

## Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı

### Öz

Sürekli gelişen ve değişen dünyada, teknolojik alandaki gelişmeler, kronik hastalıklar nedeniyle bakım gereksinimlerinin artması ve insan nüfusundaki artış, hastanelere olan talebi artırmaktadır. Bu yoğun talep ortamı, hastaların gereksinimi olan bakımın bir kısmının ya da tamamının ihmal edilmesi ya da ertelenmesine neden olmaktadır. "Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı" olarak adlandırılan bu durum, hem hastayı hem de hemşireyi olumsuz yönde etkileyen önemli bir sorun haline gelmektedir. Bakım uygulamalarının tam ve eksiksiz olarak yapılması; hemşirenin bireysel özelliklerinden, kurumsal yapıdan, çalışma koşullarından ve ekip içi iletişimden etkilenmektedir. Hemşirelik bakımının her boyutunun hastalar tarafından tam olarak değerlendirilmesinin mümkün olmaması nedeniyle hastaların karşılanamayan bakım uygulamalarına yönelik görüşlerini değerlendirmek amacıyla hem hemşire görüşlerine başvurulmuş hem de olumsuz hasta sonuçları incelenmiştir. Yapılan araştırmalar sonucunda karşılanamayan bakım uygulamalarının, hastanın yaşam kalitesini ve güvenliğini etkileyen nazokomiyal enfeksiyonlar, düşmeler, ilaç hataları ve basınç yaralanmaları gibi olumsuz sonuçlara neden olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda hemşirelerin de bu durumdan kaynaklı olarak iş doyumlarının azaldığı, pişmanlık, suçluluk, hayal kırıklığı gibi emosyonel travma yaşadıkları bildirilmektedir. Bu bağlamda, karşılanamayan bakım uygulamaları, bakımın kalitesini ve hasta/hemşire sağlığını tehdit eden ihmal/hata olarak değerlendirilmelidir. Bu makalede, karşılanamayan bakım kavramı/uygulamaları, karşılanamayan bakım uygulamalarının nedenleri, hasta ve hemşireye etkisi tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik bakımı, İhmal, Hasta güvenliği, Karşılanmayan bakım

Fatma Dursun Ergezen   
Emine Kol 

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik  
Esasları Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

### Giriş

Kaliteli bakım, herkesin eşit şekilde ulaşabildiği, güvenli, etkili, hasta merkezli bakımdır.<sup>1</sup> Dünya genelinde, hasta bakım sonuçları, sağlık bakım politikalarında kaliteli bakımın önemli bir göstergesi olarak kullanılmaktadır.<sup>2</sup> Düşmeler, ilaç hataları, nazokomiyal enfeksiyonlar, basınç ülserleri ve hasta memnuniyet oranları hasta bakım sonuçlarında kullanılan indikatörlerdir.<sup>3</sup> Ulusal ve uluslararası kalite ve akreditasyon kuruluşlarının belirlediği standartlar, bu indikatörlerin takibi ve iyileştirilmesini zorunlu kılsa da bakımda biyomedikal modelin baskınlığı, bazı hasta bakım gereksinimlerini aksatmaktadır.<sup>4</sup> Teknolojideki gelişmeler ve artan hasta sayısının bir sonucu olan biyomedikal model, tedavi ağırlıklı, rutin işlerin yoğun olduğu ve hemşirelik bakımının ikinci planda kaldığı bir modeldir.<sup>5</sup>

Hastanın bir bütün olarak ele alındığı, tedavi planının yanında hastanın tedaviye uyumu, hastalığı kabul etmesi, aile desteklerinin kullanımını gerektiren bütüncül yaklaşım sıklıkla hemşirelerin kullandığı bir bakım yaklaşımıdır. Bütüncül yaklaşımda, hastanın hastaneye yattığı andan itibaren bireysel gereksinimlerinin belirlenmesi ve belirli aralıklarla gereksinimlerin karşılama durumunun değerlendirilmesi söz konusudur.<sup>6</sup> Hastanın fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel gereksinimlerinin tamamının karşılanaacağı bütüncül bakım için hemşire insan gücünün sayı ve nitelik olarak yeterli olması zorunludur.<sup>7-9</sup> Hemşire insan gücündeki her bir aksama, hasta bakım gereksinimlerinin karşılanamaması anlamına gelmektedir.

Hastaların gereksinimi olan bakımın bir kısmının ya da tamamının ihmal edilmesi ya da ertelenmesi "Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı" olarak tanımlanmaktadır.<sup>10</sup> Literatürde kurumsal faktörler ve hemşirelerin bireysel özellikleri nedeniyle hemşirelik bakım uygulamalarının tam olarak yerine getirilemediği bildirilmektedir.<sup>10-12</sup> Araştırmalarda sıklıkla belirtilen karşılanamayan bakım uygulamaları; pozisyon verme, ağız bakımı, yürütme, beslenme ve boşaltım ihtiyacını karşılama, taburculuğu planlama, emosyonel destek sağlama, hijyen uygulamaları ve hasta yakınlarının bakıma dahil edililmesi olarak listelenmektedir.<sup>9-11,13</sup> Karşılanamayan bakımlar, hastaları olumsuz yönden etkilemektedir. Literatürde karşılanamayan bakımlar ile hasta düşmeleri, ilaç hataları, nazokomiyal enfeksiyonlar (kan dolaşımı enfeksiyonları, üreter sistem enfeksiyonları, pnömoni vb.), basınç ülserleri, kazalar, mortalite ve tekrarlı yatışlar arasında pozitif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir.<sup>14-20</sup> İsviçre'de akut bakım alanlarında karşılanamayan hemşirelik bakımlarını inceleyen bir araştırmada; hemşireler karşılanamayan

Ergezen FD, Kol E. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı. *J Educ Res Nurs.* 2021; 18(4): 467-472

Corresponding Author: Sorumlu Yazar: Fatma Dursun Ergezen Email: fatmadursn@gmail.com



Copyright@Author(s) - Available online at  
www.jer-nursing.org  
Content of this journal is licensed under a  
Creative Commons Attribution-NonCommercial  
4.0 International License.

bakımlar nedeniyle nazokomiyal enfeksiyonların %58, düşmelerin %44, ilaç hatalarının %30, basınç ülserlerinin %24 ve kritik olayların %16 oranında sürekli olarak yaşandığını belirtmişlerdir.<sup>21</sup> Yapılan bir araştırmada 13 aylık süreçte tıbbi kayıtların gözden geçirilerek tıbbi hataların belirlenmesi hedeflenmiştir. Bu araştırmanın sonucunda; hastanede kaldığı süreçte en az bir kez tıbbi hataya maruz kalan hasta oranının %82 gibi büyük çoğunluğu oluşturduğu belirlenmiştir. Aynı araştırmada hataya maruz kalan hastaların çoğunluğunun teşhis ve izlem nedeniyle, 1/3'nün tedavi süreciyle ilgili hatalara maruz kaldığı tespit edilmiştir.<sup>22</sup> Konu ile ilgili yapılan araştırmalar göz önüne alındığında karşılanamayan bakımlar hasta sağlığını, güvenliğini, memnuniyetini ve bakımın kalitesini tehdit eden önemli bir sorun ve hata olarak nitelendirilebilir. Bu bağlamda, makalede karşılanamayan hemşirelik bakımları literatürdeki araştırma verileri ile aktarılmıştır.

### Karşılanamayan Bakım Kavramı

Karşılanamayan bakım kavramı ilk kez Aiken ve ark<sup>23</sup> tarafından Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Kanada, İskoçya, İngiltere ve Almanya olmak üzere 5 farklı ülkede 43.000 hemşire ile yaptığı araştırmada "hemşirelik bakımının yapılamaması (nursing care undone)" ifadesi ile tanımlanmıştır. Araştırmada, hemşirelere en son vardiyadaki görevleri sorulmuş ve hemşirelerin çoğu bilgi-beceri gerektirmeyen uygulamalara daha çok vakit ayırdıklarını; ağız bakımı, hasta eğitimi, hastanın rahatını sağlama ve hijyen gereksinimine yönelik uygulamaları yapmadıklarını bildirmişlerdir. Literatürde 2004 yılında "tamamlanmamış hemşirelik bakımı (unfinished nursing care)" kavramı ortaya çıkmıştır.<sup>24</sup> Sochalski (2004)<sup>24</sup> tarafından yapılan araştırmada; hemşirelerin bakım algısı, hemşire sayısının bakım sonuçlarına etkisi, hasta güvenliği sorunları ve tamamlanmayan bakım arasındaki ilişkiyi incelenmiştir. Aynı araştırmada, 8670 hemşire ile görüşülmüş ve hemşirelerin %40'ının üç ya da daha fazla bakım uygulamalarını tamamlamadıkları belirlenmiştir. Ayrıca araştırma sonucunda, kaliteli hemşirelik bakımı, hemşirenin bakım verdiği hasta sayısı ile tamamlanmayan bakım ve hasta güvenliği sorunları arasında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır.<sup>24</sup>

Beatrice Kalisch 2006 yılında ilk kez "karşılanamayan hemşirelik bakımı (missed nursing care)" kavramını tanımlamak amacıyla 107 hemşire ile 25 odak grup görüşmesi yapmıştır. Odak grup görüşmesinde tüm katılımcılar, hastanın gereksinimi olduğu bakımı tam olarak karşılayamadıklarını belirtmişlerdir.<sup>10</sup> Hemşirelerden biri "onların (hastaların) yaşaması için ilaç vermeliyiz, nefes aldığından ve kalbinin çalıştığından emin olmalıyız. Bunların haricindeki görevler kaçırılıyor" ifadesini kullanmıştır. Lucero ve ark<sup>25</sup> "karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri (unmet nursing care needs)" ifadesini kullanarak, hemşirelerden zaman yetersizliği nedeniyle yapamadıkları yedi bakım uygulamasını listelemelerini istemişlerdir. Araştırma sonucunda karşılanmayan yedi bakım uygulaması sırasıyla; hastaların/hasta yakınlarının eğitimi ve taburculuğa hazırlanması, hastanın rahatını sağlama/konuşma, hemşirelik bakımının yeterli şekilde kayıt edilmesi, sırt masajı, deri bakımı, ağız bakımı ile hemşirelik bakım planlarının oluşturulması ve güncellenmesi olarak belirlenmiştir.

Al-Kandari ve Thomas (2009)<sup>26</sup> "tamamlanmayan hemşirelik bakım eylemleri/görevleri (incomplete nursing care activity/task)" ifadesini kullanmış ve bu durumu "bir vardiya boyunca hasta bakımında uygulanması gereken eylemlerin tam olarak uygulanamaması" olarak tanımlamıştır. Kuveyt'te 820 hemşireye en son vardiyada yaptıkları uygulamaların sorulduğu araştırmada hemşirelerin yalnızca %48'inin vardiya boyunca tüm bakım uygulamalarını yapabildikleri tespit edilmiştir. Ausserhofer ve ark<sup>28</sup>'nin 12 Avrupa ülkesinde 33.659 hemşire ile yürüttüğü araştırmada hastanenin kurumsal faktörleri ile "yapılamayan hemşirelik bakımı (nursing care left undone)" arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma sonucunda bir önceki

çalışmalara paralel olarak; çalışma ortamının, hemşire sayısının ve hemşirelerin profesyonel bilgi-beceri gerektirmeyen uygulamalara ayırdıkları sürenin hemşirelik bakımlarının yapılamamasında etkili olduğu bulunmuştur. Bu makalede "Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı" olarak kullanılan kavram yaklaşık 17 yıl önce hemşirelik literatürüne "hemşirelik bakımının yapılamaması" olarak girmiş ve "tamamlanmayan", "karşılanamayan", "ihmal edilen", "yapılamayan" bakımlar olarak ele alınmıştır. Literatürde "karşılanamayan/tamamlanmayan/ihmal edilen bakım" kavramı, bu kavramı açıklamak amacıyla yapılan öncelikli araştırmalar, ölçme araçları ve çalışmalarının yürütüldüğü ülkeler Tablo 1'de özetlenmiştir.

### Karşılanamayan Bakım Uygulamaları

Karşılanamayan bakım uygulamaları, tüm dünyada ilgi çeken bir konu olması nedeniyle çok sayıda ülkede, farklı ölçüm araçları ve yöntemleri ile incelenmektedir. Konu ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde karşılanamayan bakım uygulamalarının oranının oldukça yüksek (%82-94) olduğu görülmektedir.<sup>27-29</sup> Bu uygulamalardan; ağrı yönetimi, konfor sağlama ve yaşam bulgularının takibini içeren girişimlerin sıklıkla yapıldığı, buna karşılık hastanın/hasta yakınlarının bakıma dahil edilmesi ve emosyonel destek sağlama yönelik girişimlerin daha az oranda yapılabildiği bildirilmektedir.<sup>7,8,10,19,25,27,30-34</sup> Nitekim karşılanamayan bakım uygulamalarının en düşük oranda olduğu girişimler; trakeostomi bakımı (%2.4), ilaç uygulamaları (%9), ağrı yönetimi (%10), yaşam bulgularının ölçümü, kan glukoz takibi, aldığı çıkardığı sıvı miktarının kayıt edilmesi ve intravenöz damar yolunun bakımındır ve bu uygulamaları aksamaya uğramadan gerçekleştirildiği belirtilmektedir.<sup>8,10,26,30-32</sup> Karşılanamayan bakım uygulama oranlarının en yüksek olduğu bakımlar ise hasta ile konuşma (%53), hasta eğitimi (%52), bakım planlarının oluşturulması/güncellenmesi (%42), hastayı günde 3 kez yürütme (%39), interdisipliner kongrelere/konferanslara katılma (%31), ağız bakımı (%17) ve hasta/hasta yakınlarına emosyonel destek sağlama olduğu ve bu bakımların sıklıkla aksatıldığı bildirilmektedir.<sup>7,18,25,30,35</sup>

Literatürde karşılanamayan bakım uygulamalarına yönelik araştırmaların çoğunlukla erişkin dahili ve cerrahi birimlerde yürütüldüğü ve ABD merkez olmak üzere Lübnan, Türkiye, İngiltere gibi ülke karşılaştırılmalarının yapıldığı görülmektedir.<sup>7,8,26,30-32</sup> Araştırma sonuçlarına göre bakım uygulamalarının karşılanamama oranları arasında ülkeler ve birimler arası farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde ve ABD'de eş zamanlı olarak karşılaştırmalı yapılan bir araştırmada; ülkemizde karşılanamayan bakım uygulamalarının sayısının, ABD'ye kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir.<sup>31</sup> Yapılan bir başka karşılaştırmalı araştırmada; Lübnan'da karşılanamayan bakım uygulamalarının sayısının da ABD'den daha düşük olduğu belirlenmiştir.<sup>32</sup> Her iki araştırma sonucunda da gelişmekte olan ülkelerdeki karşılanamayan bakım uygulamalarının ABD'den düşük olması ilgi çekicidir. Ancak literatürde belirtildiği şekilde gelişmekte olan ülke sonuçlarının karşılanamayan bakım oranlarının daha düşük olması tartışılabilir bir bulgu olarak düşünülmektedir. Nitekim ülkemiz ve diğer gelişmekte olan ülkelerde bakım girişimleri ve sonuçlarını içeren diğer araştırma sonuçları incelendiğinde bakım girişimlerinin oranlarının yüksek olmadığı görülmektedir.<sup>9,13,15</sup> Bu bağlamda bu konu araştırmaya ve tartışmaya açık bir konu olarak düşünülmektedir.

### Bakım Gereksinimlerinin Karşılanmama Nedenleri

Bakım uygulamaların tam ve eksiksiz olarak yapılması; hemşirenin bireysel özelliklerinden, kurumsal yapıdan, çalışma koşullarından ve ekip içi iletişimden etkilenmektedir.<sup>8,9,26,30,36-38</sup> Hemşirenin yaşı, eğitim düzeyi, klinik deneyimi, iş doyumu, çalışma ortamına yönelik görüşleri, işten ayrılma niyeti ve değerleri gibi hemşirenin bireysel özellikleri karşılanamayan bakımın önemli belirleyicileridir.<sup>30,32,38-40</sup> Araştırmalarda meslekteki çalışma yılı fazla olan, işinden doyum almayan, mesleki bakış açısı

Tablo 1. Karşılanamayan/Tamamlanamayan/İhmal Edilen Bakım Kavramı ile İlgili Araştırmalar

| Yazar/Yazarlar                      | Kavramın ifade edilmiş biçimi | Ölçüm Yöntemi ve Araçları  | Örneklem sayısı   | Çalışmanın yürütüldüğü ülke/ülkeler  |
|-------------------------------------|-------------------------------|--|---|--|
| Aiken vd. <sup>3</sup>              |                               | -30 günlük hasta mortalite oranları ve diğer hasta sonuçları için hasta taburculuk kayıtları<br>-Personel sayısı ve kurum bilgileri için diğer hastane veri tabanları<br>-Hemşirelerin çalışma ortamına yönelik algıları, bakım kalitesi, iş doyumunu ve tükenmişlik düzeylerini içeren anket formu  | 700 farklı hastanede 43.000 hemşire                     | Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere, Kanada, Almanya, İskoçya   |
| Sochalski <sup>24</sup>             |                               | -En son vardiyada hemşirenin bakım verdiği hasta sayısı için hasta iş yükü formu<br>-Hemşirelerin kaliteli hemşirelik bakımına ilişkin görüşleri için anket formu<br>-Zaman yetersizliği nedeniyle hemşirelerin en son vardiyada tamamlamadığı bakım uygulamalarının listesi<br>-Hemşirenin son bir yılda bakım verdiği hastalarda gerçekleşen güvenlik sorunlarını içeren soru formu                                | 8670 hemşire  | Amerika Birleşik Devletleri  |
| Kalisch <sup>10</sup>               |                               | -Odak grup görüşmesi   | 107 hemşire   | Amerika Birleşik Devletleri  |
| Lucero vd. <sup>25</sup>            |                               | -Aiken ve ark <sup>23</sup> tarafından kullanılan ölçüm aracının revize formu<br>-Hemşirelerin iş doyumunu ve bakım kalitesi algısını değerlendirmek için The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index<br>- Hasta iş yükü, tükenmişlik algısı formu<br>-Öncelikle karşılanamayan bakım uygulamalarını belirlemek amacıyla odak grup görüşmesi yapılmış ve sonuçlar doğrultusunda oluşturulan anket formu | 10.184 hemşire  | Amerika Birleşik Devletleri  |
| Al-Kandari and Thomas <sup>26</sup> |                               | - Klinikteki personel sayısı, hasta hemşire oranı, hemşirelik bakımı ve hemşirelik bakımı ile ilgili olmayan uygulamaların sıklığı, vardiya sonunda hemşirelerin tamamlamadığı hemşire bakım eylemlerini içeren anket formu  | 820 hemşire   | Kuveyt   |
| Ausserhofer vd. <sup>16</sup>       |                               | -İş ortamı, personel sayısı, hemşirelerin eğitim düzeyi, hemşirenin işten ayrılma niyeti ve tükenmişlik düzeyi, hasta memnuniyeti ve hastane kaynaklı hasta ölüm riskini içeren uluslararası anket formu<br>-Hastane yönetimi ve hasta taburculuğu veri tabanı   | 12 Avrupa Ülkesinde 488 farklı hastanede 33.659 hemşire | Yunanistan, Polonya, Almanya, İspanya, Norveç, Hollanda, Finlandiya, İsveç, İngiltere, İsviçre, Belçika, İrlanda |

olumsuz olan, çalışma ortamından memnun olmayan ve işe gelmediği gün sayısı fazla olan hemşirelerin daha çok bakımı karşılayamadığı belirtilmektedir.<sup>32,38,39,41-43</sup> Karşılanamayan hemşirelik bakımı ile ilgili yapılan araştırmalarda; hemşirelerin meslekteki çalışma yılı arttıkça karşılayamadığı bakım girişimlerinin de arttığı belirlenmiştir.<sup>32,43</sup> Hemşirenin iş doyumunu ve iş ortamına yönelik algısı bakımın karşılanma durumunu etkileyen diğer unsurlar arasındadır. Çin'de 1542 hemşire<sup>44</sup> ve Amerika Birleşik Devletlerinde 233 hemşire<sup>27</sup> ile yapılan araştırmalarda hemşirelerin iş ortamına yönelik olumlu görüşleri arttıkça karşılanamayan bakım uygulamalarının oranının azaldığı tespit edilmiştir. Amerika'da 31.650 hemşirenin katıldığı bir diğer araştırma sonucuna göre iş ortamının olumlu olarak algılanmasının karşılanamayan bakım uygulamalarını %63.3 oranında azalttığı belirlenmiştir.<sup>29</sup> Destekleyici çalışma ortamı ile karşılanamayan bakım arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada ise hemşirenin iş ortamını yönelik olumlu düşünceleri arttıkça bakımın karşılanmama

durumunun %13.7 oranında azaldığı sonucu elde edilmiştir.<sup>39</sup> Hemşirelerde iş doyumunu ve işe gelmeme durumunun bakım uygulamaları ile ilişkisini inceleyen araştırmalarda, hemşirelerin iş doyumunu arttıkça bakım uygulamalarının karşılanma oranının arttığı, işe gelmeme sıklığı arttığında ise bakım uygulamalarının karşılanma oranının azaldığı tespit edilmiştir.<sup>32,33,41,42</sup> Karşılanamayan bakımı etkileyen hemşire özelliklerinden bir diğeri ise hemşirenin sorumluluk duygusudur. İsrail'de 295 hemşire ile yapılan bir araştırmada hemşirenin bireysel ve kliniğe yönelik sorumluluk duygusu arttıkça karşılanamayan bakımların önemli derecede azaldığı bildirilmektedir.<sup>45</sup>

Personel sayısı ve tıbbi araç gereçlerin yeterliliği, kaynakların etkili şekilde kullanımı, bir hemşirenin bakım verdiği hasta sayısı bakımın karşılanma durumunu etkileyen kurumsal faktörlerdir. Kurumsal faktörlerin önemli iki bileşeni bakım verilen hasta sayısı ve hemşire yeterliliğidir. Bir hemşirenin

bakım verdiği hasta sayısındaki artış bakımın karşılama oranını önemli derecede azaltmaktadır.<sup>7-9,26,30,41,44,46,47</sup> Friese ve ark<sup>7</sup> araştırmasında bir hemşirenin bakım verdiği hasta sayısındaki bir kişilik artışın bakımın karşılama oranını %2.1 artırdığı belirtilmektedir. On iki Avrupa ülkesinde 31.627 hemşire ile yapılan bir araştırmada bir hemşirenin bakım verdiği hasta sayısını 6'dan 11'e yükseltmenin karşılanamayan bakımları %26 oranında artırdığı tespit edilmiştir.<sup>46</sup> İngiltere'de yapılan bir araştırmada<sup>30</sup> bir hemşirenin 6 hasta yerine 12 hastaya bakım vermesinin karşılanamayan bakımları %66, İsveç'te yapılan araştırmada<sup>47</sup> ise bir hemşirenin 6 hasta yerine 10 hastaya bakım vermesinin karşılanamayan bakımları %53 oranında artırdığı belirlenmiştir.

Hemşirelik bakımının tam olarak uygulanmasını engelleyen diğer kurumsal faktör hemşire sayısıdır. Araştırmalarda, hemşire sayısının yeterli olduğu kliniklerde bakım uygulamalarının karşılama oranının daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır.<sup>8-10,26,30,34,36,37,42</sup> Güney Kore'de bakımın kalitesini artırmak amacıyla yapılan bir araştırmada, kliniklerde çalışan hemşire sayısı artırılmış ve sonuç olarak karşılanamayan bakım uygulamalarının önemli derecede azaldığı belirlenmiştir.<sup>9</sup> İngiltere'de kliniklerde çalışan hemşire sayısı ile karşılanamayan bakım uygulamaları arasındaki ilişkiyi inceleyen diğer bir araştırmada, ise hemşire yetersizliği nedeniyle bir hemşirenin 6 hasta yerine 11 hastaya bakım vermesinin hastayı gözlemleme oranını yarı yarıya azalttığı sonucu elde edilmiştir.<sup>30</sup> Ayrıca konu ile ilgili yapılan diğer araştırmalarda; eğitim araştırma hastanelerinde, tıbbi araç gerecinin yeterli olmadığı ve kaynakların etkin şekilde yönetilemediği kliniklerde bakım uygulamalarının tam olarak yapılamadığı bildirilmektedir.<sup>10,31,32,36,37</sup>

Hemşirenin çalıştığı vardiya (sabah/akşam), hemşirenin klinikteki görevleri, kliniğin özelliği, hastanın bakım gereksinimi, hemşirenin bir hastaya bakım vermek için ayırdığı süre ve çalışma saati çalışma koşulları arasındadır. Araştırmalarda, hastaların günlük yaşam aktivitelerinde yardım gereksinimi arttıkça bakım uygulamalarının karşılama oranının azaldığı ve hemşirenin hastaya bakım vermek için ayırdığı süre arttıkça bakımın karşılama oranının da arttığı belirtilmektedir.<sup>30,42</sup> Hemşirenin çalıştığı vardiya saatine göre karşılanamayan bakım oranlarını inceleyen araştırmalarda, gece vardiyasında daha az sayıda bakım uygulamasının karşılanmadığı bildirilmektedir.<sup>32,43</sup> Klinikler açısından değerlendirildiğinde ise; yoğun bakım üniteleri ve diğer kliniklerin karşılaştırıldığı araştırmalarda, yoğun bakım ünitelerinde karşılanamayan bakım oranının daha az olduğu bulunmuştur.<sup>32,36-38</sup>

Ekip içi iletişim, meslektaşları arası ilişkiler, yönetici hemşirelerin liderlik özellikleri ve hemşirelerin desteklemesi bakımın uygulanma durumunu etkilemektedir.<sup>10,31,36,48</sup> Onkoloji kliniği ile diğer klinikler arasında karşılanamayan bakım farklılığını inceleyen bir araştırmada, hemşirelerin bakımda söz sahibi olmasının, meslektaşlar ve hekimler ile olumlu ilişkilerin, yönetici hemşirelerin destekleyici tutumlarının bakım uygulamalarının karşılama oranını artırdığı bildirilmiştir.<sup>7</sup> Avustralya'da ekip çalışmasının karşılanamayan bakıma etkisini inceleyen bir araştırmada, ekip çalışması arttıkça karşılanamayan bakım oranının önemli derecede azaldığı belirlenmiştir.<sup>38</sup> Literatürde doğrudan karşılanamayan bakımın nedenleri ve bu nedenlerin bakımın karşılanamama oranına etkisi Şekil 1'de özetlenmiştir.<sup>7-10,26-33,36-47</sup>

### Karşılanamayan Bakımın Hastaya Etkisi

Hemşirelik bakımının her boyutunun hastalar tarafından tam olarak değerlendirilmesi mümkün değildir. Bu amaçla araştırmalarda, hastaların karşılanamayan bakım uygulamalarına yönelik görüşlerini değerlendirmek amacıyla hasta görüşlerinin yanı sıra hemşire görüşlerine başvurulmuş hem de olumsuz hasta sonuçları incelenmiştir.<sup>20</sup> Hastanede yatan hastanın karşılanamayan bakım uygulamaları ile ilgili deneyimlerini ve bu deneyimlerin sıklığını inceleyen bir

araştırmada; hastalar genellikle ağız bakımı, yürüme, taburculuğun planlanması, hasta eğitimi, hastayı dinleme ve bilgilerin gizliliği uygulamalarının karşılanmadığını bildirmişlerdir.<sup>20</sup> Aynı araştırmada hastalar, hemşirelerin daha çok fiziksel bakıma odaklandıklarını, hastaların emosyonel ve sosyal gereksinimlerini göz ardı ettiklerini ifade etmişlerdir. Hastaların hastanede kaldıkları süreçte deneyimledikleri olumsuz durumları inceleyen bir araştırmada, hastalar damar yolunun çalışmaması, ilacın deri altına sızması, enfeksiyon, düşme ve ilaç hataları gibi olumsuz deneyimleri yaşadıklarını bildirmişlerdir.<sup>48</sup> Amerika'da hastaların taburculuk sonrası sağlık sistemini ve personellerini değerlendirdiği bir araştırmada hastaların %38'i hastanede kaldıkları süreçte hemşirelik bakım aktivitelerinden en az birinin karşılanmadığını bildirmişlerdir. Aynı araştırmada hastalar sıklıkla; "ilaçların yan etkilerinin açıklanması", "taburculuğa yardım etme", "taburculuk ile ilgili bilgilendirme" uygulamalarının karşılanmadığını belirtmişlerdir.<sup>49</sup>

Literatürde hasta memnuniyeti, hastanın hastaneyi değerlendirmesi, hastanın hastaneyi tavsiye etme durumu, hemşirelik bakımı algısı ile karşılanamayan bakımlar arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir.<sup>8,50,51</sup> Schubert ve ark<sup>37</sup>'nin araştırmasında karşılanamayan bakımlardaki 0.5'lik artışın hasta memnuniyetini %37 oranında azalttığı saptanmıştır. Ball ve ark<sup>50</sup> ve Zuniga ve ark<sup>52</sup> araştırmalarında kaliteli bakım algısı ile karşılanamayan bakım arasında negatif yönde ilişki olduğu bulunmuştur.

Karşılanamayan bakım uygulamalarının hasta sonuçlarına etkisini inceleyen araştırmalarda; nazokomiyal enfeksiyonlar, basınç ülserleri, düşmeler ve ilaç hataları olumsuz hasta sonucu olarak bildirilmektedir.<sup>17,18,21,51,53</sup> İsviçre'de yapılan bir araştırmada karşılanamayan bakım oranı ile



Şekil 1. Karşılanamayan bakımı artıran faktörler.

\*Bu şekil araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur.<sup>7-10,26-33,36-47</sup>



hemşireler tarafından bildirilen olumsuz hasta sonuçları arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır.<sup>17</sup> Aynı yazarın 2009 yılında yaptığı araştırmada hemşireler ilaç hatalarının %30, düşmelerin %44, nazokomiyal enfeksiyonların %58, kritik olayların %16, basınç ülserlerinin %24 oranında sürekli olarak yaşadığını bildirmişlerdir.<sup>21</sup> Karşılanamayan bakımın hasta düşmelerine etkisini inceleyen bir araştırmada, karşılanamayan bakım ile düşmeler arasında pozitif ilişki olduğu ve her hastanın hastaneye yatma sürecinde ortalama 3-17 kez düştüğü belirtilmektedir.<sup>53</sup> Ayrıca hasta mortalite oranlarının ve hasta taburculuğu sonrası ilk 30 gün içerisinde hastaneye başvuruların artmasının nedenleri arasında karşılanamayan bakımların oldukça etkili olduğu bildirilmektedir.<sup>14,19</sup> Dokuz Avrupa ülkesinde 422.730 hasta ile gerçekleştirilen bir araştırmada hasta mortalite oranları ve karşılanamayan bakımlar arasındaki ilişki olduğu belirlenmiş ve hemşirenin bakım verdiği hasta sayısındaki bir kişilik artışın mortalite oranını %7 artırdığı saptanmıştır.<sup>14</sup> Kalp yetmezliği olan hastalarda taburculuk sonrası ilk 30 gün içerisinde hastaneye yeniden başvuruların karşılanamayan bakımlarla ilişkisi incelenmiş, karşılanamayan bakım oranındaki her %10'luk artışın hastaneye yeniden yatışları %2-8 oranında artırdığı tespit edilmiştir.<sup>19</sup>

### Karşılanamayan Bakımın Hemşireye Etkisi

Karşılanamayan bakım uygulamaları ile hemşirelerin iş doyumunu, işten ayrılma niyeti, tükenmişlik düzeyi, hemşire devir hızı arasında ilişki bulunmaktadır.<sup>10,51,53,54</sup> Papastavrou ve ark<sup>51</sup> derlemesinde, karşılanamayan bakım uygulamaları arttıkça hemşirelerin iş doyumlarının azaldığı bildirilirken aynı zamanda bu durumun işten ayrılma niyetini de artırdığı belirtilmektedir. Karşılanamayan bakım, hemşire devir hızı ve hemşirenin işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, karşılanamayan bakım ile hemşire devir hızı arasında pozitif ilişki bulunmuştur.<sup>54</sup> Aynı araştırmada hemşire devir hızı ile işten ayrılma niyeti arasında da pozitif ilişki bulunmuştur. Hemşirelerin iş ortamı algısı, iş doyumunu ile karşılanamayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir diğer araştırmada hemşirelerin iş ortamını olumlu değerlendirmesinin iş doyumunu artırdığı, tükenmişliği azalttığı saptanmıştır.<sup>55</sup> Benzer şekilde Kalisch ve ark<sup>41</sup> araştırmasında da karşılanamayan bakım ile hemşirelerin iş doyumunu arasında negatif ilişki olduğu bulunmuştur. Ek olarak, araştırmalarda hemşireler karşılanamayan bakım uygulamaları nedeniyle pişmanlık, suçluluk, hayal kırıklığı yaşadıklarını ifade etmişlerdir.<sup>10,53</sup>

### Karşılanamayan Bakımı Azaltmaya Yönelik Girişimler

Karşılanamayan bakım uygulamalarına yönelik yapılan araştırmalar incelendiğinde metodolojik yaklaşımların sıklıkla var olan durumu tespit etmek olduğu görülmektedir. Hasta/hemşire sağlığını tehdit eden bu durumu azaltmaya yönelik müdahale içeren sınırlı sayıda araştırmaya ulaşılmıştır.<sup>9,56,57</sup> Araştırmalarda uygulanan yöntemlerin ise ekip işbirliğini artırmaya yönelik eğitici eğitimi, elektronik hemşirelik bakımı hatırlatıcıların kullanımı ve kliniklerde çalışan hemşire sayısını artırmaya yönelik olduğu görülmektedir. Kalisch ve ark<sup>56</sup> tarafından, hemşire ekibinde işbirliğini artırmak için her klinikten 3 hemşire eğitilmiş, eğitilen hemşirelerden kliniklerdeki 3-5 kişilik hemşire gruplarını eğitmesi istenmiştir. Araştırma sonucunda ekip çalışmasının arttığı ve karşılanamayan bakımların azaldığı tespit edilmiştir. Elektronik hemşirelik bakımı hatırlatıcısı ile karşılanamayan bakımlar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, hemşirelerin uygulamaya yönelik görüşlerinin olumlu olduğu ve uygulamanın karşılanamayan bakımları azalttığı bildirilmiştir.<sup>57</sup> Güney Kore'de hemşirelik bakımının kalitesini geliştirmek amacıyla kliniklerdeki hemşire sayısını artırarak bir hastanın 17 hasta yerine 7 hastaya bakım vermesini sağlayan müdahale araştırmasında, müdahale sonrası karşılanamayan bakımların önemli derecede azaldığı tespit edilmiştir.<sup>9</sup>

### Sonuç

Karşılanamayan hemşirelik bakımı, hasta ve hemşireleri olumsuz yönde etkileyen ihmal hatasıdır. Bakımın kalitesini ve hasta güvenliğini tehdit etmesi nedeniyle karşılanamayan bakım özellikle öncelenmesi ve çözülmesi gereken önemli bir hemşirelik sorunudur. Bu durumun hasta ve hemşire sağlığını etkilemesinin yanı sıra dolaylı olarak hastaların hastanede kalış gün sayısının artması ve ek tedavilerin uygulanması bakım hizmetlerine ayrılan maliyetin önemli derecede artışına neden olmaktadır. Tüm bu nedenlerden dolayı yapılacak araştırmalarda kurumsal düzeyde var olan durumun tespit edilmesi, hemşirelere düzenli aralıklarla eğitim verilmesi, olumsuz hasta sonuçlarının düzenli olarak kayıt edilmesi ve bu konuya yönelik aylık toplantılar planlanması önerilmektedir. Ayrıca karşılanamayan hemşirelik bakımının ülke ekonomisine getirdiği yük ve olumsuz hasta sonuçları ülke sağlık politikalarında yer almalıdır.

**Yazar Katkıları:** Fikir – F.D.E.; Tasarım – F.D.E., E.K.; Denetleme – F.D.E.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi – F.D.E.; Analiz ve/veya Yorum – F.D.E.; Literatür Taraması – F.D.E.; Yazıyı Yazan – F.D.E., E.K.; Eleştirel İnceleme – E.K.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar araştırmanın yürütülmesinde herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar araştırmanın yürütülebilmesi için finansal destek alınmadığını beyan etmişlerdir.

### KAYNAKLAR

1. Institute of Medicine. IOM committee on quality outlines its aims and "rules" for health care. *Health Care Strateg Manage.* 2002;19(4):23-24. Available from: [Crossref]
2. Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Medical Care.* 2007;45 12 :1195-1204. [Crossref]
3. Aiken LH, Sloane DM, Lake ET, Sochalski J, Weber AL. Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Medical Care.* 1999;37:760-772. Available from: [https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/1999/08000/Organization\\_and\\_Outcomes\\_of\\_Inpatient\\_AIDS\\_Care.6.aspx](https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Fulltext/1999/08000/Organization_and_Outcomes_of_Inpatient_AIDS_Care.6.aspx) [Crossref]
4. Campbell SM, Roland MO, Buetto SA. Defining quality of care. *Social Science & Medicine.* 2000;51(11):1611-1625. [Crossref]
5. Şanlı D, Platin N. The effect of biomedical model on nursing. *J Hum Sci.* 2015;12(2):897-908. Available from: <https://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/3224/1553> [Crossref]
6. Morgan S, Yoder LH. A concept analysis of person-centered care. *J Holist Nurs.* 2012;30(1):6-15. Available from: [Crossref]
7. Friese CR, Kalisch BJ, Lee KH. Patterns and correlates of missed nursing care in inpatient oncology units. *Cancer Nurs.* 2013;36(6):E51. [Crossref]
8. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf.* 2013;23(2):126-135. [Crossref]
9. Cho SH, Kim YS, Yeon KN, You SJ, Lee ID. Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. *International Nursing Review.* 2015;62(2):267-274. [Crossref]
10. Kalisch BJ. Missed nursing care: A qualitative study. *J Nurs Care Qual.* 2006;21(4):306-313. Available from: [https://journals.lww.com/jncqjournal/Fulltext/2006/10000/Missed\\_Nursing\\_Care\\_A\\_Qualitative\\_Study.6.aspx](https://journals.lww.com/jncqjournal/Fulltext/2006/10000/Missed_Nursing_Care_A_Qualitative_Study.6.aspx) [Crossref]
11. Gravin G, Bittner NP. Nurses' and nursing assistants' reports of missed care and delegation. *J Nurs Adm.* 2010;40(7/8):329-335. [Crossref]
12. Tubbs-Cooley HL, Pickler RH, Younger JB, Mark BA. A descriptive study of nurse-reported missed care in neonatal intensive care units. *J Adv Nurs.* 2015;71(4):813-824. [Crossref]
13. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(6):1121-1137. [Crossref]

14. Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, Sermeus W, Sloane DM, Rafferty AM. RN4Cast Consortium. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2018;78 :10-15. [Crossref]
15. Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Maruotti A, et al. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *J Clin Nurs.* 2018;27(11-12):2248-2259. [Crossref]
16. Ausserhofer D, Schubert M, Desmedt M, Blegen MA, De Geest S, Schwendimann R. The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(2):240-252. [Crossref]
17. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: The Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care.* 2008;20(4):227-237. [Crossref]
18. Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *J Clin Nurs.* 2010;19(15-16):2185-2195. [Crossref]
19. Carthon JMB, Lasater KB, Sloane DM, Kutney-Lee A. The quality of hospital work environments and missed nursing care is linked to heart failure readmissions: A cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Qual Saf.* 2015;24(4):255-263. [Crossref]
20. Kalisch BJ, McLaughlin M, Dabney BW. Patient perceptions of missed nursing care. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety.* 2012;38(4):161-167. [Crossref]
21. Schubert M, Clarke SP, Glass TR, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse-and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: A correlational study. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(7):884-893. [Crossref]
22. Hayward RA, Asch SM, Hogan MM, Hofer TP, Kerr EA. Sins of omission: Getting too little medical care may be the greatest threat to patient safety. *Journal of General Internal Medicine.* 2005;20(8):686-691. [Crossref]
23. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs.* 2001;20(3):43-53. [Crossref]
24. Sochalski J. Is more better? The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Med Care.* 2004;42(2):II-67. [Crossref]
25. Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Variations in nursing care quality across hospitals. *J Adv Nurs.* 2009;65(11):2299-2310. [Crossref]
26. Al-Kandari F, Thomas D. Factors contributing to nursing task incompleteness as perceived by nurses working in Kuwait general hospitals. *J Clin Nurs.* 2009;18(24):3430-3440. [Crossref]
27. Smith JG, Morin KH, Wallace LE, Lake ET. Association of the nurse work environment, collective efficacy, and missed care. *West J Nurs Res.* 2018;40(6):779-798. [Crossref]
28. Cho E, Lee NJ, Kim EY, et al. Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2016;60:263-271. [Crossref]
29. Park SH, Hanchett M, Ma C. Practice environment characteristics associated with missed nursing care. *J Nurs Scholarsh.* 2018;50(6):722-730. [Crossref]
30. Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. 'Care left undone' during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety* 23 2 116-125. 2013. [Crossref]
31. Kalisch BJ, Terzioglu F, Duygulu S. The MISSCARE Survey-Turkish: Psychometric properties and findings. *Nursing Economics.* 2012;30(1):29-38. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/223961545\\_The\\_MISSCARE\\_Survey-Turkish\\_psychometric\\_properties\\_and\\_findings](https://www.researchgate.net/publication/223961545_The_MISSCARE_Survey-Turkish_psychometric_properties_and_findings)
32. Kalisch BJ, Doumit M, Lee KH, El Zein J. Missed nursing care, level of staffing, and job satisfaction: Lebanon versus the United States. *J Nurs Adm.* 2013;43(5):274-279. [Crossref]
33. Blackman I, Papastavrou E, Palese A, Vryonides S, Henderson J, Willis E. Predicting variations to missed nursing care: A three-nation comparison. *J Nurs Manag.* 2017;26(1):33-41. [Crossref]
34. Winsett RP, Rottet K, Schmitt A, Wathen E, Wilson D, Group MNCC. Medical surgical nurses describe missed nursing care tasks—Evaluating our work environment. *Applied Nursing Research.* 2016;32:128-133. [Crossref]
35. Saqer TJ, AbuAlRub RF. Missed nursing care and its relationship with confidence in delegation among hospital nurses. *J Clin Nurs.* 2018;27:2887-2895. [Crossref]
36. Blackman I, Henderson J, Willis E, et al. Factors influencing why nursing care is missed. *J Clin Nurs.* 2015;24(1-2):47-56. [Crossref]
37. Bragadóttir H, Kalisch BJ, Tryggvadóttir GB. Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *J Clin Nurs.* 2016;26(11-12):1524-1534. [Crossref]
38. Chapman R, Rahman A, Courtney M, Chalmers C. Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals. *J Clin Nurs.* 2017;26(1-2):170-181. [Crossref]
39. Hessels AJ, Flynn L, Cimiotti JP, Cadmus E, Gershon RR. The impact of the nursing practice environment on missed nursing care. *Clin Nurs Stud.* 2015;3(4):60. [Crossref]
40. Vryonides S, Papastavrou E, Charalambous A, Andreou P, Eleftheriou C, Merkouris A. Ethical climate and missed nursing care in cancer care units. *Nurs Ethics.* 2016;25 6 :707-723. [Crossref]
41. Kalisch B, Tschannen D, Lee H. Does missed nursing care predict job satisfaction? *J Healthc Manag.* 2011;56(2):117-134. Available from: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=243c173c-07de-4e94-aba5-a73d86197cd0%40pdc-v-sessmgr01> [Crossref]
42. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Do staffing levels predict missed nursing care? *Int J Qual Health Care.* 2011;23(3):302-308. [Crossref]
43. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR. Hospital variation in missed nursing care. *Am J Med Qual.* 2011;26(4):291-299. [Crossref]
44. Liu X, Zheng J, Liu K, et al. Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse burnout as predictors of patient safety: A structural equation modeling analysis. *Int J Nurs Stud.* 2018;86:82-89. [Crossref]
45. Sruловичi E, Drach-Zahavy A. Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2017;75:163-171. [Crossref]
46. Griffiths P, Dall'Ora C, Simon M, et al. Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: The association with perceived quality of care and patient safety. *Med Care.* 2014;52(11):975. [Crossref]
47. Ball JE, Griffiths P, Rafferty AM, Lindqvist R, Murrells T, Tishelman C. A cross-sectional study of 'care left undone' on nursing shifts in hospitals. *J Adv Nurs.* 2016;72(9):2086-2097. [Crossref]
48. Kalisch BJ, Xie B. Errors of omission: Missed nursing care. *West J Nurs Res.* 2014;36(7):875-890. [Crossref]
49. Orique SB, Patty CM, Sandidge A, Camarena E, Newsom R. Quantifying missed nursing care using the hospital consumer assessment of healthcare providers and systems (HCAHPS) survey. *J Nurs Adm.* 2017;47(12):616-622. [Crossref]
50. Bruyneel L, Li B, Ausserhofer D, et al. Organization of hospital nursing, provision of nursing care, and patient experiences with care in Europe. *Med Care Res Rev.* 2015;72(6):643-664. [Crossref]
51. Papastavrou E, Andreou P, Efstathiou G. Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: A systematic review of quantitative studies. *Int J Health Plann Manage.* 2014;29(1):3-25. [Crossref]
52. Zúñiga F, Ausserhofer D, Hamers JP, Engberg S, Simon M, Schwendimann R. Are staffing, work environment, work stressors, and rationing of care related to care workers' perception of quality of care? A cross-sectional study. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(10):860-866. [Crossref]
53. Bittner NP, Gravlin G. Critical thinking, delegation, and missed care in nursing practice. *J Nurs Adm.* 2009;39(3):142-146. [Crossref]
54. Tschannen D, Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: The impact on intention to leave and turnover. *Can J Nurs Res.* 2010;42(4):22-39. Available from: [cjr.archive.mcgill.ca/article/download/2277/2271](http://cjr.archive.mcgill.ca/article/download/2277/2271)
55. Rochefort CM, Clarke SP. Nurses' work environments, care rationing, job outcomes, and quality of care on neonatal units. *J Adv Nurs.* 2010;66(10):2213-2224. [Crossref]
56. Kalisch BJ, Xie B, Ronis DL. Train-the-trainer intervention to increase nursing teamwork and decrease missed nursing care in acute care patient units. *Nurs Res.* 2013;62(6):405-413. [Crossref]
57. Piscotty RJ, Kalisch B, Gracey-Thomas A, Yarandi H. Electronic nursing care reminders: Implications for nursing leaders. *J Nurs Adm.* 2015;45(5):239-242. [Crossref]
58. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Missed nursing care, staffing, and patient falls. *J Nurs Care Qual.* 2012;27(1):6-12. [Crossref]
59. Kalisch B, William RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Adm.* 2009;39(5):211-219. [Crossref]
60. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: A concept analysis. *J Adv Nurs.* 2009;65(7):1509-1517. [Crossref]