

Araştırma Makalesi

Hemşirelerin Otonomi Düzeyleri ve Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Examination of The Relationship Between Nurses' Autonomy Levels and Missed Nursing Care

Yıldız DENAT^a, Güler KARAOĞLAN^b

^aProf. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

^bYüksek Lisans Öğrencisi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

Geliş tarihi/Date of receipt: 03/06/2025

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 26/09/2025

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada amaç, hemşirelerin otonomi düzeyleri ve karşılanmayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Analitik kesitsel türdeki bu çalışmanın örneklemini Türkiye'nin batısındaki bir üniversite hastanesinin yetişkin yatan hasta klinikleri ve yoğun bakımlarında çalışan 160 hemşire oluşturdu. Çalışmada veriler "Kişisel Bilgi Formu", "Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği", "Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği" ile toplandı.

Bulgular: Hemşirelerin otonomi ile ilişkili davranışlarını ölçen Demster Uygulama Davranışı Ölçeği puanları ile karşılanmayan bakım hizmetleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p>0,05$), karşılanmayan bakım hizmetlerinin nedenleri arasında hem ölçeğin toplam puanı hem de profesyonel davranış ve karar verme alt boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,05$).

Sonuç: Hemşirelerin otonomi ile ilişkili davranışları karşılanmayan hemşirelik bakımı ile ilişkili olmayıp karşılanmayan hemşirelik bakımının nedenleri ile ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik Bakımı, Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı, Otonomi

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to examine the relationship between nurses' autonomy levels and missed nursing care.

Methods: The sample of this analytical cross-sectional study consisted of 160 nurses working in adult inpatient clinics and intensive care units of a university hospital in western Turkey. Data were collected using the "Personal Information Form," the "Dempster Practice Behavior Scale," and the "Missed Nursing Care Needs Scale."

Results: No significant relationship was found between the scores of the Dempster Practice Behavior Scale, which measures nurses' autonomy-related behaviors, and the mean scores of missed care services ($p>0.05$). However, a positive and significant relationship was identified between the reasons for missed care services and both the total scale score and the subscale scores for professional behavior and decision-making ($p<0.05$).

Conclusion: Nurses' autonomy-related behaviors are not related to missed nursing care but are related to the reasons for missed nursing care.

Keywords: Autonomy, Missed Nursing Care, Nursing Care

ORCID IDs: YD: 0000-0001-9633-8951, GK: 0009-0003-7843-2989

Sorumlu yazar/Corresponding author: Prof. Dr. Yıldız DENAT, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

e-posta/e-mail: denat09@gmail.com

Atf/Citation: Denat Y, Karaoğlan G. (2026). Hemşirelerin otonomi düzeyleri ve karşılanmayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 9(1), 96-106. doi:10.54189/hbd.1712316

GİRİŞ

Dış etmenlerden bağımsız olarak kendi kararlarını alma ve eyleme geçme yetisi (Cihangiroğlu vd., 2015) olarak tanımlanan otonomi; “birbirine karşıt istek ve eğilimler arasında seçim yapabilme gücü” (Karagözoğlu, 2008); “bireysel özgürlük ve bilinçli davranma kapasitesi” (Hedman vd., 2019) olarak tanımlanmaktadır. Otonomi (özzerklik); bireyin özgür düşünerek karar alma, kararını uygulamaya geçirme, bağımsız olarak davranma gücü ve yetkisi olarak da tanımlanmakla birlikte meslek üyelerinin hem bir birey hem de bir meslek üyesi olarak karar alma, kararlarını eyleme geçirmede özgür olmasıdır (Cihangiroğlu vd., 2015).

Hemşirelik bağımsız bir sağlık disiplindir ve bireye bakım verme esnasında hemşirelerin otonomilerini kullanarak bakım sürecini daha etkin ve verimli bir şekilde yönetmesi gerekmektedir. Hemşirelikte otonomi; profesyonelliğin öncelikli ölçütlerinden biri olup, bakım için karar alma yeteneği ve hemşirelerin mesleki uygulamalarındaki bağımsızlığıdır (Finn, 2001; Karagözoğlu, 2009; Kaya vd., 2006). Hemşirelerin sağlık sisteminde bir sağlık disiplini üyesi olarak rol alabilmeleri, bakım sundukları bireylere geniş çaplı ve etkin bakım verebilmeleri için otonomi sahibi olması gerekmektedir (Mrayyan, 2005).

Karşılanmayan hemşirelik bakımı, hastanın bakımında gerekli herhangi bir uygulamanın geciktirilmesi ya da atlanması demektir (Kalisch vd., 2009). Sağlık çalışanları açısından oldukça önemli olan bu sorun, hastanın güvenliğini ve bakımın kalitesini önemli derecede etkilemektedir (Gurková vd., 2020). Literatürde, karşılanmayan bakımı etkileyen çok farklı etkenler olsa da benzer özellikte birçok hemşirelik uygulamasının da yapılmadığı görülmektedir (Bragadóttir ve Kalisch, 2018; Haftu vd., 2019; Henderson vd., 2017; Jiang vd., 2015; Kalisch vd., 2009; Kalisch vd., 2012a; Valles vd., 2016). Bu girişimler arasında; hasta ile konuşma (Papastavrou vd., 2016), hastaya sağlanan psikolojik destek (Haftu vd., 2019; Jones vd., 2015; Papastavrou vd., 2016), hastaya ve ailesine verilen eğitim (Jones vd., 2015; Van Fosson vd., 2016), hasta kayıtları, bakımın planlanma ve değişim süreci yer almaktadır (Bragadóttir ve Kalisch, 2018; Haftu vd., 2019; Mantovan vd., 2020; Van Fosson vd., 2018). Karşılanmayan hemşirelik bakımı, bakım sürecinin çeşitli aşamalarında ortaya çıkabilmektedir (Henderson vd., 2017; Papastavrou vd., 2016). Nitekim çalışma saatlerinin uzunluğu (Dutra vd., 2019), iş yükünün fazla olması, mesleki deneyim (Dutra vd., 2019; Palese vd., 2015), bakım verdikleri hasta sayısının fazla olması (Jones vd., 2015; Mantovan vd., 2020; Orique vd., 2016; Papastavrou vd., 2016; Recio-Saucedo vd., 2018), malzemelerin ve ekipmanların yetersizliği (Bragadóttir ve Kalisch, 2018; Dutra vd., 2019; Palese vd., 2015), hemşire ve yardımcı sağlık personeli sayısındaki yetersizlikler (Orique vd., 2016), hastanın bakım gereksinimlerinin değişmesi (Palese vd., 2015; Papastavrou vd., 2016) hemşirelerin bakımın önceliklerini sıralama kararlarını zorlaştırmaktadır (Palese vd., 2015; Papastavrou vd., 2016; Van Fosson vd., 2016). Bu da bazı hemşirelik girişimlerinin gecikmesine ya da karşılanmamasına yol açmaktadır (Palese vd., 2015). Karşılanmayan hemşirelik bakımı ile bakımın kalitesi ve hasta güvenliği arasında negatif yönde bir ilişki bulunmaktadır (Ball vd., 2018). Karşılanmayan bakım ile ameliyat sonrası ölüm (Ball vd., 2018), hasta ölümü (Griffiths vd., 2018; Schubert vd., 2012), hasta düşmesi, deri bütünlüğündeki bozulmalar (Schubert vd., 2009) nazokomiyal enfeksiyonlar, hasta doyumunun düşük olması, hatalı ilaç uygulamaları ve advers olaylar gibi bazı çıktılar arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (Griffiths vd., 2018; Kalisch vd., 2012b; Kalisch vd., 2014; Van Fosson vd., 2018). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin yetersizlik hissetmesi, tükenmişlik sendromu, iş doyumlarındaki azalma ve işten ayrılma isteklerinin de karşılanmayan bakım ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Alghamdi vd., 2019; Blackman vd., 2014; Bragadóttir ve Kalisch, 2018; Henderson vd., 2017; Kalisch vd., 2009; Mantovan vd., 2020; Willis vd., 2015). Bu doğrultuda, karşılanmayan hemşirelik bakımı; hemşireleri, hastaları, kurumları pek çok açıdan istenilmeyen durumlarla karşı karşıya bırakabilmektedir. Bu nedenle hasta bakımı için gerekli herhangi bir prosedürün geciktirilmemesinin ya da atlanmamasının ne kadar önemli olduğu vurgulanmaktadır.

Görüldüğü gibi karşılanmayan hemşirelik bakımının hemşirelerin kişisel tutum ve değerleri olduğu kadar, karar verme ve uygulamaya geçme esnasında mesleki otonomileriyle de ilişkili olması muhtemeldir. Hemşirelerin otonomileri hemşirelik bakımının kalitesini etkilemekte ve fiziki, sosyal, psikolojik yöndeki yetersizlikler ve kısıtlılıklar karşılanmayan hemşirelik bakımı kavramını ortaya çıkarmaktadır. Ancak literatür incelendiğinde karşılanmayan hemşirelik bakımı ve hemşirelerin otonomi düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle hemşirelerin otonomi düzeyleri ve karşılanmayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkinin incelenmesine gereksinim duyulmuştur.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, hemşirelerin otonomi düzeyleri ve karşılanmayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Araştırma Soruları

1. Hemşirelerin otonomi düzeyleri nasıldır?
2. Karşılanmayan hemşirelik bakımları nelerdir?
3. Hemşirelerin otonomi düzeyleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasında herhangi bir ilişki var mıdır?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma analitik kesitsel türde bir araştırmadır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Nisan-Ağustos 2024 tarihleri arasında Türkiye'nin batısındaki bir üniversite hastanesinin yetişkin yatan hasta kliniklerinde yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini ilgili kurumda çalışan 400 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, evrenden ulaşılabilen ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm hemşirelerin çalışmaya dahil edilmesi hedeflenmiştir. Bu kapsamda yetişkin yatan hasta kliniklerinde (dahiliye ve cerrahi klinikleri, yoğun bakım birimleri) çalışan, araştırmaya katılmak için gönüllü olan 160 hemşire araştırmaya alınmış, araştırma verilerinin toplandığı günlerde raporlu veya izinli olan (n=90), araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan (n=116), veri toplama formlarını eksik dolduranlar (n=34) araştırma dışı bırakılmıştır (n=240). Veriler toplanmadan önce hemşirelere araştırma hakkında bilgi verilmiş, sözlü onam veren hemşirelerin formları hemşire odasında doldurmaları sağlanmıştır. Hemşireler tarafından doldurulan formlar araştırmacı tarafından geri alınmıştır. Hemşirelerin olası sorularını cevaplamak için formlar doldurulana kadar araştırmacı klinikte beklemiştir. Anketi doldurma süresi ortalama 20 dakikadır.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanana bu form hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine ilişkin toplam 14 sorudan oluşmaktadır (Bragadóttir ve Kalisch, 2018; Bruyneel vd., 2025; Dutra vd., 2019; Gurková vd., 2020; Mrayyan, 2005).

Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği: Judith Dempster tarafından 1990 yılında, uygulamadaki otonomi davranışlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin her bir maddesi, uygulama davranışlarının alt boyutunu açıklayan kısa ve tanımlayıcı ifadelerden oluşmaktadır. Ölçek, üç alt boyut ve toplam 30 madde içermektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 30-150 arasında değişmekte olup, yüksek puan yüksek otonomiye göstermektedir. Sönmez ve arkadaşları (2016) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin bu dildeki versiyonu 15 maddeden oluşmaktadır. Türk diline uyarlanan ölçeğin orijinal çalışmadaki Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,85, alt faktörlerine ilişkin Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları 0,666-0,874 arasında değişmektedir. Ölçeğin 3,9,14,16,18,19 ve 30. maddelerinden oluşan birinci faktöre “Profesyonel davranış”; 5,6,7,24 ve 27. maddelerinden oluşan ikinci faktöre “Bağımsız davranış”; 2,4 ve 20. önermelerinden oluşan üçüncü faktöre de “Karar verme” adı verilmiştir. Türkçe uyarlamada ölçekten alınabilecek puanlar 15-75 arasında değişmekte olup puanların yükselmesi hemşirelerin otonomi düzeylerinin arttığını göstermektedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0,929 olup alt boyutlarına ilişkin Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları 0,724-0,922 arasında değişmektedir.

Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimi Ölçeği: Kalisch ve Williams tarafından 2009 yılında geliştirilen, Kalisch, Terzioğlu ve Duygulu (2012) tarafından Türkçeye çevrilen ve psikometrik uygunluğu test edilen ölçek, hemşirelerin karşılanmayan bakım gereksinimlerinin miktarını ve nedenleri hakkındaki değerlendirmelerini saptamada kullanılmaktadır. Ölçeğin birinci bölümü 21 maddeden oluşmakta olup hemşirelerden karşılanmayan bakım gereksinimlerinin miktarını; beşli Likert tipi ölçek kullanarak (1: Nadiren verilmiyor- Uygun değil); 16 maddeden oluşan ikinci bölümünü ise karşılanmayan bakım gereksinimlerinin nedenlerini dördümlü Likert tipi ölçek (1: Önemli bir neden- 4: Bakımın verilmemesi için bir neden değil) kullanarak değerlendirmeleri beklenmektedir. Ölçeğin orijinalinde Cronbach alfa değeri 0,93, ölçeğin ikinci bölümünün Cronbach alfa değeri ise 0,80'dir. Ölçeğin değerlendirilmesinde katılımcıların ulaşacağı herhangi bir puan aralığı bulunmamaktadır. Birinci bölümdeki puan artışı karşılanmayan hemşirelik bakım gereksiniminin miktarının arttığını, ikinci bölümdeki puan artışı ise karşılanmayan hemşirelik bakım gereksiniminin nedenlerinin önem derecesini göstermektedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,91, ölçeğin ikinci bölümünün Cronbach alfa değeri 0,944 olarak saptanmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırmada veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25,0 programı ile analiz edilmiştir. Değerlendirmede tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Veriler öncelikle normallik testi (Kolmogorov-Smirnov test) ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermediği saptanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmanın yürütülmesi için bir Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (Protokol No: 2024/399), ilgili kurumun Uygulama ve Araştırma Hastanesinden araştırma izni alınmıştır. Araştırmacı tarafından katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmış ve sözel onayları alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması $30,50 \pm 6,31$ olup, %77,5'inin kadın, %54,4'ünün evli, %86,9'unun lisans mezunu olduğu, %67,52'sinin serviste çalıştığı, %75'inin vardiyalı çalıştığı, %73,8'inin bir vardiyada 16 saat çalıştığı, %36,9'unun 5-10 yıl arasında mesleki deneyime sahip olduğu, %86,9'unun servis hemşiresi, %13,1'inin yönetici hemşire

olarak çalıştığı, %84,4'ünün çalıştıkları servisteki hemşire sayısını yeterli bulmadığı, %46,3'ünün kurumdan ayrılmayı düşünmediği, %50,6'sının meslekten ayrılmayı düşünmediği ve %30,6'sının ise bu konuda kararsız olduğu saptandı.

Tablo 1. Hemşirelerin Dempster Uygulama Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları (N=160)

Ölçek ve Alt Faktörler	Min.- Maks. Puan	Ortalama	Standart Sapma
Profesyonel Davranış	10-35	28,41	4,79
Bağımsız Davranış	8-25	18,28	3,99
Karar Verme	3-15	10,63	2,52
Ölçek Toplam	28-75	57,33	10,06

Araştırma sonucunda hemşirelerin otonomi ile ilişkili davranışlarını ölçen Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği toplam puanının 57,33±10,06, profesyonel davranış alt boyut puanının 28,41±4,79, bağımsız davranış alt boyut puanının 18,28±0,99, karar verme alt boyutu puanının ise 10,63±2,52 puan olduğu saptandı (Tablo 1).

Tablo 2. Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Dağılımı (N=160)

Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri	Hiçbir zaman verilmiyor		Sıklıkla verilmiyor		Bazen Verilmiyor		Nadiren Verilmiyor		Uygun değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma.	18	11,3	21	13,1	52	32,5	50	31,3	19	11,9
2. Her iki saatte bir hastanın çevrilmesi.	9	5,6	20	12,5	45	28,1	59	36,9	27	16,9
3. Hastanın yemek henüz sıcakken beslenmesi.	12	7,5	19	11,9	44	27,5	55	34,4	30	18,8
4. Kendileri beslenebilen hastaların yemeklerinin hazır edilmesi.	4	2,5	12	7,5	21	13,1	69	43,1	54	33,8
5. İlaçların belirlenen saatten 30 dakika önce veya sonraki süre içerisinde hastaya verilmesi.	1	0,6	8	5,0	22	13,8	86	53,8	43	26,9
6. Hastanın hayati bulgularının istem edildiği şekilde değerlendirilmesi.	3	1,9	8	5,0	9	5,6	90	56,3	50	31,3
7. Hastanın aldığı çıkardığının takip edilmesi.	1	0,6	8	5,0	25	15,6	84	52,5	42	26,3
8. Gerekli tüm verilerin tam olarak kaydedilmesi.	5	3,1	4	2,5	19	11,9	86	53,8	46	28,7
9. Hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısıl işlemler hakkında eğitim verilmesi.	4	2,5	22	13,8	36	22,5	75	46,9	23	14,4
10. Hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi.	6	3,8	27	16,9	30	18,8	73	45,6	24	15,0
11. Hastaya banyo yaptırılması/deri bakımı verilmesi.	9	5,6	19	11,9	32	20,0	51	31,9	49	30,6
12. Hastaya ağız bakımı verilmesi.	1	0,6	7	4,4	30	18,8	85	53,1	37	23,1
13. Ellerin yıkanması.	6	3,8	5	3,1	24	15,0	65	40,6	60	37,5
14. Taburculuk sonrası kontrole gelme zamanı ve taburculuk sonrası bakımlarına yönelik yapılan planlar hakkında hastaya eğitim verme.	5	3,1	11	6,9	35	21,9	60	37,5	49	30,6
15. İsteme göre yatak başında kan şekeri takibi yapılması.	1	0,6	8	5,0	22	13,8	82	51,2	47	29,4
16. Her şifitte hastanın değerlendirilmesi.	1	0,6	11	6,9	16	10,0	89	55,6	43	26,9
17. Hastane politikasına göre intravenöz giriş yerinin bakımı ve değerlendirmesi.	2	1,3	10	6,3	23	14,4	79	49,4	46	28,7
18. Çağrı sinyaline/ziline 5 dakika içinde yanıt verilmesi.	3	1,9	10	6,3	13	8,1	75	46,9	59	36,9
19. Acil ilaç istemlerinin 15 dakika içinde karşılanması.	1	0,6	9	5,6	25	15,6	84	52,5	41	25,6
20. Verilen ilaçların etkililiğinin değerlendirilmesi.	1	0,6	6	3,8	23	14,4	81	50,6	49	30,6
21. Hastanın tuvalet gereksinimlerine 5 dakika içinde yardım edilmesi.	4	2,5	13	8,1	31	19,4	73	45,6	39	24,4
Ölçek puan (Ort±SS)=3,84±0,571										

Tablo 3. Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenlerinin Dağılımı (N=160)

Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri	Önemli Bir Neden		Orta Düzeyde Bir Neden		Küçük Bir Neden		Bakımın Verilmemesi İçin Bir Neden Değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Çalışan personel sayısının yetersizliği.	137	85,6	15	9,4	4	2,5	4	2,5
2. Acil hasta durumu (örn. Bir hastanın durumundaki ani değişiklikler).	100	62,5	43	26,9	11	6,9	6	3,8
3. Hasta sayısında beklenmedik bir artış ya / ya da çalışılan birimde yoğunluk.	118	73,8	31	19,4	8	5,0	3	1,9
4. Yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliği (örn. Hasta hizmetlisi, teknisyen, ünite sekreterleri vb.).	120	75,0	29	18,1	6	3,8	5	3,1
5. Serviste deneyimsiz personel sayısının fazla olması.	84	52,5	43	26,9	26	16,3	7	4,4
6. Hasta dağılımındaki dengesizlik.	70	43,8	45	28,1	26	16,3	19	11,9
7. Gerekli olduğunda ilaçların bulunmaması.	82	51,2	36	22,5	29	18,1	13	8,1
8. Önceki şiften veya gönderilen servisten yetersiz hasta teslimi.	71	44,4	44	27,5	33	20,6	12	7,5
9. Diğer sağlık meslek gruplarının gereken bakımı/hizmeti sağlamaması (örn. Hastanın fizik tedavide yürütülmemesi).	88	55,0	43	26,9	17	10,6	12	7,5
10. Gerekliğinde malzeme/cihazların mevcut olmaması.	89	55,6	42	26,3	20	12,5	9	5,6
11. Gerekliğinde malzeme/cihazların uygun bir biçimde çalışmaması.	92	57,5	45	28,1	12	7,5	11	6,9
12. Ekip üyelerinden desteğin yetersiz olması.	78	48,8	51	31,9	21	13,1	10	6,3
13. Diğer yardımcı/destek bölümleriyle iletişim kopukluğu veya gerginlik.	72	45,0	54	33,8	20	12,5	14	8,8
14. Hemşireler arasında oluşan gerginlik veya iletişim kopukluğu.	75	46,9	48	30,0	20	12,5	17	10,6
15. Doktorlarla/Tıbbi personelle oluşan gerilim veya iletişim kopukluğu.	82	51,2	45	28,1	21	13,1	12	7,5
16. Hemşirenin hemşirelik bakım hizmeti dışındaki herhangi bir nedenle servisten ayrılması veya kendisine ulaşılabilmesi.	78	48,8	42	26,3	20	12,5	20	12,5

Ölçek puan (Ort±SS)=1,68±0,663

Araştırmada en fazla karşılanmayan bakım hizmetlerinin sırasıyla; hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/ dolaştırma (%11,3 -hiçbir zaman verilmiyor), hastaya ve/veya hasta yakınlarına duygusal destek verilmesi (%16,9- sıklıkla verilmiyor) ve hastaya hastane kuralları, testler ve diğer tanısal işlemler hakkında eğitim verilmesi (%13,8-sıklıkla verilmiyor) olduğu saptandı (Tablo 2). Karşılanmayan bakım hizmetlerinin nedenleri incelendiğinde sırasıyla en fazla çalışan personel sayısının yetersizliğinin (%85,6), yardımcı ve teknik personel sayısının yetersizliğinin (%75,0), hasta sayısında beklenmedik bir artış ve/veya çalışılan birimdeki yoğunluğun (%73,8) önemli bir neden olduğu belirlendi (Tablo 3).

Tablo 4. Hemşirelerin Dempster Uygulama Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları ile Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ve Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri Arasındaki İlişki

Dempster Uygulama Davranışları Ölçeği	Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri		Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri	
	r	p	r	p
Profesyonel Davranış	0,147	0,06	0,182	0,02
Bağımsız Davranış	0,006	0,94	0,133	0,09
Karar Verme	-0,00	0,93	0,160	0,04
Ölçek Toplam	0,085	0,28	0,187	0,01

Hemşirelerin otonomi ile ilişkili davranışlarını ölçen Dempster Uygulama Davranışları Ölçeği puanları ile karşılanmayan bakım hizmetleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p>0,05$), karşılanmayan bakım hizmetlerinin nedenlerinin önem derecesi arasında hem ölçeğin toplam puanı hem de profesyonel davranış ve karar verme alt boyut puanları arasında çok zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4).

Tablo 5. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ve Çalışma Özellikleri ile Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı ve Dempster Uygulama Davranışları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=160)

Özellikler		Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği			Dempster Uygulama Davranışları Ölçeği		
		Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri (Ort±SS)	Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri (Ort±SS)	Profesyonel Davranış (Ort±SS)	Bağımsız Davranış (Ort±SS)	Karar Verme (Ort±SS)	Ölçek Toplam Puan (Ort±SS)
Cinsiyet	Kadın	3,90±0,57	1,67±0,66	28,53±4,57	18,39±3,84	10,62±2,48	57,55±9,62
	Erkek	3,65±0,53	1,73±0,66	28,00±5,53	17,91±4,51	10,66±2,72	56,58±11,57
		U=1643,00 p=0,01	U=2096,00 p=0,57	U=2137,00 p=0,69	U=2080,00 p=0,53	U=2230,50 p=0,99	U=2098,00 p=0,58
Medeni Durum	Evli	3,89±0,57	1,68±0,68	28,29±4,82	18,49±3,95	10,78±2,50	57,57±10,17
	Bekar	3,79±0,56	1,69±0,63	28,54±4,79	18,04±4,05	10,46±2,56	57,05±9,99
		U=2789,50 p=0,18	U=3066,50 p=0,70	U=3067,50 p=0,71	U=2991,50 p=0,52	U=3029,00 p=0,61	U=3130,50 p=0,87
Eğitim	Lisans	3,86±0,53	1,63±0,62	27,93±4,74	18,03±3,94	10,52±2,54	56,49±10,00
	Lisansüstü	3,77±0,78	2,04±0,78	31,57±3,93	19,95±4,03	11,38±2,31	62,90±8,81
		U=1406,50 p=0,78	U=982,50 p=0,01	U=800,00 p=0,00	U=1036,00 p=0,03	U=1166,00 p=0,13	U=877,00 p=0,00
Çalıştığı Servis	Servis	3,81±5,53	1,64±0,62	28,91±4,57	18,34±3,75	10,63±2,48	57,89±9,48
	Yoğun Bakım	3,92±0,64	1,77±0,73	27,36±5,11	18,174±4,49	10,63±2,64	56,17±11,18
		U=2376,00 p=0,11	U=2546,50 p=0,33	U=2313,00 p=0,07	U=2798,00 p=0,97	U=2725,00 p=0,76	U=2611,50 p=0,47
Çalışma Şekli	Vardiyalı	3,83±0,58	1,61±0,60	28,19±4,86	17,91±4,07	10,40±2,51	56,50±10,02
	Gündüz	3,89±0,52	1,90±0,78	29,07±4,57	19,40±3,56	11,35±2,47	59,82±9,89
	Mesaisi	U=2247,50 p=0,54	U=1879,00 p=0,03	U=2173,00 p=0,36	U=1926,00 p=0,06	U=1937,50 p=0,06	U=1989,50 p=0,10
Çalışılan Vardiya Süresi	8 saat	3,90±0,51	1,91±0,76	29,45±4,36	19,78±3,56	11,50±2,47	60,73±9,66
	16 saat	3,83±0,59	1,61±0,60	28,04±4,90	17,75±4,01	10,33±2,48	56,12±9,96
		U=2315,50 p=0,52	U=1861,00 p=0,01	U=2069,00 p=0,11	U=1716,00 p=0,00	U=1872,00 p=0,01	U=1852,00 p=0,01
Klinikteki Görevi	Servis Hemşiresi	3,84±0,57	1,63±0,63	28,17±4,84	18,05±4,01	10,50±2,50	56,72±10,03
	Yönetici Hemşire	3,88±0,57	2,04±0,76	30,00±4,23	19,85±3,53	11,52±2,60	61,38±9,51
		U=1366,00 p=0,63	U=961,00 p=0,01	U=1142,50 p=0,10	U=1057 p=0,04	U=1140,00 p=0,10	U=1043,50 p=0,03
Klinikte Çalışan Hemşire Sayısı Yeterliliği	Kısmen	4,08±0,29	1,93±0,95	28,48±5,45	18,12±3,16	10,16±2,42	56,76±9,39
	Hayır	3,80±0,60	1,64±0,58	28,40±4,68	18,31±4,13	10,72±2,54	57,44±10,21
		U=1231,50 p=0,03	U=1481,00 p=0,33	U=1605,50 p=0,69	U=1618,50 p=0,74	U=1524,00 p=0,43	U=1624,50 p=0,76
Kurumdan Ayrılma Düşüncesi	Evet	3,70±0,67	1,64±0,60	28,85±5,50	18,08±4,75	10,65±2,65	57,59±11,50
	Hayır	3,90±0,50	1,78±0,76	28,64±4,11	18,67±3,61	10,87±2,54	58,20±9,07
	Kararsız	3,93±0,53	1,56±0,48	27,35±5,02	17,78±3,63	10,13±2,32	55,27±9,89
	$\chi^2=2,670$ p=0,26	$\chi^2=1,186$ p=0,55	$\chi^2=3,33$ p=0,18	$\chi^2=1,736$ p=0,42	$\chi^2=3,501$ p=0,174	$\chi^2=3,150$ p=0,20	
Meslekten Ayrılma Düşüncesi	Evet	3,64±0,70	1,71±0,62	28,83±5,16	18,23±4,49	10,80±2,59	57,86±10,82
	Hayır	3,90±0,52	1,69±0,72	28,54±4,31	18,34±3,86	10,58±2,62	57,46±9,56
	Kararsız	3,88±0,53	1,660±0,59	27,93±5,35	18,22±3,97	10,63±2,36	56,79±10,57
	$\chi^2=2,884$ p=0,23	$\chi^2=0,548$ p=0,76	$\chi^2=0,590$ p=0,745	$\chi^2=0,234$ p=0,88	$\chi^2=0,588$ p=0,74	$\chi^2=0,36$ p=0,83	

 χ^2 = Kruskal Wallis Test İstatistiği. U= Mann Whitney U Test İstatistiği.

Kadın hemşirelerin Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ölçeği puan ortalamaları erkek hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Kliniklerde çalışan hemşire sayısını “kısmen yeterli” olarak değerlendiren hemşirelerin puan ortalamaları, “yetersiz” bulanlara göre daha yüksekti ($p<0,05$). Ayrıca lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin lisans mezunlarına göre, yalnızca gündüz çalışan hemşirelerin vardiyalı çalışanlara göre, vardiya süresi 8 saat olanların 16 saat çalışanlara göre ve yönetici hemşirelerin servis hemşirelerine göre karşılanmayan hemşirelik bakımı nedenleri puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p<0,05$) (Tablo 5).

Hemşirelerin Dempster Uygulama Davranışları Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin lisans mezunu hemşirelere göre, bir vardiyada 8 saat çalışan hemşirelerin 16 saat çalışan hemşirelere göre, yönetici hemşirelerin servis hemşirelerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Alt ölçekler düzeyinde ise, lisansüstü eğitilmiş hemşirelerin profesyonel davranış ve bağımsız davranış puanlarının; 8 saat çalışan ve yönetici hemşirelerin bağımsız davranış ve karar verme puanlarının diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 5).

TARTIŞMA

Hemşirelerin otonomi düzeyleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada, hemşirelerin uygulamadaki otonomi davranışlarının iyi düzeyde olduğu, hemşirelerin uygulamadaki otonomi davranışları ile karşılanmayan hemşirelik bakım oranları arasında anlamlı bir ilişkili olmadığı saptandı. Ayrıca Dempster Uygulama Davranışları Ölçeği'nin profesyonel davranış ve karar verme boyutlarının karşılanmayan hemşirelik bakımının nedenlerinin önem derecesiyle çok zayıf düzeyde de olsa pozitif yönde anlamlı ilişkiler taşıdığı belirlenmiştir. Bu durum, hemşirelerin profesyonel tutum ve karar verme düzeyleri arttıkça, bakımın tam olarak karşılanamamasına yol açan sistemsel engelleri daha fazla fark ettiklerini göstermektedir. Nitekim literatürde, hemşirelerin profesyonelleştikçe yalnızca bakımın uygulayıcısı değil, aynı zamanda bakımın niteliğini değerlendiren ve eksiklikleri daha net görebilen bir konuma geldikleri bildirilmektedir (Aiken vd., 2013; Ball vd., 2018). Araştırmamızda karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin nedenleri arasında en fazla çalışan personel yetersizliği, yardımcı personel yetersizliği, çalışılan birimdeki yoğunluk olduğu saptanmıştır. Bu bulgumuzda dikkate alındığında hemşirelerin bireysel yetkinliklerinin bakım kalitesine doğrudan yansımakla birlikte, sistemsel (personel eksikliği, iş yoğunluğu vb.) yetersizlikler karşısında sınırlı kaldığını ortaya koymaktadır.

Araştırmamızda en fazla karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin, hasta mobilizasyonu, duygusal destek sağlama ve hasta eğitimi gibi girişimler olduğu görülmüştür. Yapılan diğer çalışmalarda da hasta ile konuşma (Papastavrou vd., 2016), hastaya sağlanan psikolojik destek (Haftu vd., 2019; Jones vd., 2015; Papastavrou vd., 2016), hastaya ve ailesine verilen eğitim (Jones vd., 2015; Van Fosson vd., 2016) en fazla karşılanmayan hemşirelik bakımları olarak tespit edilmiştir. Çalışma sonuçlarımız literatür bilgisini destekler niteliktedir. Araştırmamızda karşılanmayan bakım gereksinimlerinin nedenleri arasında en fazla çalışan personel yetersizliği, yardımcı personel yetersizliği, çalışılan birimdeki yoğunluğun ön planda olması bakım eksikliklerinin çoğunlukla hemşirelerin bilgi ve beceri yetersizliğinden değil, iş gücü yetersizliği ve yüksek hasta/hemşire oranı gibi örgütsel faktörlerden kaynaklandığını desteklemektedir (Ball vd., 2018; Schubert vd., 2012).

Araştırmamızda kadın hemşirelerin karşılanmayan bakım puanlarının erkeklerden yüksek olması, bakım yükünün cinsiyet rollerine bağlı farklı algılanabileceğine işaret etmektedir. Literatürde de kadın hemşirelerin iş yükü ve bakım sorumluluklarını daha yoğun algıladığı, bu nedenle bakımın aksamasına daha duyarlı olabileceği belirtilmektedir (Blackman vd., 2014; Henderson vd., 2017). Ayrıca kliniklerde hemşire sayısını "kısmen yeterli" bulan hemşirelerin puanlarının, "yetersiz" bulanlara göre yüksek olması, bakım gereksinimlerinin karşılanmasında iş gücü algısının önemli olduğunu göstermektedir. Önceki çalışmalarda da hemşire sayısının yetersizliğinin karşılanamayan bakımın en önemli nedenlerinden biri olduğu ortaya konmuştur (Ball vd., 2018; Griffiths vd., 2018; Willis vd., 2015). Araştırmamızda lisansüstü eğitim almış, yalnızca gündüz çalışan ve yönetici konumdaki hemşirelerin karşılanmayan bakım nedenleri puanlarının daha yüksek bulunması, bu grupların bakımın niteliğini ve eksikliklerini daha net değerlendirdiğini düşündürmektedir. Literatürde de eğitim ve profesyonel deneyim düzeyi arttıkça hemşirelerin bakım kalitesi ve hasta güvenliği konularındaki duyarlılıklarının yükseldiği vurgulanmaktadır (Papastavrou vd., 2016; Aiken vd., 2013). Öte yandan, 8 saatlik vardiyada çalışan hemşirelerin

hem otonomi hem de karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinim nedenleri puanlarının daha olumlu olması, vardiya süresinin bakım kalitesi üzerinde kritik bir değişken olduğunu göstermektedir. Uzun vardiya sürelerinin hemşirelerin dikkatini azalttığı, tükenmişliği artırdığı ve hasta bakımının olumsuz etkilendiği önceki çalışmalarda da rapor edilmiştir (Ball vd., 2018; Griffiths vd., 2018). Çalışmamızda lisansüstü eğitim almış, yönetici hemşirelerin ve yine bir vardiyada 8 saat çalışan hemşirelerin Dempster uygulama davranışları puanlarının daha yüksek olduğu saptanmış olup bu sonuç, eğitim düzeyinin mesleki bilgi, eleştirel düşünme ve profesyonel özerkliği artırdığını; yönetici pozisyonların karar verme ve profesyonel davranışı güçlendirdiğini; kısa vardiya süresinin ise hemşirelerin dikkat, bağımsızlık ve profesyonel davranışlarını daha etkin uygulamalarına olanak sağladığını göstermektedir. Bulgularımız, literatürde eğitim, mesleki rol ve çalışma koşullarının hemşirelerin otonomi ve profesyonel davranış düzeylerini etkileyen önemli faktörler olduğuna dair bulgularla uyumludur (Aiken vd., 2013; Griffiths vd., 2018).

Bu bulgular genel olarak, hemşirelerin profesyonel davranış ve özerklik düzeylerinin, hemşirelik bakımının karşılanamayan yönlerinin fark edilmesinde önemli rol oynadığını göstermektedir. Eğitim, yönetim sorumluluğu ve uygun çalışma koşulları hemşirelerin profesyonel uygulama davranışlarını güçlendirmekte; bu da bakımın niteliğini artırma potansiyeli taşımaktadır.

Sınırlılıklar

Araştırmanın tek bir kurumda yürütülmüş olması sonuçların genellenebilirliği için sınırlılık oluşturmaktadır. Verilerin hemşirelerin kendi beyanlarına dayalı anketler aracılığıyla toplanmış olması, sosyal istenilirlilik eğilimi ve hatırlama yanlılığı gibi etkenler nedeniyle bulguların nesnellliğini sınırlayabilir. Ayrıca çalışmada kullanılan ölçeklerin hemşirelerin öznel değerlendirmelerine dayanması, bakım uygulamalarının doğrudan gözlemlenmesine olanak vermemektedir. Bu nedenlerle sonuçlar, araştırmanın yapıldığı kurumun ve örneklemin özellikleri çerçevesinde değerlendirilmelidir.

SONUÇ

Bu çalışmada, hemşirelerin bireysel otonomi düzeyleri ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum, çalışmada kullanılan Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği'nin hemşireliğe özgü olmaması ve bazı alt boyutlarının karşılanmayan bakım gereksinimleri ile doğrudan ilişkilendirilememesi ile açıklanabilir (Finn, 2001; Karagözoğlu, 2008). Çalışmamızda profesyonel davranış ve karar verme gibi alt boyutların, karşılanmayan hemşirelik bakımına yol açan nedenlerle çok zayıf düzeyde de olsa anlamlı bir ilişki içinde olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda en sık karşılanmayan hemşirelik bakım girişimlerinin hastaların mobilizasyonu, duygusal destek sağlanması ve hasta eğitimi gibi bakımın holistik yönlerini içeren hizmetler olduğu saptanmıştır. Karşılanmayan bakımın en önemli nedenlerinin ise personel yetersizliği, yardımcı personel eksikliği, hasta yoğunluğu olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, hemşirelerin bireysel otonomi davranışlarının bakım kalitesinde etkili olabilmesi için uygun çevresel ve yönetsel koşulların sağlanmasının zorunlu olduğunu göstermekte olup hemşirelik bakımındaki eksikliklerin giderilmesinde bireysel yeterliliklerin yanı sıra sistemsel ve örgütsel yeterliliklerinde ön plana alındığı stratejilerin geliştirilmesi önerilebilir. İleriki çalışmalarda hemşireliğe özgü otonomi ölçekleri ile karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimleri ilişkilerinin incelenmesi; farklı kliniklerde ve çok merkezli örneklemlerle çalışmalar yapılması; hemşirelerin otonomi düzeylerini etkileyen kurumsal, yapısal ve psikososyal faktörlerin çok boyutlu olarak değerlendirilmesi; ayrıca deneysel ve uzunlamasına çalışmalarla bireysel otonominin bakım çıktıları üzerindeki etkisinin daha net ortaya konması önerilebilir.

Araştırmanın Etik Yönü/Ethics Comittee Approval: Araştırma için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (Protokol No: 2024/399), ilgili kurumun Uygulama ve Araştırma Hastanesinden araştırma izni alınmıştır. Araştırmacı tarafından katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmış ve sözel onayları alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler için yazarlardan yazılı izin alınmıştır. Bu çalışma, Helsinki Deklarasyonu'na uygun olarak yürütülmüştür.

Çıkar Çatışması/Conflict of Interest: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Hakem/Peer-review: Dış hakem bağımsız.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir ve kavram: YD, GK; Planlama: YD; Veri toplama ve/veya işleme: GK; Veri analizi ve/veya yorumlama: YD, GK; Literatür taraması: YD, GK; Makale yazımı: YD, GK; Eleştirel inceleme: YD.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Yazarlar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Teşekkür/Acknowledgement: Çalışmamıza katılan tüm hemşirelere teşekkür ederiz.

Yapay Zeka Kullanım Beyanı/AI Usage Statement: Bu araştırmanın hiç bir aşamasında yapay zeka kullanılmamıştır.

Yazar Notu/Author Notu: Bu araştırma 22-25 Ekim 2024 tarihlerinde Dokuz Eylül Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi (DESEM)'de gerçekleştirilmiş olan 3. Uluslararası 7. Ulusal Temel Hemşirelik Bakım Kongresi kapsamında sözel bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

- Aiken LH, Sloane DM, Lake ET. (2013). Hospital nurses' reports on hospital quality and safety: An analysis of the 2004 National Survey of Registered Nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 50(3), 305-314.
- Alghamdi R, Albloushi M, Alzahrani 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). doi:10.1515/ijnes-2018-0027
- Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, Sermeus W, Sloane DM, Rafferty AM, et al. (2018). Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 78, 10-15. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004
- Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Verrall C, et al. (2014). Factors influencing why nursing care is missed. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 47-56. doi: 10.1111/jocn.12688
- Bragadóttir H, Kalisch BJ. (2018). Comparison of reports of missed nursing care: Registered Nurses vs. practical nurses in hospitals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(3), 1227-1236.
- Bruyneel A, Dello S, Sermeus W. (2025). Prevalence and risk factors for burnout, missed nursing care, and intention-to-leave the job among intensive care unit and general ward nurses: A cross-sectional study across six European countries in the COVID-19 era. *Intensive and Critical Care Nursing*, 77, 103430. doi: 10.1016/j.iccn.2023.103430
- Cihangiroğlu N, Uzuntarla Y, Özata M. (2015). Otonomi ve kararlara katılımın örgütsel bağlılık üzerindeki etkisinin analizi. *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(12), 39-52.
- Dutra CKDR, Salles BG, Guirardello EDB. (2019). Situations and reasons for missed nursing care in medical and surgical clinic units. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, e03470.
- Finn CP. (2001). Autonomy: An important component nurses' job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, 38(3), 349-354.
- Griffiths P, Ball J, Bloor K, Briggs J, Iongh A De, Jones J, et al. (2018). Nurse staffing levels, missed vital signs and mortality in hospitals: Retrospective longitudinal observational study. *Health Services and Delivery Research*, 6(38). doi: 10.3310/hsdr06380
- 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.
- 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. doi: 10.1371/journal.pone.0225814
- Hedman M, Haggström E, Mamhidir AG, Pöder U. (2019). Caring in nursing homes to promote autonomy and participation. *Nursing Ethics*, 26(1), 280-292. doi: 10.1177/0969733017703698
- 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.

- 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. doi: 10.1080/10376178.2015.1010255
- Jones TL, 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.
- Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509-1517.
- Kalisch BJ, Terzioglu F, Duygulu S. (2012a). The MISSCARE Survey-Turkish: Psychometric properties and findings. *Nursing Economics*, 30(1), 29.
- Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. (2012b). Missed nursing care, staffing and patient falls. *Journal of Nursing Care Quality*, 27(1), 6-12. doi: 10.1097/NCQ.0b013e318225aa23
- Kalisch BJ, Williams RA. (2009). Development and psychometric testing of tool to measure missed nursing care. *JONA*, 39(5), 211-219.
- Kalisch BJ, Xie B, Dabney BW. (2014). Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events. *American Journal of Medical Quality*, 29(5), 415-422. doi: 10.1177/1062860613501715
- Karagözoğlu Ş. (2008). Hemşirelikte bireysel ve profesyonel özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 10(3), 41-50.
- Karagözoğlu Ş. (2009). Nursing students' level of autonomy: A study from Turkey. *Nurse Education Today*, 29(2), 176-187.
- Kaya N, Aştı T, Acaroğlu R, Kaya H, Şendir M. (2006). Hemşire öğrencilerin sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3), 1-11.
- 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, 103688.
- Mrayyan MT. (2005). The influence of standardized languages on nurses' autonomy. *Journal of Nursing Management*, 13(3), 238-241.
- Oriq SB, Patty CM, 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.
- Palese A, Ambrosi E, Proserpi L, Guarnier A, Barelli P, Zambiasi P, et al. (2015). Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Internal and Emergency Medicine*, 10(6), 693-702. doi: 10.1007/s11739-015-1232-6
- 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.
- Recio-Saucedo A, Dall'Orta C, Maruotti A, Ball J, Briggs J, Meredith P, et al. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2248-2259.
- Schubert M, Clarke SP, Glass TR, Schaffert-witvliet B, De Geest S. (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. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.10.008
- Schubert M, Sean P, Aiken LH, De Geest S. (2012). Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(3), 230-238.
- Sönmez B, Bacaksız FE, Yıldırım A. (2016). Otonomiyle ilişkili davranışları ölçen Dempster Uygulama Davranış Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 24(2), 80-89.
- Valles JHH, Monsiváis MGM, Guzmán MGI, Arreola LV. (2016). Nursing care missed in patients at risk of or having pressure ulcers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2817.
- Van Fosson CA, Jones TL, Yoder LH. (2016). Unfinished nursing care: An important performance measure for nursing care systems. *Nursing Outlook*, 64(2), 124-136.
- Van Fosson CA, Jones TL, Yoder LH. (2018). Monthly variation of unfinished nursing care at the US Army Burn Center. *Burns*, 44(8), 1910-1919.
- Willis E, Henderson J, Hamilton P, Toffoli L, Blackman I, Couzner L, et al. (2015). Work intensification as missed care. *Labour & Industry: A Journal of the Social and Economic Relations of Work*, 25(2), 118-133. doi: 10.1080/10301763.2015.1060811