

TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN HEMŞİRE YARDIMCISININ İŞ VE GÖREV  
TANIMLARINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

FADİME ULUPINAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. MANAR ASLAN

KONYA 2017

TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN HEMŞİRE YARDIMCISININ İŞ VE GÖREV  
TANIMLARINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

FADİME ULUPINAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. MANAR ASLAN

KONYA 2017

## TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans/Doktora Öğrencisi **FADİME ULUPINAR**'ın “**Hemşirelerin Hemşire Yardımcısının İş ve Görev Tanımlarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi**” başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya / 27.12.2017

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Manar ASLAN

Trakya Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Jüri Üyesi

Doç. Dr. Filiz KANTEK

Akdeniz Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Bilgen ÖZLÜK

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun **04/01/2018** tarih ve **26/04**. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü

## APPROVAL

We certify that we have read this dissertation entitled “**Evaluation of Nurse Views Relevant The Duty and Task Descriptions of Nursing Assistant**” by “**FADİME ULUPINAR**” that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of **Master of Science** in the Department of “**Nursing**”, Institute of Health Sciences, University of Necmettin Erbakan.

Konya, Turkey/ 27.12.2017

Principal Advisor

Asist. Prof. Manar ASLAN

Necmettin Erbakan Universty Faculty of Health Scieinces

Examination Committee Member

Assoc. Prof.Filiz KANTEK

Akdeniz Universty

Nursing Faculty

Examination Committee Member

Assist. Prof. Bilgen ÖZLÜK

Necmettin Erbakan Universty

of Health Sciences

This thesis has approved for the University of Necmettin Erbakan Institute of Health Sciences.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Director of Institute of Health Sciences

Date and Signature

## BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

15/11/2017

Fadime ULUPINAR



# İNTİHAL RAPORU

Manar Aslan | Kullanıcı Bilgisi | Mesajlar | Öğretmen | Türkçe | Öneriler | Yardım | Çıkış

**turnitin**

Ödevler Öğrenciler Not Defteri Kütüphaneler Takvim Tartışma Terchler

GÖRÜNTÜLENİYOR: ANASAYFA > FADİME > HEMŞİRELERİN HEMŞİRE YARDIMCISININ İŞ VE GÖREV TANIMLARINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Bu sayfa hakkında**

Bu sizin ödev kutunuzdur. Bir yazılı ödevi görüntülemek için yazılı ödevin başlığını seçin. Bir Benzerlik Raporunu görüntülemek için yazılı ödevin benzerlik sütunundaki Benzerlik Raporu ikonunu seçin. Tıklanabilir durumda olmayan bir ikon Benzerlik Raporunun henüz oluşturulmadığını gösterir.

**HEMŞİRELERİN HEMŞİRE YARDIMCISININ İŞ VE GÖREV TAN...**

GELEN KUTUSU | GÖRÜNTÜLENİYOR: YENİ ÖDEVLER

Dosyayı Gönder Çevrimiçi Derecelendirme Raporu | Ödev ayarlarını düzenle | E-posta bildirmeyenler

<input type="checkbox"/>	YAZAR	BAŞLIK	BENZERLİK	PUANLA	CEVAP	DOSYA	ÖDEV NUMARASI	TARİH
<input type="checkbox"/>	Fadime Ulupınar	HEMŞİRELERİN HEMŞİRE YARDIMCISININ İŞ VE...	%3 <span style="color: green;">■</span>	--	--		884055374	22-Kas-2017
	Fadime Ulupınar	-- gönderi yok --	--	/	--	--	--	--

Telif Hakkı © 1998 – 2017 Turnitin, LLC. Tüm Hakları Saklıdır.

[Gizlilik Politikası](#) | [Gizlilik Sözleşmesi](#) | [Hizmet Kopulan](#) | [AB Veri Koruma Uyumluluğu](#) | [Telif Hakkı Koruması](#) | [Yasal SSS'ler](#) | [Yardım Masası](#)

## ÖNSÖZ

Önerisi, izinleri dahil her şeyiyle zor ilerleyen araştırmamda, beni destekleyen yol gösteren değerli hocam, danışmanım Yrd. Doç. Dr. Manar Aslan'a,

Çeviri ve istatistiklerde zorlandığımda yardımcı olan ayrıca yorulduğum, üzüldüğüm, tıkağıım anlarda hep imdadıma yetişen ve verdiği her türlü destekle tezimin güzel sonuçlanacağı umudunu canlı tutan hayat arkadaşına,

Hayatım boyunca bana güvenen beni destekleyen annem ve babama,

Tez yazım sürecini benle yaşayan hatta bazen sekteye uğratan hayatımızın neşesi oğlumuz Asaf'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

<i>İç Kapak</i> .....	<i>i</i>
<i>Tez Onay Sayfası</i> .....	<i>ii</i>
<i>Approval</i> .....	<i>iii</i>
<i>Beyanat</i> .....	<i>iv</i>
<i>İntihal Raporu</i> .....	<i>v</i>
<i>Önsöz</i> .....	<i>vi</i>
<i>İçindekiler</i> .....	<i>vii</i>
<i>Kısaltmalar ve Simgeler Listesi</i> .....	<i>x</i>
<i>Tablolar Listesi</i> .....	<i>xi</i>
<i>Özet</i> .....	<i>xii</i>
<i>Abstract</i> .....	<i>xiii</i>
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
<i>2.1. Hemşire Yardımcılığı Uygulamasını Ortaya Çıkaran Nedenler</i> .....	<i>3</i>
<i>2.2. Dünyadaki Hemşire Yardımcısı Uygulamaları</i> .....	<i>8</i>
<i>2.2.1. Hemşire Yardımcısının Tanımı</i> .....	<i>8</i>
<i>2.2.2. Hemşire Yardımcısının Rollerini</i> .....	<i>10</i>
<i>2.2.3. Hemşire Yardımcılığı Eğitim İçeriği ve Uygulama Ortamları</i> .....	<i>11</i>
<i>2.2.3.1 Avrupa 'da Hemşire Yardımcısı Eğitimi</i> .....	<i>13</i>
<i>2.2.3.2. Amerika 'da Hemşire Yardımcısı Eğitimi</i> .....	<i>18</i>
<i>2.2.3.3. Asya 'da Hemşire Yardımcısı Eğitimi</i> .....	<i>21</i>
<i>2.2.3.4. Afrika 'da Hemşire Yardımcısı Eğitimi</i> .....	<i>24</i>
<i>2.2.3.5. Avustralya 'da hemşire yardımcısı eğitimi</i> .....	<i>24</i>
<i>2.3. Hemşire Yardımcılarının İş ve Görevleri</i> .....	<i>25</i>
<i>2.4. Hemşirelerin Hemşire Yardımcısına Yetki Devri</i> .....	<i>29</i>
<i>2.5. Hemşire Yardımcılığı Uygulamasıyla İle İlgili Çalışmalar</i> .....	<i>38</i>
<i>2.6. Türkiye 'de Hemşire Yardımcılığı</i> .....	<i>40</i>
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>45</b>
<i>3.1. Araştırmanın Tipi</i> .....	<i>45</i>
<i>3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri</i> .....	<i>45</i>
<i>3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme</i> .....	<i>45</i>

3.4. Veri Toplama Tekniği.....	46
3.5. Veri Toplama Araçları.....	46
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	47
3.6.1. Bağımsız Değişkenler.....	47
3.6.2. Bağımlı Değişkenler.....	47
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	47
3.8. Araştırmanın Soruları.....	47
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	48
3.10. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi.....	48
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>49</b>
4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Çalışma Özellikleri, Hemşire Yardımcılığı Uygulamasına ve Uygulanacak Girişimlere İlişkin Görüşlerinin Frekans ve Yüzde Dağılımları.....	49
4.2. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Çalışma Özellikleri ile Hemşire Yardımcılığı Uygulamasına İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması.....	56
4.3. Hemşirelerin Sosyo-demografik ve Çalışma Özellikleri ile Uygulanacak Girişimlere İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması.....	61
<b>5. TARTIşMA.....</b>	<b>66</b>
5.1. Hemşirenin Yapacağı Girişimlere İlişkin Görüşler.....	67
5.2. Hemşire Yardımcısının Yapacağı Girişimlere İlişkin Görüşler.....	68
5.3. Hemşire ve Hemşire Yardımcısının Birlikte Yapacağı Girişimlere İlişkin Görüşler.....	69
5.4. Hemşire Yardımcılığı Uygulamasına İlişkin Görüşler.....	72
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>75</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>77</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>81</b>
Ek-A: Hemşirelerin Hemşire Yardımcısının İş ve Görev Tanımlarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesine İlişkin Soru Formu.....	81
Ek-B: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakóltesi Hastanesi Kurum İzni.....	87
Ek-C: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi Kurum İzni.....	88
Ek-D: Özel Medicana Konya Hastanesi Kurum İzni.....	89
Ek-E: Özel Medova Hastanesi Kurum İzni.....	90

<i>Ek-F: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Kararı.....</i>	<i>91</i>
<i>Ek-G: Girişim Listesi Değerlendirme Tablosu .....</i>	<i>92</i>
<b>9. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>93</b>

## **KISALTMALAR VE SİMGELER**

AB: Avrupa Birliği

AKTS: Avrupa Kredi Transfer Sistemi

ANA: American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Derneği)

BA: Bachelor of Arts (Fakülte Mezunu)

CNA: Certified Nursing Assistant (Sertifikalı Hemşire Yardımcısı)

ÇB: Çalışma Bakanlığı

EN: Enrolled Nurse

HCA: Health Care Assistants (Sağlık Bakım Asistanı)

ILO: International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)

LPN: Licensed Practical Nursing

MEB: Milli Eğitim Bakanlığı

NNLE: National Nursing Licensure Examination (Ulusal Hemşirelik Lisans Sınavı)

NCSBN: National Council of State Boards of Nursing

RN: Registered Nurse

SB: Sağlık Bakanlığı

TZ: Tam Zamanlı

UAP: Unlicensed Assistive Personnel (Lisanssız Hemşire Yardımcısı)

YZ: Yarı Zamanlı

## **TABLolar LİSTESİ**

Tablo 2.2.3.1. Bazı Avrupa Ülkelerinde Hemşire Yardımcısı Eğitiminin Özellikleri

Tablo 2.2.3.2. Amerika’da Hemşire Yardımcılığı Sertifika Programlarının Karşılaştırılması

Tablo 2.2.3.3. Kore ve Japonya Hemşirelik Hizmeti Kategorilerinin Eğitim Süreleri

Tablo 2.3. Hemşire Yardımcısının Bazı Avrupa Ülkelerindeki İş ve Görevleri

Tablo 2.8. Sağlık Hizmetleri Alanı Haftalık Ders Çizelgesi

Tablo 3.5. Girişimlere İlişkin Değerlendirme Tablosu

Tablo 4.1.1. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri

Tablo 4.1.2. Hemşirelerin Hemşire Yardımcısı Uygulaması İle İlgili Görüşleri

Tablo 4.1.3. Hemşirelerin Uygulanan Girişimlere Verdiği Yanıtlar

Tablo 4.2.1. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Uygulama Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.2.2. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yönetmelik Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.2.3. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre İş ve Görev Tanımları Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.2.4. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine göre Hemşire İstihdamını Azaltacağını Düşünenlerin Karşılaştırılması

Tablo 4.2.5. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine göre İş ve Görev Karmaşası Yaşanacağını Düşünenlerin Karşılaştırılması

Tablo 4.3.1. Çalışılan Hastane Değişkenine Göre Bazı Girişimlerin İncelenmesi

Tablo 4.3.2. Eğitim Durumu Değişkenine Göre Bazı Girişimlerin İncelenmesi

Tablo 4.3.3. Çalışma Süresi Değişkenine Göre Bazı Girişimlerin İncelenmesi

## ÖZET

T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

### **Hemşirelerin Hemşire Yardımcısının İş ve Görev Tanımlarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi**

Fadime ULUPINAR

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi / Konya-2017

Günümüzde yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıkların ve bakım ihtiyacının artması ve kalite beklentisinin yükselmesine bağlı olarak hemşire sayısının yetersiz kalması ara insan gücüne olan ihtiyacı artırmıştır. Dünyada birçok ülkede bu ihtiyacı karşılamak için hemşire yardımcılığı uygulanmakta olup bu personel grubunun eğitim, iş görev tanımları ve yasal düzenlemeleri farklılık göstermektedir. Bunun yanında iş ve görev tanımını netleştirme çabaları, hemşirelere yetki devri konusunda yeterlilik sağlamak için verilen eğitimler, roller değişikçe güncellenen yasalar, yenilenen uygulama ve eğitim standartları, kullanılan farklı uygulama alanları gibi bazı özellikler ortaktır.

Hemşire yardımcılığı uygulaması Türkiye’de 2014 yılında ortaöğretim düzeyinde ilk öğrencilerini alarak başlamıştır. 2018 yılında ilk mezunlarını vererek sahaya incek olan bu yeni personel grubu sürekli olarak hemşireler ile işbirliği içinde çalışacaklardır. Bu nedenle çalışmanın amacı, hemşirelerin hemşire yardımcısının iş ve görev tanımlarına ilişkin görüşlerini değerlendirmektir. Araştırmaya tıp fakültesi hastaneleri ve özel hastanelerde çalışan 438 hemşire gönüllü olarak katılmıştır. Katılımcıların sosyo-demografik ve çalışma özellikleri, hemşire yardımcılığı uygulamasına ilişkin görüşleri ve iş-görev dağılımlarını kapsayan girişimlerin yer aldığı ifadelerle vermiş olduğu yanıtlar ortalama, frekans, yüzde ile değerlendirilmiş ve ki-kare analizleri uygulanmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre hemşirelerin çoğunluğu, hemşire yardımcısının iş ve görev tanımları hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığı yönünde görüş bildirmiştir. Ayrıca uygulanacak girişimlerde hemşirelerin yönetmeliğe paralel olmayan görüşlere sahip olduğu görülmüştür. Bunun yanında, hemşirelerin bazı sosyo-demografik ve çalışma özelliklerinin, hemşire yardımcılığı uygulamasına ilişkin görüşlerinde ve iş-görev dağılımlarını kapsayan ifadelerle verdikleri yanıtlarda anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Araştırmanın sonuçları hemşireler arasında bu uygulamaya ilişkin farklı görüşler olduğunu ve iş-görev karmaşası yaşanabileceğine dair bazı ipuçları verdiğini göstermektedir. Bu araştırma, henüz sahada çalışmaya başlamamış olan bu meslek grubu ile hemşireler arasında işbirliğinin sağlanması ve iş-görev karmaşasının yaşanmaması amacıyla literatür ve istatistiki veriler ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire yardımcılığı; iş ve görev karmaşası; hemşire görüşleri

## **ABSTRACT**

REPUBLIC OF TURKEY

NECMETTIN ERBAKAN UNIVERSITY

HEALT SCIENCE INSTITUTE

### **Evaluation of Nurse Views Relevant The Duty and Task**

#### **Descriptions of Nursing Assistant**

Fadime ULUPINAR

Departman of Nursing

Master Thesis / Konya-2017

At the present time, the prolongation of the life span, the increase in the need for chronic diseases and care, the increase in quality expectancy and the inadequate number of nurses have increased the need for intermediate human power. In many countries around the world, the nursing assistant is available to compensate this need and education, task-duty descriptions and legal regulations of this staff group vary. In addition, there are some common features such as efforts to clarify duty and task descriptions, trainings given to nurses to qualify for competency, updated laws as roles change, renewed practice and training standards, different application areas used.

In Turkey the nursing assistant practice started in 2014 by accepting the first students at the high school level. This new staffing group, which will work in 2018 by graduating its first students, will continuously work in cooperation with the nurses. Therefore, the purpose of this study was to evaluate the opinions of the nurses, regarding the duty and task descriptions of the nursing assistants. 438 nurses working in medical faculty hospitals and private hospitals participated in the research voluntarily. The participants' socio-demographic and working characteristics, their opinions on nursing assistant practice, and the answers given by the implementations including duty-task distributions were evaluated also mean, frequency, percentage and chi-square analyzes were applied. According to findings from the research, the majority of the nurses commented that the nursing asistant did not have enough information about duty and task descriptions. It was also seen that the nurses had opinions that were not in line with the regulations in the implementations. In addition, it was found that some socio-demographic and working characteristics of the nurses were significant difference in the opinions regarding the application of the nursing assistant and in the answers given the statements including the duty-task distributions. The results of the study exhibit that there are different opinions among nurses regarding this practice and that it gives some clues that work-task complexity can be experienced. This research presents literature and statistical data to provide cooperation between nurses and the occupational groups who have not yet started to work in the field and to take some precautions in order to avoid the complexity of duty-task.

**Key Words:** Nursing assistant; duty and task complexity; nurse opinions

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde birçok ülkede, özellikle son 30 yılda artan bakım ihtiyacına karşılık hemşire sayısındaki yetersizlik ve düşük maliyetle bakım hizmeti sağlama ihtiyacı, ara insan gücüne olan gereksinimi artırarak hemşire yardımcısı yetiştirilmesini ve istihdamını gündeme getirmiştir (Francis ve Humphreys 1999; Stanton ve Rutherford 2004; Oulton 2006; Aiken ve ark. 2010). Bu doğrultuda benzer nedenlerle ülkemizde 2014 yılında sağlık meslek liselerinde hemşire yardımcısı eğitimi başlamıştır. Ancak hemşire yardımcısı uygulamalarında ülkeler arasında farklılıklar bulunmaktadır. Bu nedenle hemşire yardımcısının meslek tanımı, eğitimi, iş ve görev tanımları, istihdamı ve yaşadıkları sorunlar incelenmelidir.

Ülkemizde hemşire yardımcıları henüz eğitim dönemindedir ve ilk mezunlarını 2018 yılında verecektir. Hemşire yardımcısı, yönetmelikte “Sağlık meslek liselerinin hemşire yardımcılığı programından mezun olup hemşire nezaretinde yardımcı olarak çalışan, ayrıca hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi, beslenme programının uygulanması, kişisel bakım ve temizliği ile sağlık hizmetlerine ulaşımında yardımcı olan ve refakat eden sağlık teknisyeni” olarak tanımlanmaktadır (T.C. Resmi Gazete, 18 Ocak 2014, Sayı: 28886).

Hemşire yardımcıları ülkemizde aktif olarak çalışmaya başlamamış olsa da, yönetmelikte, görevlerini hemşire nezaretinde yapılacakları açıkça belirtilmiştir. Bu nedenle hastanelerde çalışan hemşirelerin bu konudaki görüşleri önemlidir. Çünkü daha önce sağlık meslek liselerinde hemşire olmak için öğrenim gören kişileri eğiten hemşireler; hemşire yardımcılarının da görevlerinin aynı olduğunu düşünerek kendi görevlerini öğretme eğilimine girebilirler ya da aslında kendi sorumluluğunda olan bir görevi hemşire yardımcısına verebilir veya hemşire yardımcısı ile beraber yapması gereken bir görevi tek başına yapmasını isteyebilirler. Aynı şekilde hemşire yardımcıları da kendi görev tanımlarını tam olarak bilmediğinden hemşire görevlerini yapmak isteyebilirler. Bu durum ilk bakışta hemşireler açısından iş yükünü azaltırken, hem yönetmelik dışı bir işlem olduğundan hemşirelerin problem yaşamalarına hem de iletişim, sorumluluk ve yetkinlik ile ilgili sorunların ortaya

ıkmasına neden olabilir (Francis ve Humphreys 1999; McInnis ve Parsons 2009; Shaffer ve ark. 2010).

Hemşirelik, sağlık ekibi üyelerinin koordinasyonunu sağlayan meslek grubu olarak da tanımlanmıştır (Tilev ve Beydağ 2014). Bu yüzden sahada oluşabilecek sorunların önlenmesinde, hemşirelerin, hemşire yardımcısı hakkındaki görüşleri ve bu personel grubunun görev tanımlarına yükledikleri anlam önemlidir. Bu araştırmada farklı ülkelerdeki hemşire yardımcılarının; eğitimi, yetki sorumlulukları ve görev tanımını netleştirmeye yönelik uygulamalar incelenirken aynı zamanda ülkemizdeki hemşirelerin, hemşire yardımcısının iş ve görev tanımlarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Hemşire Yardımcılığı Uygulamasının Ortaya Çıkma Nedenleri

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler, insanların demografik yapılarından kaynaklı problemlerle karşı karşıyadır (Glinos ve ark. 2011). Birleşik Devletler, Birleşik Krallık, Avustralya, Kanada gibi ülkelerle birlikte birçok Avrupa Birliği (AB) ülkesinde ortalama hayat süresi uzamakta ve yaşlı insan sayısı her geçen gün artmaktadır (Buchan 2001, 2002). Bu probleme ek olarak çalışanlarında yaşlanması sonucu emekli olanların yerini dolduracak sayıda genç nüfus bulunmadığından Avrupa'nın genelinde 2020 yılına kadar sağlık çalışanlarının yetersiz kalması beklenmektedir. Bu duruma profesyonel bakım hizmetine artan talep de eklenince birçok ülke gelecekteki doktor ve hemşire eksikleri için çözüm aramaktadır. Kısa vadeli bir çözüm olarak diğer ülkelerden sağlık personeli alınmaktadır. (Glinos ve ark. 2011).

Felç, kanser, kalp rahatsızlıkları ve travmatik beyin hasarı gibi ölüme sonuçlanabilecek ciddi hastalıkların karmaşık bakım ihtiyaçları uzun vadeli olarak yürütülmektedir (Heller ve Nichols 2001). Tıbbi gelişmeler, ilerleyen teknoloji ve ilaçlar insan ömrünü uzatmaya ve kronik rahatsızlıkların etkisini azaltmaya devam etmektedir. İnsanlar daha uzun yaşamaya başlamıştır ve dolayısıyla da daha fazla sağlık kaynağı tüketmektedirler. Resmi kurumlardan yapılan açıklamaya göre 2000 yılındaki yaşlı nüfus sayısının (65 yaş ve üstü) 2030 yılında iki katına çıkması beklenmektedir (Kleinman ve Saccomano 2006). Avrupa'da, özellikle görevleri bakım hizmeti olanlar başta olmak üzere, sağlık sektöründeki birçok çalışanın mesleği büyük değişimlerle yeniden şekillendirilmektedir (Glinos ve ark. 2011). Sağlık bakım ihtiyacını artıran bu nedenler beraberinde vasıflı personel ihtiyacını da artırmıştır (Heller ve Nichols 2001; Kleinman ve Saccomano 2006).

Hemşire sayısındaki yetersizlik küresel bir problemdir. 2001 yılında 66 farklı ülkenin temsilcileri, ortak bir sorun olan hemşire sayısındaki yetersizliğin çözümünü tartışmak üzere bir araya gelmişlerdir. Birçok ülkede hemşire sayısının artan ihtiyacı karşılayamadığı vurgulanmıştır (Wold 2001). Zamana bağlı hızlı gelişmeler, hemşire sayısındaki yetersizliğin sebeplerini ve boyutlarını da değiştirmektedir. Bu nedenle de yetersizliğin sebepleri ve çözümleri uzun süredir tartışılmaktadır. Hemşirelik hizmetleri sunan kişilerin yıpranma, isteksizlik, emeklilik ve hastalık gibi faktörlerle

beklenilenden daha erken kaybedilmesi ülkeleri hemşire boşluğunun nasıl dolduracağı konusunda planlama yapmaya zorlamıştır. Ayrıca tek başına eski çözümlerin yeterli olmayacağı düşünülmektedir (Oulton 2006; Wray 2013; Buchan 2001, 2002).

Hemşirelik hizmetlerinin sayısal yetersizlikten kaynaklı problemleri çözmek için çeşitli çözüm önerileri geliştirilmiştir. Hemşirelik mesleği belli bir zamana kadar genellikle güzel görünümlü genç kadınlardan istifade etmiştir. Sayılarının yetersiz kalması bu grubun genişletilmesine sebep olmuştur. Yaşça daha büyük kadınlar, etnik azınlıklara mensup kişiler, iş tecrübesi daha az olan kişiler, mesleki nitelikleri ve eğitim seviyesi daha düşük kişiler gibi geniş bir yelpazeden insanlar bu meslekte yer alabilmektedir (Buchan 2002).

Bazı ülkeler mevcut hemşirelerini elde tutamama problemi yaşamaktadır ve çalışma koşullarının zorluğu nedeniyle hemşireler istifa edebilmektedir. Dolayısıyla bu mesleğin genç nüfus için cazip hale getirilmesi, mesleğin sürekliliği için alternatifler sunulması çalışılması gereken konulardır (Buchan 2001, 2002).

Hemşire sayısındaki yetersizlik yanlış bir algı olarak karşımıza çıkabilmektedir. Hemşire yetersizliği sorunu hemşirelerin sayısının sınırlı olmasından daha çok, istihdam talebi ile mevcut arz arasındaki dengesizlikten kaynaklanan bir sorundur. Bugün ise sağlık sistemlerinde hemşirelerin yanı sıra yardımcı personele olan ihtiyacın da arttığı görülmektedir (Oulton 2006).

Sağlık hizmetlerinin mevcut durumu sağlık kuruluşlarının maliyet koruma taleplerine, artan hasta beklentilerine, hasta bakımındaki karışıklıklara cevap vermeye çalışarak sürekli değişimler yaşamaktadır. Bu değişimler rekabetin artması, maliyetin yükselmesi, ücretlerin azalması, geri dönütlerin düşmesi ve örgütsel yapıların yeniden yapılandırılması gibi faktörlerden oluşmaktadır. Sağlık kuruluşları maliyeti artırmadan hasta bakımındaki kaliteyi yükselterek, olumlu sonuçlar üretmeye çalışmaktadır. Bu çelişkili talep, etkili hasta bakımı ve maliyet konusunda yapısal değişiklikler içeren yeni modellerin geliştirilmesini gerektirmektedir. Unutulmamalıdır ki hemşirelik hizmetleri personel giderlerinin en büyük bölümünü oluşturmaktadır ve hastane masraflarındaki artışın temel sebeplerinden biridir (Kleinman ve Saccomano 2006).

Amerika’da hemşire yardımcısı uygulamasının gerekliliği üzerine yapılan bir çalışmada sağlık sektöründe son 30 yılda büyük değişimlerin yaşandığından bahsedilmiştir. Bu nedenle sağlık sisteminin kapsamı ve niteliğinin yeniden yapılandırılması gerektiği belirtilmiştir (Smyth-Giambanco 2008). Sağlık konusunda belirlenen hizmet ihtiyaçlarını karşılamak için gerekli rolleri ve becerileri belirleyerek, iş gücü planlamasında meslekler ve disiplinler arasında ilişkinin güçlendirilmesi, yönlendirilmesi ve entegre edilmesi gerekmektedir. Ayrıca hemşirelerin günlük iş yükünü azaltmak amacıyla çalışma şartları ile kişisel yaşamları arasında dengeli bir sistemin kurulması sağlanmalıdır (Buchan 2002).

Thornley (1996), çalışmasında hemşirelik iş gücünde üç farklı model tanımlamıştır. Bunlar geleneksel model, profesyonel model ve radikal modeldir.

1. Geleneksel model: Hemşirelik iş gücünün tarihsel gelişimini yansıtmaktadır. Bu modelde önce daha az kalifiye sınıfta kabul edilen hemşire asistanları, daha sonra sağlık bakım asistanı terimiyle anılmıştır. İlerleyen zamanlarda ise bu iki meslek grubunun sınırlarının değiştiği ve farklı uygulamalara yol açtığı ortaya konulmuştur. Tercih edilmeyen çalışma şartları hemşire sayısının azalmasına yol açmış, bu da hemşirelik kadar eğitim ve nitelik gerektirmeyen bir iş gücünün devlet politikaları ve işverenler tarafından çeşitlendirilmesine olanak sağlamıştır (Thornley 1996). Geleneksel hemşirelik modelleri hemşireleri hastanın sonuçlarında daha fazla hesap verebilirliğin sağlandığı bir sorumluluk içinde tutmayı amaçlamıştır. Hemşireler, hasta bakımında doğrudan sorumludur. Hasta sayısının az olduğu yıllarda hemşireler yapılması gereken işler için yeterlidir ve hemşire yardımcısı ya da diğer yardımcı personellerin kullanımı oldukça azdır. Geleneksel modelde hasta ve hemşire arasında profesyonel bir ilişki geliştirilir ve hastanede kaldığı süre boyunca hastanın tüm bakım hizmetleri hemşireler tarafından sağlanır (Kleinman ve Saccomano 2006).
2. Profesyonel model: Bu model hemşire iş gücü oluşturulmasında mesleki bir uzmanlık üzerine vurgu yapmaktadır. Bu model hemşire yardımcılarını, daha sıradan işleri yaparak hemşireleri rahatlatan bir destek personeli olarak görmektedir. Bu model 1980’lerin sonunda “Project 2000” kapsamında yapılan reformlarla şekillenmiştir. Bu dönemde çıraklık eğitiminden

üniversite eğitimine geçilen bir değişim olmuştur. Bu modelde görev odaklı bir sağlık bakımı yerine bütünsel bir yapı benimsenmiş ve işbirliğini hemşirenin yönlendirdiği bir sistem olarak kabul görmüştür.

3. Radikal model: Bu model hemşirelik iş gücünde eğitimden kaynaklı hiyerarşik bir düzene karşıdır ve hemşire yardımcısının deneyimine önem verir. Bu modelde iş ve görevler önceden net olarak tanımlanmadığından kurum yönetiminin ihtiyaçlarına daha duyarlıdır. Yani hemşire yardımcılarının hemşirelik alanındaki görevleri üstlenmek için eğitim seviyesi değil, yeterlilik düzeyi ön planda tutulur (Thornley 1996).

Sağlık sektöründe sürekli artan güçlükleri gidermek ve gittikçe rekabetçi bir pazar haline gelen sektörde örgütsel kimliği korumak için hemşirelere yardımcı personel modelini kullanmak, hemşirelerin mevcut boşluğunun doldurulması ve maliyetin düşürülmesi için inkâr edilemez bir gerçekliktir. Hasta bakımını sağlama, hemşirelerin hasta bakımıyla ilgili faaliyetlerini değerlendirme, hasta bakımında denetimin sağlanması konusunda çok sayıda araştırma yapılmış olsa da, bunun etkili bir şekilde yapılması için gerekli beceriler ve bu becerilerin nasıl kazanılabileceği konusunda sınırlı sayıda araştırma vardır. Akademik ve klinik araştırmacılar hemşirelerin rollerinin değiştiğini ifade etmektedir. Bununla birlikte hemşirelerin profesyonel olmayan personellerle çalıştığını belirtmekte dolayısıyla da hemşirelerin karar verme ve denetleme becerilerinin öneminin arttığına dikkat çekmektedir (Kleinman ve Saccomano 2006).

Sağlık bakım sisteminde yeniden yapılanma, büyük ölçüde maliyeti düşürme amacıyla yapılmıştır. Sağlık sisteminde hemşire yardımcısının kullanılmasıyla, hemşireleri hasta bakımından kurtarmak ve onları daha profesyonel bir pozisyona taşımak amaçlanmıştır. Hemşireler ve hemşire yardımcılarının yüksek düzeydeki işbirlikçi çalışması hasta bakım sonuçlarına olumlu katkı sağlamaktadır. Önemli bir nokta da hasta başına düşen günlük bakım saatinin artması kaliteyi artıran en önemli etkenlerdendir (Zimmermann 2000).

Hemşirelik konusundaki düzenlemeler genellikle sağlık sistemi politikalarının genişletilmesi ya da toplumsal olarak duyulan bir rahatsızlığın giderilmesi amacıyla gerçekleştirilmektedir. Birçok ülkede hemşirelik giderek değer kaybetmekte ve

kaynaklara sınırlı ulaşım imkanı verilmektedir. Bu durumun iyileştirilmesi, sağlık bakımında fedakarlık ve yoğun emek gerektiğinin kabul edilmesi ile sağlanabilir. Ayrıca hemşirelik konusundaki yetersizlik sadece sayısal eksiklikten değil, aynı zamanda hemşirelerin becerilerini etkili bir şekilde kullanabilecekleri bir sağlık sisteminin olmamasından kaynaklanmaktadır (Buchan 2002).

Sağlık konusundaki hizmet kalitesi her zaman önemli bir konu olmuştur ve çok sayıda araştırma yapılmıştır. 1999 yılında Amerika Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) tanı ve tedavi sürecinde kritik tedbirlerin alınmaması sebebiyle önlenebilir hataların tahmin edilenden çok daha fazla olduğunu ve bunun büyük bir bölümünün de personelden kaynaklandığını rapor etmiştir (Landrigan ve ark. 2004; Zimmermann 2000). Amerika’da yapılan bir araştırmada hastanede kalış süresinin azalmasına rağmen hasta sayısındaki artışın devam ettiğini belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerindeki bu durum işgücü ihtiyacını gündeme getirmektedir. Hasta sayısının artması, hemşire sayısının azalması ve hastanelerin istikrarsız mali durumu personelin istihdamında ve de görevlerinde köklü bir değişikliğe gitme ihtiyacını doğurmuştur. Bu gerçeğin bir sonucu olarak ortaya çıkan lisanssız hemşire yardımcıları (Unlicensed Assistive Personnel-UAP) maliyeti düşürme ve iş gücünü artırma adına yeni bir sağlık çalışanı haline gelmiştir (Kleinman ve Saccomano 2006). Hemşirelik ile ilgili harcamalar Birleşik Krallık’ta da Ulusal Sağlık Hizmetleri’nde en büyük payı aldığından (Audit Commission 2001) ulusal sağlık hizmetleri tarafından istihdam edilen asistanların sayısı giderek artmaktadır. Bununla birlikte bu işgücünün oluşumu ve değişen roller hakkında ise çok az şey bilinmektedir (Spilsbury ve Meyer 2004). Bu uygulama modeli öncelikle hemşireler tarafından sağlanan bakıma bir alternatif olarak kabul edilmektedir. Bu doğrultuda hemşire yardımcısı sayısının giderek artması beklenmektedir (Kleinman ve Saccomano 2006).

Yapılan bir çalışmada sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmet sürecinde yer alan hemşire yardımcılarının perspektifleri incelenmiştir. Hemşire yardımcılarını bakım evlerinde bakım yapan kişilerin çoğunluğunu oluşturmaktadır. New York eyaletinde görev yapan 23 hemşire yardımcısının katıldığı çalışmada mülakat yöntemiyle veri toplanmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre hemşire yardımcılarını bakımın teknik yönlerini ve çevre bakımını kaliteyi artıran önemli konular olarak nitelendirmişlerdir.

Bu çalışmada ayrıca sağlık sistemindeki düzenlemelerde hemşire yardımcılarının istek ve taleplerinin dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır (Kusmaul ve Bunting 2016).

Günümüzde geleneksel bakım modelleri yerini yeni düzenlemelere bırakmıştır. Kayıtlı hemşirelerin kullanımının azalması, bunun yanında hemşire yardımcısı kullanımının artması sağlık sektöründe gittikçe yaygınlaşan bir durum haline almaya başlamıştır (Kleinman ve Saccomano 2006). İtalya gibi bazı ülkeler kurumlarında daha fazla yardımcı personel ve daha az hemşire çalıştırma eğilimini desteklemektedir (www.eurodiaconia.org 10 Ekim 2017). Bunun yanında bazı ülkelerde hemşire sayısını artırmak için yapılan önerilerden biri de diğer ülkelerden ithal etmektir. Ancak bu çözüm önerisi beraberinde birçok soru işaretini de getirmektedir. Çünkü bir ülkedeki eğitim ve mesleki tecrübe, başka bir ülkeye adapte edilemeyebilir (Buchan 2002).

Sağlık bakım ortamının yeniden düzenlenmesine sunulacak çözümlerde, sağlık kuruluşlarının mali durumu ve hemşire sayısının yetersizliği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu sistemin başarıyla sürdürülebilmesi için hemşire nezaretinde yapılması gereken hasta bakım sürecinde çalışan grupların yaşayabileceği ikilemlerin önüne geçilmesi ve kaliteli bir hizmet sağlanması kritik bir önem taşımaktadır (Kleinman ve Saccomano, 2006).

## ***2.2. Dünyadaki Hemşire Yardımcısı Uygulamaları***

### ***2.2.1. Hemşire Yardımcısının Tanımı***

Sağlık hizmetlerinde hemşirelere yardım eden personel grubunun birden fazla olması nedeniyle hemşire yardımcısı pozisyonuna ilişkin farklı düzeyler ve farklı unvanlar bulunabilmektedir (Smyth-Giambanco 2008). Bu farklılıklar ülke içerisinde bile görülebilmektedir. Bu sebeple de hemşire yardımcısı birçok farklı tanımla karşımıza çıkmaktadır. Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA 1992), sertifikalı hemşire yardımcısını (Certified Nursing Assistant-CNA) “lisanslı bir hemşire tarafından devredilen, doğrudan ya da dolaylı hasta uygulamalarını yaparken yardımcı bir rol üstlenmek üzere eğitilmiş lisanssız birey” olarak tanımlar. Amerika’da State Boards of Nursing ise, hemşire yardımcısını “sağlık bakım hizmetlerinde hemşireye yardımcı olmak üzere profesyonel olmayan

yardımcı eleman” olarak tanımlamıştır. İngiltere’de hemşire yardımcısının tam olarak kabul görmüş bir tanımı olmasa da kayıtlı sağlık çalışanlarına klinik ve bakım görevlerinin yürütülmesinde yardımcı olan kişiler olarak tanımlanabilir (Bach ve ark 2008).

Avrupa komisyonunca hemşirelik hizmetlerini değerlendirmek amacıyla toplanılan konsey tarafından bu meslek grubunu Avrupa’da tanımlayan en uygun İngilizce terim , “Health Care Assistants (HCA)” yani sağlık bakım asistanları olarak benimsemiştir. Bazı tanımlamalarda hemşire yardımcıları için “lower-skilled nurse” (düşük nitelikli hemşire) teriminin kullanımı gündeme gelse de, uzmanlar negatif çağrışım yaptığı gerekçesiyle bu ifadeyi kullanmayı uygun bulmamışlardır. Bu bilgilere dayanılarak Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization-ILO) tarafından “sağlık bakım asistanı” olarak sınıflandırılmış ve en uygun ifade olarak kabul edilmiştir (EU-Project, SANCO/1/2009).

Hemşire yardımcıları için eğitim, öğretim ve gerekli nitelikler ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte, genellikle hemşire yardımcılarının temel mesleki niteliklere sahip olması ve eğitim süresinin az olması bütün ülkelerde görülen ortak bir yöndür (Bureau of Labor Statistics 2017). Hemşire yardımcısının eğitim süresi, ders saati veya eğitim kredi miktarı hemşirelikten farklıdır. Hemşireler için eğitim en az 4600 ders saati ve minimum 180 AKTS (Avrupa Kredi Transfer Sistemi )’yi kapsarken (World Health Organization, WHO 2000) hemşire yardımcısı meslek grubu daha az bir eğitim saatine sahiptir. Lisans eğitiminde akademik ve kalite güvencesi konusunda bir standart oluşturmak amacıyla Bologna sürecine uyum sağlanması gerekmektedir. Bu eğitimler için alt bir sınır belirlenmiş olsa da halen ülkeler arasında farklılıklar mevcuttur. Örneğin;

- İngiltere’de Bachelor of Arts (BA) standart lisans hemşireliği 180 AKTS ve 3yıl;
- Danimarka’da lisans hemşireliği 210 AKTS ve 3,5 yıl;
- İspanya’da BA hemşireliği 240 AKTS ve 4 yıldır.

Bunların yanında Norveç bir AKTS puanını 20 saatlik çalışma olarak tanımlarken; Hollanda 28 saatlik çalışma olarak tanımlamaktadır. Sonuç olarak lisans

hemşiresinin eğitim saati yılda 60 AKTS ve 1500-1800 saat olarak değişmektedir. Bu rakamlar son dönemlerde bazı ülkelerde değişmiş olabilir ancak çoğu ülkede halen geçerlidir (EU-Project, SANCO/1/2009).

### **2.2.2. Hemşire Yardımcısının Roller**

Hemşire yardımcısının uygulama alanları ülkeler arasında farklılık göstermekle beraber oldukça geniş olabilmektedir. Hemşire yardımcıları görev ve sorumluluklarına göre şu kategorilerde değerlendirilebilir (Kessler ve ark. 2012):

**Auxiliary (Destek):** Düşük beceri seviyesine sahiptirler, hasta ile minimum düzeyde doğrudan temas gerektiren görevleri, örneğin oda temizliği gibi rutin işleri yaparlar.

**Care (Bakım):** Orta düzeyde beceri seviyesi gerektiren, hastanın temel ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik görevleri yaparlar, örneğin yeme, içme, giyinme gibi.

**Technical (Teknik):** Yüksek beceri gerektiren klinik uygulamalar, hastanın durumunun takip edilmesi, nabız, vücut sıcaklığı, tansiyon ölçümleri gibi işleri yapabilirler.

**Medical (Tıbbi):** Oldukça yüksek beceriler gerektiren, belli konularda uzmanlaşmış, hasta bakımıyla ilgili kompleks klinik uygulama görevlerini gerçekleştiren, hastanın durumunu değerlendirme ve müdahale edebilme yetkisine sahip olan hemşire yardımcıları bu kategoridedir. örneğin ilaç verme, intradermal enjeksiyon gibi işlemleri uygulayabilirler.

Hemşire yardımcısının görevi doğrudan hasta bakımının sağlanmasında, ulusal uygulama standartları ve hemşirelik uygulamaları yasasına uygun bir şekilde, hemşireye yardımcı olmaktır. (Kleinman ve Saccomano 2006) Hemşire yardımcıları, hemşire gözetiminde çalışırlar ve hastalar ile yoğun günlük temas kurduklarından hastaların genel durumu ve yaşamsal bulgularının kontrolünde önemli bir rol oynarlar (<https://explorehealthcareers.org> 14 Ağustos 2017).

Hemşire yardımcıları, her yaştaki hastanın günlük temel ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olurlar. Amerika'daki bazı eyaletlerde eğitimler alarak ek uygulama hakları kazanabilirler. Örneğin Sertifikalı İlaç Yardımcısı (Certified

Medication Assistant) (CMA) olarak, ilaç verebilirler. Hemşire yardımcıları en çok Kardiyopulmoner Resüsitasyon sağlamak üzere eğitildiklerini gösteren Temel Yaşam Desteği (Basic Life Support) (BLS) sertifikasına ihtiyaç duymaktadır. (<https://www.bls.gov> 11 Ağustos 2017). Bunların yanı sıra iletişim becerileri, merhamet, sabır ve fiziksel dayanıklılık gibi önemli niteliklere sahip olmaları beklenir. Hemşire yardımcıları tarafından sağlanan hizmetler genelde bakım evlerindeki toplam hizmetin büyük bölümünü oluşturmaktadır (Kusmaul ve Bunting 2016). Fransa’da ise Amerika’nın aksine hemşire yardımcıları sıklıkla hastanelerde çalışırken, evde bakım ortamında yalnızca yüzde 7,5 oranında istihdam edilmektedir (<https://www.eurodiaconia.org> 16 Temmuz 2017).

Birçok ülkede hemşirelerin ve hemşire yardımcılarının görev alanları arasında açık bir ayrım vardır. Bu ayrım “hemşire” unvanını kanunlara dayanarak korumaktadır. Bu durum işyerindeki sorumluluk ve yetkinlik düzeylerindeki farkı ortaya koyar ve çalışma ortamını düzenler.(EU-Project, SANCO/1/2009).

### ***2.2.3. Hemşire Yardımcılığı Eğitim İçeriği ve Öğrenme Ortamları***

Hemşire yardımcılarının eğitim seviyesinin bakıma yardımcı olmada gerekli donanımları sağlamak için yeterli olup olmadığı tartışılmaktadır. Ortaöğretim seviyesindeki öğrencilere verilen eğitimlerin niteliği, hasta bakımında uzun süre hizmet verebilecek kişilerin yetiştirilebilmesi için uygun stratejilerin geliştirilmesine bağlıdır (McMenamin ve ark. 2014). Hemşire yardımcılara, kendi uygulamaları üzerinde düşünme imkânı sağlayan, yaptıklarına ve statülerine yeteri kadar değer verilmese bile hizmetin temelini benimsetecek, kaliteli bir eğitim olanağı sağlanmalıdır (Clarke 2014). Bununla birlikte tüm sağlık hizmetlerinde merhamet ve hoşgörünün anahtar unsur olduğu gerçeği uygulamada oldukça etkilidir. Bu duygular hemşire yardımcıları için (özellikle eğitim ve meslek yaşantısında) yeteri kadar üstünde durulmasa da aslında rolleri itibarıyla bakım hizmetinin gizli ve tamamlayıcı bir parçasıdır. Hemşire yardımcılarının zor durumdaki kişilere merhamet ve hoşgörü gibi değerler eşliğinde sağlık hizmeti sunacağına güvence altına alınması gerekir (Griffith 2014).

Yeni nesil öğrenciler, geleneksel öğretim yöntemlerinin ötesine geçerek yeni öğrenme fırsatları yaratan ve değerlendirme süreçlerini yönlendiren, uygulama

yapma imkanları bulunan zengin bir öğrenme ortamında eğitim almaktadırlar. Bu değişimler eğitim ve nitelikli personel yetişmesi konusunda geleceğe dair umut vermektedir (Nelson ve ark. 2014). Ancak ülkemizde sadece ortaöğretim seviyesinde eğitim gören bu meslek grubunun çok kısa bir süre içerisinde sağlık hizmeti sunumunda görev alacak olması sebebiyle sunulan öğretim ortamlarının çeşitliliği ve niteliği daha iyi duruma getirilmelidir.

İrlanda'da eğitim klinik ortamların yanı sıra beceri laboratuvarlarında da verilebilmektedir. Hollanda'da da uygulamalı eğitim için hastane ortamına uygun yapay öğrenme laboratuvarları kullanılmaktadır. Polonya'da okullarda ve hastanelerde uygulama atölyesi şeklinde gerçekleştirilmektedir. Slovenya'da ise hastanelerde, huzur evlerinde, özel hastanelerde ve birincil sağlık merkezlerinde verilen uygulama eğitimi bir klinik danışman bir de okul danışmanı tarafından denetlenmektedir (EU-Project, SANCO/1/2009). Ülkemizde de yüksek gerçeklikli simülasyon ve standart hasta gibi farklı öğretim metodlarının öğrenmeyi olumlu etkilediğine dair araştırmalar mevcuttur (Tüzer 2015; Sarıkoç 2015).

Eğitim süreci büyük ölçüde hemşire yardımcılarını çalışma sahasında hazır iş gücü olarak yetiştirebilmeyi amaçlamaktadır ve bunun için çözüm odaklı yaklaşımların benimsenmesi gerekmektedir. Yapılabilecekler aşağıdaki gibi özetlenmiştir (Hayes 2014):

- Öğrenmeyi kolaylaştırıcı ve öğrencinin de aktif katılımının sağlandığı bir eğitim ortamı önemlidir.
- Müfredatın içeriği, uygulamada engel oluşturabilecek sorunları belirleyerek uygun nitelikte ve aktif olarak çözebilmelidir.
- Eğitimde vaka-temelli senaryoların kullanılması gerekir.
- Öğrenciler eğitim ortamında fikirlerini paylaşmaya, sorumluluk alabilmeye, görev sırasında içinde bulunabilecekleri ortamlarda kendi konumlarını belirlemeye yönelik aktif katılımı tartışmalara teşvik edilmelidir.
- Öğrenciler teori ve uygulama arasındaki durumları bağdaştırmaya ve ilgili dayanak oluşturan resmi belgeler konusunda araştırmaya ve tartışmaya teşvik edilmelidir.
- Öğrencilere işbirliği içinde oldukları ekibe bireysel olarak katkılarının farkında olabilmeleri için eleştirel düşünme ortamı sağlanmalıdır.

- Öğrenilen bilgileri pekiştirmek ve öğrenme sürecinin etkinliğini artırmak için kaliteli görsel-işitsel materyaller ve ek öğrenme araçlarından faydalanılmalıdır.

Hemşire yardımcılarının eğitimi ve bu meslekteki deneyimine ilişkin çalışmalar gün geçtikçe artmaktadır. Ayrıca hemşire yardımcılara verilen rehberlik hizmetleri ve denetleme seviyeleri değişkenlik göstermektedir. (Filkins 2014).

#### ***2.2.3.1. Avrupa’da Hemşire Yardımcısı Eğitimi***

Avrupa ülkelerinde hemşire yardımcısı eğitimleri 8 ay ile 4 yıl arasında değişebilmekte ve uygulamalı eğitimlerde akut bakım, uzun süreli bakım, hastaneler, huzur evleri, rehabilitasyon merkezleri, diş klinikleri ve özel uygulama alanları gibi çeşitli imkânlar kullanılabilir. Aşağıdaki tabloda (2.2.3.1.) bazı Avrupa ülkelerinde hemşire yardımcılara verilen eğitimlerin özelliklerine yer verilmiştir.

**Tablo 2.2.3.1. Bazı Avrupa Ülkelerinde Hemşire Yardımcısı Eğitiminin Özellikleri-1**

Ülke	Min. Eğitime Başlama Yaşı	Mesleki Adı	Eğitim Süresi ve Şekli	Teori Uygulama Oranları	İş Görev Tanımları ve Eğitimlerin Düzenlenmesi	Lisans Zorunluluğu	Sınavların İçeriği
Avusturya	17	Pflegehelfer/-in (care assistant) Heimhelfer/-in (home helper)	1 yıl 1600 saat Yarı Zamanlı (YZ) ve Tam Zamanlı (TZ)	%50 teori %50 pratik	İş-görev tanımları ve eğitim yönetmelikle düzenlenmiştir. Genel düzenlemeler Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından yapılır.	Var	Teori ve pratik
Belçika	18	Aide Soignante	1 yıl TZ	%50 teori %50 pratik	Sadece eğitim süresi ile ilgili resmi düzenleme var. Genel düzenlemeler SB tarafından yapılır.	Var	Teori ve pratik
Bulgaristan	18	Health Assistants	Kesin değil	Esnek bir yapıya sahiptir. Standart format yoktur.	İş-görev tanımları ve eğitim yönetmelikle düzenlenmiştir. Genel düzenlemeler SB tarafından yapılır.	Var	Resmi sınav formatı yok
Polonya	16	Medical Carer, Child Carer	2 yıl YZ ve TZ	720 saat teori 160 saat pratik	Sadece eğitim süresi ile ilgili resmi düzenleme var. SB, MEB, ÇB bağlı birimler tarafından yapılır.		

**Tablo 2.2.3.1. Bazı Avrupa Ülkelerinde Hemşire Yardımcısı Eğitiminin Özellikleri-2**

Ülke	Min. Eğitime Başlama Yaşı	Mesleki Adı	Eğitim Süresi ve Şekli	Teori Uygulama Oranları	İş Görev Tanımları ve Eğitimlerin Düzenlenmesi	Lisans Zorunluluğu	Sınavların İçeriği
Çek Cumhuriyeti	15	Medical Assistants Ošetřovatel Hospital Attendant	4 yıl YZ ve TZ	4/6 pratik uygulama ağırlıklı	İş-görev tanımları ve eğitim yönetmelikle düzenlenmiştir. Sağlık meslekleri/ hemşirelik için uzmanlaşmış yetkili makamlar vardır.	Var	Teori ve pratik
Danimarka	-	Social/ Healthcare Assistant	8-12 ay TZ	32 hafta formal eğitim, 54 hafta ise işbaşı	İş-görev tanımları ve eğitim yönetmelikle düzenlenmiştir. Sağlık meslekleri/ hemşirelik için uzmanlaşmış yetkili makamlar vardır.	Var	Sadece yazılı sınav
Finlandiya	16	Practical Nurse	3 yıl YZ ve TZ		İş-görev tanımları ve eğitim yönetmelikle düzenlenmiştir. Sağlık meslekleri/ hemşirelik için uzmanlaşmış yetkili makamlar vardır.	Var	Teori ve pratik

**Tablo 2.2.3.1. Bazı Avrupa Ülkelerinde Hemşire Yardımcısı Eğitiminin Özellikleri-3**

Ülke	Min. Eğitime Başlama Yaşı	Mesleki Adı	Eğitim Süresi ve Şekli	Teori Uygulama Oranları	İş Görev Tanımları ve Eğitimlerin Düzenlenmesi	Lisans Zorunluluğu	Sınavların İçeriği
Almanya (LowerSaxony)	16	Pflegeassistent in	2 yıl YZ ve TZ	1800 saat teori 960 saat pratik	Sadece eğitim süresi ile ilgili resmi düzenleme var. Her eyalet mesleğin düzenlenmesi ve eğitim tasarımıyla sorumlu.		Teori ve pratik yanında sözlü sınav
İtalya	17	Auxiliary Staff, Social and Health Auxiliary Workers Operatore Socio-Sanitaria (OSS)	1 yıl TZ	550 saat teori 450 saat pratik	İş-görev tanımları ve eğitim yönetmelikle düzenlenmiştir. Mesleğin uygulama biçimi Ulusal Kayıtlı Hemşire Kurulu "IPASVI" tarafından. Eğitim düzenlemeleri SB, ÇB ve bölgesel konferanslar ile sağlanır.	Var 21 eyalet kendi lisans işlemlerinden sorumludur	Yazılı ve sözlü
Hollanda	-	Carers Individual Healthcare; Assistants Health and Welfare; Care Assistant	1-3 yıl TZ	Esnek bir yapıya sahiptir. Standart format yoktur.	Sadece eğitim süresi ile ilgili resmi düzenleme var. Sağlık meslekleri/hemşirelik için uzmanlaşmış yetkili makamlar vardır.		
Slovenya	15	Nurse assistant, Healthcare technician, Practical Nurse	4 yıl 3 bölümde Teori Pratik Uygulama ve TZ		İş ve görev tanımları, eğitim yönetmelikle düzenlenmiştir. Sağlık meslekleri /hemşirelik için uzmanlaşmış yetkili makamlar vardır.	Var	Teori ve pratik yanında sözlü sınav

**Tablo 2.2.3.1. Bazı Avrupa Ülkelerinde Hemşire Yardımcısı Eğitiminin Özellikleri-4**

Ülke	Min. Eğitime Başlama Yaşı	Mesleki Adı	Eğitim Süresi ve Şekli	Teori Uygulama Oranları	İş Görev Tanımları ve Eğitimlerin Düzenlenmesi	Lisans Zorunluluğu	Sınavların İçeriği
<b>İspanya</b>	16	Assistant Practitioners, "Auxiliares de clínica»	2 yıl TZ	960 saat teorik, 420 saat pratik	Sadece eğitim süresi ile ilgili resmi düzenleme var. Düzenlemeler MEB tarafından yapılır.		Teori ve pratik
<b>İsviçre</b>	15	Assistant(e) en soins et santé communautaires (ASSC), Fachfrau/-mann Gesundheit, EFZ	3 yıl Kısmen TZ, Kısmen YZ tercih edilebilir	Pratik bir ortamda eğitildikleri gibi okulda da eğitim görebilmektedirler	Sadece eğitim süresi ile ilgili resmi düzenleme var içerik standardı yok. Eğitimden Federal Office for a Professional Education and Technology (OPET) sorumludur. Eğitim resmi olarak denetlenmektedir.		
<b>Birleşik Krallık</b>	-	Healthcare Assistants, Health Care Support Workers, Nursing Assistants, Nursing Auxiliares, Clinical Support Workers	Süreler değişken ve çoğunlukla yarı zamanlı	Esnek bir yapıya sahiptir. Standart format yoktur.	Resmi düzenleme yoktur.		Resmi sınav formatı yok
<b>Fransa</b>		Aide-soignant(e). Aide auxiliaire de vie Sociale Assistant de soins de Gériatrie	8 ay ile 1 yıl arasında < 1 yıl  140 saat		Ülke çapında asgari içeriği belirleyen düzenleme var. Gerekli Hiçbir eğitim / öğretim şartı olmasa da, DEAVS (yardımcı sosyal devlet diploması) yaygındır. Bir bakıcı olarak ek eğitim alır.		

Kaynaklar: (EU-Project SANCO/1/2009; <https://www.eurodiaconia.org> 20 Temmuz 2017)

Avrupa’da hemşire yardımcılığı eğitimine ilişkin düzenlemeler ve standart getirme çabaları devam etmektedir. Örneğin İngiltere’de Bakım Sertifikası 1 Nisan 2015 tarihinden itibaren uygulanmaya başlanmıştır (<https://www.rcn.org.uk> 15 Mayıs 2017). Bu sertifika programı; rolünü anlama, kişisel gelişim, bakım görevi, eşitlik, hasta merkezli çalışma, iletişim, gizlilik ve mahremiyet; sıvı dengesi ve beslenme, zihinsel sağlık (bunama ve öğrenme güçlüğü’nün farkındalığı), yetişkinlerin korunması, çocukların korunması, temel yaşam desteği, sağlık ve güvenlik, bilgi işleme, enfeksiyon kontrolü olarak 15 standarttan oluşmaktadır (<http://preview.skillsforcare.org.uk> 15 Mayıs 2017). Sertifika süresi ise değişken olmakla birlikte ortalama 12 haftadır (<http://www.nhsemployers.org> 18 Mayıs 2017).

### ***2.2.3.2. Amerika’da Hemşire Yardımcısı Eğitimi***

Amerika’ da hemşire yardımcılarının alması gereken teorik ve uygulamalı eğitimin süresi ve mesleki yeterliliğin asgari gereksinimleri yasayla belirlenmiştir (Omnibus Budget Reconciliation Act 1987). Kanunlara göre hemşire yardımcısı olarak görev yapabilmek için aşağıdaki şartların başarıyla tamamlaması gerekir:

- En az 75 saatlik sertifika eğitim almak veya 2 yıl hemşirelik deneyimi olan bir Registered Nurse (RN)’nin genel gözetimi altında uzun süreli bakım merkezinde en az 1 yıl tecrübe sahibi olmak
- Yetkinlik değerlendirmesi (Sertifikalı hemşire asistanı olmak için devlet sertifika sınavında başarılı olmak)
- Her yıl en az 12 saat sürekli eğitim alınır. Özellikle bakım evlerinde çalışan ve bilişsel bozuklukları olan bireylere hizmet sağlayan hemşire yardımcılara, uygulamalı eğitim verilir. Ayrıca performans değerlendirilmesinde belirlenen zayıf yönlerin geliştirilmesine yönelik uygulamalar yapılır.

Çoğu eyalet, asgari eğitim koşulların ötesinde ek şartlar da getirmiştir. Örneğin, 27 eyalet ve Kolombiya Bölgesi 75 saatten fazla ve 12 eyalet ve bazı bölgeler de 120 saat veya daha fazla süren eğitim istemektedirler (Seavey 2007). Federal yasalara göre hemşire yardımcısı eğitiminin ilk 75 saatinin birçok özel konu alanlarını kapsaması gerekmektedir (Benedict ve ark. 2008). Hemşire yardımcıları klinik ortamda 16 saat gözetim altında uygulama yaparlar veya klinik uygulamalardaki yetki devrine yönelik eğitim alırlar. Bu süreçte yaşamsal bulgular

almak gibi belirli görevleri yerine getirme becerisi göstermelidirler. 75 saatlik eğitim gereksinimi diğer hizmet mesleklerine göre düşüktür. Örneğin, California'da manikür uzmanları (350 saat), cilt bakım uzmanları (600 saat) ve saç stilistleri (1500 saat) daha fazla eğitim görmektedirler (aktaran: Benedict ve ark. 2008; Harrington 2007).

Hemşire yardımcılığı sertifikası alabilmek için en az lise mezunu olmak gerekir (<https://www.bls.gov> 19 Haziran 2017). Hemşire yardımcılara, hemşireliğin temel ilkelerinin öğretildiği ve klinik çalışmalarının denetlendiği sertifika programı; meslekî ve teknik okullarda, ön lisans programlarında, hastanelerde ve bakımevlerinde verilmektedir. Buna ek olarak iş başında, işverenlerinin politikaları ve prosedürleri hakkında bilgilenmek için kısa süreli eğitim görürler. Sertifika programlarından bazıları aşağıdaki tabloda karşılaştırılmıştır (<http://www.learnhowtobecome.org> 10 Haziran 2017).

**Tablo 2.2.3.2. Amerika’da hemşire yardımcılığı sertifika programlarının karşılaştırılması**

	<b>Mesleki/Teknik Okullar</b>	<b>Ön lisans eğitimi veren Kolejler</b>	<b>Hastaneler</b>	<b>Kızıl Haç</b>
<b>Müfredat İçeriği</b>	Temel beceri, teori ve uygulamalar. Konular; hemşirelik temelleri, enfeksiyon kontrolü, beslenme, anatomi.	Temel hemşirelik becerileri, hemşirelik hizmetinde sağlık konularına genel bakış.	Öğrencilere hızlı ve tempolu bir eğitim sunan, hastalarla hızlı çalışma süreci sunan tüm klinik beceriler.	İletişim becerileri ve bakıcılık başta olmak üzere; vital bulgular, pozisyon verme, banyo ve giyinme gibi beceriler.
<b>Program Süresi</b>	4-12 hafta	6-12 hafta	4-8 hafta	4-8 hafta
<b>Öğrenme Biçimi</b>	Gündüz ve akşam dersleri, birden çok okul ve karma eğitim	Gündüz, gece ve hafta sonu dersleri, karma eğitim	Gündüz, gece ve hafta sonu dersleri	Gündüz dersleri
<b>Farklar</b>	Öğrencilerin yetkin ve rekabetçi adaylar olarak iş piyasasına hazırlayan gerekli pratik becerileri kazandırır.	Pratik bakım becerilerinin yanında, şefkatli ve profesyonel bir iletişim kurmayı öğrenirler. Ayrıca bir ekibin parçası olarak çalışmayı öğrenirler.	Gerçek dünyaya hızlı bir şekilde hazırlayan eğitim deneyimleri sağlar.	Kızıl haç, 100 yıldan daha fazla bir süredir işgücüne katılmak üzere hemşireleri eğiten saygın ve köklü bir yapıdır.

Kaynak: (<http://www.learnhowtobecome.org> 10 Haziran 2017)

Amerika'da hemşire yardımcısı eğitiminde kazandırılan beceriler aşağıda sıralanmıştır (Benedict ve ark. 2008).

- Yaşamsal belirti ve boy/kilo izleme gibi temel hemşirelik becerileri; Vücut fonksiyonlarında anormal değişikliklerin rapor edilmesi; terminal dönem bakımı.
- Banyo yapma, giyinme, tuvalet ve cilt bakımı gibi günlük yaşam aktiviteleri de dahil olmak üzere kişisel bakım becerileri; beslenme ve hidrasyon; transfer, pozisyon ve döndürme.
- Mental sağlık ve sosyal hizmet becerileri; örneğin bir bireyin davranışına, bireyin kişisel tercihlerini yapmalarına izin vermek; bakım alan bireyin ailesiyle duygusal bağ kurmamak.
- Bilişsel bozukluğu olan hastaların bakımı örneğin demans hastalarına hatırlatmalarda bulunmak ve diğer bilişsel bozukluğu olan hastalara hoşgörülü şekilde yanıt vermek.
- Temel becerilerin yeniden kazandırılması; kişisel bakım eğitimi, yardımcı cihazların kullanımı, hareket kabiliyetini korumak, yeme, giyinme, ambulasyon, bağırsak ve mesane eğitimi.
- Hasta hakları mahremiyet ve gizliliği korumak, bireylere kişisel tercihlerini yapmalarına fırsat tanımak, mağduriyetleri ve anlaşmazlıkları çözmeye yardımcı olmak, istismar, kötü muamele ve ihmal olaylarını bildirmek.

Amerika'da birçok kurumda hemşire yardımcısı olarak görev yapanlar, hemşirelik okullarına başlamayı bekleyen ya da hemşirelik programlarından birisinde kayıtlı olan öğrencilerden oluşmaktadır. Hemşire yardımcılarının bazıları gelirlerini hemşirelik eğitiminde kullanmaktadırlar. Ayrıca hemşire yardımcısı olarak çalışmak, eğitim deneyimini geliştireceği gibi onlara gelecekteki mesleki rolleri için değerli bilgiler de vermektedir. Eğitimi ve yetkinliğinin çok az olduğu bilinen hemşire yardımcılarını denetlemek hemşirelerin görevleri arasında yer almaktadır. Özetle hemşire yardımcıları hemşirelerin sorumluluğunda olan ve hasta bakım sürecinde hemşireye yardım etmekle görevli kişilerdir. Bağımsız uygulayıcı olarak çalışmak için gerekli eğitim ve statüden yoksundurlar (Smyth-Giambanco 2008).

### 2.2.3.3. Asya'da Hemşire Yardımcısı Eğitimi

Asya Kıtası'nda hemşire yardımcılığı uygulaması için bazı ülkelerde eğitim zorunluluğu yokken bazılarında vardır. Nüfus yapısı ve ulusal sağlık sistemine bağlı olarak eğitimleri ve uygulama alanları da oldukça farklılık göstermektedir.

Tayvan'da (1993) "Hemşirelik Kurumu Yönetmeliği" ne göre, bakım evindeki yatak/bakım görevlisi oranı belirlenmiştir. 2001 yılında Sağlık Bakanlığı ve Çalışma İşleri Konseyi üyeleri ile akademik profesyoneller tarafından "Refah Endüstrisi Destekleme Grubu" başlatılmıştır. Bu grup, uzun süreli bakım sisteminde bulunan görevlilerin, bir kamu kuruluşu tarafından standart bir eğitim alması gerektiğini savunmaktadır. Daha önce bakım sisteminde ev yardımcıları (home helpers) ve hemşire yardımcıları (nurse's aides) olarak bilinen kişilerin ismi, 2002 yılında "bakım görevlileri (care attendants)" olarak değiştirilmiştir. Bakım görevlisi olabilmek için bir kursa katılarak 50 saatlik teorik, 40 saatlik de uygulamalı eğitimi tamamlayarak sertifika edinme zorunluluğu getirilmiştir. Tayvan'daki bakım görevlilerinin yetkinliklerin az olmasının başlıca nedeni; hemşireler veya diğer sağlık profesyonellerine nazaran görev tanımlarının belirsiz olmasıdır (Hsu ve ark. 2007).

Çin'de çoğu ülkeden farklı olarak, hemşirelerden daha fazla doktor vardır. 2005 yılında, 1,9 milyon lisanslı doktor ve 1,4 milyon hemşire bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyleri beceri ve teknik kapasitelerinin bir göstergesi olarak kabul edilir (Xu ve ark. 2000). Çin'deki doktorların (% 67,2) ve hemşirelerin (% 97,5) çoğu sadece ilkökul veya ortaokul eğitim düzeyine kadar eğitim almışlardır (Anand ve ark. 2008). Bunun sebebinin ülkenin sağlık sisteminde geleneksel tıp uygulamalarının geniş yer bulması olduğu düşünülebilir.

Çin'de hemşirelik eğitimi düşük seviyedeki meslek okullarından üniversite düzeyine kadar değişmektedir (Xu ve ark. 2000). Ortaöğretim düzeyindeki hemşirelik eğitimi hükümet tarafından mesleki eğitim olarak sınıflandırılmaktadır. İki çeşit hemşirelik programı vardır. Birincisi 2-3 yıllık müfredata sahip lise mezunları, diğeri ise 3-4 yıllık müfredata sahip ortaokul mezunlarıdır. Ortaöğretim hemşireliğini bitirdikten sonra mezunlar Ulusal Hemşirelik Lisans Sınavına (National Nursing Licensure Examination (NNLE)) katılmaya hak kazanırlar ve sınavı geçenler RN olarak çalışabilirler (Chan ve Wong 1999). İkinci derece

programlar Çin'de hemşirelik eğitiminin üst seviyesini oluşturur ve sistemde kalifiye kişiler olarak tanımlanırlar. İkinci derece programların üç seviyesi vardır: Zhuanke (ABD'de ön lisans programlarına eşdeğer), bakalorya ve lisansüstü hemşirelik programlarıdır.

Kişilerin RN olarak yetkilendirilmesinde herhangi seviyede bir hemşirelik programını bitirmeleri yeterlidir. Bu programlar arasındaki fark, lisans programlarından mezun olanlara otomatik olarak RN statüsü verilirken (Chang 1999), orta ve zhuanke programlarından mezun olan öğrencilerin Ulusal Hemşirelik Lisans Sınavında (NNLE) başarılı olması gereklidir. Kanuna göre, hiç kimse hemşireliği geçerli bir lisansı olmadan uygulamamaktadır. Amerika'nın aksine, Çin'de her seviyedeki eğitim programından mezun olana hemşire denmekte ve RN ismi yalnızca sıralama için kullanılmaktadır. Ayrıca bir RN, uzman olmaktan ziyade genel hemşire olarak eğitilmektedir (Xu ve ark. 2000).

Ortaöğretim hemşireliği programları, hemşirelik eğitim sisteminin belkemiğini oluşturur ve 1,2 milyon hemşirenin % 99'u bu programlarla eğitim almaktadır (Xu ve ark. 2000). Çin'de hemşire eğitiminin yeterliliği bile tartışılırken, hemşire yardımcısı eğitimine duyulan hassasiyet oldukça sınırlıdır. Hemşire yardımcıları sadece 10-15 günlük eğitim almış ve bakanlığın personel planlamasında yer almayan kişilerdir (Anand ve ark. 2008). Çin'de hastanın bakım hizmetleri genellikle ailesi tarafından sağlanmaktadır. Bakım hizmeti sırasında hemşire yardımcıları aile tarafından temin edilmekte ve direkt olarak hemşireye yardımcı olmaktadır (Kessler ve ark. 2012).

Kore'de ise Hemşire Yardımcıları, 1960'lı yıllarda Beş Yıllık Ekonomik Kalkınma Planı'nın bir parçası olarak, aile planlaması projesi, ana-çocuk sağlığı projesi ve tüberkülozun yok edilmesi projesi gibi ulusal sağlık politikaları projelerinin uygulanmasında önemli bir rol oynamıştır (<http://www.kuksiwon.or.kr> 15 Haziran 2017). Kore'de hemşire yardımcısı olarak çalışabilmek için 1973 yılına kadar yeterlilik belgesi söz konusuysen daha sonrasında uygulama lisansı istenmektedir. Söz konusu lisansın alınabilmesi için en az lise diplomasına sahip olması veya daha yüksek lisans sahibi bir kişinin, 1.520 saat (740 saat teori, sağlık kuruluşlarında 780 saat uygulama) hemşire yardımcısı eğitimini tamamlaması ve ulusal sınavdan geçmesi gerekmektedir (<http://www.kuksiwon.or.kr> 15 Haziran

2017; You 2013). Uygulama sınavı %70 teori %30 pratik konularını içeren çoktan seçmeli yazılı bir sınavdır. Bu sınavda başarılı sayılmak için, her bir konudan en az yüzde 40 ve tüm konuların en az yüzde 60'ından yeterli puan almak gerekmektedir (<http://www.kuksiwon.or.kr> 15 Haziran 2017). Klinik beceri testi ise hasta öyküsü, fizik muayene, hekim ve hasta etkileşimi, hasta eğitimi, tıbbi muayenelere karşı tutum ve temel teknik becerileri içerir. Klinik beceri testi maddeleri, her muayene için toplam 12 madde içermektedir. Bunların arasında hasta görüşmelerinde 6 madde ve işlem becerileri için 6 madde bulunmaktadır. İşlem becerileri, klinik ortamda gerekli olan temel teknik beceriyi değerlendirmeye yarar. Adaylar bu aşamada 12 odada standartlaştırılmış hasta üzerinde hasta muayenesi gerçekleştirir. Standartlaştırılmış hasta (SP), klinik beceri testindeki her bir test maddesiyle eşleşen klinik senaryoları taklit etmede bir hasta gibi davranmak için eğitilmiş bir kişidir. Klinik beceri testinin başarılı olma kriteri, Sağlık ve Refah Bakanı tarafından belirlenen ve bildirilen tıp fakültesi profesörlerinden oluşan değerlendirme komitesince belirlenen asgari puanlara göre belirlenir. Hem yazılı hem de klinik beceri testlerini geçenler tıp lisanslaması sınavında başarılı bir aday olarak değerlendirilmektedir (<http://www.kuksiwon.or.kr> 15 Haziran 2017).

İş tanımı olarak da bir hekimin talimatı ve gözetiminde hemşirelik hizmetlerine yardımcı oldukları, sağlık hizmetlerinin ön saflarında insan sağlığını geliştirmeye katkıda buldukları bilgileri verilmiştir (<http://www.kuksiwon.or.kr> 15 Haziran 2017).

**Tablo 2.2.3.3. Kore ve Japonya Hemşirelik Hizmeti Kategorilerinin Eğitim Süreleri**

KATEGORİ	ÜLKE	EĞİTİM PROGRAMI
RN Registered Nurse	KORE	3-4 Yıl Üniversite
	JAPONYA	4 Yıl Kolej/Üniversite 3 Yıl Meslek Yüksekokul/Uygulamalı Eğitim
LPN Licensed Practical Nursing	KORE	Yok
	JAPONYA	2 yıl asistan hemşirelik veya hemşirelik lisesi
NA Nurse Aide	KORE	Toplam 1.520 saat (ders 740 saat, sağlık kuruluşlarında 780 saat uygulama)
	JAPONYA	Örgün eğitim yok Hasta bakımı, vital bulguların kontrolü, rapor tutma

Kaynak: (You 2013) Comparisons of the nursing workforce with Japan and the US.

#### **2.2.3.4. Afrika 'da Hemşire Yardımcısı Eğitimi**

Kenya'da yardımcı hemşireler Enrolled Nurse Care Aid, Instructor Clinical Officer/Medical Assistant Care Asistant isimleri ile adlandırılır. Hemşire yardımcıları temel bakım görevlerini ve hemşire sayısının yetersizliğinden dolayı duruma bağlı olarak nerdeyse bütün hemşirelik görevlerini yapabilmektedirler (Kessler ve ark. 2012).

Güney Afrika'da yardımcı hemşireler Enrolled Nurse, Nursing Auxilary isimleriyle adlandırılır ve temel bakım becerileri, hijyen, yemek, yara bakımı ve idari işleri yapabilmektedirler (Kessler ve ark. 2012).

Güney Afrika'da zorunlu eğitim süresi 9 senedir ve Nursing Auxilary adayları eğitim alabilmek için en az sekizinci seviyeyi tamamlamış olmak zorundadır. Hemşire yardımcılığı kurs süresi, bir akademik yıl (en az 44 hafta) olup, başlama tarihinden itibaren 18 aylık bir süre içerisinde tamamlama zorunluluğu vardır. Kursta verilen eğitiminin içeriğini hemşirelik tarihi ve ahlakı, temel hemşirelik bakımı, temel beslenme, ilk yardım, sağlık bakımının kapsamlı tanıtımı, temel anatomi ve fizyoloji oluşturmaktadır. Eğitimin tamamına yayılan en az 1000 saatlik klinik uygulama zorunluluğu bulunmaktadır. Gece gerçekleştirilen klinik uygulamalar, toplam eğitim süresinin %10'undan az %25'inden fazla olamaz. Ayrıca kursun ilk altı ayında öğrenci gece uygulama yapamaz. Teorik eğitim ve klinik uygulama tamamlandıktan sonra öğrenci, üç saatlik yazılı sınavdan ve okul tarafında yapılan pratik uygulama sınavından başarılı olmak zorundadır (<http://www.sanc.co.za> 20 Temmuz 2017).

#### **2.2.3.5. Avustralya' da hemşire yardımcısı eğitimi**

Batı Avustralya'da hemşire yardımcıları "Asistant In Nursing (AIN)" olarak adlandırılmaktadır. Hemşire yardımcıları, hastaların güvenli bir ortamda kişisel sağlık bakımının sağlanmasında hemşirelere destek olurlar ve doğrudan veya dolaylı olarak hemşirelik bakımı verirler ([www.jobs.act.gov.au](http://www.jobs.act.gov.au) 13 Haziran 2017)

Hemşire yardımcısı uygulaması hemşirenin iş yükünü azaltmak ve yeterli personel sağlamak amacıyla 2002 yılında başlatılmıştır. Hemşire yardımcıları önce uzun süreli bakım merkezlerinde istihdam edilmiştir. 2008 yılında yapılan

düzenlemeyle de hastanelerde çalışmaya başlamışlardır. Bu personel grubu hemşire yönetimi altında çalışmakta ve kendi eylemlerinden sorumlu tutulmaktadır. Hemşire yardımcılarının eğitim ve yetkinliklerine uygun olarak yapabilecekleri işler yasalarla belirlenmiş, uygulama alanı oluşturulmuştur (<http://www.health.wa.gov.au> 22 Haziran 2017a).

Hastaların beslenmesine, hareket kabiliyetine, tuvalet ihtiyaçlarına, kişisel bakımına ve günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olmaktadır. Bunların yanında nabız ve sıcaklık gibi hasta gözlemleri, kan glikozu izleme ve hastanın refakati gibi görevleri de bulunmaktadır. Hemşire yardımcıları olağan görevlerine ek olarak hasta yoğunluğu ve hemşire sayısı oranına göre ek görevler yapabilmektedirler (<http://www.health.wa.gov.au> 22 Haziran 2017b).

Hastanelerde hastaların durumu ve görevlerin karmaşıklığına göre görevlendirilen hemşire yardımcıları, Enroled Nurse (EN) ve Registered Nurse (RN)'lerle birlikte ve onların sorumlulukları altında görev almaktadırlar. RN'ler 3 yıllık bir lisans eğitimine sahiptir. EN'ler ise 18 aylık bir hemşirelik diplomasına sahiptir ve RN'ler altında görev yapmaktadırlar. Hemşire yardımcıları Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan 7 hafta teori ve 11 hafta uygulama eğitimi almış ya da 6 aylık Certification III yeterliliğini elde etmiş kişilerdir. Sertifika programı 360 saatten oluşmaktadır. Bu 360 saatin 310 saati teorik eğitim ve 50 saati klinik uygulamadan oluşmaktadır. SB eğitim kuruluşlarından en az 50 saat klinik uygulamanın hastane ortamında yapılmasını talep etmiştir (<http://www.health.nsw.gov.au> 23 Haziran 2017).

### ***2.3. Hemşire Yardımcılarının İş ve Görevleri***

Ülkelerin tamamı ya da birçoğu için eğitim ve görev içeriği, bakım yardımı, beslenme, hijyen, ilk yardım, güvenlik ve dokümantasyon içerir (EU-Project, SANCO/1/2009). Hemşire yardımcılarının düzenli görevleri arasında "yatak hazırlama, hastaların yeme ve yıkanmalarına yardımcı olma, hastaların glukoz testlerini, sıcaklık, nabız, solunum ve kilo izleme ve kayıt etme, basit pansumanlar yapma ve hastalara ameliyathaneye kadar eşlik etme" bulunmaktadır (<https://www.eurodiaconia.org> 21 Temmuz 2017). Hemşire yardımcısının bazı Avrupa ülkelerindeki iş ve görevleri aşağıdaki tablo da (Tablo 2.3.) verilmiştir.

**Tablo 2.3. Hemşire Yardımcısının Bazı Avrupa Ülkelerindeki İş ve Görevleri**

ÜLKE	İŞ VE GÖREVLERİ
AVUSTURYA	<p>Bakım tedbirlerini almak</p> <p>Hasta/müşterilere sosyal destek olmak ve temizlik faaliyetlerini yapmak</p> <p>Bakım faaliyetlerinin uygulanması sadece daha yüksek statüdeki sağlık çalışanlarının talimatı ve gözetimi ile yapılabilir. Alan dışı talimatlar yazılı olarak verilmelidir.</p> <p>Temel bakım yöntemlerini, kişisel temizlik ve besleme, hasta gözetimi, önleyici bakım uygulamalarını yapma, bakım belgeleri düzenleme, cihazların temizliği ve dezenfektasyonunu yapma</p> <p>Terapötik uygulamalara yardım, yalnızca belli durumlarda bir doktorun talimatıyla ve yüksek sağlık hizmeti üyelerinin gözetiminde yapılabilir. Ayrıca gözetim dahilinde, intradermal insülin enjeksiyonu ve gastrostomili hastanın beslenmesini yapabilir.</p>
BELÇİKA	<p>Belçika'da hemşire yardımcılarının genel görevleri arasında temel bakım faaliyetlerini gerçekleştirme, kişisel temizlik ve beslenme, hastanın gözetimi, koruyucu bakım tedbirleri, enfeksiyon kontrolü, materyallerin bakımı, temizliği ve dezenfektasyonu bulunmaktadır. Hemşirelerin gözetimi altında çalışırlar. Din, kültür, yaş, cinsiyet, alışkanlık, yaşam koşulları ve hastanın çevresi gibi faktörleri göz önüne alarak hastaların günlük kişisel ihtiyaçlarını karşılamaktan sorumludurlar. Giyinme ve soyunma, yiyecek ve içecek sağlama, hastaların hareket ettirilmesi, hemşirelerin gözetiminde teknik destek sağlamak, tansiyon, nabız, vücut sıcaklığı ölçümü, bandaj değiştirme, ilaç verme veya basit laboratuvar testleri yapma, kullanılan malzemeyi temizleme, yardım etme, yatak yapma, hastaların bakım yapılan alanları yıkama ve temizleme, kurumlardaki hasta kabul işlerine yardımcı olma gibi faaliyetlerde görev alırlar.</p>
BULGARİSTAN	<p>Bulgaristan'da hemşire yardımcıları beslenme, tuvalet, taşınma, konfor sağlama, hijyen ve temizlik konularında hastalara hizmet sağlamaktadır. 2011 yılında sağlık bakanlığı tarafından çıkartılan yönetmeliğe göre, hemşire ve doktor tarafından verilebilecek görevler şunlardır; beslenme, tuvalet, muayene için taşıma ve destek, normal günlük aktivitelere yardım, konfor sağlama ve hastane ortamının hijyenidir.</p> <p>Hemşire yardımcılarının sterilizasyon birimlerinde yapabileceği profesyonel faaliyetler, ameliyat ve diğer materyallerin sterilizasyon işleminin kimyasal ve mikrobiyolojik kontrolünü sağlamaktır.</p>
ÇEK CUMHURİYETİ	<p>Hemşire yardımcıları yıkama, beslenme, ve fizyolojik fonksiyonların ölçümü gibi temel bakım görevlerinin yanında hijyen, kan basıncı, nabız ve vücut sıcaklığı ölçümü, sıvı alımının değerlendirilmesi, hastalarla iletişim ve gözlem sağlama gibi faaliyetleri içerir. Bunların dışındaki faaliyetler sadece gözetim altında yapılabilir.</p>
DANİMARKA	<p>İş ve görevler arasında hastalara pratik ve kişisel yardım, hemşirelik görevlerine yardım, sağlık tedbirleri ve gelişimine yardım, koordinasyon, denetim, eğitim, aktiviteler ve rehabilitasyon yer alır.</p> <p>Sosyal sağlık bakım asistanlarının çalışması için eğitildiği alanları tanımlayan bir "Temel sosyal ve sağlık eğitim yasası" (16/05/2011 343 sayılı Kanun) mevcuttur.</p>

ÜLKE	İŞ VE GÖREVLERİ
FİNLANDIYA	Hemşire yardımcısını görevleri beslenme, sağlıklı yaşam tarzlarına yönelik rehberlik, fonksiyonel kapasitenin korunması, farmasötik bakımın sağlanması, hastaların/müşterilerin çevre ile etkileşimi ve günlük aktiviteleri için destek olmak, ergonomik çalışmak, işlerin tamamlanması ve sürdürülebilirliği ilkesine uygun olarak hizmet vermeyi içermektedir. Ayrıca proaktif çalışma yeteneği, işbirliğine dayalı çalışma, kalite ve hizmet odaklı görev yapma, bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımı, kendi performansını değerlendirip mesleki beceri geliştirebilme yeteneği, etkileşimli durumları yönetebilme becerisi ve her iki resmi dilin yanında bir tane de yabancı dil bilgisi gerekmektedir.
ALMANYA	Almanya'da hemşireler ile hemşire yardımcıları görevleri yasayla düzenlenmediğinden görev ayrımı yapmak zordur. Almanya'daki sistem çoğunlukla doktor odaklıdır. Hemşirelik ilgili bölüm fazla dikkate alınmamaktadır. Sistem, hala hemşirelerin sadece doktorlara işlerinde yardım eden kişiler olarak görmektedir.
İRLANDA	Hemşire yardımcıları hemşirelerin gözetimi altında çalışmalıdır ve iş ve görevleriyle ilgili olarak hemşirelere rapor vermelidir. Ayrıca sağlık ekibine entegre edilmelidir. Hemşireler mesleki yargılara ve hemşire yardımcılarının yetkinliğine uygun olarak görevleri devredebilirler. Hemşireler hemşire yardımcılarına eğitim görmediği bir alanda herhangi bir görevi devredemez. Hemşire yardımcıları, günlük yaşam aktivitelerde hemşirelere yardım etmek, hemşire tarafından verilen bakım hizmetlerini yapmakla görevlidirler. Örneğin kişisel hijyen, çamaşır yıkama, diyet alımı, fiziksel ve zihinsel standartların korunması için hastalara yardımcı olmak. Ayrıca hemşire yardımcıları müşterilerin/ hastaların ve personelin sağlığını ve güvenliğine tehdit oluşturabilecek durumları bildirmek ve uygun tedbirleri almakla yükümlüdür.
İTALYA	Yalnızca esasen hemşireler olmak üzere yüksek nitelikli personel denetimi altında çalışırlar. Cilt durumunu gözlemleme ve herhangi bir anormalliği hemşireye bildirme, hastalara giyinme ve bakıma yardım, kişisel hijyene ihtiyacı olan hastalara yardım etme, beslenmeye yardımcı olma, hastaların güvenli hareket kabiliyetine yardımcı olma, maksimum bağımsızlığa ulaşılmasına yardımcı olma, akranları ve aileleri ile sosyal ilişkileri geliştirmeye yardımcı olma, mahremiyete ve hastaya saygı duymak, oda temizliğine yardım etme, "uygulama ekibi ile etkili bir şekilde" etkileşim kurma, "hemşirelerin gözetiminde standart bir yeterlilik düzeyinin değerlendirilmesi üzerinde ve genel hemşirelik görevlerine yardımcı olma, örneğin sıcaklık, ağırlık [ve] boy, kan basıncı ölçümlerini kayıt altına alma." görevleri arasındadır.
HOLLANDA	Hollanda'da hemşire yardımcılığının 3 farklı seviyesi vardır. Aşağıdaki görevler ise her seviye için geçerlidir. Resmi olarak sunulan plana uygun bakım sağlamak, temel kişisel bakımda destek vermek, palyatif bakım yapmak, hastalara yaşamsal destek sağlamak, hem somatik hem de psikososyal takip yapmak, bilgi sağlamak, tavsiye ve eğitim, hizmet kalitesinin yükseltilmesi ve sürdürülmesi için çalışmak, bakım faaliyetlerinin düzenlenmesi, hastaların yaşam alanının temiz tutulması, çalışma materyallerinin muhafaza edilmesi, yiyecek ve içecek sağlanması, çamaşırların temizliği ve bakımı, çarşafların, ayakkabıların ve basit giysilerin tamiri ve temizliği sorumlu olduğu görevlerdir.

ÜLKE	İŞ VE GÖREVLERİ
POLONYA	Hemşire yardımcıları hastaların yaş farkları ve hastalık derecelerine göre bir kişinin bakımında karşılaşılan sorunların belirlenmesi ve çözülmesi, hasta veya bakım alan kişiye biyolojik, sosyolojik ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamada destek olmak, tedaviler sırasında hemşirelere ve diğer tıbbi personele yardım etmek, kullanılan aletlerin temizliği, bakımı ve dezenfektasyonu, hasta veya bakım alan kişinin bakım ve terapi ekibiyle işbirliği içinde çalışmak gibi görevleri yapar. Hemşire yardımcısı ve çocuk bakıcısının görevleri genelde bakım hizmetleri olarak adlandırılır. Bu görevlere temel hemşirelik ve bakım hizmetleri dahildir. Hasta ve hasta yakınlarının temel yaşam ihtiyaçlarını sağlamaya yardımcı olur. Yani temel görevleri, beslenme, boşaltım, vücut hijyeni, hastaların taşınmasıdır. Ayrıca günlük düzenli etkinliklere yardımcı olurlar. Engelli bireylerin evlerini temiz, düzenli ve uygun sıcaklıkta tutmak, temiz, uygun kıyafetler ve yatak örtüleri bulundurmaları, sorumlulukları alanlarındaki diğer görevlerdir. Hasta veya engelli kişiler için güvenli ve işlevsel bir ortam sağlamaya çalışırlar. Genel olarak günlük yaşamın rutin görevlerini yerine getirmede kişilere yardımcı olur.
SLOVENYA	Yetişkin hastaların, çocukların ve gençlerin sağlık bakımında yaşam aktivitelerini içeren işleri üstlenmek, doktor ve hemşirelerin talimatlarına uygun olarak tanı ve tedavi sürecinde iş birliği yapmakla görevlidirler, acil durumlarda doktor olay yerine gelene kadar ilk yardım, tıbbi yardım ve temel resüsitasyon prosedürlerini uygulamak, basit tıbbi aletler ve cihazları kullanmak, hastaların ve kendisinin sağlıklı yaşam tarzı için olumlu tutum sergilemek, hastaların ve özel ihtiyaçları olan kişiler için bilgisayar ve iletişim teknolojilerini kullanarak hızlı bir şekilde duruma adapte olmak, kronik ve ölümcül hastalar için sağlık hizmeti sunmak ve bu kişilerin yakınlarına ve ailelerine yardım etmek ve destek olmak görevleri arasındadır.
İSPANYA	Hemşire yardımcılarının bazı çalışma birimlerinde hemşirelere yardımcı olmak, hatta bazen işbirliği yapmak gibi idari görevleri bulunmasına rağmen, başlıca rolü klinik uygulamalarda değerlendirilmektedir. Hemşire yardımcısının şu görevleri yapmaları ise yasaktır; Parenteral ilaç tedavisi Debrütman, penetrasyon veya başka herhangi bir önleyici tetkik İlaç dışı tedavilerin uygulanması Hemşirelerin ekipmanlarını kullanmak veya hemşirenin görevi olan özel bir ilacı vermek Cerrahi müdahale sırasında tıbbi personele yardımcı olmak Hekimi bilgilendirmek
BİRLEŞİK KRALLIK	Hemşire yardımcısının görevleri, günlük yaşama ilişkin temel bakım becerilerinden yara bakımı, kateterizasyon, vena punktur, kanülasyon, tüp ile besleme ve ilaç tedavisi gibi karmaşık görevlere kadar değişkenlik gösterir. Bazı aşuları uygulayabilirler, hastalara özel talimatlara uygun olarak bazı intramüsküler enjeksiyonları uygulayabilirler. İngiltere’de hemşire yardımcılarının iş tanımları doğrudan bakım, temizlik ve büro işleri olmak üzere 3 temel alanda tanımlanmıştır. Ancak teoride bu şekilde belirtilen görevler uygulamada oda temizliği ve büro işlerinden çok, yatak başı doğrudan bakım faaliyetleri üzerine yoğunlaşmıştır. (Spilsbury ve Meyer 2004)

ÜLKE	İŞ VE GÖREVLER
İSVİÇRE	Hemşire yardımcıları, hemşire gözetiminde temel bakım görevlerini yaparlar. Hemşire yardımcılarının hangi işleri yapıp yapmayacağına dair resmi bir görev listesi yoktur. Genel olarak, hemşirenin gözetiminde hastaların bakımına yardımcı olmak, din, yaş, kültür ve cinsiyet gibi faktörleri dikkate alarak onların günlük kişisel aktivitelerini gerçekleştirmelerinde yardımcı olmak, hastaları sabah kaldırma, giyinme, soyunma, yiyecek ve içecek sağlama, hastaların hareket etme becerilerine destek olmak, yaşam kalitelerini artırmaya yönelik yardımcı olmak gibi görevleri yapar. Ayrıca hemşire yardımcıları laboratuvar çalışanlarının talimatları altında kolay tıbbi, teknik faaliyetlerden sorumludurlar, kan basıncı, nabız ve vücut sıcaklığını kontrol eder, bandaj ve sargıları değiştirir, kan örneklerini hazırlar, ilaç ve tüp ile besleme yapabilir, basit laboratuvar testlerini yapabilir, kullanılan materyalleri temizler ve sterilize ederler. Ayrıca acil durumların farkına varabilirler. Gerekirse ilk yardım yapabilirler ve profesyonellere yardım edebilirler. Ayrıca engelli, yaşlı veya diğer bakım gören kişiler için ilaç getirme, bakım hizmeti sağlar ve günlük işlerinde onlara yardımcı olurlar. Bunların yanında idari ve organizasyonel görevleri de yapabilirler. Resepsiyona yardımcı olabilir, hasta çizelgelerini iletir, hesapları derler ve posta-telefon hizmetlerinde görev alabilirler.

Kaynak: (EU-Projekt. SANCO/1/2009; <https://www.eurodiaconia.org> 21 Temmuz 2017).

#### **2.4. Hemşirenin Hemşire Yardımcısına Yetki Devri**

Bir hemşire yardımcısının belli faaliyetler gerçekleştirmesi sırasında hemşireler, uygulama basamaklarında tutarlı olmalıdır. Hemşire bir yetkiyi devretmeden önce görevi belirlemekle yükümlüdür. Hemşire yardımcısı ise görevi kabul etme ve görevi tamamlamakla yükümlüdür. Hemşire yardımcısı görev sürecindeki eylemlerinden sorumludur. Hemşire ise, denetleme, gözlem, değerlendirme ve takip gibi önemli bileşenlerden sorumludur (Kleinman ve Saccomano 2006).

Kaliteli bakım kavramı zamanla değişmektedir ve standartlar giderek daha yükselmekte dolayısıyla da bu standartların yakalanması güçleşmektedir. Tüm bakım gereksinimlerinin karşılandığının belgelendirilmesi durumunda hassasiyet gerektiren konu dokümanlar değil hasta bakımının kalitesidir. Sonuç olarak, düzenleme amacını bozmaktadır (Kayser-Jones ve ark. 1999; Simmons ve Reuben 2000; Volicer Warden, ve Morris 1999). Aşırı düzenlemeler, yanlış ve sahte belgelerin oluşturulmasına teşvik eden bir ortam yaratmıştır bu da CNA'ların kendine güven ve etkinlik duygusunu daha da azalmasına yol açmıştır (Kalliath ve Morris 2002). Bu nedenle iyi temel bakım standardının ne olduğunu ve temel bakımın nasıl değerlendirileceğini yeniden tanımlamak gerekmektedir (Crickmer 2005).

Hemşireler hastaların doğrudan bakım ihtiyaçlarının çoğundan sorumlu olduğu bir modele göre eğitim görmüşlerdir. Yani birçok hemşire asistanlarla çalışmamıştır. Dolayısıyla da bu birlikteliği verimli şekilde yürütecek beceriye sahip olmayabilirler. Araştırmacılar hemşirelerin yeni görev modellerine uygun beceriler geliştirmelerine ve klinik uygulamalarına yardımcı olacak yöntemler geliştirmektedir. Hemşireler, yapılan faaliyetler için hesap verebilirlik yükümlülüklerini sürdürürler ve bu sebeple bu faaliyetlerin denetlenmesinden sorumludurlar. Bu modelde hemşirelerin temel görevi hemşire yardımcılarına yetki vermek ve onları denetlemektir (Kleinman ve Saccomano 2006).

Amerika'da hemşire yardımcılarının sağlık hizmetlerinde yapmaları gereken görevler için becerilerini geliştirmek, yetersizliklerini tespit etmek ve özel teknikleri kazandırmak amacıyla bir eğitim programı geliştirilmiştir. Kurs niteliğindeki bu program gerekli klinik ve donanım becerilerinin kazandırıldığı ve geri dönüt için testlerin uygulandığı bir programdır (Barczak ve Spunt 1999).

Amerika'da yapılan bir araştırmada toplamda 148 RN ve LPN statüsündeki hemşirenin yetkilendirme ve denetleme becerileri incelenmiştir. Araştırmada her iki statüdeki grupta da hemşirelik deneyimiyle bu beceriler arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Ayrıca RN ve LPN grupları arasında karşılaştırma yapılmıştır. Sonuçta RN grubundaki hemşirelerin, LPN grubundaki hemşirelere göre yetkilendirme ve gözlem yeteneğinin anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada yer alan hemşirelerin örgün eğitim programlarındaki aldıkları eğitimlerle alakalı eksikleri de vurgulanmıştır. Hemşireler, bu becerilere deneme-yanılma ya da iş başında eğitim yoluyla ulaşılabilene inandıklarını belirtmişlerdir (Anthony ve ark. 2001). Açıkça görülmektedir ki deneme yanılma yöntemi yeni model hemşirelik uygulamalarında gerekli becerileri kazanmak için uygun bir mekanizma değildir. Konuyla ilgili yapılan bir çalışmada hemşireler, kimlere, ne tür işleri, hangi şartlar altında devredebilecekleri konusunda belirsizlik yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Thomas ve Hume 1998). Gürcistan Hemşireler Derneği bir raporunda hemşirelerin, hemşire yardımcılarının sağlık hizmetlerinde kullanılış biçimlerinden sorumlu tutulmak istemediklerini rapor etmiştir (aktaran: Kleinman ve Saccomano 2006).

Yetki devri (delegasyon) hem akademik hem de klinik eğitim gerektiren kompleks bir beceri olarak tanımlanmıştır (Thomas ve Hume 1998). The National Council of State Boards of Nursing 1997 yılında delegasyonun uygun beş bileşenini özetle şu şekilde tanımlamıştır.

- Uygun görev: Bir kişi özel bir hasta için görevlendirilebilir.
- Uygun şartlar: Hastanın durumu, mevcut kaynaklar ve diğer ilgili faktörler dikkate alınır.
- Uygun kişi: Görevler, doğru kişiler tarafından yine doğru kişilere devredilmelidir.
- Uygun yönetim ve iletişim: Görev kısa ve net bir şekilde açıklanmalı; hedef, sınırlar ve beklentiler ifade edilmelidir.
- Uygun denetim: Görev süresince gerekli takip, değerlendirme, müdahale ve geri bildirim sağlanmalıdır (aktaran: Kleinman ve Saccomano 2006).

Yetki devrinin etkin bir şekilde uygulanabilmesi hemşire ve hemşire yardımcıları arasındaki iletişimin ve ekip anlayışının geliştirilmesine bağlıdır. Yetki devrinin başarıya ulaşması sadece yetkinin devrinin gerçekleşmesi değil aynı zamanda süreçten sorumlu kişilerin bazı becerilerine de bağlıdır (Kleinman ve Saccomano 2006).

Williams ve Cooksey 2004 yılında etkili yetki devri sürecinde bazı adımlar tanımlamışlardır. Bunlar;

1. Hasta ihtiyaçlarının ve hemşire yardımcısının bilgi ve beceri düzeylerinin değerlendirilmesi
2. Güvenli bir şekilde uygulanabilecek görevlerin tanımlanması
3. Görevlerinin öncelik sırasının ve tamamlanması için gerekli sürenin belirlenmesi
4. Ortaya çıkabilecek herhangi bir durumda hemşire yardımcısının iletişim kurmaya teşvik edilmesi
5. Hedeflere yönelik ilerleme durumunun uygun geri bildirimlerle değerlendirilmesi
6. Hasta ihtiyaçları değiştikçe planın yeniden düzenlenmesi (Williams ve Cooksey 2004)

Hemşirelik hizmeti yönetiminde, hemşirelerin gelişen ve değişen mesleki rollerine uyum sağlayabilmeleri için sürekli eğitime tabi tutulmaları zorunludur. Bu eğitim sayesinde gerekli işbirliği ve denetim becerilerini geliştirebileceklerdir. Sürekli eğitimlerle hemşirelerin sadece klinik uygulayıcılar olarak rollerine uyum sağlaması hedeflenmemeli, aynı zamanda hemşire yardımcıları ile oluşturulacak ekipte liderlik özelliklerinin geliştirilmesi de sağlanmalıdır. Sağlık hizmetlerinin başarılı bir şekilde yürütülebilmesi için bu bilgi ve becerilerin sağlanması hemşire-hemşire yardımcısı birlikteliğinde kritik önem taşımaktadır (Kleinman Saccomano 2006).

Hemşire ve hemşire yardımcılarının mesleki rollerinin değişimi hakkında uzun süredir devam eden tartışmalar vardır. Hemşire yardımcıları hemşirelik uygulamaları içinde daha çok doğrudan bakım hizmetlerinde rol almaktadır. Ancak uygulanan hemşirelik modeline göre hemşire yardımcılarının mesleki rolü ve meşruiyet durumu değişebilmektedir (Bach ve ark. 2008).

Hemşirelerin rollerinin değişmesi doğrudan hemşire yardımcılarının rollerini de etkilemektedir. Yeni yapılanmayla birlikte hemşireler rollerinden bazıları hemşire yardımcılara devrederken, kendi rollerine de bazı ek görev ve sorumluluklar eklenmektedir. Hemşire yardımcısı olarak sağlık hizmetlerinde kullanılacak kişilerin yeterliliklerinin yeniden değerlendirilmesi, hasta bakımındaki katkıyı en üst düzeye çıkarmak ve kalite standartlarını yakalamak için faaliyetlerin izlenmesi ve denetlenmesi gerekmektedir (Spilsbury ve Meyer 2004).

Yapılan bir çalışmada İngiltere Ulusal Sağlık Hizmeti'nde (NHS) hemşire yardımcısının rollerinin yeniden tasarımı incelenmiştir. Bu yeni tasarım hemşirelerin doğrudan bakım üzerindeki görevlerini azaltmıştır. Hemşire yardımcılarının görev tanımlarında ise yardımcı, temsilci ya da çırak gibi farklı rollerde algılar oluşturabilecek uygulamalar görülmektedir. Bu farklılıklar, hemşirelerin ve hemşire yardımcılarının görevlerinde farklı varsayımlara sahip modellerden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle bu farklı algılar ve değişen rollerin, anlaşılır ve tutarlı hale gelmesi ulusal sağlık politikasının geleceği açısından çok önemli olduğu belirtilmiştir (Bach ve ark. 2008). İngiltere'de yaklaşık olarak 250.000 civarında hemşire yardımcısı olduğu belirtilmiştir (Saks ve Allsop 2007).

Hemşire ve hemşire yardımcısının birlikte çalışmasıyla ilgili rol karmaşasını ve avantajlarını inceleyen çalışmalar yurt dışı literatüründe oldukça fazladır. Ancak bu çalışmalar bazı yönleriyle araştırmacılar tarafından eleştirilmektedir. Çalışmaların çoğunun metodolojik olarak zayıf olduğu, sadece kısa vadede bilgi verdiği ya da hemşire yardımcısının kullanılmasını savunma amacıyla yapıldığı gibi sebeplerle eleştirilmişlerdir (Buchan ve Dal Poz 2002; Carr-Hill ve ark. 2003; Hewitt ve ark. 2003).

Hemşirelik uygulamalarının, hemşireler ve hemşire yardımcıları arasında bölünmesi tartışmalı bir temel üzerine kurulmuş gibi gözükmektedir. Yapılan çalışmalar sıklıkla tartışmalı ve eksik nitelikte uygulamalar içerdiğini ortaya koymuştur (Spilsbury ve Meyer 2004).

Hemşirelik uygulamalarında iş bölümüyle ilgili tartışmalı konuların başında gerekli beceriler, alınan eğitim ve görev tanımları gelmektedir. Hemşire ve hemşire yardımcılarının rollerini belirleme çalışmaları farklı yorumlara ve dolayısıyla da çeşitli bakış açılarına yol açmıştır. Bu sebeple hemşire yardımcılarının rolleriyle ilgili zaman zaman farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır (Bach ve ark. 2008).

Mevcut kaynakları daha verimli bir şekilde kullanabilmek adına sağlık sektöründe hemşire yardımcılarının kullanılması makul bir çözüm olarak görülmektedir. Çünkü hasta sayısı arttıkça hemşirelerin daha fazla sayıda hastaya akut olarak bakım yapması gerekecektir. Direkt hasta bakımı sağlayan hemşireler, zamanların çoğunu hasta başında geçirmek durumunda kalacaklardır. Bu süreci daha verimli hale getirmek için hemşire ve hemşire yardımcılarından oluşacak bir ekiple daha olumlu sonuçlar elde edilecektir (Kleinman ve Saccomano 2006).

Hemşireler ve hemşire yardımcıları arasında oluşturulmaya çalışılan doğal sınırların tanımlanması gerekmektedir. Bu iki meslek grubu arasındaki doğal sınırların belirlenmesinin iki önemli sebebi vardır. Bunlardan birincisi; esnek olmayan bazı görevlerin sınırları katı teorik bilgiler ile kesin olarak tanımlanması gerekliliğidir. İkincisi de, fiili olarak çatışma ortamı yaratabilecek konuları, hemşireler ve hemşire yardımcılarının işbirliği içinde çözebilecekleri dinamik ve etkili yöntemlerin belirlenmesidir (Spilsbury ve Meyer 2004).

Konu ile ilgili araştırmalar incelendiğinde bu sistemin uygulandığı ũlkelerde bazı sorunların yaşandığı görülmekte ve problemlere önlem alınması, geliştirilen politikanın başarıya ulaşması için önem arz etmektedir. Bu önlemlerin başında işgücünün yapılandırılmasındaki reformlar gelmektedir. Bu reformlarda yapılan değişikliklerde daha düşük statüdeki mesleklerin etkisi göz ardı edilmemelidir. Bir başka durum da aynı kapsamdaki görevleri icra eden meslek gruplarının anlaşmazlıklarıdır. Bu tür düzenlemelerde devlet tarafından resmi olarak belirlenen sınırlar içinde boşluklar olmamalıdır. Bu tür problemler Amerika ve İngiltere de dahil olmak üzere birçok ũlkede tekrarlanmıştır. Hemşire yardımcılarının modernizasyonu ve giderek artan sayıları hasta bakım sürecindeki önemleri konusunda farkındalık yaratmıştır. Bu farkındalık hemşire yardımcıları faaliyetlerinin, hem sağlık uygulamalarında hem de hemşirenin mesleki kimliklerinde doğrudan bir etken olarak görülmüştür (Bach ve ark. 2008).

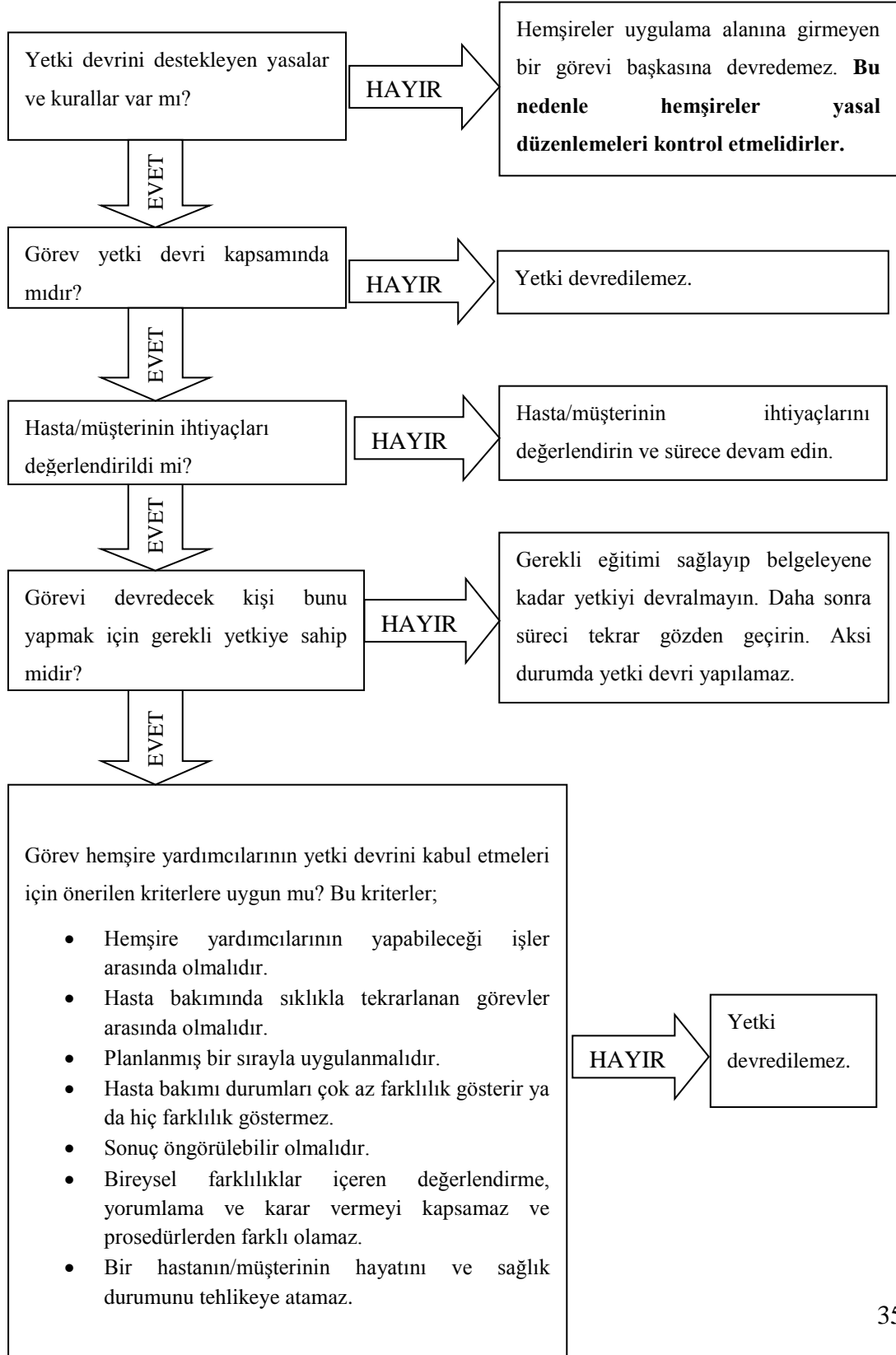
Hemşire yardımcılarının rolleri üzerine yapılan çalışmaların çoğu, hemşire yardımcılarının beceri, deneyim, yeterlilik gibi özelliklerini ve rolleri ile olan ilişkisini yeterince ele alamamaktadır. Hemşireler ve hemşire yardımcıları arasında farklılıkların aksine benzerliklerin daha fazla olduğunu söylemek mümkündür. Çalışmalarda vurgulanan en güçlü temalardan birisi hemşire ve hemşire yardımcısını bağımsız iki personel grubu olarak düşünmektense, bağlılık duygusu içinde çalışabilen bir işgücünün iki unsuru olarak düşünmektir (Spilsbury ve Meyer 2004).

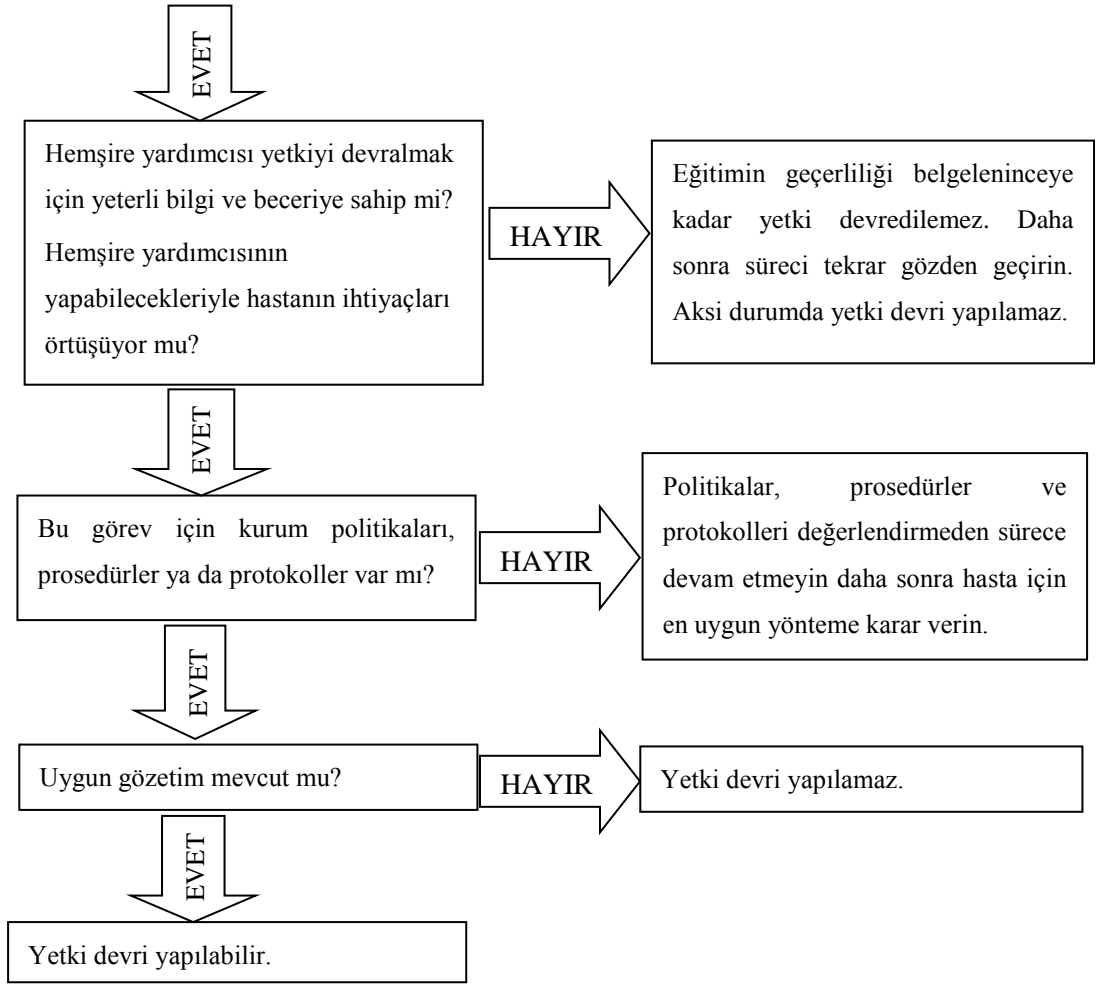
Kleinman ve Saccomano (2006) sağlık hizmetlerinde hemşire ve hemşire yardımcılarının birlikte kullanılmasını tüm yönleriyle incelemiş ve bazı kritik hususlara dikkat çekmiştir;

- Sağlık bakım hizmetlerinde hemşire yardımcısının kullanılması hemşire sayısının yetersizliğinden kaynaklanan boşluğu doldurur ve maliyeti düşürür.
- Hemşirelerden hemşire yardımcıları ile işbirliği içinde yapılması gereken hasta bakım sürecindeki faaliyetleri takip etmeleri ve denetlemeleri beklense de bunu genellikle gerektiği gibi yapamadıkları tespit edilmiştir.
- Hemşirelere, değişen mesleki rollerine uyum sağlamaları için sürekli olarak eğitim sağlanmalı, hemşirelerin işbirliği ve gözetim becerileri klinik ve akademik eğitimciler tarafından desteklenmelidir.

ANA ve NCSBN (National Council of State Boards of Nursing) tarafından 2016 yılında güncellenen hemşire yardımcılarının yetki devri konularına ilişkin karar ağacı yayınlamıştır;

### **Birinci Adım - Değerlendirme ve Planlama**





## İkinci Adım - İletişim

İletişim iki yönlü bir süreç olmalıdır

<p><b>Hemşire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Hemşire yardımcısının anladığından emin olur.</li> <li>-Görev nasıl başarılabılır?</li> <li>-Ne zaman ve hangi bilgiler rapor edilecek?</li> <li>^Rapor etmek ve kaydetmek için beklenen gözlemleri açıklar.</li> <li>^Öncelikli rapor gerektiren belirli hastaların durumlarını belirtir.</li> <li>*Hemşire yardımcısı ve hastanın durumuna göre bireyselleştir.</li> <li>*Hastaların özel gereksinimlerini, özelliklerini ve net beklentileri açıklar.</li> <li>*Hemşire yardımcılarının beklentileri anlama durumunu değerlendirir ve gerektiğinde açıklama yapar.</li> <li>*Gerektiğinde hemşire yardımcısını yönlendirmek desteklemek için uygun olduğunu bildirir.</li> <li>*Yetkiyi devralan kişinin beraberindeki sorumluluğu kabul ettiğini doğrular ve hesap verebilirliği temin eder.</li> </ul>	<p><b>Hemşire Yardımcısı</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Görevle ilgili sorular sorun ve gerektiğinde beklentilerin netleştirilmesini isteyin.</li> <li>* Daha önce bu görevi hiç yapmadıysanız ya da çok nadiren yaptıysanız hemşireye bunu bildirin.</li> <li>* Gereken eğitim ve gözetim talebinde bulunun.</li> <li>* Beklentilerin anlaşıldığını onaylayın.</li> <li>* Hemşire ve hemşire yardımcısı arasındaki iletişim yöntemini belirleyin.</li> <li>* Acil durumlardaki iletişim ve eylem planını belirleyin.</li> </ul>	<p><b>Dokümantasyon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Uygulanan hizmetin zamanında, tam ve doğru şekilde belgelenmesi sağlanmalı.</li> <li>*Sağlık ekibinin birbiriyle olan iletişimini kolaylaştırır.</li> <li>* Sağlanan bakım hizmetleri kaydedilir.</li> </ul>
---	--	--

### **Üçüncü Adım - Gözetim ve Denetim**

Gözetim ve denetimin amacı bir hasta/müşteri popülasyonu bağlamında hasta bakımında sunulan hizmetin sorumluluğu ile ilgilidir. Hemşire görev ve yapılan eylem performansını izleyerek nezaret eder ve uygulama standartlarına, prosedürlere ve politikalara uygunluğu sağlar. Gözetimin sıklığı, seviyesi ve niteliği hastanın durumuna ve hemşire yardımcısının bilgi ve beceri düzeyine göre değişir.

Hemşireler aşağıdakilere dikkat eder;  *Hastanın sağlık durumu ve durumun stabilitesi *Yanıtların ve risklerin öngörülebilirliği *Bakımın yapıldığı yerin ayarlanması *Kaynak ve destek alt yapısı *Uygulanan görevin karmaşıklığı	Hemşireler aşağıdakilere karar verir;  *Yerinde denetim ve değerlendirme sıklığına göre, -Müşterinin ihtiyaçları -Devredilen iş/görev/eylemin karmaşıklığı -Hemşire lokasyonuna yakınlığı	Hemşire aşağıdakilerden sorumludur;  *Sorunlara ve endişelere zamanında müdahale ve durumu takip etme. Müdahale ihtiyacının örnekleri şunlardır: -Hassas işaret ve semptomlara karşı tetikte olma (hemşire ve asistanın, bir hastanın durumu bozulmadan önce proaktif olmasını sağlar) -Delege edilen görevlerde hemşire yardımcısının karşılaşacağı zorlukların farkında olma -Sorunlara ve/veya değişen durumların izlenmesi delegasyonun kritik bir yönüdür.
--	--	--

### **Dördüncü Adım – Değerlendirme ve Geri Bildirim**

Değerlendirme sıklıkla delegasyon sürecinde unutulmuş bir adımdır.

Hemşire delegasyonun etkililiğini göz önünde bulundurarak aşağıdaki sorulara cevap arar;

\*Delegasyon başarılı mıydı?

- Görev/iş/eylem doğru şekilde uygulandı mı?
- Müşterinin istediği ya da beklediği sonuçlara ulaşıldı mı?
- Sonuçlar uygun, tatmin edici ya da yetersiz mi?
- İletişim zamanında ve etkili yapıldı mı?
- Ne iyi gitti, zor olan neydi?

-Herhangi bir sorun ya da endişe var mı; varsa nasıl iletişim kuruldu?

\*Müşterinin ihtiyaçlarını karşılayan daha iyi yollar var mı?

\*Bakım planını tekrar düzenlemeye gerek var mı, yoksa bu yaklaşım sürdürülmeli mi?

\*Hemşire ya da hemşire yardımcısı için “öğrenme alanları” var mıydı?

\*Delegasyonun uygulanmasına ilişkin hemşire yardımcısına uygun geribildirim sağlandı mı?

\*Görev/iş/eylemi gerçekleştirmeyi asistan kabul etti mi?

### ***2.5. Hemşire Yardımcılığı Uygulanmasıyla İlgili Çalışmalar***

Badovinac ve ark. (1999) tarafından Amerika’da yapılan bir çalışmada hemşire ve hemşire yardımcılarını hasta bakım sürecinde birlikte kullanan bir hastanede hastaların memnuniyeti incelenmiştir. Çalışmaya 40 hasta, 15 hemşire ve 9 hemşire yardımcısı katılmıştır. Hastaların taburcu işlemleri yapıldıktan sonra kendilerine gönüllü olarak katıldıkları 1-5 arasında puanlanan bir likert ölçeği uygulanmıştır. Hastaların verdikleri cevaplardan elde edilen veriler değerlendirilmiş ve araştırmanın sonuçlarına göre hastaların, hemşire yardımcılarının zamanında bakım, iletişim, beceri ve açıklama gibi görevlerinden memnun oldukları bulunmuştur (Badovinac ve ark. 1999).

Seihoff (1998) tarafından yapılan bir çalışmada kayıtlı hemşire sayısının azaltılıp, hemşire yardımcısı sayısının artırılmasının hastaların memnuniyeti üzerindeki etkisini incelemiştir. Araştırma, 7 farklı çalışmanın sonuçlarını değerlendiren bir derleme olarak tasarlanmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre kayıtlı hemşire sayısının azalması ve hemşire yardımcısı sayısının artmasının hastaların memnuniyet düzeyinde anlamlı bir değişikliğe yol açmadığı bulunmuştur (Seihoff 1998).

Amerika’da bakım evinde yaşayan insanların doğrudan bakımının % 90’lık kısmı lisanslı hemşire yardımcıları tarafından sağlanmaktadır (Galloro 2001) ve uygulanan bu modeldeki hemşire yardımcılarının sorun yaşadığına dair bulgular bulunmaktadır. Bu personel grubuna ilişkin taleplerin artması, düşük ücretler, istismara açık bir statü ve yaşanan sıkıntılar sonucunda meslekteki sürekliliğin aksaması ile karşılaşılabılır. (Kleinman ve Saccomano 2006)

Hemşire yardımcıları her geçen gün zorlaşan şartlar, rahatsız edici talepler, üstlerin destek olmaması, halkın saygı göstermemesi ve çeşitli istismarlar ile karşı karşıya kalmaktadır (Muntaner ve ark. 2004). Bunun yanı sıra düşük ücretle ve elverişli olmayan çevre koşullarında çalışarak çok sayıda iş kazasına maruz kalmaktadırlar (Wegman 2005).

ABD'nin Massachusetts eyaletinde 16 bakım evinde toplam 87 sertifikalı hemşire yardımcısının (CNA) niteliksel verileri kullanılarak düşük statülü olarak kabul edilen bu mesleğin fiziksel ve ruhsal talepleri, yöneticilerin ve vatandaşların davranışlarındaki saygı eksikliği gibi etmenlere rağmen bu mesleğin mensupları tarafından ifade ettiği anlam üzerine bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada hemşire yardımcılarının işleriyle ilgili olumsuz düşünceleri kabul etmek yerine, pozitif bir kimlik oluşturulması için çaba göstermesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu mesleğin değer ilkelerinin benimsenmesinin hemşire yardımcılarının kimliklerini yeniden yapılandırmasında yardımcı olacağı savunulmaktadır. Ayrıca hemşire yardımcılara saygı gösterilmemesi, yeterli seviyede maddi kazanç sağlanmaması ve yönetimin destek vermemesi, bu mesleği sömürüye açık hale getirmektedir. Ayrıca uygulama alanlarındaki çizgilerin tam olarak belirgin olmaması sebebiyle, özellikle yöneticilerin tutumlarının çifte standart içermesi durumu daha da güçleştirebilir. Aynı davranışları sergileyen hemşire yardımcılarında bazılarının ödüllendirilmesi, bazılarının görmezden gelinmesi ya da cezalandırılması uygulamaların belli standartlardan uzaklaşmasına sebep olacaktır (Pfefferle ve Weinberg 2008).

Hemşire yardımcılarının personel yetersizliği, elverişsiz çevre koşulları, yöneticilerin kötü muamelesi, saygısızlık ve düşük ücret gibi olumsuzluklara rağmen mesleklerine karşı olumlu hisler besleyebilmelerinin yolları araştırılmalıdır. Çünkü hemşire yardımcılarının yaptıkları işe yükledikleri anlam, uygulanan bakımın kalitesi ve işlerinden memnuniyet sağlayabilmeleri için oldukça önemlidir (Pfefferle ve Weinberg 2008). Hemşire yardımcılarının çalışma şartlarındaki tüm zorluklara rağmen, çoğu hemşire yardımcısı işlerinden memnun olduklarını ve yaptıkları işin manevi olarak anlamlı olduğunu ifade etmiştir (Pennington ve ark. 2003).

Hemşire yardımcılara kazandırılmak istenen “iyi iş (goodwork)” teması onlara “Tanrı'nın işi (God's work)” olarak yansımaktadır. Bu tema insanların yaşamsal ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik bakım çalışmalarının doğasında var olan

manevi değeri vurgulayarak olumlu bir kimlik oluşturma çabasını içermektedir. Hemşire yardımcılarının yaşlı ya da bakıma muhtaç insanların tuvalet, giyinme, soyunma, beslenme gibi birincil ve samimi gevlerin, fedakarlık ve içtenlikle yapılması gerektiği belirtilmektedir. Hemşire yardımcılarının bu insanlara yardım ederken, kazandıkları “iyi hissetmek” duygusu onların manevi doyumunu sağlayan bir ağrı niteliğindedir. Konuyla ilgili yapılan bir çalışmada engelli ve yaşlı insanların bakım sürecinde yanında olan ya da ölümlerine tanıklık eden hemşire yardımcılarını, bunun farklı bir tecrübe yaşattığını ve manevi bir anlamı olduğunu vurgulamışlardır (Pfefferle ve Weinberg 2008).

Sağlık hizmetlerinde hemşirelerin alternatifini olarak hemşire yardımcılarının kullanılması bazı araştırmalarda hasta memnuniyetini ve bakım kalitesini düşürdüğü sonucuna ulaşılmıştır. Düşük cretli hemşire yardımcılarının çalıştırılması, eğitim ve becerilerinin yetersiz olduğu düşünülen bu kişilerin sunulan hizmet kalitesini düşürebileceği belirtilmektedir (Kido 2001; Minick ve Harvey 2003).

Hemşireler, hemşire yardımcılarının eylemlerinden sorumlu oldukları için onların uygulama alanlarını bilmeli, sahip oldukları beceri düzeylerinin farkında olmalı ve hasta bakımı konusunda yetkilendirip işlerin güvenli şekilde yürütülmesi için sürekli gözetim sağlamalıdır (Kleinman ve Saccomano 2006).

Hemşire yardımcılarının çalışırken dikkat etmesi gereken durumlar vardır. Duygusal beklentiler ile uyulması gereken kurallar arasında ikilem yaşayabilirler. Örneğin hasta yakınlarına hastanın durumu hakkında bilgi vermek, onlar tarafından takdir edilecek bir davranış olarak görülse de, öngörülen komuta zincirine aykırı hareket ettiklerinden dolayı cezalandırılabilirler (Pfefferle ve Weinberg 2008).

## **2.6. Türkiye’de Hemşire Yardımcılığı**

Ülkemizde hemşirelik mesleği temel alındığında, eğitim düzeyleri farklı olmasına rağmen; unvanı, görev, yetki ve sorumlulukları aynı olan meslek üyelerinin varlığı söz konusudur (Ulusoy 1998). Bu nedenle uygulamada önemli sorunlar ortaya çıkmakta, kargaşalar oluşmakta ve mesleksel birlik sağlanamamaktadır (Kızılkaya ve şenyuva 2014).

Sağlık Bakanlığı 5634 no'lu kanunun birinci maddesinde 02.05.2007 yılında yaptığı değişiklikle hemşirelik eğitimine lisans standardı getirmiştir. Ancak kontenjan yetersizliği gerekçesiyle aynı kanuna eklenen geçici maddeyle beş yıl süre ile sağlık meslek lisesine (SML) öğrenci alımına devam edileceği bildirilmiştir.

Meslekteki çelişkileri ve yasal olan tutarsızlıkları ortadan kaldırmak için SML mezunlarına farklı bir unvan verilmesi konusunda çalışmalar da başlamıştır. Beraberinde ara insan gücü (hemşire yardımcılığı, ebe yardımcılığı, sağlık bakım teknisyenliği) eğitimi gündeme gelmiş ve 2014-2015 eğitim-öğretim yılında Sağlık Hizmetleri Alanı genel adıyla eğitime başlanmıştır (<http://www.halkinsagligi.org>. 29 Mayıs 2017). Öğrenciler sağlık hizmetleri alanını tercih ettikten sonra 9. ve 10. sınıf eğitimlerini beraber almaktadırlar. Öğrenciler Hemşire Yardımcılığı, Ebe Yardımcılığı ve Sağlık Bakım Teknisyenliği dallarından birini 11. sınıfın başında tercih edip, seçtikleri meslek dalına yönelik eğitimlerini bu bölümde tamamlayarak bitirdikleri alanın meslek unvanını kazanmaktadırlar (<http://www.megep.meb.gov.tr>. 29 Mayıs 2017).

**Tablo 2.5. Sağlık Hizmetleri Alanı (Ebe Yardımcılığı, Hemşire Yardımcılığı, Sağlık Bakım Teknisyeniği Dalları) Haftalık Ders Çizelgesi**

DERS KATEGORİLERİ		DERSLER	9. SINIF	10. SINIF	11. SINIF	12. SINIF
<b>ORTAK DERSLER</b>		Türk Dili ve Edebiyatı (*)	5	5	5	5
		Din Kültürü ve Ahlak Bilgisi	1	1	1	1
		Tarih	2	2	-	-
		T.C. İnkılâp Tarihi ve Atatürkçülük	-	-	2	-
		Coğrafya	2	2	-	-
		Matematik	6	6	-	-
		Fizik	2	2	-	-
		Kimya	2	2	-	-
		Biyoloji	3	3	-	-
		Sağlık Bilgisi	1	-	-	-
		Felsefe	-	-	2	-
		Yabancı Dil	6	4	4	4
		Beden Eğitimi	2	2	2	-
		Görsel Sanatlar /Müzik	1	-	-	-
	Trafik Ve İlk Yardım	-	-	-	1	
<b>TOPLAM</b>			<b>33</b>	<b>29</b>	<b>16</b>	<b>11</b>
<b>ALAN / DAL DERSLERİ</b>	<b>ALAN ORTAK DERSLERİ</b>	Mesleki Gelişim	2	-	-	-
		Beslenme	-	2	-	-
		Ofis Programları	-	2	-	-
		Sağlık Hizmetlerinde İletişim	-	-	-	2
		Anatomi Ve Fizyoloji	-	4	-	-
		Mesleki Hak ve Sorumluluklar	-	-	2	-
		Meslek Esasları	-	6	-	-
		Hastanın Kişisel Bakımı	-	-	2	-
		İlk Yardım	-	-	2	-
	<b>DAL DERSLERİ</b>		İşletmelerde Mesleki Eğitim (*)	-	-	16
Aseptik Uygulamalar						
Enfeksiyon Hastalıkları						
Sistem Hastalıkları						
Özel Bakım Uygulamaları (*)						
Temel İlaç Bilgisi						
Sağlık Psikolojisi						
Doğum Öncesi İzlem ve Doğum (*)						
Kadın Hastalıkları ve Aile Planlaması						
Yeni doğan ve Çocuk Sağlığı						
Mesleki Temel Uygulamalar (*)						
<b>ALAN / DAL DERS SAATLERİ TOPLAMI</b>			<b>2</b>	<b>14</b>	<b>22</b>	<b>28</b>
<b>SEÇMELİ DERS SAATİ TOPLAMI</b>			<b>3</b>	<b>-</b>	<b>5</b>	<b>4</b>
<b>REHBERLİK VE YÖNLENDİRME</b>			<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>TOPLAM DERS SAATİ</b>			<b>39</b>	<b>44</b>	<b>44</b>	<b>44</b>
(*) Millî Eğitim Bakanlığı Ortaöğretim Kurumları Yönetmeliği uyarınca yılsonu başarı puanı ile başarılı sayılmayacak derslerdir.						

Kaynak: <http://megep.meb.gov.tr> 29 Mayıs 2017

Sağlık hizmeti alanı ders içeriği Tablo 2.5.'de verilmiştir. Buradan da anlaşıldığı gibi meslek eğitimi 14 yaşında başlamaktadır.

Türkiye’de hemşire yardımcıları henüz eğitim dönemindedir. Bu meslek grubu ilk mezunlarını 2018 yılında verecektir. Hemşire yardımcısı, yönetmelikte “Sağlık meslek liselerinin hemşire yardımcılığı programından mezun olup hemşire nezaretinde yardımcı olarak çalışan, ayrıca hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi, beslenme programının uygulanması, kişisel bakım ve temizliği ile sağlık hizmetlerine ulaşımında yardımcı olan ve refakat eden sağlık teknisyeni” olarak tanımlanmaktadır (T.C. Resmi Gazete, 18 Ocak 2014, Sayı: 28886).

Hemşire yardımcılığı uygulamasının tarihi eskiye dayanmaktadır. Uygulamayla ilgili sınırlı kaynaklar olsa da 6283 sayılı ve 25.02.1954 tarihli Hemşirelik Kanununun 7. maddesinde hemşire yardımcısı olmak için gerekli şartlar belirlenmiştir. İlkokulu bitirmiş ve 18 yaşını tamamlamış olan kadınlar, hastanelerde altı aylık teorik kurs gördükten sonra en az bir senelik teorik ve uygulamalı bilgi edinmek için staj görenlerin ehliyetlerini bir jüri huzurunda ispat ettikleri takdirde hemşire yardımcısı olabileceklerdir. Hatta geçici maddeyle kanun çıkmadan önce hasta bakıcılık yapanların hemşire yardımcısı olmak için jüri huzurunda yeterliliklerini ispat etmelerinin gerektiği ifade edilmektedir. 1957 yılında açılan bu kurslar 1967 yılında kapatılmıştır (<http://megep.meb.gov.tr> 09 Kasım 2017). Hemşire yardımcısının görev ve sorumlulukları, Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik kapsamında yeniden düzenlenmiştir (T.C. Resmi Gazete, 22 Mayıs 2014, Sayı: 29007). Buna göre;

Hemşire yardımcısının İş ve Görev Tanımlarına Ait Yönetmelik incelendiğinde hastanın; kişisel bakım ve temizliği ile ilgili gereksinimlerinin karşılanmasında, muayene, tetkik ve tedavi için hazırlanmasında (tıbbi işlem öncesinde elbiselerinin değiştirilmesine ve işlem sonrasında giyinmesi vb.) beslenmesinde ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesinde yardım etme gibi faaliyetleri içermektedir. Bunun yanında hasta odasının düzeni ve temizliğinin yapılması, alınan kan, doku veya diğer örneklerin laboratuvara naklini sağlama gibi görevleri de bulunmaktadır.

Hemşire yardımcısının İş ve Görev Tanımlarına Ait Yönetmelikte yatak yarasını önlemeye yönelik koruyucu işlemlere, hasta güvenliğinin sağlanmasına yardım edeceği ve hemşirenin uygun gördüğü hastanın tedavi planında yer alan oral ilaçları hastaya verebileceği gibi beraber yapılması gereken işlemlerde yer almaktadır. Bunun yanında yataktan kalkamayan veya kalkması uygun görülmeyen hastanın varsa boşaltımla ilgili sorunlarından ve hastanın deri bütünlüğüyle ilgili gözlemlerinden, ilgilendiği hastaların genel durumunda fark ettiği değişikliklerden hemşireyi bilgilendirmekle görevlendirilmiştir.

Hemşire yardımcısının hastanın; yatağını yapma, idrar torbasını boşaltma veya değiştirme, günlük kilo takibini yapma (gerekli görülümüşse), başka bir kliniğe ya da birime transferine yardım ve refakat etme gibi sorumlulukları vardır. Hastadan steril olmayan idrar örneği ve dışkı örneği alma, hasta bakımında kullanılan malzemelerin hazırlanmasını, temizliğini, dezenfeksiyonunu ve uygun şekilde saklanmasına yardım etme, ölüm sonrası bakımları uygulama da görevleri arasındadır. Hemşirenin uygun gördüğü durumlarda hastanın yürümesine ve hareket etmesine, hasta için planlanan egzersiz programının uygulanmasına, yataktan kalkamayan hastanın boşaltımına yardım etmek görevleri arasındadır. Bir diğer görevi de hareket kısıtlılığı olan hastalarda uygun görülen pozisyonu vermektir.

Bu bilgiler ışığında hemşire yardımcılığı uygulaması bizim ülkemizde iş sahasındaki yerini 2018 yılında alacak olsa da, diğer ülkelerde eğitimleri ve rolleri bakımından oldukça farklılık gösterdiği ve beraberinde bazı problemleri getirdiği görülmektedir. Dolayısıyla ülkemizde bu personel grubunun iş sahasındaki yerini almadan, nezaretinde çalışacakları hemşirelerin konuya ilişkin görüşleri önemlidir. Bu doğrultuda çalışmada hemşirelerin, hemşire yardımcısı uygulamasına ilişkin görüşlerini değerlendirmek ve diğer ülkelerdeki uygulamaları incelemek amaçlanmıştır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### ***3.1. Araştırmanın Tipi***

Hemşirelerin, hemşire yardımcısının iş ve görev tanımına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı türde bir araştırmadır.

#### ***3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri***

Konya il merkezinde 12 adet özel hastane, biri özel olmak üzere üç adet üniversite hastanesi, dört adet devlet hastanesi bulunmaktadır. Araştırma iki adet tıp fakültesi ve çalışmaya katılmayı kabul eden özel hastanelerin en büyük iki tanesinde yapılmıştır.

#### ***3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi***

Araştırmanın evrenini Konya il merkezinde bulunan tıp fakülteleri ve özel hastaneler oluşturmaktadır. Araştırmada öncelikle kurumlardan hastanelerde çalışan hemşire sayıları talep edilmiş sonrasında da araştırmanın yapılabilmesi için gerekli başvurular yapılmıştır.

Konya İl Sağlık Müdürlüğü, merkezdeki özel hastanelerde görev yapan hemşire sayısını 475 olarak bildirilmiştir. Hemşire sayıları talep edilen, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi 288, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi 606 olarak bildirmiştir. Edinilen bu bilgilere göre araştırmanın evreni 1369 kişiden oluşmaktadır. Yapılan çalışmada evrenin % 31,99'unu temsil etmektedir.

Çalışmanın yapılmasını kabul eden kurumlardan alınan bilgilere göre evren 1369 kişi olarak tespit edildikten sonra %95 güven aralığında %5 hata payıyla  $n = \frac{Nt^2 pq}{(d^2 (N-1) + t^2 pq)}$  formülüne göre örneklem sayısı hesaplandı ve en az 301 bulundu. İki tıp fakültesi ve özel hastanelerden çalışmaya katılmayı kabul eden en büyük iki hastane araştırmaya dahil edildi. Araştırmaya katılanların belirlenmesinde herhangi bir örneklem seçme metodu uygulanmayarak gönüllülük esas alınmış ve 438 hemşireye ulaşılmıştır.

### **3.4. Veri Toplama Tekniği**

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu kullanılmıştır. Öncelikle araştırmayla ilgili hemşirelere bilgi verilmiş ve araştırmanın öneminden bahsedilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul edenlere soru formu verilmiştir. Araştırma verilerinin kullanımıyla ilgili bilgi verilmiş ve katılımcıların araştırmadan istediği takdirde ayrılabilereği belirtilen yazılı onam, soru formunun başına eklenmiştir. Veri toplama aracı araştırmacı tarafından hemşirelere şahsen ulaştırılmıştır. Aralıklarla bütün birimler gezilerek, dağıtılan formların aynı gün içerisinde toplanması sağlanmıştır. Araştırma verileri 10.04.2017-11.08.2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanması için hafta içinde ve hafta sonunda 08.00-17.00 saatleri arası tercih edilmiştir.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan soru formu kullanılmıştır. Aydınlatılmış onam metni ile başlayan soru formu iki bölümden oluşmaktadır (Bkz. Ek-A). Bu formun birinci bölümünde sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu) ve çalışma özelliklerini (meslekte çalışma süresi, çalışılan birim, çalışılan pozisyon) içeren altı soru bulunmaktadır. İkinci bölümünde ise öncelikle hemşire yardımcısı uygulamasına yönelik görüşleri içeren yedi soru bulunmaktadır. Bu bölümün devamında Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde alışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelikteki (22 Mayıs 2014) hemşire yardımcısının iş-görev tanımlarına ek olarak, hemşire yardımcısının sahadaki iş ve görevleriyle paralel olan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte (19 Nisan 2011) bulunan Ek-3 girişim listesindeki girişimlerden faydalanılarak hazırlanan girişim listesi bulunmaktadır. Bu listede 10 tane hemşirenin görevi, 11 tane hemşire yardımcısının görevi ve 13 tane de hemşire ve hemşire yardımcısının birlikte yapması gereken görevi içeren 34 girişim sorusu bulunmaktadır. Soru formu toplam 47 adet sorudan oluşmaktadır. Her iki yönetmeliğe göre hemşirenin, hemşire yardımcısının ve ikisinin beraber yapabileceği girişimler tabloda özetlenmiş ve değerlendirmeler buna göre yapılmıştır. Bu girişimler hemşirelik yönetmeliği ve hemşire yardımcısının iş ve görev tanımlarını yapan yönetmelik temel alınarak hazırlanmış olup değerlendirilmesi (Bkz. Ek-G) verilmiştir.

### **3.6. Araştırmanın Değişkenleri**

#### **3.6.1. Bağımsız Değişkenler**

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu) ve çalışma özellikleri (meslekte çalışma süresi, çalışılan birim, çalışılan pozisyon) oluşturmaktadır.

#### **3.6.2. Bağımlı Değişkenler**

Araştırmanın bağımlı değişkenlerini hemşire yardımcılığı uygulamasına ilişkin görüşler (uygulamayı, yönetmeliği ve iş ve görev tanımlarını bilme durumu; ihtiyaç olup olmama, iş yükünü ve istihdamı azaltıp azaltmama ve iş görev karmaşası yaşanacağını düşünüp düşünmeme ) ve girişimler oluşturmaktadır.

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın yürütülebilmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 18.11.2016 tarihli 2016/719 karar sayılı etik kurul izni alınmıştır.

Necmettin Erbakan Üniversitesi Rektörlüğü Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nden alınan 30.03.2017 tarihli ve 14567952-100-E.4075 sayılı izni ve Selçuk Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Hastanesi'nden alınan 23.05.2017 tarihli 92469864-604.02/ sayılı izniyle araştırmanın anketleri yapılmıştır.

Özel Medicana Konya Hastanesi'nden alınan 23.05.2017 tarihli ve 03 no'lu Akademik ve etik kurul kararı ile Özel Medova Hastanesi'nden alınan 21.07.2017 tarihli ve 700/166 sayılı izni ile araştırmanın anketleri yapılmıştır.

Katılımcıların yazılı ve/veya sözlü bilgilendirilmiş olurları/onamları alınmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Soruları**

1. Hemşirelerin, hemşire yardımcısı uygulamasına ilişkin görüşleri nasıl dağılım göstermektedir?
2. Hemşirelerin, uygulanacak girişimlere ilişkin görüşleri nasıl dağılım göstermektedir?

3. Hemşirelerin, hemşire yardımcısı uygulamasına ilişkin görüşlerinde sosyo-demografik ve çalışma özelliklerine göre anlamlı bir fark var mıdır?
4. Hemşirelerin, uygulanacak girişimlere ilişkin görüşlerinde sosyo-demografik ve çalışma özelliklerine göre anlamlı bir fark var mıdır?

### ***3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları***

Araştırmanın evrenini Konya merkezde bulunan tıp fakülteleri, Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı hastaneler ve özel hastanelerde çalışan hemşireler oluşturması planlanmıştır. Araştırmanın örnekleme ise çalışmaya katılmayı kabul eden bir tıp fakültesi bir devlet hastanesi ve bir özel hastane de çalışan ve örnekleme dahil edilmeyi kabul eden hemşireler olarak planlanmıştır. Ancak Konya Kamu Hastaneler Birliği'nden izin alınamaması sebebiyle bu kuruma bağlı hastaneler araştırmaya dahil edilememiştir. Bu nedenle araştırmanın evren ve örnekleminde değişikliğe gidilmiştir. Yeniden kurumlardan izin alınması ve veri toplama sürecinin yaz aylarında olmasından dolayı da araştırmanın veri toplama süreci uzamıştır.

### ***3.10. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi***

Araştırma bulgularının analizinde; ortalama, frekans ve yüzde dağılımı kullanılmıştır. Ayrıca hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma özelliklerinin uygulama hakkındaki görüşleri ve girişimleri karşılaştırmak için de ki-kare analizleri uygulanmıştır. Verilerin analizinde istatistik programlarından IBM SPSS (Statistical Package of Social Sciences) 21.0 kullanılmıştır. (p= 0.05 kabul edildi)

#### **4. BULGULAR**

Bu çalışmadan elde edilen bulgular 3 bölümde incelenmiştir.

- 1) Hemşirelerin, sosyo-demografik ve çalışma özelliklerinin, hemşire yardımcılığı uygulamasına ve uygulanacak girişimlere ilişkin görüşlerinin frekans ve yüzde dağılımları
- 2) Hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma özellikleri ile hemşire yardımcılığı uygulamasına ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması
- 3) Hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma özellikleri ile uygulanacak girişimlere ilişkin görüşlerinin karşılaştırılması

##### ***4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Çalışma Özellikleri, Hemşire Yardımcılığı Uygulamasına ve Uygulanacak Girişimlere İlişkin Görüşlerinin Frekans ve Yüzde Dağılımları***

Bu bölümde hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma özelliklerinin yanında hemşire yardımcılığı uygulamasına ve girişimlere ilişkin görüşlerini içeren bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.1.1. Hemşirelerin Sosyo-demografik ve Çalışma Özellikleri (n: 438)**

Özellikler	Sayı	%
<b>Çalışılan Hastane</b>		
Tıp Fakültesi Hastanesi	340	77,6
Özel Hastane	98	22,4
<b>Yaş (29,22±6,58)</b>		
24 yaş ve altı	131	29,9
25-29 yaş arası	114	26,0
30-34 yaş arası	89	20,3
35 yaş ve üstü	104	23,7
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	353	80,6
Erkek	85	19,4
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lise	205	46,8
Ön Lisans	67	15,3
Lisans	140	32,0
Lisansüstü ve Üzeri	26	5,9
<b>Meslekte Çalışma Süresi (8,13±5,95)</b>		
3 Yıl ve Daha Az	109	24,9
4-6 Yıl Arası	109	24,9
7-10 Yıl Arası	101	23,1
11 Yıl ve Daha Fazla	119	27,1
<b>Çalışılan Birim</b>		
Dahili Birimler	137	31,3
Cerrahi Birimler	149	34,0
Ameliyathane	28	6,4
Yoğun Bakım	78	17,8
İdari Birimler	26	5,9
Diğer	20	4,6
<b>Çalışılan Pozisyon</b>		
Servis Hemşiresi	326	74,4
Sorumlu Hemşire	71	16,2
Özel Dal Hemşiresi	22	5,1
Diğer (poliklinik, EKG vb.)	19	4,3

Tablo 4.1.1.'de hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri sunulmuştur. Buna göre 438 hemşirenin % 77,6'sı tıp fakültesinde çalışmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 29,22±6,58 iken; % 80,6'sını kadınlar oluşturmaktadır. Bunun yanında katılımcıların % 46,8'i lise eğitim düzeyine sahipken; meslekte ortalama çalışma yılı 8,13 ± 5,95'dir. Buna ek olarak katılımcıların % 34'ü cerrahi birimlerde görev yapmakta iken, % 74,4'ü servis hemşiresi olarak çalışmaktadır.

**Tablo 4.1.2. Hemşirelerin Hemşire Yardımcısı Uygulaması İle İlgili Görüşleri (n=438)**

Sorular ve Görüşler	Sayı	%
<b>Uygulama hakkında bilginiz var mı?</b>		
Evet	188	42,9
Kısmen	159	36,3
Hayır	91	20,8
<b>Yönetmelikleri hakkında bilginiz var mı?</b>		
Evet	81	18,5
Kısmen	200	45,7
Hayır	157	35,8
<b>İş ve görev tanımları hakkında bilginiz var mı?</b>		
Evet	99	22,6
Kısmen	198	45,2
Hayır	141	32,2
<b>İhtiyaç olduğunu düşünüyor musunuz?</b>		
Evet	161	36,8
Kısmen	120	27,4
Hayır	157	35,8
<b>Hemşirenin iş yükünü azaltacağını düşünüyor musunuz?</b>		
Evet	171	39,0
Kısmen	137	31,3
Hayır	130	29,7
<b>Hemşire istihdamını azaltacağını düşünüyor musunuz?</b>		
Evet	134	30,6
Kısmen	122	27,8
Hayır	182	41,6
<b>İş görev karmaşası yaşanacağını düşünüyor musunuz?</b>		
Evet	244	55,7
Kısmen	126	28,8
Hayır	68	15,5

Tablo 4.1.2.'de hemşirelerin "Hemşire Yardımcılığı Uygulaması" hakkındaki görüşleri yer almaktadır. Buna göre hemşirelerin % 42,9'u uygulama hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtirken; % 45,7'si yönetmelik hakkında; % 45,2'si de iş ve görev tanımları hakkında kısmen bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların % 36,8'i bu uygulamaya ihtiyaç olduğunu düşünürken; % 39'u hemşirelerin iş yükünü azaltacağını düşünmektedir. Katılımcıların % 41,6'sı uygulamanın hemşire istihdamını etkilemeyeceğini düşünürken; % 55,7'si iş ve görev karmaşası yaşanacağını düşünmektedir.

**Tablo 4.1.3. Hemşirelerin Uygulanan Girişimlere Verdiği Yanıtlar - 1**

<b>Girişimler ve Görüşler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Hasta odasının düzeni ve temizliğini sağlama</b>		
Hemşire yapar	50	11,4
Hemşire yardımcısı yapar	274	62,6
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	114	26,0
<b>Hastanın yatağının yapma</b>		
Hemşire yapar	36	8,2
Hemşire yardımcısı yapar	319	72,8
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	83	18,9
<b>Damar yolu açma</b>		
Hemşire yapar	364	83,1
Hemşire yardımcısı yapar	4	0,9
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	70	16,0
<b>Hasta güvenliğinin sağlanması</b>		
Hemşire yapar	159	36,3
Hemşire yardımcısı yapar	62	14,2
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	217	49,5
<b>Hastanın kişisel bakım ve temizliği ile ilgili gereksinimlerinin karşılanması</b>		
Hemşire yapar	79	18,1
Hemşire yardımcısı yapar	216	49,3
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	143	32,6
<b>Hastanın tedavisinde bulunan oral ilaçları uygulama</b>		
Hemşire yapar	281	64,2
Hemşire yardımcısı yapar	52	11,8
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	105	24,0
<b>Hastanın tedavisinde bulunan parenteral ilaçları uygulama</b>		
Hemşire yapar	347	79,2
Hemşire yardımcısı yapar	7	1,6
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	84	19,2
<b>Hastanın deri bütünlüğünü gözleme</b>		
Hemşire yapar	218	49,8
Hemşire yardımcısı yapar	56	12,8
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	164	37,4
<b>Kan ve kan ürünlerinin verilmesi</b>		
Hemşire yapar	357	81,5
Hemşire yardımcısı yapar	9	2,1
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	72	16,4
<b>Hastaları muayene, tetkik ve tedavi için hazırlama</b>		
Hemşire yapar	161	36,8
Hemşire yardımcısı yapar	141	32,2
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	136	31,2
<b>Hastanın tıbbi işlem öncesinde elbiselerinin değiştirilmesine ve işlem sonrasında giyinmesine yardım etme</b>		
Hemşire yapar	44	10,0
Hemşire yardımcısı yapar	296	67,6
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	98	22,4

**Tablo 4.1.3. Hemşirelerin Uygulanan Girişimlere Verdiği Yanıtlar - 2**

<b>Girişimler ve Görüşler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Sıcak-soğuk uygulama yapmaya karar verme</b>		
Hemşire yapar	308	70,3
Hemşire yardımcısı yapar	29	6,6
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	101	23,1
<b>Yatak yarasını önlemeye yönelik koruyucu işlemler yapma</b>		
Hemşire yapar	139	31,7
Hemşire yardımcısı yapar	106	24,2
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	193	44,1
<b>Hastanın günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesine yardım etme</b>		
Hemşire yapar	63	14,4
Hemşire yardımcısı yapar	238	54,3
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	137	31,3
<b>Yaşam bulgularının alınması ( vücut sıcaklığı, nabız, kan basıncı, solunum)</b>		
Hemşire yapar	231	52,7
Hemşire yardımcısı yapar	67	15,3
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	140	32,0
<b>Yataktan kalkamayan veya kalkması uygun görülmeyen hastanın boşaltımına yardım etme</b>		
Hemşire yapar	49	11,2
Hemşire yardımcısı yapar	263	60,0
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	126	28,8
<b>Laksatif uygulama</b>		
Hemşire yapar	159	36,3
Hemşire yardımcısı yapar	160	36,5
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	119	27,2
<b>Yataktan kalkamayan veya kalkması uygun görülmeyen hastanın boşaltımına ilgili sorunlarını bildirme</b>		
Hemşire yapar	117	26,7
Hemşire yardımcısı yapar	156	35,6
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	165	37,7
<b>Hastanın idrar torbasını boşaltma veya değiştirme</b>		
Hemşire yapar	45	10,3
Hemşire yardımcısı yapar	307	70,1
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	86	19,6
<b>Ağrı izleme</b>		
Hemşire yapar	250	57,1
Hemşire yardımcısı yapar	41	9,4
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	147	33,5
<b>Hastadan steril olmayan idrar örneği ve dışkı örneği alma</b>		
Hemşire yapar	88	20,1
Hemşire yardımcısı yapar	251	57,3
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	99	22,6
<b>Hastanın yürütmesine ve hareket etmesine yardım etme</b>		
Hemşire yapar	52	11,9
Hemşire yardımcısı yapar	247	56,4
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	139	31,7

**Tablo 4.1.3. Hemşirelerin Uygulanan Girişimlere Verdiği Yanıtlar - 3**

<b>Girişimler ve Görüşler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Hastanın beslenme programına uygun olarak beslenmesine yardım etme</b>		
Hemşire yapar	64	14,6
Hemşire yardımcısı yapar	220	50,2
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	154	35,2
<b>Kilo takibi gereken hastalarda günlük kilo takibini yapma</b>		
Hemşire yapar	96	21,9
Hemşire yardımcısı yapar	161	36,8
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	181	41,3
<b>Hareket kısıtlılığı olan hastaya uygun görülen pozisyonu verme</b>		
Hemşire yapar	99	22,6
Hemşire yardımcısı yapar	135	30,8
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	204	46,6
<b>Hastanın başka bir kliniğe ya da birime transferine yardım ve refakat etme</b>		
Hemşire yapar	113	25,8
Hemşire yardımcısı yapar	173	39,5
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	152	34,7
<b>Enteral tüple besleme (NGT, OGT veya gastrostomi)</b>		
Hemşire yapar	308	70,3
Hemşire yardımcısı yapar	32	7,3
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	98	22,4
<b>Hasta için planlanan egzersiz programının hastaya uygulanmasına yardım etme</b>		
Hemşire yapar	88	20,1
Hemşire yardımcısı yapar	202	46,1
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	148	33,8
<b>İlgilendiği hastaların genel durumunda fark ettiği değişiklikleri bildirme</b>		
Hemşire yapar	151	34,5
Hemşire yardımcısı yapar	74	16,9
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	213	48,6
<b>Ölüm sonrası yapılması gereken bakımları uygulama</b>		
Hemşire yapar	109	24,9
Hemşire yardımcısı yapar	146	33,3
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	183	41,8
<b>Kan şekerinin ölçülmesi</b>		
Hemşire yapar	235	53,7
Hemşire yardımcısı yapar	78	17,8
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	125	28,5
<b>Alınan kan, doku veya diğer örneklerin laboratuvara naklini sağlama</b>		
Hemşire yapar	98	22,4
Hemşire yardımcısı yapar	224	51,1
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	116	26,5
<b>Hasta bakımında kullanılan malzemelerin hazırlanmasını, temizliğini, dezenfeksiyonunu ve uygun şekilde saklanmasına yardım</b>		
Hemşire yapar	73	16,7
Hemşire yardımcısı yapar	223	50,9
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	142	32,4
<b>Bağışıklama/Aşı uygulaması</b>		
Hemşire yapar	333	76,0
Hemşire yardımcısı yapar	8	1,8
Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar	97	22,2

Tablo 4.1.3.'te katılımcıların uygulama görevleri hakkındaki görüşleri sunulmaktadır. Buna göre katılımcılar hemşire yardımcısının yapacağı görevler konusunda hasta odasının temizliği ve düzenini sağlama (% 62,9), hastanın yatağını

yapma (% 72,8), hastanın kişisel bakım ve temizliği ile gereksinimlerin karşılanması (% 49,3), hastanın tıbbi işlem öncesinde elbiselerinin değiştirilmesine ve işlem sonrasında giyinmesine yardım etme (% 67,6), hastanın günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesine yardım etme (% 54,3), yataktan kalkamayan veya kalkması uygun görülmeyen hastanın boşaltımına yardım etme (% 60,0), laksatif uygulama (% 36,5), hastanın idrar torbasını boşaltma veya değiştirme (% 70,1), hastadan steril olmayan idrar örneği ve dışkı örneği alma (% 57,3), hastanın yürütmesine ve hareket etmesine yardım etme (% 56,4), hastanın beslenme programına uygun olarak beslenmesine yardım etme (% 50,2), hastanın başka bir kliniğe ya da birime transferine yardım ve refakat etme (% 39,5), hasta için planlanan egzersiz programının hastaya uygulanmasına yardım etme (% 46,1), alınan kan, doku veya diğer örneklerin laboratuvara naklini sağlama (% 51,1), hasta bakımında kullanılan malzemelerin hazırlanmasını, temizliğini, dezenfeksiyonunu ve uygun şekilde saklanmasına yardım etme (% 50,9) şeklinde görüş bildirmişlerdir.

Katılımcılara göre hemşirenin yapacağı görevler ise; damar yolu açma (% 83,1), hastanın tedavisinde bulunan oral ilaçları uygulama (% 64,2), hastanın tedavisinde bulunan parenteral ilaçları uygulama (% 79,2), hastanın deri bütünlüğünü gözlemleme (% 49,8), kan ve kan ürünlerinin verilmesi (% 81,5), bağışıklama/aşı uygulaması (% 76), hastaları muayene, tetkik ve tedavi için hazırlama (% 36,8), sıcak-soğuk uygulama yapmaya karar verme (% 70,3), yaşam bulgularının alınması (vücut sıcaklığı, nabız, kan basıncı, solunum) (% 52,7), ağrı izleme (% 57,1), enteral tüple besleme (Nazo Gastrik Tüp, Oro Gastrik Tüp veya gastrostomi) (% 70,3), kan şekerinin ölçülmesi (% 53,7), şeklindedir.

Katılımcılara göre hemşire ve hemşire yardımcısının birlikte yapacağı görevler arasında ise; hasta güvenliğinin sağlanması (% 49,5), yatak yarasını önlemeye yönelik koruyucu işlemler yapma (% 44,1), yataktan kalkamayan veya kalkması uygun görülmeyen hastanın boşaltımla ilgili sorunlarını bildirme (% 37,7), kilo takibi gereken hastalarda günlük kilo takibini yapma (% 41,3), hareket kısıtlılığı olan hastaya uygun görülen pozisyonu verme (% 46,6), ilgilendiği hastaların genel durumunda fark ettiği değişiklikleri bildirme (% 48,6), ölüm sonrası yapılması gereken bakımları uygulama (% 41,8) yer almaktadır.

#### 4.2. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Çalışma Özellikleri ile Hemşire Yardımcılığı Uygulamasına İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması

Bu bölümde hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma özelliklerinin, hemşire yardımcılığı uygulamasına ilişkin görüşlerini karşılaştırmak için ki-kare analizi uygulanmıştır.

**Tablo 4.2.1. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Uygulama Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumlarının Karşılaştırılması**

Değişkenler	Evet Sayı (%)	Kısmen Sayı (%)	Hayır Sayı (%)	X <sup>2</sup>	p
<b>Çalışılan Hastane</b>					
Tıp Fakültesi Hastanesi	144 (42,4)	118 (34,7)	78 (22,9)	4,608	0,100
Özel Hastane	44 (44,9)	41 (41,8)	13 (13,3%)		
<b>Yaş</b>					
24 yaş ve altı	45(34,4)	61 (46,6)	25 (19,1)		
25-29 yaş arası	45 (39,5)	43 (37,7)	26 (22,8)	<b>14,440</b>	<b>0,025*</b>
30-34 yaş arası	48 (53,9)	26 (29,2)	15 (16,9)		
35 yaş ve üstü	50 (48,1)	29 (27,9)	25 (24,0)		
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	154 (43,6)	128 (36,3)	71 (20,1)	0,595	0,743
Erkek	34 (40,0)	31 (36,5)	20 (23,5)		
<b>Eğitim Durumu</b>					
Lise	99 (48,3)	69 (33,7)	37 (18,0)		
Ön Lisans	23 (34,3)	27 (40,3)	17 (25,4)	10,896	0,092
Lisans	51 (36,4)	54 (38,6)	35 (25,0)		
Lisansüstü ve Üzeri	15 (57,7)	9 (34,6)	2 (7,7)		
<b>Meslekte Çalışma Süresi</b>					
3 Yıl ve Daha Az	37 (33,9)	54 (49,5)	18 (16,5)		
4-6 Yıl Arası	40 (36,7)	46 (42,2)	23 (21,1)	<b>19,814</b>	<b>0,003*</b>
7-10 Yıl Arası	53 (52,5)	24 (23,8)	24 (23,8)		
11 Yıl ve Daha Fazla	58 (48,7)	35 (29,4)	26 (21,8)		

Tablo 4.2.1.'de katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre uygulama hakkında bilgi sahibi olma durumları incelenmiştir. Buna göre; çalışılan hastane ( $X^2=4,608$   $p=0,100$ ), cinsiyet ( $X^2=0,595$   $p=0,743$ ), eğitim durumu ( $X^2=10,896$   $p=0,092$ ) değişkenlerine göre anlamlı bir fark bulunmazken ( $p>0,05$ ); yaş ( $X^2=14,440$   $p=0,025$ ) ve meslekte çalışma süresi ( $X^2=19,814$   $p=0,003$ ) değişkenlerine göre anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). 30-34 yaş grubu aralığında olan

hemşireler, diğerlerine oranla uygulama hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğu yönünde görüş bildirmişlerdir. Ayrıca meslekte çalışma süresi 7-10 yıl arası olanlar diğerlerine göre uygulama hakkında daha yüksek oranda bilgi sahibi olduğu yönünde görüş bildirmişlerdir.

**Tablo 4.2.2. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yönetmelik Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumlarının Karşılaştırılması**

Değişkenler	Evet Sayı (%)	Kısmen Sayı (%)	Hayır Sayı (%)	X <sup>2</sup>	p
<b>Çalışılan Hastane</b>					
Tıp Fakültesi Hastanesi	57 (16,8)	153 (45,0)	130 (38,2)	5,023	0,081
Özel Hastane	24 (24,5)	47 (48,0)	27 (27,6)		
<b>Yaş</b>					
24 yaş ve altı	20 (15,3)	62 (47,3)	49 (37,4)	7,029	0,318
25-29 yaş arası	17 (14,9)	57 (50,0)	40 (35,1)		
30-34 yaş arası	17 (19,1)	42 (47,2)	30 (33,7)		
35 yaş ve üstü	27 (26,0)	39 (37,5)	38 (36,5)		
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	70 (19,8)	151 (42,8)	132 (37,4)	6,293	0,043*
Erkek	11 (12,9)	49 (57,6)	25 (29,4)		
<b>Eğitim Durumu</b>					
Lise	38 (18,5)	96 (46,8)	71 (34,6)	15,195	0,019*
Ön Lisans	8 (11,9)	28 (41,8)	31 (46,3)		
Lisans	24 (17,1)	65 (46,4)	51 (36,4)		
Lisansüstü ve Üzeri	11 (42,3)	11 (42,3)	4 (15,4)		
<b>Meslekte Çalışma Süresi</b>					
3 Yıl ve Daha Az	15 (13,8)	61 (56,0)	33 (30,3)	9,135	0,166
4-6 Yıl Arası	17 (15,6)	47 (43,1)	45 (41,3)		
7-10 Yıl Arası	23 (22,8)	40 (36,6)	38 (37,6)		
11 Yıl ve Daha Fazla	26 (21,8)	52 (43,7)	41 (34,5)		

Tablo 4.2.2.'de katılımcıların yönetmelik hakkında bilgi sahibi olma durumları sosyo-demografik özellikler açısından incelenmiştir. Buna göre; çalışılan hastane ( $X^2=5,023$   $p=0,081$ ), yaş ( $X^2=7,029$   $p=0,318$ ) ve meslekte çalışma süresi ( $X^2=9,135$   $p=0,166$ ) değişkenlerine göre anlamlı bir fark bulunmazken ( $p>0,05$ ); cinsiyet ( $X^2=6,293$   $p=0,043$ ) ve eğitim durumu ( $X^2=15,195$   $p=0,019$ ) değişkenlerine göre anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Bu sonuçlara göre yönetmelik hakkında bilgi sahibi olma durumuna erkekler, kadınlara göre daha fazla kısmen

cevabı verirken; kadınlar, erkeklere göre daha fazla evet ve hayır cevabı vermişlerdir. Eğitim durumu değişkeninde ise lise, ön lisans ve lisans düzeyinde anlamlı bir fark görülmezken, eğitim durumu lisansüstü ve üzeri olan hemşireler yönetmelik hakkında diğerlerine göre daha yüksek oranda bilgi sahibi olduğu yönünde görüş bildirmişlerdir.

**Tablo 4.2.3. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre İş ve Görev Tanımları Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumlarının Karşılaştırılması**

Değişkenler	Evet Sayı (%)	Kısmen Sayı (%)	Hayır Sayı (%)	X <sup>2</sup>	p
<b>Çalışılan Hastane</b>					
Tıp Fakültesi Hastanesi	65 (19,1)	155 (45,6)	120 (35,3)	<b>12,758</b>	<b>0,002*</b>
Özel Hastane	34 (34,7)	43 (43,9)	21 (21,4)		
<b>Yaş</b>					
24 yaş ve altı	29 (22,1)	60 (45,8)	42 (32,1)	4,463	0,590
25-29 yaş arası	26 (22,8)	53 (46,5)	35 (30,7)		
30-34 yaş arası	24 (27,0)	42 (47,2)	23 (25,8)		
35 yaş ve üstü	20 (19,2)	43 (41,2)	41 (39,4)		
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	84 (23,8)	157 (44,5)	112 (31,7)	1,482	0,477
Erkek	15 (17,6)	41 (48,2)	29 (34,2)		
<b>Eğitim Durumu</b>					
Lise	52 (25,4)	98 (47,8)	55 (26,8)	12,022	0,061
Ön Lisans	10 (14,9)	30 (44,8)	27 (40,3)		
Lisans	27 (19,3)	60 (42,9)	53 (37,8)		
Lisansüstü ve Üzeri	10 (38,5)	10 (38,5)	6 (23,0)		
<b>Meslekte Çalışma Süresi</b>					
3 Yıl ve Daha Az	31 (28,4)	55 (50,5)	23 (21,1)	<b>12,677</b>	<b>0,048*</b>
4-6 Yıl Arası	18 (16,5)	46 (42,2)	45 (41,3)		
7-10 Yıl Arası	26 (25,7)	41 (40,6)	34 (33,7)		
11 Yıl ve Daha Fazla	24 (20,2)	56 (47,1)	39 (32,8)		

Tablo 4.2.3.'de katılımcıların hemşire yardımcısının iş ve görev tanımları hakkında bilgi sahibi olma durumları bazı özellikler açısından incelenmiştir. Buna göre; yaş ( $X^2=4,463$   $p=590$ ), cinsiyet ( $X^2=1,482$   $p=0,477$ ) ve eğitim durumu ( $X^2=12,022$   $p=0,061$ ) değişkenlerine göre anlamlı bir fark bulunmazken ( $p>0,05$ ); çalışılan hastane ( $X^2=12,758$   $p=0,002$ ) ve meslekte çalışma süresi ( $X^2=12,677$   $p=0,048$ ) değişkenlerine göre anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ).

Katılımcılar hemşire yardımcısının iş ve görev tanımları hakkında bilgi sahibi olma durumuna özel hastanede çalışanlar tıp fakültesi hastanesinde çalışanlara göre daha fazla bilgi sahibi oldukları yönünde görüş bildirmişlerdir. Meslekte çalışma süresi üç yıl ve daha az olanlar ise, diğerlerine göre daha fazla bilgi sahibi oldukları yönünde görüş bildirmişlerdir.

**Tablo 4.2.4. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine göre Hemşire İstihdamını Azaltacağını Düşünenlerin Karşılaştırılması**

Değişkenler	Evet Sayı (%)	Kısmen Sayı (%)	Hayır Sayı (%)	X <sup>2</sup>	p
<b>Çalışılan Hastane</b>					
Tıp Fakültesi Hastanesi	93 (27,4)	92 (27,1)	155(45,6)	<b>11,517</b>	<b>0,003*</b>
Özel Hastane	41 (41,8)	30 (30,6)	27 (27,6)		
<b>Yaş</b>					
24 yaş ve altı	46 (35,1)	40 (30,5)	45 (34,4)	10,150	0,118
25-29 yaş arası	35 (30,7)	35 (30,7)	44 (38,6)		
30-34 yaş arası	21 (23,6)	19 (21,3)	49 (55,1)		
35 yaş ve üstü	32 (30,8)	28 (26,9)	44 (42,3)		
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	109(30,9)	97 (27,5)	147(41,6)	0,144	0,931
Erkek	25 (29,4)	25 (29,4)	35 (41,2)		
<b>Eğitim Durumu</b>					
Lise	70 (34,1)	60 (29,3)	75 (36,6)	<b>14,194</b>	<b>0,028*</b>
Ön Lisans	15 (22,4)	12 (17,9)	40 (59,7)		
Lisans	42 (30,0)	39 (27,9)	59 (42,1)		
Lisansüstü ve Üzeri	7 (26,9)	11 (42,3)	8 (30,8)		
<b>Meslekte Çalışma Süresi</b>					
3 Yıl ve Daha Az	44 (40,4)	31 (28,4)	34 (31,2)	10,592	0,102
4-6 Yıl Arası	28 (25,7)	35 (32,1)	46 (42,2)		
7-10 Yıl Arası	30 (29,7)	23 (22,8)	48 (31,2)		
11 Yıl ve Daha Fazla	32 (26,9)	33 (27,7)	54 (45,4)		

Tablo 4.2.4.'de katılımcıların hemşire yardımcılığı uygulamasının, hemşire istihdamını azaltıp azaltmayacağına ilişkin görüşleri, bazı özellikler açısından incelenmiştir. Buna göre; yaş ( $X^2=10,150$   $p=0,118$ ), cinsiyet ( $X^2=0,144$   $p=0,931$ ) ve meslekte çalışma süresi ( $X^2=10,592$   $p=0,102$ ) değişkenlerine göre anlamlı sonuçlara ulaşılmazken ( $p>0,05$ ); çalışılan hastane ( $X^2=11,517$   $p=0,003$ ) ve eğitim durumuna ( $X^2=14,194$   $p=0,028$ ) göre ise anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Bu

sonuçlara göre tıp fakültesinde çalışan hemşirelerin, özel hastanelerde çalışanlara göre; ön lisans düzeyinde eğitim görenlerin de diğerlerine göre, hemşire istihdamının azalacağı konusunda daha yüksek oranda “hayır” şeklinde görüş bildirmişlerdir.

**Tablo 4.2.5. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerine göre İş ve Görev Karmaşası Yaşanacağını Düşünenlerin Karşılaştırılması**

Değişkenler	Evvet Sayı (%)	Kısmen Sayı (%)	Hayır Sayı (%)	X <sup>2</sup>	p
<b>Çalışılan Hastane</b>					
Tıp Fakültesi Hastanesi	195(57,4)	101(29,7)	44 (12,9)	<b>7,739</b>	<b>0,021*</b>
Özel Hastane	49 (50,0)	25 (25,5)	24 (24,5)		
<b>Yaş</b>					
24 yaş ve altı	71 (54,2)	39 (29,8)	21 (16,0)	2,166	0,904
25-29 yaş arası	59 (51,8)	37 (32,5)	18 (15,8)		
30-34 yaş arası	51 (57,3)	24 (27,0)	14 (15,7)		
35 yaş ve üstü	63(60,6)	26 (25,0)	15 (14,4)		
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	201(56,9)	98 (27,8)	54 (15,3)	1,196	0,550
Erkek	43 (50,6)	28 (32,9)	14 (16,5)		
<b>Eğitim Durumu</b>					
Lise	114(55,6)	54 (26,3)	37 (18,0)	6,586	0,371
Ön Lisans	33 (49,3)	23 (34,3)	11 (16,4)		
Lisans	84 (60,0)	38 (27,1)	18 (12,9)		
Lisansüstü ve Üzeri	13 (50,0)	11 (42,3)	2 (7,7)		
<b>Meslekte Çalışma Süresi</b>					
3 Yıl ve Daha Az	57 (52,3)	30 (27,5)	22 (20,2)	4,819	0,461
4-6 Yıl Arası	60 (55,0)	37 (33,9)	12 (11,0)		
7-10 Yıl Arası	58 (57,4)	28 (27,7)	15 (14,9)		
11 Yıl ve Daha Fazla	69 (58,0)	31 (26,1)	19 (16,0)		

Tablo 4.2.5.’te katılımcıların uygulamayla birlikte iş ve görev karmaşası yaşanıp yaşanmayacağına ilişkin görüşleri bazı değişkenler açısından incelenmiştir. Buna göre; yaş ( $X^2=2,166$   $p=0,904$ ), cinsiyet ( $X^2=1,196$   $p=0,550$ ), eğitim durumu ( $X^2=6,586$   $p=0,371$ ) ve meslekte çalışma süresi ( $X^2=4,819$   $p=0,461$ ) değişkenlerine göre anlamlı sonuçlara ulaşılmazken ( $p>0,05$ ); çalışılan hastane ( $X^2=7,739$   $p=0,021$ ) değişkenine göre anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Bu sonuçlara göre tıp fakültesinde çalışanlar, özel hastanelerde çalışanlara göre nispeten daha yüksek oranda iş ve görev karmaşası yaşanacağını düşünmektedirler.

Katılımcıların hemşire yardımcılığı uygulamasına ihtiyaç olduğunu ve hemşirelerin iş yükünü azaltacağını düşünenlerin sosyo-demografik özellikleri karşılaştırılmıştır. Buna göre incelenen değişkenlerin tamamında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ).

#### 4.3. Hemşirelerin Sosyo-demografik ve Çalışma Özellikleri ile Uygulanacak Girişimlere İlişkin Görüşlerinin Karşılaştırılması

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre uygulanacak girişimlere ilişkin görüşlerini karşılaştırmak için ki-kare analizi uygulanmıştır.

**Tablo 4.3.1. Çalışılan Hastane Değişkenine Göre Bazı Girişimlerin İncelenmesi-1**

Girişimler	Tıp Fakültesi Sayı (%)	Özel Hastane Sayı (%)	X <sup>2</sup>	p
<b>Hastanın kişisel bakım ve temizliği ile ilgili gereksinimlerinin karşılanması</b>				
Hemşire Yapar	47 (13,8)	32 (32,7)	<b>19,166</b>	<b>0,000</b>
Hemşire Yardımcısı Yapar	180 (52,9)	36 (36,7)		
Hemşire ve Hemşire Yardımcısı birlikte yapar	113 (33,2)	30 (30,6)		
<b>Hastanın tedavisinde bulunan oral ilaçları uygulama</b>				
Hemşire Yapar	205 (67,3)	76 (77,6)	<b>12,134</b>	<b>0,002</b>
Hemşire Yardımcısı Yapar	41 (12,1)	11 (11,2)		
Hemşire ve Hemşire Yardımcısı birlikte yapar	94 (27,6)	11 (11,2)		
<b>Hastanın tedavisinde bulunan parenteral ilaçları uygulama</b>				
Hemşire Yapar	261 (76,8)	86 (87,8)	<b>9,426</b>	<b>0,009</b>
Hemşire Yardımcısı Yapar	4 (1,2)	3 (3,1)		
Hemşire ve Hemşire Yardımcısı birlikte yapar	75 (22,1)	9 (9,2)		
<b>Yatak yarasını önlemeye yönelik koruyucu işlemler yapma</b>				
Hemşire Yapar	92 (27,1)	47 (48,0)	<b>17,376</b>	<b>0,000</b>
Hemşire Yardımcısı Yapar	83 (24,4)	23 (23,5)		
Hemşire ve Hemşire Yardımcısı birlikte yapar	165 (48,5)	28 (28,6)		
<b>Laksatif uygulama</b>				
Hemşire Yapar	107 (31,5)	52 (53,1)	<b>16,954</b>	<b>0,000</b>
Hemşire Yardımcısı Yapar	138 (40,6)	22 (22,4)		
Hemşire ve Hemşire Yardımcısı birlikte yapar	95 (27,9)	24 (24,5)		

**Tablo 4.3.1. Çalışılan Hastane Değişkenine Göre Bazı Girişimlerin İncelenmesi-2**

<b>Girişimler</b>	<b>Tıp Fakültesi Sayı(%)</b>	<b>Özel Hastane Sayı(%)</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
<b>Hastadan steril olmayan idrar örneği ve dışkı örneği alma</b>				
Hemşire Yapar	49 (14,4)	39 (39,8)	<b>32,820</b>	<b>0,000</b>
Hemşire Yardımcısı Yapar	214 (62,9)	37 (37,8)		
Hemşire ve Hemşire Yardımcısı birlikte yapar	77 (22,6)	22 (22,4)		
<b>Kilo takibi gereken hastalarda günlük kilo takibini yapma</b>				
Hemşire Yapar	62 (18,2)	34 (34,7)	<b>17,359</b>	<b>0,000</b>
Hemşire Yardımcısı Yapar	122 (35,9)	39 (39,8)		
Hemşire ve Hemşire Yardımcısı birlikte yapar	156 (45,9)	25 (25,5)		
<b>Kan ve kan ürünlerinin verilmesi</b>				
Hemşire Yapar	275 (80,9)	82 (83,7)	<b>7,866</b>	<b>0,020</b>
Hemşire Yardımcısı Yapar	4 (1,2)	5 (5,1)		
Hemşire ve Hemşire Yardımcısı birlikte yapar	61 (17,9)	11 (11,2)		
<b>Hastaları muayene, tetkik ve tedavi için hazırlama</b>				
Hemşire Yapar	110 (32,4)	51 (52,0)	<b>12,685</b>	<b>0,002</b>
Hemşire Yardımcısı Yapar	117 (34,4)	24 (24,5)		
Hemşire ve Hemşire Yardımcısı birlikte yapar	113 (33,2)	23 (23,5)		
<b>Sıcak-soğuk uygulama yapmaya karar verme</b>				
Hemşire Yapar	226 (66,5)	82 (83,2)	<b>11,310</b>	<b>0,004</b>
Hemşire Yardımcısı Yapar	24 (7,1)	5 (5,1)		
Hemşire ve Hemşire Yardımcısı birlikte yapar	90 (26,5)	11 (11,2)		
<b>Yaşam bulgularının alınması ( vücut sıcaklığı, nabız, kan basıncı, solunum)</b>				
Hemşire Yapar	171 (50,3)	60 (61,2)	<b>7,775</b>	<b>0,020</b>
Hemşire Yardımcısı Yapar	49 (14,4)	18 (18,4)		
Hemşire ve Hemşire Yardımcısı birlikte yapar	120 (35,3)	20 (20,4)		
<b>Ağrı izleme</b>				
Hemşire Yapar	183 (53,8)	67 (68,4)	<b>8,453</b>	<b>0,015</b>
Hemşire Yardımcısı Yapar	31 (9,1)	10 (10,2)		
Hemşire ve Hemşire Yardımcısı birlikte yapar	126 (37,1)	21 (31,2)		

Tablo 4.3.1.'de Uygulanan girişimler, çalışılan hastane değişkenine göre incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı farklara ulaşılan sonuçlara yer verilmiştir ( $p < 0,05$ ). Buna göre tıp fakültesi hastanelerinde çalışanlar özel hastanelerde çalışanlara göre daha yüksek oranda, hastanın kişisel bakım ve temizliği ile ilgili gereksinimlerinin karşılanması (% 52,9), hastadan steril olmayan idrar örneği ve dışkı örneği alma (% 62,9) girişimlerini hemşire yardımcısı; yatak yarasını önlemeye

yönelik koruyucu işlemler yapma (% 48,5), kilo takibi gereken hastalarda günlük kilo takibini yapma (45,9) girişimlerini de hemşire ve hemşire yardımcısının birlikte yapacağı şeklinde yönetmeliklere uygun görüş bildirmiştir. Bunun yanı sıra bazı sorularda özel hastanelerde çalışanlar tıp fakültesi hastanelerinde çalışanlara göre daha yüksek oranda “hastanın tedavisinde bulunan parenteral ilaçları uygulama (% 87,8), kan ve kan ürünlerinin verilmesi (% 83,7), sıcak-soğuk uygulama yapmaya karar verme (% 83,2), ağrı izleme (% 68,4) yaşam bulgularının alınması (% 61,2) laksatif uygulama (% 53,1)” girişimlerini hemşire yapacağı şeklinde yönetmelikle paralel görüş bildirmiştir.

Hastanın tedavisinde bulunan oral ilaçları uygulama (% 77,6) ve hastaları muayene, tetkik ve tedavi için hazırlama (% 52) girişimlerini daha yüksek oranda özel hastanede çalışan hemşireler, ‘hemşire yapar’ şeklinde görüş bildirmesine karşın bu girişim yönetmelikte hemşire yardımcısının da görevi olarak belirtilmiştir.

#### 4.3.2. Eğitim Durumu Değişkenine Göre Bazı Girişimlerin İncelenmesi

Girişimler	Lise Sayı (%)	Ön Lisans Sayı (%)	Lisans Sayı (%)	Lisans Üstü Sayı (%)	X <sup>2</sup>	p
<b>Hastanın yatağının yapma</b>						
Hemşire Yapar	15 (7,3)	2 (3,0)	18 (12,9)	1 (3,8)	<b>15,460</b>	<b>0,017</b>
Hemşire Yardımcısı Yapar	142 (69,3)	55 (82,1)	98 (70,0)	24 (92,3)		
Hemşire ve Hemşire Yardımcısı birlikte yapar	48 (23,4)	10 (14,9)	24 (17,1)	1 (3,8)		
<b>Hastanın tedavisinde bulunan oral ilaçları uygulama</b>						
Hemşire Yapar	129 (62,9)	34 (50,7)	97 (69,3)	21 (80,8)	<b>19,705</b>	<b>0,003</b>
Hemşire Yardımcısı Yapar	25 (12,2)	17 (25,4)	9 (6,4)	1 (3,8)		
Hemşire ve Hemşire Yardımcısı birlikte yapar	51 (24,9)	16 (23,9)	34 (24,3)	4 (15,4)		
<b>Hastanın yürümesine ve hareket etmesine yardım etme</b>						
Hemşire Yapar	25 (12,2)	4 (6,0)	22 (15,7)	1 (3,8)	<b>16,927</b>	<b>0,010</b>
Hemşire Yardımcısı Yapar	122 (59,5)	43 (64,2)	62 (44,3)	20 (76,9)		
Hemşire ve Hemşire Yardımcısı birlikte yapar	58 (28,3)	20 (29,9)	56 (40,0)	5 (19,2)		
<b>Hastanın beslenme programına uygun olarak beslenmesine yardım etme</b>						
Hemşire Yapar	32 (15,6)	4 (6,0)	23 (16,4)	5 (19,2)	<b>20,008</b>	<b>0,003</b>
Hemşire Yardımcısı Yapar	109 (53,2)	41 (61,2)	53 (37,9)	17 (65,4)		
Hemşire ve Hemşire Yardımcısı birlikte yapar	64 (31,2)	22 (32,8)	64 (45,7)	4 (15,4)		

Tablo 4.3.2.'de Uygulanan girişimler, eğitim durumu değişkenine göre incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı farklara ulaşılan sonuçlara yer verilmiştir ( $p < 0,05$ ). Buna göre hastanın yatağının yapma ( $X^2=15,460$   $p=0,017$ ), hastanın tedavisinde bulunan oral ilaçları uygulama ( $X^2=19,705$   $p=0,003$ ), hastanın yürümesine ve hareket etmesine yardım etme ( $X^2=16,927$   $p=0,010$ ), hastanın beslenme programına uygun olarak beslenmesine yardım etme ( $X^2=20,008$   $p=0,003$ ) gibi girişimler hemşirenin eğitim seviyesine göre anlamlı fark olduğu görülmektedir.

Lisansüstü eğitim alan hemşireler “hastanın yatağının yapma (% 92,3), hastanın yürümesine ve hareket etmesine yardım etme (% 76,9), hastanın beslenme programına uygun olarak beslenmesine yardım etme (% 65,4)” girişimlerine en yüksek oranlarda hemşire yardımcısı yapar şeklinde yönetmelikle paralel görüş bildirmiştir

Lisansüstü eğitim alan hemşireler hastanın tedavisinde bulunan oral ilaçları uygulama girişimini en yüksek oranda hemşire yapar (% 80,8) şeklinde görüş bildirmesine karşın bu girişim yönetmelikte hemşire yardımcısının da görevi olarak belirtilmiştir.

#### 4.3.3. Çalışma Süresi Değişkenine Göre Bazı Girişimlerin İncelenmesi

Girişimler	3 yıl ve daha az Sayı (%)	4-6 yıl Sayı (%)	7-10 yıl Sayı (%)	11 yıl ve daha fazla Sayı (%)	$X^2$	p
<b>Yaşam bulgularının alınması ( vücut sıcaklığı, nabız, kan basıncı, solunum)</b>						
Hemşire Yapar	56 (51,4)	53 (48,6)	46 (45,5)	76 (63,9)	<b>13,644</b>	<b>0,034</b>
Hemşire Yardımcısı Yapar	23 (21,1)	16 (14,7)	14 (13,9)	14 (11,8)		
Hemşire ve Hemşire Yardımcısı birlikte yapar	30 (27,5)	40 (36,7)	41 (40,6)	29 (14,4)		
<b>Hastadan steril olmayan idrar ve dışkı örneği alma</b>						
Hemşire Yapar	37 (33,9)	17 (15,6)	18 (17,8)	16 (13,4)	<b>18,963</b>	<b>0,004</b>
Hemşire Yardımcısı Yapar	49 (45,0)	69 (63,3)	60 (59,4)	73 (61,3)		
Hemşire ve Hemşire Yardımcısı birlikte yapar	23 (21,1)	23 (21,1)	23 (22,8)	30 (25,2)		
<b>Kan Şekerinin Ölçülmesi</b>						
Hemşire Yapar	62 (56,9)	54 (49,5)	44 (43,6)	75 (63,0)	<b>12,681</b>	<b>0,048</b>
Hemşire Yardımcısı Yapar	16 (14,7)	19 (17,4)	27 (26,7)	16 (13,4)		
Hemşire ve Hemşire Yardımcısı birlikte yapar	31 (28,4)	36 (33,0)	30 (29,7)	28 (23,5)		

Tablo 4.3.3’de Uygulanan girişimler, meslekte çalışma süresi değişkenine göre incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı farklara ulaşılan sonuçlara yer verilmiştir. Buna göre yaşam bulgularının alınması ( $X^2=13,644$   $p=0,034$ ), hastadan steril olmayan idrar ve dışkı örneği alma ( $X^2=18,963$   $p=0,004$ ), kan şekerinin ölçülmesi ( $X^2=12,681$   $p=0,048$ ) gibi girişimlerde anlamlı bir fark görülmektedir ( $p<0,05$ ).

Meslekte çalışma süresi 11 yıl ve daha fazla olan hemşireler “yaşam bulgularının alınması (% 63,9) ve kan şekerinin ölçülmesi (% 63)” girişimlerine en yüksek oranlarda hemşire yapar şeklinde yönetmelikle paralel görüş bildirmiştir. Meslekte çalışma süresi 4-6 yıl olan hemşireler “hastadan steril olmayan idrar ve dışkı örneği alma” girişimine en yüksek oranla (% 63,3) hemşire yardımcısı yapar şeklinde yönetmelikle paralel görüş bildirmişlerdir.

## 5. TARTIŞMA

Araştırmada hemşirelerin, hemşire yardımcılığı uygulamasına ilişkin görüşleri yüzde olarak incelenmiştir. Buna göre hemşirelerin % 42,9'u uygulama % 18,5'i yönetmelik, % 22,6'sı iş ve görev tanımları hakkında bilgi sahibi olduğu yönünde görüş bildirmiştir. Uygulamanın 2014 yılında kabul edilmesine rağmen hemşirelerin çoğunun uygulama, yönetmelik, iş ve görev tanımı hakkında tam olarak bilgi sahibi olmadığı görülmüştür. Bunun nedeni ülkemizde henüz hemşire yardımcılığının uygulamaya geçmemesi ve hemşirelerin hemşire yardımcılarının yer aldığı bir modelde eğitilmemesi olabilir. Türkiye'de yeni olan bu uygulama hakkında yapılmış çalışmalar bulunmasa da yurt dışında yapılan bir çalışmada benzer şekilde hemşirelerin yardımcı sağlık personelinin eğitimi, görevleri ve rolü hakkında bilgi sahibi olmadığı yönünde bulgular elde edilmiştir (Reeve 1994).

Araştırmadan elde edilen bilgilere göre hemşire yardımcılığı uygulamasının hemşirenin iş yükünü azaltıp azaltmayacağı konusunda evet ve kısmen cevabı verenlerin oranı oldukça yüksektir (% 70,3). Ancak uygulama nedeniyle iş ve görev karmaşası yaşanıp yaşanmayacağı konusunda evet ve kısmen cevabı verenler büyük çoğunluğu oluşturmaktadır (% 84,5). Hemşireler, hemşire yardımcısı uygulamasına ihtiyaç olduğunu düşünmesine karşın iş ve görev karmaşası yaşanacağını da düşünmektedir. Yurt dışında yapılan bir araştırmada hemşire yardımcısı olarak çalışanların yeterli eğitim almaması ya da yeterince denetlenmemesi durumunda benzer şekilde hemşirelerin, riskin artabileceği konusunda endişeli olduğunu ortaya koymuştur (Kopishke 2002). Yine Jack ve ark. (2004 ) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin, hemşire yardımcısının eğitimi ve denetimiyle ilgili endişeleri olduğunu tespit etmiştir. Görev tanımlarının yeterince açık olmaması, hemşirelerin görevlerinde revizyona gidilmemesi ve kurumların bunları yeterince dikkate almaması çatışma nedeni olabilir.

Hemşire yardımcılığı uygulamasına ihtiyaç olup olmama konusundaki görüşler incelendiğinde bu soruya evet diyenler (% 36,8) ile hayır diyenlerin (% 35,8) oranlarının birbirine yakın olduğu da dikkat çekici bir bulgudur. Bu sonuçlar incelendiğinde katılımcıların, hemşire yardımcısı uygulaması hakkında bir görüş birliğine sahip olmadığı düşünülmektedir. Yeni bir ara eleman grubunun varlığı mesleki profesyonelliği artırmasına karşın beraberindeki bu grubun eylemlerinden

sorumlu olma durumu ihtiyaç noktasında görüş ayrılığının sebebi olabilir. Reeve (1994) yaptığı bir çalışmada da hemşirelerin, hemşire yardımcısı getirilmesine yönelik tutumların pozitif olduğunu bulmuştur.

Araştırmada katılımcıların % 41,6'sı uygulamanın hemşire istihdamını etkilemeyeceğini düşünürken, akut bakım hastanelerinde McLaughlin ve ark. (1995) tarafından yapılan bir araştırmada bazı birimlerde hemşire sayısının azaltılıp hemşire yardımcısı sayısının artırıldığı görülmüştür. Ülkemizde de dünyada olduğu gibi maliyeti azaltacağı için daha çok hemşire yardımcısı daha az hemşire istihdam etme eğilimi görülebilir.

### ***5.1. Hemşirenin Yapacağı Girişimlere İlişkin Görüşler***

Araştırmada hemşirelerin çoğunluğu ağrı izleme (%57,1) kan şekerinin ölçülmesi (%53,7), yaşam bulgularının alınması (%52,7) girişimlerine hemşire yapar şeklinde yönetmelikle paralel görüş bildirmiştir. Hemşireler genellikle tıbbi/beceri ile ilgili olan girişimleri kendi görevleri olarak düşünmektedir.

Araştırmada yöneltilen hastanın deri bütünlüğünü gözlemlene girişimine çoğunluğun (% 49,8) hemşire yapar cevabı vermesine rağmen yönetmelikte hemşire yardımcısı da bu girişimi uygulayarak hemşireyi bilgilendirmekle görevlendirilmiştir. Hastaları muayene, tetkik ve tedavi için hazırlama hemşirelik yönetmeliğinde de “Gerektiğinde hastayı ameliyata ve işlemlere hazırlar” şeklinde hemşirelik yönetmeliğinde de bulunduğundan hemşire ve hemşire yardımcısının da yönetmelikte görevi olmasına rağmen çoğunluk (% 36,8) hemşire yapar şeklinde görüş bildirmiştir. Bu bilgilere göre hemşireler, hemşire yardımcısına ait bazı görevleri üstlenme eğiliminde olabilecekleri düşünülmektedir. Yurt dışında yapılan benzer bir çalışmada da hemşirelerin, hemşire yardımcılarının çalışmalarını planlamaları, denetlemeleri ve değerlendirmeleri beklenirken bazılarının bu sorumlulukları üstlenmeyi istemediği belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada hemşirelerin, bazı hemşire yardımcılarının verilen bir görevi reddedebileceği, ya da tam olarak gerçekleştiremeyeceğini düşündükleri için görevi tek başına yapmayı tercih edebileceklerinin düşünüldüğü şeklinde görüş bildirilmiştir (Kleinman ve Saccomano 2006). Başka bir araştırmada da hemşirelerin, bazı görevlerin yardımcılar tarafından uygulanmasının güvenli olmaması, ya da iş tanımına uygun standartta yapılamayacağını düşündükleri vurgulanmıştır (Kopishke 2002). Keeney ve ark.

(2005) yaptığı çalışmada da bazı hemşirelerin doğrudan bakım görevlerini hemşire yardımcılara devrinde isteksizlik gösterdikleri sorumluluk üstlenmek istemedikleri bulunmuştur.

Hastanın tedavisinde bulunan oral ilaçları uygulama girişimini çoğunluk (% 64,2) hemşire yapar şeklinde görüş bildirmiştir. Ancak hemşire yardımcılığı iş ve görev tanımında hastanın tedavi planında yer alan ve hemşirenin uygun gördüğü oral ilaçları hastaya verir ifadesi bulunmaktadır.

## ***5.2. Hemşire Yardımcısının Yapacağı Girişimlere İlişkin Görüşler***

Hastanın günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesine yardım etme (%54,3) girişimine çoğunluk hemşire yardımcısı yapar şeklinde yönetmelikle paralel görüş bildirmiştir. Ancak bu oranın yalnızca % 50 dolaylarında olduğu görülmüştür.

Araştırmada hemşirelerin laksatif uygulama girişimini çoğunluğu (% 36,5) hemşire yardımcısı yapar şeklinde görüş bildirmesine karşın hemşire yardımcısının iş ve görev tanımı içerisinde bulunmamaktadır. Ayrıca hemşirelik yönetmeliğinde “Periferik IV kateter takar ve kateter pansumanlarını yapar, oksijen ve buhar tedavisini uygular, trakeal aspirasyon yapar; gerekirse endotrakeal tüp, trakeostomi, kolostomi, gastrostomi bakımı verir; nazogastrik tüp takar, gastrik lavaj uygular; rektal tüp uygular, lavman yapar; perine bakımı verir, prezervatif sonda/üriner kateter takar ve kateter bakımı verir; sıcak ve soğuk uygulama yapar; göğüs tüplerini ve diğer drenaj sistemlerini kontrol eder, drenaj torbalarını değiştirir; yaptığı işlemleri gözlemleri ile birlikte kaydeder” şeklinde bu görevi dile getirilmiştir. King (1995) yaptığı çalışmada hemşirelerin, hemşire yardımcılarının etkin ve güvenli bir şekilde kullanabilmesi için yasal uygulama alanını bilmesi ve görevlendirirken verebilecekleri görevleri kapsayan kanunlardan emin olması gerektiğini savunmaktadır. Ayrıca hemşirelerin, hemşire yardımcısının iş tanımını ve eğitim programını tasarlamaya yardım etmesi gerektiğini belirtmiştir. Bu nedenle ülkemizde de hemşire yardımcılarının iş-görev tanımları açık ve net olmalıdır. Hemşireler kendi görevlerini ve hemşire yardımcısının görevlerini ayırt edebilmesi gerekmektedir. Bunların sağlanmasını ve etkin bir yetki devri için eğitim ihtiyacı olduğu söylenebilir. Ayrıca hemşire yardımcılarının eğitim içeriği ve iş tanımının

oluşturulmasında hemşire akademisyenlerden ve hemşirelik derneklerinden görüş alınabilir.

Hemşirelerin çoğunluğu (% 39,5) hastanın başka bir kliniğe ya da birime transferine yardım ve refakat etme girişimini hemşire yardımcısı yapar şeklinde yönetmelikle paralel görüş bildirmiştir. Ancak hemşirelik yönetmeliğinde “hastaya uygulanacak radyolojik tetkikler için hastayı hazırlar, ilgili birime transferini organize eder, gerekli durumlarda transfere eşlik eder” şeklinde bir ifadenin varlığıdır. Ayrıca katılımcılar, “yataktan kalkamayan veya kalkması uygun görülmeyen hastanın boşaltımına yardım etme (%60)” girişimine hemşire yardımcısı yapar şeklinde yönetmelikle paralel görüş bildirmiştir. Ancak hemşirelik yönetmeliğinde “ördek ve sürgü verme hemşirelik kararı ile uygulanır” ifadesi yer almaktadır.

### ***5.3. Hemşire ve Hemşire Yardımcısının Birlikte Yapacağı Girişimlere İlişkin Görüşler***

Araştırmada hemşirelerin çoğunluğu; hasta güvenliğinin sağlanması (% 49,5), ilgilendiği hastaların genel durumunda fark ettiği değişiklikleri bildirme (% 48,6) hareket kısıtlılığı olan hastaya uygun görülen pozisyonu verme (% 46,6) yatak yarasını önlemeye yönelik koruyucu işlemler yapma (% 44,1), ölüm sonrası yapılması gereken bakımları uygulama (% 41,8), kilo takibi gereken hastalarda günlük kilo takibini yapma (% 41,3), yataktan kalkamayan veya kalkması uygun görülmeyen hastanın boşaltımla ilgili sorunlarını bildirme (% 37,7) girişimlerinde hemşire ve hemşire yardımcısı birlikte yapar şeklinde yönetmelikle paralel görüş bildirmiştir. Ancak hemşire ve hemşire yardımcısının birlikte yapacağı girişimlerde oranların % 50'nin altında olması hemşirelerin görevi üstlenme veya hemşire yardımcısına bırakma gibi bir eğilim içerisine girebileceklerini düşündürmektedir. Bu durum gelecekte ortaya çıkabilecek sorunlara karşın önlem alınması gerektiğinin bir göstergesi olarak düşünülebilir. Jack ve ark. (2004) yapmış olduğu çalışmada hemşire yardımcılarının rolleri ile ilgili farklı algıların olduğunu bildirmiştir ve hemşire yardımcılarının genel temizlik işleminden karmaşık klinik prosedürlerin uygulanmasına kadar çeşitli görevleri üstlendiğini belirtmektedir.

“Hasta bakımında kullanılan malzemelerin hazırlanması, temizliği, dezenfeksiyonu ve uygun şekilde saklanmasına yardım etme” hemşire yardımcısının iş ve görev tanımında bulunurken hemşirelik yönetmeliğinde “Kullanılan malzeme, alet ve cihazların temini, bakımı, temizliği ve sterilizasyonunu sağlar. Endoskopların işleme hazır hale getirilmesi, işlemden sonra hastanın takibi ve gözlenmesi, kontamine endoskopların dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemlerinin yapılmasını sağlar” şeklinde geçmektedir. Hemşirelerin çoğunluğu (% 50,9) ise bu girişimi hemşire yardımcısı yapar şeklinde görüş bildirmiştir.

“Alınan kan, doku veya diğer örneklerin laboratuvara naklini sağlama” girişimi hemşire yardımcısının iş ve görev tanımında yer alırken hemşirelik yönetmeliğinde de benzer şekilde “hastanın laboratuvar tetkikleri için kan, idrar, sıvı ve doku örneklerini toplar; laboratuvara gönderir, değerlendirir ve hastanın hekimine bilgi verir” şeklinde yer almaktadır. Bu girişime hemşirelerin çoğunluğu (% 51,1) hemşire yardımcısının yapacağı şeklinde görüş bildirmişlerdir.

Araştırmada hemşireler “hareket kısıtlılığı olan hastaya uygun görülen pozisyonu verme (% 46,6)” girişimini hemşire yapar, “hastanın kişisel bakım ve temizliği ile ilgili gereksinimlerinin karşılanması (% 49,3)” girişimini hemşire yardımcısı yapar şeklinde görüş bildirmişlerdir. Bu girişimler hemşire yardımcılığının iş ve görev tanımında aynı şekilde yer almasına karşın hemşirelik yönetmeliğinde de “Aspirasyon, oksijen tedavisi, vücut pozisyonları, genel vücut bakımı, postural drenaj, aseptik uygulamalar (sonda/kateter bakımı vb.) gibi temel girişimsel uygulamalara yönelik uygun hemşirelik aktivitelerini planlar, uygular ve değerlendirir” şeklinde yer almaktadır.

“Hastanın beslenme programına uygun olarak beslenmesine yardım etme (% 50,2)”, “Hasta için planlanan egzersiz programının hastaya uygulanmasına yardım etme (% 46,1)”, “kilo takibi gereken hastalarda günlük kilo takibini yapma (% 41,3)” hemşire yardımcısının iş ve görev tanımında bulunmasına ve çoğunluğun hemşire yardımcısı yapacağı şeklinde görüş bildirmesine karşın benzer ifadeler hemşirelik yönetmeliğinde de “Beslenme ve kilo kontrolü, düzenli egzersiz, Stres yönetimi, Sigara bırakma gibi sağlık davranışlarını geliştirmeye yönelik olarak sağlığı geliştirme programları planlar, uygular ve değerlendirir” şeklinde bulunmaktadır.

Hemşireler “Hastanın yürümesine ve hareket etmesine yardım etme girişiminin (% 56,4)” hemşire yardımcısının görevi olduğu yönünde görüş bildirilse de hemşire yardımcılığı iş ve görev tanımında bu durum “Hemşirenin uygun gördüğü durumlarda hastanın yürümesine ve hareket etmesine yardım eder” şeklinde ifade edilmiştir. Bunun yanında “Hastadan steril olmayan idrar örneği ve dışkı örneği alma (% 57,3)” hemşire yardımcısının görevi olarak yönetmelikle paralel görüş bildirilmesine karşın idrar ve dışkı örneği almak hemşirelerin görevleri arasında da “Hastanın laboratuvar tetkikleri için kan, idrar, sıvı ve doku örneklerini toplar; laboratuvara gönderir, değerlendirir ve hastanın hekimine bilgi verir” şeklinde yer almaktadır. Benzer bir şekilde bu veriler göz önüne alındığında hemşirelerin yönetmelikle tanımlanan bazı görevlerini hemşire yardımcısına bırakma eğiliminde oldukları söylenebilir. Yapılan bir araştırmada, yardımcının rolü ve yetkinliği konusundaki belirsizlik nedeniyle birçok hemşirenin destek personelini uygun bir şekilde kullanmadığı tespit edilmiştir (Reeve 1994). Manuel ve Alster (1994) tarafından yapılan bir çalışmada hemşirelerin, hemşire yardımcısının rutin bakım uygulamaya yeterli olup olmadığı konusundaki görüşleri araştırılmış ve hemşirelerin ast kadrolarıyla çalışmak için yeterince hazır olmadığını ortaya koymuştur. Benzer şekilde ülkemizde de hemşirelik yönetmeliğinin hemşire yardımcılığı uygulaması sonrasında güncellenmemiş olması ve hemşirelerin, hemşire yardımcılarıyla çalışma konusunda eğitilmiş olmamaları görev karmaşasına sebep olabilecek faktörlerden olabilir.

Hemşire yardımcısı sağlık sektörüne yeni ara eleman olarak dahil edilmiş ve iş ve görev tanımları belirlenmiştir. Bu düzenlemeler yapılırken daha önce hemşirelerin yaptığı bazı girişimler, hemşire yardımcısının iş ve görevi olarak tanımlanırken bazı görevlerde de hemşireye yardım etmesi ve bilgilendirmesi şeklinde düzenlenmiştir. Ancak bu süreçte hemşirenin yapması gereken görevlerde bir değişime gidilmemiştir. Bu durumun sahada iş ve görev karmaşasına neden olabileceği düşünülmektedir. Benzer sorunlar Amerika’da da yaşanmıştır ve hemşire yardımcılarının hastanelerde kullanılmasının gerekliliği üzerine yapılan bir çalışmada hem sertifikalı hem de lisanslı yardımcı sağlık elemanlarının hasta bakımı konusundaki rolünün yeniden yapılandırılması gerektiği savunulmaktadır. Tıbbi ve teknolojik gelişmelerin daha az maliyet ve iş gücüyle daha fazla iş çıktısı elde etmeyi amaçlayan birçok hastane, bu paradoksun sonucunda giderlerin arttığı geri dönütlerin

azaldığı bir durumla karşı karşıya kalmıştır. Bunun sonucunda birçok hastane hasta bakımında görevli klinik iş gücünü yeniden tasarlamış, hemşire ve hemşire yardımcısının rollerini yeniden yapılandırmıştır. Bu yeni tasarıma göre hemşire yardımcıları, hasta bakımında banyo yapma, temizlik, beslenme, tuvalet gibi fiziksel ihtiyaçları sağlamaya yönelik “fazladan bir çift el” olarak kurgulanmıştır. Böylelikle hemşireler artık bu işleri yapmayacak ve hastane yönetiminde daha kritik görevler olan ilaç dağıtma, prosedürler, dokümantasyon, vaka yönetimi ve bakım koordinasyonluğu gibi görevleri üstlenecektir. Bu değişikliklerle de daha eğitimli ve maliyetli olan hemşirelerin hasta yanında kalış sürelerini azaltarak, kaynakları daha etkin bir şekilde kullanmayı amaçlamışlardır (Smyth-Giambanco 2008).

Bir çalışmada hemşirelerin hemşire yardımcısını nasıl kullandığı, hemşire yardımcılarının; rol sorumluluklarını, delegasyonun kapsamını, eğitim etkinliğini değerlendiren bir tanımlayıcı araştırma projesinin sonuçlarını anlatarak, bakım modelinin etkinliği değerlendirilmiştir. 31 eyalette, 53 hastanede, ankete cevap veren 53 yönetici hemşire, 925 hemşire ve hemşire yardımcısı katılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, hemşire yardımcısı kullanan bakım modellerinin yeterince işlemediğini ileri sürülmüştür. Modellerin işlememesinin en önemli nedenlerini rollerdeki netlik eksikliği, hemşirelik asistanlarının ve hemşirelerin bu işbirliği için eğitsel olarak hazırlanamaması, modeli destekleyecek bir altyapının olmaması ve değerlendirme sisteminin yeterli olmaması şeklinde sıralamıştır (Salmond 1995).

#### ***5.4. Hemşire Yardımcısı Uygulaması İlişkin Görüşler***

Uygulama hakkında bilgi sahibi olma durumunun bazı sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve sadece yaş ( $p=0,014$ ) ve meslekte çalışma süresi ( $p=0,003$ ) değişkenlerinde anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır ( $p<0,05$ ). Uygulama hakkında bilgi sahibi olduğu yönünde görüş bildirenler yaş değişkenine göre 30-34 yaş aralığında en yüksekken (% 53,9); buna paralel olarak da meslekte çalışma süresi değişkenine göre 7-10 yıl arası çalışanların oranı en yüksektir (% 52,5) Bu sonuçlara göre yaş ve meslekte çalışma süresinin fazla olmasının, uygulama hakkında bilgi sahibi olma durumunu olumlu yönde etkilediği düşünülebilir. Wynd'in (2003) çalışmasında da bizim çalışmamızda olduğu gibi hemşirelikte klinik çalışma süresi ve deneyimin mesleki profesyonelliği artırdığı saptanmıştır.

Yönetmelik hakkında bilgi sahibi olma durumu bazı sosyo-demografik özelliklere göre incelenmiş ve sadece cinsiyet ( $p=0,043$ ) ve eğitim durumu ( $p=0,019$ ) değişkenlerinde anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır ( $p<0,05$ ). Elde edilen sonuçlar incelendiğinde her iki cinsiyetin de yönetmelik hakkında bilgi sahibi olma durumu % 20'nin altında iken; kadınlar (% 19,8), erkeklere (%12,9) göre nispeten daha fazla bilgi sahibi olduğu yönünde görüş bildirmiştir. Eğitim durumunda ise lise, ön lisans ve lisans düzeyinde eğitim görenlerin yönetmelik hakkında bilgi sahibi olma durumunun oranı % 20'nin altında iken; lisansüstü düzeyinde eğitim görenlerin oranı diğerlerinden daha yüksektir (% 42,3). Bektaş (2017)'ın yaptığı bir çalışmada bizim araştırmamızın aksine eğitim durumunun yetki ve sorumluluk farkındalığında etkili olmadığını bulmuştur.

Çalışılan hastane değişkenine göre sonuçlar incelendiğinde özel hastane de çalışanlar (% 41,8), tıp fakültesinde çalışanlara (% 27,4) göre daha yüksek oranda bu uygulamanın, hemşire istihdamını etkileyeceğini düşünmektedir. Bu açıdan özel hastanede çalışan hemşirelerin, resmi açıdan kalıcı bir mesleki kadroya sahip olmadıkları için bu şekilde görüş bildirdikleri düşünülebilir. Yalçın ve Baykal (2012)'ın yapmış olduğu bir çalışmada niteliksel ve niceliksel iş güvencesizliği özel hastanelerde çalışan hemşirelerde anksiyete ve depresyon düzeyini artırmakta olduğu bulunmuştur. Eğitim durumu değişkeni açısından sonuçlar incelendiğinde ise; lise düzeyinde eğitim görenlerin (% 34,1), diğerlerinden daha yüksek oranla bu uygulamanın, hemşire istihdamını etkileyeceği yönünde görüş bildirmişlerdir.

Hemşire yardımcı uygulamasıyla birlikte iş ve görev karmaşası yaşanacağını düşünme durumu bazı sosyo-demografik özelliklere göre incelenmiş ve sadece çalışılan hastane değişkenine ( $p=0,021$ ) göre anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır ( $p<0,05$ ). Elde edilen sonuçlar incelendiğinde hem özel hastanede çalışanlar, hem de tıp fakültesi hastanesinde çalışanlar, % 50 ve daha yüksek oranda iş ve görev karmaşası yaşanacağı yönünde görüş bildirirken; tıp fakültesinde çalışanların oranı(% 57,4), özel hastanede çalışanlara (% 50,0) göre nispeten daha yüksektir.

Eğitim durumu değişkenine göre, uygulanan girişimlere ilişkin görüşlerin farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve bazı girişimlerde anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır ( $p<0,05$ ). Bu sonuçlara göre; lisansüstü eğitim alan hemşireler “ hastanın yatağını yapma (% 92,3), hastanın yürümesine ve hareket etmesine yardım etme (%

76,9), hastanın beslenme programına uygun olarak beslenmesine yardım etme (% 65,4)” girişimlerinin tamamında lisansüstü düzeyinde eğitim seviyesine sahip olanlar diğerlerinden daha yüksek oranda yönetmeliğe uygun şekilde görüş bildirmişlerdir. Lisansüstü eğitim alan hemşireler hastanın tedavisinde bulunan oral ilaçları uygulama girişimini en yüksek oranda hemşire yapar (% 80,8) şeklinde görüş bildirmesine karşın en yüksek oranda lise mezunu hemşireler yönetmelikle paralel görüş bildirmiştir (hemşire ve hemşire yardımcısı birlikte yapar (% 24,9)). Literatürde eğitim durumu değişkeninin etkisine ilişkin farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin; Kızıl ve ark. (2015) yaptığı bir çalışmada hemşirelerin görevlerini bilme, benimseme ve yerine getirmede eğitim durumunun etkili olmadığı bulunmuştur. Başka bir çalışma da Türkyılmaz (2001); yönetici hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarını yerine getirme durumlarını incelediğinde, başhemşire yardımcılarının eğitim süresi arttıkça, görevlerini yerine getirme puanlarında artış olduğunu bildirmektedir. Elde edilen sonuçlara göre bizim yapmış olduğumuz çalışmada da lise, ön lisans ve lisans eğitim seviyelerine sahip hemşirelerde bir doğrusallık göstermemekle birlikte, lisansüstü eğitim seviyesine sahip hemşirelerin, yönetmelikle paralel görüşe sahip olma durumunu olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Çalışma süresi değişkenine göre, uygulanan girişimlere ilişkin görüşlerin farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve bazı girişimlerde anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır ( $p<0,05$ ). Bu sonuçlara göre; (% 63,9), hastadan steril olmayan idrar ve dışkı örneği alma, kan şekerinin ölçülmesi (% 63,0) girişimlerinde 11 yıl ve daha fazla süredir meslekte çalışanlar diğerlerinden daha yüksek oranda yönetmeliğe uygun görüş bildirirken; hastadan steril olmayan idrar ve dışkı örneği alma girişiminde 4-6 yıl arası (% 63,3) ve 11 yıl ve daha fazla (% 61,3) süredir meslekte çalışanlar diğerlerinden daha yüksek oranda yönetmeliğe uygun görüş bildirmişlerdir. Aksoy ve Polat’ın (2013) çalışmasında da İleri yaştaki hemşirelerin iş doyumunu ve sorumluluk bilinci yüksek bulunmuştur. Bu çalışmanın aksine Bektaş (2017)’in yapmış olduğu çalışmada mesleki deneyim yılının yetki ve sorumluluk farkındalığında etkili olmadığını bildirmiştir.

## **6. SONUÇ VE ÖNERİLER**

Hemşire yardımcısı sağlık sektörüne yeni ara eleman olarak dahil edilmiş ve iş ve görev tanımları belirlenmiştir. Bu düzenlemeler yapılırken daha önce hemşirelerin yaptığı bazı girişimler, hemşire yardımcısının iş ve görevi olarak tanımlanırken bazı görevlerde de hemşireye yardım etmesi ve bilgilendirmesi şeklinde düzenlenmiştir. Ancak bu süreçte hemşirenin yapması gereken görevlerde bir değişime gidilmemiştir. Bu çalışmada hemşirelerin görüş ayrılıklarına ve iş yeri huzurunun sağlanmasını tehdit edici unsurlar niteliği taşıyan bazı sonuçlara ulaşılmıştır. Hemşirelerin birçoğu hemşire yardımcılarının iş ve görev tanımları hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Ayrıca hemşirelerin çoğu bu uygulamanın hemşirenin iş yükünü azaltacağını düşünürken; diğer taraftan çok yüksek oranda iş ve görev karmaşası yaşanacağını da düşünmektedir. Dolayısıyla bu uygulamayla birlikte mesleğe yeni başlayan hemşire yardımcılarının adaptasyonu kadar onlarla birinci derecede işbirliği içinde çalışacak hemşireler için de bir uyum sürecinin gerekli olduğunu düşünülmektedir.

Hemşireler, kendi görevlerini hemşire yardımcısına yaptırma veya hemşire yardımcısına ait görevleri yapma eğilimine gidebilirler. Bunların sonucunda yaşanacak karmaşanın yanında bazı yasal sıkıntılar da doğabilir. Bu nedenle hemşirelik yönetmeliğinde belirlenen girişim listesine benzer bir liste ile iş ve görevleri netleştirilebilir. Ayrıca bu listede beraber yapması gereken ve kararını alabileceği uygulamaların belirtilmesi de bu alanda yaşanacak sıkıntıları büyük ölçüde önleyebilir. Bunların yanında girişim listesinde bulunmayan uygulamalarda hemşire yardımcılara yetki devri konularına ilişkin bir karar ağacı hemşire akademisyenlerin ve hemşirelik derneklerinin işbirliğiyle oluşturulabilir. Unutulmaması gereken bir diğer durumda sağlık personellerinin rol ve sorumluluklarının gösterdiği hızlı değişimdir. Bu nedenle düzenlemelerin yapılması tek başına yeterli değildir, bu düzenlemeler yapıldıktan sonra da belirli aralıklarla revize edilmelidir.

Hemşire yardımcısı ülkemizde henüz uygulamada olmadığı için farklı ülkelerde karşılaşılan zorluklar iyi analiz edilebilirse, bu ara eleman grubundan en üst düzeyde faydalanmak mümkündür. Ayrıca uygulamaya başlamadan bu tedbirlerin alınması çalışma ortamlarında refahı ve hasta memnuniyetini en üst

düzeyde sağlamak için önemlidir. Bir başka değinilmesi gereken husus da hemşirelerin hemşire yardımcılarının var olmadığı bir modele göre eğitim almış olmalarıdır. Bu araştırmadan elde edilen bilgilere dayanılarak bazı öneriler geliştirilmiştir;

- Hemşire yardımcılığı uygulamasının bütün sağlık birimlerince iyi anlaşılması ve görev sınırlarının neler olduğunun net şekilde belirlenmesi gerekmektedir.
- Bu uygulama ile birlikte hemşire yönetmeliğinde herhangi bir düzenleme yapılmadığı için, bazı görevler benzer ifadelerle hemşire yardımcılarının iş ve görev tanımlarında da yer almaktadır. Dolayısıyla hemşire yönetmeliği de hemşire yardımcısının iş ve görevleri göz önünde bulundurularak tekrar düzenlenmelidir.
- Yurt dışında bu uygulamayı uzun süredir kullanan ülkelerde yaşanan sıkıntılar incelenmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır.
- Ülkemizde çalışan mevcut hemşirelerin hiçbirinin daha önce hemşire yardımcıları ile çalışmadığı ve buna uygun eğitim almadıkları düşünülerek, yeni görev dağılımları, karar mekanizmasının işleyişi ve sorumluluklara ilişkin hizmet içi eğitimler verilmelidir.
- Bazı ülkelerde olduğu gibi hemşire yardımcısının yapması uygun görülmeyen girişimler (damar yolu açma, parenteral ilaç uygulama, kan transfüzyonu vb.) kişilerin inisiyatifine bırakılmayacak şekilde açıkça belirtilmelidir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Aiken L.H., Sloane D.M., Cimiotti J.P., Clarke S.P., Flynn L., Seago J.A., Spetz J. & Smith H.L. Implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Health services research*. 2010; 45: 904–921.
2. Aksoy, N., Polat, C. Akdeniz bölgesindeki bir ilde üç farklı hastanenin cerrahi birimlerinde çalışan hemşirelerin iş doyumu ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2013; 10 (2): 45-53.
3. Anand, S., Fan, V. Y., Zhang, J., Zhang, L., Ke, Y., Dong, Z., & Chen, L. C. China's human resources for health: quantity, quality, and distribution. *The Lancet*. 2008; 372(9651): 1774-1781.
4. Anthony, M. K., Standing, T. S., & Hertz, J. E. Nurses' beliefs about their abilities to delegate within changing models of care. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2001; 32(5): 210-215.
5. American Nurses Association (1992). Registered nurse utilization of unlicensed assistive personnel [Position statement]. Maryland: Author.
6. American Nurses Association (1996). Registered professional nurses & unlicensed assistive personnel: Amer Nurses Pub.
7. American Nurses Association (2004). Registered professional nursing's utilization of unlicensed assistive personnel. Retrieved November, 10, 2004.
8. Audit Commission (2001) Review of National Findings: Ward Staffing. Audit Commission, London, UK
9. Bach, S., Kessler, I., & Heron, P. Role redesign in a modernised NHS: the case of health care assistants. *Human Resource Management Journal*. 2008; 18(2): 171-187.
10. Badovinac, C. C., Wilson, S., & Woodhouse, D.. The use of unlicensed assistive personnel and selected outcome indications. *Nursing Economics*. 1999; 17(4): 194.
11. Barczak, N., & Spunt, D. Competency-based education: Maximize the performance of your unlicensed assistive personnel. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 1999; 30(6): 254-259.
12. Bektaş N. Ameliyathane hemşirelerinin yetki ve sorumlulukları konusundaki farkındalıklarının incelenmesi. Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Fatma Eti Aslan)
13. Benedict, L., Robinson, K., & Holder, C. (2008). Retooling for an Aging America: Building the Health Care Workforce." Washington, DC: National Academies of Science.
14. Buchan, J. Nurse migration and international recruitment. *Nursing inquiry*. (2001); 8(4): 203-204.
15. Buchan, J. Global nursing shortages. *Bmj*. 2002; 324(7340): 751-752.
16. Buchan, J., & Dal Poz, M. R. Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World health Organization*. 2002; 80(7): 575-580.
17. Bureau of Labor Statistics, U. D. o. L., Occupational Outlook Handbook, 2016-17 Edition , Nursing Assistants and Orderlies. (2017). Nursing Assistants and Orderlies. <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/nursing-assistants.htm> (12 Mayıs 2017)
18. Carr-Hill, R., Currie, L., & Dixon, P. (2003). Scoping exercise: skill mix in secondary care. Centre for Health Economics, University of York, York.
19. Chan, S., & Wong, F. Development of basic nursing education in China and Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*. 1999; 29(6): 1300-1307.
20. Chang, W. Y. Interview of visiting health administrators from the Ministry of Health, Beijing, China. *Journal of Nursing Scholarship*. 1999; 31(2): 185-187.
21. Clarke, C. Promoting the 6Cs of nursing in patient assessment. *Nursing Standard*. 2014; 28(44): 52-59.
22. Crickmer, A. Who wants to be a CNA? *Journal of nursing administration*. (2005); 35(9): 380-381.
23. EU-Project. (SANCO/1/2009). Creating a pilot network of nurse educators and regulators.<http://www.hcanetwork.eu/downloads/Situation%20Statements%20ALL%20111219.pdf> (26.02.2017)

24. Filkins, J. Providing healthcare assistants with better career opportunities: Jacqueline Filkins describes a project that recommends standardising education across the European Union. *Nursing Management*. 2014; 21(7): 13-13.
25. Francis, B. & Humphreys, J. Enrolled nurses and the professionalisation of nursing: a comparison of nurse education and skill-mix in Australia and the UK. *Int J Nurs Stud*. 1999; 36 (2): 127-35.
26. Galloro, V. Post-acute care. Staffing outlook grim: high turnover expected to continue in skilled nursing, assisted living. *Modern Healthcare*. 2001; 31: 19.
27. Glinos, I. A., Wismar, M., Maier, C. B., Palm, W., & Figueras, J. Health professional mobility and health systems in Europe: conclusions from the case-studies. *Health Professional Mobility and Health Systems* 2011; 23: 67.
28. Griffith, R. Legal advice: Richard Griffith on the importance of dignity. *Nursing Standard*. 2014; 28(26). 66-66.
29. Hayes, C. Looking to the future of HCA education in the UK. *British Journal of Healthcare Assistants*. 2014; 8(11): 559-565
30. Heller, B. R., & Nichols, M. A. Workforce development in nursing: priming the pipeline. *Nursing Education Perspectives*. 2001; 22(2): 70.
31. Hewitt, C., Lankshear, A., Maynard, A., Sheldon, T., & Smith, K. (2003). *Health Service Workforce and Health Outcomes—A Scoping Study. Final Report*. Department of Health Sciences, University of York, York, UK.
32. Hsu, H.-C., Kung, Y.-W., Huang, H.-C., Ho, P.-Y., Lin, Y.-Y., & Chen, W.-S. Work stress among nursing home care attendants in Taiwan: A questionnaire survey. *International journal of nursing studies*. 2007; 44(5): 736-746.
33. <http://www.health.wa.gov.au/circularsnew/circular.cfm>. Department of Health, 2008b. Western Australia (22 Haziran 2017)
34. [http://www.health.wa.gov.au/circularsnew/circular.cfm?Circ\\_ID=12436](http://www.health.wa.gov.au/circularsnew/circular.cfm?Circ_ID=12436). (22 Haziran 2017)
35. <https://www.eurodiaconia.org/wordpress/wp-content/uploads> ( 10 Ekim 2017)
36. <http://preview.skillsforcare.org.uk/Learning-development/Care-Certificate/Care-Certificate.aspx> (15 Mayıs 2017)
37. <https://explorehealthcareers.org/career/allied-health-professions/nurses-aide/> ( 14 Ağustos 2017)
38. <http://www.halkinsagligi.org>. 29 Mayıs 2017
39. <http://www.health.nsw.gov.au> 23 Haziran 2017
40. [https://www.jobs.act.gov.au/data/assets/pdf\\_file/0014/530033/Nursing-Midwifery\\_Agreement.pdf](https://www.jobs.act.gov.au/data/assets/pdf_file/0014/530033/Nursing-Midwifery_Agreement.pdf) (13 Haziran 2017)
41. [http://www.kuksiwon.or.kr/EngHome/context.aspx?page=sub\\_3\\_1](http://www.kuksiwon.or.kr/EngHome/context.aspx?page=sub_3_1) (15 Haziran 2017)
42. [http://www.kuksiwon.or.kr/EngHome/context.aspx?page=sub\\_2\\_1&sub=23](http://www.kuksiwon.or.kr/EngHome/context.aspx?page=sub_2_1&sub=23) (15 Haziran 2017)
43. <https://www.learnhowtobecome.org/certified-nursing-assistant/> (10 Haziran 2017)
44. <http://www.megep.meb.gov.tr>. (29 Mayıs 2017)
45. <http://www.nhsemployers.org>. (18 Mayıs 2017). How long does it take to complete the Care Certificate?
46. [http://www.sanc.co.za/education\\_and\\_training.htm#New.](http://www.sanc.co.za/education_and_training.htm#New.)( 20 Temmuz 2017)
47. <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/nursing-assistants.htm>. (19 Haziran 2017)
48. <https://www.ncsbn.org/nursing-terms.htm>. (07 Mayıs 2017)
49. <https://www.rcn.org.uk/professional-development/professional-information-for-hcas-and-aps> (15 Mayıs 2017)
50. Jack, B., Brown, J., & Chapman, T. Ward managers' perceptions of the role of healthcare assistants. *British journal of nursing*. 2004; 13(5): 270-275.
51. Kalliath, T., & Morris, R. Job satisfaction among nurses: a predictor of burnout levels. *Journal of nursing administration*. 2002; 32(12): 648-654.
52. Kayser-Jones, J., Schell, E. S., Porter, C., Barbaccia, J. C., & Shaw, H. Factors contributing to dehydration in nursing homes: Inadequate staffing and lack of professional supervision. *Journal of the American Geriatrics Society* 1999; 47(10): 1187-1194.
53. Keeney, S., Hasson, F., McKenna, H., & Gillen, P. Nurses', midwives' and patients' perceptions of trained health care assistants. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 50(4): 345-355

54. Kessler, I., Heron, P., & Dopson, S. (2012). *The modernization of the nursing workforce: Valuing the healthcare assistant*: OUP Oxford.
55. Kızıllı E. G, İncazlı S. B, Erken S., Güntürkün F., Özkan B. Hemşirelerin Görevlerini Bilme, Benimseme ve Yerine Getirme Durumları: İzmir Örneği. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2015;12 (3): 215-223
56. Kido, V. J. The UAP dilemma. *Nursing Management*, 2001; 32(11): 27-29.
57. King, B. A. Working with a new staff mix. *RN*, 1995; 58(6): 38-42.
58. Kleinman, C. S., & Saccomano, S. J. Registered nurses and unlicensed assistive personnel: an uneasy alliance. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2006; 37(4): 162-170.
59. Kopishke, L. Unlicensed assistive personnel: a dilemma for nurses. *Director (Cincinnati, Ohio)*, 2002; 11(3), 99, 130-133.
60. Kusmaul, N., & Bunting, M. Perspectives on caregiving: A qualitative evaluation of certified nursing assistants. *Geriatric Nursing*. 2016
61. Landrigan, C. P., Rothschild, J. M., Cronin, J. W., Kaushal, R., Burdick, E., Katz, J. T., Bates, D. W. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *New England Journal of Medicine*, 2004; 351(18): 1838-1848.
62. McInnis, L.A. & Parsons, L.C. Thoughtful nursing practice: reflections on nurse delegation decision-making. *Nurs Clin North Am.* 2009; 44 (4): 461-70.
63. McLaughlin, F. E., Thomas, S. A., & Barter, M. (1995). Changes related to care delivery patterns. *Journal of Nursing Administration*, 25(5), 35-46.
64. McMenamin, R., Mc Grath, M., Cantillon, P., & Mac Farlane, A. Training socially responsive health care graduates: Is service learning an effective educational approach? *Medical teacher*. 2014; 36(4): 291-307.
65. Minick, P., & Harvey, S. The early recognition of patient problems among medical-surgical nurses. *Medsurg Nursing*. 2003; 12(5): 291.
66. Muntaner, C., Li, Y., Xue, X., O'Campo, P., Chung, H. J., & Eaton, W. W. Work organization, area labor-market characteristics, and depression among US nursing home workers: A cross-classified multilevel analysis. *International Journal of Occupational and Environmental Health*. 2004; 10(4): 392-400.
67. Manuel, P., & Alster, K. Unlicensed personnel no cure for an ailing health care system. *Nursing & health care: official publication of the National League for Nursing*. 1994; 15(1): 18-21.
68. Nelson Laird, T. F., Seifert, T. A., Pascarella, E. T., Mayhew, M. J., & Blach, C. F. Deeply affecting first-year students thinking: Deep approaches to learning and three dimensions of cognitive development. *The journal of higher education*, 2014; 85(3): 402-432.
69. World Health Organization (2000). *Munich Declaration: nurses and midwives: a force for health*
70. Omnibus Budget Reconciliation Act 1987 (OBRA 87). Public Law, 100-203.
71. Oulton, J. A. The global nursing shortage: an overview of issues and actions. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 2006; 7(3\_suppl): 34S-39S.
72. Pennington, K., Scott, J., & Magilvy, K. The role of certified nursing assistants in nursing homes. *Journal of Nursing Administration*. 2003; 33(11): 578-584.
73. Pfefferle, S. G., & Weinberg, D. B. Certified nurse assistants making meaning of direct care. *Qualitative Health Research* 2008; 18(7): 952-961.
74. Reeve, J. Nurses' attitudes towards health care assistants. *Nursing Times*. 1994; 90(26): 43-46.
75. Sarıkoç, G. Standardize hasta uygulamasının hemşirelik öğrencilerinin güdülenme düzeylerine ve öğrenme deneyimlerine etkisinin incelenmesi. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı, Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara, 2015 (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Celale Tangül Özcan)
76. Saks, M., & Allsop, J. Social policy, professional regulation and health support work in the United Kingdom. *Social Policy and Society* 2007; 6(02): 165-177.
77. Salmond, S. W. Models of Care Using Unlicensed Assistive Personnel Part II: Perceived Effectiveness. *Orthopaedic Nursing*. 1995; 14(6): 47-58.
78. Seavey, D. (2007). *State Nurse Aide Training Requirements*.
79. Shaffer, L.M., Johnson, K. & Guinn, C. Remediating role confusion: Differentiating RN and LPN roles. *American Nurse Education Today*. 2010; 5(3): 61-63.

80. Siehoff, A. M. Impact of unlicensed assistive personnel on patient satisfaction: an integrative review of the literature. *Journal of Nursing Care Quality*, 1998; 13(2): 1-10.
81. Simmons, S. F., & Reuben, D. Nutritional intake monitoring for nursing home residents: a comparison of staff documentation, direct observation, and photography methods. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2000; 48(2): 209-213.
82. Smyth-Giambanco, S. Should assistive staff in hospitals (such as nurses' aides) be licensed? *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2008; 33(3): 142.
83. Spilsbury, K., & Meyer, J. Use, misuse and non-use of health care assistants: understanding the work of health care assistants in a hospital setting. *Journal of nursing management*. 2004; 12(6): 411-418.
84. Stanton, M.W. & Rutherford, M.K. (2004). Hospital nurse staffing and quality of care. AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality-Research in Action 2004. <http://passportusa.com/wp-content/uploads/2013/02/Big-Picture-RN-Staffing-Shortage-and-Consequences-2002.pdf>
85. T.C. Resmi Gazete, 22 Mayıs 2014, Sayı: 29007
86. T.C. Resmi Gazete, 18 Ocak 2014, Sayı: 28886
87. T.C. Resmi Gazete, 19 Nisan 2011, Sayı: 27910
88. The education-training-and-qualifications-of-nursing-and-care-assistants-across-Europe
89. Thomas, S., & Hume, G. Delegation competencies: Beginning practitioners' reflections. *Nurse Educator*. (1998); 23(1): 38-41.
90. Thornley, C. (1996). Segmentation and Inequality in the Nursing Workforce in Crompton, R., Gallie, D. and Purcell, K.(eds) *Changing Forms of Employment: Organisations, Skills and Gender*. London: Routledge: London: Routledge.
91. Tilev ve Beydağ (2014). Hemşirelerin İş Doyum Düzeyi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(1): 140-147.
92. Türkyılmaz M. Yönetici hemşirelerin görev yetki ve sorumluluklarını yerine getirme durumlarının incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, İzmir, 2001. (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Gülseren Kocaman)
93. Tüzer, H (2015) Yüksek Gerçeklikli Simülasyon ve Standart Hasta Kullanımının Hemşirelik Lisans Öğrencilerinin Toraks ve Kalp Muayene Becerilerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara, 2015. (Tez Danışmanı: Danışman: Prof. Dr. Leyla Dinç ; Doç. Dr. Melih Elçin)
94. Volicer, L., Warden, V., & Morris, J. Fluid deprivation and research ethics. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1999; 47(10): 1269-1270.
95. Wegman, D. (2005). Injuries and assaults in a long-term psychiatric care facility: an epidemiologic study. *Workplace Health & Safety*, 53(11), 489.
96. Williams, J., & Cooksey, M. Hospital nursing: Navigating the difficulties of delegation. *Nursing*, 2016, 2004; 34(9): 32hn12
97. Wold, J. L. (2001). Global Nursing Partnerships: Strategies for a Sustainable Nursing Workforce. Paper presented at the The 130th Annual Meeting of APHA.
98. Wray, J. The impact of the financial crisis on nurses and nursing. *Journal of Advanced Nursing* 2013; 69(3): 497-499.
99. Wynd, C. A. Current factors contributing to professionalism in nursing. *Journal of Professional Nursing*. 2003; 19(5): 251-261.
100. Xu, Y., Xu, Z., & Zhang, J. The nursing education system in the People's Republic of China: evolution, structure and reform. *International Nursing Review*. 2000; 47(4): 207-217.
101. Yalçın, B., & Baykal, Ü. Özel Hastanelerde Görevli Hemşirelerin Sessiz Kaldığı Konular ve Sessiz Kalma Nedenleriyle İlişkili Faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2012; 9(2): 42-50.
102. You, S. Comparisons of the nursing workforce with Japan, and the US. *Journal of Digital Convergence* 2013; 11(6): 275-287.
103. Zimmermann, P. G. The use of unlicensed assistive personnel: An update and skeptical look at a role that may present more problems than solutions. *Journal of Emergency Nursing* 2000; 26(4): 312-317.

## 8. EKLER

### Ek-A: Hemşirelerin Hemşire Yardımcısının İş ve Görev Tanımlarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesine İlişkin Soru Formu

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

“*Hemşirelerin Hemşire Yardımcısının İş ve Görev Tanımlarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi*” başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına katılmayı kabul ediyorum.

1. Çalışmanın amacı ve önemi hakkında sözlü ve yazılı bilgi verildi.
2. Araştırmacının benimle bu çalışmayı yapmasına izin veriyorum.
3. Bu çalışma sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamayacağımı ve yayın, rapor ve benzeri bilimsel dokümanlarda kullanabileceğimi kabul ediyorum.
4. Bu çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

OKUDUM VE ONAYLADIM.

#### VERİ TOPLAMA FORMU

##### I. BÖLÜM

1. Yaşınız .....

2. Cinsiyetiniz :  Kadın  Erkek

3. Hemşirelik Eğitimi Durumunuz :  Lise  Ön lisans  Lisans

Lisansüstü ve üzeri

4. Meslekte çalışma süreniz: .....yıl

5. Çalıştığınız Birim:  Dâhili Birimler  Cerrahi Birimler  Ameliyathane

Yoğun Bakım  İdari Birimler  Diğer .....

6. Pozisyon :  Servis Hemşiresi  Sorumlu Hemşire

Yönetici Hemşire  Özel Dal Hemşiresi

Diğer.....

Ek-A:

## II. BÖLÜM

7. Aşağıda hemşire yardımcısı uygulamasına ilişkin görüşlerinizi soran sorular yer almaktadır. Lütfen uygun bulduğunuz alanı işaretleyiniz.

SORULAR	Evet	Kısmen	Hayır
1. Hemşire yardımcısı uygulamasını hakkında bilginiz var mı?			
2. 2014’te yayınlanan “Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik” hakkında bilginiz var mı?			
3. Hemşire yardımcısının iş ve görev tanımları hakkında bilginiz var mı?			
4. Hemşire yardımcılara ihtiyaç olduğunu düşünüyor musunuz?			
5. Hemşire yardımcısının hemşirenin iş yükünü azaltacağını düşünüyor musunuz?			
6. Hemşire yardımcılarının sahadaki hemşire istihdamını azaltacağını düşünüyor musunuz?			
7. Hemşire yardımcılarının sahaya gelmesiyle iş görev karmaşası yaşanacağını düşünüyor musunuz?			

**Ek-A:**

**9. Aşağıda kliniklerde gerçekleştirilen girişimler yer almaktadır. Lütfen bu girişimleri hemşire ve/veya hemşire yardımcısının hangisinin gerçekleştirmesi gerekiyorsa uygun alana işaretleyiniz.**

<b>UYGULANACAK GİRİŞİMLER</b>	<b>Hemşire yapar</b>	<b>Hemşire yardımcısı yapar</b>	<b>Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar</b>
1) Hasta odasının düzeni ve temizliğini sağlama			
2) Hastanın yatağının yapma			
3) Damar yolu açma			
4) Hasta güvenliğinin sağlanması			
5) Hastanın kişisel bakım ve temizliği ile ilgili gereksinimlerinin karşılanması			
6) Hastanın tedavisinde bulunan oral ilaçları uygulama			
7) Hastanın tedavisinde bulunan parenteral ilaçları uygulama			
8) Hastanın deri bütünlüğünü gözleme			
9) Kan ve kan ürünlerinin verilmesi			
10) Hastaları muayene, tetkik ve tedavi için hazırlama			
11) Hastanın tıbbi işlem öncesinde elbiselerinin değiştirilmesine ve işlem sonrasında giyinmesine yardım etme			
12) Sıcak-soğuk uygulama yapmaya karar verme			
13) Yatak yarasını önlemeye yönelik koruyucu işlemler yapma			
14) Hastanın günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesine yardım etme			
15) Yaşam bulgularının alınması (vücut sıcaklığı, nabız, kan basıncı, solunum)			
16) Yataktan kalkamayan veya kalkması uygun görülmeyen hastanın boşaltımına yardım etme			
17) Laksatif uygulama			

**Ek-A:**

<b>UYGULANACAK GİRİŞİMLER</b>	<b>Hemşire yapar</b>	<b>Hemşire yardımcısı yapar</b>	<b>Hemşire yardımcısı ve hemşire birlikte yapar</b>
18) Yataktan kalkamayan veya kalkması uygun görülmeyen hastanın boşaltımla ilgili sorunlarını bildirme			
19) Hastanın idrar torbasını boşaltma veya değiştirme			
20) Ağrı izleme			
21) Hastadan steril olmayan idrar örneği ve dışkı örneği alma			
22) Hastanın yürütmesine ve hareket etmesine yardım etme			
23) Hastanın beslenme programına uygun olarak beslenmesine yardım etme			
24) Kilo takibi gereken hastalarda günlük kilo takibini yapma			
25) Hareket kısıtlılığı olan hastaya uygun görülen pozisyonu verme			
26) Hastanın başka bir kliniğe ya da birime transferine yardım ve refakat etme			
27) Enteral tüple besleme (NGT, OGT veya gastrostomi)			
28) Hasta için planlanan egzersiz programının hastaya uygulanmasına yardım etme			
29) İlgilendiği hastaların genel durumunda fark ettiği değişiklikleri bildirme			
30) Ölüm sonrası yapılması gereken bakımları uygulama			
31) Kan şekerinin ölçülmesi			
32) Alınan kan, doku veya diğer örneklerin laboratuara naklini sağlama			
33) Hasta bakımında kullanılan malzemelerin hazırlanmasını, temizliğini, dezenfeksiyonunu ve uygun şekilde saklanmasına yardım etme			
34) Bağışıklama/Aşı uygulaması			

**Ek-B: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum  
İzni**



T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başmüdürlüğü

**Sayı** : 14567952-100-E.4075  
**Konu** : Anket Hakkında

30/03/2017

**SAYIN:FADİME ULUPINAR**

"Hemşirelerin, Hemşire Yardımcısının İş ve Görev Tanımlarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışma anketlerini hastanemizde yapma isteğiniz uygun görülmüştür.  
Gereğini rica ederim.

**e-İmzalıdır**

**Prof.Dr. Ahmet TEKİN**  
Başhekim

Adres: Yunus Emre Mah. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi  
Telefon: 0332 223 60 01 Faks: Elektronik A.Ş. <http://www.konya.edu.tr>

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.  
Evrak teyidi: <https://ehyssorgu.konya.edu.tr> adresinden 2K78-DE9Z-8G75 kodu ile yapılabilir.

## Ek-C: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 25/05/2017-E.12367



T.C.  
**SELÇUK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**  
Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 92469864-604.02/  
Konu : Anket Çalışma Talebi

**Sayın Fadime ULUPINAR**  
(Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi)

İlgi : 23/05/2017 tarihli, Bila sayılı yazı

İlgi tarihli ve sayılı yazınıza istinaden; "*Hemşirelerin, Hemşire Yardımcısının İş ve Görev Tanımlarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi*" başlıklı yüksek lisans tez çalışmanızın anketlerini Hastanemizde yapmak istediğinize dair talebiniz, Başhekimliğimizce değerlendirilmiş olup **uygun** görülmüştür. Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır  
**Doç. Dr. İlhan ÇİFTÇİ**  
Hastane Başhekimisi V.

*Doç. Dr. İlhan ÇİFTÇİ*  
E-İmzalıdır  
Elektronik İmzalıdır  
Demet POLAT  
25.05/2017

Evrak Doğrulama İçin : [http://193.255.244.181/en/Vision-Sorgula/Validate\\_Doc.aspx?V=BE8VB35R1](http://193.255.244.181/en/Vision-Sorgula/Validate_Doc.aspx?V=BE8VB35R1)  
Selçuk Üniversitesi Alaeddin Keykubat Yerleşkesi 42250 Selçuklu / KONYA Ayrıntılı bilgi için irtibat: Demet POLAT  
Tel:0332 241 50 00 Faks:0332 241 60 65  
E-Posta :seltip@selcuk.edu.tr Elektronik Ağ :www.hastane.selcuk.edu.tr



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

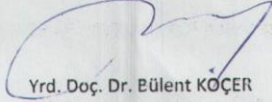
## Ek-D: Özel Medicana Konya Hastanesi Kurum İzni

MEDICANA

23.05.2017

23.05.2017 tarihli 03 nolu Akademik ve Etik Kurul kararına göre;

T.C. Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Fadime ULUPINAR' ın "Hemşirelerin, Hemşire Yardımcısının İş ve Görev Tanımlarına İlişkin Görüşlerini Değerlendirilmesi" isimli yüksek lisans tez çalışması için Özel Medicana Konya Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri personelleri ile anket yapması kurul kararınca uygun görülmüştür.

  
Yrd. Doç. Dr. Bülent KÖÇER

Tıbbi Direktör Yardımcısı  
Akademik ve Etik Kurul  
Başkan Yrd.

Özel Medicana Konya Hastanesi

Musalla Bağları Mah. Gürz Sok.  
No: 1, 42110 Selçuklu / Konya  
T: +90 332 221 80 80 F: +90 332 235 65 56  
www.medicana.com.tr

## Ek-E: Özel Medova Hastanesi Kurum İzni

Tarih -Sayı :21.07.2017 – 700/166  
Konu :Tez Çalışması hk.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
MERAM TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI' NA  
KONYA

Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Fadime ULUPINAR tarafından "Hemşirelerin, Hemşire Yardımcısının İş ve Görev Tanımlarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması anketlerini hastanemizde yapması uygun görülmüştür.  
Gereğini bilgilerinize arz ederim.





Uzm. Dr. F. Mine KARAMAN  
Mes' ul Müdür  
Başhekim

444 86 82  
medova.com.tr

Şeyh Şamil Mahallesi Dosteli Cad.  
No: 52/1 Selçuklu Konya  
F > 0850 502 19 51

**MEDOVA**  
HASTANESİ

**Ek-F: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz  
Dışı Araştırmalar Etik Kurul Kararı**

	
<b>T.C.</b> <b>NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ</b> <b>Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı</b>	
<b>Sayı : 14567952-050/</b> <b>Konu :</b>	 NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ KONYA MERAM TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI e 23/11/2016 Sayı: 4732 giden 2016.11.23.4732
<b>Sayın</b> <b>Yrd. Doç. Dr. Manar ASLAN</b> <b>N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi</b> <b>Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi</b>	
<p>İlgi:04.11.2016 tarihli dilekçeniz; “<b>Hemşirelerin Hemşire Yardımcısının İş ve Görev Tanımlarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi</b>” başlıklı Yrd. Doç. Dr. Manar ASLAN’ ın sorumluluğunda, Fadime ZORLU’ nun yardımcı araştırmacısı olduğu yüksek lisans tez çalışması hakkında Fakültemiz İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulunun 18 Kasım 2016 tarihinde aldığı 2016/719 sayılı karar ilişikte gönderilmiştir. Bilgilerinizi rica ederim.</p>	
<b>Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU</b> <b>İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar</b> <b>Etik Kurul Başkanı</b> 	
Eki: 1	
<hr/>	
Adres:Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı 42080 –Meram KONYA Tel: (0332) 223 65 00 Faks: (0332) 223 61 81 Bilgi İçin : Personel Şubesi Tel : (0332) 2236504	

**Ek-F:**

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ  
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

**Toplantı Sayısı:40**

**Toplantı Tarihi: 18.11.2016**

**Karar Sayısı:2016/719:**N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Manar ASLAN' ın "Hemşirelerin Hemşire Yardımcısının İş ve Görev Tanımlarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 04.11.2016 tarihli düzeltme dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Fadime ZORLU' nun yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Manar ASLAN' ın sorumluluğunda ilgili birimlerden izin alınarak yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.  
Sorumlu Araştırmacı: Yrd. Doç. Dr. Manar ASLAN  
Yardımcı Araştırmacı: Fadime ZORLU

**ASLI GİBİDİR  
18.11.2016**

**Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU  
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı**



**EK-G: Girişimlere İlişkin Değerlendirme Tablosu**

	Girişimler	Hemşire yapar	Hemşire yardımcısı yapar	Hemşire ve hemşire yardımcısı birlikte yapar
1	Hasta odasının düzeni ve temizliğini sağlama		X	
2	Hastanın yatağını yapma		X	
3	Damar yolu açma	X		
4	Hasta güvenliğinin sağlanması			X
5	Hastanın kişisel bakım ve temizliği ile ilgili gereksinimlerinin karşılanması		X	
6	Hastanın tedavisinde bulunan oral ilaçları uygulama			X
7	Hastanın tedavisinde bulunan parenteral ilaçları uygulama	X		
8	Hastanın deri bütünlüğünü gözleme			X
9	Kan ve kan ürünlerinin verilmesi	X		
10	Hastaları muayene, tetkik ve tedavi için hazırlama			X
11	Hastanın tıbbi işlem öncesinde elbiselerinin değiştirilmesine ve işlem sonrasında giyinmesine yardım etme		X	
12	Sıcak-soğuk uygulama yapmaya karar verme	X		
13	Yatak yarasını önlemeye yönelik koruyucu işlemler yapma			X
14	Hastanın günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesine yardım etme		X	
15	Yaşam bulgularının alınması (vücut sıcaklığı, nabız, kan basıncı, solunum)	X		
16	Yataktan kalkamayan veya kalkması uygun görülmeyen hastanın boşaltımına yardım etme		X	
17	Laksatif uygulama	X		
18	Yataktan kalkamayan veya kalkması uygun görülmeyen hastanın boşaltımla ilgili sorunlarını bildirme			X
19	Hastanın idrar torbasını boşaltma veya değiştirme		X	
20	Ağrı izleme	X		
21	Hastadan steril olmayan idrar örneği ve dışkı örneği alma		X	
22	Hastanın yürütmesine ve hareket etmesine yardım etme			X
23	Hastanın beslenme programına uygun olarak beslenmesine yardım etme		X	
24	Kilo takibi gereken hastalarda günlük kilo takibini yapma			X
25	Hareket kısıtlılığı olan hastaya uygun görülen pozisyonu verme			X
26	Hastanın başka bir kliniğe ya da birime transferine yardım ve refakat etme		X	
27	Enteral tüple besleme (NGT, OGT veya gastrostomi)	X		

Girişimler		Hemşire yapar	Hemşire yardımcısı yapar	Hemşire ve hemşire yardımcısı birlikte yapar
28	Hasta için planlanan egzersiz programının hastaya uygulanmasına yardım etme		X	
29	İlgilendiği hastaların genel durumunda fark ettiği değişiklikleri bildirme			X
30	Ölüm sonrası yapılması gereken bakımları uygulama			X
31	Kan şekerinin ölçülmesi	X		
32	Alınan kan, doku veya diğer örneklerin laboratuvara naklini sağlama			X
33	Hasta bakımında kullanılan malzemelerin hazırlanmasını, temizliğini, dezenfeksiyonunu ve uygun şekilde saklanmasına yardım etme			X
34	Bağışıklama/Aşı uygulaması	X		

## 9. ÖZGEÇMİŞ

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

### ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı:	Fadime ULUPINAR	İmza	
Doğum Yeri:	Ermenek		
Doğum Tarihi:	18.05.1989		
Medeni Durumu:	Evli		

### Öğrenim Durumu

Derece	Okulun Adı	Program	Yıl
Lisans	Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi	Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü	(2007-2011)
Yüksek Lisans	Necmettin Erbakan Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı	(2014- .....)
İş Deneyimi	<b>2011-2014:</b> Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Yoğun Bakım-Endokrin-Nöroloji Kliniği / Hemşire <b>2014-.....:</b> Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Ermenek Meslek Yüksekokulu Yönetim ve Organizasyon Bölümü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı / Öğretim Görevlisi		
Tel:	Telefon: 0 338 226 20 00 Dahili: 2881		
Adres:	Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Ermenek Meslek Yüksek Okulu Seyran Mah. Muzaffer Tutar Cad. No:55 70400 Ermenek/Karaman		
E- mail	fadime_zorlu_89@hotmail.com fzorlu@kmu.edu.tr		