

HEMŞİRELİKTE KLİNİK SÜPERVİZYON

Yrd. Doç. Dr. Hatice Ulusoy
Cumhuriyet Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu

ÖZET

Klinik süpervizyon, genel olarak “hemşirelerin klinik yeterliliği artırmak amacıyla kullanılan profesyonel bir ilişki, destek süreci” olarak tanımlanmaktadır. Bu makalenin amacı, özellikle Kuzey Amerika ve Avrupa ülkelerindeki hemşirelik literatüründe yaygın olarak tartışılan, ancak ülkemizde henüz konu ile ilgili bir yayına rastlanmayan, klinik süpervizyon kavramı hakkında bilgi sunmaktır. Makalede klinik süpervizyonun tanımları, gerekliliği, yararları, uygulama süreci, klinik süpervizörün özellikleri, klinik süpervizyonun uygulamasına yönelik eleştiriler ve başarı için gerekenler tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: klinik süpervizyon, hemşirelik

CLINICAL SUPERVISION IN NURSING

ABSTRACT

Clinical supervision has generally been described as “a professional relationship and support process by which nurses are assisted to improve their competencies in order to enhance quality of care”. It is a widely discussed concept within nursing literature in the North American and European countries. However this issue has not yet been the subject of any article in our country. The aim of this paper is to present an overview of clinical supervision in nursing. Various aspects of the definitions, potential for its success, benefits, components and processes of clinical supervision are explored. Current debates and problematic areas and the need for clinical supervision in nursing are also discussed.

Keywords: clinical supervision, nursing

Giriş

Hemşirelik mesleğini “az eğitilmiş, doktorun yardımcı” rolünden çıkararak en önemli değişimlerden birisi, hemşirelik bakımını organize etme ve sunmada yeni bir yol olan hemşirelik sürecidir. Bu süreçteki anahtar farklılık, geçmişteki “iş merkezli” yaklaşımdan “birey merkezli” yaklaşıma geçilmesidir. Bu süreçte hemşirelerin hastaları ile daha anlamlı ve yakın ilişkiler kurması, bakımı altındaki kişilerin sosyal, duygusal ve psikolojik gereksinimlerine dikkat etmesi, karar verme ve sorumluluk almada “bağımsız” olması

gerekiyordu. Hemşireliğin kendini, “bağımsız” bir meslek olarak ilan etmesi ve tıbbın paternalistik elini bırakması, tıbbın sağladığı “korumanın” da gitmesine neden oldu. Dünyada, 1980’li yıllardan itibaren, hemşirelerin bağımsız çalışmayı başarabilmesi için, bir destek sistemine gereksinimleri olduğunun fark edilmesi, klinik süpervizyon sürecinin doğmasına neden oldu. Klinik beceri ve yeterliliklerini geliştirmeleri ve sürekli eğitimin sağlanması amacıyla, deneyimli bir profesyonel tarafından, hemşirelere sunulan bir yardım süreci olarak tanımlanan ve esas amacın bakımın kalitesini artırmak olduğu, klinik

süpervizyon sürecine ilişkin taramalar sonucu, yurt dışında oldukça geniş literatür olmasına rağmen ülkemizde hemşirelikte, konu ile ilgili yayına rastlanmamıştır. Bu makalenin amacı, klinik süpervizyon kavramı hakkında bilgi sunmaktır.

Tanımlar

Süpervizyon kavramı farklı şekillerde tanımlanmakla kalmayıp, Kuzey Amerika, İngiltere ve İskandinav ülkeleri arasında kavramın kullanımı ve içeriğine ilişkin önemli farklar vardır (Hyrkas, Koivula, Paunonen, 1999; Teasdale, Brocklehurst, Thom, 2001). Kuzey Amerika ülkelerinde bu kavram, henüz profesyonel bir lisansa sahip olmayan ancak çalışmaya yeni başlayan hemşirelere sağlanan bir “destek ve rehberlik” kapsamında kullanılırken; (Yegdich, 1999) İskandinav ülkelerinde ve İngiltere’de daha farklı çerçevede ele alınmaktadır (Hyrkas, Koivula, Paunonen 1999; Teasdale, Brocklehurst, Thom, 2001). İngiltere’de klinik süpervizyonun hedef kitlesi hem öğrenci hemşireler hem de çalışan hemşireler iken (Yegdich, 1999), İskandinav ülkelerinde, daha çok çalışan hemşirelerin profesyonel gelişmesini sağlamak için kullanılan bir çalışma yöntemidir (Hyrkas, Koivula, Paunonen, 1999). Bununla birlikte, bazı yayınlarda (Holm, Lantz, Severinsson 1998; Nylund, Lindholm, 1999) klinik süpervizyonun İskandinav ülkelerinde de temel hemşirelik eğitimi sırasında verilen mentorluk ve preseptorlukla da ilişkilendirildiğine yönelik bilgilere de rastlanmıştır. Bu makalede klinik süpervizyon kavramı daha çok, İskandinav ve İngiliz literatüründen yararlanılarak tartışılacaktır.

Bu noktada, ülkemizde de zaman zaman kullanılmakta olan süpervizyon, mentorluk, preseptorluk kavramlarını netleştirmek gerekirse, Mills, Francis ve Bonner’in (2005) belirttiğine göre, **mentorluk** daha çok “kariyer gelişimi, akademik başarı ve kişisel gelişime” odaklanır. **Klinik süpervizyon** profesyonel rehberlik ve destek ile çalışanın “klinik uygulamalarda gelişimine” odaklanır, **preseptorlukta** ise “klinik beceri kazanımının sağlanması” daha ön plandadır. Bu kavramların ortak paydasını “destekleyici iletişim” oluşturur ancak bu iletişimin yoğunluğu ve içeriği her birinde farklıdır. Mentorluk ve klinik

süpervizyonda iletişim, taraflar arasında güçlü bir sorumluluğun geliştirilmesine dayanır. Bununla beraber, mentorluk tarafların iş saatleri dışında, klinik süpervizyon ilişkisi ise iş saatleri içinde gerçekleşir ve çok daha uzun sürelidir. Preseptorluk ilişkisi kısa sürelidir, klinik ortamlarda gerçekleştirilir, klinik beceri kazanımı ve değerlendirmeye odaklanır (Mills, Francis ve Bonner 2005). Severinsson (1994) ise mentorluk, süpervizyon, ve liderlik kavramlarını incelediği makalesinde mentorluğu öğretmenin diğerinden daha bilgili, daha deneyimli ve hatta 8-15 yaş daha büyük olduğu bir çeşit öğrenme olarak da tanımlamaktadır.

Klinik süpervizyon kavramı, değişik ülkelerde farklı tanımlanıp, farklı uygulanmakla beraber, birçok tanımda bu uygulamanın odak noktasının, çalışanların klinik yeterliliğini artırmak ve sürekli gelişimi sağlamak için kullanılan profesyonel bir ilişki, destek ve öğrenme süreci olduğu vurgulanmaktadır. Temel amacın bakım kalitesinin artırılması olduğu bu süreçte, çalışanların kendi uygulamalarının sorumluluğunu üstlenme düzeyi artar, güvenli bakım gelişir (Butterworth, Faugier, 1992; Bishop, 1994; Ryan, 1998; Barrett, 2002; Hyrkas, Lehti, 2003; Clouder, Sellars, 2004; Sloan 2005; Edwards ve ark. 2006).

Klinik süpervizyon, genellikle sözel iletişim formunda olan bir yardım sürecidir ve bu süreçte profesyonel destek organize olarak, deneyimli bir profesyonel (süpervizör) tarafından verilir (Smith, 1997; Jones 1998). Wright’a göre klinik süpervizyon, herhangi bir işi- çalışmayı değerlendirmek için iki veya daha fazla kişi arasında, önceden planlanan zamanlarda, düzenli aralıklarla ve özel ortamlarda yapılan formal toplantılardır. Bu toplantılarda hemşirenin çalışması, yaşadığı olay, durum veya sorun nedir, bunlar ne şekilde ele alındı, bir sorun veya olay yaşandı ise bunlarla nasıl baş edildi, olası başka seçenekler olabilir miydi vb. gibi konular, klinik süpervizör rehberliğinde tartışılır (Wright 1989). Bu süreçte hemşire uygulamalarını ve varsa problemlerini analiz eder, hedefler ve hedeflere ulaşmak için stratejiler açığa kavuşturulur ve uygun eylem planları yapılır (Nicklin, 1995). Ryan (1998) da klinik süpervizyon sürecini, bir

destek süreci olarak tanımlayarak, bu desteğin boyutlarının kişisel bilgi ve beceri gelişiminin sağlanmasından, işle ilgili stresle baş etme ve tükenmişliğin önlenmesine kadar geniş yelpazede olabileceğini belirtmektedir.

Klinik süpervizyon ne değildir?

Makalenin ilerleyen bölümlerinde de tartışılacağı gibi, klinik süpervizyon hemşireleri kontrol etmek için kullanılan kurumsal bir yöntem (McCallion, Baxter, 1995b; Jones, 1998) veya hiyerarşik bir yönetim ilişkisi içinde bir performans değerlendirme aracı değildir (Cottrell, Smith, 2003). Ayrıca süpervizyonu veren kişinin (süpervizörün) mutlaka bir yönetici olması da gerekmemektedir (Darley, 1995; Smith, 1997). Süpervizyon bir terapi biçimi de değildir (Jones, 1998; Ryan, 1998; Heath, Freshwater, 2000). Heath ve Freshwater (2000) klinik süpervizyon uygulaması ile kişinin kendilik kavramı ile ilgili farkındalığının artmasının ve terapötik bir ortam oluşmasının bir terapi olarak değil, sürecin doğal bir yönü olarak değerlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Ruh sağlığı hemşireliğinde klinik konsültan olan Yegdich (1998) ise, her iki sürecin de (süpervizyon ve terapi) “yardım süreci” olduğuna dikkati çekerek, yaklaşımlarda benzerlikler bulunmasının şaşırtıcı olmaması gerektiğini ve zaten klinik süpervizyonun çıkış noktasının psikoanalitik kavramlardan geldiğini savunmaktadır.

Sıklıkla hemşireler arasındaki informal akran desteği, yani hemşirelerin klinik çalışmalarında karşılaştıkları veya özel yaşamlarındaki stresli durumları birbirleriyle paylaşmaları da süpervizyona bir örnek olarak gösterilmektedir (Butterworth, Faugier, 1992). Ancak klinik süpervizyon yukarıda da açıklandığı gibi, yalnızca duyguların paylaşılması ile ilgili rasgele bir destek verme olmayıp, profesyonel büyümeyi ve gelişmeyi sağlayan, hasta bakım kalitesini artırmayı amaçlayan, profesyonel desteğin gelişigüzel değil organize olarak verildiği bir süreçtir (Smith, 1997).

Tarihçe:

Klinik süpervizyon yeni bir kavram olmayıp psikoterapide, psikolojide, psikiyatri hemşireliğinde,

ebelikte, sosyal hizmet alanında ve diğer birçok meslekte oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır, özellikle psikoterapiyle ilgili alanlarda 1920’li yıllardan beri kullanıldığı bildirilmektedir (Ryan, 1998; Jones, 1998; Cottrel, Smith, 2003).

Hemşirelikte klinik süpervizyon kavramı, ilk kez Kuzey Amerika ülkelerinde 1925 yılında gündeme gelmiş olup, o tarihte “profesyonel gelişmeye odaklı demokratik bir ilişki süreci” olarak tanımlanmaya başlanmıştır. Konunun hemşirelikte tartışılmasının ise, genellikle Peplau ile başladığı belirtilmektedirler Buna karşılık, İngiltere ve İskandinav ülkelerinde, hemşirelikte, 1980’li yılların sonuna dek klinik süpervizyon konusuna çok az vurgu yapıldığı belirtilmektedir (Yegdich, 1999; Cottrel, Smith 2003; Hyrkas ve ark. 2006)

1980’li yıllarda süpervizyonun hemşirelikte gerekli olduğuna ilişkin yayınların sayısı artmasına rağmen, süpervizyonun nasıl yapılacağı konusundaki literatür oldukça sınırlı kalmıştır (Butterworth, Faugier, 1992). Klinik süpervizyonla ilgili literatürdeki artış 90’lı yılların başından itibaren olmuş ve buna paralel olarak, klinik süpervizyon süreci uygulamaya konulmaya başlanmıştır. Klinik süpervizyon, özellikle İngiltere ve İskandinav ülkelerinde gerek bilimsel yayınlarda, gerekse uygulamada büyük ilgi görmüştür (Sloan, 1999).

İngiltere’de, 1990 yılında başlayan sağlık hizmetlerindeki köklü Reformları takiben Sağlık Bakanlığı ülke genelinde hemşireler için klinik süpervizyonun geliştirilmesini istemiş, 1994 yılında düzenlenen ulusal klinik süpervizyon konferansını izleyen yıllarda bu ülkede, gerek kavram olarak incelenmesinde gerekse klinik süpervizyonun uygulamaya konulmasıyla ilgili literatürde bir patlama yaşanmıştır (Smith 1995). Klinik süpervizyon uygulaması İskandinav ülkelerinde 1980’lerin sonuna doğru yaygınlaşmaya başlamış, araştırma temelli bilgiler ise 1990’larda artmıştır.

Son yıllarda ise makalenin son bölümlerinde tartışılacağı gibi dikkatler, klinik süpervizyonun uygulanmasına ilişkin kritiklere ve profesyonel gelişim sürecinde hemşireler üzerindeki etkilerine yoğunlaşmış olup (Marrow, Macauley, Crumbie,

1997;Teasdale, Brocklehurst, Thom, 2001; .Hyrkas, Lehti, 2003; Landmark ve ark. 2003), az sayıda da olsa klinik süpervizyonun değerlendirilmesine yönelik çalışmalara da rastlanmaktadır (White ve ark. 1998; Sloan, Watson 2001; Hyrkas ve ark. 2006).

Klinik süpervizyonun önemi ve yararları

Günümüzde, tüm hemşirelerin profesyonelliği ve bakımda mükemmelliği sağlamak için klinik süpervizyona gereksinimlerinin olduğu yaygın olarak kabul edilen görüşlerdir (Nortcott, 1996; Hyrkas ve ark., 2003; Clouder, Sellars, 2004; Sloan 2005). Eddison (1994), adı ister mentor ister preceptor ister süpervizör olsun tüm hemşirelerin profesyonel bir desteğe ihtiyacı olduğunu belirterek, çalışma yaşamında destek alan bir hemşirenin daha iyi performans göstereceğini, daha az hata yapacağını ve daha az stres yaşayacağını ifade etmektedir.

Klinik süpervizyonun ana amacı hasta bakım kalitesini artırmaktır (Faugier ve Butterworth 1992; Bishop, 1994) ancak klinik süpervizyon klinisyenlerin bireysel olarak kendilerini, profesyonel olarak uygulamalarını geliştirmelerinde farklı ve gerekli bir süreçtir. Klinik süpervizyon, “uygulamadan öğrenmeyi” destekler ve hemşirelik uygulamalarında da yararlı etkisi vardır (Clouder, Sellars, 2004). Süpervizyon ilişkisi, kişisel ve profesyonel büyüme için bir fırsat olduğu gibi, kritik düşünmenin gelişmesini de sağlar (Smith, 1997) ve böylece hemşireler hastaların problemlerine daha yaratıcı, etkili çözümler bulabilirler (Nicklin, 1995). Süpervizyon, kişisel ve profesyonel davranışları güçlendirir (Jones, 1998), hemşirenin performans ve yeterliliğini artırır, böylece bakımdaki hata ve riskler azalır (Nicklin 1995), sağlık hizmetlerindeki şikayetlerin azalmasına yardım eder (Nicklin, 1995; Goorapah, 1997). Süpervizyon sürecinde hemşirelerin klinik bilgi bazı ve yeterliliği gelişir (Nicklin, 1995; Sloan, 1999), hemşireler profesyonel yaşamlarında kendilerini desteklenmiş hisseder (Smith, 1997), daha az stres yaşar, kendilerine güvenleri gelişir (Sloan, 1999) bu güven artışı sonucu bilgilerini daha rahat ifade ederler (Smith, 1997) tüm bunların

sonucunda da hasta bakım kalitesi artar (Faugier ve Butterworth,1992; Nicklin, 1995; Groopah, 1997; Sloan, 1999).

Hyrkas ve Lehti (2003) klinik süpervizyonun hastadaki sonuçlarına ve bakımın kalitesine etkisinin araştırıldığı çalışmaların günümüzde de yetersiz olduğunu belirterek, kendi çalışmalarında klinik süpervizyonun uzun vadede hasta memnuniyetini ve genel olarak bakımın kalitesini artırdığını saptamışlardır. Teasdale, Brocklehurst, Thom (2001) ise 211 hemşire ile İngiltere’de yaptıkları bir çalışmada, özellikle yeni mezun hemşirelerin, karşılaştıkları güç olaylarla başetmede süpervizyonu yararlı bulduklarını saptamışlardır. Marrow, Macauley, Crumbie (1997) İngiltere’de klinik süpervizyonun etkinliğini 20 süpervizyon alan ve 10 süpervizör olmak üzere toplam 30 hemşire ile odak grup tartışması kullanarak yaptıkları çalışmada da bu tür bir destek yönteminin pozitif sonuçları olduğunu ve profesyonel gelişmeyi artırdığını bulmuşlardır.

Bazı yazarlara göre (Swift, 1997; Jones, 1998; Waterworth, Pillitteri, Sloan, 1999; Hyrkas, Koivula, Paunonen 1999; Lyth, 2000) yukarıda belirtilen sonuçları destekleyecek az sayıda araştırma olmakla beraber klinik süpervizyonun pozitif sonuçlarının olduğuna dair anektodal literatür çok yaygındır. Hyrkas, Koivula, Paunonen (1999) süpervizyonun etkinliği hakkında hemşirelerle yapılmış araştırmaları irdelediği çalışmalarında, 1986–1998 yılları arasında hemşirelikte yalnızca 17 empirikal çalışma olduğunu, bu çalışmaların da alanının dar olduğunu ve özellikle 1990’larda araştırmaların odak noktasının, “süpervizyonun hemşireler üzerindeki etkileri” olduğunu belirtmektedir. Ancak, özellikle son yıllarda klinik süpervizyonun hemşirelikte etkinliğini değerlendiren çalışmalar da vardır (Marrow, Macauley, Crumbie, 1997; Teasdale, Brocklehurst, Thom, 2001; Hyrkas, Lehti, 2003; Landmark ve ark. 2003; Hyrkas ve ark. 2006). Klinik süpervizyonun alt düzey hemşire yöneticilerin liderlik özelliklerine katkısının incelendiği kalitatif bir çalışmada 3 yıllık sürecin sonunda yöneticiler kendilerine sağlanan klinik süpervizyonun liderlik, iletişim, gelişmeye istekli

olma gibi alanlarda olumlu katkılarının olduğunu ifade etmişlerdir (Hyrkas ve ark. 2005). Finlandiya’da 799 hemşirenin aldıkları süpervizyonu ve süpervizörlerini değerlendirdikleri başka bir çalışmada ise süpervizyon sürecinin hemşirelerin iş doyumuna ve bakımın kalitesine olumlu katkıda bulunduğu saptanmıştır (Hyrkas ve ark. 2006).

Klinik süpervizyon uygulaması

McCallion ve Baxter (1995a) klinik süpervizyonu uygulamaya koymadan önce; model seçimi, süpervizyonu alacak ve verecek kişilerin belirlenmesi ve eğitimi, değişimde yaşanabilecek direnç, değişimin ne kadar zaman ve maliyet alacağı, kayıtlar, değerlendirme ve izleme gibi bazı yönetsel konuların düşünülmesi gerektiğini belirtmektedirler. Yazarlara göre, klinik süpervizyonu uygulayabilmek için, ilk olarak, en üst yöneticiden en yeni başlayan hemşireye kadar herkesin konuyla ilgili bilgilendirilerek kurumsal farkındalığın artırılması gerekir. İkinci aşamada, klinik süpervizyona ilişkin kurum politikası belirlenir. Burada süpervizörlerin taşınması gereken kriterler, her hemşire için gerekli olan minimum süpervizyon süresi, profesyonel sorumluluk alanları ve gizliliğin korunması, kontrat ve kayıtlar, standartlar ve değerlendirme araçları, sistemin uygulanma süresi gibi konular açığa kavuşturulur. McCallion ve Baxter (1995b) iki gün süreli (veya kurumun gereksinimine göre daha fazla) workshoplarla süpervizyon sürecinin tanıtılmasını, hemşirelere kendi süpervizyon ve gelişimsel gereksinimlerini tanıma fırsatı sağlanmasını önermektedir. Yazarlara göre, bu workshopların ardından süpervizyon sürecine başlanabilir (McCallion ve Baxter 1995b).

Klinik süpervizyon her hemşire ile teke tek bireysel yürütülebileceği gibi, grup ve üçlü (triad) süpervizyon şeklinde de uygulanabilmektedir. Grup süpervizyonunda 4-6 kişiden oluşan bir gruba, triad süpervizyonda ise iki kişiye bir süpervizörün rehberliği söz konusudur. Bireysel süpervizyon, hemşirelikte en yaygın kullanılan format olup (Sloan ve Watson, 2002), daha pahalı olmasına rağmen grup süpervizyonuna göre daha etkindir (McCallion, Baxter 1995b; Hyrkas ve ark 2006). Sloan (2005) idealde süpervizörün, süpervizyonu alan kişinin

yöneticisi konumunda olmamasını önerirken, bu mümkün değilse, kontratta süpervizyon ilişkisinin sınırlarının ve amaçlarının net çizilmesi gerektiğini ve bu durumda süpervizörün, deneyimli bir hemşire, hemşirenin bir üstündeki yönetici hemşire olabileceği gibi başka disipline de olabileceğini belirtmektedir (Sloan 1005). Ancak, konu ile ilgili araştırmalar incelendiğinde, klinik süpervizörlerin genellikle hemşirelik mesleğinden olduğu göze çarpmakta ve hemşirelerin süpervizörlerini mümkünse kendilerinin seçmesi önerilmektedir (McCallion, Baxter, 1995b; Sloan, 1999; Edwards ve ark 2005; Hyrkas ve ark 2006).

Sürecin başarısında oldukça önemli olan ilk formal süpervizyon toplantısında (Sloan 2005), süpervizyon kontratı üzerinde tartışılır ve kontrat üzerinde hemfikir olunur. Bu kontratta her iki taraf için de amaçlar, yapılacak görüşmelerin süresi, sıklığı, beklentiler ve sorumluluklar belirlenir (Waterworth, Pillitteri, Swift 1997; Barrett, 2002). (Bir kontrat örneği ek 1’de verilmiştir). Kontrattaki amaç, ilişkide güven gelişimini desteklemek ve böylece deneyimlerin paylaşımını sağlamaktır (Barrett 2002, Sloan 2005).

Sloan’a göre (2005) süpervizyon toplantıları, mümkünse klinikten uzak bir ortamda, 1-2 saat arasında 1-2 aylık sürelerle yapılabilir ancak gerektiğinde ek toplantılar olabilir. Sürecin, hemşirenin gelişimine katkısını irdelemek amacıyla, tercihen 6 ayda bir yapılandırılmış değerlendirme toplantıları düzenlenebilir. Bu öneriyi destekler şekilde yapılan son çalışmalarda süpervizörü ile ayda en az bir kez görüşen ve toplantıların çalışma ortamından ayrı bir mekanda yapıldığı durumlarda hemşirelerin klinik süpervizyon sürecini pozitif değerlendirme eğilimlerinin arttığı bulgulanmıştır (Edwards ve ark.2005; Hyrkas ve ark 2006).

Toplantıların içeriği her iki taraf için de “kişiye özel” olarak kalır, burada tartışılan konuların yasa dışı ya da etik konulara aykırı olan bir durum-uygulama tanımlanmadığı sürece yöneticilere bildirilmesi gerekmez (Waterworth, Pillitteri, Swift, 1997). Sloan (2005) toplantıların içeriğini kaydetmenin hemşirede anksiyete yaratabileceğini ancak ilk süpervizyon görüşmesinde kayıtlı ilgili

endişelerin ve amaçların iyi tartışılmasının olası problemleri önleyeceğini belirtmektedir. Waterworth, Pillitteri ve Swift'e (1997) göre, süpervizyon toplantılarındaki en önemli problemler; toplantılar için zaman ayırmada sorun yaşanması, özellikle performans değerlendirmesi söz konusu olunca gizliliğin korunmasında çelişki yaşanmasıdır.

Klinik süpervisör özellikleri

Klinik süpervizyonun etkin olarak sağlanmasında ve nitelikli hizmetin sunulmasında, süpervizyon ilişkisinin niteliği, süpervizörün özellikleri ve rolüne hazırlığı hayati öneme sahiptir (Sloan, 1999; Hyrkas 2006). Süpervizörün rolü, danışmanlık alan kişinin profesyonel, kişisel ve eğitsel olarak büyümesini ve gelişmesini sağlamak, klinik otonomisini kazanmasında veya geliştirmesinde kişiye destek olmaktır. Bunu başarabilmesi için süpervizörün bazı temel özelliklere sahip olması gerekir (Butterworth, Faugier, 1992). Bunlardan bazıları;

- 1) Entelektüel, emosyonel ve zaman olarak verici - cömert olma,
- 2) Self-farkındalık ve kendini tanıma düzeyinin gelişmiş olması
- 3) Aktif dinleme, empati, güven oluşturma gibi iletişim becerilerine sahip olma
- 4) Her iki tarafın sınırları konusunda açık olmak, bir insanın her zaman her şeyi bilemeyeceğini bilerek, öğrenmeye açık ve istekli olmak,
- 5) Hümanistik davranış sergileme, dürüst olma, danışanın onuruna saygı duyma ve bir kişinin gelişimine katkıda bulunma ayrıcalığının farkında olma gibi özelliklerler,
- 6) Yeterli bilgi bazına sahip olmak ve bunu uygulamaya aktarabilmek,
- 7) Uzlaşmaya açık olmamak. Bu özellik ilk bakışta süpervizyon sürecinde istendik bir davranış olarak görülmeyebilir ancak, hemşirelikte hasta bakımı ile ilgili standartlar ve uygulamalar anlaşmaya, taviz vermeye açık değildir. Sıcak ve anlayışlı bir ilişki süreci oluşturarak problem durumlarında problemleri görmezden gelmek ya da taviz vermek yerine bunların farkında olup

çözmeye çalışmak gerekir (Butterworth, Faugier, 1992).

8) Süpervizör rolüne uygun olarak hazırlanmak, örneğin kognitif/bilişsel - davranış terapisi gibi bazı alanlarda belirli becerilere sahip olmak,

9) Kendi uygulama alanları ile ilgili araştırma bulgularını kullanabilmek (Sloan, 1999).

Klinik Süpervizyon uygulama modelleri

Hemşirelik, uygulama alanı geniş bir meslek olduğu için, tüm hizmet alanlarına uyacak tek bir süpervizyon modelinin olmadığı (Porter, 1998; Sloan 1999) klinik süpervizyonun uygulamaya konulmasında pek çok model olduğu bildirilmektedir (Cottrell, Smith, 2003). Uygulamada model seçiminin nasıl yapılacağı, çalışılan alanın özelliklerine göre değişmektedir (McCallion, Baxter 1995a). Aşağıda hemşirelik literatüründe yer alan bazı modellere kısaca değinilmektedir.

Sloan'ın (1999) belirttiğine göre hemşirelikte en yaygın kullanılan model Proctor'un in modelidir. Proctor (1987) süpervizyonun üç temel işlevini tanımlamaktadır. Bunlar;

Formatif: Beceri ve yeterliliğin gelişmesindeki eğitsel süreçtir. Çalışanın gelişiminin sorumluluğu süpervizör ve süpervizyonu alana aittir.

Normatif: Bu fonksiyon profesyonel uygulamanın yönetsel boyutu ve profesyonel standartların sürdürülmesine odaklanır. Burada, hemşireye (standartlar ışığında) hasta gereksinimlerinin karşılandığından emin olunması yönünde yardım edilir.

Restoratif: İşten kaynaklanan stresli durumlarda hemşireye yardım-destek sürecidir.

Proctor'a göre süpervizyon bu görevlerin tümüne veya birine odaklanabilir.

Roger ve Morris'in (1997) problem- oryante klinik süpervizyon modelinde ise süpervizör ve hemşire klinik problemleri birlikte belirler ve değerlendirir. Taraflar problem çözme stratejilerini kullanarak, problemlere mantıklı, ölçülebilir, uygun çözümler bulmak için işbirliği içinde çalışırlar (Roger, Morris, 1997).

Nicklin'in (1997) modeli ise Proctor'un modelinin bir uyarlaması olup, yönetsel, eğitsel, destekleyici elementleri içermektedir. Bu model hemşirelik sürecinin aşamalarına benzer 6 aşamalı süpervizyon döngüsünden oluşmaktadır. Birinci aşamada problem yaratan durumların saptanması, ikinci aşamada problem alanlarının açığa kavuşturulması, üçüncü aşamada uygulamadaki beklentileri, koşulları gerçekleştirecek amaçların belirlenmesi olup son üç aşama sırasıyla planlama, uygulama ve değerlendirmedir.

Klinik süpervizyon uygulamalarına ilişkin endişe ve eleştiriler

Klinik süpervizyona yönelik endişeler ve eleştiriler özellikle son yıllardaki literatürde göze çarpmaktadır (Yegdich, 1999; Heath, Freshwater 2000, Johns, 2000; Lyth, 2000; Gilbert, 2001; Clouder, Sellars, 2004). Bu yayınlarda, genelde tartışılan konuların odak noktasını, klinik süpervizyonun personelin aktivitelerini kontrol etmede, bir izleme (takip etme) veya bir çeşit itiraf mekanizması olarak kullanılabilmesi oluşturmaktadır. Örneğin Gilbert (2001), klinik süpervizyon sürecinin, kişileri kendi haklarında gerçeği söylemeye 'motive ettiğini', bunun da bir anlamda itiraf mekanizması olduğunu savunmaktadır. Ancak bazı yazarlar (Goorapah, 1997; Lyth, 2000; Clouder, Sellars, 2004) klinik süpervizyonun izleme veya itiraf etmeyi sağlamada kullanılacak bir yol olduğu görüşüne katılmamaktadırlar. Clouder ve Sellars'a (2004) göre;

“klinik süpervizyon çalışma yaşantımızda olsun veya olmasın, her birimiz, bir sosyal varlık olarak, zaten (aslında) farkında olarak veya olmayarak birbirimizi (yöneticiler, hastalar, meslektaşlar) izliyoruz. Klinisyenler, klinik süpervizyonu formal işlevinden dolayı bir izlenme aracı olarak tehdit edici algılayabilirler ancak, klinik süpervizyon formal bir yapıda olduğu ve gizli değil, açık olarak yapıldığı sürece etiğe uygundur ve uygulayıcılar arasında büyük bir endişeye neden olmamalıdır (Clouder ve Sellars, 2004).

Profesyonel uygulamalarda gizlilik yerine

açıklığı savunan Goorapah (1997) da, profesyonel davranışların her zaman için incelenmeye açık olması gerektiğini belirterek, tüm hemşirelerin, daima hastanın refahını ya da çıkarlarını koruma yönünde çalıştıklarını varsaymanın gerçekçi bir düşünce olmadığını, etik kodların aksine davranan veya uygulamalarında yetersiz olan hemşirelerin, bazı durumlarda meslektaşları tarafından korunabildiğini, dolayısıyla hasta haklarının göz ardı edildiğini öne sürmektedir. Yazar, zamanını ve enerjisini hasta yararına harcayan hemşirelerin korkması gereken bir durum olmadığını, ancak ilkelerden sapma eğilimi gösterenlere karşı düzeltici önlemlerin alınması gerektiğini, süpervizyonun hataların veya eksikliklerinin fark edilip düzeltilmesinde bir fırsat olduğunu savunmaktadır.

Klinik süpervizyon uygulamasında başarılı olmak için dikkat edilecek noktalar

Literatürde, klinik süpervizyonun başarısının zaman alıcı ve kaynak gerektirdiği, değerinin bir gecede ortaya çıkmayacağı belirtilerek, sürecin uzun vadede klinisyenlere, yöneticilere ve hastalara sağlayacağı yararların önemli olduğu savunulmaktadır (McCallion, Baxter, 1995a).

Bazı yazarlar, klinik süpervizyonun başarıyla uygulanmasında en önemli noktanın, şeffaflık ve sürecin amaç, kapsam ve sınırlarının uygulamaya geçmeden önce tüm hemşirelerce açık anlaşılmasını sağlamak olduğunu savunurken (Smith, 1997; Goorapah, 1997; Porter 1998; Sloan, 1999; Lyth 2000; Landmark ve ark. 2003), Goorapah (1997) klinik süpervizyonun “hemşireliğin tüm sorunları çözecek bir araç” olarak görülmesi halinde sonucun hayal kırıklığı olacağını belirtmektedir. Heath ve Freshwater'da (2000) süpervizyonun amacının net belirlenmemesi, gerçekçi olmayan amaç ve beklentilerin olmasının süpervizyonun yetersizliği ile sonuçlanabileceği konusunda uyarılmaktadır. Başarıda sürecin bir tehdit unsuru olarak görülmemesinin önemine dikkat çeken Clouder ve Sellars'da (2004) görüşlerini, “klinik süpervizyon, eğer uygulayıcılar tarafından ‘kuzu postuna bürünmüş kurt’ gibi algılanırsa, süpervizyonun tam olarak uygulanması da beklenemez” şeklinde özetlemektedirler

Nicklin'de (1995) klinik süpervizyon uygulamasında, tüm değişim süreçlerinde olduğu gibi, bazı potansiyel sorunların olabileceğini vurgulayarak sürecin başında şu gibi soruların açıkça yanıtlanması gerektiğini ifade etmektedir.

“Örneğin hemşirenin bir ihmali, yetersizliği veya bir suç işlemesi durumunda açıklama kime ait olacak? Hastane yönetimi mi, süpervizyonu veren kişi mi? Klinik süpervizyon ilişkisi ne oranda gizli ve kişiye özel kalabilir veya kalmalı? Eğer hemşirenin performansı beklenenden düşük olursa kim sorumlu olacak hemşire mi, yöneticisi mi, klinik süpervizyonu veren mi? Süpervizyon sürecinde ne tür kayıtlar tutulabilir, bunlar nasıl kullanılabilir ve kim(ler) bu kayıtları okuma hakkına sahip olabilir?”

Knutton ve Pover (2004) klinik süpervizyonda dürüst bir ilişki süreci yaratmak ve sürdürmenin gerekli olduğunu ve karşılıklı dürüstlüğün iyi bir öğrenme ortamı oluşturmadaki önemini vurgularken, Heath ve Freshwater'da (2000), süpervizörlerin süreçteki rollerine yeterince hazırlanmasının önemine dikkat çekmektedir. Landmark ve ark. (2003) süpervizör rolü üstlenen hemşirelerin sorumlulukları ve kendilerinden beklenenler konusunda belirsizlikler yaşadıklarını bulguladıkları çalışmalarında, öneri olarak klinik süpervizyonda lisans üstü eğitim programlarının olması gerektiğini savunmaktadır.

Waterworth, Pillitteri, Swift (1997)e göre de süpervizyon iki yönlü paylaşım ve öğrenme sürecidir ve tüm diğer alanlarda olduğu gibi başarısı, sistemin gereksinimleri karşılayacak şekilde yapılandırılmasına, sürecin sürekli gözden geçirilmesine ve hastaların ve hemşirelerin gereksinimleri doğrultusunda adapte edilmesine bağlıdır.

Sonuç

Bu makalede, uygulamada hasta bakım kalitesinin artırılmasının bir yolu olan ve yoğun olarak Avrupa'da, 1990'larda gündeme gelen, çalışan hemşirelere yönelik klinik süpervizyon kavramı irdelenmiştir. Sadece öğrenci hemşirelerin ya da yeni mezun hemşirelerin değil, sürekli eğitim

ve gelişimi sağlamak için, deneyimli hemşirelerin de profesyonel desteğe gereksinimleri olduğu (Butterworth, Faugier 1992; Eddison, 1994) görüşü doğrultusunda klinik süpervizyon süreci, bu ülkelerde kabul edilmiş, hemşirelik örgütlerince gerekliliği kabul edilmiş ve yasalarla uygulamaya konulmuştur. Ülkemizde de adı, kapsamı ve uygulama biçimi ne olursa olsun hemşirelerin benzer bir profesyonel desteğe gereksinimleri olduğu görüşü yadsınamaz bir gerçektir.

Hemşirelikte süpervizyon modellerinin geliştirilmesinin, klinik uygulamalar ve hemşireliğin bağımsızlığının geliştirilmesine katkı sağlayacağı inancı ile yönetimler ve ilgili otoritelerin konuyla ilgili tartışmayı ve yapılandırmayı başlatması gerekir. Avrupa ülkelerinin klinik süpervizyonun uygulamasında yaşadıkları sorunlar ve eleştiriler ülkemiz için örnek olarak değerlendirilebilir, gereksinimlerimize ve kaynaklarımıza uygun düşen süpervizyon modelleri geliştirilebilir.

KAYNAKÇA

Barrett, R. (2002) Mentor Supervision and Development: Exploration of Lived Experience. Career Development International, 7(5); 279-283.

Bishop, V. (1994) Clinical Supervision for an Accountable Profession. Nursing Times, 90(24); 35-39.

Butterworth, T., Faugier, J. (1992) Clinical Supervision and Mentorship in Nursing. London, Chapman & Hall.

Clouder, L., Sellars, J. (2004) Reflective Practice and Clinical Supervision: an Interprofessional Perspective. Journal of Advanced Nursing, 46(3); 262-269.

Cottrel, S., Smith, G. (2003) The Development of Models of Nursing Supervision in the UK. <http://www.clinical-supervision.com>.

Darley, M. (1995) Clinical Supervision: the View from the Top. Nursing Management, 2(3); 14-15.

Eddison, G. (1994) Monitoring Mentoring. Nursing Standard, 8(30);99.

Edwards D., Cooper L., Burnard P., Hannigan B., Adams J., Fothergill A. & Coyle D. (2005) Factors Influencing the Effectiveness of Clinical Supervision. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 405–414.

Edwards D, Burnard P, Hannigan B, Cooper L, Adams J, Juggessur T, Fothergil A. (2006) Clinical Supervision and Burnout: the Influence of Clinical Supervision for Community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1007–1015.

Gilbert, T. (2001) Reflective Practice and Clinical Supervision: Meticulous Rituals of the Confessional. *Journal of Advanced Nursing*, 36(2); 199-205.

Goorapah, D. (1997) Clinical Supervision. *Journal of Clinical Nursing*, 6; 173-178.

Heath, H., Freshwater, D. (2000) Clinical Supervision as an Emancipatory Process: Avoiding Inappropriate Intent. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5); 1298-1306.

Holm, A.K., Lantz, I., Severinsson, E. (1998) Nursing Students' Experiences of the Effects of Continual Process-Oriented Group Supervision. *Journal of Nursing Management*, 6(2); 105-113.

Hyrkas, K., Koivula, M., Paunonen, M. (1999) Clinical Supervision in Nursing in the 1990s- Current State of Concepts, Theory and Research. *Journal of Nursing Management*, 7(3); 177-187.

Hyrkas, K., Koivula, M., Lehti, K., Paunonen-Ilmonen, M. (2003) Nurse Managers' Conceptions of Quality Management as Promoted by Peer Supervision. *Journal of Nursing Management*, 11(1); 48-58.

Hyrkas, K., Lehti, K. (2003) Continuous Quality Improvement Through Team Supervision Supported by Continuous Self-monitoring of Work and Systematic Patient Feedback. *Journal of Nursing Management*, 11(3); 177-188.

Hyrkas K., Appelquist- Schmidlechner K., Kivimaki K. (2005) First-Line Managers' Views of The Long-Term Effects of Clinical Supervision: How Does Clinical Supervision Support and Develop Leadership in Health Care? *Journal of*

Nursing Management, 13, 209–220.

Hyrkas K., Appelqvist-Schmidlechner K., Haataja R. (2006) Efficacy Of Clinical Supervision: Influence on Job Satisfaction, Burnout and Quality of Care. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4); 521–535.

Johns, C. (2001) Depending on the Intent and Emphasis of the Supervisor, Clinical Supervision can be a Different Experience. *Journal of Nursing Management*, 9(3); 139-145.

Jones, A. (1998) Getting Going with Clinical Supervision. *Journal of Advanced Nursing*, 27(3); 560-566.

Knutton, S., Pover, J. (2004) The Importance of Honesty in Clinical Supervision. *Nursing Management*, 10 (9);

Landmark, B., Hansen, G.S., Bjones, I., Bohler, A. (2003) Clinical Supervision- Factors Defined by Nurses as Influential upon the Development of Competence and Skills in Supervision. *Journal of Clinical Nursing*, 12(6); 834-841.

Lyth, G.M. (2000) Clinical Supervision: a Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3); 722-729.

Marrow. C.E., Macauley, D.M., Crumbie, A. (1997) Promoting Reflective Practice through Structured Clinical Supervision. *Journal of Nursing Management*, 5(2); 77-82.

McCallion, H., Baxter, T. (1995a) Clinical Supervision: How it Works in the Real World. *Nursing Management*, 1(9); 20-21.

McCallion, H., Baxter, T. (1995b) Clinical Supervision: Take it from the Top: *Nursing Management*, 1(10); 9.

Mills J.E., Francis K.L., Bonner A. (2005) Mentoring, Clinical Supervision and Preceptoring: Clarifying the Conceptual Definitions for Australian Rural Nurses. A review of the literature. *Rural & Remote Health*, 5 (3); 1-10.

Nicklin, P. (1995) Super Supervision. *Nursing Management*, 2(5); 24-25.

- Nicklin, P. (1997) A Practice Centred Model of Clinical Supervision. *Nursing Times*, 93(46); 52-54.
- Northcott, N. (1996) Supervise to Grow. *Nursing Management*, 2(10); 18-19.
- Nylund, L., Lindholm, L. (1999) The Importance of Ethics in the Clinical Supervision of Nursing Students. *Nursing Ethics*, 6(4); 278-286.
- Porter, N.J. (1998) Providing Effective Clinical Supervision. *Nursing Management*, 5(2); 22-23.
- Proctor, B. (1987) Supervision: A Cooperative Exercise in Accountability: Enabling and Ensuring Supervision in Practice. Cited in Slaon, G., Watson, H. (2002) *Clinical Supervision Models for Nursing: Structure, Research and Limitations*. *Nursing Standard*, 17(4); 41-46.
- Rogers, P., Morris, B.T. (1997) Clinical Supervision for Forensic Mental Health Nurses. *Nursing Management*, 4(5); 13-15.
- Ryan, T. (1998) Clinical Supervision in Mental Health Nursing. <http://www.clinical-supervision.com>
- Severinsson, E.I. (1994) The Concept of Supervision in Psychiatric Care- Compared with Mentorship and Leadership. A review of the Literature. *Journal of Nursing Management*, 2(6); 271-278.
- Severinsson, E.I. (1996) Nurse Supervisors' Views of their Supervisory Styles in Clinical Supervision. a Hermeneutical Approach. *Journal of Nursing Management*, 4(4); 191-200.
- Sloan, G. (1999) Understanding Clinical Supervision from a Nursing Perspective. *British Journal of Nursing*, 8 (8);524-29.
- Slaon, G., Watson, H. (2001) Illuminative Evaluation: Evaluating Clinical Supervision on its Performance Rather than Applause. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5); 664-673.
- Slaon, G., Watson, H. (2002) *Clinical Supervision Models for Nursing: Structure, Research and Limitations*. *Nursing Standard*, 17(4); 41-46.
- Sloan G. (2005) *Clinical Supervision: Beginning the Supervisory Relationship*. *British Journal of Nursing*, 14(17); 918-923.
- Smith, J.P. (1995) *Clinical Supervision: Conference Organized by the NHSE on 29 November 1994*. *Journal of Advanced Nursing*, 21(5); 1029-1031.
- Smith, C. (1997) Supervise to Practice. *Nursing Management*, 4(7); 20.
- Teasdale, K., Brocklehurst, N., Thom, N. (2001) *Clinical Supervision and Support for Nurses: An Evaluation Study*. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2); 216-224.
- Waterworth, S., Pillitteri, L., Swift, F. (1997) *Clinical Supervision: Empowerment in Practice*. *Nursing Management*, 3(9); 14-16.
- White, E., Butterworth, T., Bishop, V., Carson, J., Jeacock, J., Clements, A. (1998) *Clinical Supervision: Insiders Reports of a Private World*. *Journal of Advanced Nursing*, 28(1); 185-192.
- Wright, S.G. (1986) *Building and Using a Model of Nursing*, Edward Arnold, London. Cited in Butterworth, T., Faugier, J. (1992) *Clinical Supervision and Mentorship in Nursing*. London, Chapman & Hall.
- Wright, H. (1989) *Group Work: Perspective and Practice*. Scutari Press, London. Cited in Clouder, L., Sellars, J. (2004) *Reflective Practice and Clinical Supervision: an Interprofessional Perspective*. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (3); 262-269.
- Yegdich, T. (1998) How not to do Clinical Supervision in Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 28(1); 193-202:
- Yegdich, T. (1999) *Clinical Supervision and Managerial Supervision: Some Historical and Conceptual Considerations*. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5); 1195-1204.

EK 1:

Örnek Klinik Süpervizyon Kontratı

Süpervizyonu alanın adı-soyadı _____	
Süpervizörün adı-soyadı _____	
Kontratın başlama tarihi _____	
Süpervizyonu alan kişi süpervizyon sürecinde neleri kazanmak istiyor?	
Süpervizör süpervizyon sürecinde neleri kazanmak istiyor?	
Her iki tarafta süpervizyon sürecinin sonuçlarından ne bekliyorlar?	
Beklentilerin karşılanıp karşılanmadığı nasıl belirlenecek?	
Süpervizyon uygulamaya nasıl konacak? (Ne tür bir süreç uygulanacak?)	
Formal toplantıların sıklığı _____	
İmza	İmza

Kaynak: Waterworth, S., Pillitteri, L., Swift, F (1997) Clinical Supervision: Empower- ment in Practice. Nursing Management, 3(9); p16.

ÇOCUK KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ROL VE İŞLEVLERİNİ UYGULAMA DÜZEYLERİ

**Yrd. Doç. Dr. Rana Yiğit

**Selda Yüzer

**Mersin Üniversitesi Sağlık
Yüksekokulu

ÖZET

Bu araştırma, çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin sahip olması gereken rol ve işlevleri ve bunları uygulama düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma, 2004 yılında kamu ve üniversite hastanelerinde çalışan 81 hemşireyle yapılmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen "Çocuk Hemşirelerinin Rol ve İşlevlerini Uygulama Ölçeği" yardımıyla elde edilmiştir. Araştırma sonunda; hemşirelerin bakım verici ve sağlığı koruyucu rollerini en üst düzeyde, danışmanlık rollerini ise en alt düzeyde yerine getirdikleri görülmektedir. Lisans mezunu, bekâr ve üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin; rol ve işlevlerini, diğer hemşirelere göre daha yüksek düzeyde yerine getirdikleri görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Hemşireliği, Rol ve İşlevler.

*Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, Mersin 2005(Danışman: Yrd. Doç. Dr. Rana Yiğit). Bu çalışma 3. Uluslararası-10.Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde Poster Bildiri olarak sunulmuştur (7-10 Eylül 2005/İzmir)

IMPLEMENTED ROLES AND FUNCTIONS OF NURSES WORKING IN CHILD CLINICS

ABSTRACT

This research was conducted for the purpose of determining the level of implementation of roles and functions of nurses working in pediatric wards. The research was conducted in 2004 at the State and University hospitals. Data were collected using a tool developed by the investigators titled, "Implementation of Pediatric Nurses' Roles and Functions Inventory." At the conclusion of the research it was found that the nurses roles of caregiver and health protector were at the highest level, but the role of counseling was at the lowest level. Nurses with a university degree, those who were single and worked in university hospitals were seen to implement their roles and functions at a higher level than other nurses.

Key Words: Pediatric Nursing, Roles and Functions

GİRİŞ

Bilim ve teknolojideki hızlı gelişmeler, toplumun sağlık ve hastalık anlayışını ve sağlık hizmetlerinin sunumunu da etkilemektedir (Yiğit, 1996; Erdemir&Pınar, 2004). Bu değişim ve gelişime paralel olarak, hemşirelik hizmetleri de yeniden belirlenmiştir. Hemşireliğin genel amaçları yüzyıllardan beri aynı

kalmakla birlikte, uygulamaların kapsamı ve niteliği değişen gereksinimlere göre değişmektedir (Bayraktar 1999, Erdemir, 1998; McCash, 2000).

Hemşirelik; insanları sağlıklı kılmak, rahatlığını sağlamak, hastalandığında bakmak ve bireylere güvende oldukları duygusunu yaşatmak isteği ile ortaya çıkmış bir meslektir (Erdemir, 1998; Erdoğan,