades dos clientes (α=.79)			
Fui capaz de responder às necessidades físicas do cliente	.69	.56	.77
Fui capaz de responder às necessidades emocionais do cliente	.80	.65	.73
Fui capaz de responder às necessidades sociais do cliente	.77	.63	.74
Fui capaz de responder às necessidades espirituais do cliente	.79	.60	.75
Auxiliei o cliente em todos os seus problemas durante o internamento	.68	.48	.79
Atender às preferências dos clientes (α=.77)			
Respeitei a opinião e preferência do cliente sobre os cuidados prestados	.83	.71	.68
Considere/apoiei as escolhas do cliente relativamente aos cuidados prestados	.80	.68	.69
Perguntei ao cliente a sua opinião e preferências sobre os cuidados prestados	.74	.50	.76
Fui flexível na resposta para com os desejos do cliente	.75	.62	.71
Tomei a decisão final sobre os cuidados prestados	.58	.32	.81
Educação para a saúde ao cliente (α=.80)			
Ensinei o cliente como controlar problemas físicos	.77	.67	.76
Ensinei o cliente como controlar problemas emocionais	.71	.58	.77
Ensinei o cliente como tomar conta de si próprio	.70	.60	.78
Ensinei o cliente como tomar medicação após a alta	.63	.51	.79
Falei com o cliente sobre como melhorar a saúde em geral após a alta hospitalar	.78	.70	.76
Ajudei a encontrar soluções para problemas do cliente após a alta	.64	.49	.79

Providenciei serviços subsequentes de saúde após a alta	.67	.44	.83
Informação de saúde ao cliente/família ($\alpha=.85$)			
Mantive minha família do cliente informada	.79	.64	.83
Expliquei ao cliente o que esperar do plano de tratamento durante o internamento	.87	.75	.78
Expliquei o que esperar do plano de tratamento após a alta	.85	.70	.80
Expliquei ao cliente a sua condição de saúde	.81	.67	.82
Total $\alpha = .91$			

3.2 Análise da sensibilidade e da validade convergente

No geral, verifica-se que em média os enfermeiros avaliam a sua prestação, quanto à centralidade dos cuidados, a um nível relativamente elevado ($M=78.99\pm 11.40$; $Mín.=.44$; $Máx.=105$; $N=228$). Especificamente, e tal como pode verificar-se na tabela 4, os dados indicam que, em média os enfermeiros consideram que dão uma resposta relativamente boa, quanto à centralidade dos cuidados na pessoa (valores de média entre 3.63 e 3.91), salientando-se de forma positiva a prestação de cuidados de acordo com as preferências dos clientes.

Tabela 4 – Estatística descritiva das dimensões

Dimensões PCC	Média (DP)	Mínimo	Máximo
Responder às necessidades	3,63 (.63)	1,8	5,0
Atender às preferências	3,91 (.64)	.60	5,0
Educação para a saúde	3,71 (.67)	.43	5,0
Informação de saúde	3,80 (.69)	1,5	5,0
Escala total	78.99 (11,40)	44	105

Analisando as variáveis sociodemográficas e socioprofissionais com as dimensões PCC verifica-se o seguinte (tabela 5).

Constatam-se diferenças significativas em 3 dimensões, quanto ao género. As enfermeiras valorizam de forma mais significativa as dimensões: responder às necessidades dos clientes ($t=2.66$; $gl(230)$; $p\leq.008$), prestar cuidados de acordo com as preferências dos clientes ($t=2.15$; $gl(226)$; $p\leq.04$) e realizar educação para a saúde ($t=2.54$; $gl(229)$; $p\leq.01$). O nível de escolaridade do enfermeiro parece interferir na prestação de cuidados de acordo com as preferências do cliente, verificando-se que maior nível de escolaridade, melhor resposta se verifica face às preferências do cliente ($F=3,4$; $p\leq.035$).

São também os enfermeiros com a categoria de especialista que consideram dar melhor resposta ao atendimento das necessidades do cliente ($F=3,11$; $p\leq.027$). Também a experiência profissional é significativa para esta dimensão ($r=.16$; $p\leq.02$).

Quanto ao local de trabalho, são os enfermeiros do Centro Hospitalar inserido num contexto semiurbano, que têm uma perceção mais positiva do desenvolvimento de ações de educação para a saúde ($t=3.65$; $p\leq.000$).

O método de trabalho parece ser determinante para a perceção dos cuidados praticados pelos enfermeiros nas dimensões, responder às necessidades dos clientes ($F=2.57$; $p\leq.05$), atender às suas preferências ($F=3.40$; $p\leq.02$) e educação para a saúde ($F=5.48$; $p\leq.001$). O método de enfermeiro de referência é o que apresenta valor de média mais elevada exceto na dimensão da prestação de cuidados segundo as preferências dos clientes, sendo aqui substituído pelo método individual.

Tabela 5 – Relação entre as dimensões PCC e variáveis sociodemográficas e socioprofissionais

Dimensões PCC Variáveis estruturais	Responder às necessidades	Atender às preferências	Educação para a saúde
Género	3.67-♀; 3.36-♂	3.95-♀; 3.62-♂	3.95-♀; 3.62-♂
Idade		$r = -.15$; $p\leq.04$	$r = .15$; $p\leq.03$
Escolaridade	$r = .16$; $p\leq.02$		3,24 < licenciatura 3,91 - licenciatura 3,92 > licenciatura

Experiência profissional	r = .16; p≤.01		r = .18; p≤.007
Categoria profissional	3,57 – enf. 3,80–graduado 3,69-especialista 3,13-chefe		
Centro hospitalar			3.84 -CHSU 3.49-CHU
Método de trabalho	3.00 (funcional) 3.61(individual) 3.71(referência) 3.48(equipa)	3.00 (funcional) 4.00(individual) 3.87(referência) 3.90(equipa)	3.25 (funcional) 3.61(individual) 3.86(referência) 3.38(equipa)

Notas:a) Os valores apresentados são resultantes de análise de correlação de Pearson (r) e de valores de média das análises OnewayAnova ou indepedente simple t test; b) A dimensão “informação de saúde” não se encontra no quadro dado não apresentar resultados significativos.

4. DISCUSSÃO

Ao analisar a relação entre as dimensões e a escala no total constata-se que os itens estão correlacionados significativamente e positivamente entre si e com a escala.

A análise dos resultados revelou a obtenção de uma escala com fidelidade e consistência interna, tanto na sua globalidade ($\alpha = .91$) como em cada uma das dimensões (α entre .68 e .87). Estas componentes foram extraídas através da análise de componentes principais com loads $>.30$, tendo-se obtido um modelo que explicou 64,59 % da variância.

No geral verifica-se que os enfermeiros têm uma perceção positiva da centralidade dos cuidados que prestam, nomeadamente na educação para a saúde, bem como a adequação dos cuidados às preferências dos clientes, envolvendo-os na tomada de decisão.

No presente estudo também se verificou que para além da experiência profissional dos enfermeiros, maior formação, que permite ascensão profissional, melhores são os resultados face à centralidade dos cuidados, percecionados pelos clientes.

Estes resultados estão em consonância com os identificados pelos autores do Instrumento “Patient centered-care” (Sidani, 2008) que descrevem os benefícios da implementação de “modelos PCC”, como a satisfação das necessidades dos clientes, atender às suas preferências e realizar educação para a saúde.

5. CONCLUSÃO

Para dar resposta ao objetivo do presente estudo, tradução, adaptação e validação do instrumento da centralidade dos cuidados à pessoa/cliente (PCC, Sidani, 2008) traduzimos o instrumento para a cultura portuguesa e aplicámo-lo a 236 enfermeiros que trabalham em serviços de cuidados agudos de dois Centros Hospitalares.

Os índices alpha de Cronbach obtidos na generalidade dos resultados são claramente muito satisfatórios e variaram entre .90 e .91. Este facto revela que os itens em conjunto contribuem para a avaliação dos fatores da centralidade dos cuidados ao cliente.

Esta versão portuguesa do PCC demonstra propriedades psicométricas adequadas em termos de confiabilidade e validade e, como tal, pode ser útil na avaliação de outras variáveis relacionadas com as intervenções de enfermagem e em diferentes contextos que não apenas os cuidados de agudos.

Como limitações de referir que os dados foram colhidos em um único momento no tempo, e em apenas numa região de saúde, pelo que seria útil realizar algum tipo de estudo longitudinal e noutras regiões do País para poder identificar e analisar possíveis mudanças ao longo do tempo e em diferentes regiões.

6 REFERÊNCIAS

- Bokhour, B. G., Pugh, M. J., Rao, J. K., Avetisyan, R., Berlowitz, D. R., & Kazis, L. E. (2009). Improving methods for measuring quality of care. A patient-centered approach in chronic disease. *Medical Care Research and Review*, 66(2), pp.147–166
- Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de novembro, Diário da República n.º 184/91- I SérieI. Ministério da saúde. Portugal.
- Ferreira, R. & Amendoeira, J. (2015). Resultados Sensíveis em Enfermagem. Ensaio: Modelo de Avaliação da Qualidade dos Cuidados. *Revista UIIPS*, 3(5), pp. 396-407.
- Lauver, D., Ward, S. E., Heidrich, S. M., Keller, M. L., Bowers, B. J., Brennan, P. F., . . . Wells, T. J. (2002). Patient-centered interventions. *Research in Nursing & Health*, 25(4), pp. 246-255.
- Lei n.º12/2005 de 26 de janeiro. Informação genética pessoal e informação de saúde, Diário da República n.º 18/2005- I Série A. Assembleia da Republica. Portugal.
- Lei nº48/90 de 24 de agosto. Lei de Bases da Saúde, Diário da República nº195-I Série. Assembleia da República. Portugal.
- McLaughlin, C., & Kaluzny, A. D. (2000). Building client centered systems of care: choosing a process direction for the next century. *Health Care Management Review*, 25(1), pp. 73-78
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), pp. 1087-110
- Poochikian-Sarkissian, S., Sidani, S., Ferguson-Pare, M., & Doran, D. (2010). Examining the relationship between patient-centred care and outcomes. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 32(4), pp. 14-21.
- Radwin, L., Alster, K., & Rubin, K. M. (2003). Development and testing of the oncology patients' perceptions of the quality of nursing care scale. *Oncology Nursing Forum*, 30(2), pp. 283-290
- Schoot, T., Proot, I., Meulen, R.T., & DeWitte, L. (2005). Actual interaction and client centeredness in home care. *Clinical Nursing Research*, 14, pp. 370–393.
- Sidani, S. (2008). Effects of patient-centered care on patient outcomes: an evaluation. *Research & Theory for Nursing Practice*, 22(1), pp. 24-37.
- Sidani, S., & Braden, C. J. (2011). *Design, evaluation, and translation of nursing interventions*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Sidani, S., & Doran, D. (2010 Jan-Mar). Relationships between processes and outcomes of nurse practitioners in acute care: an exploration. *Journal of Nursing Care Quality*, 25(1), pp. 31-38.
- Sidani, S., & Fox, M. (2014). Patient-centered care: clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), pp. 134-41.
- Sidani, S., Guruge, S., Miranda, J., Ford-Gilboe, M., & Varcoe, C. (2010). Cultural adaptation and Translation of measures: an integrated method. *Research in Nursing & Health*, 33, pp. 133–143.