

# Yoğun Bakımlarda Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi

## An Analysis of Missed Nursing Care in Intensive Care Units and Influencing Factors

Handan Kartal<sup>1</sup>, Tuğçe Çamlıca<sup>2</sup>, Ali Özkan<sup>3</sup>

SHYD 2022;9(2):322-333  
doi:10.54304/SHYD.2022.75547

**Cite as:** Kartal H, Çamlıca T, Özkan A. Yoğun bakımlarda karşılanmayan hemşirelik bakımı ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2022;9(2):322-333.

### Öz

**Amaç:** Bu araştırma, bir üniversite hastanesinin yetişkin yoğun bakımlarında karşılanmayan hemşirelik bakımını ve bu duruma etki eden etmenlerin neler olduğunu belirlemeyi amaçlamaktadır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel desende gerçekleştirilen bu çalışma, bir üniversite hastanesinin yetişkin yoğun bakımlarında çalışan 78 hemşire ile yürütülmüştür. Araştırma verileri; "Kişisel Bilgi Formu ve Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Hizmetleri Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Araştırmamızın verileri IBM SPSS 25.0 programıyla değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmanın sonuçlarına göre iş gücü kaynağı alt boyutunun hemşirelerin yoğun bakımda çalışma süresine göre farklılık gösterdiği bulunmuştur (U:989,50, p<0,05). Bulgulara göre en fazla (her zaman verilmiyor) karşılanmayan bakım hizmetlerinin kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi (%60,3), en az (uygun değil) karşılanmayan bakım hizmetlerinin ise hastanın aldığı çıkardığının izlenmesi (%48,7) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca karşılanmayan bakım hizmeti nedeninin en fazla çalışan personel sayısının yetersizliğinden (%84,6) kaynaklandığı belirlenmiştir.

**Sonuç:** Yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin, hasta girişimlerini önceliklere göre belirledikleri, acil ya da kesinlikle yapılması gerektiğini düşündükleri hemşirelik uygulamalarını yaptıkları ve diğer uygulamaları erteledikleri görülmüştür. Sağlık çalışanı ve diğer destek personel sayısının yetersizliği ile hasta sayısındaki ani artışın ya da çalışılan birimdeki iş yoğunluğunun ise karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin önemli nedenleri arasında olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Karşılanmayan hemşirelik bakımı, hemşirelik, hasta, hasta güvenliği, yoğun bakım.

Received / Geliş:

05.01.2022

Accepted / Kabul:

21.08.2022

Published Online / Online Yayın:

25.08.2022

Corresponding author /

Sorumlu yazar:

Handan Kartal

Süleyman Demirel Üniversitesi,  
Araştırma ve Uygulama Hastanesi,  
Isparta, Türkiye

✉ fdr1453@gmail.com

ORCID: 0000-0002-2533-5654

T. Çamlıca 0000-0003-1940-1181

Süleyman Demirel Üniversitesi,  
Araştırma ve Uygulama Hastanesi,  
Isparta, Türkiye

A. Özkan 0000-0002-7762-3279

Süleyman Demirel Üniversitesi,  
Araştırma ve Uygulama Hastanesi,  
Isparta, Türkiye

## Abstract

**Aim:** This study aimed to investigate the missed nursing care in an adult intensive care unit at a university hospital and the factors that influenced nursing care planning.

**Method:** This study was designed as a descriptive cross-sectional study and was conducted with 78 nurses working in the adult intensive care unit of a university hospital. The study data were collected with a Personal Information Form and the Misscare Scale. The study data were analyzed with IBM SPSS 25.0, and the data were assessed with descriptive statistical methods (mean, standard deviation, frequency) and Mann-Whitney U and Kruskal Wallis test.

**Results:** The study results suggested that the labor resource subdimension indicated differences depending on the duration of service in intensive care units (U: 989.50,  $p < 0.05$ ). The results also pointed out that the most frequently missed nursing care service (not always) was noted to prepare the food for self-nourishing patients (60.3%) and the least frequently missed nursing care service was found to follow up the input and the output of the patients (48.7%). It was also reported that the major cause of missed nursing care services was the lack of nursing staff in the unit (84.6%).

**Conclusion:** In light of the study results, it was concluded that nurses working in intensive care units prioritized certain care interventions. In other words, they prioritized services they considered urgent or necessary and missed other care interventions. It was additionally found that the major causes of missed nursing care services were the lack of nursing staff and other employees and a sudden increase in the number of patients or the density of patients in intensive care units.

**Keywords:** Missed nursing care, nursing, patient, patient safety, intensive care unit.

## Extended Abstract

**Introduction:** Missed nursing care poses a great challenge for medical personnel regarding patient security and care quality. Recent studies in Turkey and other countries have demonstrated that similar nursing care interventions are missed despite various factors resulting in missed nursing care. Therefore, this study particularly focused on the missed nursing care in an adult intensive care unit at a university hospital and the factors that influenced the nursing care.

**Method:** This study was designed as a descriptive and cross-sectional study and it was conducted with 78 nurses working in an adult intensive care unit at a university hospital. The study data were collected with a Personal Information Form and the Misscare Scale between 15-30 September 2020. The study data were analyzed with SPSS 25.0 and evaluated with descriptive statistical methods (mean standard deviation, frequency) and other methods such as Mann Whitney U and Kruskal Wallis Test.

**Results:** It was noted that the average age of nurses in the study was  $29.65 \pm 6.01$ , and that 64.1% of the participants were female and had an undergraduate degree. It was also found that 39.7% of the nurses had a job experience of 1-5 years, while 57.7% of the participant nurses had a job intensive care experience of 1-3 years. It was further reported that 93.6% of the nurses did not have a certificate to work in intensive care units, and 60,3% had to provide care for 2-4 patients daily. The study results also indicated that the labor resources subdimension had different results depending on the duration of service in the intensive care unit (U: 989.50,  $p < 0.05$ ). It was also found that preparing food for self-nourishing patients was the nursing care service (not always) that was missed the most frequently (60.3%), while monitoring patients' input and output was the nursing care service (not always) that was missed the least frequently (48.2%). Additionally, it was underlined that the leading cause of missed nursing care services was the understaffed personnel (84.6%).

**Conclusion and Suggestions:** As a result, it was found that the nurses in the intensive care unit failed to perform certain duties, including preparing food for self-nourishing patients, feeding the patient while the food was still hot-warm, and administering medications 30 minutes before or after the scheduled time. It was also reaffirmed that the main causes of missed nursing care services were the lack of nursing staff and other employees and a sudden increase in the number of patients or density of patients in intensive care units. The results of the study revealed that the nurses prioritized certain tasks over others, and as a result, they only completed tasks that they deemed urgent or essential while overlooking others. In accordance with this study's findings and the findings of other relevant studies, it was demonstrated that understanding the underlying causes of missed nursing care services and managing them effectively would only be possible if nurses are empowered through in-service training, the units are provided with sufficient staff, the nurses are encouraged to engage in teamwork, and organizational structures and work plans are geared toward a sustainable change.

## Giriş

Karşılanmayan hemşirelik bakımı, hasta bakımında gerekli olan her hangi bir etmenin geciktirilmesi veya atlanması anlamına gelmektedir (Kalisch, Landstrom ve Hinshaw, 2009). Sağlık çalışanlarının önem verdiği bu sorun, özellikle hasta güvenliğini ve bakım kalitesini etkilemektedir (Gurková, Adamkovič, Jones, Kurucová, Kalánková, ve Žiaková, 2020). Dünyada ve Türkiye’de yapılan çalışmalarda, karşılanmayan hemşirelik bakımını etkileyen etmenler farklı olsa da benzer hemşirelik girişimlerinin yapılmadığı görülmektedir (Bragadóttir ve Kalisch, 2018; Haftu ve ark. 2019; Henderson, Willis, Xiao ve Blackman, 2017; Jiang, Li, Gu, Lu ve Ye, 2015; Kalisch, Terzioglu ve Duygulu, 2012a; Kalisch ve ark., 2009; Valles, Monsiváis, Guzmán ve Arreola, 2016). En sık görülen karşılanmayan hemşirelik bakımları arasında; hasta ile konuşma (Papastavrou, Charalambous, Vryonides, Eleftheriou ve Merkouris, 2016), duygusal destek sağlama (Haftu ve ark., 2019; Jones, Hamilton ve Murry, 2015; Papastavrou ve ark., 2016), hasta ve ailesini eğitim verme (Jones ve ark., 2015; VanFosson, Jones ve Yoder, 2016), hasta kayıtları, hemşirelik bakımının planlanması ve güncellenmesi yer almaktadır (Bragadóttir ve Kalisch, 2018; Haftu ve ark., 2019; Mantovan, Muzzana, Schubert ve Ausserhofer, 2020; VanFosson, Jones ve Yoder, 2018).

Karşılanmayan hemşirelik bakımı, bakım sürecinin herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilmektedir (Henderson ve ark., 2017; Papastavrou ve ark., 2016). Uzun çalışma saatleri (dos Reis Dutra, Salles ve Guirardello 2019), artan iş yükü, hemşirelerin mesleki deneyimleri (dos Reis Dutra ve ark., 2019; Palese ve ark., 2015), hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması (Jones ve ark., 2015; Mantovan ve ark., 2020; Orique, Patty ve Woods, 2016; Papastavrou ve ark., 2016; Recio-Saucedo et. al., 2018), kısıtlı malzeme ve ekipmanlar (Bragadóttir ve Kalisch, 2018; dos Reis Dutra ve ark., 2019; Palese ve ark., 2015), hemşire/hemşire yardımcısı oranlarındaki yetersizlikler (Orique ve ark., 2016), hasta bakım gereksinimlerinde yaşanan değişimler (Papastavrou ve ark., 2016; Palese ve ark., 2015), hemşireleri hasta müdahalelerinde neyin önce yapılıp neyin ertelenmesi gerektiğine ilişkin karar vermeye zorlamaktadır (Palese ve ark., 2020; Papastavrou ve ark., 2016; VanFosson ve ark., 2016). Yaşanan bu durum ise bazı hemşirelik müdahalelerinin geciktirilmesine veya karşılanmamasına neden olmaktadır (Palese ve ark., 2015).

Karşılanmayan hemşirelik bakımı ile hasta güvenliği ve bakımın kalitesi arasında olumsuz yönde bir ilişki bulunmaktadır (Ball ve ark., 2018). Karşılanmayan hemşirelik bakımı ile ameliyat sonrası ölüm (Ball ve ark., 2018), hasta ölümü (Griffiths ve ark., 2018a; Schubert, Sean, Aiken ve Geest, 2012), hasta düşmesi, basınç ülseri (Schubert, Clarke, Glass, Schaffert-witvliet ve Geest, 2009) hastane enfeksiyonları, düşük hasta doyumu, yanlış ilaç uygulamaları ve ciddi olaylar gibi hasta çıktıları arasında ilişki olduğu görülmektedir (Griffiths ve ark., 2018a; Kalisch, Xie ve Dabney, 2014; Kalisch, Tschannen ve Lee, 2012b; VanFosson ve ark., 2018). Ayrıca yapılan çalışmalarda hemşirelerin hissettikleri yetersizlik duyguları, iş doyumunda azalma, tükenmişlik ve işten ayrılma niyetlerinin de karşılanmayan hemşirelik bakımı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Alghamdi, Albloushi, Alzahrani, Aldawsari ve Alyousef, 2019; Blackman ve ark., 2014; Bragadóttir ve Kalisch, 2018; Henderson ve ark., 2017; Kalisch ve ark., 2009; Mantovan ve ark., 2020; Willis ve ark., 2015). Bu bağlamda, karşılanmayan hemşirelik bakımı hem hastaları hem hemşireleri hem de kurumu birçok yönden istenmeyen durumlarla karşı karşıya getirmektedir. Dolayısıyla bu durum hasta bakımında gerekli olan herhangi bir etmenin geciktirilmemesini ya da atlanmamasının önemini gözler önüne sermektedir.

Yetişkin yoğun bakım biriminde karşılanmayan hemşirelik bakımını ve bu duruma etki eden etmenlerin neler olduğunun belirlenmesine yönelik gerçekleştirilen bu araştırma sonuçlarının, karşılanmayan hemşirelik bakımının önlenmesine yönelik gerekli önlemlerin alınmasında hem hemşirelere hem de hastane yönetimine katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

## Yöntem

**Araştırmanın Amacı ve Türü:** Tanımlayıcı ve kesitsel desende yürütülen bu araştırma, yoğun bakım (yetişkin) birimlerinde karşılanmayan hemşirelik bakımını ve bu duruma etki eden etmenlerin neler olduğunu belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### Araştırma Soruları:

- Yetişkin yoğun bakım birimlerinde en sık karşılanmayan hemşirelik bakımları nelerdir?
- Yetişkin yoğun bakım birimlerinde karşılanmayan hemşirelik bakımına etki eden etmenler nelerdir?
- Hemşirelerin kişisel özelliklerinin karşılanmayan hemşirelik bakımı üzerinde bir etkisi var mıdır?

**Araştırmanın Yeri ve Zamanı:** Araştırma, 01-30 Eylül 2021 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin yetişkin yoğun bakım birimlerinde yürütülmüştür.

**Araştırmanın Evren ve Örneklemi:** Araştırma evrenini, bir üniversite hastanesinin yetişkin yoğun bakım birimleri oluşturmaktadır (COVID, nöroloji, koroner, anestezi, kalp damar cerrahi). Araştırmamızda tüm evrene ulaşılması hedeflenmiş ve herhangi bir örneklem yöntemine başvurulmamıştır. Araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında on hemşire çeşitli nedenlerle (askerlik, doğum izni ve ücretsiz izin) çalışmaya katılamamıştır. Araştırmaya alınma ölçütleri; en az bir yıldır yetişkin yoğun bakımda çalışmak ve katılımı gönüllü olmaktır. Bu doğrultuda araştırmamız 78 hemşire ile tamamlanmıştır. Bu sayı evrenin %89'dur.

**Veri Toplama Aracı:** Araştırmamızda yer alan veriler "Kişisel Bilgi Formu" ve "Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Hizmetleri Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır.

**Kişisel Bilgi Formu:** Hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerini belirlemek amacıyla (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma yılı (mesleki deneyim), yoğun bakımda çalışma süresi, yoğun bakım sertifikasına sahip olma durumu, günlük bakım verdiği hasta sayısı) hazırlanan yedi sorudan oluşmaktadır.

**Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Hizmetleri Ölçeği:** Kalisch ve Williams (2009) tarafından geliştirilmiş olan "Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Hizmetleri Ölçeği", Kalisch ve arkadaşları (2012a) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek iki bölüme ayrılmıştır. A kısmında karşılanmayan bakım gereksinimlerinin miktarı beşli Likert tipi (Nadiren verilmiyor-1, Bazen verilmiyor-2, Sıklıkla verilmiyor-3, 4: Hiçbir zaman verilmiyor-4, Uygun değil-5) ölçekle; B kısmında ise karşılanmayan bakım gereksinimlerinin nedenleri dörtlü Likert tipi (Önemli bir neden-1, Orta düzeyde bir neden-2, Küçük bir neden-3, Bakımın verilmemesi için bir neden değil-4) ölçekle değerlendirilmektedir. Ölçeğin B kısmı iş gücü kaynakları (1, 2, 3, 4), malzeme kaynakları (7, 10, 11) ve iletişim (5, 6, 8, 12, 13, 14,15, 16, 17) olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte ters kodlanan madde yer almamaktadır. Ölçeğin A bölümünde puan artışı karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinim miktarının arttığını, B bölümündeki puan artışı ise karşılanmayan hemşirelik bakım gereksiniminin nedenlerinin önem derecesini ortaya koymaktadır. Ölçeğin ilk bölümünün Cronbach  $\alpha$  değeri ,93, ikinci bölümünün Cronbach  $\alpha$  değeri ,80 olarak bulunmuştur (Kalisch ve ark., 2012a). Bu araştırmada ise ölçeğin ilk ve ikinci bölüm Cronbach  $\alpha$  değerinin sırayla ,90 ve ,92 olduğu belirlenmiştir.

**Verilerin Toplanması:** Araştırmaya katılan hemşirelere gerekli açıklama yapılarak veri toplama formu elden dağıtılmış ve 24 saat sonra formlar geri alınarak, veri toplama süreci tamamlanmıştır.

**Verilerin Değerlendirilmesi:** Araştırmamızın verileri IBM SPSS 25.0 programıyla değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri (ortalama, standart sapma, frekans) ile Mann Whitney U ve Kruskal Wallis Testi değerlendirmelerde kullanılmıştır. Anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyindedir.

**Araştırmanın Etik Yönü:** Klinik araştırmalar etik kurulundan (Tarih: 15.04.2020 Sayı: 52578) yazılı izin alındıktan sonra araştırmanın yapıldığı kurumdan (Tarih: 15.09.2020 Sayı:122504) yazılı onay alınmıştır. Bununla birlikte araştırmamızda yer alan ölçeklerin kullanılabilmesi için gerekli kullanım izinleri alınmıştır. Ayrıca hemşirelere, araştırmaya katılmanın tamamen gönüllülük esasına dayandığı ve araştırmaya katılmayı kabul etmemenin herhangi bir maddi ve manevi yükümlülük oluşturmadığı belirtilmiş ve sözlü onamları alınmıştır.

**Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri:** Bu araştırmanın, COVID-19 küresel salgın döneminde yapılması ve tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hemşirelerin bu dönemde olağanüstü zor koşullarda çalışmış olmaları nedeniyle, çalışmanın sonuçlarının etkilemiş olabileceği belirtilebilir. Ayrıca toplanan veriler, ortaya çıkan sonuçlar ve ileri sürülen öneriler çalışmanın yürütüldüğü hastane ile sınırlı olması nedeniyle diğer hastaneler veya farklı bölgeler ile genellenemez.

## Bulgular

**Tablo 1. Hemşirelerin bireysel özellikleri (N=78)**

Özellikler	Ort±SS	n	%
Yaş	29,65 ± 6,01		
Cinsiyet			
Kadın		50	64,1
Erkek		28	35,9
Eğitim Durumu			
Lise		16	20,5
Önlisans		8	10,3
Lisans		50	64,1
Lisansüstü		4	5,1
Çalışma Yılı (Mesleki Tecrübe)			
1-5 yıl		31	39,7
6-10 yıl		28	35,9
11 yıl ve üzeri		19	24,4
Yoğun Bakımdaki Çalışma Süresi			
1-3 yıl		45	57,7
4 yıl ve üzeri		33	42,3
Yoğun Bakım Sertifikasına Sahip Olma Durumu			
Var		5	6,4
Yok		73	93,6
Günlük Bakım Verdiği Hasta Sayısı			
2- 4 hasta		47	60,3
5- 10 hasta		31	39,7

Çalışmamızdaki hemşirelerin 29,65 ± 6,01 yaş ortalamasına sahip olduğu, %64,1'inin lisans mezunu ve kadın olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %39,7'sinin 1-5 yıl arasında mesleki deneyime sahip olduğu ve %57,7'sinin 1-3 yıl arasında yoğun bakımda çalışma deneyimi olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %93,6'sının yoğun bakım sertifikasına sahip olmadığı ve %60,3'nün günde 2-4 arasında hastaya bakım verdiği görülmüştür (Tablo 1).

**Tablo 2. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Karşılanmayan Bakım Hizmetlerinin Nedenleri**

Özellikler		İş Gücü Kaynakları	Malzeme Kaynakları	İletişim/Takım Çalışması
Cinsiyet	Kadın	5 (4 – 13)	4 (3 – 11)	18 (9 – 35)
	Erkek	5 (4 – 13)	4 (3 – 11)	20,50 (9 – 34)
MWU		677,00	668,00	790,00
p		,800	,732	,348
Eğitim Durumu	Lise	5 (4 – 13)	4,50 (3 – 11)	19 (10 – 34)
	Ön lisans	5 (4 – 9)	4 (3 – 11)	22,50 (12 – 26)
	Lisans	4 (4 – 13)	4 (3 – 11)	16,50 (9 – 35)
	Lisansüstü	5,50 (4 – 12)	5 (4 – 7)	27,50 (19 – 34)
KW		2,678	1,214	6,634
p		,444	,750	,085
Çalışma Yılı (Mesleki Tecrübe)	1-5 yıl	5 (4 – 13)	5 (3 – 11)	18 (9 – 34)
	6-10 yıl	5 (4 – 12)	4 (3 – 11)	20,50 (9 – 33)
	11 yıl ve üzeri	5 (4 – 13)	4 (3 – 10)	19 (10 – 35)
KW		1,005	1,430	0,637
p		,605	,489	,727
Yoğun Bakımda Çalışma Süresi	1-3 yıl	4 (4 – 13)	4 (3 – 11)	18 (9 – 34)
	4 yıl ve üzeri	5 (4 – 13)	4 (3 – 11)	23 (9 – 35)
MWU		989,50	810,50	875,00
p		,008*	,480	,179
Yoğun Bakım Sertifikasına Sahip Olma Durumu	Var	5 (4 – 12)	4 (3 – 10)	15 (12 – 35)
	Yok	5 (4 – 13)	4 (3 – 11)	19 (9 – 34)
MWU		157,50	188,00	173,00
p		,590	,908	,846
Günlük Bakım Verdiği Hasta Sayısı	2 - 4 hasta	5 (4 – 12)	4 (3 – 11)	19 (9 – 35)
	5 - 10 hasta	5 (4 – 13)	4 (3 – 11)	16 (9 – 34)
MWU		749,50	719,00	563,50
p		,821	,921	,091

KW: Kruskal-Wallis Testi, MWU: Mann Whitney U Testi. \*p<.01

Karşılanmayan bakım hizmetlerinin nedenlerinin hemşirelerin bireysel özelliklerine göre fark analizleri Tablo 2'de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre iş gücü kaynağı alt boyutunun hemşirelerin yoğun bakımda çalışma süresine göre farklılık gösterdiği bulunmuştur (U:989,50, p<.05). Hemşirelerin diğer bireysel özelliklerinin, karşılanmayan bakım hizmetlerinin nedenlerini etkilemediği belirlenmiştir (p>.05) (Tablo 2).

Karşılanmayan hemşirelik bakımının özellikleri Tablo 3'te verilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre en fazla (her zaman verilmiyor) karşılanmayan bakım hizmetlerinin sırasıyla; kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi (%60,3), hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi (%59), ilaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi (%52,6), her iki saatte bir hastanın çevrilmesi (%48,7), gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi (%48,7) ve hastaya ağız bakımı verilmesi (%48,7) olduğu görülmüştür. En az (uygun değil) karşılanmayan bakım hizmetlerinin sırasıyla; hastanın aldığı çıkardığının izlenmesi (%48,7), ellerin yıkanması (%46,1), hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi (%42,3), gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi (%42,3) ve çağrı sinyaline/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi (%41) olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3. Karşılanmayan bakım hizmetleri özellikleri (N=78)**

Karşılanmayan Bakım Hizmetleri	Her zaman Verilmiyor		Sıklıkla Verilmiyor		Bazen Verilmiyor		Nadiren Verilmiyor		Uygun Değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1) Hastayı günde üç kez veya istem edildiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma	18	23,2	10	12,8	14	17,9	14	17,9	22	28,2
2) Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi	38	48,7	16	20,5	8	10,3	5	6,4	11	14,1
3) Hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi	46	59,0	15	19,2	6	7,7	4	5,1	7	9,0
4) Kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi	47	60,3	7	9,0	0	0	4	5,1	20	25,6
5) İlaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi	41	52,6	9	11,5	3	3,8	3	3,8	22	28,3
6) Hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi	36	46,2	5	6,4	0	0	4	5,1	33	42,3
7) Hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi	35	44,9	2	2,6	0	0	3	3,8	38	48,7
8) Gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi	38	48,7	2	2,6	1	1,3	4	5,1	33	42,3
9) Hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısıl işlemler hakkında eğitim verilmesi	28	35,9	16	20,5	11	14,1	10	12,8	13	16,7
10) Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi	26	33,3	17	21,8	13	16,7	13	16,7	9	11,5
11) Hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi	32	41,0	6	7,7	14	17,9	6	7,7	20	25,7
12) Hastaya ağız bakımı verilmesi	38	48,7	3	3,8	6	7,7	2	2,6	29	37,2
13) Taburcu olan hastanın kullanacağı ilaçların dozu, alınma zamanı ve yan etkilerinin hasta ile birlikte gözden geçirilmesi	27	34,6	11	14,1	8	10,3	10	12,8	22	28,2
14) Hastalık süreci hakkında eğitim verilmesi	22	28,2	21	26,9	6	7,7	10	12,8	19	24,4
15) Ellerin yıkanması	32	41,0	2	2,6	2	2,6	6	7,7	36	46,1
16) Taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme	27	34,7	4	5,1	10	12,8	14	17,9	23	29,5
17) İsteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması	35	44,9	5	6,4	3	3,8	4	5,1	31	39,8
18) Her şifitte hastanın değerlendirilmesi	30	38,5	9	11,5	4	5,1	6	7,7	29	37,2
19) Hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirmesi	38	48,8	4	5,1	3	3,8	5	6,4	28	35,9
20) Çağrı sinyaline/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi	23	29,5	7	9,0	6	7,7	10	12,8	32	41,0
21) Acil ilaç istemlerinin 15 dakika içinde karşılanması	29	37,2	10	12,8	5	6,4	7	9,0	27	34,6
22) Verilen ilaçların etkililiğinin değerlendirilmesi	28	35,9	16	20,5	8	10,3	4	5,1	22	28,2
23) Doktorlarla vizite katılma	32	41,1	9	11,5	8	10,3	3	3,8	26	33,3
24) Düzenlenen disiplinlerarası bakım konferanslarına katılma	28	35,9	14	17,9	8	10,3	11	14,1	17	21,8
25) Hastanın tuvalet gereksinimlerine 5 dakika içinde yardım edilmesi	26	33,3	16	20,5	6	7,7	5	6,4	25	32,1
26) Yara bakımı ya da tedavisi	35	44,9	4	5,1	7	9,0	4	5,1	28	35,9

Karşılanmayan bakım hizmetlerinin nedenleri Tablo 4'te incelenmiştir. En sık karşılaşılan nedenlerin sırasıyla; çalışan personel sayısının yetersizliği (%84,6), yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (%74,4), hasta sayısında beklenmedik bir artış ya da çalışılan birimde yoğunluk (%67,9), acil hasta durumu (%66,7) ve gerektiğinde malzeme/ cihazların uygun bir biçimde çalışmaması (%62,8) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

**Tablo 4. Karşılanmayan Bakım Hizmetlerinin Nedenleri (N=78)**

Karşılanmayan Bakım Hizmetlerinin Nedenleri	Önemli Neden		Orta düzeyde bir neden		Küçük bir neden		Bakımın verilememesi için bir neden değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1) Çalışan personel sayısının yetersizliği	66	84,6	5	6,4	3	3,8	4	5,2
2) Acil hasta durumu (örn. Bir hastanın durumundaki ani değişiklikler)	52	66,7	17	21,8	3	3,8	6	7,7
3) Hasta sayısında beklenmedik bir artış ya da çalışılan birimde yoğunluk	53	67,9	17	21,8	8	10,3	0	0
4) Yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (örn. Hasta hizmetlisi, teknisyen, ünite sekreterleri vb.)	58	74,4	10	12,8	9	11,5	1	1,3
5) Serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması	36	46,2	20	25,6	17	21,8	5	6,4
6) Hasta dağılımındaki dengesizlik	23	29,5	25	32,1	20	25,6	10	12,8
7) Gerekli ilaçların bulunmaması	38	48,7	16	20,5	17	21,8	7	9,0
8) Önceki şifften veya gönderilen servisten yetersiz hasta teslimi	21	26,9	25	32,1	22	28,2	10	12,8
9) Diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması (örn. Hastanın fizik tedavide yürütülmemesi)	26	33,3	20	25,6	21	26,9	11	14,2
10) Gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması	46	59,0	16	20,5	11	14,1	5	6,4
11) Gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması	49	62,8	16	20,5	11	14,1	2	2,6
12) Ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması	22	28,2	30	38,5	19	24,3	7	9,0
13) Diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu veya gerginlik	21	26,9	29	37,2	18	23,1	10	12,8
14) Hemşireler arasında oluşan gerginlik veya iletişim kopukluğu	27	34,7	15	19,2	20	25,6	16	20,5
15) Doktorlarla oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu	30	38,5	22	28,2	16	20,5	10	12,8
16) Hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşılabilmesi	27	34,6	23	29,5	13	16,7	15	19,2
17) Hasta kabulü ve taburculuk aktivitelerini yoğun olması	24	30,8	27	34,6	18	23,1	9	11,5

## Tartışma

Karşılanmayan hemşirelik bakımı, hasta güvenliği ve bakım kalitesini etkilemesi nedeniyle sağlık çalışanlarının üzerinde durduğu küresel bir sorun olmaktadır (Gurková ve ark., 2020). Karşılanmayan hemşirelik bakımı, bakım sürecinin herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilmekte, iş gücü ve tedavideki yüksek maliyetler, hastane politikası ve kaynakların dağıtılması gibi etmenlerden etkilenebilmektedir. Aynı zamanda azalan yatış süreleri nedeniyle artan bakım gereksinimleri de karşılanmayan hemşirelik bakımını arttırabilmektedir (Henderson ve ark., 2017; Papastavrou ve ark., 2016).

Bu çalışmada hemşireler; kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesini (%60,3) ve hastanın yemeği henüz sıcakken beslenmesini (%59,0) en sık karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimleri olarak belirtmektedir. Kalisch ve arkadaşlarının (2012a) yaptıkları bir çalışmada, karşılanmayan hemşirelik bakımının Amerika ve Türkiye örnekleri karşılaştırılmıştır. Hastanın yemeği henüz sıcakken beslenmesi ve kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi maddeleri, Amerika örneğinde çalışma sonuçlarını destekler nitelikte yüksek oranda (%77,6/%50,6) bulunurken, Türkiye örneğinde (%39,1/%23,8) daha düşük oranda görülmüştür.

Her hastanın bakım sürecinde kullandığı ilaçları doğru ilkeler doğrultusunda uygun zamanda alması gerekmektedir (Çobanoğlu ve Alkanat, 2019). Ancak çalışmada ilaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesinin (%52,6) en sık karşılanmayan hemşirelik bakımı arasında yer aldığı görülmektedir. Ayrıca bu sonuç yapılan diğer çalışmalar (Henderson ve ark., 2017; Kalisch ve ark., 2012a; Kalisch ve ark., 2014) tarafından da desteklenmektedir. Özellikle yoğun bakımlarda yatan hastaların savunmasızlığı düşünüldüğünde bu sonuçların endişe verici olduğu söylenebilir.



Bu çalışmadan elde edilen diğer en sık karşılanmayan hemşirelik bakımları ise her iki saatte bir hastanın çevrilmesi (%48,7) ve hastaya ağız bakımı verilmesi (%48,7) olmuştur. Yoğun bakımda yatan hastalarda pozisyon değişikliği; basınç ülserlerinin önlenmesi ve hastaların hemodinamik dengelerinin sürdürülebilmesi için kanıt temelli girişimler arasında yer almaktadır (Orhan, 2017; Tor, Mert ve Tosun, 2019;). Ancak Valles ve arkadaşları (2016) ve Kalisch ve arkadaşlarının (2014) konu ile ilgili yaptıkları çalışmalarda da her iki saatte bir hastaya pozisyon verilmesinin sıklıkla karşılanmadığı belirtilmektedir. Papastavrou ve arkadaşları (2016) ise bu görüşe ek olarak hastaya verilmesi gereken ağız bakımının da sıklıkla karşılanmayan bakım girişimleri arasında olduğunu bildirmektedir. Yoğun bakım hastalarında karşılaşılabilen mekanik ventilatör, nazogastrik sonda vb. cihaz kullanımları ve ağız yoluyla beslenememe, bilincin kapalı olması gibi durumlar bu hastaların normal ağız örüntüsünün bozulabilme riskinin ne kadar yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Dikmen, 2016).

Bilindiği üzere hemşirelerin hastaya özgü bakım vermeleri ve bu süreci kaydetmeleri gerekmektedir (Korhan, Hakverdioğlu Yönt, Demiray, Akça ve Eker, 2015). Ancak Valles ve arkadaşlarının (2016) konu ile ilgili yapmış olduğu bir çalışmada, hemşirelerin gerekli tüm verileri sıklıkla kaydetmedikleri belirtilmiştir. Bu çalışmanın verileri ise bu sonuç ile ilgili iki görüş ortaya koymakta olup hemşirelerin %48,7'sinin sıklıkla gerekli tüm verileri tam olarak kaydetmediklerini belirtirken, %42,3'ü ise yerine getirdiklerini vurgulamaktadır. Çalışmadan elde edilen bu çelişkinin, yoğun bakımlardaki hasta bakım yoğunluğunun farklılık göstermesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin nedenleri incelendiğinde; yoğun bakım hemşirelerinin en fazla çalışan personel sayısının yetersizliği (%84,6), yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (%74,4), hasta sayısında beklenmedik bir artış ya da çalışılan birimde yoğunluk (%67,9), acil hasta durumu (%66,7) ve gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması (%62,8) üzerinde durmuşlardır. Bu bulgularla benzer şekilde yapılan çalışmalarda da çalışan hemşire ve personel sayısındaki yetersizlik (Henderson ve ark., 2017; Kalisch ve ark., 2011; Orique ve ark., 2016; Papastavrou ve ark., 2016), beklenmedik hasta sayısı artışı (Ball ve ark., 2018; Kalisch ve ark., 2012a), bakım gereksinimindeki ani artış (Henderson ve ark., 2017), acil hasta durumu (Kalisch ve ark., 2011; Palese ve ark., 2015) ve gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması (Kalisch ve ark., 2011) karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri olarak belirtilmiştir.

Konuyla ilgili bilimsel çalışmalarda hemşire sayısının yetersizliği sonucunda; hasta ölüm oranlarının (Griffiths ve ark., 2018b; Needleman ve ark., 2011), hasta düşmelerinin ve hastane enfeksiyonlarının arttığı; hasta doyum düzeylerinin ise azaldığı (Papastavrou ve ark., 2016) görülmektedir. Ayrıca sunulan hasta bakımının eksik bırakılma riski ile hasta çıktılarının olumsuz etkilenmesinin de bu sonuçlar arasında yer aldığı belirtilmektedir (Ausserhofer ve ark., 2014; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart ve Zelevinsk, 2002). Diğer bir çalışmada, çalışan hemşire sayısının az olmasının, karşılanmayan hemşirelik bakımının artmasına neden olduğu vurgulanmaktadır (Griffiths, Ball, Ora, Maruotti, Meredith ve Smith, 2018b). Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda hemşire-hasta oranı düşük ve ilgili personeller yetersiz olduğunda hemşirelik bakımının daha sık atlandığı bildirilmektedir (Jones ve ark., 2015; Mantovan ve ark., 2020; Recio-Saucedo ve ark., 2018). Bu sonuçlara ek olarak bakım verilen hasta sayısının ya da hasta gereksinimlerinin beklenmedik şekilde artmasının, gerekli olan malzemelerin elde edilememesi ya da cihazların çalışmamasının ve genel durumu bozulan hastaların varlığının hemşirelerin yoğun olan iş yükünü daha da olumsuz etkilediği ve karşılanmayan hemşirelik bakımını daha da arttırabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakımda çalışma sürelerinin, iş gücü kaynaklarını etkilediği belirlenmiştir (U:989,50, p=0,008). Hemşirelerin klinik deneyimleri karşılanmayan hemşirelik bakımını olumsuz yönde etkileyen etmenler arasındadır. Kalisch ve Lee'nin (2010) çalışmasında hem materyal hem de insan kaynaklarında sorun yaşayan deneyimli hemşirelerin hasta bakım gereksinimlerini karşılayamadığı ortaya konmuştur. Bu çalışma bulgularının tersine yapılan diğer çalışmalarda daha az deneyimli hemşirelerin daha fazla karşılanmayan hemşirelik bakımı bildirdiği görülmektedir (Blackman ve ark., 2018; dos Reis Dutra ve ark., 2019).

## Sonuç ve Öneriler

Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde karşılanmayan hemşirelik bakımının gerekçeleri ve etkileyen etmenler farklı olmakla birlikte benzer hemşirelik girişimlerinin karşılanmadığı görülmektedir. Bu çalışma sonuçlarına göre yoğun bakımda çalışan hemşirelerin çoğunlukla kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi, hastanın yemeği henüz sıcakken beslenmesi ve ilaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya

verilmesi gereksinimlerinin karşılanmadığı görülmüştür. Hemşire sayısının, yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği ile hasta sayısında beklenmedik bir artış ya da çalışılan birimde yoğunluk yaşanması, karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin önemli nedenleri arasında bulunmuştur. Bu sonuçlar, hemşirelerin hasta girişimlerini önceliklendirdiğini, acil ya da kesinlikle yapılması gerektiğini düşündükleri hemşirelik uygulamalarını yaptıkları ve diğer uygulamaları ertelediklerini göstermektedir.

Çalışma sonuçları doğrultusunda; karşılanmayan hemşirelik bakımının önlenmesi için hemşirelere hizmet içi eğitimlerin verilmesi, bilimsel temele dayanan insan gücü planlamasının yapılması, çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesi ve takım çalışması tutumunun iyileştirilmesi önerilebilir. Bu çalışma alan yazında bu konuda sınırlı sayıda çalışma olması nedeniyle, yönetici hemşirelerin ve kurum yöneticilerinin karşılanmayan hemşirelik bakımının önlenmesine ilişkin yapacakları planlamalara katkı sağlayabilir. Ulusal ve uluslararası yazın incelendiğinde, küresel ölçekte bir sorun olarak karşımıza çıkan bu konu ile ilgili farklı örneklem gruplarında farklı yöntemler kullanılarak çalışmaların yürütülmesi önerilebilir.

**Etik Kurul Onayı:** Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Tarih: 15.04.2020 - Karar No: 52578).

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Katılımcı Onamı:** Katılımcıların bilgilendirilmiş sözlü onamları alınmıştır.

**Ethics Committee Approval:** Süleyman Demirel University Faculty of Medicine Clinical Research Ethics Committee approval was obtained (Date: 15.04.2020 - Number: 52578).

**Conflict of Interest:** Not declared.

**Funding:** None.

**Informed Consent:** Oral informed consent of the participants was obtained.

## Kaynaklar

Alghamdi, R., Albloushi, M., Alzahranı, E., Aldawsari, A. & Alyousef, S. (2019). Nursing education challenges from Saudi nurse educators' and leaders' perspectives: A qualitative descriptive study. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 16(1). <https://doi.org/10.1515/ijnes-2018-0027>

Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., Geest, S. De, Rafferty, A. M., ... & Schwendimann, R. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality and Safety*, 23(2), 126-135. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002318>

Ball, J. E., Bruyneelc, L., Aikend, L. H., Sermeusc, W., Sloaned, D. M., Raffertye, A. M., ... & Consortium, R. (2018). Post-operative mortality, missed care and nurse staffing. *Physiology & Behavior*, 176(3), 139-148. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004>. Post-operative

Blackman, I., Henderson, J., Willis, E., Hamilton, P., Toffoli, L., Verrall, C., Aberly, E. & Harvey, C. (2014). Factors influencing why nursing care is missed. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 47-56. <https://doi.org/10.1111/jocn.12688>

Blackman, I., Papastavrou, E., Palese, A., Vryonides, S., Henderson, J. & Willis, E. (2018). Predicting variations to missed nursing care: A three-nation comparison. *Journal of Nursing Management*, 26(1), 33-41. <https://doi.org/10.1111/jonm.12514>

Bragadóttir, H. & Kalisch, B. J. (2018). Comparison of reports of missed nursing care: Registered Nurses vs. practical nurses in hospitals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(3), 1227-1236. <https://doi.org/10.1111/scs.12570>

Çobanoğlu, A. & Alkanat, H. Ö. (2019). Hastanede yatan hastaların akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve davranışlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 33-40.

Dikmen, Y. (2016). Yoğun bakım hastalarında ağız bakımı yönetimi: kanıta dayalı uygulamalar çerçevesinde literatür incelemesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 45-54.

dos Reis Dutra, C. K., Salles, B. G. & Guirardello, E. de B. (2019). Situations and reasons for missed nursing care in medical and surgical clinic units. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 53, 1-7. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017050203470e03470>

Griffiths, P., Ball, J., Bloor, K., Briggs, J., Ingh, A. De, Jones, J., ... & Smith, G. (2018a). Nurse staffing levels, missed vital signs and mortality in hospitals: Retrospective longitudinal observational study. *Health Services and Delivery Research*, 6(38).6(38). <https://doi.org/10.3310/hsdr06380>

Griffiths, P., Ball, J., Ora, C. D., Maruotti, A., Meredith, P. & Smith, G. B. (2018b). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 1474-1487. <https://doi.org/10.1111/jan.13564>

Gurková, E., Adamkovič, M., Jones, T., Kurucová, R., Kalánková, D. & Žiaková, K. (2020). Factor analysis, validity of the perceived implicit rationing of nursing care instrument and prevalence and patterns of unfinished nursing care in Slovakia. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2036-2047. <https://doi.org/10.1111/jonm.12887>

Haftu, M., Girmay, A., Gebremeskel, M., Aregawi, G., Gebregziabher, D. & Robles, C. (2019). Commonly missed nursing cares in the obstetrics and gynecologic wards of Tigray general hospitals; Northern Ethiopia. *PLoS ONE*, 14(12), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225814>

Henderson, J., Willis, E., Xiao, L. & Blackman, I. (2017). Missed care in residential aged care in Australia: An exploratory study. *Collegian*, 24(5), 411-416. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2016.09.001>

Jiang, H., Li, C., Gu, Y., Lu, H. & Ye, W. (2015). Status of nurse staffing and nursing care delivery in Pudong, Shanghai. *Contemporary Nurse*, 50(1), 104-114. <https://doi.org/10.1080/10376178.2015.1010255>

Jones, T. L., Hamilton, P. & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121-1137. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>

Kalisch, B. J., Landstrom, G. L. & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509-1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>

Kalisch, B. J. & Lee, K. H. (2010). The impact of teamwork on missed nursing care. *Nursing Outlook*, 58(5), 233-241. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2010.06.004>

Kalisch, B. J., Terzioglu, F. & Duygulu, S. (2012a). The Misscare Survey-Turkish: Psychometric properties and findings. *Nursing Economics*, 30(1), 29-37.

Kalisch, B. J., Tschannen, D. & Lee, K. H. (2012b). Missed nursing care, staffing and patient falls. *Journal of Nursing Care Quality*, 27(1), 6-12. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e318225aa23>

Kalisch, B. J., Xie, B. & Dabney, B. W. (2014). Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events. *American Journal of Medical Quality*, 29(5), 415-422. <https://doi.org/10.1177/1062860613501715>

Korhan, E. A., Hakverdioğlu Yönt, G. H., Demiray, A., Akça, A. & Eker, A. (2015). Yoğun bakım ünitesinde hemşirelik tanılarının belirlenmesi ve nanda tanılarına göre değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 16-21.

Mantovan, F., Muzzana, C., Schubert, M. & Ausserhofer, D. (2020). "It's about how we do it, not if we do it". Nurses' experiences with implicit rationing of nursing care in acute care hospitals: A descriptive qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 109. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103688>

Needleman, J., Buerhaus, P., Matke, S., Stewart, M. & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722. <https://doi.org/10.1056/nejmsa012247>

Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R. & Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037-1045. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1001025>

- Orhan, B. (2017). Basiñ yaralarını önleme kılavuzu: Kanıta dayalı uygulamalar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(4), 427-440.
- Oriue, S. B., Patty, C. M. & Woods, E. (2016). Missed nursing care and unit-level nurse workload in the acute and post-Acute settings. *Journal of Nursing Care Quality*, 31(1), 84-89. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000140>
- Palese, A., Ambrosi, E., Prosperi, L., Guarnier, A., Barelli, P., Zambiasi, P., ... & Saiani, L. (2015). Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Internal and Emergency Medicine*, 10(6), 693-702. <https://doi.org/10.1007/s11739-015-1232-6>
- Palese, A., Bottega, M., Cescutti, A., Caruzzo, D., Danielis, M., Fabris, S., Mattiussi, E. & Grassetto, L. (2020). Depicting clinical nurses' priority perspectives leading to unfinished nursing care: A pilot Q methodology study. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2146-2156. <https://doi.org/10.1111/jonm.13036>
- Papastavrou, E., Charalambous, A., Vryonides, S., Eleftheriou, C. & Merkouris, A. (2016). To what extent are patients' needs met on oncology units? The phenomenon of care rationing. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 48-56. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.01.002>
- Recio-Saucedo, A., Dall'Orta, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., ... & Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 2248-2259. <https://doi.org/10.1111/jocn.14058>
- Schubert, M., Clarke, S. P., Glass, T. R., Schaffert-witvliet, B. & Geest, S. De. (2009). Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: A correlational study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 884-893. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.10.008>
- Schubert, M., Sean, P., Aiken, L. H. & Geest, S. D. E. (2012). Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(3), 230-238.
- Tor, Ö., Mert, G. & Tosun, B. (2019). Yoğun bakım hastalarına verilen pozisyonların hemodinamik ölçümlere etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(1), 15-20.
- Valles, J. H. H., Monsiváis, M. G. M., Guzmán, M. G. I. & Arreola, L. V. (2016). Nursing care missed in patients at risk of or having pressure ulcers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2817. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1462.2817>
- VanFosson, C. A., Jones, T. L. & Yoder, L. H. (2016). Unfinished nursing care: An important performance measure for nursing care systems. *Nursing Outlook*, 64(2), 124-136. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2015.12.010>
- VanFosson, C. A., Jones, T. L. & Yoder, L. H. (2018). Monthly variation of unfinished nursing care at the US Army Burn Center. *Burns*, 44(8), 1910-1919. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2018.03.008>
- Willis, E., Henderson, J., Hamilton, P., Toffoli, L., Blackman, I., Couzner, L. & Verrall, C. (2015). Work intensification as missed care. *Labour & Industry: A Journal of the Social and Economic Relations of Work*, 25(2), 118-133. <https://doi.org/10.1080/10301763.2015.1060811>