



ARAŞTIRMA / RESEARCH

Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi miktarı ve nedenlerine yönelik değerlendirmeleri

Evaluation of nurses in a university hospital for the amount and reasons of unmet nursing need

Nagihan İlaslan¹, Nuriye Yıldırım Şişman¹

¹Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Düzce Turkey

Cukurova Medical Journal 2019;44(4):1226-1236.

Abstract

Purpose: This study evaluates the amount and causes of unmet nursing care needs at a university hospital.

Materials and Methods: This descriptive study was conducted between March and December 2017 with 94 university hospital nurses who participated voluntarily. Data were collected using a questionnaire form and the "Unmet Nursing Care Needs Scale", which was created in accordance with the literature by the researchers.

Results: The unmet nursing care needs were getting up or walking patients three times a day or as needed (41%), participating in multidisciplinary care conferences (41%), providing patient/patient relatives with emotional support (40%) and reviewing the dosage, taking time and side effects of the drugs the patient will use with the patient (33%). There was a significant relationship between having information about the unit and the concept of unmet nursing care needs, and perceiving the adequacy of number of nurses and the causes of unmet nursing care needs.

Conclusion: Unmet nursing care needs affect the quality of nursing care and risk the safety of patients. This concept should be studied carefully by future studies, and proper protocols should be enhanced accordingly.

Keywords: Nursing, nurses, nursing care

Öz

Amaç: Çalışmanın amacı, bir üniversite hastanesinde karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi miktarı ve nedenlerini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki çalışma, Mart-Aralık 2017 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde çalışan ve çalışmaya katılmayı gönüllük esasına dayalı olarak kabul eden 94 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan anket formu ve Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği ile toplanmıştır.

Bulgular: Sıklıkla karşılanmayan hemşirelik bakımlarının, hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma (%41), düzenlenen disiplinler arası bakım konferanslarına katılma (%41), hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi (%40) ve taburcu olan hastanın kullanacağı ilaçların dozu, alınma zamanı ve yan etkilerinin hasta ile birlikte gözden geçirilmesi (%33) olduğu görülmektedir. Çalışılan birim ve karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi kavramı hakkında bilgi sahibi olma durumu ile karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimleri arasında; hemşire sayısı yeterliliğini algılama ile karşılanmayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Karşılanmayan hemşirelik bakımı, hemşirelik bakımının kalitesini olumsuz etkilemekte ve hasta güvenliğini riske sokmaktadır. Kavramın yapılacak çalışmalarla yakından ele alınması ve bu doğrultuda uygun protokollerin geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, hemşireler, hemşirelik bakımı

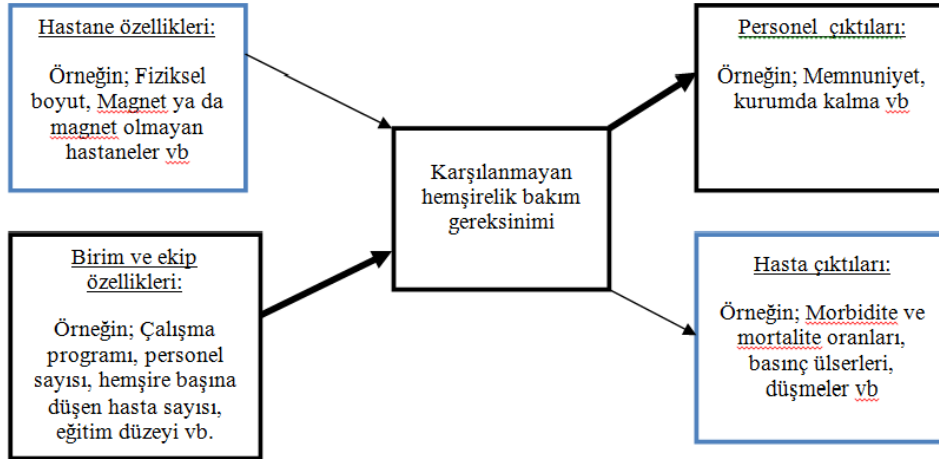
Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Nuriye Yıldırım Şişman, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Düzce, Turkey E-mail: nuriye3@gmail.com
Geliş tarihi/Received: 07.01.2019 Kabul tarihi/Accepted: 13.03.2019 Çevrimiçi yayın/Published online: 10.09.2019

GİRİŞ

Hemşirelik bakımı kavramı, profesyonel hemşireliğin odak noktasını oluşturan ve hemşireliğe özgü olan bir kavramdır¹. Hemşirelik bakımının, kaliteli ve eksiksiz bir şekilde alanında yetkin olan hemşireler tarafından verilmesi gerekmektedir². Fakat günümüzde kaliteli hemşirelik bakımı kavramının önemi istendik düzeyde anlaşılammıştır. Hemşirelik bakımının kalitesi sağlık hizmeti veren kurumlar arasında değişkenlik gösterebilmektedir³. Kaliteli hemşirelik bakımı almak hastanın hakkı, aynı zamanda da hemşirelerin sorumluluğu altındadır. Sağlık hizmetinin kalitesini de hemşirelik bakımı belirler. Maliyet-etkin verilen hemşirelik bakımı ile hemşirelik bakım kalitesi artırılabilir⁴. İhtiyaç duyulan hemşirelik bakımı günlük uygulamalarda bazen göz ardı edilebilmekte ve hasta güvenliğine yönelik tehditler oluşabilmektedir⁵.

Hemşirelik bakımının yeterli verilmemesi ise, karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi kavramını ortaya çıkarmaktadır. İlk olarak 2006 yılında Kalisch tarafından ortaya koyulan bu kavram,

gereklili hemşirelik bakımının bütünüyle ya da bir kısmı ile ihmal edilmesi ya da bakımın ertelenmesini ifade etmektedir^{6,7}. Karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi kavramının kavramsal çerçevesini anlamak için ise Donabedian'ın yapı, süreç ve sonuç çerçevesine temellenen karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi modelini (Şekil 1) incelemek gerekmektedir. Model çerçevesinde hastane, hasta bakım ünitesi ve bireysel bakım personeli özellikleri (yapı değişkenleri) karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimlerine (süreç değişkeni) yol açmakta ve sonuç olarak bu durum ekip çıktılarını (iş memnuniyeti, meslek doyumu, meslekten ayrılma vb) ve hasta çıktıları (düşmeler, basınç ülserleri vb) etkilemektedir⁸. Hastane özellikleri içinde magnet hastane olan ve olmayan kuruluşlarda ele alınmıştır. Magnet, hemşireliğin örgütsel tanıma belgesidir. Süreç, hastanelerin hemşireler ve tüm çalışanlar için olumlu bir çalışma ortamı ile sonuçlanan kanıta dayalı kriterler geliştirmelerini, yaymalarını ve geliştirmelerini gerektirir. Hasta bakımında güvenliği ve kaliteyi artırmak amaçlanır. Hemşire memnuniyetini, hasta memnuniyetini ve klinik sonuçları artırarak maliyetleri iyileştirme ile sonuçlanan bir modeldir⁹.



Şekil 1. Karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi model⁸

Karşılanmayan hemşirelik bakım modeli, orta sınıf bir açıklayıcı teoridir. Teori, hemşirelik sürecinin nasıl yürütüldüğüne, hemşirelerin hangi hemşirelik bakımını kaçırıldığına, tamamlamadığına veya ertelemediğine yönelik hasta sonuçlarını içermektedir. Bu modeldeki kavramların her biri ölçülebilirdir. Karşılanmayan hemşirelik bakımını ve hasta sonuçlarını açıklaması beklenir. Karşılanmayan

hemşirelik bakımı modelinin test edilmesi, kaçırılmış bakımı ve bu tür ihmal hatalarının nasıl önleneceğini açıklayan yeni bir orta sınıf teorinin oluşturulması için önemli etkilere sahiptir⁵. Literatür incelendiğinde karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi düzeylerine ve nedenlerine yönelik yurtdışında gerçekleştirilen birçok çalışmanın bulunduğu göze çarpmaktadır^{2,10-14}. Kalisch ve arkadaşlarının 2009

yılında Amerika'da çeşitli hastanelerde veri toplamak için geliştirdikleri Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik analizi yaptıkları ve uyguladıkları çalışmalarında, çalışmaya katılan hemşirelerin %44'ü tanılama sürecinde, %70'inden fazlası uygulama, temel bakım ve planlama aşamalarında karşılanmayan hemşirelik bakımını olduğunu belirtmişlerdir. Karşılanmayan bakımın nedeni olarak ise %85 düzeyinde iş gücü kaynağı, %56 düzeyinde malzeme kaynakları ve %38 düzeyinde ise iletişim gösterilmiştir¹⁵. Avrupa'daki 12 ülkenin karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimleri düzeyini karşılaştıran bir diğer çalışmada ise 13 temel hemşirelik bakım aktivitesinden ortalama olarak 3.6'sının karşılanmadığı ortaya konulmuştur¹⁶. Türkiye'de ise karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi kavramı çok sınırlı düzeyde ele alınmıştır. Bu konuda Amerika ve Türkiye'deki düzeyi karşılaştırmak amacıyla yapılan ve Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin çalışıldığı bir çalışmaya ulaşılabilmiştir. Bu çalışmada Türkiye'deki karşılanmayan hemşirelik bakım gereksiniminin daha düşük düzeyde olduğu ancak karşılanmayan hemşirelik bakım gereksiniminin nedenleri açısından daha fazla düzeyde nedenin ortaya konulduğu belirlenmiştir³. Ülkeler arasında karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi varyasyonlarını belirlemek amacı ile yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde ise; farklı ülkelerde de karşılanmayan hemşirelik bakımı sıklığının birbirine benzer düzeyde yüksek olduğu görülmüştür^{13, 16}. Gereksinim duyulan hemşirelik bakımının karşılanmaması sağlık kurumlarında morbitide ve mortalite oranlarında, hasta düşmeleri ve enfeksiyon oranlarında artışa ve hastanede yatış sürelerinde uzamaya sebep olmaktadır. Ayrıca bakım veren hemşire ekibinin meslekten memnuniyetsiz çalışmasına ve çalışılan kurumu değiştirmesine neden olabilmektedir¹⁵.

Karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi, yetersiz kullanım olarak sınıflandırılmış yaygın bir tıbbi hata şeklidir¹⁷. Karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi, hasta güvenliğine yönelik olumsuz sonuçları engellemek, hemşirelik müdahalelerini geliştirmek ve kalitesini artırmak için kullanılmaktadır⁵. Türkiye'deki hastanelerde karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi ölçeği kullanılarak, hemşirelik bakımının kalitesini geliştirmek ve hasta güvenliğine yönelik riskleri azaltmak için bir değerlendirme mekanizması oluşturulabilir. Özellikle hemşirelik bakım kalitesinin

geliştirilmesinde motive edici bir araç olarak da kullanılabilir. Hastanelerde bu ölçek, 6 ya da 12 ayda bir uygulanarak hemşirelik bakımının kalitesindeki ilerleme değerlendirilebilir. Bu verilerin toplanması maliyet etkin bir yöntem olarak hemşirelik bakımının kalitesinin yükseltilmesini destekleyebilir. Karşılanmayan hemşirelik bakım gereksiniminin nedenlerinin belirlenmesi de, kaliteli bakımın önündeki engellerin belirlenerek, problemleri alanların bulunmasını sağlar¹⁸. Bu nedenle karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi kavramı profesyonel hemşirelik açısından yadsınmadan ele alınması gereken önemli bir kavramdır. Şekil 1'de belirtilen birim ve ekip özellikleri ile personel çıktıları arasındaki ilişki üzerine odaklanan çalışmanın amacı, verilen hemşirelik bakımı içerisindeki karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi miktarını ve nedenlerini ortaya koymak ve Türkiye'de yeterli düzeyde ele alınmamış bu kavram konusunda literatüre güncel veriler kazandırarak bu konudaki farkındalık düzeyini arttırmaktır. Çalışmanın amacı, bir üniversite hastanesinde karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi miktarı ve nedenlerini değerlendirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma tanımlayıcı nitelikte olup, Mart-Aralık 2017 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma evrenini bir üniversite hastanesinin yataklı birimlerinde çalışan 250 hemşire oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için, GPower 3.1.9.2 programı kullanılarak, test türü bağımsız gruplarda t test, etki değeri=0,5, α yanılma payı=0,05 Güç =0,80 alınarak örneklem sayısı 102 olarak belirlenmiştir. Çalışmaya 94 hemşire katılmıştır. Katılım oranı % 92 olmuştur. Hemşireler nöbet usulü çalıştığı için ulaşılabilenler ve çalışmaya katılmayı kabul edenler çalışmaya alınmıştır. Dahili birimlerden 35, cerrahi birimlerden 23, yoğun bakımlardan 29, acilden 13 hemşire çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

Araştırmanın yapılabilmesi için ölçeği geliştiren Kalisch B.J.' den ve ölçeğin Türkçe uyarılama çalışmasını gerçekleştiren Terzioğlu F. ve Duygulu S'den e-mail aracılığı ile izin alınmıştır. Ayrıca ilgili kurumdan gerekli yazılı izinler ve Düzce Üniversitesi girişimsel olmayan sağlık araştırmaları etik kurul izni (Etik onay no:2017/67) alınmıştır Araştırmaya katılan tüm hemşirelere araştırmanın amacı ve yapmaları gerekenler hakkında bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş onam koşulu bir etik ilke olarak yerine getirilerek katılmak isteyen hemşirelerden sözel ve

bilgilendirilmiş onam formu kullanılarak yazılı onam alınmıştır. Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun çalışılmıştır.

Veri toplama araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu ve Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmacılar veri toplama aracını çalışmanın yapıldığı hastanedeki kliniklerde çalışan hemşire sayılarına göre düzenleyerek, hemşirelere dağıtmışlardır. Hemşireler tarafından doldurulan veri toplama aracı araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Veri toplama aracının doldurulma süresi ortalama 10 dakika sürmüştür.

Anket formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır^{3, 13-15}. Anket formunda demografik özelliklere ve hemşirelerin çalıştıkları birim, çalışma yılı, haftalık çalışma saatleri, çalıştıkları pozisyondan memnuniyet düzeyleri gibi çalışma yaşamlarına yönelik 17 soru bulunmaktadır.

Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği

Ölçek hemşirelerin hem karşılanmayan bakım gereksinimlerinin miktarını hem de nedenleri hakkındaki değerlendirmelerini belirlemek için kullanılmaktadır. Ölçeğin ilk kısmında hemşirelerden karşılanmayan bakım gereksinimlerinin miktarı; 1:Nadiren verilmiyor, 2:Bazen verilmiyor, 3:Sıklıkla verilmiyor, 4:Hiçbir zaman verilmiyor, 5:Uygun değil seçenekleri arasında değişen beşli likert tipi ölçek kullanılarak; ikinci kısmında ise karşılanmayan bakım gereksinimlerinin nedenlerini 1:Önemli bir neden, 2:Orta düzeyde bir neden, 3:Küçük bir neden, 4:Bakımın verilmemesi için bir neden değil seçenekleri arasında değişen dördümlük likert tipi ölçek kısmını kullanarak görüşlerini belirtmeleri istenmektedir³. Ölçeğin İngilizce versiyonunun psikometrik uygunluk testi Kalisch ve Williams tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach α katsayısı: 0.87 ve test-tekrar test geçerliliği r :0.88 ($p<0.001$) olarak bulunmuştur¹⁴.

Ölçek Türkçe'ye 2012 yılında Terzioğlu ve Duygulu tarafından çevrilmiş ve psikometrik uygunluğu test edilmiştir. Ölçeğin ilk bölümünün Cronbach α değeri 0.93, test-tekrar test katsayısı 0.95 ($p<0.001$) olarak; ölçeğin ikinci bölümünün Cronbach α değeri 0.80 ve

test-tekrar test katsayısı 0.667 ($p<0.001$) olarak bulunmuştur. Ölçeğin değerlendirilmesinde, incelenen olayın miktarının veya sıklığının artıp azaldığını ifade eden, katılımcıların ulaşacağı herhangi bir puan aralığı bulunmamaktadır. Ölçeğin A bölümünde puan artışı karşılanmayan hemşirelik bakım gereksiniminin miktarının arttığını gösterirken, B bölümündeki puan artışı karşılanmayan hemşirelik bakım gereksiniminin nedenlerinin önem derecesini göstermektedir. Verilen cevaplara göre katılımcıların karşılanmayan hemşirelik bakımı konusunda algıladıkları sıklık miktarı ve nedenleri ortaya koyulmaktadır. Bu çalışmada ölçeğin ilk ve ikinci bölümünün Cronbach α değeri 0.94 bulunmuştur³.

İstatistiksel analiz

Araştırma verilerinin değerlendirilmesi SPSS 21.0 istatistiksel program kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde merkezi dağılım ölçütleri (sıklık ve yüzdelikler) kullanılmıştır. Araştırmaya katılanların çalışma yılı, çalıştığı birim, eğitim düzeyi gibi değişkenlerden kaynaklanan farklılıkları incelemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve t-testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hemşirelerin ortalama olarak 30.00 ± 5.80 yaş aralığında olduğu, 9.30 ± 6.60 yıllık çalışma deneyimleri olduğu, haftalık 46.80 ± 7.50 saat çalıştıkları, 3 aylık süre içinde 1.01 ± 3.24 gün işe devamsızlıklarının olduğu, vardiyada 20.20 ± 40.00 sayıda hastaya bakım verdikleri görülmektedir. Aynı zamanda çalışmaya katılan hemşirelerin %84.00'ünün kadın, %66.00'nin lisans mezunu, %72.30'nün vardiyalı çalıştığı, %36.20'nin dahili birimlerde çalıştığı, %51.10'nin 16 saatlik vardiyalarda çalıştığı, %81.90'nun hemşire sayısını yeterli bulmadığı, birimde sık karşılaşılan durumlara yönelik %58.50'nin yatış süresinde uzama ve %69.10'nin meslekten memnuniyetsiz çalışma durumu ile karşılaştıkları, %47.90'nun memnuniyet düzeyinin orta düzeyde olduğu, %41.50'nin kurumdan ayrılma düşüncesinin olmadığı, %53.20'nin meslekten ayrılma düşüncesinin olmadığı görülmektedir (Tablo 1). Tablo 2' de çalışmaya katılan hemşirelerin belirttikleri karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin miktarı verilmiştir. Bazen ve sıklıkla karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimleri miktarı, hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma (%27.70 +% 9.60), hastaya

ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi (% 25.50 + % 10.60), düzenlenen disiplinler arası bakım konferanslarına katılma (% 19.10 + % 17.00) olduğu görülmektedir. Hemşirelerin karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin nedenlerine yönelik değerlendirmeleri incelendiğinde; iş gücü kaynaklarında çalışan personel sayısının yetersizliği (%83.00), malzeme kaynaklarında gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması (%66.00), iletişim/ takım çalışması alt boyutunda

hemşirelerin ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması (%53.20) nedenlerini önemli bir neden olarak belirttikleri görülmektedir (Tablo 3). Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimleri çalışılan birim ($p=0.004$) ve kavram hakkında bilgi sahibi olma durumu ($p=0.00$) ile karşılanmayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri ile hemşire sayısı yeterliliğini algılama ($p= 0.03$) arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 1: Çalışmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri (n=94)

Değişkenler		n	%		
Cinsiyet	Kadın	79	84.0		
	Erkek	15	16.0		
Eğitim durumu	Lise	18	19.1		
	Ön lisans	6	6.4		
	Lisans	62	66.0		
	Yüksek lisans	8	8.5		
Çalışma şekli	Vardiyalı	68	72.3		
	Gündüz mesaisi	26	27.7		
Çalışılan Birim	Dahili birimler	34	36.2		
	Cerrahi birimler	21	22.3		
	Yoğun bakımlar	29	30.9		
	Acil	10	10.6		
Çalışılan vardiya uzunluğu	8 saat	28	29.8		
	16 saat	48	51.1		
	24 saat	18	19.1		
Hemşire sayısı yeterliliğini algılama	Yeterli	17	18.1		
	Yeterli değil	77	81.9		
		Var	Yok		
Birimde sık karşılaşılan durumlar		n	%	n	%
	Hasta düşmeleri	10	10.6	84	89.4
	Enfeksiyon hastalıklarında artış	42	44.7	52	55.3
	Yatış süresinde uzama	55	58.5	39	41.5
	Mortalite oranlarında artma	17	18.1	77	81.9
	İhtiyaç duyulan bakımı alamama	39	41.5	55	58.5
	Meslekten memnuniyetsiz çalışma	65	69.1	29	30.9
Kurum ya da birim değiştirme	36	38.3	58	61.7	
Memnuniyet düzeyi	Çok iyi	2	2.1		
	İyi	34	36.2		
	Orta	45	47.9		
	Zayıf	13	13.8		
Kurumdan ayrılma düşüncesi	Var	32	34.0		
	Yok	39	41.5		
	Kararsızım	23	24.5		
Meslekten ayrılma düşüncesi	Var	20	21.3		
	Yok	50	53.2		
	Kararsızım	24	25.5		

Tablo 2. Karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimleri miktarı (n=94)

Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Miktarı	Nadiren verilmiyor		Bazen verilmiyor		Sıklıkla verilmiyor		Hiçbir zaman verilmiyor		Uygun değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma	29	30.9	26	27.7	9	9.6	5	5.3	25	26.6
Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi	38	40.4	19	20.2	7	7.4	2	2.1	28	29.8
Hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi	34	36.2	14	14.9	9	9.6	4	4.3	33	35.1

Kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi	48	51.1	9	9.6	4	4.3	2	2.1	31	33.0
İlaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi	52	55.3	19	20.2	4	4.3	3	3.2	16	17.0
Hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi	56	59.6	12	12.8	5	5.3	-	-	21	22.3
Hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi	51	54.3	12	12.8	3	3.2	1	1.1	27	28.7
Gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi	62	66.0	13	13.8	1	1.1	-	-	18	19.1
Hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısal işlemler hakkında eğitim verilmesi	55	58.5	18	19.1	10	10.6	-	-	11	11.7
Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi	44	46.8	24	25.5	10	10.6	3	3.2	13	13.8
Hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi	48	51.1	18	19.1	11	11.7	1	1.1	16	17.0
Hastaya ağız bakımı verilmesi	47	50.0	19	20.2	5	5.3	-	-	23	24.5
Taburcu olan hastanın kullanacağı ilaçların dozu, alınma zamanı ve yan etkilerinin hasta ile birlikte gözden geçirilmesi	41	43.6	19	20.2	9	9.6	4	4.3	21	22.3
Hastalık süreci hakkında eğitim verilmesi	52	55.3	18	19.1	6	6.4	1	1.1	17	18.1
Ellerin yıkanması	61	64.9	10	10.6	3	3.2	-	-	20	21.3
Taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme	48	51.1	11	11.7	9	9.6	1	1.1	25	26.6
İsteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması	56	59.6	11	11.7	3	3.2	-	-	24	25.5
Her şifitte hastanın değerlendirilmesi	60	63.8	10	10.6	4	4.3	-	-	20	21.3
Hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirmesi	60	63.8	11	11.7	1	1.1	-	-	22	23.4
Çağrı sinyaline/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi	46	48.9	10	10.6	2	2.1	1	1.1	35	37.2
Acil ilaç istemlerinin 15 dakika içinde karşılanması	58	61.7	10	10.6	3	3.2	-	-	23	24.5
Verilen ilaçların etkililiğinin değerlendirilmesi	59	62.8	14	14.9	3	3.2	-	-	18	19.1
Doktorlarla vizite katılma	53	56.4	8	8.5	12	12.8	5	5.3	16	17.0
Düzenlenen disiplinler arası bakım konferanslarına katılma	36	38.3	18	19.1	16	17.0	6	6.4	18	19.1
Hastanın tuvalet gereksinimlerine 5 dakika içinde yardım edilmesi	49	52.1	13	13.8	3	3.2	2	2.1	27	28.7
Yara bakımı ya da tedavisi	55	58.5	12	12.8	1	1.1	-	-	26	27.7

Tablo 3. Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Nedenlerinin Değerlendirilmesi (n=94).

Karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin nedenleri	Önemli bir neden		Orta düzeyde bir neden		Küçük bir neden		Bakımın verilmemesi için bir neden değil		
	%	n	%	n	%	n	%	n	
İş gücü kaynakları	Çalışan personel sayısının yetersizliği	78	83.0	8	8.5	3	3.2	5	5.3
	Acil hasta durumu (örn: Bir hastanın durumundaki ani değişiklikler)	65	69.1	17	18.1	7	7.4	5	5.3
	Hasta sayısındaki beklenmedik bir artış ya/ ya da çalışılan birimde yoğunluk	72	76.6	14	14.9	4	4.3	4	4.3
	Yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği	69	73.4	17	18.1	4	4.3	4	4.3
Malzeme kaynakları	Gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması	51	54.3	21	22.3	13	13.8	9	9.6
	Gerektiğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması	56	59.6	23	24.5	8	8.5	7	7.4
	Gerektiğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması	62	66.0	20	21.3	8	8.5	4	4.3
Diğer	Serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması	44	46.8	23	24.5	19	20.2	8	8.5
	Hasta dağılımındaki dengesizlik	45	47.9	29	30.9	11	11.7	9	9.6
	Önceki siften ya da gönderilen servisten yetersiz hasta teslimi	45	47.9	29	30.9	12	12.8	8	8.5
	Diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması (örn:Hastanın fizik tedavide yürütülmemesi)	46	48.9	31	33.0	10	10.6	7	7.4
	Ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması	50	53.2	27	28.7	10	10.6	7	7.4

İletişim /takım çalışması	Diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu ya da gerginlik	47	50.0	26	27.7	15	16.0	6	6.4
	Hemşireler arasında oluşan gerginlik ya da iletişim kopukluğu	40	42.6	27	28.7	13	13.8	14	14.9
	Doktorlarla/tıbbi personelle oluşan gerginlik veya iletişim kopukluğu	41	43.6	32	34.0	8	8.5	13	13.8

Tablo 4. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimleri ve nedenlerine yönelik değerlendirmeleri

			Karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimleri	Karşılanmayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri
	n	%	$\bar{X} \pm SD^{**}$	$\bar{X} \pm SD^{**}$
Çalışılan Birim				
Dahili birimler	34	36.2	2.17 ± .468	1.76 ± .643
Cerrahi birimler	21	22.3	1.93 ± .537	1.92 ± .901
Yoğun bakımlar	29	30.9	2.20 ± .395	1.54 ± .560
Acil	10	10.6	1.81 ± .553	1.48 ± .542
	100	100.0	F= 2.815 p= 0.04	F= 1.697 p= 0.17
Hemşire Sayısı Yeterliliğini Algılama				
Yeterli	17	18.1	1.98 ± .420	2.02 ± .847
Yeterli değil	77	81.9	2.11 ± .499	1.63 ± .628
	100	100.0	t= -1.040 p= 0.30	t= 2.20 p= 0.03
Kavram Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu				
Var	68	72.3	2.17 ± .486	1.75 ± .691
Yok	26	27.7	1.87 ± .422	1.56 ± .662
	100	100.0	t= 3.004 p= 0.00	t= 1.188 p= 0.23

*ortalama, **standart sapma

TARTIŞMA

Karşılanmayan hemşirelik bakımı, hasta sonuçlarını olumsuz yönde etkileyerek, bakımın kalitesini ve hasta güvenliğini tehdit eden bir problemdir^{5,19}. Karşılanmayan hemşirelik bakımının nedenlerine yönelik farkındalığın artırılması, kaçırılan bakımla ilgili gizli maliyetlerin ve risklerin daha iyi anlaşılmasını sağlar ve bu riskleri en aza indirecek stratejilerin belirlenmesine yardımcı olur (örn. kanıt dayalı sağlık hizmetleri uygulamaları, personelin gelişimi vb.)¹⁰. Bir üniversite hastanesinde karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi miktarı ve nedenlerini değerlendirmek amacı ile yapılan bu araştırma sonuçları incelendiğinde, hemşirelerin vardiyalarda bakım verdikleri hasta sayılarının ortalama olarak 20.26±40.00 olduğu ve hemşirelerin %81.90'nun birimlerinde çalışan hemşire sayısını yeterli bulmadığı belirlenmiştir. Çalışma sonucuna benzer şekilde Palese ve ark.²⁰ çalışmasında dahili birimlerde hemşire başına gündüz vardiyalarında düşen hasta sayısının 5 ila 13, öğleden sonra 7.50 ila 14.00 ve gece vardiyalarında ise 12.50 ila 33.00 arasında değiştiği ortaya koyulmuştur. Bu doğrultuda Tubbs-Cooley ve Gürses'in²¹ ve Ball ve ark.'ın²² çalışmasında hemşirelerin bakım sorumluluğunu üstlendiği hasta sayısı arttıkça karşılanmayan

hemşirelik bakımının da arttığı belirlenmiştir. Yine Kalisch, Tschannen ve Lee¹⁴ hasta başına düşen hemşirelik bakım saatinin karşılanmayan hemşirelik bakımının önemli bir belirleyicisi olduğunu belirtmektedir.

Çalışılan kliniklerde sık karşılaşılan durumlara yönelik çalışma sonuçları incelendiğinde ise hemşirelerin çoğunluğunun meslekten memnuniyetsiz çalıştığını, hastaların yatış sürelerinde uzama durumları ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Benzer şekilde gerçekleştirilen çalışmalar incelendiğinde hastaların hastanedeki yatış süreleri²³⁻²⁵, hastaların ihtiyaç duyulan bakımı alamamaları^{22,26}, enfeksiyon hastalıklarında artış^{27, 28} ve hemşirelerin memnuniyetleri ve tükenmişlik yaşamaları için risk düzeylerinin yükselmesi²⁹ birimlerde çalışan hemşire sayısının yeterliliği ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun meslekten memnuniyet düzeyinin orta düzeyde olduğu ve meslekten veya kurumdan ayrılma düşüncelerinin olmadığı tespit edilmiştir. İş yerinde çalıştığı ekiple iletişim sorunları yaşayan hemşireler meslekten memnuniyetsiz olarak çalışmakta ve meslekten veya kurumdan ayrılma düşüncelerine sahip olabilmektedir¹⁰. Bu doğrultuda Gutierrez³⁰ memnuniyet düzeyi düşük hemşirelerin kendilerini hasta bakımından geri çektiklerini ve bu durumun

hasta güvenliğini riske soktuğunu belirtmektedir. Dolayısıyla birimlerde çalışan hemşire sayısı yeterliliği ve hemşirelerin memnuniyet durumları verilen hemşirelik bakımın kalitesi ve karşılanmayan hemşirelik bakımının varlığı ve düzeyi üzerinde etkilidir³¹.

Çalışmada karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimleri miktarına yönelik olarak hemşireler; bazen ve sıklıkla karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin, hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma (%27.70 +% 9.60), hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi (% 25.50 + % 10.60), düzenlenen disiplinler arası bakım konferanslarına katılma (% 19.10 + % 17.0) olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 1). Hemşireler % 10-27 arasında karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi olduğunu ifade etmişlerdir¹⁹. Çalışma sonucuna benzer şekilde Kalisch, Tschannen, Lee ve Friese'nin³² Amerika'daki 10 hastanenin dahili, cerrahi, rehabilitasyon, ara düzey ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler ile gerçekleştirdiği çalışmasında, hastaların günde üç kez ya da istem edildiği kadar ambulasyonunun en sık karşılanmayan hemşirelik bakımı olduğu, hemşirelerin %32.70'sinin bu bakımın hiçbir zaman ya da sıklıkla karşılanmadığını belirttikleri ortaya koyulmuştur. Yine aynı çalışmada bu bakım gereksinimini takiben bakım konferanslarına katılma (%31.8), ağız bakımı verme (%25.5), ilaçların programlanan zamanından 30 dakika önce ya da sonra verilmesi (%17.6) ve her iki saatte bir hastayı çevirme (%15.1) gereksinimlerinin karşılanmadığı belirlenmiştir. Palese ve ark.'nın²⁰ çalışmasında ise hasta ambulasyonu (%91.4), hastayı her iki saatte bir döndürme (%74.2) ve ilaç uygulamalarının doğru zamanda gerçekleştirilmesi (%64.6) uygulamalarının sıklıkla karşılanmadığı belirtilmiştir. Çalışmalarda görüldüğü üzere hemşirelerin sıklıkla hasta ambulasyonunu ihmal ettikleri görülmektedir. Ancak hastanın tedavi ve bakım çıktıları üzerinde önemli bir etkiye sahip olan ambulasyonun sağlanmasında hemşireler kritik bir role sahiptir ve hemşireler verdikleri sürekli bakım sayesinde hastaların ambulasyonunun sağlanıp sağlanamayacağı konusunda geniş bir gözlem bilgisine sahip olabilmektedir³³. Ancak hemşireler ambulasyonun kendi sorumlulukları içerisinde olup olmadığı konusunda farklı tutumlar sergilemekte ve ambulasyonun hekimin ya da diğer sağlık personellerinin görevi olduğunu belirtmektedir³⁴. Ayrıca yapılan çalışmalarda çalışan hemşire sayısının az olması, hasta sayısındaki artış ya da ortaya çıkan acil

durumlar hasta ambulasyonuna engel olan primer faktörler olarak belirtilmektedir³³. Hemşireler; karşılanmayan hemşirelik bakımını düzenli olarak yaşadıklarını ve hayal kırıklığına uğradıklarını, bakımı sağlamak için gereken bilgi ve beceriyi kullanamadıklarını; bunun yerine, gecikmeli ya da bilinçli olarak karşılanmayan hemşirelik bakımının oluştuğunu ifade etmişlerdir³⁵.

Karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin nedenleri değerlendirildiğinde; iş gücü kaynakları alt boyutunda çalışan personel sayısının yetersizliği, malzeme kaynakları alt boyutunda gerektiğinde malzeme/cihazların uygun biçimde çalışmaması, iletişim / takım çalışması alt boyutunda ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması bakım gereksinimlerinin karşılanmamasının nedeni olarak gösterilmiştir (Tablo 3). Çalışma sonuçlarına benzer şekilde Blackman ve ark.'nın¹⁰ çalışmasında iş gücü ve malzeme kaynaklarında yaşanan yetersizliklerin ve sağlık ekibi ya da hemşireler arasında yaşanan iletişim sorunlarının karşılanmayan bakım gereksinimleri üzerinde güçlü şekilde etkili olan faktörler arasında olduğu belirlenmiştir. Yine Kalisch, Tschannen, Lee ve Friese'nin³² çalışmasında karşılanmayan hemşirelik bakımının nedenleri incelendiğinde %93,10 düzeyinde iş gücü kaynaklarının ilk sırada yer aldığı ve %89.60 düzeyi ile materyal kaynakları ve %81.70 düzeyi ile iletişim/takım çalışmasının bunu takip ettiği ortaya koyulmuştur. Palese ve ark.'nın²⁰ çalışmasında ise beklenmedik şekilde artan hasta ve kritik durum sayısı (%95.20), yetersiz iş gücü sayısı (%94.90) ve yüksek düzeyde hasta kabul ve taburculuğu (%93.30) karşılanmayan hemşirelik bakımının en sık nedenleri arasında gösterilmiştir. Profesyonel ve multidisipliner boyutta gerçekleştirilmesi beklenen sağlık bakımında ortaya çıkan etkisiz iletişimin karşılanmayan hemşirelik bakımının önemli bir nedeni olduğuna yönelik benzer sonuçlar ortaya konulmuştur^{22,36}. Karşılanmayan hemşirelik bakımının önemli nedenleri arasında olan iş gücü kaynağının, personelin yeterli görünmesine rağmen, hasta sayısında ani ve beklenmedik artışlar, yoğun kabuller ve taburculuklarda yetersiz sayıda personel veya büro desteğinin az olması ile diğer ekip üyelerinden yetersiz destek alınmasını da içerdiği görülmektedir^{11,22,37}. Yetersiz personel ve yetersiz mali kaynaklar, karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin nedenleri ile güçlü şekilde ilişkili olan uygulama ortamı faktörleri olarak değerlendirilmiştir. Karşılanmayan hemşirelik bakımı, hasta sonuçlarını olumsuz yönde etkileyen bir problemdir^{19, 22}. Yatağa bağımlı hastaları çevirme, banyo yaptırmada yaşanan

sorunlar ve yetersiz ambulasyon basınç yaralanmalarına katkıda bulunabileceği gibi ve kritik hastalara yapılan ağız bakımının karşılanmaması da pnömoni riskini artırabilmektedir⁵. Karşılanmayan hemşirelik bakımının nedenleri olarak; vardiyalı çalışma, hemşirelik kaynak tahsisi, etkin olmayan iletişim, iş yükü yoğunluğu, hemşirelerin mevcut işlerinden memnun olmaları ve kalmaya niyetli olmaları regresyon modelinde varyansın % 34'ünü açıklamıştır¹⁰. Karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi hasta güvenliği ve bakım kalitesi ile bağlantılı önemli bir değişken olarak görülmektedir³⁸. Karşılanmayan hemşirelik bakımını değerlendirme sonuçları hemşirelik hizmeti yönetimini desteklemek için kullanılabilir, hemşirelik girişimleri, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve hasta güvenliğine önemli ölçüde katkıda bulunur³⁹. Literatürdeki veriler ve çalışma sonuçlarında da görülebildiği gibi çalışılan birimlerde verilen hizmete duyulan ihtiyacı karşılayabilecek sayıda hemşirenin ve diğer sağlık personelinin çalışması ve sağlık ekibi arasındaki etkili iletişim ve ekip çalışması kaliteli bir bakımın verilmesi için önemlidir.

Tanımlayıcı özelliklere göre karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi miktarına yönelik yapılan değerlendirmeler incelendiğinde yoğun bakımda çalışan hemşirelerin diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre daha yüksek ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Çalışma sonucundan farklı olarak Cho ve Yun'un⁴⁰ çalışmasında düşük iş gücü düzeyine sahip birimler ile karşılaştırıldığında yoğun bakımların hastaların temel hemşirelik bakımını daha yüksek düzeyde eksiksiz olarak sağlayabildiği belirlenmiştir. Yine Castner, Wu ve Dean-Barr'ın⁴¹ çalışmasında en yüksek karşılanmayan hemşirelik bakım miktarının acil bakım alanında, en düşük ise yoğun bakım ünitelerinde olduğu ve çalışılan birimler arasında %36'lık bir varyasyon olduğu ortaya koyulmuştur. Ayrıca hemşirelerin %80'inin çalışan hemşire sayısını yeterli bulmadığı ve hemşire sayısının yetersizliğini karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin nedeni olarak ifade ($p<0.030$) ettikleri tespit edilmiştir (Tablo 4).

Literatür incelendiğinde çalışan hemşire sayısının yetersizliğinin hastanedeki hasta ölüm oranlarını arttırdığı^{42,43}, hasta düşmeleri, hastane enfeksiyonları ve düşük hasta memnuniyet düzeylerine katkısı olduğu³⁸, bakım kalitesini ve hasta çıktılarına negatif etkilediği⁴⁴ ve hasta bakımının birçok yönden eksik bırakılma riskine sebep olduğu¹⁶ görülmektedir. Yapılan analizlerde ayrıca hemşirelerin karşılanmayan

hemşirelik bakımı kavramı hakkında bilgi sahibi olma durumları ile belirttikleri karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimleri arasında anlamlı fark tespit edilmiştir (Tablo 4). Ancak literatür incelendiğinde kavram hakkında bilgi sahibi olma durumunun karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimleri üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalara ulaşılammış olup, bu durum çalışma sonucunun tartışılmasını sınırlandırmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçta yönelik ise kavram hakkında bilgi sahibi olma durumunun karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi miktarının azalmasında etkili olacağı düşünülmektedir. Çalışma verileri sınırlı bir sürede sadece bir üniversite Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çalışan hemşirelerden elde edildiği için çalışma sonuçları bir üniversite Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi ile sınırlıdır.

Çalışma sonuçlarına göre çalışan hemşirelerin çoğunlukla hastayı günde üç veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma, hasta ve yakınlarına duygusal destek verilmesi ve düzenlenen disiplinler arası konferanslara katılma gereksinimlerinin karşılanmadığını belirttikleri belirlenmiştir. Çalışan personel sayısının yetersizliği, gerektiğinde malzeme/cihazların uygun biçimde çalışmaması ve ekip üyelerinden yetersiz destek alınması karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin nedenleri arasında bulunmuştur. Çalışma sonuçları ve literatürdeki bulgular doğrultusunda hastane birimlerinde uygun hemşirelik bakım standartlarının ve protokollerinin çalışan hemşirelerin de görüşleri doğrultusunda geliştirilerek uygulamaya koyulması önerilmektedir. Ayrıca karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi kavramını ve etkileyen faktörleri daha yakından anlamak amacıyla ileri çalışmaların gerçekleştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Yazar Katkıları: Çalışma konsepti/Tasarımı: Nİ, NYS; Veri toplama: Nİ; Veri analizi ve yorumlama: Nİ, NYS; Yazı taslağı: Nİ, NYS; İçerğın eleştirel incelenmesi: NYS, Nİ; Son onay ve sorumluluk: Nİ, NYS; Teknik ve malzeme desteği: -; Süpervizyon: NYS; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

Bilgilendirilmiş Onam: Katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: Concept/Design : Nİ, NYS; Data acquisition: Nİ; Data analysis and interpretation: Nİ, NYS; Drafting manuscript: Nİ, NYS; Critical revision of manuscript: NYS, Nİ; Final approval and accountability: Nİ, NYS; Technical or material support: -; Supervision: NYS; Securing funding (if available): n/a.

Informed Consent: Written consent was obtained from the participants.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: Authors declared no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support

KAYNAKLAR

1. Leyla D. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2010;17:74-82.
2. Cho SH, Kim YS, Yeon K, You SJ, Lee I. Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. *Int Nurs Rev.* 2015;62:267-74.
3. Kalisch BJ, Terzioğlu F, Duygulu S. The MISSCARE Survey-Turkish: psychometric properties and findings. *Nurs Econ.* 2012;30:29-38.
4. Elayan RM, Ahmad MM. Assessment of the quality of nursing care from perspectives of nurses who experienced hospitalization as patients. *J Nurs Care Qual.* 2017;32:369-74.
5. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs.* 2009;65:1509-517.
6. Kalisch BJ, Xie B. Errors of omission: missed nursing care. *West J Nurs Res.* 2014;36:875-90.
7. Kalisch BJ, Lee KH. The impact of teamwork on missed nursing care. *Nurs Outlook.* 2010;58:233-41.
8. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA.* 1988;260:1743-748.
9. Drenkard K. The business case for Magnet®. *J Nurs Adm.* 2010;40:263-271.
10. Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Verrall C et al. Factors influencing why nursing care is missed. *J Clin Nurs.* 2015;24:47-56.
11. Henderson J, Willis E, Blackman I, Toffoli L, Verrall C. Causes of missed nursing care: qualitative responses to a survey of Australian nurses. *Labour Industry.* 2016;26:281-97.
12. Jangland E, Teodorsson T, Molander K, Muntlin Athlin Å. Inadequate environment, resources and values lead to missed nursing care: A focused ethnographic study on the surgical ward using the Fundamentals of Care framework. *J Clin Nurs.* 2018;27:2311-321.
13. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Missed nursing care, staffing, and patient falls. *J Nurs Care Qual.* 2012;27:6-12.
14. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Do staffing levels predict missed nursing care?. *Int J Qual Health Care.* 2011;23:302-08.
15. Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: errors of omission. *Nurs Outlook.* 2009;57:3-9.
16. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM 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.* 2014;23:126-35.
17. 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;52:1121-137.
18. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Adm.* 2009;39:211-19.
19. 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.
20. Palese A, Ambrosi E, Prosperi L, Guarnier A, Barelli P, Zambiasi P et al. Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Intern Emerg Med.* 2015;10:693-702.
21. Tubbs-Coolley HL, Gurses AP. Missed nursing care: understanding and improving nursing care quality in pediatrics. *Hosp Pediatr.* 2017;7:424-26.
22. 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 Qual Saf.* 2014;23:116-25.
23. Spetz J, Harless DW, Herrera C-N, Mark BA. Using minimum nurse staffing regulations to measure the relationship between nursing and hospital quality of care. *Med Care Res Rev.* 2013;70:380-99.
24. Frith KH, Anderson EF, Caspers B, Tseng F, Sanford K, Hoyt NG et al. Effects of nurse staffing on hospital-acquired conditions and length of stay in community hospitals. *Qual Manag Health Care.* 2010;19:147-55.
25. O'Brien-Pallas L, Li XM, Wang S, Meyer RM, Thomson D. Evaluation of a patient care delivery model: system outcomes in acute cardiac care. *CJNR.* 2010;42:98-120.
26. Weiss ME, Yakusheva O, Bobay KL. Quality and cost analysis of nurse staffing, discharge preparation, and postdischarge utilization. *Health Serv Res.* 2011;46:1473-494.
27. Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *J Clin Nurs.* 2010;19:2185-195.
28. 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;46:884-93.
29. Stimpfel AW, Sloane DM, Aiken LH. The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health Aff.* 2012;31:2501-509.
30. Gutierrez KM. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimens Crit Care Nurs.* 2005;24:229-41.
31. Duffy JR, Culp S, PadruTT T. Description and factors associated with missed nursing care in an acute care community hospital. *J Nurs Adm.* 2018;48:361-67.
32. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR. Hospital variation in missed nursing care. *Am J Med Qual.* 2011;26:291-99.
33. Sepulveda-Pacsi AL, Soderman M, Kertesz L. Nurses' perceptions of their knowledge and barriers to

- ambulating hospitalized patients in acute settings. *Appl Nurs Res.* 2016;32:117-21.
34. Doherty-King B, Bowers BJ. Attributing the responsibility for ambulating patients: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2013;50:1240-246.
 35. Harvey C, Willis E, Henderson J, Hamilton P, Toffoli L et al. Priced to care: factors underpinning missed care. *Journal of Industrial Relations.* 2016;58:510-26.
 36. Winters R, Neville S. Registered nurse perspectives on delayed or missed nursing cares in a New Zealand hospital. *Nurs Pract N Z.* 2012;28:19-29.
 37. Willis E, Henderson J, Hamilton P, Toffoli L, Blackman I et al. Work intensification as missed care. *Labour & Industry.* 2015;25:118-33.
 38. 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;29:3-25.
 39. Siqueira LDC, Caliri MHL, Haas VJ, Kalisch B, Dantas RAS. Validation of the MISSCARE-BRASIL survey-A tool to assess missed nursing care. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017;25:e2975.
 40. Cho S-H, Yun S-C. Bed-to-nurse ratios, provision of basic nursing care, and in-hospital and 30-day mortality among acute stroke patients admitted to an intensive care unit: cross-sectional analysis of survey and administrative data. *Int J Nurs Stud.* 2009;46:1092-101.
 41. Castner J, Wu Y-WB, Dean-Baar S. Multi-level model of missed nursing care in the context of hospital merger. *West J Nurs Res.* 2015;37:441-61.
 42. Griffiths P, Ball J, Drennan J, Dall'Ora C, Jones J, Maruotti A et al. Nurse staffing and patient outcomes: Strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline development. *Int J Nurs Stud.* 2016;63:213-25.
 43. Needleman J, Buerhaus P, Pankratz VS, Leibson CL, Stevens SR, Harris M. Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *N Engl J Med.* 44.
 44. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med.* 2002;346:1715-22.